



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

4

Volume



PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DU CANCER

Analyse de la Situation

Offre de soins et services

Offre de soins pour le cancer au Maroc : formations
sanitaires, moyens techniques et ressources humaines

Etudes des coûts des cancers et recueil des
données économiques

Analyse de la couverture médicale au Maroc

Etude relative à la législation et à la réglementation
en matière de cancer au Maroc

4

V o l u m e

Volume 1 : Epidémiologie - Etudes des facteurs de risques

Volume 2 : Epidémiologie - Situation et actions

Volume 3 : Prise en charge

Volume 4 : Offre de soins et services

Offre de soins pour le cancer au Maroc : formations
sanitaires, moyens techniques et ressources
humaines

3

Etudes des coûts des cancers et recueil des données
économiques

104

Analyse de la couverture médicale au Maroc

156

Etude relative à la législation et à la réglementation
en matière de cancer au Maroc

220

Volume 5 : Démographie, perceptions et besoins



Offre de soins pour le cancer au Maroc : formations sanitaires, moyens techniques et ressources humaines



Volume 4 : Offre de soins
et services

sommaire

Offre de soins pour le cancer au Maroc :
formations sanitaires, moyens techniques
et ressources humaines

RESUME	12
Offre de soins pour le cancer au Maroc : formations sanitaires, moyens techniques et ressources humaines au Maroc	13
1. Introduction	
2. OBJECTIF	14
3. METHODES	15
3.1. Sources de données	15
3.2. Synthèse des données	15
4. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU MAROC	16
4.1. Données Sociodémographiques	16
4.2. Quelques données sur l'offre de soins en santé au Maroc	17
5 - FORMATIONS SANITAIRES, MOYENS TECHNIQUES, ET RESSOURCES HUMAINES POUR LE CANCER	21
5.1 – Formations sanitaires de prise en charge des cas de cancer	21
5.1.1 – Centres actuels de prise en charge du cancer	23
5.1.1.1 – Les centres publics de dépistage et de prise en charge du cancer	23
5.1.1.2 – Les centres privés de prise en charge du cancer	29
5.1.1.3 – Les Maisons de vie et centres d'accueils	31
5.1.1.4 – Hôpital de jour pour la prise en charge du cancer	33
5.1.2 – Centres de prise en charge du cancer en cours de construction	36
5.2 – Les moyens techniques utilisés pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des cas de cancer	38
5.2.1 – Les moyens techniques utilisés pour le dépistage et le diagnostic du cancer	39
5.2.1.1 – Mammographie	39
5.2.1.2 – Scanner	40
5.2.1.3 – Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)	42
5.2.1.4 – Médecine Nucléaire (Scintigraphie)	45
5.2.1.5 – Photo coagule Laser	46
5.2.1.6 – Angiographies	46
5.2.1.7 – Postes de Radiologie Standard	48
5.2.1.8 – Postes d'échographies/ amplificateur de brillance	50
5.2.1.9 – Laboratoires d'Anatomie pathologique	53
5.2.1.10 – Le laboratoire de cryobiologie de Casablanca	55
5.2.1.11 – Laboratoires d'analyses médicales	57
5.2.2 – Les moyens techniques utilisés pour le traitement du cancer	59
5.2.2.1 – Cobalt 60	59

5.2.2.2 – Simulateurs	60
5.2.2.3 – Accélérateurs	60
5.3 – Les spécialités médicales impliquées dans la prise en charge des patients atteints du cancer	62
5.3.1 – Les spécialités médicales	62
5.3.1.1 – Les médecins généralistes	64
5.3.1.2 – Médecins spécialistes en oncologie	66
5.3.1.3 – Médecins spécialistes en radiothérapie	67
5.3.1.4 – Médecins spécialistes en anatomopathologie	67
5.3.1.5 – Médecins spécialistes en médecine nucléaire	68
5.3.1.6 – Médecins spécialistes en hématologie	69
5.3.1.7 – Médecins spécialistes en radiologie	72
5.3.1.8 – Médecins spécialistes en pneumologie	73
5.3.1.9 – Médecins spécialistes en gastro-entérologie	74
5.3.1.10 – Médecins spécialistes en dermatologie	76
5.3.1.11 – Médecins spécialistes en médecine interne	77
5.3.1.12 – Médecins spécialistes en neurologie	78
5.3.2 – Spécialités chirurgicales	79
5.3.2.1 – Médecins spécialistes en chirurgie générale	79
5.3.2.2 – Médecins spécialistes en urologie	82
5.3.2.3 – Médecins spécialistes en Oto-rhino-laryngologie (ORL)	83
5.3.2.4 – Médecins spécialistes en gynécologie	84
5.3.3 – Les autres professions intervenant en cancérologie	85
5.3.3.1 – Médecins spécialistes en neuropsychiatrie	85
5.3.3.2 – Médecins spécialistes en biologie médicale	87
5.3.4 – Personnels paramédicaux	88
5.3.4.1 – Assistant social	89
5.3.4.2 – Manipulateur de radiothérapie	90
5.3.4.3 – Infirmier anesthésiste	91
5.3.4.4 – Physicien	92
5.3.4.5 – Technicien nutritionniste (diététiciens)	92
5.3.4.6 – Technicien de rééducation	94
5.4 – Les capacités de formations des professionnels : médecins et personnel paramédical spécialisé.	96
6 – LES ASSOCIATIONS	97
6.1 – Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC)	97
6.2 – Association des parents et amis des enfants atteints de cancer: « l'avenir »	98
6.3 – Association Marocaine des Amis de l'Institut d'Oncologie (AMINO)	98
6.4 – Association Enfance Espoir Maroc	99
6.5 – Association de soutien aux malades du sang (AGIR), Casablanca	99
6.6 – Association Cœur de Femme Casablanca	99
6.7 – Association Marocaine de Lutte Contre le Cancer, Casablanca	99
6.8 – Société marocaine d'oncologie pédiatrique – Hôpital d'Enfants Rabat	100
6.9 – Association Marocaine de Physique Médicale	100
REFERENCES	101

Liste des tableaux

Tableau 1 - Répartition démographique par milieu et par région au Maroc (Année 2006)	17
Tableau 2 - Répartition du nombre d'établissements de soins et nombre de lits publics par habitants et par régions au Maroc (Année 2006)	19
Tableau 3 - Répartition des décès attribués au cancer en fonction de l'âge au Maroc (2006)	22
Tableau 4 - Répartition des activités en relation avec la prise en charge du cancer par les hôpitaux publics, selon les services d'hospitalisation à l'échelon national, (année 2006)	22
Tableau 5 - Répartition des capacités des centres de prise en charge du cancer public et privé	23
Tableau 6 - Répartition des unités de prise en charge du cancer dans les centres d'oncologie public et privé	24
Tableau 7 - Répartition du matériels lourds de prise en charge du cancer public et privé	24
Tableau 8 - Les projets des nouvelles structures d'oncologie.	37
Tableau 9 - Répartition des Scanners, Mammographies et IRM des deux secteurs, par régions et par 1 000 000 habitants au Maroc (Année 2007)	44
Tableau 10 - Répartition du matériels lourds de prise en charge du cancer des deux secteurs, par régions et par 1 000 000 habitants au Maroc (2007)	47
Tableau 11 - Répartition des postes de radiologie par secteurs, par régions et par 1 000 000 habitants au Maroc (2007)	49
Tableau 12 - Répartition des postes d'Amplificateur de Brillance par secteurs, par régions et densité par 1 000 000 habitants au Maroc (Année 2007)	51
Tableau 13 - Répartition des laboratoires d'anatomie pathologique, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)	54
Tableau 14 - Répartition des laboratoires d'analyses médicales des deux secteurs en fonction des régions au Maroc (année 2006)	58
Tableau 15 - Répartition des matériels lourds de prise en charge du cancer, par régions au Maroc (Année 2006)	61
Tableau 16 - Répartition des médecins généralistes, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)	65
Tableau 17 - Répartition du nombre de médecins oncologues, radiothérapeute, hématologues, nucléaire et anapaths, par régions et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	70

Tableau 18 - Répartition du nombre des médecins spécialistes en radiologie par secteurs et par régions au Maroc	73
Tableau 19 - Répartition du nombre de médecins spécialistes en pneumologie, par secteurs et par régions au Maroc (2006)	74
Tableau 20 - Répartition des médecins spécialistes en gastro-entérologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	75
Tableau 21 - Répartition des médecins spécialistes en dermatologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	76
Tableau 22 - Répartition des médecins spécialistes en médecine interne en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	77
Tableau 23 - Répartition des médecins spécialistes en neurologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	79
Tableau 24 - Répartition des chirurgiens des deux secteurs par régions et par 1 00 000 Habitants au Maroc (Année 2006)	80
Tableau 25 - Répartition du nombre de médecins spécialistes en urologie, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)	83
Tableau 26 - Répartition du nombre de médecins spécialistes en ORL, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)	84
Tableau 27 - Répartition des médecins spécialistes en gynécologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	85
Tableau 28 - Répartition des médecins spécialistes en Neuropsychiatrie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)	86
Tableau 29 - Répartition des médecins spécialistes en biologie médicale en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	88
Tableau 30 - Répartition des assistants sociaux du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)	90
Tableau 31 - Répartition des infirmiers anesthésistes du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)	91
Tableau 32 - Répartition des diététiciens du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)	93
Tableau 33 - Répartition des kinésithérapeutes du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)	94
Tableau 34 - Répartition des personnels paramédicaux travaillant dans les services d'oncologie, Maroc.....	95
Tableau 35 - Répartition des capacités de formations de médecins, par établissements de formation, Maroc,	97

Liste des cartes

Carte 1 - Répartition géographique du nombre d'habitants par ESSB, par provinces et préfectures au Maroc, année 2006_____	20
Carte 2 - Répartition géographique du nombre d'habitants par lits d'hospitalisation par provinces et préfectures, année 2006 _____	21
Carte 3 - Répartition géographique des centres actuels de dépistage et de prise en charge du cancer des deux secteurs au Maroc (Année 2007)_____	35
Carte 4 - Répartition géographique des projets en cours et futurs de prise en charge du cancer au Maroc (Année 2007) _____	38
Carte 5 - Répartition géographique de la densité des mammographies par 1 000 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2007) _____	40
Carte 6 - Répartition géographique de la densité des scanners par 1 000 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2007) _____	42
Carte 7 - Répartition géographique de la densité des IRM par 1 000 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2007) _____	43
Carte 8 - Répartition géographique des IRM, Scanners et Mammographes de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2007) ____	45
Carte 9 - Répartition géographique des scintigraphies, Photo-coagul-Laser et Angiographies de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2007)_____	48
Carte 10 - Répartition géographique de la densité par 1 000 000 habitants des postes de radiologie, par régions au Maroc (2007) _____	50
Carte 11 - Répartition géographique de la densité par 1 000 000 habitants des postes d'Amplificateur de Brillance (échographie) de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2007) ____	52
Carte 12 - Répartition géographique des postes de radiologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2006) ____	53
Carte 13 - Répartition géographique de la densité par 1 000 000 habitants des laboratoires d'anatomie pathologique, par régions au Maroc (Année 2006)_____	55
Carte 14 - Répartition géographique des laboratoires d'anatomie pathologique et des laboratoires de cryobiologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc _____	57
Carte 15 - Répartition géographique de la densité des laboratoires d'analyses médicales par 1 000 000 habitants au Maroc (année 2006) _____	59
Carte 16 - Répartition des Cobalt 60, Simulateurs, Accélérateurs, et Scintigraphies des deux secteurs au Maroc _____	62

Carte 17 - Répartition géographique de la densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2006)	66
Carte 18 - Répartition géographique de la densité de l'ensemble des médecins en oncologie, radiothérapie, médecine nucléaire, anatomopathologie et hématologie de l'ensemble des secteurs, par régions et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)	71
Carte 19 - Répartition géographique des médecins spécialistes en oncologie, radiothérapie, médecine nucléaire, anatomopathologie et hématologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc,	72
Carte 20 - Répartition des médecins chirurgiens par 100 000 habitants en fonction des régions au Maroc (Année 2006)	81
Carte 21 - Répartition des médecins spécialistes en chirurgie et en radiologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc	82

Liste des abréviations

AGIR	Association de Soutien aux Malades du Sang
ALSC	Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer
AMINO	Association des Amis de l'Institut National d'Oncologie
AMLCC	Association Marocaine de Lutte Contre le Cancer
AMPM	Association Marocaine de Physique Médicale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
COIR	Centre d'Oncologie du CHU Ibn Rochd
2D	Deux Dimensions
3D	Trois Dimensions
DMS	Durée moyenne de séjour
ESSB	Etablissements de Soins de Santé de Base
FDG	Fluorodésoxyglucose
FNLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (France)
Hab	Habitant
HDJ	Hôpital De Jour
HDR	Projecteur de Sources Haut Débit
HER	Hôpital d'Enfants de Rabat
INO	Institut National d'Oncologie
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IROT	Intervalle de Rotation
MV	Millions de volts
N	Nombre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PNPCC	Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer
PIB	Produit Intérieur Brut
RCRC	Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca
TEP	Tomographie par Emission de Positons
TOM	Taux d'Occupation Moyen
TROT	Taux de Rotation
UHOP	Unité d'Hémo-oncologie Pédiatrique

RESUME

Cette étude avait pour objectif l'analyse de la situation des formations sanitaires, les ressources humaines et les moyens médico-techniques dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer au Maroc.

Elle se base sur une description détaillée au niveau de tous les secteurs confondus des formations sanitaires de la prise en charge des cas de cancer ; des moyens techniques utilisés pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des cas de cancer; des ressources humaines spécialisées et non spécialisées, ainsi que les capacités de formations de professionnels : médecins et personnel paramédical spécialisé.

Les données montrent que le Maroc dispose de tous les moyens médico-techniques des infrastructures et des ressources humaines qualifiées nécessaire pour la prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative et sociale du cancer selon les standards internationaux.

Cependant des insuffisances sont à soulever notamment l'insuffisance des moyens et leur concentration encore excessive au niveau de l'axe Rabat-Casablanca. La création progressive de centre d'oncologie dans les autres villes (Oujda, Al-Hoceima, Agadir, Fès, Marrakech et Tanger) permettra une répartition de plus en plus homogène des moyens de lutte et de prise en charge du cancer et une meilleure accessibilité aux soins. La création des maisons de vie et centres d'accueil constitue un levier important pour une meilleure prise en charge aussi bien médicale, que psychosociale.

L'étude montre la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux soins en s'appuyant sur la couverture maladie avec toutes ses composantes, de poursuivre la stratégie de la régionalisation de l'offre de soins avec les outils nécessaires en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge médicale et psychosociale. L'investissement dans les ressources humaines qualifiés représente doit être considéré comme une priorité.

Offre de soins pour le cancer au Maroc : formations sanitaires, moyens techniques et ressources humaines au Maroc

1. Introduction

A l'instar des pays en voie de développement, le Maroc est en pleine phase de transition démographique. Ainsi, et compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie qui a déjà atteint 71 ans, de l'existence de nouvelles méthodes de dépistage et de l'environnement social et économique de la population (y compris la pollution), les maladies non transmissibles occupent une place de plus en plus importante dans notre pays et posent un problème de dépistage et de prise en charge¹.

La fréquence de ces maladies est en nette augmentation avec une prédominance des cancers et particulièrement les cancers du sein et du col utérin. Avec plus de 2600 décès en 2003, Le cancer représente la deuxième cause de mortalité au Maroc, derrière les affections cardio-vasculaires soit environ 8,2% de décès et sur les 30.500 nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année au Maroc¹⁰, seuls 12.000 sont pris en charge dans les structures spécialisées. Une grande partie de la population a peu ou pas accès aux soins.

De ce fait, le cancer constitue un défi auquel est confronté notre système de santé.²

La réponse à ce défi s'appuie sur une stratégie de lutte contre le cancer avec ses composantes : le renforcement des actions de prévention, l'amélioration de l'accès aux soins et l'amélioration du support social. Cette stratégie doit faire intervenir une multiplicité d'acteurs, structures et une organisation adéquate

L'offre de soins pour le cancer définit les besoins en infrastructures, en moyens et en activités de soins qui permettent de répondre de façon optimale et satisfaisante aux objectifs de santé. L'analyse des besoins débouche sur la définition de l'offre requise (théorique), qui est confrontée à l'offre de soins existante (besoins couverts) pour identifier les écarts de couverture (besoins non couverts) et définir les mesures à prendre. Les formations sanitaires, moyens techniques et ressources humaines constituent un maillon clef dans la stratégie de lutte contre le cancer.

¹ Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003

² Santé en Chiffres 2007

Les problèmes majeurs de l'offre de soins pour le cancer au Maroc sont la démographie médicale, l'inégale répartition des professionnels et moyens de santé au sein des territoires de santé du pays³. Et si aujourd'hui, on connaît l'offre de soins en matière de santé, on ne dispose pas de données spécifiques sur la Carte sanitaire du cancer ; et bien qu'il soit connu que la cancérologie publique ou privée est concentrée sur l'axe Rabat-Casablanca, on n'a pas à ce jour de données objectives sur la Carte sanitaire exacte de la prise en charge du cancer.

Le présent rapport est consacré à l'examen de la situation des effectifs des professions professionnelles de santé médicales et paramédicales engagés dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer. Parmi les métiers étudiés, deux grandes catégories ont été distinguées. La première regroupe les métiers médicaux qui sont au cœur de la prise en charge des patients : l'oncologie médicale, l'oncologie radiothérapie, l'hématologie, le radiodiagnostic, la médecine nucléaire et l'anatomopathologie.

Les métiers rassemblés dans la seconde catégorie ont comme caractéristique de contribuer à cette prise en charge, sans que celle-ci, ne constitue la totalité de leurs activités (médecins spécialistes et chirurgiens).

L'état des lieux national et régional des métiers de la cancérologie présenté dans ce rapport s'appuie sur les données des effectifs en activité et en formation et la répartition des structures sur le territoire. Cette photographie générale de la situation sert ensuite de point d'appui pour identifier les métiers et les territoires qui pourraient constituer des maillons faibles dans la prise en charge des patients.

2. OBJECTIF

Cette étude est une analyse de la situation. Son objectif est de donner une description détaillée au niveau de tous les secteurs (public, militaire, semi-public et privé) :

- des formations sanitaires de la prise en charge des cas de cancers (formations existantes et celles programmées) ;
- des moyens techniques utilisés pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des cas de cancer ;
- des ressources humaines spécialisées et non spécialisées, travaillant dans les activités de la prise en charge du cancer ;
- des capacités de formations des professionnels : médecins et personnel paramédical spécialisé.

³ Les programmes nationaux de lutte contre le cancer de l'OMS Genève, 2002

3. METHODES

3.1. Sources de données

Le présent rapport est élaboré sur la base des informations sur la répartition de l'offre de soins pour le cancer tirées du rapport d'activités 2007 du site du ministère de la santé au Maroc, ainsi que des informations relatives à l'offre de soins globale et à la Carte sanitaire. La collecte des données a été enrichie par les données disponibles sur le site de l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer (ALSC) ainsi que le site de l'Institut National d'Oncologie (INO), le Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (RCRC), le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et la Fédération Nationale de Lutte Contre le Cancer en France (FNLCC).

En vue de mettre à jours les données des visites aux différents centres, publics et privés, de prise en charge du cancer à Rabat, Casablanca et Agadir ont été effectué.

3.2. Synthèse des données

Les données, sur l'offre de soins pour le cancer, collectées auprès des différentes sources ont été fusionnées et standardisées. La cartographie a pu être réalisée à partir d'un bilan de la répartition de l'offre de soins existant pour le cancer concernant le public et le privé, en tenant compte de la population et du découpage administratif des régions. Cette cartographie détermine les indices de besoins en équipement et en personnels de santé qui sont donnés pour 1 000 000 habitants.

Les Indices de densité du matériel lourd de traitement du Cancer sont donnés par 250 000 Habitants selon les normes européennes, qui correspondent aux normes de l'OMS.

Les données sur les infrastructures, notamment les hôpitaux, les centres de dépistage, de prise en charge et de traitement du cancer, les médecins des collectivités locales, les cliniques privées, les cabinets privés de radiologie, les laboratoires privés d'analyses médicales, y sont présentées sous forme de cartes et de tableaux représentatifs par régions.

Les informations concernant les équipements lourds (incomplètes, à cause des difficultés de communication de l'information par le secteur privé) sont données à titre indicatif. Tiré essentiellement du site du Ministère de la santé.

Les données sur le personnel, se limitent à ceux du Ministère de la Santé (corps médical et paramédical), ainsi qu'aux enseignants chercheurs et médecins de collectivités locales.

Le traitement informatique des données a été fait au Laboratoire d'Epidémiologie, Recherche Cliniques et Santé communautaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

4. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU MAROC

4.1. Données Sociodémographiques

Le royaume du Maroc est situé au nord ouest du continent africain. Sa superficie est de 710 850 Km² et d'après le dernier recensement, la population marocaine est estimée à 30 653 000 habitants, avec une densité de 69 habitants/km². Le pays est divisé en 16 régions administratives⁴. La répartition démographique par régions est donnée au tableau 1.

En 2002, la population d'âge actif représentait plus de 64% du total (19 millions). Les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient une part faible par rapport au total (5%).

En rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et la baisse de la fécondité, la pyramide des âges de la population marocaine a enregistré les changements structurels majeurs suivants :

- Un accroissement de la part de la tranche d'âge 15 – 60 ans dans la population totale de 49,9% en 1981 à 61,6% en 2002. Il s'en suit une régression significative du rapport de dépendance de 93,3% en 1981 à 78,8% en 1994 et à 62,4% en 2002⁵.
- Une baisse de la tranche d'âge 0-15 ans à 30,9% de la population totale en 2002 contre 45,6% en 1981.
- Sous l'effet de l'augmentation naturelle et de l'exode rural, le pays a connu une tendance à l'urbanisation considérable contribuant à l'augmentation de la demande d'emploi, particulièrement en milieu urbain :

La population urbaine représente 56,6% de la population totale en 2002 et son taux de croissance annuel est passé de 3,6% entre 1982 et 1994 à 2,6% au cours de la période 1994-2002. L'évolution de la population rurale est moins importante. Son taux de croissance annuel est resté pratiquement stable entre les deux périodes, compris entre 0,5% et 0,7% depuis 1982. La croissance démographique en milieu urbain est plus rapide qu'en milieu rural⁵.

Les régions du sud (Oued Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia-Al-Hamra, Guelmim Smara) sont les moins peuplées avec des parts respectives dans la population totale de 0,2%, 0,7% et 1,5% en 2002. Le Grand Casablanca demeure la région la plus peuplée (12,0%) suivie par Souss-Massa-Drâa (10,4%) et Marrakech-Tensift-Al Haouz (10,2), Tanger-Tétouan (8,2%) et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (8,1%).⁶

4 Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins (S.R.O.S) novembre 2004 édition 2005 ministère de la santé

5 Contribution à l'élaboration d'une vision pour l'Hôpital Public Marocain à l'horizon 2014, Dr Sidi Abdelghani DRHIMEUR, Juillet 2004

6 Rapport thématique centre des études et des recherches démographiques ; haut commissariat au plan

Selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), Le Maroc réserve 1,1 % de son Produit Intérieur Brute (PIB) aux dépenses publiques de santé contre 2 à 2,5 % dans des pays à revenu similaire par habitant. Cette proportion paraît insuffisante pour assurer l'accès des populations à un niveau de soins acceptable. En plus de leur insuffisance, les dépenses publiques de santé favorisent largement le milieu urbain (78% des dépenses récurrentes sont affectées aux hôpitaux et cliniques du milieu urbain).⁷

Tableau 1 - Répartition démographique par milieu et par région au Maroc (Année 2006)

Régions administratives	Urbain	Rural	Total
1 – Oued Eddahab-Lagouira	71 000	51 000	122 000
2 – Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	254 000	21 000	275 000
3 – Guelmim-Smara	302 000	178 000	480 000
4 – Souss-Massa-Darâa	1 352 000	1 861 000	3 213 000
5 – El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	813 000	1 093 000	1 906 000
6 – Chaouia-Ourdigha	752 000	931 000	1 683 000
7 – Marrakech-Tensift-Al Haouz	1 270 000	1 905 000	3 175 000
8 – Oriental	1 225 000	717 000	1 942 000
9 – Grand Casablanca	3399 000	333 000	3 732 000
10 – Rabat-Sale-Zemmour-Zâer	1 989 000	452 000	2 441 000
11 – Doukkala-Abda	733 000	1 288 000	2 021 000
12 – Tadla-Azilal	545 000	929 000	1 474 000
13 – Meknès-Tafilalet	1 251 000	936 000	2 187 000
14 – Fès-Boulemane	1 177 000	446 000	1 623 000
15 – Taza-Al Hoceima-Taounate	481 000	1 342 000	1 823 000
16 – Tanger-Tétouan	1 502 000	1 055 000	2 556 000
Total national	17 116 000	13 536 000	30 653 000

Source : Rapport du suivi des hôpitaux, Année 2006

4.2. Quelques données sur l'offre de soins en santé au Maroc

Selon le rapport « Stratégie de coopération OMS–Maroc 2004–2007 », L'offre de soins de base a connu une grande extension. Le Maroc compte actuellement plus de 2 592 établissements de Soins de Santé de Base (ESSB). Le ratio du nombre d'établissements par 10 000 habitants est estimé à 1,1 (1ESSB/9 073 habitants) ; l'utilisation des services de base augmente progressivement mais reste fortement marquée par la disparité qui existe entre les milieux urbain (1ESSB/7 948 habitants) et rural (avec 1ESSB/11 407 habitants) sans oublier que plus du quart de la population rurale se trouve encore à plus de 10km d'une formation sanitaire (Tableau 2 et Carte 1).

⁷ Rapport Santé vision 2020 du ministère de santé au Maroc

Sur le plan démographie médicale, les données indiquent que les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres personnels paramédicaux représentent un effectif de 56 615 professionnels, soit un ratio de 1,86 personnel de soins pour 1 000 habitants. Le Maroc se classe ainsi, parmi les pays ayant une faible densité de ressources humaines en santé et se trouve en deçà du seuil critique de 2,3 personnels de soins pour 1 000 habitants⁷.

Le taux d'utilisation de la consultation médicale est estimé à 0,5 contact par habitant et par an, soit 20 consultations médicales/médecin/journée ouvrable en moyenne. Avec 0,4 en milieu rural et 0,6 en milieu urbain⁷.

Le réseau hospitalier est constitué actuellement de 133 établissements, dont 33 sont des hôpitaux spécialisés et 100 des hôpitaux généraux. Sa capacité est de 26 620 lits fonctionnels⁸. Le ratio lits/population est de 9 lits pour 10 000 habitants en moyenne ; ce ratio reste faible comparativement à des pays à développement équivalent qui ont des ratios proches ou supérieurs à 20 lits pour 10 000 habitants. De même, la distribution des lits entre les régions montre aussi des disparités parfois très fortes : les ratios lits/population varient en effet de 5 lits pour 10 000 habitants dans la région de Taza-Al Hoceima-Taounate, à 16 lits pour 10 000 habitants dans la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra.

Il faut noter qu'une grande partie du patrimoine hospitalier public se trouve dans un réel état de vétusté, plus de la moitié des hôpitaux publics existant au Maroc ont plus de 40 ans et près de 30% ont plus de cinquante ans⁷.

Près de 6 000 000 de personnes fréquentent annuellement les hôpitaux publics (soit 0,2 contact/hab./an). Plus de la moitié de ces contacts sont des urgences. Malgré leur insuffisance en nombre, les lits hospitaliers publics sont sous-utilisés, avec un taux moyen d'occupation de 54,8%⁷ (Tableau 2 et Carte 2).

L'offre privée à but lucratif connaît un développement rapide. Le nombre des cliniques privées en 2006 est de 302 avec une capacité qui avoisine 7 300 lits ; quant aux cabinets privés de consultations et de diagnostic clinique, ils sont de 5 800. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est de l'ordre d'un cabinet de consultation pour 5 260 habitants. La répartition de l'offre de soins privée sur l'ensemble du territoire accuse un important déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions. En 2005, on observe un ratio d'un cabinet médical pour 3 047 habitants en milieu urbain contre un cabinet pour 59 561 habitants en milieu rural. De plus, cette offre se trouve concentrée dans les grandes agglomérations urbaines.

Le secteur privé occupe 2/3 de l'offre de soins de base et 20% de la capacité litière nationale. Le développement du secteur privé paraît moins encadré et peu régulé par les autorités sanitaires. En effet, 52% des cliniques se trouvent dans les grandes villes avec plus de 48% de la capacité litière totale des cliniques⁷.

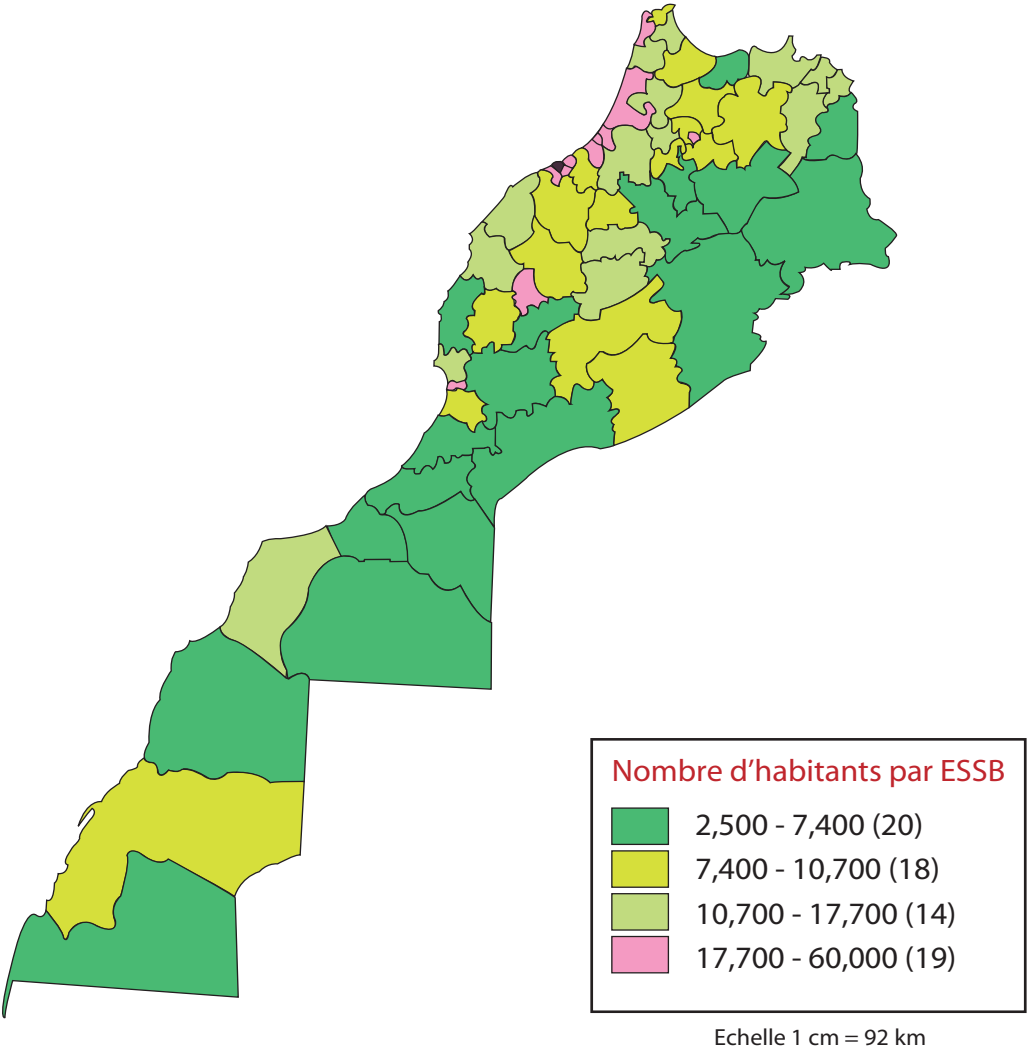
⁸ Plan d'action santé, 2008-2012

Tableau 2 - Répartition du nombre d'établissements de soins et nombre de lits publics par habitants et par régions au Maroc (Année 2006)

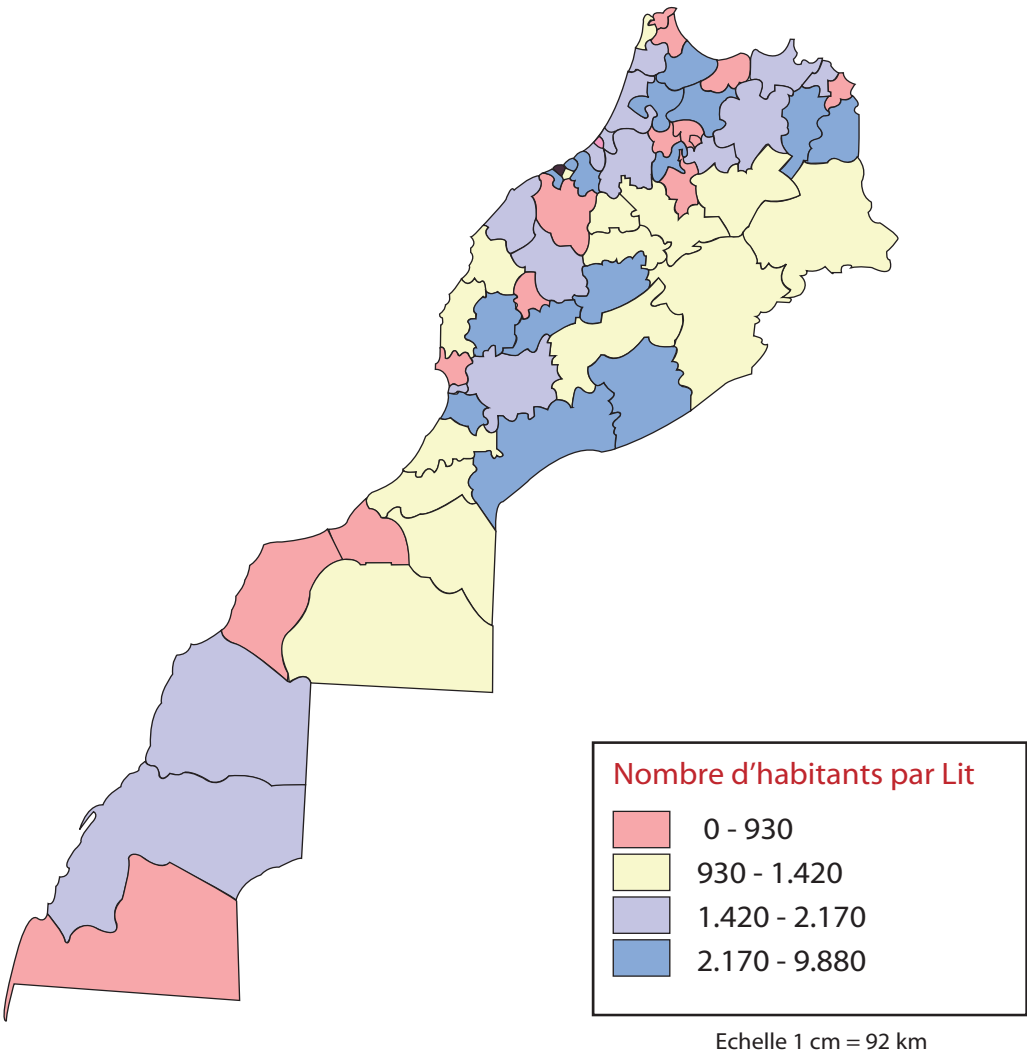
Régions administratives	ESSB		Hôpital		Lits d'hospitalisation	
	N	Densité par 10 000 Hab	N	Densité par 100 000 Hab	N	Densité par 10 000 Hab
1- Oued Eddahab-Lagouira	14	1,41	1	1,01	53	5,34
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia Lhamra	25	0,98	3	1,17	425	16,64
3- Guelmim-Smara	96	2,08	6	1,30	407	8,81
4- Souss-Massa-Darâa	371	1,19	12	0,39	2 182	7,02
5- El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	122	0,66	5	0,27	967	5,21
6- Chaouia-Ourdigha	182	1,10	8	0,48	1 593	9,63
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	338	1,09	11	0,36	2 606	8,41
8- Oriental	162	0,85	9	0,47	1 588	8,30
9- Grand Casablanca	113	0,31	14	0,39	3 522	9,75
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zâer	115	0,49	15	0,64	3 843	16,31
11- Doukkala-Abda	120	0,61	6	0,30	1 332	6,72
12- Tadla-Azilal	162	1,12	4	0,28	857	5,91
13- Meknès-Tafilalet	265	1,24	13	0,61	2 475	11,56
14- Fès-Boulemane	123	0,78	8	0,51	1 536	9,78
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	211	1,17	5	0,28	918	5,08
16- Tanger-Tétouan	173	0,70	13	0,53	2 316	9,39
Total National	2 592	1,10	133	0,43	26 620	9

Source : Rapport du suivi des hôpitaux, Année 2006

Carte 1 – Répartition géographique du nombre d'habitants par ESSB, par provinces et préfectures au Maroc, année 2006



Carte 2 – Répartition géographique du nombre d'habitants par lits d'hospitalisation par provinces et préfectures, année 2006



5 - FORMATIONS SANITAIRES, MOYENS TECHNIQUES, ET RESSOURCES HUMAINES POUR LE CANCER

5.1 – Formations sanitaires de prise en charge des cas de cancer

Selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), le nombre de nouveaux cas de cancers par an au Maroc est estimé entre 30 000 à 54 000 soit un taux qui varie entre 100 et 180 Nouveaux cas pour 100 000 personnes. Avec plus de 2 600 décès par an, le cancer constitue la deuxième cause de décès au Maroc avec 8,2% des décès. La tranche d'âge de 15 à 44 ans est la plus touchée avec 14,8% de mortalité en 20062 (Tableau 3)

Tableau 3 - Répartition des décès attribués au cancer en fonction de l'âge au Maroc (2006)

Tranches d'âges	Masculin	Féminin	Total
Moins d'1 an	0,1%	0,5%	0,3%
1 à 4 ans	4,3%	4,9%	4,7%
5 à 19 ans	6,7%	7,1%	6,9%
15 à 44 ans	–	–	14,8%
15 à 64	11%	15,9%	12,9%
Plus de 65 ans	8,2%	6,1%	7,2%
Total	8%	8,5%	8,2%

Source : Santé en chiffre, Année 2007

Sur les 30 500 nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année au Maroc, seuls 12 000 sont pris en charge dans les structures spécialisées (deux secteurs). Une grande partie des patients a peu ou pas accès aux soins.

Plus de 10 000 admissions et près de 56 458 séjours ont été enregistrés en établissements de santé public durant l'année 2006, dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de cancer. Avec une capacité fonctionnelle de 192, (le ratio est de 6,3 lits pour 1 000 patients atteints du cancer), Ces services publics d'hospitalisation ont réalisé un Taux d'Occupation Moyen (TOM) de 317,3 ; une Durée Moyenne de séjour (DMS) de 66,9, un Intervalle de Rotation (IROT) de 10,8 et un taux de Rotation (TROT) de 213,52 (Tableau 4)

Tableau 4- Répartition des activités en relation avec la prise en charge du cancer par les hôpitaux publics, selon les services d'hospitalisation à l'échelon national°, (année 2006)

Service d'hospitalisation	Capacité fonctionnelle	Journées	Admissions	TOM	DMS	IROT	TROT
Oncologie	56	13 078	8 284	64,0	1,6	0,9	148
Curiethérapie	21	5 861	543	76,5	10,8	3,3	25,9
Radiothérapie	97	31 806	712	89,8	44,7	5,1	7,3
Chimiothérapie	18	5 713	582	87,0	9,8	1,5	32,3
Total	192	56 458	10121	317,3	66,9	10,8	213,5

Source : Rapport du suivi des hôpitaux, Année 2006

Sur le plan des soins, l'analyse de la situation met en évidence l'insuffisance de structuration de notre système qui couvre seulement un quart des patients. Le risque est grand de concentrer toujours plus de moyens sur les centres spécialisés. Ils sont évidemment indispensables, vu la complexité des traitements et la nécessité d'offrir à tous les soins adaptés.

9 Rapports du suivi des hôpitaux, 2006

Il convient néanmoins de trouver le bon équilibre entre l'approche technologique de pointe et la nécessaire prise en charge globale du patient, laquelle est de la responsabilité principale de la médecine de première ligne.

5.1.1 – Centres actuels de prise en charge du cancer

Actuellement, le Maroc dispose de 4 centres publics (Casablanca, Rabat, Agadir, Oujda), 4 centres privés (2 à Casablanca et 2 à Rabat) et un centre à l'Hôpital Militaire Mohamed V à Rabat. Pour les unités d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique, elles sont au nombre de 2 dont une à Casablanca et l'autre à Rabat. Les villes de Fès et Marrakech ont bénéficié d'un service d'Oncologie au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)¹⁰ (Carte N°3).

5.1.1.1 – Les centres publics de dépistage et de prise en charge du cancer

a – Les Centres d'Oncologie

Les centres d'oncologies assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, avec la volonté permanente d'accroître la qualité et l'accessibilité aux soins. Constituant un réseau à la fois régional et national, les centres sont porteurs d'un modèle de prise en charge globale et multidisciplinaire des personnes atteintes d'un cancer²³.

Les centres d'oncologie actuels sont en nombre de 5 réparties sur 5 régions du Maroc dans les villes de Rabat, Casablanca, Oujda, Agadir et Alhoceïma (voir la Carte N° 3) :

Tableau 5- Répartition des capacités des centres de prise en charge du cancer public et privé

Service hospitalisation	Capacité litière	Capacité fonctionnelle	Admission en 2007	HDJ nombre de lits ou fauteuils	Personnels Médical	Personnels Paramédical
INO	232	270	–	30	96	139
COIR	36	40	7948	29	28	24
Oujda	45	45	1425	10	13	30
Agadir	45	51	1208	15	9	19
Al-Hoceïma	35	67			1	
Fès	–	–	–	6	7	2
Marrakech	–	12	–	24	9	14
UHOP	33	21		9	6	13
Hématologie	41	49	–	22	14	33
Hôpital Militaire Rabat	–	–	–	–	3	–
ANNAKHIL	–	–	–	16	6	20
AL AZHAR	50	102	–	24	7	40
LITTORAL	19	–	–	10	9	–
ALKINDY	18	–	–	–	–	–
ALKAWTAR	–	–	–	16	1	–

Source Service des maladies non transmissibles (DELM)

10 RCGC

Tableau 6 - Répartition des unités de prise en charge du cancer dans les centres d'oncologie public et privé

Service hospitalisation	salle de Consultations	unité de curiethérapie	unité de chimiothérapie	unité de radiothérapie	Service d'anatomie pathologique	Unité de chirurgie	Unité d'Hématologie	Unité d'Onco-pédiatrie	Bloc opératoire
INO	–	–	2	4	1	2	–	–	1
COIR	3	1	1	3	–	–	–	–	1
Oujda	5	1	1	1	–	1	–	–	1
Agadir	5	2	1	1	–	1	1	1	–
Al-Hoceima	–	–	1	1	–	1	–	–	–
UHOP	?	?	?	?	?	?	1	1	–
Hématologie	1	–	1	–	–	–	1	1	–
ANNAKHIL	8	2	1	2	–	1	–	–	–
AL AZHAR	–	1	1	1	–	1	–	–	2
LITTORAL	–	1	1	1	–	–	–	–	–
ALKINDY									

Source Service des maladies non transmissibles (DELM)

Tableau 7 - Répartition du matériels lourds de prise en charge du cancer public et privé

Service hospitalisation	cobaltothérapie	accélérateurs linéaire	simulateur de radiothérapie	projecteurs de source radioactive HDR	projecteurs de source radioactive LDR	Hotte à Flux laminaire	Scanners	radiologie conventionnelle	mammographies	échographes
INO	2	2	1	1	4		2	2	3	3
COIR	2	1	2	1	4	3	1	1	–	–
Oujda		1	1	1		1	1	1	1	1
Agadir	1		1	1		1		1		1
Al-Hoceima		1	1							
Marrakech		1				2				
ANNAKHIL		1				1				
AL AZHAR	1	2				3	1	2	1	1

Source Service des maladies non transmissibles (DELM)

– Institut National d'Oncologie (INO) Sidi Mohamed Ben Abdellah – Rabat

L'INO a ouvert ses portes en 1985 et développe une activité de soins, d'enseignement et de recherche en cancérologie, constituant une référence pour la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaër.

L'INO est doté de 232 lits fonctionnels, et emploie 235 personnes dont 96 praticiens et chercheurs et 139 infirmiers. Il accueille chaque année plus de 5 000 nouveaux cas. Ses équipements lourds et diversifiés, répondent aux exigences des traitements standards et de l'innovation avec un secteur technique de radiothérapie externe avec 2 cobalts, 2 accélérateurs, 1 appareil de basse énergie, 1 simulateur et 2 scanner dédié avec lasers mobiles ; un secteur technique de Curiethérapie avec un bloc opératoire équipé, 20 salles d'application dont une équipée pour la curiethérapie à haut débit de dose, 2 équipées pour l'irathérapie, 11 curietrons, un appareil projecteur de source pour curiethérapie à haut débit de dose ; une unité de radiophysique avec ordinateurs de calcul de doses en 3 dimensions, matériel de dosimétrie, atelier de confection de masques et de caches¹¹.

Durant l'année 2006 l'INO a réalisé 62 857 Consultations, 65 710 Journée d'hospitalisation, 1 632 interventions, 3 365 330 examens biologiques et 25 737 examens Radiologiques

– Centre d'Oncologie du CHU Ibn Rochd (COIR) – Casablanca

Créé en 1929, le Centre d'Oncologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) Ibn Rochd, Pavillon 40 à Casablanca, fut le premier centre anticancéreux au Maroc (ancien Centre Bergonié). Il est équipé de 40 lits fonctionnels et emploie 47 personnes, dont 28 médecins et scientifiques¹².

Le COIR qui est un centre de traitement du cancer par chimiothérapie, radiothérapie et curiethérapie, comprend cinq secteurs : une unité de consultation externe de 50 patients par jour, un service d'hospitalisation de 36 lits, un hôpital de jour d'une capacité de 50 malades par jour, une unité de radiothérapie de 6 lits et une unité de radiologie de 200 malades par jour.

Les domaines d'excellence du COIR sont les traitements des tumeurs solides en particulier les associations radiothérapie, chimiothérapie et concomittante¹⁴.

Le plateau technique de la radiothérapie du Centre d'Oncologie du CHU Ibn Rochd est constitué d'un secteur technique de radiothérapie externe avec 2 unités de cobalts et un nouveau centre moderne avec un accélérateur et 2 simulateurs

Le secteur technique de curiethérapie : curiethérapie endocavitaire et interstitielle avec 3 curietrons (au Césium), des fils d'Iridium et un projecteur de sources haut débit HDR, ce qui permet au centre de faire des traitements en ambulatoire¹³.

¹¹ AMPM

¹² CHU Ibn Rochd de Casablanca

Durant l'année 2006 le COIR a réalisé un taux d'admission de 7 948 dont 2 822 Nouveaux cas, 9235 Consultations, 3270 Journée d'hospitalisation, 4286 HDJ et 391 interventions.

– Centre Régional d'Oncologie – Cheikh Zayed à Oujda

Le Centre régional d'oncologie Cheikh Zayed d'Oujda est un hôpital spécialisé en lutte contre la maladie cancéreuse, il emploie une équipe de 13 médecins et 30 infirmiers et dispose de plusieurs services dont un service hospitalier d'une capacité de 45 lits répartis entre : unité d'hébergement et de chimiothérapie (16 lits) ; unité d'hébergement et de radiothérapie (20 lits) ; unité de réanimation (2 lits), hôpital de jour (7 lits)¹³.

Le plateau technique de la radiothérapie est constitué : d'un secteur de radiothérapie externe équipé d'un accélérateur et d'un simulateur. Ce centre travaille en étroite collaboration avec le service d'imagerie et fait appel souvent aux modalités de scanner pour les calculs et les prévisions dosimétriques des plans de traitements.

L'unité de radiophysique dispose d'un système de planification dosimétrique Eclipse; ce qui permet de faire des études dosimétriques moyennant un calcul 3D et une visualisation simultanée des reconstructions 2D (sagittale, frontale et DRR) et 3D. L'unité dispose également d'un atelier pour la confection et la préparation des accessoires de radiothérapies (moyens de contention, caches, etc.)¹³.

Durant l'année 2007, Le Centre régional d'oncologie Hassan II d'Oujda a réalisé un taux d'admission de 1 425 et 7 756 Consultations

– Centre Régional d'Oncologie/Radiothérapie – Hôpital Hassan II à Agadir.

Le Centre régional d'oncologie/radiothérapie Hassan II d'Agadir est un centre à vocation régional. Sa zone de desserte va cependant au-delà de la région Souss Massa Daraa pour couvrir les régions du sud et les régions limitrophes, il emploie une équipe de 9 médecins et 19 infirmiers.

Le plateau technique du Centre régional d'oncologie/radiothérapie d'Agadir est constitué :

D'un département de radiothérapie externe qui est équipé d'une nouvelle unité de cobalthérapie pour le traitement de tumeurs semi-profondes. Il dispose également d'un simulateur permettant de faire les centrages dans des conditions optimales. Le centre travaille en étroite collaboration avec le service d'imagerie et fait appel souvent aux modalités de scanner pour les calculs et les prévisions dosimétriques des plans de traitements.

D'une unité de radiophysique qui dispose d'un système de planification dosimétrique qui permet de faire des études dosimétriques moyennant un calcul 3D et une visualisation simultanée des reconstructions 2D. L'unité dispose également d'un atelier pour la confection et la préparation des accessoires de radiothérapies¹³.

¹³ ALSC

Durant l'année 2007, Le Centre régional d'oncologie/radiothérapie Hassan II d'Agadir a réalisé un taux d'admission de 1 208.

– Centre Régional d'Oncologie – à Al-Hoceima.

Centre Régional d'Oncologie d' Al-Hoceima vient de démarrer en Novembre 2008, il dispose de plusieurs services, unité ambulatoire (auscultations externes, hôpital de jour et chimiothérapie), unités techniques de traitement (2 bunkers pour l'accélérateur des particules), le simulateur, unité de radio physique, unités de curiethérapie, unité administrative et les services généraux, la capacité litière est de 35 lits.

b – Les centres d'Oncologie pédiatrique

Les cancers de l'enfant sont environ cent fois moins fréquents que ceux de l'adulte. Le cancer pédiatrique est une maladie rare mais non exceptionnelle.

Un enfant sur 600 développera un cancer entre la naissance et l'âge de 15 ans. Les cancers de l'enfant sont également très différents des cancers de l'adulte, quant à leurs localisations et leurs natures. Chez l'enfant, on n'observe pas les cancers du poumon, du sein, du colon... fréquemment diagnostiqués chez l'adulte. 1/3 des cancers pédiatriques sont représentés par les leucémies aiguës, tandis que les tumeurs cérébrales sont les tumeurs solides les plus fréquentes particulièrement dans la première année de la vie²³. Les centres d'Oncologie pédiatrique sont en nombre de 2 concentrée dans l'axe Rabat-Casablanca : le Centre d'Oncologie Pédiatrique – Hôpital d'Enfants de Rabat et Le service d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique – l'Hôpital 20 août à Casablanca

– Centre d'Oncologie Pédiatrique – Hôpital d'enfants à Rabat

L'Unité d'Hémo-oncologie Pédiatrique (UHOP) de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (HER) est le plus important centre pédiatrique de traitement des cancers de l'enfant au Maroc. Cette unité traite aussi les enfants atteints de maladies hématologiques non cancéreuses. Les malades reçus dans l'unité ont des leucémies, des lymphomes et des tumeurs solides pour la pathologie cancéreuse et surtout des maladies constitutionnelles du sang pour la pathologie non cancéreuse. Le nombre de lits d'hospitalisation interne est de 21, et celui des lits d'hôpital de jour (HDJ) est de 9 sur lesquels se relaient jusqu'à 50 malades par jour. Le personnel médical est constitué de 6 médecins spécialistes en oncologie pédiatrique et 13 infirmiers

Depuis sa création en 1983, l'UHOP a accueilli près de 5000 enfants provenant de toutes les régions du Maroc. En 2001, près de 3000 patients ont visité l'unité de soins pour une consultation, une hospitalisation classique ou une hospitalisation de jour, totalisant près de 10 000 visites¹⁴.

– Centre d'Hémo-oncologie Pédiatrique – Hôpital 20 Août à Casablanca

Le service d'Hémo-oncologie Pédiatrique est situé à l'Hôpital 20 août. Il fait partie du CHU Ibn Rochd. C'est actuellement, le seul centre d'hématologie au Maroc où sont pris en charge les malades adultes et enfants souffrant

¹⁴ Site web de l'association l'AVENIR <http://www.almoustakbal.org/servicePediatrie.asp>

de maladies du sang. Les spécialistes en Hématologie y sont également formés. Avec d'autres centres pédiatriques, il prend également en charge tous les enfants souffrants de cancer.

Il comporte une unité d'hospitalisation classique d'une capacité de 34 lits, dont 13 pédiatriques et une structure, dite Hôpital de Jour, où sont pris en charge les patients durant la journée seulement pour des soins de chimiothérapie ou transfusion, en plus des consultations pour les malades externes. Il accueille une moyenne de 25 malades par jour, L'équipe médicale est composée de 3 médecins, une infirmière major, 5 infirmières, une aide soignante¹⁴.

c – Les Services d'Oncologie

Les services actuels de prise en charge du cancer sont en nombre de 3: le service de Radiothérapie de l'hôpital militaire Mohamed V à Rabat, L'unité d'oncologie du CHU Hassan II de Fès, L'unité d'oncologie du CHU Mohamed VI Marrakech.

– Service de Radiothérapie – Hôpital Militaire Mohamed V à Rabat

Le service de radiothérapie de l'Hôpital Militaire Mohamed V à Rabat emploie 3 médecins avec un plateau technique qui est constitué de deux services :

Le secteur technique de radiothérapie externe, équipé de 2 accélérateurs permettant de disposer de faisceaux de photons de haute et basse énergie et d'électrons de différentes énergies. Il dispose également d'un simulateur permettant de faire les centrages dans des conditions optimales. Le département travaille en étroite collaboration avec les services d'imagerie et fait appel presque systématiquement aux modalités de scanner et IRM pour les calculs et les prévisions dosimétriques des plans de traitements.

L'unité de radiophysique (avec ordinateurs de calcul de doses en 3 dimensions, matériel de dosimétrie, atelier de confection de masques et de caches)¹³.

– Service d'Oncologie du CHU Hassan II à Fès

L'unité d'oncologie médicale, située dans le service de chirurgie A, au sein de l'Hôpital Al Ghassani de Fès, est constituée de 6 fauteuils de chimiothérapie avec possibilité d'hospitalisation au sein du service de Chirurgie A.

Le Staff médical est constitué d'un professeur et 3 médecins résidents en oncologie médicale ; 1 professeur et 2 médecins résidents en oncologie radiothérapie. Le staff paramédical est constitué de 2 infirmiers.

– Service d'Oncologie du CHU Mohammed VI à Marrakech

Avec 12 lits d'hospitalisation et 24 Lits d'hôpital de jour, il est situé dans l'enceinte de l'Hôpital Ibn Tofaïl. Le staff médical et paramédical est constitué de 9 Médecins et 14 Infirmiers.

Le matériel de chimiothérapie est constitué de 2 hôtes à flux laminaire et un accélérateur linéaire (qui sera installé en 2009)¹⁵ (Carte N° 3)

¹⁵ CHU Ibn Tofaïl Marrakech

d – Centres de dépistage du Cancer

Selon les données nationales et internationales, le cancer du sein et celui du col utérin sont considérés comme étant les cancers les plus fréquents dans notre pays. En effet, ces cancers sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité élevées au Maroc et constituent, par conséquent, un souci majeur dans le domaine de la santé publique¹¹.

Le dépistage de ces pathologies est plus facile et bien maîtrisé offrant la possibilité d'un dépistage précoce et d'un traitement efficace. Ainsi, l'accès au frottis cervical a permis une diminution de 80% des décès liés à cette pathologie dans les pays où le dépistage organisé est en vigueur¹¹.

Les Centres de consultation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein sont créés en collaboration avec l'Association LALLA SALMA de lutte contre le Cancer au niveau du centre hospitalier Ibn Sina à Rabat et au niveau du centre hospitalier Ibn Rochd à Casablanca. Quatre autres centres de dépistage sont prévus pour l'année 2009 à Agadir, Tanger, Témara et Er-Rachidia.

Centres d'oncologie de proximité prévus pour l'année 2009 à Laâyoune, Béni Mellal, Nador et Er-Rachidia. Ces centres assureront des activités déléguées sous l'encadrement d'un pôle régional d'oncologie.

5.1.1.2 – Les centres privés de prise en charge du cancer

Les centres privés de prise en charge et de dépistage du cancer sont concentrés dans les villes de :

- Rabat avec 2 centres : Centre d'oncologie Annakhil et Clinique Al Azhar
- Casablanca avec 2 centres : Clinique le Littoral ; Centre d'Oncologie Al Kindy¹³
- Fès avec un seul centre : centre d'oncologie Al-Kawtar (Carte N°3)

a – Centre d'oncologie ANNAKHIL – Rabat

Spécialisé dans le traitement du cancer, le centre d'oncologie ANNAKHIL fait partie d'un groupe multidisciplinaire de cliniques et de centres. L'HDJ est constitué de 16 Fauteuils de chimiothérapie. Les consultations sont assurées par 6 médecins tandis que le personnel paramédical est constitué de 20 Infirmier¹⁶

Le plateau technique de la radiothérapie du centre ANNAKHIL est constitué d'un secteur technique de radiothérapie externe avec 1 accélérateur ; un secteur technique de curiethérapie avec curiethérapie endocavitaire et interstitielle ; une unité de radiophysique avec ordinateurs et logiciel de calcul de doses en 3D, matériel de dosimétrie, atelier de confection de masques et de caches¹³.

¹⁶ Centre d'oncologie ANNAKHIL du clinique-Agdal.

b – Centre d'oncologie AL AZHAR – Rabat

Le Centre d'Oncologie Al Azhar est un établissement de soins dédié exclusivement au traitement des tumeurs cancéreuses, il comprend 5 unités : une unité d'hospitalisation ambulatoire ; une unité d'hospitalisation continue ; une unité de radiothérapie externe ; une unité de curiethérapies ; une unité de Chirurgie. Des unités de greffe de moelle et d'Irathérapie sont en cours de réalisation¹⁷. Le Plateau technique est constitué de 2 Accélérateurs linéaires dont un avec collimateur Multilames pour Radiothérapie conformationnelle, un appareil de cobalt et une unité de Radiophysique doté d'un système de Dosimétrie en 3D.

L'activité médicale du centre Al Azhar est coordonnée par 90 personnes dont 5 médecins spécialistes et 40 Infirmiers.

c – Centre d'oncologie le LITTORAL – Casablanca

Spécialisée dans le traitement et la lutte contre le cancer, avec 9 médecins spécialistes, il comprend 7 unités : une unité de Radiothérapie ; une unité d'oncologie médicale ; une unité de greffe / hémato-oncologie ; une unité de chirurgie/anesthésie réanimation, soins palliatifs et traitement de la douleur, radiologie conventionnelle et interventionnelle ; une unité de médecine nucléaire, chirurgie réparatrice et esthétique ; une unité de physique médicale, un bloc opératoire équipé pour des applications de curiethérapie¹⁸.

Le plateau technique de la radiothérapie du centre d'oncologie le LITTORAL est constitué d'un secteur technique de radiothérapie externe avec 1 unité au cobalt, 1 accélérateur et 1 scanner ; un secteur technique de curiethérapie avec un bloc opératoire équipé pour des applications de curiethérapie ; et une unité de radiophysique (avec ordinateurs de calcul de doses en 3 dimensions, matériel de dosimétrie, atelier de confection de masques et de caches)¹³

d – Centre de traitement AL KINDY – Casablanca

Le plateau technique de la radiothérapie du centre AL KINDY est constitué d'un secteur technique de radiothérapie externe avec 1 unité au cobalt, 1 accélérateur et 1 scanner ; un secteur technique de curiethérapie avec un bloc opératoire équipé, 2 curietrons LDR pour des applications de curiethérapie ; une unité de radiophysique (avec ordinateurs de calcul de doses en 3 dimensions, matériel de dosimétrie, atelier de confection de masques et de caches)¹³.

e – Centre d'Oncologie ALKAWTAR – Fès

Le Centre d'Oncologie de la Clinique Al-Kawtara ouvert ces portes en Novembre 2008, les activités actuelles se limitent au traitement de Chimiothérapie des patients atteints du cancer en Hôpital de Jour. En Février 2009 le Centre sera doté de matériels lourds de prise en charge du Cancer très diversifié qui sera constitué de 2 Accélérateurs linéaires, un curitrons à haut débit....

¹⁷ Site du Centre d'oncologie AL AZHAR

¹⁸ Site du Centre d'oncologie Le Littoral

5.1.1.3 – Les Maisons de vie et centres d'accueils

Les maisons de vie ont pour mission d'héberger les patients et leurs familles durant la période de leur traitement ambulatoire, d'assurer aux personnes atteintes de cancer un suivi régulier de leur traitement, de les accompagner en leur apportant un soutien moral et psychologique.

Les résidents de ces maisons sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de santé, de psychologues et d'assistantes sociales qui veillent à leur bien-être pendant leur séjour. Un groupe de bénévoles assure les différentes activités sociales et culturelles, l'organisation de sorties, de dîners, de soirées musicales, ainsi que des séances d'éducation diététique et d'hygiène¹⁵.

Tous les exemples de maisons d'accueil des familles, que ce soit en Europe, ou au Maghreb, montrent que leur existence a permis une très nette amélioration du suivi médical, et un ancrage du soin²¹. Les Maisons de vie et centres d'accueils au Maroc sont en nombre de 6 avec 2 maisons de vie à Casablanca et à Agadir ; et 4 maisons d'accueils : Complexe ACHIFAA à Oujda ; centre d'accueil OUMNIA à Rabat ; Maison de l'AVENIR ; Maison de l'Espoir à Marrakech. (Carte N°3)

a – La maison de vie d'Agadir

Elle constitue un espace régional destiné à héberger temporairement les patients nécessiteux qui reçoivent des soins au centre d'oncologie relevant du centre hospitalier Hassan II d'Agadir. D'une capacité de 40 lits, la «Maison de vie» est constituée de 20 chambres, d'un restaurant avec cuisine et services annexes, d'une salle d'écoute psychologique, d'un bureau d'assistance sociale et de deux salles d'animation et de loisirs, et peut accueillir jusqu'à 1 000 personnes par an¹⁵.

Durant l'année 2007, la Maison de vie d'Agadir a accueilli 470 patients pour un nombre total de nuitées de 5 143¹⁵.

b – La maison de vie de Casablanca

C'est un centre d'une capacité de 40 lits pouvant accueillir jusqu'à 1 000 résidents par an (patients et accompagnateurs). Il est constitué de 20 chambres de 2 lits, de salons, de salle de réunions, de salle de soins, d'une cuisine, de buanderie et jardin, et est géré par une équipe multidisciplinaire.

Situé à côté de L'Hôpital Bouafi, "La Maison de Vie" de Casablanca offre aux patients et à leurs familles un accompagnement et un soutien psychologique et moral, dans un cadre chaleureux où ils peuvent séjourner et bénéficier d'activités sociales mises à leur disposition.

Durant l'année 2007, la "La Maison de Vie" réalisée à Casablanca a accueilli 1 144 malades et accompagnants de différentes régions du Royaume pour 9 199 nuitées¹⁸.

c – Le complexe ACHIFAA d'Oujda

Le complexe ACHIFAA a été réalisé en vue d'assister le Centre régional d'oncologie d'Oujda en matière d'accueil des patients nécessiteux et de leurs familles. Situé sur la route de Jerrada, le complexe comporte 40 studios composés chacun d'une chambre de deux lits et d'une kitchenette, en plus d'autres dépendances comme une infirmerie et des magasins¹⁹. Il permet aux patients, non originaires d'Oujda, devant suivre un traitement en chimiothérapie de plusieurs jours, de bénéficier de l'hébergement près de l'hôpital, ainsi que d'un suivi social¹⁹.

d – Le centre d'Accueil OUMNIA Rabat

Le centre d'accueil OUMNIA de l'Association des Amis de l'Institut National d'Oncologie (AMINO). C'est un relais d'écoute et d'orientation destiné aux malades de l'Institut National d'Oncologie. Ce centre accueille quotidiennement 30 à 40 personnes atteintes par la maladie. La réalisation de ce centre est l'œuvre de bénévoles.

e – La Maison de L'AVENIR

Cette Maison fournit les services et l'infrastructure nécessaires aux parents et aux familles. Elle est spacieuse et reposante et comprend 22 chambres¹⁴

f – La Maison de l'ESPOIR à Marrakech (Projet)

La Maison de l'Espoir a pour objectif d'être une interface entre l'hôpital et la demeure familiale. C'est une maison qui sera composée de 20 chambres doubles,

Ce projet de Maison d'accueil présente un intérêt considérable non seulement pour les enfants malades de la région de Marrakech, mais aussi, et surtout, pour les enfants cancéreux de tout le sud du Royaume qui ne dispose d'aucun centre spécialisé en Oncologie-hématologie Pédiatrique. Cette structure permettra aux enfants atteints du cancer de bénéficier de leurs traitements dans de meilleures conditions en leur assurant un hébergement à proximité du centre de soins²⁰.

g – La Maison de l'Enfant a HER – Rabat

La Maison de l'Enfant du CHU Ibn Sina constitue un espace de soutien socio-éducatif et de formation pour les enfants hospitalisés pour une longue durée à l'hôpital d'Enfants.

La maison de l'enfant est constituée de plusieurs espaces et compte une direction, un espace de convivialité, un espace de communication et d'affichage, un atelier d'arts plastiques, une salle multimédia, une salle de musique et une salle de jeux ainsi qu'une kitchenette.

¹⁹ Fondation Mohammed V pour la solidarité

²⁰ Site web de L'association Enfance-Espoir Marrakech

Cette structure vise à permettre à l'enfant malade de renouer avec ses activités sociales et culturelles, de rétablir les liens matériel et symbolique avec le monde extérieur, d'avoir un accès libre et autonome aux loisirs et à la culture et de poursuivre le processus de scolarisation.

Sa gestion est confiée à l'Association des Amis de l'Hôpital d'Enfants dans le cadre d'un partenariat entre le ministère de la Santé et le CHU de Rabat.

5.1.1.4 – Hôpital de jour pour la prise en charge du cancer

L'hôpital de jour (HDJ) est une structure alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Il permet d'effectuer des actes médicaux sur une durée journalière inférieure ou égale à 12 heures. C'est un service hospitalier ouvert le jour, de 8h du matin à 20h du soir, qui reçoit tous les malades cancéreux ne nécessitant pas des soins lourds, et ainsi des hospitalisations longues²¹.

Beaucoup de prestations médicales et paramédicales y sont prodiguées. Son rôle essentiel est de prendre en charge un malade cancéreux, lui prodiguer les soins adaptés à son cas avec efficacité, qualité et compétence, permettant au malade de satisfaire à ses besoins et d'être plus autonome avec une meilleure qualité de vie²². Les places de l'HDJ se matérialisent sous forme de lits ou fauteuils exclusivement destinés à l'activité pratiquée. Le poste de soins infirmiers est individualisé.

a – L'hôpital de jour de l'INO

HDJ en Oncologie Médicale : comprend 14 lits réservés à des chimiothérapies nécessitant des perfusions de durée supérieure à 2H et 16 fauteuils pour des chimiothérapies de moins de 2 heures de perfusion. Le service comprend également une salle de ponctions et de biopsies. Une salle de préparation des médicaments avec deux hottes à flux laminaire.

Le personnel est constitué de 5 infirmiers dont un infirmier chef assisté de deux aides soignants, et d'un médecin responsable à plein temps avec deux résidents à mi-temps. Plus de 90% des activités de chimiothérapie se font à l'HDJ (bilan, administration de chimiothérapie...) avec une consultation médicale quotidienne qui permet de surveiller le bilan pré-thérapeutique, de traiter certaines complications aiguës et de recevoir certaines urgences oncologiques²⁴.

HDJ en Radiothérapie permet l'accueil de plus de 90% des malades sous irradiation sans suivis de façon ambulatoire. Le service médical est assuré par deux médecins d'oncologie-radiothérapie qui ont la responsabilité de la surveillance médicale quotidienne des malades pour détecter certains effets secondaires liés à l'irradiation²⁴.

²¹ FNLCC
²² SMSM

b – L'hôpital de jour du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique Hôpital 20 août CHU Ibn Rochd – Casablanca

L'hôpital du jour dans son actuel local à l'hôpital 20 Août, est situé au rez-de-chaussée du service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique. C'est une des unités fonctionnelles du service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique qui comporte, par ailleurs, un secteur de consultation, d'hospitalisation conventionnelle de 23 lits d'adultes et 13 lits d'enfants et d'une unité de greffe de moelle.

Le recrutement des malades est national, puisqu'il n'existe qu'un seul service d'Hématologie au Maroc. Il accueille une moyenne de 25 à 30 malades par jour¹⁶. Le personnel médical est composé de 4 professeurs en Hématologie et 6 résidents, tandis que le personnel paramédical est constitué de 7 aides soignants et 2 ATP. (Carte N° 3)

c – L'hôpital de jour de L'Unité d'Hémo-oncologie Pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants de Rabat

LHDJ de L'Unité d'Hémo-oncologie Pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants de Rabat est constitué de 9 lits sur lesquels se relaient jusqu'à 50 malades par jour.

d – L'hôpital de jour du Centre régional d'Oncologie – Hôpital Cheikh Zayed à Oujda

Situé dans l'enceinte du Centre régional d'oncologie Hassan II à Oujda, avec 7 lits fonctionnels²¹, il est doté d'une Hotte de préparation de la chimiothérapie, l'HDJ emploie trois infirmiers et un médecin d'oncologie médicale.

e – L'hôpital de jour du Centre régional d'Oncologie – Hôpital Hassan II à Agadir

Avec 26 lits fonctionnant en hôpital de jour de 8 h à 19h. Ils sont repartis en : 6 lits en unité d'hôpital de jour (équipé actuellement de lits à défaut de fauteuils (9 fauteuils à raison de 3 fauteuils par box), 20 lits en unité d'hospitalisation, Le tout fonctionne actuellement comme hôpital de jour.

f – L'hôpital de jour de l'unité d'Oncologie du CHU Hassan II de Fès

L'HDJ se fait dans le cadre de l'activité quotidienne de l'unité d'oncologie, mais il n'y a pas de structure spécifique à cette activité. Cette unité est constituée de 6 fauteuils fonctionnels où pratiquent 3 médecins et 2 infirmiers.

g – L'hôpital de jour du service d'Oncologie de L'hôpital Ibn Tofail – Marrakech

L'HDJ du service d'oncologie de l'Hôpital Ibn Tofail est doté de 24 fauteuils fonctionnels, le matériel de chimiothérapie est constitué de 2 hottes à flux laminaire.

h – L'hôpital de jour du Centre d'Oncologie du clinique Al Azhar Rabat

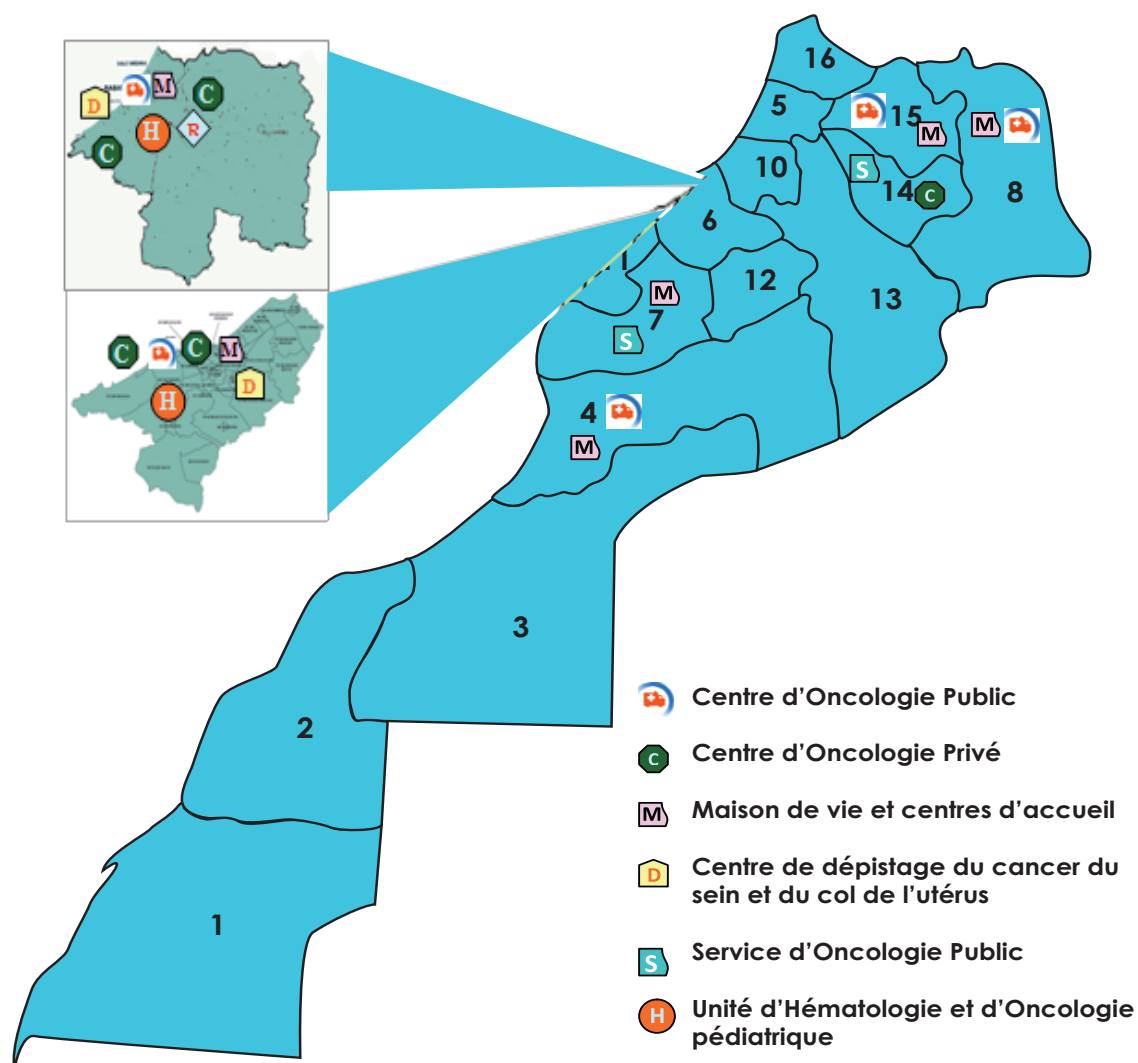
L'HDJ du centre d'oncologie Alazhar comprend 24 fauteuils pour une capacité de traitement de 50 patients par jour. Il est doté de 3 hottes à flux laminaire de haute sécurité microbiologique permettant des préparations chimiothérapiques¹⁹.

i – L'hôpital de jour de la clinique le Littoral Casablanca

L'HDJ de la Clinique le Littoral peut accueillir jusqu'à 40 patients par jour. Il comporte 10 relaxes automatiques hauts standings tous équipés de potences et de seringues auto-pousseuses à débit contrôlé²⁰.

j – L'hôpital de jour du centre d'Oncologie Clinique ALKAWTAR – Fès

L'HDJ du Centre d'oncologie de la Clinique Alkawtar a ouvert ces portes très récemment, il est doté de deux salles de Chimiothérapie de 12 fauteuils fonctionnels.



Carte 3- Répartition géographique des centres actuels de dépistage et de prise en charge du cancer des deux secteurs au Maroc (Année 2007)

5.1.2 – Centres de prise en charge du cancer en cours de construction

Le Maroc sera doté de neuf centres d'oncologie à l'horizon 2008-2009, afin de mieux répondre à la demande croissante pour les traitements anticancéreux.

En effet, et dans le but d'un accès équitable aux soins, une stratégie de décentralisation des centres d'oncologie a été instaurée. Ainsi, plusieurs centres ont été construits et d'autres sont en cours :

Dès Juin 2009, un nouveau centre d'oncologie verra le jour au sein du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès et comprendra des services d'oncologie médicale, de médecine nucléaire et de radiothérapie.

En outre, différents projets seront menés à leur terme : construction du centre d'oncologie de Tanger, la construction et l'équipement d'un Hôpital de jour à l'INO de Rabat, la rénovation des services de l'Institut National d'Oncologie (INO), la mise en œuvre d'un projet de gestion des médicaments pour la Région Souss Massa Drâa et la construction de deux maisons de vie à Fès et Marrakech¹⁵. (Carte N° 4)

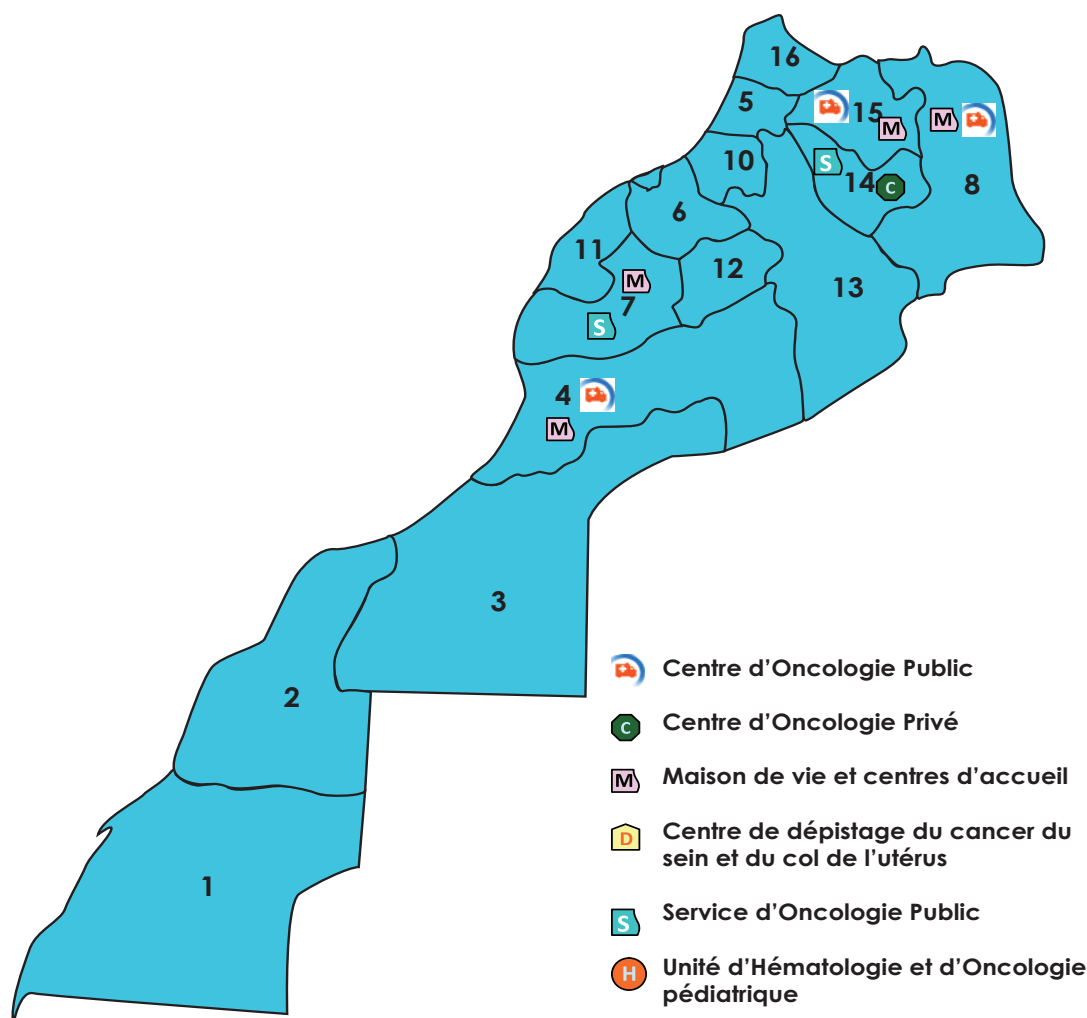
La réalisation d'autres projets est prévue vers la fin de l'année 2008 et en 2009 :

- Le Centre d'Oncologie Pédiatrique à l'Hôpital Italien de Tanger qui sera doté de tous les équipements pour le traitement des maladies cancéreuses, avec notamment des services de radiothérapie, de chimiothérapie et de chirurgie. L'hôpital disposera d'une capacité de 40 lits et des équipements nécessaires pour une prise en charge complète des patients¹².
- Centre régional d'Oncologie à Meknès.
- Centre d'Oncologie privé à Meknès (Démarrage l'été 2008).
- 2 Centres d'Oncologie privés à Marrakech (Démarrage en 2009).
- Centre d'Oncologie et de Radio-chirurgie, Hôpital International Cheikh Zayed Rabat qui est en cours de construction ; son démarrage est prévu fin 2009¹³. (voir le Tableau 8 et la Carte N° 4)

Tableau 8- Les projets des nouvelles structures d'oncologie.

Lieu	Secteur	Etablissement	Capacité litière	Type de traitement			Maison de vie	
				Chirurgie	Chimio TT	Rx TT	En projet	Observations
Rabat	Public	Centre National de traitement de la douleur	10	-	-	-	X	AMINO
	Public	Centre d'oncologie pédiatrique du CHU Ibn Sina	40		X		Existante	Maison de l'Avenir
Casablanca	Public	Centre d'oncologie du centre hospitalier Ibn Rochd	53 lits		X	X		A prévoir
	Public	l'aménagement et l'équipement d'une unité d'oncologie pédiatrique à l'Hôpital 20 Août	13 lits				X	ALSC
Marrakech	Public	Centre d'oncologie du centre hospitalier Mohammed VI	47 lits	X	X	X	X	ALSC
Fès	Public	Centre d'oncologie du centre hospitalier Hassan II	-	X	X	X		A prévoir
Tanger	Public	Centre régional d'oncologie de Tanger	-		X	X	X	ALSC
Meknès	Public	Centre régional d'oncologie	-		X	X		A prévoir

Source Service des maladies non transmissibles (DELM)



Carte 4 - Répartition géographique des projets en cours et futurs de prise en charge du cancer au Maroc (Année 2007)

5.2 – Les moyens techniques utilisés pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des cas de cancer

Le diagnostic, première étape de la prise en charge du cancer, repose à la fois sur une évaluation clinique minutieuse et des tests diagnostiques ; il est souvent complexe après la manifestation initiale reconnue par le patient, le médecin consulté écoute, interroge puis examine le patient et les données de cette consultation orientent vers d'éventuels examens complémentaires : analyses biologiques, radiographies, endoscopies, biopsie. Ces examens sont des moyens indispensables sans lesquels le médecin ne pourra pas assurer convenablement son diagnostic et répondre aux besoins du patient qui devient de plus en plus exigeant dans ce domaine. Le résultat de cette consultation aboutit à un bilan diagnostique. Le bilan diagnostique a pour but de préciser le type de cancer, d'évaluer sa taille et de préciser s'il se propage au-delà de certaines limites²³.

Certains examens sont systématiques ; d'autres dépendent de l'anomalie découverte et de l'état général de la personne. Seuls les résultats de l'examen anatomopathologique de la tumeur permettent d'affirmer ou non le diagnostic de cancer²³.

5.2.1 – Les moyens techniques utilisés pour le dépistage et le diagnostic du cancer

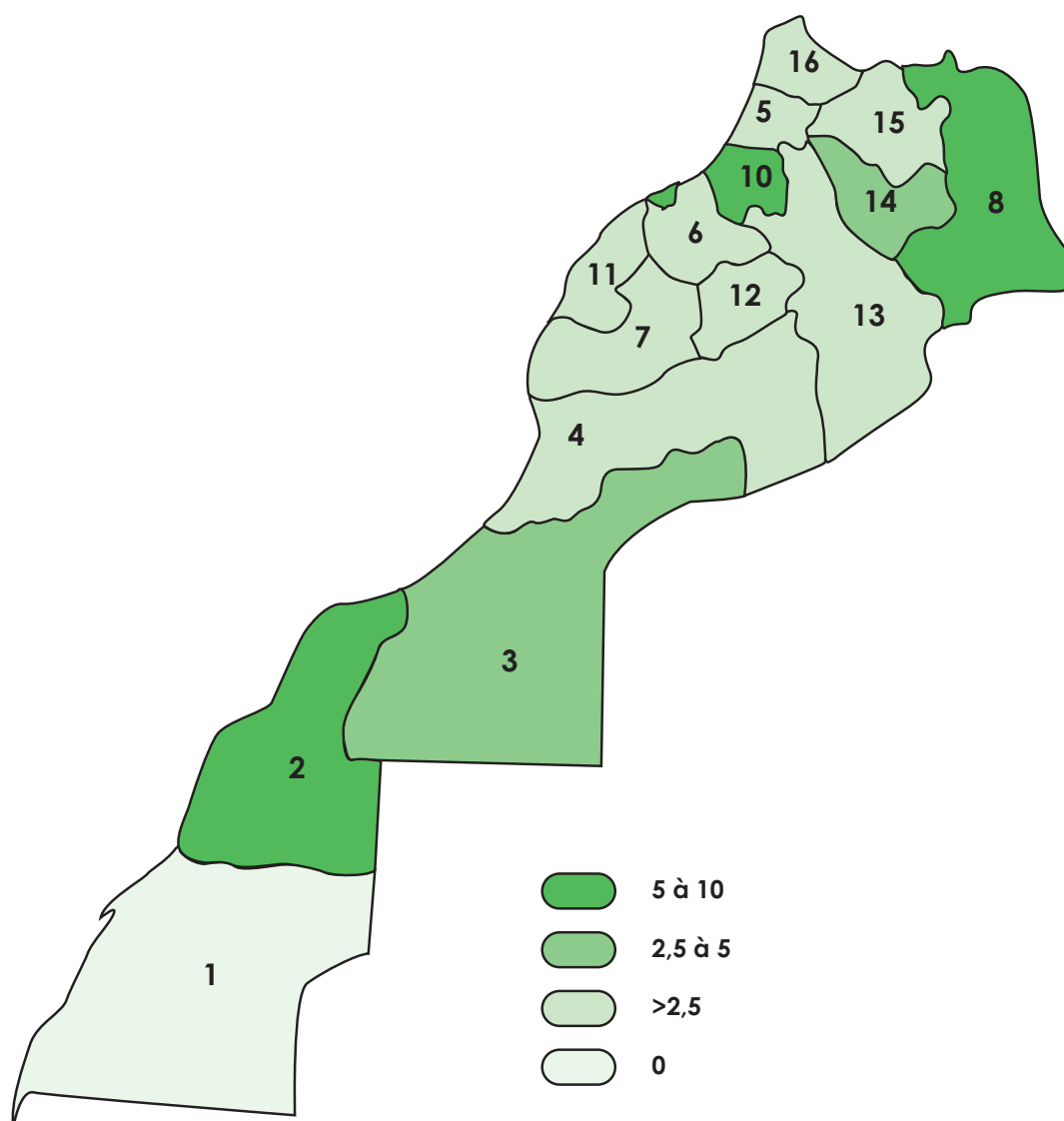
5.2.1.1 – Mammographie

L'examen de dépistage du cancer du sein comprend une mammographie complétée d'un examen clinique des seins. Le but essentiel de la mammographie est la recherche de cancers de petite taille. Ils se traduisent par une opacité aux contours flous ou épineux (spéculaires), par des microcalcifications isolées ou associées à l'opacité, par une simple désorganisation de l'architecture normale du sein, par des plages plus denses que du côté opposé. La valeur diagnostique est différente selon qu'il existe ou non une tumeur palpable, la mammographie étant le complément de l'examen clinique²³.

Selon le récapitulatif des équipements lourds disponibles au niveau des secteurs de santé (ministère de la santé Juin - 2007), Le Maroc dispose de 108 postes de mammographie (41 du secteur public et 67 du secteur privé) avec une densité moyenne de 3,5 poste de mammographie pour 1 000 000 habitants, Sur le plan régional, la répartition des mammographies est inégale : alors que la région du grand Casablanca dispose de 28 mammographies avec une densité de 7,7 mammographies pour 1 000 000 d'habitants et les régions de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër et de l'Oriental sont équipées de 16 mammographies, avec respectivement une densité de 6,8 et 8,4 mammographies pour 1 000 000 d'habitants, la région d'Oued Eddahab-Lagouira ne dispose d'aucune mammographie ²³.

La répartition de la densité des mammographies par régions et par secteurs est donnée au niveau des cartes 5, 8 et du tableau 9.

23 Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé (Juin - 2007)



Carte 5 - Répartition géographique de la densité des mammographies par 1 000 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2007)

5.2.1.2 – Scanner

L'examen scanographique s'intéresse au cancer primitif. Il détecte les lésions et oriente vers un diagnostic qui devra être confirmé par une biopsie. La forme de la tumeur, son volume, ses rapports avec les organes voisins et ses vaisseaux précisés par injection de produits iodés, aident à caractériser les lésions. L'examen scanographique contribue aussi au bilan d'extension : adénopathies, métastases (poumons, os, foie, surrénales, cerveau...).

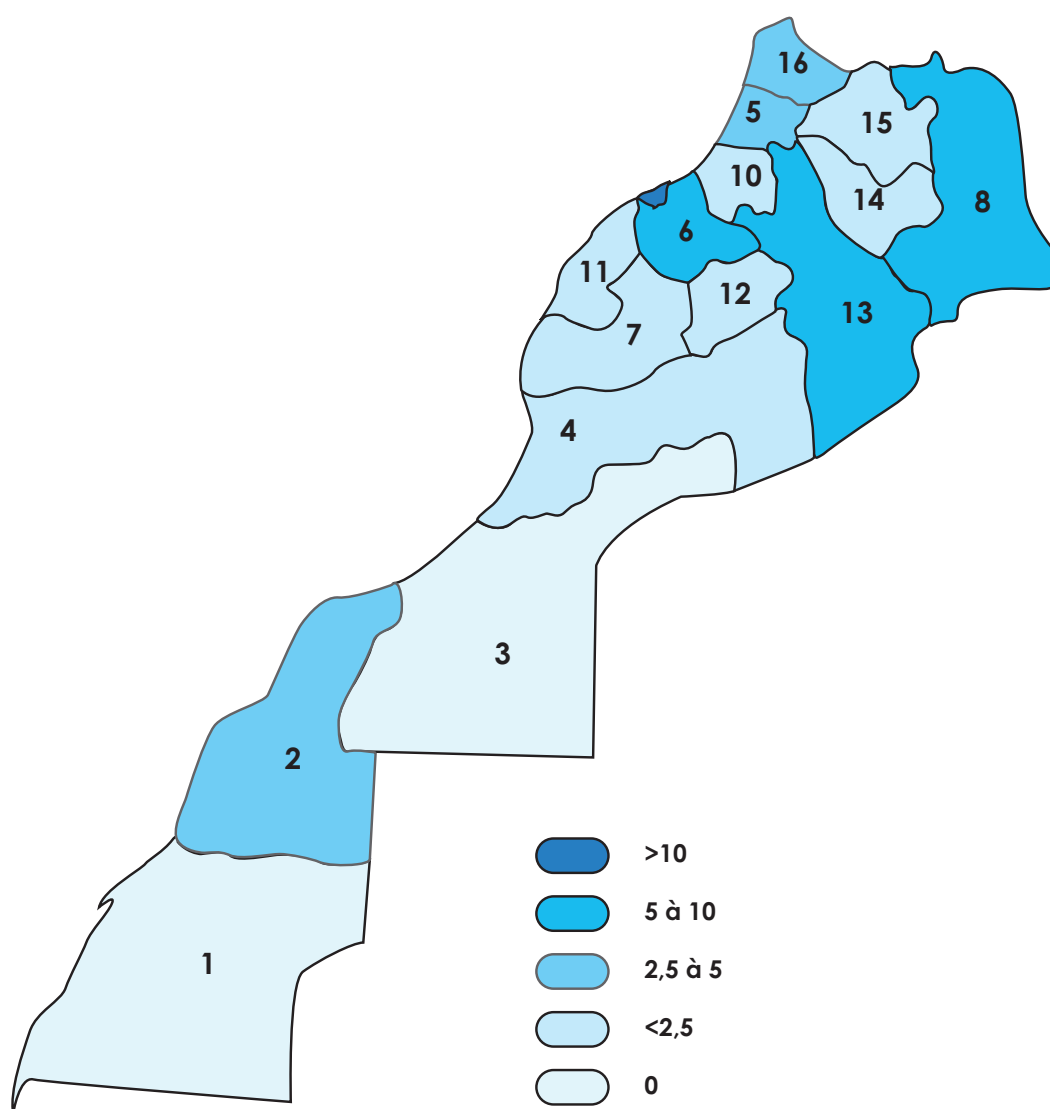
Par ailleurs, l'examen scanographique dirige des ponctions pour le diagnostic (radiologie interventionnelle) : stéréotaxie cérébrale, ponction de nodules pulmonaires ou de lésions profondes de l'abdomen et du petit bassin. Des gestes thérapeutiques peuvent être effectués sous repérage scanographique (drainage d'abcès, traitement local

d'une lésion maligne par alcoolisation ou radiofréquence ou laser, traitements palliatifs divers). Dans la surveillance de la plupart des cancers, la scanographie est utilisée très régulièrement; à partir du bilan initial, la lecture des documents comparatifs permet de juger de l'efficacité d'un traitement, puis essaye de distinguer l'image d'une cicatrice de celle d'une récurrence.

La scanographie est actuellement couplée à la tomographie par émission de positons (TEP) pour la mise en place d'une méthode originale utilisant un radioélément (fluorodésoxyglucose : FDG) dont les applications en oncologie constituent un progrès net dans l'apport de l'imagerie au niveau du bilan et de la surveillance des patients²³.

Selon le récapitulatif des équipements lourds disponibles au niveau des secteurs de Santé (ministère de la santé Juin - 2007), on compte 125 postes de Scanner au Maroc, repartis sur 14 régions soit un poste de Scanner pour 245 224 habitants (41 pour 1 000 000 d'habitants). 28 postes de Scanner relevant du secteur public et 97 du secteur privé

La répartition des scanners sur le territoire marocain montre une inégalité entre les régions. En effet, plus de la moitié des scanners sont concentrés dans l'axe Casa-Rabat avec 35 postes privés et 5 publics pour le Grand Casablanca, soit une densité de 11 poste de scanner pour 1 000 000 habitants ; 13 postes privés et 5 postes publics pour Rabat-Sale-Zemmour-Zaër, soit une densité de 7,6 poste de scanner pour 1 000 000 habitants, tandis que les régions d'oued Eddahab-Lagouira, Guelmim-Smara ne disposent d'aucun poste²⁵. (Voir la Carte 6, 8 et le tableau 9)



Carte 6 - Répartition géographique de la densité des scanners par 1 000 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2007)

5.2.1.3 – Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

L'Imagerie par Résonance Magnétique est une méthode d'imagerie non isotopique plus récente, elle est fondée sur la mesure du magnétisme des différentes parties du corps (tissus biologiques).

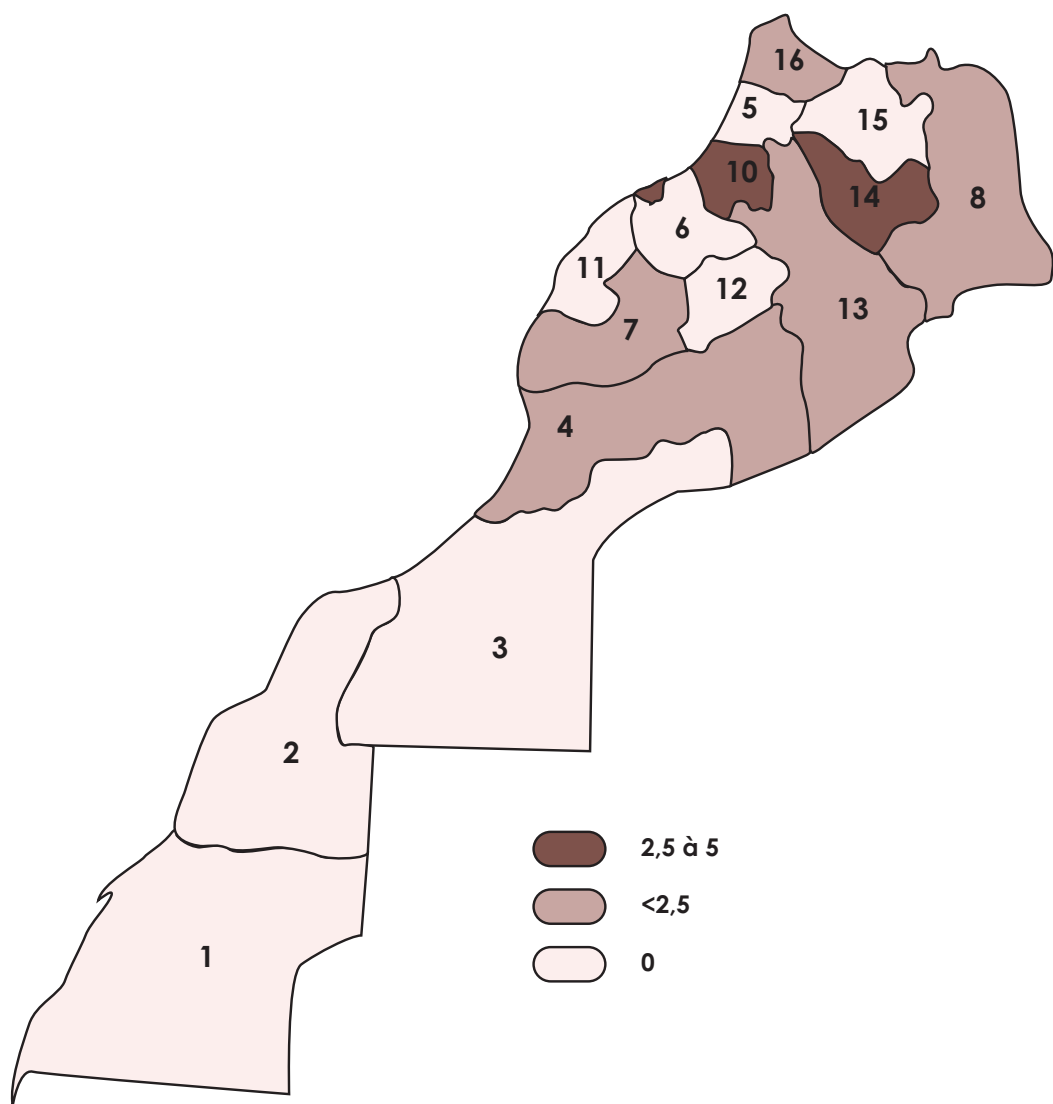
En cancérologie, les indications de l'IRM sont en pleine évolution, en raison des améliorations techniques et du nombre d'appareils disponibles. Elle remplace progressivement la scanographie pour le diagnostic d'une tumeur du cerveau ou la recherche de métastases cérébrales. Sa qualité est inégalée pour explorer la colonne vertébrale, la moelle épinière et les vertèbres. Pour l'os, l'IRM est très sensible mais, pour des raisons pratiques, elle est essentiellement utilisée pour l'analyse d'une région.

L'IRM permet une analyse tridimensionnelle qui en fait une méthode d'avenir pour le bilan des cancers ORL et du petit bassin²³.

Dans la surveillance des patients après traitement, l'IRM est la méthode non isotopique la plus efficace pour distinguer, dans la zone traitée, une rechute d'une simple séquelle.

Il existe actuellement 39 postes d'IRM au Maroc : 16 publics et 23 privés, répartis sur 8 régions soit un poste d'IRM par 785 974 habitants (1,3 IRM par 1 000 000 habitants).

La répartition géographique des IRM montre une disparité entre les régions ; alors que la région du Grand Casablanca compte 10 postes d'IRM dont 5 du secteur public, soit une densité de 2,8 IRM pour 1 000 000 habitants, suivi de la région de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër avec 8 postes dont 3 du secteur public avec une densité de 3,4 IRM pour 1 000 000 habitants ; les régions d'Oued Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra, Guelmim-Smara, El Gharb-Chrarda-Bni Hssen, Chaouia-Ouadigha, Doukkala-Abda, Tadla-Azilal et Taza-Al Hoceima-Taounate ne disposent d'aucun poste²⁴ (Voire la Carte 7, 8 et le tableau 9).

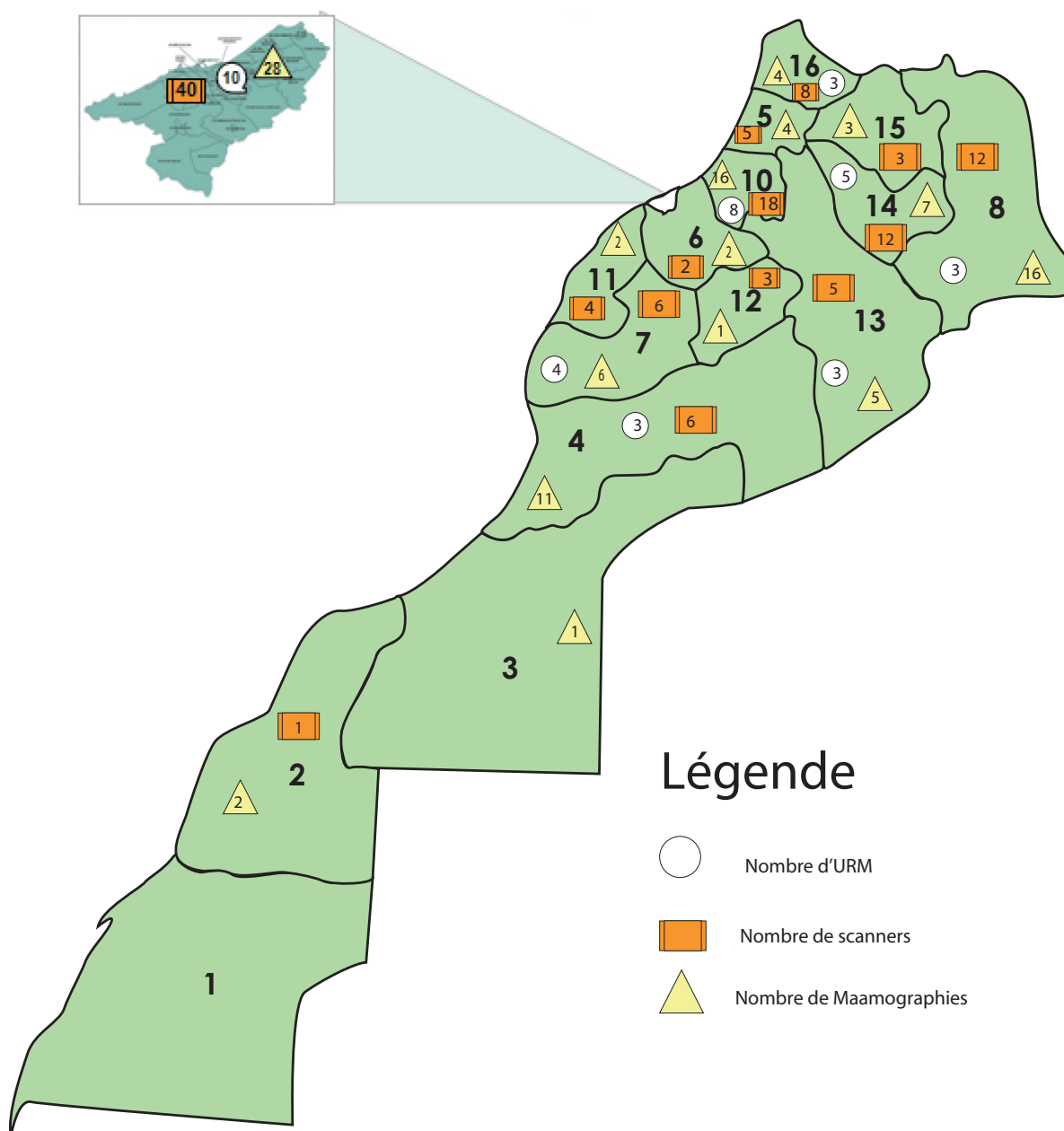


Carte 7 - Répartition géographique de la densité des IRM par 1 000 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2007)

Tableau 9 - Répartition des Scanners, Mammographies et IRM des deux secteurs, par régions et par 1 000 000 habitants au Maroc (Année 2007)

Régions	Scanner				Mammographie				IRM			
	public	privé	total	Densité par 1 000 000 Habitant	public	privé	Total	Densité par 1000 000 Habitant	public	privé	Total	Densité par 1000 000 Habitant
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	1	–	1	3,9	1	1	2	7,8	–	–	–	–
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–	1	–	1	2,2	–	–	–	–
4 - Souss-Massa-Drâa	2	4	6	1,9	5	6	11	3,5	1	2	3	1
5- El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	1	4	5	2,7	1	3	4	2,2	–	–	–	–
6 - Chaouia-Ourdigha	–	2	2	1,2	1	1	2	1,2	–	–	–	–
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	2	4	6	1,9	4	2	6	1,9	2	2	4	1,3
8 - Oriental	2	10	12	6,3	3	13	16	8,4	1	2	3	1,6
9 - Grand Casablanca	5	35	40	11,1	5	23	28	7,7	5	5	10	2,8
10 - Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	5	13	18	7,6	7	9	16	6,8	3	5	8	3,4
11- Doukkala-Abda	1	3	4	2	2	–	2	1	–	–	–	–
12- Tadla-Azilal	1	2	3	2,1	1	–	1	0,7	–	–	–	–
13- Meknès-Tafilalet	2	3	5	2,3	4	1	5	2,3	1	2	3	1,4
14- Fès-Boulemane	2	10	12	7,6	2	5	7	4,5	2	3	5	3,2
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	2	1	3	1,7	1	2	3	1,7	–	–	–	–
16- Tanger-Tétouan	2	6	8	3,2	3	1	4	1,6	1	2	3	1,2
Total National	28	97	125	4,1	41	67	108	3,5	16	23	39	1,3

Source : Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé (Juin - 2007)
Ministère de la santé



Carte 8 - Répartition géographique des IRM, Scanners et Mammographies de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2007)

5.2.1.4 – Médecine Nucléaire (Scintigraphie)

Cette exploration d'imagerie médicale visualise, notamment en cas de cancer, un organe ou un tissu par l'intermédiaire d'une substance radioactive. Marquée par un isotope qui émet des radiations, généralement des rayons, cette substance injectée dans l'organisme va se concentrer dans un tissu particulier : par exemple l'iode dans la glande thyroïde ou phosphates dans les os ; elle est «guidée» par un anticorps spécifique dans l'immunoscintigraphie. Cette fixation réalisée, l'image du tissu est recueillie par un scintigraphe fixe (gammacaméra), qui donne une image instantanée de la région, ou à balayage (scanner), qui se déplace progressivement en face de cette région.

Cet appareil recueille les scintillations produites par le produit radioactif à travers les tissus superficiels. Il donne une vision d'ensemble de l'organe (forme, homogénéité) et montre des irrégularités sous forme d'hyperfixation (points chauds) ou d'hypofixation (points froids ou lacunes), qui peuvent correspondre à des tumeurs primitives ou secondaires (métastases). Certains appareils permettent de réaliser des coupes tomographiques donnant plusieurs images, selon le niveau de la coupe, à partir d'un traitement informatique des scintillations enregistrées²³.

Les postes de scintigraphie sont en nombre de 13 (4 du secteur public) répartis sur trois régions du Maroc avec une densité d'un poste de scintigraphie pour 2 300 000 habitants. La Région de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër dispose de 5 postes avec une densité de 2,1 postes de scintigraphie pour 1 000 000 d'habitants, suivie des régions du Grand Casablanca et Fès-Boulemane, avec respectivement 1,6 et 1,3 postes de scintigraphie pour 1 000 000 d'habitants²⁵, (Tableau 10 et Carte 9).

5.2.1.5 – Photo coagule Laser

L'application la plus répandue de cette technique est le photo-diagnostic des états précancéreux (Cis) et des petits cancers plans (T1a) des bronches²³.

Les photos Coagule Laser sont au nombre de 36, avec 31 postes relevant du secteur privé, et sont repartis sur 6 régions du Maroc à raison de 1,2 poste de Photo Coagule Laser pour 1 000 000 habitants. La région de Fès-Boulemane dénombre 20 postes, tous du secteur privé, avec une densité de 12,7 postes pour 1 000 000 d'habitants, les autres sont repartis en 5 postes à Tanger 3, à Nador et Casablanca, 2 à Salé, 1 à Oujda, Tiznit et Agadir avec des densités inférieures à 2,5 Photo coagule Laser pour 1 000 000 d'habitants²⁵. (Tableau 10 et Carte 9).

5.2.1.6 – Angiographies

Cette technique d'imagerie radiologique a pour objectif l'opacification des artères. D'abord utile au diagnostic des cancers dans les années 1970, elle s'applique désormais presque exclusivement à leur traitement²³.

L'application diagnostique de l'angiographie en cancérologie s'est affinée grâce aux autres méthodes (échographie, scanographie, IRM) et aux ponctions guidées par l'imagerie. Seules deux techniques sont encore utilisées au niveau viscéral :

- 1)** l'injection dans l'artère hépatique de lipiodol permet de détecter de très petites lésions hypervascularisées dans le foie, peut mettre en évidence la multiplicité éventuelle de foyers d'un hépatome et représente habituellement la première phase des chimio-embolisations.
- 2)** l'angiographie qui s'associe à des coupes scanographiques, pour rechercher des métastases hépatiques (en cas de cancer du côlon ou du rectum par exemple), quand il est nécessaire de dénombrer au mieux les lésions²³.

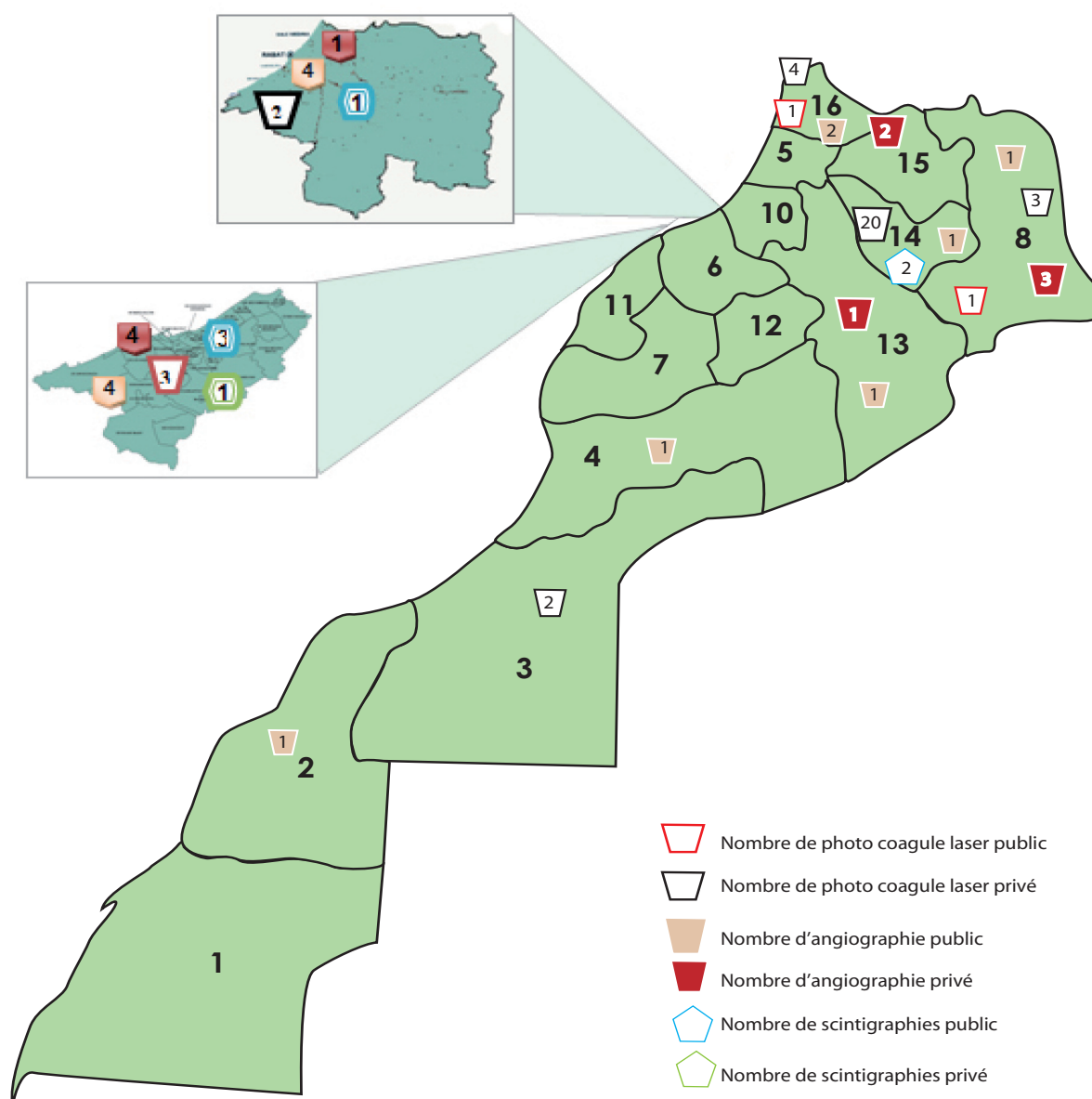
L'angiographie est plus souvent utilisée comme thérapeutique locale, pour apporter sur place une chimiothérapie, pour une embolisation (occlusion de l'artère nourricière d'une tumeur) ou pour l'association des deux. Dans certaines tumeurs évoluées, on propose des chimiothérapies intra-artérielles délivrées en quelques heures ou en quelques jours²³.

Les postes d'angiographie sont au nombre de 26 avec 11 postes relevant du secteur privé et 2 du secteur privé à but non lucratif. La répartition géographique couvre seulement 8 régions du Maroc à raison d'un poste d'angiographie pour 1 178 962 habitants (0,8 pour 1 000 000 d'habitants), 8 postes relevant de la région du Grand Casablanca dont 4 à Mohammedia), 4 à Rabat et Tanger, 3 postes à Nador et 1 poste pour chacune des villes de Salé, Tétouan, Oujda, Laâyoune, Khénifra, Fès et Meknès²⁵ (Tableau 10 et Carte 9).

Tableau 10 - Répartition du matériels lourds de prise en charge du cancer des deux secteurs, par régions et par 1 000 000 habitants au Maroc (2007)

Régions	Scintigraphie			Angiographie			Photo-coagule-Laser		
	Public	Privé	Densité par 1 000 000 Habitants	Public	Privé	Densité par 1 000 000 Habitants	Public	Privé	Densité par 1 000 000 Habitants
1 – Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2 – Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	–	–	–	1	–	3,9	–	–	–
3 – Guelmim-Smara	–	–	–	–	–	–	–	–	–
4 – Souss-Massa-Darâa	–	–	–	1	–	0,3	–	2	0,6
5 – El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
6 – Chaouia-Ourdigha	–	–	–	–	–	–	–	–	–
7 – Marrakech-Tensift-Al Haouz	–	–	–	–	–	–	–	–	–
8 – Oriental	–	–	–	1	3	2,1	1	3	2,1
9 – Grand Casablanca	3	3	1,6	4	4	2,2	3	–	0,8
10 – Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	1	4	2,1	4	1	2,1	–	2	0,8
11 – Doukkala-Abda	–	–	–	–	–	–	–	–	–
12 – Tadla-Azilal	–	–	–	–	–	–	–	–	–
13 – Meknès-Tafilalet	–	–	–	1	1	0,9	–	–	–
14 – Fès- Boulemane	–	2	1,3	1	–	0,6	–	20	12,7
15 – Taza-Al Hoceima-Taounate	–	–	–	–	–	–	–	–	–
16 – Tanger-Tétouan	–	–	–	2	2	1,6	1	4	2
Total National	4	9	0,42	15	11	0,8	5	31	1,2

Source : Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé (Juin - 2007)
Ministère de la santé



Carte 9 - Répartition géographique des scintigraphies, Photo-coagul-Laser et Angiographies de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2007)

5.2.1.7 – Postes de Radiologie Standard

C'est une technique qui connaît un développement considérable, particulièrement pour l'étude des cancers. Les techniques de radiologie se sont beaucoup diversifiées, depuis la radiographie simple comme la radiographie pulmonaire, jusqu'à l'obtention d'images traitées par ordinateur à partir de données numérisées comme dans la scanographie.

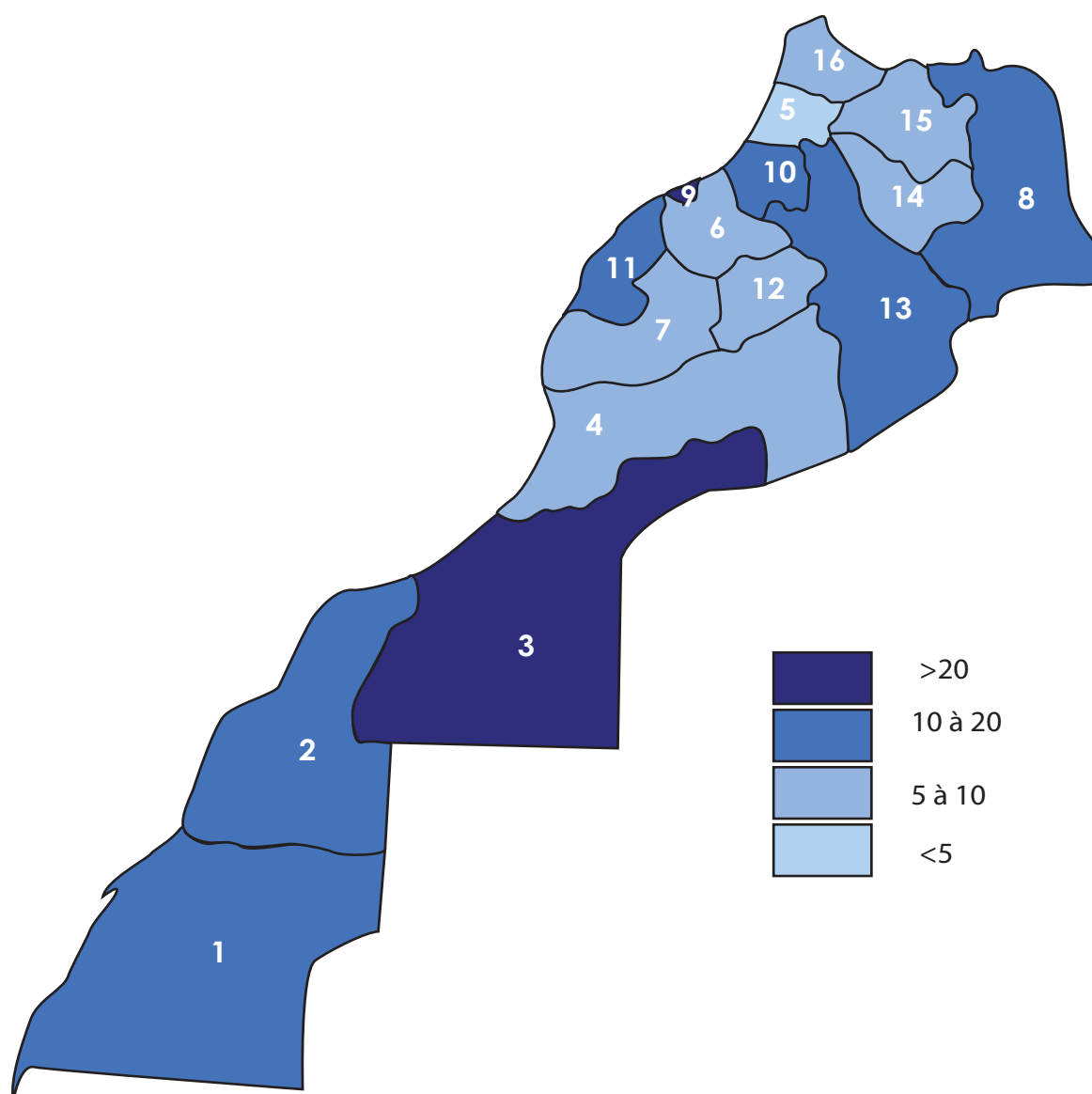
Des images radiographiques internes des parties du corps humain permettent au médecin de constater la présence ou non d'une tumeur. L'imagerie n'est pas seulement utile pour détecter l'existence d'une tumeur ; elle est aussi un instrument fondamental pour déterminer l'état d'avancement du cancer, sa localisation exacte, le lieu d'intervention chirurgicale et si le cancer est récurrent ou non²³.

Le Maroc dispose de 680 postes de radiologie dont 387 relevant du secteur Public, soit une Densité moyenne nationale d'un poste de radiologie pour 45 078 habitants (22 pour 1 000 000 d'habitants); la région du Grand Casablanca dispose de 176 postes (62 Publics) avec une densité de 49 postes de radiologie pour 1 000 000 d'habitants, suivie de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër avec 96 postes avec une densité de 41 postes de radiologie pour 1 000 000 d'habitants ; il faut noter que la région d'Oued Eddahab-Lagouira dispose seulement de 2 postes dans toute la région avec une densité de 20 postes de radiologie pour 1 000 000 d'habitants. Mais la région de Marrakech-Tensift-Al Haouz note la plus faible densité avec 10 postes de radiologie pour 1 000 000 d'habitants 25 (Tableau 11 ; Carte 10 et 12).

Tableau 11 - Répartition des postes de radiologie par secteurs, par régions et par 1 000 000 habitants au Maroc (2007)

Régions	Radio standard			
	public	privé	totale	Densité par 1 000 000 Habitant
1-Oued Eddahab-Lagouira	2	–	2	20
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	11	1	12	47
3- Guelmim-Smara	22	–	22	48
4- Souss-Massa-Drâa	33	19	52	17
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	11	9	20	11
6- Chaouia- Ourdigha	15	5	20	12
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	24	8	32	10
8- Oriental	18	31	49	26
9- Grand Casablanca	62	114	176	49
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	54	42	96	41
11- Doukkala- Abda	27	8	35	18
12- Tadla-Azilal	12	8	20	14
13- Meknès-Tafilalet	35	8	43	20
14- Fès- Boulemane	12	17	29	18
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	23	3	26	14
16- Tanger-Tétouan	26	20	46	19
NATIONAL	387	293	680	22

Source : Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé (Juin - 2007)
Ministère de la santé



Carte 10 - Répartition géographique de la densité par 1 000 000 habitants des postes de radiologie, par régions au Maroc (2007)

5.2.1.8 – Postes d'échographies/ amplificateur de brillance

Méthode d'exploration mettant à profit les échos produits par les organes à partir d'ultrasons, cette technique connaît depuis 20 ans un grand développement en cancérologie. L'échographie B permet un examen en temps réel qui donne une image dynamique. C'est un examen indolore, peu onéreux, possible en cas de grossesse, qui peut être répété sans risque.

L'échographie est l'examen prioritaire du foie, à la recherche de lésions bénignes (kyste biliaire, angiome) ou surtout de métastases. Dans la surveillance des pathologies chroniques du foie (hépatite chronique, cirrhose), elle est aussi l'examen d'imagerie de première intention à la recherche d'un carcinome hépatocellulaire. L'écho-endoscope analyse aussi la paroi de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum, ce qui est utile dans le bilan des cancers correspondants.

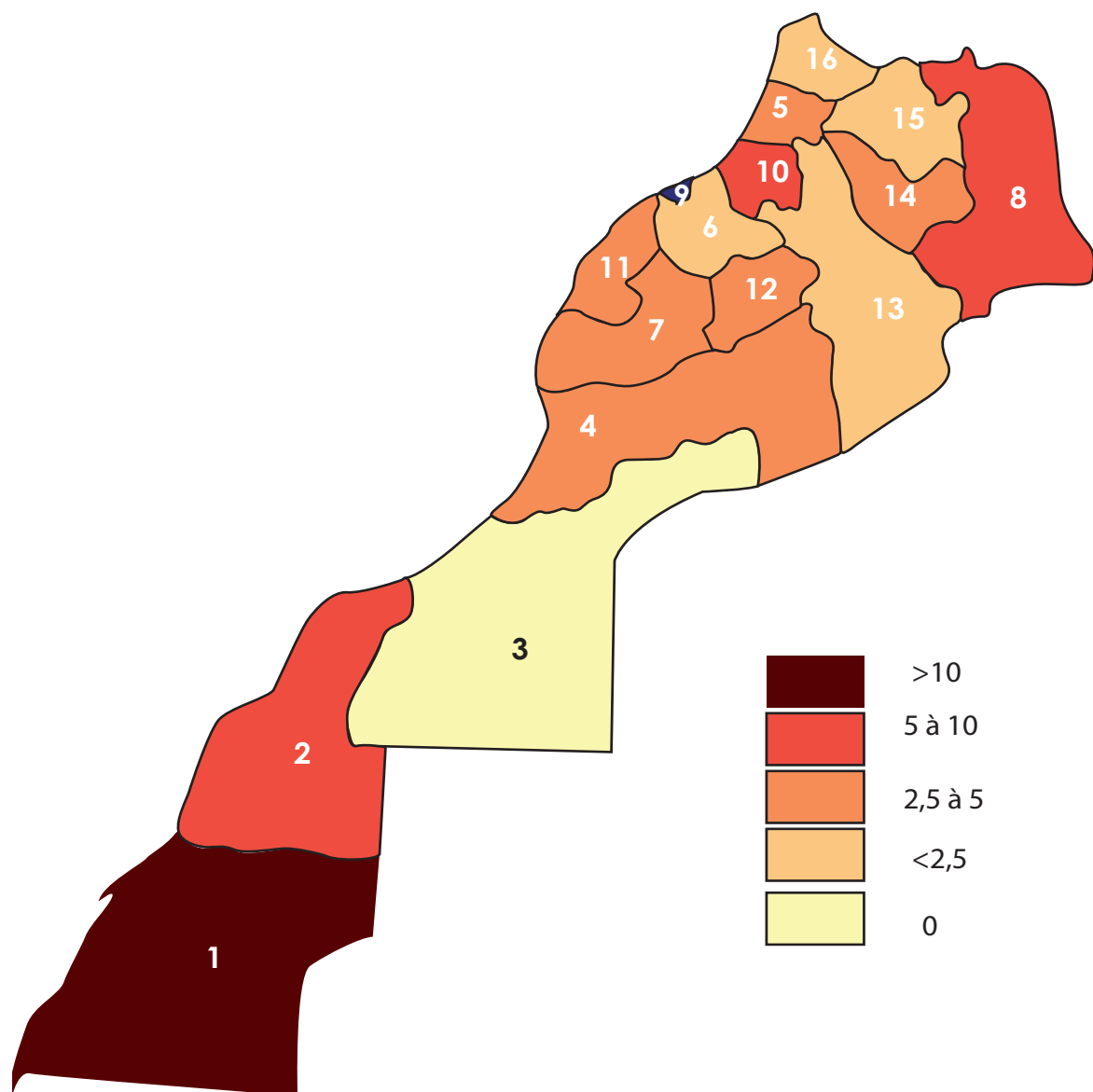
Par voie basse, il est possible d'examiner la paroi du rectum et du sigmoïde, ainsi que la prostate. Chez la femme, une sonde située dans le vagin permet une analyse très fine des ovaires et de l'endomètre²³.

Les postes d'échographies au Maroc sont au nombre de 129, dont 73 postes du secteur public, soit une densité moyenne nationale d'un échographe pour 237 620 habitants (soit 4,2 échographes pour 1 000 000 d'habitants). 10 régions présentent une densité inférieure à la moyenne Nationale, La région du Grand Casablanca compte 42 postes avec 12 postes du secteur public, soit une densité de 11,6 échographe pour 1 000 000 d'habitants, suivie de Oued Eddahab-Lagouira avec une densité de 10,1 échographe pour 1 000 000 d'habitants, tandis que la région de Guelmim-Smara ne dispose d'aucune poste d'échographie²⁵ (Tableau 12 ; Carte 11 et 12)

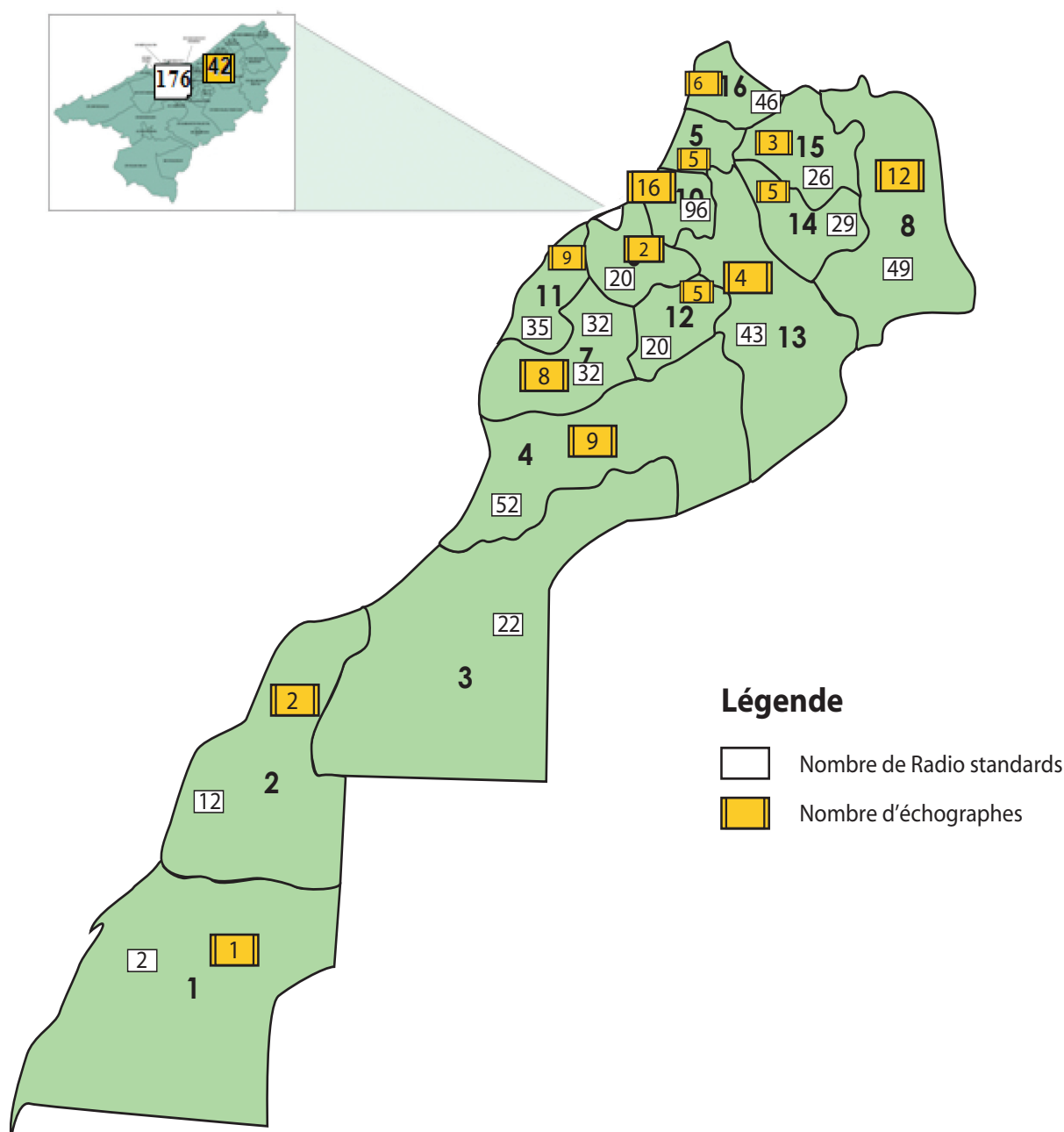
Tableau 12 - Répartition des postes d'Amplificateur de Brilliance par secteurs, par régions et densité par 1 000 000 habitants au Maroc (Année 2007)

Régions	Amplificateur de Brilliance ou Echographie			
	public	privé	totale	Densité par 1 000 000 Habitant
1- Oued Eddahab-Lagouira	1	–	1	10,1
2- Laayoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	2	–	2	7,8
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Daraa	6	3	9	2,9
5- El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	1	4	5	2,7
6- Chaouia- Ourdigha	2	–	2	1,2
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	6	2	8	2,6
8- Oriental	5	7	12	6,3
9- Grand Casablanca	14	28	42	11,6
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaer	12	4	16	6,8
11- Doukkala- Abda	5	4	9	4,5
12- Tadla-Azilal	4	1	5	3,4
13- Meknes-Tafilalet	4	–	4	1,9
14- Fes- Boulemane	4	1	5	3,2
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	3	–	3	1,7
16- Tanger-Tetouan	4	2	6	2,4
Total National	73	56	129	4,2

Source : Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé (Juin - 2007)
Ministère de la santé



Carte 11 - Répartition géographique de la densité par 1 000 000 habitants des postes d'Amplificateur de Brilliance (échographie) de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2007)



Carte 12 - Répartition géographique des postes de radiologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc (Année 2006)

5.2.1. 9 – Laboratoires d'Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique est une spécialité médicale méconnue du public et pourtant primordiale en cancérologie. Elle a pour objectif d'analyser principalement au microscope les prélèvements tissulaires et tumoraux réalisés chez les patients et d'en déduire le diagnostic et les principaux facteurs de gravité de la tumeur, contribuant ainsi pour la plus grande part à la décision thérapeutique. Seuls les résultats de l'examen anatomopathologique de la tumeur permettent d'affirmer ou non le diagnostic du cancer²³.

Les laboratoires d'anatomie pathologique sont en nombre de 68 repartis sur 12 régions du Maroc, soit une densité Moyenne d'un Laboratoire d'Anapath pour 300 520 Habitant (2,2 laboratoire d'Anapath pour 1 000 000 d'habitants).

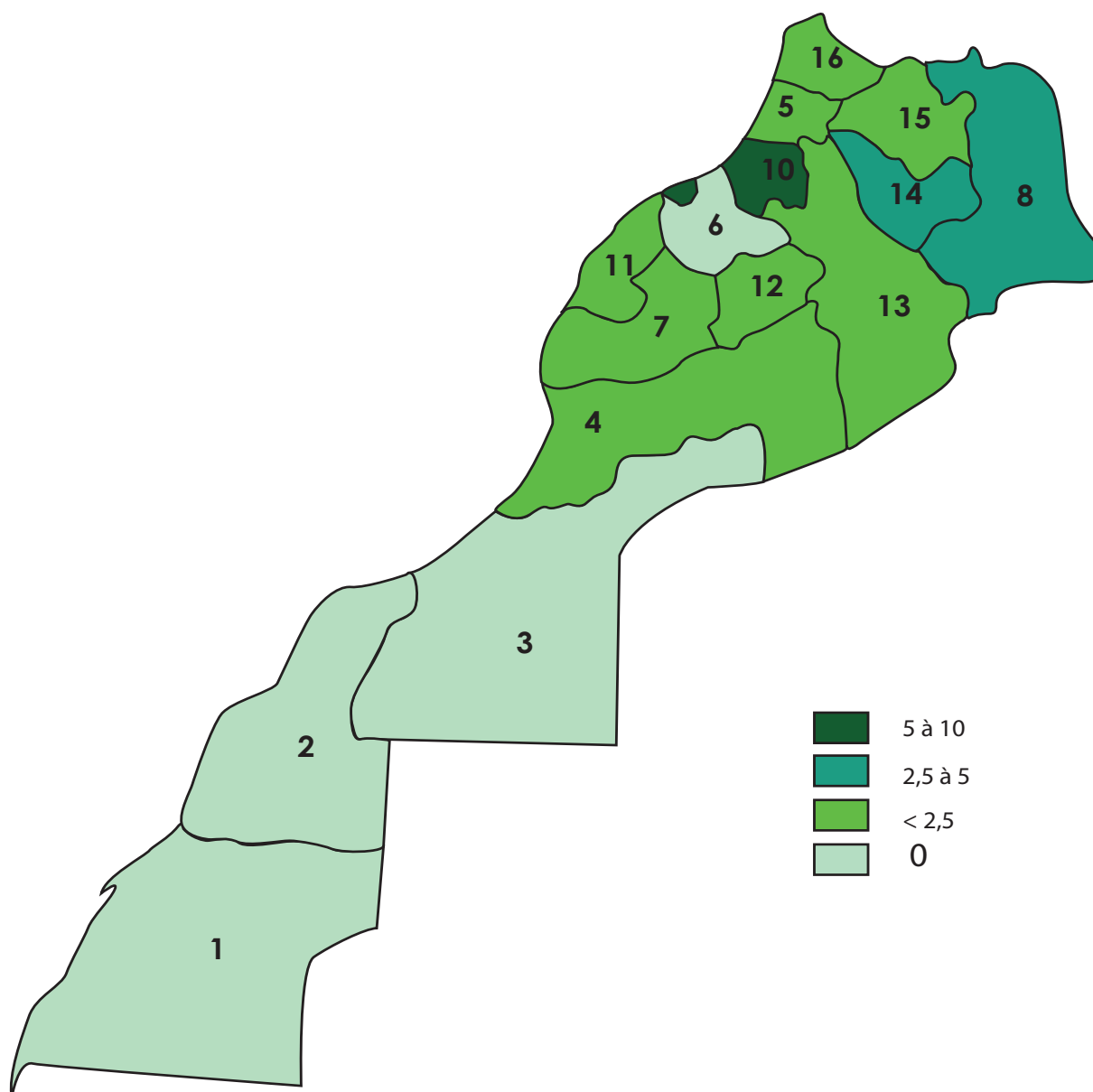
Les laboratoires des centres hospitalo-universitaires et des hôpitaux régionaux sont au nombre de 14 répartis sur 10 régions. Alors que ceux du secteur privé sont au nombre de 54 répartis sur 10 régions du Maroc. Plus de la moitié des laboratoires d'anatomie pathologique sont concentrés sur l'axe Rabat-Casa, soit une densité de 6,4 laboratoires d'Anapath pour 1 000 000 d'habitants dans la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et 5,8 laboratoires pour 1 000 000 d'habitants dans la région du Grand Casablanca. Tandis que les régions d'Oued Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra, Guelmim-Smara et Chaouia-Ourdigha ne possèdent aucun laboratoire d'anatomie pathologique, en plus que 7 régions sont en dessous de la densité moyenne nationale²⁴ (Tableau 13 ; Carte 13 ; 14).

Tableau 13 - Répartition des laboratoires d'anatomie pathologique, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)

Régions	Laboratoires d'Anatomie pathologique			
	Public	Privé	Total	Densité par 1 000 000 Habitant
1-Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	–	–	–	–
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	1	3	4	1,3
5- El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	–	2	2	1,1
6- Chaouia-Ourdigha	–	–	–	–
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	1	6	7	2,3
8- Oriental	1	4	5	2,6
9- Grand Casablanca	1	20	21	5,8
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	5	10	15	6,4
11- Doukkala-Abda	1	–	1	0,5
12- Tadla-Azilal	–	1	1	0,7
13- Meknès-Tafilalet	1	3	4	1,9
14- Fès-Boulemane	1	3	4	2,5
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	1	–	1	0,6
16- Tanger-Tétouan	1	2	3	1,2
National	14	54	68	2,2

Source : L'offre de soins du ministère de la sante (Année 2007)

24 L'offre de soins du ministère de la sante (Année 2007)



Carte 13 - Répartition géographique de la densité par 1 000 000 habitants des laboratoires d'anatomie pathologique, par régions au Maroc (Année 2006)

5.2.1.10 – Le laboratoire de cryobiologie de Casablanca

Le laboratoire de cryobiologie du Centre Régional de Transfusion Sanguine de Casablanca a pour objectifs le traitement et la conservation des cellules souches hématopoïétiques pour la greffe de moelle osseuse et la constitution d'une banque de tissus (vaisseaux, os...).²⁵

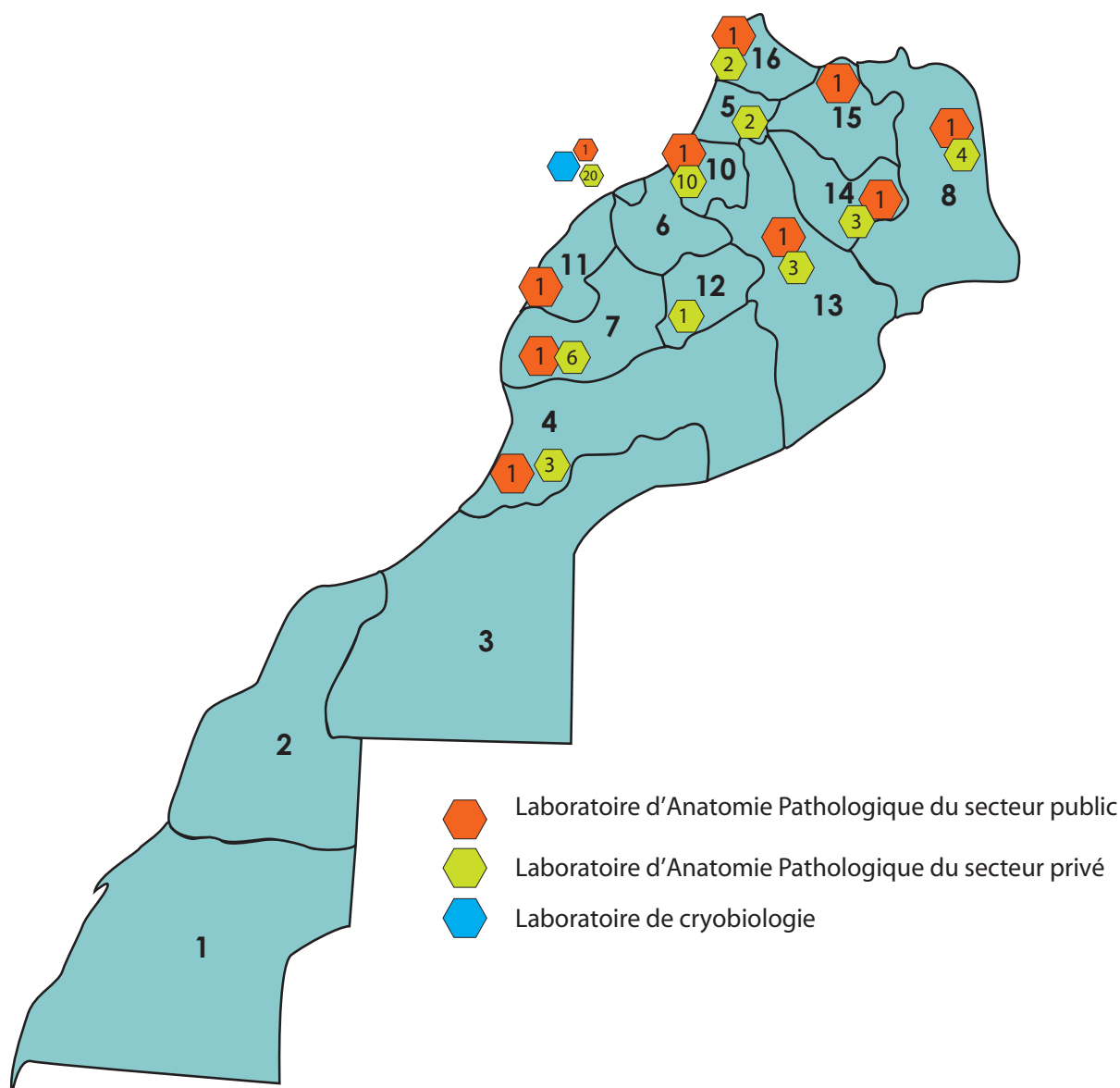
La greffe de cellules souches hématopoïétiques permet la reconstitution des populations cellulaires du sang (globules rouges, globules blancs et plaquettes). Cette reconstitution est indispensable à la survie des patients qui souffrent d'un déficit congénital ou acquis en cellules d'origine médullaire.

²⁵ La gazette du Laboratoire

Dans le cas d'affections telles que les leucémies aiguës ou chroniques, voire d'autres cancers non hématologiques (sein, ovaire,...), il est souvent fait usage de traitements intensifs dont le but est de réduire les cellules anormales caractéristiques de la maladie.

L'intérêt de l'existence d'un tel laboratoire au Maroc tient aux raisons suivantes :

- **Survie et qualité de vie des malades :** la greffe de cellules souches augmente les chances de guérison. Le service d'hématologie de Casablanca accueille annuellement près de 50 à 80 nouveaux cas de lymphomes malins non hodgkiniens, 20 à 30 cas de maladie de kahler, 80 à 100 cas de leucémie, 40 à 60 cas de maladie de Hodgkin. 15 à 30% de ces malades relèvent de la greffe de moelle osseuse. En dehors de l'hématologie, d'autres patients souffrant de cancers variés devraient bénéficier de la greffe de moelle osseuse (cancer du sein...).
- **Une économie importante de devises :** certains malades sont régulièrement adressés vers des centres de greffes étrangers, le coût varie de 50 000 à 150 000 Euros selon qu'il s'agit d'une autogreffe ou d'une allogreffe de moelle osseuse. Ce coût peut être réduit de 50 à 60% si la greffe est réalisée localement.
- **Transfert de technologie et du savoir-faire :** la décision de création d'un laboratoire de cryobiologie a permis la formation de spécialistes dans les techniques de prélèvement des cellules souches et d'un docteur en biologie dans les techniques de cryobiologie et de contrôle de qualité par cytométrie de flux et culture cellulaire.
- **Le laboratoire de cryobiologie met ainsi à la disposition des malades marocains des moyens pour un traitement de qualité et augmente les chances de leur guérison²⁷. (Carte 14)**



Carte 14 - Répartition géographique des laboratoires d'anatomie pathologique et des laboratoires de cryobiologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc

5.2.1.11 – Laboratoires d'analyses médicales

Les analyses médicales ont pour objet le dosage, dans les liquides biologiques, de constituants susceptibles d'apporter des informations utiles au diagnostic et au traitement des patients. Il n'existe pas de « marqueur » sanguin universel des cancers. Certains cancers produisent et rejettent dans la circulation des substances caractéristiques, leurs dosages ne peuvent servir au diagnostic précoce de cancer, car les substances correspondantes ne sont détectables en quantité suffisante que pour des tumeurs déjà évoluées. Ils peuvent en revanche servir à suivre l'évolution de la maladie cancéreuse une fois son diagnostic fait²³.

Les laboratoires d'analyses médicales sont répartis sur 15 régions du Maroc ; ils sont au nombre de 383, à raison d'un Laboratoire d'analyse médicale pour 80 034 Habitants (12,5 pour 1 000 000 d'habitants). Les laboratoires du secteur public sont situés au sein des structures hospitalières, ils sont en nombre de 55.

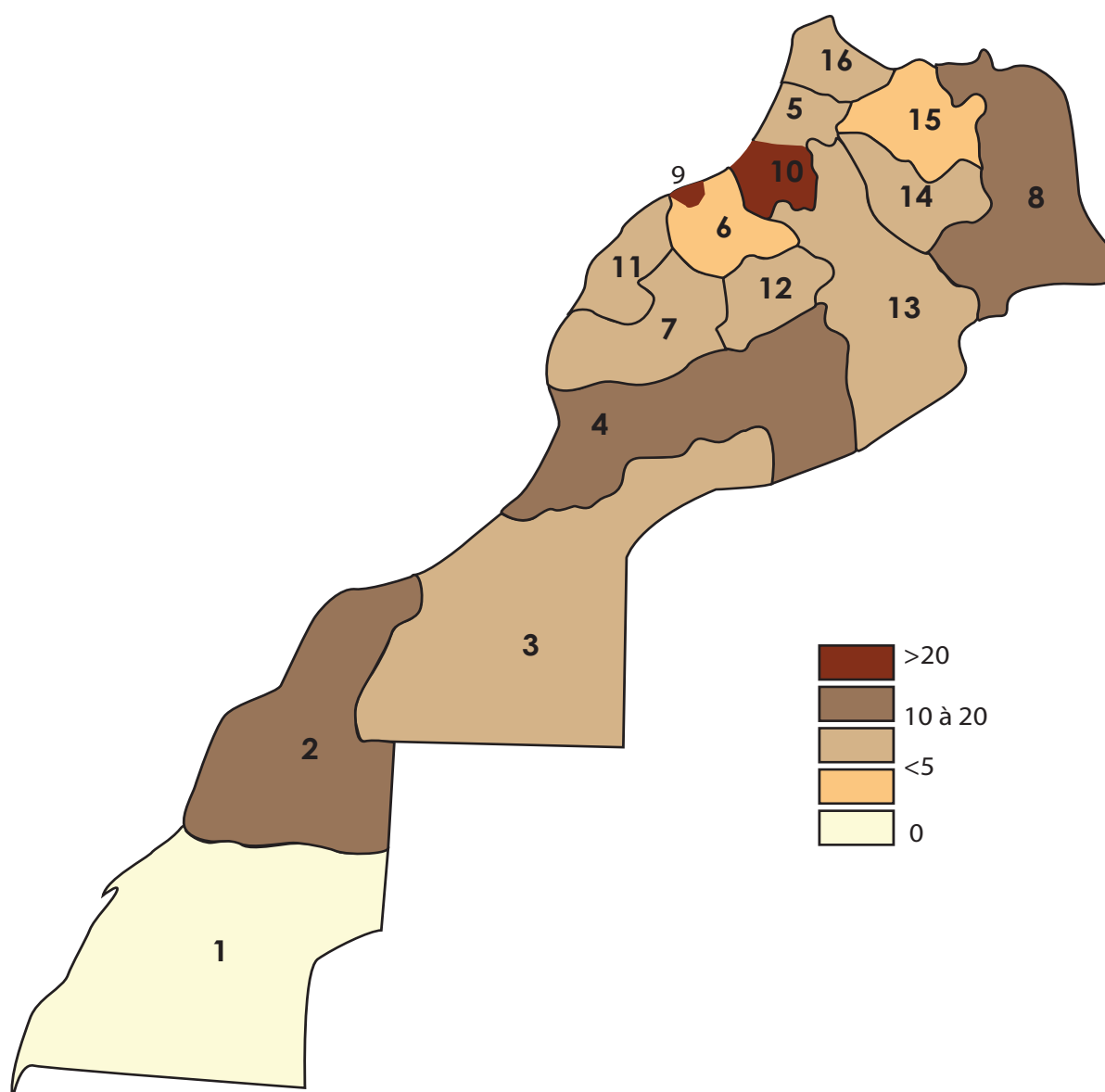
Plus de La moitié des laboratoires sont installés dans l'axe Rabat Casa avec 123 laboratoires, dont 8 relevant du secteur public, pour la région du Grand Casablanca, soit une densité de 34 laboratoires par 1 000 000 habitants ; et 68 laboratoires dont 6 du secteur public pour la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër, soit une densité de 28,9 laboratoires pour 1 000 000 d'habitants, tandis que la région d'Oued Eddahab-Lagouira ne contient aucun laboratoire²⁶.

La répartition des Laboratoires d'analyses médicales en fonction des régions est donnée au tableau 14 et à la Carte 15.

Tableau 14 - Répartition des laboratoires d'analyses médicales des deux secteurs en fonction des régions au Maroc (année 2006)

Régions	Laboratoires D'analyses Médicales			
	Public	Privé	Total	Densité par 1 000 000 Habitant
1-Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	3	2	5	19,6
3- Guelmim-Smara	3	–	3	6,5
4- Souss-Massa-Drâa	5	27	32	10,3
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	5	13	18	9,7
6- Chaouia- Ourdigha	2	6	8	4,8
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	3	23	26	8,4
8- Oriental	3	20	23	12
9- Grand Casablanca	8	115	123	34
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	6	62	68	28,9
11- Doukkala- Abda	3	9	12	6,1
12- Tadla-Azilal	3	8	11	7,6
13- Meknès-Tafilalet	3	11	14	6,5
14- Fès- Boulemane	2	9	11	7,0
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	2	5	7	3,9
16- Tanger-Tétouan	4	18	22	8,9
National	55	328	383	12,5

Source : Santé en chiffre 2007



Carte 15 - Répartition géographique de la densité des laboratoires d'analyses médicales par 1 000 000 habitants au Maroc (année 2006)

5.2.2 – Les moyens techniques utilisés pour le traitement du cancer

5.2.2.1 – Cobalt 60

Le Cobalt 60 est un isotope radioactif artificiel du cobalt 59 utilisé pour le traitement des cancers en radiothérapie externe. Les tumeurs cancéreuses sont exposées aux rayons gamma du cobalt 60. Cela brise le matériel génétique des cellules et les empêche ainsi de se développer.

La cobalthérapie est utilisée pour le traitement de tumeurs semi-profondes²³. Les postes de cobalthérapie au Maroc sont au nombre de 10, répartis sur quatre régions à raison d'un appareil cobalt pour plus de 3 000 000 d'habitants.

Les postes de cobalthérapie sont répartis en 4 postes à Casablanca (2 au secteur privé), 3 à Rabat, 2 à Oujda et un à Agadir²⁶ (Tableau 15 et la Carte 16).

5.2.2.2 – Simulateurs

Il s'agit d'un appareil de radiologie permettant de reproduire les conditions d'une irradiation sans la source radioactive. Un faisceau de rayons X permet de repérer les contours anatomiques du volume tumoral à traiter et de tracer des isodoses (dosimétrie) pour irradier au mieux la tumeur en protégeant les tissus sains voisins²³.

Les simulateurs sont en nombre de 6 repartis sur 4 régions du Maroc, soit une densité d'un simulateur pour 5 000 000 d'habitants : 2 à Casablanca, 1 à Agadir, 1 à Tiznit du secteur privé, 1 à Oujda, et 1 à Rabat²⁶ (Tableau 15 et la Carte 16).

5.2.2.3 – Accélérateurs

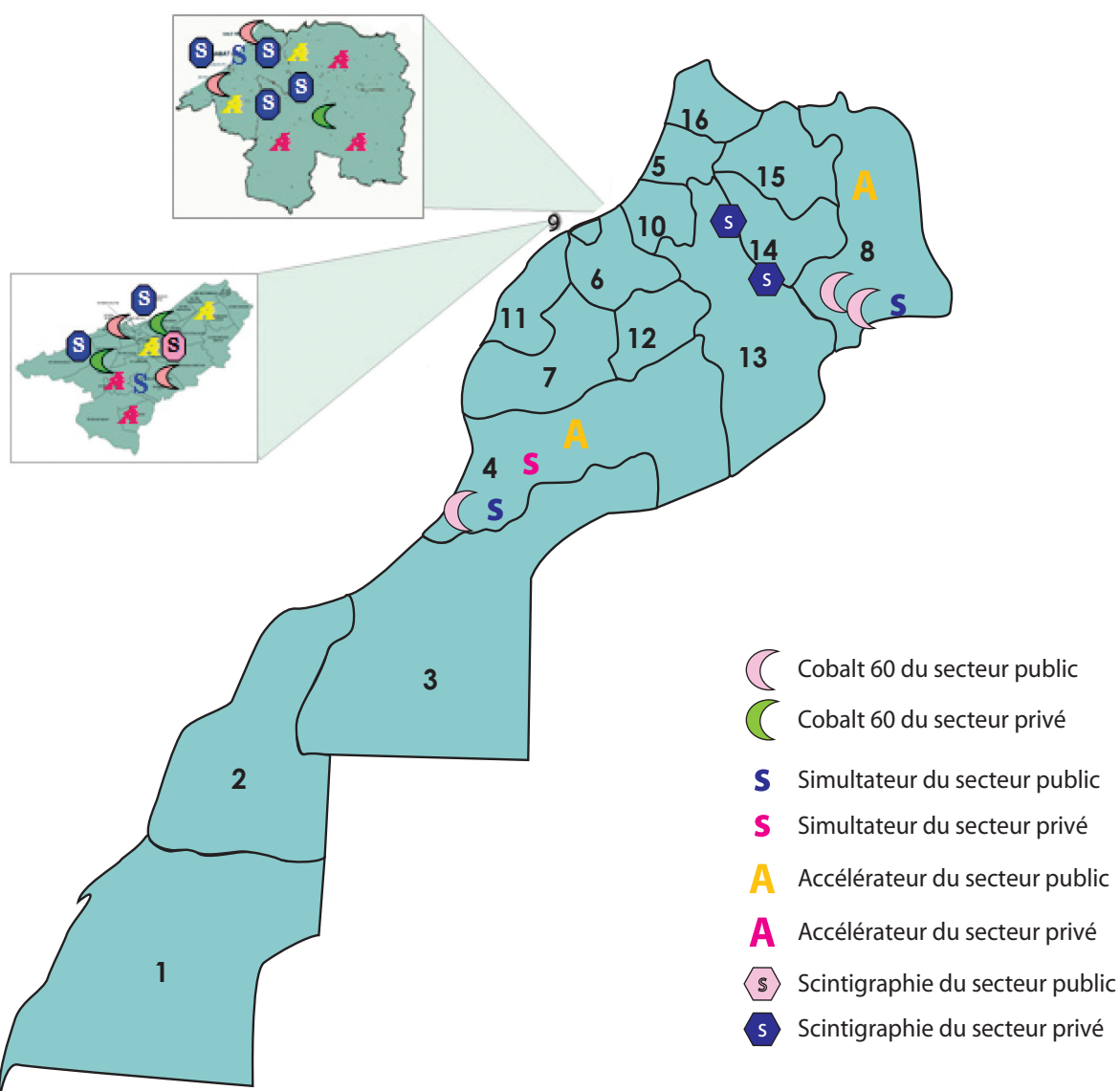
Appareil utilisé en radiothérapie pour délivrer des rayonnements ionisants détruisant les tissus cancéreux. Il comporte un équipement qui accélère des particules chargées (telles que : électrons, protons, deutérons et particules alpha) jusqu'à l'énergie cinétique désirée. L'accélération est produite par un champ électrique de haute fréquence dont l'énergie se chiffre en millions de volts (MV). Dans le traitement des cancers, on utilise des accélérateurs d'électrons qui remplacent les « bombes au cobalt »²³.

Les accélérateurs utilisés dans la radiothérapie sont en nombre de 11, soit une densité d'un accélérateur pour environ 2 727 000 habitants, ils sont repartis en 5 accélérateurs à Rabat, 4 à Casablanca, et 1 à Oujda et Agadir²⁶ (Tableau 15 et la Carte 8).

Tableau 15 - Répartition des matériels lourds de prise en charge du cancer, par régions au Maroc
(Année 2006)

Régions	Accélérateur		Cobalt 60		Simulateur	
	N	Densité par 250 000 Habitants	N	Densité par 250 000 Habitants	N	Densité par 250 000 Habitants
1- Oued Eddahab- Lagouira	–	–	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	–	–	–	–	–	–
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	1	0,08	1	0,08	2	0,16
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	–	–	–	–	–	–
6- Chaouia- Ourdigha	–	–	–	–	–	–
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	–	–	–	–	–	–
8- Oriental	1	0,13	2	0,26	1	0,13
9- Grand Casablanca	4	0,28	4	0,28	2	0,14
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	5	0,53	3	0,32	1	0,11
11- Doukkala- Abda	–	–	–	–	–	–
12- Tadla-Azilal	–	–	–	–	–	–
13- Meknès-Tafilalet	–	–	–	–	–	–
14- Fès- Boulemane	–	–	–	–	–	–
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	–	–	–	–	–	–
16- Tanger-Tétouan	–	–	–	–	–	–
Total National	11	0,09	10	0,08	6	0,05

Source : Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé (Juin - 2007)



Carte 16 - Répartition des Cobalt 60, Simulateurs, Accélérateurs, et Scintigraphies des deux secteurs au Maroc

5.3 – Les spécialités médicales impliquées dans la prise en charge des patients atteints du cancer

Le personnel de santé constitue l'actif le plus important et la ressource primordiale que le système de santé doit mobiliser pour créer les conditions nécessaires à une amélioration soutenue de l'état de santé de la population. Malgré les efforts consentis, la situation des ressources humaines est marquée par un déficit quantitatif et qualitatif significatif⁷.

5.3.1 – Les spécialités médicales

L'évolution des connaissances et des techniques a fait de la maladie cancéreuse une pathologie relevant d'une prise en charge pluridisciplinaire, combinant des stratégies thérapeutiques multiples : chirurgie, chimio et Radiothérapie.

Le médecin praticien fait partie intégrante de l'équipe qui assure le suivi du patient, où il joue un rôle crucial : celui de trait d'union entre le malade et une médecine hospitalière hautement technique, trop souvent encore inhumaine, aseptisée et anxiogène.

Le médecin consulté écoute, interroge puis examine le patient. Les données de cette consultation orientent d'éventuels examens complémentaires : analyses biologiques, radiographies, endoscopies, biopsie, intervention chirurgicale. Dès cette première consultation, une bonne communication est souhaitable. Une relation personnalisée et loyale permet au malade d'exposer ses préoccupations et au médecin de répondre à ses questions, de le préparer à des examens complémentaires, à une interruption temporaire de sa vie courante, à une hospitalisation.

Les rôles du médecin praticien sont multiples :

- Rôle d'éducation : prévention et dépistage ;
- Rôle d'orientation : orienter le patient, dès les stades les plus précoces de la maladie ;
- Rôle de relais entre le malade et l'équipe spécialisée ;
- Rôle d'évaluation : reconnaître et évaluer les complications survenant en cours de traitement ; prendre les premières mesures d'urgence à domicile ;
- Rôle de surveillance : surveiller le patient guéri, l'aider dans sa réinsertion et détecter précocement les récurrences²³.

L'Organisation Mondiale de la Santé situe le Maroc parmi les 57 pays du monde qui présentent une pénurie aiguë en personnel soignant. En 2006, les effectifs du personnel médical et paramédical offrant des soins directs aux patients restent largement en deçà du seuil minimal requis pour garantir à l'ensemble de la population une offre de services adéquats pour une amélioration durable de l'état de santé. Les données indiquent que les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres personnels paramédicaux représentent un effectif de 56.615 professionnels, soit un ratio de 1,86 personnel de soins pour 1.000 habitants. Le Maroc se classe ainsi, parmi les pays ayant une faible densité de ressources humaines en santé et se trouve en deçà du seuil critique de 2,37 personnels de soins pour 1.000 habitants⁷.

La distribution régionale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines et les zones urbaines. 22% des professionnels publics sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé où vivent 20% de la population.

C'est aussi dans ces deux régions que sont installés 50% des médecins exerçant dans le secteur libéral. La plus forte proportion des effectifs, soit 45% se situe dans la tranche d'âge des 41-60 ans.

Les départs à la retraite à 60 ans se feront à un rythme relativement lent (2%) au cours de la prochaine décennie pour s'accélérer dans la décennie suivante.

Malgré l'évolution positive de l'effectif des médecins qui est passée de 979 en 1960 à 17.188 en 2006 réparti de manière presque égale entre généralistes et spécialistes, la densité médicale reste insuffisante par rapport aux besoins du pays et se trouve en deçà du niveau atteint par des pays à revenu égal, avec en 2006, 1 médecin pour 1.775 habitants⁷.

5.3.1.1 – Les médecins généralistes

Le médecin généraliste a, dans la lutte contre les cancers, un rôle prépondérant qui s'exerce avant leur apparition, tout au long de la maladie, puis dans ses suites. Le médecin généraliste est concerné tout d'abord par les actions de prévention et de dépistage. Il est impliqué aussi dans le suivi et la surveillance des traitements et de leurs effets secondaires, notamment lors d'une prise en charge ambulatoire. Il est un acteur essentiel dans la coordination des soins de support. Enfin, dans le suivi à long terme, c'est le généraliste qui connaît le mieux le patient et son entourage familial et socioprofessionnel. Il a un rôle primordial pour inciter ses patients à participer au dépistage en leur expliquant l'intérêt, les modalités et le déroulement. Il peut éventuellement les orienter vers d'autres dispositifs en cas d'antécédents familiaux ou personnels. Ce qui caractérise le plus son rôle dans la prise en charge du cancer est la relation de confiance qui l'unit au malade et dans le suivi rapproché tout au long de la maladie. C'est habituellement un médecin généraliste qui coordonne les soins de fin de vie.²⁶

Les généralistes représentent environ 8 740 médecins, dont 4 577 médecins de santé publique, répartis sur l'ensemble du territoire marocain, soit un médecin généraliste pour 3 507 habitants (28 médecins généralistes pour 100 000 habitants).

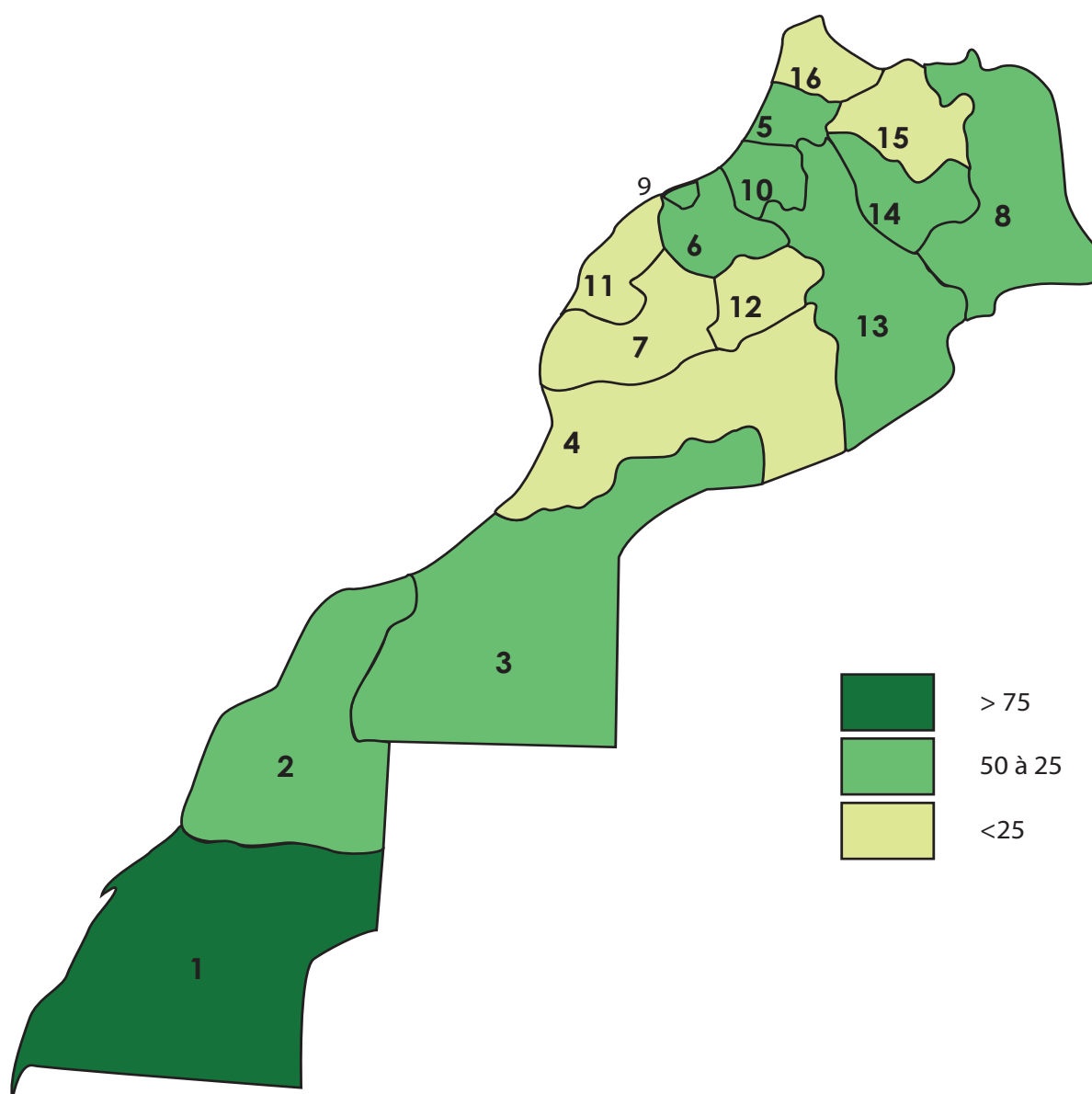
La répartition géographique des médecins généralistes est cependant très variable allant de 76 à 18 médecins généralistes par 100 000 habitants. Les régions de Sud comptent la plus grande densité avec 76 médecins généralistes par 100 000 habitants, tandis que la région de Doukkala-Abda, Tadla-Azilal et Taza-Al Hoceima-Taounate compte la plus faible densité avec moins de 20 médecins généralistes pour 100 000 habitants²⁴. La répartition des médecins généralistes sur le territoire marocain est donnée au Tableau 16 et à la Carte 17.

²⁶ Les métiers de la cancérologie Le rapport annuel de l'ONDPS • tome 4 • 2006-2007

Tableau 16 - Répartition des médecins généralistes, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)

Régions	Médecin Généraliste			
	Public	Privé	total	Densité par 100 000 Habitant
1- Oued Eddahab-Lagouira	40	3	43	76
2- Laayoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	84	15	99	39
3- Guelmim-Smara	142	23	165	36
4- Souss-Massa-Daraa	431	240	671	21
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	247	212	459	25
6- Chaouia- Ourdigha	247	200	447	27
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	390	258	648	21
8- Oriental	314	257	571	30
9- Grand Casablanca	504	1249	1753	48
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaer	595	560	1155	49
11- Doukkala- Abda	196	197	393	20
12- Tadla-Azilal	151	129	280	19
13- Meknes-Tafilalet	398	250	648	30
14- Fes- Boulemane	287	191	478	30
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	241	91	332	18
16- Tanger-Tetouan	310	288	598	24
Total National	4577	4163	8740	28

Source : Santé en chiffres 2007



Carte 17 - Répartition géographique de la densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants, par régions au Maroc (Année 2006)

5.3.1.2 – Médecins spécialistes en oncologie

L'oncologie (cancérologie) désigne la discipline médicale consacrée à l'étude des cancers ou tumeurs malignes. Elle s'intéresse aux aspects biologiques et cliniques et couvre l'épidémiologie et la prévention, le diagnostic et le bilan, le traitement et la réadaptation. Le médecin oncologue peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de chimiothérapie spécifique de la partie du corps à traiter (oncologue médical) ou un radiothérapeute (oncologue radiothérapeute) 23.

Le rôle de l'oncologue médical est déterminant dans l'élaboration des référentiels de prise en charge des cancers, de la prise en charge du malade dans le cadre d'une étude contrôlée (recherche clinique), de la coordination de la stratégie thérapeutique, de la réalisation des bilans initiaux et des modalités de surveillance des patients atteints de cancers. Il travaille en étroite collaboration avec le chirurgien et le radiothérapeute et les autres professionnels impliqués dans l'approche pluridisciplinaire de la maladie cancéreuse.

L'effectif actuel en médecins spécialisés en Oncologie est de 87, ils sont répartis inégalement sur 9 régions du Maroc, soit une densité moyenne de 0,28 médecin oncologue pour 100 000 habitants (1,05 en France). Et si on considère le ratio médecin par nombre de malades atteints du cancer (qui est de l'ordre de 30 500 selon Registre des Cancers du Grand Casablanca (RCGC)) cette densité sera de 2,85 oncologues par 1000 malades.

La répartition géographique montre une variabilité entre les régions allant de 1,44 dans la région du Grand Casablanca à 0,05 dans la région de l'oriental, alors que les régions d'Oued Eddahab-Lagouira, Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra, Guelmim-Smara, Chaouia-Ourdigha, Doukkala-Abda, Et Tadla-Azilal ne possèdent aucun médecin oncologue²⁴.

La répartition des médecins spécialistes en oncologie sur le territoire marocain est présentée dans le tableau 13 et à la Carte 18-19

5.3.1.3 – Médecins spécialistes en radiothérapie

La radiothérapie est une des modalités principales du traitement des cancers avec la chirurgie et la chimiothérapie. Il s'agit du traitement d'une tumeur maligne par exposition à un rayonnement.

Avec la chirurgie, la radiothérapie est le traitement des cancers le plus répandu, contribuant avec elle à la plupart des guérisons. Le radiothérapeute est un médecin spécialiste du traitement des cancers par radiothérapie. Certains radiothérapeutes peuvent être spécialisés en curiethérapie. On parle aussi d'oncologue radiothérapeute²³.

La radiothérapie est répartie seulement dans 5 grandes villes du royaume avec 64 médecins spécialistes, soit une densité moyenne de 2,1 radiothérapeutes pour 1 000 000 d'habitants, avec un ratio de 1,5 médecin radiothérapeute par 1 000 malades atteints du cancer

La répartition géographique des radiothérapeutes marque une disparité entre les régions. En effet, La région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër est la mieux dotée avec 1,52 radiothérapeutes pour 100 000 habitants, 0,24 à Casablanca, 0,22 à Marrakech, 0,18 à Fès, 0,16 à Agadir et 0,15 à Oujda²⁴. Tandis que les autres régions ne sont dotées d'aucun radiothérapeute. La répartition des radiothérapeutes sur le territoire marocain est présentée dans le tableau 13 et à la Carte 18-19

5.3.1.4 – Médecins spécialistes en anatomopathologie

L'anatomie pathologique est une spécialité médicale méconnue du public et pourtant primordiale en cancérologie. Elle étudie les modifications morphologiques et biologiques des organes, des tissus et des cellules au cours du processus pathologique. Elle repose sur un examen macroscopique et microscopique (coupes tissulaires de 3 à 5 µ). Cet examen permet de porter un diagnostic précis, de fournir des éléments d'appréciation du pronostic des maladies et de guider le médecin clinicien pour un traitement adapté, médical ou chirurgical.

L'appropriation des techniques de biologie moléculaire permet actuellement au médecin pathologiste d'identifier des déterminants prédictifs de réponse au traitement et de nouveaux déterminants pronostiques.

L'anatomo-cytopathologie permet en outre de mieux comprendre les causes et les mécanismes des maladies.

L'anatomo-cytopathologie est une discipline fondamentale en cancérologie puisque seul l'examen anatomo-pathologique des prélèvements (biopsies) réalisés lors d'actes opératoires, de consultations et d'endoscopies permet d'affirmer le diagnostic de cancer. Cet examen détermine aussi le type de cancer et les caractéristiques d'agressivité des cellules et d'extension de la tumeur (ganglions, viscères). Ces éléments permettent d'évaluer le pronostic de la maladie et aux médecins cliniciens d'adapter au mieux la thérapeutique.

Le pathologiste apporte aussi par ses techniques d'examen rapide (examen extemporané) une aide importante au chirurgien pendant son intervention, par exemple en lui confirmant ou non la malignité d'une tumeur, en lui garantissant l'ablation totale de la lésion ou en l'aidant à préciser le stade d'extension du cancer²⁸.

L'examen anatomopathologique est assuré par 102 médecins spécialistes pour l'ensemble du territoire marocain dont 48 médecins de santé publique ; ils sont repartis sur 12 régions du Maroc avec une densité moyenne de 0,33 médecin anatomopathologiste pour 100 000 habitants, soit un ratio de 3,34 anatomopathologistes par 1000 malades atteints du cancer.

Les pathologistes sont concentrés dans les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër avec 29 spécialistes (1,29/100 000 habitants), Grand Casablanca avec 28 spécialistes (0,75/100 000 habitants) et Fès-Boulemane avec 10 spécialistes (0,62/100 000 habitants) tandis que les régions du sud n'ont aucun spécialiste en anatomopathologie². La répartition des médecins pathologistes sur le territoire marocain est présentée dans le tableau 13 et à la Carte 18-19

5.3.1.5 – Médecins spécialistes en médecine nucléaire

La médecine nucléaire est une spécialité médicale consacrée à l'utilisation d'éléments radioactifs en sources non scellées pour l'examen ou le traitement de patients, en particulier cancéreux. Elle peut aussi être responsable d'activités de biologie comme le dosage d'hormones ou de certains marqueurs tumoraux.

Ayant d'étroits rapports avec la radiobiologie, la radioprotection et la radiopharmacie, le spécialiste en médecine nucléaire est habilité pour manipuler des isotopes potentiellement dangereux, en respectant les précautions et les règlements en vigueur destinés à réduire leurs risques²³. Les applications sont variées : dosages sanguins (marqueurs tumoraux), scintigraphies de différents organes ou de différentes fonctions (scintigraphie osseuse, exploration TEP au fluor 18 désoxyglucose, scintigraphies cardiaques...), mais aussi radiothérapie interne vectorisée de certaines pathologies bénignes (pathologies articulaires, hyperthyroïdies) et surtout malignes (cancer de la thyroïde [iode 131]), hépatocarcinomes [MIB6], tumeurs neuroendocrines...) ²⁸.

L'exercice de la médecine nucléaire se fait toujours en lien avec d'autres catégories de professionnels : médecins d'autres spécialités, biologistes, radiopharmaciens, radiophysiciens, ingénieurs, manipulateurs en électroradiologie, infirmiers...Le plus souvent, les examens de médecine nucléaire apportent des informations de nature fonctionnelle, alors que les examens de radiologie ou d'IRM apportent des informations anatomiques ou structurelles.

En 2006, on dénombre 15 spécialistes en médecine nucléaire répartis sur 4 Régions marocaines, soit une densité moyenne d'un médecin nucléaire pour 2 000 000 d'habitants (Ratio d'environ un médecin nucléaire pour 2 000 malades atteints du cancer).

Les médecins nucléaires sont repartis sur seulement 4 régions : 5 spécialistes à rabat, 5 à Fès 4 à Casablanca et 1 à Agadir². La répartition des médecins spécialistes en médecine nucléaire sur le territoire marocain est donnée au Tableau 16, 17 et à la Carte 14

5.3.1.6 – Médecins spécialistes en hématologie

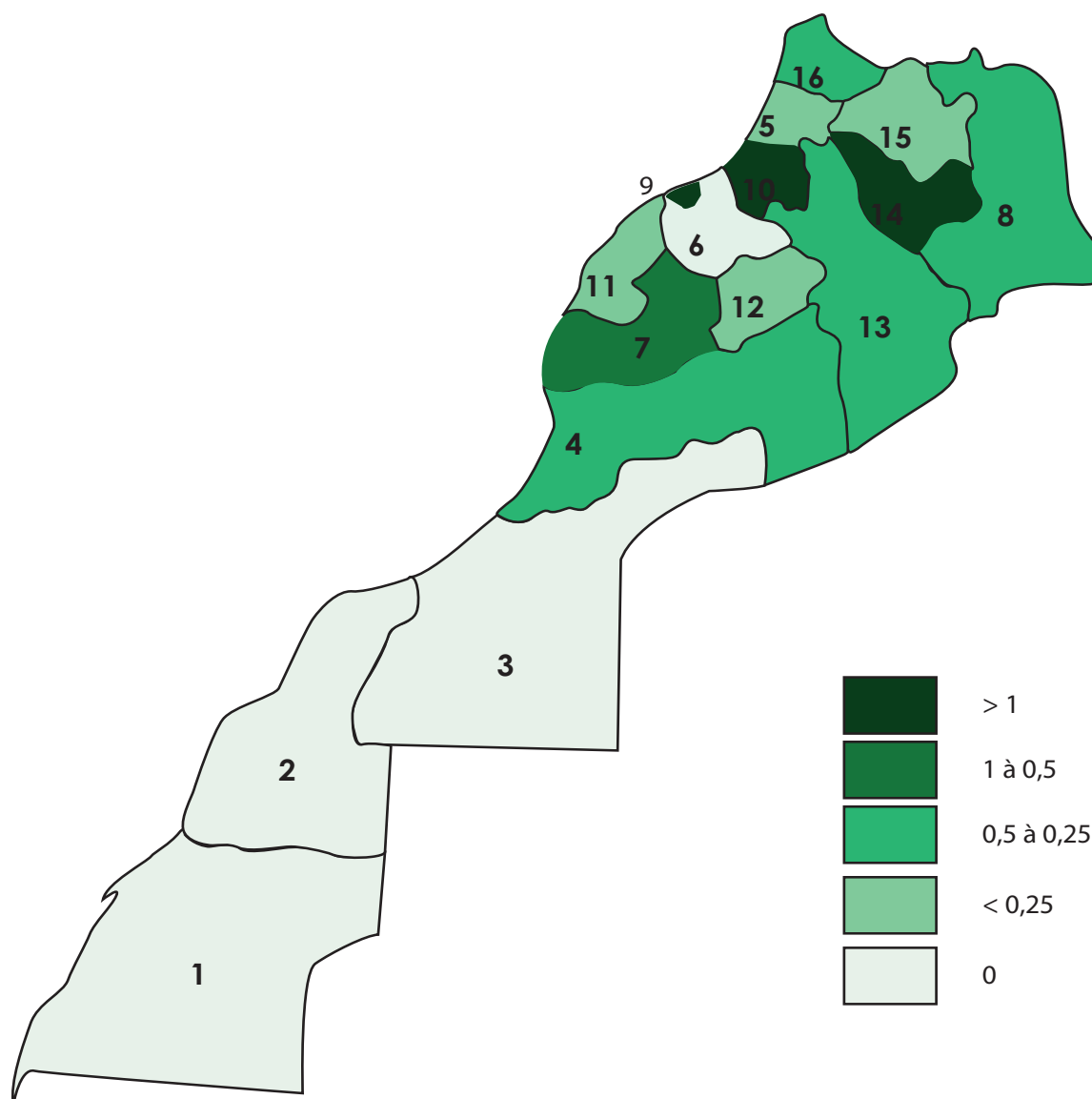
Science des maladies du sang, l'hématologie a de nombreux rapports avec la cancérologie, au point de justifier la spécialité d'hémato-oncologie. Elle s'intéresse à tous les cancers impliquant les globules sanguins et les cellules qui leur donnent naissance : leucémies aiguës et chroniques, lymphomes, maladie de Hodgkin, myélomes, etc., regroupés sous le terme d'hémopathies malignes. Elle est également concernée par tous les troubles sanguins qui accompagnent les autres cancers (tumeurs solides) et leur traitement : altérations globulaires, désordres de la coagulation et de l'hémostase, etc²³

Les consultations d'Hématologie sont réalisées par 26 médecins (santé publique) repartis sur 8 régions du Maroc à raison de 0,8 hématologue pour 1 000 000 d'habitants, la région de Casablanca est la mieux dotée avec 15 spécialistes (4 spécialiste par 1 000 000 habitants), les régions de sud, Souss-Massa-Daraa, Doukkala- Abda et Tadla-Azilal n'ont aucun hématologue (du secteur public)². La répartition des médecins spécialistes en hématologie sur le territoire marocain est présentée dans le tableau 17 et sur les Cartes 18-19

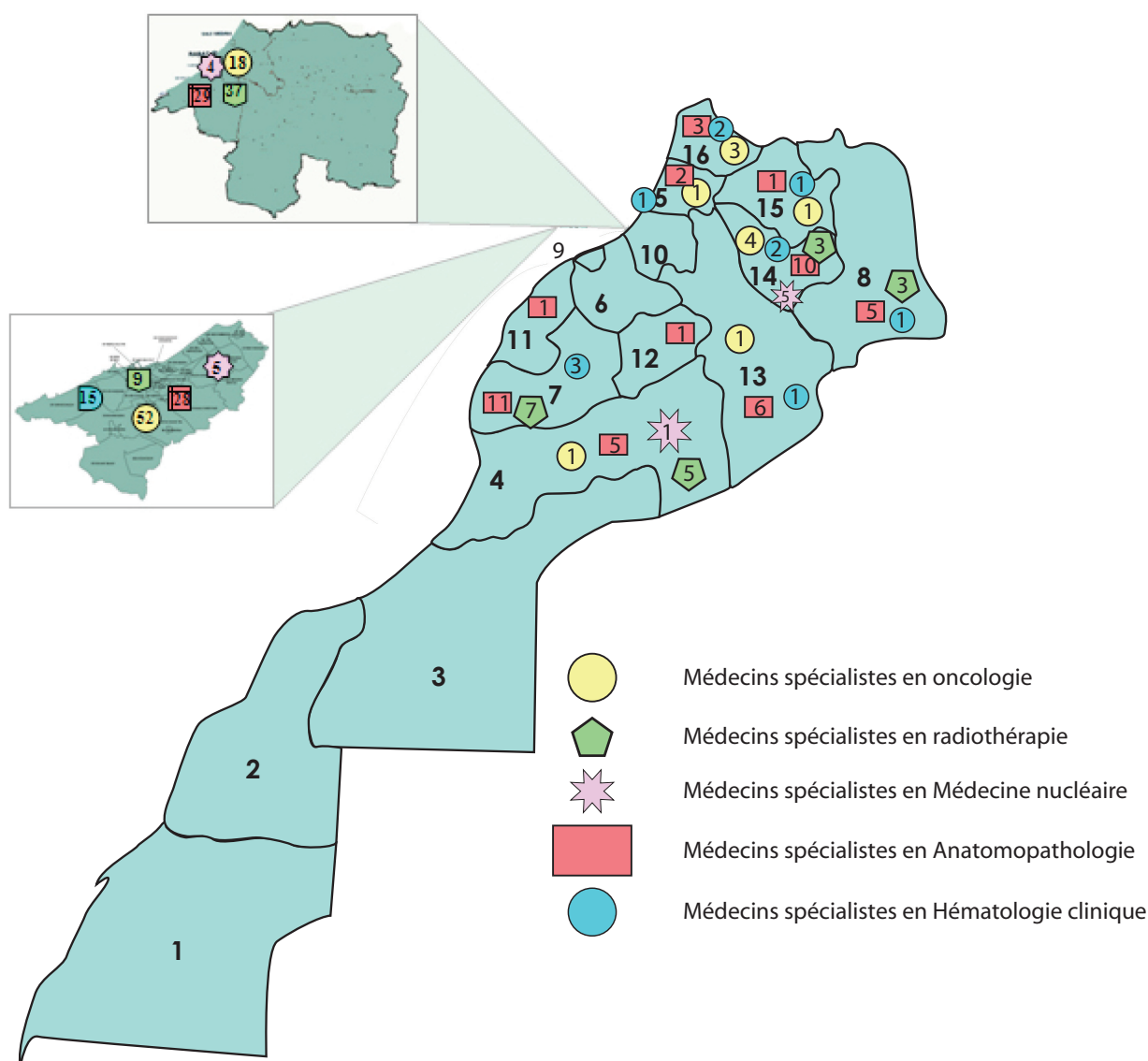
Tableau 17 - Répartition du nombre de médecins oncologues, radiothérapeute, hématologues, nucléaire et anapaths, par régions et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Médecin en Oncologie		Médecin en Radiothérapie		Médecin en Hématologie		Médecin Nucléaire		Médecin Anapath		Total	
	N	Densité par 1 000 000 Habitants	N	Densité par 1 000 000 Habitants	N	Densité par 1 000 000 Habitants	N	Densité par 1 000 000 Habitants	N	Densité par 1 000 000 Habitants	N	Densité par 1 000 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Laguira	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2- Laayoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Daraa	–	–	5	1,6	–	–	1	0,3	5	1,6	11	3,5
5- El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	1	0,5	–	–	1	0,5	–	–	2	1	4	2
6- Chaouia-Ourdigha	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	5	1,6	7	2,2	2	0,6	–	–	11	3,5	25	7,9
8- Oriental	1	0,5	4	2	–	–	1	0,5	5	2,6	9	4,6
9- Grand Casablanca	52	14,4	9	2,4	23	6,2	5	1,3	28	7,5	117	31,8
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaer	18	7,6	37	5,2	8	3,3	4	1,6	29	1,19	96	39,6
11- Doukkala-Abda	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0,5	1	0,5
12- Tadla-Azilal	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0,7	1	0,7
13- Meknes-Tafilalet	1	0,5	–	–	1	0,5	–	–	6	2,7	8	3,7
14- Fes-Boulemane	4	2,5	3	1,8	3	1,8	5	3,1	10	6,2	25	15,4
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	1	0,6	–	–	1	0,5	–	–	1	0,5	3	1,6
16- Tanger-Tetouan	3	1,2	–	–	2	0,8	–	–	1	1,2	6	3,2
NATIONAL	87	2,8	65	2,1	40	01,3	16	0,6	102	3,3	307	10

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007



Carte 18 - Répartition géographique de la densité de l'ensemble des médecins en oncologie, radiothérapie, médecine nucléaire, anatomopathologie et hématologie de l'ensemble des secteurs, par régions et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)



Carte 19 - Répartition géographique des médecins spécialistes en oncologie, radiothérapie, médecine nucléaire, anatomopathologie et hématologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc,

5.3.1.7 – Médecins spécialistes en radiologie

Le radiologue est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens radiologiques, qui contribuent au diagnostic. Il existe différents examens radiologiques : radiographie, échographie, scanner, IRM²³.

Les radiologues au Maroc sont en nombre de 467 dont 218 relevant du secteur privé, repartis sur 14 régions du Maroc à raison d'un radiologue pour 65638 habitants (0,98 pour 100 000 habitants), la région du Grand Casablanca compte 157 radiologues dont 83 privés avec une densité de 2,79 radiologue pour 100 000 habitants, suivie de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër avec 136 spécialistes (44 du secteur privé) avec une densité de 3,28 radiologues pour 100 000 habitants. Il faut noter l'absence de cette spécialité dans les régions

d'Oued Eddahab-Lagouira et Guelmim-Smara²⁴. La répartition des médecins spécialistes en Radiologie sur le territoire marocain est donnée au Tableau 18

Tableau 18 - Répartition du nombre des médecins spécialistes en radiologie par secteurs et par régions au Maroc

Régions	Radiologie			
	Public	privé	Total	Densité par 100 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laayoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	2	–	2	0,73
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Daraa	7	8	15	0,47
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	4	10	14	0,73
6- Chaouia- Ourdigha	5	7	12	0,71
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	16	12	28	0,88
8- Oriental	6	11	17	0,88
9- Grand Casablanca	74	83	157	4,21
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaer	92	44	136	5,57
11- Doukkala- Abda	4	4	8	0,40
12- Tadla-Azilal	2	4	6	0,41
13- Meknes-Tafilalet	7	6	13	0,59
14- Fes- Boulemane	16	12	28	1,73
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	5	1	6	0,33
16- Tanger-Tetouan	9	16	25	0,98
Total National	249	218	467	1,52

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.1.8 – Médecins spécialistes en pneumologie

L'atteinte tumorale des poumons peut être primitive ou secondaire. Les cancers primitifs dits « du poumon » sont en réalité des cancers des bronches. Les métastases pulmonaires sont des atteintes secondaires, à partir d'une tumeur primitive située dans un autre organe. Les poumons peuvent être aussi le siège d'une infection – par bactéries, virus, champignons ou parasites – favorisée par une tumeur locale ou par une vulnérabilité générale du malade²³.

La compétence du pneumologue en cancérologie s'exerce en vue d'établir le diagnostic du cancer des bronches ou de la plèvre. Le Maroc compte 285 pneumologues, dont 155 relevant du secteur privé, soit 1 pneumologue pour 107554 habitants (0,93 pour 100 000 habitants). La répartition est inégale

dans les 16 régions du Maroc, 77 dans la région de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër (27 pneumologues privés) soit une densité de 3,15 pour 100 000 habitants, 74 dans la région du Grand Casablanca (52 privés) soit une densité de 1,98 pour 100 000 habitants, tandis qu'ils sont absents dans la région d'Oued Eddahab-Lagouira²⁴. La répartition des médecins spécialistes en pneumologie sur le territoire marocain est donnée au Tableau 19

Tableau 19 - Répartition du nombre de médecins spécialistes en pneumologie, par secteurs et par régions au Maroc (2006)

Régions	Pneumologues			
	public	privé	total	Densité par 100 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	0	0	0	0,00
2- Laayoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	1	1	2	0,73
3- Guelmim-Smara	1	0	1	0,21
4- Souss-Massa-Daraa	7	6	13	0,40
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	3	7	10	0,52
6- Chaouia- Ourdigha	3	3	6	0,36
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	7	9	16	0,50
8- Oriental	3	15	18	0,93
9- Grand Casablanca	22	52	74	1,98
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaer	50	27	77	3,15
11- Doukkala- Abda	5	8	13	0,64
12- Tadla-Azilal	2	2	4	0,27
13- Meknès-Tafilalet	7	5	12	0,55
14- Fès- Boulemane	15	4	19	1,17
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	1	1	2	0,11
16- Tanger-Tétouan	3	15	18	0,70
Total National	130	155	285	0,93

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.1.9 – Médecins spécialistes en gastro-entérologie

Les cancers les plus fréquents de l'appareil digestif touchent le côlon, le rectum, l'estomac et, à un degré moindre, l'œsophage. Comme la majorité des tumeurs malignes, ils s'observent surtout après 50-60 ans et leur fréquence (incidence) augmente avec l'âge. Leur pronostic est médiocre mais il s'est amélioré grâce à des associations thérapeutiques comportant, en plus de la chirurgie qui représente le principal traitement, la radiothérapie ou la chimiothérapie²³.

Les hépato-gastro-entérologues interviennent dans le dépistage, la prise en charge initiale, l'orientation thérapeutique et les traitements médicaux des cancers digestifs. Au Maroc, leur nombre s'élève à 385 dont 213 relevant du secteur privé. Ces spécialistes sont repartis sur 15 régions du Maroc à raison d'un médecin gastro-entérologue pour 79618 habitants (1,26 pour 100 000 habitants), la région du Grand Casablanca compte 121 médecins gastro-entérologues dont 76 relevant du secteur privé, soit une densité de 3,24 spécialistes par 100 000 habitants ; suivie de la région Rabat-Sale-Zemmour-Zaër avec 97 médecins, dont 39 privés, soit une densité de 3,97 spécialistes par 100 000 habitants, tandis que la région d'Oued Eddahab-Lagouira n'est dotée d'aucun spécialiste en gastro-entérologie²⁴. La répartition des gastro-entérologues sur le territoire marocain est donnée au Tableau 20

Tableau 20 - Répartition des médecins spécialistes en gastro-entérologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Gastro-entérologues			
	Public	Privé	Total	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	0	0	0	0
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	1	1	2	0,73
3- Guelmim-Smara	1	1	2	0,42
4- Souss-Massa-Drâa	4	14	18	0,56
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	6	9	15	0,79
6- Chaouia- Ourdigha	5	6	11	0,65
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	14	10	24	0,76
8- Oriental	3	10	13	0,67
9- Grand Casablanca	45	76	121	3,24
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	58	39	97	3,97
11- Doukkala- Abda	4	10	14	0,69
12- Tadla-Azilal	1	3	4	0,27
13- Meknès-Tafilalet	2	11	13	0,59
14- Fès- Boulemane	21	11	32	1,97
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	1	1	2	0,11
16- Tanger-Tétouan	6	11	17	0,67
TOTAL NATIONAL	172	213	385	1,26

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.1.10 – Médecins spécialistes en dermatologie

La dermatologie est une spécialité anatomo-clinique dans laquelle le simple examen clinique, parfois complété par l'analyse d'une biopsie cutanée, permet de faire plus de 90% des diagnostics. Cette spécialité très variée va de la pédiatrie et de la néonatalogie à la gériatrie, de la cosmétologie à la cancérologie, de la médecine interne à la génétique²⁷.

On recense 301 dermatologues au Maroc repartis sur 14 régions du Royaume. La densité moyenne est de 0,98 dermatologues pour 100 000 habitants. Les régions Grand Casablanca, Rabat-Sale-Zemmour-Zaër, Fès-Boulemane sont les plus dotées avec respectivement 3,28, 2,79 et 1,23 dermatologues pour 100 000 habitants. Tandis que les régions d'Oued Eddahab-Lagouira et Guelmim-Smara ne sont dotées d'aucun spécialiste en dermatologie. La répartition des dermatologues au Maroc est donnée au tableau 21.

Tableau 21 - Répartition des médecins spécialistes en dermatologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Dermatologues			
	Public	Privé	Total	Densité par100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	1	–	1	0,36
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	1	10	11	0,34
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	4	2	6	0,31
6- Chaouia- Ourdigha	5	3	8	0,48
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	11	7	18	0,57
8- Oriental	2	11	13	0,67
9- Grand Casablanca	35	69	104	2,79
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	43	37	80	3,28
11- Doukkala- Abda	5	3	8	0,40
12- Tadla-Azilal	2	2	4	0,27
13- Meknès-Tafilalet	3	6	9	0,41
14- Fès- Boulemane	13	7	20	1,23
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	1	2	3	0,16
16- Tanger-Tétouan	3	13	16	0,63
TOTAL NATIONAL	129	172	301	0,98

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

3.1.11 – Médecins spécialistes en médecine interne

Un interniste est un médecin spécialiste ayant une expertise dans plusieurs disciplines médicales (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, gynécologie, chirurgie, radiologie, etc.). Il émet un diagnostic et des recommandations de traitement face à des problèmes de santé difficiles à évaluer par une approche conventionnelle ou à des problèmes liés à plusieurs systèmes de l'organisme. Il intervient auprès des malades qui lui sont envoyés par des généralistes et des spécialistes. Il fait alors un bilan complet et approfondi de l'état de santé de la personne à l'aide de tests et d'examens spécialisés (radiographie, scanner, médecine nucléaire, tests microbiologiques...), propose et applique un plan de traitement qui tient compte de sa vision globale de l'organisme et des relations entre les différents systèmes atteints par la maladie. Il peut également intervenir en soins intensifs hospitaliers à la suite d'une intervention chirurgicale, d'un accident ou d'une maladie grave.

Les internistes, au contraire des autres spécialistes, sont formés à la prise en charge globale des problèmes de santé. Ils exercent le plus souvent à l'hôpital (CHU ou centres hospitaliers généraux) et plus rarement dans certaines cliniques privées, ou en ville en tant que consultants. On dénombre en effet 190 spécialistes en médecine interne en activité au Maroc. La densité Moyenne nationale est de 0,62 internistes pour 100 000 habitants. La région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër est la mieux dotée avec une densité de 3,07 internistes pour 100 000 habitants, suivie par la région du Grand Casablanca avec 1,29 interniste pour 100 000 habitants ; en revanche, les régions d'Oued Eddahab-Lagouira et Guelmim-Smara ne sont dotées d'aucun interniste. La répartition des internistes au Maroc est donnée au tableau 22.

Tableau 22 - Répartition des médecins spécialistes en médecine interne en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Médecine interne			
	Public	Privé	Total	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	1	–	1	0,36
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	5	3	8	0,25
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	3	3	6	0,31
6- Chaouia- Ourdigha	3	–	3	0,18
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	11	3	14	0,44
8- Oriental	4	2	6	0,31
9- Grand Casablanca	29	19	48	1,29
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	65	10	75	3,07
11- Doukkala- Abda	3	–	3	0,15

Régions	Médecine interne			
	Public	Privé	Total	Densité par 100 000 Habitants
12- Tadla-Azilal	1	–	1	0,07
13- Meknès-Tafilalet	3	–	3	0,14
14- Fès- Boulemane	9	2	11	0,68
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	3	–	3	0,16
16- Tanger-Tétouan	6	2	8	0,31
TOTAL NATIONAL	146	44	190	0,62

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.1.12 – Médecins spécialistes en neurologie

Le neurologue est un médecin spécialiste qui diagnostique et traite les maladies affectant le système nerveux central ainsi que le système nerveux périphérique.

La neurologie implique des connaissances en anatomie, physiologie et pathologie qui, combinées aux données cliniques, permettent d'arriver à un diagnostic précis. Une fois le diagnostic établi, le neurologue joue un rôle actif dans le traitement de nombreuses maladies. Il s'implique également dans la réadaptation et dans les volets psychologique et social des soins aux patients. En plus de la neurologie clinique, le travail du neurologue comporte un volet technique d'électrophysiologie médicale (électroneuromyographie, électroencéphalogramme).

Dans le domaine de la cancérologie, il s'intéresse pour sa part à la prise en charge des tumeurs primitives et secondaires du système nerveux, aux syndromes neurologiques paranéoplasiques, ainsi qu'aux complications neurologiques des traitements anticancéreux.

En 2006 l'effectif établi par le service de la Carte sanitaire est de 92 neurologues repartis sur 13 régions du Maroc ; la densité moyenne est de 0,30 neurologue pour 100 000 habitants. La région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër est la mieux dotée avec une densité de 1,31 neurologue pour 100 000 habitants, suivie de la région de Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra avec 1,09 neurologue pour 100 000 habitants, en revanche les régions d'Oued Eddahab-Lagouira, Guelmim-Smara et Taza-Al Hoceima-Taounate ne sont dotées d'aucun neurologue. La répartition des neurologues au Maroc est donnée au tableau 23.

Tableau 23 - Répartition des médecins spécialistes en neurologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Neurologues			
	Public	Privé	Total	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	3	–	3	1,09
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	2	2	4	0,12
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	1	–	1	0,05
6- Chaouia- Ourdigha	1	–	1	0,06
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	6	1	7	0,22
8- Oriental	1	3	4	0,21
9- Grand Casablanca	13	4	17	0,46
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	26	6	32	1,31
11- Doukkala- Abda	2	–	2	0,10
12- Tadla-Azilal	1	1	2	0,14
13- Meknès-Tafilalet	2	1	3	0,14
14- Fès- Boulemane	7	2	9	0,55
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	–	–	–	–
16- Tanger-Tétouan	6	1	7	0,27
TOTAL NATIONAL	71	21	92	0,30

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.2 – Spécialités chirurgicales

5.3.2.1 – Médecins spécialistes en chirurgie générale

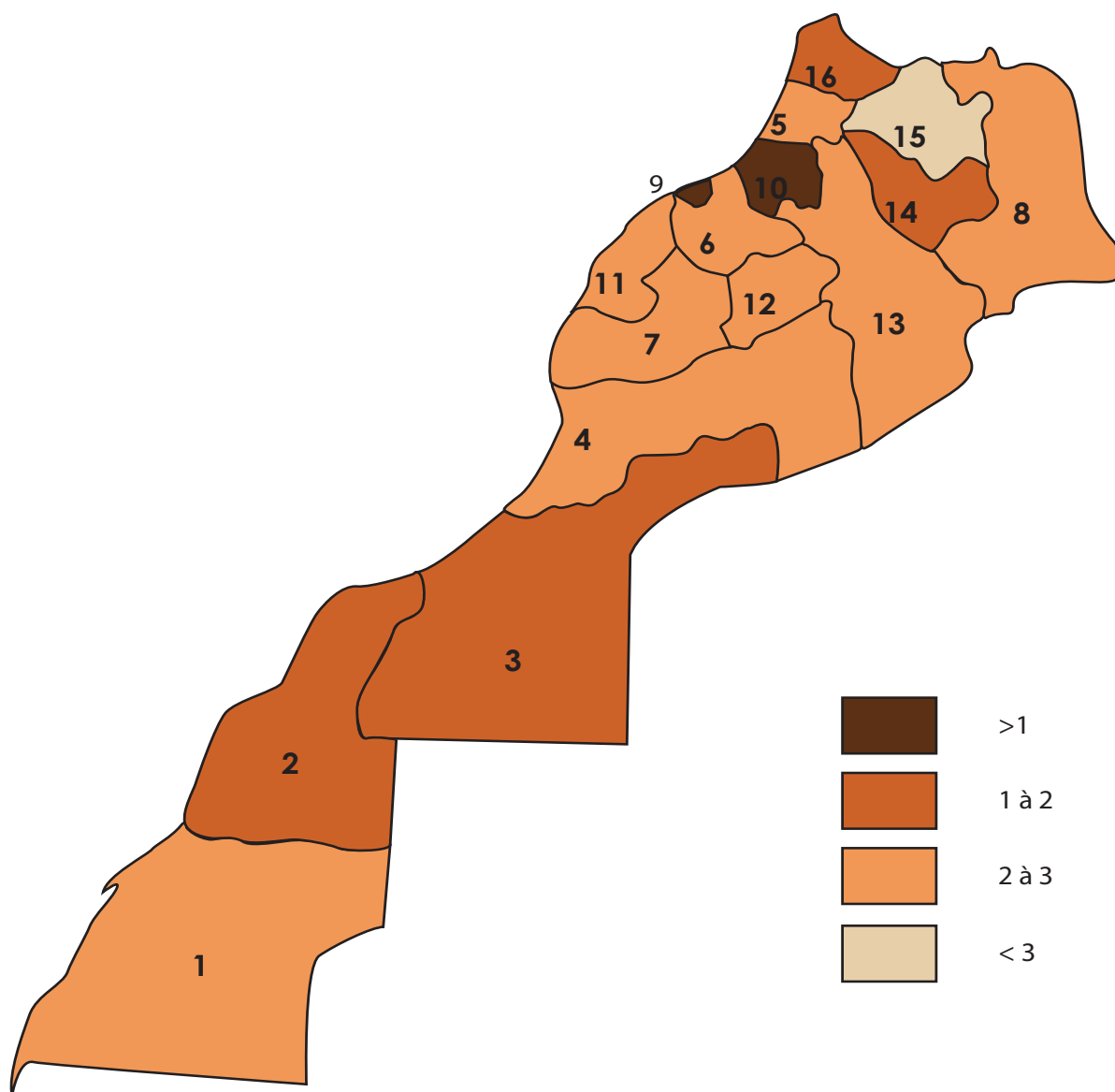
La chirurgie est le plus ancien des traitements des cancers. Le chirurgien est un médecin qui pratique des interventions pour diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou effectuer des réparations (chirurgie plastique)²³.

Au Maroc, on dénombre 684 chirurgiens repartis sur tout le territoire marocain, soit un chirurgien pour 44 814 habitants (2,23 pour 100 000 habitants). L'axe Rabat-Casa compte la plus forte densité avec respectivement 179 chirurgiens (4,8 chirurgiens / 100 000 habitants) et 94 chirurgiens (3,85 chirurgiens / 100 000 habitants), tandis que la région de Taza-Al Hoceima-Taounate compte la plus faible densité avec 0,66 chirurgien pour 100 000 habitants²⁴. La répartition des médecins spécialistes en chirurgie sur le territoire marocain est donnée au Tableau 24 et à la Carte 20.

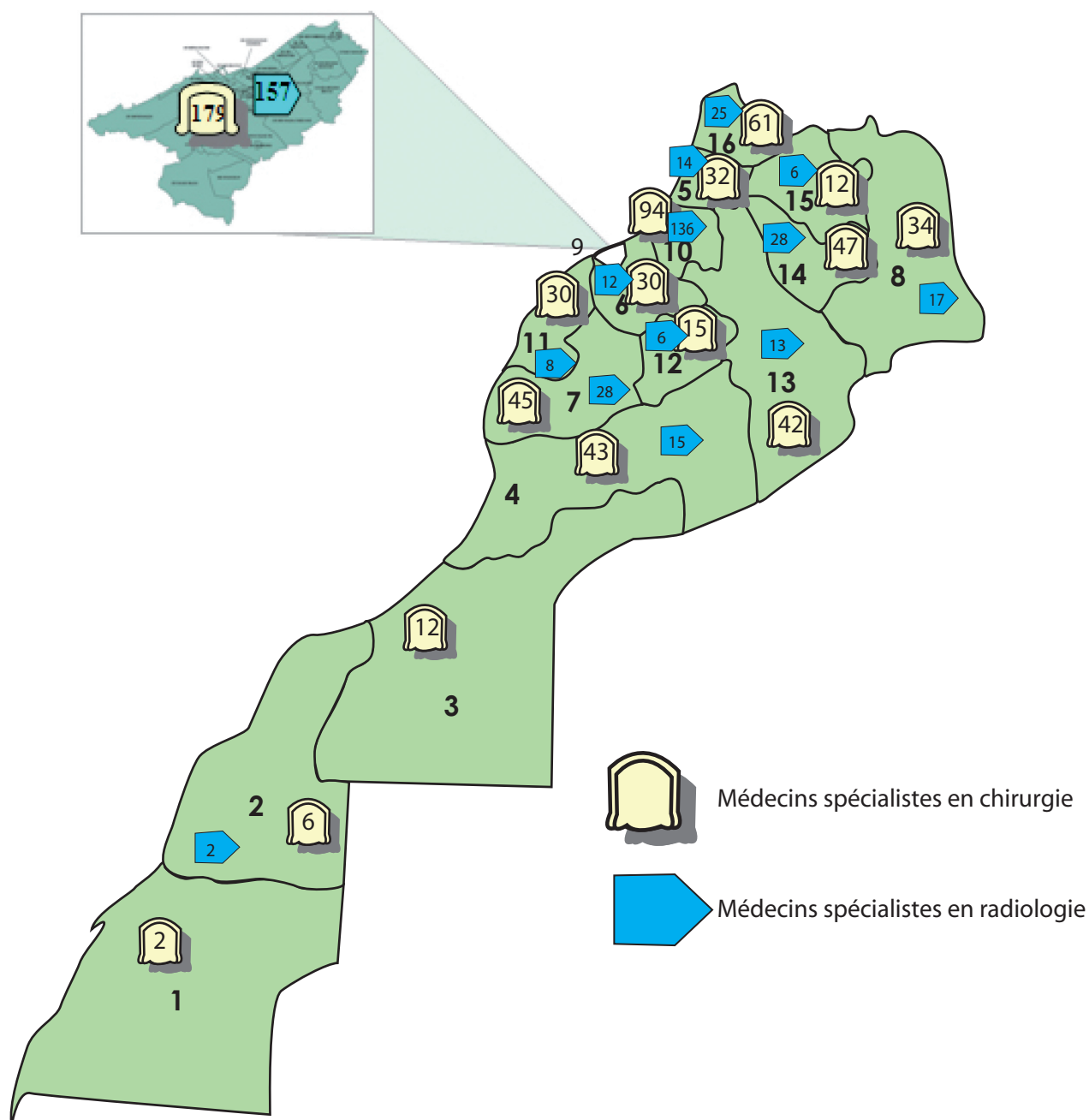
Tableau 24 - Répartition des chirurgiens des deux secteurs par régions et par 1 00 000 Habitants au Maroc (Année 2006)

Régions administratives	Chirurgien			
	public	privé	N	Densité par 100 000 Habitant
1- Oued Eddahab-Lagouira	2	0	2	1,64
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	5	1	6	2,18
3- Guelmim-Smara	11	1	12	2,50
4- Souss-Massa-Drâa	21	22	43	1,34
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	13	19	32	1,68
6- Chaouia- Ourdigha	15	15	30	1,78
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	17	28	45	1,42
8- Oriental	17	17	34	1,75
9- Grand Casablanca	54	125	179	4,80
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	55	39	94	3,85
11- Doukkala- Abda	10	20	30	1,48
12- Tadla-Azilal	6	9	15	1,02
13- Meknès-Tafilalet	20	22	42	1,92
14- Fès- Boulemane	14	33	47	2,90
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	8	4	12	0,66
16- Tanger-Tétouan	24	37	61	2,39
TOTAL NATIONAL	292	392	684	2,23

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007



Carte 20 – Répartition des médecins chirurgiens par 100 000 habitants en fonction des régions au Maroc (Année 2006)



Carte 21 - Répartition des médecins spécialistes en chirurgie et en radiologie de l'ensemble des secteurs, par régions au Maroc,

5.3.2.2 – Médecins spécialistes en urologie

L'urologue (ou chirurgien urologue) est un médecin spécialiste des problèmes urinaires et génitaux, et en particulier du diagnostic, du traitement et de la surveillance des cancers urologiques : cancer du rein, de la vessie, de la prostate, des testicules, du pénis, etc. C'est lui qui opère le patient pour enlever la tumeur²³.

Les urologues sont en Nombre de 220 dont 85 relevant du secteur privé, ils sont présents dans presque toutes les régions du Maroc à raison d'un urologue pour 139 332 habitants (0,72 Urologue pour 100 000 habitants).

Plus de la moitié sont concentrés sur l'axe Rabat-Casa avec 67 Urologues dans la région du Grand Casablanca et 61 dans la région de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër, tandis qu'ils sont absents dans les régions d'Oued Eddahab-Lagouira et Guelmim-Smara²⁴. La répartition des médecins Spécialistes en Urologie sur les territoires Marocains est donnée au Tableaux 25

Tableau 25 - Répartition du nombre de médecins spécialistes en urologie, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)

Régions	Urologues			
	public	privé	total	Densité par 100 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	3	–	3	1,09
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	2	5	7	0,22
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	2	3	5	0,26
6- Chaouia- Ourdigha	3	2	5	0,30
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	13	5	18	0,57
8- Oriental	3	5	8	0,41
9- Grand Casablanca	34	33	67	1,80
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	52	9	61	2,50
11- Doukkala- Abda	3	2	5	0,25
12- Tadla-Azilal	2	1	3	0,20
13- Meknès-Tafilalet	3	5	8	0,37
14- Fès- Boulemane	9	7	16	0,99
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	3	–	3	0,16
16- Tanger-Tétouan	3	8	11	0,43
Total National	135	85	220	0,72

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.2.3 – Médecins spécialistes en Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Les cancers relevant de l'ORL sont particulièrement nombreux. L'oreille et le nez étant rarement atteints, la bouche, le larynx et le pharynx l'étant souvent ; on parle plutôt du cancer des voies aéro-digestives supérieures que de cancers ORL²³.

La compétence d'ORL s'exerce en vue d'établir le diagnostic du cancer des voies aéro-digestives supérieures. Au Maroc, on compte 372 ORL, dont 212 relevant du secteur privé. Ils sont repartis sur 14 régions à raison d'un ORL

pour 82 401 habitants (1,21 pour 100 000 habitants), la région du Grand Casablanca compte 118, dont 68 du secteur privé avec une densité de 3,16 ORL pour 100 000 habitants, suivie de la région de Rabat avec 76 ORL, dont 38 du secteur privé (densité : 3,11 ORL pour 100 000 habitants). On a noté aussi l'absence des ORL dans les régions d'Oued Eddahab-Lagouira et Guelmim-Smara. La répartition des médecins spécialistes en ORL sur le territoire marocain est donnée au Tableau 26

Tableau 26 - Répartition du nombre de médecins spécialistes en ORL, par secteurs et par régions au Maroc (Année 2006)

Régions	ORL			
	Public	privé	total	Densité par 100 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	3	1	4	1,45
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	8	14	22	0,68
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	6	7	13	0,68
6- Chaouia- Ourdigha	6	2	8	0,48
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	9	12	21	0,66
8- Oriental	6	10	16	0,82
9- Grand Casablanca	50	68	118	3,16
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	38	38	76	3,11
11- Doukkala- Abda	5	9	14	0,69
12- Tadla-Azilal	2	3	5	0,34
13- Meknès-Tafilalet	6	9	15	0,69
14- Fès- Boulemane	11	17	28	1,73
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	2	5	7	0,38
16- Tanger-Tétouan	8	17	25	0,98
Total National	160	212	372	1,21

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.2.4 – Médecins spécialistes en gynécologie

Les gynécologues au Maroc sont au nombre de 917, dont 507 relevant du secteur privé. Ils sont repartis sur 15 régions, à raison d'un gynécologue pour presque 16 000 femmes (2,99 pour 100 000 habitants), 271 gynécologues, dont 195 du secteur privé installés dans la région du Grand Casablanca, soit une densité de 7,62 pour 100 000 habitants ; 224, dont 90 du secteur privé,

à Rabat, soit une densité de 9,18 pour 100 000 habitants². La répartition des médecins spécialistes en gynécologie sur le territoire marocain est donnée au Tableau 27

Tableau 27 - Répartition des médecins spécialistes en gynécologie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Gynécologues			
	Public	Privé	Total	Densité par 100 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra	5	3	8	2,91
3- Guelmim-Smara	7	1	8	1,67
4- Souss-Massa-Drâa	18	25	43	1,34
5- El Gharb-Chrarda-Bni Hssen	16	20	36	1,89
6- Chaouia-Ourdigha	14	11	25	1,49
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	28	27	55	1,73
8- Oriental	9	25	34	1,75
9- Grand Casablanca	76	195	271	7,26
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	134	90	224	9,18
11- Doukkala-Abda	7	16	23	1,14
12- Tadla-Azilal	7	7	14	0,95
13- Meknès-Tafilalet	19	22	41	1,87
14- Fès-Boulemane	41	27	68	4,19
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	8	5	13	0,71
16- Tanger-Tétouan	21	33	54	2,11
TOTAL NATIONAL	410	507	917	2,99

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.3 – Les autres professions intervenant en cancérologie

5.3.3.1 – Médecins spécialistes en neuropsychiatrie

La psychologie et la psychiatrie ont pour objectif la connaissance de l'état psychique et le traitement de ses dysfonctionnements. Les psychologues et les psychiatres sont souvent mis à contribution en cancérologie.

Le diagnostic puis le traitement d'un cancer soumet à une épreuve qui n'est pas facile à surmonter (coping) ; elle représente une menace existentielle pour l'individu et entraîne inévitablement des perturbations psychiques, dont l'importance et la nature varient beaucoup d'un individu à l'autre, d'un moment à l'autre, suivant notamment le déroulement du traitement et l'évolution du cancer.

Diagnostic ou traitement peuvent entraîner stress ou choc et s'accompagner d'anxiété, de dépression, d'accentuation de douleurs, de trouble du sommeil, de sentiment de culpabilité, etc. Il peut être difficile d'évaluer l'intensité de ces réactions : modérées et temporaires ou marquées et durables²³.

La psychothérapie est souvent utile pour la prise en charge d'un cancéreux. Faite par un médecin, spécialisé ou non, ou par un psychologue, elle peut améliorer, seule ou avec un appoint médicamenteux, les troubles observés chez ces malades (anxiété, dépression, sommeil perturbé, sentiment de culpabilité, etc.) pour les libérer d'émotions négatives, les aider à s'adapter à leur situation et les orienter vers une attitude positive. Une telle psychothérapie ne semble pas capable de modifier l'évolution du cancer, mais elle améliore la qualité de vie de la personne et de sa famille, surtout en cas de désordres préexistants et accentués par la maladie.

Les médecins neuropsychiatres sont au total 247, dont 147 relevant du secteur public, ils sont repartis sur 15 régions du Maroc en Raison d'un neuropsychiatre pour 124 101 habitants (0,81 neuropsychiatre pour 100 000 habitants). Plus de la moitié sont concentrés dans les régions du grand Casablanca avec 65 spécialistes pour une densité de 1,8 neuropsychiatre pour 100 000 habitants et Rabat-Salé-Zemmour-Zaër avec 64 spécialistes pour une densité de 2,72 neuropsychiatres pour 100 000 habitants, alors que la région de Guelmim-Smara n'en possède aucun². La répartition des médecins spécialistes en Neuropsychologie en fonction des régions au Maroc est donnée au Tableau 28

Tableau 28 - Répartition des médecins spécialistes en Neuropsychiatrie en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)

Régions	Neuropsychiatre			
	Public	Privé	total	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	1	–	1	1,01
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	1	–	1	0,39
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	4	3	7	0,23
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	5	4	9	0,48
6- Chaouia- Ourdigha	9	–	9	0,54

Régions	Neuropsychiatre			
	Public	Privé	total	Densité par 100 000 Habitants
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	8	7	15	0,48
8- Oriental	5	7	12	0,63
9- Grand Casablanca	35	30	65	1,80
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	40	24	64	2,72
11- Doukkala- Abda	5	2	7	0,35
12- Tadla-Azilal	4	1	5	0,34
13- Meknès-Tafilalet	8	5	13	0,61
14- Fès- Boulemane	7	6	13	0,83
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	3	–	3	0,17
16- Tanger-Tétouan	12	11	23	0,93
TOTAL NATIONAL	147	100	247	0,81

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.3.2 – Médecins spécialistes en biologie médicale

L'acte de biologie médicale correspond à l'analyse quantitative et/ou qualitative d'échantillons biologiques d'origine humaine. Il s'inscrit dans une démarche préventive, diagnostique, pronostique et thérapeutique et actuellement parfois prédictive.

Il existe plusieurs spécialités au sein de la biologie, dont la biochimie, l'hématologie (cytologie sanguine et médullaire + hémostase), l'immunologie, la microbiologie et la parasitologie qui sont, quantitativement, les principales. De nouvelles spécialités sont récemment apparues comme le diagnostic prénatal, la cytogénétique, le soutien biologique à la procréation médicalement assistée, la thérapie génique et cellulaire, la génétique moléculaire²⁷.

Cette profession peut être exercée dans différents secteurs d'activités : établissement d'hospitalisation et de soins, centre de transfusion sanguine, laboratoire d'analyses médicales. Le nombre de biologistes au Maroc s'élève à 288, soit une densité moyenne de 0,74 biologistes par 100 000 habitants. La répartition géographique montre une disparité allant de 4,33 à 0,11 biologistes par 100 000 habitants pour respectivement Rabat-Sale-Zemmour-Zaër et Taza-Al Hoceima-Taounate ; tandis que cette spécialité est quasiment absente dans les régions d'Oued Eddahab-Lagouira, Guelmim-Smara (Tableau 29)

Tableau 29 - Répartition des médecins spécialistes en biologie médicale en fonction des régions, par secteurs et par 100 000 habitants au Maroc (Année 2006)

Régions	Médecins spécialistes en Biologie médicale			
	Public	Privé	total	Densité par 100 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	1	–	1	0,39
3- Guelmim-Smara	–	–	–	–
4- Souss-Massa-Drâa	5	6	11	0,35
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	3	4	7	0,38
6- Chaouia- Ourdigha	4	3	7	0,42
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	4	–	4	0,13
8- Oriental	5	1	6	0,31
9- Grand Casablanca	21	22	43	1,19
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	78	24	102	4,33
11- Doukkala- Abda	3	–	3	0,15
12- Tadla-Azilal	4	3	7	0,48
13- Meknès-Tafilalet	5	4	9	0,42
14- Fès- Boulemane	6	10	16	1,02
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	2	–	2	0,11
16- Tanger-Tétouan	8	5	13	0,53
TOTAL NATIONAL	146	82	228	0,74

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.4 – Personnels paramédicaux

Le rôle de l’infirmier est capital auprès de malades cancéreux. La spécificité de ce rôle peut se résumer en trois points:

- Tous les organes du corps pouvant être atteints, il est nécessaire de posséder de solides connaissances en anatomie, physiologie et pathologie.
- Cette maladie envahissante, entraînant une altération des fonctions de la vie et perçue comme conduisant souvent à la mort, confronte en permanence l’infirmier aux problèmes éthiques et moraux, générateurs de doute et d’angoisse, tant pour elle que pour le patient. C’est elle qui est souvent la plus proche du malade et de sa famille au sens large.
- L’omniprésence de la recherche visant à mettre au point des traitements plus efficaces demande à l’infirmier une adaptation constante aux nouvelles techniques et aux nouveaux traitements.

Dans une institution, le champ d'activité de l'infirmier est multiple. Elle prend en charge des patients en consultation, en soins externes pour quelques heures, au bloc opératoire, en réanimation, en hospitalisation de semaine, en hospitalisation classique. Les soins qu'elle dispense s'inscrivent au sein d'une collaboration entre les différents partenaires (médecin, réanimateur, psychiatre, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, aide-soignante et agent de service). D'une part elle exécute les prescriptions du médecin responsable du patient, d'autre part elle participe aux soins du service infirmier sous la responsabilité du chef de soins infirmiers et du cadre de santé.

L'aide-soignante placée sous sa responsabilité l'assiste pour réaliser les soins liés à l'alimentation, à l'hygiène et au confort.

Le rôle de l'infirmier est important aussi pour un malade à domicile, qu'il ait besoin de soins simples et occasionnels ou qu'il soit pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. La mise en place des réseaux de soins améliore la coordination des professionnels de santé autour de la prise en charge du patient entre la ville et les structures de soins²³.

Au Maroc, le personnel paramédical (infirmiers auxiliaires, assistants médicaux et adjoints de santé, techniciens spécialisés...) est au nombre de 30 572 et 85% de cet effectif sont employés par le secteur public et en constituent ainsi l'ossature. La distribution des effectifs paramédicaux est assez inégale entre les régions, les ratios de densité du personnel paramédical pour 1 000 habitants vont de 0,54‰ dans la région d'El Gharb-Chrarda-Bni Hssen à 1,7‰ dans la région de Laâyoune-Sakia Lhamra-Boujdour. Et en plus du déficit actuel, 24% des paramédicaux partiront à la retraite au cours des 10 prochaines années.

425 personnels paramédical et administratif travaillant dans les services d'oncologie, réparties en 193 Infirmier Polyvalents, 16 Infirmiers anesthésistes, 3 Assistants sociaux, 59 Techniciens de Radios, 10 Physiciens, 1 nutritionniste et 1 Kinésithérapeute Tableau 34

5.3.4.1 – Assistant social

L'assistant social joue un rôle important, principalement d'ordre administratif et matériel, pour aider le patient cancéreux et sa famille. Dans un hôpital ou une ville, l'assistant social guide le malade et ses proches dans les démarches réglementaires : pour l'arrêt puis la reprise de travail, les remboursements de déplacements et de soins, la recherche d'un lieu de convalescence. Dans des situations difficiles, il peut demander un soutien particulier à l'aide médicale gratuite. Cette activité fait l'objet d'une évaluation et d'une recherche croissante²³.

Les assistants sociaux du ministère de la santé sont en nombre de 141 répartis sur 15 régions du Maroc, soit une densité Moyenne Nationale de 4,6 assistants sociaux pour 1 000 000 habitants. La région de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër est la mieux dotée avec 12,7 assistants sociaux pour 1 000 000 habitants ; la région de Chaouia-Ourdigha est la moins dotée, avec 1,8 assistant social pour 1 000 000 habitants ; tandis que la région d'Oued Eddahab-Lagouira n'est dotée d'aucun assistant social. (Tableau 30)

Les assistants sociaux travaillant dans les services d'Oncologie sont en nombre de 3 dont une à Agadir et 2 à l'INO Tableau 34

Tableau 30 - Répartition des assistants sociaux du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)

Régions	Assistant social	
	Public	Densité par 1 000 000 Habitants
1- Oued Eddahab-Lagouira	–	–
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	2	7,8
3- Guelmim-Smara	2	4,3
4- Souss-Massa-Drâa	18	5,8
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	10	5,4
6- Chaouia- Ourdigha	3	1,8
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	10	3,2
8- Oriental	7	3,7
9- Grand Casablanca	11	3,0
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	30	12,7
11- Doukkala- Abda	8	4,0
12- Tadla-Azilal	5	3,4
13- Meknès-Tafilalet	8	3,7
14- Fès- Boulemane	9	5,7
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	5	2,8
16- Tanger-Tétouan	10	4,1
TOTAL NATIONAL	141	4,6

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.4.2 – Manipulateur de radiothérapie

Le manipulateur de radiothérapie est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est également chargé de veiller au bon déroulement de la séance de radiothérapie en collaboration avec le physicien. Il s'occupe du patient en salle de traitement, l'aide à s'installer et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que le patient ne présente pas de réactions anormales²³.

Les manipulateurs de radiothérapies travaillant dans les services d'oncologie sont en Nombre de 59 dont 15 relevant du secteur Privé, presque la moitié des manipulateurs de Radiothérapie travaillent à l'INO, Tableau 34

5.3.4.3 – Infirmier anesthésiste

L'anesthésie, qui consiste à endormir un patient pendant une intervention, a joué un rôle déterminant pour le développement de la chirurgie, en particulier dans le traitement des cancers, En vertu de ses capacités, l'anesthésie et les anesthésistes sont largement impliqués dans la lutte contre la douleur²³.

Le nombre des infirmiers anesthésistes relevant du secteur public s'élève à 795, avec une densité régionale allant de 7,43 pour la région Laâyoune-Boujdour-Sakia-Lhamra à 1,66 infirmiers anesthésistes par 100 000 habitants pour la région de Taza-Al Hoceima-Taounate. La moyenne de densité nationale est de 2,59 infirmiers anesthésistes par 100 000 habitants (Tableau 31)

Les infirmiers anesthésistes travaillant dans les services d'oncologie sont en Nombre de 16 dont 12 à l'INO Tableau 34

Tableau 31 - Répartition des infirmiers anesthésistes du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)

Régions	Infirmier anesthésiste	
	Public	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	3	3,02
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	19	7,43
3- Guelmim-Smara	34	7,35
4- Souss-Massa-Drâa	109	3,50
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	33	1,78
6- Chaouia- Ourdigha	41	2,48
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	69	2,23
8- Oriental	75	3,92
9- Grand Casablanca	83	2,30
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	54	2,29
11- Doukkala- Abda	49	2,47
12- Tadla-Azilal	42	2,90
13- Meknès-Tafilalet	68	3,18
14- Fès- Boulemane	29	1,85
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	30	1,66
16- Tanger-Tétouan	57	2,31
TOTAL NATIONAL	795	2,59

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.4.4 – Physicien

Le physicien d'hôpital ou radiophysicien est un acteur déterminant dans le traitement des cancers par le soutien technique qu'il apporte à la radiothérapie. Ils ont été imposés par l'évolution des techniques d'emploi des rayonnements ionisants et la nécessité d'un contrôle pour assurer la sécurité des patients traités. Ce sont des scientifiques de haut niveau, formés dans des facultés de sciences et de médecine, dans des services de radiothérapie spécialisés ainsi que dans les organismes responsables de la radioprotection.

Le radiophysicien contrôle la qualité physique d'une irradiation prescrite et déterminée par le médecin radiothérapeute, en vérifiant la dosimétrie, les conditions techniques de l'irradiation, le fonctionnement de l'appareil utilisé. Dans un établissement hospitalier, il contribue à la radioprotection en assurant les contrôles réglementaires dans les divers services exposés (radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie). Les radiophysiciens participent aussi à la recherche et à l'enseignement²³.

Les Physiciens travaillant dans les services d'oncologie sont de l'ordre de 10 Physiciens dont 8 du secteur public et 6 à l'INO

5.3.4.5 – Technicien nutritionniste (diététiciens)

Alors que l'alimentation joue un rôle important à l'origine de certains cancers, la diététique, ou hygiène alimentaire, peut améliorer la situation d'un cancéreux, pendant et après le traitement.

Au cours des traitements, l'appétit est souvent diminué, surtout si existent des nausées. Des médicaments antiémétiques peuvent les combattre, mais il est préférable d'adapter l'alimentation en éloignant les repas des séances de traitements et en rendant les plats plus appétissants, de faire un peu d'exercice avant le repas, de stimuler les pensées positives. Des traitements hormonaux ont été proposés pour stimuler l'appétit, mais ils ne sont pas sans danger, en particulier chez les malades traités pour un cancer hormonodépendant (sein, prostate, ovaire).

Au cours d'une radiothérapie sur le thorax, l'abdomen ou le bassin, l'alimentation doit être privée de fibres dures (céleri, poireaux, salades, ananas...) et enrichie d'aliments évitant la diarrhée.

Au cours des chimiothérapies, l'alimentation sera adaptée à la tolérance digestive, en évitant les laitages, qui peuvent aggraver les nausées, en les remplaçant par yaourts et fromages légers, plus faciles à digérer. Pendant et après la chimiothérapie, on évitera aussi les aliments épicés ou acides qui peuvent aggraver les complications buccales et digestives secondaires au traitement. Une alimentation riche et variée aidera l'organisme à réparer les tissus et à prévenir l'infection. C'est « l'écologie alimentaire » que préconisait Hippocrate lorsqu'il écrivait : « Que ton aliment soit ton médicament ».

L'alimentation doit aussi s'adapter aux handicaps digestifs secondaires au traitement. Après un geste chirurgical sur l'œsophage, l'estomac, le pancréas, le côlon et même l'intestin grêle, les repas doivent être pris en petites quantités, sous forme fractionnée : quatre à six repas par jour pendant six mois à un an. Au-delà, l'alimentation se composera de trois à quatre repas chaque jour. L'existence d'une colostomie fait éviter les aliments responsables de gaz ainsi que les risques de diarrhée ou de constipation : le malade sait ou apprend vite à quels plats il est sensible. Ces prescriptions variées s'adaptent à des situations conditionnées par une forme de cancer ou le traitement²³.

Les diététiciens au Maroc sont en nombre de 87 repartis sur 15 régions du Maroc, soit une densité de 0,28 diététicien pour 100 000 habitants. Les régions de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër, Tanger-Tétouan et du Grand Casablanca sont les mieux dotées avec respectivement 13, 10 et 9 diététiciens. Il faut noter que la région de Guelmim-Smara n'est dotée d'aucun diététicien. (Tableau 32)

Il n'existe qu'un seul diététicien travaillant dans le services d'oncologie INO.

Tableau 32 - Répartition des diététiciens du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)

Régions	Diététiciens	
	Public	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	1	1,01
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	2	0,78
3- Guelmim-Smara	0	0
4- Souss-Massa-Drâa	4	0,13
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	5	0,27
6- Chaouia- Ourdigha	3	0,18
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	4	0,13
8- Oriental	7	0,37
9- Grand Casablanca	9	0,25
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	13	0,55
11- Doukkala- Abda	7	0,35
12- Tadla-Azilal	2	0,14
13- Meknès-Tafilalet	8	0,37
14- Fès- Boulemane	8	0,51
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	3	0,17
16- Tanger-Tétouan	10	0,41
TOTAL NATIONAL	87	0,28

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

5.3.4.6 – Technicien de rééducation

La kinésithérapie est une discipline paramédicale qui joue un grand rôle dans les soins aux malades cancéreux, pour une rééducation motrice et des massages. La rééducation est utile après diverses interventions laissant des séquelles motrices. Elle est plus souvent indiquée après des interventions pour cancers ORL ou du sein, qui retentissent sur les nerfs, la musculature et les mouvements correspondants.

Très vite après l'intervention, l'opéré doit apprendre à manœuvrer son membre supérieur pour réduire au minimum son immobilisation et les risques d'une raideur articulaire ou de douleurs, éviter une atrophie des muscles et garder la souplesse normale. Le kinésithérapeute doit expliquer au malade les mouvements et le motiver pour qu'il les répète ensuite seul dans la journée et les poursuive à sa sortie de l'hôpital.

La kinésithérapie est aussi utile, avant ou après l'intervention ou encore lors de certaines complications, pour faciliter les mouvements respiratoires, pour récupérer des gestes atteints par une complication nerveuse ou pour réduire un lymphoedème. Les kinésithérapeutes ont aussi un rôle psychologique en aidant les malades à se décontracter, à se relaxer par une mobilisation générale et douce. Cette mobilisation est également précieuse en fin de vie, lors de l'accompagnement, quand il s'agit de préserver le plus longtemps possible des capacités motrices et une autonomie personnelle de déplacement²³.

La kinésithérapie est assurée par 428 infirmiers relevant de la santé publique au Maroc, ils sont présents dans toutes les régions à raison de 1,40 infirmiers kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Mais leur répartition géographique montre une disparité allant de 4,33 pour la région de Rabat-Sale-Zemmour-Zaër à 0,70 infirmier kinésithérapeute pour 100 000 habitants pour la région d'El Gharb-Chrarda-Bni Hssen. (Tableau 33)

Tableau 33 - Répartition des kinésithérapeutes du secteur public en fonction des régions, par 100 000 habitants, au Maroc (Année 2006)

Régions	kinésithérapeutes	
	Public	Densité par 100 000 Habitants
1-Oued Eddahab-Lagouira	2	2,02
2- Laâyoune-Boujdour-Sakia- Lhamra	8	3,13
3- Guelmim-Smara	4	0,87
4- Souss-Massa-Drâa	35	1,13
5- El Gharb-Chrarda- Bni Hssen	13	0,70
6- Chaouia- Ourdigha	18	1,09
7- Marrakech-Tensift-Al Haouz	34	1,10
8- Oriental	18	0,94
9- Grand Casablanca	67	1,85

Régions	kinésithérapeutes	
	Public	Densité par 100 000 Habitants
10- Rabat-Sale-Zemmour-Zaër	102	4,33
11- Doukkala- Abda	16	0,81
12- Tadla-Azilal	13	0,90
13- Meknès-Tafilalet	24	1,12
14- Fès- Boulemane	28	1,78
15- Taza-Al Hoceima-Taounate	13	0,72
16- Tanger-Tétouan	33	1,34
TOTAL NATIONAL	428	1,40

Source: Service de la Carte Sanitaire du ministère de la santé, année 2007

Tableau 34 - Répartition des personnels paramédicaux travaillant dans les services d'oncologie, Maroc

	Infirmiers Polyvalents	Infirmiers anesthésistes	Assistants sociaux	Technicien de radios	Techn. de confection de cache	Physicien	Technicien nutritionniste	Technicien de rééducation	administrateurs	Autres	Total
INO Rabat	57	12	2	28	_	6	1	1	2	30	139
COIR – Casablanca	20	_	_	4	1	_	_	_	_	3	28
Oujda	19	2	__	9	__	__	__	__	2	__	37
Agadir.	10	1	1	3	1	2	__	__	1	__	19
Oncologie Pédiatrique – Rabat	13	__	__	__	__	__	__	__	__	__	13
Héмато-oncologie Pédiatrique – Casablanca	23	__	__	__	__	__	__	__	7	2	32
Hôpital Militaire Mohamed V à Rabat	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Service d'Oncologie du CHU Hassan II à Fès	2	__	__	__	__	__	__	__	__	__	2
Service d'Oncologie du CHU Mohammed VI à Marrakech	14	__	__	__	__	__	__	__	2	__	16
ANNAKHIL- Rabat	5	__	__	5	__	1	__	__	10	11	32
AL AZHAR- Rabat	30	1	__	10	__	1	__	__	22	23	87
LITTORAL - Casablanca	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	20
AL KINDY – Casablanca	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Total	193	16	3	59	2	10	1	1	46	69	425

5.4 – Les capacités de formations des professionnels : médecins et personnel paramédical spécialisé.

La moyenne annuelle de formation des médecins généralistes par les 4 facultés de médecine et de pharmacie du pays s'établit à environ 700 diplômés. Au niveau encadrement de la formation, les ratios personnel enseignant/étudiants calculés à partir des données du Ministère de l'Enseignement supérieur, dénotent des inégalités importantes entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un pour 8 à Casablanca, un pour 25 à Fès et un pour 24 à Marrakech⁹.

La moyenne annuelle de formation des médecins spécialistes est de 500 depuis l'année 2002. Ce rythme de formation permettra à peine de maintenir l'offre actuelle de médecins spécialistes au cours des 10 prochaines années. Cette offre est en dessous de la demande de soins, en raison de l'évolution des pathologies chroniques et dégénératives consommatrices d'actes spécialisés.

L'effectif des médecins spécialistes en formation en oncologie par les 4 facultés de médecine et de pharmacie du pays s'établit à 22, dont 14 à Rabat formés par 2 professeurs. Les médecins spécialistes formés en radiothérapie s'élèvent en 39 formés par 19 professeurs. En 2008, les médecins résidents en radiothérapie sont repartis ainsi : 29 à Rabat, 4 à Casa, 4 à Marrakech et 2 à Fès. Les médecins résidents en anatomopathologie sont au nombre de 35 formés par 35 professeurs. Les résidents en médecine nucléaire sont au nombre de 18 (Tableau 31). Cette offre est en dessous de la demande de soins, en raison de l'évolution des nombres des atteintes cancéreuses qui est de l'ordre de 30 500 nouveaux cas de cancers au Maroc, chaque année (RCGC) et qui va atteindre 50 000 en 2020, Une augmentation de la capacité de la formation pour combler le déficit et faire face à la demande future de soins, constitue un axe prioritaire.

En ce qui concerne les structures de formation des paramédicaux, en plus des établissements du Ministère de la Santé qui sont au nombre de 21 Instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) et 1 Institut de Formation des Techniciens Ambulanciers (IFTA), des écoles privées se sont développées à partir de 1998 dans la plupart des grandes villes du pays, totalisant actuellement plus d'une centaine d'établissements, qui prodiguent un enseignement pour la formation de profils d'infirmiers, d'auxiliaires, de sages femmes, d'orthoptistes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'opticiens lunetiers et de préparateurs en pharmacie. Les infirmiers et techniciens formés par ces écoles ne sont pas recrutés dans le secteur public, leur destination finale reste exclusivement le secteur libéral. Entre 2002 et 2006 par exemple, il y a eu 4341 inscrits et 646 diplômés⁹.

Dans la même perspective l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer a lancé un programme de formation continue en oncologie. Ce projet propose un programme de formation continue en soins infirmiers en oncologie, élaboré conjointement avec plusieurs partenaires directement concernés par la problématique décrite. Les modules combinent des cours théoriques et des

cours pratiques pour une durée totale de formation de 219 heures réparties sur 7 mois. Ce programme vise à doter les structures de soins du Maroc d'un personnel qualifié, compétent, motivé et en nombre suffisant qui participerait à tous les niveaux de contrôle du cancer par la prévention, la détection précoce, le diagnostic, le traitement et enfin les soins palliatifs. Au terme d'une année de formation, les participants recevront une attestation en soins infirmiers en oncologie.

Le total du personnel paramédical à former est de 204 personnes reparties en 142 infirmiers et 62 techniciens en radiologie du secteur public et privé.

Tableau 35 - Répartition des capacités de formations de médecins, par établissements de formation, Maroc,

Faculté de Médecine	Oncologie		Radiothérapie		Anatomie pathologique		Médecine Nucléaire	
	Résidents	Professeur	Résidents	Professeur	Résidents	Professeur	Résidents	Professeur
Rabat	14	1	29	8	15	21	9	6
Casablanca	6	–	4	5	8	8	4	1
Fès	2	1	2	1	7	4	4	–
Marrakech	–	–	4	5	5	2	1	
Total	22	2	39	19	35	35	18	7

6 – LES ASSOCIATIONS

Le secteur non gouvernemental est une source précieuse de savoir-faire, de compétences et de ressources utiles pour les soins et la recherche sur le cancer. Les organismes non gouvernementaux offrent par ailleurs un moyen important de toucher les milieux professionnels et le public. Il est essentiel que la communauté participe aux activités de prise en charge du cancer, et cela tout particulièrement dans les pays en développement, dont les systèmes de santé sont confrontés à de sérieuses contraintes financières et opérationnelles. Dans ces pays, le budget de la santé, déjà très insuffisant, est consacré pour une bonne part à la lutte contre les maladies transmissibles, ce qui laisse peu de choses pour les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles. Les organismes non gouvernementaux et bénévoles peuvent donc faire beaucoup pour aider le système national de santé à réduire les inégalités constatées dans la couverture des services de soins aux cancéreux³.

6.1 – Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC)

Présidée par Son Altesse Royale La Princesse Lalla Salma, l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer est une association d'utilité publique, à but non lucratif, créée le 22 novembre 2005.

Lutter contre le cancer au Maroc est la mission première de l'Association. Cette lutte s'exprime à travers quatre domaines d'intervention : L'aide aux malades et à leurs familles, et notamment l'amélioration de la qualité de vie des citoyens atteints de cancer et celle de leurs proches ; L'information et la prévention ; Le soutien au corps médical et la recherche clinique et opérationnelle ; L'aide et l'assistance à la création de centres d'oncologie et à leur équipement¹¹.

La mission de l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer se concrétise par de nombreuses actions qui seront progressivement mises en œuvre : l'information et la prévention ; l'aide aux malades et à leurs familles ; le soutien au corps médical et à la recherche ; l'aide à la création de centres d'oncologie.

L'objectif de l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer est : d'atteindre un taux de prise en charge très élevé des personnes malades ; atteindre un taux de dépistage précoce important ; Soutenir et collaborer à la création d'au moins un centre d'oncologie par région, dans cinq ans ; Créer des espaces d'hébergement temporaire, des Maisons de Vie, pour héberger les malades en hospitalisation de jour et les familles des malades hospitalisés, vivant loin des centres anti-cancéreux ; Participer à la définition d'une politique nationale de lutte contre le cancer ; Établir le registre national du cancer ; Apporter un soutien à la création de centres antidouleur et de soins palliatifs ; Contribuer à la formation du personnel soignant et du personnel de soutien psychoaffectif ; Aider les centres anti-cancéreux ; Appuyer la recherche clinique¹⁵.

6.2 – Association des parents et amis des enfants atteints de cancer: « l'avenir »

L'association des parents et amis des enfants atteints de cancer, l'Avenir a été créée en 1986, à l'initiative de quelques parents d'enfants suivis dans l'Unité d'Hémo-oncologie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (UHOP), appuyés par le personnel ; elle a pour vocation le soutien médical, matériel et moral des malades soignés dans cette unité.

Par la suite, l'importance de ses activités, notamment le projet de la Maison de l'Avenir, lui a valu deux privilèges : la Présidence d'Honneur de **SAR la Princesse Lalla Meryem** en août 1993 et le statut d'utilité publique en mars 1995 (BO N° 4305). Plus récemment, une convention de parrainage a été signée le 22 décembre 2001 avec Nezha Bidouane²⁷.

6.3 – Association Marocaine des Amis de l'Institut d'Oncologie (AMINO)

Créée le 25 Avril 1998 à partir d'une expérience vécue, l'Association des Amis de l'Institut National d'Oncologie (AMINO) est une organisation d'amitié, de solidarité et de soutien des personnes atteintes de cancer, mettant le patient dans des situations difficiles sur le plan matériel et moral²⁸.

²⁷ www.almoustakbal.org/

²⁸ www.amino.org.ma/

Les objectifs majeurs de l'AMINO sont : d'apporter aux patients cancéreux nécessitant une aide matérielle et morale ; prodiguer conseils et soutien aux personnes face au cancer ; améliorer certaines structures d'accueil de l'Institut National d'Oncologie (INO) ; participer à la création de structures inexistantes ; mener avec les organismes concernés, ou intéressés, des campagnes de sensibilisation aux facteurs de risque pouvant entraîner certains cancers ²⁷.

6.4 – Association Enfance Espoir Maroc

L'Association Enfance Espoir Maroc a été créée en 1995 à Marrakech, en collaboration étroite avec la délégation de la Santé. Elle a pour objectif de venir en aide plus particulièrement aux enfants malades atteints de trisomie, du cancer et de diabète. Elle est située à la crèche de l'espoir, Hôpital Ibn Nafis ERRAZI (CHU) Amerchich. 40000 Marrakech- MAROC²⁹.

6.5 – Association de soutien aux malades du sang (AGIR), Casablanca

Pour contribuer à sauver des vies humaines, médecins, bénévoles et bienfaiteurs de différentes professions ont uni leurs expériences, leurs compétences et volontés pour fonder, en décembre 1983, l'association de lutte contre les maladies du sang, devenue aujourd'hui AGIR, Association de soutien aux malades du sang. C'est une organisation non gouvernementale reconnue d'utilité publique.

L'association Agir contribue au fonctionnement du service «Hématologie adulte et Hémato-oncologie (cancérologie) pédiatrique '' de l'hôpital 20 Août de Casablanca, qui prodigue les soins médicaux, et participe à la formation et à la recherche médicale. AGIR se charge de collecter des fonds auprès des entreprises, de l'administration publique et des particuliers.

Ces contributions permettent d'optimiser le fonctionnement du service hospitalier Hématologie adulte et Hémato-oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août de Casablanca, par l'approvisionnement régulier en médicament pouvant aller jusqu'à 70% des besoins du service, l'équipement de l'unité d'hospitalisation, ainsi que l'embauche du personnel nécessaire³⁰.

6.6 – Association Cœur de Femme Casablanca

C'est une association pour le dépistage et le traitement des femmes démunies, atteintes d'un cancer du sein au Maroc

6.7 – Association Marocaine de Lutte Contre le Cancer, Casablanca

L'Association Marocaine de Lutte Contre le Cancer (AMLCC) a été créée en 1968, Reconnue d'utilité publique, l'Association œuvre sans cesse contre le cancer.

²⁹ www.enfance-espoir-maroc.org/pourquoi.html

³⁰ www.agirmaroc.org

L'AMLCC a pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tout le peuple Marocain³¹.

6.8 – Société marocaine d'oncologie pédiatrique – Hôpital d'Enfants Rabat

Elle a été Créée en 1996 pour développer les soins, la formation et la recherche en oncologie pédiatrique ; ce développement doit améliorer la prise en charge des enfants malades³².

6.9 – Association Marocaine de Physique Médicale

L'Association Marocaine de Physique Médicale (AMPM) est une organisation scientifique qui regroupe les personnes professionnellement engagées dans les domaines utilisant les rayonnements ionisants à des fins de diagnostic ou de thérapie ainsi que les professionnels de l'enseignement dans les disciplines qui touchent de près ou de loin à la physique médicale.

Elle a été créée le 07 Juin 1996 et a été reconnue par les autorités le 24 juillet suivant. Dès 1997, l'AMPM est devenue membre de l'IOMP "International Organisation of Medical Physics". L'AMPM est très active dans le cadre d'actions internationales, compte parmi ses partenaires privilégiés l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) et dispose d'une bibliothèque nationale de physique médicale en son siège, situé à l'Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed Ben Abdellah, (INO) Rabat¹³.

³¹ <http://www.amlcc.net>

³² <http://www.ads.gov.ma>

REFERENCES

- 1- Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003 ; Service des Etudes et de l'Information Sanitaire Octobre 2007.
- 2 – Santé en Chiffres 2007 ; Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières Service des Eudes et de l'Information Sanitaire.
- 3 – Les programmes nationaux de lutte contre le cancer de l'OMS Genève, 2002 ; Politiques et principes gestionnaires ; Résumé d'orientation.
- 4 – Méthodologie d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins (S.R.O.S) novembre 2004 édition 2005, royaume du Maroc, Ministère de la santé.
- 5 – Contribution à l'élaboration d'une vision pour l'hôpital public marocain à l'horizon 2014, le Dr Sidi Abdelghani DRHIMEUR, Juillet 2004.
- 6 – Royaume du Maroc ; rapport thématique centre des études et des recherches démographiques ; Haut Commissariat au Plan.
- 7 – Rapport Santé vision 2020 du ministère de santé au Maroc.
- 8 – Enquêtes PAPCHILD et PAPFAM, Direction de la Planification et des Ressources Financière en 2007.
- 9 – Plan d'action santé, 2008-2012.
- 10 – Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) : www.iarc.fr
- 11 – Rapports du suivi des hôpitaux, 2006 Direction des Hôpitaux et de Soins Ambulatoires.
- 12– Registre des cancers de la région du grand Casablanca (RCRC) année 2004.
- 13 – Association Marocaine de Physique Médicale AMPM : www.asso-ampm.com
- 14 – Site web du CHU Ibn Rochd de Casablanca : www.chuibnrochd.ma
- 15 – Site de l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer (ALSC) : www.Contrelecancer.ma
- 16 – Site web de l'association l'AVENIR : www.almoustakbal.org/servicePediatrie.asp
- 17 – Site web du CHU Ibn Tofail Marrakech : www.chumarrakech.ma
- 18 – Site web du Centre d'oncologie NAKHIL : www.clinique-agdal.com/ONCOLOGIE.NAKHIL
- 19 – Site web du Centre d'oncologie AL AZHAR www.alazharoncologie.com
- 20 – Site web du Centre d'oncologie le LITTORAL - Casablanca : www.cliniquelelittoral.ma/
- 21 – Rapport annuel 2006 de l'association Lalla Salma contre le cancer
- 22 – Site web de la Fondation Mohammed V pour la solidarité : www.fm5.ma

- 23 – La fédération Nationale de Lutte contre le Cancer en France (FNLCC),
www.fnlcc.fr
- 24 – Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM) :
www.sante.gov.ma/smsm/
- 25 – Récapitulatif des équipements lourds disponibles selon les secteurs de Santé
(Ministère de la sante Juin - 2007)
- 26 – L'offre de soins du Ministère de la Santé (Année 2007)
- 27 – La gazette du Laboratoire Février 2007 - n°6 ; www.gazettelabo.ma
- 28 – Les métiers de la cancérologie, le rapport annuel de l'ONDPS,
tome 4, 2006-2007
- 29 – Site web de l'association l'AVENIR
<http://www.almoustakbal.org/servicePediatie.asp>
- 30 – Site Web de l'Association Marocaine des Amis de l'Institut d'Oncologie
(AMINO) : <http://amino.org.ma/>
- 31 – Site Web de l'Association Marocaine de Lutte Contre le Cancer :
<http://www.amlcc.net>
- 32 – Site Web de l'Association de Soutien aux Malades du Sang (AGIR) :
<http://agirmaroc.org/>
- 33 – Site web de la Société marocaine d'oncologie pédiatrique -Hôpital d'Enfants
Rabat : <http://www.ads.gov.ma/>
- 34 – Site web de L'association Enfance-Espoir Marrakech :
www.enfance-espoir-maroc.org/pourquoi.html
- 35 – L'offre de soins du Ministère de la santé, Année 2006



Etude des coûts du cancer et recueil des données économiques

Volume 4 : Offre de soins
et services



sommaire

Etude des coûts du cancer et recueil des données économiques

RESUME EXECUTIF	110
Etude des coûts du cancer et recueil des données économiques	115
1. INTRODUCTION	115
2. LE NIVEAU SOCIOECONOMIQUE DE LA POPULATION	117
3. LES DEPENSES DES MENAGES EN MATIERE DE SANTE	119
4. LES RESSOURCES BUDGETAIRES DE L'ETAT ALLOUEES AU CANCER	123
4.1. Les ressources budgétaires de l'Etat prévues dans les différents plans d'action	124
4.2. Les ressources budgétaires de l'Etat prévues dans les exercices budgétaires	125
4.3. Analyse des dépenses du Ministère de la santé en matière de lutte contre le cancer	127
5. L'ANALYSE DU COUT DES PRINCIPAUX CANCERS	128
5.1 Aspects méthodologiques de l'étude	129
5.1.1 Typologie de l'étude	129
5.1.2 Echantillon de l'étude	130
5.1.3 Période de l'étude	131
5.1.4 Perspective de l'étude	131
5.1.5 Technique adoptée pour le calcul des coûts par pathologie	131
5.1.6 Qualité des données	134
5.2 Résultats de l'étude	134
5.2.1 Coûts par unité d'œuvre	135
5.2.2 Coûts par pathologie	138
5.2.2.1 Cancer du sein	139
5.2.2.2 Cancer du col de l'utérus	140
5.2.2.3 Cancer du côlon	140
5.2.2.4 Cancer du poumon	141
5.2.3 Contribution de l'hôpital	141
5.3 Valorisation des standards thérapeutiques	143
5.3.1 Cancer du sein	144
Stade localisé (N+) MCA	144
Si HER2(+)	144
RH(+)	144
Stade métastatique	144
HER2(+)	144
Si progression	144
5.3.2. Cancer du côlon	145
Stade localisé	145
Métastatique	146

6. UNE ESTIMATION DE L'IMPACT DU CANCER SUR LA POPULATION	147
6.1 Caractéristiques de la population enquêtée	147
6.2 Impact de la charge liée aux soins du cancer sur la population	149
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	150
ANNEXE	152
Plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012	152

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Dépense annuelle moyenne par personne et par milieu (en dirhams courants)	118
Tableau 2 : moyenne par personne (en DH courants) selon les classes de déciles et le milieu de résidence	119
Tableau 3 : Dépense annuelle moyenne par personne en soins médicaux (en DH courants) selon le milieu de résidence.....	120
Tableau 4 : Évolution de la structure de la consommation de soins et biens médicaux par personne.	122
Tableau 5 : Montant estimatif du budget nécessaire au développement des expertises et des pôles d'excellence relatifs au Cancer dans le cadre du plan d'action 2004-2007	124
Tableau 6 : Programmation budgétaire pour l'investissement des activités liées à la lutte contre le cancer dans le cadre du plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012	125
Tableau 7 : Programmation budgétaire des crédits d'investissement alloués aux centre d'oncologie sur la période 2006-2008	126
Tableau 8 : Subvention de fonctionnement accordée aux centres d'oncologie d'Oujda, d'Agadir et d'Al Hoceima	127
Tableau 9 : Répartition de l'échantillon de l'étude	130
Tableau 10 : Les prix de revient des activités d'oncologies sans et avec amortissement	135
Tableau 11 : Part de l'amortissement des équipements et bâtiment dans le prix de revient total	137
Tableau 12 : Part du médicament et consommable fournis par l'hôpital dans le prix de revient	138
Tableau 13 : Age moyenne par pathologie	139
Tableau 14 : Les coûts de la prise en charge de la pathologie du cancer du sein	139
Tableau 15 : Les coûts de la prise en charge de la pathologie du cancer du col de l'utérus	140
Tableau 16 : Les coûts de la prise en charge du cancer du côlon	140
Tableau 17 : Les coûts de la prise en charge du cancer du poumon	141
Tableau 18 : Coûts par nature de service	142
Tableau 19 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude.....	148
Tableau 20 : Répartition de l'échantillon par type de métier et par type de pathologie	149
Tableau 21 : Comparaison des revenus des ménages avec les dépenses effectuée.....	150

Liste des Figures

Figure 1 : Répartition des dépenses du Ministère de la Santé dans le cadre des programmes de lutte contre le cancer en 2006.....	128
Figure 2 : Répartition des dépenses de l'INO hors masse salariale en 2006	128
Figure 3 : Circuit du patient et les coûts par pathologie	132
Figure 4 : Circuit de dépenses et de production	133
Figure 5 : Comparaison du coût réel de la prise en charge avec le coût du standard thérapeutique du cancer du sein	145
Figure 6 : Comparaison des coûts des standards thérapeutiques et le coût réel calculé	146

RESUME EXECUTIF

Au Maroc, la dépense globale de santé a atteint environ 19 milliards de Dirhams en 2001. C'est-à-dire près de 663 Dirhams par habitant (59 US\$ au taux de change courant en 2001 ou 199 US\$ en termes de Parité de Pouvoir d'Achat). Elle représente à peine 5% du PIB. Sur cette dépense, environ 88% est consacré à la consommation médicale. Soit l'équivalent de 585 Dirhams par habitant.

C'est dans ce contexte que s'effectue le financement des activités liées au cancer.

Aussi, l'analyse des flux financiers pour les activités liées au cancer est très difficile à mener dans un contexte de manque d'informations nécessaires et la diversité des sources de données des différents intervenants dans le système de soins.

Face à cette carence observée dans la collecte et l'organisation des données d'activité et des dépenses de santé liées au cancer, une étude est menée par l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC) sur les coûts des principaux cancers au Maroc. Cette étude entre dans le cadre de l'analyse de la situation, étape nécessaire pour le développement du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC). L'étude fait partie des activités programmées pour atteindre l'objectif n° 1 du projet du PNPCC.

OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Les objectifs de cette étude consistent à faire :

- une description du niveau socioéconomique de la population ;
- une description des dépenses des ménages en matière de santé ;
- une description des ressources budgétaires de l'Etat allouées au cancer ;
- une analyse du coût des principaux cancers ;
- une estimation de l'impact du cancer sur la population.

Vu la contrainte de temps, notre attention fut focalisée, en concertation avec les membres de l'ALSC, à l'estimation du coût des principaux types de cancer (cancer du sein, cancer du col, cancer du poumon et cancer colorectal) au niveau de l'Institut National d'Oncologie (INO). A ce niveau, cette étude se rapproche, de par sa méthodologie de l'étude sur l'estimation des coûts réalisée dans le cadre de la réforme hospitalière (PFGSS).

PRINCIPAUX RESULTATS ET CONCLUSION

Niveau socioéconomique de la population et dépenses des ménages en matière de santé :

En 2000/ 2001, le ménage marocain a dépensé en moyenne 8 280 DH par an et par tête, soit près de 690 DH par mois et par tête. Près de 68,2 % de la population marocaine vivent, cependant, avec une dépense annuelle moyenne par tête inférieure à la moyenne nationale (53,0% en milieu urbain et 87,3% en milieu rural). Comparée aux données de l'enquête sur les niveaux de vie des ménages 1998/99, la DAMP s'est annuellement accrue de près de 2,9% en dirhams courants.

La DAMP passe, au niveau national, de 2 179 DH pour les 10% les moins aisés à 26 615 DH pour les 10% les plus aisés, soit un écart dans un rapport de 1 à 12,2 fois.

En somme, si la moitié de la population rurale la plus défavorisée a pu, dans l'espace de près de trois ans, améliorer relativement son niveau de vie moyen par rapport à son homologue urbain, l'autre moitié la plus favorisée a, par contre, connu un recul de son niveau de vie moyen.

La DAMP consacrée à l'hygiène et aux soins médicaux a été évaluée, en 2001, à 424,4 DH. Par milieu de résidence, elle a atteint 581,8 DH en milieu urbain, soit environ le triple de la dépense enregistrée en milieu rural (225 DH). Par rapport à 1971, la dépense annuelle moyenne affectée à ce poste s'est accrue annuellement en moyenne de 10% à l'échelle nationale. La hausse la plus importante a été enregistrée entre 1984/85 et 1990/91 avec un taux d'accroissement annuel moyen d'environ 19%. Cette évolution a repris en 1998/99-2000/01 (8,1%) après avoir diminué durant les années 90 (3,5%).

L'examen détaillé des dépenses en soins médicaux montre qu'au niveau national, ce sont les achats de médicaments qui coûtent le plus aux ménages. En effet, à eux seuls, les médicaments accaparent plus de la moitié du budget des individus destiné aux soins médicaux, suivi du poste « Honoraires des médecins (y compris le personnel paramédical) ».

Il faut signaler que ces dépenses de santé des ménages ne représentent pas leurs paiements directs dans la mesure où il y a des membres des ménages qui sont couverts par un système de sécurité sociale et qui bénéficient des remboursements effectués par les compagnies d'assurance (CNOPS, Régimes internes, Compagnies d'assurance privée, ...). L'estimation du montant remboursé à déduire du total des dépenses de santé des ménages dépend du régime d'affiliation ainsi que de la nature des prestations (honoraires de médecin, les achats des médicaments, les examens radiologiques, etc.).

En 2000/01, sur les 2 539 DH consacrés par le ménage marocain aux dépenses de santé, 2 170 sont payés directement de sa bourse, soit l'équivalent de 351 DH par personne et 85,5% de ses dépenses totales en santé. Le montant des dépenses remboursées, que le ménage soit couvert ou non par un régime de couverture médicale représente ainsi seulement 14,5% des dépenses totales des ménages en santé.

Par ailleurs, près de 2,0% (1,88%) des ménages marocains consacraient, en 2000/01, plus de 40,0% de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé. Cette part diffère selon le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages. En milieu rural, cette part s'élève à 2,16% contre uniquement 1,70% dans les zones urbaines.

Les ressources budgétaires de l'Etat allouées au cancer :

Les actions menées par le Ministère de la Santé en matière de lutte contre le cancer ont subi une grande évolution au cours des dernières années. Cependant, la tâche qui consiste à quantifier les subventions allouées au cancer n'est pas aisée. L'information globale est très dispersée et ne permet pas de connaître la répartition de l'utilisation pour ce budget, ni de connaître l'effectif du personnel affecté au programme de lutte contre le cancer.

Par ailleurs, l'information disponible au niveau de la masse budgétaire ne permet pas d'isoler les activités liées au programme de lutte contre le cancer. Elle est noyée, au même titre que les programmes de lutte contre le rhumatisme cardiaque, l'hyper tension artérielle, le diabète, la santé bucco-dentaire, la santé mentale, ... dans la rubrique « Programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ».

Analyse du coût des principaux cancers :

Les résultats de l'étude ont mis en relief l'important volume de dépenses mobilisées pour prendre en charge les pathologies les plus fréquentes au niveau de l'INO. Le coût moyen des quatre cancers les plus fréquents est résumé dans le tableau suivant :

Pathologie	Contribution des patients	Contribution de l'hôpital	Total
Cancer du sein	30 327,14DH	20 302,07DH	50 629,21DH
Cancer du col de l'utérus	13 182,59DH	14 275,85DH	27 458,44DH
Cancer du Côlon	12 150,91DH	15 153,37DH	27 304,28DH
Cancer du Poumon	23 612,50DH	7 366,52DH	30 979,02DH

Cet ordre de grandeur des coûts de la prise en charge incite les gestionnaires du système de santé à accorder plus d'intérêts à la composante de contrôle de gestion.

En effet, la mise en place des outils d'évaluation économique conduira à une augmentation continue de l'efficacité dans la production des prestations sanitaires.

Cependant, l'évaluation économique, à elle seule, ne sera pas en mesure de mener à un résultat de santé positif puisqu'il existe d'autres facteurs qui interviennent dans la détermination de cet élément. Le prescripteur reste le décideur final qui engage les dépenses en médicament, qui s'accaparent la grande part du coût de la prise en charge, comme démontré tout au long de l'étude.

Il devient ainsi indispensable de réunir les cliniciens pour élaborer des standards thérapeutiques les plus efficaces, et qui vont avec les orientations de la stratégie nationale de lutte contre les cancers. En effet, le traitement d'un cas peut passer du simple à un facteur de 10 voire plus, et entre les deux extrémités il y a sûrement un juste milieu allant avec les spécificités socioéconomique de notre contexte.

Il est évident que les coûts mettent au clair tous les comportements de gestion à éviter (production basse, gaspillage, inefficience, etc.), qui peuvent être considérés comme un indicateur important de contrôle de gestion des établissements de santé.

Pour enrichir la discussion autour des résultats obtenus il est intéressant d'esquisser une évaluation économique des standards thérapeutiques de la prise en charge des pathologies choisies.

Estimation de l'impact du cancer sur la population :

L'analyse de l'impact de la charge liée aux soins du cancer sur la population qui en ont bénéficié, a montré que 28% des cas touchés par l'enquête dépensent en moyenne 16 471,60DH, et qui ont un revenu moins de 1 500 DH. Par ailleurs, 43% des cas dépensent 25 404,55DH et ont un revenu entre 1 500 DH et 2 500 DH. Ces résultats de la contribution des ménages ont montrée la lourdeur du fardeau économique assumé par les ménages. L'appauvrissement est un résultat évident au regard de la relation entre les dépenses moyennes effectuées et la tranche de revenu dans laquelle se situent ces patients.

RECOMMANDATIONS

Le contexte de réalisation de l'étude a conduit à soulever un certain nombre de point à améliorer pour rendre facile toute future étude sur les coûts ou sur le volet épidémiologique.

Les éléments suivants constituent quelques recommandations à soumettre aux gestionnaires du système de santé.

- Les dépenses de la prise en charge des pathologies du cancer sont d'autant importantes qu'une marge considérable d'amélioration de l'efficacité des établissements publics d'oncologie existe. Il est indispensable de mettre en place, dans tous les établissements d'oncologie, un système de calcul des coûts systématique, et ce, pour permettre le suivi des coûts et évaluer de façon systématique, dans le temps, l'évolution du degré d'efficacité des différentes activités de soins.
- La fragilité du système d'information entrave la mise en place de toute étude (économique ou épidémiologique), d'où la nécessité d'investir pour informatiser les registres en papier.
- Le dossier médical est un support d'information fondamental d'où l'importance de revoir la conception de sa structure pour intégrer les éventuels besoins en information (résumé clinique, séjour passé par service, qui a fourni le médicament, etc.). En effet, dans la situation

actuelle, un patient admis à l'hôpital a un seul numéro de dossier avec lequel il est identifié au niveau des services, et plusieurs numéros d'entrées qui ne sont mentionnés nul part dans le dossier du patient ; ce qui rend difficile la détermination des données administratives d'un patient.

- Elaborer des standards thérapeutiques pour l'ensemble des cas et les valoriser économiquement.

Il est important de signaler que les données sur les coûts du cancer concernent un hôpital universitaire où certaines dépenses, comme celles relatives à la masse salariale et certains équipements lourds, peuvent être élevées si l'on considère ces mêmes coûts au niveau des centres régionaux d'oncologie (Agadir, Oujda, ...).

Il faudra donc élargir cette étude à ces centres afin d'avoir une idée plus précise sur le coût de cette pathologie dans le secteur public.

Par ailleurs, le secteur privé est intéressant à étudier dans la mesure où la population solvable y compris celle couverte par un régime d'assurance maladie recourt à ce secteur.

Etude des coûts du cancer et recueil des données économiques

1. INTRODUCTION

Au Maroc, la dépense globale de santé a atteint environ 19 milliards de Dirhams en 2001 ; c'est-à-dire près de 663 Dirhams par habitant (59 US\$ au taux de change courant en 2001 ou 199 US\$ en termes de Parité de Pouvoir d'Achat). Elle représente à peine 5% du PIB. Sur cette dépense, environ 88% est consacré à la consommation médicale, soit l'équivalent de 585 Dirhams par habitant.

Comparée à des pays au développement économique similaire, la dépense globale de santé est faible. A titre d'exemple, le niveau des dépenses globales de santé s'élève à 6,4% du PIB en Iran, 6,5% en Tunisie, 9,5% en Jordanie et 12,2% au Liban. De même, cette dépense est faible si l'on considère, d'une part, la cherté du coût des soins et des biens médicaux par rapport au pouvoir d'achat, et d'autre part, la faiblesse du recours à l'assurance maladie, celle-ci ne touche que 16% de la population.

Cette dépense est principalement financée par les ménages (51,8%), par l'Etat (28%) et par les organismes de couverture médicale (16,2%). La contribution des bailleurs externes reste encore très faible et ne dépasse pas les 1% de la dépense globale de santé.

C'est dans ce contexte que s'effectue le financement des activités liées au cancer.

En effet, l'ensemble des soins prodigués à des personnes ayant, ou ayant eu, un cancer est très important, du fait de l'ampleur de l'incidence de la maladie, de la lourdeur des traitements – chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie – et de leur durée dans le temps. Se pose alors de façon récurrente la question de savoir combien cela coûte exactement.

En effet, ces dernières années, le Maroc a déployé des efforts considérables pour lutter contre les cancers, que ce soit au niveau des dépistages ou au niveau de la prise en charge dans les établissements de soins. La prise en charge des pathologies cancéreuses présente un fardeau lourd tant pour le budget du ministère de la santé que pour les ménages et les associations des donateurs. Par ailleurs, la mise en place d'un mécanisme de prévisions budgétaires efficace est un dilemme difficile auquel font face les gestionnaires du système de santé marocain. Un tel mécanisme implique une rationalisation des ressources du système, et ce, pour augmenter l'accessibilité aux soins pour une large partie de la population. L'intervention de plusieurs acteurs

dans l'activité de soins des cancers complique la maîtrise de tous les éléments pouvant constituer une plateforme informationnelle pour une meilleure gestion et optimisation des ressources du système.

Ainsi, l'analyse des flux financiers pour les activités liées au cancer est très difficile à mener dans un contexte de manque d'information et de diversité des sources de données des différents intervenants dans le système de soins.

En effet, des évidences économiques sur le processus de prise en charge seraient de grand apport pour mieux gérer les problèmes de gestion liés aux pathologies cancéreuses. Le fait de commencer à répondre à la question simple « ça nous coûte combien ce que nous produisons comme soins » constitue un élément fondamental et un pas en avant vers une gestion rationalisée.

La maîtrise et l'analyse des coûts par activité et par pathologie trouveront leur espace d'utilisation à plusieurs niveaux de prise de décision. Pour l'établissement de soins, l'analyse des coûts va jouer un rôle prépondérant pour mener un contrôle de gestion basé sur des données probantes en ayant comme objectif l'optimisation de l'utilisation des ressources et l'augmentation de l'accessibilité, tout en augmentant la qualité des prestations prodiguées. Pour se faire, une évaluation normative peut être établie en prenant comme socle le suivi des coûts de production d'une année à l'autre, et ce, pour agir sur les aspects organisationnels en vue de produire une prestation sanitaire avec un coût minimisé.

La maîtrise des coûts assumés par les patients pour compléter les exigences de la prise en charge, en matière de médicaments et autres, serait d'un apport considérable pour sensibiliser les pourvoyeurs de fonds pour les soins sur le volume réel de dépenses à prévoir. Une telle prévision de dépenses serait axée sur l'allègement du fardeau économique assumé par les ménages, qui va jusqu'à l'appauvrissement des individus touchés par ce type de problèmes de santé. L'information sur les coûts totaux par pathologie est une étape cruciale vers un rapprochement du mode de financement à la morbidité. Ainsi, les budgets futurs pour un plan de prise en charge répondant aux besoins définis de la population peuvent être simplement établis en multipliant le nombre des cas prévus par le coût par cas.

Face à cette carence observée dans la collecte et l'organisation des données d'activité et des dépenses de santé liées au cancer, une étude est menée par l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC) sur les coûts des principaux cancers au Maroc. Cette étude entre dans le cadre de l'analyse de la situation, étape nécessaire pour le développement du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC). L'étude fait partie des activités programmées pour atteindre l'objectif n° 1 du projet du PNPCC.

L'objectif de cette étude consiste à faire :

- une description du niveau socioéconomique de la population ;
- une description des dépenses des ménages en matière de santé ;
- une description des ressources budgétaires de l'Etat allouées au cancer ;

- une analyse du coût des principaux cancers ;
- une estimation de l'impact du cancer sur la population.

Comme pour toute étude de coûts, il convient d'en préciser le périmètre et la perspective adoptée.

Cette étude estime le coût des soins thérapeutiques prodigués par la médecine conventionnelle à la charge aussi bien du producteur de soins, du patient, de l'Assurance Maladie, ...

Vu la contrainte de temps, notre attention fut focalisée, en concertation avec les membres de l'ALSC, sur l'estimation des principaux types de cancer (cancer du sein, cancer du col, cancer du poumon, cancer colorectal et l'hématologie) au niveau de deux structures : une structure du secteur public et une structure du secteur privé.

Pour le secteur public, il a été décidé de réaliser cette étude au niveau de l'Institut National d'Oncologie (INO). A ce niveau, cette étude se rapproche, de par sa méthodologie de l'étude sur l'estimation des coûts réalisée dans le cadre de la réforme hospitalière (PFGSS).

Il est à noter que l'hématologie n'est pas prise en charge au niveau de l'INO.

Pour le secteur privé, le coût des cancers devait être approché par la tarification réelle des différents actes thérapeutiques prodigués au patient. Seulement, le temps imparti à cette étude a à peine suffi aux investigations au niveau du secteur public.

Ce papier sera articulé autour de quatre sections. La première décrira le niveau socioéconomique de la population. La seconde section abordera les dépenses des ménages en matière de santé. La troisième section sera consacrée aux ressources budgétaires de l'Etat allouées au cancer avant d'analyser le coût des principaux cancers au niveau de l'INO (section 4). A partir de cette analyse, on estimera, dans une cinquième section, l'impact du cancer sur la population.

2. LE NIVEAU SOCIOECONOMIQUE DE LA POPULATION

En 2000/ 2001, le ménage marocain a dépensé en moyenne 8 280 DH par an et par tête, soit près de 690 DH par mois et par tête. Près de 68,2 % de la population marocaine vivent, cependant, avec une dépense annuelle moyenne par tête inférieure à la moyenne nationale (53,0% en milieu urbain et 87,3% en milieu rural).

Comparée aux données de l'enquête sur les niveaux de vie de 1998/99, la DAMP s'est annuellement accrue de près de 2,9% en dirhams courants. L'analyse comparative du niveau de vie reste, cependant, influencée par les variations des prix. La hausse la plus importante a été enregistrée durant les années 70 et 80 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 10,5% et 11%.

Si l'on prend en considération l'évolution de l'indice du coût de la vie, le niveau de vie moyen a enregistré une croissance, en termes réels, de 1,0% par an, entre 1998 et 2001. Cette évolution suit la tendance dessinée entre 1985 et 1998, avec une augmentation annuelle de 1,1% par an en dirhams constants.

Si l'on s'intéresse à l'évolution de l'écart entre la ville et la campagne à travers l'estimation de la dépense annuelle moyenne par tête sur plusieurs périodes, la situation peut être résumée dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Dépense annuelle moyenne par personne et par milieu (en dirhams courants)

Années	Urbain		Rural		Ensemble	
	DAMP	Evolution (en %)*	DAMP	Evolution (en %)*	DAMP	Evolution (en %)*
1959/60	613	--	392	--	450	--
1970/71	1 378	7,6	662	4,9	900	6,5
1984/85	4 915	9,5	2 637	10,4	3 623	10,5
1990/91	9 224	11,1	4 623	9,8	6 780	11,0
1998/99	10 152	1,2	5 085	1,2	7 823	1,8
2000/01	10 642	2,4	5 288	2,0	8 280	2,9

* Il s'agit de l'évolution annuelle moyenne de la période par rapport à la période précédente.

Au cours de la période 1959/71, l'écart de la dépense annuelle moyenne par tête entre les milieux urbain et rural est passé de 1,6 à 2,1 fois ; puis il s'est resserré en 1985 pour avoisiner 1,9 fois. Depuis 1990/91, il semble que cet écart est resté stable, puisqu'il s'est fixé à 2 fois.

Le tableau 2 ci-après fournit la répartition des DAMP selon les classes de déciles¹ et le milieu de résidence. La formation des classes de déciles est faite dans chacun des deux milieux de résidence séparément et au niveau national. Il ressort de ce tableau que la DAMP passe, au niveau national, de 2 179 DH pour les 10% les moins aisés² à 26 615 DH pour les 10% les plus aisés³, soit un écart dans un rapport de 1 à 12,2 fois⁴.

1 Le premier décile regroupe les 10% les plus pauvres en terme de dépense par personne, le second décile regroupe les 10% suivants, etc., jusqu'au décile 10 qui regroupe les 10% les plus aisés de la population.
2 DAMP inférieure à 2 783 DH.
3 DAMP égale ou supérieur à 15 548 DH.
4 Il importe de signaler que la première classe de déciles regroupe essentiellement des ruraux (81,7%), alors que la dixième renferme surtout des citadins (91,1%). L'écart du niveau de vie moyen pour ces deux catégories socio-économiques est plus élevé dans la ville (11,3 fois) que dans la campagne (7,5 fois). Les disparités dans les dépenses de consommation des différentes catégories socio-économiques sont donc moins accentuées en zones rurales en comparaison avec les zones urbaines.

Tableau 2 : moyenne par personne (en DH courants) selon les classes de déciles et le milieu de résidence

Classes de déciles de la DAMP	Ensemble	Urbain (1)	Rural (2)	2000/01 Rapport (1)/(2)	1998/99
1	2 179	2 927	1 815	1,61	1,75
2	3 169	4 194	2 603	1,61	1,71
3	3 894	5 196	3 092	1,68	1,74
4	4 615	6 186	3 574	1,73	1,75
5	5 486	7 278	4 069	1,79	1,78
6	6 483	8 558	4 612	1,85	1,81
7	7 792	10 131	5 347	1,89	1,85
8	9 616	12 554	6 300	1,99	1,92
9	12 966	16 420	7 791	2,10	2,02
10	26 615	32 973	13 687	2,40	2,42

Analysé selon les classes de déciles de la dépense annuelle par tête, le rapport des dépenses moyennes réalisées dans les deux milieux de résidence, quoique se situant au voisinage de 2 fois au niveau de l'ensemble de la population, oscille dans un intervalle variant de 1,61 à 2,40 fois en passant du premier au dernier décile. Ce qui dénote que les inégalités entre les deux milieux de résidence, assez faibles pour les niveaux de vie les plus modestes, ne commencent à prendre de l'ampleur que chez les populations les plus aisées puisque c'est seulement à partir du neuvième décile que ce rapport dépasse la moyenne nationale.

Comparées aux données de 1998, les inégalités entre les deux milieux ont connu un fléchissement pour les 40% de la population les plus défavorisés. En revanche, à partir de la cinquième classe de déciles, ces inégalités s'accroissent davantage au fur et à mesure que le niveau de vie s'améliore jusqu'à la neuvième classe de déciles. Un léger recul de cet écart est observé pour la dixième classe de déciles.

En somme, si la moitié de la population rurale la plus défavorisée a pu, dans l'espace de près de trois ans, améliorer relativement son niveau de vie moyen par rapport à son homologue urbain, l'autre moitié la plus favorisée a, par contre, connu un recul de son niveau de vie moyen.

3. LES DEPENSES DES MENAGES EN MATIERE DE SANTE

En 2001, la dépense annuelle moyenne par personne consacrée à l'hygiène et aux soins médicaux a été évaluée à 424,4 DH. Par milieu de résidence, elle a atteint 581,8 DH en milieu urbain, soit environ le triple de la dépense enregistrée en milieu rural (225 DH). Par rapport à 1971, la dépense annuelle moyenne affectée à ce poste s'est accrue annuellement en moyenne de

10% à l'échelle nationale. La hausse la plus importante a été enregistrée entre 1984/85 et 1990/91 avec un taux d'accroissement annuel moyen d'environ 19%. Cette évolution a repris en 1998/99-2000/01 (8,1%) après avoir diminué durant les années 90 (3,5%).

Tableau 3 : Dépense annuelle moyenne par personne en soins médicaux (en DH courants) selon le milieu de résidence

Soins médicaux	Dépense annuelle moyenne par personne en soins médicaux		
	Urbain	Rural	Ensemble
1970/71	46,9	12,6	24,3
1984/85	144,4	58,8	95,9
1990/91	438,3	134,5	276,9
1998/99	511,0	189,5	363,4
2000/01	581,8	225,0	424,4

Source : Direction de la Statistique, « Consommation et dépenses des ménages 1970-71 ».
 Direction de la Statistique, « Consommation et dépenses des ménages 1984-95 ».
 Direction de la Statistique, « Niveau de vie des ménages 1990-91 ».

L'examen de la dépense annuelle moyenne d'hygiène et soins médicaux selon les classes de la DAMP montre d'importantes disparités. En effet, en 2001, les 20% les moins aisés, dépensent 122,8 DH par an et par tête pour l'hygiène et les soins médicaux. Ce montant atteint 1 672,6 DH pour les 20% les plus aisés ; ce qui représente 13,6 fois les dépenses effectuées par les 20% les moins aisés. Cette différence réside dans le fait que ces derniers recourent généralement plus au secteur public dont les services fournis sont en majorité gratuits ou moins coûteux, alors que les couches les plus aisées préféreraient recourir au secteur privé.

D'un autre côté, la dépense annuelle moyenne selon le niveau scolaire du chef de ménage montre l'impact positif de l'instruction sur l'accès aux prestations de santé. En effet, cette dépense augmente au fur et à mesure de l'amélioration du niveau scolaire du chef de ménage. Ainsi, les ménages dirigés par des personnes ayant un niveau d'enseignement supérieur dépensent annuellement par tête en soins médicaux plus de quatre fois le montant dépensé par les ménages dirigés par des chefs sans niveau d'instruction (respectivement 2 060,9 DH et 480,6 DH).

L'examen détaillé des dépenses en soins médicaux montre qu'au niveau national, ce sont les achats de médicaments qui coûtent le plus aux ménages. En effet, à eux seuls, les médicaments s'accaparent plus de la moitié du budget des individus destiné aux soins médicaux, suivi du poste « Honoraires des médecins (y compris le personnel paramédical) ».

La consommation des produits pharmaceutiques représente un niveau élevé dont on ne saurait dire s'il est ou non, en partie imputable à une surconsommation. Il reflète plusieurs phénomènes : la pratique médicale des prescripteurs (médecins, auxiliaires, etc.), mais aussi, sans doute, une certaine « compensation » à un ralentissement de la fréquentation des établissements de soins due, elle-même, à plusieurs facteurs (prix, files d'attente, jugements défavorables sur la qualité des soins, etc.). Dans une étude faite sur 271 médicaments fabriqués et importés (soit 10% des spécialités existantes), 251 présentations ont un prix public inférieur en moyenne de 55% par rapport au Prix Public France⁵ correspondant aux spécialités fabriquées localement et 66 présentations ont un prix public supérieur en moyenne de 16% par rapport au Prix Public France correspondant aux spécialités importées.

En second lieu, les diverses accélérations enregistrées tant des volumes que des prix à partir de 1984 sont certainement imputables à un effet d'offre résultant d'un développement important de la production marocaine de produits pharmaceutiques. Il serait intéressant de pouvoir déterminer si ce développement a correspondu à un rattrapage, permettant d'approvisionner un marché qui manquait de médicaments, tout au moins pour certains traitements ; dans ce cas, les fortes augmentations constatées s'expliqueraient partiellement par un phénomène de « récupération » par rapport aux périodes antérieures et ne seraient donc pas durables à long terme.

L'importance relative, en valeurs, du médicament dans la consommation médicale des ménages s'explique, en partie, par la prépondérance des spécialités importées. En 1998, la production locale répond à 80% de la demande locale. Le prix des produits fabriqués localement a connu une hausse de 7,1% entre 1989 et 1995, alors que la hausse des prix pour l'ensemble des médicaments pendant la même période était de 16,6% ; la différence peut s'expliquer par le coût élevé des médicaments importés.

Une autre explication peut être avancée : il s'agit de la variation de structure de la consommation. L'étude des prix des médicaments fabriqués localement montre que sur dix ans, les hausses ont été inférieures à la moitié du taux d'inflation. Par contre, les médicaments importés ont vu leur prix doubler. La conséquence est l'érosion de la marge des fabricants avec comme corollaire la disparition des produits anciens devenus sans rentabilité. En effet, certains médicaments anciens à bas prix, faisant parfois même partie de la liste des médicaments essentiels, ne sont pas disponibles pour des raisons économiques ; il s'agit de médicaments qui ne présentent pas de rentabilité financière suffisante pour le laboratoire.

5 On a considéré le Prix Public France car il se situe à un niveau bas par rapport au marché mondial.

Tableau 4 : Évolution de la structure de la consommation de soins et biens médicaux par personne.

Périodes Types de soins médicaux	1970-71			1984-85			1990-91			1998-99			2000-01		
	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
- Hospitalisations, accouchements				4,84	3,54	4,39	3,43	5,09	3,87	41,8	12,2	28,7	43,7	14,5	30,8
- Honoraires des médecins (dont le personnel paramédical)	12,2	2,4	5,7	22,10	21,66	21,95	11,93	17,76	13,47	67,2	28,7	50,5	87,0	36,5	64,7
- Analyse et radiologie	5,5	1,5	2,9	6,34	3,71	5,42	8,50	4,77	7,24	58,4	16,9	40,0	82,0	25,6	57,1
- Médicaments	26,7	7,4	14,0	59,97	94,33	61,48	49,28	61,07	52,49	296,1	112,6	215,7	306,6	135,7	231,2
- Appareils médicaux	1,7	0,2	0,7	1,45	0,34	1,06	1,84	0,56	1,51	--	--	--	13,9	2,1	8,7
- Soins dentaires				4,42	3,55	4,12	3,76	2,76	3,51	43,4	6,8	27,0	38,6	6,9	24,6
- Médecine traditionnelle	0,8	1,1	1,0	0,88	2,87	1,58	2,97	3,67	3,16	2,4	0,4	1,5	10,1	3,6	7,2
- Vaccination des enfants							0,38	0,05	0,30						
- Affiliation à la prévoyance sociale							15,35	3,71	12,39						
- Assurance maladie privée							0,48	0,09	0,38						
- Assurance complémentaire							0,94	0,07	0,72						
- Frais de déplacement de longue durée pour cure ou congé médical				--	--	--	1,14	0,40	0,95						
Consommation médicale	46,9	12,6	24,3	144,40	58,81	95,85	438,32	134,48	276,06	511,0	189,5	363,4	581,8	225,0	424,4

Source : Direction de la Statistique, « Consommation et dépenses des ménages 1970-71 ».
Direction de la Statistique, « Consommation et dépenses des ménages 1984-95 ».
Direction de la Statistique, « Niveau de vie des ménages 1990-91 ».

Enfin, la couverture de la population par l'assurance maladie n'est pas généralisée ; seulement 15% de la population bénéficient d'une couverture sociale. Ceci explique l'existence d'un pourcentage important de la consommation pharmaceutique (28%) qui est effectuée sans prescription médicale⁶. Cet achat direct des médicaments au niveau des pharmacies permet effectivement aux couches de la population les plus pauvres de faire l'économie de la consultation médicale. Les résultats de cette démarche ne sont pas toujours bénéfiques ni pour la santé à cause du risque de l'utilisation irrationnelle des médicaments, ni pour leur situation financière car l'utilisation inadéquate de ces médicaments peut aggraver la maladie initialement existante ou générer des complications ou d'autres pathologies.

Il faut signaler que ces dépenses de santé des ménages ne représentent pas leurs paiements directs dans la mesure où il y a des membres des ménages qui sont couverts par un système de sécurité sociale et qui bénéficient des remboursements effectués par les compagnies d'assurance (CNOPS, Régimes internes, Compagnies d'assurance privée, ...). L'estimation du montant remboursé à déduire du total des dépenses de santé des ménages dépend du régime d'affiliation ainsi que de la nature des prestations (honoraires de médecin, achats des médicaments, examens radiologiques, etc.).

En 2000/01, sur les 2 539 DH consacrés par le ménage marocain aux dépenses de santé, 2 170 sont payés directement de sa bourse, soit l'équivalent de 351 DH par personne et 85,5% de ses dépenses totales en santé. Le montant des dépenses remboursées, que le ménage soit couvert ou non par un régime de couverture médicale, représente ainsi seulement 14,5% des dépenses totales des ménages en santé.

Par ailleurs, 1,9% des ménages marocains consacraient, en 2000/01, plus de 40,0% de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé. Cette part diffère selon le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages. En milieu rural, cette part s'élève à 2,16% contre uniquement 1,70% dans les zones urbaines.

4. LES RESSOURCES BUDGETAIRES DE L'ETAT ALLOUEES AU CANCER

Les actions menées par le Ministère de la Santé en matière de lutte contre le cancer ont subi une grande évolution au cours des dernières années.

Cependant, la tâche qui consiste à quantifier les subventions allouées au cancer n'est pas aisée. L'information globale est très dispersée et ne permet pas aussi de connaître l'utilisation de ce budget (Equipement, transport, communication, ...), ni de connaître l'effectif du personnel affecté au programme de lutte contre le cancer.

⁶ D'après une enquête effectuée en 1988 auprès de plusieurs pharmacies sur les conditions de l'accès aux soins, Ghoti M. a estimé que le débit de ces dernières est réalisé dans 64% des cas sans ordonnance ; ce qui correspond à 26% de leur chiffre d'affaires (conseil pharmaceutique pour des maladies sans gravité).

Par ailleurs, l'information disponible au niveau de la morasse budgétaire ne permet pas d'isoler les activités liées au programme de lutte contre le cancer. Elle est noyée, au même titre que les programmes de lutte contre le rhumatisme cardiaque, l'hyper tension artérielle, le diabète, la santé bucco-dentaire, la santé mentale, ... dans la rubrique « Programmes de lutte contre les maladies non transmissibles »⁷.

4.1. Les ressources budgétaires de l'Etat prévues dans les différents plans d'action

Les plans d'action 2000-2004 et 2004-2007 permettent d'avoir une description détaillée du budget estimatif alloué au programme de lutte contre le cancer. Ainsi, les ressources financières nécessaires à la réalisation des stratégies du plan quinquennal 2000-2004 ont été estimées à 3 930 000 DH. Par contre, le renforcement des programmes de prévention et de prise en charge des malades atteint de cancer devait nécessiter la mobilisation d'un budget de l'ordre de 16 000 000 DH dans le cadre du plan d'action 2004-2007.

Par ailleurs, pour améliorer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients, de grands efforts ont été menés pour le développement et l'équipement des centres d'oncologie.

En effet, en 2002, à côté de l'Institut National d'Oncologie de Rabat, il existait un centre de traitement du cancer doté d'installations de radiothérapie à Casablanca, et deux nouveaux centres furent installés à Fez et à Marrakech. Trois centres privés étaient implantés à Rabat et Casablanca.

Dans le cadre du développement des expertises et des pôles d'excellence, le plan d'action 2004-2007 a retenu les activités suivantes :

- Une stratégie de décentralisation de la prise en charge (chimiothérapie et chirurgie) fut implantée avec la mise en place des centres régionaux d'oncologie (Oujda et Agadir, Tanger et Al Hoceima) ;
- Création d'un centre d'oncologie à Casablanca, d'un centre antidouleur et d'un centre d'oncologie pédiatrique au CH Ibn Sina.

Tableau 5 : Montant estimatif du budget nécessaire au développement des expertises et des pôles d'excellence relatifs au Cancer dans le cadre du plan d'action 2004-2007

(En milliers de DH)

Année	2003	2004	2005	2006	2007	Période 2003-2007
Création du centre antidouleur	0	600	4 900	4 000	0	9 500
Création du centre d'oncologie pédiatrique	0	1 200	11 500	40 000	0	52 700
Création de 5 nouveaux centres d'oncologie	7 565	11 800	32 000	114 500	0	165 865

7 Depuis que le Ministère de la Santé ait décrété les maladies non transmissibles prioritaires et créé une structure de lutte contre ces maladies, pour la première fois, une ligne budgétaire spécifique dans le plan quinquennal de développement sanitaire a été allouée à ces maladies ; ce qui atteste de l'engagement du Ministère de la Santé en faveur de la lutte contre les maladies non transmissibles.

Par ailleurs, le plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012 prévoit l'élaboration d'un programme national de lutte contre le cancer. Pour ce faire, le Ministère de la Santé se mobilise, avec la participation des acteurs concernés et la société civile, particulièrement l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer (ALSC). Les éléments complets de ce programme national seront annoncés au début de l'année 2009.

D'ores et déjà, avec la participation d'ONG (l'ALSC), le Ministère de la Santé s'est engagé dans la restructuration et le renforcement de l'infrastructure de prise en charge des malades atteints de cancer pour rééquilibrer et rentabiliser l'offre globale de soins. Ceci se réalisera par l'intégration de l'offre d'oncologie dans le réseau actuel et futur de prestations de soins et services. Cette infrastructure sera organisée en centre d'oncologie de proximité ; en pôle régional d'oncologie ; et en centres hospitaliers universitaires qui correspondent à des pôles régionaux d'oncologie.

Ainsi, les ressources budgétaires nécessaires à la réalisation des activités du programme national de lutte contre le cancer dans le cadre du plan d'action 2008-2012 ont été estimées à 34 250 000 DH.

Dans le cadre de ce même plan d'action, la programmation budgétaire pour l'investissement des activités liées à la lutte contre le cancer est répartie comme suit :

Tableau 6 : *Programmation budgétaire pour l'investissement des activités liées à la lutte contre le cancer dans le cadre du plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012*

	2009	2010	2011	2012	Total
Achat de médicaments	4 000 000	6 000 000	8 000 000	10 000 000	28 000 000
Autres dépenses	0	0	0	400 000	400 000
Equipements	650 000	1 000 000	1 800 000	1 600 000	5 050 000
Formation	400 000	0	400 000	0	800 000
Total	5 050 000	7 000 000	10 200 000	12 000 000	34 250 000

4.2. Les ressources budgétaires de l'Etat prévues dans les exercices budgétaires

Les actions à mener au cours des exercices budgétaires s'inscrivent dans le cadre de la politique gouvernementale en matière de santé, telle que déclarée par Monsieur le Premier Ministre devant le parlement. Elle s'inscrit, aussi, dans le cadre des orientations des plans d'action du Ministère de la Santé. Les enveloppes budgétaires prévues pour l'exercice en cours doivent permettre la mise en œuvre des actions et priorités de ces plans.

Seulement les contraintes budgétaires de l'Etat ne permettent pas d'allouer les ressources prévues dans les plans d'actions.

A titre d'exemple, le budget d'investissement de l'année 2006 prévoit la mise en fonction effective du centre d'oncologie d'Oujda et la poursuite de la réalisation des centres d'oncologie d'Al Hoceima et de Casablanca ainsi que des centres antidouleur et d'oncologie pédiatrique à Rabat, d'ophtalmologie pédiatrique à Casablanca et des brûlés à Rabat et Agadir. Les crédits de paiement, au titre de l'exercice 2006, sont estimés à 45 284 455 DH contre les 114 500 000 DH prévus dans le plan d'action 2004-2007.

Tableau 7 : Programmation budgétaire des crédits d'investissement alloués aux centre d'oncologie sur la période 2006-2008

Bénéficiaire	Libellé	2006	2007	2008
CH Ibn Rochd	Contribution MS pour construction centre oncologie (Subv)	5 000 000,00	5 000 000,00	3 500 000,00
CH Rabat / C. oncologie	Construction d'un centre national d'hémato oncologie	12 357 480,00		
CH Rabat / C. O pédiatrie	Construction d'un centre d'oncologie pédiatrique	0,00	1 973 661,00	
	Equipement d'un centre d'oncologie pédiatrique			
	Consolidation équipements médico-technique		5 000 000,00	12 000 000,00
Al Hoceima	Consolidation construction centre oncologie	6 254 875,00		
	Construction centre d'oncologie (lot restant)	6 000 000,00	6 838 098,00	
	Contribution MS pour construction (Equipement) centre oncologie*		13 200 000,00	
	Equipements médico-technique			
	Aménagement bâtiment (Raccordement 2ème catégorie aéro souterrain)		212 800,00	
	Aménagement bâtiment (Branchement au réseau d'électricité)			490 000,00
	Aménagement bâtiment (Aménagement extérieur)			2 000 000,00
Agadir / C. oncologie	Signalisation et pose de rideaux	132 100,00		
	Acquisition de sources HDR pour la curiethérapie haut débit			241 000,00
Oujda / C. Oncologie	Fourniture et installation d'un groupe électrogène et stabilisateur	540 000,00		
	Aménagement bâtiment (Installation de 2 pompes)		100 000,00	
Total		30 284 455,00	32 324 559,00	18 231 000,00

* Versée à l'Agence du Nord

L'analyse du budget d'investissement des années 2006, 2007 et 2008 montrent, à travers le tableau n°7, le montant du budget alloué à la création et à l'aménagement de ces centres d'oncologie ainsi que la nature des activités réalisées.

Contrairement aux données relatives au budget d'investissement, l'information concernant la subvention de fonctionnement accordée aux centres d'oncologie d'Oujda, d'Agadir et d'Al Hoceima est incomplète. Il en est de même pour la détermination de la part de l'achat groupé en médicaments et dispositifs médicaux.

Tableau 8 : Subvention de fonctionnement accordée aux centres d'oncologie d'Oujda, d'Agadir et d'Al Hoceima

Subvention	2005		2006		2007	2008	2009	
	Subv.	dont Achat groupé médicaments et dispositifs	Subv.	dont Achat groupé médicaments et dispositifs	Subv.	Subv.	Subv.	dont Achat groupé médicaments et dispositifs
C. O Oujda	2 300 000	1 000 000	nd	nd	747 885	nd	nd	5 100 000
C. O Agadir	0	0	1 700 000	1 200 000	1 750 585	nd	nd	5 300 000
C. O Al Hoceima	0	0	0	0	0	0	nd	1 800 000

4.3. Analyse des dépenses du Ministère de la santé en matière de lutte contre le cancer

Les dépenses du Ministère de la santé en matière de lutte contre le cancer ont été analysées seulement pour le programme de lutte contre le cancer, pour le réseau ambulatoire, et l'INO, pour le réseau hospitalier.

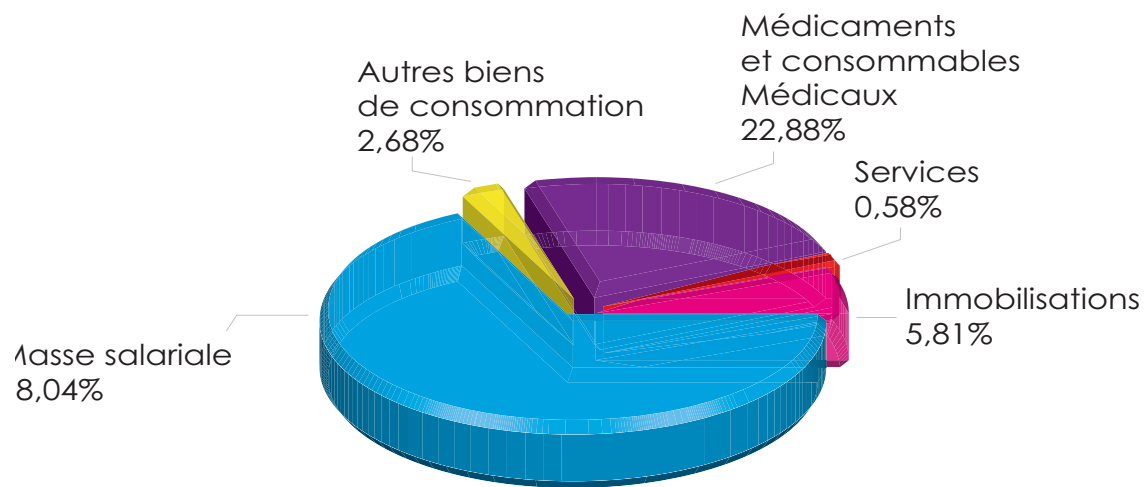
Pour les autres centres d'oncologie, l'information sur les dépenses est difficile à obtenir étant donné que, contrairement à l'INO qui est une structure indépendante des autres hôpitaux du CHU de Rabat, ils font partie d'un hôpital. L'information est de ce fait aussi noyée dans celle de l'hôpital.

Concernant le cadre du programme de lutte contre le cancer, les dépenses des différentes délégations effectuées s'élève, en 2006, à environ 720 000 DH, soit beaucoup moins de 1% des dépenses de tous les programmes du Ministère de la santé.

A ces dépenses, s'ajoutent les rémunérations du personnel dont la répartition entre les divers programmes de santé publique est effectuée proportionnellement aux dépenses récurrentes. En 2006, les dépenses relatives à la masse salariale ont été estimées à 1,5 million de DH.

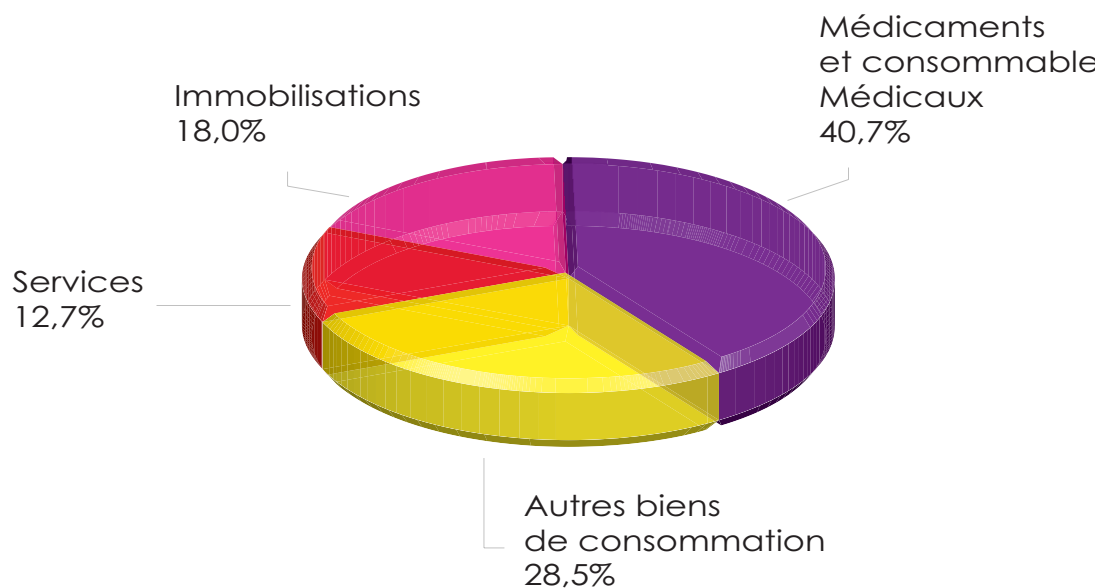
Ainsi, les montants qui seront mentionnés ci-dessous pour le Ministère de la Santé, en 2006, comprennent les dépenses récurrentes, l'investissement et les salaires. Ils s'élèvent à 2,250 millions de DH. Ces dépenses bénéficient en premier à la masse salariale et servent à l'achat des médicaments et des biens médicaux avec respectivement 68% et 23%.

Figure 1 : Répartition des dépenses du Ministère de la Santé dans le cadre des programmes de lutte contre le cancer en 2006



Pour l'INO de Rabat, les dépenses s'élèvent, en 2006, à environ 16 millions de DH, soit à peine 8% des dépenses du CHU de Rabat. Ces dépenses sont réparties de la façon suivante :

Figure 2 : Répartition des dépenses de l'INO hors masse salariale en 2006



5. L'ANALYSE DU COUT DES PRINCIPAUX CANCERS

Il s'agit, dans cette étude, d'approcher les coûts de la prise en charge de quatre types de cancers (le cancer du sein, le cancer du col, le cancer du poumon et le cancer colorectal). L'objectif global de l'étude est d'estimer le coût engendré par la prise en charge des pathologies précitées et d'estimer leur impact sur la population. Les objectifs sont les suivants :

- Calculer les coûts par unité d'œuvre des différents services impliqués dans la prise en charge des pathologies de l'étude.

- Calculer le coût par pathologie connaissant les différentes consommations, en matière de soins, effectuées par les patients durant le séjour hospitalier.
- Connaître le profil socioéconomique d'un échantillon représentatif des patients pour étudier l'impact des coûts de la prise en charge sur la population.

5.1 Aspects méthodologiques de l'étude

5.1.1 Typologie de l'étude

Pour estimer les coûts de la prise en charge d'une pathologie, deux informations sont indispensables : 1) les coûts par unité d'œuvre des différents services consommés par les patients lorsqu'ils sont admis dans l'établissement, 2) les volumes de consommations de chaque patient exprimés en unité d'œuvre.

Ainsi, le coût de la prise en charge est bâti avec une approche de micro-costing selon laquelle le vecteur détaillé des services consommés par les patients est multiplié par le vecteur du coût des activités hospitalières.

Etant donné le caractère particulier du processus thérapeutique des cas de cancer, qui s'étale généralement sur des mois, une exploration des dossiers médicaux en rétrospective est recommandée dans ce cas. Ce choix est en plus motivé par le délai serré de l'étude qui ne permet pas de suivre les patients hospitalisés sur une période en prospective.

Dépendamment de la collaboration des cliniciens et de la facilité de l'accès à l'information clinique et financière deux méthodes peuvent être appliquées :

- Méthodes qui se base sur l'avis des praticiens : Dans cette méthode, le volume des consommations des patients durant le séjour hospitalier est estimé et quantifié par les cliniciens impliqués dans le traitement de ces cancers. L'objet de l'exercice, dans ce cas, consiste à demander aux praticiens de donner une description détaillée sur le processus de la prise en charge avec une quantification des différentes ressources utilisées. Trois cas peuvent être étudiés (cancer simple, localement évolué, et métastatique)
- Méthode exploratoire des dossiers médicaux : Cette méthode est la plus recommandée, car elle permet de toucher tous les cas traités par une méthode d'échantillonnage. Des analyses quantitatives et qualitatives peuvent être faites. Toutefois, cette approche implique un effort supplémentaire pour exploiter les dossiers patients.

Vu la disponibilité des dossiers médicaux pour l'étude, nous avons opté pour le choix de la deuxième méthode, ce qui donnerait un potentiel important à l'utilisation des résultats dans le processus de prise de décision.

Pour calculer les coûts par unité d'œuvre, un montage de comptabilité analytique simplifié a été appliqué. Dans cette partie, l'objectif est de refléter l'ensemble des ressources mobilisées, dans un service donné, pour produire une unité d'œuvre.

Il est à noter que les coûts des médicaments, consommables, bilans biologiques et radiologiques ont été maîtrisés via l'analyse du dossier patient.

Pour évaluer l'impact du fardeau de la prise en charge des cas de cancer sur la population, une enquête sur un nombre réduit de patient peut être faite. Le but de cette enquête a été de comparer les coûts assumés par les patients pour compléter la prise en charge (complément de la prescription lorsque le médicament n'est pas disponible dans la pharmacie de l'hôpital, transport, nourriture, etc.) avec le revenu individuel du patient.

5.1.2 Echantillon de l'étude

Le critère d'inclusion pour la population de l'étude consiste à considérer les dossiers des patients qui ont été traités dès l'ouverture du dossier à l'INO, et qui ont pratiquement fini leur traitement. Le traitement des cancers est caractérisé par l'adoption des protocoles thérapeutiques bien codifiés. Nous pouvons donc nous attendre à avoir des dossiers médicaux bien complétés et contenant toutes les informations nécessaires aux calculs. Un nombre de 60 dossiers par type de pathologie serait raisonnable pour bâtir une moyenne significative des coûts.

Une séance de travail avec la direction de l'hôpital et l'équipe responsable de fournir les informations à caractère clinique a permis de tracer un cheminement pour le processus de collecte des données.

Vu la contrainte de temps imposée par le délai serré de l'étude, l'échantillon de l'étude a été défini pour toucher un total de 240 dossiers de patients.

Une revue des statistiques de l'institut par type de pathologie traitée, au niveau du centre, a permis de déterminer la répartition des dossiers parmi les pathologies traitées. La répartition en question devrait prendre en compte le pourcentage des cas traités sur une année. Ainsi, les cas tirés devront refléter le poids de chaque pathologie, en termes de volume de production, et la complexité des cas selon les stades où se situe chaque patient. Le tableau ci-après donne la répartition du nombre de dossiers par pathologie.

Tableau 9 : Répartition de l'échantillon de l'étude

Pathologie	Nombre
Cancer du sein	100
Cancer du col de l'utérus	70
Cancer du côlon	35
Cancer du poumon	35

Pour éviter de ne toucher que les cas simples qui ne reflètent pas la réalité de ce qu'est la prise en charge des pathologies de l'étude, le tirage au hasard a été combiné avec un contrôle des cliniciens pour s'assurer que tous les stades et particularités de la prise en charge sont touchés par l'échantillon.

Pour la partie concernant la contribution des ménages, il a été décidé de mener une enquête auprès des patients qui sont sur le point de finir un épisode de soins. Dans un but de ne pas biaiser les résultats de cette enquête, la collecte des données a été faite par une personne étrangère à l'Institut. La taille de l'échantillon à étudier dans ce côté de l'étude, est définie minimalement sur 100 patients, ce qui est suffisant pour donner une première estimation des coûts assumés par les patients. La durée allouée à l'enquête auprès des ménages a permis de remplir 127 questionnaires.

5.1.3 Période de l'étude

Pour donner du sens à l'utilisation des résultats pour des décisions informées, la période sur laquelle a été effectuée l'étude doit être la plus récente. Ce choix est fait pour refléter les changements récents que connaît le processus de prise en charge, tant sur le plan des modalités de dispensation des soins que sur le plan de l'architecture de financement de l'activité hospitalière. Pour les raisons précitées, nous avons opté pour le choix des dossiers traités pendant l'année 2007. Les résultats, produits selon ce choix, permettent de montrer l'impact des divers efforts entrepris, ces dernières années, par le gouvernement et les associations de lutte contre le cancer sur la prise en charge.

5.1.4 Perspective de l'étude

Le financement de la prise en charge des cas de cancer se caractérise par une diversité des intervenants. Si, apparemment, les principaux éléments de ressources utilisées dans la prise en charge sont fournis par l'Institut, une partie importante est assumée par les patients et les associations des donateurs.

Bien que le but de l'étude soit de donner un coût total par pathologie, nous allons essayer de scinder le coût total en perspectives de financement. Vu l'état des informations disponibles au niveau de l'Institut, il est possible minimalement de découper les coûts selon les perspectives suivantes :

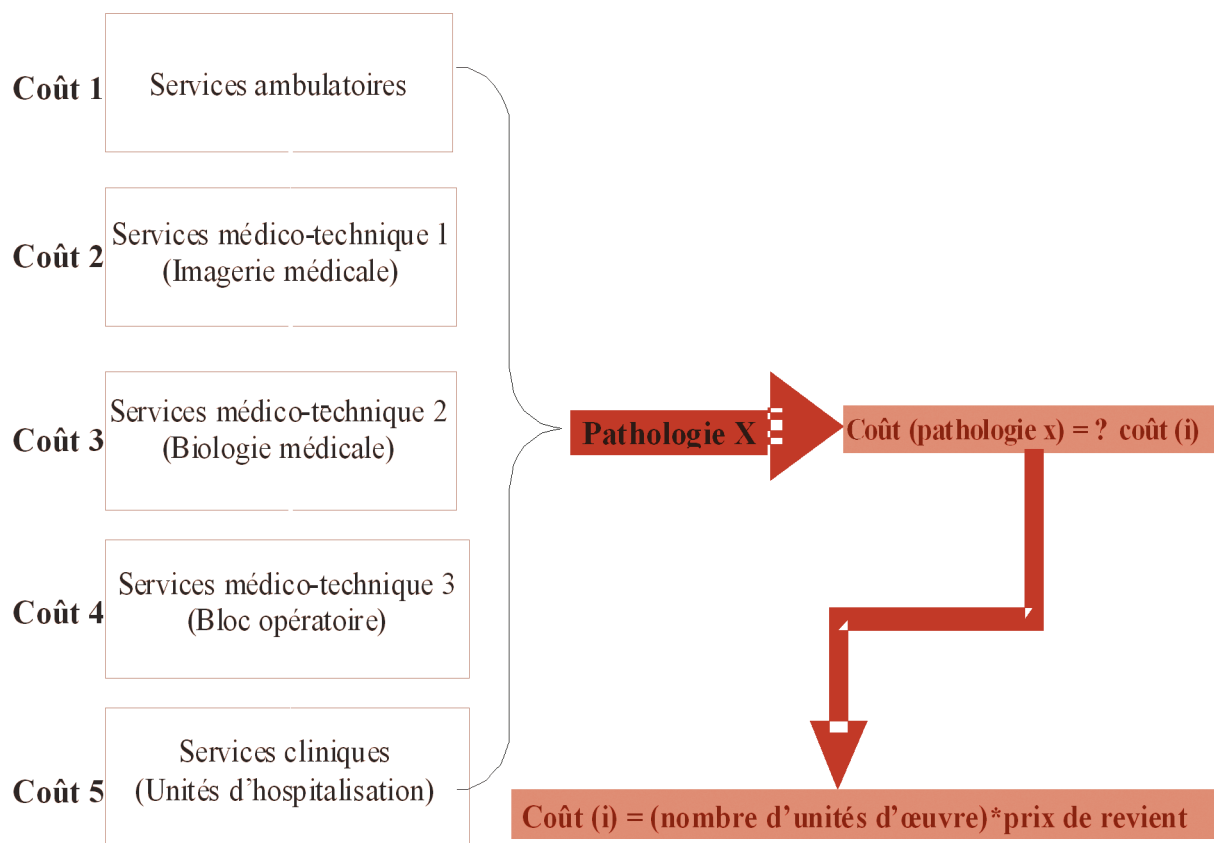
- Le point de vue des patients et autres.
- Le point de vue du public (l'hôpital).

5.1.5 Technique adoptée pour le calcul des coûts par pathologie

Comme mentionné auparavant, techniquement, le calcul des coûts par pathologie repose sur la maîtrise des coûts par unité d'œuvre. Il s'agit de définir une unité de production pour chaque entité prodiguant des soins au sein de l'établissement. Cette unité de production, est l'élément selon lequel la quantification de l'activité des unités de soins a été effectuée. Ainsi, à part le médicament et les bilans de diagnostic, chaque patient a consommé un volume donné en matière de prestations sanitaires sous forme d'unités d'œuvres, qui a été traduit en coût connaissant le coût par unité d'œuvre. Il est à noter que le coût partiel, représentant la consommation en médicaments de chaque patient avec une pathologie donnée, est calculé directement à partir de la consommation individuelle maîtrisée à travers le dossier du patient, et ce, en analysant l'ensemble des prescriptions qui sont faites durant l'épisode de soins.

Le schéma ci-après présente les différents coûts partiels engendrés par le passage du patient parmi l'ensemble des unités de soins. Il indique également, le montage du coût total de la pathologie à travers ces coûts partiels.

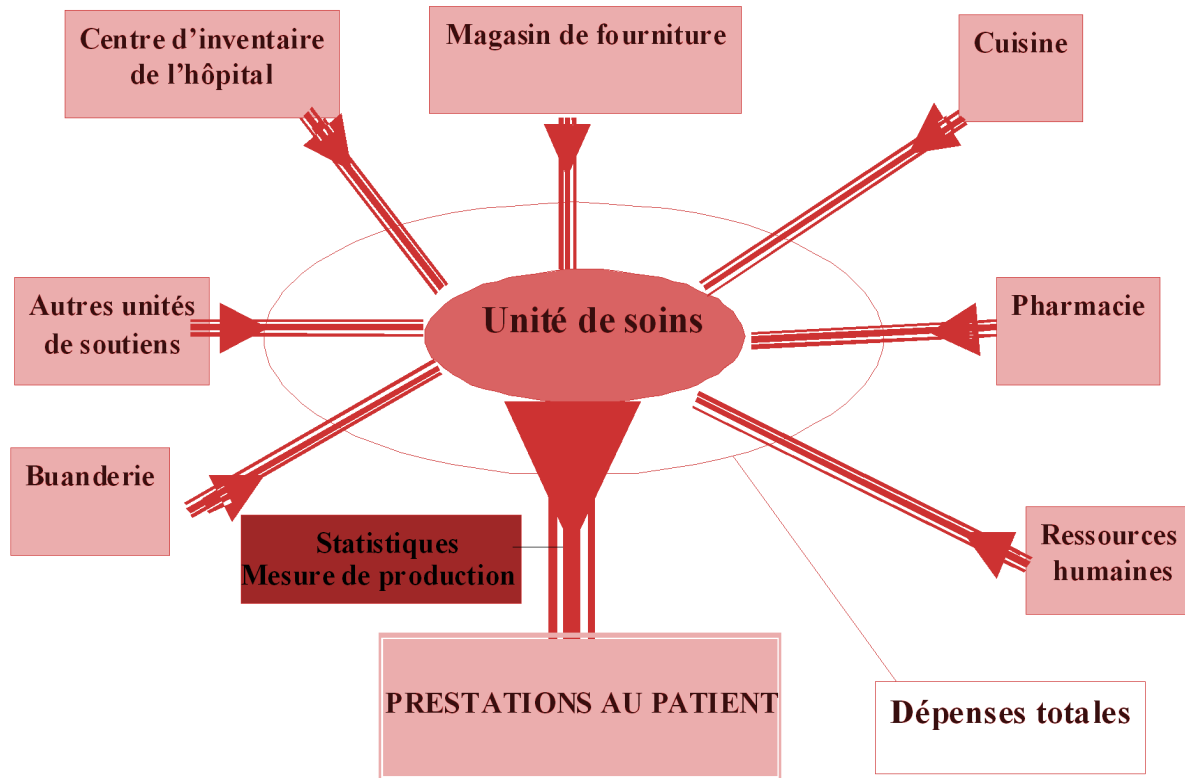
Figure 3 : Circuit du patient et les coûts par pathologie



Dans le cas des pathologies cancéreuses, si l'épisode de soins de la maladie s'étale sur plusieurs hospitalisations, le coût total de la prise en charge serait la somme des coûts de ces hospitalisations. Les prix de revient d'une unité de soins, montrés dans le schéma ci-dessus, sont calculés en procédant à une maîtrise analytique du total des dépenses injectées dans une unité de soins, d'une part, et la maîtrise de la production de cette unité, en matière de prestations sanitaires, d'autre part.

Le schéma ci-dessous illustre l'ensemble des éléments qui entrent en considération pour constituer le coût total d'une unité de soins étudiée. Ces informations sur les dépenses et la production sont traitées par la suite dans le cadre d'un modèle intégré de comptabilité analytique.

Figure 4 : Circuit de dépenses et de production



D'après le schéma ci-dessus, l'objectif est de recenser l'ensemble des dépenses (humaines, matérielles et financières) qui sont déployées pour produire l'activité des soins au sein de cette unité. La quantification de l'activité passe par une définition des unités d'œuvre de cette unité de soins. Minimalement, deux unités d'œuvres peuvent être définies pour une unité de soins, et ce, pour enrichir l'analyse des résultats obtenus. Outre le fait que ce calcul, ainsi fait, va permettre d'aborder une analyse des coûts par activité de l'unité de soins en question, il permet aussi, après adaptation, de servir comme base pour calculer les coûts partiels et constituer le coût par pathologie.

La maîtrise des données relatives à la charge salariale des unités de soins est donnée par une collecte auprès du service de la gestion des ressources humaines de l'Institut. Pour le personnel qui travaille dans plusieurs unités de soins, notamment les médecins spécialistes et les chirurgiens, leurs salaires ont été partagés parmi les unités dans lesquelles ils travaillent. Cette répartition des salaires, prend comme base d'information les feuilles de gardes qui indiquent combien de jours sont dédiés à l'une ou l'autre des activités.

L'introduction de la notion de l'amortissement économique dans les coûts totaux par pathologie constitue un élément important dans les résultats obtenus à la fin de ce processus d'évaluation économique des pathologies choisies. En effet, plusieurs activités de soins utilisent potentiellement un parc d'équipement et des locaux présentant des dépenses importantes en matière d'investissement et d'entretien, notamment en ce qui concerne

la radiothérapie, la radiologie, le bloc opératoire et la réanimation. Dans le cadre de cette étude nous allons nous concentrer plus particulièrement sur l'amortissement des équipements biomédicaux en raison de l'important ordre de grandeur qu'ils présentent dans l'ensemble des équipements de l'hôpital.

5.1.6 Qualité des données

Comme mentionné auparavant, il y a deux types de données à collecter pour effectuer les calculs de coûts par pathologie :

- Des données sur le volet financier et des statistiques sur les activités au niveau des unités de soins, et
- Des données cliniques sur chaque patient à travers une exploration détaillée du dossier médical.

Pour les données financières, la fiabilité est très importante puisque les sources d'information utilisées sont des supports officiels utilisés dans le cadre de la comptabilité et la réédition des comptes de l'hôpital.

Par ailleurs, concernant les données cliniques, et pour augmenter la fiabilité des données extraites du dossier médical, une équipe de médecins résidents a été engagée pour récapituler les différentes prestations fournies aux patients dans une fiche de dépouillement conçue spécialement dans ce but.

5.2 Résultats de l'étude

Cette section du rapport présente et discute les principaux résultats obtenus dans le cadre de cette évaluation économique. Les résultats sont organisés selon deux parties, une qui concerne les coûts des principales activités produites par l'hôpital, et une autre qui concerne les coûts par pathologie. Il faut signaler que ce que nous allons présenter ci-dessous sont les coûts qui ont été réellement mobilisés pour produire les prestations sanitaires étudiées. Les éléments sur les coûts des activités hospitalières sont de grande utilité pour la direction de l'hôpital, ainsi que pour les décideurs du système de santé. Effectivement, l'objectif de toutes les études et analyses des activités d'oncologie est d'apporter des éléments pouvant améliorer l'efficacité des établissements sanitaires. Les coûts par unité d'œuvre sont de grande utilité pour les négociations visant la fixation des tarifs à appliquer dans l'hôpital, dans un but d'assurer la couverture des coûts mobilisés et garantir en conséquence la continuité de l'activité de l'hôpital. Les coûts par pathologie à leur tour permettront de faire des prévisions budgétaires basées sur la morbidité, et amélioreront comme résultats le mécanisme de financement des activités de soins. Les résultats sur les coûts qui représentent la contribution des ménages sont également très utiles pour attirer l'attention des décideurs sur le fardeau économique lourd assumé par les patients, en vue d'envisager des solutions, que ce soit dans le cadre du régime d'assistance médicale en cours d'implantation par le ministère de la santé, ou dans le cadre des efforts des associations de donateurs actives dans le domaine de prise en charge des pathologies du cancer.

5.2.1 Coûts par unité d'œuvre

De par sa définition, un coût par unité d'œuvre est la relation directe entre les ressources mobilisées (financières, matérielles, etc.) et l'activité quantifiée par des unités de production connues comme des unités d'œuvre. Il convient de rappeler que la quantification de l'activité de chaque service produite par l'hôpital fait l'objet d'une application d'une analyse des coûts basée sur un modèle simplifié de comptabilité analytique. Comme mentionné auparavant, le calcul des coûts par unité d'œuvre est une étape fondamentale pour bâtir le coût de la prise en charge de tout type de pathologie.

Le tableau ci-dessous présente les coûts des principales activités produites par le centre d'oncologie de Rabat.

Tableau 10 : Les prix de revient des activités d'oncologies sans et avec amortissement

Service	Définition de l'unité d'œuvre	Prix de revient (sans amortissement)	Prix de revient (avec amortissement des équipements)	Prix de revient (avec amortissement des bâtiments)	Prix de revient total
Bloc opératoire	K	30,69DH	35,93DH	31,26DH	36,49DH
Chirurgie	Journée d'hospitalisation	326,07DH	327,24DH	336,59DH	337,76DH
Chimiothérapie	Acte de chimio	731,32DH	733,19DH	747,31DH	749,18DH
Curiethérapie	Journée d'hospitalisation	503,59DH	666,64DH	564,11DH	727,16DH
Biologie médicale	B	1,32DH	1,54DH	1,36DH	1,58DH
Réanimation	Journée d'hospitalisation	1 409,84DH	1 454,78DH	1 445,28DH	1 490,22DH
Radiothérapie	Séance	211,79DH	256,74DH	226,36DH	271,31DH
Imagerie médicale	Z	2,45DH	3,34DH	2,53DH	3,42DH
Consultations externes	Consultation	18,68DH	18,68DH	21,15DH	21,15DH

D'après les résultats illustrés dans le tableau ci-dessus, nous constatons que la variation des coûts selon les différentes représentations (avec et sans amortissement), dépend de l'intensité d'utilisation du parc d'équipement et bâtiment. Pour le bloc opératoire, le coût d'une unité technique K est la base pour reconstituer le coût de chaque intervention chirurgicale ; ainsi, sans considérer l'amortissement d'équipement et des bâtiments le coût d'un K est de 30,69 DH et avec l'amortissement des équipements et des bâtiments il passe à 36,49 DH. Le service de chirurgie, qui englobe plusieurs unités d'hospitalisation, présente un coût d'une journée d'hospitalisation de 326,00 DH sans amortissement et passe à 337,00 DH avec l'amortissement. Il est à mentionner que le coût ainsi calculé ne contient que les dépenses mobilisées spécifiquement pour l'hospitalisation et n'inclut pas les coûts des B de laboratoire ni les Z de radiologie. Pour le service de chimiothérapie, nous avons fusionné virtuellement toutes les unités le constituant et calculé

le prix de revient d'un acte de chimiothérapie, il est à noter que le coût ainsi calculé contient uniquement tous ce qui a été mobilisé par l'hôpital (part du médicament fourni par l'hôpital et autres dépenses). Le coût de revient d'un acte de chimiothérapie passe donc de 731,00 DH sans amortissement à 749,00 DH avec amortissement. Pour le calcul des coûts par pathologie que nous allons explorer par la suite, un calcul de coût d'un acte de chimiothérapie sans médicament a été déterminé car le médicament est pris individuellement à la dose consommée pour chaque patient à travers le dossier médical. Une journée d'hospitalisation à la réanimation coûte pour l'hôpital 1 409,00 DH sans amortissement et passe à 1 500,00 DH avec l'amortissement, et une admission à la réanimation coûte au total 4 365,00 DH.

La biologie médicale est prise dans le cadre de cette étude comme la fusion virtuelle du laboratoire et l'anatomopathologie, ainsi le coût d'une unité technique B produite par cette entité est de 1,3 DH et passe à 1,52 DH avec l'amortissement des équipements et bâtiment. Pour analyser si l'hôpital est déficitaire vis-à-vis de la tarification fixée par le ministère de la santé il suffit de comparer le coût total de production d'un B avec le tarif appliqué. Le prix de revient d'un Z de radiologie est de 2,45 DH sans amortissement et passe avec l'amortissement à 3,42 DH. Une consultation à titre externe présente un coût total de 21 DH.

Les éléments de coûts présentés ci-dessus constituent une plateforme pour une première discussion de l'activité de soins dans sa dimension économique. En effet, les coûts ainsi calculés permettront de poser des questions de grande pertinence pour l'établissement : sommes-nous entrain de produire des prestations sanitaires avec efficacité ? Quelle est la norme pour produire chaque prestation sanitaire ?

Ces résultats donnent un premier constat sur la situation actuelle, la comparaison au fil des années permettra de générer des normes sur ce que devrait être le coût de production qui deviendrait par la suite l'indicateur d'efficacité des services de soins.

L'analyse de la part de l'amortissement dans le coût de production est fondamentale pour toute prévision budgétaire visant à rapprocher les investissements des besoins réels de la population en matière de soins.

Le tableau ci-dessous présente les prix de revient totaux sans amortissement avec le pourcentage de la part de l'amortissement des équipements et bâtiments dans le prix de revient total.

Tableau 11 : Part de l'amortissement des équipements et bâtiment dans le prix de revient total

			Part de l'amortissement des bâtiments		Part de l'amortissement des équipements	
Service	Définition de l'unité d'œuvre	Prix de revient sans amortissement	Coût	Pourcentage par rapport au coût total	Coût	Pourcentage par rapport au coût total
Bloc opératoire	K	30,69DH	0,56DH	1,55%	5,23DH	14,34%
Chirurgie	Journée d'hospitalisation	326,07DH	10,52DH	3,11%	1,17DH	0,35%
Chimiothérapie	Acte de chimio	731,32DH	15,99DH	2,13%	1,87DH	0,25%
Curiethérapie	Journée d'hospitalisation	503,59DH	60,52DH	8,32%	163,05DH	22,42%
Biologie médicale	B	1,32DH	0,04DH	2,76%	0,22DH	13,98%
Réanimation	Journée d'hospitalisation	1 409,84DH	35,44DH	2,38%	44,94DH	3,02%
Radiothérapie	Séance	211,79DH	14,57DH	5,37%	44,95DH	16,57%
Imagerie médicale	Z	2,45DH	0,08DH	2,39%	0,89DH	26,03%
Consultations externes	Consultation	18,68DH	2,48DH	11,70%	0,00DH	0,00%

D'après les résultats du tableau ci-dessus nous constatons que la part d'amortissement des bâtiments varie entre 1,5% et 11,7% pour l'ensemble des prestations produites dans les services concernés par l'étude. D'un autre côté, la part de l'amortissement des équipements dans le coût total est très importante dans les prestations produites au niveau des services qui utilisent un parc d'équipements chers tels que l'imagerie médicale, la curiethérapie, la radiothérapie, le bloc opératoire et la biologie médicale et varie entre 14% pour la biologie médicale et 26% pour l'imagerie médicale. Bien que la part de l'amortissement des équipements représente seulement 16% pour la radiothérapie, les dépenses d'entretien de ces investissements sont très élevées par rapport à tous les services de l'hôpital et s'accaparent une part dominante des dépenses de maintenance mobilisées par l'hôpital.

En plus du parc des équipements, le médicament et consommables représentent un élément important dans l'analyse de la qualité de soins et la part de la contribution de l'hôpital pour améliorer cette dernière. Pour alléger le fardeau économique lourd assumé par les patients, l'hôpital doit avoir une stratégie pour augmenter continuellement ses dépenses en médicament en vue de couvrir les besoins de la population qui sont en augmentation continue dans le temps.

Le tableau ci-après présente la part des produits pharmaceutiques dans le prix de revient total de chaque unité d'œuvre produite. Le tableau présente également le pourcentage de ces coûts dans le coût de revient total par unité d'œuvre.

Tableau 12 : Part du médicament et consommable fournis par l'hôpital dans le prix de revient

Service	Définition de l'unité d'œuvre	Prix de revient sans amortissement	Part du médicament et consommable fournis par l'hôpital	
			Coût	Pourcentage dans le prix de revient total
Bloc opératoire	K	36,49DH	3,69DH	10%
Chirurgie	Journée d'hospitalisation	337,76DH	8,20DH	2%
Chimiothérapie	Acte de chimio	749,18DH	184,66DH	25%
Curiethérapie	Journée d'hospitalisation	727,16DH	12,09DH	2%
Biologie médicale	B	1,58DH	0,28DH	18%
Réanimation	Journée d'hospitalisation	1 490,22DH	158,78DH	11%
Radiothérapie	Séance	271,31DH	3,77DH	1%
Imagerie médicale	Z	3,42DH	0,27DH	8%
Consultations externes	Consultation	21,15DH	0,21DH	1%

D'après les résultats ci-dessus, nous constatons que les prestations qui présentent un montant important de dépenses en médicament sont l'acte de chimiothérapie et la journée d'hospitalisation à la réanimation. Ainsi donc l'hôpital contribue par 184 DH et 158 DH respectivement dans un acte de chimio et une journée à la réanimation. Au médicament fourni par l'hôpital pour réaliser un acte de chimio il faut ajouter la contribution des ménages et autres contributions pour le complément du médicament acheté hors hôpital.

5.2.2 Coûts par pathologie

Dans cette section du rapport nous présentons les principaux résultats obtenus pour les pathologies cibles de l'étude. Il est important de rappeler que l'objectif de cette évaluation est d'estimer les coûts réellement mobilisés pour prendre en charge les patients admis à l'hôpital avec les pathologies sélectionnées. Dans ce sens, il était possible de retracer tout ce que l'hôpital avait fourni aux patients étudiés, et ce à travers les différentes informations fournies par les services impliqués dans l'étude. Par exemple le médicament fourni par l'hôpital a été valorisé à la dose par la pharmacie à travers l'application informatique sur place. Pour la partie manquante qui correspond à la contribution des ménages, l'enquête auprès des patients, qui ont été déjà hospitalisés, a permis de retracer en moyenne les dépenses des ménages par type de pathologie.

Le tableau ci-après présente l'âge moyen par pathologie étudiée de l'échantillon exploré dans le cadre de cette étude.

Tableau 13 : Age moyenne par pathologie

Pathologie	AGE				
	Moyenne	Min	Max	Écart Type	Nombre de cas
Cancer du sein	47	25	77	10	100
Cancer du col de l'utérus	53	25	79	13	70
Cancer du poumon	60	32	88	13	35
Cancer du côlon	52	18	84	15	35

La lecture du tableau ci-dessus montre que le cas du cancer du poumon se place en premier lieu avec un âge moyen de 60 ans et un maximum allant jusqu'à 88 ans. Nous constatons également qu'il y a des sujets très jeunes se présentant avec un cancer du côlon. Le minimum d'âge moyen a été observé dans la pathologie du cancer du sein soit 47 ans avec un minimum de 25 ans et un maximum de 77 ans.

5.2.2.1 Cancer du sein

Le tableau ci-après donne une synthèse des coûts pour la pathologie du cancer du sein.

Tableau 14 : Les coûts de la prise en charge de la pathologie du cancer du sein

		Contribution des patients	Contribution de l'hôpital	Total
Cancer du sein	Moyenne	30 327,14DH	20 302,07DH	50 629,21DH
	Minimum	1 160,00DH	5 172,34DH	6 332,34DH
	Maximum	342 400,00DH	35 328,76DH	377 728,76DH
	Ecart type	48 750,86DH	5 812,56DH	

Nous observons d'après les résultats du tableau ci-dessus que l'hôpital mobilise en moyenne 20 302,07DH DH pour prendre en charge les cas se présentant avec un cancer du sein, avec un minimum de 5 172,34DH et un maximum de 35 328,76DH. Il est possible d'explorer la décomposition de ces coûts par type de prestations fournies dans les prochaines sections. Parallèlement à la contribution de l'hôpital, celles des patients est en moyenne de 30 327,14DH, avec un minimum de 1 160,00DH et un maximum de 342 400,00DH. Le coût total moyen est donc de 50 629,21DH. Nous remarquons que bien que la contribution des ménages soit en moyenne relativement semblable à la contribution de l'hôpital, il y des patients qui dépensent des sommes exorbitantes pour compléter la prise en charge au niveau de l'hôpital. L'importance de ces coûts est illustrée par le cas du maximum de la contribution des ménages qui est jusqu'à 10 fois plus importante que celle de l'hôpital. Les dépenses des ménages sont plus importantes pour les patients ayant subi plusieurs épisodes d'hospitalisation pour des traitements de chimiothérapie et radiothérapie, et pour qui le médicament est quasi entièrement assumé par le patient.

5.2.2.2 Cancer du col de l'utérus

Le tableau ci-après donne les coûts par sources de financement de la prise en charge de la pathologie du cancer du col de l'utérus.

Tableau 15 : Les coûts de la prise en charge de la pathologie du cancer du col de l'utérus

		Contribution des patients	Contribution de l'hôpital	Total
Cancer du col de l'utérus	Moyenne	13 182,59DH	14 275,85DH	27 458,44DH
	Minimum	1 070,00DH	3 641,63DH	4 711,63DH
	Maximum	50 200,00DH	25 754,29DH	75 954,29DH
	Ecart type	12 645,95DH	4 625,48DH	

La lecture du tableau 15 nous permet de constater que pour prendre en charge les patients se présentant avec la pathologie du cancer du col de l'utérus avec la qualité de soins actuellement prodiguée par le centre d'oncologie de Rabat, un total de dépenses nécessaires à mobiliser était en moyenne de 27 458,44DH. Un minimum de dépense est de 4 711,63DH alors que le maximum est de 75 954,29DH. La contribution des ménages est en moyenne de 13 182,59DH avec un minimum de 1 070,00DH et un maximum de 50 200,00DH. Nous remarquons que plusieurs patients ne complètent pas le traitement puisqu'ils sont dans l'incapacité d'acheter les médicaments qui ne sont pas fournis par l'hôpital. Cela se voit de façon claire au niveau du minimum de dépenses qui est de 1 070,00 DH ; alors qu'il existe des patients qui dépensent près du double de ce qui est donné par l'hôpital. La contribution de l'hôpital est en moyenne de 14 275,85DH avec un minimum de 3 641,63DH et un maximum de 25 754,29DH. Il est à rappeler que le principal élément dans la contribution de l'hôpital est la main d'œuvre et le plateau technique.

5.2.2.3 Cancer du côlon

Le tableau ci-après présente les coûts de la prise en charge de la pathologie du cancer du côlon.

Tableau 16 : Les coûts de la prise en charge du cancer du côlon

		Contribution des patients	Contribution de l'hôpital	Total
Cancer du Côlon	Moyenne	12 150,91DH	15 153,37DH	27 304,28DH
	Minimum	2 520,00DH	3 236,89DH	5 756,89DH
	Maximum	40 080,00DH	27 771,80DH	67 851,80DH
	Ecart type	10 299,42DH	5 816,16DH	

Pour prendre en charge un patient avec une pathologie du cancer du côlon, et avec le niveau de la qualité de soins actuelle, il a été nécessaire de mobiliser un total de dépenses de 27 304,28 DH avec un minimum de 5 756,89 DH et un maximum de 67 851,80 DH. La contribution des patients dans ce coût total est de 12 150,91DH comme moyenne, avec un minimum de 2 520,00DH et un maximum de 40 080,00DH. La contribution de l'hôpital dans la prise en charge est de 15 153,37DH en moyenne, avec un minimum de 3 236,89DH et un maximum de 27 771,80DH. Nous constatons également qu'il y a des patients qui assument des coûts considérables en plus de ce qui est fourni par l'hôpital.

5.2.2.4 Cancer du poumon

Le tableau ci-après illustre les coûts de la prise en charge de la pathologie du cancer du poumon.

Tableau 17 : Les coûts de la prise en charge du cancer du poumon

		Contribution des patients	Contribution de l'hôpital	Total
Cancer du Poumon	Moyenne	23 612,50DH	7 366,52DH	30 979,02DH
	Minimum	9 320,00DH	1 049,87DH	10 369,87DH
	Maximum	46 120,00DH	18 801,77DH	64 921,77DH
	Ecart type	15 014,75DH	4 782,29DH	

Nous en déduisons du tableau ci-dessus que le coût moyen de la prise en charge d'un patient se présentant avec un cancer du poumon est de 30 979,02DH, avec un minimum de 10 369,87DH et un maximum de 64 921,77DH. L'hôpital assume en moyenne 7 366,52DH, avec un minimum de 1 049,87DH et un maximum de 18 801,77DH. Le minimum de la contribution de l'hôpital indique qu'il y a des patients qui, soit complètent leur traitement dans le privé, soit arrêtent carrément le traitement par manque de moyens.

5.2.3 Contribution de l'hôpital

Vu l'importance de la contribution de l'hôpital dans la prise en charge des patients, les résultats sur les coûts de la perspective de l'hôpital sont présentés selon différents scénarios.

Le coût assumé par l'hôpital pour la prise en charge des pathologies de l'étude peut être éclaté par nature de services. Le tableau ci-après présente le découpage en coût par nature de services du coût de la perspective de l'hôpital.

Tableau 18 : Coûts par nature de service

Pathologie		Services ambulatoires (consultations externes)	Service d'hospitalisation	Service de Chimio et radiothérapie	Services médico-techniques	Médicament fourni par l'hôpital
Cancer du sein	Coût moyen	272,37DH	2 827,05DH	7 718,51DH	8 185,85DH	1 298,29DH
	Coût min	0,00DH	0,00DH	0,00DH	2 268,43DH	0,00DH
	Coût max	504,00DH	3 039,84DH	16 647,00DH	22 505,89DH	13 551,00DH
	Ecart type	114,03DH	779,51DH	3 628,23DH	2 809,54DH	2 172,51DH
Cancer du col de l'utérus	Coût moyen	192,30DH	1 129,08DH	7 516,13DH	5 244,18DH	194,16DH
	Coût min	0,00DH	0,00DH	0,00DH	1 918,95DH	0,00DH
	Coût max	546,00DH	3 039,84DH	16 109,00DH	13 481,55DH	750,00DH
	Ecart type	105,07DH	1 479,42DH	2 693,43DH	2 769,15DH	256,85DH
Cancer du côlon	Coût moyen	123,60DH	2 084,46DH	3 722,69DH	9 113,16DH	109,46DH
	Coût min	0,00DH	0,00DH	0,00DH	1 856,74DH	0,00DH
	Coût max	294,00DH	3 039,84DH	10 157,00DH	17 226,68DH	2 420,00DH
	Ecart type	73,42DH	1 431,79DH	2 607,86DH	4 717,78DH	467,41DH
Cancer du poumon	Coût moyen	174,00DH	86,85DH	3 437,26DH	3 668,41DH	0,00DH
	Coût min	42,00DH	0,00DH	0,00DH	942,16DH	0,00DH
	Coût max	462,00DH	3 039,84DH	9 953,00DH	10 362,51DH	0,00DH
	Ecart type	125,23DH	513,83DH	3 084,76DH	2 207,41DH	0,00DH

Nous constatons à travers le tableau ci-dessus que la consommation des services prodigués par l'hôpital varie selon le type de la pathologie traitée. Ainsi le coût des services ambulatoires en l'occurrence les consultations à titre externe pour le suivi des cas de cancer, varie en moyenne de 123,60 DH pour le cancer du côlon à 272,37DH qui est un maximum. Il est à noter que le coût d'une consultation est essentiellement constitué de la main d'œuvres médicales et autres, ainsi que les fournitures et équipements nécessaires pour réaliser les consultations. Les services d'hospitalisation varient entre 86,85 DH pour le cancer du poumon et 2 827,05DH pour le cancer du sein. Il est à noter que ces services d'hospitalisation n'incluent pas le séjour passé à la radiothérapie et curiethérapie car il est pris à part. Les services rendus par les unités de radiothérapie et chimiothérapie varient entre 3 437,26DH pour le cancer du poumon et 7 718,51DH pour le cancer du sein. Notons, que les services de radiothérapie et chimiothérapie sont constitués du séjour hospitalier, de la consommation en amortissement des équipements et bâtiments ainsi que de la main d'œuvre des professionnels mais n'incluent pas le médicament qui est pris et analysé séparément. Les services médico-techniques sont les

consommations faites par chaque patient en matière de bilan de biologie médicale, imagerie médicale, interventions chirurgicales et exploration fonctionnelle. Le coût des services médico-techniques varie de 3 668,41DH pour le cancer du poumon et 9 113,16DH pour le côlon. Enfin, pour la part du médicament fourni par l'hôpital aux individus de l'échantillon de l'étude varie entre 0,00 DH pour le cancer du poumon et 1 298,29DH pour le cancer du sein. Nous constatons que la totalité des patients atteints du cancer du poumon pris dans l'étude viennent à l'hôpital pour la radiothérapie et achètent leurs médicaments de chimiothérapie. Nous pouvons également noter que la pathologie qui s'accapare une part importante du médicament de l'hôpital est le cancer du sein qui va dans certains cas jusqu'à 13 551,00DH.

En regardant les coûts représentant la contribution des ménages dans la prise en charge de l'ensemble des pathologies étudiées, nous pouvons conclure que bien qu'en valeur absolue la contribution de l'hôpital soit importante, si on tient compte de l'ensemble des charges, la part du médicament reste un fardeau économique lourd qui est assumé par les patients.

5.3 Valorisation des standards thérapeutiques

Pour enrichir la discussion autour des résultats obtenus, il est intéressant d'esquisser une évaluation économique des standards thérapeutiques de la prise en charge des pathologies choisies.

L'objectif donc est de quantifier et valoriser monétairement les standards thérapeutiques, déjà établis au niveau de l'INO, par rapport à un cas moyen pour deux stades (stade localisé et stade métastatique). Nous visons à travers cette partie de faire ressortir la dimension de l'efficacité clinique et la qualité technique telles qu'elles sont perçues par les praticiens pour ce qui est de la partie du traitement en médicament. Dans ce sens, il était possible de valoriser deux standards pour les deux types de cancer (cancer du sein et du côlon). Ces standards ont été quantifiés par l'oncologue par rapport à un cas moyen des patients traités. Nous avons ajouté au coût du traitement complet de la chimiothérapie l'ensemble des dépenses directes et indirectes.

Dans un contexte de rareté des ressources, l'établissement des standards de prise en charge, qui tiennent compte de la complexité du profil socioéconomique de la population et la limite des ressources disponibles dans le système de santé, sera très bénéfique pour le système de santé. En effet, un standard efficient, aura comme apport d'épargner des ressources permettant de couvrir une large partie de la population, en plus d'optimiser le profit, en matière de résultat positif de santé, pour les usagers et minimiser le fardeau économique lourd assumé par les ménages. Il est toutefois important de mentionner que, dans le cadre de cette étude, la description des prestations des standards avait pour but l'approche stratégique du coût d'une prise en charge complète si l'on suppose qu'elle est effectuée au niveau de l'INO, plutôt que d'analyser le contenu du standard comme tel.

Le recours au choix d'un cas moyen pour illustrer la valorisation monétaire du standard était justifiée par la diversité de cas dont le traitement dépend de plusieurs facteurs (taille, poids, complexité du cas, etc.) et que le temps alloué à l'étude ne permet pas de tous les étudier.

5.3.1 Cancer du sein

Ci-après, nous présentons les algorithmes de traitement de deux stades de cancer du sein.

Stade localisé (N+) MCA

- 5FU 500mg /m²
- Epirubicine 100mg/m² x 3 fois
- Cyclo 500 mg/m²
- Taxotère 100 mg /m² x3fois

Si HER2(+)

- Herceptin 8mg/kg x 1 fois
- Herceptin 6mg /kg x 12 fois (entretien)

RH(+)

- Tamoxifène 20 mg/J x 5 ans

Stade métastatique

HER2(+)

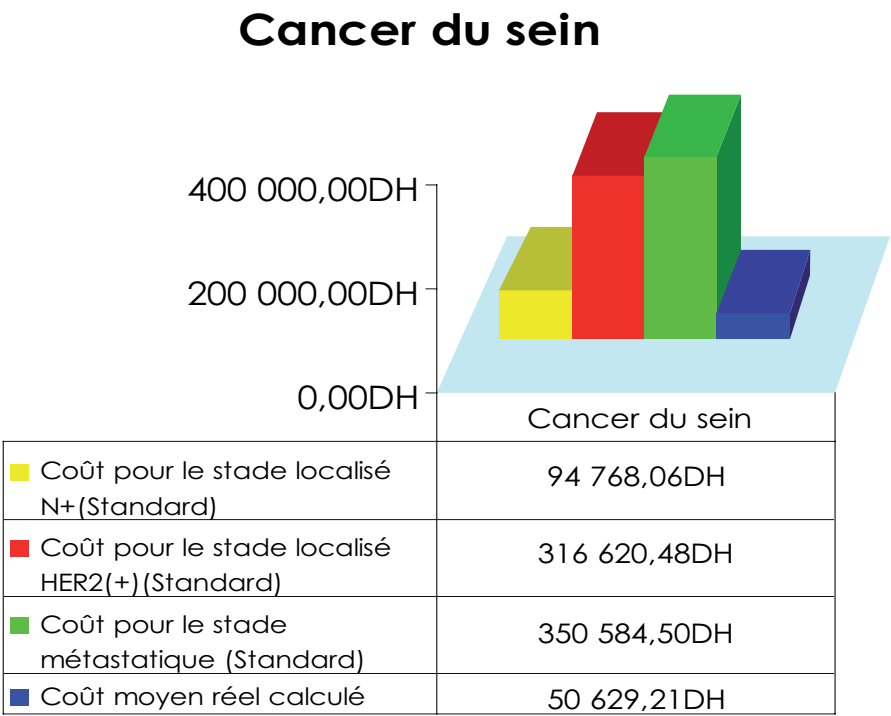
- Herceptine 4mg/kg /sem (1an en moyenne)
- Taxotère 100mg/m² X 6 fois

Si progression

- Xeloda 500 mg (4 cp matin, 4 cp le soir) x 14 jours x 6 fois
- Gemza 1600mg /m² x 6 cures

La figure suivante présente les coûts de deux stades du cancer du sein comparés avec les coûts réellement calculés et observés à travers l'étude.

Figure 5 : Comparaison du coût réel de la prise en charge avec le coût du standard thérapeutique du cancer du sein



D'après la figure ci-dessus, nous constatons que la prise en charge complète pour un cas du cancer du sein avec un stade localisé (N+) est assurée par un coût complet de 94 768,06 DH. Il y a lieu de noter que le coût ainsi illustré est la somme du coût du médicament ainsi que l'ensemble des coûts moyens de la part des prestations fournies par l'hôpital (main d'œuvre, fourniture, eau, électricité, gaz médicaux, etc.) qui sont d'environ 20 000DH. Si le cas du cancer du sein présente un HER2(+) le coût par pathologie s'élève à 316 620,48 DH. Pour un cas métastatique le coût complet standardisé est de 350 584,50 DH. Nous avons déjà vu un coût maximum de 377 728,76DH qui semble comparable au coût d'un cas métastatique, si on ajoute les frais de transport et la différence entre les prix des médicaments hospitaliers et ceux du privé. D'autre part, le coût réel déjà calculé est en moyenne de 50 629,21 DH ; et nous constatons que le coût moyen réel calculé est bien inférieur aux coûts des standards thérapeutiques. Nous pouvons en déduire qu'une partie importante des patients ne complète pas le traitement s'il faut respecter les protocoles, et par conséquent, le résultat de santé obtenu suite au traitement peut ne pas conduire à l'efficacité clinique souhaitée.

5.3.2. Cancer du côlon

Ci-après, nous présentons l'algorithme de traitement d'un protocole thérapeutique du cancer du côlon tel qu'il est conçu à l'INO.

Stade localisé

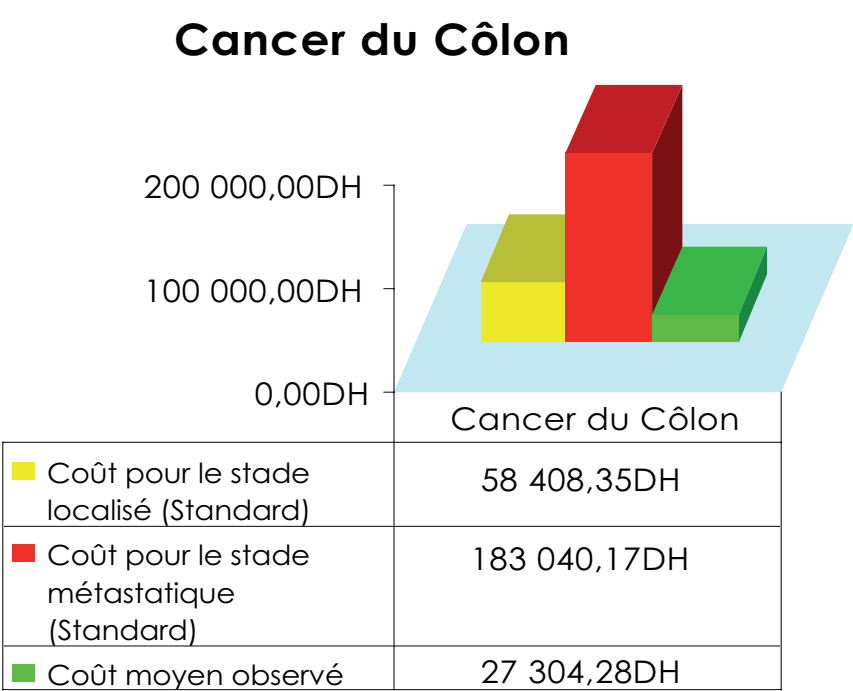
- Xeloda 500 mg (4 cp matin, 4 cp soir) x 14 jours X 3 fois

- Oxaliplatine 85 mg/m² X 3 fois

Métastatique

- Avasthin 5 mg/kg
- Irinotecan 180 mg/m² X 6 fois
- 5FU 1200mg /m²
- Elvorine 200mg/m²
- Xeloda 500mg x 6 fois

Figure 6 : Comparaison des coûts des standards thérapeutiques et le coût réel calculé



D’après la figure ci-dessus le coût complet de la prise en charge d’un cas de cancer de côlon avec un stade localisé est de 58 408,35 DH dont 43 364,44DH est la part du médicament selon le protocole à utiliser. Pour le cas du stade métastatique, le coût complet est de 183 040,17 DH, dont la part du médicament est de 167 996,26DH. Nous observons clairement que le coût moyen réel calculé est deux fois inférieur au coût du standard souhaité par les praticiens.

Pour conclure, il est important de souligner que le contexte du système de santé marocain, qui est marqué par sa complexité, par la rareté des ressources, combinée avec un contexte socioéconomique difficile, exige de mener une réflexion autour des standards thérapeutiques des pathologies du cancer. Le résultat de santé positif ainsi que l’offre équitable des services de soins pour l’ensemble des patients, doivent être les préoccupations centrales de ces réflexions. Ainsi, il semble crucial d’avoir une vision complète sur les deux

dimensions de l'offre de soins, économique et clinique, en vue d'obtenir le protocole le plus efficient et qui va avec les spécificités socioéconomiques de la population marocaine. Le potentiel d'utilisation de ces résultats apparaîtra de façon claire lors des allocations budgétaires qui peuvent facilement se faire en se basant sur le coût par pathologie. Ce qui permettrait par la suite d'évaluer l'efficacité des établissements producteurs de soins d'oncologie en utilisant les normes sur les coûts standards.

6. UNE ESTIMATION DE L'IMPACT DU CANCER SUR LA POPULATION

Pour évaluer l'impact du fardeau économique assumé par la population, nous allons analyser tout d'abord le profil socioéconomique de la clientèle de l'hôpital avant de le croiser avec la charge liée aux soins qui est assumée par ces derniers. Pour cela nous avons lancé une enquête auprès d'échantillon de 127 malades touchés uniquement par les pathologies étudiées. La démarche consiste à poser une série de questions sur le profil économique et social, ainsi que sur l'ensemble des charges assumées par le patient jusqu'au jour de l'enquête. Les questions abordent les caractéristiques suivantes :

- La profession ;
- Le niveau d'étude ;
- Propriétaire de logement ou non ;
- Assuré ou non ;
- Le revenu de l'individu ;
- Le revenu du ménage ;
- Les dépenses effectuées par catégorie ;
- Le temps d'inactivité à cause de la maladie.

Les questionnaires étaient anonymes et les entrevues ont été accomplies par une personne externe à l'établissement pour minimiser les biais.

6.1 Caractéristiques de la population enquêtée

Le tableau, ci-après, présente le pourcentage des cas touchés par l'enquête selon le niveau d'étude par type de pathologie.

Nous constatons d'après le tableau ci-dessus, que la majorité des patients qui se présentent à l'hôpital avec une pathologie du cancer du col de l'utérus, soit 80%, ont un niveau d'étude primaire alors que seulement 10 % ont un niveau universitaire. Par ailleurs, 45% des cas du cancer du côlon ont un niveau primaire et 45% ont un niveau universitaire. Pour le cancer du poumon 38% sont d'un niveau universitaire, et 63% des cas dépassent le niveau secondaire. Pour le cancer du sein, la grande majorité, soit 68% des cas, ont un niveau d'étude primaire, et seulement 7% ont un niveau universitaire.

Tableau 19 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude

Pathologie	Niveau d'étude	Pourcentage des cas
Cancer du col de l'utérus	JAMAIS ETE A L'ECOLE	2%
	PRIMAIRE	80%
	SECONDAIRE	8%
	UNIVERSITAIRE	10%
Cancer du côlon	PRIMAIRE	45%
	SECONDAIRE	9%
	UNIVERSITAIRE	45%
Cancer du poumon	JAMAIS ETE A L'ECOLE	13%
	PRIMAIRE	25%
	SECONDAIRE	25%
	UNIVERSITAIRE	38%
Cancer du sein	JAMAIS ETE A L'ECOLE	5%
	PRIMAIRE	68%
	SECONDAIRE	19%
	UNIVERSITAIRE	7%

Par ailleurs, le tableau ci-dessous donne la répartition des patients interviewés par type de métiers et par type de pathologie.

Il montre que la population desservie par l'hôpital est constituée dans sa majorité de personnes sans activité professionnelle. Ainsi, seulement 4% des patients se présentant avec un cancer du col de l'utérus ont un travail, 2% pour le cancer du sein, 27% pour le cancer du poumon et 45% pour le cancer du côlon. En plus, les métiers qui sont ressortis de l'enquête ne représente pas une classe sociale aisée, ce qui veut dire que les mutualistes, qui sont généralement des fonctionnaires, ainsi que les riches ne font appel que très rarement à l'hôpital pour recevoir les soins.

Tableau 20 : Répartition de l'échantillon par type de métier et par type de pathologie

Pathologie	Métier	Pourcentage des cas
col de l'utérus	SANS	96%
	COMMERcant	2%
	AGRICULTEUR	2%
côlon	SANS	55%
	RETRAITE	18%
	FONCTIONNAIRE	9%
	COMMERcant	9%
	AIDE COMMERcant	9%
poumon	SANS	63%
	RETRAITE	13%
	DOCTEUR VETERINAIRE	13%
	ARTISAN	13%
sein	SANS	98%
	RETRAITE	2%

6.2 Impact de la charge liée aux soins du cancer sur la population

Pour analyser l'impact de la charge liée aux soins du cancer sur la population qui en a bénéficié, nous avons analysé les différentes tranches de revenu avec les dépenses effectuées. Le tableau ci-après donne ces résultats.

Nous constatons d'après le tableau que 28% des cas touchés par l'enquête dépensent en moyenne 16 471,60DH alors qu'ils ont un revenu moins de 1 500 DH. Par ailleurs, 43% des cas dépensent 25 404,55DH et ont un revenu entre 1 500 DH et 2 500 DH. Nous pouvons nous interroger sur la façon avec laquelle cette catégorie de la population a pu rassembler ce montant, sans se retrouver dans une situation catastrophique qui va jusqu'à la vente des biens. D'un autre côté, pour la première tranche de revenu 37% seulement dispose d'un logement et donc ne seront pas amenés à payer un loyer ; pour les 43% restante ils doivent payer un loyer, se nourrir et épargner ou contracter un crédit pour assumer les dépenses de soins, ce qui est difficile à imaginer. De même pour la deuxième tranche entre 1 500 DH et 2 500 DH qui représente près de la moitié de l'échantillon, 43% seulement de ces personnes ont un logement, ce qui fait qu'avec ce revenu, même dans son seuil supérieur, ils ne peuvent pas assumer à la fois les charges de la nourriture, du loyer et des soins. Il convient de conclure que 71% de la population de l'étude assument

des dépenses qui dépassent de loin leurs possibilités d'où l'appauvrissement garanti. Pour les 29% restants, entre 60% et 87% parmi eux ont un logement et en plus, leurs revenus permettent d'assumer les montants liés à la prise en charge.

Tableau 21 : Comparaison des revenus des ménages avec les dépenses effectuées

Niveau du revenu du ménage	Dépenses moyennes effectuées	% des cas	% des ménages propriétaires d'un logement
Moins de 1 500 DH	16 471,60DH	28%	37%
Entre 1 500 DH et 2 500 DH	25 404,55DH	43%	43%
Entre 2 500 DH et 10 000 DH	21 403,22DH	25%	87%
Supérieur à 10 000 DH	12 972,00DH	04%	60%

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude ont mis en relief l'important volume de dépenses mobilisées pour prendre en charge les pathologies les plus fréquentes au niveau de l'INO. Cet ordre de grandeur des coûts de la prise en charge incite les gestionnaires du système de santé à accorder plus d'intérêts à la composante du contrôle de gestion.

En effet, la mise en place des outils d'évaluation économique conduira à une augmentation continue de l'efficacité dans la production des prestations sanitaires.

Cependant, l'évaluation économique, à elle seule, ne sera pas en mesure de mener à un résultat de santé positif puisqu'il existe d'autres facteurs qui interviennent dans la détermination de cet élément. Le prescripteur reste le décideur final qui engage les dépenses en médicaments, qui s'accaparent la grande part du coût de la prise en charge, comme cela a été montré tout au long de l'étude.

Il devient ainsi indispensable de réunir les cliniciens pour élaborer des standards thérapeutiques les plus efficaces, et qui vont dans le sens des orientations de la stratégie nationale de lutte contre les cancers. En effet, le traitement d'un cas peut passer du simple au décuple, voire plus, et entre les deux extrêmes il y a sûrement un juste milieu allant avec les spécificités socioéconomiques de notre contexte.

Il est évident que les coûts mettent au clair tous les comportements de gestion à éviter (production faible, gaspillage, inefficience, etc.), qui peuvent être considérés comme un indicateur important de contrôle de gestion des établissements de santé.

La dimension sociale présente une problématique claire. Les résultats de la contribution des ménages ont montré la lourdeur du fardeau économique assumé par ceux-ci. L'appauvrissement est un résultat évident au regard de

la relation entre les dépenses moyennes effectuées et la tranche de revenu dans laquelle se situent ces patients.

Pour conclure, le contexte de réalisation de l'étude a conduit à soulever un certain nombre de point à améliorer pour rendre facile toute future étude sur les coûts.

Les éléments suivants constituent quelques recommandations à soumettre aux gestionnaires du système de santé.

- Les dépenses de la prise en charge des pathologies du cancer sont d'autant plus importantes qu'une marge considérable d'amélioration de l'efficacité des établissements publics d'oncologie existe. Il est indispensable de mettre en place dans tous les établissements d'oncologie un système de calcul des coûts systématique, et ce, pour permettre le suivi des coûts et évaluer, dans le temps, l'évolution du degré d'efficacité des différentes activités de soins.
- La fragilité du système d'information entrave la mise en place de toute étude (économique ou épidémiologique), d'où la nécessité d'investir pour informatiser et remplacer les registres sur support en papier.
- Le dossier médical est un support d'information fondamental d'où l'importance de revoir la conception de sa structure pour intégrer les éventuels besoins en informations (résumé clinique, séjour passé par service, qui a fourni le médicament, etc.). En effet, dans la situation actuelle, un patient admis à l'hôpital a un seul numéro de dossier avec lequel il est identifié au niveau des services, et plusieurs numéros d'entrées qui ne sont mentionnés nul part dans le dossier du patient ; ce qui rend difficile la détermination des données administratives d'un patient.
- Elaborer des standards thérapeutiques pour l'ensemble des cas et les valoriser économiquement.

Il est important de signaler que les données sur les coûts du cancer concernent un hôpital universitaire où certaines dépenses, comme celles relatives à la masse salariale et certains équipements lourds, peuvent être élevées si l'on considère ces mêmes coûts au niveau des centres régionaux d'oncologie (Agadir, Oujda, ...).

Il faudra donc élargir cette étude à ces centres afin d'avoir une idée plus précise sur le coût de cette pathologie dans le secteur public.

Par ailleurs, le secteur privé est intéressant à étudier dans la mesure où la population solvable y compris celle bénéficiant d'une couverture par un régime d'assurance maladie, recourt à ce secteur.

ANNEXE

Plan d'action du Ministère de la Santé 2008-2012

Le programme national de lutte contre le cancer est un programme de santé publique dont le but est de réduire l'incidence du cancer, de faire baisser la mortalité due à cette maladie et d'améliorer la qualité de vie de ceux qui en sont atteints par la mise en œuvre systématique et équitable de stratégies de prévention, de détection précoce, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs reposant sur des données concrètes et tirant le meilleur parti des ressources disponibles⁸.

Le MS s'inscrit dans cette approche stratégique et se mobilise, avec la participation des acteurs concernés et la société civile, particulièrement l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer (ALSC) pour l'élaboration d'un programme national de lutte, conformément à l'approche fixée par la stratégie mondiale. Les éléments complets de ce programme national seront annoncés au début de l'année 2009.

D'ores et déjà, avec la participation d'ONG (l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer), le MS s'est engagé dans la restructuration et le renforcement de l'infrastructure de prise en charge des malades atteints de cancer pour rééquilibrer et rentabiliser l'offre globale de soins. Ceci se réalisera par l'intégration de l'offre d'oncologie dans le réseau actuel et futur de prestations de soins et services. Cette infrastructure sera organisée en :

- Centre d'oncologie de proximité qui assure des activités déléguées sous l'encadrement d'un pôle régional d'oncologie. Il doit être implanté autour d'un centre hospitalier provincial ou préfectoral pour lui permettre une meilleure fonctionnalité ;
- Pôle régional d'oncologie : qui a pour mission de (i) prendre en charge la maladie cancéreuse en termes de diagnostic, de traitement et de suivi ; (ii) accompagner et soutenir les malades et leurs familles lors de leurs épisodes de maladie ; (iii) coordonner l'action anticancéreuse dans le territoire desservi ; (iv) organiser des activités de prévention et de communication de la maladie et (v) participer aux activités de formation et de recherche ;
- Centres hospitaliers universitaires qui correspondent à des pôles régionaux d'oncologie, mais disposent de compétences de haut niveau et de plateaux techniques hyper spécialisé. Ils seront amenés à réaliser des activités de conseil aux pôles régionaux directement ou par le biais de la télémedecine, des activités de diagnostic hyper spécialisé comme le PET SCAN ou la tomothérapie et des activités de formation et de recherche.

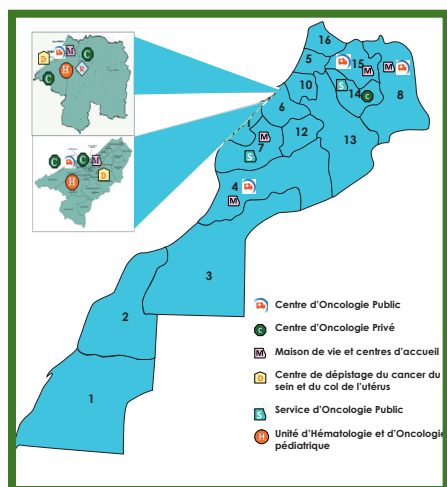
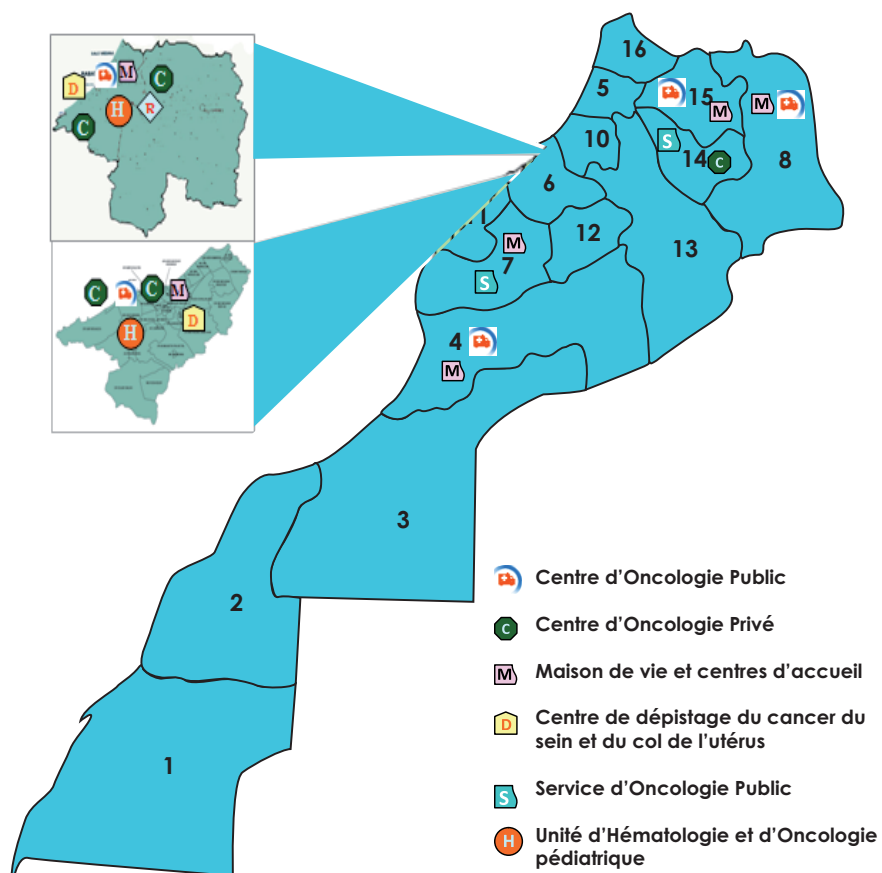
⁸ Organisation Mondiale de la Santé ; « Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires », OMS, Genève, 2002, p. ix.

Les actions menées ces deux dernières années en partenariat avec l'Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer créent des synergies indiscutables et contribuent grandement à la promotion de la lutte contre le cancer au Maroc. Ces actions portent sur :

- La sensibilisation de la population sur l'importance du dépistage précoce qui constitue l'un des éléments fondamentaux dans la lutte contre toutes les formes de cancer;
- La mise en œuvre d'un programme de lutte contre le tabagisme par l'ALSC en collaboration avec le MS, le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique et la Confédération Générale des Entreprises du Maroc (CGEM) et avec le soutien de Conseils Régionaux ;
- La mise en œuvre d'un programme « hôpitaux sans tabac » en partenariat avec l'ALSC ;
- La création par l'ALSC de centre de consultation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ;
- La fourniture des médicaments aux malades non couverts par une assurance maladie ;
- La contribution à la mise en place de registres du Cancer et leur généralisation à l'ensemble des structures ayant une activité d'oncologie ;
- La réalisation d'enquête et d'étude sur le cancer ;
- La création des « Maisons de vie », soutien aux familles en déplacement aux centres d'oncologie pour des cures de chimiothérapie.

Actions	Activités
Axe 1 : Mise en place des structures de la lutte contre le cancer	
Action 93 : Création de deux centres d'oncologie de proximité.	Construction et équipement des centres de proximité à Laayoune, Beni Mellal, Nador et Errachidia.
Action 91 : Création des pôles régionaux d'oncologie.	Construction et équipement des centres régionaux à Al Hoceima, Tanger, Meknès et Safi
Action 94 : Création des pôles régionaux d'oncologie et services de gynéco-oncologie rattachés aux CHU qui disposent de compétences de haut niveau et de plateaux techniques hyper spécialisés.	Construction et équipement des pôles d'oncologie aux CHUs de Fès, Marrakech, Casablanca et Rabat. Construction et équipement des services gényco-oncologie aux CHUs de Rabat et de Casablanca
Action 95 : Création des centres de référence, de dépistage et de diagnostic du cancer du col de l'utérus et du sein en partenariat avec l'ALSC.	Construction et équipement des centres de référence à : Rabat, Casablanca, Agadir, Tanger, Skhirat Témara, Salé, Fès, Meknès, Marrakech et Errachidia.
Action 96 : Fourniture des médicaments aux malades non couverts par une assurance maladie.	

Actions	Activités
Axe 2 : Renforcement de la prévention primaire des cancers prioritaires	
Action 97 : Promotion de la prévention du cancer par l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'Information, d'Education et de Communication en matière de lutte contre les cancers prioritaires.	- Organisation d'une Campagne Nationale de Sensibilisation en matière du cancer du sein ; - Organisation d'une Campagne Nationale de Sensibilisation en matière du cancer du col ; - Élaboration d'un Plan Média de lutte contre les facteurs de risque et la promotion d'un mode de vie sain ; - Introduction dans le cursus scolaire de thèmes liés à la lutte contre les facteurs de risque (tabac, obésité, ...).
Axe 3 : Promotion du dépistage précoce des cancers prioritaires	
Action 98 : Renforcement du dépistage et de la détection précoces des cancers les plus fréquents en l'occurrence le cancer du col utérin et du sein.	- renforcement de l'infrastructure nécessaire au dépistage du cancer du col et du sein (Mammographes, Colposcopes, kits pour frottis).
Axe 4 : Amélioration de la prise en charge	
Action 99 : Renforcement de l'infrastructure existante.	- Acquisition de matériel médico-technique ; - Recrutement de personnel qualifié ; - Création de nouveaux centres de prise en charge.
Action 100 : Amélioration de l'accès aux médicaments anticancéreux.	- Dotation des centres d'oncologie en médicaments anticancéreux ; - Etablissement d'un plan médicament ; - Instauration d'une commission de gestion des médicaments anticancéreux.
Axe 5 : Amélioration des compétences des professionnels de la santé impliqués dans la lutte contre les cancers	
Action 101 : Formation du personnel médical et paramédical.	- Production d'un référentiel de prise en charge des cancers du sein et du col ; - Renforcement du dispositif de formation initiale en cancérologie afin d'augmenter le nombre de potentiel de médecins pouvant prendre en charge le cancer ; - Renforcement des filières paramédicales de diagnostic et de prise en charge de cancer (cytotechniciens, techniciens de radiologie, ...) ; - Formation continue des professionnels de la santé en matière de détection précoce du cancer du col et du sein, en l'occurrence les médecins généralistes, les cytotechniciens et le personnel infirmier des cellules de SMI et PF ; - Formation des médecins généralistes et des pédiatres dans le diagnostic précoce des cancers de l'enfant ; - Formation continue en oncologie au profit des médecins spécialistes (Hématologues, chirurgiens, neurochirurgiens, ...).
Axe 6 : Renforcement du système de surveillance épidémiologique du cancer	
Action 102 : Extension de la mise en place des registres du cancer.	- Mise en place du registre de Rabat ; - Contribution à la mise en place de registres hospitaliers au niveau des centres régionaux d'oncologie.
Axe 7 : Promotion de la recherche scientifique	
Action 103 : Contribution à la recherche scientifique.	- Réalisation des études et enquêtes épidémiologiques.



Analyse de la couverture médicale au Maroc

Volume 4 : Offre de soins et services

sommaire

Analyse de la couverture médicale au Maroc

RESUME EXECUTIF	162
INTRODUCTION	166
CHAPITRE 1 : DESCRIPTION DE LA COUVERTURE MÉDICALE AU MAROC	168
1. Historique	168
1.1 Le secteur mutualiste	168
1.1.1 Les sociétés mutualistes de personnel du secteur public et leur union la CNOPS	169
1.1.2 Les mutuelles d'entreprises du secteur privé	169
1.1.3 Les mutuelles et les caisses internes	169
1.2 Le secteur des assurances	170
2. Etat des lieux	170
2.1 L'assurance maladie obligatoire de base (AMO)	170
2.1.1 Le régime d'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNOPS	171
2.1.1.1 La population couverte	171
2.1.1.2 Les cotisations	173
2.1.1.3 Les biens et services assurés	174
2.1.1.4 Le taux de couverture	175
2.1.2 Le régime d'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNSS	176
2.1.2.1 La population couverte	176
2.1.2.2 Les cotisations	177
2.1.2.3 Les biens et services assurés	177
2.1.2.4 Le taux de couverture	178
2.2 Couverture facultative	178
2.2.1 La couverture de base	178
2.2.2 La couverture complémentaire	179
2.2.2.1 Les sociétés mutualistes	179
2.2.2.2 Les entreprises d'assurances	179
3. Extension de la couverture médicale	179
3.1 Régime d'Assistance Médicale (RAMED)	179
3.1.1 Populations éligibles	180
3.1.2 Critères d'éligibilité au RAMED	180
3.1.2.1 Milieu urbain	180
3.1.2.2 Milieu rural	181
3.1.3 Prestations garanties et conditions de prise en charge	181
3.1.4 Sources de financement du RAMED	182
3.1.5 Procédure administrative d'identification des indigents	182
3.1.6 Octroi de la carte	184
3.1.7 Expérimentation du RAMED dans la région TADLA-AZILAL	185

3.2 L'assurance maladie obligatoire au profit des travailleurs indépendants, des personnes exerçant une profession libérale et des artisans	186
3.2.1 Le secteur des assurances	186
3.2.1.1 Panier de soins	187
3.2.1.2 Taux de prise en charge	187
3.2.2 Le secteur mutualiste	188
3.2.2.1 Les pharmaciens et professionnels de la santé	188
3.2.2.2 Les artistes	188
3.2.2.3 Les avocats	189
3.3 L'assurance maladie au profit d'autres catégories	189
3.3.1 Les auxiliaires de l'autorité (Moqqaddems et Chioukhs)	189
3.3.2 Les Imams	190
3.3.3 Les Anciens résistants et anciens membres de l'Armée de libération	190
3.3.4 Les victimes de violation des droits de l'Homme	191
3.4 Population restant à couvrir	191
3.4.1 Les étudiants	191
3.4.2 Les professionnels du transport (propriétaires de véhicules de transport, titulaires d'agréments de transport, les chauffeurs, ...)	192
3.4.3 Les personnes n'exerçant aucune activité et disposant d'un revenu (rentiers,...)	192
4. Projection de la population couverte	192
Chapitre 2 : La couverture médicale pour la prise en charge en matière de cancer	194
1. La prise en charge du cancer par l'AMO	194
1.1 Les taux de prise en charge	195
1.2 Les forfaits tarifaires et leur contenu	196
1.2.1 La Convention Nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Médecins et Etablissements de Soins du Secteur Libéral	196
1.2.2 La Convention Nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation	201
1.3 Les médicaments	202
2. La prise en charge du cancer par la CMIM	203
3. La prise en charge du cancer par les compagnies d'assurance privées	204
4. La prise en charge du cancer par le RAMED	205
CONCLUSION	205
ANNEXES	207
Annexe 1 : Liste des tumeurs malignes et des affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique pour lesquelles l'exonération est partielle	207

Liste des tableaux

Tableau 1 : Population couverte par la CNOPS (Septembre 2008) _____	172
Tableau 2 : Population couverte par la CNSS (Septembre 2008) _____	176
Tableau 3 : Population couverte en 2008 et sa projection en 2009 et 2010__	193
Tableau 4 : Répartition du nombre des personnes ayant des accords pour les tumeurs malignes <u>et les</u> maladies malignes des tissus lymphatiques ou hématopoïétiques _____	194
Tableau 5 : Répartition des dossiers liquidés par type de prestations à la CNSS_____	195
Tableau 6 : Taux de prise en charge de l'ALD _____	195
Tableau 7 : Les forfaits de radiothérapie par type de localisation (Grille n°13) _____	198
Tableau 8 : Forfait tarifaire et contenu du forfait relatif aux autres actes et prestations d'oncologie _____	199
Tableau 9 : Tarif forfaitaire de quelques actes d'oncologie pratiqués dans les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation __	201
Tableau 10 : Liste des médicaments anticancéreux admis au remboursement dont le prix de base de remboursement est différent du PP _____	202

Liste des graphiques

Figure 1 : Répartition des assurés de la CNOPS par mutuelle _____ 172

Figure 2 : Répartition des assurés de la CNOPS par région _____ 173

RESUME EXECUTIF

Lors des dernières décennies, le Maroc a connu des progrès indéniables en matière de couverture médicale de la population.

Cependant, malgré la mise en œuvre de la Couverture Médicale de Base, d'autres régimes d'assurance maladie persistent encore.

Le panier de soins, les modalités et les niveaux de prise en charge auxquels a droit cette population varient d'un régime à un autre ou d'un produit à un autre.

Face à la multitude de régimes et de produits d'assurance maladie, et la multitude des paniers de soins, comment s'effectue la prise en charge en matière des cancers ?

OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Ce travail a pour objectifs de :

- Décrire de façon détaillée (population couverte, panier de soins, taux et modalités de prise en charge) les différents régimes de couverture médicale ;
- Evaluer la population couverte par régime à l'horizon 2010 ;
- Analyser la prise en charge des pathologies de cancer (dépistage, diagnostic, thérapeutique, ...) par les différents modes de couverture médicale.

PRINCIPAUX RESULTATS :

La mise en œuvre de la Couverture Médicale de Base, conçue comme une réforme du financement du secteur de la santé, a été instituée par la loi 65-00 portant code de la CMB, promulguée par le Dahir 1-02-296 du 3 octobre 2002 et publiée au Bulletin Officiel du 21 novembre 2002.

Cette loi institue un système de Couverture Médicale de Base comprenant :

- Le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO), destiné aux actifs et retraités du secteur public et privé et leurs ayants droits, qui est géré par deux organismes (CNOPS et CNSS) qui offrent des paniers de soins différents à des niveaux de prise en charge différents ;
- Le régime d'assistance médicale (RAMED) qui donne droit aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat ;

A coté des régimes de la Couverture Médicale de Base persistent encore d'autres régimes d'assurance maladie :

- Les mutuelles et caisses internes qui sont des assurances maladie proposées et gérées par des établissements et des entreprises publics au profit de leurs employés : Les taux de remboursement et les niveaux des cotisations sont fixés par les statuts et les règlements intérieurs de ces sociétés. Ils sont au moins similaires à ceux prévus par le régime d'AMO géré par la CNOPS ;
- La Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) couvre essentiellement les employés des grandes entreprises travaillant dans le secteur bancaire et des hydrocarbures : La couverture des prestations assurées est la plus importante au niveau national ;
- Les compagnies d'assurance privées couvrent les employés de plusieurs milliers d'entreprises privées, dans le cadre de contrats d'assurance maladie de groupe : Les niveaux de couverture (taux de remboursement, plafond ...) et les niveaux de primes varient selon les besoins exprimés par les assurés.

Pour des catégories de populations spécifiques, des couvertures ad-hoc ont été mises en place à leur profit. Il s'agit des :

- Indépendants, artisans et professions libérales ;
 - Auxiliaires de l'autorité (Moqqaddems et Chioukhs) ;
 - Imams des mosquées ;
- Les victimes de violation des droits de l'Homme.

L'ensemble de ces régimes bénéficie, en 2008, à seulement 26,5% de la population marocaine.

Malgré le démarrage du régime INAYA en 2007¹, du RAMED dans la région TADLA-AZILAL en novembre 2008 et la mise en œuvre, en 2009, des régimes d'assurance maladie au profit des étudiants et des personnes exerçant des professions libérales (les professionnels de santé, les avocats et les artistes), le taux de couverture médicale s'élèvera, en 2009, à près de 31%. De même, l'extension du RAMED dans les autres régions du Royaume à partir de 2010² devrait porter le taux de couverture médicale à près de 38% de la population marocaine.

Vue de cet angle, la prise en charge des ALD, en général, et du cancer, en particulier, diffère selon le régime de couverture médicale considéré.

¹ Les hypothèses de couverture pour ce régime ont été décalées : 500 000 bénéficiaires en 2009 et 1 million en 2010.

² Le même programme d'appui à la consolidation de la couverture médicale de base financé par la commission européenne, prévoit qu'en 2010 le RAMED couvrira 25% de la population potentielle au niveau national et la moitié en 2011.

Pour la CNOPS et la CNSS, la prise en charge du cancer constitue un volet spécifique et distingué des autres prestations. Les modalités de cette prise en charge sont précisées dans le cadre des conventions signées entre les organismes gestionnaires et les producteurs de soins.

Les taux de remboursement sont relativement élevés. Pour la CNOPS, la part restant à la charge de l'assuré ne peut être supérieure à 10% de la tarification nationale de référence pour ces maladies.

Pour la CNSS, le taux de couverture pour les ALD était fixé à 70% de la tarification nationale de référence au niveau des cliniques privées et à 90% dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat. Ce taux a été revu à la hausse depuis le 15 juillet 2008 pour atteindre entre 95 et 99% pour les ALD et 100% pour les ALC. Les tumeurs malignes sont prises en charge à hauteur de 95%.

Par ailleurs, lorsque le médicament admis au remboursement sert au traitement d'une maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, le bénéficiaire peut être totalement ou partiellement exonéré par l'organisme gestionnaire de la partie des frais à sa charge.

De plus, la CNOPS dispose d'une pharmacie qui assure la desserte, généralement gratuitement, des médicaments anticancéreux coûteux.

Pour la CMIM, il n'y a pas de distinction entre la prise en charge des ALD et les autres prestations couvertes. Seulement, cette prise en charge est conditionnée par la présentation d'un dossier médical prouvant l'atteinte de l'ALD et l'accord préalable de la part de l'assureur.

A l'instar de la CMIM, la prise en charge des ALD par les compagnies d'assurance privées est similaire à celle des autres prestations couvertes. Les taux de remboursement sont, généralement, aux alentours de 80% avec un plafond de 1 MDH par maladie, par personne et par an. Par ailleurs, les maladies antérieures à la date d'adhésion ne sont pas couvertes sauf s'il s'agit d'une suite de contrat sans interruption de garantie, avec attestation de prise en charge de la maladie par l'ancien assureur.

Il est à noter que les contrats d'assurance conclus pour les imams des mosquées, les anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération, les auxiliaires de l'autorité (Moqqaddems et Chioukhs), garantissent une couverture médicale de base équivalente à celle qui est prévue par le régime d'AMO géré par la CNOPS au profit des fonctionnaires et agents du secteur public.

Par ailleurs, en vertu des deux conventions conclues dans le cadre de la couverture médicale des travailleurs indépendants, des personnes exerçant une profession libérale et des artisans, l'assuré de produits de base « ASSASSI » bénéficie d'une prise en charge déplafonnée dans les hôpitaux publics pour le suivi hospitalier des ALD. Les assurés sont pris en charge dans les hôpitaux publics à hauteur de 90%. L'assuré s'acquittera d'un montant correspondant à 10% du tarif règlementaire avec un minimum de 10 DH et un maximum de 300 DH sans qu'il y ait, au préalable, un accord de prise en charge.

Le panier de soins des produits d'assurance maladie « Moutakamil » et « Chamil » comprend les ALD et les ALC. Le taux de prise en charge est de 90% du tarif conventionnel (AMO) conditionné, pour l'hospitalisation, d'un accord préalable délivré par l'assureur. A noter qu'un plafond de prise en charge de 200 000 DH est fixé pour ces deux produits.

Concernant le RAMED, Les personnes reconnues éligibles ont droit, au même titre que l'ensemble des ALD, à la prise en charge totale des pathologies des cancers.

INTRODUCTION

Lors des dernières décennies, le Gouvernement marocain a entamé une série de réformes qui touchent les différents secteurs notamment celui de la santé.

Parmi les grands chantiers de réforme que connaît le secteur de la santé, la réforme du financement qui vise à renforcer la qualité des soins et à garantir l'accès à l'ensemble de la population.

La mise en œuvre de la Couverture Médicale de Base, conçue comme une réforme du financement du secteur de la santé, a été instituée par la loi 65-00 portant code de la CMB, promulguée par le Dahir 1-02-296 du 3 octobre 2002 et publiée au Bulletin Officiel du 21 novembre 2002.

Cette loi institue un système de Couverture Médicale de Base comprenant :

- Un régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) fondé sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques ;
- Un régime d'assistance médicale (RAMED) fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

A coté des régimes de la Couverture Médicale de Base persistent encore d'autres régimes d'assurance maladie :

- Les mutuelles et caisses internes qui sont des assurances maladie proposées et gérées par des établissements et des entreprises publics au profit de leurs employés ;
- La Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) couvre essentiellement les employés des grandes entreprises travaillant dans le secteur bancaire et des hydrocarbures ;
- Les compagnies d'assurance privées couvrent les employés de plusieurs milliers d'entreprises privées, dans le cadre de contrats d'assurance maladie de groupe.

Pour des catégories de populations spécifiques, des couvertures ad-hoc ont été mises en place à leur profit. Il s'agit des

- Les auxiliaires de l'autorité (Moqqaddems et Chioukhs) ;
- Les Imams des mosquées ;
- Les victimes de violation des droits de l'Homme.

L'ensemble de ces régimes bénéficie, en 2008, à seulement 26,5% de la population marocaine.

Le panier de soins, les modalités et les niveaux de prise en charge auxquels a droit cette population varient d'un régime à un autre ou d'un produit à un autre.

Face à la multitude de régimes et de produits d'assurance maladie, et à la multitude des paniers de soins, comment s'effectue la prise en charge en matière des cancers ?

Ce travail est scindé en deux chapitres. Le premier chapitre est consacré à la description détaillée des différents régimes de couverture médicale. Ce chapitre fait aussi l'objet d'une projection de la population couverte par régime, à l'horizon 2010.

Le deuxième chapitre est consacré à l'analyse de la prise en charge des pathologies de cancers (dépistage, diagnostic, thérapeutique, ...) par les différents modes de couverture médicale.

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION DE LA COUVERTURE MÉDICALE AU MAROC

1. Historique

Le Maroc, pays en voie de développement, ne disposait pas, jusqu'au 18 août 2005, de régime d'assurance maladie obligatoire mais un certain nombre d'organismes (sociétés mutualistes, caisses internes et entreprises d'assurances) offraient une assurance facultative, sous forme de remboursement de dépenses de santé.

1.1 Le secteur mutualiste

Les sociétés mutualistes assuraient la couverture médicale de base et complémentaire à environ 2,5 millions de bénéficiaires et regroupent environ 1 000 000 d'adhérents. Créées par les personnels du secteur public, elles sont regroupées dans une union dénommée « Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (C.N.O.P.S) », créée le 14 janvier 1950, dont le rôle est la gestion des activités communes à l'ensemble des sociétés mutualistes qui la composent.

L'avènement de la mutualité au Maroc est ancien. En effet, sous le protectorat, trois mutuelles de service ont vu le jour (la Mutuelle de Police en 1919, la Mutuelle des Douanes en 1928, la Mutuelle des Poste, Téléphone et Télécommunication en 1946). Deux autres mutuelles à caractère général (Œuvres de Mutualité des Fonctionnaires et Agents Assimilés du Maroc - OMFAM en 1929 et la Mutuelle Générale des Personnels des Administrations Publiques - MGPAP en 1946) ont également été fondées.

Après l'Indépendance, le mouvement mutualiste dans le secteur public a été renforcé par la création d'autres sociétés mutualistes (Exemple : la mutuelle des Forces Armées Royales - MFAR en 1958 qui s'est retirée de la CNOPS en 1999), la Mutuelle Générale de l'Education Nationale - MGEN en 1963, la mutuelle des Forces auxiliaires - MFA en 1976, la Mutuelle du Personnel de l'Office d'Exploitation des Ports - MODEP en 1996).

Les sociétés mutualistes et la CNOPS et les mutuelles ont joué un rôle moteur dans le domaine de l'économie sociale et ce, pendant plusieurs décennies.

Le secteur de la mutualité est constitué de trois types d'institutions mutualistes :

1.1.1 Les sociétés mutualistes de personnel du secteur public et leur union la CNOPS

La CNOPS, instituée en qualité d'union de sociétés mutualistes du secteur public, est un organisme de droit privé qui trouve son existence légale dans le Dahir n° 1-57-187 du 12 novembre 1963 portant statut de la mutualité.

La CNOPS gère, pour le compte des sociétés mutualistes, une assurance de base dite « secteur commun » et chaque société offre une assurance complémentaire.

Le secteur commun effectuait le remboursement des dépenses de soins (maladie et maternité), avec un ticket modérateur sur la base des prix officiels des produits pharmaceutiques (PPM) et sur la base des tarifs de responsabilité, pour les autres soins.

Le secteur commun était financé par une cotisation salariale de 2,5% du traitement de base (hors primes) plafonnée à 1 000 Dirhams par an et par une cotisation patronale de 3,5% (dont 1% pour les frais de gestion).

Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, la CNOPS gère l'Assurance Maladie Obligatoire au profit des agents actifs et retraités du secteur public. Les mutuelles, quant à elles, gèrent à la fois les soins ambulatoires de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base pour le compte de la CNOPS et elles continuent de prendre en charge la couverture médicale complémentaire.

1.1.2 Les mutuelles d'entreprises du secteur privé

La Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (C.M.I.M) couvre essentiellement les employés de 440 entreprises travaillant dans les secteurs des Banques et des hydrocarbures. Les cotisations sont partagées à parts égales entre les employeurs et les employés. La couverture des prestations assurées est élevée (la plus importante au niveau national).

1.1.3 Les mutuelles et les caisses internes

Ces mutuelles sont créées par certains établissements publics. Il s'agit de mutuelles et caisses internes propres aux personnels de grandes entreprises publiques qui remboursent les dépenses de soins en cas de maladie - maternité. Certaines mutuelles gèrent même des structures de soins (dispensaires et cliniques).

Leur financement est assuré par une cotisation salariale et une contribution patronale, variable suivant les mutuelles mais le financement par l'employeur est important car souvent les employeurs octroient des subventions d'équilibre à ces mutuelles.

1.2 Le secteur des assurances

Les entreprises d'assurances et de réassurances dont quelques unes sont à forme mutuelle, proposent des contrats individuels ou de groupe destinés à fournir des prestations en cas de maladie -maternité de base et/ou complémentaire. Ces contrats sont à configuration variable et les cotisations dépendent du niveau de la couverture retenue par les souscripteurs de contrats.

Ces entreprises qui s'efforcent de prendre en charge les dépenses exposées par leurs assurés sur la base des factures réelles, négocient leurs contrats avec les souscripteurs, parallèlement aux contrats d'assurances dommages ainsi qu'aux contrats d'accidents de travail et maladies professionnelles. Ainsi, le risque de maladie constitue en fait un produit d'appel dont le déficit fréquent est résorbé par les bénéfices des autres assurances.

2. Etat des lieux

Avant Août 2005, la population qui bénéficiait d'une assurance maladie est estimée à 16,4% de la population marocaine, dont 75% des bénéficiaires appartiennent aux mutuelles couvrant des agents de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics ainsi que leurs ayants droit.

Actuellement, le Maroc s'est lancé dans une réforme de son système de soins de santé qui vise à renforcer la qualité des soins et à garantir l'accès à l'ensemble de la population.

En effet, l'assurance maladie est le résultat d'une longue évolution qui présente à ce jour des caractéristiques distinctes importantes quant au mandat des organismes gestionnaires, aux particularités institutionnelles, aux caractéristiques de la couverture et, enfin quant à son financement.

2.1 L'assurance maladie obligatoire de base (AMO)

La loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base vise à assurer à la population un accès égal et équitable aux soins et consolide les droits acquis par les personnes bénéficiant d'une assurance maladie avant l'entrée en vigueur de cette loi.

La généralisation de la couverture médicale de base dont le premier acte est l'AMO au profit des salariés actifs et pensionnés des secteurs public et privé avec deux organismes gestionnaires : la CNOPS pour le régime des fonctionnaires et agents du secteur public et la Caisse nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé.

L'AMO de base devrait porter, à moyen terme, la population des salariés couverte de 16,4% à 37,5%.

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), organisme de régulation, veille à l'équilibre financier à travers l'encadrement permanent du régime de l'assurance maladie,

Pour assurer la pérennité et la viabilité financière du régime dans sa globalité, des mesures d'accompagnement portant sur l'optimisation, la régulation et la maîtrise des dépenses de santé sont prévues, notamment :

- L'adoption d'une liste des médicaments admis au remboursement. Cette liste est passée à 1 103 médicaments dans un deuxième temps puis à 1 681 médicaments admis au remboursement ;
- L'adoption d'une liste des affections de longue durée (ALD) et les affections lourdes et coûteuses (ALC) comprenant 41 maladies ;
- La conclusion de conventions de tarification avec les prestataires de soins publics et privés.

2.1.1 Le régime d'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNOPS

Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base le 18 août 2005, la CNOPS gère l'assurance maladie obligatoire au profit des agents actifs et pensionnés du secteur public. Les mutuelles la composant, quant à elles, continuent de gérer le régime complémentaire qui n'a subi aucun changement.

2.1.1.1 La population couverte

Le régime d'AMO de base que gère la CNOPS concerne une population d'adhérents constitués de fonctionnaires de l'Administration et d'agents d'établissements publics et des collectivités locales, qu'ils soient actifs ou pensionnés.

Il couvre l'assuré et les membres de sa famille à sa charge (à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature), à savoir :

- Le (les) conjoint (s) de l'assuré ;
- Leurs enfants à charge âgés de 21 ans au plus ;
- Leurs enfants à charge non mariés âgés de 26 ans au plus et poursuivant des études supérieures ;
- Leurs enfants handicapés à charge, sans limite d'âge.

Cette population est estimée à 3,2 millions de personnes bénéficiaires des prestations du régime, répartie comme suit :

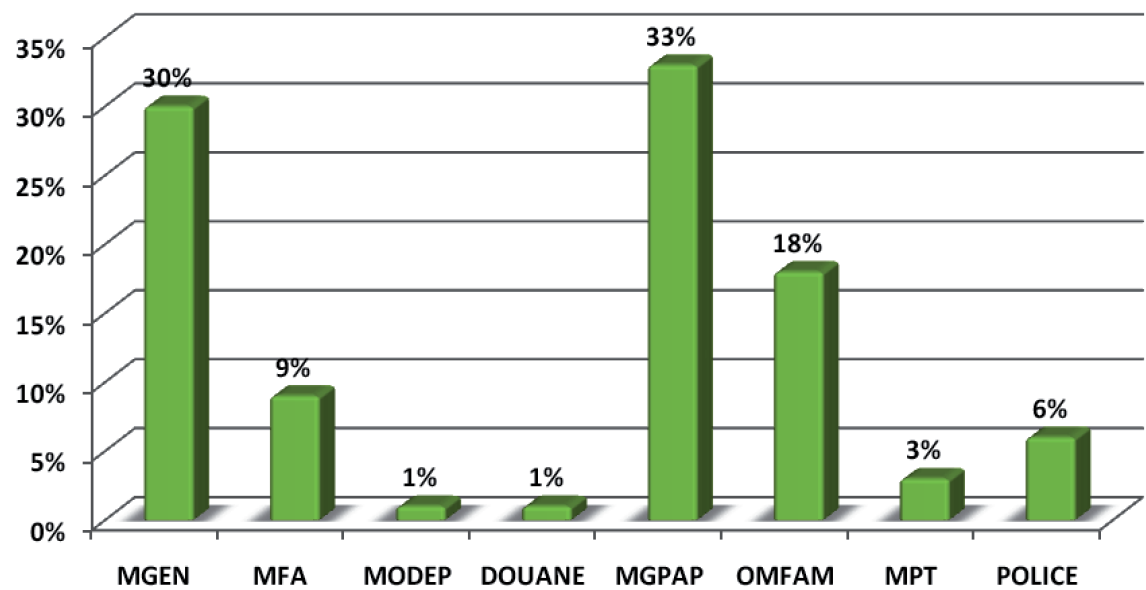
Tableau 1 : Population couverte par la CNOPS (Septembre 2008)

	Régime Facultatif	Adhésions AMO	Total
Actifs	773 753	139 000	912 753
Retraités	148 359	110 000	258 359
Assurés	922 112	249 000	1 171 112
Ayant droit	1 577 888	451 000	2 028 888
Total bénéficiaires	2 500 000	700 000	3 200 000

Source : CNOPS

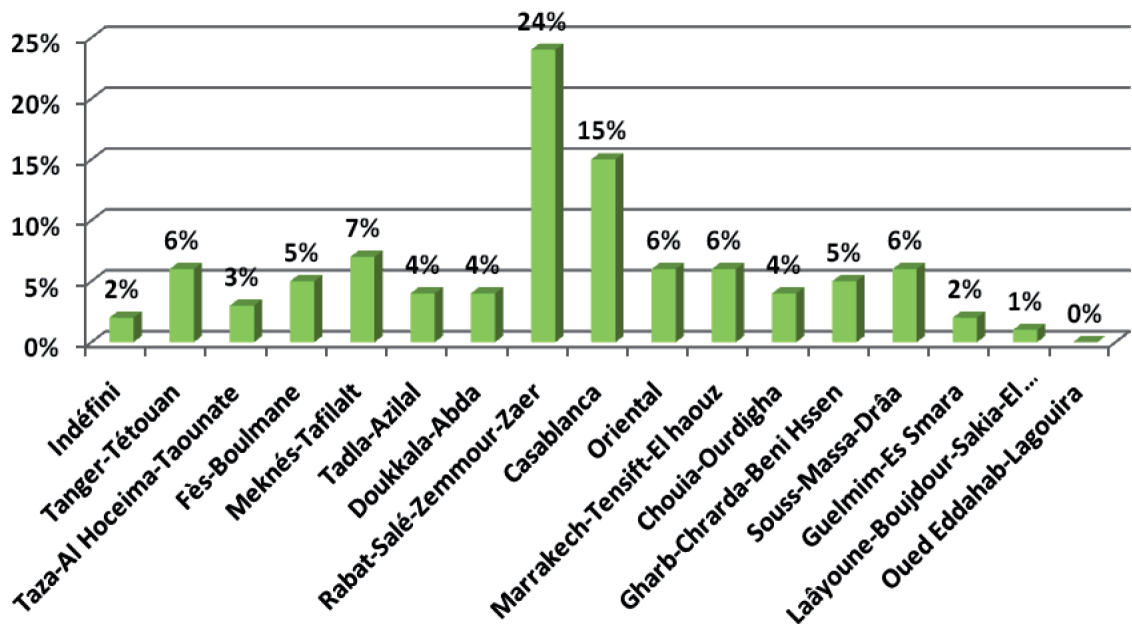
D’après le graphique ci-dessous, trois mutuelles (MGEN, MGPAP et OMFAM) couvrent plus de 80% des assurés de la CNOPS.

Figure 1: Répartition des assurés de la CNOPS par mutuelle



Par ailleurs, la figure n°2 montre que 39% de la population couverte par la CNOPS est concentrée dans l’axe Rabat-Casablanca. En effet, la population de ces deux régions est constituée essentiellement de fonctionnaires de l’Etat, qui sont assurés par les mutuelles relevant de la CNOPS.

Figure 2 : Répartition des assurés de la CNOPS par région



2.1.1.2 Les cotisations

Les cotisations sont basées sur une assiette et un taux :

a - Assiette de cotisation :

Pour un assuré en activité, l'assiette est le salaire brut déduction faite des allocations familiales.

Pour un titulaire de pension (s), cette assiette est déterminée sur la base du montant global des pensions de base dont bénéficie le titulaire.

b - Le taux de cotisation :

Pour un assuré en activité, le taux de cotisation global est de 5% de l'assiette selon un partage à parts égales entre l'employeur (Etat, collectivité locale et établissement public) et les fonctionnaires ou agents.

Le bénéficiaire de pension (s) supporte un prélèvement de 2,50 % de l'ensemble des pensions de base. Les caisses gérant les régimes servant ces pensions sont responsables du précompte à la source de ces prélèvements et de leurs versements à la CNOPS.

Le seuil minimal des cotisations est de 70 DHS alors que le seuil maximal est fixé à 400 DHS. Si après déduction des allocations familiales et application du taux de cotisation (2,5%), le montant dû à la CNOPS est inférieur à 70 DHS, il est ramené à ce seuil. Si le montant dû dépasse 400 DH, il est aligné sur ce plafond.

En cas d'occupation de deux ou plusieurs fonctions ou perception de deux ou plusieurs pensions de base, chaque employeur ou régime de pensions doit verser la cotisation correspondant à la rémunération ou la pension qu'il sert.

L'employeur est responsable du paiement de la cotisation globale. S'il cesse de payer pendant six mois, l'assuré perd le bénéfice de la couverture médicale.

2.1.1.3 Les biens et services assurés

Les biens et services couverts (le panier de soins) par l'AMO comprennent l'ensemble des biens et services dits curatifs et de réadaptation et des soins préventifs, que les prestations soient dispensées en ambulatoire ou en hospitalisation. Les soins à l'étranger admissibles sont ceux qui ne sont pas disponibles au Maroc.

Le panier de soins pris en charge par la CNOPS comprend l'ensemble des prestations prévues par l'article 7 de la loi n° 65-00 portant la loi n° 65-00, à savoir :

- Les soins préventifs et curatifs, liées aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat ;
- Les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- Les soins relatifs au suivi de la grossesse, de l'accouchement et ses suites ;
- Les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- Les analyses de biologie médicale ;
- La radiologie et imagerie médicale ;
- Les explorations fonctionnelles ;
- Les médicaments admis au remboursement ;
- Les poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- Les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux, compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident et du type de dispositif ou d'implants ;
- Les appareils de prothèse ou d'orthèse médicale admis au remboursement ;
- La lunetterie médicale ;
- Les soins bucco-dentaires ;
- L'orthodontie pour les enfants ;
- Les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- Les actes paramédicaux.

Le panier de soins ne comprend pas : Les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalassothérapie, l'homéopathie et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce.

L'AMO n'assure pas les soins esthétiques, les soins aux accidentés de la route, ni les soins reliés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Tous les soins couverts donnent droit au remboursement ou éventuellement à une prise en charge directe par la CNOPS.

La couverture est répartie entre :

- le tiers payant : prise en charge des frais directement par la CNOPS et paiement des prestataires de soins dans le cadre de conventions de tiers payant, selon les taux et forfaits qui y sont fixés ;
- les soins ambulatoires : remboursement aux assurés d'un pourcentage des frais engagés, sur la base d'une tarification nationale de référence.

2.1.1.4 Le taux de couverture

Les taux de couverture des prestations sont fixés par groupes de prestations comme suit :

- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, actes paramédicaux, de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie délivrés à titre ambulatoire hors médicaments : **80%** de la tarification nationale de référence ;
- Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice et le sang et ses dérivés labiles : **90%** de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à **100%** lorsque les prestations sont rendues dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat ;
- Médicaments admis au remboursement : **70 %** du prix public Maroc sur la base du prix du générique lorsqu'il existe ;
- Lunetterie médicale, dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux : forfaits fixés dans la tarification nationale de référence ;
- Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement : forfaits fixés dans la tarification nationale de référence ;
- Soins bucco-dentaires : **80%** de la tarification nationale de référence ;
- Orthodontie médicalement requise pour les enfants : forfait fixé dans la tarification nationale de référence.

2.1.2 Le régime d'assurance maladie obligatoire de base géré par la CNSS

La CNSS créée en 1959, en tant qu'établissement public sous la tutelle du Ministère chargé de l'Emploi, est une caisse qui gère le régime de sécurité sociale couvrant les salariés des entreprises du secteur privé.

Dans ce cadre, elle assure les prestations à long terme, à court terme et les allocations familiales.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 65-00, la CNSS gère l'assurance maladie obligatoire au profit des salariés actifs et pensionnés du secteur privé.

2.1.2.1 La population couverte

L'assurance maladie obligatoire de base gérée par la CNSS concerne :

- Les salariés assujettis au régime de sécurité sociale ;
- Les titulaires de pensions dont le montant est supérieur ou égal à 500 dirhams ;
- Les assurés volontaires ;
- Les marins pêcheurs à la part.

Elle couvre l'assuré et les membres de sa famille à sa charge (à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature), à savoir :

- Le (les) conjoint (s) de l'assuré ;
- Leurs enfants à charge âgés de 21 ans au plus ;
- Leurs enfants à charge non mariés âgés de 26 ans au plus et poursuivant des études supérieures ;
- Leurs enfants handicapés à charge, sans limite d'âge.

Elle assure ainsi la couverture médicale pour la première fois d'une population estimée à 2,290 millions de personnes, réparties comme suit :

Tableau 2 : Population couverte par la CNSS (Septembre 2008)

	Actifs	Pensionnés	Total
Assurés	703 365	182 631	885 996
Ayants droit	1 001 830	244 769	1 246 599
Total bénéficiaires	1 705 195	427 400	2 132 595

Source : CNSS

2.1.2.2 Les cotisations

Les cotisations sont basées sur une assiette et un taux :

a -Assiette de cotisation :

Pour un assuré en activité, l'assiette est le salaire brut déduction faite des allocations familiales.

Pour un titulaire de pension (s), cette assiette est déterminée sur la base du montant global des pensions de base.

b -Le taux de cotisation :

Le taux de cotisation global est fixé à 4% du salaire brut déduction faite des allocations familiales, réparti à part égale entre l'employeur et le salarié.

Le bénéficiaire d'une pension supporte la cotisation globale de 4% sur sa pension.

Ce taux est complété par une participation complémentaire à la charge exclusive de l'ensemble des employeurs affiliés au régime de sécurité sociale, prélevée sur le taux de cotisation afférent aux allocations familiales qui est égale à 1,5% de la masse salariale soumise à cotisation à la CNSS.

2.1.2.3 Les biens et services assurés

Les biens et services assurés (panier de soins) pris en charge par la CNSS comprend une partie des prestations prévues par l'article de la loi n° 65-00, à savoir :

- En ce qui concerne les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, les prestations médicalement requises, qu'elles soient dispensées à titre ambulatoire ou dans le cadre de l'hospitalisation, suivantes :
 - Les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
 - Les analyses de biologie médicale ;
 - La radiologie et l'imagerie médicale ;
 - Les explorations fonctionnelles ;
 - L'hospitalisation ;
 - Les médicaments admis au remboursement ;
 - Le sang et ses dérivés labiles ;
 - Les soins bucco-dentaires ;
 - Les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux admis au remboursement ;

- Les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
 - Les actes paramédicaux ;
 - Les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement ;
 - La lunetterie médicale.
- En ce qui concerne l'enfant dont l'âge est inférieur ou égal à 12 ans, l'ensemble des prestations définies à l'article 7 de la loi n° 65-00 ;
 - En ce qui concerne le suivi de la grossesse, de l'accouchement et ses suites, des actes médicaux et chirurgicaux tels qu'ils sont définis à la nomenclature générale des actes professionnels et à la nomenclature des actes de biologie médicale ainsi que les médicaments admis au remboursement, le sang et ses dérivés labiles, les actes paramédicaux et, le cas échéant, les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
 - En ce qui concerne l'hospitalisation, l'ensemble des prestations et soins rendus dans ce cadre y compris les actes de chirurgie réparatrice.

2.1.2.4 Le taux de couverture

Le taux de couverture de ces groupes de prestations est fixé à 70% de la tarification nationale de référence.

Ce taux est porté à 90% pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, lorsque les prestations afférentes sont dispensées dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.

2.2 Couverture facultative

2.2.1 La couverture de base

Dans une phase transitoire prévue par la loi 65-00 (article 114), de cinq années renouvelable, la couverture médicale de base pour les personnes qui en bénéficiaient avant le 18 août 2005, continue à être assurée par :

- Les sociétés mutualistes autres que celles qui composent la CNOPS et les caisses internes au sein des entreprises publiques. Les niveaux de couverture (taux de remboursement) et les niveaux des cotisations sont fixés par les statuts et les règlements intérieurs de ces sociétés. Ils sont au moins similaires à ceux prévus par le régime d'AMO géré par la CNOPS ;
- Les entreprises d'assurances dans le cadre des contrats de groupe couvrant le risque maladie et souscrits par des employeurs avant l'entrée en vigueur de l'AMO : Les niveaux de couverture (taux de remboursement, plafond ...) et les niveaux de primes varient selon les besoins exprimés par les assurés.

2.2.2 La couverture complémentaire

La couverture de base garantit le remboursement des prestations afférentes à un panier de soins selon des taux de référence et l'assuré couvre le reste, d'où l'intérêt de la couverture complémentaire. Cette couverture complémentaire est offerte par les sociétés mutualistes et les entreprises d'assurances.

2.2.2.1 Les sociétés mutualistes

Les sociétés mutualistes assurent pour leurs adhérents le remboursement de 16% des frais médicaux et 20 % pour les prothèses, les analyses, les actes chirurgicaux et les lunettes sur la base d'un tarif de responsabilité. De plus, elles gèrent des œuvres sociales au profit de leurs adhérents (cabinets dentaires, polycliniques, etc.).

Le taux de cotisation varie entre 1% et de 1,80% du salaire de base sans que le montant dû ne dépasse 600 DH par année pour les adhérents en activité. Quant aux adhérents retraités, le taux de cotisation ne dépasse pas 1% de la pension dans la limite d'un plafond de 500 DH par année.

2.2.2.2 Les entreprises d'assurances

Les entreprises d'assurances dans le cadre des contrats individuels ou de groupe offrent des couvertures complémentaires du risque maladie, souscrits par des particuliers ou par des employeurs, en complément des prestations garanties par des couvertures de base (régimes obligatoires ou contrats d'assurances).

Les niveaux de couverture et les taux de primes varient selon les besoins exprimés par les assurés. Les contrats en couverture complémentaire prévoient des franchises de prise en charge, égales aux plafonds prévus par les couvertures de base, ainsi que des plafonds pouvant atteindre un million de dirhams.

3. Extension de la couverture médicale

Au Maroc, pays où la couverture sanitaire a toujours été considérée comme un privilège de certaines couches sociales qui ne dépassent guère 16,4% de la population, la réforme du système de santé a toutes les chances de participer au bien-être des citoyens marocains en consolidant les acquis des bénéficiaires actuels et en étendant les prestations à d'autres couches non encore couvertes.

3.1 Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Le RAMED constitue la seconde composante de la loi 65-00, portant application de la couverture médicale de base prévue par la loi 65-00.

Ce Régime, qui bénéficie aux personnes démunies non couvertes par un régime d'assurance maladie, est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. Son financement est assuré principalement par l'Etat et les collectivités locales ainsi que par une contribution annuelle des bénéficiaires éligibles à une prise en charge partielle.

3.1.1 Populations éligibles

Aux termes des articles 116 à 119 du code de la CMB, la population bénéficiaire des prestations du RAMED comprend :

- les personnes économiquement faibles non assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales définies par le code de couverture médicale de base susmentionné. Le RAMED s'applique également aux membres de famille de ces personnes (conjoint, enfants légalement à charge et enfants handicapés) ;
- les pensionnaires des établissements pénitentiaires, de bienfaisance, orphelinats, hospices ou de rééducation, et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille ;
- les personnes sans domicile fixe ;
- les personnes jouissant, en vertu d'une législation particulière, de la gratuité pour la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies.

La population éligible au RAMED a été estimée, à partir des seuils officiels de pauvreté et de vulnérabilité de 2004, à 8,5 millions de personnes (soit 28% de la population marocaine). Près de la moitié (47%) sont éligibles à titre absolu.

A cette population totale s'ajoutent 160 000 qui sont des éligibles de droit.

La qualité de bénéficiaire de ce régime est prononcée, à la demande de l'intéressé, par l'administration dans les conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

3.1.2 Critères d'éligibilité au RAMED

Les critères d'éligibilité du postulant au RAMED sont définis selon le milieu de résidence.

3.1.2.1 Milieu urbain

Les critères d'éligibilité en milieu urbain sont définis comme suit :

- Avoir la qualité de résidant dans une commune dont le taux de pauvreté officiel est supérieur ou égal à 30% ;

- Disposer d'un revenu annuel inférieur à 5 650 DH par personne composant le ménage après pondération du revenu déclaré, y compris les transferts, par des variables socioéconomiques du ménage ;
- Avoir un score des conditions socioéconomiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 11.

Est considéré éligible tout postulant répondant, au moins, à deux des trois critères sus indiqués. En plus, si le revenu pondéré est supérieur à 3 767 DH par personne et par an et inférieur à 5 650 DH par personne, le postulant est reconnu comme étant indigent relatif ou en situation de vulnérabilité, tandis que si ce revenu est inférieur à 3 767 DH par personne et par an, le postulant est reconnu en situation de pauvreté absolue.

3.1.2.2 Milieu rural

Les critères d'éligibilité en milieu rural sont les suivants :

- Avoir un score patrimonial, calculé sur la base de l'ensemble des éléments constituant son patrimoine, inférieur ou égal à 70 par personne composant le ménage ;
- Avoir un score des conditions socioéconomiques calculé sur la base des variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 6.

Le postulant est considéré éligible s'il répond aux deux critères sus indiqués. En plus, si le score patrimonial est supérieur à 28 et inférieur ou égal à 70, le postulant est reconnu en situation de vulnérabilité. Toutefois, si ce score patrimonial est inférieur à 28, le postulant est reconnu en situation de pauvreté absolue.

3.1.3 Prestations garanties et conditions de prise en charge

Les personnes reconnues éligibles au RAMED ont, selon la catégorie à laquelle elles appartiennent, droit aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat, à savoir :

- Les hospitalisations ;
- Les accouchements ;
- Le passage aux urgences ;
- Les consultations spécialisées externes ;
- Les analyses de biologie en externe ;
- Les examens d'imagerie médicale en externe ;
- et le suivi des ALD (Hémodialyse, Diabète, Tumeurs malignes, Insuffisance cardiaque, etc.)

3.1.4 Sources de financement du RAMED

Le RAMED est financé principalement par l'Etat et les collectivités locales ainsi que par :

- la participation partielle annuelle des bénéficiaires visée à l'article 120 du code de la CMB ;
- les produits financiers ;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de législation ou de réglementation particulières.

Selon les termes du code de couverture médicale de base, les contributions de l'Etat et des collectivités locales sont inscrites respectivement dans la loi de finances et dans les budgets desdites collectivités. Pour ces dernières, la contribution au financement du RAMED constitue une dépense obligatoire. La contribution partielle annuelle des bénéficiaires, quant à elle, ainsi que ses modalités d'application, sont fixées par décret.

Ainsi, la contribution annuelle des collectivités locales est de 40 dirhams pour chaque personne économiquement démunie absolue. Quant à la contribution forfaitaire annuelle des bénéficiaires, elle est de l'ordre de 120 Dirhams par personne éligible avec un plafond de 600 DH par ménage. Elle sera payée par les économiquement démunis relatifs.

Le coût direct du RAMED hors charges du personnel a été estimé en 2007 à 2,7 Milliards de Dirhams, soit 328 DH par bénéficiaire et par an. Ce financement est réparti comme suit :

- Budget du Ministère de la Santé (y compris les crédits alloués au Ministère de la Santé) : 2 036 000 000 DHS ;
- Contribution des économiquement démunis relatifs : 504 000 000 DHS ;
- Collectivités Locales (Économiquement démunis absolus) : 160 000 000 DHS.

3.1.5 Procédure administrative d'identification des indigents

La procédure d'identification de la population éligible au RAMED débute par le dépôt par le postulant au bénéfice des prestations du régime d'une demande auprès de l'autorité administrative locale compétente à raison du lieu de sa résidence, établie sur un formulaire accompagné des documents justificatifs.

Le modèle du formulaire de demande et la liste des documents l'accompagnant sont définis par arrêté conjoint des autorités gouvernementales chargées de l'intérieur, des finances, de l'agriculture et de la santé. Il comprend :

- l'identification du postulant ;
- le milieu de résidence ;

- les conditions socioéconomiques et les conditions de vie selon le milieu de résidence ;
- la déclaration de revenu ;
- la déclaration sur l'honneur attestant la véracité des informations fournies et le non bénéfice d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base ou de toute autre couverture médicale de base, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit.

La demande de bénéfice est introduite :

- pour les ménages, par un des époux et, en cas d'empêchement ou d'impossibilité, par un des enfants âgé au moins de 18 ans ou, à défaut, par un membre de la famille.
- pour les personnes vivant seules, par la personne concernée elle-même ou, en cas d'incapacité par suite d'hospitalisation ou d'incapacité physique ou mentale, par un membre de sa famille ou, à défaut, par les soins de l'autorité locale compétente à raison du lieu de sa résidence.

L'autorité administrative locale compétente transmet les formulaires de demande, accompagnés des documents justificatifs, à la commission permanente locale ci-dessous dans un délai maximum de 15 jours.

Cette commission permanente locale, présidée par l'autorité administrative locale compétente, a pour missions de :

- Vérifier l'exhaustivité des informations contenues dans les dossiers et des documents les accompagnant ;
- S'assurer de la cohérence des informations fournies ;
- Ecarter les demandes des postulants qui bénéficient d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base ou de toute autre couverture médicale de base, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayant droit ;
- Statuer sur les dossiers de demande ;
- Etablir la liste des personnes reconnues éligibles en précisant leurs catégories d'appartenance, telles que prévues à l'article 6 ci-dessus ;
- Etablir la liste des personnes non éligibles au RAMED ;
- Transmettre les deux listes, accompagnées du procès verbal, dûment paraphé et signé par le président et chacun des membres présents, à l'autorité locale aux fins d'affichage et d'envoi à la commission préfectorale ou provinciale.

La commission permanente locale se réunit au moins deux fois par mois et chaque fois que le nombre des demandes l'exige. Elle statue valablement,

dans un délai maximum de 30 jours, lorsque le nombre des membres présents est supérieur ou égale à 3. Ce délai peut être prorogé de 30 jours au maximum en cas de complément d'information demandé au postulant ou d'enquête sociale.

Présidée par le Wali ou le Gouverneur territorialement compétent, la commission permanente préfectorale ou provinciale, instituée dans chaque province ou préfecture, se réunit une fois par mois et chaque fois que les circonstances l'exigent, afin de :

- Assurer la coordination et le suivi des commissions permanentes locales ;
- Diligenter, en cas de contestation, des enquêtes administratives ou sociales ;
- Statuer, dans un délai maximum de 60 jours, sur les recours présentés contre les décisions des commissions permanentes locales et transmettre ses conclusions à l'autorité locale concernée qui procède à leur affichage et en informe la commission permanente locale intéressée ;
- Etablir, dans un délai maximum de 15 jours, conformément au modèle défini par l'agence nationale de l'assurance maladie, la liste globale définitive des personnes éligibles au régime d'assistance médicale au niveau de la préfecture ou de la province concernée, y compris celles retenues suite à un recours administratif ;
- Adresser la liste globale définitive, accompagnée du procès verbal de réunion, dûment paraphés et signés par le président et chacun des membres présents, au wali ou gouverneur de la préfecture ou de la province compétent.

Pour les personnes admises de droit au bénéfice de la prise totale des frais des prestations de soins, en vertu de l'article 118 de la loi précitée n°65-00, les listes sont établies et dûment signées par le directeur de l'établissement dont relèvent ces personnes.

Quant aux personnes sans domicile fixe, la liste est établie par les soins de l'autorité administrative locale compétente dans le ressort de laquelle se trouve la personne concernée.

3.1.6 Octroi de la carte

La durée d'admission au RAMED des personnes reconnues éligibles est fixée à deux ans. Celles-ci sont immatriculées par l'agence nationale de l'assurance maladie au fichier global des bénéficiaires dudit régime sur la base des listes définitives établies par l'autorité préfectorale ou provinciale concernée.

A l'exception des personnes éligibles au RAMED en vertu des articles 118 et 119 de la loi n° 65-00 susvisée, il est attribué aux personnes reconnues éligibles au RAMED des cartes délivrées par l'agence nationale de l'assurance maladie dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception des listes.

Les cartes d'assistance médicale sont remises aux intéressés par l'autorité administrative locale compétente.

La durée de validité de la carte est de deux ans pour les personnes reconnues en situation de pauvreté et d'un an pour les personnes reconnues en situation de vulnérabilité. Pour cette dernière catégorie, le renouvellement de la carte se fait à l'expiration de la première année de la période d'éligibilité sous réserve du règlement par lesdites personnes du montant de la participation partielle annuelle.

3.1.7 Expérimentation du RAMED dans la région TADLA-AZILAL

A l'instar de l'Assurance Maladie Obligatoire, la mise en œuvre du RAMED se fera progressivement en commençant par la région de Tadla-Azilal (TA) avant de généraliser l'opération à tout le pays. Le lancement de cette opération dans la région de TA a eu lieu le 04 Novembre 2008.

Au niveau de la région de TA, la population éligible au RAMED a été estimée à 420 000 personnes, soit 152 000 éligibles à titre absolu et 268 000 éligibles à titre relatif. A cette population, s'ajoutent les éligibles de droit.

Le coût de prise en charge de cette population (hors charges du personnel) a été estimé à 136 000 000 DHS. Ce coût est réparti comme suit :

- Budget du Ministère de la Santé (y compris les crédits alloués au Ministère de la Santé) : 97 760 000 ;
- Contribution des économiquement démunis relatifs : 32 160 000 ;
- Collectivités Locales (Économiquement démunis absolus) : 6 080 000.

Aux fins de mise en œuvre du RAMED dans la région de TA dans de bonnes conditions, des mesures ont été prises :

- 1.** La mise en place des commissions permanentes locales (49) et préfectorales (2) d'éligibilité ;
- 2.** L'allocation par le Ministère de l'Intérieur d'une enveloppe budgétaire de l'ordre de 2,5 millions de dirhams pour l'équipement des bureaux des commissions précitées;
- 3.** L'élaboration d'un guide d'identification des personnes éligibles au bénéfice du RAMED, du formulaire de demande et de l'application informatique ;
- 4.** La formation et la sensibilisation des différents intervenants dans ce processus
- 5.** La mise en place de deux commissions régionale et nationale composées des représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère de l'Intérieur et de l'ANAM pour le suivi et l'évaluation de cette expérience de grande envergure.

3.2 L'assurance maladie obligatoire au profit des travailleurs indépendants, des personnes exerçant une profession libérale et des artisans

En plus du régime de l'AMO et du RAMED, institué par la loi 65-00, il a été entrepris l'institution d'une couverture maladie obligatoire dédié aux travailleurs indépendants, aux artisans et aux professions libérales. Cette couverture va bénéficier à 10 millions de personnes, soit un tiers de la population marocaine.

Pour permettre de généraliser à terme cette couverture à l'ensemble de la population ciblée, une loi n° 03-07 instaurant l'obligation de disposer d'une couverture médicale pour l'ensemble de ces personnes, à l'exception de ceux qui ne justifient pas d'un revenu supérieur à un seuil¹ qui sera fixé par voie réglementaire, a été adoptée par le parlement avec ses deux chambres en juillet 2007. Les textes d'application de cette loi sont en cours de finalisation.

Cette grande tranche de population est assurée par les deux secteurs :

3.2.1 Le secteur des assurances

Le Gouvernement a mis en place un régime d'assurance spécial dédié aux artisans, commerçants et professions libérales, dénommé « INAYA ». Ce régime est entré en vigueur avec la signature de deux conventions de partenariat liant d'une part, les hôpitaux publics et d'autre part les groupes assureurs WAFA ASSURANCE (signée le 13 novembre 2006) et la Mutuelle Centrale Marocaine des Assurances (MCMA, signée le 8 février 2007).

D'autres conventions ont été signées entre les partenaires pour préciser le rôle de chacun dans le cadre de cette couverture, à savoir :

- Les assureurs couvrent le risque en garantissant le remboursement ou la prise en charge entière en payant les frais engagés par les assurés ;
- Barid Al Maghrib, agit, en tant qu'intermédiaire d'assurance ;
- Les associations de microcredits interviennent comme souscripteurs de contrats au profit de leur clientèle assurant ainsi la proximité du service.

Les produits proposés dans le cadre de « INAYA », introduits selon un système de prépaiement, sont en nombre de trois, il s'agit de :

- Produits « Assassi » (Chifâa Assasi et Alamane Assasi) où les assurés sont pris en charge exclusivement dans les hôpitaux publics, y compris les CHU, en respectant la filière de soins (ambulatoire puis hospitalière) ;
- Produits « Moutakamil » et « Chamil » où les assurés peuvent recourir au secteur de leur choix (hôpitaux publics, polycliniques CNSS, cliniques privées conventionnées et cabinets privés).

¹ Ce seuil sera celui retenu pour l'éligibilité au RAMED.

3.2.1.1 Panier de soins

En vertu des deux conventions précitées, l'assuré de produits de base « ASSASSI » bénéficie d'une prise en charge déplafonnée dans les hôpitaux publics.

Cette assurance couvre les frais de :

- Accouchement, y compris la césarienne ;
- Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris les médicaments et consommables prescrits en cours d'hospitalisation ;
- Consultations spécialisées ;
- Analyses de biologie ;
- Actes d'imagerie médicale ;
- Suivi hospitalier des ALD.

Les deux produits de base du régime « INAYA » ne prennent pas en charge les prestations suivantes :

- Les médicaments prescrits en ambulatoire, qui restent à la charge de l'assuré ;
- Les ALC ;
- Les consultations d'urgence ;
- Le transport sanitaire.

Le panier de soins des produits d'assurance maladie « Moutakamil » et « Chamil » comprend les hospitalisations médicales et chirurgicales, les examens de biologie et de radiologie, les ALD et les ALC.

3.2.1.2 Taux de prise en charge

Pour le produit « Assassi », les assurés sont pris en charge dans les hôpitaux publics, pour les prestations énumérées ci dessus, à hauteur de 90%. L'assuré s'acquittera d'un montant correspondant à 10% du tarif règlementaire avec un minimum de 10 DH et un maximum de 300 DH sans qu'il y ait, au préalable, un accord de prise en charge. A noter qu'aucun plafond n'est fixé pour ce produit. L'assureur règle aux hôpitaux publics un montant correspondant à 290 DH par personne assurée et par an.

Pour les produits « Moutakamil » et « Chamil », le taux de prise en charge est de 90% du tarif conventionnel (AMO) conditionné, pour l'hospitalisation, d'un accord préalable délivré par l'assureur. A noter qu'un plafond de prise en charge de 200 000 DH est fixé pour ces deux produits.

La population des bénéficiaires cible est estimée à près de 30 % de la population marocaine. En septembre 2008, le nombre de personnes souscrites à ce régime d'assurance a atteint environ 5 100 personnes. Les souscriptions à cette assurance sont effectuées, dans 85% des cas, à titre individuel et ne concernent qu'une population âgée et caractérisée par une forte consommation des services de santé.

3.2.2 Le secteur mutualiste

Dans le cadre de ce projet (INAYA), des groupements professionnels ont présenté des projets de création de sociétés mutualistes au profit de leurs membres.

3.2.2.1 Les pharmaciens et professionnels de la santé

La Mutuelle Générale des Pharmaciens et des Professionnels de la Santé vise à couvrir les gros risques et les maladies graves et chroniques. Elle assure une couverture sans limite d'âge.

Les bénéficiaires sont les pharmaciens, les professionnels de la santé et les membres de leur famille.

Le statut de cette société mutualiste a été approuvé par arrêté conjoint du Ministre chargé de l'Emploi et du Ministre chargé des Finances. La mise en place est en cours.

Les cotisations annuelles sont fixées forfaitairement à 2 000 DHS pour un adulte et 1 000 DHS pour un enfant.

La population des bénéficiaires potentiels est d'environ 4 000 adultes et 8 000 enfants.

3.2.2.2 Les artistes

La Mutuelle Nationale des Artistes, qui est en projet, couvrirait les artistes et leurs familles.

Le panier de soins qui serait couvert par cette mutuelle comprend :

- Honoraires des médecins ;
- Frais pharmaceutiques ;
- Frais de laboratoire et de radiologie ;
- Actes de spécialité et de pratique médicale ;
- Traitements spéciaux ;
- Hospitalisation chirurgicale ;
- Hospitalisation médicale ;
- Tuberculose, sanatorium, préventorium ;
- Optique ;

- soins et prothèse dentaires ;
- Maternité et frais pré et post natal ;
- Frais de transport du malade à l'intérieur du Maroc.

Pour l'année de démarrage, les prévisions sont les suivantes :

- La population à couvrir est estimée à environ 2 000 adhérents et 5 000 bénéficiaires.
- Le total des ressources s'élèverait à 5,5 millions de dirhams et le total des prestations est estimé à 5,2 millions de dirhams.

3.2.2.3 Les avocats

La Mutuelle Nationale des Avocats, qui est en projet couvrirait les avocats (tous les barreaux) et leurs familles.

Le panier de soins qui serait couvert par cette mutuelle comprend :

- Médecine générale et spécialité médicale ;
- Soins liés aux hospitalisations et aux interventions chirurgicales ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Analyse de biologie médicale ;
- Assistance médicale ;
- Accouchements et ses suites ;
- Pharmacie ;
- Rééducation fonctionnelle et kinésithérapie ;
- Optique.

Pour l'année de démarrage, les prévisions sont les suivantes :

- La population à couvrir est estimée à environ 1 000 adhérents et 18000 bénéficiaires.
- Le total des ressources s'élèverait à environ 20 millions de dirhams et le total des prestations est estimé à 16 millions de dirhams.

3.3 L'assurance maladie au profit d'autres catégories

Pour des catégories de populations spécifiques, des couvertures ad-hoc sont en cours d'être mises en place à leur profit.

3.3.1 Les auxiliaires de l'autorité (Moqqaddems et Chioukhs)

Un contrat d'assurance de groupe a été conclu au profit de cette population auprès d'une entreprise d'assurance qui est entré en vigueur au cours de 2007.

La population concernée est estimée à 16 000 assurés et 40 000 bénéficiaires.

Le panier de soins couvert concerne :

- Remboursement ou prise en charge directe en mode de tiers payant d'une partie des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation conformément à la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base (régime d'AMO géré par la CNOPS) ;
- Prise en charge des frais de transport médical et de garde ;
- Prise en charge des ALD et ALC prévues par l'AMO.

Sont exclues les maladies antérieures à la date d'adhésion.

Les taux de prise en charge ou de remboursement sont identiques à ceux prévus par le régime d'AMO géré par la CNOPS.

Le bénéficiaire est totalement ou partiellement exonéré en cas d'ALD ou ALC de la part restant à sa charge selon le type de maladie, avec un maximum de 10% de la Tarification Nationale de Référence.

L'exonération de la part restant à la charge du bénéficiaire est totale pour les soins onéreux.

Le montant de la prime est de 1 680 DHS par an et par famille.

3.3.2 Les Imams

Une couverture médicale de base équivalente à celle qui est prévue par le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) géré par la CNOPS au profit des fonctionnaires et agents de l'Etat, est offerte à cette population dans le cadre d'un contrat d'assurance de groupe souscrit et financé par le Ministère des HABOUS.

L'effectif de la population des Imams est de 41 755 personnes et les bénéficiaires avoisinent les 100 000 personnes.

La prime s'élève à 1 680 DHS par an et par famille.

3.3.3 Les Anciens résistants et anciens membres de l'Armée de libération

Une couverture médicale de base équivalente à celle qui est prévue par le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) géré par la CNOPS au profit des fonctionnaires et agents de l'Etat, est offerte à cette population dans le cadre d'un contrat d'assurance de groupe souscrit et financé par le Haut commissariat aux Anciens résistants et anciens membres de l'Armée de libération.

La population concernée s'élève à 7 869 assurés et à plus de 30 500 bénéficiaires. La prime s'élève à 2 100 DHS par an et par famille.

3.3.4 Les victimes de violation des droits de l'Homme

La couverture médicale des personnes victimes de violation des droits de l'Homme et de leurs ayants droit, telles qu'elles sont recensées par le Conseil Consultatif des Droits de l'Homme CCDH) dont la gestion est confiée à la CNOPS pour le compte de l'Etat, s'applique aux :

- Victimes appelées « assurés » ayant subi des violations des droits de l'Homme durant les années 1956 à 1999, telles que recensées par le CCDH ;
- Leur(s) conjoint (s) et les enfants à charge, âgés de 21 ans au plus. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 26 ans pour les enfants non mariés poursuivant des études supérieures, à condition d'en apporter la justification.
- Le(s) conjoint(s) et les enfants d'une victime décédée, sous réserve des conditions d'âge et d'handicap énoncées aux paragraphes ci-dessus.

La population concernée s'élève à 1 985 assurés et 4 566 bénéficiaires.

Cette couverture assure le remboursement et éventuellement la prise en charge directe des frais des prestations de soins et de services qui leur sont dispensées à titre ambulatoire ou en hospitalisation par les producteurs de soins publics et privés.

Le contenu des prestations garanties, les niveaux de couverture ainsi que les conditions et modalités de remboursement ou de prise en charge des prestations par la CNOPS sont ceux appliqués aux assurés AMO auprès de cette caisse.

Le financement s'effectue au moyen d'une contribution à la charge exclusive de l'Etat. Cette contribution de l'Etat englobe la cotisation à la prestation d'assurance maladie et les frais de gestion administrative de cette prestation.

3.4 Population restant à couvrir

3.4.1 Les étudiants

La loi 65-00 (article 2) stipule également que le régime AMO de base s'applique aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé dans la mesure où ils n'en bénéficient pas en tant qu'ayant droit d'un parent bénéficiant de la CMB.

Une étude actuarielle a été élaborée en 2001 et actualisée en 2007 pour estimer la population des étudiants qui seraient concernés par une couverture médicale, le panier de soins à garantir et le coût de la prise en charge de cette couverture.

Avec l'hypothèse que 15% de l'effectif global bénéficient d'une couverture médicale, les premières estimations montrent que l'effectif des étudiants éligibles à l'AMO de base serait de l'ordre de 302 000.

3.4.2 Les professionnels du transport (propriétaires de véhicules de transport, titulaires d'agrément de transport, les chauffeurs, ...)

La couverture sociale de cette catégorie socioprofessionnelle dont la couverture médicale fait l'objet d'une réflexion au sein d'une commission auprès du Ministère chargé du Transport.

3.4.3 Les personnes n'exerçant aucune activité et disposant d'un revenu (rentiers,...)

Aucun projet ni réflexion n'est initié concernant la couverture médicale de ces personnes.

4. Projection de la population couverte

La réforme de la couverture médicale au Maroc prévoit d'améliorer l'accès des citoyens aux soins dans des conditions financières favorables à travers la couverture de la population contre le risque maladie. Cette couverture est progressive.

Avant Août 2005, la population couverte par un régime de mutuelle et d'assurance maladie a été estimée à 16,4%.

En 2008, le taux de couverture médicale reste encore faible et ne dépasse guère 26,5%. De ce fait, l'extension de l'assurance maladie aux autres tranches de la population et la mise en œuvre du RAMED au niveau national s'impose.

Dans ce cadre, le démarrage du RAMED dans la région TADLA-AZILAL est prévu en novembre 2008. Néanmoins, la durée nécessaire pour l'examen et le traitement des dossiers ainsi que la production et la distribution des cartes aux éligibles est d'environ deux mois. En conséquence, la prise en charge effective des bénéficiaires du RAMED débutera au cours de l'année 2009.

Par ailleurs, malgré le démarrage du régime « INAYA » en 2007, les souscriptions aux produits de ce régime restent trop limitées et loin des attentes du Gouvernement. En effet, les prestations couvertes et les niveaux de prise en charge garantis par les produits « INAYA » n'ont pas encore réussi à attirer la population cible (indépendants et les aides artisans) qui représente un tiers de la population marocaine.

Les prévisions attendues lors du lancement de ce régime étaient de 500 000 bénéficiaires au cours de la première année pour couvrir toute la population concernée 3ans plus tard.

Un effort supplémentaire de la part du Gouvernement et des différents intervenants est donc indispensable pour sensibiliser et inciter cette population à souscrire aux produits « INAYA ».

Les hypothèses de couverture pour ce régime sont ainsi décalées : 500 000 bénéficiaires en 2009 et 1 million en 2010.

Par ailleurs, la mise en œuvre, en 2009, des régimes d'assurance maladie au profit des étudiants et des personnes exerçant des professions libérales

(les professionnels de santé, les avocats et les artistes) concernera une population de l'ordre de 350 000 personnes et cela élèvera le taux de couverture médicale à près de 31%.

De même, l'extension du RAMED dans les autres régions du Royaume à partir de 2010 devrait couvrir au courant de la première année 25%² de la population potentielle au niveau national, ce qui portera le taux de couverture médicale à près de 38% de la population marocaine.

Le tableau suivant synthétise la population couverte en 2008 et sa projection pour les années 2009 et 2010.

Tableau 3 : Population couverte en 2008 et sa projection en 2009 et 2010

Régimes	Population couverte en 2008	% de la population totale	Population couverte en 2009	% de la population totale	Population couverte en 2010	% de la population totale
AMO géré par la CNOPS	3 200 000	10,26%	3 200 000	10,15%	3 200 000	10,05%
AMO géré par la CNSS	2 132 595	6,84%	2 132 595	6,77%	2 132 595	6,70%
Régimes internes	261 185	0,84%	245 245	0,78%	230 278	0,72%
CMIM	102 470	0,33%	107 227	0,34%	112 205	0,35%
Assurances Privées	1 344 111	4,31%	1 399 384	4,44%	1 456 929	4,57%
Mutuelle des FAR	1 045 550	3,35%	1 103 879	3,50%	1 165 463	3,66%
Régime INAYA	5 100	0,02%	500 000	1,59%	1 000 000	3,14%
Régime des Imams	100 000	0,32%	100 000	0,32%	100 000	0,31%
Régime des Moqqaddems et Chioukhs	40 000	0,13%	40 000	0,13%	40 000	0,13%
Régime des Anciens Résistants et Membres de l'Armée de Libération	30 500	0,10%	30 500	0,10%	30 500	0,10%
Régime des Victimes de Violation de droits de l'Homme	4 566	0,01%	4 566	0,01%	4 566	0,01%
Régimes des Professionnels de santé, les Avocats et les Artistes		0,00%	35 000	0,11%	35 000	0,11%
Régime des Etudiants		0,00%	302 000	0,96%	302 000	0,95%
RAMED		0,00%	420 000	1,33%	2 125 000	6,67%
Total	8 266 077	26,51%	9 620 397	30,53%	11 934 537	37,47%

Le cancer, quel que soit son type, est traité par les différents régimes de couverture médicale au même titre que les ALD et ALC.

2 Hypothèse arrêtée dans le cadre du programme d'appui à la consolidation de la couverture médicale de base financé par la commission européenne. Ce même programme, prévoit qu'en 2011, le RAMED couvrira la moitié de la population potentielle au niveau national.

Chapitre 2 : La couverture médicale pour la prise en charge en matière de cancer

1. La prise en charge du cancer par l'AMO

Au niveau de l'AMO, l'arrêté du Ministre de la Santé n° 2518-05, a listé 41 ALD, représentant plus de 140 maladies.

Cette liste a été fixée en considération de la fréquence de la maladie, de sa gravité, surtout en termes d'incapacité et d'invalidité, de sa chronicité, de la charge de morbidité dont elle est responsable et du coût de sa prise en charge.

Les cancers sont regroupés sous l'appellation « tumeur maligne ».

Pour la CNOPS, les tumeurs malignes et les maladies malignes des tissus lymphatiques ou hématopoïétiques représentent 4% de l'ensemble des ALD prises en charges contre 5,38% pour la CNSS répartis de la façon suivante :

Tableau 4 : Répartition du nombre des personnes ayant des accords pour les tumeurs malignes et les maladies malignes des tissus lymphatiques ou hématopoïétiques

	Assurés	Conjoints	Enfants	Total
CNOPS*	1 816	445	77	2 338
CNSS**				3 564

* : entre le 01/09/2007 et le 31/08/2008.

** : données arrêtées au 15/09/2008.

Il est à noter que, pour la CNSS, sur les 71 028 demandes d'ouverture de droit ALD, 66 259 personnes ont obtenu des accords pour les tumeurs malignes et maladies malignes des tissus lymphatiques ou hématopoïétiques.

Ces accords de prise en charge ont donné lieu à 213 564 dossiers liquidés, arrivant en tête des différentes prestations avec une proportion de 41%. En termes de valeur, ces dossiers représentent seulement 25%.

Tableau 5 : Répartition des dossiers liquidés par type de prestations à la CNSS

Prestations	Nombre	%	Valeur (en DH)	%
Maternité	63 599	12%	17 535 261	3%
Enfant	146 098	28%	33 383 961	5%
ALD/ALC	213 564	41%	166 390 627	25%
Hospitalisation	101 017	19%	449 439 337	67%
Total	524 278	100%	666 749 186	100%

1.1 Les taux de prise en charge

Pour toutes les ALD, l'AMO assure une prise en charge pour tous les traitements nécessaires.

Pour la CNSS, l'atteinte d'une ALD ou d'une ALC ouvre droit au remboursement ou à la prise en charge des soins³. Une fois le bénéficiaire reconnu porteur d'ALD, tous les actes médicaux liés à la pathologie couverte par l'AMO sont remboursables.

Pour la CNOPS, la part restant à la charge de l'assuré ne peut être supérieure à 10% de la tarification nationale de référence pour ces maladies.

Pour la CNSS, conformément à l'article 2 du Décret n° 2-05-737, le taux de couverture est fixé à 70% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 90% pour les maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, lorsque les prestations afférentes sont dispensées dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.

Tableau 6 : Taux de prise en charge de l'ALD

	CNOPS	CNSS
Hôpital public	100%	90%
Clinique privée	90%	70%

Depuis le 15 juillet 2008, la CNSS a procédé à la révision des taux de remboursement de certaines ALD et ALC. Le taux de remboursement de ces derniers varie entre 95 et 99% pour les ALD et atteint 100% pour les ALC. Les tumeurs malignes⁴ sont prises en charge à hauteur de 95%.

Cette nouvelle liste a été établie en tenant compte de trois critères, à savoir le critère financier (coût de l'affection), médical (nature et gravité de la maladie) et social (problème de santé publique).

3 Ce droit est prononcé par la CNSS après dépôt d'un dossier auprès de l'agence CNSS. Un contrôle médical physique peut être ordonné par la CNSS dans un délai de quinze (15) jours.
4 Voir la liste des tumeurs malignes en annexe I.

Cette exonération partielle a pour objectif la moralisation des dépenses de santé en laissant à la charge de l'assuré une partie des frais de l'ordre de 3 000 DH⁵.

1.2 Les forfaits tarifaires et leur contenu

Les organismes gestionnaires (CNOPS et CNSS) ont conclu, sous l'égide de l'ANAM, des conventions nationales définissant la tarification nationale de référence à la base de laquelle les producteurs de soins font leur intervention et les organismes gestionnaires paient ces prestations :

- Une convention nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Médecins et Etablissements de Soins du Secteur Libéral établit les tarifs des actes et prestations d'oncologie,
- Une convention nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation.

1.2.1 La Convention Nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Médecins et Etablissements de Soins du Secteur Libéral

La grille n°5 et les grilles n°12 à 20 de l'avenant n°2 à la Convention Nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Médecins et Etablissements de Soins du Secteur Libéral établissent les tarifs des actes et prestations d'oncologie.

Pour la chimiothérapie, chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'accord préalable de l'organisme gestionnaire et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.

Ce protocole doit comporter :

- L'indication de la pathologie motivant la thérapeutique.
- Les produits injectés.
- La procédure (bolus, semi-continue, continue) ou les procédures envisagées.
- Le nombre de séances prévues.
- Les modalités de la mise en œuvre.
- Le nom de la structure à compétence carcinologique.

Le forfait d'une séance de chimiothérapie a été fixé à 500 DH puis revalorisé à 1 000 DH en incluant le séjour hospitalier. A 500 DH, le séjour d'une journée n'était compris qu'en cas de nécessité;

⁵ Selon le principe de l'égalité entre les différents porteurs d'ALD par rapport au montant restant à la charge de l'assuré.

Les autres éléments du forfait demeurent identiques. Il s'agit de :

- Honoraires du médecin ;
- Actes médicaux ;
- Soins infirmiers ;
- Majoration de nuit, jours fériés et week-end ;
- Consommable médical et solutés.

Sont facturés en sus, et sans accord préalable des organismes gestionnaires, le sang et ses dérivés, les actes de biologie et de radiologie. Par contre les actes médicaux d'exploration et de spécialité doivent être facturés avec leur accord préalable.

Par ailleurs, les médicaments, facturés en sus, doivent figurer sur la demande de prise en charge et doivent être fournis par le centre d'oncologie. Le remboursement de la pharmacie est conforme à la liste des médicaments admis au remboursement, justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier.

Concernant la radiothérapie, la mise en œuvre de l'irradiation de haute énergie au-delà de 0,5 mev impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

- Le résumé clinique ;
- Le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'irradiation thérapeutique ;
- La description des volumes à irradier ;
- Le séquençage de l'irradiation ;
- La prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation.

Le forfait de radiothérapie est fixé par organe et par type de localisation. Quelle que soit la dose utilisée, le nombre de champs, le nombre de séances, ce forfait inclut :

- Les honoraires du médecin ;
- Les actes médicaux ;
- Les soins infirmiers ;
- La majoration de nuit, jours fériés et week-end ;
- Les frais techniques de l'appareil ;
- Le contrôle au cours du traitement.

Il est à noter que ce forfait n'est pas appliqué en cas de Cobaltothérapie.

Tableau 7 : Les forfaits de radiothérapie par type de localisation (Grille n°13)

Organe	Tarif en DH
Prostate (non conformationnelle)	26 150,00
Prostate (conformationnelle)	30 600,00
Sein-conservateur	25 200,00
Sein-postopératoire	20 000,00
ORL	21 600,00
Orbite	14 800,00
Cavum	27 500,00
Tumeur cérébrale/leucémie	19 480,00
Métastases	13 500,00
Testicule (loc)	32 000,00
RT sous diaphragme	32 000,00
RT sus diaphragme	32 000,00
Poumon-oesophage	24 000,00
Abdomen-pelvis	22 770,00
Vulve-canal anal	24 180,00
Nevrax	30 230,00
Tumeur cutanée	12 200,00
Castration	6 730,00
Os - parties molles	25 000,00

En cas d'interruption du traitement, les modalités de facturation distinguent entre : Le forfait de la phase de préparation (1) qui est estimé à 30 ou 40% du forfait global,et l'irradiation (2).

Le montant à facturer correspond donc à :

Montant à facturer = (1) + (2)x $\frac{\text{Nombre d séances réalisées}}{\text{Nombre d séances prévues dans le protocole}}$

Pour les autres actes et prestations d'oncologie, leur forfait tarifaire et le contenu du forfait s'établissement comme suit :

Tableau 8 : Forfait tarifaire et contenu du forfait relatif aux autres actes et prestations d'oncologie

	Elément du forfait	Tarif (en DH)
Pose et de l'ablation de la chambre implantable	• Honoraires du médecin • Actes médicaux. • Soins infirmiers • Majoration de nuit, jours fériés et week-end • Consommable médical • Chambre implantable • Pharmacie • Radiologie de contrôle Observation : • Le forfait comprenant la pose et l'ablation de la chambre implantable.	7 000,00
La Curiethérapie à bas débit	• Honoraires du médecin • Actes médicaux • Soins infirmiers • Majoration de nuit, jours fériés et week-end • Frais techniques de l'appareil • Etablissement du protocole thérapeutique • Frais de la phase de préparation • Séjour Observations : • Forfait par cure • Quelque soit l'organe • Sa mise en œuvre impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant le résumé clinique, la description des volumes à traiter et la prévision dosimétrique et le compte rendu de fin de l'irradiation.	12 000

	Élément du forfait	Tarif (en DH)
radiofréquence	• Honoraires du médecin • Actes médicaux • Soins infirmiers • Majoration de nuit, jours fériés et week-end • Consommable médical, Sondes. • Frais techniques de l'appareil • scanner Observation : • Forfait par séance	15 000 (y c la Sonde)
irathérapie	• Honoraires du médecin • Actes médicaux • Soins infirmiers • Majoration de nuit, jours fériés et week-end • Consommable médical, lode 131. • Hospitalisation • Contrôle isotopique post • thérapeutique	27 000
	• Gestion des déchets Observation : • Forfait par séance	
greffe de moelle osseuse	• Hospitalisation en chambre stérile • Honoraires du médecin • Actes médicaux • Soins infirmiers • Majoration de nuit, jours fériés et week-end • Consommable médical • Pharmacie hors antimitotiques • Solutés • Forfait pour trente jours d'hospitalisation Observations : Seront facturés en sus : • Produits sanguins de transfusion • Bilans biologiques et radiologiques • Avec accord préalable : • Cytophérèse plus les frais de prélèvement et de conservation	280 000

	Elément du forfait	Tarif (en DH)
hospitalisation en chambre stérile	• Séjour incluant le chauffage, l'éclairage, le blanchissage du linge et la nourriture. • Chambre stérile • Honoraires des médecins • Surveillance des médecins et/ou visite quel que soit leur nombre • Actes médicaux nécessaires • Soins infirmiers • Majorations de nuits, jours fériés et week-ends • Consommable médical et solutés Observations : • Forfait journalier • Seront facturés en sus : • Les actes de biologie et de radiologie • Le remboursement de la pharmacie sera conforme à l'arrêté de la liste des médicaments admis au remboursement justifié par la liste des médicaments prescrits au vu du prix hospitalier. • Avec accord préalable : • Les actes médicaux d'exploration et de spécialité de la grille n°4	1 500
biopsie stéo-médullaire	• Honoraires du médecin • Soins infirmiers • Consommable médical (trocart, ...)	800

1.2.2
La Convention Nationale entre les Organismes Gestionnaires et les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation

La Convention Nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires et les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation fixe les tarifs de quelques actes relatifs à l'oncologie. Ces actes sont pratiqués à l'hôpital de jour pour le suivi et le traitement des pathologies.

Tableau 9 : Tarif forfaitaire de quelques actes d'oncologie pratiqués dans les Etablissements Publics de Soins et d'Hospitalisation

Actes	Tarifs (en DH)
Perfusion de chimiothérapie (séance sans médicaments de chimiothérapie)	300,00
Séance de radiothérapie	600,00
Biopsie quel que soit l'organe ou le tissu sous sédation	360,00

1.3 Les médicaments

Les médicaments, figurant dans la liste des médicaments admis au remboursement, sont remboursés à hauteur de 70% du PPM. Les mutuelles chapeautées par la CNOPS, dans le cadre la couverture complémentaire, élève ce taux à 86%.

Seulement, lorsque le médicament admis au remboursement sert au traitement d'une maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, le bénéficiaire peut être totalement ou partiellement exonéré par l'organisme gestionnaire de la partie des frais à sa charge conformément à l'article 8 du Décret n° 2-05-733.

Par ailleurs, la CNOPS et la CNSS prennent en charge, en vertu de la loi 65-00, les protocoles thérapeutiques liés à des ALD qui comprennent des médicaments non inscrits dans la liste des médicaments remboursables jusqu'à consolidation de la maladie ou changement du protocole thérapeutique décidé par le médecin traitant.

La liste des médicaments anticancéreux admis au remboursement, ainsi que leur PPM et le prix de base de remboursement figure en annexe II. Il est à noter qu'à l'exception des médicaments listés dans le tableau ci-dessous, le prix de base de remboursement correspond au PPM.

Tableau 10 : Liste des médicaments anticancéreux admis au remboursement dont le prix de base de remboursement est différent du PPM

Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	PPM (1)	Prix Base de Remboursement (2)	(1) - (2)
ADRIBLASTINE	DOXORUBICINE (10MG)	PRÉPARATION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	144	110	34
ZOFRAN	ONDANSETRON (4MG)	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	702,3	323	379,3
BLEOMYCINE	BLÉOMYCINE (15MG)	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	307,7	215	92,7
CAMPTO	IRINOTÉCAN (100MG)	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	2 989,9	1700	1 289,9
PLATAMINE	CISPLATINE (10MG)	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	67,7	56,6	11,1
ELOXATINE	OXALIPLATINE (100MG)	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	7 047,4	4 900	2 147,4
PARAPLATINE	CARBOPLATINE (150MG)	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	1 871	1 400	471
NOLVADEX	TAMOXIFÈNE (10MG)	COMPRIMÉ PELLICULÉ / 1 Boîte 30 Comprimé	132,5	85	47,5
TAXOTERE	DOCÉTAXEL (20MG)	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	2 811	1 900	911

Pour bénéficier d'un remboursement des médicaments à 100%, il faut introduire auprès de l'organisme gestionnaire une demande d'exonération du ticket modérateur.

L'assuré est admis alors à demander d'être soulagé de la part restant en introduisant une procédure d'exonération du ticket modérateur en déposant un dossier administratif et médical. Le dossier médical comporte :

- La feuille de soins dûment signée et renseignée par le médecin traitant, comportant le nom et le prénom du bénéficiaire et la prescription médicale avec la posologie et la durée du traitement ;
- Le rapport médical précisant la nature exacte de l'affection, sa sévérité éventuellement et le traitement préconisé et les bilans et/ou examens radiologiques confirmant le diagnostic ;

Par ailleurs, la CNOPS dispose d'une pharmacie qui assure la desserte, généralement gratuitement, de médicaments anticancéreux coûteux. Un dossier administratif et médical est nécessaire pour bénéficier de la prestation de cette pharmacie.

En plus des pièces sus citées, le dossier médical comportant aussi les arguments para cliniques confirmant l'affection à savoir :

- **Pour les tumeurs solides** : Un compte rendu anatomopathologique
- **Pour les tumeurs hématopoïétiques** : NFS, myélogramme, médullogramme
- **Pour l'Herceptine** : L'Herceptest
- **Pour le GLIVEC** : Le caryotype pour la LMC ou LAL
- **Pour l'hormonothérapie** : Les récepteurs hormonaux (pour les médicaments : Fémara, Nolvadex, Aromazine, Arimidex)
- **Pour le Mabthéra** : CD 20 pour les Lymphomes
- **Polyarthrite rhumatoïde** : Bilans radiologiques, biologiques et DAS 28 pour la PR
- **Pour la Maladie de Khaler** : EPP, bilans radiologique et biologique
- **Pour les métastases** : Bilan d'extension (scanner, TDM, ou échographie)

2. La prise en charge du cancer par la CMIM

Les prestations de la CMIM se caractérisent par une absence de plafond par maladie et par bénéficiaire, ainsi que par un système de convention très avantageux couvrant la quasi-totalité des spécialités pour les tiers payant.

Le traitement des pathologies liées au cancer, au même titre que l'ensemble des ALD et ALC, se fait sans aucune distinction des autres actes et prestations. Le taux de remboursement varie entre 80 et 85%, avec une prise en charge totale dans les cliniques, les laboratoires et chez les radiologues conventionnés.

Seulement, quand l'assuré ou ses ayants droits sont atteints d'une affection de longue durée ou/et nécessitant des soins particulièrement coûteux, il doit remplir un formulaire ALD pour avoir droit à une prise en charge dans le

cadre de tiers payant en joignant tous les documents paracliniques (examen biologique, radiographie, échographie...) permettant de justifier l'ALD.

Suite à ce formulaire dûment rempli par le médecin traitant, le médecin conseil de la CMIM traite la déclaration d'ALD, et selon le cas, le patient peut être convoqué à un contrôle médical.

3. La prise en charge du cancer par les compagnies d'assurance privées

Les entreprises d'assurances, dans le cadre des contrats de groupe ou individuelle, couvrent le risque maladie. Les niveaux de couverture (taux de remboursement, plafond ...) et les niveaux de primes varient selon les besoins exprimés par les assurés.

Généralement, le remboursement se fait aux alentours de 85% avec un plafond d'1 million de DH par maladie, ou accident, par personne et par an. Ce plafond comprend aussi les frais de transport.

Les entreprises d'assurances privées ne distinguent pas les ALD/ALC des autres prestations. De même, le remplissage du formulaire lié à ces affections n'est pas exigé.

Toutefois, les maladies antérieures à la date d'adhésion ne sont pas couvertes, sauf s'il s'agit d'une suite de contrat sans interruption de garantie, avec attestation de prise en charge de la maladie par l'ancien assureur.

Par ailleurs, pour certaines compagnies, la garantie n'est accordée qu'après expiration d'un délai d'attente, dont le point de départ est la date d'adhésion au contrat d'assurance.

Pour la RMA Watanya, le délai d'attente pour les tumeurs de toute nature est de neuf mois.

Lorsque la maladie est soignée pendant cette période, elle est exclue, ainsi que ses suites, de la garantie jusqu'à complète guérison.

Il est à noter que les contrats d'assurance conclus pour les imams des mosquées, les anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération, les auxiliaires de l'autorité (Moqqaddems et Chioukhs), garantissent une couverture médicale de base équivalente à celle qui est prévue par le régime d'AMO géré par la CNOPS au profit des fonctionnaires et agents du secteur public.

Par ailleurs, en vertu des deux conventions conclues dans le cadre de la couverture médicale des travailleurs indépendants, des personnes exerçant une profession libérale et des artisans, l'assuré de produits de base « ASSASSI » bénéficie d'une prise en charge déplafonnée dans les hôpitaux publics pour le suivi hospitalier des ALD. Les assurés sont pris en charge dans les hôpitaux publics à hauteur de 90%. L'assuré s'acquittera d'un montant correspondant à 10% du tarif règlementaire avec un minimum de 10 DH et un maximum de 300 DH sans qu'il y ait, au préalable, un accord de prise en charge⁶.

⁶ Voir annexe III.

L'hospitalisation des patients atteints d'ALD dans les hôpitaux publics comprend le séjour, les prestations des médecins, les soins infirmiers, le consommable médical, les actes de radiologie, les actes de biologie, l'échographie, l'endoscopie digestive et respiratoire, l'électrocardiogramme, l'électroencéphalogramme, les produits sanguins et leurs dérivés labiles, les actes de rééducation fonctionnelle ainsi que les médicaments selon la nomenclature hospitalière.

Par contre, les deux produits de base du régime « INAYA » ne prennent pas en charge les ALC.

Le panier de soins des produits d'assurance maladie « Moutakamil » et « Chamil » comprend les ALD et les ALC. Le taux de prise en charge est de 90% du tarif conventionnel (AMO) conditionné, pour l'hospitalisation, d'un accord préalable délivré par l'assureur. A noter qu'un plafond de prise en charge de 200 000 DH est fixé pour ces deux produits.

4. La prise en charge du cancer par le RAMED

Les personnes reconnues éligibles au RAMED ont droit, dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat, au suivi des ALD (Hémodialyse, Diabète, Tumeurs malignes, Insuffisance cardiaque, etc.).

En effet, au même titre que l'ensemble des ALD, la prise en charge des pathologies des cancers, dans les établissements de santé précités, est garantie à 100%.

CONCLUSION

Le Maroc a connu lors des dernières années des progrès indéniables en matière de couverture médicale de la population. Le paysage de la couverture maladie s'articule autour de 3 composantes :

- L'AMO, considérée parmi les grands chantiers lancés par le Gouvernement depuis août 2005 qui s'adresse à près de 18% de la population, couvre les personnels du secteur public et du secteur privé ainsi que leurs familles ;
- Le RAMED, qui s'adresse à environ 8,5 millions de marocains démunis ou à faible revenu, est en cours d'expérimentation dans la région de TADLA-AZILAL ;
- Le système de couverture médicale au profit du reste de la population, principalement les indépendants qui représente plus de 30% de la population.

Or, malgré la mise en œuvre de l'AMO en août 2005 et le lancement, en 2007, de couverture médicale au profit des indépendants, le taux de couverture médicale reste encore faible et ne dépasse guère 26,5% de la population.

Dans le cadre de ce paysage, la prise en charge des ALD, notamment le cancer, diffère selon le régime de couverture médicale considéré.

Pour la CNOPS et la CNSS, la prise en charge du cancer constitue un volet spécifique et distingué des autres prestations. Les modalités de cette prise en charge sont précisées dans le cadre des conventions signées entre les organismes gestionnaires et les producteurs de soins. Les taux de remboursement sont relativement élevés.

La prise en charge des ALD par les compagnies d'assurance privées ne fait pas de distinction des autres prestations couvertes.

Il en est de même pour la CMIM. Seulement, cette prise en charge est conditionnée par la présentation d'un dossier médical prouvant l'atteinte de l'ALD et l'accord préalable de la part de l'assureur.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des tumeurs malignes et des affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique pour lesquelles l'exonération est partielle

	Déclinaison
La curiethérapie	TM de la base de la langue TM de la langue, parties autres et non précisées TM de la gencive TM du plancher de la bouche TM du palais TM de la bouche, parties autres et non précisées TM de la glande parotide TM des glandes salivaires principales, autres et non précisées TM de l'amygdale TM de l'oropharynx TM du sinus piriforme TM de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx TM de l'intestin grêle TM de l'anus et du canal anal TM des organes digestifs, de sièges autres et mal définis TM des fosses nasales et de l'oreille moyenne TM des sinus de la face TM de la trachée TM du thymus TM du cœur, du médiastin TM de l'appareil respiratoire et thorax de siège non défini Autres : TM de la peau Mesotheliome Sarcome de kaposi TM péritoine et retro péritoine TM de la vulve TM du vagin TM du corps de l'utérus TM de l'ovaire TM de la verge

	Déclinaison
La curiethérapie	TM du testicule
	TM du bassin
	TM de l'uretère
	TM de l'œil et de ses annexes
	TM des méninges
	TM de la moelle épinière, des nerfs crâniens et autres du SNC
	TM de la surrénale
	TM d'autres glandes endocrines et structures apparentées
	TM secondaire d'autres sièges
	TM de siège non précisé
	Carcinome in situ
	TM du sein
	TM du col de l'utérus
	TM des bronches et du poumon
	TM du larynx
	TM du côlon
	TM de la jonction rectosigmoïdienne
	TM du rectum
	TM de l'oesophage
	TM de l'hypopharynx
	TM du rhinopharynx
	TM du foie et des voies biliaires intra-hépatiques
	TM de la prostate
	TM du Pancréas
	TM des voies biliaires, et autres non précisées
	TM de la vésicule biliaire
	Mélanome malin de la peau
	TM des os et du cartilage des membres
	TM du rein
	TM de la thyroïde
	TM de la vessie
	TM du cerveau

	Déclinaison
La curiethérapie	Soins infirmiers • Majoration de nuit, jours fériés et week-end • Frais techniques de l'appareil • Etablissement du protocole thérapeutique • Frais de la phase de préparation • Séjour Observations : • Forfait par cure • Quelque soit l'organe • Sa mise en œuvre impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant le résumé clinique, la description des volumes à traiter et la prévision dosimétrique et le compte rendu de fin de l'irradiation.

Annexe 2 : La liste des médicaments anticancéreux admis au remboursement, ainsi que leur PPM et le prix de base de remboursement

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Rembour-sement	Classe Thérapeutique
DOXORUBICINE						
6118001150991	OKARUBICIN	DOXORUBICINE 10MG	LYOPHILISAT POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	90	90	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001200399	DOXORUBICINE EBEWE	DOXORUBICINE 10MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	93	93	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001010028	D-RUBICIN-10	DOXORUBICINE 10MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	110	110	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001120413	ADRIBLASTINE	DOXORUBICINE 10MG	PRÉPARATION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	144	110	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150991	OKARUBICIN	DOXORUBICINE 10MG	LYOPHILISAT POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*59,00	59	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001010028	D-RUBICIN-10	DOXORUBICINE 10MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*72,80	72,8	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001120413	ADRIBLASTINE	DOXORUBICINE 10MG	PRÉPARATION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*95,30	72,8	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
EPIRUBICINE						
6118001170135	FARMORUBICINE	EPIRUBICINE 10MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	135	135	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
METHOTREXATE						
6118001181582	LEDERTREXATE	MÉTHOTREXATE 1G	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	492,5	492,5	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001181582	LEDERTREXATE	MÉTHOTREXATE 1G	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*326,60	326,6	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
CYCLOPHOSPHAMIDE						
6118001121038	ENDOXAN	CYCLOPHOSPHAMIDE 1G	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	89,4	89,4	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001121038	ENDOXAN	CYCLOPHOSPHAMIDE 1G	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*59,10	59,1	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
IFOSFAMIDE						
6118001120055	HOLOXAN	IFOSFAMIDE 1G	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	477	477	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001120055	HOLOXAN	IFOSFAMIDE 1G	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*315,20	315	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Remboursement	Classe Thérapeutique
VINORELBINE						
6118001181773	NAVELBINE	VINORELBINE 10MG	SOLUTION INJECTABLE / 10 Flacon 1 MI	*2428,20	2428,2	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001181766	NAVELBINE	VINORELBINE 10MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Flacon 1 MI	366,3	366,3	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
RITUXIMAB						
6118001050239	MABTHERA	RITUXIMAB 100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 2 Flacon	*6176,10	6176	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
DOLASETRON						
6118001080236	ANZEMET	DOLASETRON 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Ampoule 5 MI	239	239	ANTIÉMÉTIQUE
6118001080236	ANZEMET	DOLASETRON 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Ampoule 5 MI	*158,10	158	ANTIÉMÉTIQUE
GRANISETRON						
6118001050185	KYTRIL	GRANISETRON 3MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	*500,00	500	ANTIÉMÉTIQUE
ONDANSETRON						
6118001141500	ZOFRAN	ONDANSETRON 4MG	COMPRIMÉ PELLICULÉ / 1 Boîte 10 Comprimé	842,7	842,7	ANTIÉMÉTIQUE
6118000081845	VOGASET	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Ampoule Injectable	65	65	ANTIÉMÉTIQUE
6118001000210	DANTRON	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Ampoule Injectable	68	68	ANTIÉMÉTIQUE
6118000081852	VOGASET	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	320	320	ANTIÉMÉTIQUE
6118001000227	DANTRON	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	323	323	ANTIÉMÉTIQUE
6118001141487	ZOFRAN	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	702,3	323	ANTIÉMÉTIQUE
6118001141500	ZOFRAN	ONDANSETRON 4MG	COMPRIMÉ PELLICULÉ / 1 Boîte 10 Comprimé	*557,40	557,4	ANTIÉMÉTIQUE
6118001000210	DANTRON	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Ampoule Injectable	*45,00	45	ANTIÉMÉTIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Remboursement	Classe Thérapeutique
6118001000227	DANTRON	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	*213,00	213	ANTIÉMÉTIQUE
6118001141487	ZOFRAN	ONDANSETRON 4MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Ampoule Injectable	*464,60	213	ANTIÉMÉTIQUE
ERYTHROPOITINE						
6118001010059	EPOTIN	ERYTHROPOÏÉTINE HUMAINE 2000UI	SOLUTION INJECTABLE / 10 Flacon 1 MI	3600	3600	ANTIANÉMIQUE
6118001010059	EPOTIN	ERYTHROPOÏÉTINE HUMAINE 2000UI	SOLUTION INJECTABLE / 10 Flacon 1 MI	*2340,00	2340	ANTIANÉMIQUE
FILGRASTIM						
6118001050291	NEUPOGEN	FILGRASTIM 30MUI	PRÉPARATION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Seringue	*789,80	789,8	FACTEUR DE CROISSANCE
LENOGRASTIM						
6118001080397	GRANOCYTE 34	LÉNOGRASTIM 33,6MUI	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 5 Seringue 1 MI	6614	6614	FACTEUR DE CROISSANCE
6118001080397	GRANOCYTE 34	LÉNOGRASTIM 33,6MUI	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 5 Seringue 1 MI	*4375,20	4375	FACTEUR DE CROISSANCE
VINCRIStINE						
	VINCRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*43,00	43	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
	VINCRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Flacon	*204,00	204	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001010196	PHARMACRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	62	62	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
	VINCRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	65	65	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150472	OKA-VINCRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	68	68	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001010196	PHARMACRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*41,00	41	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150472	OKA-VINCRIStINE	VINCRIStINE 1MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*45,00	45	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
ALKERAN						
6118001140039	ALKERAN	MELPHALAN 2MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 50 Comprimé	100,4	100,4	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Rembour-sement	Classe Thérapeutique
6118001140039	ALKERAN	MELPHALAN 2MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 50 Comprimé	*66,40	66,4	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
BLEOMYCINE						
6118001010158	BLUCIN	BLÉOMYCINE 15MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	215	215	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001121045	BLEOMYCINE	BLÉOMYCINE 15MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	307,7	215	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001010158	BLUCIN	BLÉOMYCINE 15MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*142,20	142,2	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001121045	BLEOMYCINE	BLÉOMYCINE 15MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	*203,50	142,2	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
IRINOTECAN						
	IRINOTECAN	IRINOTÉCAN100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*1070,00	1070	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001000265	TECAN	IRINOTÉCAN100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	1700	1700	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
	IRINOTECAN	IRINOTÉCAN100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	1700	1700	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001170531	CAMPTO	IRINOTÉCAN100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	2989,9	1700	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001000265	TECAN	IRINOTÉCAN100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*1070,00	1070	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001170531	CAMPTO	IRINOTÉCAN100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	*1982,70	1070	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
GEMCITABINE						
6118001070251	GEMZAR	GEMCITABINE 1G	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Flaçon 50 MI	3142,2	3142,2	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001070251	GEMZAR	GEMCITABINE 1G	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Flaçon 50 MI	*2135,20	2135,2	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
CICPLATINE						
6118001200580	CISPLATINE EBEWE	CISPLATINE 10MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	43	43	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001101108	CISPLATINE COOPER	CISPLATINE 10MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	45	45	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Rembour- sement	Classe Thérapeutique
6118001010172	CEPLATIN	CISPLATINE 10MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	45	45	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001020188	CISPLATINE MERCK	CISPLATINE 10MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	56,6	56,6	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001170234	PLATAMINE	CISPLATINE 10MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	67,7	56,6	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001101108	CISPLATINE COOPER	CISPLATINE 10MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*29,00	29	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001010172	CEPLATIN	CISPLATINE 10MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*29,80	29,8	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
OXALIPLATINE						
6118001000371	OLIPLAT	OXALIPLATINE 100MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	4900	4900	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001081103	ELOXATINE	OXALIPLATINE 100MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	7047	4900	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001000371	OLIPLAT	OXALIPLATINE 100MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*3241,30	3241	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001081103	ELOXATINE	OXALIPLATINE 100MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*4572,00	3241	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
CARBOPLATINE						
	CARBOPLATINE	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*690,00	690	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150816	OKA-CARBOPLATIN	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	750	750	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001000340	ZAREX	CARBOPLATINE 150MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	1040	1040	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001230129	CARBOPLATINE AGUETTANT 150 MG	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	1240	1240	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001250141	CARBOPLATINE DBL	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	1400	1400	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001020065	CARBOPLATINE MERCK	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	1400	1400	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001182718	PARAPLATINE	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	1871	1400	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150816	OKA-CARBOPLATIN	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*450,00	450	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Rembour- sement	Classe Thérapeutique
6118001000340	ZAREX	CARBOPLATINE 150MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*690,00	690	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001250141	CARBOPLATINE DBL	CARBOPLATINE 150MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*925,00	925	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
TAMOXIFÈNE						
6118001010240	TAFEN	TAMOXIFÈNE 10MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 20 Comprimé	50	50	HORMONOTHÉRAPIE
6118001150779	OKA-TAMOX	TAMOXIFÈNE 10MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 30 Comprimé	80	80	HORMONOTHÉRAPIE
6118001020461	TAMOXIFENE MERCK	TAMOXIFÈNE 10MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 30 Comprimé	85	85	HORMONOTHÉRAPIE
6118001181889	NOLVADEX	TAMOXIFÈNE 10MG	COMPRIMÉ PELLICULÉ / 1 Boîte 30 Comprimé	133	85	HORMONOTHÉRAPIE
BÉVACIZUMAB						
6118001050642	AVASTIN	BÉVACIZUMAB 100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*3689,00	3689	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
CAPÉCITABINE						
6118001050611	XELODA	CAPÉCITABINE 150MG	COMPRIMÉ PELLICULÉ / 1 Boîte 60 Comprimé	*559,70	560	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
ETOPOSIDE						
	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	*74,00	74	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Flacon	*352,00	352	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001120130	VEPESIDE	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 5 Flacon	*874,70	352	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001020232	ETOPOSIDE MERCK	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 10 Flacon 10 MI	*1657,00	1657	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	118	118	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150458	OKA-ETOPOSIDE	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flacon	126	126	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001020225	ETOPOSIDE MERCK	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 10 Flacon 5 MI	1470	1470	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Remboursement	Classe Thérapeutique
6118001182695	ETOPOPHOS	ETOPOSIDE 100MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	494	494	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150458	OKA-ETOPOSIDE	ETOPOSIDE 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*83,00	83	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001182695	ETOPOPHOS	ETOPOSIDE 100MG	POUDRE POUR SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*327,50	328	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
DOCÉTAXEL						
6118001000272	LEXUS	DOCÉTAXEL 20MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	1700	1700	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001100927	DOCETAXEL COOPER	DOCÉTAXEL 20MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	1800	1800	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150434	OKA-DOCETAXEL	DOCÉTAXEL 20MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	1900	1900	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001080700	TAXOTERE	DOCÉTAXEL 20MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	2811	1900	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001100927	DOCETAXEL COOPER	DOCÉTAXEL 20MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*1130,00	1130	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001000272	LEXUS	DOCÉTAXEL 20MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	*1130,00	1130	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150434	OKA-DOCETAXEL	DOCÉTAXEL 20MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Boîte 1 Flaçon	*1200,00	1200	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001080700	TAXOTERE	DOCÉTAXEL 20MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flaçon	*1864,10	1200	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
PACLITAXEL						
6118001101016	PACLITAXEL COOPER	PACLITAXEL 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Flaçon 16,7 MI	2600	2600	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001200436	EBETAXEL	PACLITAXEL 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Flaçon 16,7 MI	4550	4550	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150885	OKA-PACLITAXEL	PACLITAXEL 100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Flaçon 20 MI	2600	2600	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001101016	PACLITAXEL COOPER	PACLITAXEL 100MG	SOLUTION INJECTABLE / 1 Flaçon 16,7 MI	*1719,00	1719	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
6118001150885	OKA-PACLITAXEL	PACLITAXEL 100MG	SOLUTION POUR PERFUSION / 1 Flaçon 20 MI	*1719,00	1719	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

Code à Barres	Médicament	Substance active (DCI) & dosage	Forme & Présentation	Prix Public Maroc	Prix base de Rembour- sement	Classe Thérapeutique
EXEMESTANE						
6118001170067	AROMASINE	EXEMESTANE 25MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 30 Comprimé	1590	1590	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
LÉTROZOLE						
6118001030187	FEMARA	LÉTROZOLE 2,5MG	COMPRIMÉ / 1 Boîte 30 Comprimé	2346	2346	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
TRASTUZUMAB						
6118001050116	HERCEPTIN	TRASTUZUMAB 150MG	POUDRE POUR PERFUSION / 1 Boîte 1 Flacon	*6681,00	6681	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE
ANASTROZOLE						
6118001180509	ARIMIDEX	ANASTROZOLE 1MG	COMPRIMÉ PELLICULÉ SÉCABLE / 1 Boîte 28 Comprimé	2038	2038	ANTINÉOPLASIQUE CYTOTOXIQUE

(*) : Prix Hospitalier

Annexe 3 : CARACTERISTIQUES DES TROIS PRODUITS D'ASSURANCE MALADIE MIS SUR LE MARCHÉ PAR Wafa Assurance

	CHIFAA ASSASSI	CHIFAA MOUTAKAMIL	CHIFAA CHAMIL
PRESTATIONS	1. Prise en charge en tiers payant dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers des frais relatifs : - aux hospitalisations médicales et chirurgicales, y compris les hospitalisations de jour, les médicaments (selon nomenclature hospitalière) et les examens de biologie et de radiologie afférents ; - au suivi des maladies nécessitant des soins de longue durée (consultations et examens de biologie et de radiologie) ; - à l'accouchement (tous types) - aux consultations et examens de biologie et de radiologie rendus hors hospitalisation. 2. Transport médical exclu.	1. Prise en charge en tiers payant des frais relatifs : - aux hospitalisations médicales et chirurgicales y compris les hospitalisations de jour et les actes de chirurgie réparatrice, les médicaments et les examens de biologie et de radiologie afférents. 2. Remboursement des frais relatifs aux soins ambulatoires : - liés au suivi des ALD et ALC (selon liste AMO) ; - liés au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ; - dispensés aux enfants de moins de 12 ans. 3. Transport médical exclu.	1. Prise en charge en tiers payant des frais relatifs : - aux hospitalisations médicales et chirurgicales y compris les hospitalisations de jour et les actes de chirurgie réparatrice, les médicaments et les examens de biologie et de radiologie afférents. 2. Remboursement des frais relatifs aux soins ambulatoires A l'exclusion des soins et prothèses dentaires ainsi que la lunetterie au delà de 12 ans. 3. Paiement d'une indemnité forfaitaire de maternité de 3.000,00 DH 4. Transport médical exclu.

		CHIFAA ASSASSI	CHIFAA MOUTAKAMIL	CHIFAA CHAMIL
LIEUX DES SOINS	Prises en charge en tiers payant	Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et Centres Hospitaliers	- Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et Centres Hospitaliers - Polycliniques CNSS - Cliniques privées conventionnées	- Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et Centres Hospitaliers - Polycliniques CNSS - Cliniques privées conventionnées
	Soins ambulatoires	-	- Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et Centres Hospitaliers - Polycliniques CNSS - Cliniques privées - Cabinets privés	- Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et Centres Hospitaliers - Polycliniques CNSS - Cliniques privées - Cabinets privés
TAUX DE PRISE EN CHARGE OU DE REMBOURSEMENT		90% de la tarification en vigueur dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers	- 90% de la tarification en vigueur dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers - 70% de la tarification en vigueur dans les polycliniques CNSS - 70% du barème conventionnel annexé au contrat pour les autres lieux de soins	- 90% de la tarification en vigueur dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers - 70% de la tarification en vigueur dans les polycliniques CNSS - 70% du barème conventionnel annexé au contrat pour les autres lieux de soins
TICKET MODERATEUR		10% de la tarification en vigueur dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers, avec : - au minimum 10 DH - au maximum 300 DH	- 10% pour les soins dispensés dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers - 30% pour les soins dispensés dans les autres lieux de soins	- 10% pour les soins dispensés dans les Etablissements hospitaliers relevant de l'Etat et les Centres Hospitaliers - 30% pour les soins dispensés dans les autres lieux de soins
PLAFONDS / ASSURE		Pas de plafond	Plafond général : 200.000 Dhs / an	- Plafond général : 200.000 Dhs/ an - Sous-plafond pour certaines prestations
PRIMES ADULTE		45 DH / mois (exonéré de la taxe sur les assurances)	♦ 69 DH / mois (HT) ♦ 80 DH / mois (TTC)	♦ 87 DH / mois (HT) ♦ 100 DH / mois (TTC)
PRIMES ENFANT		36 DH / mois (exonéré de la taxe sur les assurances)	♦ 61 DH / mois (HT) ♦ 70 DH / mois (TTC)	♦ 69 DH / mois (HT) ♦ 80 DH / mois (TTC)
PERIODICITE		Paiement annuel avec possibilité de fractionnement trimestriel		
EXCLUSIONS		- Pas d'exclusion pour antécédents pathologiques ; - Pas d'exclusion pour limite d'âge si justification par l'assuré de l'exercice d'une activité d'indépendant ou d'aide artisan		
PERIODE DE STAGE		Trois (3) mois		
DELAI DE REMBOURSEMENT DES DOSSIERS		-	Maximum un (1) mois	
DELAI DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS		-	Maximum trois (3) mois	



Etude relative à la législation et à la réglementation en matière de cancer au Maroc

Volume 4 : Offre de soins
et services



sommaire

Etude relative à la législation et à la réglementation en matière de cancer au Maroc

RESUME EXECUTIF	223
Etude relative à la législation et à la réglementation en matière de cancer :	
RAPPORT	228
1. Introduction	228
2. LA PREVENTION DES CANCERS	229
2.1. Le tabac : la loi N° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux	229
2.2. Les expositions professionnelles	231
2.3. La protection contre les rayonnements ionisants	233
La loi 005-71 opère de plusieurs manières.	233
Le décret N° 2-97-30 pris pour l'application de la loi 005-71 précitée, contient 69 articles. Pour l'essentiel, leur contenu se ramène à ce qui suit :	234
Les arrêtés de 2000 pris par le ministre de la santé	235
2.4 Les polices d'hygiène	236
2.4.1 L'hygiène collective	236
2.4.2 L'hygiène individuelle : cas de l'hygiène alimentaire	236
3. MOYENS DE DIAGNOSTIC ET MOYENS THERAPEUTIQUES.	239
3.1. Utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales.	239
3.2. L'anatomopathologie	242
3.3. Les produits médicamenteux	243
4. RELATIONS ENTRE LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE	248
4.1. Les droits du patient	249
4.2. Le problème des responsabilités juridiques	250
Annexes	253
Listes des principaux textes juridiques consultés (ordre chronologique)	253
1. Textes législatifs	253
2. Textes réglementaires	254

RESUME EXECUTIF

L'étude, objet du présent rapport, a pour objectif d'énumérer et de décrire les textes législatifs et réglementaires relatifs au cancer.

Le droit national ne réserve aucun texte spécifique à ce sujet. Le mot cancer n'apparaît pas en effet dans les intitulés des lois, décrets et arrêtés.

Pour identifier des dispositions juridiques en lien avec notre mission, nous empruntons deux cheminements.

Le premier nous conduit à relever les dispositions faisant expressément usage d'une terminologie, sinon propre, du moins apparentée au thème de notre travail : cancer, affections cancéreuses, affections malignes, anatomopathologie, chimiothérapie, radiothérapie, radioéléments, substances radioactives ou encore médicaments radio-pharmaceutiques. Selon le cas, ces termes et expressions figurent dans des textes législatifs ou réglementaires. Ils recouvrent un champ composite.

Le second cheminement est celui des textes juridiques qui ne comportent pas de tels termes ou expressions mais dont la portée interfère avec la question du cancer. Certains de ces textes ont une finalité préventive avec incidence sur les facteurs de risque de cette maladie. D'autres se rapportent au volet relations avec les malades et contiennent des règles revêtant une importance particulière dans le domaine du cancer, notamment en matière de droits des patients et corrélativement, d'obligations pour les professionnels et les établissements de santé.

C'est donc sur la base d'un ensemble d'éléments hétéroclites rassemblés à travers ce double parcours et compte tenu, bien entendu, des termes de référence qui nous ont été communiqués par le maître d'ouvrage que nous ordonnons nos développements selon le plan suivant :

- prévention,
- moyens de diagnostic et moyens thérapeutiques,
- relations entre patients et professionnels et établissements de santé.

1. Dans la première partie consacrée à la prévention, nous examinons la teneur d'un large éventail de textes regroupés selon l'approche thématique suivante :

- tabac
- expositions professionnelles
- rayonnements ionisants
- hygiène

- **Concernant le tabac**, la législation qui s'y rapporte est issue d'une loi de 1995. Fortement entamée, cette législation demeure inachevée. De plus et bien qu'élaboré en 1997, le décret qui devait être pris pour son application n'a pas abouti.

Une proposition de loi la modifiant et la complétant est actuellement en cours d'adoption au parlement. Cette proposition tend à en combler les lacunes. Elle apporte des précisions, renforce les sanctions et vise à limiter la consommation de tabac chez les jeunes.

Il convient d'insister sur le caractère urgent de son adoption.

- **Concernant les expositions professionnelles**, deux indications sont à souligner.

La première est que sur les 86 maladies professionnelles mentionnées au tableau annexé à l'arrêté n° 919-99 du 23 décembre 1999 pris par le ministre de l'emploi, huit (8) relèvent du lot des affections cancéreuses.

La seconde est que la protection de la santé des travailleurs est à présent régie par des dispositions contenues dans la loi 65-99 relatives au code du travail et dans ses textes d'application.

Sur ce dernier point, il y a lieu de préciser que parmi les apports de ladite loi, figurent l'extension de la médecine du travail à tout secteur d'activité, la création de corps spécialisés en hygiène et sécurité, le renforcement du rôle des médecins inspecteurs du travail et la création du conseil de médecine du travail et de prévention des risques professionnels.

- **Concernant la protection contre les rayonnements ionisants**, le dispositif juridique comprend une loi, deux décrets et six arrêtés.

La loi 005-71 interdit l'addition de substances radioactives dans certaines fabrications. Elle soumet les activités impliquant une exposition à des rayonnements ionisants à un régime d'autorisation administrative préalable et dans certains cas, à celui de la déclaration préalable.

En 1997, soit 26 ans après, un décret a été pris pour l'application de cette loi. Simultanément un deuxième est intervenu pour réglementer l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires.

En 2001, ce fut le tour de six arrêtés du ministre de la santé.

L'intervention de ces arrêtés était nécessaire pour fixer les modalités de mise en œuvre des textes qui les ont précédés, notamment les modalités d'ordre technique.

Actuellement, l'évolution de ce dispositif va en direction de la création d'une agence nationale de sécurité nucléaire et radiologique. Le projet de loi élaboré à cet effet est en cours de finalisation. L'effet qui en est escompté est l'institution d'un organisme indépendant. Cela éviterait aux autorités gouvernementales en charge de l'énergie et de la santé d'être à la fois juge et parties.

- **Enfin et concernant l'hygiène**, celle-ci se dédouble en hygiène collective et hygiène individuelle.

* Dans la rubrique **hygiène collective**, nous évoquons un texte ancien et trois lois nouvelles.

Le texte ancien est le dahir de 1914 portant réglementation des établissements incommodes, insalubres ou dangereux. Bien qu'anachronique, ce texte survit.

Sa refonte est cependant amorcée avec l'intervention en 2003 de trois lois concomitantes et complémentaires, l'une relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement, (loi 11-03), l'autre aux études d'impact sur l'environnement (loi 12-03) et la troisième à la lutte contre la pollution de l'air (loi 13-03).

Prometteuses, ces lois requièrent des textes d'application.

* Dans la rubrique **hygiène individuelle**, nous concentrons nos propos sur l'hygiène alimentaire.

Sur ce plan, un important dispositif juridique de contrôle et de sécurité alimentaire existe.

D'abord un support légal constitué de deux lois : loi 13-83 relative à la répression des fraudes sur les marchandises et loi 17-88 relative à l'indication de la durée de validité sur les conserves et assimilés et des boissons conditionnées destinées à la consommation humaine ou animale.

Ensuite de nombreux textes réglementaires qui, pour la plupart traitent de l'emploi de certaines substances dans les produits alimentaires et les boissons. Le reste a pour objet d'instituer des organes consultatifs : commission permanente pour le contrôle alimentaire et la répression des fraudes dans la vente des marchandises ou encore comité national du codex alimentarius.

Pour mieux protéger le consommateur contre les risques susceptibles d'affecter sa santé, une réflexion est en cours : la création d'une agence de contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments. L'évolution de l'industrie de transformation, la mondialisation, la pratique de la contrebande et la multiplicité des intervenants militent, entre autres, en faveur de cette option.

2. La seconde partie du rapport identifie les textes législatifs et réglementaires en lien avec les deux composantes essentielles du monopole médical à savoir le diagnostic et le traitement.

Dans ce cadre, nous présentons l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales, l'anatomopathologie et la question des produits médicamenteux.

- **Concernant l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires**, c'est un décret de 1997 qui en fixe les règles sur le fondement légal de la loi de 1971 relative à la protection contre les rayonnements ionisants.

Les dispositions qu'il renferme sont applicables aussi bien aux structures sanitaires publiques que privées. Elles se rapportent aux qualifications requises pour utiliser des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires, à l'exigence de l'homologation de tout appareil ou source de rayonnements ionisants et à la soumission de l'importation des radio-isotopes à un régime d'autorisation administrative préalable.

Elles s'étendent également aux normes relatives aux locaux ainsi qu'aux procédures d'évacuation et de stockage des effluents et des déchets radioactifs.

- Concernant l'anatomopathologie, deux textes l'évoquent.

Il s'agit tout d'abord du décret de 1993 fixant le régime des études et des examens en vue de l'obtention du diplôme de spécialité médicale. Ce texte l'érige en spécialité à part entière et la range dans le groupe des spécialités de biologie.

Il s'agit ensuite de la loi de 2002 relative aux laboratoires privés d'analyses de biologie médicale. 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 produits médicamenteux

Au plan général, nous référons à la législation pharmaceutique, plus précisément à 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 à chaque fois qu'il s'agit d'un médicament ou d'un produit légalement considéré comme tel. C'est le cas des anticancéreux, antimitotiques ou autres, des médicaments qui leurs sont associés ou encore des médicaments radio-pharmaceutiques ou des produits supprimant ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Tous ces produits sont soumis à un régime juridique comportant en particulier des règles relatives à leur mise sur le marché, leur fabrication, leur importation, leur publicité, leur commercialisation et leur prix.

Sur la question des prix, signalons qu'elle est minutieusement réglementée, en ce qui concerne les produits importés, par un arrêté de 1993 qui prévoit deux modes de calcul dont un est spécialement conçu pour les hôpitaux publics et les établissements privés qui facturent les spécialités importées au prix de revient.

En rapport avec cette question, nous n'omettons pas de soulever l'aspect accessibilité économique à ces produits. Dans le cadre de la couverture médicale de base, les anticancéreux figurent sur la liste des médicaments donnant droit à l'exonération totale ou partielle. Cette liste est fixée par deux arrêtés, l'un pris en 2005 et l'autre en 2006. Sur le terrain de la fiscalité, TVA et droits de douane continuent à s'appliquer à ces produits qu'il convient d'exonérer. Des solutions sont en cours.

Au plan de la législation propre aux morphiniques, signalons que ces produits demeurent soumis à des règles particulières issues du dahir de 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage de substances vénéneuses. On reproche à ce texte d'être largement dépassé sur bon nombre de points.

3. Dans sa troisième et dernière partie, le rapport réserve 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.

Mis à part le problème du libre choix qui est du reste intimement lié à la question d'accessibilité géographique et surtout économique, deux points méritent quelques développements.

Le premier est celui des droits du patient avec comme corollaire des obligations pour les professionnels et les établissements de santé. Il convient d'en citer le droit à des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science, le secret médical, le droit à l'information, le droit au consentement et le droit à l'assistance et au conseil. 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. Dans cet élan d'énumération, on peut ajouter le nouveau règlement intérieur des hôpitaux établi sur la base du récent décret de 2007 relatif à l'organisation hospitalière.

Le second point est celui des responsabilités juridiques. Nous en donnons un bref aperçu à travers les différents régimes juridiques applicables que ce soit en matière punitive ou en matière de réparation des préjudices.

Etude relative à la législation et à la réglementation en matière de cancer : RAPPORT

1. Introduction

L'étude, objet du présent rapport, s'inscrit dans le projet du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC). Plus précisément, elle s'insère dans l'étape analyse de la situation.

Tel qu'il ressort de la fiche technique la concernant, l'objectif de cette étude est de faire une énumération et une description des textes législatifs et réglementaires en matière de :

- prévention des cancers,
- moyens de diagnostic,
- moyens thérapeutiques,
- soins palliatifs,
- soutien aux patients et aux familles.

La méthodologie suivie a consisté en une revue de documents, principalement des lois, des décrets, des arrêtés constituant sources nationales de droit positif et contenant des dispositions en lien avec le domaine de la santé et interférant avec la question des cancers.

A l'intérieur de ce domaine, nous nous sommes intéressés, en particulier, à l'éventail des textes concernant les structures, les professions, les produits et les actions de prévention et de traitement ainsi qu'aux relations qui en résultent entre patients et professionnels et établissements de santé.

Quelques entretiens informels ont été réalisés avec des personnes ressources dans des services relevant de l'administration centrale du ministère de la santé (direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies, direction du médicament et de la pharmacie et le centre national de radioprotection) ainsi que du ministère de l'agriculture (services de la répression des fraudes).

Le présent rapport comporte trois volets :

- la prévention du cancer,
- les moyens de diagnostic et moyens thérapeutiques,
- les relations entre les patients et les professionnels et établissements de santé.

2. LA PREVENTION DES CANCERS

D'une manière générale, la prévention sanitaire vise à éliminer ou réduire les facteurs susceptibles d'altérer la santé des individus.

Elle suppose avant tout une action de l'individu qui, par son mode de vie et les précautions qu'il prend, peut limiter le risque sanitaire. Encore faut-il qu'il soit informé des formes de ce risque et des mesures à prendre.

Outre cet aspect d'éducation, la prévention sanitaire revêt l'aspect d'une police, au sens large du terme, c'est-à-dire d'une législation ou réglementation fixant des obligations et pouvant être assortie de sanctions pénales.

Sous cet angle, des exemples peuvent être trouvés à partir de textes juridiques, lois et règlements, ayant rapport avec les facteurs de risque du cancer.

Nous en retenons ceux indiqués dans la fiche de référence de l'étude qui nous a été communiquée par le maître d'ouvrage à savoir :

- tabac;
- expositions professionnelles ;
- A ces deux facteurs de risque, nous ajoutons deux autres : les rayonnements ionisants et d'hygiène individuelle et collective, les deux regroupées sous le vocable de polices d'hygiène.

2.1. Le tabac : la loi N° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux

La lutte contre le tabagisme au Maroc, comme d'ailleurs dans d'autres pays, est relativement récente. La loi N° 15-91 est intervenue en 1995.

Ce texte prévoit d'abord l'obligation de certaines mentions sur les conditionnements : teneur en nicotine et goudron et mention « le tabac est dangereux pour la santé ».

Il prévoit également l'interdiction de fumer dans certains locaux collectifs : bureaux administratifs et salles de réunion dans les administrations publiques, semi- publiques et privées, hôpitaux et autres établissements de santé publics et privés, moyens de transport en commun, salles de spectacle et salles de cours.

Sur ce point, il ouvre, à l'administration, la possibilité d'interdire de fumer dans d'autres lieux et indique que toutes les interdictions doivent faire l'objet de signalisation et d'affichage.

En troisième lieu, ce même texte interdit la propagande et la publicité en faveur du tabac

Par ailleurs, il prévoit que l'administration organise des campagnes de prévention et d'information et ce, en collaboration avec les organisations non gouvernementales.

Sur le plan punitif, il fixe les montants des amendes pouvant être infligées aux contrevenants et indique que le produit de ces amendes sera affecté à la recherche scientifique dans le domaine de la santé.

Enfin et comme pour toutes les lois, il renvoie à un décret pour ce qui est des modalités de son application.

En 1997, le décret ainsi prévu a été effectivement élaboré .Jusqu' ici, il n'a pas abouti.

Pourtant, il n'est pas dépourvu d'intérêt. Son économie est la suivante :

- Il renvoie à un arrêté du ministre de la santé la procédure de fixation des teneurs maximales en nicotine et en goudron des produits de tabac commercialisés au Maroc et prévoit un contrôle préalable de conformité des produits du tabac,
- Il fixe les modalités de mise en œuvre des dispositions légales relatives aux teneurs en nicotine et en goudron ainsi qu'à la mention de mise en garde contre les dangers du tabac,
- Il élargit la liste des lieux d'interdiction de fumer et ouvre, au ministre de la santé, la possibilité de l'élargir davantage par arrêté,
- Il prévoit l'aménagement d'emplacements pour non fumeurs et les normes y afférentes,
- Enfin, il accorde une période de transition aussi bien aux propriétaires et gérants des lieux publics qu'aux fabricants et commerçants de produits du tabac.

Par ailleurs, la loi 15-91 est demeurée inachevée et lacunaire.

En effet et hormis les dispositions concernant l'obligation des mentions et l'interdiction de la propagande et de la publicité que l'on peut considérer, à la limite, comme étant d'applicabilité directe, les autres requièrent des précisions.

Il en est ainsi de la question des locaux. Non seulement parce que l'énumération faite par la loi est restrictive dans la mesure où elle ne s'étend pas à d'autres lieux de travail ou lieux collectifs mais aussi parce qu'elle reste muette sur les solutions alternatives tel que l'organisation d'emplacements dédiés aux fumeurs.

Il en est également de la question des sanctions. Une véritable règle de droit imposant une obligation d'agir ou de s'abstenir doit être assortie de sanctions. Dans la loi 15-91, des sanctions sont certes prévues sous forme d'amende et donc d'atteinte au patrimoine de la personne auteur de la faute. Mais outre le fait qu'elles soient légères et donc peu dissuasives, on ne voit pas comment est ce qu'on peut les mettre en œuvre dès lors que dans cette loi, il n'est nullement fait allusion aux aspects concernant la constatation de la faute et la procédure applicable.

Face à cette situation, une proposition de loi a été déposée au parlement. Son adoption est en cours. Il est fort probable qu'elle entre en vigueur en 2009.

Il s'agit d'une loi qui modifie et complète la loi 15-91 précitée et qui introduit des innovations parmi lesquelles figurent l'interdiction de la vente des produits du tabac aux jeunes de moins de 16 ans et l'alourdissement des sanctions avec élargissement de leur éventail et de leur fourchette.

Les objectifs en sont la limitation de la consommation du tabac chez les jeunes, la protection des non fumeurs et, par voie de conséquence, l'intérêt de la santé publique.

Non sans hésitation et sur un plan différent mais voisin, nous évoquons le problème de l'alcoolisme. Nous nous limitons à signaler qu'il a commandé une réglementation assez abondante et nettement plus ancienne que celle du tabac. Les tendances des textes en ce domaine s'inscrivent, principalement, dans le cadre de la production et de la commercialisation des boissons alcoolisées. La fabrication de boissons dépassant un certain titrage alcoolique est interdite. Depuis le décret N° 2-89-308 du 2 juin 1989, délégation de pouvoir a été donnée au ministre de l'agriculture et de la réforme agraire pour réglementer la vinification, la détention, la circulation et le commerce des vins.

Signalons par ailleurs deux choses. La première est que sur un ensemble de 27 textes en vigueur pris en la matière depuis le début du protectorat, un seul s'inscrit dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme. Il s'agit de l'arrêté du 10 septembre 1940 visant à combattre l'alcoolisme. Ce texte est paru au bulletin officiel N° 1457 du 27 septembre 1940. Il interdit l'importation des boissons apéritives titrant plus de 16 degrés d'alcool.

La deuxième est que le dahir du 16 février 1977, publié au bulletin officiel N° 3364 du 20 avril 1977, donne une définition de la bière « sans alcool ».

2.2. Les expositions professionnelles

Une lecture rapide du tableau des maladies professionnelles annexé à l'arrêté N° 919-99 du 23 décembre 1999 du ministre de l'emploi fait ressortir que sur les 86 maladies qui y figurent, 8 relèvent du lot des affections cancéreuses. Il s'agit de :

- affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc
- affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille ;
- cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales ;
- affections cutanées cancéreuses provoquées par les dérivés du pétrole ;

- cancers provoqués par des opérations de grillages des mattes de nickel ;
- affections cancéreuses consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer ;
- Affections malignes provoquées par le bis (chlorométhyl) et l'éther;
- cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs renfermant des arséno-pyrites aurifères.

C'est dire qu'il est bien établi que les expositions professionnelles peuvent générer des cancers. C'est dire également que la prévention en ce domaine doit donner lieu à une législation et une réglementation concernant la médecine, l'hygiène et la sécurité du travail ainsi que la protection contre les risques dus à certaines substances.

- Sur ce terrain, soulignons que la médecine, l'hygiène et la sécurité du travail sont régis par des dispositions contenues dans la loi N° 65-99 relative au code du travail et ses textes d'application.
 - Concernant la loi N° 65-99, elle a abrogé le dahir N° 1-56-093 du 8 juillet 1957 relatif à l'organisation des services médicaux du travail ainsi que le décret N° 2*-56-248 du 8 février 1958 portant application du dit dahir.

Ses principaux apports sont :

- Sur le plan de l'amélioration de l'environnement et des conditions de travail :
 - la création de comités d'hygiène et de sécurité au sein de l'établissement industriel, commercial, agricole et des entreprises artisanales occupant 50 salariés au moins ;
 - l'extension de la médecine du travail à tout secteur d'activité ;
 - l'obligation de mise en place de services médicaux du travail.
- Sur le plan des procédures de contrôle :
 - la création de corps spécialisés dans l'hygiène et la sécurité ;
 - la consécration, pour les médecins inspecteurs du travail, du pouvoir de dresser des procès-verbaux.
 - la simplification de la transmission des procès-verbaux directement au parquet sans passer par l'administration centrale.
 - et le renforcement des sanctions de violation des règles relatives à la médecine du travail, à l'hygiène et à la sécurité.

De plus, mention particulière doit être faite de la création d'un conseil consultatif dénommé « conseil de médecine du travail et de prévention des risques professionnels ».

Placé auprès de l'autorité gouvernementale chargée du travail, ce conseil exerce un pouvoir consultatif et un pouvoir de proposition concernant l'inspection de la médecine du travail, les services médicaux du travail, l'hygiène et la sécurité professionnelle et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- Concernant les textes d'application de la loi relative au code du travail, il y a lieu d'indiquer :
 - le décret N° 2-05-751 du 13 juillet 2005 qui fixe le nombre des infirmiers diplômés d'Etat ou d'assistants sociaux dont les services médicaux doivent s'assurer le concours à temps complet,
 - le décret N° 2-04-512 du 29 décembre 2004 fixant les membres du conseil de médecine du travail et de prévention des risques professionnels et les modalités de leur nomination et de fonctionnement dudit conseil.
 - l'arrêté du ministre de l'emploi et de la formation professionnelle N° 345-05 du 9 février 2005 fixant le modèle du rapport qu'il faut élaborer sur les circonstances de l'accident du travail, de la maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

Les intitulés de ces textes sont assez révélateurs de leurs contenus respectifs.

2.3. La protection contre les rayonnements ionisants

Les règles de protection contre les rayonnements ionisants résultent de :

- la loi N° 005-71 du 21 chaabane 1391 (12 octobre 1971)
- le décret N° 2-97-30 du 25 jourmada II 1418 (28 octobre 1997) pris pour son application
- une série d'arrêtés pris en 2000 par le ministre de la santé.

La loi 005-71 opère de plusieurs manières.

- Elle prévoit deux interdictions à savoir l'interdiction d'addition des substances radioactives dans la fabrication des denrées alimentaires, des produits cosmétiques et des produits à usage domestique ou privé d'une part et d'autre part, l'interdiction d'utiliser ces mêmes substances radioactives dans la fabrication des jouets.
- Elle instaure deux régimes juridiques distincts à savoir le régime d'autorisation administrative préalable et le régime de déclaration préalable

A ces régimes sont soumises toutes les activités privées ou publiques impliquant une exposition à des rayonnements ionisants et ce, qu'il s'agisse de substances radioactives naturelles ou artificielles.

Dans l'élan d'énumération des activités en question, elle introduit le mot « notamment ». Cela signifie que toute énumération ne peut être que limitative. Les activités énumérées s'inscrivent dans un vaste champ qui

renferme toute activité de production, d'utilisation, de détention, de stockage, de transport et d'élimination des substances radioactives.

- Par ailleurs, la loi définit les infractions et leurs sanctions. De même, elle détermine les règles relatives à leurs constatations.
- Enfin elle renvoie à un décret pour fixer les modalités de son application.

Le décret N° 2-97-30 pris pour l'application de la loi 005-71 précitée, contient 69 articles. Pour l'essentiel, leur contenu se ramène à ce qui suit :

- une délimitation du champ d'application des deux régimes juridiques prévus par la loi en répartissant les établissements concernés en deux catégories :
 - La catégorie I est constituée d'établissements utilisant les installations nucléaires.
 - La catégorie II comporte trois classes (classes 1, 2 et 3). A titre d'exemples, les établissements utilisant un appareillage d'électroradiologie fixe ou mobile font partie de la classe 2 tandis que ceux utilisant des microscopes électroniques rentrent dans la classe 3, seule classe à laquelle le régime de déclaration préalable est applicable. Celui de l'autorisation administrative préalable est donc prépondérant puisqu'il s'étend à tout le reste.

Sur l'application de ces régimes, le décret indique des règles de procédure et attribue au ministre de la santé la compétence de délivrer des autorisations pour les établissements des classes 1 et 2 de la catégorie II.

- Une définition du système de limitation des doses véhicule deux principes :
 - le premier est celui de la justification en ce sens « qu'aucune pratique impliquant une exposition à des rayonnements ionisants ne peut être autorisée si son application ne produit pas un avantage net positif » (article 8).
 - le deuxième principe est celui de l'optimisation qui « implique que l'irradiation des personnes et le nombre des personnes exposées aux rayonnements ionisants doivent être aussi réduits que possible » (article 9).

En procédant ainsi et en traitant des principes fondamentaux de la surveillance aussi bien de la santé des travailleurs que de la santé publique, ce texte occupe une place importante dans le domaine de la radioprotection.

Il détermine les bases communes aux autres textes réglementaires. Sa mise en œuvre requiert évidemment l'intervention de bon nombre de départements ministériels : enseignement supérieur, énergie et mines agriculture, équipement et transport, habitat, emploi et, bien sûr, santé.

Les arrêtés de 2000 pris par le ministre de la santé

Il s'agit des arrêtés N° 917,918,919,920,921 et 922, publiés au bulletin officiel N° 4906 du 06 janvier 2001.

- Le premier fixe la nature des radionucléides composant les quatre groupes de radioactivité : A, B, C et D.
- Le second fixe les cas d'exemption des autorisations et des déclarations. Ils concernent les établissements utilisant des substances radioactives dont l'activité totale est inférieure ou égale à des niveaux d'exemption que l'arrêté détermine.
- Le troisième fixe les valeurs du facteur de pondération radiologique utilisées en radio protection pour évaluer les doses. Il détermine le facteur de pondération radiologique par nature et domaine d'énergie du rayonnement. Il indique également le facteur de pondération tissulaire par tissu ou organe.
- Le quatrième fixe les limites des doses. Un document de 86 pages lui est annexé. Ce document ayant valeur juridique comporte sept tableaux renfermant un nombre considérable de données chiffrées.
- Le cinquième arrêté porte délimitation et signalisation particulières des zones contrôlées et surveillées. Ce texte prévoit en termes d'exposition externe, trois zones contrôlées : jaune, orange et rouge. En matière de zones surveillées, il impose une signalisation par panneaux compte tenu de la nature et de l'étendue des risques radiologiques. En annexe, il donne le code de ces panneaux.
- Enfin le sixième et dernier arrêté fixe les modalités d'utilisation des dosimètres. Cet arrêté soumet les travailleurs exposés A à l'obligation d'être munis de dosimètres individuels retirés auprès du centre national de radioprotection (CNRP). Il fixe les conditions de port de ses dosimètres. Sur ce point, rappelons qu'en son article 31, le décret N° 2-97-30 du 28 juin pris pour l'application de la loi N° 005-71 relative à la protection contre les rayonnements ionisants opère une distinction entre travailleurs exposés A et travailleurs exposés B selon que les conditions de travail dépassent ou non les trois dixièmes des limites des doses fixées réglementairement.

Sur l'ensemble de ces textes, décret et arrêtés, notons qu'il a fallu attendre 26 ans pour que les premiers textes d'application de la loi interviennent.

Notons également que les avancées réalisées révèlent la démarche progressive suivie par les pouvoirs publics pour construire le cadre juridique de la radioprotection en tant que composante de l'arsenal des textes législatifs et réglementaires relatif à la sécurité des travailleurs et à la protection de la santé de la population.

Signalons enfin qu'une réglementation spécifique a été prise en 1997 en matière d'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires. Cette réglementation résulte d'un décret autre que celui précédemment mentionné. Une place à part lui est réservée dans la deuxième partie du présent rapport.

2.4 Les polices d'hygiène

Nous nous limitons à en présenter les principales en les ramenant d'une part, à l'hygiène collective et d'autre part, à l'hygiène individuelle à travers le cas de l'hygiène alimentaires.

2.4.1 L'hygiène collective

Dans ce volet, nous nous proposons de présenter d'abord un cas d'application d'origine ancienne avec la législation sur les établissements incommodes, insalubres ou dangereux. Ces établissements sont régis par le dahir du 25 août 1914 dont le dispositif comporte essentiellement ce qui suit :

- classification des établissements en trois classes suivant la nature des opérations qui y sont effectuées ou les inconvénients qu'ils présentent au point de vue de la sécurité, de la salubrité ou de la commodité publiques.
- soumission des établissements rangés dans la première ou la deuxième classe à autorisation préalable délivrée après enquête de commodo incommodo et avis du médecin du bureau municipal d'hygiène ou du médecin régional de la santé. Dans les villes, ces établissements ne peuvent être autorisés qu'à l'intérieur des secteurs industriels créés à cet effet.
- soumission des établissements de troisième classe à un régime de déclaration préalable.
- inspection des établissements des trois classes et régime de sanctions avec possibilité de fermeture ou de suspension des établissements.

Du fait des changements intervenus en matière d'urbanisation et d'industrialisation, on reproche à cette législation d'être orientée beaucoup plus vers la prohibition et la répression que vers la gestion rationnelle de l'environnement. Sa source est entamée. Plus récemment, de nouveaux textes, notamment trois lois concomitantes et coexistantes, ont été promulguées le 12 mai 2003 :

- loi N° 11-03 relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement.
- loi N° 12-03 relative aux études de l'impact sur l'environnement.
- loi N° 13-03 relative à la lutte contre la pollution de l'air..

Ces textes s'inscrivent dans la logique de la protection et de la promotion de l'environnement et bien sûr, de la santé.

Reste encore une fois à faire intervenir leurs textes d'application ainsi que des mesures d'accompagnement pour permettre leur mise en œuvre.

2.4.2 L'hygiène individuelle : cas de l'hygiène alimentaire

L'hygiène de la vie personnelle donne lieu à des réglementations. Celle concernant les aliments est prépondérante. En effet un nombre important de

règles concernant ces produits figure dans les textes pris en application de la loi 13-83 relative à la répression des fraudes sur les marchandises.

Cette loi traite des infractions et sanctions correspondantes, de la constatation des infractions et des autorités qui en sont chargées. Sur ce dernier point, soulignons qu'il y a une pluralité d'acteurs :

- mohtassibs ;
- fonctionnaires de la répression des fraudes ;
- personnes assermentées notamment vétérinaires inspecteurs, inspecteurs de la pharmacie, ingénieurs sanitaires, médecins directeurs des bureaux municipaux d'hygiène, techniciens d'hygiène et assainissement et agents des douanes.

Antérieurement à cette loi, une législation dont certaines dispositions demeurent en vigueur, avait édicté des règles applicables en matière de vente des marchandises et de falsification des produits agricoles. Il s'agit du dahir du 14 octobre publié au bulletin officiel du 26 octobre 1914.

Il en est de même pour le dahir du 11 Mars 1925 qui l'a complété et dont l'objet porte sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits agricoles.

En 1993, une autre loi est entrée en vigueur. Il s'agit de la loi N° 17-88 relative à l'indication de la durée de validité sur les conserves et assimilés et les boissons conditionnées destinées à la consommation humaine ou animale.

Le principal apport de cette loi est d'interdire la vente des produits dont la durée de validité est périmée.

Un décret a été pris en 1999 pour son application : décret N° 2-95-908 du 5 mai 1999. Ce texte comporte deux annexes. L'une fixe la liste des denrées alimentaires devant porter l'indication de la date limite de validité. L'autre dresse celle des denrées alimentaires non périssables dispensées de cette indication.

De plus, ce décret renvoie à des arrêtés pour la fixation des conditions spéciales de conservation.

D'un autre côté, des textes réglementaires ont été pris pour réglementer l'emploi de certaines substances dans les denrées alimentaires et les boissons. Notons en tout d'abord le décret du 8 décembre 1959 réglementant l'emploi des substances antiseptiques, des matières colorantes et des essences artificielles dans ces denrées et boissons. Notons ensuite le décret N° 2-61-599 autorisant l'addition de substances anti-oxygène dans les matières grasses, les huiles essentielles à usage alimentaire et les revêtements intérieurs des emballages de denrées alimentaires.

De valeur décrétole, d'autres textes ont été également pris, l'un pour instituer une commission interministérielle permanente pour le contrôle alimentaire et la répression des fraudes dans la vente des marchandises (décret royal du 29 janvier 1968) et l'autre pour créer le comité national du Codex Alimentarius (décret N° 2-03-140 du 17 janvier 2005).

Au terme de cette énumération accompagnée d'une description très sommaire, il convient de relever un point de droit et formuler une constatation.

- Le point de droit a été soulevé en 1993 à propos de certaines dispositions du dahir du 14 octobre 1914 relatif à la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits agricoles. Plus précisément, il s'agissait de dispositions ayant trait notamment à la définition des aliments et boissons, aux opérations et traitements licites dont ils peuvent faire l'objet, à l'emploi de substances chimiques ou biologiques ou de toute autre nature pour leur conservation, leur coloration, leur aromatisation ou leur édulcoration ainsi qu'aux doses acceptables admissibles dans ces produits.

La question posée à la chambre constitutionnelle, dans le temps, est de savoir si les dispositions dont il s'agit relèvent de la compétence du pouvoir législatif ou du pouvoir réglementaire.

Dans sa décision N° 265 du 2 moharram 1414 (23 juin 1993), ladite chambre a déclaré que de telles dispositions relèvent du pouvoir exécutif.

Elles ne rentrent pas, par conséquent, dans le domaine de la loi.

- La constatation est que des circulaires sont en vigueur en matière d'additifs alimentaire et d'aromatisation. Ces circulaires ont été prises en 1997 sous forme de circulaires conjointes du ministre de l'agriculture et du ministre de la santé.

Sur ce point, il n'est pas inutile de rappeler que les ministres n'ont pas de pouvoir réglementaire et qu'ils ne peuvent l'exercer que sous la forme d'arrêtés sur délégation du premier ministre et exceptionnellement, en vertu d'une loi. Rappelons également que le recours aux circulaires est une pratique administrative courante et qu'elles sont entachées d'illégalité dès lors qu'elles revêtent un caractère réglementaire, auquel cas elles sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir et d'annulation par le juge.

Ainsi s'est constitué un dispositif juridique non négligeable de contrôle et de sécurité alimentaire.

Ce dispositif n'échappe pas cependant à la critique. On lui reproche d'être lacunaire et parfois source d'interférences dans les compétences respectives des intervenants. On le considère par ailleurs comme inadapté compte tenu de l'évolution de l'industrie de transformation, de la mondialisation, du développement du tourisme, de la pratique de la contrebande et de la nécessité de protéger la santé de la population.

L'idée qui prévaut depuis quelques temps est de créer une agence de contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments ayant pour compétence d'élaborer, d'appliquer et de contrôler les mesures qui concernent les risques susceptibles d'affecter la santé du consommateur.

3. MOYENS DE DIAGNOSTIC ET MOYENS THERAPEUTIQUES.

Le diagnostic et le traitement des maladies humaines constituent deux composantes du monopole médical.

La loi N° 10-94 relative à l'exercice de la médecine ne donne pas de définition de ce monopole. Cependant et sur le fondement de son article 60 relatif à l'exercice illégal de la médecine, on peut par raisonnement a contrario, déduire qu'il renferme l'établissement d'un diagnostic, la détermination d'un traitement et la pratique des actes professionnels prévus par la nomenclature.

Dans le domaine du cancer, l'exercice de ces fonctions requiert l'utilisation de moyens en chirurgie, oncologie médicale, radiodiagnostic, radiothérapie et anatomo-cytopathologie.

Ceci nous conduit, dans le cadre de notre étude, à identifier les dispositions légales et réglementaires se rapportant à l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales, à l'anatomopathologie, et aux médicaments anticancéreux et médicaments associés, principalement les morphiniques.

3.1. Utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales.

L'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales est réglementée par le décret N° 2-97-132 du 28 octobre 1997.

Ce texte est intervenu en même temps que le décret N° 2-97-30 pris pour l'application de la loi N° 225-71 du 12 octobre 1971 relative à protection contre les rayonnements ionisants et que nous avons présenté dans la partie consacrée à la prévention.

S'il en est ainsi c'est parce que ces deux décrets ont un support légal commun et une même finalité. La différence entre eux est que celui que nous décrivons dans la présente partie a une portée spécifique avec un champ d'application qui s'étend, pour une forte part, à la médecine et pour une faible part, à la chirurgie dentaire.

Les dispositions qu'il contient fixent des règles concernant le personnel, le matériel et les substances radioactives. Au moyen d'une importante annexe, il édicte des règles qui se rapportent à l'aménagement des locaux et aux procédés d'évacuation et de stockage des effluents et déchets radioactifs.

- Les règles relatives au personnel

Ces règles visent à réserver l'utilisation des rayonnements à des fins médicales ou dentaires à un personnel qualifié. Il s'agit de :

- médecins spécialistes en radiothérapie pour l'utilisation de sources de rayonnements ionisants à des fins thérapeutiques (articles 10).
- médecin spécialiste en radio-isotopes ou médecine nucléaire pour administrer à des patients des radioéléments à des fins thérapeutiques ou de diagnostic.
- médecins spécialistes en radio diagnostic pour l'utilisation des appareils de radiographie.

Outre ces règles, le décret introduit trois précisions.

- La première concerne les centres de médecine nucléaire ou de radiothérapie. Tout centre de ce genre doit disposer d'un radio physicien chargé d'y suivre les problèmes de physique médicale et radioprotection (article 12)
- la seconde concerne une dérogation applicable dans les communes ou communautés urbaines où il n'existe pas de médecins radiologues spécialistes en radio diagnostic ou de service public de même nature. Dans ces communes ou communautés et sous réserve de l'obtention d'une autorisation spéciale délivrée par le ministre de la santé, « les médecins non spécialistes en électroradiologie peuvent utiliser des appareils de radiographie permettant d'effectuer des examens standards sans préparation » (article 13)
- Enfin une troisième précision concerne cette fois-ci les techniciens de radiologie. Cette catégorie de personnel manipule les sources de rayonnements ionisants sur prescription et sous la responsabilité du médecin (article 8).

- Les règles relatives au matériel et aux substances radioactives

Le décret N° 2-97-132 précité institue de nombreuses règles :

- l'interdiction d'utiliser des appareils de radioscopie.
- L'interdiction d'utiliser les appareils ou sources de rayonnements ionisants non homologués par le ministre de la santé et ne figurant pas sur une liste faisant l'objet d'une publication annuelle (article 2).

La procédure d'homologation ainsi instituée fait intervenir les ordres professionnels concernés à savoir l'ordre national des médecins et celui des médecins dentistes. Il s'agit là d'un pouvoir consultatif conféré à des organismes professionnels .La consultation est obligatoire en ce sens que, sous peine d'illégalité de l'acte prononçant l'homologation, le ministre de la santé est tenu de recueillir l'avis de l'ordre concerné. Cette autorité gouvernementale n'est pas cependant obligée de suivre l'avis émis. Le décret dont nous présentons le descriptif ne précise pas en effet qu'il s'agit d'un avis conforme.

En revanche, il précise que l'octroi et donc le refus de l'homologation, reposent sur des critères à savoir l'intérêt médical au plan du diagnostic, de la thérapeutique ou de la recherche.

Il précise également qu'elle est accordée en cas d'existence d'une homologation dans le pays de fabrication et de conformité aux normes internationales.

- La subordination de l'autorisation d'importation des appareils et substances radioactives à l'exigence de l'homologation.
- La soumission de l'importation des radio-isotopes à un régime d'autorisation administrative préalable.
- l'obligation de tenir un inventaire des substances radioactives.

- l'obligation de délivrer un certificat spécifiant la nature, les quantités et la date d'administration des radio-isotopes utilisés.
- et enfin l'obligation pour le personnel médical et le personnel qui l'assiste de porter un dosimètre délivré et contrôlé par le ministère de la santé.
- les règles relatives aux locaux et aux procédures d'évacuation et de stockage des effluents et des déchets radioactifs.
 - Les règles concernant les locaux déterminent notamment des normes d'aménagement, de superficie, d'épaisseur des murs, de plombage et de séparation.

Elles prévoient l'obligation de disposer de matériel de radioprotection portatif de mesure des débits de doses et de détection de la contamination des surfaces.

- les règles concernant les procédures d'évacuation et de stockage des effluents et des déchets radioactifs s'organise comme suit :
 - contrôle de l'évacuation des effluents gazeux et liquides et tenue d'un registre à cet effet
 - fixation des normes d'activité volumique par mètre cube et de canalisation d'évacuation
 - obligation de disposer d'une aire minimale de stockage extérieure et d'enceintes de stockage conçues selon que le type d'installation est « in- vivo » ou « in- vitro ».

Notons enfin que toutes les règles qui précèdent s'appliquent aussi bien aux structures sanitaires publiques que privées.

Concernant les structures privées, il y a lieu de souligner que la loi N° 10-94 relative à l'exercice de la médecine assimile à une clinique les centres de radiothérapie ou de chimiothérapie. Ceci a pour conséquence de soumettre ces centres à un régime d'autorisation administrative préalable organisé en deux temps : une autorisation du projet et une autorisation définitive d'ouverture qui n'est délivrée qu'après constatation de la conformité de l'établissement réalisé au projet présenté et accepté. Les deux font intervenir le secrétariat général du gouvernement en tant qu'organe de décision et le ministère de la santé et l'ordre national des médecins en tant qu'organes consultatifs avec cette nuance que le ministère de la santé émet un avis conforme.

Sur cette question d'autorisation, nous soulevons un point de droit en rapport avec la notion de fondateur de clinique ou d'établissement assimilé. La loi N° 10-94 précitée utilise le mot fondateur (article 22). Cela implique que toute personne de droit privé, physique ou morale, peut avoir cette qualité, que l'établissement soit à but lucratif ou non. Curieusement, le décret pris pour l'application de cette même loi ajoute le mot médecin à celui de fondateur pour former l'expression « médecin fondateur ». Le résultat est que le non médecin se trouve exclu de la possibilité d'être propriétaire d'une clinique ou d'un établissement assimilé.

L'autre conséquence de l'assimilation des centres de radiothérapie et de chimiothérapie à une clinique est de soumettre ces centres à des inspections périodiques effectuées par les représentants du ministère de la santé et du conseil régional de l'ordre des médecins.

Un mot sur les structures publiques. Sur ce plan, nous relevons que le seul texte à citer un établissement de cancérologie est le décret N° 2-86-74 du 5 juillet 1988 pris pour l'application de la loi N° 37-80 relative aux centres hospitaliers. Ce texte fait figurer l'institut national « Sidi Mohamed Ben Abdellah » parmi les formations hospitalières qui composent le centre hospitalier Ibn Sina.

Quant au récent décret N° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière, il ne cite pas la cancérologie ou l'oncologie parmi les disciplines dont les prestations de soins et service sont assurées par les centres hospitaliers provinciaux, préfectoraux ou même régionaux.

N'empêche que ce décret a, au moins, deux mérites.

Le premier est qu'il donne une base réglementaire à l'hôpital du jour. Cette formule alternative à l'hospitalisation classique n'est pas dépourvue d'intérêt en matière de cancer. L'arrêté du ministre de la santé N° 2515-05 du 30 chaâbane 1426 fait en effet rentrer dans la liste des prestations pouvant être prises en charge au titre de l'assurance maladie et dans le cadre de ce mode de distribution des soins, des actes tels que biopsies, perfusions de chimiothérapie ainsi que séances de radiothérapie.

Le deuxième mérite est de prévoir en son article 7 que « les hôpitaux sont créés par arrêté du ministre de la santé par référence à la carte sanitaire et au schéma régional de l'offre de soins, lorsqu'ils existent »

Il faut espérer que le projet de loi relative à la carte sanitaire et à l'offre de soins, élaboré par le ministère de la santé, aboutisse en dépit des deux logiques de développement du système de santé.

D'une part, la logique du secteur privé qui s'implante en fonction des initiatives de ses promoteurs qui apprécient librement la clientèle potentielle. D'autre part, un secteur public où l'implantation des équipements est décidée par les pouvoirs publics en fonction d'une appréciation des besoins des usagers du service public et compte tenu des contraintes budgétaires.

3.2. L'anatomopathologie

L'article 2 du décret N° 2-92 182 du 14 mai 1993 tel qu'il a été modifié et complété par de nombreux arrêtés a fixé le régime des études et des examens en vue de l'obtention du diplôme de spécialité médicale.

Ce texte dresse la liste des spécialités médicales qu'il répartit en trois groupes : spécialités de médecine, spécialités de chirurgie et spécialités de biologie.

C'est dans ce dernier groupe qu'il range l'anatomopathologie en tant que spécialité à part entière.

Sur le plan de l'exercice à titre privé, l'anatomopathologie apparaît au niveau de la loi N° 2-01 du 3 octobre 2002 relative aux laboratoires privés d'analyses

de biologie médicale et de l'arrêté du ministre de la santé N° 2008-05 du 19 octobre 2005 fixant les normes techniques minima de ces laboratoires.

La loi N° 2-01 donne une définition du laboratoire privé d'analyses de biologie médicale .Il s'agit d'un établissement de santé qui effectue les analyses et les examens de laboratoire destinés à faciliter le diagnostic médical, le traitement ou la prophylaxie des maladies humaines. Et la loi ajoute : « à l'exception des actes d'anatomopathologie ».

A titre dérogatoire, cette loi ouvre cependant la possibilité d'effectuer des actes d'anatomopathologie dans un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale. Elle prévoit à cet effet un certain nombre de conditions : accomplissement des actes d'anatomopathologie par un médecin spécialiste dans cette discipline ayant conclu une convention avec le laboratoire concerné, laquelle convention n'est valable que si elle est visée par le président du conseil de l'ordre des médecins.

Ainsi et placé dans une situation contractuelle, l'anatomopathologiste n'est pas un assistant du biologiste qui peut être un médecin, un pharmacien ou un vétérinaire spécialiste en biologie médicale.

Il ne peut être non plus un associé du praticien propriétaire du laboratoire ou un membre de l'association ou de la société régie par le dahir du 12 août 1913 formant code des obligations et contrats au cas où le laboratoire est organisé sous l'une de ces deux formes juridiques de personne morale de droit privé.

Coté normes techniques des laboratoires privés, l'arrêté du ministre de la santé N° 2008-05 précité exige du laboratoire où sont exécutés des actes d'anatomopathologie un local réservé à cet effet.

Ce sont là peut être des restrictions à l'exercice de l'anatomopathologie à titre privé du moment que la législation en vigueur ne consacre pas de lieu d'exercice propre à cette discipline. La loi N° 10-94 précitée relative à l'exercice de la médecine ne prévoit que deux types de lieux d'exercice : les cabinets médicaux et les cliniques et établissements assimilés.

Trois questions peuvent être soulevées :

- un médecin anatomopathologiste exerçant à titre privé peut-il conclure des conventions avec plusieurs laboratoires privés d'analyses de biologie médicale?
- un médecin anatomopathologiste ne peut-il pas ouvrir un cabinet médical et y pratiquer des actes relevant de sa spécialité?
- la consécration légale de laboratoires privés d'anatomopathologie en tant que catégorie particulière de laboratoires est-elle possible?

3.3. Les produits médicamenteux

A ce niveau, et dans le cadre de notre étude, nous entendons par produits médicamenteux les anticancéreux, antimitotiques ou autres, les médicaments qui leur sont associés en particulier les morphiniques ainsi que les médicaments

radio-pharmaceutiques ou encore ceux présentés comme supprimant ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Dans cette panoplie, donnons tout de suite deux indications. La première est que du seul fait de leur qualification juridique de médicaments, tous ces produits sont soumis à la législation et à la réglementation ayant leur source dans la nouvelle loi N° 17-04 du 22 novembre 2006 portant code du médicament et de la pharmacie. La seconde est que du fait de leur particularisme, les morphiniques demeurent également soumis à des règles particulières qui résultent du dahir du 2 décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

- Le dispositif de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, contient 158 articles. Nous n'en décrivons que les dispositions qui nous semblent en rapport avec notre sujet.

Tout d'abord la définition légale du mot médicament.

Cette définition a de nombreuses conséquences juridiques parce que c'est à elle que l'on doit se référer à chaque fois qu'un texte emploie ce terme.

Globalement, il s'agit d'une substance d'origine animale, végétale ou chimique ou d'une composition c'est-à-dire d'un produit dans lequel des éléments divers ont été réunis. Cette substance ou cette composition doivent être présentées comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales.

En plus de cette définition générale, la loi énumère un certain nombre de produits qu'elle considère comme médicaments et parmi lesquels figurent toutes les spécialités pharmaceutiques ainsi que les médicaments radio-pharmaceutiques ou encore les produits anti-tabac.

A propos des spécialités pharmaceutiques, notons que la loi définit séparément la spécialité de référence et la spécialité générique et indique que toutes deux constituent un groupe générique.

C'est sur la base des définitions qu'elle donne que la loi 17-04 détermine tout le régime juridique applicable aux produits médicamenteux, en particulier les règles concernant leur mise sur le marché, leur fabrication, leur importation, leur publicité ainsi que leur commercialisation et leur prix.

Sur ces différents points, nous donnons quelques précisions.

- concernant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), elle est délivrée par le ministre de la santé dans deux formes : celle normale attribuée sous certaines conditions à tout médicament destiné à être commercialisé et celle octroyée sous la forme d'une autorisation spécifique dans des cas précis parmi lesquels celui de l'utilisation temporaire de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié au Maroc.

Signalons au passage qu'en cas de danger pour la santé publique et à titre préventif, le ministre de la santé peut suspendre l'AMM ou la retirer

- Concernant la fabrication, elle ne peut être effectuée que dans des établissements pharmaceutiques industriels dont les règles de création, d'organisation et de fonctionnement sont minutieusement fixées.

Il convient toutefois de souligner que la loi 17-04 maintient, à titre dérogatoire, les dispositions légales aux termes desquelles le centre national de l'énergie des sciences et des techniques nucléaires (CNESTEN) est habilité à effectuer des opérations de fabrication, d'importation et de commercialisation des médicaments radio pharmaceutiques.

Cet établissement public a été créé par la loi N° 17-83 du 14 novembre 1986 complétée par la loi N° 12-97 promulguée par le dahir N° 1-97-166 du 2 août 1997.

- Concernant l'importation des médicaments, et outre l'AMM, elle fait l'objet d'un visa sanitaire délivré par le ministre de la santé. Ceci permet le suivi de la traçabilité du médicament.

Quant aux médicaments en provenance de l'étranger à titre de dons, ils doivent faire l'objet d'une déclaration établie par le destinataire. « La partie bénéficiaire ne peut être qu'un hôpital public, un centre hospitalier ou un service sanitaire relevant de l'Etat, une collectivité locale, le croissant rouge marocain ou une association reconnue d'utilité publique opérant dans le domaine de la santé » (article 23).

Evidemment, les médicaments provenant de dons ne peuvent être cédés à titre onéreux.

- S'agissant de la publicité, plus précisément celle auprès du public, la loi l'a subordonnée à un visa délivré pour une durée d'un an renouvelable et ne comportant aucune garantie de l'administration en ce qui concerne les propriétés et les effets thérapeutiques du produit.

Cette forme de publicité n'est admise qu'à la condition que le médicament ne soit pas soumis à une prescription médicale et qu'il ne soit pas remboursable par les régimes d'assurance maladie.

Si nous évoquons ces dernières règles, c'est pour souligner qu'en vertu de la loi elle-même, les campagnes publicitaires pour les médicaments relatifs à la lutte contre le tabagisme leur échappent. D'ailleurs, il en est de même pour les vaccins et les médicaments relatifs à la planification familiale. (Article 41).

- Enfin et s'agissant de la commercialisation et des prix, le lien étant étroit entre les deux, une réglementation, plus stricte que pour les autres produits, s'attache à l'aspect prix des médicaments en raison de leur caractère particulier et de l'incidence économique et sociale de leur consommation.

Sur la question des prix, la loi 17-04 est sans nuance. En son article 17, elle souligne que « le prix public des médicaments fabriqués au Maroc ou importés continue à être réglementé selon les conditions et modalités définies par voie réglementaire ». C'est là donc une exception aux règles allant dans le sens de la déréglementation des prix et de la concurrence.

Hormis l'exception de l'importation en vrac et du conditionnement au Maroc, la quasi-totalité des anticancéreux qui nous intéressent dans le cadre de notre étude sont importés. Cependant, il convient d'aborder la question de leurs prix à travers une réglementation qui remonte à 1993 et qui est toujours en vigueur. Il s'agit de l'arrêté du ministre de la santé N° 2365-93 du 1^{er} décembre 1993 fixant le mode de calcul des prix des spécialités pharmaceutiques d'origine étrangère admises à l'importation et destinées à l'usage de la médecine humaine et vétérinaire et déterminant le mode de déclaration des prix ainsi que le stock de sécurité devant être constitué par les importateurs.

Assez long, l'intitulé de ce texte se suffit à lui-même.

En ce qui concerne le mode de calcul, il faut avouer qu'il est complexe. Disons tout simplement qu'il fait entrer en ligne de compte plusieurs éléments : le prix « FOB » calculé à partir du prix de vente dans le pays d'origine converti en dirhams, majoré des frais d'approche et multiplié par un coefficient. A la somme de ces éléments, on ajoute les marges de distribution c'est-à-dire 10 % pour le grossiste répartiteur et 30 % pour le pharmacien détaillant.

Un mode de calcul à part est prévu pour les hôpitaux de l'Etat et pour les centres hospitaliers. Les établissements privés où sont traités les malades peuvent en bénéficier à condition de facturer les spécialités importées au prix de revient.

Cet autre mode de calcul est plus avantageux que le précédent. D'abord le prix « FOB » est constitué du prix hôpital étranger. Ensuite les marges de distribution n'y sont pas incluses.

En prolongement de la question des prix, nous évoquons deux autres points non moins importants : le régime fiscal des anticancéreux et les règles fixées dans le cadre de la couverture médicale de base.

En ce qui concerne le régime fiscal, deux problèmes dont les solutions sont en cours, doivent être soulevés : taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et droits à l'importation.

Concernant la TVA et depuis la loi de finances 2003, la règle est l'exonération totale pour les antimitotiques. Pour les autres classes d'anticancéreux, le problème subsiste. En effet et agissant pour le compte de la direction générale des impôts, l'administration des douanes exige, pour ces produits, le paiement de la TVA au taux de 7%. Début 2008, l'application de ce taux a été suspendue, le temps que la loi de finances 2009 intervienne pour étendre l'exonération aux anticancéreux autres que les antimitotiques.

Concernant les droits de douane, le taux appliqué à la majorité des anticancéreux est 2,5 %, soit le taux minimal découlant du droit commun. L'exception d'exonération c'est-à-dire 0% reçoit application dans le cadre des accords de libre échange avec l'union Européenne et les Etats-Unis.

Toutefois un taux supérieur au taux minimal est appliqué à certains anticancéreux. Face à cela et dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'accessibilité économique à ces produits, le ministère de la santé a entrepris des démarches auprès de la commission consultative des importations pour, sinon obtenir l'exonération pour ces produits, du moins

les aligner sur le taux minimal. La même démarche est effectuée pour les médicaments associés. Le dossier est en cours.

Par ailleurs et dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, il faut relever que les anticancéreux figurent sur la liste des médicaments donnant droit à exonération totale ou partielle des frais restant à la charge du bénéficiaire. Deux arrêtés du ministre de la santé ont été pris à cet effet. Il s'agit de l'arrêté N° 2517-05 du 5 septembre 2005 et celui pris sous le N° 929-06 du 15 mai 2006 pour compléter la liste initialement établie.

- Les règles particulières aux morphiniques

Ces règles résultent du dahir du 12 février 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

Les substances vénéneuses soumises aux dispositions de ce texte sont inscrites à trois tableaux :

- le tableau A concerne les produits toxiques.
- le tableau B est relatif aux produits stupéfiants
- le tableau C est consacré aux produits dangereux.

Chaque tableau est divisé en deux sections selon que les substances sont destinées au commerce, industrie ou agriculture (section I) ou à la médecine (section II).

Les morphiniques sont inscrits au tableau B, section II.

Cette inscription est faite par le ministre de la santé. Elle entraîne l'application de certaines règles dont les principales sont les suivantes :

- Détention dans des armoires fermant à clé ;
- Tenue d'une comptabilité sur registre spécial et déclaration de stock ;
- Prescription sur ordonnance rédigée sur feuilles extraites d'un carnet à souches et ce, pour une période de sept jours renouvelable dans les mêmes formes

A noter que la dénomination commune internationale (DCI) morphine a été ajoutée à la liste des médicaments donnant droit à l'exonération totale ou partielle des frais restant à la charge des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.

Le dahir de 1922 prévoit des sanctions pour les infractions aux dispositions qu'il contient.

En matière de sanctions, il est à signaler que la loi 17-04 portant le code du médicament et de la pharmacie prévoit des sanctions en rapport avec les règles qu'elle édicte en matière de stupéfiants. Il s'agit des règles suivantes :

- interdiction, pour un pharmacien d'officine, de déconditionner une spécialité pharmaceutique en vue de son incorporation dans une préparation magistrale (article 32),

- obligation d'inscrire les ordonnances prescrivant des substances vénéneuses sur un registre côté et paraphé par les autorités compétentes, (article 33).
- Interdiction de remise d'échantillons médicaux contenant des substances classées comme psychotropes ou stupéfiants, (article 47).
- Obligation pour le pharmacien conventionné avec une clinique ou établissement assimilé de se conformer aux dispositions de la législation relative aux substances vénéneuses (article 70).

4. RELATIONS ENTRE LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS ET ETABLISSEMENTS DE SANTE

Le patient peut se trouver soit dans le secteur public soit dans le secteur privé. Selon le cas, les relations se placent dans des cadres juridiques différents.

Dans le premier cas, le patient est dans une situation contractuelle. C'est un client. Cette situation est le plus souvent doublement contractuelle vis-à-vis d'une part du praticien et d'autre part de l'établissement.

Dans le second cas, il en est autrement. Le patient est un usager du service public. Il est dans une situation statutaire et réglementaire.

En rapport avec l'aspect situation juridique du patient, évoquons rapidement la question du libre choix. Il s'agit là d'un principe faisant partie des principes traditionnels de la médecine. Le code de déontologie médicale l'a affirmé (article 5). La loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine l'évoque d'une manière incidente à propos de l'exercice en commun.

Quant au décret N° 2-06-656 relatif à l'organisation hospitalière, il n'en parle pas.

Par contre, la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base le réaffirme. Mais uniquement dans ses dispositions relatives à l'assurance maladie (article 14). C'est sur cette base qu'il est repris dans les conventions nationales conclues entre les gestionnaires de cette assurance et les prestataires de soins.

La loi 65-00 précitée traite également du régime d'assistance médicale fondé sur le principe de la solidarité nationale au profit de la population. Ce régime est institué pour la prise en charge des frais de soins dispensés aux personnes qui ne sont pas assujetties à l'assurance maladie obligatoire et qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales. Il y est bien précisé que la prise en charge de ces prestations, totalement ou partiellement, ne peut intervenir qu'en matière d'hospitalisation, de soins ou d'examens pratiqués dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.

Au delà du rappel de ces indications et quel que soit le statut social du patient, il nous faut maintenant examiner, sur le plan juridique, la question de ses relations avec les professionnels et les établissements de santé sous l'angle de ses droits et des problèmes de responsabilité.

4.1. Les droits du patient

Les droits du patient constituent à certains égards des obligations pour les professionnels et les établissements au sein desquels ils oeuvrent.

Outre le droit à des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science tel que reconnu par une jurisprudence constante et établie de longue date, le patient a des droits dans le cadre de ses relations avec les professionnels et établissements de santé. Et ceci indépendamment de son statut social, assuré ou non, ou du statut du professionnel ou de l'établissement concerné.

Le code de déontologie médicale mentionne des règles derrière lesquelles se profilent certains de ces droits et dont il convient de donner un aperçu. En effet et dans son titre relatif aux devoirs généraux des médecins, ce code souligne, entre autres, l'obligation de porter secours à un malade en danger (article 3) et l'obligation du secret (article 4). Dans son titre II concernant les devoirs des médecins envers les malades, il est fait mention d'autres obligations telles que :

- avoir le souci primordial de conserver la vie humaine, même quand le médecin soulage la souffrance et d'agir avec correction envers le malade et se montrer compatissant envers lui (article 23)
- ne révéler au malade un pronostic grave qu'avec la plus grande circonspection mais le révéler à la famille sauf si le malade s'y oppose.

Sur le secret médical, signalons que la loi 10-94 relative à l'exercice de la médecine a renforcé sa valeur juridique en l'érigeant au niveau législatif (article 50). Signalons également qu'il est protégé pénalement (code pénal) et qu'il s'impose aux professionnels relevant du secteur public (statut général de la fonction publique).

N'empêche que le principe du secret connaît quelques limites en particulier celles où la loi oblige ou autorise sa révélation.

- En dehors du code de déontologie médicale et sur le droit à l'information, le règlement intérieur des hôpitaux réserve tout un chapitre à l'information du malade, des familles et au problème de la consultation et de la communication des dossiers médicaux.

Sur ce règlement intérieur et contrairement à ce que prévoit le décret précité N° 2-06-656 du 13 avril 2007, signalons qu'il n'a pas été fixé par arrêté du ministre de la santé. Il n'a pas, de ce fait, été publié au bulletin officiel.

Hormis cette question de forme, nous y relevons ce qui suit :

* Concernant l'information du malade, elle s'étend à celle portant sur son état de santé, les examens et les traitements qui lui sont proposés ainsi qu'aux risques et conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner. La première information que le médecin a à fournir au malade est relative au diagnostic et au pronostic. Dans le cas du cancer, ce n'est pas chose facile

* Concernant l'information des familles, le règlement intérieur prévoit ce qui suit :

- réception des familles sur rendez-vous ou selon un calendrier de visite affiché pour chaque service ;
- accord préalable du malade pour ce qui est des informations relatives au diagnostic et à l'évolution de la maladie.
- Interdiction pour le personnel soignant de fournir des informations sur le diagnostic et l'évolution de la maladie.

* Concernant la communication du dossier médical aux malades, le règlement intérieur prévoit qu'elle est possible par l'intermédiaire du médecin traitant et sous forme de copie. Quant à l'original, il est conservé par l'hôpital. L'article 61 de ce règlement précise que le dossier d'hospitalisation est la propriété de l'hôpital et que celui-ci en assure la conservation conformément aux dispositions régissant la conservation des archives médicales de l'hôpital. Une question surgit : ces dispositions existent-elles? Nous ne le pensons pas.

I S'agissant du droit de donner son consentement pour certains actes notamment ceux comportant un risque particulier ou des inconvénients sérieux, il est évident qu'il doit s'agir d'un consentement éclairé et que si le patient conscient et ayant la capacité juridique refuse, le praticien ne peut que s'incliner.

I Sur le droit à l'assistance et au conseil, disons simplement qu'en matière de cancer, l'assistance doit être également morale et que le médecin et les autres professionnels ont un grand rôle à jouer auprès de l'entourage du malade.

Reste à évoquer deux cas particuliers

Tout d'abord celui des fonctionnaires. Le statut général de la fonction publique issu du dahir du 24 février 1958 tel qu'il a été modifié et complété renforce leurs droits. Il range expressément et en tête de liste les affections cancéreuses parmi les maladies donnant droit à un congé de longue durée (article 44).

Ensuite le cas des assurés sociaux. A titre d'exception, l'article 9 de la loi 65-00 précitée portant code de la couverture médicale de base a prévu une exonération totale ou partielle en faveur des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire qui présentent des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement coûteux. La liste de ces maladies a été fixée par l'arrêté N° 2518-05 du 5 septembre 2005. En font partie les affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique ainsi que les tumeurs malignes.

4.2. Le problème des responsabilités juridiques

Il s'agit de responsabilité civile, pénale et disciplinaire avec ses deux volets, administratif et ordinal.

Concernant la responsabilité civile, son fondement est contractuel dans le cas où un professionnel exerçant à titre privé ou un établissement privé cause un préjudice à un patient.

Sauf dans le cas de l'anatomopathologie où l'on peut retenir une obligation de résultat, le contrat qui s'établit entre un patient et un médecin ne comporte, pour ce dernier, qu'une obligation de moyens.

Ayant une finalité de réparation pécuniaire du préjudice, la responsabilité civile n'est généralement engagée que lorsque la preuve de l'existence d'un dommage, d'une faute et d'un lien de causalité entre les deux est apportée.

La faute lourde est exigée lorsqu'il s'agit d'actes médicaux de diagnostic ou de traitement. La faute simple suffit pour admettre la responsabilité dans les autres cas : actes de soins paramédicaux ou défaut de surveillance, par exemple.

La réparation du préjudice causé par l'administration et ses fonctionnaires ou agents a son fondement dans les articles 79 et 80 du dahir des obligations et contrats (DOC) de 1913. Le régime instauré par ses articles est assez protecteur. Il admet la responsabilité dès lors que le requérant apporte la preuve de l'existence d'une faute de service, anonyme ou non. La responsabilité du fonctionnaire ou de l'agent est en réalité hypothétique. La raison en est qu'elle est écartée dans tous les cas où il n'y a pas de faute personnelle c'est à dire une faute détachable du service et tellement grave qu'elle devient inexcusable ou encore qu'elle révèle l'être humain dans ses passions.

S'agissant de la responsabilité pénale, elle est de nature punitive. Elle consiste en une atteinte au patrimoine de l'auteur de la faute ou à sa liberté. Le principe sur lequel elle repose est qu'il n'y a pas de peine sans loi. Le code pénal définit en effet les différentes fautes et en prévoit les sanctions correspondantes. En matière médicale ou de soins d'une manière générale, il faut distinguer deux cas. Le premier est celui où la définition de l'infraction comporte une référence à la qualité de professionnel de la santé, tel par exemple la violation du secret professionnel. Le deuxième est celui où ce professionnel peut commettre une infraction de droit commun dont la définition ne comporte pas une référence à sa qualité. L'homicide ou blessure par imprudence et l'omission de porter secours revêtent une importance particulière.

Quant à la responsabilité disciplinaire, elle repose sur la faute disciplinaire. Le problème est que la définition de celle-ci n'est qu'une définition générique en ce sens qu'il s'agit de manquements aux obligations professionnelles.

Le régime de responsabilité disciplinaire fait intervenir l'administration lorsqu'il s'agit de fonctionnaires ou agents publics et les ordres professionnels lorsqu'il s'agit de professionnels exerçant à titre privé une profession réglementée et ordinaire. Encore que, pour les médecins, la loi 11-94 ayant modifié et complété le dahir portant loi N° 1.84.44 du 21 mars 1984 relatif à l'ordre national a introduit une exception à cette règle de délimitation des compétences. Ce texte a en effet conféré au –dit ordre un pouvoir disciplinaire à l'égard des médecins du secteur public dans le cas précis où la faute imputable au médecin

est « une faute personnelle détachable du service public et constituant des manquements à ses obligations professionnelles »

Toutefois et dans la pratique, on relève que la disposition légale concernant cette exception à la règle connaît quelques difficultés d'application. Nous devons attendre la nouvelle loi sur l'ordre national des médecins pour être fixé sur la reconduction ou l'abandon de cette disposition.

Annexes

Listes des principaux textes juridiques consultés (ordre chronologique)

1. Textes législatifs

- Dahir du 12 août 1913 formant code des obligations et contrats (articles 79 et 80)
- Dahir du 3 Chaoual 1332 (25 août 1914) portant réglementation des établissements incommodes, insalubres ou dangereux

B.O N° 97 du 7 septembre 1914.

- Dahir du 2 décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

B.O du 16 janvier 1923

- Loi n° 005-71 du 21 chaâbane 1391 (12 octobre 1971) relative à la protection contre les rayonnements ionisants.

B.O du 20 octobre 1971.

- Loi N° 13-83 du 9 moharrem 1405 (5 octobre 1984) relative à la répression des fraudes sur les marchandises.

B.O 3777 du 27 Joumada II 1405 (20 mars 1985).

- Loi n° 17-83 portant création du Centre national de l'énergie, des sciences et des techniques nucléaires.

B.O N° 386 du 29 octobre 1986.

- Loi n° 15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux.

B.O n° 4318 du 4 Rabii I 1416 (2 août 1995).

- Loi N° 10-94 relative à l'exercice de la médecine.

B.O n° 4432 du 21 novembre 1996.

- Loi N° 11-94 modifiant et complétant la loi n° 1-84-44 du 21 mars 1984 relative à l'ordre national des médecins.

B.O n° 4432 du 21 novembre 1996.

- Loi N° 12-97 complétant la loi n° 17-83 portant sur la création du Centre national de l'énergie, des sciences et des techniques nucléaires.

B.O n° 4522 du 2 octobre 1997.

- Loi n° 65-99 relative au code du travail.
- Loi n° 65-00 du 25 Rajeb 1423 (3 octobre 2002) portant code de la couverture médicale de base.
- Loi n° 2-01 du 3 octobre 2002 relative aux laboratoires privés d'analyses de biologie médicale.

B.O n° 5054 du 7 novembre 2002.

- Loi N° 11-03 relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement.
- Loi N° 12-03 relative aux études d'impact sur l'environnement.
- Loi N° 13-03 relative à la lutte contre la pollution de l'air.
- Loi de finances 2003.
- Loi N° 17-04 du 30 Chaoual 1427 (22 novembre 2006) portant code du médicament et de la pharmacie

B.O n° 5480 du 15 Kaada 1427 (7 décembre 2006)

2. Textes réglementaires

*** Décrets**

- Code de déontologie médicale de 1953.
- Décret du 29 janvier 1968 instituant une commission interministérielle permanente pour le contrôle alimentaire et la répression des fraudes dans la vente des marchandises.

B.O N° 2913 du 18 août 1968.

- Décret n° 2-86-74 du 5 juillet 1988 pris pour l'application de la loi N° 37-80 relative aux centres hospitaliers.
- Décret N° 2-92-182 du 14 mai 1993 fixant le régime des études et des examens en vue de l'obtention du diplôme de spécialité médicale.
- Décret N° 2-97-30 du 25 Joumada II 1418 (28 octobre 1997) pris pour l'application de la loi N° 005-71 relative à la protection contre les rayonnements ionisants

B.O N° 4540 du 4 décembre 1997.

- Décret N° 2-97-132 du 28 octobre 1997 relatif à l'utilisation des rayonnements ionisants à des fins médicales ou dentaires.

B.O N° 4540 du 4 décembre 1997.

- Décret N° 2-04-512 du 29 décembre 2004 fixant les membres du conseil de médecine du travail et les modalités de leur nomination et de fonctionnement dudit conseil.
- Décret N° 2-03-140 du 17 janvier 2005 portant création du comité national du codex Alimentarius.

B.O N° 5288 du 3 février 2005.

- Décret N° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière.

*** Arrêtés :**

- Arrêté du ministre de la santé N° 2365-93 du 1^{er} décembre 1993 fixant le mode de calcul des prix des spécialités pharmaceutiques d'origine étrangère admises à l'importation et destinées à l'usage de la médecine humaine et vétérinaire et déterminant le mode de déclaration des prix ainsi que le stock de sécurité devant être constitué par les importateurs.

B.O N° 4236 du janvier 1994.

- Arrêté du ministre du développement social, de la solidarité, de l'emploi et de la formation professionnelle N° 919-99 du 14 Ramadan 1420 (23 décembre 1999) modifiant et complétant l'arrêté du ministre du travail et des affaires sociales N° 100-68 du 20 mai 1967 pris pour l'application du dahir du 27 Joumada I 1362 (31 mai 1943) étendant aux maladies professionnelles les dispositions de la législation sur la réparation des accidents du travail.

B.O N° 4718 du 15 moharrem 1421 (20 avril 2000).

- Arrêté du ministre de la santé N° 917-01 du 17 chaâbane 1421 (14 novembre 2000) fixant la nature des radionucléides composant les groupes de radioactivité.

B.O N° 4906 du 7 juin 2001.

- Arrêté du ministre de la santé N° 918-01 du 17 chaâbane 1421 (14 novembre 2000) fixant les cas d'exemptions des autorisations et des déclarations.

B.O N° 4906 du 7 juin 2001.

- Arrêté du ministre de la santé N° 919-01 du 17 chaâbane 1421 (14 novembre 2000) fixant les valeurs des facteurs de pondération radiologique et tissulaire.

B.O N° 4906 du 7 juin 2001

- Arrêté du ministre de la santé N° 920-01 du 17 chaâbane 1421 (14 novembre 2000) fixant les limites des doses

B.O n° 4906 du 7 juin 2001.

- Arrêté du ministre de la santé N° 921-01 du 17 chaâbane 1421 (14 novembre 2000) portant délimitation et signalisation particulières des zones contrôlées et surveillées.

B.O N° 4906 du juin 2001.

- Arrêté du ministre de la santé N° 922-01 du 17 chaâbane 1421 (14 novembre 2000) fixant les modalités d'utilisation des dosimètres.

B.O N° 4906 du 7 juin 2001.

- Arrêté du ministre de l'emploi et de la formation professionnelle N° 345-05 du 9 février 2005 fixant le modèle du rapport qu'il faut élaborer sur les circonstances de l'accident du travail, de la maladie professionnelle ou à caractère professionnel.
- Arrêté du ministre de la santé N° 2008-05 du 19 octobre 2005 fixant les normes techniques des laboratoires privés d'analyses de biologie médicale.

B.O N° 5426 du 1er juin 2006

- Arrêté N° 2517-05 du 5 septembre 2005 fixant la liste des médicaments donnant droit à exonération totale ou partielle des frais restant à la charge du bénéficiaire.
- Arrêté N° 929-06 du 15 mai 2006 complétant la liste des médicaments donnant droit à exonération totale ou partielle des frais restant à la charge du bénéficiaire.

Volume 1 : Epidémiologie - Etudes des facteurs de risques

Volume 2 : Epidémiologie - Situation et actions

Volume 3 : Prise en charge

Volume 4 : Offre de soins et services

Volume 5 : Démographie, perceptions et besoins

