

Déterminants culturels de l'accessibilité aux services d'oncologie : cas des femmes atteintes de cancer du sein .

Cultural determinants of access to oncology services: the case of women with breast cancer.

- **AUTEUR 1** : ACHEKOUD Mohammed,
- **AUTEUR 2** : SAIDI Abdelmajid,
- **AUTEUR 3** : SADGUI Rachid,
- **AUTEUR 4** : BOURHABA Othmane,

- (1)**: Docteur en sciences économiques Laboratoire d'Economie Appliquée de Meknès (LEAM)
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Meknès (FSJES)
Université Moulay Ismail (UMI).
- (2)**: (Professeur de l'Enseignement Supérieur -PES) : Laboratoire d'Economie Appliquée de Meknès (LEAM)
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Meknès (FSJES)
Université Moulay Ismail (UMI).
- (3)**: (Maître de conférences Habilité): Laboratoire d'Economie Appliquée de Meknès (LEAM)
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Meknès (FSJES)
Université Moulay Ismail (UMI).
- (4)**: (Enseignant-chercheur) : Laboratoire d'Economie Appliquée de Meknès (LEAM)
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Meknès (FSJES)
Université Moulay Ismail (UMI).

Conflit d'intérêt : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article : ACHEKOUD .M, SAIDI .A, SADGUI .R & BOURHABA .O (2026) «Déterminants culturels de l'accessibilité aux services d'oncologie : cas des femmes atteintes de cancer du sein »,

IJAME : Volume 02, N° 19 | Pp: 295 – 329.



DOI : 10.5281/zenodo.19475045
Copyright © 2026 – IJAME

RÉSUMÉ:

Le cancer du sein constitue aujourd'hui le cancer le plus fréquent chez les femmes, aussi bien dans le monde qu'au Maroc. Dans ce contexte, cette recherche s'intéresse à l'accessibilité aux services d'oncologie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein au centre d'oncologie de Meknès. Elle s'appuie sur le modèle conceptuel de Saurman (2015), inspiré des travaux de Penchansky et Thomas (1981), afin d'analyser les facteurs influençant l'accès aux soins, en mettant l'accent sur la dimension culturelle.

L'étude adopte une approche quantitative fondée sur une enquête par questionnaire auprès de patientes. L'analyse descriptive met en évidence quatre dimensions majeures de l'accessibilité culturelle : l'accès à l'information médicale, la qualité de la communication entre soignants et patientes, le niveau de sensibilisation à la maladie, ainsi que les barrières linguistiques et culturelles. Les résultats montrent que les connaissances des participantes sur les facteurs de risque et les pratiques de dépistage demeurent insuffisantes, ce qui limite l'accès équitable aux services oncologiques. L'étude souligne également que l'adaptation des informations médicales, la prise en compte des barrières linguistiques et des normes culturelles permettent de mieux cerner l'impact combiné de ces freins sur le parcours de soins et d'identifier les leviers d'action susceptibles d'améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

L'étude recommande ainsi de renforcer les actions du plan national de prévention et de contrôle du cancer, à travers des campagnes régulières de sensibilisation adaptées aux spécificités linguistiques et culturelles, ainsi que l'introduction de programmes d'éducation sanitaire dans les écoles et l'implication des associations de patientes.

MOTS CLES

Cancer du sein ; accessibilité aux soins ; déterminants culturels ; barrières linguistiques ; qualité de la prise en charge.

ABSTRACT:

Breast cancer is currently the most common cancer among women, both worldwide and in Morocco. In this context, this study examines accessibility to oncology services for women with breast cancer at the Meknes Oncology Center. It is based on Saurman's conceptual model (2015), inspired by the work of Penchansky and Thomas (1981), to analyze the factors influencing access to care, with particular emphasis on the cultural dimension.

The study adopts a quantitative approach, using a questionnaire administered to patients. The descriptive analysis highlights four major dimensions of cultural accessibility: access to medical information, the quality of communication between healthcare professionals and patients, disease awareness, and linguistic and cultural barriers. The results show that participants' knowledge of risk factors and screening practices remains insufficient, which limits equitable access to oncology services. The study also emphasizes that adapting medical information and taking linguistic barriers and cultural norms into account enable better understanding of the combined impact of these obstacles on the care pathway and the identification of levers for action likely to improve accessibility and the quality of care.

The study therefore recommends strengthening the National Cancer Prevention and Control Plan's actions through regular awareness campaigns tailored to linguistic and cultural specificities, as well as introducing health education programs in schools and involving patient associations.

KEYWORDS

Breast cancer; access to care; cultural determinants; linguistic barriers; quality of care.

1. Introduction

Le cancer constitue aujourd'hui l'un des principaux défis de santé publique à l'échelle mondiale, en raison de sa morbidité et de sa mortalité élevée, ainsi que de son impact socio-économique considérable. En 2018, on estimait à 18,1 millions le nombre de nouveaux cas et à 9,6 millions le nombre de décès attribuables à cette pathologie, représentant environ un décès sur six dans le monde. Cette charge est inégalement répartie : les pays à revenu faible et intermédiaire concentrent près de 70 % des décès, ce qui met en évidence d'importantes disparités en matière d'accès aux soins et de prise en charge.

Outre ses conséquences sanitaires, le cancer engendre un coût économique majeur, estimé à plus de 1 160 milliards de dollars annuels à l'échelle mondiale (Ministre de la Santé & fondation Lalla Salma, 2020; OMS, 2014).. Les projections à l'horizon 2040 indiquent une augmentation substantielle de l'incidence et de la mortalité, avec respectivement près de 29,5 millions de nouveaux cas et plus de 16,5 millions de décès attendus. Cette évolution reflète à la fois la transition démographique, le vieillissement de la population et l'exposition croissante aux facteurs de risque. Au Maroc, cette tendance mondiale se confirme. Selon les estimations de GLOBOCAN 2022, plus de 63 000 nouveaux cas de cancer ont été enregistrés, avec une incidence standardisée d'environ 150 cas pour 100 000 habitants (OMS, 2022). Le risque cumulatif de développer un cancer avant l'âge de 75 ans est estimé à 15,5 %, traduisant une progression notable de la maladie dans le contexte national.

Au regard de ces constats, le cancer du sein émerge comme un exemple particulièrement révélateur des limites du système de santé. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez les femmes à l'échelle mondiale, avec près de 1,7 million de nouveaux cas chaque année, soit environ un quart des diagnostics féminins (CIRC, 2020). Il constitue également la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, avec 522 000 décès par an, et demeure le cancer le plus létal dans 110 pays (Ciuba et al., 2022; Liu et al., 2020). À l'échelle internationale, d'importantes disparités subsistent : les pays à revenu élevé enregistrent un dépistage plus précoce et des taux de survie plus élevés, tandis que les pays à faibles ressources connaissent des diagnostics tardifs et des inégalités marquées d'accès aux traitements (OMS, 2010; Sayani, 2017).

Plusieurs facteurs contribuent à ces écarts, notamment les changements dans les comportements

reproductifs, l'augmentation de l'obésité, la sédentarité (Friedman-Eldar et al., 2022; Khalis, 2019; Rollet, 2021), mais surtout l'inégale capacité des systèmes de santé à assurer un dépistage efficace et une prise en charge accessible (Fjær et al., 2017; Marmot & Wilkinson, 2006). Les chiffres mettent en lumière, avec une acuité particulière, la nécessité d'adopter des stratégies plus efficaces et plus équitables pour la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer.

À partir de cette situation critique, il est donc indispensable d'intensifier les efforts visant à rendre les services de santé plus proches, plus abordables et plus inclusifs, tout en renforçant les investissements publics et privés dans la recherche en oncologie. Parallèlement, il convient de consolider les politiques de santé publique axées sur la réduction des facteurs de risque évitables - tels que le tabagisme, la sédentarité ou les déséquilibres alimentaires - qui contribuent largement à l'incidence du cancer (Ministre de la Santé & fondation Lalla Salma, 2020).

Ces constats confirment la pertinence du ciblage prioritaire du cancer du sein dans les politiques nationales de santé, ainsi que la nécessité d'adopter des stratégies plus efficaces et plus équitables pour la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer (OMS, 2022).

Toutefois, malgré la pertinence du modèle enrichi proposé par Saurman (2015) , la littérature présente certaines limites. En particulier, la dimension de sensibilisation reste encore insuffisamment explorée empiriquement, notamment dans les contextes à faibles ressources où les inégalités d'accès à l'information sont marquées. De plus, les interactions entre la sensibilisation et les autres dimensions de l'accès demeurent peu étudiées.

Dans ce contexte, la présente recherche vise à combler cette lacune en examinant le rôle des déterminants culturels dans l'accès au dépistage du cancer du sein, en mettant en évidence leurs mécanismes d'influence et leur articulation avec les autres dimensions de l'accès. Elle apporte ainsi une contribution à la fois empirique et analytique à la compréhension des inégalités d'accès aux soins.

Au cœur de cette problématique se trouve la question essentielle de l'accessibilité aux soins, un enjeu clé pour la justice sociale et la santé publique. L'accès équitable à des services de qualité, à un diagnostic précoce et à des traitements appropriés ne devrait en aucun cas varier en fonction du lieu de résidence, du revenu, du statut socioprofessionnel ou des références socioculturelles des femmes. Dans cette perspective, l'accessibilité dépasse ses dimensions géographiques, financières

ou organisationnelles pour inclure aussi une dimension culturelle : les perceptions de la maladie, les croyances, les normes sociales, la langue et le rapport au système de santé jouent un rôle majeur dans le recours au dépistage, l'adhésion aux traitements et la continuité des soins.

Ainsi, ces différents éléments mettent en évidence la complexité des facteurs en jeu et conduisent à formuler la question centrale suivante : **comment les déterminants culturels façonnent-ils l'accessibilité aux services d'oncologie pour les patientes atteintes de cancer du sein ?**

Afin d'y répondre, notre réflexion s'appuiera sur un cadre théorique rigoureux et sera guidée par trois hypothèses principales :

- Le manque d'accès à des informations médicales fiables et compréhensibles constitue un obstacle majeur à l'utilisation des services d'oncologie.
- L'insuffisance des campagnes de sensibilisation au cancer du sein présente un frein significatif à l'accessibilité et au recours aux services d'oncologie.
- Les difficultés de communication entre les professionnels de santé et les patientes, ainsi que les barrières linguistiques et culturelles, constituent des obstacles majeurs à l'accès aux services d'oncologie.

Pour répondre à cette problématique, la présente étude s'appuie sur une revue approfondie de la littérature. Elle adopte également une approche quantitative, menée auprès de femmes diagnostiquées positives pour un cancer du sein et poursuivant leur traitement au centre régional d'oncologie de Meknès.

2. Revue de littérature

La dimension culturelle de l'accessibilité occupe une place centrale dans l'analyse de l'accès aux soins des femmes atteintes d'un cancer du sein. Elle permet d'appréhender l'ensemble des facteurs symboliques, informationnels, linguistiques et relationnels susceptibles de faciliter ou, au contraire, de freiner le recours effectif aux services de santé. Dans le cas du cancer du sein, ces enjeux sont d'autant plus importants que le parcours thérapeutique est long, souvent émotionnellement éprouvant et jalonné d'étapes multiples — dépistage, diagnostic, traitement et suivi — susceptibles de générer des retards dans la prise en charge.

Cette revue de littérature vise ainsi à mettre en lumière le rôle de l'accès à l'information, de la communication soignant-patiente, de la sensibilisation, ainsi que des barrières linguistiques et

culturelles dans la prise en charge du cancer du sein.

2.1 L'accès à l'information médicale

L'accès à l'information médicale constitue un déterminant majeur de l'accessibilité culturelle. La littérature montre que l'enjeu ne réside pas uniquement dans la disponibilité de l'information, mais aussi dans sa qualité, sa lisibilité et son adaptation aux capacités des patientes. Dans cette perspective, R. Eng Thomas et al. (1998) soulignent les défis liés à l'accès universel à l'information sanitaire, à l'amélioration des connaissances en santé et à l'intégration de ces exigences dans la planification des systèmes de soins.

Ces travaux rejoignent ceux portant sur la littératie en santé, définie comme l'ensemble des compétences permettant d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'utiliser pour prendre des décisions appropriées en matière de santé (Sicotte et al., 1998). Cette notion ne renvoie donc pas uniquement à des aptitudes individuelles, mais également à la capacité du système de santé à rendre ses ressources compréhensibles et utilisables par les usagers (Ruel & Allaire, 2018).

Or, de nombreuses recherches montrent que les niveaux de littératie en santé demeurent insuffisants, notamment chez les personnes âgées, peu scolarisées, socialement vulnérables ou maîtrisant imparfaitement la langue du système de soins (Sørensen et al., 2015). Cette situation a des effets directs sur l'accès aux soins : un faible niveau de littératie est associé à une moindre participation aux programmes de dépistage, à un moindre recours à la prévention, à une plus faible observance thérapeutique et à un usage plus fréquent des services d'urgence (Bröder et al., 2018; Margat et al., 2018).

Dans le champ de l'oncologie, l'accès à l'information dépend fortement de la qualité des relations entre les patientes et les professionnels de santé. Les femmes atteintes d'un cancer du sein ont besoin d'informations claires sur leur diagnostic, les options thérapeutiques et les implications du traitement afin de pouvoir participer aux décisions qui les concernent. Or, plusieurs études montrent que cet accès peut être limité par la détresse émotionnelle, les difficultés de communication avec les soignants ou encore l'insuffisance des dispositifs d'information (Benbakhta et al., 2015; Campbell-Enns et al., 2017). Le manque de connaissances sur la maladie constitue ainsi une barrière importante, susceptible de retarder la recherche de soins et de

compromettre le diagnostic précoce, notamment chez les femmes à faible niveau d'instruction ou de revenu (Gonçalves et al., 2014; Sharma et al., 2012).

2.2 La communication entre professionnels de santé et patientes

La communication entre les professionnels de santé et les patientes constitue une autre composante essentielle de l'accessibilité culturelle. Une communication de qualité améliore la compréhension des informations médicales, renforce la confiance, soutient l'adhésion thérapeutique et favorise un recours plus approprié aux soins. À l'inverse, une communication défailante constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins et à leur continuité (Amery, 2017).

La littérature met en évidence l'importance de l'implication du patient dans la relation de soins et les dispositifs de santé, notamment dans les programmes de prévention et d'éducation thérapeutique (Ancelot & Depret, 2016; Jusot et al., 2019). Lorsque les patientes ne sont pas véritablement associés aux échanges, les risques de renoncement aux soins, de mauvaise compréhension des traitements et de faible observance augmentent (Després et al., 2011).

Dans le contexte marocain, plusieurs travaux montrent que l'insuffisance de communication entre soignants et patientes figure parmi les facteurs qui limitent l'accès effectif aux soins, aux côtés des coûts élevés, du manque de dépistage organisé et de la faible confiance envers les structures sanitaires (Heikel, 2020). Plus largement, la distance sociale et culturelle entre médecin et patient affecte la qualité de l'échange clinique, et, par conséquent, la qualité des soins délivrés (Petitclerc-Roche, 2013). Cass et al. (2002) montrent à cet égard que les incompréhensions dans la relation de soins résultent souvent d'un décalage entre les univers de référence du soignant et du patient, de la domination du registre biomédical, de l'absence de compréhension partagée et du manque de compétences interculturelles au sein du personnel de santé (Cass et al., 2002).

Dans le cas du cancer du sein, ces défaillances communicationnelles peuvent produire des effets particulièrement lourds : retards de traitement, redondance d'exams, désorganisation du parcours de soins, ainsi qu'une augmentation du stress et de l'anxiété chez les patientes (Gonçalves et al., 2014). La communication apparaît ainsi comme un levier central pour améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

2.3 La sensibilisation

La sensibilisation au cancer du sein joue également un rôle déterminant dans l'accessibilité culturelle, dans la mesure où elle contribue à améliorer les connaissances sur la maladie, à réduire les représentations erronées et à encourager le dépistage précoce. Toutefois, la littérature souligne que les campagnes de sensibilisation ne produisent des effets durables que si elles s'accompagnent d'un accès réel au diagnostic, au traitement et au suivi (Berdzuli, 2023) .

Plusieurs études montrent qu'une meilleure sensibilisation favorise la détection précoce et améliore le recours aux soins en temps opportun, ce qui augmente les chances de survie (Das et al., 2021; O'Mahony et al., 2017). Cet enjeu est particulièrement marqué dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les obstacles liés à la stigmatisation, au manque d'information et aux limites structurelles du système de santé demeurent importants (Bello, 2012). Ainsi, les campagnes médiatiques et communautaires peuvent jouer un rôle décisif dans la diffusion de l'information et la modification des comportements de recours aux soins (Nelson & Salawu, 2016).

Au Maroc, les campagnes de sensibilisation menées dans le cadre d'Octobre Rose s'inscrivent dans cette logique de promotion du dépistage et de la prise de conscience collective. Elles visent à informer les femmes sur l'importance du diagnostic précoce et à faciliter l'accès aux dispositifs de détection et de traitement (Bouchbika et al., 2012). En ce sens, la sensibilisation ne constitue pas seulement un outil de communication sanitaire, mais également un instrument de réduction des inégalités d'accès aux soins.

2.4 Les barrières linguistiques et culturelles

Les barrières linguistiques et culturelles constituent enfin l'une des expressions les plus manifestes de l'inaccessibilité culturelle. Elles affectent la compréhension mutuelle entre soignants et patientes, nuisent à la qualité de l'information échangée et contribuent à la production d'inégalités de soins (Couffinhal et al., 2004). Les travaux de Bowen (2001) montrent notamment que les barrières linguistiques augmentent le risque d'erreurs médicales, réduisent l'observance thérapeutique et accroissent les coûts de prise en charge (Bowen, 2001).

Ces constats ont été confirmés dans plusieurs contextes nationaux. La discordance linguistique entre le patient et le professionnel de santé compromet la qualité des interactions cliniques, limite l'expression des symptômes, fragilise la compréhension du diagnostic et altère l'adhésion au

traitement (Olani et al., 2023). Au Maroc, cette problématique concerne particulièrement les patientes analphabètes ou amazighophones, pour lesquelles la langue constitue un obstacle majeur à leur participation au processus thérapeutique. L'étude d'Elkhalloufi et al. (2023) montre que cette situation peut conduire à une implication limitée de la patiente, à une compréhension insuffisante de la maladie et à une prise en charge moins adaptée (Elkhalloufi et al., 2023).

Au-delà de la langue, les barrières culturelles renvoient aussi à des normes, des croyances et des pratiques qui influencent le recours aux soins. Le recours aux médecines traditionnelles, à la roqya ou aux plantes médicinales illustre la manière dont les références culturelles orientent parfois les trajectoires thérapeutiques, notamment lorsque ces alternatives sont perçues comme plus accessibles, plus abordables ou plus conformes aux représentations locales de la maladie (Gruénais & Guillermet, 2018) . Si ces pratiques peuvent constituer des ressources symboliques importantes pour les patientes, elles peuvent aussi retarder le recours aux soins biomédicaux lorsqu'elles s'y substituent.

Par ailleurs, certaines barrières culturelles sont liées aux rapports sociaux de genre. Dans le cas du cancer du sein, le caractère intime des consultations et des examens peut conduire certaines femmes à préférer des professionnelles de santé de sexe féminin. Cette préférence, documentée dans plusieurs études, tient à des considérations de pudeur, de confort relationnel et de confiance, et peut influencer l'acceptabilité même des soins (Janssen & Lagro-Janssen, 2012, p. 2016; Johnson et al., 2005; Rizk et al., 2005). Néanmoins, une revue systématique menée au Royaume-Uni auprès de femmes issues de minorités ethniques met en évidence cinq grands groupes de barrières au dépistage, parmi lesquels figurent explicitement les facteurs culturels, religieux et linguistiques, mais aussi les lacunes de connaissances et de sensibilisation ainsi que les dimensions émotionnelles et familiales (Bolarinwa & Holt, 2023).

Au total, la littérature met en évidence que la dimension culturelle de l'accessibilité constitue un déterminant fondamental de l'accès aux soins dans le cas du cancer du sein. Elle recouvre des enjeux étroitement liés à l'accès à l'information médicale, à la qualité de la communication entre soignants et patientes, à la sensibilisation à la maladie ainsi qu'aux barrières linguistiques et culturelles. Ces différents éléments montrent que l'accès effectif aux soins ne dépend pas uniquement des ressources matérielles ou de l'organisation de l'offre, mais également de la

capacité du système de santé à reconnaître la diversité des profils, des langues, des références culturelles et des besoins informationnels des patientes.

Dans cette perspective, l'accessibilité culturelle apparaît comme une dimension indispensable à intégrer à l'analyse des inégalités de soins. Elle permet de mieux comprendre pourquoi certaines femmes, bien qu'exposées aux mêmes dispositifs de prise en charge, rencontrent des difficultés spécifiques dans leur parcours thérapeutique. Elle constitue ainsi une variable explicative pertinente pour analyser, dans la partie empirique de cette recherche, les obstacles à l'accès aux soins des femmes atteintes du cancer du sein.

3. Méthodologie

Cette étude repose sur un questionnaire structuré visant à analyser les conditions d'accès aux soins chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. La première partie du questionnaire recueille des informations sur la situation socio-professionnelle des participantes (âge, niveau d'éducation, revenus, situation professionnelle, couverture maladie et lieu de résidence) afin de mieux comprendre les déterminants socio-économiques influençant le recours aux soins. La seconde partie porte sur l'accessibilité informationnelle et culturelle, en examinant la disponibilité et la compréhension des informations médicales, les barrières linguistiques, les obstacles culturels et la qualité de la communication entre les patientes et les professionnels de santé.

Le questionnaire, précédé d'un message garantissant l'anonymat et l'usage scientifique des données, a été élaboré à partir d'une revue de la littérature afin d'en assurer la validité scientifique. L'étude cible des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein et suivies au Centre d'oncologie de Meknès depuis 2014. L'échantillonnage utilisé est un échantillonnage de convenance, adapté au contexte hospitalier. L'enquête a été menée auprès de 364 patientes, une taille d'échantillon déterminée en fonction des contraintes logistiques et financières tout en permettant une analyse pertinente des données (Creswell & Creswell, 2018).

L'étape du dépouillement des données, essentielle dans le cadre de notre étude sur l'accessibilité des femmes atteintes de cancer du sein aux services d'oncologie, a débuté par la création d'une matrice sur SPSS. Celle-ci a permis de structurer et d'organiser les informations recueillies à travers les questionnaires administrés. La codification des réponses, associée à la numérotation de chaque questionnaire, a facilité le contrôle et la correction d'éventuelles omissions. Cette phase,

qui s'est prolongée sur trois mois, a été menée avec rigueur afin de constituer une base fiable pour l'analyse statistique.

En parallèle, le questionnaire a été élaboré à l'aide de l'application Sphinx. Les réponses ont ensuite été codifiées et numérotées. La saisie, menée sur près de trois mois, a abouti à une base de données exploitable et cohérente.

L'analyse a ensuite été effectuée à l'aide de SPSS (version 27)

4. Résultats

L'enquête réalisée auprès de 364 femmes atteintes du cancer du sein a mis en lumière des disparités significatives dans leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques.

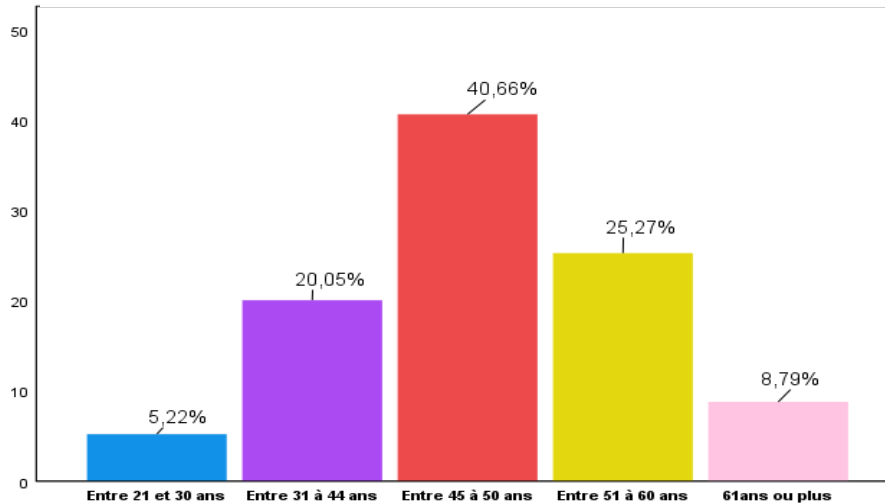
4.1 Caractéristiques sociodémographiques et économiques.

a) La composition par âge, situation matrimoniale et niveau d'instruction

L'enquête réalisée auprès de 364 femmes atteintes du cancer du sein met en évidence une forte concentration des cas dans les tranches d'âge intermédiaires, avec 40,7 % des participantes âgées de 45 à 50 ans et 25,3 % entre 51 et 60 ans. Ces deux catégories regroupent ainsi plus des deux tiers de l'échantillon, confirmant que la maladie touche majoritairement les femmes d'âge moyen, souvent en pleine activité professionnelle et familiale. Les femmes de 31 à 44 ans, qui représentent 20,1 % de l'échantillon, sont également significativement touchées, ce qui souligne l'importance du dépistage précoce et de la sensibilisation auprès de cette population encore active sur le marché du travail.

En revanche, les femmes plus jeunes, âgées de 21 à 30 ans, sont peu représentées, ne représentant que 5,2 % des cas. Cette faible proportion peut être attribuée à une moindre incidence du cancer du sein chez les jeunes adultes, mais elle souligne également la nécessité d'une vigilance accrue pour détecter les cas précoces et prévenir les formes agressives de la maladie dans cette tranche d'âge. À l'autre extrémité du spectre, les femmes de 61 ans et plus représentent 8,8 % de l'échantillon, ce qui peut s'expliquer par une diminution de la participation aux dépistages systématiques ou par des diagnostics tardifs.

Figure 1: Répartition des femmes par tranches d'âge



Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Nous constatons que la majorité des femmes concernées par cette pathologie se trouvent en âge actif, avec des responsabilités professionnelles et familiales, ce qui rend crucial un accompagnement spécifique adapté à leur situation.

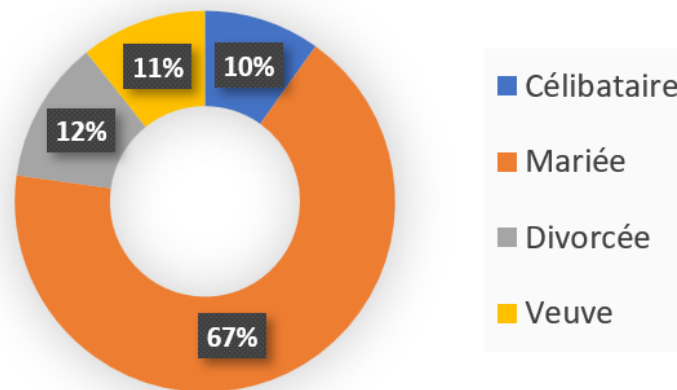
En ce qui concerne le niveau d'instruction, cette analyse révèle une prédominance de personnes ayant un faible niveau d'instruction. En effet, 44,8 % des participantes n'ont reçu aucune instruction, tandis que 36 % ont un niveau d'éducation primaire, ce qui représente ensemble plus de trois quarts de l'échantillon. Ces chiffres soulignent une vulnérabilité accrue face à la compréhension des informations médicales et à l'accès aux soins de santé.

Les femmes ayant atteint le niveau collégial représentent 8 % de l'échantillon, tandis que celles ayant poursuivi leurs études jusqu'au lycée et à l'université représentent respectivement 5,5 % et 5,8 %. Ces faibles proportions indiquent que l'accès à des niveaux d'éducation plus avancés reste limité, ce qui peut avoir un impact sur leur autonomie dans la gestion de leur maladie et sur leur capacité à naviguer dans le système de santé.

Les informations recueillies montrent la nécessité d'adopter des stratégies de communication adaptées, en utilisant des supports accessibles et compréhensibles pour les patientes peu instruites, afin de renforcer les efforts de sensibilisation et d'accompagnement et d'améliorer l'accès à l'information sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du sein.

L'analyse de la situation matrimoniale des 364 femmes enquêtées montre que la majorité des femmes atteintes du cancer du sein, soit 67 % (245 femmes), sont mariées. Cette prédominance met en évidence le rôle important que le conjoint peut jouer dans la prise en charge de la maladie, tant sur le plan émotionnel que sur le plan financier. Cependant, cette situation peut aussi engendrer des défis liés à la dépendance financière ou aux responsabilités familiales qui peuvent limiter l'accès aux soins.

Figure 2: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale



Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Les femmes divorcées représentent 12 % (44 femmes) de l'échantillon, ce qui souligne une vulnérabilité potentielle accrue en l'absence de soutien conjugal. Elles peuvent faire face à des difficultés économiques et sociales qui compliquent leur accès aux soins de santé et leur capacité à gérer leur parcours thérapeutique de manière autonome.

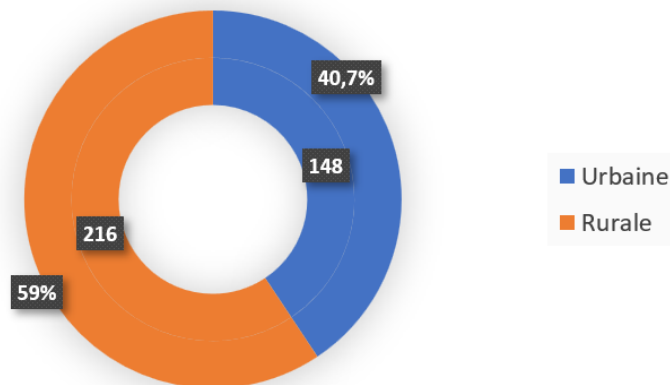
Les veuves, représentant 11 % (39 femmes) de l'échantillon, sont également dans une situation potentiellement précaire, souvent confrontées à des défis financiers et à l'isolement social, ce qui peut affecter leur suivi médical et leur bien-être psychologique.

Enfin, les femmes célibataires représentent 10 % (36 femmes). Cette catégorie peut faire face à des défis spécifiques, notamment en matière de soutien moral et d'aide quotidienne.

b) Le lieu de résidence

La répartition des femmes atteintes du cancer du sein selon leur lieu de résidence montre une prédominance du milieu rural, avec 59,3 % des cas (216 femmes), contre 40,7 % en milieu urbain (148 femmes).

Figure 3: Répartition des femmes selon le lieu de résidence



Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Ce constat s'inscrit dans une dynamique plus large liée aux contraintes de mobilité que rencontrent les femmes vivant en zones rurales. En effet, la disponibilité limitée des moyens de transport, l'éloignement des structures de soins et les normes socioculturelles qui restreignent parfois les déplacements des femmes seules constituent des obstacles majeurs à l'accès rapide et continu aux services oncologiques. Ces facteurs combinés accentuent les inégalités territoriales et rendent l'accès aux soins encore plus complexe pour les patientes rurales.

Nous pouvons constater que ces contraintes à forte dimension territoriale peuvent entraîner des retards dans le diagnostic ainsi que dans la prise en charge thérapeutique, et entraver de manière significative les chances d'un traitement précoce et efficace. Elles peuvent également freiner le suivi régulier tout au long du parcours de soins, ce qui limite l'adhésion aux consultations, aux traitements successifs et aux contrôles nécessaires à une prise en charge optimale.

c) La situation financière des femmes enquêtées

Cette section vise à analyser la situation financière des femmes interrogées, en s'appuyant sur trois axes principaux : leur niveau de revenu des ménages, leur appartenance à une catégorie socioprofessionnelle (CSP) et leur accès à une couverture médicale.

L'analyse des données révèle que la majorité des femmes atteintes de cancer du sein vit dans des ménages à revenu modeste. Cette situation témoigne d'une vulnérabilité économique marquée. En effet, 78,30 % des femmes déclarent un revenu inférieur à 5 000 DH, dont 42,31 % perçoivent moins de 3 000 DH, ce qui constitue la tranche la plus représentée. Cette forte concentration dans les tranches de revenus les plus basses suggère que ces femmes et leurs familles rencontrent des difficultés financières susceptibles d'affecter leur accès aux soins médicaux et aux traitements nécessaires. En revanche, seuls 3,57 % des ménages bénéficient d'un revenu compris entre 7 000 DH et 10 000 DH, ce qui indique une faible proportion de ménages financièrement plus à l'aise.

Tableau 1:la répartition selon le revenu des ménages

Tranche	Fréquence	%	% cumulé
Moins de 3000 dh	154	42,31%	42,31%
Entre 3001 dh et moins de 5000 dh	131	35,99%	78,30%
Entre 5000 dh et moins de 7000 dh	66	18,13%	96,43%
Entre 7000 dh et moins de 10000 dh	13	3,57%	100,00%
Total	364	100,00%	

Source : Enquête (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025) SPSS v 27.0

En ce qui concerne la répartition des femmes atteintes de cancer du sein selon les données socioprofessionnelles, celle-ci met en évidence des inégalités marquées entre les catégories. Les employées (29,1 %), les femmes de foyer (25,3 %) et les travailleuses indépendantes (22,8 %) constituent les groupes les plus représentés, ce qui met en lumière une forte prévalence chez les femmes actives. Les agricultrices (14 %) reflètent les défis spécifiques aux zones rurales, notamment l'éloignement des structures de santé et les contraintes financières.

Tableau 2: Répartition des femmes selon la CSP

	Effectifs	%
Employée	106	29,1%
Femme de foyer	92	25,3%
Travailleuse indépendante	83	22,8%
Agriculteuse	51	14,0%
Etudiante	11	3,0%
Retraitée//pensionnaire	8	2,2%
Cadres, professions sup	7	1,9%
Sans emploi	6	1,6%
Total	364	100%

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Les étudiantes (3 %) sont peu touchées ; les retraitées/pensionnaires (2,2 %), les cadres et professions supérieures (1,9 %) et les femmes sans emploi (1,6 %) constituent les groupes les moins représentés.

Concernant la couverture médicale des femmes atteintes de cancer du sein, nous constatons une prédominance marquée de l'AMO TADAMOUN (ex-RAMED), avec 184 cas, soit 50,5 % de l'échantillon. Ce régime, qui a remplacé le RAMED fin 2022, illustre l'importance de ce système pour les populations économiquement vulnérables, en leur offrant un accès essentiel aux soins. Les femmes affiliées à la CNSS, représentant 29,7 %, constituent le deuxième groupe le plus important, ce qui témoigne de la couverture des travailleuses salariées dans les secteurs formels.

Tableau 3: Répartition des femmes selon la couverture en assurance maladie

	Effectifs	%
CNSS	108	29,7%
CNSS AMO TADAMOUN EX RAMED	184	50,5%
CNOPS	45	12,4%
MAFAR	27	7,4%
Total	364	100,0%

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Les affiliées à la CNOPS (12,4 %) et à la MAFAR (7,4 %) représentent une proportion plus réduite, principalement en raison du fait que le centre d'oncologie ne couvre pas la prise en charge des médicaments.

4.1 Résultats de l'analyse statistique descriptive

Cette analyse statistique descriptive porte sur quatre dimensions clés influençant l'accessibilité culturelle des patientes atteintes de cancer du sein : l'accès à l'information médicale, la qualité de la communication entre les professionnels de santé et les patientes, le niveau de sensibilisation à la maladie et les barrières linguistiques et culturelles. Ces dimensions s'inscrivent dans des cadres théoriques reconnus, notamment le modèle de l'accès aux soins de Penchansky et Thomas (Penchansky & Thomas, 1981), complété par le modèle d'Emily Saurman (Saurman, 2015), qui met un accent particulier sur la dimension de l'« acceptabilité » comme élément central de l'accès aux services de santé.

a) Facteur 1 : Accès à l'information médicale

L'accès à des informations claires et compréhensibles sur le parcours de soins des femmes atteintes du cancer du sein semble poser des difficultés à une majorité de patientes.

Tableau 4: Répartition des participantes selon leur niveau de facilité d'accès à des informations claires et compréhensibles sur leur parcours de soins

Modalités de réponse	N	%
Très difficile	27	7,4 %
Difficile	186	51,1 %
Moyennement difficile	63	17,3 %
Facile	79	21,7 %
Très facile	9	2,5 %
Total	364	100 %

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

À la lecture de ces résultats, la majorité des répondantes estime qu'il est difficile d'accéder à des informations claires et compréhensibles sur leur parcours de soins (par exemple, leur dossier médical). En effet, 51,1 % jugent cet accès « difficile » et 7,4 % « très difficile », soit un total de 58,5 % qui expriment une difficulté notable. À l'inverse, seuls 21,7 % trouvent cet accès « facile » et 2,5 % « très facile », soit 24,2 % de réponses positives. Par ailleurs, 17,3 % estiment que c'est « moyennement difficile », ce qui témoigne d'une perception intermédiaire.

Globalement, les procédures actuelles d'accès à l'information médicale ne sont pas perçues comme suffisamment claires ou simples par une large part des répondantes, ce qui peut constituer un frein à l'accessibilité et à la transparence des soins.

Tableau 5: Répartition des participantes selon leur degré d'accord concernant l'exhaustivité des informations fournies sur les traitements disponibles

Modalités de réponse	N	%
Pas du tout d'accord	7	1,9 %
Plutôt pas d'accord	170	46,7 %
Neutre	105	28,8 %
Plutôt d'accord	78	21,4 %
Tout à fait d'accord	4	1,1 %
Total	364	100 %

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

En ce qui concerne la complétude des informations sur les traitements disponibles, près de la moitié des répondantes (48,6 %) estiment que les informations sur les traitements du cancer du sein ne leur sont pas fournies de manière complète, contre seulement 22,5 % qui se disent satisfaits. Un peu plus d'un quart (28,8 %) adoptent une position neutre.

Tableau 6: Répartition des participantes selon la disponibilité des documents d'information médicale dans des formats adaptés

Modalités de réponse	N	%
Non disponibles	13	3,6 %
Rarement disponibles	120	33,0 %
Parfois disponibles	143	39,3 %
Souvent disponibles	80	22,0 %
Toujours disponibles	8	2,2 %
Total	364	100 %

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Enfin, la disponibilité des documents d'information médicale dans des formats adaptés (papier, numérique, etc.) est également un point à améliorer. 33 % des patientes déclarent que ces documents sont rarement disponibles. Bien que 39,3 % estiment qu'ils sont parfois disponibles,

alors que le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer prévoit des mesures de production et de diffusion de supports d'information adaptés, la diversification des canaux de communication et le renforcement de l'éducation sanitaire pour garantir aux patientes une information claire, complète et accessible tout au long de leur parcours de soins.

b) Facteur 2 : Communication : Professionnels de soins - Patientes

L'analyse des 5 items relatifs à la compréhension des informations fournies par les professionnels de santé met en évidence des résultats contrastés.

La majorité des répondantes (44,8 %) estime que les réponses à leurs questions ne sont ni du tout compréhensibles ni détaillées, tandis que 28,8 % les jugent peu claires. Nous constatons un déficit important de communication entre les professionnels de santé et les patientes, ce qui pourrait nuire à la qualité des soins et à la confiance des patientes.

En ce qui concerne le temps consacré à l'explication des traitements, les résultats sont également préoccupants. Près de 60 % des répondantes estiment que les professionnels de santé ne prennent pas du tout ou peu de temps pour expliquer des aspects comme l'hygiène de vie ou l'alimentation. Seulement 15,7 % des patientes considèrent que ces explications sont bien ou très bien fournies. Ce qui pourrait compromettre l'efficacité de l'éducation thérapeutique, entraînant un impact négatif sur l'adhésion aux traitements et, par extension, sur la gestion globale de la maladie.

Tableau 7: Analyse des quatre items relatifs au facteur “Communication entre professionnels de santé et patientes”

Items	Pas du tout (%)	Peu (%)	Modérément (%)	Bien (%)	Très bien (%)
Item1: Réponses compréhensibles et détaillées	44,8	28,8	11	12,4	3
Item2 : Temps pour expliquer le traitement	13,5	46,2	24,7	14,6	1,1
Item3 : Clarté des informations médicales	17,3	40,7	27,5	13,5	1,1
Item4 : Explication du parcours de soins	17,9	42,9	24,5	12,6	2,2

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Quant au troisième item relatif à la clarté des informations médicales communiquées par les professionnels de santé, il est également mis en question. Plus de la moitié des répondantes (58 %) jugent que ces informations sont pas du tout ou peu claires, tandis que seulement 14,6 % les trouvent bien ou très bien expliquées. Cette ambiguïté dans la transmission des informations médicales peut entraîner des incompréhensions, voire des erreurs dans la prise en charge des patientes, notamment dans des situations complexes telles que le cancer du sein.

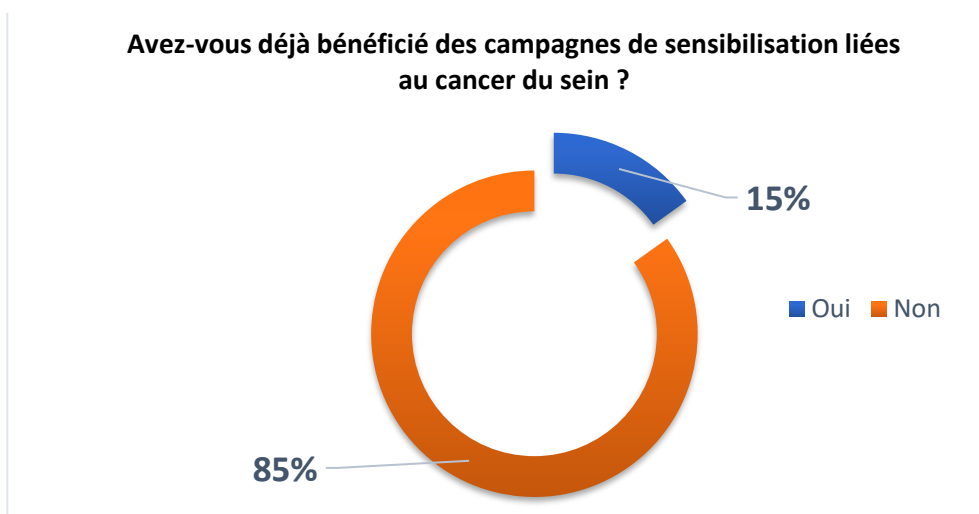
Enfin, concernant l'explication détaillée du parcours de soins, les résultats montrent une tendance similaire. Environ 60,7 % des répondantes estiment que les professionnels de santé expliquent pas du tout ou peu clairement le déroulement des soins, contre seulement 14,8 % qui jugent ces explications bien ou très bien faites.

En résumé, ces corrélations montrent que le niveau d'instruction des patientes influence positivement leur perception de la communication médicale, et que la clarté des explications, le temps consacré aux patientes et la compréhension du parcours de soins sont étroitement liés.

c) Facteur 3 : La sensibilisation

L'analyse des données met en évidence un faible taux de participation aux campagnes de sensibilisation au cancer du sein, ce qui limite l'atteinte des objectifs fixés par le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC).

Figure 4: Participation des femmes aux campagnes de sensibilisation :



Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Pour le premier item relatif à la participation aux campagnes de sensibilisation, les résultats montrent qu'une très grande majorité des répondantes (84,9 %) déclarent ne jamais avoir bénéficié des campagnes dédiées au cancer du sein, tandis que seulement 15,1 % y ont effectivement participé. Ce faible taux de participation, malgré les efforts importants déployés par la Fondation Lalla Salma en matière de prévention et de sensibilisation, traduit une insuffisance notable dans la diffusion de ces actions de sensibilisation, particulièrement auprès des femmes les plus vulnérables, notamment celles vivant en milieu rural et ayant un faible niveau d'instruction.

Ce constat rejoint les conclusions précédemment établies concernant le rôle de proximité limité des ESSB (Établissements de Soins de Santé de Base) dans les activités de prévention et de sensibilisation, ainsi que les contraintes structurelles de l'offre de soins. La littérature souligne d'ailleurs que la disponibilité et l'implication du personnel paramédical dans l'éducation sanitaire constituent des déterminants majeurs pour améliorer la sensibilisation au dépistage du cancer du sein, en particulier dans les contextes à ressources limitées (Das et al., 2021; Nelson & Salawu, 2016; O'Mahony et al., 2017). Ainsi, la faible exposition des patientes aux campagnes reflète des lacunes organisationnelles déjà relevées dans notre revue de la littérature, ainsi que dans plusieurs travaux nationaux et internationaux.

Ceci est confirmé par les résultats du deuxième item, qui montrent que l'évaluation des campagnes de sensibilisation et de prévention concernant le cancer du sein est globalement négative. En effet, plus de la moitié des répondantes (50,5 %) jugent ces campagnes de très faible qualité, tandis que 29,7 % les considèrent comme faibles, ce qui témoigne d'une nette insuffisance quant à leur efficacité et à leur impact sur le public cible.

En revanche, le 3^e item relatif à l'évaluation de l'écoute, de l'accompagnement, du soutien moral et de l'hébergement fournis par la Fondation Lalla Salma est globalement positif. Une majorité des répondantes (37,6 %) jugent ces services très bons, et 23,9 % les considèrent comme bons. Cela montre que la fondation joue un rôle important dans le soutien des patientes tout au long de leur parcours de soins, avec une perception largement favorable de ses services.

d) Facteur 4 : Barrières linguistiques et culturelles

L'analyse des trois items retenus dans ce facteur - l'adaptation des informations médicales, les barrières linguistiques et les normes culturelles - permet ainsi de mieux cerner l'impact combiné

de ces freins sur le parcours de soins et d'identifier les leviers d'action pour améliorer l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

Tableau 8: Synthèse des trois items relatifs au facteur “Barrières linguistiques et culturelles”

Réponse	Item 1 : Informations médicales adaptées (%)	Item 2 : Barrières linguistiques (%)	Item 3 : Normes culturelles (%)
Jamais	1,4	1,1	10,2
Rarement	7,7	5,8	11,8
Parfois	6,9	11	15,4
Souvent	32,4	62,6	14,8
Très souvent	51,6	19,5	47,8

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Dans le contexte marocain, marqué par une importante diversité linguistique et culturelle (arabe dialectal, amazigh, arabe,....), une majorité significative des répondantes, soit 51,6 %, estime que les informations médicales sont très souvent adaptées à leurs besoins culturels et linguistiques. Ce résultat reflète les efforts déployés par les professionnels de santé pour adapter leur communication aux réalités socioculturelles des patientes, notamment en recourant à des langues accessibles et à des références culturellement appropriées. Par ailleurs, 32,4 % des répondantes déclarent que cette adaptation est souvent efficace, ce qui confirme une prise en compte régulière des spécificités linguistiques et culturelles dans la transmission de l'information médicale. Cependant, une minorité non négligeable (9,1 %) indique que ces adaptations sont rarement ou jamais prises en compte, ce qui souligne la nécessité de renforcer ces pratiques afin de garantir une prise en charge inclusive et équitable pour toutes les femmes.

Pour les femmes atteintes de cancer du sein, les barrières linguistiques semblent constituer un obstacle majeur à l'accès aux soins. En effet, 62,6 % des répondantes déclarent que ces barrières souvent limitent leur accès aux soins, et 19,5 % estiment que c'est très souvent le cas. Il est donc crucial de mettre en place des solutions, telles que des services de traduction ou des médiateurs culturels, pour surmonter ces obstacles.

Enfin, les normes culturelles, notamment la présence de médecins et d'infirmiers hommes, sont

perçues comme un frein à l'accès aux soins pour de nombreuses femmes. Près de la moitié des répondantes (47,8 %) estiment que ces normes limitent très souvent leur accès aux soins, et 14,8 % déclarent que c'est souvent le cas. Seuls 10,2 % affirment que cela n'arrive jamais. Cela justifie l'influence des préférences culturelles et des tabous liés au genre dans la relation patient-médecin, en particulier dans des contextes où la pudeur et la confidentialité sont primordiales.

4.2 Analyse et discussion de la dimension culturelle

L'analyse des qualités de représentation dans cette matrice des composantes montre que les facteurs présentant des coefficients d'extraction plus élevés sont mieux représentés par la première composante extraite. En particulier, le facteur 01 (Accès à l'information médicale) avec un coefficient de 0,669, le facteur 02 (Communication : Professionnels de soins - Patientes) avec un coefficient de 0,609, et le facteur 03 (La sensibilisation) avec un coefficient de 0,580, Ces trois facteurs traduisent l'importance des mécanismes informationnels et relationnels dans la structuration de l'accessibilité des femmes atteintes de cancer du sein au CRO. En revanche, le facteur 04 (Barrières linguistiques et culturelles) présente un coefficient d'extraction de 0,316, ce qui suggère qu'il est moins bien représenté par cette composante et indique que ce facteur joue un rôle moindre ou plus complexe dans l'analyse des données.

Tableau 9: qualité de représentation des variables liées à la dimension culturelle

Qualités de représentation		
	Initiales	Extraction
Facteur 01 : Accès à l'information médicale	1,000	,669
Facteur 02 : Communication : Professionnels de soins - Patientes	1,000	,609
Facteur 03 : La sensibilisation	1,000	,580
Facteur 04 : Barrières linguistiques et culturelles	1,000	,316
Méthode d'extraction : analyse en composantes principales.		

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Comme le montre le tableau, la variance totale expliquée par la première composante est de 50,358

%, ce qui constitue un excellent résultat, indiquant que cette composante peut expliquer plus de la moitié de la variance observée dans les données. Les autres composantes expliquent respectivement 20,629 % pour la composante 2 et 17,734 % pour la composante 3, portant la variance totale expliquée par ces trois premières composantes à 88,720 %. La composante 4 explique 11,280 % de la variance supplémentaire, ce qui permet à l'ensemble des composantes extraites d'expliquer 100 % de la variance des données.

Tableau 10: variance totale expliquée des variables liées à la dimension culturelle

Variance totale expliquée						
Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	2,014	50,358	50,358	2,014	50,358	50,358
2	,825	20,629	70,987			
3	,709	17,734	88,720			
4	,451	11,280	100,000			
Méthode d'extraction : analyse en composantes principales.						

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Cette matrice présente les coefficients associés à chaque facteur de la première composante. Le facteur 01 (Accès à l'information médicale) obtient un coefficient de 0,793, ce qui indique qu'il est fortement corrélé à la première composante. Le facteur 02 (Communication : Professionnels de soins - Patientes) présente un coefficient de 0,768, ce qui suggère également une forte corrélation avec la première composante. Le facteur 03 (La sensibilisation) a un coefficient de 0,693, ce qui indique qu'il est bien représenté, mais exerce une influence modérée par rapport aux autres facteurs. En revanche, le facteur 04 (Barrières linguistiques et culturelles) présente un coefficient négatif de -0,562, ce qui suggère une relation inverse avec la première composante et indique que ce facteur pourrait être perçu différemment par les répondantes.

Tableau 11: matrice des composantes des variables liées à la dimension culturelle

Matrice des composantes	
	Composante 1
Facteur 01 : Accès à l'information médicale	,793
Facteur 02 : Communication : Professionnels de soins - Patientes	,768
Facteur 03 : La sensibilisation	,693
Facteur 04 : Barrières linguistiques et culturelles	-,562
Méthode d'extraction : analyse en composantes principales.	
a. 1 composantes extraites.	

Source : Enquête personnelle SPSS v 27.0 (01 Octobre 2024 au 31 Mars 2025)

Les résultats de notre analyse confirment que l'accès à l'information médicale est une dimension centrale de l'accessibilité aux soins, avec une forte qualité de représentation (66,9 %). Ces résultats concordent avec plusieurs travaux qui soulignent l'importance cruciale de l'information comme levier d'équité et de participation active des patientes au système de santé (De Castro et al., 2023; Kane et al., 2023; Margat et al., 2018; Ruel & Allaire, 2018; Sørensen et al., 2015).

De même, la communication entre professionnels de santé et patientes émerge comme un facteur déterminant (60,9 % de variance expliquée). Ce résultat s'inscrit dans la lignée d'études qui mettent en évidence que la qualité du dialogue et de la relation thérapeutique conditionne directement la compréhension, l'adhésion et la continuité des soins (Petitclerc-Roche, 2013; Cass et al., 2002; Gonçalves et al., 2014; Legido-Quigley et al., 2019).

Enfin, la sensibilisation constitue un facteur pertinent, avec une variance expliquée de 58 %. Bien que moins représentée que les deux dimensions précédentes, elle s'inscrit dans le modèle conceptuel de Saurman, qui l'ajoute aux dimensions classiques de l'accessibilité pour en souligner la valeur explicative. Son importance est par ailleurs confirmée par des résultats empiriques qui mettent en avant son rôle dans l'adoption des comportements de prévention et dans l'amélioration de l'accès effectif aux soins (Bello, 2012; Bouchbika et al., 2012; Das et al., 2021; O'Mahony et al., 2017).

L'analyse factorielle met en évidence que les barrières linguistiques et culturelles constituent un

obstacle déterminant à l'accessibilité des femmes atteintes de cancer du sein au centre d'oncologie de Meknès, avec une charge négative notable (-0,562) et une qualité de représentation relativement faible (0,316). En comparaison, d'autres dimensions comme l'accès à l'information médicale (0,669), la communication soignant-patiente (0,609) et la sensibilisation (0,580) présentent des valeurs plus élevées.

Cette faiblesse de représentation statistique ne réduit toutefois en rien l'importance de ce facteur, qui possède un caractère transversal puisqu'il interfère avec l'accès à l'information, la communication et la sensibilisation, mais également avec d'autres facteurs relevant des différentes dimensions de l'accessibilité aux soins. Il conditionne, de manière implicite mais décisive, l'efficacité des autres dimensions de l'accessibilité aux soins, dans la mesure où il reflète une réalité spécifique au contexte étudié.

En effet, 60 % des participantes sont issues du milieu rural, 44,8 % n'ont reçu aucune instruction et 36 % disposent seulement d'un niveau primaire, ce qui traduit une faible littératie en santé. Ces caractéristiques renforcent l'effet limitant des barrières linguistiques et culturelles, qui entravent la compréhension des informations médicales, retardent la recherche de soins et fragilisent l'adhésion aux protocoles thérapeutiques. De plus, la distance entre le langage biomédical et celui des patientes, associée à certains tabous socioculturels autour du cancer du sein, accentue les difficultés de communication et accroît la dépendance vis-à-vis des proches pour la médiation des échanges, compromettant l'autonomie décisionnelle des femmes.

Conclusion :

Cette étude a révélé que le niveau de connaissance des participantes concernant les facteurs de risque et les pratiques de dépistage du cancer du sein demeure insuffisant. Cette faiblesse montre non seulement un déficit d'information, mais également de la nécessité de renforcer l'impact du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) ainsi que du programme national de détection précoce déjà existant. Dans cette perspective, il apparaît pertinent d'instaurer un planning régulier de communication et de sensibilisation, organisé de manière hebdomadaire ou mensuelle, et déployé au sein de l'ensemble des structures sanitaires. Ce dispositif contribuerait à diffuser des messages adaptés aux spécificités linguistiques, à corriger les représentations erronées et à accroître la participation des femmes aux campagnes de dépistage (Guezguez et al., 2023).

Par ailleurs, l'introduction d'un programme d'éducation sanitaire dans les établissements scolaires constituerait un levier stratégique à long terme (CSMD, 2021). Une telle initiative permettrait non seulement de développer une culture de prévention dès le plus jeune âge, mais également de sensibiliser les générations futures à l'importance du dépistage et à l'adoption de comportements favorables à la santé. Cette double approche – communautaire et éducative – renforcerait la portée et l'efficacité des actions du PNPCC.

Dans ce cadre, le rôle d'acteurs institutionnels et communautaires, notamment celui de la Fondation Lalla Salma et des associations de patientes, s'avère particulièrement important pour renforcer l'accompagnement social, améliorer l'orientation des femmes dans le système de santé et atténuer les inégalités d'accès. Dès lors, une approche intégrée, inclusive et centrée sur les besoins réels des patientes constitue une condition essentielle pour promouvoir une prise en charge de cancer du sein plus équitable, plus efficace et plus résiliente.

En résumé, notre étude confirme que plusieurs facteurs limitent l'accès aux services d'oncologie :

- Le manque d'accès à des informations médicales fiables et compréhensibles constitue un obstacle majeur, nécessitant la mise en place de supports éducatifs adaptés.
- L'insuffisance des campagnes de sensibilisation freine le recours aux services d'oncologie, ce qui souligne l'importance d'intensifier les programmes de prévention et de communication publique.
- Les difficultés de communication entre professionnels de santé et patientes, ainsi que les

barrières linguistiques et culturelles, rappellent que l'amélioration de l'accompagnement et de la formation des professionnels est essentielle pour garantir un accès équitable aux soins.

Références

- Amery, R. (2017). Le manque de communication dans les soins de santé autochtones. *Medical Journal of Australia*, 207(1), 13-15. <https://doi.org/10.5694/mja17.00042>
- Ancelot, L., & Depret, M.-H. (2016). Le renoncement aux soins chez les femmes enceintes : Une analyse empirique à partir de l'Enquête nationale périnatale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64, S97. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.002>
- Bello, M. (2012). La sensibilisation est la première étape dans la lutte contre le cancer du sein. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(3), 164-165. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.030312>
- Benbakhta, B., Tazi, M., Benjaafar, N., Khattabi, A., & Maaroufi, A. (2015). Déterminants des délais patient et système de santé des femmes atteintes d'un cancer du sein au Maroc, 2013. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 63(3), 191-201. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.03.121>
- Berdzuli, N. (2023). Breast cancer: From awareness to access. *BMJ*, p290. <https://doi.org/10.1136/bmj.p290>
- Bolarinwa, O. A., & Holt, N. (2023). Barriers to breast and cervical cancer screening uptake among Black, Asian, and Minority Ethnic women in the United Kingdom: Evidence from a mixed-methods systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09410-x>
- Bouchbika, Z., Serhier, Z., Sahraoui, S., Bennani-Othmani, M., & Benider, A. (2012). Stade du cancer du sein lors du diagnostic : Impact des campagnes de sensibilisation: *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 43(4), 269-275. <https://doi.org/10.3917/pos.434.0269>
- Bowen, S. (2001). *Language barriers in access to health care*.
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., Okan, O., Osborne, R., Pelikan, J., Rootman, I., Rowlands, G., Nunes-Saboga, L., Simmons, R., Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Velardo, S., & Wills, J. (2018). Position Statement on Health Literacy : A practical vision for a health literate world. *Global Health Promotion*, 25(4), 79-88. <https://doi.org/10.1177/1757975918814421>
- Campbell-Enns, H. J., Woodgate, R. L., & Chochinov, H. M. (2017). Barriers to information provision regarding breast cancer and its treatment. *Supportive Care in Cancer*, 25(10), 3209-3216.

<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3730-8>

Cass, A., Lowell, A., Christie, M., Snelling, P. L., Flack, M., Marrnganyin, B., & Brown, I. (2002). Partager les histoires vraies : Améliorer la communication entre les patients autochtones et les professionnels de la santé. *Medical Journal of Australia*, 176(10), 466-470. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04517.x>

CIRC, C. international de recherche sur le C. (2020). *Rapport biennal 2018-2019* (p. 165). OMS. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Biennial-Reports/CIRC-Rapport-Biennal-2018-2019-2020>

Ciuba, A., Wnuk, K., Nitsch-Osuch, A., & Kulpa, M. (2022). Health Care Accessibility and Breast Cancer Mortality in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13605. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013605>

Couffinhal, A., Tubeuf, S., & Dourgnon, P. (2004). Outils de mesure des inégalités de santé : Quelques débats d'actualité. *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 163-171. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1008>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Pubns.

CSMD. (2021). *Le Nouveau Modèle de Développement* (p. 170) [RAPPORT GENERAL]. la Commission Spéciale sur le Modèle de Développement (CSMD).

Das, A. K., Biswas, S. Kr., Bhattacharya, A., & Alam, E. (2021). Introduction au cancer du sein et sensibilisation. *2021 7th International Conference on Advanced Computing and Communication Systems (ICACCS)*, 227-232. <https://doi.org/10.1109/ICACCS51430.2021.9441686>

De Castro, M. S. M., Nunes De Oliveira, T., & Louzada Carvalho, D. (2023). Cancer du sein au Brésil : Conditions sociales et accès aux soins de santé. In S. Sözen & S. Emir (Éds.), *Breast Cancer Updates*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.109852>

Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins : Une approche socio-anthropologique. *Série Statistiques – Document de travail de la Drees*, (169), 8.

Elkhalloufi, F., Boutayeb, S., Lamrani Alaoui, Y., Nmari, A., & Errihani, H. (2023). Access to healthcare among Moroccan Breast Cancer Patients : Experience of the National Institute of Oncology in Rabat. *Journal of Clinical Case Reports Medical Images and Health Sciences*, 3(4).

<https://doi.org/10.55920/JCRMHS.2023.03.001129>

Fjær, E. L., Stornes, P., Borisova, L. V., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017). Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups : Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 82-89. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw219>

Friedman-Eldar, O., Burke, J., De Castro Silva, I., Baumrucker, C. C., Valle, F., Lessard, A.-S., Kassira, W., Franceschi, D., Kesmodel, S. B., Avisar, E., Goel, N., & Möller, M. G. (2022). Statut d'assurance et disparités dans la reconstruction mammaire après mastectomie. *Breast Cancer Research and Treatment*, 194(2), 327-335. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06639-8>

Gonçalves, L. L. C., Travassos, G. L., Almeida, A. M. D., Guimarães, A. M. D. N., & Gois, C. F. L. (2014). Barriers in health care to breast cancer : Perception of women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 394-400. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300002>

Gruénais, M.-É., & Guillermet, É. (2018). Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du " premier délai ". *Insaniyat*, (80-81), 71-89. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.19213>

Guezguez, A., Kaabia, O., & Abdessayed, N. (2023). LE CANCER DU SEIN MULTIPLE SYNCHRONE IPSILATÉRAL : PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE. *Revue Marocaine de Santé Publique*, Vol. 10, No 17 (2023). <https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/37333>

Heikel, J. (2020). *Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc*. UNIVERSITE SORBONNE PARIS NORD.

Janssen, S. M., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics : A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 89(2), 221-226. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.034>

Johnson, A. M., Schnatz, P. F., Kelsey, A. M., & Ohannessian, C. M. (2005). Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists? A study of patient gender preference. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 105(8), 369-379.

Jusot, F., Carré, B., & Wittwer, J. (2019). Réduire les barrières financières à l'accès aux soins: *Revue française d'économie*, Vol. XXXIV(1), 133-181. <https://doi.org/10.3917/rfe.191.0133>

Kane, H., Baumgart, J. G., & Denis, F. (2023). Les soins oncologiques de support : Une ressource

inégalement mobilisée face au cancer. *Sciences sociales et santé*, 41(4), 5-31.
<https://doi.org/10.1684/sss.2023.0258>

Khalis, M. (2019). *Les facteurs de risque de cancer du sein chez les femmes marocaines dans la région Fès, Maroc* [Phdthesis, Université de Lyon]. <https://theses.hal.science/tel-02881688>

Liu, L., Kawashima, M., & Toi, M. (2020). Breast cancer in global health : Beyond diversity and inequality. *International Journal of Surgery: Global Health*, 3(6), 32.
<https://doi.org/10.1097/GH9.0000000000000032>

Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., De Andrade, V., & Azogui-Levy, S. (2018). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : Une revue de la littérature: *Santé Publique*, Vol. 29(6), 811-820. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0811>

Marmot, M. G., & Wilkinson, R. G. (Éds.). (2006). *Social determinants of health* (2nd ed). Oxford University Press.

Ministre de la Santé, & fondation Lalla Salma. (2020). *Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2020-2029*.
https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Plan_National_de_Prevention_et_de_Controlle_du_Cancer_2020-2029_VF_MAJ.pdf

Nelson, O., & Salawu, A. (2016). Utilisation efficace des campagnes de sensibilisation médiatique pour le traitement du cancer du sein chez les femmes : Une étude comparative. *Journal of International Women's Studies*, 17, 160-173.

Olani, A. B., Olani, A. B., Muleta, T. B., Rikitu, D. H., & Disassa, K. G. (2023). Impacts of language barriers on healthcare access and quality among Afaan Oromoo-speaking patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 23(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09036-z>

O'Mahony, M., Comber, H., Fitzgerald, T., Corrigan, M. A., Fitzgerald, E., Grunfeld, E. A., Flynn, M. G., & Hegarty, J. (2017). Interventions visant à sensibiliser les femmes au cancer du sein. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011396.pub2>

OMS. (2014). *WHO position paper on mammography screening*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/137339>

- OMS. (2022). *Morocco – Globocan 2022* (No. Iarc; Global Cancer Observatory). <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/504-morocco-fact-sheet.pdf>
- OMS, O. M. D. L. S. (2010). *Stratégie régionale pour le renforcement des systèmes de santé et soins de santé primaires*. Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249055>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Petitclerc-Roche, S. (2013). *Influence de la précarité sur la prise en charge médicale* [Doctorat d’Etat en Médecine, option Médecine Générale]. Nantes.
- Rizk, D. E. E., El-Zubeir, M. A., Al-Dhaheiri, A. M., Al-Mansouri, F. R., & Al-Jenaibi, H. S. (2005). Determinants of women’s choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(1), 48-53. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00705.x>
- Rollet, Q. (2021). *Analyse contextuelle des inégalités sociales et territoriales de participation au dépistage organisé du cancer du sein en France (étude multi-sites sur 43 départements français)*. Caen Normandie.
- Ruel, J., & Allaire, C. (avec Santé publique France & Université du Québec en Outaouais). (2018). *Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible*. Santé publique France.
- Saurman, E. (2015). Améliorer l’accès : Modifier la théorie de l’accès de Penchansky et Thomas. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39. <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Sayani, A. (2017). Socially based inequities in breast cancer care : Intersections of the social determinants of health and the cancer care continuum. *Critical Studies: An International and Interdisciplinary Journal*, 13(1), 24-36. <https://doi.org/10.51357/cs.v13i1.129>
- Sharma, K., Costas, A., Shulman, L. N., & Meara, J. G. (2012). Une étude systématique des obstacles aux soins du cancer du sein dans les pays en développement entraînant une présentation tardive des patients. *Journal of Oncology*, 2012, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2012/121873>
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., Denis,

J. L., Bilodeau, H., Langley, A., & Brémond, M. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11(1), 24-41.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. V. D., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe : Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>