جمعيـة لالا سلمـى لمحـاربـة داء السرطـان
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Volume 5

PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DU CANCER

Analyse de la Situation

Démographie, perceptions et besoins

La population marocaine : Principales caractéristiques démographiques et perception socioculturelle du cancer

Etude des besoins des personnes exposées, des patients, des leur famille et du personnel soignant

Connaisssances, perceptions et attidutes à l'égard du cancer : Etude quantitative et qualitative

5

volume

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

La population marocaine : Principales caractéristiques démographiques et perception socioculturelle du cancer 3

Etude des besoins des personnes exposées, des patients, de leurs familles et du personnel soignant 68

Connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer : Etude quantitative et qualitative 124

La population marocaine : Principales caractéristiques démographiques et perception socioculturelle du cancer

Volume 5 : Démographie, perceptions et besoins

sommaire

La population marocaine : Principales caractéristiques démographiques et perception socioculturelle du cancer

RESUME EXECUTIF 10

La population marocaine : Principales caractéristiques démographiques et perception socioculturelle du cancer 18

1. Introduction 18

2. Objectifs 18

3. Matériels et méthodes 19

3.1. Sources des données 19

3.2. Synthèse des données 19

4. Résultats 19

4.1. Démographie 19

4.1.1 . La population générale 19

4.1.2 . Répartition de la population selon le milieu de résidence 20

4.1.3 . Répartition de la population selon l'âge et le sexe 21

4.1.4 . Evolution démographique 22

4.1.5. La transition démographique 24

4.1.6 . Perspectives démographiques 26

4.2. Activité, emploi et chômage 29

4.3. Alphabétisation et éducation 32

4.4. Santé 34

4.4.1. Réduction de la mortalité 34

4.4.2. Le triple fardeau de la morbidité 35

4.4.3. Les et les iniquités de l'état de santé 37

4.5. Condition d'habitat 38

4.5.1. Types d'habitat 38

4.5.2. Statut d'occupation 39

4.5.3. Nombre de pièces dans le logement 39

4.5.4. Equipement des logements 40

4.5.5. Mode d'évacuation des eaux usées 42

4.6. Revenus, salaires et consommation des ménages 42

4.6.1. Effectif et taille des ménages 42

4.6.2. Caractéristiques des chefs de ménage 43

4.6.3. Niveaux de revenus selon les caractéristiques des ménages 45

4.6.4. Niveau, tendance et caractéristiques des dépenses des ménages 46

4.6.5. Structure de la dépense des ménages 46

4.6.6. Evolution des agrégats économiques nationaux 47

4.6.7. La pauvreté au Maroc 48

5. Synthèse générale 54

6. Recommandations 55

7. Conclusion 57

8. Références bibliographiques 58
9. Glossaire 60
10.Annexes 62

Liste des tableaux

Tableau 1 - Population légale du Royaume aux recensements de 1960 à 2004 et taux d'accroissement annuel moyen (P) [1] 20

Tableau 2 - Population légale du Royaume de 1960 à 2006 selon le milieu de résidence [1, 2] 21

Tableau 3 - Population du Maroc (en milliers) selon les grands groupes d'âge et le sexe (Année 2006) [2] 22

Tableau 4 - Répartition de la population selon les grands groupes d'âge et le lieu de résidence de 1960 à 2004 [4, 6] 23

Tableau 5 - Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Maroc, 1962-2004 [4, 6] 24

Tableau 6 - Nombre moyen d'enfants par femme et par milieu de résidence [3, 6] 26

Tableau 7 - Structure de la population en milliers selon le milieu de résidence (2004-2030) [8] 27

Tableau 8 – Structure de la population (en %) selon les grands groupes d'âges (1994-2030) [8] 28

Tableau 9 - Evolution de l'emploi de 1971 à 2007 [4, 9] 29

Tableau 10 - La population marocaine selon l'âge, le type d'activité et le milieu de résidence, en 2007 [9] 30

Tableau 11 - Structure de l'emploi selon les branches d'activité économique (en %) en 2007 [9] 32

Tableau 12- Taux d'analphabétisme (%) selon le sexe et le milieu de résidence en 2004 et 2006 [1, 2] 33

Tableau 13 - Evolution par grands groupes de maladies, des causes de décès déclarées en milieu urbain (1980-1992-2003) 37

Tableau 14 - Répartition des ménages (%) selon le type d'habitat et le milieu de résidence aux RGPH 1994 et 2004 [1] 38

Tableau 15 - Les ménages au niveau national selon le statut d'occupation entre 2001 et 2006 [2] 39

Tableau 16 - Les ménages urbains selon le nombre de pièces habitées en 1994, 2004 et 2006 [2] 39

Tableau 17 - Evolution du nombre de personnes par pièce entre 1971 et 2004 [1] 40

Tableau 18 - Equipement des ménages en biens durables (en %) [2] 41

Tableau 19 - Ménages (en milliers) selon le milieu de résidence aux RGPH de 1994 et 2004 et taux d'accroissement annuel moyen [1] 42

Tableau 20 - Répartition des chefs de ménage selon le sexe et le milieu de résidence en 2004[1] 43

Tableau 21 - Répartition des chefs de ménage selon les grands groupes d'âges par sexe en 2004 [1] 44

Tableau 22 - Répartition des chefs de ménage selon l'état matrimonial et le sexe au RGPH de 2004 [1] 44

Tableau 23 - Répartition des chefs de ménage selon le niveau scolaire et le milieu de résidence au RGPH 2004 [1] 45

Tableau 24 - La dépense annuelle moyenne par personne et par ménage (en DH)en 1998 et 2000/01 [2, 17] 46

Tableau 25 - Structure de la dépense annuelle moyenne [2] 47

Tableau 26 - Evolution des agrégats économiques nationaux entre 2002 et 2006 48

Tableau 27 - Evolution des indicateurs de la pauvreté entre 1984 et 2004 [2] 49

Tableau 28 – Répartition des participants selon leur perception des causes du cancer [24] 51

Tableau 29 - Population légale des régions du royaume du Maroc d'après les résultats du RGPH de 2004 [27] 62

Tableau 30 - Population légale des préfectures et provinces du royaume du Maroc d'après les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2004 [27] 62

Tableau 31 - Population légale des préfectures et provinces du royaume du Maroc d'après les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2004 (suite) [27] 64

Tableau 32 - Population selon le groupe quinquennal d'âges et le sexe en 2004 [1, 2] ... 65

Tableau 33 - Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 2004 à 2030 (Ensemble et milieu urbain) [8] 66

Liste des figures

Figure 1 - Taux d'urbanisation (en %) de 1960 à 2006 [1, 2] 21

Figure 2 - Evolution de la population marocaine (en milliers) entre 1900 et 2004 (figure extraite du rapport de démographie marocaine : tendance et perspectives d'avenir, CERED 2004) 3,4] 22

Figure 3 - Pyramides des âges (figure extraite du rapport national sur la politique de population, personnes âgées au Maroc : situation et perspective, CERED 2006) [6] 24

Figure 4 - Structure de la population en milliers selon le milieu de résidence (2004-2025) [8] 27

Figure 5 - Tendance de la mortalité maternelle de 1972 à 2004 (taux pour 100 000 naissances vivantes) [4] 35

Figure 6 - Evolution du nombre de personnes par pièce entre 1971 et 2004 (milieu urbain) [1] 40

Figure 7 - Ménages (en %) ayant accès à l'eau potable du réseau en 2001 et 2006 [2] 41

Figure 8 - Taille moyenne des ménages (nombre de personnes par ménage) selon le milieu de résidence aux RGPH 1994 et 2004 [1] 43

Figure 9 - Chefs de ménage selon l'état matrimonial en 2004 [1] 44

Figure 10 - Chefs de ménage (%) selon le niveau scolaire et le milieu en 2004 [1]..... 45

Liste des abréviations

CERED : Centre d'Etude et de Recherche Démographique

CMG : Charge de Morbidité Globale

DAMP : Dépense Annuelle Moyenne par Personne

DPRF : Direction de la Planification et des Ressources Financières

ESRSSM : Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc

EVN : Espérance de Vie à la Naissance

EVBS : Espérance de Vie en Bonne Santé

HCP : Haut Commissariat au Plan

INDH : Initiative Nationale de Développement Humain

INO : Institut National d'Oncologie

PIB : Produit Intérieur Brut

PNB : Produit National Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RNBD : Revenu National Brut Disponible

RESUME EXECUTIF

Introduction

Le cancer est un défi auquel est confronté notre système de santé. Pour combattre efficacement ce fléau, il convient non seulement d'appréhender avec précision la réalité et l'étendue du mal à combattre avec ses différentes facettes, mais aussi de bien connaître les principales caractéristiques de la population concernée par ce mal.

En utilisant les données provenant des enquêtes auprès des ménages et des recensements généraux de la population et de l'habitat réalisés au cours des trente dernières années, cette étude se propose d'analyser les divers changements ayant affecté la démographie marocaine et l'impact de ces changements sur les domaines économiques et sociaux.

Sur la base de ces données, ce document présente un ensemble d'informations regroupées en deux parties :

- La première partie concerne l'étude des caractéristiques démographiques et socioculturelles de la population marocaine
- Et la deuxième partie concerne l'étude de la perception socioculturelle du cancer au Maroc

Objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de :

- Etablir une synthèse des différentes données démographiques disponibles pour la période considérée, ainsi que leurs projections annuelles.
- Faire une analyse de l'évolution des principaux indicateurs démographiques et de leur impact sur les domaines économique, social et culturel
- Décrire la conception socioculturelle du cancer au Maroc.

Principaux résultats

- Depuis 1960, la population du Maroc a augmenté de plus de 18 millions d'habitants. D'un effectif de 11.626.470 en 1960, elle est passée à 29.891.708 habitants en 2004. En 2006, la population marocaine était estimée à 30,5 millions de personnes, dont 55,9% en milieu urbain et 44,1% en milieu rural. Comparativement au dernier recensement de 2004, la population urbaine s'est accrue de 615.366 personnes, quant à la population rurale, elle a diminué de 1.074 personnes. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population a chuté entre 1960 et 2004. Alors que ce taux était de 2,6% par an entre 1960 et 1982, il est passé à 2,1% par an entre 1982 et 1994 pour atteindre finalement 1,4% par an au cours de la période 1994-2004.

- Les projections du HCP à l'horizon 2030, estiment la population totale à 37.994.000 dont 24.417.000 en milieu urbain soit 64%. La tendance à l'urbanisation de la population va s'accentuer, de plus en plus, avec toutes ses implications en terme de besoins en services de santé.

- Quant à la structure par âges, la population de moins de 14 ans qui représentait 44,4% en 1960 n'est plus que de 30% en 2006 et régressera à 20,9% en 2030. Par contre, la population des 15-59 ans, elle, est passée de 48,4% en 1960 à 62% en 2006 et atteindra 63,8% en 2030. Celle de 60 ans et plus, qui n'était que de 7,2% en 1960, atteint 8% en 2006 et sera de 15,4% en 2030, ce qui représentera une population de l'ordre de 5 813 000, soit 2,4 fois plus qu'en 2004, ce qui conduira, au niveau de la morbidité, à un changement de profil épidémiologique apparenté à celui d'une population qui vieillit. La pyramide des âges de la population marocaine se trouvera donc affectée par le changement du profil démographique adoptant progressivement la forme des pyramides européennes actuelles.

- La situation actuelle devrait toujours selon le schéma théorique, être caractérisée par le déclenchement du processus du vieillissement démographique de la population marocaine, du moins sur la partie inférieure de la pyramide des âges. Mais on ne peut pas encore qualifier la population marocaine de « vieillissante », puisque la part des personnes âgées de 60 ans et plus ne dépasse guère 9% de la population totale. Cependant, on peut observer que les effectifs de la population âgée croissent avec un rythme qui est plus important que celui la population totale (2,8% et 1,7% respectivement entre 1982 et 2004).

- Le Maroc est entré dans une phase de transition démographique. Ainsi, au lendemain de l'indépendance, la population marocaine se caractérisait encore par des niveaux élevés de mortalité et de fécondité. Mais grâce aux progrès sanitaires (l'utilisation d'antibiotiques, la vaccination, l'hygiène, l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs, etc..), la mortalité a commencé à baisser. C'est la mortalité infantile qui a baissé le plus rapidement passant de 149 décès pour 1000 naissances vivantes en 1962 à 47,9 ‰ en 2004. C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 71 ans en 2004 (soit un gain en espérance de vie de plus de vingt ans). La baisse de la mortalité et la hausse de l'espérance de vie ont généré une croissance plus rapide de la population pendant les deux premières décennies après l'indépendance.

- A partir du milieu des années 1970, la deuxième phase de la transition démographique fut entamée, avec une chute accélérée de la fécondité. Les derniers recensements et enquêtes ont confirmé cette tendance et ont même montré que la transition de la fécondité au Maroc était l'une des plus rapides au monde. Ainsi elle est passée de 7 enfants par femme en 1962 à 5,52 en 1982 puis à 2,5 en 2004, soit une baisse d'un peu plus de 60% en 42 ans.

- Concernant l'emploi et le chômage, le taux de chômage annuel a quasiment stagné entre 2006 et 2007, il est ainsi passé de 9,7% en 2006 à 9,8% en 2007, soit de 15,5% à 15,4% en milieu urbain et de 3,7% à 3,8% en milieu rural.

- Le taux moyen de chômage cache de grandes disparités selon le milieu de résidence, le sexe et le niveau d'instruction. Le chômage est un phénomène plutôt urbain, affectant relativement plus les femmes que les hommes, les jeunes plus que les adultes et davantage les diplômés que les non diplômés.

- La population en âge d'activité (15 ans et plus) était estimée à 11 148 milliers d'individus en 2007 contre 10 990 milliers d'actifs en 2006. La présence féminine sur le marché du travail demeure encore modeste avec une proportion qui ne dépasse pas 24,5% de la population active âgée de 15 ans et plus. Le taux d'activité des hommes est 2,8 fois supérieur à celui des femmes (soit respectivement 76,1% vs 27,1%).

- Pendant l'année 2007, l'économie nationale a créé 128.000 postes d'emploi concernant exclusivement les zones urbaines avec 146.000 postes, notamment les "bâtiments et travaux publics " avec 49.000 emplois et un accroissement de 6,2%; l'"industrie" avec 54.000 emplois et 4,4% et les "services" avec 91.000 emplois et 2,5%, alors que le secteur agricole a connu une baisse de 68.000 postes soit une baisse de 1,6%.

- Malgré une nette décroissance de l'analphabétisme au Maroc, grâce à l'amélioration de la scolarisation des enfants, en 2004, 43% de la population (54,7% pour les femmes contre 30,8% pour les hommes) est analphabète. Le taux d'analphabétisme est plus élevé en milieu rural (60,5% en rural contre 29,4% en urbain).

- Cette baisse de l'analphabétisme devrait se poursuivre dans les prochaines années. On estimait en 2006 que le taux d'analphabétisme avait continué de baisser et ne dépassait pas 41,7% dans l'ensemble de la population, soit 53,2 chez les femmes et 29,8% chez les hommes.

- Les données relatives au secteur de l'éducation révèlent l'accroissement continu de l'effectif des scolarisés. Celui-ci est passé de près de 3,9 millions en 1991/92 à plus de 6,5 millions d'élèves et d'étudiants en 2006/07. L'augmentation des effectifs des scolarisés était notée aussi bien dans les établissements de l'enseignement primaire que dans l'enseignement secondaire, avec augmentation de la proportion des filles scolarisées en milieu rural.

- Parallèlement à l'évolution démographique qui vient d'être décrite, et grâce aux programmes sanitaires menés depuis l'indépendance, le Maroc a fait des progrès remarquables en matière de réduction de la mortalité. Ainsi, le taux brut de mortalité est passé au Maroc de 18,7‰ en 1962 à 10,6‰ en 1980 puis à 5,8‰ en 2004. L'espérance de vie à la naissance, qui était de l'ordre de 47 ans en 1962, est passée à 59,1 ans en 1980 puis à 71 ans en 2004 (soit un gain de 24 ans en l'espace de 40 ans). De son coté, le quotient de mortalité infantile a fortement baissé, passant respectivement de 149 à 91,4 et à 47,9 décès pour 1.000 naissances vivantes entre 1962, 1980 et 2004.

- Bien que la mortalité maternelle ait enregistré une baisse significative entre 1972 et 1997, en passant de 631 à 228 décès pour 100.000 naissances, elle demeure encore élevée et a même stagné entre 1997 et 2003-04, malgré les efforts déployés dans le domaine de la santé de la mère.

- L'analyse comparative des causes de décès entre les années 1980 et 2003 fait ressortir qu'il y a une réduction notable des maladies infectieuses et une légère réduction des maladies du chapitre infections dont l'origine se situe dans la période périnatale. Par contre, on observe une augmentation relative des maladies non transmissibles, telles que les tumeurs, les maladies endocriniennes, celles liées à la nutrition, au métabolisme et aux troubles immunitaires ainsi que les maladies de l'appareil circulatoire.

- Le Maroc est entré dans une phase de transition épidémiologique qui l'oblige à faire face à un triple fardeau de morbidité. Le profil épidémiologique de la santé se caractérise ainsi par la coexistence de trois groupes d'affections ayant des charges de morbidité et de mortalité lourdes :

- Les maladies transmissibles qui représentent encore 33,4% de la charge de morbidité globale. Certaines d'entre elles continuent même à représenter un important problème de santé publique ; c'est le cas des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës de l'enfant, de la tuberculose, des hépatites virales B et C. On note aussi une tendance à la progression de l'incidence et de la prévalence de l'infection par le VIH-SIDA, quoique cette progression demeure modeste comparativement à d'autres pays.

- L'émergence des maladies non transmissibles qui sont responsables de 55,8% de la CMG, avec une prédominance des cancers, de certaines maladies chroniques telles que l'angine de poitrine, l'ostéoarthrite, l'asthme et le diabète, de certaines maladies mentales telles que la dépression et la schizophrénie.

- Les traumatismes intentionnels et non intentionnels génèrent 10,8% de la CMG.

- L'amélioration des indicateurs de la mortalité cache des écarts notables entre le milieu rural et urbain d'une part, et entre la femme et l'homme d'autre part. En effet, l'espérance de vie à la naissance) marque un écart de plus de 6 ans entre le milieu urbain et rural et de 4,2 ans entre la femme et l'homme (en faveur de la femme). La surmortalité infantile et maternelle est plus élevée chez les populations pauvres, analphabètes et à faible niveau d'instruction. Le taux de mortalité infantile enregistré dans le milieu rural est 2 fois plus élevé par rapport à celui du milieu urbain et le taux de mortalité maternelle est de 30% plus élevé à la campagne qu'en ville. En comparaison avec des pays à développement similaire, les différents taux de mortalité nationaux demeurent élevés.

- Concernant l'habitat, le type de logement le plus répandu en milieu urbain est la maison marocaine moderne (72% en 2006). Les appartements viennent en seconde position puisqu'ils représentent 15%. Donc on peut noter une certaine modernisation du type de logement dans les villes.

- En 2006, près de 3 ménages sur 4 (74%) étaient propriétaires de leur logement. Par milieu de résidence, il y avait 65% de propriétaires en milieu urbain et 89% en milieu rural. Quant à la part des ménages locataires, elle était de 15,5% à l'échelon national, soit 24,4% en milieu urbain et 1,6% en milieu rural

- Le nombre de pièces par logement est pratiquement équivalent en milieu rural et en milieu urbain (3,1 pièces par logement en milieu rural et 2.9 pièces en milieu urbain). En 2006, la proportion des ménages urbains occupant des logements constitués de 1 à 2 pièces s'est abaissée à 42% contre 47,2% en 1994. Ce sont plutôt les logements moyens de 3 à 4 pièces qui ont vu leur part augmenter le plus, pendant cette période, en passant de 38,0% en 1994 à 43,7% en 2004 et à 48,6% en 2006.

- L'accès des ménages aux équipements de base, notamment l'approvisionnement en eau potable, la disposition de l'électricité et de l'assainissement liquide dans le logement connaît beaucoup de progrès, surtout en milieu urbain. Ainsi, la proportion des ménages urbains occupant des logements reliés au réseau public de distribution de l'eau courante est de 87,5% en 2006 contre 82,7% en 2001. En milieu rural, cette proportion est passée de 9,2% en 2001 à 22,9% en 2006. La disponibilité de l'électricité a connu une forte progression, surtout en milieu rural où presque 2 ménages ruraux sur 3 (64,8%) bénéficient de ce service en 2006, contre près de 1 ménage sur 3 (30%) en 2001. Alors que dans le milieu urbain, 92,1% des ménages disposaient de l'électricité en 2001, ce pourcentage a atteint 95,7 % en 2006.

- Le raccordement des logements au système des égouts présente de fortes disparités selon le milieu de résidence. En effet, en 2006, 85,6% des ménages urbains ont déclaré évacuer leurs eaux usées vers un réseau public contre 79,0% en 2004. A l'inverse dans les campagnes, seulement 3,4% des ménages ruraux occupaient des logements raccordés à l'assainissement liquide en 2006, mais, il faut noter qu'en 2004, le réseau public d'évacuation était pratiquement inexistant.

- Selon le RGPH de 2004, le nombre de ménages recensés s'est élevé à 5,7 millions, dont 3,4 millions résidaient en milieu urbain. La taille moyenne des ménages a baissé de 5,9 personnes en 1994 à 5,2 en 2004. Cette baisse a touché aussi bien le milieu urbain (de 5,3 à 4,8 personnes) que le milieu rural (6,6 à 6 personnes). L'examen des caractéristiques des chefs de ménage révèle que 83,7% d'entre eux sont de sexe masculin, 44,1% des chefs de ménages ont un âge supérieur à 50 ans, 39,5% appartiennent à la tranche d'âge 35-49 ans, 80,9% des chefs de ménages sont mariés, 52,2% sont sans instruction et 34,0% ont un niveau primaire ou secondaire.

- Le revenu annuel moyen par ménage a été évalué en 1998/99 à 48.292,2 DH. Par personne, le revenu annuel moyen était estimé à 8.153,9 DH. Le revenu annuel moyen différait selon les caractéristiques sociodémographiques du chef de ménage. Il était plus élevé chez les hommes que les femmes, Par groupes d'âge du chef de ménage, la tranche d'âge 45-59 ans disposait du revenu annuel moyen par personne le plus élevé, soit 9692,3 DH. Le revenu annuel moyen différait également selon les caractéristiques socio-économiques du chef de ménage. Ainsi,

le revenu annuel moyen, par personne, chez les chefs de ménages d'un niveau d'enseignement supérieur était presque quatre fois plus élevé que celui des chefs de ménages sans instruction, soit respectivement 26541,2 DH et 6784,4 DH.

- La dépense annuelle moyenne par personne (DAMP) était évaluée à 8.280 DH en 2000/2001 selon l'Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages. La dépense par personne (en dirhams de l'année 2000/2001) représentait presque 1,22 fois son niveau de 1998.

- L'examen de la structure de la DAMP montre la prédominance de la part allouée à la rubrique alimentation et boissons qui englobent 41,3% des dépenses par personnes des ménages à l'échelle nationale. Celle-ci à diminué au fil du temps, passant de 43,1% en 1998 à 41,3% en 2000/2001.

- Le Produit Intérieur Brut (PIB), exprimé en valeur, a atteint 575 milliards de DH en 2006 contre 523 milliards de DH en 2005, soit un taux de croissance de 8%. Cet accroissement du PIB a entraîné une augmentation du revenu national brut disponible (RNBD) par tête, puisqu'il est passé de 18.717 DH à 20.411DH entre 2005 et 2006, soit un accroissement de 9%.

- Concernant le produit national brut (PNB), il a augmenté entre 2005 et 2006 en passant aux prix courants de 565 milliards de DH à 623 milliards de DH. Egalement le PNB par habitant estimé en 2005 à 18.697 DH est passé à 20.314 en 2006.

- Le budget global de la santé a connu une légère diminution entre 2005 et 2006, en passant de 6.218 millions de DH à 6.081 millions de DH, avec une diminution des dépenses du Ministère de la Santé par apport au budget général de l'état, soit 5,12% en 2005 contre 4,93% en 2006.

- Selon le dernier classement du PNUD (Programmes des Nations Unies pour le Développement), le Maroc est classé 126ème, en se basant sur les indicateurs du développement humain.

- En 2007, environ 15 % de la population vit en situation de pauvreté, deux tiers vivant en milieu rural, mais avec des poches de pauvreté, tant en milieu urbain que rural. 25% de plus de la population vit au seuil ou en dessous du seuil de pauvreté ceux qui vivent à 50 % au-dessus du seuil de pauvreté étant considérés comme «économiquement vulnérables» aux maladies et invalidités, aux intempéries, ou à la perte d'un emploi.

- Les principales causes de la pauvreté sont : le manque d'opportunité de travail, l'instabilité du travail, la saisonnalité, la faiblesse et l'incertitude des revenus. Viennent aussi d'autres causes qui ne sont pas sans importance, l'analphabétisme, les chocs naturels, les chocs sociaux, l'enclavement, l'inexistence d'équipement de bases…

- Concernant la perception socioculturelle du cancer par la population marocaine, selon l'étude «Connaissance, perception et attitude à l'égard du cancer » réalisée par l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer en mars 2006, le cancer demeure encore un mystère au sujet duquel la population marocaine dispose de peu d'informations, lesquelles dans la majorité des cas sont fausses. Différentes causes sont attribuées au cancer

par les participants dans l'étude, comme l'arrêt brusque de l'allaitement, le manque d'hygiène, le bain durant la période de menstruation, le stress, un microbe, un virus ou un ver. Chez 44% des participants, Le cancer est une maladie que l'on doit cacher, qu'il ne faut pas divulguer à l'entourage et qu'il faut la restreindre à la petite famille.

- il y a une forte croyance à la médecine traditionnelle surtout en milieu rural. Ainsi 51% adhérent à la médecine traditionnelle en milieu rural contre 17% en milieu urbain. Alors que l'adhésion au traitement médical reste faible. Ceci tient pour 76% des participants au manque de moyens financiers.

- Les chances de guérison sont dépendantes des moyens financiers chez 67% des participants.

- le cancer est dans la majorité des cas diagnostiqué tardivement avec des stades bien avancés lors de la première consultation (1 an et demi en moyenne entre les premiers signes et la première consultation). Ceci résulte selon 82% des participants du manque de moyens financiers,

- Selon les deux études faites à l'INO sur les caractéristiques psychosociales des patients cancéreux marocains: chez les musulmans pratiquants, le cancer représente un «test», ce qui avait pour conséquence l'acceptation de la maladie et chez les musulmans non pratiquants, le cancer est un châtiment divin avec un sentiment de culpabilité dans plus de la moitié des cas. Plus de 90% des patients de deuxièmes groupes sont devenus pratiquants après le diagnostic du cancer. L'attitude et le comportement de la famille envers les patients cancéreux sont dans la plus part des cas dans le sens positif avec un soutien et une assistance matérielle et morale même si 32,7% des cas pensent que le cancer est une maladie contagieuse.

Recommandations

Notre pays n'est pas encore parvenu à régler ses problèmes de « maladies des pays pauvres » alors qu'il doit faire face à une montée en puissance et en fréquence des « maladies des pays riches », en particulier du cancer, plus difficiles et plus chères à prendre en charge. Etant donné la croissance et le vieillissement continus de la population marocaine et l'impact financier de l'incidence du cancer et de sa mortalité, la lutte contre ce fléau s'impose chez nous comme une priorité en tenant compte des caractéristiques sociales, culturelles et économiques de la population marocaine.

Les soins liés aux cancers sont lourds et coûteux pour les services de santé. La sensibilisation du public et des professionnels de la santé au dépistage précoce est une action stratégique essentielle. Cette dernière reposera sur une approche intégrée de promotion/prévention visant spécifiquement les personnes les plus exposées, notamment les sujets âgés.

Ainsi une stratégie adéquate, d'information, d'éducation et de communication doit :

- Mobiliser l'ensemble des programmes de santé autour d'un programme national,

- Assurer une mobilisation sociale durable des décideurs, partenaires et acteurs sociaux autour des principaux objectifs de la lutte contre le cancer,
- Plaider pour la santé auprès des autres secteurs et de la société civile,
- Encourager les médias à participer et à s'engager davantage dans des campagnes d'information et de sensibilisation du public.

La maladie cancéreuse entraîne, dès sa survenue, des répercussions importantes sur l'environnement social et familial du malade, surtout que dans le contexte marocain, d'autres facteurs d'ordre économique, culturel, social et religieux interviennent dans la prise en charge d'un patient cancéreux. Les études analysant les aspects et la perception socioculturelle du cancer au Maroc sont au nombre de deux, Ainsi, pour combattre ce fléau, des études dans ce sens s'imposent, aussi bien au niveau régional que national.

Ainsi, selon le présent rapport le Maroc enregistre encore des taux élevé de pauvreté et puisque le cancer est une maladie très coûteuse une prise en charge matérielle des patients atteints du cancer est très souhaitable tout en ciblant les populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

Puisque l'information concernant le cancer reste très insuffisante dans notre pays, selon l'étude réalisée par l'ALSC, il s'avers indispensable d'organiser des compagnes adaptée aux spécificités socio-culturelles de la population qui peuvent avoir deux buts :

- Un but de sensibilisation d'éducation et l'information visant surtout les personnes les plus exposées (les sujets âgés) ;
- Un but de dépistage, surtout pour les cancers dont le diagnostic ne se base que sur un examen clinique bien fait ou sur un examen radiologique ou biologique simple (cancer du sein, prostate, poumon…).

La population marocaine : Principales caractéristiques démographiques et perception socioculturelle du cancer

1. Introduction

Le cancer est un défi auquel est confronté notre système de santé. Pour combattre efficacement ce fléau, il convient non seulement d'appréhender avec précision la réalité et l'étendue du mal à combattre avec ses différentes facettes, mais aussi de bien connaître les principales caractéristiques de la population concernée par ce mal.

Au cours des deux ou trois dernières décennies, le Maroc a connu des changements très importants d'ordre économique, social et culturel. La démographie de la population non plus, n'a pas échappé à cette transformation, car les variables démographiques sont tributaires du changement qui affecte le contexte socioéconomique dans lequel elles évoluent.

En utilisant les données provenant des enquêtes auprès des ménages et des recensements généraux de la population et de l'habitat réalisées au cours des trente dernières années, ce rapport se propose de donner un aperçu général sur la démographie marocaine et d'analyser les divers changements l'ayant affecté et l'impact de ces changements sur les domaines économiques et sociaux.

Sur la base de l'ensemble de ces données, ce document présente un ensemble d'informations regroupées en deux parties :

- La première partie concerne l'étude des caractéristiques démographiques et socioculturelles de la population marocaine
- La deuxième partie concerne l'étude de la perception socioculturelle du cancer au Maroc.

2. Objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de :

- Etablir une synthèse des différentes données démographiques disponibles pour la période considérée ainsi que leurs projections annuelles.
- Faire une analyse de l'évolution des principaux indicateurs démographiques et de leur impact sur les domaines économique, social et culturel
- Décrire la conception socioculturelle du cancer au Maroc.

3. Matériels et méthodes

3.1. Sources des données

Dans cette recherche, nous nous sommes basés sur les rapports et les publications produites par le Haut Commissariat au Plan (HCP), le Centre d'Etude et de Recherche Démographique (CERED), le Ministère de la Santé, le PNUD et la Banque Mondiale.

- Publications des recensements généraux de la population et de l'habitat qui sont entrepris chaque décennie et dont le dernier a eu lieu en septembre 2004. Ces recensements constituent la base des projections démographiques nécessaires pour l'élaboration des indicateurs relatifs à la démographie, à l'éducation, à la santé, etc….

- Rapport général du projet «50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025 ». Ce rapport préparé par le Haut Commissariat au Plan (HCP) et le Centre d'Etude et de Recherche Démographique (CERED) a été publié en janvier 2006. Il s'agit d'une évaluation rétrospective du développement humain au Maroc depuis son indépendance, et une vision de ses perspectives pour les vingt prochaines années.

- Les données figurant sur le site du Ministère de la Santé marocain notamment les données de « santé en chiffre 2007 » et «santé vision 2020 ».

- Les rapports du PNUD sur le développement humain.

- Le rapport de la Banque Mondiale sur la pauvreté au Maroc.

3.2. Synthèse des données

Après avoir recueilli les différentes données démographiques et socioculturelles disponibles jusqu'à nos jours et à travers les sources déjà citées, nous avons procédé à une synthèse de-celles-ci en privilégiant les données concernant les années 1960, 1980 et les années les plus récentes.

4. Résultats

Première partie* : *caractéristiques démographiques et socioculturelles

4.1. Démographie

4.1.1 . La population générale

Au 1er septembre 2004, la population[1] légale du Royaume comptait 29.891.708 individus. Il s'agissait des personnes résidant sur le territoire national, à la date de référence du recensement, incluant les ressortissants étrangers, mais non les résidents marocains à l'étranger [1]. Le tableau 1 montre à partir des données des recensements successifs l'évolution démographique globale de la population marocaine de 1960 à 2004 avec les taux d'accroissement annuels moyens (P).

1 RGPH, HCP 2004

Tableau 1 - Population légale du Royaume aux recensements de 1960 à 2004 et taux d'accroissement annuel moyen (P) [1]

Année	Effectif population	P (%)
1960	11.626.470	-
1971	15.379.259	2,58
1982	20.419.555	2,61
1994	26.073.717	2,06
2004	29.891.708	1,38
Accroissement global depuis 1960	18.265.238	**2,17**

Source : Haut Commissariat au Plan, Rapport national sur le RGPH, caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population.

Depuis 1960, la population du Maroc a augmenté de plus de 18 millions d'habitants. D'un effectif de 11.626.470 en 1960, elle est passée à 29.891.708 habitants en 2004 [1]. En 2006, la population[2] marocaine était estimée à 30,5 millions de personnes [2].

Mais cette augmentation de l'effectif global de la populations'est accompagnée sur la même période d'une diminution du taux d'accroissement annuel moyen de la population. Alors que ce taux était de 2,6% par an entre 1960 et 1982, il est passé à 2,1% par an entre 1982 et 1994 pour atteindre finalement 1,4% par an au cours de la période 1994-2004[1].

4.1.2 . Répartition de la population selon le milieu de résidence

Parmi les grandes mutations socio-spatiales que le territoire national a connues au cours du siècle dernier, l'urbanisation fut indiscutablement l'une des plus marquantes. Le premier recensement général de la population et de l'habitat, réalisé en 1960, estimait la population urbaine à environ 29 % de la population totale. Comme le montre le tableau 2, la population des villes au cours de la période considérée a connu une augmentation significative qui l'a amenée lors du recensement réalisé en 1982, à un niveau de l'ordre de 42,7 % , puis en 2004 à 55,1 % [1]. Cet accroissement de la population urbaine s'est poursuivi depuis le recensement de 2004 et selon le CERED[3], ce taux d'urbanisation s'élevait en 2006 à 55,9% de la population générale [2].

Le phénomène d'urbanisation est le résultat de l'accroissement naturel de la population citadine, mais surtout de la dynamique migratoire des campagnes vers les villes et des reclassements administratifs qui ont étendu les périmètres urbains des villes ou promu des centres ruraux au statut urbain. Ainsi, la population urbaine[4], qui ne dépassait pas 3,4 millions en 1960, a quintuplé pour s'établir à 17,0 millions en 2004[2, 3].

2 Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006 (les estimations se rapportent au milieu de l'année)

3 Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006 (les estimations se rapportent au milieu de l'année)

4 Rapport général « 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025 »

Tableau 2 - Population légale du Royaume de 1960 à 2006 selon le milieu de résidence [1, 2]

Recensement	Milieu de résidence			Taux d'urbanisation (%)
	Urbain	Rural	Ensemble	
1960	3.389.613	8.236.857	11.626.470	29,1
1971	5.409.725	9.969.534	15.379.259	35,1
1982	8.730.399	11.689.156	20.419.555	42,7
1994	13.407.835	12.665.882	26.073.717	51,4
2004	16.463.634	13.428.074	29.891.708	55,1
2006	17.079.000	13.427.000	30.506.000	55,9

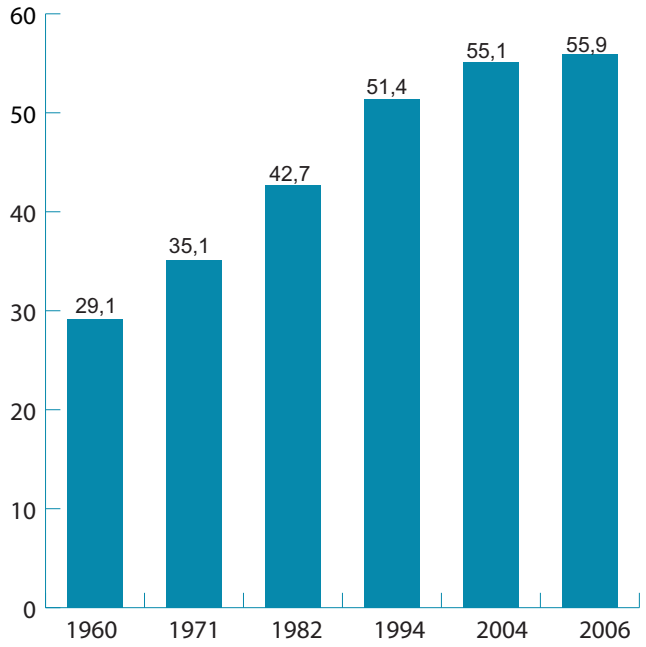


Figure 1 - Taux d'urbanisation (en %) de 1960 à 2006 [1, 2]

La multiplication des villes et des centres urbains est une réalité qui se confirme au Maroc, avec des rythmes différenciés selon les régions du Royaume et une concentration sur le littoral. En 1960, le Maroc comptait 112 villes, dont 11 villes grandes et moyennes (plus de 50 000 habitants). En 2004, on dénombrait au Maroc plus de 350 villes, dont 54 avaient une taille de plus de 50 000 habitants [3].

4.1.3 . Répartition de la population selon l'âge et le sexe

En 2006, selon le CERED[5] [2], la population marocaine se caractérisait comme une population jeune, puisque la tranche d'âge de 15-59 représentait 62% de la population générale. Les individus de moins de 15 ans représentaient près de 30% de la population alors que la population âgée de 60 ans et plus ne représentait que 8% de la population totale.

5 Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006(les estimations se rapportent au milieu de l'année)

En ce qui concerne la répartition selon le sexe il y avait une légère prédominance du sexe féminin avec un effectif de 15 403 000 contre 15 103 000 pour le sexe masculin.

Tableau 3 - Population du Maroc (en milliers) selon les grands groupes d'âge et le sexe (Année 2006) [2]

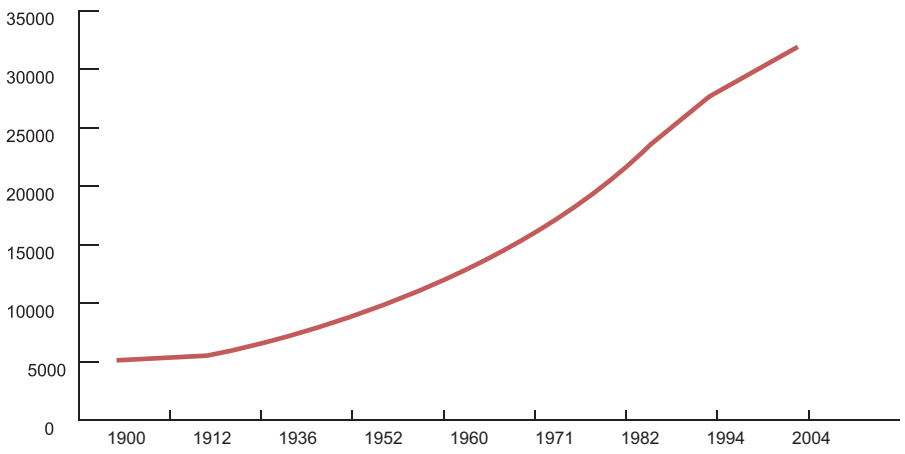
Groupe d'âge	Homme	Femme	Effectif total	Pourcentage (%)
ans 15>	4.627	4.456	9.083	29,8
ans 15-59	9.326	9.663	18.989	62,2
ans 60<	1.105	1.284	2.434	8,0
Total	15.103	15.403	30.506	100,0

Source : les indicateurs sociaux 2006, HCP

4.1.4 . Evolution démographique

L'accroissement de la population marocaine a été continu depuis le début du XXème siècle (Fig. 2). Comme on l'a vu, de 1960 à 2006, la population marocaine a été multipliée par 2,6, passant de 11,6 millions à 30,5 millions. Mais, sur la même période, son taux d'accroissement annuel moyen est passé de 2,6% au cours de la période 1960-1970 à 1,4% entre le recensement de 1994 et celui de 2004. Par ailleurs, l'accroissement démographique a été plus prononcé en milieu urbain qu'en milieu rural. Selon les deux derniers recensements[6], la population urbaine s'est élevée à un rythme annuel moyen de 2,1%, tandis que ce taux n'a été que de 0,6% pour la population rurale [2,3].

Figure 2 - Evolution de la population marocaine (en milliers) entre 1900 et 2004 (figure extraite du



rapport de démographie marocaine : tendance et perspectives d'avenir, CERED 2004) 3,4]

L'évolution de la population marocaine selon les différentes catégories d'âge est caractérisée par une population qui demeure jeune, malgré la relative baisse de la population des moins de 15 ans, constatée lors du recensement de 1994. En effet, la part des enfants de moins de 15 ans est passée de 44,4%

6 RGPH 1994 et 2004

en 1960, à 42,2% en 1982 pour atteindre 31,2% en 2004. La baisse de cette tranche d'âge est plus importante dans les villes que dans les campagnes. La tranche d'âges 15-59 ans révolus, quant à elle, continue à s'accroître à un rythme important, tant dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Ainsi, elle est passée de 48,4% en 1960 à 51,5% en 1982 pour atteindre 60,8% en 2004 (64,1% en milieu urbain et 56,7% dans le milieu rural). Quant à la population âgée de 60 ans ou plus, elle représentait 7,2% en 1960 puis elle a légèrement baissée à 6,3% en 1982 et ensuite elle s'est élevée à 8,0% en 2004[4-6].

La pyramide des âges de la population marocaine se trouvera donc affectée par le changement du profil démographique, adoptant progressivement la forme des pyramides européennes actuelles. C'est ainsi que, si les hypothèses d'évolution démographique se maintiennent dans l'avenir, on assistera à un phénomène de vieillissement de la population marocaine. L'augmentation du poids des groupes d'âge plus avancé ne manquera pas d'avoir des conséquences déterminantes sur les paramètres sociaux et économiques du pays, tels que l'éducation, la santé, l'habitat, l'emploi, les systèmes de retraite et de prévoyance [3, 4].

Tableau 4 - Répartition de la population selon les grands groupes d'âge et le lieu de résidence de 1960 à 2004 [4, 6]

Recensements	Population totale			Population urbaine			Population rurale		
	<15 ans	15-59 ans	60 ans et +	<15 ans	15-59 ans	60 ans et +	<15 ans	15-59 ans	60 ans et +
(%) 1960	44,4	48,4	7,2	41,6	52,7	5,7	45,6	46,6	7,8
(%) 1971	46,2	46,7	7,1	44,5	49,7	5,8	46,6	45,5	7,9
(%) 1982	42,2	51,5	6,3	37,6	57,0	5,4	45,6	47,4	7,0
(%) 1994	37,0	55,9	7,1	32,9	60,6	6,5	41,4	50,9	7,7
(%) 2004	31,2	60,8	8,0	28,3	64,1	7,6	34,8	56,7	8,5

Source : Recensements généraux de la population et de l'habitat 1960, 1971, 1982,1994 et 2004

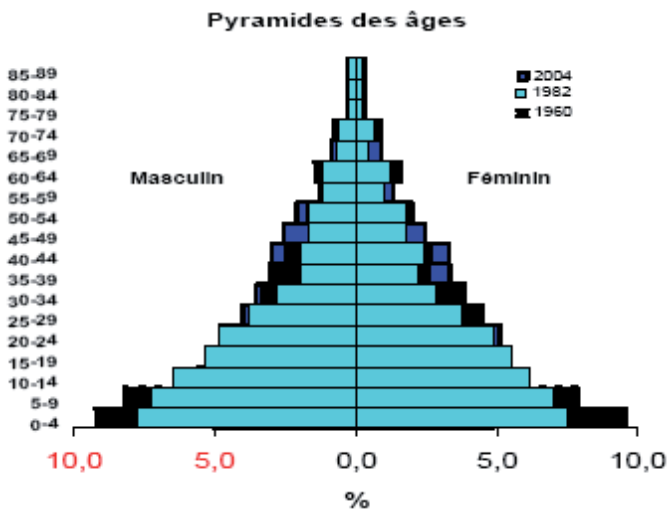


Figure 3 - Pyramides des âges (figure extraite du rapport national sur la politique de population, personnes âgées au Maroc : situation et perspective, CERED 2006) [6]

4.1.5. La transition démographique

Le Maroc, à l'instar d'autres pays proches sur le plan socio-économique est entré dans une phase de transition démographique. Au lendemain de l'indépendance, la population marocaine se caractérisait encore par des niveaux élevés de mortalité et de fécondité. Mais à cette époque déjà, et grâce aux progrès sanitaires (l'utilisation d'antibiotiques, la vaccination, l'hygiène, l'amélioration de la qualité des soins préventifs et curatifs, etc..), la mortalité avait commencé à baisser. C'est la mortalité infantile qui a baissé le plus rapidement passant de 149 décès pour 1000 naissances vivantes (170‰ décès en milieu rural et 100‰ décès en milieu urbain) en 1962[7] à 47,9 ‰ en 2004[8] (56,7‰ en milieu rural et 38,6‰ en milieu urbain). C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 71 ans en 2004 (soit un gain en espérance de vie de plus de vingt ans) [3, 4, 6].

Cependant, cette tendance à l'amélioration des indicateurs de la mortalité cache des écarts importants entre les milieux rural et urbain d'une part et entre la femme et l'homme d'autre part. En effet, l'EVN s'écarte de plus de 6 ans entre le milieu urbain et rural et de 4,2 ans entre la femme et l'homme (en faveur de la femme) [7].

Tableau 5 - Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Maroc, 1962-2004 [4, 6]

Annéew	1962	1980	1987	1994	1997	2003	2004
Ensemble							
Hommes	-	58,1	63,7	66,3	67,1	68,5	70,6
Femmes	-	60,2	66,4	69,5	70,7	72,7	73,0

7 Rapport national sur la politique de population, personnes âgées au Maroc situation et perspectives. CERED; 2006.

8 Démographie marocaine : tendance et perspectives d'avenir. CERED 2004

Total	47,0	59,1	65,0	67,9	68,9	70,5	71,7
Urbain							
Hommes	-	63,0	67,8	69,4	70,1	71,5	73,0
Femmes	-	65,0	71,8	73,7	74,4	75,9	75,5
Total	57,0	64,0	69,7	71,5	72,2	73,6	74,3
Rural							
Hommes	-	55,4	61,1	64,0	65,0	66,8	68,4
Femmes	-	57,6	63,0	65,9	66,9	68,7	70,6
Total	43,0	56,5	62,0	64,9	65,9	67,7	69,4

Source : Démographie marocaine : tendance et perspectives d'avenir. CERED 2004 (d'après le rapport du CERED (1997), situation et perspectives démographiques du Maroc, Rabat)

Selon les estimations du HCP[9], l'EVN continuerait à augmenter mais avec un rythme moins accéléré pour atteindre presque 77 ans en 2030 (75 ans chez les femmes et 78 ans chez les hommes (voir tableau 31 en annexe).

Il faut aussi souligner que la baisse de la mortalité et la hausse de l'espérance de vie ont généré une croissance plus rapide de la population pendant les deux premières décennies de l'indépendance. En effet, si l'on se réfère à la croissance de la population, on relève que le Maroc a connu le rythme de croissance le plus rapide avant les années 80, en ayant affiché des taux annuels d'accroissement d'environ 3%. Selon le schéma théorique du développement, durant cette première période, une telle croissance maximale situait le Maroc, au début de la deuxième phase de la transition démographique caractérisée par une baisse régulière mais atténuée de la mortalité [6].

A partir du milieu des années 1970, la deuxième phase de la transition démographique fut entamée, avec une chute accélérée de la fécondité. Les derniers recensements et enquêtes ont confirmé cette tendance et ont même montré que la transition de la fécondité au Maroc était l'une des plus rapides au monde Ainsi elle est passée de 7 enfants par femme en 1962 à 5,52 en 1982 puis à 2,5 en 2004, soit une baisse d'un peu plus de 60% en 42 ans. Cette baisse de la fécondité a été la plus rapide durant les années 80 en douze ans (1982-1993) la femme marocaine a perdu près de 40% de sa capacité de procréation, puisque son nombre moyen d'enfants est passé de 5,5 à un peu moins de 3,3 [3, 6].

Par contre, entre 1993 et 2004, la baisse a été moins accentuée, la perte en termes d'enfants n'était que de l'ordre 0,8 enfant, soit presque le tiers de la baisse observée durant la première période. L'indice synthétique de la fécondité y est passé de 3.31 à 2,5 enfants par femme [6].

La diminution de l'indice synthétique de fécondité est la résultante de deux facteurs : l'élévation de l'âge au premier mariage des femmes (de 17,5 ans en 1960 à 22,3 ans en 1982 puis à 26,3 en 2004) et des hommes (de 24,4 ans en

9 Selon les Projections du HCP de 2004 à 2030

1960 ans à 27,2 ans en 1982 puis à 31,2en 2004) et l'intensification des pratiques contraceptives (la prévalence contraceptive a enregistré une hausse de 8 % à 19,4% puis à 63,0% entre 1960, 1980 et 2004) avec une efficacité accrue [3,4].

Tableau 6 - Nombre moyen d'enfants par femme et par milieu de résidence [3, 6]

Année	Ensemble	Urbain	Rural
1960	7,00	-	-
1982	5,52	4,28	6,59
1986	4,46	2,85	5,97
1990	4,04	2,54	5,54
1993	3,31	2,17	4,50

Source : Tableau extrait du rapport du CERED, personnes âgées au Maroc 2006 (d'après CERED1997 et RGPH 2004)

Les changements qui ont affecté les modèles de fécondité et de nuptialité ont eu pour conséquence une atténuation de la croissance entamée durant les années 80 qui est la manifestation la plus évidente de la transition démographique, même si elle n'en constitue pas la seule expression. Celle-ci s'opère en effet par le biais d'une transition croisée de la mortalité et de la natalité et se traduit par une affectation du rythme de la croissance démographique et par une modification de la structure par âges de la population [3].

La situation actuelle devrait toujours selon le schéma théorique, être caractérisée par le déclenchement du processus du vieillissement démographique[10] de la population marocaine, du moins sur la partie inférieure de la pyramide des âges [6]. Mais on ne peut pas encore qualifier la population marocaine de « vieillissante », puisque la part des personnes âgées de 60 ans et plus ne dépasse guère 9% de la population totale. Cependant, on peut observer que les effectifs de la population âgée croissent avec un rythme qui est plus important que celui de la population totale (2,8% et 1,7% respectivement entre 1982 et 2004) [6].

4.1.6 . Perspectives démographiques

Selon les projections réalisées par le HCP[11], la population marocaine devrait passer de 29 millions d'habitants en 2004 à 33 millions en 2015, et à près de 38 millions en 2030 soit 313 mille individus supplémentaires, en moyenne, chaque année. Cet accroissement devrait être beaucoup plus rapide en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, au cours de la période 2010-2030, la population urbaine serait multipliée par 1,3, passant de 18,3 millions à 24,4 millions de citadins. La population rurale connaîtrait, au contraire une très faible augmentation, passant de 13,4 millions de personnes, en 2010, à 13,5 millions d'habitants à l'horizon 2030. Ainsi, on estime que le pourcentage de la population urbaine atteindra le niveau de 64 % en l'an 2030 [8].

10 Rapport national sur la politique de la population, personne âgées au Maroc : situation et perspectives, CERED 2006

11 Projection de la population de 2004 à 2030, HCP

Tableau 7 - Structure de la population en milliers selon le milieu de résidence (2004-2030) [8]

Année	Population totale	Population urbaine	Population rurale
2004	29.840	16.433	13.407
2005	30.172	16.755	13.417
2006	30.506	17.079	13.427
2007	30.841	17.404	13.437
2008	31.177	17.730	13.447
2009	31.514	18.059	13.455
2010	31.851	18.389	13.462
2011	32.187	18.720	13.467
2012	32.522	19.052	13.470
2013	32.853	19.383	13.470
2014	33.179	19.714	13.465
2015	33.503	20.043	13.460
2016	33.827	20.370	13.457
2017	34.150	20.694	13.456
2018	34.473	21.014	13.459
2019	34.793	21.331	13.462
2020	35.112	21.644	13.468
2021	35.427	21.952	13.475

Source : projection de la population de 2004 à 2030, HCP

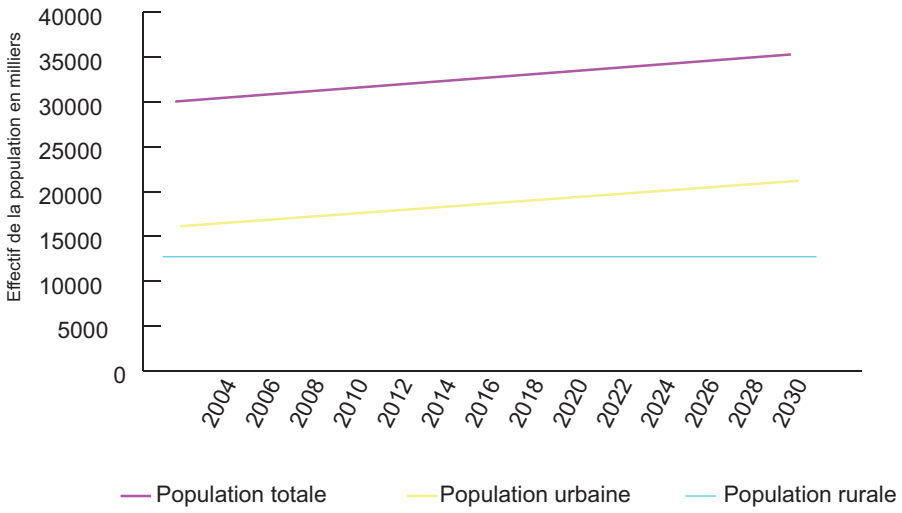


Figure 4 - Structure de la population en milliers selon le milieu de résidence (2004-2025) [8]

Les évolutions démographiques en cours et prévisibles[12] au Maroc, en particulier celles liées à la baisse de la fécondité, vont influencer la structure de la

12 Projection de la population de 2004 à 2030

population marocaine par âge. Ainsi, la proportion des enfants de moins de 15 ans devrait passer de 31,2 % en 2004 à 20,9 % en 2030 (20,3 % en milieu urbain et 21,8 % en milieu rural) [8].

En ce qui concerne la part de la population âgée de 15 à 59 ans elle connaîtra une hausse en passant de 60,8 % en 2004 à 63,8% en 2030 (63,0% en milieu urbain et 65,3% en milieu rural) [8].

La population âgée de 60 ans et plus connaîtra quant à elle une nette augmentation en passant de 8,0 % de la population totale en 2004 à 15,4 % en 2030 (16,7 % en milieu urbain et 12,9 % en milieu rural) [8]. Le pays va connaître un processus de vieillissement accéléré et le rapport de dépendance actifs/ inactifs se dégradera singulièrement. Le Maroc ne vieillira pas seulement par la base (suite à la réduction des générations jeunes), mais également par le sommet (suite à un allongement de l'espérance de vie) [3].

Tableau 8 – Structure de la population (en %) selon les grands groupes d'âges (1994-2030) [8]

Groupes d'âges	1994	2004	2030
Ensemble			
0-14 ans	37,0	31,2	20,9
15-59 ans	55,9	60,8	63,8
60 ans et plus	7,1	8,0	15,4
Total	100,0	100,0	100,0
Urbain			
0-14 ans	32,4	28,3	20,3
15-59 ans	61,1	64,1	63,0
60 ans et plus	6,5	7,6	16,7
Total	100,0	100,0	100,0
Rural			
0-14 ans	41,4	34,8	21,8
15-59 ans	50,9	56,7	65,3
60 ans et plus	7,7	8,5	12,9
Total	100,0	100,0	100,0

Source : projection de la population de 2004 à 2030, HCP

4.2. Activité, emploi et chômage

La population en âge d'activité (15 ans et plus) était estimée[13] à 11 148 milliers d'individus en 2007 contre 10 990 milliers d'actifs, en 2006[14]. Près de 5,7 millions de ces actifs résidaient en milieu urbain (soit 51,5%). Il s'agissait d'une population jeune, puisque près de la moitié (50,9 %) étaient âgés de 15 à 34 ans [9].

Tableau 9 - Evolution de l'emploi de 1971 à 2007 [4, 9]

	1971	1982	1994	1996	1999	2000	2001	2002	2006	2007
Population en âge d'activité (15 ans et plus) en milliers	8.289	11.828	16.325	17.333	18.902	19.429	19.953	20.474	10.990	11.148
Taux d'activité (15 ans et plus (%)	40,6	-	48,9	57,4	54,4	52,9	51,3	50,7	51,3	51,0
Population active occupée estimée en milliers	3.368	-	7.976	9.948	10.283	10.278	10.236	10.380	10.212	10.297

Source : Activité emploi et chômage, direction de la statistique 2006 et 2007, et démographie marocaine : tendances et perspectives d'avenir 2004

La présence féminine sur le marché du travail demeure encore modeste avec une proportion qui ne dépasse pas 25% de la population active âgée de 15 ans et plus en 2007. Le taux d'activité des hommes est 2,8 fois supérieur à celui des femmes (soit respectivement 76,1% et 27,1%) [9].

Le sous-emploi est un phénomène qui concerne aussi bien les villes que les campagnes et qui est concentré au niveau du secteur privé. Il touche relativement plus les hommes, les jeunes, les diplômés de niveau moyen et il est relativement plus répandu au niveau du secteur des «bâtiment et travaux publics» suivi par le secteur de «l'agriculture, forêt et pêche» en milieu urbain et par le secteur «des services» en milieu rural [9].

Au terme de l'année 2007, la population active occupée sous-employée âgée de 15 ans et plus a atteint 995.000 personnes, contre 1.229.000 en 2006, soit une baisse de 19%. Ce recul est réparti de façon quasiment équitable entre les zones urbaines et rurales (de 576.000 à 457.000 personnes en zones urbaines et de 653.000 à 538.000 en zones rurales) [9].

Le taux de chômage annuel a quasiment stagné, il est ainsi passé de 9,7% en 2006 à 9,8% en 2007, soit de 15,5% à 15,4% en milieu urbain et de 3,7% à 3,8% en milieu rural [9].

13 Activité, emploi et chômage, direction de la statistique 2007

14 Activité, emploi et chômage, direction de la statistique 2006

Le taux moyen de chômage cache de grandes disparités selon les milieux de résidence, les sexes, et les niveaux d'instruction. Le chômage est un phénomène plutôt urbain, affectant relativement plus les femmes que les hommes, les jeunes plus que les adultes et davantage les diplômés que les non diplômés [3].

Tableau 10 - La population marocaine selon l'âge, le type d'activité et le milieu de résidence, en 2007 [9]

	Milieu urbain								Milieu rural							
	Actifs occupés		Chômeurs		inactifs		Ensemble		Actifs occupé		chômeurs		inactifs		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ans 0-14	22.118	5, 0	-	-	4.580.190	99,5	4.602.308	100	218.790	5	-	-	4.168.992	95	4.387.782	100
ans 15-59	4.678.736	41	883.884	7,7	5.850.053	51,3	11.412.673	100	4.718.448	6, 59	204.547	2,6	2.991.267	37,8	7.914.262	100
et plus 60	181.749	13,1	1.893	0,1	1.205.568	86,8	1.389.210	100	477.316	42	1.800	0,2	656.855	57,8	1.135.971	100

Source : activité emploi et chômage, direction de la statistique 2007

La population active en chômage est passée de 1.062.000 en 2006 à 1.092.000 chômeurs en 2007, soit 30 mille chômeurs en plus et une hausse relative de 2,8%. Cette augmentation concerne principalement le milieu urbain avec 22 000 chômeurs en plus. En milieu rural où le niveau du chômage est particulièrement faible, le stock de chômeurs a augmenté de 8 mille [9].

Le taux de chômage a tendance à augmenter avec le niveau d'études. En effet, en 2007, la part des chômeurs n'ayant jamais travaillé dans la population active en chômage a atteint 26,8% chez les non diplômés, 51,2% chez les diplômés de l'enseignement supérieur et 75,1% chez ceux de l'enseignement secondaire [9].

Le chômage affecte davantage les jeunes, en 2007, le taux de chômage est le plus élevé dans la tranche d'âge de 15-24 ans (8,7% pour les non diplômés, 28,6% pour les diplômés de niveau moyen et 57,9% pour les diplômés de niveau supérieur) atteignant 34,5%, alors que chez le groupe de 25-34 ans, le taux de chômage est de 6,4% pour les non diplômés, 20% pour les diplômés de niveau moyen et 32,6% pour les diplômés de niveau supérieur [9].

Pendant l'année 2007, l'économie nationale a créé 128.000 postes d'emploi concernant exclusivement les zones urbaines avec 146.000 postes notamment les «bâtiments et travaux publics « avec 49.000 emplois et un accroissement de 6,2% l'»industrie» avec 54.000 emplois et 4,4% et les «services» avec 91.000 emplois et 2,5%, alors que le secteur agricole a connu une baisse de 68.000 postes soit une baisse de 1,6% [9].

La répartition des actifs selon la situation dans la profession montre que le salariat prédomine au niveau national. La prépondérance de ce statut est beaucoup plus accusée en milieu urbain. Le statut de travailleur indépendant est plus présent en milieu rural qu'en milieu urbain. A signaler également que le statut d'aide familiale est plutôt rural qu'urbain [9].

La branche d'activité économique « Agriculture, forêt et pêche » demeure le premier pourvoyeur d'emploi au niveau national, viennent ensuite les branches « industrie et artisanat» « bâtiments et travaux publics », « commerce », « transport », et « administration publique, éducation, santé et action sociale », et enfin, les autres branches dont en particulier « services ».

Tableau 11 - Structure de l'emploi selon les branches d'activité économique (en %) en 2007 [9]

	Diplôme		
	Sans diplôme	Niveau moyen	Niveau supérieur
Agriculture, forêt et pêche	54,9	19,5	2,4
(Industrie (y compris l'arisant	11,0	18,7	12,0
Bâtiments et travaux publics	8,8	9,4	3,0
Commerce	11,1	17,9	10,3
Transport entrepôt et communication	3,0	6,3	5,8
Administration générale et services sociaux	2,8	14,4	52,1
Autres services	8,3	13,6	14,0
Activités mal désignées	0,1	0,2	0,4
Total	100	100	100

Source : Activité emploi et chômage, direction de la statistique 2007

4.3. Alphabétisation et éducation

L'alphabétisation et la scolarisation peuvent être appréciées, notamment, à travers l'évolution du taux d'alphabétisation et des effectifs des élèves et des étudiants scolarisés dans les différents établissements d'enseignement et de formation.

En 2004, selon le HCP[15] 43% de la population (54,7% pour les femmes contre 30,8% pour les hommes) est analphabète soit en valeur absolue, 10.183.455 habitants âgés de 10 ans et plus qui ne savent ni lire ni écrire. Le taux d'analphabétisme est plus élevé en milieu rural (60,5% contre 29,4% en urbain) [1].

Mais l'étude de l'évolution du niveau d'alphabétisation sur 10 ans, à partir des derniers RGPH de 1994 et 2004, montre une nette décroissance de l'analphabétisme. Grâce à l'amélioration de la scolarisation des enfants, la baisse de l'analphabétisme a touché plus particulièrement les jeunes de moins de 15 ans, chez lesquels le taux d'analphabétisme a décliné sur la période considérée de 36% à 13,3% (de 25% à 9,4% pour les garçons et de 47% à 17,3% pour les filles) [1].Cette baisse de l'analphabétisme devrait se poursuivre dans les prochaines années. On estimait en 2006[16] que le taux d'analphabétisme avait continué de baisser et ne dépassait pas 41,7% dans l'ensemble de la population soit 53,2 chez les femmes et 29,8% chez les hommes [2].

On remarque que des écarts en matière d'alphabétisation persistent encore entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, en 2006, le taux d'analphabétisme est estimé à 29% en milieu urbain contre 58,8% dans les zones rurales, soit un écart de 29 points ; mais cet écart est de près de 34 points entre les taux d'analphabétisme des femmes citadines et des femmes rurales (respectivement 39% et 73,4%), et de 25 points entre les taux relatifs aux hommes citadins et aux hommes ruraux (respectivement 18,7% et 44,3%) [2].

15 RGPH 2004

16 Les indicateurs sociaux au Maroc, HCP 2006

Tableau 12- Taux d'analphabétisme (%) selon le sexe et le milieu de résidence en 2004 et 2006 [1, 2]

	2004			2006		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Masculin	18,8	61,0	41,0	18,7	44,3	29,8
Féminin	49,0	89,0	67,0	39,0	73,4	2, 53
Ensemble	37,0	75,0	55,0	0, 29	58,8	41,7

Source : Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006 et RGPH 2004

Les données relatives au secteur de l'éducation révèlent l'accroissement continu de l'effectif des scolarisés. Celui-ci est passé de près de 3,9 millions en 1991/92 à plus de 6,5 millions d'élèves et d'étudiants en 2006/07 [2].

L'effectif des élèves scolarisés dans les établissements de l'enseignement primaire a été d'environ 4 millions pendant l'année scolaire 2006/07, contre 2,5 millions en 1990/91[17]. La proportion des filles a augmenté de plus de 6 points, entre 1990/91 et 2006/07, passant, respectivement, de 40% à 46,5%. De même, pour les élèves scolarisés en milieu rural, le taux de scolarisation a augmenté en passant de 38,7% à 48, 6% entre 1990/91 et 2006/2007, ce qui signifie que la même année 51,4% des enfants ruraux étaient encore privés de leur droit à l'instruction et au savoir. L'inscription en première année de l'enseignement fondamental est, certes, nécessaire mais elle demeure insuffisante tant qu'elle n'est pas accompagnée par la création des conditions favorables au prolongement de la survie scolaire [2, 10]. Il convient de noter, à ce propos, que la scolarisation au primaire est assurée, au niveau national, à concurrence de 92%, par le secteur public [2].

Concernant l'enseignement secondaire collégial, il a reçu près de 1,4 millions d'élèves en 2006/07 dont 45% de filles. Les élèves ruraux scolarisés au collège demeurent minoritaires puisque leur nombre ne constitue que 22,1% de l'effectif global des scolarisés dans les collèges pendant l'année 2006/07 [2].

Quant à l'enseignement supérieur (enseignement universitaire, formation des cadres et formation pédagogique), l'effectif était de 312 mille étudiants en 2006/07 (contre 339 mille en 2005/06). La part des filles était de près de 49% contre 45,4% en 2002/03. La contribution du secteur privé à l'enseignement supérieur, quoiqu'en hausse, reste très modeste (à peine 7,2%) [2].

Notre pays a accordé, depuis son indépendance, une priorité permanente au secteur de l'éducation, ce qui lui a permis de réaliser des progrès importants dans ce domaine. Cependant, si l'éducation est devenue plus accessible que par le passé, elle est loin d'être à la portée de tous le monde. Le taux d'analphabétisme a certes diminué durant les 40 dernières années mais, du fait de l'accroissement de la population, le nombre d'analphabètes adultes n'a pas baissé. Quant aux écarts entre les milieux urbain et rural, entre hommes et femmes, entre catégories sociales et entre régions économiques, ils demeurent encore frappants.

17 Education, formation et opportunités d'emploi, direction de la statistique 2000

Aussi il faut préciser que le recul de l'analphabétisme constaté durant les quatre dernières décennies résulte avant tout du fruit de la scolarisation croissante des enfants [4].

4.4. Santé

4.4.1. Réduction de la mortalité

Parallèlement à l'évolution démographique qui vient d'être décrite, le taux brut de mortalité est passé au Maroc[18] de 18,7 ‰ en 1962 à 10,6 ‰ en 1980 puis à 5,8 ‰ en 2004. Pour les mêmes années, ce taux a baissé de 4,9 ‰ à 4,6 ‰ en milieu urbain, et de 8,6 ‰ à 7,5 ‰ en milieu rural [2, 4].

Grâce aux programmes sanitaires menés depuis l'indépendance, le Maroc a fait des progrès remarquables en matière de réduction de la mortalité. L'espérance de vie à la naissance[19] (EVN) qui était de l'ordre de 47 ans en 1962, est passée à 59,1 ans en 1980 puis à 71 ans en 2004 (soit un gain de 24 ans en l'espace de 40 ans). De son coté, le quotient de mortalité infantile a fortement baissé, passant respectivement de 149 à 91,4 et à 47,9 décès pour 1.000 naissances vivantes entre 1962, 1980 et 2004 [3, 4, 7].

Quant à l'espérance de vie en bonne santé (EVBS)[20], concept défini par l'OMS, elle atteint 60,2 ans pour l'année 2002 (en 2000, elle était estimée à 55,9 ans). Ce qui revient à dire que chaque marocain vit en moyenne 10,1 années en état de mauvaise santé [11].

Bien que la mortalité maternelle ait enregistré une baisse significative entre 1972 et 1997, en passant de 631 à 228 décès pour 100.000 naissances, elle demeure encore élevée et a même stagné entre 1997 et 2003-04, malgré les efforts déployés dans le domaine de la santé de la mère. Ainsi le taux de mortalité maternelle est passé respectivement de 228 à 227 décès pour 100.000 naissances. Par milieu de résidence, ce taux était en 2003-04, de 267 en milieu rural et de 186 en milieu urbain[2, 7].

18 Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

19 Santé au Maroc réalité et enjeux, santé vision 2020, ministère de la santé 2007

20 D'après le rapport du ministère de la santé : Plan d'action santé, 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé »

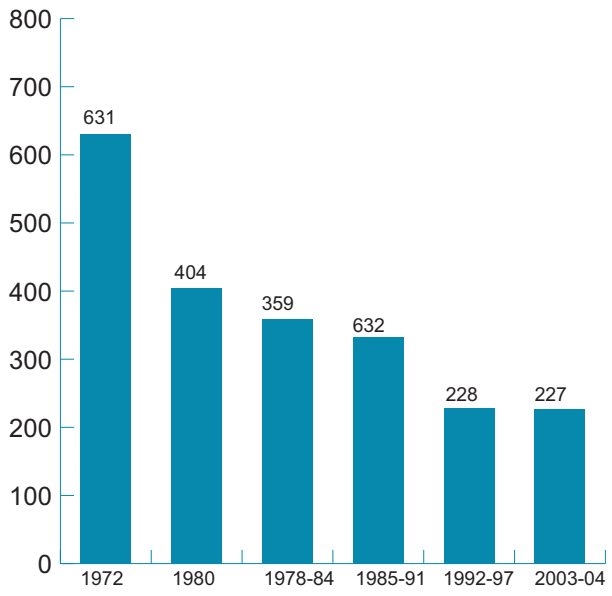


Figure 5 - Tendance de la mortalité maternelle de 1972 à 2004 (taux pour 100 000 naissances vivantes) [4]

L'analyse comparative des causes de décès entre les années 1980[21] et 2003[22], classées selon les grands chapitres de la dixième classification internationale des maladies, fait ressortir ce qui suit [12, 13]

- Réduction notable des maladies infectieuses et parasitaires de 17,9% à 4,5%, soit 3,9 fois moins par rapport à 1980.
- Légère réduction des maladies du chapitre infections dont l'origine se situe dans la période périnatale de 10,3% à 9.3%.

Par contre, on observe une augmentation relative des maladies non transmissibles, telles que celles des chapitres:

- Tumeurs de 5,8% à 8,2%.
- Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires de 5,8% à 6,7%.
- Maladies de l'appareil circulatoire de 15,5% à 20,9%.

En ce qui concerne les lésions traumatiques et les empoisonnements, il faut mentionner les décès par lésions traumatiques liés aux accidents de la route qui ne cessent d'augmenter, causant 4,5% du nombre de décès en 2003 [13].

4.2. Le triple fardeau de la morbidité

Le Maroc est entré dans une phase de transition épidémiologique qui l'oblige à faire face à un triple fardeau de morbidité. Le profil épidémiologique de la santé se caractérise ainsi par la coexistence de trois groupes d'affections

21 Plan d'action 2005-2007, ministère de la santé

22 Santé en chiffre 2007, service des études et de l'information sanitaire

ayant des charges de morbidité et de mortalité lourdes : les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, les traumatismes intentionnels et non intentionnels. Nous allons envisager successivement chacun de ces trois groupes de pathologies [3, 7].

- **Les maladies transmissibles**

Bien que notre pays soit en cours de transition épidémiologique, les maladies transmissibles représentent encore 33,4% de la Charge de Morbidité Globale (CMG) [14]. Certaines d'entre elles continuent même à représenter un important problème de santé publique ; c'est le cas des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës de l'enfant, de la tuberculose, des hépatites virales B et C. On note aussi une tendance à la progression de l'incidence et de la prévalence de l'infection par le VIH-SIDA, quoique cette progression demeure modeste, comparativement à d'autres pays [7, 15].

Mais il est important de signaler aussi que, durant les dernières années, plusieurs maladies transmissibles ont été éliminées ou sont en voie d'élimination dans notre pays comme la bilharziose, le trachome, le paludisme, la lèpre, la poliomyélite, la diphtérie et le tétanos néonatal [7].

Il faut prendre conscience que d'autres maladies émergentes épidémiques et mortelles et d'autres risques potentiels s'annoncent comme des problèmes de santé urgents et graves qui exigent une vigilance accrue et la mise en place de mesures de surveillance et de prévention permanentes pour prévenir leur introduction ou leur réapparition dans notre pays. Il s'agit du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), de la Grippe Aviaire, etc....[7].

- **Les maladies non transmissibles**

Comme cela s'était produit antérieurement dans les pays du nord, le Maroc se trouve confronté aujourd'hui à l'émergence des maladies non transmissibles, dont la fréquence est en nette augmentation avec une prédominance des cancers, de certaines maladies chroniques telles que l'angine de poitrine, l'ostéoarthrite, l'asthme et le diabète, de certaines maladies mentales telles que la dépression et la schizophrénie [15].

Les maladies non transmissibles sont responsables de 55,8% de la CMG [7, 14]. Les principaux facteurs contribuant à cette augmentation sont le développement socio-économique rapide, associé à des changements caractéristiques dans le mode de vie et l'activité professionnelle, ainsi quel'amélioration des services de santé, notamment en termes de diagnostic des maladies non transmissibles.

- **Les traumatismes**

Ils génèrent 10,8% de la CMG [7]. En effet, l'analyse de l'évolution des accidents à travers les statistiques disponibles montre que le nombre d'accidents ne cesse d'augmenter, causant chaque année en moyenne 55 000 blessés et 3 000 morts [12]. En 2005, 51.559 accidents corporels ont été enregistrés sur l'ensemble du réseau routier, causant 80.881 victimes dont 3.617 tués [7].

Ainsi, le taux de tués[23] pour mille accidents est passé de 72,6 en 1996 à 70,2 en 2005 avec un pic de 77,7 en 1998, tandis que le taux de tués pour mille blessés est passé de 49,0 en 1996 à 46,8 en 2005 avec un pic de 51,7 en 1998 [11].

D'après le récent rapport du ministère de la santé : plan d'action 2008 -2012, l'analyse de l'évolution des causes de décès en milieu urbain, classées selon les grands groupes de maladies, approuve cette notion de transition épidémiologique. Ainsi, le groupe I de maladies transmissibles continuait à régresser en enregistrant 12 % en 2003 contre 25% et 50% en 1992 et 1980 respectivement. Alors que pour la même période les maladies non transmissibles n'ont cessé d'augmenter en passant de 40 % en 1980 à 67 % en 1992 et puis 81 % en 2003.

Tableau 13 - Evolution par grands groupes de maladies, des causes de décès déclarées en milieu urbain (1980-1992-2003)

Groupe de maladies	1980(%)	1992(%)	2003(%)
Groupe I : Maladies transmissibles, maternelles et de la période néonatale	50	25	12
Groupe II : Maladies non transmissibles	40	67	81
Groupe III : Traumatismes	10	8	7
Total	100	100	100

Source : Tableau extrait du plan d'action 2008-2012 (d'après Rapport de synthèse de l' « Etude de la charge de morbidité globale au Maroc », Volume I, Ministère de la Santé, DPRF, septembre 2000)

4.4.3. Les et les iniquités de l'état de santé

L'amélioration des indicateurs de la mortalité cache des écarts notables entre le milieu rural et urbain d'une part, et entre la femme et l'homme d'autre part. En effet, l'EVN (l'espérance de vie à la naissance) s'écarte de plus de 6 ans entre le milieu urbain et rural et de 4,2 ans entre la femme et l'homme (en faveur de la femme) [3].

La surmortalité infantile et maternelle est plus élevée chez les populations pauvres, analphabètes et à faible niveau d'instruction [3]. Le taux de mortalité infantile enregistré dans le milieu rural est 2 fois plus élevé par rapport à celui du milieu urbain et le taux de mortalité maternelle est de 30% plus élevé à la campagne qu'en ville[7, 14]. En comparaison avec des pays à développement similaire, les différents taux de mortalité nationaux demeurent élevés [7].

Pour permettre à chaque citoyen de réaliser pleinement son potentiel de santé, le système de santé doit s'organiser de telle manière que soient réduites les inégalités d'accès aux soins entre les régions, les milieux (rural et urbain) et les groupes sociaux. En 2003, plus d'un quart de la population se trouvait encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire[3, 7].

23 Plan d'action 2008 -2012(d'après le Ministère de l'Equipement, « Recueil des statistiques des accidents corporels de la circulation routière », rapports annuels 1995-2005, Direction des routes et de la circulation routière

De même, le mauvais niveau de santé de nombreuses franges de la population est souvent corrélé avec un ensemble de facteurs défavorables niveau d'éducation insuffisant (analphabétisme), habitat insalubre, insuffisance d'infrastructures de base (eau salubre, électricité, routes, etc.), un accès encore trop difficile à l'emploi et au revenu (pauvreté, malnutrition, etc.). Il est aussi corrélé à une profonde iniquité dans l'accès aux soins en termes géographiques et en termes financiers [3].

4.5. Condition d'habitat

L'amélioration des conditions d'habitation peut être appréciée à travers l'examen de l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs, dont notamment, l'accès à la propriété, la disponibilité de l'eau courante et de l'électricité dans le logement [2].

4.5.1. Types d'habitat

En milieu urbain, le type de logement le plus répandu est la maison marocaine moderne puisque plus de 50,8 mille autorisations de construire ont été délivrées en 2006, et dont près de 72% concernent les habitations de «type marocain» suivies par les immeubles avec 15% [2].

On peut noter une certaine modernisation du type de logement dans les villes, puisque la part des maisons traditionnelles est passée de 13,7% à 8,1% entre 1994 et 2004, tandis que la part des maisons modernes est passée de 58,5% à 62,5% et celle des appartements de 10,5% à 12,4%). De même la proportion des ménages occupant un habitat sommaire ou les bidonvilles est passée de 9,2% en 1994 à 8,2% en 2004 [1].

Tableau 14 - Répartition des ménages (%) selon le type d'habitat et le milieu de résidence aux RGPH 1994 et 2004 [1]

Type d'habitat	1994		2004	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Villa, niveau de villa	3,6	0,2	3,3	0,3
Appartement	10,5	0,3	12,4	0,1
Maison marocaine traditionnelle	13,7	3,7	8,1	4,8
Maison marocaine moderne	58,5	8,6	62,5	13,6
Sommaire ou bidonville	9,2	6,1	8,2	5,6
Habitat de type rural	1,3	79,8	1,1	72,2
Autres	3,2	1,3	4,3	3,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2004

4.5.2. Statut d'occupation

En 2006[24], près de 3 ménages sur 4 (74%) étaient propriétaires de leur logement. Par milieu de résidence, il y avait 65% de propriétaires en milieu urbain et 89% en milieu rural. Quant à la part des ménages locataires, elle était de 15,5% à l'échelon national, soit 24,4% en milieu urbain et 1,6% en milieu rural [2].

De ce fait, seuls 24,4% des ménages urbains étaient des locataires en 2006, contre 35,0% douze ans plus tôt. Ce recul de la proportion des ménages locataires s'explique par un transfert vers la propriété de l'habitat dont la part est passée de 44,9% en 1994 à 64,6% en 2006 [1, 2].

Tableau 15 - Les ménages au niveau national selon le statut d'occupation entre 2001 et 2006 [2]

Statut d'occupation	2001	2003	2004	2005	2006
Propriétaires	74,5	75,1	76,4	76,1	74,0
Locataires	16,8	16,3	15,7	15,7	15,5
Autres	8,7	8,6	7,9	8,3	10,5

Source : les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

4.5.3. Nombre de pièces dans le logement

Le nombre de pièces par logement est pratiquement équivalent en milieu rural et en milieu urbain (3,1 pièces par logement en milieu rural et 2.9 pièces en milieu urbain). En 2006, la proportion des ménages urbains occupant des logements constitués de 1 à 2 pièces s'est abaissée à 42% contre 47,2% en 1994. Ce sont plutôt les logements moyens de 3 à 4 pièces qui ont vu leur part augmenter le plus, pendant cette période, en passant de 38,0% en 1994 à 43,7% et à 48,6% en 2006 [1, 2].

Tableau 16 - Les ménages urbains selon le nombre de pièces habitées en 1994, 2004 et 2006 [2]

Nombre de pièces	1994	2004	2006
1 à 2 pièces	47,2	40,6	42,0
3 à 4 pièces	38,0	43,7	48,6
5 pièces et plus	14,8	13,8	9,4

Source : les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

Le nombre moyen de personnes par pièce a également diminué avec le temps. En effet, de 2,3 personnes par pièce en 1971, il est passé à 2,1 en 1982, puis à 1,8 en 1994 pour arriver à 1,7 personne par pièce en 2004 [1].

24 Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

Tableau 17 - Evolution du nombre de personnes par pièce entre 1971 et 2004 [1]

Recensements	1971	1982	1994	2004
Nombre de personnes par pièce	2,3	2,1	1,8	1,7

Source : RGPH 2004

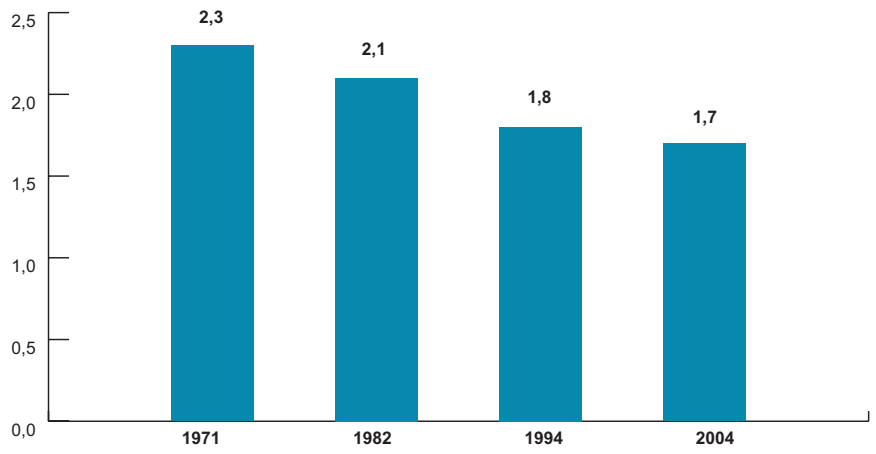


Figure 6 - Evolution du nombre de personnes par pièce entre 1971 et 2004 (milieu urbain) [1]

4.5.4. Equipement des logements

Les indicateurs sur l'accès des ménages aux équipements de base, notamment l'approvisionnement en eau potable, la disponibilité de l'électricité et de l'assainissement liquide dans le logement, permettent de juger les progrès réalisés dans ces domaines [2].

La proportion des ménages urbains occupant des logements reliés au réseau public de distribution de l'eau courante est de 87,5% en 2006 contre 82,7% en 2001. En milieu rural, cette proportion est passée de 9,2% en 2001 à 22,9% en 2006. Les sources naturelles restent le moyen le plus disponible pour s'approvisionner en eau, en milieu rural. Ainsi, en 2006, 56,5% (contre 70,4% en 2001) des ménages avaient encore recours principalement, aux puits collectifs ou aux sources (aïn). En revanche, la part des ménages ayant accès à l'eau potable du réseau (branchement et bornes fontaines) en milieu rural, a presque doublé en l'espace de cinq ans, passant de 19,5% en 2001 à 36,2% en 2006, alors qu'elle a presque stagné en milieu urbain entre 2001 et 2006 (près de 94%) [2].

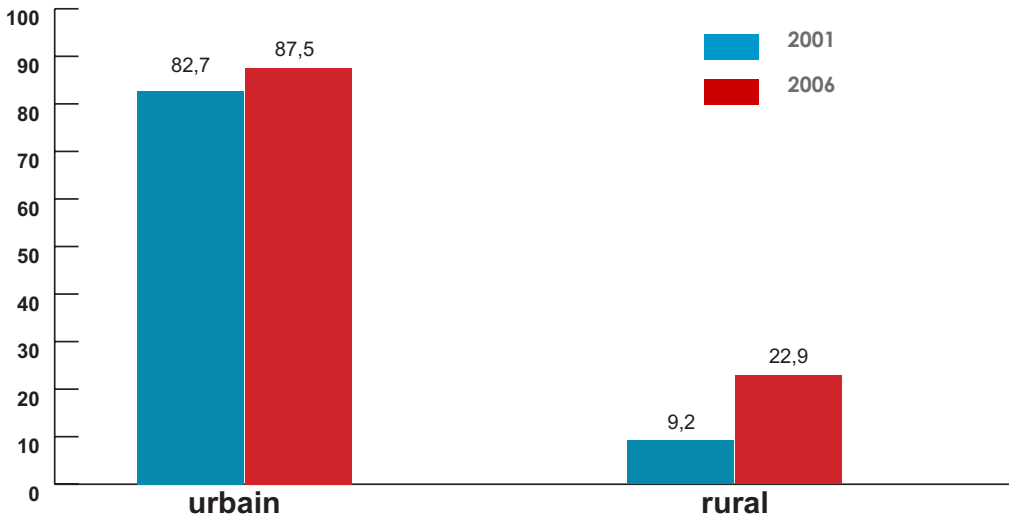


Figure 7 - Ménages (en %) ayant accès à l'eau potable du réseau en 2001 et 2006 [2]

La généralisation de l'électricité a connu une forte progression, surtout en milieu rural où presque 2 ménages ruraux sur 3 (64,8%) bénéficient de ce service en 2006, contre près de 1 ménage sur 3 (30%) en 2001. Alors que dans le milieu urbain, 92,1% des ménages disposaient de l'électricité en 2001 et ce pourcentage a atteint 95,7 % en 2006. Concernant le mode d'éclairage utilisé par les ménages dont le logement n'est pas raccordé à un réseau public de distribution d'électricité, les bougies et le gaz restent les moyens les plus utilisés [2].

Dans l'ensemble, tous les indicateurs concernant la disponibilité des équipements de base dans le logement ont été en nette augmentation durant la période précitée. Les améliorations les plus accentuées sont enregistrées en milieu rural [1].

Par ailleurs, bien que variable selon le milieu de résidence, l'équipement des ménages en biens durables, a connu une augmentation notable entre 2001 et 2006. Cette progression s'observe pour la majorité des biens d'équipements. Le pourcentage des ménages disposant d'un téléviseur a progressé de 75% à 84,5% l'équipement en antenne parabolique de 30% à 44% l'utilisation d'un réfrigérateur de 45,6% à 57,4%; et d'une machine à laver de 10% à 20,7% [2].

Tableau 18 - Equipement des ménages en biens durables (en %) [2]

Equipements	2001	2003	2004	2005	2006
Téléviseur	75,0	78,4	81,2	82,9	84,5
Parabole	29,8	33,7	35,0	38,7	44,1
Réfrigérateur	45,6	50,8	52,7	55,5	57,4
Machine à laver	10,0	13,2	13,8	15,8	20,7

Source : les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

4.5.5. Mode d'évacuation des eaux usées

Le raccordement des logements au système des égouts présente de fortes disparités selon le milieu de résidence. En effet, en 2006[25], 85,6 % des ménages urbains ont déclaré évacuer leurs eaux usées vers un réseau public, contre 85,2 % en 2001. A l'inverse dans les campagnes, seulement 3,4 % des ménages ruraux occupaient des logements raccordés à l'assainissement liquide en 2006, mais, il faut noter qu'en 2001, le réseau public d'évacuation n'était que de 2,2 %[1, 2].

4.6. Revenus, salaires et consommation des ménages

Même s'il a évolué à un rythme inférieur à celui d'autres nations, le niveau de vie moyen des marocains a progressé de manière régulière depuis l'indépendance. En témoignent les enquêtes nationales sur le niveau de vie des ménages, mais aussi les différents changements observables au niveau des modes de consommation, de mobilité, de logement et de pratiques sociales en général [3].

4.6.1. Effectif et taille des ménages

Selon le RGPH de 2004, le nombre de ménages recensés s'est élevé à 5,7 millions, dont 3,4 millions résidaient en milieu urbain. Si en termes de personnes, les citadins ne représentaient en 2004 que 55,1% de l'ensemble de la population, en termes de ménages cette proportion était d'environ 5,5 points supérieure. Cela s'explique essentiellement par les différences entre les tailles des ménages urbains et ruraux ; ces derniers comptant en moyenne 1,2 personnes de plus que les premiers. Par rapport aux recensements précédents, la proportion des citadins en termes de ménages est passée de 46% en 1982 à 56,8% en 1994, et à 60,7% en 2004 [1].

Tableau 19 - Ménages (en milliers) selon le milieu de résidence aux RGPH de 1994 et 2004 et taux d'accroissement annuel moyen [1]

Milieu de résidence	1994	2004	Taux (%)
Urbain	522 2	440 3	3,2
Rural	921 1	225 2	1,5
Ensemble	443 4	665 5	2,5

Source : RGPH 2004

La taille moyenne26 des ménages a baissé de 5,9 personnes en 1994 à 5,2 en 2004. Cette baisse a touché aussi bien le milieu urbain (de 5,3 à 4,8 personnes) que le milieu rural (6,6 à 6 personnes) [1].

25 Les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

26 RGPH de 1994 et 2004

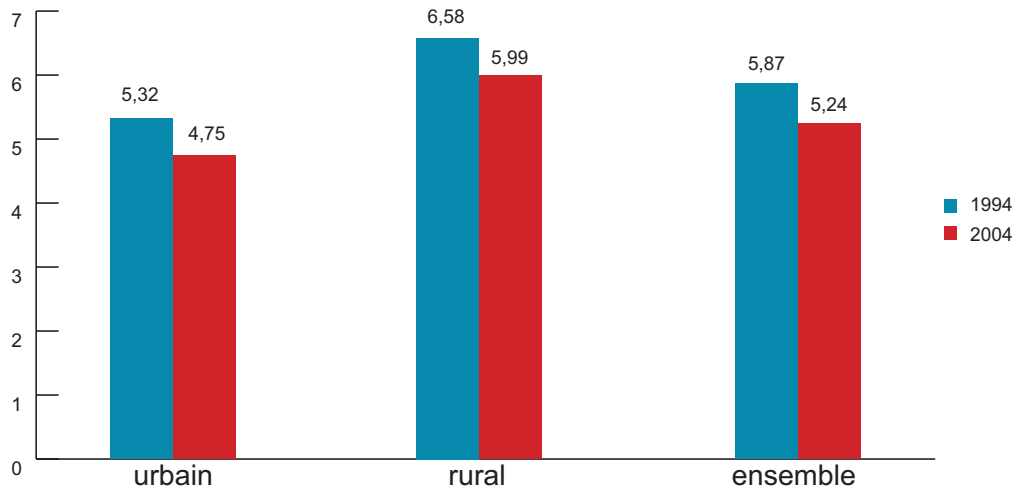


Figure 8 - Taille moyenne des ménages (nombre de personnes par ménage) selon le milieu de résidence aux RGPH 1994 et 2004 [1]

4.6.2. Caractéristiques des chefs de ménage

L'examen des caractéristiques des chefs de ménage révèle que 83,7% d'entre eux sont de sexe masculin, alors que seulement 16,3% des ménages sont dirigés par des femmes. Cette proportion augmente en milieu rural pour atteindre 87,4% contre 81,2% en milieu urbain [1].

Tableau 20 - Répartition des chefs de ménage selon le sexe et le milieu de résidence en 2004[1]

Sexe	Urbain	Rural	Ensemble
Masculin	81,2	87,4	83,7
Féminin	18,8	12,6	16,3
Total	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2004

Concernant la répartition des ménages selon l'âge, 44,1% des chefs de ménages ont un âge supérieur à 50 ans, 39,5% appartiennent à la tranche d'âge 35-49 ans. Alors que les ménages qui sont dirigés par les jeunes de moins de 35 ans ne représentent que 16,5% [1].

Parmi les hommes chefs de ménages, 17,6% ont moins de 35 ans, contre 12,2% parmi les femmes. Par contre, ces dernières prennent plutôt la responsabilité du ménage aux âges plus avancés, ainsi, 57,3% des femmes chefs de ménages appartiennent à la tranche d'âge 50 ans et plus contre 41,5% chez les hommes. Il semble que ce sont essentiellement le veuvage et le divorce qui sont à l'origine de leur statut de chef de ménage [1].

Tableau 21 - Répartition des chefs de ménage selon les grands groupes d'âges par sexe en 2004 [1]

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Ensemble
ans 15-24	2,2	2,4	2,2
ans 25-34	15,4	9,8	14,3
ans 35-49	41,2	30,5	39,5
ans et plus 50	41,5	57,3	44,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2004

Selon l'état matrimonial, 80,9% des chefs de ménages sont mariés, soit 92,6% sont des hommes et 20,8% des femmes [1].

Tableau 22 - Répartition des chefs de ménage selon l'état matrimonial et le sexe au RGPH de 2004 [1]

Etat matrimonial	Masculin	Féminin	Ensemble
célibataires	5,5	6,8	5,7
Mariés	92,6	20,8	80,9
Divorcé	0,7	13,1	2,8
Veufs	1,1	59,3	10,6
Total	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2004

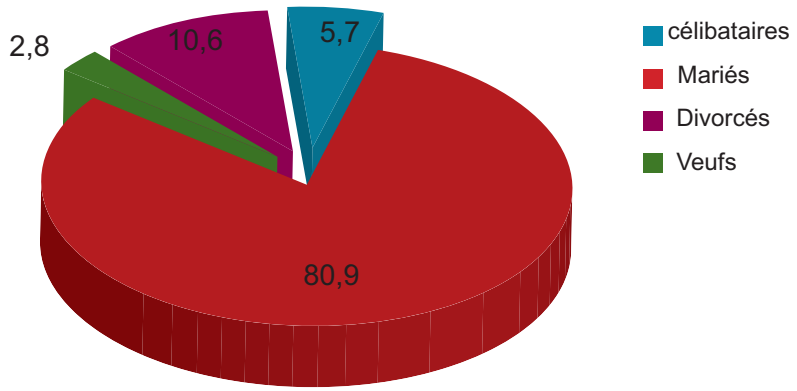


Figure 9 - Chefs de ménage selon l'état matrimonial en 2004 [1]

Quant au niveau d'instruction du chef de ménage, 52,2% sont sans instruction et 34,0% ont un niveau primaire ou secondaire. Ces proportions atteignent en milieu rural respectivement 71,8% et 18,4%. Les chefs de ménage qui disposent d'un niveau d'enseignement supérieur représentent 9,7% en milieu urbain contre seulement 0,9% en milieu rural. Ce faible niveau d'instruction en milieu rural s'explique en partie par la discrimination de la situation de la femme rurale vis-à- vis de l'instruction [1].

Tableau 23 - Répartition des chefs de ménage selon le niveau scolaire et le milieu de résidence au RGPH 2004 [1]

Niveau scolaire	Urbain	Rural	Ensemble
Néant	39,6	71,8	52,2
Coranique ou préscolaire	6,6	8,9	7,5
Primaire ou secondaire	44,1	18,4	34,0
supérieur	9,7	0,9	6,2
Total	100,0	100,0	100,0

Source : RGPH 2004

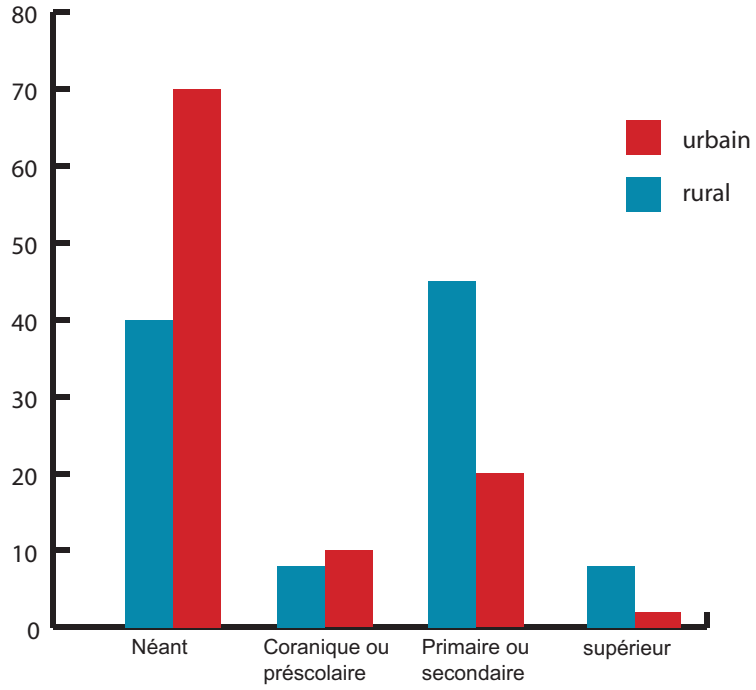


Figure 10 - Chefs de ménage (%) selon le niveau scolaire et le milieu en 2004 [1]

4.6.3. Niveaux de revenus selon les caractéristiques des ménages

Le revenu annuel moyen et la dépense annuelle moyenne par personne et par ménage constituent deux variables majeures qui permettent de déterminer le rang social du ménage et de délimiter la catégorie de la population vulnérable et pauvre [16].

Le revenu annuel moyen par ménage a été évalué en 1998/99[27] à 48.292,2 DH. A cette époque, par milieu de résidence, les ménages urbains disposaient d'un revenu annuel moyen supérieur de 64,6% par rapport aux ménages ruraux, soit respectivement, 58.040,5 DH contre 35.263,0 DH [16].

Par personne, le revenu annuel moyen était estimé à 8.153,9 DH à l'échelle nationale, soit 10.376,9 DH en milieu urbain et 5.542,0 en milieu rural [16].

27 Répartition des niveaux de vie au Maroc, direction de la statistique 2002

Le revenu annuel moyen différait selon les caractéristiques sociodémographiques du chef de ménage. Il était plus élevé chez les hommes que les femmes, soit respectivement 8201,8 DH et 7807,6 DH. Par groupe d'âge du chef de ménage, la tranche d'âge 45-59 ans disposait du revenu annuel moyen par personne le plus élevé, soit 9692,3 DH. Le revenu annuel moyen par personne tendait à baisser, avec l'augmentation de la taille du ménage. En effet, il passait de 13989,4 DH chez les ménages de un à deux personnes à 5442,2 DH chez les ménages composés de 9 personnes et plus [16].

Le revenu annuel moyen différait également selon les caractéristiques socio-économiques du chef de ménage. Ainsi, le revenu annuel moyen, par personne, chez les chefs de ménages d'un niveau d'enseignement supérieur était presque quatre fois plus élevé que celui des chefs de ménages sans instruction, soit respectivement 26541,2 DH et 6784,4 DH [16].

4.6.4. Niveau, tendance et caractéristiques des dépenses des ménages

Il ressort de l'Enquête[28] Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000/2001[17], que la dépense annuelle moyenne par personne (DAMP) était évaluée à cette époque à 8.280 DH au niveau national (10.642 DH en milieu urbain et 5.288 DH en milieu rural). La dépense par personne (en dirhams de l'année 2000/2001) représentait presque 1,22 fois son niveau de 1998 [2, 17].

En 2001, la dépense annuelle moyenne d'un ménage marocain était de 49.333 DH contre 46.339 en 1998. Par milieu de résidence, la dépense annuelle moyenne des ménages urbains est presque deux fois supérieure à celle des ruraux, soit respectivement 58.900 DH et 33.994 DH [17].

Tableau 24 - La dépense annuelle moyenne par personne et par ménage (en DH) en 1998 et 2000/01 [2, 17]

Indicateurs	1998			2000/01		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Dépense annuelle moyenne par (personne en DH)	10.152	5.085	7.823	10.642	5.288	8.280
Dépense annuelle moyenne par (ménage en DH)	56.781	32.372	46.339	58.900	33.994	49.333

Source : Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000/2001 et Les indicateurs sociaux du Maroc 2006, HCP

4.6.5. Structure de la dépense des ménages

L'examen de la structure de la DAMP montre la prédominance de la part allouée à la rubrique alimentation et boissons qui englobent 41,3% des dépenses par personnes des ménages, à l'échelle nationale. Celle-ci à diminué au fil du temps, passant de 43,1% en 1998 à 41,3% en 2000/2001 [2].

28 Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000/2001

En revanche, d'autres dépenses connaissent une tendance à la hausse comme celles affectées à l'habitation et aux soins de santé et d'hygiène. En effet, la dépense annuelle moyenne par personne (DAMP) consacrée à l'hygiène et aux soins médicaux a atteint 7,6% de la DAMP totale en 2000/2001 contre 6,9% en 1998 et 4,6% en 1985 [2].

Tableau 25 - Structure de la dépense annuelle moyenne [2]

	1998	2000/01
Alimentation	43,1	41,3
Habillement	5,5	4,8
Habitation	21,4	22,1
Équipements ménagers	3,9	3,8
Hygiène et sois médicaux	6,9	7,6
Transport et communication	6,5	7,5
Loisir culture et divertissement	4,5	3,6
Autres	8,2	9,3

Source : Les indicateurs sociaux du Maroc 2006, HCP

4.6.6. Evolution des agrégats économiques nationaux

Le Produit Intérieur Brut[29] (PIB), exprimé en valeur, a atteint 575 milliards de DH en 2006 contre 523 milliards de DH en 2005, soit un taux de croissance de 8% contre 2,4% entre 2004 et 2005. Cet accroissement du PIB a entraîné une augmentation du revenu national brut disponible (RNBD) par tête, puisqu'il est passé de 18.717 DH à 20.411DH entre 2005 et 2006, soit un accroissement de 9% [2, 13].

Cependant, en tenant compte de l'effet de l'inflation, le PIB par tête a enregistré une très faible augmentation. Ainsi le PIB par habitant en terme courant estimé à 17.322 DH en 2005, est passé à 18.857 en 2006 [2].

Les dépenses des ménages résidents, estimées en 2006 à 319 milliards de DH, représentent 51,3% du RNBD, contre 52,4% en 2005 [2].

29 D'après le rapport du ministère de la santé « Santé en chiffre 2007 »

Tableau 26 - Evolution des agrégats économiques nationaux entre 2002 et 2006

Indicateurs	Dates et valeurs				
	2002	2003	2004	2005	2006
PIB en termes courants (en milliards de DH)	446	477	500	523	575
Taux de croissance (en %)	3,3	6,1	5,2	2,4	8,0
PIB par tête en termes courants (en DH)	15.283	16.158	16.759	17.322	18.858
RNBD en termes courants (en milliards de DH)	472	506	535	565	623

Source : les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006

Concernant le produit national brut (PNB), il a augmenté entre 2005 et 2006 en passant au prix courants de 565 milliards de DH à 623 milliards de DH. Egalement le PNB par habitant estimé en 2005 à 18.697 DH est passé à 20.314 en 2006 [2].

Le budget global de la santé a connu une légère diminution entre 2005 et 2006, en passant de 6.218 millions de DH à 6.081 millions de DH, avec une diminution des dépenses du Ministère de la Santé par rapport au budget général de l'état, soit 5,12% en 2005 contre 4,93% en 2006 [2].

4.6.7. La pauvreté au Maroc

Selon le dernier classement du PNUD[30] (programme des nations unies pour le développement), le Maroc est classé 126ème en se basant sur les indicateurs du développement humain[18].

Selon les données du Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité, le taux de pauvreté relative demeure encore élevé dans notre pays, avoisinant 14,2 % en 2004 contre 15,3 % en 2000/2001 et 21 % en 1984/85, soit un nombre de pauvres qui est passé de 4,5 millions à 4,2 millions de personnes, entre 1984/1985 et 2004[19].

C'est dans le monde rural qu'on enregistre une forte incidence du niveau de pauvreté alors qu'en milieu urbain celle-ci reste relativement modérée. Dans les campagnes, le taux de pauvreté qui s'élevait à 22 % restait encore très élevé en 2004[19].

Il est à noter que le seuil de pauvreté[31] était estimé en 2004 à 3.613 DH en milieu urbain (contre 3.421 DH en 2000/2001), et à 3.271 DH en milieu rural (contre 3.098DH en 2000/2001)[19].

30 D'après le rapport du PNUD « Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé »

31 En termes de dépenses annuelles moyennes par personne

Tableau 27 - Evolution des indicateurs de la pauvreté entre 1984 et 2004 [2]

		1984/85	1998	2000/01	2004
(Seuil de pauvreté (en DH	Urbain	2.760	3.700	3.421	3.613
	Rural	2.604	2.921	3.098	3.271
(Population pauvre (en milliers	Ensemble	4.573	4.534	4.461	4.255
	Urbain	1.250	1.439	1.235	1.301
	Rural	3.324	3.095	3.225	2.954
(% Taux de pauvreté (en	Ensemble	21,0	16,2	15,3	14,2
	Urbain	13,3	9,5	7,6	7,9
	Rural	26,9	24,1	25,1	22,0

Source : les indicateurs sociaux du Maroc en 2006, HCP

D'après le rapport de la banque mondiale sur la pauvreté au Maroc[32], il y a de grandes différences dans le niveau de pauvreté entre les communes rurales certaines communes ont de grandes concentrations de pauvreté, d'autres n'en ont pas. Selon le même rapport au Maroc, le ciblage des programmes sociaux sur les zones rurales au niveau communal peut être une approche efficace pour atteindre les pauvres, tout en minimisant les fuites en faveur des ménages plus aisés, en particulier si ce ciblage est complété par d'autres critères pour identifier les pauvres dans les communes.

A l'opposé des régions rurales, le ciblage géographique (du moins au niveau communal) dans les zones urbaines est moins efficace pour cibler les zones où vivent des concentrations élevées de personnes démunies Il y a une diversité de niveaux de vie beaucoup plus grande dans les communes urbaines où il est possible que l'inégalité ne se vérifie réellement que dans certains quartiers ou bien au niveau des ménages [20].

En 2007, la population qui vit en situation de pauvreté était estimée à environ 15 %, dont deux tiers vivaient en milieu rural. 25% de plus de la population vit au seuil ou en dessous du seuil de pauvreté ceux qui vivent à 50 % au-dessus du seuil de pauvreté étant considérés comme « économiquement vulnérables » aux maladies et invalidités, aux intempéries, ou à la perte d'un emploi [21].

L'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) lancée en 2005 est une étape importante dans la lutte contre l'exclusion et un engagement de l'Etat pour mieux orienter ses interventions en direction des populations vulnérables pour combler les insuffisances constatées en matière d'accès aux services de base, corriger les inégalités et pouvoir ainsi améliorer l'indice du développement humain, en vue d'atteindre à l'horizon 2015, les objectifs du millénaire fixés pour notre pays [11].

32 Rapport sur la pauvreté Comprendre les dimensions géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques. La banque mondiale septembre 2004

S'inscrivant dans cette approche de développement, le HCP a orienté ses investigations vers la réalisation d'une carte géographiquement fine de la pauvreté et vers l'étude[33] des politiques de ciblage géographique, espérant par là, fournir un éclairage sur une distribution des ressources disponibles [22].

Les résultats obtenus à travers cette étude montrent que la réduction sensible de la pauvreté et l'économie des ressources publiques passent nécessairement par l'option pour un plan de ciblage optimal, conjugué à un ciblage subordonné à l'intérieur des localités pauvres [22].

En fait, quel que soit le niveau de désagrégation, le ciblage optimal contribue à lui seul à réduire sensiblement la pauvreté, en comparaison avec le transfert uniforme. L'impact de ce plan varie évidemment en fonction du budget et de l'équité de sa répartition spatiale, de la désagrégation géographique des indices de la pauvreté et du seuil de pauvreté [22].

Selon le rapport de l'enquête[34] qualitative sur la pauvreté au Maroc, les principales causes de la pauvreté sont : le manque d'opportunité de travail, l'instabilité du travail, la saisonnalité, la faiblesse et l'incertitude des revenus. Viennent aussi d'autres causes qui ne sont pas sans importance, l'analphabétisme, les chocs naturels, les chocs sociaux, l'enclavement, l'inexistence d'équipement de bases… [23].

Selon le même rapport, la pauvreté au Maroc devrait être considérée à deux niveaux : le niveau national où certaines régions bénéficient des programmes de développement social alors que d'autres non, et le niveau local caractérisé par le comportement passif du citoyen qui ne s'intéresse et ne s'interroge pas pour définir sa responsabilité dans cette question [23].

Deuxième partie* : *La perception socioculturelle du cancer au Maroc

Les cancers constituent une préoccupation de santé publique majeure. L'objectif de la deuxième partie de ce rapport est de faire le point sur les données disponibles concernant la perception socioculturelle du cancer au Maroc». A notre connaissance, trois études ont permis d'avoir des données sur cette perception.

La première a été réalisée par l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer en mars 2006 [24], et a permis de quantifier, au sein de l'ensemble de la population, les croyances et les opinions à l'égard du cancer, ainsi que les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette maladie. Il s'agissait notamment de mettre au jour les jugements de valeur que les individus construisent autour des questions touchant au cancer.

En effet, les opinions et les perceptions du public à l'égard du cancer sont susceptibles de constituer des leviers ou au contraire des freins à la prévention ou au repérage précoce de cette pathologie [24].

33 Ciblage géographique de la pauvreté pour une répartition performante des budgets de lutte contre la pauvreté, HCP mars 2008

34 BAKASS F. Rapport final de l'enquête qualitative, la pauvreté au Maroc perceptions, expériences et stratégies. Institut national de statistiques et de science appliqué; 2003.

L'étude a été réalisée sur un échantillon de 400 individus de différentes catégories d'âge et différentes classes socio-professionnelles [24]. Le recueil de l'information a été fait en deux phases complémentaires et successives :

- une phase qualitative par réunions de groupe et entretiens individuels approfondis,
- et une phase qualitative par questionnaire administré en face à face.

Selon les résultats de cette étude, le cancer demeure encore un mystère au sujet duquel la population marocaine dispose de peu d'informations, lesquelles dans la majorité des cas sont fausses [24]. Ainsi :

- La population marocaine distingue deux types de cancers, mâle (bénin) qui est curable et femelle (malin) incurable.
- Il y a une forte confusion des symptômes de la maladie avec les effets secondaires du traitement.
- Les cancers les plus connus sont le cancer du sein, de l'utérus, de la gorge, de la prostate et le cancer du poumon.
- Le cancer est une maladie que l'on refuse de nommer et qui est désigné souvent par d'autres termes, autre que le cancer.
- Le cancer est une maladie que l'on croit fortement mortelle (fin de la vie, maladie sans remède, fatale même après traitement…)
- Différentes causes sont attribuées au cancer par les participants :
  - Pour 65%, le cancer est dû à l'arrêt brusque de l'allaitement,
  - Pour 63%, le cancer est dû au manque d'hygiène,
  - Pour 59%, le cancer est causé par le bain durant la période de menstruation,
  - Chez 52%, il est dû au stress,
  - 45% pensent que le cancer est un microbe, alors que 43% pensent que c'est un virus, et pour 47% c'est un ver,

Tableau 28 – Répartition des participants selon leur perception des causes du cancer [24]

La cause	Pourcentage (%)
Arrêt brusque de l'allaitement	65
Manque d'hygiène	63
Un dérèglement au niveau des cellules	61
Le bain durant la période de menstruation	59
Le stress	52
Un ver	47

La cause	Pourcentage (%)
Un microbe	45
Un virus	43
Contagieuse par les relations sexuelles	29
Contagieuse par le contact	19
Importé par les touristes	13

- Les chances de guérison de la maladie du cancer sont estimées différemment par les participants. Parmi eux, 31% estiment que ces chances sont très faibles, 23% faibles, 38% moyennes et 67% des participants pensent que ces chances sont dépendantes des moyens financiers. En comparaison avec les pays développés, 77% des participants considèrent les chances de guérisons inférieures par rapport aux pays développés [24].

- Concernant la perception des moyens de traitement de la maladie, il y a une forte croyance à la médecine traditionnelle, surtout en milieu rural. Ainsi 51% adhérent à la médecine traditionnelle en milieu rural contre 17% en milieu urbain. Plus de la moitié des participants (53%) pensent que le cancer peut être traité par des préparations à base de miel et plantes, 51% par l'eau de Zem Zem, 33% par des piqûres d'abeilles, 14% par la visite des marabouts et 8% par le guérisseur [24].

- Le recours à la médecine traditionnelle ne signifie pas nécessairement une conviction de son efficacité, puisque 67% des participants considèrent que le coût élevé de la médecine moderne pousse les malades vers la médecine traditionnelle [24].

- Le cancer est une maladie que l'on doit cacher, puisque, 44% pensent qu'il ne faut pas divulguer l'information à l'entourage et qu'il faut la restreindre à la petite famille, en raison du comportement souvent répréhensible de l'entourage et du fait que le cancer est une punition divine (20% des réponses). Une certaine proportion des personnes interrogées considèrent que le cancer est une maladie contagieuse : 29% pensent qu'il faut isoler le malade, et 17% pensent qu'il y a un risque de contagion en mangeant avec le malade [24].

- Selon l'étude[35], le cancer est, dans la majorité des cas, diagnostiqué tardivement avec des stades bien avancés lors de la première consultation (1 an et demi en moyenne entre les premiers signes et la première consultation). Ceci résulte selon 82% des participants au manque de moyens financiers, souvent chez les catégories à faible niveau d'instruction et faible pouvoir d'achat et de l'absence de couverture médicale pour les individus plus sensibilisés et plus instruits. D'autres rapportent le dépistage tardif du cancer à l'insuffisance d'information du malade ; ainsi, 60% des participants attribuent ce retard à la méconnaissance des symptômes de la maladie même les plus révélateurs, et 52% à l'ignorance de l'intérêt du diagnostic précoce dans l'amélioration des chances de guérison [24].

35 Connaissance, perception et attitude à l'égard du cancer : étude quantitative et qualitative, ASLC 2006

- L'adhésion au traitement médical reste faible. Ceci tient pour 76% des participants au manque de moyens financiers, pour 61% à l'éloignement des centres de traitement et la non disponibilité des moyens de transport et d'ébergement dans les villes disposant de centre de traitement. Mais 58% de ces participants attribuent le non suivi de traitement médical à la forte croyance à l'incurabilité de la maladie [24].

- Il y a une faible confiance aux structures de soins, puisque pour tout le monde, elles demeurent insuffisantes, et il y a un manque d'humanité et une insuffisance de formation des médecins et du corps paramédical dans l'aspect relationnel, surtout dans le secteur public en comparaison avec le secteur privé ; dans ce dernier, les personnes interrogées estiment que l'on accorde davantage de temps aux malades pour leur fournir des explications concernant la maladie ou le traitement [24].

- L'analyse de l'attitude et des réactions des malades vis-à-vis du cancer fait distinguer deux profils qui se différencient surtout par le niveau d'instruction corrélé au niveau de vie [24],

  - Un profil combatif minoritaire qui caractérise les patients à niveau d'instruction élevé et qui ont une forte volonté de compréhension de la maladie et une forte adhésion au traitement.

  - Un profil résigné majoritaire représenté par les patients à condition modeste et à faible niveau d'instruction.

La deuxième étude[36] est celle faite à l'INO en 2005 sur les caractéristiques psychosociales des patients cancéreux marocains. L'analyse des résultats de cette étude montre que, les facteurs socio-économiques, culturels et religieux influent sur la maladie cancéreuse et conditionnent le traitement médical et le suivi. Ainsi, la pauvreté économique était constatée dans 85% des cas, celle-ci retentit négativement sur le suivi médical. L'analphabétisme agit de façon négative sur la relation médecin, malade et entourage et sur la prise en charge du malade, il était retrouvé dans 43 % des cas.

L'étude a été réalisée chez 1000 patients musulmans atteints de cancer, 48% des patients étaient musulmans pratiquants avant la maladie et 52% étaient croyants non pratiquants. Chez le deuxième groupe, 90 % des cas sont devenus pratiquants après la maladie et le cancer représente un châtiment divin avec un sentiment de culpabilité chez 50% des cas [25, 26].

Environ 67% des patients sont plus au moins conscients de leur maladie et de son pronostic. Parmi les 128 patients tabagiques, 98 patients ont arrêté le tabac après le diagnostic de la maladie[25].

Le recours à la médecine traditionnelle et populaire est présent chez 7% qui ont eu recours à cette pratique avant de consulter un médecin, et 19% des malades utilisent de façon concomitante la médecine scientifique et la médecine traditionnelle [25].

36 Errihani H, caractéristiques psychosociales des patients cancéreux marocains: étude de 1000 cas recruté à l'INO de

L'attitude et le comportement de la famille envers le malade change selon ses appréciations. Ainsi, dans 91,5 % des cas il y a un soutien et une assistance matérielle et morale de la part de la famille. Alors que le comportement dans le sens négatif n'est retrouvé que chez 8,5 % des cas. 32,7 % des familles croient, sans être sûres, que le cancer est une maladie contagieuse [25].

Selon une autre étude[37] faite également à l'INO en 2008 sur l'impact du cancer sur les croyances et les pratiques religieuses des patients musulmans atteint du cancer : chez les musulmans pratiquants, le cancer représente une punition divine, ce qui avait pour conséquence l'acceptation de la maladie et chez les non pratiquants, il y a un sentiment de culpabilité et 95% d'entre eux ont commencé des pratiques religieuses souvent avec excès et parfois même contre avis médical. Chez les deux groupes, parmi les nouveaux comportements qui ont été notés, 450 femmes ont commencé à porter le foulard « hijab » et 19% utilisent des thérapeutiques et des plantes qui sont recommandées par le coran [26].

5. Synthèse générale

Le constat qui se dégage de l'ensemble des résultats de cette recherche illustre bien les changements enregistrés par les différents paramètres démographiques et socioculturels au Maroc.

La population marocaine a profondément changé en un demi-siècle et a eu tendance à évoluer, avec un rythme de croissance très rapide, surtout avant les années 80. Puis, ce rythme s'est atténué pour atteindre un taux d'accroissement annuel de 1,4% entre 1994 et 2004, contre 2,6% entre 1960 et 1982.

La population marocaine compte aujourd'hui plus de citadins que de ruraux et un peu plus de femmes que d'hommes. Elle demeure encore jeune, même si la tranche d'âge des 60 ans et plus est en augmentation, celle des 15-59 ans reste prédominante et représente 62% de la population générale en 2006.

La démographie de la population marocaine est en pleine transition. Ainsi, l'amélioration des conditions socio-économiques et le développement de la médecine ont eu pour conséquence la maîtrise des maladies infectieuses, ce qui a entraîné une baisse de la mortalité. Ce phénomène, qui s'est accompagnée d'une baisse de la fécondité, a permis l'allongement de l'espérance de vie à la naissance avec un vieillissement progressif et rapide de la population.

Cet état de fait a entraîné la survie d'un nombre croissant de personnes, de plus en plus exposées au risque de maladies chroniques et dégénératives (avec une prédominance des cancers) prenant leurs origines dans les modifications des modèles de consommation, l'urbanisation, et la pollution de l'environnement. Cependant, il faut noter la persistance de certaines pathologies infectieuses (maladies sexuellement transmissibles, hépatites, SIDA en particulier) et le risque d'émergence de nouvelles pathologies infectieuses qualifiées de maladies de la « civilisation ».

Selon les perspectives du HCP et du CERED, la population marocaine continuera dans les années à venir à s'accroître, avec un rythme un peu moins rapide

37 Rabat. Rev francoph psycho-oncologie 2005 ; 2 : 80-85

qu'avant, mais avec un accroissement beaucoup plus rapide dans le milieu urbain que dans le milieu rural. On assistera également au vieillissement de la population avec augmentation de l'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus, aux dépens de la tranche d'âge de moins de 15ans.

Malgré les divers progrès et changements qui ont touché la société marocaine et qui se poursuivent encore, beaucoup de problèmes persistent aujourd'hui dans notre société. La pauvreté subsiste encore à des taux élevés au niveau national, avec une forte incidence en milieu rural. Elle a aussi tendance à se concentrer au niveau de l'espace périurbain et des zones enclavées, surtout avec l'accélération du phénomène d'urbanisation que connaît le Maroc depuis les années soixante. Cette urbanisation, difficilement contrôlée, se caractérise par l'extension des périmètres urbains avec la création de grands quartiers à la périphérie des villes existantes, entraînant des problèmes d'aménagement, d'habitat et d'environnement.

Le problème de l'emploi demeure aussi l'une des difficultés majeures à laquelle notre système économique reste confronté. Les créations d'emplois n'atteignent actuellement que les deux tiers des besoins. Quant à l'éducation, elle n'est pas encore à la portée de tous, et même si le taux d'analphabétisme a beaucoup diminué, il reste encore élevé chez les adultes, et laisse encore des écarts entre milieux urbain et rural, entre hommes et femmes, entre catégories sociales et entre régions économiques.

La population marocaine est une population qui n'est pas suffisamment informée en matière de cancer, qui est une maladie dont les connaissances sont encore brouillées, notamment celles concernant les causes, les symptômes, et les thérapeutiques disponibles. Rares sont ceux qui croient à la guérison du cancer, alors qu'il y a une forte croyance à la médecine traditionnelle de la part de la population marocaine.

L'insuffisance de l'information des malades, associée au manque de moyens financiers et l'absence de couverture sanitaire sont les principaux facteurs qui sont responsables du dépistage tardif du cancer.

Le cancer a des conséquences directes sur la vie quotidienne et sur l'environnement social des patients et de leurs familles. Ainsi, associé à d'autres facteurs d'ordre économique, culturel, social et religieux, ils influent selon les cas de façon positive ou négative sur l'état psychique du malade en conditionnant le traitement et le suivi.

6. Recommandations

Notre pays n'est pas encore parvenu à régler ses problèmes de « maladies des pays pauvres » alors qu'il doit faire face à une montée en puissance et en fréquence des « maladies des pays riches », en particulier du cancer, plus difficiles et plus chères à prendre en charge. Etant donné la croissance et le vieillissement continus de la population marocaine et l'impact financier de l'incidence du cancer et de sa mortalité, la lutte contre ce fléau s'impose chez nous comme une priorité en tenant compte des caractéristiques sociales, culturelles et économiques de la population marocaine.

Malgré les progrès notables qui ont déjà été accomplis en matière de décentralisation de la prise en charge des cas de cancer (chimiothérapie et chirurgie), par la création de centres régionaux d'oncologie, un programme national de lutte contre le cancer s'avère indispensable.

Les soins liés aux cancers sont lourds et coûteux pour les services de santé. La sensibilisation du public et des professionnels de la santé au dépistage précoce est une action stratégique essentielle. Cette dernière reposera sur une approche intégrée de promotion/prévention visant spécifiquement les personnes les plus exposées, notamment les sujets âgés.

Ainsi une stratégie adéquate, d'information, d'éducation et de communication doit :

- Mobiliser l'ensemble des programmes de santé autour d'un programme national,
- Assurer une mobilisation sociale durable des décideurs, partenaires et acteurs sociaux autour des principaux objectifs de la lutte contre le cancer,
- Plaider pour la santé auprès des autres secteurs et de la société civile,
- Encourager les médias à participer et à s'engager davantage dans des campagnes d'information et de sensibilisation du public.

La maladie cancéreuse entraîne, dès sa survenue, des répercussions importantes sur l'environnement social et familial du malade, surtout que dans le contexte marocain, d'autres facteurs d'ordres économique, culturel, social et religieux interviennent dans la prise en charge d'un patient cancéreux. Les études analysant les aspects et la perception socioculturelle du cancer au Maroc sont au nombre de deux, Ainsi, pour combattre ce fardeau, des études dans ce sens s'imposent, aussi bien au niveau régional que national.

Ainsi, selon le présent rapport le Maroc enregistre encore des taux élevé de pauvreté et puisque le cancer est une maladie très coûteuse une prise en charge matérielle des patients atteints du cancer est très souhaitable tout en ciblant les populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

Puisque l'information concernant le cancer reste très insuffisante dans notre pays, selon l'étude réalisée par l'ALSC, il s'avère indispensable d'organiser des compagnes adaptée aux spécificités socio-culturelles de la population qui peuvent avoir deux buts :

- Un but de sensibilisation d'éducation et d'information visant surtout les personnes les plus exposées (les sujets âgés) ;
- Un but de dépistage, surtout pour les cancers dont le diagnostic ne se base que sur un examen clinique bien fait ou sur un examen radiologique ou biologique simple (cancer du sein, de la prostate et du poumon…).

7. Conclusion

Notre pays est en phase de transition démographique, accompagnée des mutations économiques, sociales et culturelles, avec les conséquences qu'elle implique sur tous les plans. Seule une politique fondée sur une croissance économique soutenue, un développement des ressources humaines nécessaires pour un développement humain durable, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, permettront au Royaume de surmonter les défis de l'avenir.

8. Références bibliographiques

[1] Recensement général de la population et de l'habitat caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population. Haut commissariat au plan (HCP); 2004.

[2] Les indicateurs sociaux du Maroc 2006. Haut Commissariat au Plan (HCP); 2006.

[3] Rapport général «50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025»; 2004.

[4] Démographie Marocaine tendances passées et perspectives d'avenir. Rapport thématique. Centre d'étude et de recherche démographique (CERED); 2004.

[5] Démographie au Maroc évolution et situation. HCP.

[6] Rapport national sur la politique de population, personnes âgées au Maroc situation et perspectives. Centre d'étude et de recherche démographique (CERED); 2006.

[7] Santé au Maroc réalité et enjeux, santé vision 2020. Ministère de la santé. 2007.

[8] Projections de la population de 2004 à 2030. Haut Commissariat au Plan (HCP).

[9] Activité, emploi et chômage, Haut Commissariat au Plan (HCP),; 2007.

[10] Éducation, formation et opportunités d'emploi. Direction de la statistique. Ministère de la prévision économique et du plan; 2000.

[11] Plan d'action santé, 2008-2012 « réconcilier le citoyen avec son système de santé ». Ministère de la santé.

[12] Politique de Santé Acquis, défis et objectifs. Plan d'action 2005-2007. Ministère de la santé.

[13] Santé en chiffres 2007. Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF). Service des Etudes et de l'Information Sanitaire.

[14] Boutayeb A. Social Inequalities and Health Inequity in Morocco. International Journal for Equity in Health 2006;5(1).

[15] Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003 (ESRSSM). Direction de la Planification et des Ressources Financière (DPRF). Ministère de la santé. . octobre 2007.

[16] Répartition des niveaux de vie au Maroc. Direction de la statistique. Ministère de la prévision économique et du plan; 2002.

[17] Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2000/2001.

[18] Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008, La lutte contre le changement climatique un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. PNUD.

[19] Rapport de développement humain 2005, femmes et dynamique du développement. PNUD.

[20] Rapport sur la pauvreté Comprendre les dimensions géographiques de la pauvreté pour en améliorer l'appréhension à travers les politiques publiques. La banque mondiale septembre 2004.

[21] Se soustraire de la pauvreté au Maroc. Groupe pour la réduction de la pauvreté. La Banque mondiale; Juillet 2007.

[22] Ciblage géographique de la pauvreté pour une répartition performante des budgets de lutte contre la pauvreté, HCP mars 2008.

[23] BAKASS F. Rapport final de l'enquête qualitative, la pauvreté au Maroc perceptions, expériences et stratégies. Institut national de statistique et de science appliqué; 2003.

[24] Connaissance, perception et attitude à l'égard du cancer, étude quantitative et qualitative. Association Lalla Salma de lutte contre le cancer; 2006.

[25] Errihani.H, Abarrou.N, Ayemou.A, El Mesbahi.O, El Mazghi.A, Marzouki.A, et al. Caractéristiques psychosociales des patients cancéreux marocains: étude de 1000 cas recruté à l'INO de Rabat. Rev francoph psycho-oncologie 2005;2:80 - 5.

[26] Errihani.H, Mrabti.H, Boutayeb.S, El Ghissassi.I, El Mesbahi.O, Hammoudi.M, et al. Impact of cancer on Moslem patients in Morocco. psychooncology. Jan 2008;17(1):98 - 100.

[27] Recensement général de la population et de l'habitat de 2004, population légale du Maroc. HCP.

9. Glossaire

- *Taux d'urbanisation* c'est le rapport de la population urbaine à la population totale.
- *Espérance de vie à la naissance* c'est l'âge moyen que peut vivre un individu à sa naissance, dans les conditions de mortalité de la période étudiée.
- *L'espérance de vie en bonne santé (EVBS)* : c'est l'espérance de vie totale convertie en équivalent en années de vie en bonne santé, compte tenu des années vécues avec une incapacité due à des maladies ou à des traumatismes
- *Taux brut de mortalité* ce sont les décès survenus au cours d'une année donnée, rapportés à la population totale en milieu de période.
- *Taux de mortalité maternelle* c'est le nombre de femmes qui meurent des suites de la grossesse ou au cours des 42 jours qui suivent l'accouchement, à cause des complications de la grossesse ou de l'accouchement, pour 100.000 naissances vivantes.
- *Taux de morbidité* pourcentage des personnes ayant été malades ou blessées durant les 4 dernières semaines précédant la date de l'enquête.
- *Indice synthétique de fécondité* : C'est le nombre moyen d'enfants qui seraient nés-vivants d'une femme pendant sa vie, si elle vivait ses années de procréation en se conformant aux taux de fécondité par âge d'une année donnée.
- *Chômeurs* individus âgés de 15 ans et plus qui ne travaillent pas au moment de l'enquête et qui déclarent être à la recherche d'un emploi.
- *Population active* elle est composée de la population active occupée et des chômeurs.
- *Taux brut d'activité* c'est le rapport de la population active à la population totale.
- *Taux d'activité de la population âgée de 15 ans et plus* c'est le rapport de la population active de 15 ans et plus, à la population totale de 15 ans et plus.
- *Taux d'emploi ou d'occupation professionnelle (15 ans et plus)* c'est le rapport de la population active occupée, à la population totale.
- *Taux de chômage* c'est le rapport de la population active en chômage, à la population active âgée de 15 ans et plus.
- *Taux d'alphabétisation* c'est le pourcentage des personnes âgées de 10 ans et plus, qui peuvent, en le comprenant, lire et écrire un texte, en une langue ou plus.

- *Population scolarisée* c'est l'ensemble des élèves ou étudiants inscrits dans un cycle d'enseignement fondamental, secondaire, supérieur ou de formation professionnelle.

- *Taux net de scolarisation* rapport entre l'effectif des élèves inscrits à un cycle d'enseignement, qui appartiennent au groupe d'âge correspondant à ce niveau d'enseignement et le nombre total d'enfants appartenant à ce même groupe d'âge.

- *Accès à l'assainissement liquide* pourcentage de la population ayant accès aux moyens sanitaires d'évacuation des eaux usées et des déchets.

- *Ménages disposant de l'électricité* part des ménages dont le logement est raccordé au réseau d'électricité.

- *Taux d'équipement des ménages* part des ménages possédant le bien en question dans l'ensemble des ménages.

- *Produit intérieur brut* le produit intérieur brut (PIB) est l'agrégat qui représente la richesse créée au cours de l'année, autrement dit, il mesure l'apport de l'activité de production à l'économie nationale. Le PIB est la somme des valeurs ajoutées générées par les différents agents économiques et des droits et taxes à l'importation. Ainsi, l'évolution en volume du PIB mesure le niveau de la croissance de l'économie nationale.

- *Revenu national brut disponible* le PIB ne correspond pas au total du revenu, il faut tenir compte du fait qu'une partie va être versée ou reçue de l'extérieur sous forme de revenus (salaires et revenus de la propriété et de l'entreprise) et de transferts courants. La correction du PIB de ces flux aboutit au revenu national brut disponible (RNBD). Celui-ci constitue, par conséquent, le revenu global de la nation, obtenu par la somme du PIB et des revenus nets reçus de l'extérieur. Le RNBD est affecté à la consommation finale nationale et à l'épargne nationale.

- *Consommation finale des ménages* la consommation finale des ménages, au sens de la comptabilité nationale, représente la valeur des biens et services utilisés pour la satisfaction des besoins des ménages. Elle comprend la valeur d'acquisition des biens et des services et de l'autoconsommation (produits agricoles, services de logements habités par leurs propriétaires,...).

- *Seuil de pauvreté* il est défini par le coût du panier des biens alimentaires qui garantit le niveau d'énergie nutritive de 2.000 Kilocalories, par personne et par jour, majoré de la dépense non alimentaire de ceux qui atteignent effectivement le seuil de pauvreté alimentaire. Ce seuil est établi en termes de dépenses annuelles moyennes par personne.

- *Taux de pauvreté* il est défini comme étant le pourcentage de la population vivant au-dessous des deux seuils de pauvreté urbain et rural.

10.Annexes

Tableau 29 - Population légale des régions du royaume du Maroc d'après les résultats du RGPH de 2004 [27]

Code géo	Régions	Ensemble	Urbain	Rural
01	OUED ED-DAHAB LAGOUIRA	99.367	61.830	37.537
02	LAAYOUNE-BOUJDOUR SAKIA EL HAMRA	256.152	236.378	19.774
03	GUELMIM-ES-SEMARA	462.410	286.784	175626
04	SOUSS MASSA-DRAA	3.113.653	1.270.961	1842692
05	GHARB CHRARDA BENI-HSEN	1.859.540	780.971	1078569
06	CHAOUIA-OUARDIGHA	1.655.660	724.001	931659
07	MARRAKECH-TENSIFT AL HAOUZ	3.102.652	1.216.713	1885939
08	ORIENTAL	1.918.094	1.183.355	734739
09	GRAND CASABLANCA	3.631.061	3.325.539	305522
10	RABAT-SALA-ZEMMOUR-ZAER	2.366.494	1.919.322	447172
11	DOUKKALA-ABDA	1.984.039	713.996	1270043
12	TADLA-AZILAL	1.450.519	529.029	921490
13	MEKNES-TAFILALET	2.141.527	1.202.487	939040
14	FES-BOULEMANE	1.573.055	1.133.684	439371
15	TAZA-AL HOCEIMA-TAOUNATE	1.807.113	436.663	1370450
16	TANGER-TETOUAN	2.470.372	1.441.921	1028451
	TOTAL MAROC	29.891.708	16.463.634	13428074

Source : RGPH de 2004

Tableau 30 - Population légale des préfectures et provinces du royaume du Maroc d'après les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2004 [27]

Code géo	Province ou préfecture	Ensemble	Urbain	Rural
01.066	AOUSSERED	20.513	3.726	16.787
01.391	OUED ED-QAHA	78.854	58.104	20.750
02.121	BOUJDOUR	46.129	36.843	9.286
02.321	LAAYOUN	210.023	199.535	10.488
03.071	ASSA ZAG	43.535	25.558	17.977
03.221	ES SEMARA	60.426	40.347	20.079

Code géo	Province ou préfecture	Ensemble	Urbain	Rural
03.261	GUELMIM	166.685	114.714	51.971
03.521	TAN TAN	70.146	67.105	3.041
03.551	TATA	121.618	39.060	82.558
04.001	AGADIR IDA OU TANAN	487.954	384.987	102.967
04.163	CHTOUKA AIT BAHA	297.245	39.694	257.551
04.273	INEZGANE AIT MELLOUL	419.614	385.612	34.002
04.401	OUARZAZAT	499.980	148.537	351.443
04.541	TAROUDANNT	780.661	186.471	594.190
04.581	TIZNIT	344.831	82.858	261.973
04.587	ZAGORA	283.368	42.802	240.566
05.281	KENITRA	1.167.301	572.700	594.601
05.481	SIDI KACEM	692.239	208.271	483.968
06.111	BENSLIMAN	199.612	73.506	126.106
06.311	KHOURIBGA	499.144	326.674	172.470
06.461	SETTAT	956.904	323.821	633.083
07.041	ALHAOUZ	484.312	52.193	432.119
07.161	CHICHAOUA	339.818	43.862	295.956
07.191	EL KELAA DES SRAGHNA	754.705	181.517	573.188
07.211	ESSAOUIRA	452.979	95.566	357.413
07.351	MARRAKECH	1.070.838	843.575	227.263
08.113	BERKAN	270.328	156.145	114.183
08.251	FIGUIG	129.430	63.159	66.271
08.275	JERADA	105.840	64.810	41.030
08.381	NADOR	728.634	369.102	359.532
08.411	OUJDA ANGAD	477.100	410.808	66.292
08.533	TAOURIRT	206.762	119.331	87.431
09.141	CASABLANCA	2.949.805	2.949.805	-
09.355	MEDIOUNA	122.851	73.683	49.168
09.371	MOHAMMEDIA	322.286	241.962	80.324
09.385	NOUACEUR	236.119	60.089	176.030

Code géo	Province ou préfecture	Ensemble	Urbain	Rural
10.291	KHEMISSET	521.815	219.018	302.797
10.421	RABAT	627.932	627.932	-
10.441	SALE	823.485	769.500	53.985
10.501	SKHIRATE-TEMARA	393.262	302.872	90.390
11.181	ELJADIDA	1.103.032	298.673	804.359
11.431	SAFI	881.007	415.323	465.684
12.081	AZILAL	504.501	81.699	422.802
12.091	BENI MELLAL	946.018	447.330	498.688
13.061	MEKNES	713.609	570.991	142.618
13.171	ELHAJEB	216.388	92.344	124.044
13.201	ERRACHIDIA	556.612	195.440	361.172
13.271	IFRANE	143.380	73.782	69.598

Tableau 31 - Population légale des préfectures et provinces du royaume du Maroc d'après les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2004 (suite) [27]

13.301	KHENIFRA	511.538	269.930	241.608
14.131	BOULMANE	185.110	53.810	131.300
14.231	FES	977.946	955.188	22.758
14.451	SEFROU	259.577	121.533	138.044
14.591	MOULAY YACOUB	150.422	3.153	147.269
15.051	AL HOCEIMA	395.644	118.463	277.181
15.531	TAOUNATE	668.232	67.942	600.290
15.561	TAZA	743.237	250.258	492.979
16.151	CHEFCHAOUEN	524.602	54.762	469.840
16.227	FAHS ANJRA	97.295	-	97.295
16.331	LARACHE	472.386	219.577	252.809
16.511	TANGER ASSILAH	762.583	703.614	58.969
16.571	TETOUAN	613.506	463.968	149.538
	TOTAL	29.891.708	16.463.634	13.428.074

Source : RGPH de 2004

Tableau 32 - Population selon le groupe quinquennal d'âges et le sexe en 2004 [1, 2]

Groupe d'âge	2004			2006		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
04 - 00	631 .488 1	1.435.833	2.924.464	1.474	1.414	2.888
09 - 05	440. 552 1	1.502.718	3.055.158	1.519	1.466	2.986
14 - 10	632 .666 1	1.614.368	3.281.000	1.634	1.576	3.210
19 - 15	900. 564 1	1.583.690	3.148.590	1.609	1.597	3.206
24 - 20	174. 426 1	1.521.526	2.947.700	1.493	1.547	3.040
29 - 25	111. 190 1	1.292.162	2.482.273	1.291	1.373	2.664
34 - 30	069 .054 1	1.149.302	2.203.371	1.106	1.194	2.300
39 - 35	897.812	993.739	1.891.551	951	1.039	1.990
44 - 40	083 .892	968.391	1.860.474	909	985	1.894
49 - 45	758.044	731.635	1.489.679	826	826	1.652
54 - 50	627.433	599.755	1.227.188	687	649	1.336
59 - 55	370.969	388.594	759.563	454	453	907
64 - 60	340.722	400.169	740.891	334	385	719
69 - 65	261.046	274.018	8.535.064	281	318	599
74 - 70	236.107	267.260	503.367	231	250	481
+ et 75	294.664	301.637	596.301	304	331	635
ND	18.825	14.610	33.435	-	-	-
Total	14.640.662	15.039.407	29.680.069	15.103	15.403	30.506

Source : les indicateurs sociaux du Maroc, HCP 2006 et RGPH 2004

Tableau 33 - Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 2004 à 2030 (Ensemble et milieu urbain) [8]

Année	Les deux milieux			Milieu urbain		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
2004	70,6	73,0	71,7	73,2	77,1	75,1
2005	70,8	73,2	72,0	73,4	77,3	75,3
2006	71,0	73,5	72,2	73,5	77,5	75,5
2007	71,2	73,7	72,4	73,7	77,7	75,6
2008	71,4	73,9	72,6	73,8	77,9	75,8
2009	71,6	74,2	72,8	74,0	78,1	76,0
2010	71,8	74,4	73,1	74,2	78,3	76,2
2011	72,0	74,7	73,3	74,3	78,4	76,3
2012	72,2	74,9	73,5	74,5	78,6	76,5
2013	72,4	75,1	73,7	74,6	78,7	76,6
2014	72,6	75,4	73,9	74,8	78,9	76,8
2015	72,7	75,6	74,1	75,0	79,1	77,0
2016	72,9	75,8	74,3	75,1	79,2	77,1
2017	73,1	76,0	74,5	75,3	79,4	77,3
2018	73,2	76,2	74,7	75,4	79,5	77,4
2019	73,4	76,4	74,8	75,6	79,7	77,6
2020	73,5	76,6	75,0	75,7	79,9	77,7
2021	73,7	76,8	75,2	75,8	80,0	77,9
2022	73,9	77,0	75,4	75,9	80,2	78,0
2023	74,0	77,2	75,6	76,0	80,3	78,1
2024	74,2	77,4	75,7	76,1	80,5	78,2
2025	74,3	77,6	75,9	76,2	80,6	78,3
2026	74,5	77,8	76,1	76,3	80,7	78,4
2027	74,7	78,0	76,3	76,4	80,8	78,5
2028	74,8	78,2	76,4	76,5	80,9	78,6
2029	75,0	78,4	76,6	76,6	81,0	78,7
2030	75,1	78,5	76,8	76,7	81,1	78,8

Source : projection de la population 2004 - 2030 HCP.

صندوق
CAISSE
استقبال
ACCUEIL
صندوق
CAISSE

Etude des besoins des personnes exposées, des patients, de leurs familles et du personnel soignant

Volume 5 : Démographie, perceptions et besoins

sommaire

Etude des besoins des personnes exposées, des patients, de leurs familles et du personnel soignant

RESUME EXECUTIF **72**

Etude des besoins des personnes exposées, des patients, de leurs familles et du personnel soignant **74**

Objectifs **75**

2. Matériels et Méthodes **76**

2.1. Les types d'étude **76**

2.2. Les sujets exposés **76**

2.2.1. Type d'étude 76

2.2.2. Les sujets interviewés 76

2.2.3. Recueil des données 76

2.2.4. Analyse des données 77

2.3. Les patients **77**

2.3.1. Type d'étude 77

2.3.2. Sujets interviewés et population d'étude 77

2.3.3. Recueil des données 78

2.3.4. Analyse des données 79

2.4. Les familles **79**

2.4.1. Type d'étude 79

2.4.2. Sujets interviewés et population d'étude 79

2.4.3. Recueil des données 79

2.4.4. Analyse des données 80

2.5. Le personnel soignant **80**

2.5.1. Type d'étude 80

2.5.2 Sujets interviewés et groupe de discussion 80

2.5.3. Recueil des données 81

2.5.4. Analyse des données 81

3. Résultats **82**

3.1. Les sujets exposés **82**

3.2. Les patients **83**

3.2.1. Résultats de l'étude qualitative 83

3.2.2. Résultats de l'étude quantitative 93

3.3 Les familles **98**

3.3.1 Résultats de l'étude qualitative 98

3.3.2. Résultats de l'étude quantitative 106

3.4. Personnel soignant **110**

3.4.1. Centre d'oncologie de Rabat 110

3.4.2. Centre d'oncologie d'Agadir 114

4.Annexes **117**

NEQ (Need evaluation questionnaire) **117**

Etude des besoins des patients (Fiche de recueil) **118**

Etude des besoins des familles (Fiche de recueil) **120**

5. Références **121**

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude 94

Tableau 2. Fréquence des réponses positives aux différents items du questionnaire 96

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude 106

Tableau 4. Fréquence des réponses positives et pourcentage des besoins satisfaits pour chaque item 108

RESUME EXECUTIF

L'objectif de cette étude était de décrire les besoins des personnes exposées aux principaux facteurs de risque, des patients atteints de cancer, de leurs familles et du personnel de santé exerçant dans les centres d'oncologie au Maroc.

Afin d'identifier ces besoins, quatre études qualitatives ont été réalisées pour les quatre groupes étudiés. Elles étaient ensuite complétées par deux études quantitatives chez les patients et les familles. Les études qualitatives ont consisté en la réalisation d'entretiens individuels chez des groupes d'exposés et le personnel de santé et des discussions de groupe avec les patients et leurs familles. Les deux études quantitatives se sont appuyées sur des enquêtes par des questionnaires reconnus à l'échelle internationale (family inventory of needs et need evaluation questionnaire).

Toutes les études ont été réalisées au niveau des centres d'oncologie de Rabat, Casablanca et Agadir.

Les résultats de ces études ont permis de mettre en évidence les principaux besoins de chacun des groupes de personnes exposées, patients, familles et personnel soignant.

Le besoin qui ressort le plus chez les exposés est celui de l'information et de la sensibilisation vis-à-vis de leur propre comportement et des autres facteurs de risques du cancer : A l'exception des fumeurs et des consommateurs d'alcool, 79 % des sujets exposés dans leur profession, les sujets obèses et ceux atteints d'hépatite B ou C n'avaient aucune conscience de leur exposition. Les fumeurs et les alcooliques ont exprimé le besoin d'un accompagnement en vue d'un sevrage médicalisé ou non et ont manifesté un besoin de pratiquer du sport.

Les patients et familles ont insisté particulièrement sur le besoin en moyens financiers, en soulignant les prix inaccessibles des traitements et le problème de logement et de transport, ainsi que sur le problème du retard des rendez-vous. Ils ont également exprimé un besoin d'information et se sont plaints de la qualité de l'accueil et de l'insuffisance de communication et d'écoute du personnel. Il faut noter que la plupart des patients et leur famille ont particulièrement apprécié le fait de leur poser des questions différentes par rapport à celles qui leur sont posées habituellement par le staff médical et paramédical.

Cette étude a aussi permis de mettre en évidence le besoin du personnel soignant ainsi que certains dysfonctionnement au niveau des établissements. L'insuffisance en ressources humaines et le manque de moyens techniques et d'espace pour le travail étaient les besoins qui étaient avancés en premier. D'autres besoins ont été rapportés concernant le besoin de formation continue, de plus de valorisation et d'une meilleure organisation. La motivation matérielle et sociale ressortait clairement.

La satisfaction immédiate de nombreux besoins exprimés parait largement à la portée de notre système tel que le besoin d'information, de formation continue et d'une organisation plus adaptée aux difficultés quotidiennes.

D'autres besoins nécessiteraient plus d'effort pour être réalisés à long terme, comme l'accessibilité financière aux soins, le recrutement de plus de personnel et l'acquisition du matériel médico-technique nécessaire.

L'extension de la couverture sociale à la majorité de la population permettra de régler le problème de l'inaccessibilité aux traitements. La formation des prestataires de services de santé en psychologie garantirait une meilleure relation patient-personnel soignant. Dans le cadre de la mise à niveau des centres hospitaliers, la rénovation des services est en cours au niveau des centres d'oncologie de Rabat et Casablanca, et devrait résoudre le problème des espaces de travail. Une bonne prise en charge nécessiterait un bon équipement en matériel médico-technique de ces services. La création d'autres centres de prise en charge de la maladie cancéreuse à d'autres régions comme Marrakech et Tanger augmenterait la capacité totale des hospitalisations et par conséquent résoudrait le problème des retards des rendez-vous.

Dans la perspective de l'assurance qualité, des études d'évaluation des besoins et de mesure de satisfaction doivent être mises en oeuvre régulièrement pour améliorer la qualité de la prise en charge et garantir de meilleures conditions pour les malades et leurs familles.

Etude des besoins des personnes exposées, des patients,de leurs familles et du personnel soignant

1. Introduction

Chaque type de cancer a probablement des facteurs déclenchants, de prolifération et de progression différents, cependant, l'histoire naturelle du cancer peut être schématisée en général par des étapes initiales, un développement local et un processus métastatique. La prévention de l'initiation et de la promotion se base sur la protection vis-à-vis des agents carcinogènes (tabac, alcool, virus, produits chimiques…). La prévention de la progression relève des mêmes mécanismes de protection, mais aussi d'une politique de dépistage des tumeurs à leur stade initial quand cela est possible. Une fois la progression enclenchée, on peut lutter contre le cancer par une bonne prise en charge thérapeutique. Le succès des programmes de prévention, de dépistage et de la prise en charge nécessite une bonne connaissance des besoins des personnes exposées, des patients atteints de cancer, de leurs familles et du personnel soignant.

L'efficacité des traitements anti-cancéreux décroît au fur et à mesure de la progression de la maladie et les cancers généralisés sont peu accessibles à un traitement curatif. La lutte contre le cancer se base principalement sur la prévention et notamment l'éviction ou la lutte contre les expositions majeures à savoir le tabagisme, l'alcool, les infections virales…Selon le modèle PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/ environmental Diagnosis and Evaluation) [1], une partie importante de l'état de santé est liée au comportement des individus. Des éléments d'éducation ainsi que la réglementation sont susceptibles de promouvoir l'adoption de comportement favorable à la santé. L'élaboration de ces programmes de promotion nécessite une meilleure connaissance des besoins des individus potentiellement exposés.

Par ailleurs, si le traitement de la maladie cancéreuse permet de sauvegarder et de prolonger la vie d'un certain nombre de patients, il entraîne des répercussions sur le profil émotionnel et mental des patients et cause des problèmes de santé qui ne sont pas systématiquement pris en charge. Les soins anticancéreux visant uniquement le contrôle des tumeurs sans prendre en considération le bien-être général des patients peuvent augmenter la souffrance des patients et compromettre le suivi du traitement. La prise en charge globale des malades cancéreux, intégrant qualité des traitements entrepris et limitation du retentissement personnel, familial, social et professionnel de la maladie constitue désormais l'objectif des soins en cancérologie [2, 3].

Même s'il est évident que les professionnels de santé doivent considérer les besoins physiques et psychiques des patients, l'évaluation de ces besoins n'est pas systématique et le personnel soignant, dans un certains nombre de cas, ne comprend pas avec précision ce que les patients essayent d'exprimer. Les résultats montrent que certains patients et leurs familles sont insatisfaits des soins reçus et pensent ne pas avoir bénéficié de ce dont ils ont besoin, ceci peut être dû, en partie à une évaluation inadéquate de ces besoins [4]. La capacité des professionnels de santé à susciter des informations pertinentes ainsi que la capacité des patients à exprimer leurs inquiétudes et leur anxiété, varient largement [5]. L'évaluation des besoins des patients, particulièrement ceux qui sont hospitalisés, permet d'identifier les domaines de soins qui nécessitent d'être améliorés.

Les répercussions psychiques, sociales et financières n'affectent pas que les patients atteints du cancer, mais également leurs familles et leurs proches. Ces répercussions sont dues aux exigences physiques des soins, au stress émotionnel, à la peur, à l'incertitude et à la modification du mode de vie [6]. Des études ont montré également que les familles des patients cancéreux, se plaignent d'un manque d'information [7]. Ces familles sont souvent considérées comme censées fournir un appui plutôt que d'en attendre [8]. Les besoins cognitifs et émotionnels des familles des patients cancéreux ont été rapporté dans plusieurs études [9-11], la satisfaction de ces besoins est essentielle pour permettre aux familles d'apporter leur support aux patients.

Pour comprendre les besoins des patients et de leurs familles, plusieurs questionnaires ont été développés pour évaluer les besoins physiques, psychiques et sociaux [4, 6].

Par ailleurs, aux besoins psychiques pourraient s'ajouter des besoins économiques liés au problème de logement des patients et de leurs familles, lors des déplacements vers les centres de prise en charge, ainsi que les problèmes administratifs liés à l'orientation des patients et à la prise des rendez-vous. Dans certains centres, des maisons d'accueil ont été mises en place pour prendre en charge les malades et leurs accompagnants qui viennent de loin et qui doivent rester sur place dans l'attente d'un dépistage, d'un diagnostic et/ou d'un traitement, en particulier la chimiothérapie et la radiothérapie. C'est le cas des maisons de vie à Casablanca et Agadir et la maison de l'avenir à Rabat qui assure le logement aux parents des enfants cancéreux.

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'identifier et de décrire

- Les besoins des personnes exposées aux facteurs de risque connus du cancer
- Les besoins des patients cancéreux marocains et de leurs familles.
- Les besoins du personnel soignant

2. Matériels et Méthodes

2.1. Les types d'étude

Six études distinctes ont été conduites afin d'identifier les besoins des sujets exposés, des patients, de leurs familles et du personnel soignant. Les études suivantes ont été réalisées :

Besoins des sujets exposés : étude qualitative par entretien individuel

Besoins des patients : étude qualitative type groupe de discussion, complétée par une étude quantitative

Besoins des familles étude qualitative type groupe de discussion, complétée par une étude quantitative

Besoins du personnel soignant : étude qualitative par entretien individuel

2.2. Les sujets exposés

2.2.1. Type d'étude

L'étude des besoins des exposés aux facteurs de risque du cancer repose sur une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels.

2.2.2. Les sujets interviewés

Les entretiens étaient réalisés chez des personnes identifiées comme exposées à l'un des principaux facteurs de risque du cancer. Pour chaque exposition, une dizaine de personnes ont été interrogées. Les expositions étudiées étaient celles citées ci-dessous :

- Tabagisme
- Consommation d'alcool
- Obésité
- Infection par le VHC ou VHB
- Exposition professionnelle (menuisier, tôlier)

2.2.3. Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Les questions concernaient la connaissance des facteurs de risque du cancer, la perception des individus de leur statut vis-à-vis de l'exposition et de leurs besoins (informations sur les facteurs de risque et la prévention, matériel de prévention…)

Les entretiens étaient anonymes et étaient réalisés par un enquêteur bien formé pour l'étude.

Les données qualitatives ont été ensuite retranscrites, traduites, puis saisies sous la format informatique.

2.2.4. Analyse des données

Nous avons réalisé une analyse thématique pour nous éclairer sur l'ensemble des besoins des exposés. Au cours de cette analyse thématique, nous avons utilisé des méthodes relevant de l'analyse du contenu.

La connaissance des facteurs de risque liés aux cancers ainsi que la perception de l'exposition des sujets interviewés ont été rapportées.

2.3. Les patients

2.3.1. Type d'étude

L'étude des besoins des patients était réalisée en deux parties. La première est qualitative, sous forme de groupe de discussion. Devenue populaire durant les années 1970 et 1980, la technique des focus groups sert à explorer une problématique spécifique à travers les opinions et les expériences d'un nombre restreint d'individus. Elle va dans le sens d'une activité collective et sert donc notamment à expliciter l'interaction et la confrontation des idées (silence, points chauds, réactions face aux opinions des autres…) qui ont lieu au cœur de la discussion.

La deuxième partie est quantitative de type enquête transversale, réalisée pendant une semaine chez les patients hospitalisés dans des services d'oncologie.

2.3.2. Sujets interviewés et population d'étude

- **Groupe de discussion**

Trois groupes de discussion ont été organisés dans les villes de Rabat, Casablanca et Agadir. Les groupes ont été constitués de 10 à 12 patients. Il s'agit de patients hospitalisés, vus en consultation, se présentant pour prise de rendez-vous ou pour une cure de chimiothérapie ou de radiothérapie. Les groupes comportaient des patients des deux sexes.

- **Enquête transversale**

Les patients ont été recrutés au niveau des services d'oncologie médicale des principaux centres de prise en charge du cancer : L'Institut National d'Oncologie de Rabat, l'Hôpital Ibn Rochd de Casablanca et le centre d'oncologie de la ville d'Agadir ainsi que dans les maisons de vie de Casablanca et Agadir.

Tous les patients adultes (âgés de plus de 18 ans) hospitalisés dans les services au cours de la semaine de l'étude, ayant été admis à l'hôpital depuis au moins 24 heures et ayant la capacité de répondre au questionnaire, ont été invités à participer à l'étude. Les participant au niveau du centre d'oncologie d'Agadir n'étaient pas hospitalisés durant au moins 24 h, car ce centre a une activité d'hôpital de jour sans hospitalisation.

Un consentement oral a été demandé.

2.3.3. Recueil des données

- **Groupe de discussion**

Des discussions libres ont été réalisées. Elles ont été animées par un médecin formé pour l'étude. Deux enquêteurs se sont chargés de prendre des notes pour assurer l'exhaustivité.

La durée des discussions était en moyenne d'une heure et demie.

Les données qualitatives ont été ensuite retranscrites, traduites, puis saisies sous la format informatique.

- **Enquête transversale**

Les données suivantes ont été recueillies :

- Données sociodémographiques
  - Âge,
  - Sexe,
  - Origine du patient
  - Niveau d'étude
  - Activité professionnelle
  - Statut matrimonial
- Données cliniques
  - Localisation de la tumeur primitive,
  - Nombre d'hospitalisations précédentes,
  - Durée de la dernière hospitalisation
- Circonstance de la prise du rendez-vous

Le questionnaire NEQ (Needs Evaluation Questionnaire) [12] a été administré aux patients pour évaluer leurs besoins. Il s'agit d'un questionnaire standardisé, comportant 23 items, développé en Italie par l'INT (instituto Nazionale Tumori). Il s'intéresse aux différents types de besoins : informations concernant le diagnostic et le pronostic (item 1 et 2), informations concernant les examens et le traitement (item 3 et 4), communication (item 5 - 8) et relation (item 20-22) ainsi que 12 items indépendants concernant l'assistance et traitement, la structure, l'aspect financier et le support. Ce questionnaire a été considéré comme adapté pour l'étude des besoins des patients par différentes études [13-15]

Le questionnaire NEQ a été traduit et révisé par un comité d'experts comportant un méthodologue, un sociologue et un oncologue. Les données ont été recueillies par des enquêteurs bien formés.

2.3.4. Analyse des données

- **Groupe de discussion**

Une analyse thématique a été réalisée pour nous éclairer sur l'ensemble des besoins des patients. Au cours de cette analyse thématique, nous avons utilisé des méthodes relevant de l'analyse du contenu.

Certaines expressions émanant des patients ont été mises en évidence.

- **Enquête transversale**

Les données démographiques et cliniques ont été décrites par la moyenne, l'écart-type, l'effectif et le pourcentage.

La fréquence des besoins a été estimée par le pourcentage de réponses positives aux différents items.

2.4. Les familles

2.4.1. Type d'étude

L'étude des besoins des familles était réalisée en deux parties. La première qualitative sous forme de groupe de discussion. La deuxième quantitative type enquête transversale, réalisée pendant une semaine chez les familles des patients hospitalisés dans des services d'oncologie.

2.4.2. Sujets interviewés et population d'étude

- **Groupe de discussion**

Trois groupes de discussion ont été réalisés dans les villes de Rabat, Casablanca et Agadir. Des membres des familles rendant visite aux patients hospitalisés ou accompagnant le malade pour prendre un rendez-vous ou pour une cure thérapeutique, ont été invités à participer aux groupes de discussion. Chaque groupe comportait 10 personnes.

- **Enquête transversale**

Le membre de la famille le plus proche parmi les visiteurs du malade la semaine de l'enquête, ayant accepté de participer, a été inclus dans l'étude.

2.4.3. Recueil des données

- **Groupe de discussion**

Des discussions libres ont été réalisées. Elles ont été animées par un médecin formé pour l'étude. Deux autres enquêteurs se sont chargés de la prise de notes qui devait être aussi exhaustive que possible.

La durée des discussions était en moyenne d'une heure et demie.

Les données qualitatives ont été ensuite retranscrites, traduites, puis saisies sous la format informatique.

- **Enquête transversale**

Des données démographiques et cliniques ont été recueillies :

- Age et sexe du sujet interrogé,
- Age et sexe du patient,
- Lien de parenté,
- Lieu de résidence du patient
- Localisation de la tumeur primitive
- Données sur le logement au moment de l'hospitalisation

La version traduite du questionnaire FIN (family inventory of needs) [16] a été administrée chez les familles incluses dans l'étude. Ce questionnaire permet de quantifier deux concepts, l'importance des besoins des familles ainsi que la satisfaction des attentes.

2.4.4. Analyse des données

- **Groupe de discussion**

Une analyse thématique a été réalisée sur les données qualitatives. Au cours de cette analyse thématique, nous avons utilisé des méthodes relevant de l'analyse du contenu.

Certaines expressions émanant des familles de patients ont été mises en évidence.

- **Enquête transversale**

Une analyse descriptive de la population d'étude a été réalisée.

L'importance des besoins a été recodée en oui ou non et la fréquence des réponses positives a été rapportée, ainsi que le pourcentage des besoins satisfaits.

2.5. Le personnel soignant

2.5.1. Type d'étude

Une étude qualitative de type entretiens individuels a été réalisée à Rabat. L'entretien était semi- directif. Une discussion de groupe était réalisée à Agadir.

2.5.2 Sujets interviewés et groupe de discussion

Les entretiens étaient réalisés chez le personnel médical, paramédical et administratif du centre d'oncologie de Rabat. Au total, 23 personnes toutes spécialités confondues ont été interrogées à Rabat et 15 ont participé au groupe de discussion à Agadir :

- quatre médecins anatomopathologistes
- deux médecins radiothérapeutes
- un professeur de radiothérapie
- deux médecins chimiothérapeutes
- deux radiologues
- un technicien d'anatomo-pathologie
- quatre infirmiers chefs (chirurgie, radiologie, bloc opératoire, consultations externes)
- trois infirmiers
- deux agents de service
- deux personnels d'administration

Au niveau du centre d'Agadir le groupe de discussion était composé de

- cinq médecins radiothérapeutes
- un hématologue
- un médecin spécialiste de la médecine nucléaire
- un médecin pharmacologue
- un pharmacien
- directeur (médecin de santé publique)
- cinq infirmiers

2.5.3. Recueil des données

A Rabat, les entretiens étaient réalisés par un médecin formé pour l'étude.

Le guide d'entretien était constitué à partir d'entretiens individuels avec des personnes impliquées dans la prise en charge des cancers. Ce guide comportait des items relatifs à la formation, au matériel et au personnel.

Au niveau du centre d'oncologie d'Agadir, la discussion était animée par un médecin épidémiologiste. L'objectif de la réunion « identifier les besoins du personnel soignant » était annoncé au début.

2.5.4. Analyse des données

Une analyse de contenu a été réalisée sur les données qualitatives. Les déclarations des sujets interviewés ou participant à la discussion de groupe ont été regroupées par thème.

3. Résultats

3.1. Les sujets exposés

Au total 60 personnes, identifiées comme exposées aux principaux facteurs de risque, ont été interrogées, 14 fumeurs, 9 consommateurs d'alcool, 14 malades atteints d'hépatite B ou C, 10 obèses, 8 menuisiers et 5 tôliers.

- **Connaissance des facteurs de risque**

La majorité des interrogés (44) étaient conscients du rôle néfaste du tabac dans la survenue du cancer, les autres facteurs de risques connus chez ce groupe d'exposés étaient l'alcool (19), les facteurs alimentaires (19), les infections surtout virale (11), la pollution (17) et les produits chimiques (5). Quelques uns ont cité la sédentarité, la contraception orale, les radiations, le vernis, les diluants, la multiparité comme facteur de risque du cancer, et parmi les huit menuisiers, trois étaient avisés du rôle néfaste de la poussière de bois. Dans cette population d'exposés, huit personnes ignoraient totalement les facteurs de risque.

- **Perception de l'exposition**

Dans l'ensemble de l'échantillon, 29 se considéraient comme exposés, 25 parmi eux étaient conscients de leur statut vis-à-vis de l'exposition pour laquelle ils ont été sélectionnés.

Les fumeurs et les consommateurs d'alcool étaient les plus conscients de leur exposition, seulement deux fumeurs et un consommateur d'alcool ignoraient qu'ils étaient exposés à un facteur de risque du cancer. Dans le groupe d'exposition professionnelle, trois menuisiers et deux tôliers étaient conscients de leurs expositions. Un seul patient d'hépatite savait que l'infection par le virus de l'hépatite B ou C était un facteur de risque et aucun sujet obèse ne savait qu'il était exposé.

- **Besoins**

Le principal besoin, manifesté par la majorité des personnes exposées, était le besoin d'information concernant les facteurs de risque des cancers et la prévention. D'autres besoins ont été évoqués tels que le besoin d'information sur le dépistage et la mise en place des moyens de dépistage. Certains individus ont souligné l'intérêt de la prise en charge de la maladie après le dépistage. D'autres ont mentionné le besoin d'un contrôle alimentaire et du traitement de la pollution. Dans le groupe des fumeurs, cinq ont rapporté l'intérêt de la mise en place des consultations de tabacologie pour aider les fumeurs à la cessation tabagique et quatre ont souligné l'intérêt de la pratique du sport.

3.2. Les patients

3.2.1. Résultats de l'étude qualitative

3.2.1.1. Centres d'oncologie de Rabat et Casablanca

Les mêmes besoins ont été évoqués lors des discussions de groupe dans les villes de Rabat et Casablanca. Ils peuvent être regroupés dans les catégories suivantes :

- **Moyens financiers**

La quasi-totalité des participants aux groupes de discussion, ont souligné le besoin financier. Les malades ont exprimé leur impuissance à faire face aux dépenses liées à la maladie. Le coût de la prise en charge était considéré comme très excessif par la majorité des patients, surtout ceux nécessitant des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie. Certains patients étaient obligés de reporter les séances de radiothérapie, le temps d'avoir la somme nécessaire, ou d'abandonner le traitement. D'autres ont eu recours aux prêts pour se faire soigner. Quelques uns ont rapporté avoir mendié. Plusieurs patients comptaient sur l'aide des associations mais ne trouvaient pas toujours ce qu'ils cherchaient.

Les patients avaient également des difficultés à payer les examens biologiques et radiologiques, ils ont rapporté qu'ils étaient souvent obligés de les faire au privé où les tarifs ne sont pas négligeables. Ils ont également rapporté la difficulté de payer le prix de deux scanners simultanément (thoracique et abdominal).

Des patients démunis avaient des difficultés à se procurer des produits beaucoup moins chers, tel est le cas d'une vielle dame qui a exprimé sa peur de voir son intervention chirurgicale annulée à cause de son manque d'argent pour acheter le fil nécessaire à l'intervention.

Le besoin financier était également lié au besoin de logement et de transport (Voir paragraphes suivants).

Par ailleurs, l'absence de couverture sociale était évoquée comme une des sources des problèmes financiers.

Nous rapportons les expressions des membres du focus group concernant le besoin financier.

« On a besoin d'aide financière, la prise en charge de cette maladie nécessite beaucoup d'argent, 15 000 DH la séance »

« Le prix du traitement est excessif, tout est dur pour quelqu'un de pauvre, même les gens qui ont des moyens n'en peuvent plus »

« Je suis restée deux mois sans traitement le temps de rassembler le prix de la radiothérapie »

« Les malades trouvent beaucoup de difficultés, il y'en a qui abandonnent »

« On doit nous prendre en charge une partie du prix des produits de la chimiothérapie »

« Je n'ai pas les moyens pour acheter le produit pour la chimio»

« Parfois j'achète les médicaments, des fois on me les donne »

« J'empreinte de l'argent pour me faire soigner »

« Je suis devenu un mendiant, je montre mes papiers et je demande de l'argent »

« On payait 180 DH pour les analyses, actuellement, il faut les faire dans un laboratoire privé »

« Les analyses se font à l'extérieur »

« Les examens biologiques et radiologiques doivent se faire à l'hôpital »

« Les examens biologiques doivent être gratuits »

« J'ai dépensé 50 000 DH jusqu'à maintenant et je dois refaire toutes les investigations »

« Avant, on payait une seule TDM, actuellement on paye pour deux TDM séparément, une thoracique et l'autre abdominale »

« On a besoin d'aide pour le traitement, les analyses, les associations n'ont pas tout »

« J'ai souffert toute la nuit, l'association qui nous donne les antalgiques est fermée le soir »

« On m'avait dit qu'on va m'aider pour les médicaments, mais je n'ai rien reçu »

« Je n'ai pas d'argent pour acheter le fils pour l'intervention chirurgicale que je doit subir demain, mon fils n'est pas passé aujourd'hui, si je ne l'achète pas l'intervention sera annulée»

« On doit tout acheter, le fils, le drain… »

« Je n'ai pas de mutuelle »

« Il y a un problème de couverture, on ne sait pas ce qu'il faut faire, il faut une couverture pour les gens sans revenu »

- **Logement**

La plupart des membres des groupes de discussion ne vivaient pas dans la ville où se fait la prise en charge. Ils ont rapporté qu'ils étaient souvent amenés à passer la nuit dans la ville car le temps d'une journée n'est jamais suffisant pour faire une consultation ou prendre un rendez-vous et repartir. Les patients qui sont suivis à l'hôpital du jour ont souvent plusieurs journées de traitement ce qui les oblige à rester sur places pendant cette période. Certains patients sont logés chez des proches, d'autres sont obligés de louer un logement. Il y a des patients qui passent la nuit à la gare routière, avant de vivre une longue journée à l'hôpital.

Les patients participant à la discussion de groupe ont exprimé le besoin de connaître l'adresse de la maison de vie.

Voici quelques propos des patients concernant le besoin de logement :

« Le patient qui a fait 300 Km pour arriver à l'hôpital doit être hospitalisé »

« Ma mère m'accompagne, on loue un logement et je viens à l'hôpital pour me faire soigner »

« Ce matin, le temps de chercher les résultats des analyses, la consultation était terminée, on n'a pas où dormir »

« Il n'y a pas d'endroits pour se loger, les gens qui arrivent de loin souffrent »

« Je reste chez ma famille, le loyer est cher »

« Une fois arrivé, je passe la nuit à la gare routière, je passe toute la journée debout ce qui me donne un gonflement des pieds »

« Je viens de loin, je dois faire les analyses repartir avant de revenir voir le médecin, ensuite j'ai trois jours de traitement par séances »

« Ce sont les voisins qui ont cotisé pour me payer un logement »

« On a besoin de connaître l'adresse de la maison de vie »

Par ailleurs les patients hébergés dans les maisons de vie de Casablanca et Agadir ont exprimé leur satisfaction des conditions d'accueil et de vie dans ces maisons.

- **Transport**

Les patients qui arrivent des différents coins du Maroc pour être pris en charge aux centres d'oncologie, ont souvent besoin de se déplacer plusieurs fois par an, parfois à des périodes très rapprochées. Ces patients se plaignent des dépenses liées à ces déplacements en plus de la fatigue du trajet. Certains d'entre eux ont évoqué la nécessité de la mise en place d'autres centres dispersés. Même les patients qui n'habitent pas très loin des centres de la prise en charge, se sont plaints des prix excessifs des moyens de transport, vu leur faible revenu :

« Le transport est cher, je viens quotidiennement de Salé »

« J'ai besoin de prendre deux bus, je n'ai pas les moyens »

« Je reviens tous les 15 jours »

« Il nous faut un hôpital au nord, on met huit heures pour arriver de Moulay Abdessalam »

« On aimerait un hôpital prés de Khénifra »

« J'habite à Ain Aouda, il me faut 60 DH chaque jour pour le transport, en plus des frais de la radiothérapie et chimiothérapie »

- **Nourriture**

Les patients participant à la discussion et ayant déjà été hospitalisés ont déclaré que les repas de l'hôpital n'étaient pas de très bonne qualité :

« Les repas de l'hôpital sont immangeables, ma famille m'apporte la nourriture »

« La soupe du soir, on dirait de l'eau »

- **Organisation et rendez-vous**

La majorité des membres des groupes de discussion ont déclaré avoir eu des difficultés pour avoir un rendez-vous. Ils ont été obligés d'attendre toute la journée pour l'avoir. Ces patients n'étaient pas satisfaits des rendez-vous qu'ils ont eus. Ils considéraient les dates très éloignées et pensaient que leur état de santé risquait de s'aggraver :

« Le patient arrive agonisant et on lui donne un rendez-vous dans deux ou trois mois »

« On nous donne des rendez-vous éloignés, on peut mourir entre temps »

« Le patient est trop fatigué, on lui donne un rendez-vous après 4-6 mois »

« J'ai galéré pour avoir un rendez-vous »

« On attends trop pour avoir un rendez-vous, on reste ici toute la journée »

Les patients ont également rapporté qu'ils étaient souvent amenés à faire les examens radiologiques et biologiques à l'extérieur, à cause des rendez-vous très éloignés :

« Les rendez-vous sont très éloignés, j'ai dû faire tous les examens au privé »

« Je n'allais pas bien, on m'a donné un rendez-vous éloigné pour le scanner, j'étais obligé de le faire au privé »

Un besoin de coordination entre les services de chimiothérapie et de radiothérapie a été révélé par les déclarations des patients. En effet le rendez-vous de radiothérapie doit être pris en même temps que le rendez-vous de chimiothérapie, en prenant en considération le nombre et la durée des séances pour que les patients puissent bénéficier d'une prise en charge correcte. De nombreux patients avaient terminé les séances de chimiothérapie et n'avaient pas réussi à avoir un rendez-vous pour la radiothérapie dans les bons délais. Certains étaient obligés de rajouter d'autres séances avec les dépenses que ça engendre :

« Il y a un délai à ne pas dépasser entre la chimio et la radiothérapie (21 jours), Je n'ai pas réussi à avoir un rendez-vous dans les délais, j'étais obligée de rajouter d'autres séances jusqu'à ce que ça devienne impossible d'en rajouter »

Parfois le matériel de radiothérapie tombait en panne et personne n'informait les patients ayant un rendez-vous dans cette période. Ces patients se sont plaints de s'être déplacés en vain :

« Les gens arrivent de loin et trouve le matériel de radiothérapie en panne »

« Si le matériel de radiothérapie est en panne, on doit refaire la chimiothérapie »

Les patients souhaitaient également que les médecins leurs demandent tous les examens nécessaire en une seule fois, pour éviter les allers-retours :

« Ils nous demandent les pièces une à une, et à la fin ils disent qu'il manque encore quelque chose, ils n'ont aucune idée sur la difficulté des allers-retours »

« On ne nous demande pas tous les examens à la fois »

Quelques patients n'étaient pas satisfaits du travail du personnel de l'administration, ils pensaient qu'il était très lent et qu'il ne commençait pas à l'heure :

« Les gens de l'administration sont très lents, ils attendent que la foule se rassemble pour commencer à travailler, parfois ils s'énervent et nous menace d'arrêter le travail »

« Une personne sur quatre travaille comme il faut »

- **Accueil et relationnel**

Le côté relationnel et le bon accueil étaient considérés comme un besoin important par les malades. Ils trouvaient que ça faisait partie de la prise en charge. La sévérité, l'absence de pitié, le désintérêt et le manque de conscience caractérisaient le personnel soignant selon les patients. En effet, la majorité des patients n'étaient pas satisfaits de la manière dont se comportait le personnel soignant avec eux mais ils ont bien précisé qu'il y avait certaines personnes bien accueillantes :

« Je dépense 200 DH par jour depuis trois mois et personne ne s'intéresse à moi »

« Le relationnel est important, ça fait partie du traitement »

« Quand je passe à l'hôpital, je rentre encore plus mal »

« Ils doivent trouver d'autres méthodes pour se comporter avec les malades »

« Il n'y a personne pour nous demander ce dont on a besoin »

« En se comportant avec le malade, ils doivent prendre en considération qu'il est malade »

« Ils ont construit un nouveau bâtiment pour la chimiothérapie, mais le personnel est le même, il se comporte avec la même sévérité, et ceux qui nous volaient le médicament sont toujours là »

« La conscience doit changer »

« S'ils n'ont pas pitié de nous on doit s'attendre à quoi avec la maladie »

« Il y a des gens bien et d'autres non »

« Le médecin est accueillant, il est sensible à notre cas »

- **Informations**

Le besoin d'informations était évoqué par la plupart des malades. Il s'agit d'informations concernant le diagnostic, les investigations et le traitement. Certains patients trouvaient qu'ils passaient un temps trop court en consultation pour pouvoir demander des explications :

« On ne m'a pas expliqué ce que j'ai, on me demande de faire des examens et c'est tout, j'aimerais bien comprendre »

« J'ai besoin de savoir ce qu'ils vont me faire »

« Qu'ils nous expliquent les examens dont on a besoin »

« On ne m'a pas informé sur le nombre des séances pour que je sache quand est ce que je termine »

« On passe rapidement en consultation, le médecin n'a pas le temps pour nous parler »

A côté des informations concernant la maladie, les patients ont évoqué un besoin d'information concernant l'aide que pourrait leur fournir les associations :

« On ne sait pas quelles sont les aides que pourraient nous fournir les associations »

- **Renseignements**

Tous les patients étaient d'accord sur la nécessité de la mise en place d'un bureau de renseignement. A leur arrivée à l'hôpital, les patients se sentaient désorientés et ne savaient pas ce qu'il fallait faire :

« J'ai ramené une lettre du médecin, je ne savais pas en arrivant ce qu'il fallait faire »

« Personne ne nous montre ce qu'il faut faire, la première semaine on la passe en tournant en rond »

« On a besoin d'un bureau de renseignement »

- **Personnel soignant (aides soignants)**

L'augmentation des effectifs du personnel soignant était suggérée par la majorité des malades. Ces derniers pensaient que ce personnel était dépassé par le nombre élevé des patients :

« Il faut augmenter le nombre des médecins et des infirmiers »

« Il y a trop de malades »

« Le nombre des médecins n'est pas suffisant devant le nombre des patients »

Le faible effectif ou l'absence des aides soignants constituait un problème pour les patients qui ont besoin d'être aidés pour se lever, aller aux toilettes…

« On a besoin de quelqu'un pour nous aider à nous mettre debout, ce sont les malades qui nous aident »

« Il n'y a personne pour nous aider à aller aux toilettes »

« Il faut des aides soignants qui s'occupent des malades »

- **Soutien psychologique**

Un grand nombre de patient avait évoqué le besoin de soutien psychologique. Ce soutien était nécessaire, selon eux, au moment de l'annonce de la maladie et tout au long du suivi pour se soulager :

« On a besoin d'aide psychologique »

« On ne trouve personne à qui se confier lorsqu'on a des soucis »

« La façon dont on nous annonce la maladie doit être bonne »

« Il n'y a pas de soutien psychologique »

- **Structures, installations et matériel**

Les salles d'attentes ont été considérées insuffisantes pour accueillir tous les patients, surtout qu'ils sont souvent accompagnés par un membre de leur famille. Certains ont rapporté qu'ils étaient obligés de se mettre par terre :

« Quand la salle est pleine, on se met par terre »

« Cette malade est fatiguée, elle ne trouve pas où s'allonger, elle s'est mise par terre, ce n'est pas acceptable »

D'autres patients ont rapporté qu'ils se mettaient dans le jardin sous le soleil, ces patients n'étaient pas satisfaits de la situation :

« Il n'ont laissé aux patients que cette place (jardin)»

« On voit les gens dispersés dans le jardin, ces choses font mal »

« L'attente sur le gazon n'est pas hygiénique, il y a également du soleil »

« On a besoin d'ombre, le soleil du matin nous fait mal à la tête »

Les patients ont évoqué également l'absence de toilettes dans les chambres et ont rapporté que les toilettes collectives dans les couloirs étaient sales. Les patients ont exprimé le besoin de la mise en place de douches et se sont plaints de l'absence d'endroit réservé à la prière :

« Il n'y a pas de toilettes dans les chambres »

« Tout est sale, il n'y a pas d'endroit pour faire la prière, on a pas où se doucher, les toilettes sont sales »

« J'espère que les toilettes seront aménagées »

En ce qui concerne les patients de la chimiothérapie, ils ont évoqué le besoin d'une salle de repos. Ces patients, qui se sentaient fatigués après les séances de traitement, ne trouvaient pas de place pour s'assoire ou s'allonger. Une fois leur séance terminée, ils étaient obligés de quitter le service rapidement :

« Il n'y a pas d'endroit pour se reposer après la chimiothérapie »

« …je rentre fatigué chez moi, il n'y a pas d'endroit pour nous reposer, dès qu'on termine les trois heures de traitement on doit quitter les lieux. Je prends le bus pour aller chez des gens de la famille me reposer avant de prendre la route »

« J'ai le vertige dans le bus, on doit m'hospitaliser jusqu'à la fin des séances »

« Dès que la séance se termine on nous chasse »

« Avant de terminer la séance de chimio, il y'a un autre patient qui attend à côté »

Ces patients ont également évoqué la nécessité de mettre en place de nombreuses salles de bain, surtout que la majorité des patients vomissaient après la cure de traitement :

« Il n'y a pas où vomir, certains vomissent par terre »

Les patients ayant bénéficié de séances de radiothérapie ont évoqué le besoin de maintenance du matériel. Ils se sont plaints de la fréquence des pannes du matériel.

« Le matériel de radiothérapie est chaque fois en panne »

« Si les appareils étaient nombreux, si l'un tombait en panne, on ne serait pas obligé de partir sans faire la séance »

Les patients ont évoqué par ailleurs l'absence de draps et de couverture dans les services.

« Il n'y a ni draps ni couvertures, si on ne ramène pas les nôtres … »

- **Service des urgences**

La mise en place d'un service des urgences était parmi les besoins évoqués par les patients. Ces derniers estimaient qu'il y avait des cas urgents qui devaient passer sans rendez-vous et qui ne devaient pas attendre avec les autres patients qui sont en meilleur état :

« Il existe des cas urgents qui restent sous le soleil »

« Je dois prendre un rendez-vous pour revenir après, mon état ne me permet pas de rentrer chez moi, je ne mange rien, ils doivent traiter chaque cas à part »

« Même si on arrive à l'heure il faut attendre le début de la consultation à 11h, même si l'état est urgent, il faut attendre dans le jardin, je pense que cette situation n'existe même pas au Mali »

« Je suis venu pour voir le médecin, il faut absolument un rendez-vous, il existe des cas urgents qu'ils doivent prendre en considération »

« Il n'y a pas de service d'urgence »

« Il y a des gens qui souffrent et doivent attendre leur tours, les cas urgents ne doivent pas attendre »

« Je venais d'être opérée, je suis restée devant la porte avec mes drains… »

- **Facilités administratives**

Les participants aux groupes de discussion souhaitaient avoir des facilités administratives. La rigidité du règlement posait certains problèmes aux patients. Les certificats d'indigences des patientes mariées devaient être demandés par leurs maris, alors qu'un grand nombre de patientes ont été abandonnées. Ces patientes ont vu le certificat d'indigence apporté par les parents refusé à l'admission :

« Ils exigent le certificat d'indigence du mari, mon mari m'a abandonné, qu'est ce que je dois faire, ils doivent me comprendre »

« Mon mari m'a abandonnée, Je dois apporter le certificat au nom de mon mari, ce n'est pas logique »

Une autre patiente a rapporté que sur le certificat d'indigence que son mari lui a fait faire on n'avait pas mentionné que c'était pour elle (sa femme) ce qui a entraîné un rejet du certificat par le bureau des admissions :

« On a refusé le certificat d'indigence car il n'y était pas mentionné «pour ma femme» »

Les patients ont exprimé également leur besoin de plus de flexibilité concernant les rendez-vous. Les patients qui se sont déplacés pour une consultation et qui ont raté leur rendez-vous à cause d'un retard des résultats des examens, espéraient passer en consultation le lendemain :

« Hier, j'ai eu les résultats des analyses tardivement, alors j'ai raté mon rendez-vous, on a refusé de sortir mon dossier pour passer à la consultation je dois leur donner 20 DH pour qu'ils acceptent »

« Si on arrive en retard on ne peut pas voir le médecin »

Il faut noter que pour les séances de chimiothérapie, si le patient rate son rendez-vous et ne réussit pas à avoir un autre dans un délai limité, il doit refaire les analyses :

« Si on rate le rendez-vous de chimiothérapie, on doit refaire les analyses »

- **Qualité des soins**

Un grand nombre de patients ont rapporté le besoin que leurs symptômes soient mieux contrôlés :

« Je vomis tout, j'ai besoin d'un traitement »

« Le traitement entraîne quelques problèmes de santé comme le vomissement, j'ai souffert »

« Il n'y a pas de soins »

- **Combattre la corruption**

Les patients étaient persuadés que la corruption existait au sein de l'hôpital. Ils ont donné certains exemples, la prise de rendez-vous ou la récupération des résultats des examens…

« C'est honteux, j'ai dû leur donner de l'argent pour avoir les résultats »

« Les gens qu'ils connaissent font leurs analyses ici à l'hôpital »

« Celui qui arrive avec une Mercedes passe en premier, et nous, nous devons attendre »

« Les gens nous aident pour acheter les médicaments, on espère qu'il nous soit réellement perfusé à l'hôpital »

« Si vous avez 10 ou 50 DH vous aurez un rendez-vous à temps et vous aurez les résultats du scanner »

« Les bienfaiteurs apportent les médicaments, mais ils ne le donnent pas aux pauvres »

- **Divertissement**

Un certain nombre de patients ont exprimé leur envie d'avoir des moyens de divertissement au niveau de l'hôpital. Ils ont rapporté qu'ils s'ennuyaient en absence de télévision :

« Quand j'étais hospitalisé, je m'ennuyais, il n'y avait ni télévision ni d'autres activités. Au nouvel hôpital du jour, ils ont une télévision »

« On a besoin de quelque chose pour nous distraire, pour ne pas passer tout le temps à penser à la maladie »

- **Associations**

De nombreux patients ont déclaré avoir besoin de connaître les associations qui pourraient leur fournir de l'aide :

« On aimerait savoir où se trouve le local de l'association Lalla Salma à Casablanca »

« Il faut que les associations aient un bureau à l'hôpital »

« La publicité (la bande d'information) de l'association n'indique pas l'adresse »

« Si les associations fournissent de l'aide, chaque fois qu'on les sollicite, on nous répond que ce ne sont pas dans leur attributs »

2.1.2. Centre d'oncologie d'Agadir

Au cours de la discussion de groupe réalisée dans le centre d'oncologie d'Agadir, quelques spécificités liées à ce centre ont été mises en évidence.

Les patients ont exprimé une certaine satisfaction de leurs relations avec le personnel soignant. Il faut noter que la « pression » du nombre de patients semble moins importante et que le personnel parait plus disponible pour une meilleure écoute.

Les principaux besoins qu'ils ont évoqués concernaient :

- **Les moyens financiers et l'accessibilité aux traitements**

Les patients ont exprimé leur satisfaction des thérapeutiques prises en charge gracieusement par l'hôpital mais, la majorité d'entre eux se sont plaint toutefois du coût élevé du traitement, surtout en l'absence de couverture sociale.

- **Le transport**

Les patients provenant de villes et de villages lointains ont exprimé le besoin d'un moyen de transport pour arriver au centre de prise en charge, surtout ceux habitant dans des villages non desservis par les moyens de transport collectif (Ourika, Sid Al Mokhtar…). Certains patients ont rapporté que les moyens de transport qu'ils utilisent sont inconfortables et non adaptés à leur état de santé, particulièrement après les séances de chimiothérapie quand ils sont dans un état de fatigue extrême.

- **Personnel soignant**

Les patients ont exprimé leur souhait de voir le centre se doter de plus de personnel, parallèlement à l'augmentation de la cadence de recrutement des patients.

3.2.2. Résultats de l'étude quantitative

- **Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude**

Au total, 131 patients ont été interrogés. La moyenne d'âge était de 45 ans avec un écart type de 13 ans, la majorité était de sexe féminin (74 %), plus de la moitié 60 % étaient analphabètes et 14 % étaient professionnellement actifs (tableau 1). Le tiers des patients (33 %) était hospitalisé pour la première fois et 35 % étaient à leur deuxième admission.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude

	Effectif	Pourcentage
Centre		
Rabat	88	67,2
Casablanca	20	15,3
Agadir	23	17,6
Age en année moyenne (ET)	45,3	12,8
Sexe féminin	96	74,4
Milieu urbain	73	57,0
Niveau d'étude		
Analphabète	78	59,5
Coranique	6	4,6
Primaire	20	15,3
Secondaire	23	17,6
Universitaire	4	3,1
Activité professionnelle	18	13,8
Localisation de la tumeur primitive		
Sein	37	28,5
Col utérin	33	25,4
Colorectale	6	4,6
Hématologique	8	6,2
Poumon	6	4,6
Larynx	4	3,1
Cavum	3	2,3
Ovaire	2	1,5
Os	2	1,5
Cérébrale	2	1,5
Prostate	2	1,5
Thyroïde	2	1,5
Autres	24	18,3
Nombre d'hospitalisations précédentes médiane (étendue)	1	0-6
Durée dernière hospitalisation médiane (étendue)	10	1-120

- **la prise de rendez-vous**

La majorité des patients (87 %) ont rapporté qu'ils se sont déplacés eux même pour prendre un rendez-vous, surtout au niveau des centres de Rabat et Casablanca (95,3 %) par contre au niveau du centre d'Agadir, dans la majorité des cas (78,6 %) une autre personne que le patient s'est chargée de la prise de rendez-vous.

- **Description des besoins des patients**

Le tableau 2 montre la fréquence des réponses positives aux différentes questions. Selon les items du questionnaire NEQ, le besoin d'une aide financière était le besoin le plus manifesté par les patients des trois centres (98 % à Rabat et 100 % à Casablanca et Agadir). Ce besoin de moyens financiers était le seul besoin exprimé par plus de 90 % des patients du centre d'Agadir. En ce qui concerne les patients de Rabat et Casablanca, les besoins les plus exprimés (plus de 90 %) se rapportaient aux besoins d'information (concernant le traitement, les examens, le diagnostic en plus des conditions futures pour les patients de Casablanca), d'informations compréhensibles, de plus de franchise de la part des médecins, d'être rassurés par les proches, de se sentir utiles et moins abandonnés. Les besoins d'un meilleur contrôle des symptômes et d'un assistant spirituel étaient rapportés par plus de 90 % des patients de Rabat, et les besoins de mieux communiquer avec les médecins et d'être plus rassurés par ces derniers étaient rapportés par la majorité des patients de Casablanca.

La majorité des items avaient une fréquence de réponses positives supérieure à 50 % dans les centres de Rabat et Casablanca, par contre 65 % des items avaient une fréquence de réponse positive inférieure à 50 % au niveau du centre d'Agadir.

La majorité des questions ajoutées avaient une fréquence de réponses positives supérieure à 60 % au niveau des centres de Rabat et Casablanca. Les besoins les plus fréquemment exprimés étaient la gratuité des examens biologiques et radiologiques, les médicaments, l'aide des associations et le transport.

La comparaison entre les trois centres étudiés montre que les besoins exprimés au centre d'Agadir étaient globalement moins fréquents. A titre d'exemple, l'item « 6. J'ai besoin que les médecins et les infirmiers me donnent des informations plus compréhensibles » était exprimé par 43,5% des patients à Agadir contre 94,3% et 95,0% respectivement à Rabat et Casablanca.

Tableau 2. Fréquence des réponses positives aux différents items du questionnaire

	Fréquence et pourcentage des réponses positives		
	Rabat	Casa	Agadir
1. J'ai besoin de plus d'information sur mon diagnostic	80 (92,0)	19 (95,0)	18 (78,3)
2. J'ai besoin de plus d'information sur mes conditions futures	77 (88,5)	18 (90,0)	17 (73,9)
3. J'ai besoin de plus d'information sur les examens que je vais subir	81 (93,1)	20 (100)	16 (69,6)
4. J'ai besoin de plus d'explications sur le traitement	84 (96,6)	19 (95,0)	18 (78,3)
5. J'ai besoin d'être plus impliqué dans les choix thérapeutiques	67 (77,0)	16 (88,9)	11 (47,8)
6. J'ai besoin que les médecins et les infirmiers me donnent des informations plus compréhensibles	82 (94,3)	19 (95,0)	10 (43,5)
7. J'ai besoin que les cliniciens soient plus francs avec moi	84 (96,6)	18 (94,7)	11 (47,8)
8. J'ai besoin d'avoir une meilleure communication avec les médecins	78 (89,7)	18 (90,0)	10 (45,5)
9. J'ai besoin que mes symptômes soient mieux contrôlés	81 (93,1)	14 (87,5)	17 (73,9)
10. J'ai besoin de plus d'aide pour manger, m'habiller et aller aux toilettes	49 (56,3)	10 (50,0)	5 (21,7)
11. J'ai besoin de plus de respect pour mon intimité	35 (40,2)	10 (58,8)	2 (8,7)
12. J'ai besoin de plus d'attention de la part des infirmiers	73 (83,9)	17 (85,0)	1 (4,5)
13. J'ai besoin d'être plus rassuré par les médecins	75 (87,2)	19 (95,0)	10 (45,5)
14. J'ai besoin de meilleurs services de l'hôpital (salle de bain, repas, nettoyage)	66 (76,7)	13 (65,0)	2 (9,5)
15. j'ai besoin d'avoir plus d'informations économiques/informations sur l'assurance liée à ma maladie (pension d'invalidité…)	66 (75,0)	10 (50,0)	7 (31,8)
16. J'ai besoin d'aide financière	85 (97,7)	20 (100)	23 (100)
17. J'ai besoin de parler à un psychologue	62 (72,1)	8 (47,1)	6 (28,6)
18. J'ai besoin de parler à un assistant spirituel	82 (94,3)	14 (82,4)	10 (47,6)
19. J'ai besoin de parler aux personnes ayant la même expérience que moi	75 (87,2)	16 (84,2)	17 (73,9)
20. J'ai besoin d'être plus rassuré par mes proches	82 (94,3)	20 (100)	10 (43,5)
21. J'ai besoin de me sentir plus utile au sein de la famille	80 (96,4)	10 (100)	8 (34,8)

	Fréquence et pourcentage des réponses positives		
	Rabat	Casa	Agadir
22. J'ai besoin de me sentir moins abandonné	84 (96,6)	20 (100)	5 (21,7)
23. J'ai besoin que les autres aient moins de compassion pour moi	26 (32,5)	6 (30,0)	17 (77,3)
24*. J'ai besoin d'un logement	65 (74,7)	12 (70,6)	9 (39,1)
25*. J'ai besoin d'un moyen de transport	80 (92,0)	16 (84,2)	18 (78,3)
26*. J'ai besoin d'un autre hôpital près de chez moi	76 (87,4)	13 (65,0)	16 (69,6)
27*. J'ai besoin que le personnel se comporte mieux avec moi	59 (68,6)	12 (60,0)	1 (4,3)
28*. J'ai besoin d'un téléviseur	51 (60,7)	9 (75,0)	1 (4,3)
29*. J'ai besoin de moyens de divertissement	66 (79,5)	9 (45,0)	4 (17,4)
30*. J'ai besoin des médicaments	84 (95,5)	18 (90,0)	20 (87,0)
31*. J'ai besoin que les examens radiologiques et biologiques soient gratuits	86 (100)	20 (100)	20 (87,0)
32*. Il faut une plus grande salle d'attente	55 (64,0)	14 (77,8)	1 (4,5)
33*. J'ai besoin d'associations qui pourraient m'aider	82 (95,3)	20(100)	20 (87,0)
34*. J'ai besoin d'un rendez-vous proche	75 (87,2)	16 (88,9)	5 (21,7)
35*. J'ai besoin d'une bonne nourriture	67 (78,8)	12 (75,0)	2 (9,1)
36*. Il faut augmenter le nombre de médecins et d'infirmiers	58 (69,0)	9 (45,0)	14 (63,6)
37*. Mon principal besoin en ce moment			
Aide financière	46 (62,2)	7 (38,9)	-
Médicament	11 (14,9)	6 (33,3)	

*** : questions qui ne font pas partie du NEQ**

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre les caractéristiques sociodémographiques des patients et leurs besoins.

3.3 Les familles

3.3.1 Résultats de l'étude qualitative

3.3.1.1. Centres d'oncologie de Rabat et Casablanca

Au niveau des centres d'oncologie de Rabat et Casablanca, les focus group des familles des patients ont révélé plusieurs besoins qu'on peut regrouper selon les thèmes suivants :

- **Logement**

Le besoin de logement était avancé en premier par les familles des patients dans les deux groupes de discussion. Il a été évoqué par tous les membres des groupes qui ont souligné que les centres de prise en charge des cancers sont centralisés dans les grandes villes et qu'ils avaient des difficultés à se loger dans ces villes. Certains d'entre eux étaient obligés de louer dans des quartiers éloignés des centres de prise en charge, où les prix des loyers sont plus ou moins accessibles, ou dans des bidonvilles dont les conditions sont précaires et où la sécurité n'est pas présente. Certains se sont même plaints d'être devenus sans domicile fixe. Un certain nombre était accueilli chez des proches. Il faut noter que souvent il est difficile pour les familles de se débrouiller pour trouver un logement dans des villes qu'ils visitent pour la première fois, particulièrement pour ceux qui arrivent d'un milieu rural.

Voici quelques phrases, rapportées par les familles des patients, exprimant ce besoin :

« On n'a pas où dormir »

« On vient de Safi, on nous a demandé de revenir demain, qu'est ce qu'on doit faire partir à Safi pour revenir demain »

«On n'a pas où dormir, la patiente ne peut pas se débrouiller toute seule, on est obligé de rester »

« Certains ont loué des logements à Témara, d'autres au quartier Takadoum ou à Yaâkoub El Mansour »

« On aimerait trouver un loyer pas loin avec un prix convenable »

« Je loue pour la patiente au M'harik à 15 DH la nuit, et je passe la nuit à la gare routière »

« Je dors dans la rue depuis un mois»

« On est resté dans les bidonvilles pendant 8 jours rien que pour avoir un abri le soir, on a peur des agressions »

« Il faut des logements pour les gens qui viennent de loin »

« Ici, le loyer est très cher »

« Ils doivent nous assurer un logement près de l'hôpital »

« On a besoin de logement avec un prix raisonnable »

« S'il n'avait pas trouvé la famille de son oncle, il passerait la nuit dans la rue, ils sont de la région du Gharb, c'est la première fois qu'ils viennent à Casablanca »

« Ça fait deux mois qu'on est ici »

- **Transport**

La majorité des familles venaient de loin et se sont plaintes du prix élevé des moyens de transport. Certains étaient obligés de parcourir de longues distances quotidiennement et la plupart n'avaient pas les moyens pour faire face à ces dépenses. Certains ont rapporté qu'ils avaient mendié pour collecter les frais du transport.

« On n'a pas les moyens pour se déplacer »

« On vient de la campagne, on n'a pas de quoi payer le taxi »

« Je dois mendier pour assurer les frais de transport »

« J'ai emprunté de l'argent, j'ai même mendié pour payer le transport »

« Je dépense 200 DH par jour pour le transport »

« Le transport est un problème, peu de gens sont de Rabat »

« Le transport est cher, je viens quotidiennement de Salé »

- **Moyens financiers**

Le coût élevé du traitement et des examens biologiques et radiologiques était un problème pour de nombreuses familles. Le manque de moyens et de revenu ne permettait pas aux familles de supporter les dépenses liées à la maladie, ainsi que les déplacements (voir paragraphe transport). Les membres du groupe de discussion se sont plaints du coût excessif des examens biologiques et radiologiques, même après réduction suite à la présentation du certificat d'indigence. Certains étaient obligés de vendre leur bien (terrain, bétails…). L'absence de couverture sociale était évoquée comme un problème par de nombreuses personnes. L'intérêt du certificat d'indigence était discuté par la majorité des familles qui trouvaient que le coût restait élevé pour des gens reconnus comme étant pauvres. Par ailleurs, la plupart des membres du groupe de discussion de Rabat trouvaient que la situation à l'hôpital a empiré puisque, d'après eux, avant le reçu de la caisse pour consultation restait valable pendant trois mois alors que maintenant ils sont obligés de payer des consultations mêmes si elles sont rapprochées. Ils rapportent également que pour une TDM thoraco-abdominale, ils payaient l'équivalent d'un seul examen, or ils sont obligés actuellement de payer deux TDM, l'une thoracique et l'autre abdominale.

Quelques personnes avaient des difficultés à se nourrir correctement et apporter la nourriture au patient faute de moyens.

Ce besoin de moyens était formulé dans les propos qui suivent :

« On a besoin d'aide financière »

«La radio est à 250 DH où est ce que je vais trouver cette somme »

« On n'a pas de quoi acheter les médicaments »

« Son père ne travaille pas et lui non plus, comment on va faire pour payer le traitement »

« On paye même pour la TDM thoracique »

« On ne nous accorde plus la gratuité des examens biologiques, on doit les faire à l'extérieur »

« Le scanner à 400 DH les analyses à 200… »

« Les associations ne nous donnent que le traitement de la douleur mais pas les autres produits qui sont plus chers »

« L'état doit se charger du traitement, un flacon à 500 DH, 15000DH le mois »

« Au moins qu'ils nous aident pour certaines investigations, on doit payer une partie des examens et non la totalité »

« On reste ici toute la journée sans rien manger »

« Il sert à quoi le certificat d'indigence »

« Le « caïd » reconnaît qu'on est pauvres, pourtant on nous demande de payer »

« Puisqu'il a ramené un certificat d'indigence, c'est qu'il est indigent »

« On n'a pas de revenu et on doit payer »

« Il ne me reste rien à la maison, j'ai tout vendu »

« J'ai vendu la télévision des enfants (seule télé qu'on a) pour faire une séance de chimiothérapie »

« On réglait les frais de la consultation, le reçu restait valable pendant trois mois, maintenant on doit payer même si on revenait le lendemain »

« Le coût du traitement est très excessif, même si on avait un puit d'argent il se serait vidé »

- **Accueil et relationnel**

Le mauvais accueil était évoqué par la majorité des familles, nombreux sont ceux qui trouvaient que l'accueil n'était pas de bonne qualité. Certains ont affirmé que le personnel de l'hôpital ne traitait pas correctement les malades et leurs familles. Les plaintes concernaient la violence des agents de sécurité, des femmes de ménages, des infirmiers, le manque d'intérêt des médecins et le manque d'accueil du personnel administratif. Quelques uns sont allés jusqu'à traiter leur médecin d'ennemi. La gentillesse et le traitement avec respect étaient des besoins importants pour toutes les familles. D'autres familles

pensent que le comportement des médecins est dû à un manque de temps vu le nombre élevé de patients.

Nous rapportons quelques déclarations témoignant de ce besoin chez les familles :

« Il faut un bon accueil, les gens arrivent de tous les coins du Maroc et ne trouvent personne pour les accueillir »

« Il ne sont pas éduqués pour bien traiter les malades, ils se disputent avec eux »

« Il vous plaisent avec leurs blouses blanches, mais le cœur n'est pas aussi beau »

« On a besoin d'un bon accueil »

« Au lieu de nous expliquer, on nous demande de voir quelqu'un d'autre et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on se fatigue »

« On ne demande qu'un bon salut »

« Il faut qu'il nous parlent gentiment »

« Votre médecin est votre ennemi »

« On demande un peu de pitié »

« On ne nous consacre pas du temps »

« Rien que «Lkalima tayiba « »

« C'est Dieu qui guérit, on ne veut qu'être bien accueilli »

« Les relations, zéro »

« L'agent de sécurité est autoritaire, les infirmiers… »

« Les femmes de ménages crient pour que le malade enlève ses mains du mur, mais le malade n'a pas la force de marcher sans appui »

« Les femmes de ménage nous traitent comme si on était chez elle, normalement le ménage doit se faire à 7h du matin »

« Il s'adresse aux gens comme à un troupeau »

« On nous insulte »

« Il doivent changer leur comportement »

« On serait contents d'entendre un mot gentil »

« L'infrastructure s'est améliorée, mais la conscience doit changer »

« Le matériel existe, il nous faut de l'indulgence »

« Ils ne sont pas bienveillants, le malade est entrain de mourir et on l'insulte »

« Quand on arrive, on reste comme des chiens et à la fin il n'y a rien »

« Il n'y a personne qui s'intéresse à nous »

« L'assistante sociale ne nous regarde même pas »

« Qui est ce qui peut nous écouter ? »

« Les gens payent, il faut quelqu'un pour les accueillir »

« On a l'impression de leur demander de l'aumône »

« Il traitent un dossier et non un être humain »

« Il faut plus d'humanisme, le relationnel est le plus important »

« A l'entrée, ils sont violents »

« Avec un meilleur comportement tout passera »

« Les médecins n'ont pas le temps pour être attentifs envers les patients »

« Les infirmières sont peu nombreuses, il n'y a personne pour nous accueillir »

- **Organisation**

Le manque d'organisation était évoqué par la majorité des familles. Ces dernières pensaient qu'avec une bonne organisation, plusieurs problèmes seraient évités. Les exemples rapportés étaient ceux des appels de la veille pour convoquer des malades qui habitent loin, les analyses qui se faisaient le même jour de la consultation que les patients rataient s'il y avait un retard des résultats et du guichet unique :

« Il faut de l'organisation »

« On appelle le malade l'après midi et on lui demande de se présenter le lendemain, ce n'est pas possible pour les gens qui habitent loin »

« Un seul guichet, est ce que tous le monde va régler dans une seule caisse »

« Il y a eu des vols à cause de la bousculade prés de la caisse »

« Si les résultats des analyses ne sont pas prêts à temps, on doit attendre une semaine pour voir le médecin »

« On nous demande de faire les analyses le lundi et de ramener les résultats à 10h, alors que le laboratoire nous dit qu'ils ne peuvent pas être prêts avant 12h »

Ils ont rapporté également la multitude des allers-retours avant d'être vu en consultation ou au centrage. Un autre problème évoqué était celui des rendez-vous qui étaient fixés à 8h, alors que la consultation ne commence qu'à 10h :

« On reviens depuis trois jours avec les résultats des analyses et du scanner »

« Ça fait une semaine qu'on fait des aller retour pour le centrage »

« Si on a un rendez-vous à 8h, le malade ne passe pas avant 10h »

Les familles se sont plaintes du travail de l'administration qui ne commençait pas tôt, de la fréquence des pannes du matériel, le manque des fiches de résultats et la perte de certains dossiers.

« On est là depuis 8h du matin pour avoir les résultats, il est 13h maintenant»

« Pourquoi l'administration ne commence qu'après qu'il y ait beaucoup de monde »

« On vient d'Azilal, on nous a appelé hier après midi, on a pris la route le soir, on arrivant ce matin on nous déclare que le matériel est en panne »

« Une fois on nous a dit qu'ils n'y avait plus de fiches pour les résultats des examens anatomopathologiques, est ce qu'ils attendent que je les imprime moi-même ? »

« Même les dossiers ont été perdus »

« On a beaucoup attendu pour avoir un rendez vous, si on avait su, on aurait pas ramené le malade »

- **Renseignement**

L'existence d'un bureau de renseignement constituait un besoin important pour les familles. La grande prévalence d'analphabétisme, explique la nécessité de présence de personnes qui pourraient donner des explications aux familles dès l'admission et la constitution du dossier jusqu'à la sortie.

Ce besoin était exprimé surtout dans la ville de Casablanca :

« Il n'y a personne pour nous indiquer se qu'il faut faire »

« Il faut des personnes qui s'occupent des renseignements, la majorité des gens sont analphabètes et ne savent pas quoi faire »

« Il faut un bureau de renseignement »

« Il faut expliquer aux malades où est ce qu'il faut aller pour faire les analyses »

« Si on a besoin de renseignement, on ne trouve rien »

« Je ne sais pas où est ce que je peux acheter les médicaments pour ma mère pour qu'elle soit opérée, si non elle doit quitter l'hôpital »

« Les gens ne savent pas où aller, il faut quelqu'un pour les renseignements, on nous demande d'aller là-bas c'est où là-bas ? »

- **Structures et installations**

Les familles ont rapporté un manque dans certain nombre de structures ou installations, notamment l'absence de toilettes propres, et d'endroits pour les ablutions et la prière :

« Il n'y a pas de toilettes propres, je suis devenue malade à causes des mauvaises odeurs »

« Il n'y a pas d'endroits pour les ablutions et la prière »

« Il nous faut une mosquée et des toilettes propres séparées de celles des malades »

« Il y a de l'eau partout dans les toilettes il faut déboucher les canalisations »

Ils ont exprimé également le besoin de buvette ou d'épicerie avec un tarif normal des aliments. Plusieurs familles ont évoqué l'importance d'une plus grande salle d'attente, en effet, le patient est souvent accompagné par un ou plusieurs membres de sa famille qui sont souvent obligés de rester dans le jardin ou devant la porte :

« On meurt de faim ici, il n'y a pas de nourriture »

« A chaque fois qu'on vient à l'hôpital on reste allongé sur le gazon »

- **Information**

Certaines familles se sont plaintes d'un manque d'information concernant la maladie et les résultats des examens radiologiques et biologiques. Selon certaines familles, l'absence d'explications pourrait être le résultat du nombre élevé des patients vus en consultation. D'autres familles n'acceptaient pas que le patient soit informé sur la réalité de sa maladie sans qu'on leur demande leur avis.

Ce besoin d'information était exprimé comme suit :

« Il n'y a personne pour nous expliquer »

« Ma fille ne sait rien sur sa maladie, elle ne sait pas si elle va guérir ou non »

« Les médecins sont peu nombreux, le médecin ne peut pas voir 100 patients par jour »

« On veut quelqu'un pour nous expliquer les résultats »

« On informe le malade de sa maladie sans nous demander notre avis »

- **Règlement**

Plusieurs familles souhaitaient un changement du règlement concernant les visites et l'accompagnement des patients. L'état de santé de certains patients ne leur permettait pas de se déplacer sans aide, or les accompagnants n'étaient pas autorisés à franchir la porte de l'hôpital. Les familles qui souhaitaient voir le

patient durant les horaires de visites et qui n'avaient pas les moyens de rentrer chez elles et de revenir, étaient obligées de rester à l'hôpital toute la journée.

« On ne m'a pas laissé entrer, la malade ne peut pas marcher toute seule, qui va l'accompagner chez le médecin »

« On est là depuis 15 jours, je dois accompagner ma mère, on me demande une autorisation pour pouvoir entrer à l'hôpital »

« Il y a des horaires fixes pour les visites, on reste ici toute la journée sans rien manger jusqu'à ce qu'on rentre chez nous »

« Je voulais passer la nuit avec le malade pour m'occuper de lui, on m'a demandé de payer »

- **Aides soignants**

La majorité des familles se sont plaintes de l'absence des aides soignants. Les malades fatigués ou qui venaient d'être opérés ne pouvaient pas se débrouiller tout seuls pour manger, s'habiller ou aller aux toilettes. Les familles étaient obligées de rester toute la journée à l'hôpital pour aider le malade lors des horaires des visites à se nourrir ou se déplacer. Cependant les malades ont besoin d'aide, même en dehors de ces horaires, c'est le cas du malade qui a uriné sur son lit car personne n'était là pour l'aider :

« Il n'y a personne pour l'aider pour aller aux toilettes ou manger, il a la main amputée »

« Il faut qu'il y'ait quelqu'un qui ne s'occupe que des malades »

« S'il y avait quelqu'un pour s'occuper du malade, on ne resterait pas toute la journée à l'hôpital »

« Le malade a uriné sur son lit, pourquoi personne ne s'est occupé de lui ? »

2.3.1.2. Centre d'oncologie d'Agadir

Les familles des patients du centre d'oncologie d'Agadir ont exprimé un nombre limité de besoins. Elles ont rapporté leur besoin d'une buvette ou d'un snack au sein de la structure pour avoir des repas disponibles à proximité, aussi bien pour eux que pour les patients, et pour éviter des déplacements supplémentaires.

Les familles ont également rapporté que le fait de s'occuper d'un proche cancéreux nécessitait beaucoup de disponibilité, et se fait au dépend de la vie personnelle de l'accompagnant et de son rendement professionnel. Ils ont exprimé le besoin de création d'un service d'aide sociale ou des aides soignants qui s'occuperaient de l'accompagnement, le transport et l'orientation des patients.

3.3.2. Résultats de l'étude quantitative

- **Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude**

Durant cette étude, 121 membres de familles ont été interrogés. Le tableau 3 résume leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques, plus des deux tiers étaient de sexe féminin (69 %) avec une moyenne d'âge de 41 ans ± 12 ans. Dans un tiers des cas, il s'agissait d'enfants adultes qui accompagnaient leurs parents, de conjoints du patient dans 24 % des cas et des frères ou sœurs dans 21 % des cas. Les localisations les plus fréquentes des tumeurs étaient le sein (20 %), le col de l'utérus (17 %), le poumon (9 %) et le cavum (6 %). Environ 74 % des familles se sont déplacées pour accompagner le patient, 36 % étaient logées chez un proche, 18 % avaient loué un logement et 22 % avaient déclaré ne pas avoir de logement. La durée médiane du séjour des familles était de 10 jours.

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude

	Effectif	Pourcentage
Centre		
Rabat	81	66,9
Casablanca	16	13,2
Agadir	24	19,8
Age en année moyenne (ET)	40,5	12,5
Sexe féminin	84	69,4
Sexe du patient (féminin)	70	59,8
Lien de parenté		
Parents	13	10,9
Frères et sœurs	25	20,8
Enfants	40	33,3
Mari et femme	29	24,2
Autres	14	11,6
Milieu urbain	69	60,5

	Effectif	Pourcentage
Niveau d'étude		
Analphabète	52	43,7
Coranique	5	4,2
Primaire	22	18,5
Secondaire	26	21,8
Universitaire	14	11,8
Localisation de la tumeur primitive		
Sein	23	19,7
Col utérin	10	8,5
Poumon	11	9,4
Colorectale	8	6,9
Cou	7	6,0
Cavum	7	6,0
Cérébrale	5	4,3
Estomac	5	4,3
Thyroïde	5	4,3
Autres	40	29,7
Déplacement pour accompagner le patient	90	74,4
Logement		
Chez un proche	31	35,6
Hôtel ou location	16	18,4
Bidonvilles	2	2,3
Maison de vie	7	8,0
Pas de logement	19	21,8
Navette	12	13,8
Durée de séjours médiane (étendue)	11	1-150

- **Description des besoins des familles**

Selon le questionnaire FIN, la majorité des items étaient considérés comme besoins importants par plus de 80 % des familles.

Les besoins qui ont été le plus fréquemment considérés comme importants par les familles étaient :

A Rabat, le besoin d'avoir des explications compréhensibles, de sentir qu'il y a de l'espoir, de s'assurer que le patient reçoit les meilleurs soins, connaître le moment de survenue des effets secondaires, avoir des informations sur ce qui doit se faire aux patients à domicile et d'être bien accueillis par les professionnels de santé.

A Casablanca, le besoin d'avoir des réponses honnêtes, de connaître le pronostic, de sentir que les professionnels se soucient des patients, savoir ce qui se fait exactement aux patients, avoir des explications compréhensibles et avoir des informations sur ce qui doit se faire aux patients à domicile.

A Agadir, le besoin de connaître le pronostic, être informé des changements dans l'état du patient, savoir ce qui se fait exactement aux patients, connaître le traitement que reçoit le patient et avoir des explications compréhensibles.

La proportion des familles qui rapportaient l'importance des autres besoins ne figurant pas sur le questionnaire FIN était également élevée (supérieure à 75 %).

Tableau 4. Fréquence des réponses positives et pourcentage des besoins satisfaits pour chaque item

J'ai besoin de :	Effectif et pourcentage des réponses positives N (%)			Effectif et pourcentage des besoins Satisfaits N (%)		
	Rabat	Casa	Agadir	Rabat	Casa	Agadir
Avoir des réponses honnêtes à mes questions	77 (95,1)	16 (100)	22 (91,7)	51 (65,4)	12 (75,0)	17 (73,9)
Connaître des faits précis concernant le pronostic des patients	78 (96,3)	16 (100)	23 (95,8)	32 (41,0)	9 (56,3)	16 (69,6)
Sentir que les professionnels se soucient des patients	79 (97,5)	16 (100)	22 (91,7)	48 (62,3)	15 (93,8)	22 (100)
Etre informé des changements dans l'état des patients	79 (97,5)	14 (87,5)	23 (95,8)	48 (63,2)	8 (57,1)	21 (91,3)
Savoir exactement ce qui se fait aux patients	78 (96,3)	16 (100)	23 (95,8)	49 (62,8)	13 (81,3)	17 (73,9)
Connaître le traitement que reçoit le patient	76 (93,8)	14 (87,5)	23 (95,8)	36 (48,0)	12 (85,7)	18 (78,3)
Avoir des explications avec un vocabulaire compréhensible	80 (98,8)	16 (100)	23 (95,8)	43 (53,8)	13 (81,3)	20 (87,0)
Etre informé des changements dans les traitements s'il y en a	79 (97,5)	10 (100)	21 (87,5)	50 (78,1)	9 (90,0)	19 (90,5)
Sentir qu'il y a de l'espoir	80 (98,8)	16 (100)	22 (91,7)	56 (70,0)	12 (80,0)	17 (77,3)

J'ai besoin de :	Effectif et pourcentage des réponses positives N (%)			Effectif et pourcentage des besoins Satisfaits N (%)		
	Rabat	Casa	Agadir	Rabat	Casa	Agadir
S'assurer que le patient reçoit les meilleurs soins possibles	80 (98,8)	16 (100)	17 (89,5)	61 (81,3)	14 (87,5)	13 (81,3)
Connaître les symptômes que le traitement ou la maladie peuvent entraîner	79 (97,5)	14 (87,5)	22 (91,7)	45 (60,0)	9 (64,3)	18 (81,8)
Connaître le moment où les symptômes peuvent survenir	80 (98,8)	14 (87,5)	23 (95,8)	34 (43,6)	8 (61,5)	17 (73,9)
Connaître l'évolution probable de la maladie	77 (95,1)	13 (81,3)	20 (83,3)	18 (23,4)	9 (69,2)	10 (52,6)
Connaître pourquoi chaque chose est faite au patient	73 (90,1)	15 (93,8)	21 (87,5)	37 (50,7)	9 (60,0)	11 (52,4)
Connaître les noms des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient	74 (91,4)	13 (81,3)	22 (91,7)	37 (48,7)	10 (76,9)	18 (85,7)
Avoir des informations sur ce qui doit être fait au patient à la maison	80 (98,8)	12 (75,0)	23 (95,8)	26 (32,9)	6 (60,0)	19 (82,6)
Etre bien accueilli par les professionnels de santé	80 (98,8)	16 (100)	21 (87,5)	47 (59,5)	12 (75,0)	21 (100)
Aide dans les soins du patient	80 (98,8)	7 (43,8)	22 (91,7)	15 (18,7)	4 (57,1)	3 (13,6)
Avoir quelqu'un pour s'occuper de mon état de santé	73 (90,1)	9 (56,3)	21 (87,5)	7 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Etre informé sur les personnes qui peuvent aider à résoudre les problèmes	79 (97,5)	15 (93,8)	21 (87,5)	9 (11,4)	3 (20,0)	4 (19,0)
Un logement pas loin de l'hôpital*	67 (82,7)	12 (75,0)	18 (75,0)	6 (9,0)	2 (16,7)	10 (55,6)
Transport*	77 (95,1)	14 (87,5)	19 (79,2)	13 (17,1)	2 (14,3)	5 (26,3)
Renseignement*	79 (97,5)	15 (93,8)	22 (91,7)	11 (14,1)	4 (26,7)	22 (100)
Toilettes propres*	79 (97,5)	16 (100)	23 (95,8)	51 (68,0)	3 (20,0)	23 (100)
Salle d'attente*	74 (91,4)	16 (100)	23 (95,8)	21 (28,0)	4 (25,0)	22 (95,7)
Quelqu'un qui prend soin du malade en mon absence (aide soignant)*	75 (92,6)	13 (81,3)	22 (91,7)	9 (12,3)	1 (7,7)	4 (19,0)

*** : Questions ajoutées, ne font pas partie du FIN**

Parmi les items du questionnaire FIN, les besoins les moins fréquemment satisfaits étaient ;

Pour les familles des patients du centre d'oncologie de Rabat, le besoin d'avoir quelqu'un pour s'occuper de la santé des familles (9,7 %), l'information sur ceux qui peuvent aider à résoudre les problèmes (11,4 %), le besoin de participation aux soins (18,7 %), le besoin d'information concernant l'évolution (23,4 %) et ce qui doit être fait aux patients à la maison (32,9 %).

Pour ceux de Casablanca, c'était surtout le besoin d'avoir quelqu'un pour s'occuper de la santé des familles et l'information sur ceux qui peuvent aider à résoudre les problèmes qui n'étaient jamais satisfaits.

Pour les familles du centre d'Agadir, aux besoins cités à Casablanca s'ajoute le besoin de participation aux soins qui étaient rarement satisfaits.

Les besoins de logement, de transport et de la présence des aides soignants n'étaient considérés comme satisfaits que par moins de 20 % des familles au niveau de Rabat et Casablanca. Les toilettes n'étaient considérées propres que par 20 % des familles à Casablanca. En ce qui concerne le centre d'Agadir, les besoins les moins fréquemment satisfaits (parmi les items ajoutés) étaient la présence des aides soignants et le transport.

3.4. Personnel soignant

3.4.1. Centre d'oncologie de Rabat

Lors des entretiens individuels, le personnel médical et paramédical a exprimé plusieurs besoins :

- **Plus de moyens techniques pour travailler**

- Matériel médico-technique

L'insuffisance du matériel médico-technique, était rapportée par la majorité du personnel médical et paramédical.

Pour le service d'anatomo-pathologie, l'insuffisance concernait les microscopes dont le nombre était inférieur au nombre des médecins, les centrifugeuses et l'absence d'une table de macroscopie et de matériel de prélèvement macroscopique adaptés. Les médecins anatomo-pathologistes ont exprimé le besoin d'avoir des dictaphones qui leur permettraient d'accélérer le rythme du travail en évitant la rédaction des comptes rendus qui nécessite un temps important. L'acquisition d'un microscope multi-tête paraissait également importante pour ces médecins.

Les radiologues ont exprimé le besoin d'acquisition d'autres échographes.

Les médecins de radiothérapie ont évoqué le besoin d'appareils de traitement supplémentaires et se sont plaints des pannes fréquentes et du retard des réparations du matériel.

Ceux de chimiothérapie ont exprimé la nécessité d'un négatoscope à l'hôpital du jour afin de pouvoir interpréter les radiographies standard et les TDM.

Les services de chirurgie ont rapporté l'absence de source d'oxygène et de vide et ont exprimé le besoin d'un aspirateur mobile et d'un appareil d'électrocardiographie nécessaire aux consultations pré-anesthésiques.

- Matériel informatique et bureautique

La majorité du personnel médical et paramédical des différents services a souligné l'importance d'acquisition des ordinateurs. Ces derniers seraient utiles

pour les médecins pour faire des recherches sur Internet afin d'acquérir une meilleure méthode de travail notamment le diagnostic ou la prise en charge des cas non fréquents et pour préparer des publications. Ils permettraient également aux infirmiers chefs d'informatiser leurs données pour mieux gérer le service. Le manque ou l'absence d'imprimantes a été également évoqué.

Le personnel de certains services notamment des services de chirurgie s'est plaint de l'absence d'un tableau d'affichage.

Un manque des supports d'information, tels que les dossiers infirmiers et le papier pour compte rendu radiologique ou anatomopathologique, a été rapporté.

Par ailleurs, la majorité du personnel a signalé un nombre insuffisant de chaises et de tabourets.

- Autre matériel

Des ruptures de stocks, concernant certains produits, ont été soulignées (sérum salé et fils au niveau du bloc opératoire, matériel de soins tel que les compresses, sparadrap et mèches dans d'autres services…).

Au niveau du service de radiologie, un manque important a été rapporté concernant les draps, serviettes et champs, un même draps est utilisé pour le passage de tous les patients en salle d'échographie, les radiologues ont également rapporté l'absence de matériel pour désinfection notamment des sondes qui ne peuvent même pas être essuyées entre le passage des malades à cause du manque des serviettes. La présence d'un tensiomètre, de matériel pour perfusion et du sérum glucosé dans le service de radiologie paraissait nécessaire aux radiologues pour faire face aux éventuels états de choc au cours de la réalisation des biopsies guidées.

- **Plus d'espace pour le travail**

La majorité des médecins des différentes spécialités se sont plaints de l'absence d'un espace de travail particulier pour chaque médecin, souvent tous les médecins sont obligés de s'installer dans le même bureau.

Les anatomopathologistes ont rapporté l'existence d'une salle de macroscopie non adaptée et un manque d'espace pour le stockage.

Il a été signalé que le nombre de boxes de consultation était insuffisant et que certains d'entre eux n'étaient pas suffisamment spacieux.

A l'institut national d'oncologie (INO), qui fait partie du centre hospitalo-universitaire, le besoin de salles de cours adaptées et bien équipées (data show, tableau magnétique…) était exprimé par les médecins en formation, ainsi que le besoin d'une bibliothèque comportant les livres nécessaires aux différentes spécialités.

- **Un environnement de travail plus favorable**

La qualité des soins est conditionnée par un environnement favorable du personnel. Un personnel qui n'exerce pas dans de bonnes conditions aura un rendement insuffisant et de moindre qualité.

Le personnel interrogé a réclamé que les conditions de travail doivent répondre à un certain nombre de critères qui peuvent se résumer comme suit :

Présence d'une salle de repos

Une salle de garde

Un vestiaire avec un nombre suffisant de placards

Un réfectoire équipé ou une buvette avec des prix abordables

Des toilettes propres réservées au personnel

Un parking suffisant

Et un transport collectif qui assure le transport du personnel même le soir

Par ailleurs la majorité du personnel a réclamé la création d'une institution des œuvres sociales au profit des fonctionnaires de la santé.

- **Plus de reconnaissance, de valorisation et de motivation**

Tout le personnel médical et paramédical a souligné la nécessité d'une meilleure reconnaissance pour leurs efforts et les résultats de leur travail.

Le besoin de motivation matérielle, sous forme de prime, de gardes rémunérées et une augmentation des salaires a été clairement exprimé.

- **Une meilleure organisation**

Le manque d'organisation était rapporté par la totalité du personnel interrogé.

Une absence de poste profil, de description de poste et un chevauchement des tâches étaient parmi les problèmes cités.

Il y avait également un problème au niveau du circuit de patient qui n'était pas identifié avec absence de signalisation.

La gestion des ressources humaines, selon le personnel de l'administration, était limitée à des formalités administratives telles que la délivrance des attestations de travail et remise des décisions de congés.

Ils ont également souligné le problème des archives qui n'étaient pas centralisées (une partie à l'hôpital du jour, une autre au niveau des consultations) ce qui était à l'origine d'une perte de dossiers.

Par ailleurs, le personnel du service des consultations externes s'est plaint d'un non respect des horaires de consultation par les médecins.

- **Un effectif plus important en personnel**

Une insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines a été rapportée. L'insuffisance concernait les prestataires de services de santé et le personnel administratif et d'appui.

Le besoin d'augmentation de l'effectif des ressources humaines a été exprimé dans plusieurs services tels que le service de radiologie qui n'assurait pas de garde le week-end à cause de la pénurie des prestataires de services de santé (radiologues, techniciens…).

Un besoin de plus de physiciens et de techniciens au niveau des postes de traitement était exprimé par le personnel des services de radiothérapie.

La majorité des infirmiers chefs ont exprimé le besoin de recrutement des secrétaires, aides soignants, brancardiers et agents de services.

Il faut noter également que le flux des patients ne peut être absorbé par l'effectif réduit des médecins.

On a noté à partir des déclarations du personnel, l'importance d'un personnel d'accueil et d'orientation ainsi qu'un personnel chargé d'accompagner les patients lors des réalisations des examens complémentaires.

On a de même signalé l'insuffisance des effectifs des agents de sécurité et des femmes de ménage.

- **Plus de moyens vestimentaires et hygiène**

Le personnel a réclamé un nombre suffisant de blouses qui permet un lavage régulier, des badges distinctifs pour chaque catégorie de professionnel et des pyjamas pour les patients, afin de les distinguer des visiteurs et pour assurer un certain degré d'hygiène. Le personnel médical et paramédical des services de chirurgie s'est plaint du manque des tenues de blocs.

La majorité du personnel a évoqué l'insuffisance des draps et couvertures pour les malades surtout les démunis.

- **Plus de moyens de communication**

Les lignes téléphoniques qui sont souvent en panne, obligent le personnel à se déplacer pour communiquer avec les autres services, ce qui entraîne une perte de temps et d'effort, d'où un rendement insuffisant.

De même l'absence d'Internet ne facilite pas la tâche au personnel.

- **Une hiérarchisation moins lourde**

Parmi le personnel soignant interrogé, quelques uns se sont plaints d'une hiérarchie pesante qui ne leur permettait pas une émancipation dans leur travail et qui entravait une rentabilité optimale.

- **Amélioration des compétences et performances**

Aussi bien le personnel médical que paramédical ont souligné l'intérêt de la formation continue pour améliorer leurs compétences et suivre l'évolution des progrès techniques et thérapeutiques. Ils ont également exprimé le besoin d'instaurer un lien clair entre la formation continue et l'avancement dans la carrière.

Le type de formation dépendait du poste occupé, les chefs de service par exemple ont exprimé le besoin de formation en gestion et communication, les infirmiers et les techniciens souhaitaient suivre des formations spécifiques leur permettant de bien s'occuper des malades cancéreux sur le plan psychologique et thérapeutique.

3.4.2. Centre d'oncologie d'Agadir

Au cours de la discussion de groupe qui s'est déroulée au centre d'oncologie d'Agadir, plusieurs points ont été soulevés qui se sont articulés autour des axes suivants :

- **Plus de moyens techniques pour travailler**

- Matériel médico-technique

Au niveau du centre d'oncologie d'Agadir, les médecins ont rapporté un besoin pressant d'un deuxième appareil de radiothérapie (accélérateur) pour pouvoir réduire les délais des rendez-vous et étendre la prise en charge à d'autres maladies cancéreuses. Ils se sont également plaints de l'état de la développeuse qui était en panne depuis son acquisition et de l'absence d'appareil pour la radiographie standard, d'échographe et de tomodensitomètre dans le centre, ce qui obligeait les médecins à orienter les patients vers d'autres structures. Ils ont rapporté le problème de la chaîne dosimétrique qui n'était pas étalonnée, de l'unité de curiethérapie qui n'était pas aménagée ; la gammathérapie, la radiographie conventionnelle et le matériel de curiethérapie HDR qui n'était pas installé. Ils ont évoqué l'absence de source pour l'accélérateur et ont également soulevé le problème d'absence de matériel nécessaire aux consultations ORL ou gynécologiques, ce qui les obligeait à orienter les patients vers d'autres structures entraînant un retard dans leurs prise en charge.

Certains médecins spécialiste sont affectés au centre alors qu'il n'existe aucun matériel pour l'exercice de leur spécialité, c'est le cas du médecin spécialiste en médecine nucléaire (il n'y a pas de matériel de scintigraphie ni de dosage des hormones thyroïdes) et du médecin pharmacologue.

- Matériel informatique et bureautique

Les médecins ont soulevé le manque du matériel de bureautique (ordinateurs, imprimantes, papier….), ainsi que l'absence de tout moyen de communication (téléphone, fax, Internet..).

- **Plus d'espace pour le travail**

Les médecins ont rapporté l'insuffisance des salles de consultation (cinq salles pour sept médecins) ainsi que l'insuffisance des bureaux pour les médecins (deux médecins par bureau).

Ils ont également manifesté le besoin d'un local plus spacieux pour le dépôt des médicaments et d'un réfrigérateur.

Les médecins ont rapporté la non-conformité de la salle de préparation, il n'existe pas de source pour la hotte, ni de circuit de médicament, ni d'extracteur manager.

Selon le personnel, le local destiné aux archives devient insuffisant vu le flux de plus en plus important des patients recrutés dans le centre.

- **Besoin en ressources humaines**

Au niveau du centre d'Agadir, il a été souligné que l'augmentation de l'effectif des infirmiers serait nécessaire au démarrage de l'unité d'hospitalisation et permettrait au centre de fonctionner les week-ends pour une meilleure continuité des soins.

Le personnel a évoqué la nécessité du recrutement d'un personnel d'accueil et d'orientation, d'un personnel qui accompagnerait les patients lors de la réalisation des examens complémentaires et d'un personnel de sécurité.

Il a également rapporté le besoin d'un personnel qui s'occuperait des archives.

- **Insuffisance de la capacité litière**

Les médecins ont souligné l'insuffisance de la capacité litière du centre, notamment en unité de chimiothérapie où il n'existe pas de fauteuil, les lits d'hospitalisation sont donc utilisés à cette fin. Les médecins ont exprimé le besoin pressant d'ouvrir l'unité d'hospitalisation afin de pouvoir assurer une prise en charge continue des patients.

Le centre ne fonctionne que les jours ouvrables (du lundi au vendredi), alors que certains protocoles en chimiothérapie nécessite une prise en charge consécutive d'une durée de quatre ou cinq jours, ce qui contraint les médecins à donner des rendez-vous en début de semaine avec ce qui en découle comme retard de prise en charge.

L'absence d'un service de chirurgie au niveau de cet établissement retentit très négativement sur la rapidité de la prise en charge ; les médecins se trouvent dans l'obligation de contacter des chirurgiens carcinologues parmi leurs connaissances dans d'autres villes, et d'attendre les délais, souvent très longs, avant la prise en charge des patients par ces chirurgiens.

Ils ont exprimé aussi le besoin de la création d'une unité des soins palliatifs et de prise en charge de la douleur, ainsi qu'une consultation de psychiatrie

- **Un environnement de travail plus favorable**

Le personnel paramédical s'est plaint de l'absence au niveau de la structure d'un espace de repos et d'une buvette.

- **Besoin de formation continue**

Les médecins ont rapporté n'avoir suivi aucune formation depuis leur affectation au centre. Ils ont exprimé le besoin nécessaire de bénéficier de sessions de formation continue dans des centres spécialisés pour suivre l'évolution des progrès thérapeutiques et l'actualisation des différents protocoles dans leur domaine de compétence.

Le personnel paramédical s'est plaint de l'absence de formation spécifique à la pathologie cancéreuse.

4.Annexes

NEQ (Need evaluation questionnaire)

غنقولك مجموعة دلالحتياجات و غتقولي واش كتفكر أنك محتاجها ولا لا

	نعم	لا
1. محتاج تعرف أكتر على المرض ديالك		
2. محتاج تعرف أكتر على شنو غيوقعلك من بعد		
3. محتاج تعرف أكتر على دكشي اللي كيدارلك (تحاليل، راديو...)		
4. محتاج تعرف أكتر على العلاج ديالك الدوا، الفتيح...)		
5. محتاج يتشاورو معاك أكتر على شنو ممكن يدارلك فالعلاج (باش تداوا)		
6. محتاج الطبا و الفراملیا يشرحولك بطريقة مفهومة أكتر		
7. محتاج الطبا يقولولك الحق مايكدبوش عليك		
8. محتاج تذاكر أكثر مع الطبا		
9. محتاج يخففو ليك أكتر المشاكل الصحية اللي عندك (وجع، الترويعة، قلة النعاس)		
10. محتاج يعاونوك أكثر باش تأكل، تلبس، تمشي لمرحاض		
11. محتاج يحترمو أكثر الخصوصية ديالك (ميقلبوكش أو يهضرو معاك على المرض ديالك حدا الناس)		
12.محتاج الفراملية يتهلاو فيك أكثر		
13. محتاج الطبا يطمئنوك أكثر (يرحوك، يقولولك راك لاباس)		
14. محتاج يحسنو شي حوايج فالصبيطار(الحمام، الماكلا، النظافة)		
15. محتاج نعرف معلومات أكثر على المعاونة اللي يقدر يعطيني المخزن (تعويضات، شحال غدي يبقالي فخلصتي...)		
16 محتاج معاونة مادية (دلفلوس		
17 محتاج تهضر مع طبيب نفساني .		
18. محتاج نصائح دينية		
19 محتاج تهضر مع الناس اللي عندهم نفس التجربة ديالك		
20 محتاج حبابك يطمئنوك أكثر		
21 محتاج تحس براسك مهم فوسط العائلة (عندك دور، كتدير شي حاجة)		
22 محتاج ميخليوكش بوحدك مع المرض		
23 محتاج أنك ماتبقاش فالناس بزاف		
24 حاجة أخرى كتحس براسك محتاجه		
25 فهاذ الساعة شنو هي أكثر حاجة محتاجها		
محتاج طواليط نقية*26		
27 محتاج لمركوب اللي يديك و يجيبك*		
28* محتاج صبيطار قريب لفين ساكن		
29* محتاج معاملة احسن مللي كيتعاملو معاك بها		
30*محتاج تلفازة فالصبيطار		
31*محتاج مرافق ترفيهية		
32* محتاج الدوا يكون فابور		

*** Questions ne faisant pas partie du NEQ**

Etude des besoins des patients (Fiche de recueil)

Date : _____ /_____/ _____

Centre : _____

Numéro du dossier : _____

Initiales du nom et prénom : _____

Age :

Sexe : ☐ F ☐ M

Ville de résidence : _____

Milieu : ☐ Urbain ☐ Rural

Niveau d'étude : ☐ Analphabète ☐ Ecole coranique

☐ Primaire ☐ Secondaire

☐ Supérieur ☐ Autres _____

Statut matrimonial : ☐ Célibataire ☐ Marié

☐ Divorcé ☐ Veuf

Activité professionnelle :

☐ Actif ☐ non actif

Localisation de la tumeur primitive : _____

Nombres d'hospitalisations précédentes : _____

Durée de la dernière hospitalisation : _____

Circonstance de la prise du rendez-vous :

☐ Vous vous êtes déplacé vous-même pour prendre un rendez-vous

☐ Une autre personne s'est déplacée pour vous prendre un rendez-vous

☐ Le rendez-vous vous a t-il été donné le même jour de votre présentation

FIN Family inventory needs

غنقولك مجموعة دلحتياجات و غتقولي شحال هما مهمين بالنسبة لك من 0 ل10. 0 الى مكنتش محتاجهم و 10 الى كنت محتاجهم بزاف.

أنت محتاج	شحال مهم هاذ الاحتياج	الى اختاريت أكثر من 0 قولنا واش كتلقا شنو بغيت	
	0-10	كاين	ما كاينش
1. يجاوبوك بصراحة على الأسئلة ديالك			
2. تعرف شنو غيوقاع لمريض بسباب المرض			
3. تحس باللي الناس دصبيطار(الطبا و الفراملیا...) كيتهلاو فالمريض			
4. الى تبدلات الحالة دالمريض يعلموك بها			
5. تعرف بالضبط شنو كيدار لمريض			
6. تعرف شنو العلاج (الدوا) اللي كياخذ المريض			
7. يشرحولك بطريقة مفهومة			
8. يعلموك الى بدلولو العلاج (الدوا)			
9. تحس باللي كاين الأمل			
10. تحس باللي المريض عنده أحسن علاج			
11. تعرف شنو هما المشاكل (الأعراض) اللي يمكن يديرهالو الدوا أو المرض			
12. تعرف فوقاش هاذ المشاكل (الأعراض) يمكنلها تبان			
13. تعرف المرض شنو يمكنلو يعطي (فين غيوصل)			
14. تعرف كل حاجة علاش كتدار لمريض			
15. تعرف السميات ديال الطبا و الفراملیا اللي كيتبعو المريض			
16. تعرف شنو خاصكوم تديرو لمريض فالدار			
17. تحس بالناس ديال الصبيطار كيتعاملو معاك مزيان			
18. محتاج تعاون فالعلاج دالمريض			
19. تلقى شي حد يهتم بالصحة ديالك			
20. يوريوك الناس اللي يقدرو يعاونوك باش تحل المشاكل			
21. حاجة أخرى انت محتاجها			
22* محتاج السكنى حدا الصبيطار .			
23*محتاج المركوب اللي يديك و يجيبك.			
25*محتاج الارشادات.			
26*محتاج طواليط نقية.			
27*محتاج قاعة فين نكلسو نتسناو.			
28*محتاج اللي يقابل المريض محيت منكونش معاه.			

Etude des besoins des familles (Fiche de recueil)

Date : ____ / ____ / ____

Centre : _____

Numéro du dossier : _____

Initiales du nom et prénom : _____

Age : _____ ans Sexe : ☐ F ☐ M

Age du patient : ans _____ Sexe du patient : ☐ F ☐ M

Lien de parenté : _____

Ville de résidence du patient : Milieu : ☐ Urbain ☐ Rural

Niveau d'étude : ☐ Analphabète ☐ Ecole coranique

☐ Primaire ☐ Secondaire

☐ Supérieur ☐ Autres _____

Localisation de la tumeur primitive : _____

Nombres d'hospitalisations précédentes : _____

Durée de la dernière hospitalisation : _____

Circonstance de la prise du rendez-vous : _____

☐ Vous vivez dans la même ville de la structure de prise en charge

☐ Vous vous êtes déplacé pour accompagner le patient

Durant votre séjour dans la ville de la prise en charge, vous étiez logé :

☐ Chez un proche ou un ami ☐ Hôtel ou location

☐ Bidonville ☐ pas de logement

Durée du séjour : _____

5. Références

[1] Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edition ed. New York: McGraw-Hill 2005.

[2] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129-36.

[3] Engel G, L,. The clinical application of biopsychosocial model. American journal of psychiatry. 1980;137:535-44.

[4] Richardson A, Sitzia J, Brown V, Medina J, Richardson A. Patients' Needs Assessment Tools in Cancer Care: Principles and Practice. London: King's College London; 2005.

[5] Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliot C, Hillier V. Helping patients disclose their concerns. European journal of cancer. 1996;32A:78-81.

[6] Richardson A, Plant H, Moore S, Medina J, Cornwall A, Ream E. Developing supportive care for familly members of people with lung cancer: a feasibility study. Support Care Cancer. 2007;15:1259-69.

[7] Krishnasamy M, Wilkie E. Lung cancer patients', families' and professionals' perceptions of health care need. A national needs assessment study. . London: Practice Development Unit/Centre for Cancer and Palliative Care Studies,; 1999.

[8] Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic literature review of interventions and their effectiveness. Palliative Medicine. 2003;17(1):63-74.

[9] Iversen JS. The needs of family members of cancer patients [Master's thesis]. Northwest; 1988.

[10] Fridriksdottir N, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S. Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs. Palliative Medicine. 2006;20(4):425-32.

[11] Hwang SS, Chang V, T,, Alejandro Y, Osenenko P, Davis Casaundra, Cogswell J, et al. caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. Palliative and supportive care. 2003;1:319-29.

[12] Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Beltrami E, Boeri P, Borreani C, et al. Assessment of hospitalised cancer patients'needs by the Needs Evaluation Questionnaire. Annals of Oncology. 2000;11(1):31-7.

[13] Wen KY, Gustafson DH. Needs assessment for cancer patients and their families. Health and Quality of life outcomes. 2004;2:11-23.

[14] Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia j. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. Support care cancer 2007;15:1125-44.

[15] Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, stisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. . Health and Quality of life outcomes. 2004;2:32.

[16] Kristjanson LJ, Atwood J, Denjer LF. Validity and reliability of the Family Inventory of Needs (FIN): Measuring the care needs of families of advanced cancer patients. . Journal of nursing measurement. 1995;3:109-26.

UE FAIRE
POUR UN PROCHE
ATTEINT
CANCER
L'AIDER...
L'entourage du malade joue un rôle important. En soutenant le malade, il l'aide à garder le moral et à ne pas perdre espoir, surtout quand on sait que l'état psychologique du malade du cancer est très important dans sa guérison. Voilà pourquoi la famille et les amis du malade du cancer doivent le soutenir.
جمعية للا سلمى لمحاربة داء السرطان
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER
Ensemble contre le cancer
www.contrelecancer.ma
INFORMONS-NOUS AU INFO-CANCER
NVert 08000 50 51

PEUT-ON SOIG
LE CANC
ASSOCIATION LALLA SAL
Ensemble contre le car

ما هو دا
السرطـ
السرطـان
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER
www.contrelecancer.ma
جميعا ضد السرطان
CANCER-INFO
08000 50 51

LE CANC
EST-IL CONTA
ASSOCIATION LALLA SA
Ensemble contre le ca

CONNAISSANCES, PERCEPTIONS ET ATTITUDES A L'EGARD DU CANCER

Etude Qualitative et Quantitative

Volume 5 : Démographie, perceptions et besoins

sommaire

Connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer : Etude quantitative et qualitative

RESUME EXECUTIF **129**

Connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer : Etude quantitative et qualitative **131**

2. Méthode **132**

3. Résultats **133**

3.1. Résultats du Volet qualitatif **133**

3.1.1. Point de vue de la population 133

a) Connaissance des différents types de cancer, symbolique associée à la maladie et idées reçues *133*

(1) Connaissance de la maladie *133*

(2) Symbolique associée à la maladie et idées reçues *133*

(3) Les causes du cancer *134*

b) Position de la population par rapport au traitement traditionnel versus traitement médical *135*

c) Perception du corps médical et des structures de soins *136*

d) Niveau de sensibilisation de la population par rapport au dépistage précoce *136*

3.1.2. Point de vue des malades 136

a) Réactions aux premiers signes de la maladie et facteurs déclenchant de la Consultation *136*

b) Réactions à la nouvelle d'être atteint par la maladie cancéreuse *137*

c) Vécu de la période entre la première consultation et le début du traitement : la période de flottement *137*

(1) Les raisons inhérentes aux médecins *137*

(2) Les raisons inhérentes aux malades *138*

(3) Les raisons inhérentes aux structures de soins *138*

d) Vécu de la période de traitement *138*

(1) L'incidence du lieu de traitement *138*

(2) L'incidence de l'entourage *139*

3.1.3 Point de vue des medecins 139

a) Perception de l'évolution de l'occurrence de la maladie et raisons explicatives *139*

b) Niveau de gravité à la première consultation et facteurs explicatifs *140*

c)Profils des malades, comportements associés et freins à l'adhésion au traitement médical *140*

(1)Les freins culturels *141*

(2) Les freins objectifs *141*

(3) Les freins liés à la démarche d'information du malade *141*

wwval sur l'adhésion au Traitement *142*
e) Perception des moyens de traitement de la maladie au Maroc *142*
3.2 Resultats du volet quantitatif **143**
3.1.2 Perception de la maladie du cancer 143
3.2.2. Estimation des chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc 144
3.2.3. Perception des moyens de traitement de la maladie du cancer au Maroc. 145
3.2.4. Perception du malade et comportement à son égard 146
3.2.5. Identification des freins majeurs au dépistage précoce 147
3.2.6. Identification des freins majeurs au suivi du traitement 148
Conclusion **149**

Liste des figures

Figure 1 – Perception de la maladie du caner au Maroc, 2006 _____ 143

Figure 2 – Estimation des chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc, 2006 _____ 144

Figure 3- Évaluation des chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc par rapport aux pays développés, 2006 _____ 144

Figure 4- Poids des moyens financiers dans les chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc, 2006 _____ 145

Figure 5- Crédibilité accordée aux moyens de traitement traditionnels du cancer, Maroc, 2006 _____ 145

Figure 6- Remède du cancer conseillé par les participants selon le milieu de résidence, Maroc, 2006 _____ 146

Figure 7- les causes de l'orientation vers la médecine traditionnelle pour traitement du cancer, Maroc, 2006 _____ 146

Figure 8- Perception du cancer et comportement à son égard , Maroc, 2006 _____ 147

Figure 9- Identification des freins majeurs au dépistage précoce du cancer, Maroc, 2006 _____ 147

Figure 10- Identification des freins majeurs au suivi du traitement du cancer, Maroc, 2006 IV. _____ 148

RESUME EXECUTIF

Dans le cadre de la lutte contre le cancer et dans le but de changer la perception de la maladie au sein de la population, l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer a réalisé la présente étude dont l'objectif est de cerner les connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer et de dégager les axes à exploiter dans le cadre d'une stratégie de sensibilisation du public autour de cette maladie.

L'étude a été réalisée en deux phases complémentaires et successives :

- une phase qualitative : par réunions de groupe et entretiens individuels approfondis,
  - 4 réunions de groupe
    - Hommes / Femmes
    - Urbain / Rural
    - Catégories Socioprofessionnelles
  - 33 entretiens individuels approfondis
    - 16 malades, 6 parmi eux ayant guéri
    - 17 médecins (différentes spécialités)
- et une phase quantitative par questionnaire administré en face à face sur un échantillon de 400 individus de différentes catégories d'âge et différentes classes socioprofessionnelles.

Selon les résultats de cette étude, le cancer demeure encore un mystère pour la population et une maladie que l'on croit forcement mortelle pour laquelle on note un déficit d'informations important concernant aussi bien les signes précurseurs, les symptômes et les causes de la maladie ainsi que les différents traitements disponibles et leur efficacité. Ceci conduit à des consultations tardives et par la suite à des diagnostics à des stades bien avancés de la maladie.

Selon les médecins, le retard diagnostic et le retard du début du traitement après la première consultation résultent selon l'étude de la précarité de la population, de l'absence de la couverture médicale, du manque de pratique et de l'insuffisance de perspicacité de certains médecins généralistes en matière de diagnostic de tumeurs malignes naissantes ainsi que de la faible capacité d'accueil des structures de soins.

L'analyse de l'attitude et des réactions des malades vis-à-vis du cancer fait distinguer deux profils, selon les médecins, qui se différencient surtout par le niveau d'instruction corrélé au niveau de vie:

- Le profil combatif qui est minoritaire : représenté par les patients au niveau d'instruction relativement élevé.
- Le profil résigné qui est majoritaire représenté par les patients de condition modeste et à faible niveau d'instruction qui reçoivent l'annonce de la maladie comme une décision de Dieu.

Lors des différentes entrevues en profondeur conduites auprès des malades, dans la plupart des cas, le traitement est amorcé plus tardivement, pour des raisons en rapport avec le médecin, le malade, ou les structures des soins.

Certains malades ont rapporté qu'ayant détecté eux même les premiers signes, ont été dissuadés d'effectuer les examens nécessaires pour arrêter le diagnostic définitif, car les médecins avançaient d'emblée des interprétations rassurantes en dédramatisant ces symptômes. La formulation de la maladie par le médecin est parfois mal ressentie par le malade car elle reste ambiguë.

Les raisons du retard du début de traitement pour les malades sont essentiellement d'ordre matériel. En effet, après confirmation du diagnostic, la grande majorité des malades affirme s'être retrouvée dans une situation sans issue, dans la mesure où le budget nécessité par le traitement n'était pas disponible. Les raisons inhérentes à la capacité d'accueil des structures de soins fixant les rendez-vous à plusieurs semaines voire plusieurs mois ont été aussi souvent évoqués.

Les freins à l'adhésion . Du traitement médical sont d'après les malades liés essentiellement à l'insuffisance de l'information. De point de vue des médecins, ils sont d'ordre culturel car il y a une forte adhésion au traitement traditionnel surtout en milieu rural, et également d'ordre matériel par l'insuffisance des moyens financiers et la non disponibilité des moyens de transport et d'hébergement dans les villes disposant de centres de traitement.

Il y a une faible confiance accordée aux structures de soins, puisque pour tout le monde, elles demeurent insuffisantes, et il y a un manque d'humanisme et une insuffisance de formation des médecins et du corps paramédical dans l'aspect relationnel, surtout dans le secteur public.

L'incidence souvent négative de la famille et de l'entourage par une attitude souvent répréhensible du conjoint, la non divulgation décidée de la maladie aux amis, à la famille élargie et à la belle famille et le comportement alarmiste de la famille proche conduisent souvent à la marginalisation et l'exacerbation de l'angoisse ressentie par le malade.

Afin de combattre le cancer au Maroc, il apparaît primordial de faire connaître une vérité : le cancer n'est pas toujours meurtrier; il peut être soigné si le diagnostic est précoce et le traitement approprié.

Connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer : Etude quantitative et qualitative

Introduction

- Au Maroc, le Cancer est en augmentation continue. Selon les estimations du Centre International de Recherche sur le Cancer l'incidence actuelle se situerait entre 35 000 et 50 000 nouveaux cas par an (absence de chiffres exacts).
- Lutter contre le cancer au Maroc est la mission première de l'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer. 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 équipement.
- Ces missions se concrétisent par de nombreuses actions qui sont progressivement mises en œuvre par l'Association.
- Une des actions est l'information et la prévention, avec un premier objectif : changer la perception de la maladie au sein de la population. Ce travail passera par le déploiement d'une politique d'information visant tous les publics, avec des moyens adaptés à tous (messages télévisés, messages radio, dépliants, brochures, affiches).
- Pour mener à bien cette mission, une connaissance et compréhension approfondies de la perception de la maladie par l'ensemble des publics est la première étape obligatoire pour pouvoir ensuite mieux communiquer et élaborer les messages les plus efficaces possibles.
- L'Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer a donc fait réaliser une grande étude qualitative et quantitative sur l'état des connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer. Il s'agit de la première étude du genre au Maroc, qui a été confiée au Cabinet Argos.

1. Objectif

L'objectif de ce travail était de :

- Mieux cerner connaissances, perceptions et attitudes à l'égard du cancer
- Dégager les axes à exploiter dans le cadre d'une stratégie de sensibilisation grand public autour de cette maladie

2. Méthode

L'étude a été réalisée en deux phases complémentaires et successives :

- Une phase qualitative (par réunions de groupe et entretiens individuels approfondis) :
  - 4 réunions de groupe dans deux localités une urbaine et l'autre rurale (Tlat Loghlimiyine) chez les deux sexes,
  - et 33 entretiens individuels approfondis ventilés comme suit :

Cibles		Nombre d'entretien	Ville
Les malades	Les malades en cours	10	Casablanca
	Les malades ayant guéri	6	Casablanca
Médecins (Différentes spécialités)		17	Casablanca

- Et une phase quantitative (par questionnaires administrés en face à face) sur un échantillon de 400 individus de différentes catégories d'âge et différentes classes socioprofessionnelles dans 3 localités urbaines de tailles différentes (Casablanca, Fès et Beni Mellal) et 3 localités rurales (Ain harouda/ Sidi Ichou, Douar Skhinat, et Oulad Zidouh).

Echantillon total : 400	Pourcentage	Effectif
- Age 25 - 35 ans	25	100
36 - 45 ans	25	100
46 – 55 ans	25	100
56 – 65 ans	25	100
- Classe socio - professionnelle		
AB	15	60
C	30	120
DE	20	80
Rural	35	140
- Sexe		
Masculin	50	200
Féminin	50	200

3. Résultats

3.1. Résultats du Volet qualitatif

3.1.1. Point de vue de la population

a) Connaissance des différents types de cancer, symbolique associée à la maladie et idées reçues

(1) Connaissance de la maladie

La population distingue deux grands types de cancer dans des termes propres :

- Le type mâle quand il est localisé, circonscrit, celui-ci est curable.
- Le type femelle qui « se propage, change de place et va dans les veines », celui-ci n'est pas curable.

Par ailleurs, pour l'ensemble des groupes conduits, nous avons constaté que la connaissance des manifestations de la maladie est erronée dans la mesure où les signes sont confondus avec les effets secondaires du traitement (chute de cheveux et brunissement de la peau).

Les cancers les plus connus sont celui du sein, utérus, gorge, poumon et prostate. Cependant, nous avons noté une absence totale de différenciation des types de cancer en fonction du pronostic associé.

Pour désigner le cancer, les termes les plus souvent utilisés sont :

- « Al Mard el khaïb »,
- « Al mard laqbih »,
- « Al hay »,
- « Laâdou »,
- « Li makaytssamach »

Le terme cancer est soit repris phonétiquement en arabe, soit traduit en arabe dialectal plus rarement (Saratane). L'appellation en arabe classique est cependant comprise par tous.

En matière d'appellations, les différents cancers sont désignés en arabe dialectal comme suit : - Cancer «el bezoula», «el garjouta», «el walda», «eriya», «enboula», «sensoul», «dem»,

- la traduction en arabe classique des termes sein et utérus '(tadye, rahim) n'est comprise qu'en milieu urbain.

(2) Symbolique associée à la maladie et idées reçues

Les évocations liées au terme « cancer » sont apparues de façon cohérente et homogène dans l'ensemble des groupes. Les termes et expressions les plus récurrents sont :

- choc ;
- frissons ;
- peur ;
- isolement ;
- fin de vie ;

- mort ;
- malédiction ;
- maladie sans remède ;
- maladie très coûteuse avec la mort au bout du chemin ;
- maladie qui ruine les familles;
- maladie fatale même après un traitement ;
- éclatement de la famille (cible féminine) ;
- « où aller pour se soigner ? » ;
- « on n'a ni la force ni les moyens » ;
- « par quelle route passer ? » (cible rurale) ;
- « que vont devenir les enfants ? » ;
- « punition divine pour certains ».

(3) Les causes du cancer

Un amalgame de causes plausibles et farfelues a été généré lors des réunions de groupe.

Selon les participants, les items les plus récurrents sont :

- la cigarette ;
- la pollution ;
- un dérèglement au niveau des cellules ;
- le manque d'hygiène ;
- le bain durant la période de menstruation (cancer de l'utérus) ;
- un arrêt brusque de l'allaitement (cancer du sein) ;
- un microbe ;
- un virus ;
- un ver ;
- l'exposition à des produits chimiques ;
- les produits chimiques contenus dans les aliments;
- l'homme qui l'attrape lors de relations extraconjugales et qui le colle à sa femme ;
- les touristes occidentaux ;
- le souffle de la personne malade du cancer ;

D'autres items sont moins fréquemment cités :

- le stress ;
- l'hérédité ;
- les règles irrégulières chez la femme (cancer de l'utérus) ;
- une infection mal soignée ;
- la consommation de nourriture périmée ;
- la prise de médicaments dont la date est échue ;
- le sang qui a coagulé suite à un coup reçu ;
- un bouton ;
- une infection dentaire (rural) ;
- une infection des oreilles (rural) ;
- la pollution de l'eau (rural) ;
- le bétail (rural) ;
- le coiffeur qui utilise un rasoir collectif ;
- la vaisselle léchée par les chiens (rural) ;
- le poulet aux hormones malade de la grippe aviaire (rural) ;
- les slips et soutiens gorge d'occasion (rural).

b) Position de la population par rapport au traitement traditionnel versus traitement médical

Sur la base des réunions de groupe organisées, nous avons constaté que :

- Les méthodes de traitement par la médecine moderne, si elles sont vaguement connues dans l'urbain, demeurent totalement méconnues dans le rural.
- Les rares personnes ayant évoqué par leurs noms le traitement par chimiothérapie et radiothérapie insistent sur leur caractère cher, douloureux, voire inefficace à terme puisqu'en fin de parcours, le malade finit par décéder selon eux. En somme, à leurs yeux, le jeu n'en vaut pas la chandelle. En milieu rural, le malade se dit qu' *« il vaut mieux économiser ses biens et son bétail et les laisser à ses enfants puisqu'il va finir par mourir. »*

En fait, l'arbitrage fait en faveur des produits traditionnels présente au moins l'avantage que ces remèdes soient peu coûteux, tout en revêtant pour certain un caractère sacré ou reconnu par les anciens.

Par ailleurs, la méconnaissance de la maladie et le caractère crédule des populations rurales se traduisent paradoxalement par la vraisemblance d'une curabilité du cancer par les produits traditionnels. Le phénomène majeur qui participe à ces opinions est que « l'appellation Cancer » est souvent étendue à d'autres manifestations guérissables (kystes bénins, ganglions, infections diverses, mycoses, filariose…).

Cette illusion est entretenue par les prétentions de l'accoucheuse traditionnelle, l'herboriste ou le fqih qui affirment pouvoir détecter le cancer et détenir le remède approprié : *« Ma belle sœur est allée voir le médecin qui lui a dit qu'elle avait juste un kyste mais quand elle a vu l'accoucheuse, elle lui a confirmé qu'elle avait un cancer et qu'elle devait le traiter par les plantes et la visite à Sidi Mohamed Addahir. »*

Les plantes ou ingrédients généralement utilisés pour traiter le cancer s'avèrent souvent avoir des effets agressifs ou toxiques. Il s'agit selon les personnes interrogées de combattre le mal par le mal : *« Le cancer est un poison, seul un poison peut le combattre. »*

Les remèdes couramment utilisés sont :

- l'aristoloche ;
- deghmous ;
- qatrane,;
- nejm el begri ;
- helhal ;
- semmar ;
- errahj ;
- le scorpion séché ;
- les piqûres d'abeilles.
- L'eau de zem zem

Dans ce tableau reflétant le peu d'adhésion à l'égard du traitement médical, il s'agit néanmoins de distinguer la position plus raisonnable de la cible masculine urbaine qui relativise les bénéfices liés aux produits traditionnels et

estime que l'engouement envers ceux-ci est surtout attribuable au vide laissé par l'insuffisance des structures et la cherté des soins à l'hôpital.

c) Perception du corps médical et des structures de soins

Tout le monde s'accorde sur le fait que les structures de soins demeurent insuffisantes rapportées à la population marocaine[1].

Plusieurs griefs sont nourris contre les hôpitaux par la population qui, par ouï dire ou par expérience, relate l'ensemble des insuffisances exprimées par les malades.

Si les malades formulent des critiques surtout contre le corps paramédical exerçant dans le secteur public, la population désigne sans distinction l'ensemble de l'équipe soignante, les médecins inclus, dans la responsabilité des conditions de soins. A ce propos, les participants n'ont pas manqué d'exprimer le désir que des cours d'humanisme soient intégrés dans le cursus universitaire des médecins, et dans la formation du corps paramédical pour une meilleure sensibilisation à la psychologie du malade.

L'image du secteur privé est à peine meilleure dans le sens où on accorde du temps au patient pour lui fournir plus d'explications. Sinon, il est communément signalé que des examens et actes chirurgicaux inutiles peuvent être pratiqués dans le seul but de renflouer les caisses des cliniques.

d) Niveau de sensibilisation de la population par rapport au dépistage précoce

Bien que les chances de rémission soient jugées meilleures par la population lorsque le cancer est découvert à ses débuts, ceci n'engendre pas forcément le comportement souhaité.

Les facteurs à l'origine de ce comportement relèvent aussi bien de la méconnaissance de la maladie que de des données socioculturelles et économiques :

- L'absence de couverture médicale conjuguée à la limitation des moyens financiers dicte une priorisation des besoins primaires.
- Le comportement de prévention quel qu'en soit l'objet n'est pas répandu.
- La méconnaissance des symptômes des cancers les plus fréquents.
- Le caractère fatal du cancer fait que l'initiative de consulter avec la probabilité d'apprendre que l'on est atteint d'une maladie mortelle, relève d'après les répondants, d'un comportement masochiste.

3.1.2. Point de vue des malades

a) Réactions aux premiers signes de la maladie et facteurs déclenchant de la Consultation

Les attitudes face aux premiers signes de la maladie ainsi que le temps écoulé avant la première consultation diffèrent de façon nette selon les catégories socio-professionnelles (CSP).

1 La totalité des participants aux réunions de groupe semblaient méconnaître les projets d'ouvertures des nouveaux centres d'oncologie

Chez les cibles à faible niveau d'instruction, l'apparition de signes inhabituels tels que ganglions, kystes, saignements, amaigrissement…etc. ne semblent inquiéter que dans la mesure où ils perdurent en prenant des proportions importantes.

En milieu rural notamment, les informations fournies par les participants sur leurs conditions de vie nous ont sensibilisés sur la mise à l'épreuve quotidienne de leur corps, exposé sans cesse à la rudesse de la nature.

De ce fait, selon leurs témoignages, l'expérience répétée d'incidents divers tels que les infections, les ganglions, les saignements… finit par banaliser ces signes en générant un comportement désabusé à l'égard du corps.

Pourtant, les signes précurseurs d'une maladie cancéreuse peuvent être assimilés à des manifestations antérieures ayant guéri. Pour la majorité des malades rencontrés lors de cette étude et appartenant à ces CSP, les facteurs déclenchant de la consultation ont été la douleur, l'amaigrissement spectaculaire ou l'accroissement exponentiel d'une masse localisée sur le corps.

Chez les cibles à niveau d'instruction élevé, dans la plupart des cas, les signes sont soit détectés par le malade lui-même, soit fortuitement par le médecin lors d'un examen médical.

b) Réactions à la nouvelle d'être atteint par la maladie cancéreuse

Deux profils se dégagent par rapport à la nouvelle d'être atteint par le cancer :

- Le profil résigné, représenté par les patients à faible niveau d'instruction qui reçoivent l'annonce de la maladie comme une décision de Dieu, seul à même de juger de l'issue de la maladie : guérison ou mort. De ce fait, le manque de moyens aidant, il n'est pas étonnant de constater le faible acharnement médical dont fait montre cette catégorie.
- Le profil combatif, représenté par les patients à niveau d'instruction relativement élevé qui, le choc passé, s'organise rapidement pour une prise en charge médicale dans les meilleurs délais. Cette catégorie semble avoir conscience de la nécessité de sa contribution personnelle par un moral à toute épreuve pour aboutir à la guérison.

c) Vécu de la période entre la première consultation et le début du traitement : la période de flottement

Lors des différentes entrevues en profondeur conduites auprès des malades, nous n'avons que rarement rencontré un parcours sans faille notamment entre la déclaration des premiers signes de la maladie et le traitement. Dans la plupart des cas, le traitement est amorcé plus tardivement, soit par faute de médecin, du malade, ou de la faible capacité d'accueil des structures des soins.

(1) Les raisons inhérentes aux médecins

Certains malades ayant détecté eux même les premiers signes, ont été dissuadés d'effectuer les examens nécessaires pour arrêter le diagnostic définitif, car les médecins avançaient d'emblée des interprétations rassurantes

en dédramatisant ces symptômes : *« Entre le premier nodule que j'ai découvert moi-même à mon sein et le moment où le diagnostic d'un cancer est tombé, il s'est passé sept années, pourtant je me souviens avoir insisté il y a sept ans pour que mon gynécologue fasse les investigations nécessaires, il s'était contenté de me rassurer. »*

La formulation de la maladie par le médecin est parfois mal ressentie par le malade car elle reste ambiguë. Ce comportement médical ne semble pas être en faveur d'une mobilisation du malade. Certains malades nous ont dit avoir préféré être fixés sur la réalité de la maladie pour pouvoir s'armer psychologiquement d'une grande volonté.

(2) Les raisons inhérentes aux malades

Les raisons du retard du début du traitement pour les malades sont d'ordre matériel. En effet, après confirmation du diagnostic, la grande majorité des malades affirme s'être retrouvée dans une situation sans issue, dans la mesure où le budget nécessité par le traitement n'était pas disponible. Pour réunir les fonds nécessaires, les moyens les plus cités sont : la vente des biens personnels, les emprunts à l'entourage, l'appel aux donateurs de façon directe ou par voie de presse, la demande spontanée aux inconnus pour la prise en charge des médicaments prescrits achetés en pharmacie par ces derniers. La perte de temps occasionnée par la recherche des fonds n'étant pas sans incidence sur l'accentuation de la gravité de la maladie.

Une proportion non négligeable de malades reconnaît avoir entrepris le traitement par des moyens traditionnels conseillés par l'entourage avant de démarrer le traitement médical. Les remèdes les plus récurrents consistent en l'usage de plantes mélangées au miel, les piqûres d'abeilles, la visite aux fqih et marabouts, et l'eau de zem zem.

(3) Les raisons inhérentes aux structures de soins

Les raisons inhérentes à la capacité d'accueil des structures de soins fixant les rendez-vous à plusieurs semaines voire plusieurs mois.

d) Vécu de la période de traitement

(1) L'incidence du lieu de traitement

Le vécu de la période de traitement diffère significativement selon le caractère public ou privé de la structure de soins :

Les personnes traitées dans les cliniques n'ont pas signalé de dysfonctionnement majeur, mis à part deux cas évoqués (suspicion d'opération chirurgicale non justifiée et mauvais comportement ponctuel du personnel paramédical).

Les personnes qui ont été traitées dans les structures publiques témoignent d'un parcours particulièrement pénible et dissuasif par rapport à la poursuite du traitement :

- Le certificat d'indigence n'est obtenu qu'à prix d'argent au mqadem.
- L'accueil et l'orientation constituent un obstacle initial par l'absence d'interlocuteurs ou le boycott systématique lorsqu'il est fait appel à un membre du personnel en blouse blanche.
- L'optimisation de la date de rendez-vous est accordée moyennant somme d'argent.
- L'hostilité déclarée du corps paramédical est un constat général (infirmiers, aides-soignants). Cette attitude n'est neutralisée que par une contribution matérielle régulière.
- La plupart des malades traités à l'hôpital disent avoir un sentiment d'insécurité, nourri par la forte rumeur que la médication décidée par le médecin est non respectée voire détournée pour être monnayée auprès d'autres malades. « Quelqu'un que je connais a commencé les soins par la chimiothérapie à l'hôpital, et comme il était généreux avec le personnel, un infirmier lui a suggéré d'aller se faire soigner dans une clinique privée en lui disant qu'il ne bénéficiait pas de toute la dose de chimiothérapie nécessaire. »

Il faut souligner que ces conditions ont été à l'origine de changement des structure de soins du public vers le privé pour certains malades rencontrés, immédiatement choqués par les conditions de soins à l'hôpital, et pour d'autres après y avoir amorcé le traitement.

(2) L'incidence de l'entourage

L'attitude souvent négative de l'entourage envers les malades atteints du cancer se manifestait par :

- L'attitude souvent répréhensible et les comportements agressifs (maltraitance verbale ou rupture de fiançailles) du conjoint (mari ou fiancé) rapportés par certaines femmes atteintes du cancer ont confirmé les déclarations des médecins.
- La non divulgation décidée de la maladie aux amis, à la famille élargie et à la belle famille dans le but de se prémunir contre des manifestations de vengeance de certaines personnes avait comme conséquence la marginalisation ressentie par le malade.
- Le comportement alarmiste de la famille proche (pleurs, lamentations, pitié, etc.) qui exacerbe l'angoisse du malade.
- Les conseils prodigués au malade pour l'inciter à utiliser les produits traditionnels.

3.1.3 Point de vue des medecins

a) Perception de l'évolution de l'occurrence de la maladie et raisons explicatives

Les médecins affirment la découverte croissante cas de cancer avec une augmentation spectaculaire du cancer du poumon due à une consommation effrénée du tabac.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces faits :

- Un plus grand accès aux soins notamment dans les villes ;
- L'industrialisation générant pollution et consommation de produits dénaturés par l'usage de produits chimiques ;

- La consommation croissante de cigarettes (adjonction de la cible féminine aux effectifs) ;
- L'augmentation de l'espérance de vie qui accroît la probabilité de l'atteinte par le cancer ;
- L'augmentation de la population en effectif ;
- L'impact bien que limité des campagnes de sensibilisation conduites par les ONG, les associations ou groupes de médecins.

b) Niveau de gravité à la première consultation et facteurs explicatifs

La quasi-totalité des médecins rencontrés fait état de stades bien avancés de la maladie lors de la première consultation dans la grande majorité des cas. Il s'agit le plus souvent de catégories à faible niveau d'instruction et à faible pouvoir d'achat. Les explications avancées sont de plusieurs ordres :

- La précarité de ces populations fait que leurs efforts sont focalisés sur la satisfaction des besoins primaires, reléguant au second plan la visite au médecin, dans la mesure surtout où l'affection n'occasionne pas de douleur ou de gêne majeure.
- L'absence de couverture médicale constitue un frein supplémentaire même pour les individus plus sensibilisés et plus instruits.
- La peur générée par le caractère meurtrier du cancer agit comme un frein psychologique puissant avant que l'évolution des symptômes n'impose de façon impérative la visite au médecin.
- La méconnaissance des symptômes même les plus révélateurs de la maladie.

Si l'ensemble de ces explications est relatif aux attitudes et conditions de la population, il est important de souligner qu'une bonne partie des médecins spécialistes pointent du doigt le manque de formation et de perspicacité de certains médecins généralistes en matière de diagnostic de tumeurs malignes naissantes.

c)Profils des malades, comportements associés et freins à l'adhésion au traitement médical

Deux profils se distinguent essentiellement par le niveau d'instruction souvent corrélé au niveau de vie :

- Un profil minoritaire: le patient au niveau d'instruction relativement élevé se montre particulièrement atteint par la nouvelle, voire affolé. Cependant, cette première réaction laissera place le plus souvent à une volonté de compréhension de la maladie, accompagnée d'une adhésion sans faille au traitement.
- Un profil majoritaire: le patient de condition modeste et à faible niveau d'instruction, d'apparence moins alarmé par l'annonce de la maladie, et qui dans bon nombre de cas, disparaîtra définitivement et au mieux, s'éclipsera pour revenir quelques mois, voire quelques années plus tard avec un cancer avancé.

Les freins à l'adhésion au traitement médical sont d'après les médecins d'ordre culturel, objectif et liés à la démarche d'information du malade.

(1)Les freins culturels

Il s'avère en fait dans la plupart des cas que le patient a emprunté les circuits de la médecine traditionnelle avant de ré-envisager le traitement médical. Une grande révolte est perceptible dans le discours des médecins à ce propos car ils se trouvent impuissants devant des situations qui auraient pu être rattrapées. Ces comportements sont d'autant plus néfastes que certaines plantes absorbées, telles que l'aristoloche, s'avèrent fortement toxiques et constituent une véritable entrave au traitement médical.

(2) Les freins objectifs

Ils sont représentés par :

- La faiblesse des moyens matériels ;
- La non disponibilité des moyens de transport et d'hébergement dans les villes disposant de centres de traitement : « Certains malades habitant loin de Casablanca font leur première séance de chimiothérapie puis abandonnent. »

De façon générale, et même si les pourcentages de rémission n'ont pas pu être avancés par les médecins faute de statistiques disponibles, ceux-ci ajoutent que les guérisons définitives, s'agissant de cette catégorie de patients, relèvent de l'exception.

(3) Les freins liés à la démarche d'information du malade

La démarche d'information du malade telle que relatée par la plupart des médecins est basée sur une préparation progressive du malade et de sa famille, de sorte que la révélation de la maladie ne se fait clairement qu'à la deuxième voire la troisième visite. Cette approche serait motivée par la crainte de provoquer un choc chez le malade entraînant un abandon des soins médicaux.

En outre, les médecins nous ont fait part de la pression faite par la famille du malade pour que ne lui soit pas annoncée son atteinte par le cancer.

Au regard du manque d'information enregistré chez certains malades rencontrés et qui n'auraient appris leur maladie que beaucoup plus tard qu'elle n'ait été diagnostiquée et quelques fois par hasard, il apparaît que le médecin traitant cède parfois à la pression familiale en évitant une information explicite.

C'est précisément contre ce type de comportement médical que s'insurgent certains praticiens expérimentés, dont la position est en total désaccord avec cette approche, car ils estiment qu'une information rapide du malade, dans la mesure où elle est adaptée à son profil psychologique, est une condition obligatoire de mobilisation de ce dernier pour la guérison.

Ceux-ci reconnaissent avoir eux-mêmes, évolué quant à l'attitude à adopter par rapport au contenu de l'information en direction du malade.

« Je me souviens avoir cédé à la pression de la fille d'une patiente atteinte d'un cancer du sein pour ne pas lui annoncer la maladie. Le jour de l'opération, la patiente a refusé de rentrer dans le bloc opératoire en se justifiant du fait que son médecin ne lui a pas dit qu'elle avait quelque chose de grave. J'ai malheureusement perdu totalement de vue cette malade avant d'apprendre qu'elle était finalement décédée deux ans après cet incident. »

« Comment voulez-vous faire adhérer un malade à son traitement après une première séance de chimiothérapie, particulièrement douloureuse et éprouvante s'il ne sait pas qu'il est atteint d'une très grave maladie et que ce traitement est la seule issue ? »

wwval sur l'adhésion au Traitement

Le contexte dans lequel évolue le malade de condition modeste opère à son tour par un affaiblissement de ses dispositions à combattre la maladie.

Les facteurs évoqués de façon récurrente sont :

- L'effusion de conseils donnés par la famille élargie et les amis en matière de recettes traditionnelles et pour aller visiter fqih et marabout, détourne le malade du traitement médical de façon provisoire sinon définitive : « Le malade montre ses résultats d'analyse au charlatan qui lui prescrit un traitement. »
- Le comportement alarmiste de l'entourage dû à une sur-dramatisation de la maladie rétroagit négativement sur le moral du malade.
- L'attitude et le comportement constatés chez le conjoint dans ces milieux lorsque le cancer touche la femme mariée sont la marginalisation, l'agressivité, voire l'abandon, cette situation se soldant dans bien des cas par le divorce : « Il faut examiner le profil du mari avant de lui annoncer que sa femme a un cancer du col de l'utérus, car de par mon expérience, il était fréquent que la femme reçoive sa lettre de divorce pendant qu'elle se faisait encore traiter à l'hôpital. » (ex chef de service de gynécologie à l'hôpital).

e) Perception des moyens de traitement de la maladie au Maroc

L'ensemble des médecins s'accorde sur le fait que le matériel disponible dans les structures publiques n'est ni suffisant en nombre pour traiter la population atteinte, ni au diapason des dernières technologies en vigueur en occident.

Les effectifs insuffisants du personnel paramédical et sa formation souvent défaillante sur le plan technique et humain constituent une entrave sérieuse à la qualité du traitement et aux conditions psychologiques nécessaires au malade.

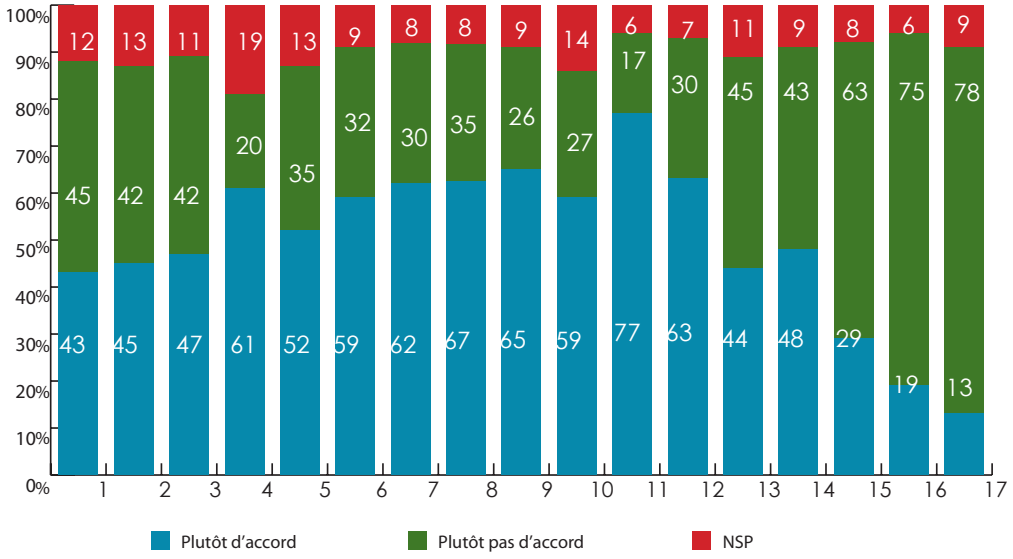
Les médecins se disent désarmés par rapport à l'embouteillage des prescriptions de diagnostics et traitements ne pouvant être réalisés en temps opportun faisant que les rendez-vous sont souvent fixés à des échéances bien lointaines, ce qui agit fatalement sur l'accentuation de la maladie : *« D'après nos évaluations, nous ne traitons à l'hôpital qu'un tiers de cancers existants, mais même avec ce tiers nous ne nous en sortons pas. »*

3.2 Resultats du volet quantitatif

3.1.2 Perception de la maladie du cancer

La figure 1 montre que plus de la moitié des participants à l'étude sont d'accord avec le faite que le cancer résulte de l'une des causes suivantes : un dérèglement au niveau des cellules, le stress, l'exposition au produits chimiques, la pollution, les produits chimiques contenus dans les aliments, le manque d'hygiène, l'arrêt brusque de l'allaitement pour le cancer du sein, le bain durant la période de menstruation pour le cancer du col de l'utérus et le tabac pour le cancer du poumon.

Figure 1 – Perception de la maladie du caner au Maroc, 2006



1 – le cancer est un virus

2 – le cancer est un microbe

3 – le cancer est un ver

4 – le cancer résulte d'un dérèglement au niveau des cellules

5 – le cancer est causé par le stress

6 – le cancer est causé par une exposition aux produits chimiques

7 – le cancer est causé par la pollution

8 – le cancer est causé par les produits chimiques contenus dans les aliments

9 – le cancer est causé par l'arrêt brusque de l'allaitement

10 – le cancer du col de l'utérus est causé par le bain durant la période de menstruation

11 – le cancer du poumon est causé par le tabac

12 – le cancer est causé par le manque d'hygiène

13 – les hommes de part leur constitution luttent plus facilement contre le cancer que les femmes

14 – les jeunes de part leur constitution luttent plus facilement contre le cancer que les vieux

15 – le cancer est une maladie contagieuse, elle se transmet lors des relations sexuelles

16 – le cancer est une maladie contagieuse, elle se transmet par la proximité avec la personne malade

17 – le cancer est une maladie véhiculée par les touristes

3.2.2. Estimation des chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc

D'après la figure 2, les chances de guérison de la maladie du cancer sont estimées différemment par les participants, 54% considèrent les chances de guérison faibles à très faibles et 38% estiment que ces chances sont moyennes.

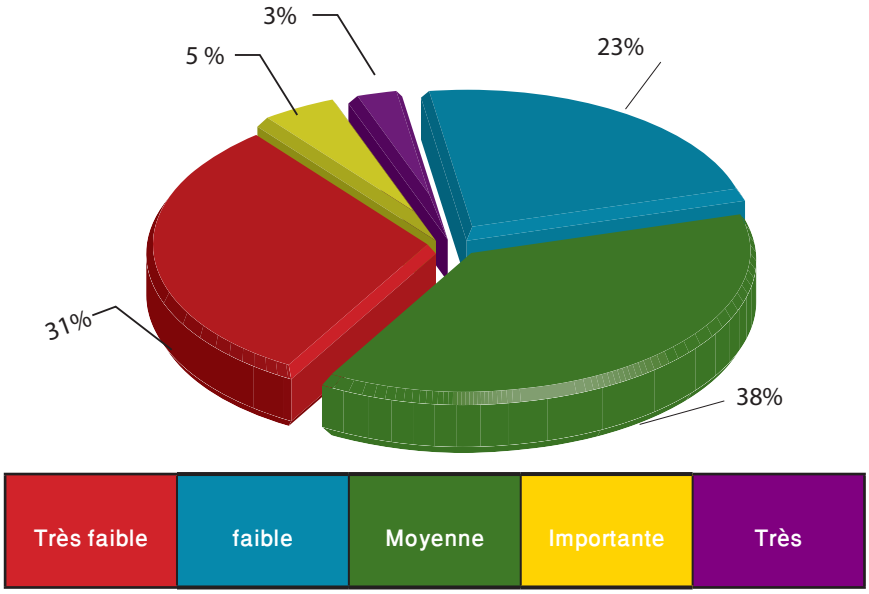


Figure 2-Estimation des chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc, 2006

En comparaison avec les pays développés, 77% des participants considèrent que les chances de guérisons sont inférieures par rapport aux pays développés (figure 3).

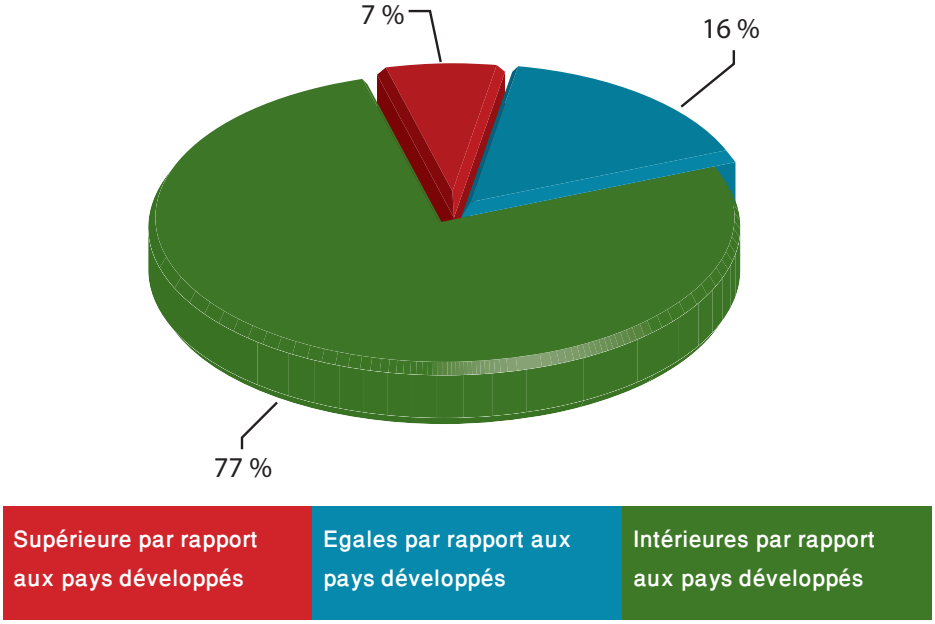


Figure 3- Évaluation des chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc par rapport aux pays développés, 2006

La figure 4 montre que 67 % des participants pensent que les chances de guérisons dépendent des moyens financiers et 28% pensent que les moyens financiers n'ont pas de poids sur les chances de guérison du cancer.

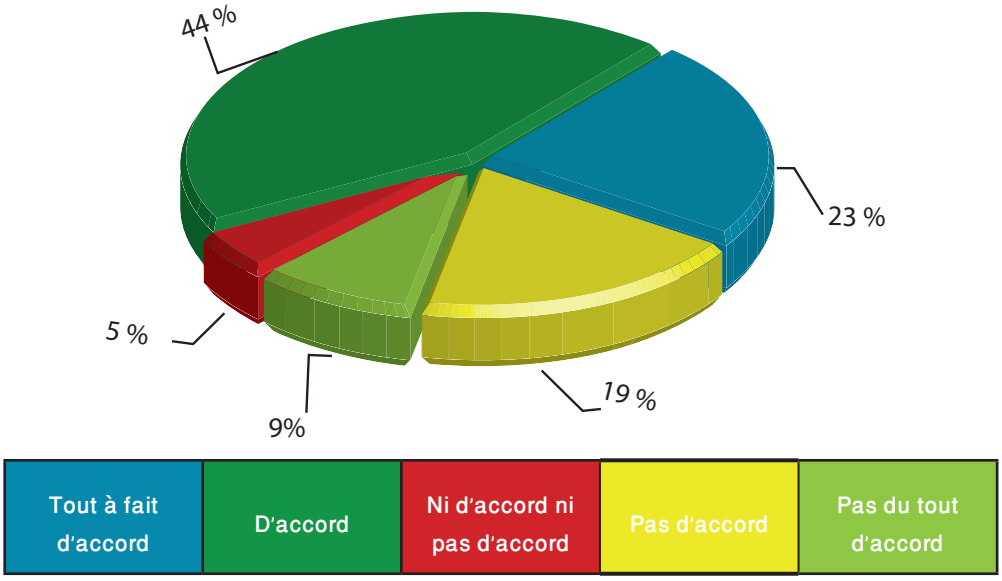


Figure 4- Poids des moyens financiers dans les chances de guérison de la maladie du cancer au Maroc, 2006

3.2.3. Perception des moyens de traitement de la maladie du cancer au Maroc.

Concernant la perception des moyens de traitement de la maladie, il y a une forte croyance à la médecine traditionnelle. En effet, Plus de la moitié des participants (53%) pensent que le cancer peut être traité par des préparations à base de miel et plantes, 51% par l'eau de Zem Zem, 33% par des piqûres d'abeilles, 14% par la visite des marabouts et 8% par le guérisseur (figure 5).

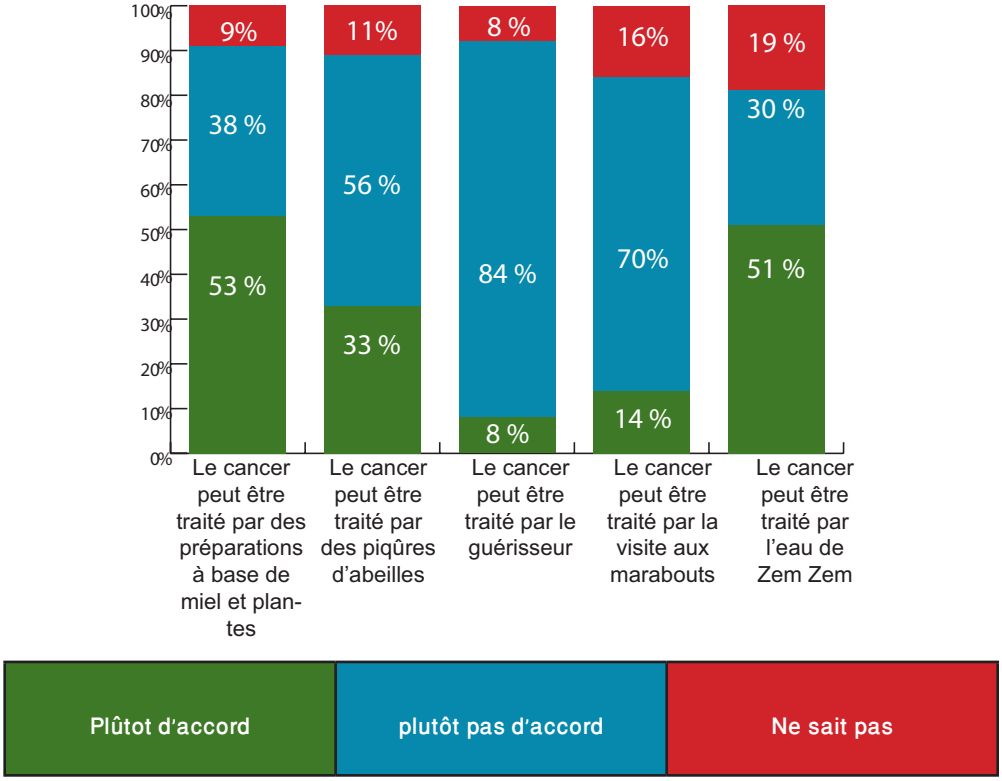


Figure 5- Crédibilité accordée aux moyens de traitement traditionnels du cancer, Maroc, 2006

L'adhésion à la médecine traditionnelle est plus marquée en milieu rural, puisque 51% des participants provenant du milieu rural ont déclarés qu'ils conseilleront la médecine traditionnelle comme remède, contre 17% en milieu urbain (figure 6).

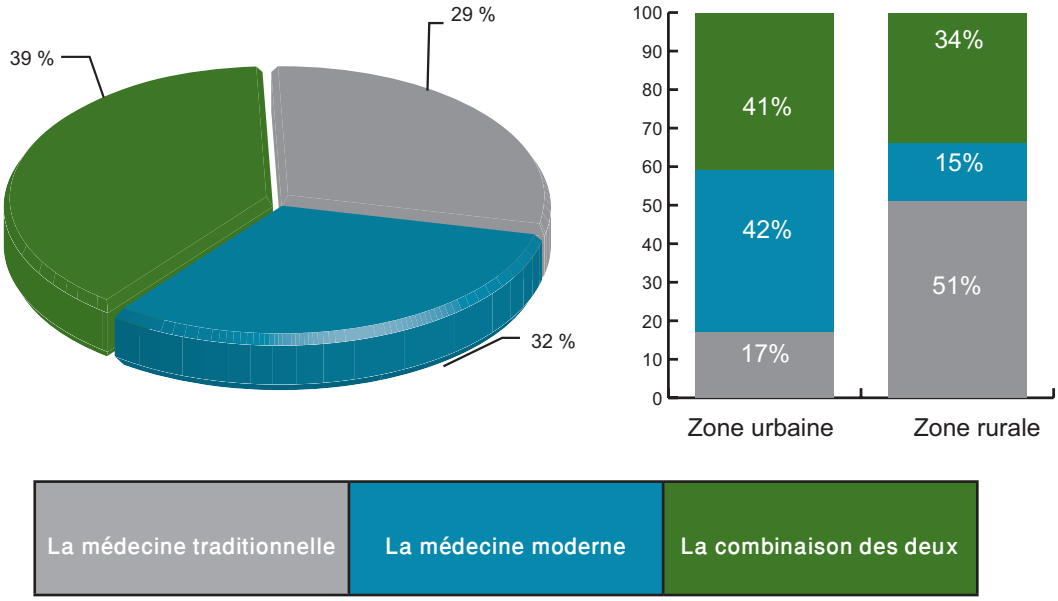


Figure 6- Remède du cancer conseillé par les participants selon le milieu de résidence, Maroc, 2006

Le recours à la médecine traditionnelle ne signifie pas nécessairement une conviction de son efficacité, puisque 67% des participants considèrent que le coût élevé de la médecine moderne pousse les malades vers la médecine traditionnelle (figure 7).

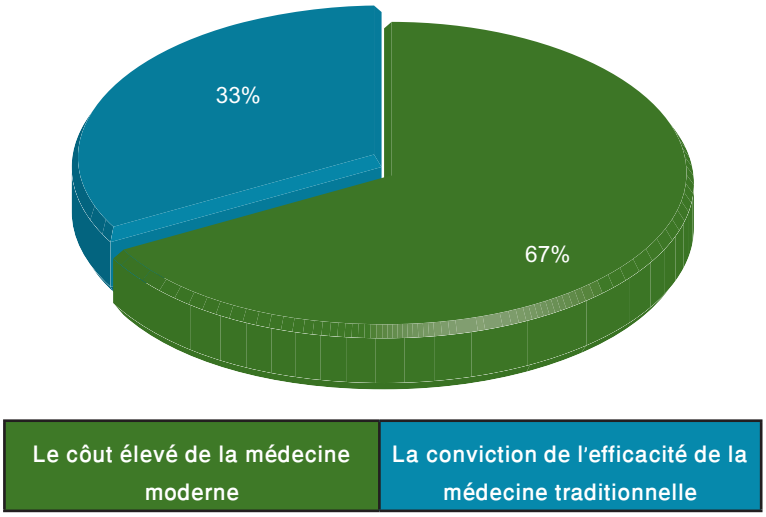


Figure 7- les causes de l'orientation vers la médecine traditionnelle pour traitement du cancer, Maroc, 2006

3.2.4. Perception du malade et comportement à son égard

est une maladie que l'on doit cacher, puisque, 44% pensent qu'il ne faut pas divulguer l'information à l'entourage et qu'il faut la restreindre à la petite famille, en raison du comportement souvent répréhensible de l'entourage et du fait que le cancer est une punition divine (20% des réponses). Une certaine proportion des personnes interrogées considèrent que le cancer est une

maladie contagieuse : 29% pensent qu'il faut isoler le malade, et 17% pensent qu'il y a un risque de contagion en mangeant avec le malade (figure 8).

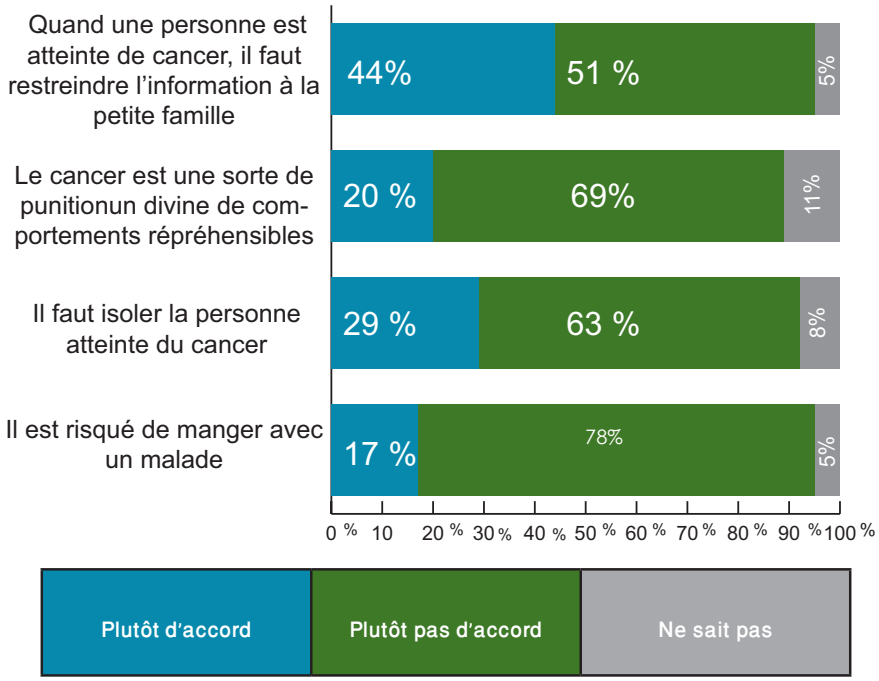


Figure 8- Perception du cancer et comportement à son égard , Maroc, 2006

3.2.5. Identification des freins majeurs au dépistage précoce

Le cancer est dans la majorité des cas, diagnostiqué tardivement avec des stades bien avancés lors de la première consultation. Ceci revient selon 82% des participants au manque de moyens financiers et l'absence de couverture médicale. D'autres rapportent le dépistage tardif du cancer à l'insuffisance d'information du malade ; ainsi, la moitié des participants ne savent pas où et vers qui s'orienter, 60% des participants attribuent ce retard à la méconnaissance des symptômes de la maladie même les plus révélateurs, et 52% à l'ignorance de l'intérêt du diagnostic précoce dans l'amélioration des chances de guérison (figure 9).

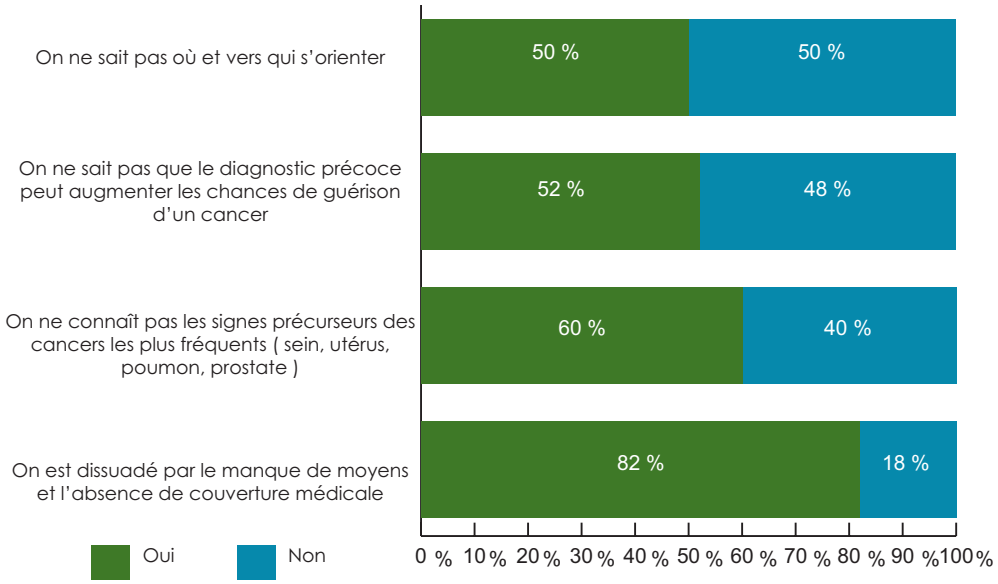


Figure 9- Identification des freins majeurs au dépistage précoce du cancer, Maroc, 2006

3.2.6. Identification des freins majeurs au suivi du traitement

L'adhésion au traitement médical reste faible. Ceci tient pour 76% des participants au manque de moyens financiers, pour 61% à l'éloignement des centres de traitement et la non disponibilité des moyens de transport et d'ébergement dans les villes disposant de centre de traitement. Mais 58% de ces participants attribuent le non suivi du traitement médical à la forte croyance à l'incurabilité de la maladie (figure 10).

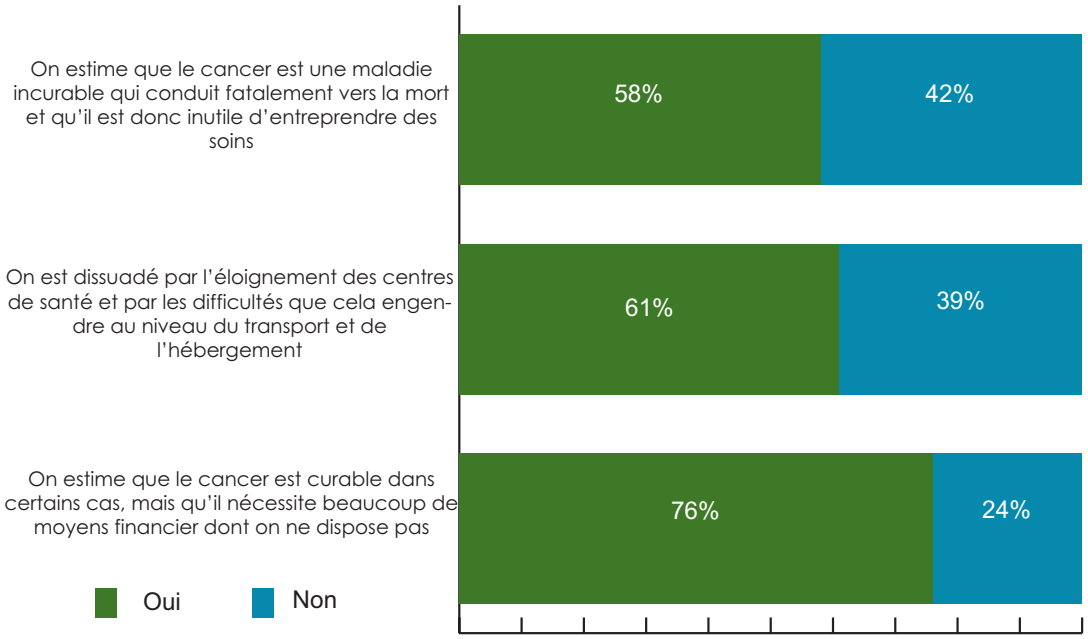


Figure 10- Identification des freins majeurs au suivi du traitement du cancer, Maroc, 2006 IV.

Conclusion

- La peur générée par le caractère meurtrier du cancer agit comme un frein psychologique puissant et entraîne un ensemble de comportements peu favorables à la guérison :
  - Inutilité perçue du traitement
  - Recours aux médecines traditionnelles
  - Rejet des malades
  - Manque de combativité
- Un déficit d'information à combler :
  - Méconnaissance des symptômes qui conduit à des consultations tardives
  - Des idées reçues et croyances à corriger
    - Sur la maladie et ses causes
    - Sur son traitement
- Une notion d'urgence à installer :
    - Réduire le taux de consultations tardives
    - Réduire à son strict minimum la période de flottement entre le diagnostic et le début du traitement
- L'attitude du corps médical à améliorer :
    - Incitation au développement du diagnostic chez les généralistes
    - Attitude de révélation de la vérité avec le malade
    - Qualité de la relation : écoute et humanisme à développer
- Restaurer des relations de confiance entre les malades et le système de soin en général
- Un entourage à éduquer
  - Le cancer n'est pas du tout contagieux
  - Aider le malade et non le marginaliser et le condamner
  - Ne pas se substituer aux conseils du corps médical
  - Plus globalement, il apparaît primordial de faire connaître une vérité : le cancer n'est pas toujours meurtrier; il peut être soigné si le diagnostic est précoce et le traitement approprié.

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

Démographie, perceptions et besoins

5

ETUDE DU PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DU CANCER

ANALYSE DE LA SITUATION

جمعيـة للا سلمـى لمحـاربـة داء السرطـان
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

www.contrelecancer.ma