

**La pratique des soins palliatifs à Marrakech :cas du Centre Hospitalier  
Universitaire Mohammed VI**  
***The practice of palliative care in Marrakesh : case of University Hospital  
Center Mohammed VI***

ممارسة الرعاية التلطيفية في مراكش : حالة مستشفى محمد السادس الأقاليمي

ElAdlani S.<sup>1</sup>, Elgouli K.<sup>1</sup>, A. Aboukassim.<sup>1</sup>, Kanbaoui Y.<sup>1</sup> et Lamtali S.<sup>1</sup>

1-Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé Marrakech (ISPITS-M)

Auteur correspondant : Saloua Lamtali saloualamtali@gmail.com

---

### Résumé

Le Maroc, comme les autres pays du monde, s'est inscrit dans l'élan international en mettant dans ses priorités les soins palliatifs. En 2016, à Marrakech, une unité des soins palliatifs a été ouverte au niveau du CHI Med VI pour accompagner les patients atteints du cancer.

Le but de l'étude est de décrire la pratique des soins palliatifs à l'hôpital Ibn Tofail, le service d'oncologie-hématologie CHI Med VI et Dar Elhayat à Marrakech et ce, chez les femmes hospitalisées ayant le cancer du col utérin et du sein. Il s'agit d'une étude descriptive quantitative qui s'est intéressée à toute la population cible. La collecte des données a été effectuée par des questionnaires destinés aux personnels et aux femmes ayant un cancer de col utérin ou du sein. Puis, les données sont saisies et traitées par le logiciel SPSS.

Les résultats ont démontré que les soins palliatifs se résument dans la dimension thérapeutique (les antalgiques). Les visites à domicile ne répondent pas aux attentes des patientes et aux perceptions du personnel soignant. Il est à noter également, l'organisation défavorable du local, l'insuffisance des ressources humaines et matériels et l'absence d'un plan de formation continue, d'accompagnement et de soutien pour le personnel soignant.

**Les mots clés :** Soins palliatifs, pratique, cancer du col utérin, cancer du sein.

### Abstract

Morocco, like other countries in the world, has become part of the international momentum by prioritizing palliative care. In 2016, in Marrakech, a palliative care unit was opened at the CHI Med VI to support cancer patients.

The aim of the study is to describe the practice of palliative care at Ibn Tofail Hospital, the oncology-hematology department CHI Med VI and Dar Elhayat in Marrakesh, for hospitalized women with cervical and breast cancer.

This is a quantitative descriptive study that has focused on the entire target population. Data collection was done by questionnaires for staff and women with cervical or breast cancer. Then, the data is entered and processed by the SPSS software.

The results showed that palliative care can be summarized in the therapeutic dimension (analgesics). Home visits do not meet the expectations of patients and the perceptions of caregivers. It should also be noted, the unfavorable organization of the local, the lack of human and material resources and the lack of a plan for ongoing training, support and support for the nursing staff.

**Key words:** Palliative care, practice, cervical cancer, breast cancer.

## Introduction

Les progrès dans le domaine de la santé en résultent des modifications dans le profil des pathologies observées dans le Monde. Autrement dit, cette évolution a permis l'éradication de la plupart des maladies infectieuses et l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques telles que les cancers (OMS, 2003). Suite à cette transition épidémiologique la population mondiale a connu une augmentation de l'espérance de vie, de ce, la question de fin de vie est devenue une préoccupation médicale (Ministère chargé de la santé France, 2013). Par conséquent, la médecine palliative s'est construite généralement pour les patients atteints de Cancer (Goldwasser et Vivan, 2014).

Selon l'OMS (2013), le cancer a fait en 2005 plus de 7,5 millions de victimes dans le monde, dont 75% dans les pays à faible et moyen revenus. Dans la population féminine mondiale, le cancer des seins a provoqué en 2005 près de 260 000 décès, avec une incidence de 1,6 millions de 2010 (OMS, 2013). Tandis que le cancer du col utérin est le deuxième cancer dans la dite population, il présente représente 12,8 % de l'ensemble des cancers des femmes (OMS, 2013).

L'incurabilité des cancers induit le besoin de la médecine palliative (Goldwasser et Vivan, 2014). L'importance des soins palliatifs décrite par Goldwasser et Vivan, en 2014 corrobore avec les directives de l'OMS en 2007 « Et dans le cas d'un cancer à un stade avancé, de bons soins palliatifs permettent de soulager la douleur ». Pour la mise en œuvre des soins palliatifs, l'OMS a présenté des modèles simples et peu onéreux à intégrer dans le système de santé à l'échelon mondial y compris les pays en développement (OMS, 2007). Malheureusement, 86% des personnes qui ont besoin de soins palliatifs n'en bénéficient pas et 83% de la population mondiale n'a pas accès au soulagement de la douleur (OMS, 2014).

Le début des soins palliatifs était dans les années soixante, à l'Angleterre pour les patients atteints du cancer (Bond, Lavy et Wooldrige, 2008). L'instigatrice des soins palliatifs est Cicely Saunders (1967) en Grande Bretagne (Ribau et Marmet, n.d). Pour élaborer la démarche des soins palliatifs, elle a développé en premier lieu le construit « Total Pain » qui signifie douleur globale ou souffrance globale, que ce soit une douleur physique ; émotionnelle ; sociale ; ou spirituelle si elle n'est pas prise en considération la

douleur ne sera pas soulagée malgré la prise en charge thérapeutique (Bond, Lavy et Wooldrige, 2008).

L'OMS (2002) a défini les soins palliatifs comme : «des soins qui cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés».

En effet, les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluridisciplinaire, selon une démarche globale et individualisée et ce, pour (a) prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en charge les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée ; (b) limiter la survenue de complications et (d) limiter les ruptures de prises en charge en veillant sur la bonne coordination entre les différents acteurs du soin (Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2009 ;

la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 2016).

Le paradigme des soins palliatifs implique donc une démarche holistique qui prend en charge la personne dans sa totalité et considère la maladie un phénomène complexe (Bond, Lavy et Wooldrige, 2008). Etant donné que les soins palliatifs ont une dimension holistique, ils ne sont pas offerts uniquement aux personnes dans la fin de leur vie mais pour soulager et améliorer la qualité de leur vie (Bond, Lavy et Wooldrige, 2008 ; INPES, 2009). De plus, ces soins ne se limitent pas aux patients, ils s'étendent à leurs familles voire après leur décès (Bond, Lavy et Wooldrige, 2008 ; INPES, 2009 ; Ribau et Marnet, n.d).

Un autre principe est pris en considération lors de la mise en application des soins palliatifs, il s'agit de l'accompagnement (l'attention, l'écoute active et le réconfort) de la personne et son entourage (Bond, Lavy et Wooldrige, 2008 ; INPES, 2009 ; Ribau et Marnet, n.d). En se basant sur ce principe, les soins palliatifs doivent être discutés avec la famille (Institut nationale du cancer France (INC), 2016) la personne malade puisqu'il s'agit d'un sujet capable de prendre des décisions et non un objet (Ribau et Marnet, n.d) et la mort est un processus naturel (INPES, 2009).

Un autre élément à prendre en considération pour réussir la prise en charge dans les unités des soins palliatifs, selon Cicely il est impératif d'avoir une équipe pluridisciplinaire (Ribau et Marnet, n.d). L'INC (2016) insiste sur un travail en équipe et interdisciplinaire. Effectivement, la pluridiscipline ou l'interdiscipline protège contre la décision unilatérale (INPES, 2009 ; INC, 2016 ; Haute autorité de santé (HAS), 2016 ; Ribaut et Marnet, n.d).

Au Canada, les cancers des seins et du col utérin sont reconnus comme étant une maladie potentiellement mortelle qui induit des douleurs et des souffrances chez la personne atteinte et son entourage (Société canadienne du cancer, n.d). La première unité des soins palliatifs au Canada a été créée en 1975 (Ribau et Marnet, n.d). Ces soins se composent de la prise en charge de la douleur thérapeutique, un soutien psychologique et affectif par un personnel qualifié, que ce soit à domicile ou à l'hôpital et ce, pour assurer le confort et la qualité de vie des malades (Société canadienne du cancer, n.d).

En France, et suite au mouvement des « droit des malades », la première unité de soins palliatifs a été créée en 1987, puis en 1989 la société d'accompagnement et des soins palliatifs a vu le jour (Ministère chargé de la santé en France (MSF), 2013).

Par conséquent, la dimension de l'accompagnement est devenue à partir des années quatre-vingt-dix une composantes intégrantes dans la stratégie ministérielle en France (Ribau et Marnet, n.d).

Suite à l'évaluation du programme de mise en œuvre des soins palliatifs en France (2008-2012), il s'est avéré que le programme a connu des progrès que ce soit au niveau des ressources matériels ou humaines, cependant, il reste des progrès à faire concernant la formation (MSF, 2013). Parmi les recommandations de cette évaluation également est l'amélioration de la prise en charge à domicile qui était non satisfaite (MSF, 2013).

Le Maroc, comme les autres pays du monde, s'est inscrit dans l'élan international en mettant ses priorités les soins palliatifs. Ceci dit, suite aux directives de l'OMS, le Maroc a développé les mesures nécessaires pour l'implantation des unités de soins palliatifs dans tout le pays même s'il reste plusieurs efforts à faire pour réussir ce programme (Human rights watch (HRW), 2016).

En 1994, Dr. Mati Nejmi a déclaré le besoin d'implantation des unités de soins palliatifs dans les services d'oncologie marocaines (HRW, 2016). Par la suite, il y avait : (a) l'introduction de la morphine absorbable par voie orale pour la première fois au

Maroc en 1995, (b) la création de la société marocaine pour le traitement de la douleur et des soins palliatifs en 1996, (c) la construction de la première unité des soins palliatifs au Maroc, adjacente à l'institut national d'oncologie à Rabat en 2005 et (d) le développement des actions spécifiques aux soins palliatifs dans la stratégie sectorielle (2012-2016) et dans le plans de prévention et de contrôle du cancer (2010-2019) au Maroc (HRW, 2016).

Dans ce sens, chaque femme atteinte du cancer des seins ou du cancer du col utérin a le droit de bénéficier des soins spécifiques y compris les soins palliatifs et ce, pour assurer une meilleur adaptation avec la maladie et un bien être physique et psychologique (Le plan national de prévention et de contrôle du cancer Marocain (PNPCC), 2010-2019 ; Fondation Lalla Salama (FLS), 2016).

A Marrakech, en Février 2016, la Fondation Lalla Salama en partenariat avec le ministère de la santé et la direction du CHI Mohamed VI ont veillé sur l'ouverture d'une unité des soins palliatifs au niveau de l'hôpital Ibn Tofail pour accompagner les patients atteints du cancer y compris les cancers des seins et du col utérin.

Vu l'importance des soins palliatifs dans la gestion de la souffrance et l'amélioration de la qualité de vie, la présente étude se

propose pour décrire la pratique des soins palliatifs au niveau du service des soins palliatifs au CHI Mohamed VI et Dar Lalla Salma.

## **I- Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude descriptive simple niveau I. Elle comporte un seul volet quantitatif. Elle vise la description de la pratique des soins palliatifs au sein du service des soins palliatifs, du service d'oncologie et Dar Elhayat et ce, chez les femmes ayant le cancer du col utérin et du sein.

L'étude s'est déroulée au niveau du service des soins palliatifs à l'hôpital Ibn Tofail Marrakech. C'est un service ouvert en 2016 suite à un partenariat entre la direction du CHI Mohammed VI de Marrakech, la Fondation Lalla Salma et le ministère de la santé, le service d'oncologie (CHU Mohammed VI Marrakech), et Dar Al Hayat Lala Salma.

La population cible est représentée par : (a) le personnel soignant du service des soins palliatifs, du service d'oncologie et de Dar Al Hayat, (b) les patientes ayant un cancer du col utérin ou du sein rencontrées durant la période de collecte des données.

Dans le but d'avoir le maximum de données empiriques sur la pratique des soins palliatifs, cette enquête et eu regard à

l'effectif réduit de la population cible, il semblait important de faire un recensement de toute la population cible.

La méthode de collecte de données qui a été choisie est le questionnaire. Il est utilisé comme principal instrument de mesure.

L'autorisation de la collecte des données a été obtenue par les autorités responsables avant le démarrage de la recherche. La liberté de réponse des répondants, l'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

Les données récoltées ont été codées et saisies sur le logiciel SPSS (version 10). Par la suite nous avons procédé à l'analyse des données. La codification des questions

ouvertes et de celles comportant un choix de réponse sous forme de « autre réponse ou à préciser » a été procédé à une analyse du contenu à la main.

La rigueur méthodologique de cette étude se base sur les critères suivants (a) la fidélité, (b) la validité et (c) la transférabilité (Loiselle, 2007). La littérature nous a permis d'identifier un grand nombre de variables qui nous a aidés à faire une description précise de l'objet de l'étude, et de réaliser l'analyse visée.

Pour la fidélité, elle est évaluée par la technique "Test-Retest" (Fortin, 1996 ; Loiselle 2007). Autrement dit, le

questionnaire a été administré à deux reprises chez les mêmes personnes avec un intervalle de trois semaines. En ce qui concerne la validité, a été vérifiée en se basant sur la validité des construits utilisés dans le questionnaire ((Fortin, 1996 ; Loiselle 2007).

Finalement, le type d'étude ne permet pas la généralisation (la transférabilité) des résultats. Cependant, la description étoffée du milieu et de la population cible de l'étude pour donner des informations qui peuvent aider à d'autres chercheurs à faire une idée sur la similarité des contextes (Loiselle, 2007).

## II- Résultats

### A- Caractéristiques du personnel du service des soins palliatifs

L'étude a concerné tout le personnel des lieux de l'étude. L'effectif du personnel participant à l'étude est 21. La totalité (100%) du personnel participant est âgée entre]20, 30].

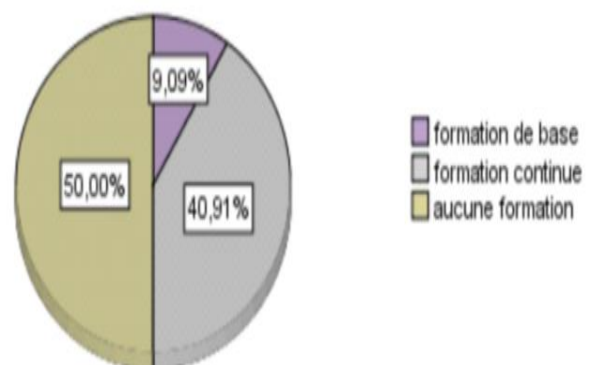
L'ancienneté de la majorité ne dépasse pas 3ans. Il s'agit donc d'un personnel jeune qui a suivi un cursus de formation récent. Le profil du personnel soignant est hétérogène avec une dominance du profil infirmier. Il est à noter également que le genre féminin domine avec un pourcentage de 86,36% (Tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques du personnel du service des soins palliatifs**

Variabes	Catégories	Fréquences
Sexe	Féminin	86,36%
	Masculin	13,64%
Ancienneté (ans)	01	36,36%
	02	04,55%
	03	40,91%
	Plus de 3	18,18%
Profil	Médecin	18,18%
	Infirmier soignant	54,55%
	Infirmier chef	04,55%
	Infirmier surveillant	22,73%
	Service des soins palliatifs	47,61%
Lieu d'exercice	Service d'oncologie	28,57%
	Dar Alhayat	23,80%

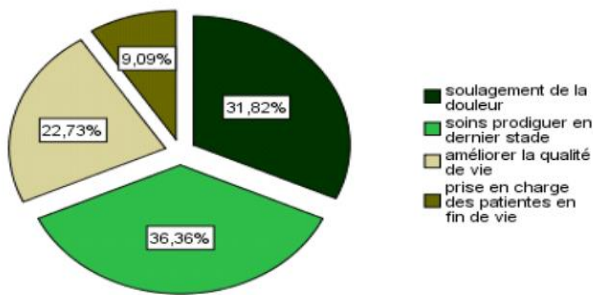
### B-Formation du personnel en soins palliatifs

La moitié du personnel 50% (N= 21) soignant a déclaré n'avoir profité d'aucune formation en matière des soins palliatifs que ce soit en formation de base ou lors d'une formation continue (Figure 1). Tandis que le personnel formé en soins palliatifs a défini les soins palliatifs par le soulagement de la douleur (31,82%), les soins prodigués en dernier stade de la pathologie (36,36%), les soins pour l'amélioration de la qualité de vie (22,73%). Une minorité (9,09%) qui a défini les soins palliatifs comme étant une prise en charge des patients en fin de vie (figure 2)



**Figure 1 : La formation en soins palliatifs**

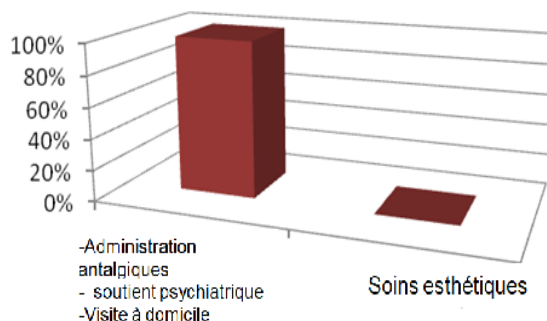




**Figure 2 : Les connaissances du personnel sur les soins palliatifs**

### C- Pratique des soins palliatifs

Les soins pratiqués dans les lieux de l'étude sont : l'administration des antalgiques, le soutien psychiatriques et les soins à domicile (Figure 3). Le personnel soignant a expliqué que les séances de psychanalyse, les soins esthétiques et l'accompagnement de la famille font défaut. Egalement, les soins à domicile sont uniquement des relances qui ne répondent pas aux attentes des patients, ni aux perceptions du personnel.



**Figure 3 : Les soins palliatifs pratiqués dans Les lieux de l'étude**

### D-Organisation du service des soins palliatifs

La majorité du personnel 78%, (N=21) déclare que l'organisation du service des soins palliatifs est défavorable pour une pratique des soins de qualité, en expliquant qu'il est indispensable de : revoir l'organisation du service, affecter plus de personnel soignant vue la nature du service, sensibiliser les patientes et leurs familles en matière des soins palliatifs et organiser des workshops sur les soins palliatifs.

### E-Le choix optimal pour un patient en fin Selon le personnel

Concernant les soins à domicile, 72,73% (N=21) du personnel ont déclaré qu'ils sont plus bénéfiques aux patientes que l'hospitalisation au sein du service des soins palliatifs. De ce, ils ont insisté sur l'amélioration de la dimension des soins à domicile et l'équipe mobile. De plus, le personnel a mis en question le volet du bénévolat dans le cadre des soins palliatifs.

### E- Profil des patientes hospitalisées

Les patientes qui ont participé à cette étude sont au nombre de 21 ce sont toutes les femmes qui ont été hospitalisées lors de la collecte des données. La majorité de ces femmes sont âgées de plus de 50 ans et ce sont des femmes au foyer. Il est à noter que toutes les femmes enquêtées ont une



couverture sanitaire de type RAMED (Régime d'assistance médicale). Elles sont pour la majorité mariées (57,14%) et illettrées (66,67%). Concernant le type de cancer, 57,14% des femmes sont atteintes d'un cancer du sein tandis que le reste, 42,86% , avaient un cancer du col utérin. Le stade du cancer le plus présent a été le stade II pour 47,62% (Tableau II).

Plus de 76 % des femmes ont déclaré connaître le cancer du sein et du col et l'ont

défini comme suit : une maladie dangereuse (38,10%), grave (23,81%), silencieuse (4,76%), chronique (4,76%) ; un ensemble de tumeurs (4,76%). Les 23,81% restantes n'ont aucune idée sur ces cancers. Elles ont affirmé également que le cancer est une maladie curable 76,19%.

**Tableau II- Caractéristiques sociodémographiques et médicale des participantes**

Variables	Caractéristiques	Fréquence
Lieu de résidence	Urbain	42,66%
	Rural	57,14%
L'état matrimonial	Célibataire	14,29%
	Mariée	57,14 %
	veuves	28,57%
Le niveau d'instruction	Illettrées	66,67%
	Primaire	14,29%
	Secondaire	14,29%
	Universitaire	04,76%
Le type du cancer	Cancer du sein	57,14%
	Cancer du col utérin	42,86%
Le stade du cancer	I	38,10%
	II	47,62%
	III	14,29%

### **G-Connaissances des patientes sur les soins palliatifs**

Concernant les soins palliatifs, plus de 90 % des femmes n'en ont aucune connaissance, tandis que les 9,52% restants ont affirmé que les soins palliatifs aident à la guérison de la maladie et elles pensent que les soins palliatifs sont prodigués pour l'amélioration de l'aspect psychologique chez la personne malade.

### **H-Traitement reçu par les patientes et prise en charge en soins palliatifs**

La majorité des femmes hospitalisées dans le service des soins palliatifs (75%) ont été référées du service d'oncologie alors que 25% l'ont été de l'hôpital du jour ou d'autres services. La moitié des femmes hospitalisées (50%) ont reçu un traitement basé sur la chimiothérapie, 25% ont été opérées et 25% ont subi une radiothérapie.

La durée d'hospitalisation de toutes ces femmes a été moins d'un mois. Elles ont affirmé que les soins palliatifs au service se résument dans l'administration des antalgiques et les visites du psychiatre. Par conséquent, 75% des femmes préfèrent les soins à domicile plutôt que l'hospitalisation dans le service des soins palliatifs.

### **III- Discussion**

Le ministère de la santé marocain et la Fondation Lalla Salma ont procédé à la mise en place d'un dispositif de soins palliatifs aux régions de Fès-Meknès, Marrakech-Safi et l'oriental en 2016 (Ministère de la santé, 2012). Ainsi, le service des soins palliatifs a été installé au niveau de Marrakech en Février 2016.

La formation des équipes en matière de la démarche palliative et holistique comme préalable au fonctionnement du service s'avère obligatoire (Bond et Lavy, 2008). C'est pourquoi avant l'ouverture des unités des soins palliatifs au Maroc, tous le personnel concerné que ce soit médical ou infirmier a profité d'une formation continue étalée sur six sessions (Zahrani, 2017). Cependant, 50% du personnel des lieux de l'étude n'a profité d'aucune formation en soins palliatifs. Hors, la nature de ce service exige que les soins prodigués répondent aux besoins des soignés surtout pour les cas en fin de vie. De ce, l'accompagnement et le renouvellement des formations continues sont impériaux (MSF, 2013). En plus, l'introduction de la formation en soins palliatifs dans la formation de base, que ce soit du corps infirmier ou médical, va permettre de minimiser les obstacles à la réussite de la démarche palliative (MSF,

2013 ; OMS, 2014). Pour les étudiants en médecine, il existe un cursus de formation de 20 heures de soins palliatifs à partir de la cinquième année. Concernant les étudiants infirmiers depuis l'instauration du système L.M.D, les soins palliatifs font parties de l'élément de module "soins infirmiers en gynécologie et oncologie (Descriptif ISPITS, 2014).

Les résultats ont démontré également que les soins palliatifs prodigués au patientes se résument dans la dimension thérapeutique (l'administration des antalgique et les consultations psychiatriques en cas de besoins). Dans ce contexte, le ministère de la santé au Maroc assure la promotion de la gestion de la douleur en agissant sur la morphinophobie par les formations des médecins à la prescription des morphines (Zahrani, 2017). Hors, le personnel soignant de l'unité pilote des soins palliatifs à Rabat ont jugé pertinent d'être accompagné pour la mise en œuvre des autres dimensions des soins palliatifs (Zahrani, 2017), puisque ces soins soulagent la souffrance physique, psychologique et spirituelle (OMS, 2014).

Concernant les soins à domicile, 72,73% du personnel et 75% des patientes ont jugé que les soins à domicile sont plus bénéfiques pour améliorer la qualité de fin de vie. Le fait de rester dans son univers, avec ses proches et les rythmes de vie familiaux, rassure la

personne en expérience de santé, alors que l'hospitalisation généralement est une source de perte de repères et de désorientation (Ineps, 2009).

Cependant, le personnel et les patientes interviewés ont ajouté que les soins à domicile offerts par le service sont de simples relances qui ne répondent pas aux besoins des patientes. Pour améliorer cette dimension de la démarche palliative, il faut améliorer la coordination des soins, le financement, la formation du personnel en contact directe avec la famille (MSF, 2013; Zahrani 2017).

D'après les résultats de l'étude, les soins palliatifs sont offerts en parallèle avec les traitements du cancer. Cela est évident, dans les fréquences suivantes : 50% des femmes hospitalisées ont reçu un traitement basé sur la chimiothérapie, 25% des femmes ont été opérées et 25% des femmes ont subi une radiothérapie. En général, les soins palliatifs se prodiguent en parallèle avec d'autres soins, puis ils remplacent le traitement quand il n'est plus efficace (Bond et Lavy, 2008).

La majorité du personnel interviewé a déclaré que les conditions du travail ne permettent pas une prise en charge de qualité, en proposant d'améliorer l'organisation du service, d'affecter plus de personnel soignant vue la nature du service,

sensibiliser les patients et leurs familles en matière des soins palliatifs et organiser des workshops sur les soins palliatifs.

## Conclusion

Les résultats les plus pertinents de cette étude furent l'existence de certains dysfonctionnements au niveau du service tel que l'organisation défavorable des locaux et le manque et/ou insuffisance des ressources matériels et humaines. Un plan de formation continue et d'accompagnement pour le personnel soignant font défaut.

Les résultats ont démontré également que les soins palliatifs prodigués aux patientes se résument dans la dimension thérapeutique, alors que les autres dimensions de prise en charge tel que les soins d'esthétique et de psychanalyse ne se pratiquent pas dans le service. Les visites à domicile ne répondent pas aux attentes des patientes et aux perceptions du personnel soignant. L'instauration d'unité mobile pour les soins à domicile, à l'instar du CHU Ibn Rochd de Casablanca, serait d'une grande utilité dans ce contexte.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêt

## Références bibliographiques

1. Assemblée nationale du Québec (2014). Les soins de fin de vie Projet de Loi n°52.
2. Association Canadienne de Soins Palliatifs (2002). Modèle de guide des soins palliatifs : Fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux.
3. Alliance mondiale pour les soins palliatifs (2008). Manuel de soins palliatifs Améliorer les soins à la source dans un environnement aux ressources limitées.
4. Association canadienne de soins palliatifs (2009). Normes de pratique canadiennes en soins infirmiers palliatifs.
5. Bond, C et Lavy, V. (2008). Manuel de soins palliatifs : Améliorer les soins à la source dans un environnement aux ressources limitées.
6. Faouzi, H. (2016). Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca.
7. Goldwasser, F. et Vinant, P. (2014). Soins palliatifs en oncologie.
8. Haute autorité de santé (HAS) (2016). Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? ».
9. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPEC) (2009). Patient atteint de maladie grave ou en fin de vie (soins palliatifs et accompagnement).
10. Inpes (2009). Brochure grand public sur les soins palliatifs et l'accompagnement.
11. Institut national du cancer (INC)(2016). Organisation des soins en oncologie.
12. Ministère de santé et Association Lalla Salma contre le cancer (2010).

- Le plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019. Maroc,
13. Ministère de la santé Marocain (MS) (2012). Plan d'action santé, 2008-2012 « Réconcilier le citoyen avec son système de santé ».
  14. Ministère chargé de la santé France (MSF)(2013). Bilan du programme national du développement des soins palliatifs.
  15. OMS (2002). Définition des soins palliatifs.<http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs402/fr/>
  16. OMS (2007). Nouveau guide sur les services de soins palliatifs pour les cancers avancés. <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/fr/>
  17. OMS (2013). Dernières statistiques mondiales sur le cancer En augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses.
  18. OMS (2014). Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré pour la continuité des soins.
  19. OMS (2014). Améliorer l'accès aux soins palliatifs.
  20. Ribau, C. et Marmet, T. (n.d). Douleur, fin de vie et soins palliatifs.
  21. Zahrani, S. (2017). Evaluation de l'implantation du projet des soins palliatifs cas de la préfecture de Rabat.