



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N°079

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/03/2022

PAR

M^{lle} Haidar Chaima

Née Le 11/03/1997 à Ouled Teïma

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Cancer - délai - diagnostic - traitement - déterminants - retard - oncologie

FMPM

JURY

M^{me} R. BELBARAKA

Professeur d'oncologie médicale

PRESIDENT

M. I. ESSÂDI

Professeur d'oncologie médicale

RAPPORTEUR

M. M. LAHKIM

Professeur de chirurgie viscérale

M. A. ARSALANE

Professeur de chirurgie thoracique

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



**UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRARATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la cooperation

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique

AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAIA BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie- réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio- vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie-cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation Fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiya	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUERAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie

BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie

BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie

EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique

ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste Arrêtée Le 03/03/2022



DÉDICACES





بسم الله الرحمن الرحيم



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse...



À mon très cher père Abdeljalil Haidar

Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon amour éternel, et ma grande considération pour tous les sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et mon bien être. C'est pour moi un jour d'une grande importance, car je sais que tu es à la fois fier et heureux de voir le fruit de tes efforts inlassables se concrétiser.

Tu as su m'entourer d'attention, m'inculper les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail et de la responsabilité. Tu n'as jamais cessé de m'encourager durant ces longues années d'études. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et j'espère être toujours digne de ton estime. Que ce modeste travail soit le témoignage de ma reconnaissance et le fruit de tes innombrables sacrifices. Que Dieu le Très Haut, te préserve, t'accorde santé, bonheur, Quiétude d'esprit et longue vie.

Je t'aime très fort Papa.

À ma très chère mère Saida Meddich

Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne peut rendre justice à celle qui a consacré sa vie à perfectionner la mienne. Tu as toujours été d'un grand soutien pour moi tout au long de mes études. Tu m'as toujours poussé à me surpasser dans tout ce que j'entreprends, tu m'as transmis cette rage de vaincre et d'être toujours la première. Tu as fait de moi ce que je suis, Tu as fait d'énormes sacrifices et tu as fait le meilleur qu'une mère puisse faire pour que ses enfants aient une meilleure éducation et suivent le bon chemin dans leur vie, je t'en serais reconnaissante toute ma vie. Merci pour ta générosité. J'espère être la fille et le médecin que tu as voulu que je sois. Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement, et je te le dédie tout particulièrement. Que Dieu te procure longue vie, santé et bonheur pour que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.


Je t'aime MAMA.

À ma chère grand-mère : Rkia Jebbari

Tu es ma deuxième maman ; ta tendresse ton amour et tes câlins qui me rendent la plus heureuse du monde me marquent à comme pas possible Que dieu te garde pour nous et te donne une longue vie pour que je puisse te combler à mon tour

À mon grand-père « Lhaj »

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Puisse Dieu, le tout-puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.





À ma grande sœur Hajar Haidar ,

Merci pour la joie que tu me procures ma chère sœurette, merci infiniment pour ton soutien, ton aide et ta générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance. Tu m'as toujours soutenu tout au long de mon parcours. Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent.

À ma chère sœur Ibtissam Haidar

Tu es ma meilleure amie, Malgré la distance qui nous sépare, tu as toujours été présente à mes côtés pour me soutenir et m'encourager quand il le fallait, et pour me consoler quand j'en avais besoin. Par ton sens de l'humour, tu as su me redonner le sourire dans les moments les plus douloureux. Ta présence est source de confort et de protection, mais surtout de bonheur et de joie. Les mots me manquent pour t'exprimer à quel point je suis fière de toi. La grande sœur que j'admire pour son intelligence, sa compétence, son courage, et sa persévérance, mais aussi pour son sens des valeurs : sa bonté, son humilité, son honnêteté et sa loyauté. A ma très chère sœur ibtissam Je t'adore !

À mon petit frère Soufyane Haidar ,

Merci pour ton encouragement et ta bonne humeur Quand j'en avais besoin Les mots ne sont pas suffisants pour te remercier de l'amour inconditionnel que tu m'as témoigné, Ce travail a pu voir le jour grâce à tes encouragements et ton soutien Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais.

À l'ensemble de la famille HAIDAR et MEDDICH :

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

À ma sœur d'une autre mère, Souha Elouichouani

Plus qu'une sœur à mes yeux, tu es mon âme sœur. « Tu es le plus beau cadeau que la faculté de médecine a pu me donner », Merci pour ton soutien et tes encouragements Que notre amitié dure plus longtemps qu'une éternité, je t'aime .

À ma chère Hajar Moubtassim:

Je mesure la chance incroyable que j'ai de t'avoir comme meilleure amie. Tu es ma complice, ma sœur de cœur depuis toujours. Merci d'être là pour moi en toutes circonstances. On dit toujours qu'une amitié qui dure au-delà de 7 ans est susceptible de durer toute une vie. Puisse nos liens perdurer pour toujours.





À ma chère Nuheila Haffane :

Nos chemins se sont séparés certes, mais l'amitié demeurera présente à jamais. Dans mon cœur, tu as une place importante et spéciale. Le premier mot qui me vient à l'esprit pour te décrire est unique : tu es ma conseillère, et mon amie fidèle qui m'a assistée dans les moments difficiles et m'a pris doucement par la main pour traverser ensemble des épreuves pénibles.


À mes amours : Salma hajjam, Khaoula haij, Majda halbaoui ,

À Salma : une confidente sans pareil, une âme pure et une amie exceptionnelle , ton amitié est inappréciable, , tu tolères mes idioties et mes folies, je suis chanceuse d'avoir une personne qui m'écoute, me donne des conseils spéciaux. Merci pour ta bonté, ta générosité, ton affection, tes encouragements et ton grand soutien, Sans ton aide et tes conseils ce travail ne serait pas arrivé.

À Khaoula : tu es un ange sur terre, une amie formidable , j'ai eu de la chance de mieux te connaître, tu es une merveilleuse personne à grand cœur , source d'amour et de spontanéité, tu étais toujours là pour me soutenir, m'aider, m'écouter et surtout illuminer ma voie et mes décisions. Tu as tant fait pour moi.

À Majda : A la fille la plus élégante , la plus douce, la plus souriante Merci pour la joie que tu m'as procurée ,pour l'affection et la complicité qui nous lie, pour tes encouragements et pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu as toujours su trouver les mots pour me faire sourire quand je pleurais, et pour me motiver quand je baissais les bras .

À ma chère Sara Boumeiz : Une belle rencontre comme on en fait peu. A tous ces bons moments passés ensemble, à tous nos éclats de rire, Merci pour tous ces petits moments qui sont devenus inoubliables grâce à toi. Ce sont souvent des petits moments qui paraissent banals qui créent les meilleurs souvenirs.





*À mes chères amies : mouna sbaiti ; Assmae hadiri ; hassna hadiri ;
;chaimae kamal alaoui ;yousra chafiq*

*Des rencontres en or , vous étiez plus que ma famille et des vrais amis avec
lesquelles j'ai partagé des moments inoubliables Je vous remercie pour tous ces
souvenirs.*

À Issam Mahi :

*Je remercie Allah d'avoir croisé nos chemins, dans tes yeux, j'ai toujours pu lire de
la tendresse, Merci de m'avoir offert les étoiles, la neige, les mots et tant de
confiance et de courage. « S.S.Y »*

À mon ami Houssam ghazoui :

*A tous ces bons moments passés ensemble, à tous nos éclats de rire, à nos
souvenirs. merci de croire en moi, de partager le meilleur et le pire, les rires et les
pleurs.*

*À toutes les personnes souffrant de cancer dans le monde et surtout
Au Maroc*

*« J'ai vu à travers ce travail l'importance de vos souffrances. Mes vœux de guérison
et de prompt rétablissement. Courage! »*

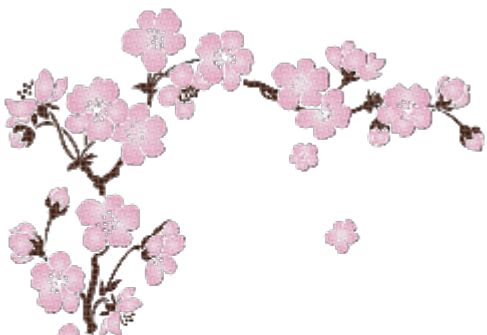
À tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail

« Je vous remercie de votre soutien. »





REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE, PR. R. BELBARAKA,
CHEF DE SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE AU CENTRE
D'ONCOLOGIE ET D'HÉMATOLOGIE CHU MOHAMMED VI DE
MARRAKECH PROFESSEUR D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN
ONCOLOGIE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE
MARRAKECH.

*Vous m'avez faite un grand honneur en acceptant aimablement la
présidence de mon jury de thèse.*

*Votre modestie jointe, à vos compétences professionnelles et
humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre
profession.*

*Veillez trouver ici, l'expression de mon respect et de ma très haute
considération*

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE, PR. I. ESSAADI,
CHEF DE SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE À L'HÔPITAL
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH, PROFESSEUR
D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN ONCOLOGIE À LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH.

*Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en
acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer
mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre
direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre
dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement
contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une
grande admiration et un profond respect. Veillez accepter, cher
Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma
profonde gratitude*





À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR A. ARSALANE
, PROFESSEUR DE CHIRURGIE THORACIQUE À L'HÔPITAL
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

*Un grand remerciement pour votre disponibilité et vos efforts et
votre patience*

Afin de réussir ce travail.

En toute modestie, gentillesse et spontanéité.

Veillez accepter, mes sincères expressions de gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PR. M. LAHKIM
PROFESSEUR AGRÉGÉE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR À
L'HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre
jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos
grandes qualités humaines. Veuillez accepter,*

*Professeur, nos sincères
remerciements et notre profond respect*





Liste des tableaux :



Tableau I : Répartition selon les antécédents des patients

TableauII	:	Différents types histologiques de cancer
TableauIII	:	Description des traitements prodigués au profit de la population d'étude
Tableau IV	:	Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques
Tableau V	:	Répartition des délais de consultation D1 en fonction des caractéristiques cliniques
Tableau VI	:	Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques sociodémographiques
Tableau VII	:	Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques cliniques
Tableau VIII	:	Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des éléments sociodémographiques
Tableau IX	:	Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des éléments cliniques
Tableau X	:	Répartition de délai total D4 en fonction des caractéristiques sociodémographiques
Tableau XI	:	Répartition de délai total D4 en fonction des caractéristiques cliniques
Tableau XII	:	Tableau récapitulatif des différents délais dans la prise en charge
TableauXIII	:	Tableau comparatif des différentes données sociodémographiques des malades atteints de cancers
TableauXIV	:	Comparaison du délai moyen de consultation D1 selon la littérature
TableauXV	:	Comparaison du délai de consultation D1 pour le cancer du sein selon la littérature
TableauXVI	:	Comparaison du délai de consultation pour le cancer du col utérin et le cancer colorectal selon les résultats de la littérature
TableauXVII	:	Comparaison du délai moyen de diagnostic D2 selon la littérature
Tableau XVIII	:	Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer du sein selon la littérature
Tableau XIX	:	Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer colorectal selon la littérature
Tableau XX	:	Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer de la prostate selon la littérature
Tableau XXI	:	Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer du poumon selon la littérature
Tableau XXII	:	Comparaison du délai moyen de traitement D3 selon la littérature
Tableau XXIII	:	Comparaison du délai thérapeutique D3 pour le cancer du sein selon la littérature
TableauXXIV	:	Comparaison du délai thérapeutique D3 pour le cancer du poumon selon la littérature



Liste des figures :



- Figure 1** : Répartition des patients selon l'âge.
- Figure 2** : Répartition des patients selon leurs sexes.
- Figure 3** : Répartition des patients selon le statut marital.
- Figure 4** : Répartition des malades selon le milieu de résidence.
- Figure 5** : Distance (km) par rapport à l'unité de soins.
- Figure 6** : Répartition des patients selon la profession.
- Figure 7** : Répartition des patients selon le niveau scolaire.
- Figure 8** : Répartition des patients selon le niveau socio-économique.
- Figure 9** : Répartition des patients selon le mode de découverte.
- Figure 10** : Répartition des malades selon les organes atteints.
- Figure 11** : Répartition des patients selon le stade initial de la maladie
- Figure 12** : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D1
- Figure 13** : Répartition des patients selon les intervalles des délais D2.
- Figure 14** : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D3.
- Figure 15** : Répartition des patients selon les intervalles des délais D4.
- Figure 16** : Etapes de prise en charge selon la localisation tumorale.
- Figure 17** : Couverture prévue des CRO sur le Royaume.



Liste des abréviations :



Liste des abréviations :

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)

RCGC :Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (RCGC)

PNPCC 1 :Plan national de prévention et de contrôle du cancer 1

PNPCC 2 :Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2

HMA : Hôpital militaire Avicenne

H/F : Homme /femme

FAR : Forces armées royales

MAD : Dirham marocain

CRO : Centres régionaux d'oncologie

CHU : Centre hospitalier universitaire

Inca : Institut national du cancer

OR: Odds ratio

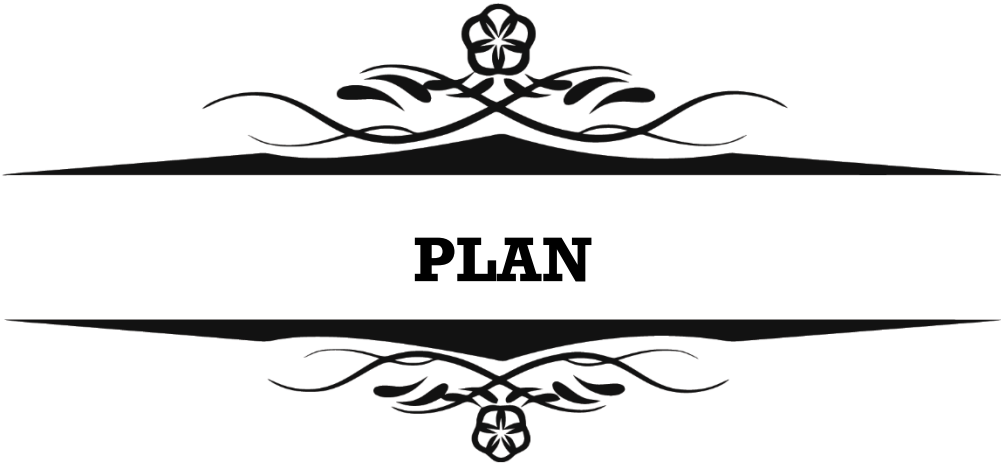
IC : Intervalle de confiance

NHS : National Health Service

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

NHS : National Health Service

Covid -19 : Corona virus disease appeared in 2019



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTTAS	7
I. Données sociodémographiques	8
1. Age	8
2. Sexe	8

3. Statut marital	9
4. Paternité	9
5. Milieu de résidence	9
6. Distance (km) par rapport à l'unité de soins	10
7. Profession	10
8. Couverture médicale	11
9. Niveau d'instruction	11
10. Niveau socio-économique	11
II. Données cliniques	13
1. Antécédents et comorbidités	13
2. Circonstance de découverte	13
3. Localisation tumorale	14
4. Types histologiques	15
5. Stadification de la maladie	15
6. Traitement reçu	16
III. Les délais de prise en charge des patients	17
1. Délai de consultation D1 entre le 1er symptôme et la première consultation médicale	17
2. Délai diagnostique D2 entre la première consultation médicale et le diagnostic	19
3. Délai thérapeutique D3 entre le diagnostic et le début de traitement spécifique	23
4. Délai total D4 entre le premier symptôme et le début de traitement	27
5. Valeurs des différents délais dans chaque étape de prise en charge	31
DISCUSSION	33
I. Etat de la question	34
1. Contextualisation et gravité épidémiologique	34
II. Parcours de soins des patients cancéreux au Maroc	35
1. Aspects généraux :	35
2. Fondation lalla Salma , prévention et traitement des cancers	36
3. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 1 (2010–2019)	38
4. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2 (2020–2029)	38
5. Centres régionaux d'oncologie (CRO) au Maroc	39
III. Les différents délais rencontrés en cancérologies	40
1. Définition	40
2. L'Importance des délais de prise en charge en cancérologie	42
3. Les impacts de la mesure des délais sur la prise en charge des patients atteints de cancer:	43
IV. Discussion de nos résultats	44
1. Données sociodémographiques et caractéristiques cliniques	44
2. Les délais de prise en charge	46
V. Limites de notre étude :	69
RECOMMANTIONS	70
CONCLUSION	73

RESUMES	75
ANNEXES	81
BIBLIOGRAPHIE	85



INTRODUCTION



Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Dans plusieurs pays, les délais de prise en charge d'accès aux soins sont devenus une priorité dans les politiques de santé publique, car ils sont considérés comme un marqueur potentiel des inégalités d'accès aux soins, et un indicateur de la performance du système de santé.[1]

Il s'avère donc capital de maîtriser ce temps d'attente lors du parcours de soins, pour garantir le succès du traitement, et satisfaire les besoins des malades.[2]

En oncologie, la rapidité de la prise en charge du cancer est un élément important dans la survie du patient. Il est donc essentiel que les délais de la prise en charge soient à leur tour optimisés.[3]

Un retard de diagnostic peut être lié à une demande de soins tardive du patient vers le système de soins, ou à une prise en charge tardive du patient par ce système de soins. [1]

En effet, les délais d'accès au diagnostic et au traitement peuvent varier selon les types de cancers, les zones géographiques et les catégories socio-économiques des patients. [4]

Au Maroc, de nombreux délais d'accès aux soins étaient longs par rapport aux recommandations internationales. Mais en matière d'oncologie, nous ne disposons pas de données fiables sur les stades de diagnostic et les résultats du traitement. La connaissance de ces stades permettra de mieux adapter les conduites à tenir devant les différents types de cancer, et elle est susceptible de mieux orienter les décisions thérapeutiques.[5]

Les facteurs associés à ces délais doivent être analysés afin d'instaurer des mesures d'amélioration pour maîtriser ces indicateurs.[2]

Cette nécessité justifie l'objectif principal de cette étude qui est d'évaluer les différents délais diagnostiques, et thérapeutiques des patients atteints de cancer dans le

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

service d'oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech , afin de détecter les moments du parcours ou des catégories de patients pour lesquels des interventions devront être mises en œuvre .

Les objectifs spécifiques de notre travail consistent à :

- Etablir le profil des patients atteints de cancer dans le service d'oncologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech ;
- Analyser les intervalles de temps entre les étapes de la prise en charge ;
- Identifier les facteurs déterminants les délais courts et longs de prise en charge
- Amener à améliorer la connaissance de ces délais de prise en charge ;
- Elaborer les recommandations répondant aux besoins déterminés.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type de l'étude :

C'est une étude rétrospective descriptive, concernant 100 patients suivis et traités au centre d'oncologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 3 mois du 01 septembre au 01 décembre 2021.

II. Population d'étude :

1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude : les patients adultes (âge > 16ans) avec confirmation histologique ou cytologique de cancer, et les patients ayant donné leur consentement oral.

2. Critères d'exclusion :

Nous avons exclus les patients dont les dossiers étaient incomplets (ceux n'ayant pas de résultat d'examen anatomopathologique), les patients dont l'examen anatomopathologique était non contributif, ainsi que les patients ayant refusé le consentement.

III. Déroulement de l'étude :

Les informations étaient recueillies en utilisant une fiche d'exploitation. Cette fiche a été remplie en posant des questions en face à face aux patients et complétée à partir de leurs dossiers médicaux, comportant l'observation clinique, les examens para cliniques, les comptes rendus d'anatomie-pathologique, l'attitude thérapeutique indiquée.

➤ **Fiche d'exploitation : (ANNEXE)**

Une fiche d'exploitation a été remplie pour chaque patient. Les données que nous avons analysées étaient les suivantes:

- **Les données sociodémographiques** : âge ,sexe ,statut marital, paternité, milieu de résidence, distance (km) par rapport à l'unité de soins , profession, couverture médicale , niveau d'instruction ,niveau socio-économique ,antécédents familiaux de cancers , comorbidités .
- **Les données cliniques**: les circonstances de découverte, la localisation tumorale, le type histologique, le stade initial de la maladie et le type de traitements reçus.
- **Les données concernant les délais de prise en charge** :
 - ✓ Le délai de consultation ou délai patient D1 : délai entre le 1^{er} symptôme et la première consultation médicale.
 - ✓ le délai diagnostique D2 : délai entre la première consultation et le diagnostic.
 - ✓ Le délai thérapeutique D3: délai entre le diagnostic et le début dutraitement spécifique.
 - ✓ le délai total D4 : délai entre les 1^{ers} symptômes jusqu'au début du traitement spécifique.

IV. Analyses statistiques :

Les données statistiques ont été traitées par le Logiciel Microsoft Office Excel. Une analyse descriptive a été effectuée, les résultats sont exprimés en chiffres (moyennes, médianes) et en pourcentage.

V. Ethiques :

Nous avons pris en considération la confidentialité de toutes les informations inscrites dans les dossiers médicaux, ainsi que le consentement des patients.



RÉSULTATS



Nous avons recruté pour notre étude 100 patients atteints de cancer.

I. Données sociodémographiques :

1. Age :

L'âge moyen de nos malades est de 57,41 ans, la tranche d'âge de 55 à 65 ans est la plus touchée, et La proportion d'âge inférieur à 35 ans est de 5%.

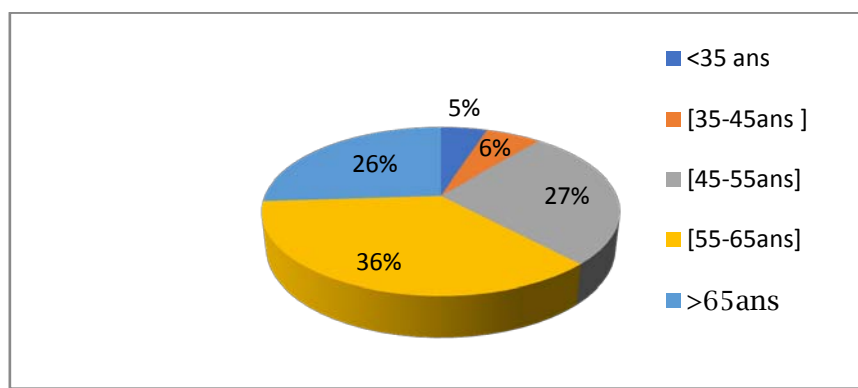


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge.

2. Sexe :

On note une légère prédominance masculine avec une sex-ratio homme/femme de 1.12 (Soit 53 hommes pour 47 femmes).

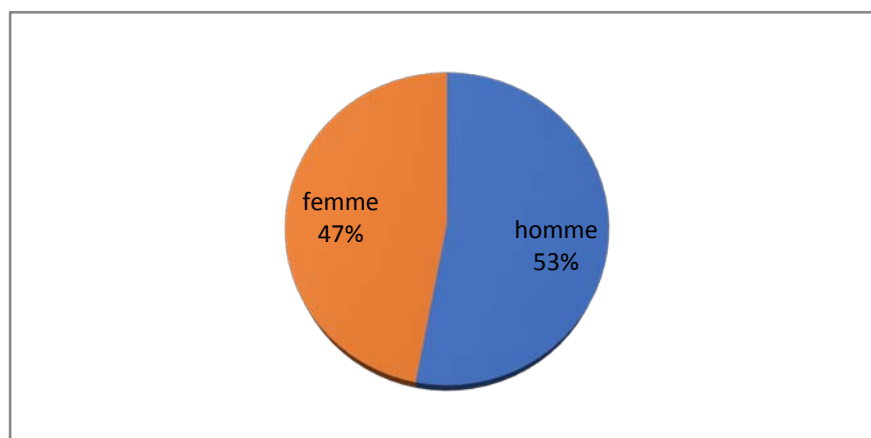


Figure 2 : Répartition des patients selon leurs sexes.

3. Statut marital :

L'étude du statut marital a révélé que 92% des patients sont mariés, 5% sont célibataires, 2% sont veufs et 1% est divorcé.

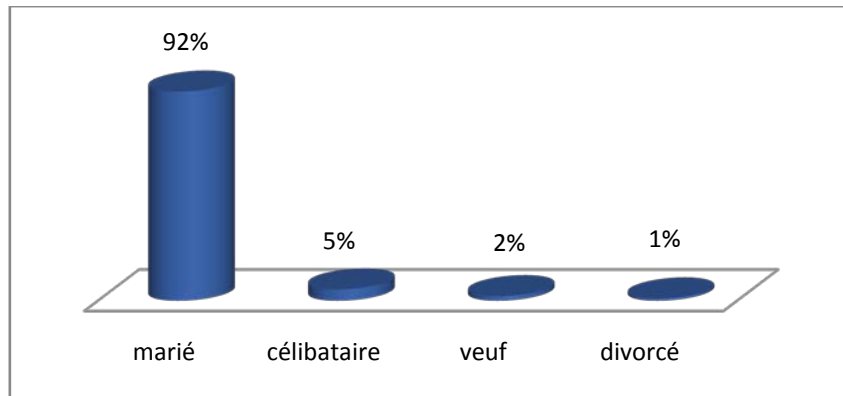


Figure 3 : Répartition des patients selon le statut marital.

4. Paternité :

La majorité de nos patients avaient des enfants et ceci dans 92% des cas.

5. Milieu de résidence :

Quatre-vingt-deux pour cent (82%) de nos malades sont d'origine urbaine, et 18% sont d'origine rurale.

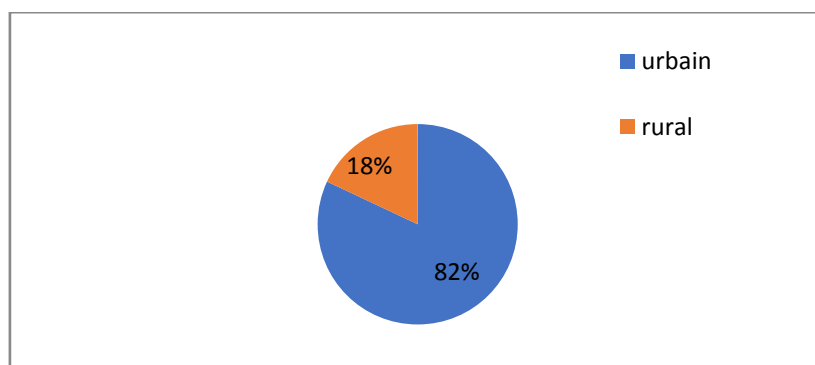


Figure 4 : Répartition des malades selon le milieu de résidence.

6. Distance (km) par rapport à l'unité de soins :

Concernant l'accessibilité de soins de santé, 62 % habitaient à moins de 100 Km par rapport à la structure de prise en charge.

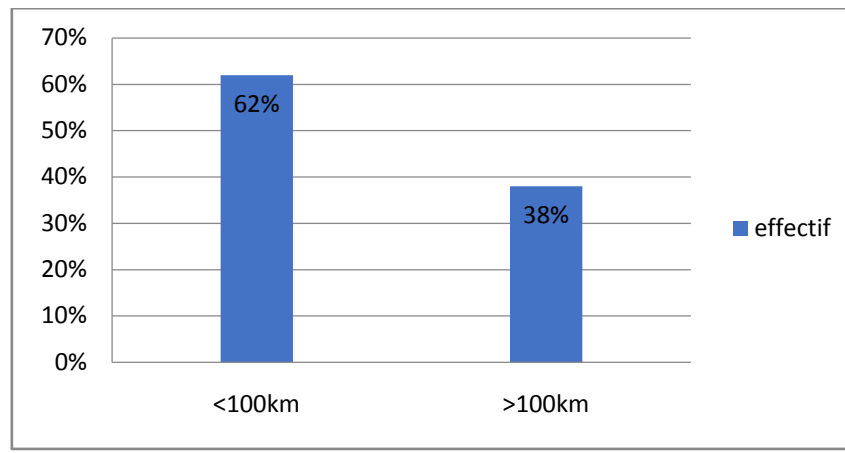


Figure 5 : Distance(km) par rapport à l'unité de soins.

7. Profession :

La majorité des patients était des retraités des Forces armées royales(FAR) soit 47%, tandis que 37% des patientes étaient des femmes au foyer, 15% étaient en activité et 1% reste sans emploi.

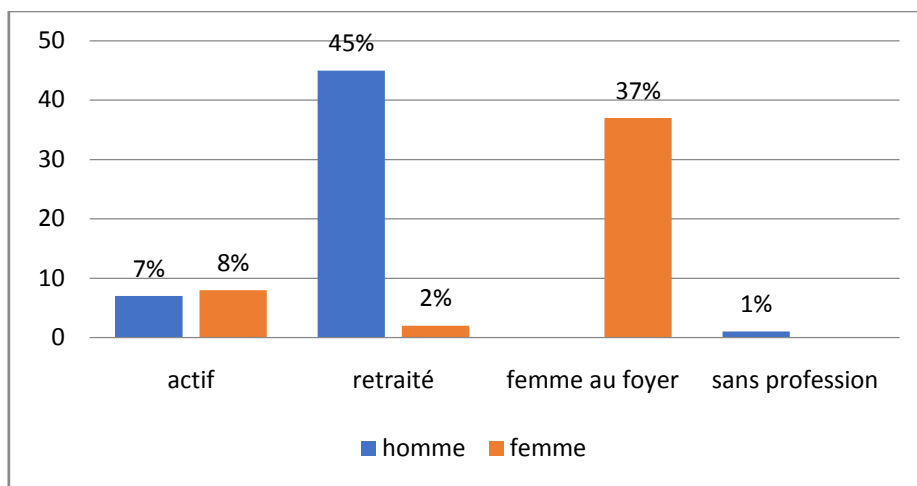


Figure 6 : Répartition des patients selon la profession.

8. Couverture médicale :

Presque la majorité de notre population d'étude avait une prise en charge sociale, soit 99% des malades étaient mutualistes.

9. Niveau d'instruction :

En ce qui concerne le niveau scolaire des patients, 50% étaient analphabètes, 7% avaient un enseignement préscolaire, 19% avaient un niveau d'étude primaire, 16% avaient un niveau d'étude secondaire, et juste 8% avaient un enseignement universitaire.

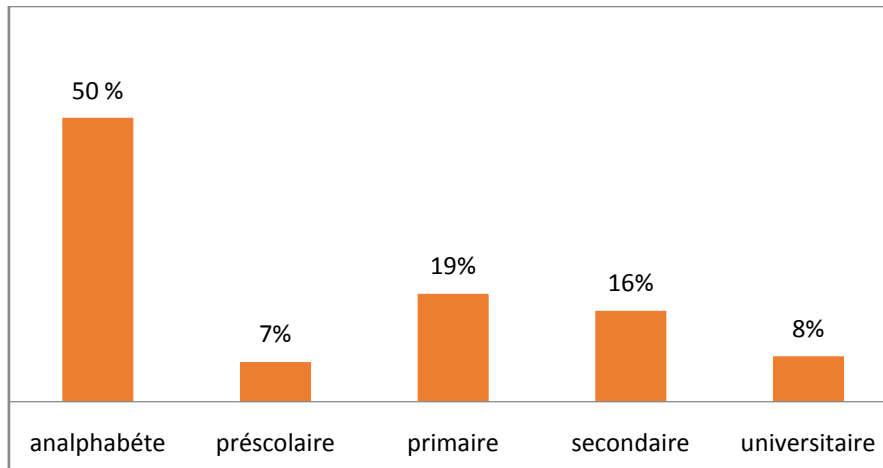


Figure 7 : Répartition des patients selon le niveau scolaire.

10. Niveau socio-économique :

La majorité de nos patients avait un niveau socio-économique bas (le revenu mensuel familial <2638MAD) et ceci dans 70% des cas.

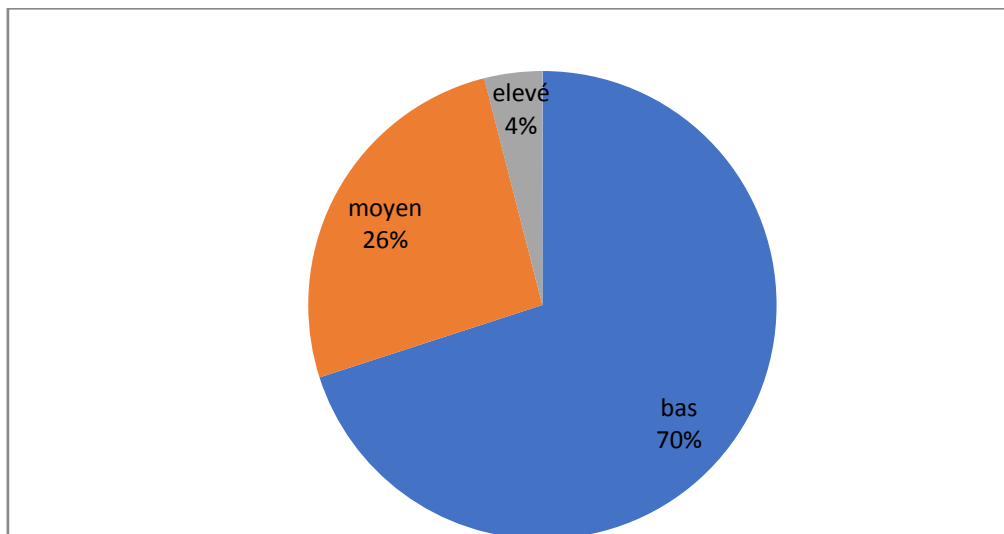


Figure8 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

II. DONNEES CLINIQUES :

1. Antécédents et comorbidités :

Parmi notre population d'étude, 13% avaient des antécédents familiaux de cancer, et 38% présentaient des comorbidités.

Tableau I: Répartition selon les antécédents des patients.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Antécédents familiaux de cancer :	Effectif	Pourcentage
Cancers digestifs	8	8%
Cancers gynécologiques	3	3%
Cancers du cerveau	2	2%
TOTAL	13	13%
COMORBIDITES		
Avec comorbidité	38	38%
Sans comobidité	62	62%

2. Circonstance de découverte :

Le cancer a été découvert suite à des signes d'appel chez la majorité des cas (96 %)

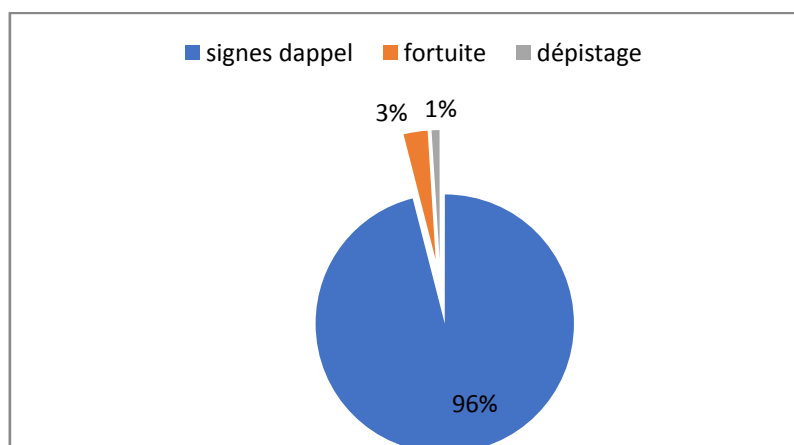


Figure9:Répartition des patients selon le mode de découverte.

3. La localisation tumorale :

Dans notre échantillon d'étude, on note que 29 % de nos patients (61,7% des femmes de notre série) diagnostiqués sont porteurs d'un cancer du sein. Alors que 6% avaient une localisation gynécologique autre que le sein dont 4% avaient un cancer du col de l'utérus.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Vingt-quatre pour cent (24%) des patients avaient une localisation digestive dont 13 % des patients avaient une néoplasie colorectale. 15% étaient porteurs d'une tumeur broncho-pulmonaire, 16% avec une localisation vésico-prostatique, 6% des patients avaient une localisation ORL, 4% des malades étaient porteurs d'une hémopathie maligne et 1% avait un cancer de l'œil.

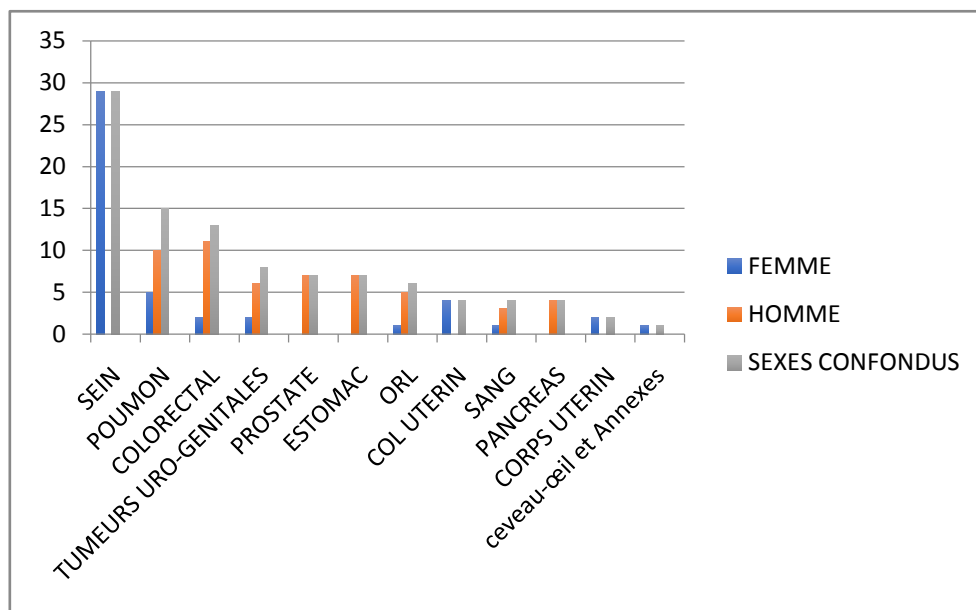


Figure 10 : Répartition des malades selon les organes atteints

4. Types histologiques:

Les principaux types histologiques étaient les adénocarcinomes (80 %) et les carcinomes épidermoïdes (13 %).

Tableau II: Les différents types histologiques de cancer.

Type histologique	Pourcentage
Adénocarcinome	80%
Carcinome épidermoïde	13%
Leucémie	4%
Tumeurs germinales	2%
Carcinome urothélial	1%

5. Stadification de la maladie :

Dans notre échantillon, 53% des patients sont découverts au stade localisé, 16% au stade localement avancé, et 27% au stade métastatique.

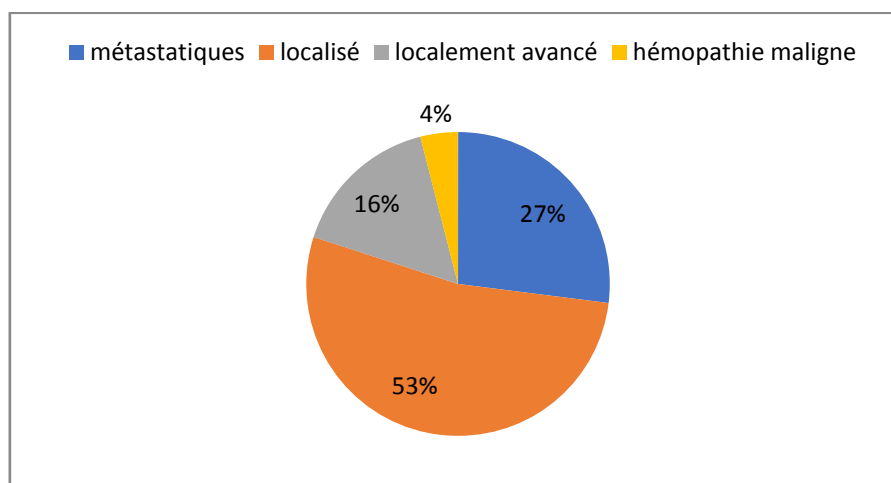


Figure 11: Répartition des patients selon le stade initial de la maladie.

6. Traitement reçu :

Dans notre échantillon, 72% de nos patients ont profité d'une chirurgie, 70% en ont bénéficié en tant que 1^{er} traitement. La chimiothérapie a été administrée chez 75% et 24% des cas ont bénéficié de la chimiothérapie néo-adjuvante, 34 % ont bénéficié de la radiothérapie et 6% l'ont subie en tant que traitement initial. Par ailleurs seulement 10% étaient sous hormonothérapie.

Tableau III : Description des traitements prodigués au profit de la population d'étude

(N=100).

	Réalisé		Réalisé comme traitement initial	
	Effectif	%	Effectif	%
Chirurgie	72	72%	70	70%
Chimiothérapie	75	75%	24	24%
Radiothérapie	34	34%	6	6%
Hormonothérapie	10	10%	0	0%

III. Les Délais de prise en charge des patients :

1. Délai de consultation D1 entre le 1^{er} symptôme et la première consultation médicale :

Le délai moyen entre le début des premiers symptômes et la première consultation médicale était de 26,97jours (N=100) et ce délai était dans 82% des cas, inférieur ou égale à un mois.

Seulement 5 patients (5%) avaient consulté directement un médecin dès l'apparition des premiers signes cliniques

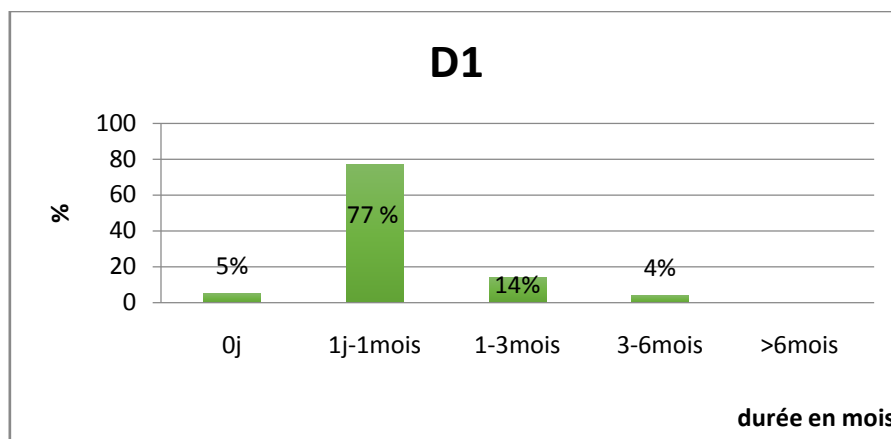


Figure 12: Répartition des patients suivant les intervalles des délais D1

1.1. Délai de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude le délai moyen de consultation médicale était plus long chez les sujets âgés de]55 à 65ans], plus de 65 ans (37,7 jours et 36,8 jours), les patients sans profession (60 jours), les femmes au foyer (27,2 jours), les patients ayant un niveau socioéconomique bas (34,5 jours), les patients résidant en milieu rural (41,9 jours) et les sujets habitant à plus de 100 km du lieu d'accès aux soins (29,6 jours).

Tableau IV : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

CARACTERES SOCIODEMOGRAPHIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
AGE				
≤ 35ans	1	30	12,9	10
]35 à 45ans]	0	30	6,07	15
]45 à 55ans]	0	60	20,45	15
]55 à 65ans]	0	150	37,7	30
>65ans	2	60	36,8	20
SITUATION MATRIMONIALE				
Veuf	25	30	27,5	30
Célibataire	4	120	56,8	20
Marié	0	150	24,97	17,5
Divorcé	60	60	60	60

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

PROFESSION :				
Retraite	0	120	24,7	15
Actif	0	150	8,1	1
Femme au foyer	0	60	27,2	30
Sans profession	60	60	60	60
NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE				
Bas	0	150	34,5	30
Moyen	0	30	8,9	7
Elevé	0	7	4,25	5
MILIEU DE RESIDENCE				
Urbain	0	120	23,6	15
Rural	0	150	41,9	30
distance (km) par rapport à l'unité de soins :				
<100km	0	120	25,24	15
>100km	10	150	29,6	27,5

1.2. Délai de consultation D1 en fonction des éléments cliniques :

Par rapport aux variables cliniques, le délai moyen de consultation médicale D1 était plus élevé chez les patients n'ayant pas des antécédents familiaux de cancer (27,3 jours), les sujets avec comorbidités (23,2 jours), Les patients ayant un cancer localement avancé (35,3 jours) et les patients porteurs de cancers de l'estomac (61 jours) et du col utérin (50jours).

Tableau V: Répartition des délais de consultation D1 en fonction des caractéristiques cliniques.

Eléments cliniques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
Antécédents familiaux de cancer				
Oui	7	60	26,6	30
Non	0	150	27,3	20
Comorbidité				
Avec	0	150	23,2	17,5
Sans	0	120	21,3	12,5

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Stade initial de la maladie :				
Localisé	0	150	17,9	15
Localement avancé	7	120	35,3	30
Métastatique	7	60	30,3	25
Hémopathie maligne	3	20	9,25	7
Localisation tumorale :				
sein	0	60	20,6	25
col utérin	20	90	50	45
colorectal	1	150	24,08	10
corps utérin	30	30	30	30
Poumon	0	60	25,6	15
Estomac	7	120	61	30
prostate	5	60	32,1	25
tumeurs uro-génitales	0	90	35,8	30
pancréas	7	20	12,25	11
Cerveau œil et annexe	30	30	30	30
ORL	0	60	20,6	13,5
Sang	3	20	9,25	7

2. Délai diagnostique D2 entre la première consultation médicale et le diagnostic :

Le délai moyen entre la première consultation médicale et le diagnostic était de 111,1 jours (N=100) et ce délai était, dans 72% des cas, inférieur ou égal à trois mois.

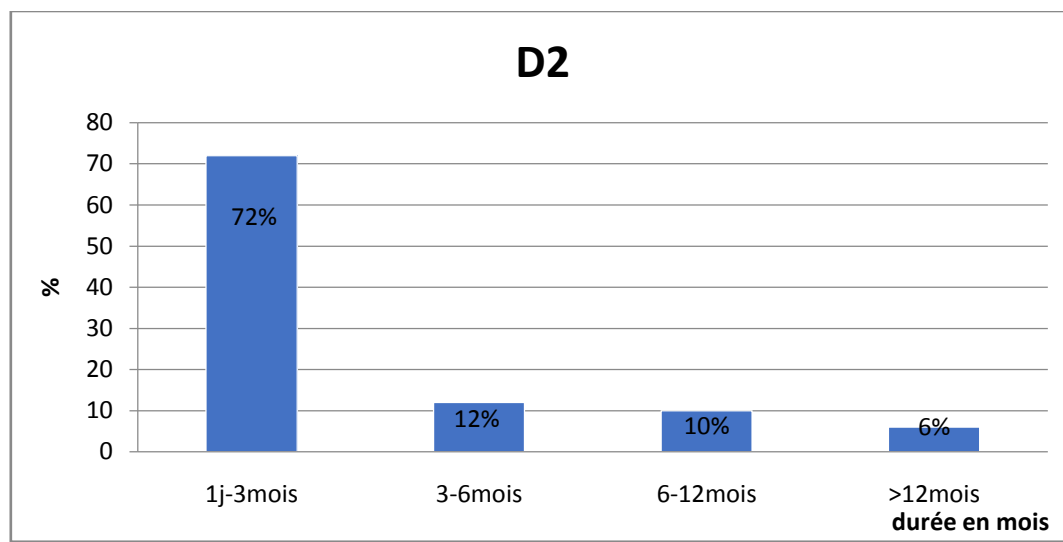


Figure 13: Répartition des patients selon les intervalles des délais D2

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

2.1 Délai diagnostique D2 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

Dans notre étude, le délai moyen de diagnostic était plus élevé, chez les sujets âgés de plus de 65 ans (144,8jours) , les femmes au foyer (107,5 jours), les patients ayant un niveau socioéconomique bas (119,6 jours), les patients résidant en milieu rural (111,8jours) et les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins (188jours) .

Tableau VI : Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques sociodémographiques .

CARACTERES SOCIODEMOGRAPHIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
AGE				
≤ 35ans	19	100	48,33	42
]35 à 45ans]	30	208	120,75	30
]45 à 55ans]	3	1050	113,7	30
]55 à 65ans]	10	365	66,31	30
>65ans	5	1110	144,8	38,5
SITUATION MATRIMONIALE				
Veuf	10	10	15	15

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Célibataire	20	100	53,2	26
Marié	3	1110	116,2	30
Divorcé	123	123	123	123
PROFESSION				
Retraite	5	1110	72,5	38,5
Actif	3	275	20,8	21,5
Femme au foyer	10	1050	107,5	30
Sans profession	123	123	123	123
NIVEAU SOCIO- ECONOMIQUE				
Bas	10	1110	119,6	30
Moyen	3	730	19,2	19,5
Elevé	10	363	116,5	46,6
MILIEU DE RESIDENCE				
Urbain	3	1050	106,7	27,5
Rural	15	1110	111,8	32
Distance (km) par rapport à l'unité de soins :				
<100km	3	363	59,2	30
>100km	8	1110	188	30

2.2 Délai diagnostique D2 en fonction des éléments cliniques :

Le délai moyen entre la première consultation et le diagnostic du cancer, était plus long en cas de découverte suite à des signes d'appel (35,5 jours), chez les sujets avec comorbidités (158 jours), chez les personnes atteintes d'hémopathie maligne (506 jours), et les patients porteurs de cancers de l'œil (1050 jours).

Tableau VII : Répartition des délais diagnostiques en fonction des caractéristiques cliniques :

Eléments cliniques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
--------------------	----------------------	----------------------	--------------------	---------------------

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Antécédents familiaux de cancer				
Oui	15	363	112,2	30
Non	3	1110	20,8	17,5
Comorbidité				
Avec	5	1110	158	32
Sans	3	730	30,4	30
Circonstance de découverte :				
Signes d'appel	3	1110	35,5	30
Fortuite	30	55	33,6	30
Dépistage	20	20	20	20
Stade initial de la maladie :				
Localisé	3	1050	103	45,5
Localement avancé	20	363	89,4	45,5
Métastatique	5	1110	59,5	40
Hémopathie maligne	300	1077	506,2	324
Localisation tumorale :				
sein	10	393	66,1	30
col utérin	60	275	133,7	100
colorectal	10	1110	126,2	32
corps utérin	15	15	15	15
Poumon	15	120	59,6	45
Estomac	5	35	22,8	20
prostate	16	60	35,1	30
tumeurs uro-génitales	3	730	154	30
pancréas	30	363	146,5	30
Cerveau œil et annexe	1050	1050	1050	1050
ORL	3	241	100	76,5
Sang	300	1077	506	324

3. Le délai thérapeutique D3 entre le diagnostic et le début de traitement spécifique :

Le délai moyen entre le diagnostic et le début de traitement était de 71,16 jours (N=100), 81% des patients avaient eu un traitement spécifique dans un délai inférieur ou égal à 3 mois.

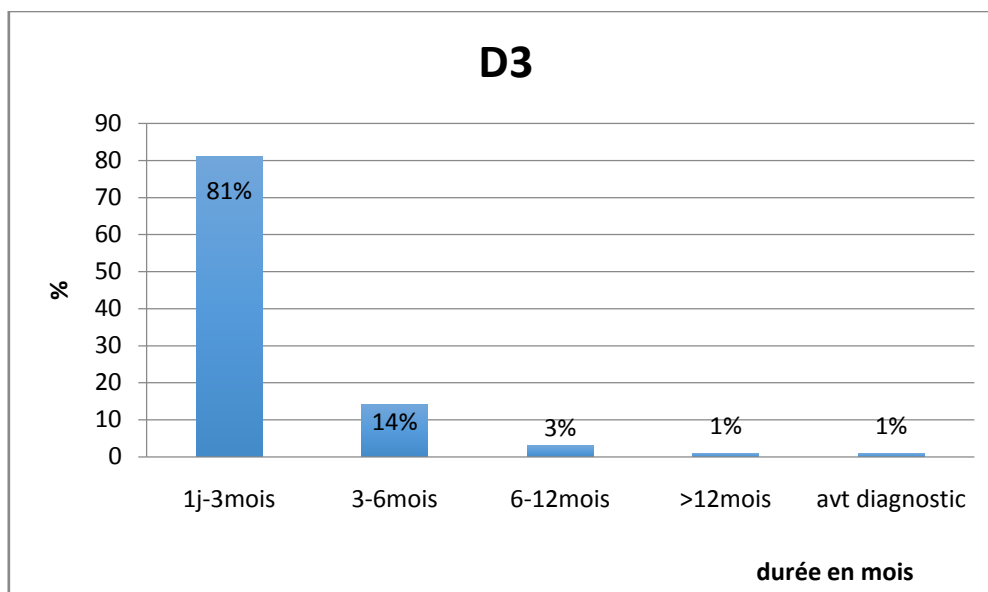


Figure14 : Répartition des patients suivant les intervalles des délais D3

3.1 Le délai thérapeutique D3 en fonction des caractères sociodémographiques :

Dans notre étude le délai moyen thérapeutique était plus long chez les sujets âgés de plus de 65ans (111,5jours) , les célibataires (84jours) , les femmes au foyer (55,3 jours) , les patients ayant un niveau socioéconomique bas (79,6jours) , les patients résidant en milieu rural (77,4 jours) et les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins (82,2 jours).

Tableau VIII : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des éléments sociodémographiques.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

CARACTERES SOCIODEMOGRAPHIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
AGE				
≤ 35ans	0	150	76,83	50
]35 à 45ans]	15	90	76,6	45
]45 à 55ans]	8	120	73,5	45
]55 à 65ans]	7	210	60,7	45
>65ans	10	1440	111,57	55
SITUATION MATRIMONIALE				
Veuf	60	60	60	60
Célibataire	15	150	84	120
Marié	0	1440	71	40
Divorcé	60	60	60	60
PROFESSION :				
Retraite	7	1440	59,4	55
Actif	0	150	22,6	20
Femme au foyer	7	210	55,3	30
Sans profession	60	60	60	60
COUVERTURE MEDICALE				
avec	0	1077	70,6	40
sans	150	150	150	150
NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE				
Bas	10	1440	79,6	50
Moyen	0	230	29,1	30
Elevé	7	20	13,75	14
MILIEU DE RESIDENCE				
Urbain	0	1440	43,3	30
Rural	18	20	77,4	56
Distance (km) par rapport à l'unité de soins :				
<100km	0	230	64,3	60
>100km	7	1440	82,2	38,5

3.2 Les délais thérapeutiques D3 en fonction des caractères cliniques :

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Le délai moyen thérapeutique entre le diagnostic et le 1^{er} traitement du cancer était plus long en cas de découverte suite à des signes d'appel(35,5jours) ,chez les sujets avec comorbidités (92,5 jours) ,chez les patients ayant un cancer localement avancé (60 jours) , chez les personnes atteintes d'hémopathie maligne (405jours), les patients porteurs de cancers du col utérin (116 jours)et Chez les patients bénéficiant de la chimiothérapie néo-adjuvante (101,6 jours) .

Éléments cliniques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
---------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Antécédents familiaux de cancer				
Oui	7	150	64,5	75
Non	0	1440	72,6	40
Comorbidité				
Avec	10	1440	92,5	112
Sans	0	210	36,6	90
Circonstance de découverte :				
Signes d'appel	0	1440	46,9	38,5
Fortuite	8	60	37,6	45
Dépistage	18	18	18	10
Stade initial de la maladie :				
Localisé	0	210	57,1	40
Localement avancé	20	230	60	41
Métastatique	15	150	56	42,5
Hémopathie maligne	50	1440	405	65
Localisation tumorale :				
Sein	7	210	59,7	30
Col utérin	56	230	116	90
Colorectal	0	150	83,4	91
Corps utérin	45	45	45	45
Poumon	30	120	49,8	40
Estomac	15	37	25,8	20
Prostate	30	50	37,8	40
Tumeurs uro-génitales	15	63	33,7	28,5
Pancréas	20	150	62,5	40
Cerveau œil et annexe	30	30	30	30
ORL	8	120	69,6	72,5
Sang	50	1440	405	65
1^{ER} traitement reçu				
Chirurgie	0	230	24,5	21
Chimiothérapie	5	1440	101,6	37
Radiothérapie	8	60	38,8	37,2

Tableau IX : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des éléments

cliniques :

4. Délai total D4 entre le premier symptôme et le début de traitement :

Le délai total moyen était de 209,28 jours (N=100), Le parcours de prise en charge des cancers, du premier signe jusqu'au début du traitement, était dans 72% des cas, inférieur ou égal à trois mois.

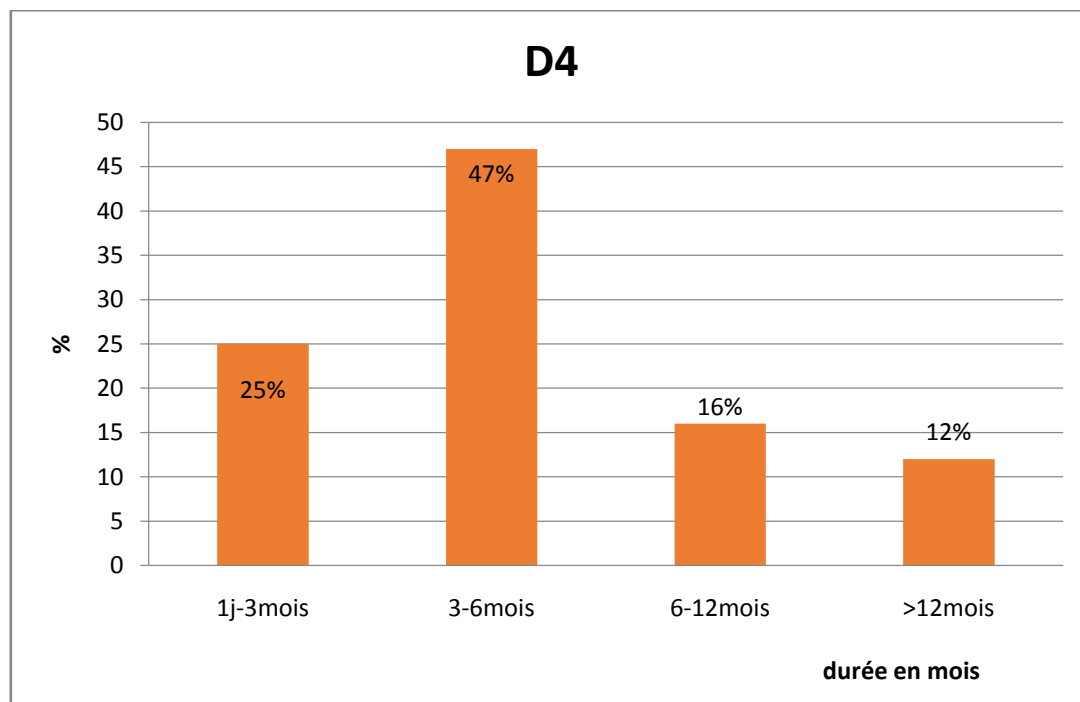


Figure 15: répartition des patients selon les intervalles des délais D4

4.1 Le délai total D4 en fonction des caractères sociodémographiques :

Dans notre étude le délai moyen total était plus élevé chez les sujets âgés de plus de 65ans (272,5jours), les femmes au foyer (190 jours), les patients ayant un niveau socioéconomique bas (233,9jours), les patients résidant en milieu rural (213jours), les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins (300 jours).

Tableau X : Répartition du délai total D4 en fonction des caractéristiques sociodémographiques :

CARACTERES SOCIODEMOGRAPHIQUES	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

AGE				
≤ 35ans	40	240	137,8	120
]35 à 45ans]	180	243	220,6	135
]45 à 55ans]	23	1110	207,3	132,5
]55 à 65ans]	20	485	164,8	145
>65ans	38	2520	272,5	113,5
SITUATION MATRIMONIALE				
Veuf	100	110	105	105
Célibataire	155	240	194	180
Marié	20	2520	208	139,5
Divorcé	243	243	243	243
PROFESSION :				
Retraite	20	2520	156,3	145
Actif	23	485	51,6	41
Femme au foyer	38	1110	190	132,5
Sans profession	243	243	243	243
COUVERTURE MEDICALE				
avec	20	2520	209,8	145
sans	180	180	180	180
NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE				
Bas	38	2520	233,9	153,5
Moyen	23	777	57,2	61
Elevé	20	390	134,4	64
MILIEU DE RESIDENCE				
Urbain	20	1110	192,6	130
Rural	38	2520	213	147,5
Distance (km) par rapport à l'unité d'accès aux soins :				
<100km	20	391	149	144,5
>100km	38	2520	300	136

4.2 Le délai total D4 en fonction des caractères cliniques :

Le délai moyen total entre le 1^{er} symptôme et le 1^{er} traitement du cancer, était plus long en cas de découverte suite à des signes d'appels (109,5jous),chez les sujets avec

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

comorbidités (274,07 jours), chez les patients ayant un cancer localement avancé (199 jours) , chez les personnes atteintes d'hémopathie maligne (920jours),Chez les patients bénéficiant de la chimiothérapie néo–adjuvante (222,2jours)

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Tableau XI: Répartition de délai total en fonction des caractéristiques cliniques

Éléments cliniques	MINIMAL (en jour)	MAXIMAL (en jour)	MOYEN (en jour)	MEDIAN (en jour)
Antécédents familiaux de cancer				
Oui	47	390	212,3	144
Non	20	2520	112	122,5
Comorbidité				
Avec	38	2520	274,07	139,5
Sans	20	777	88,5	90
Circonstance de découverte :				
Signes d'appel	20	2520	109,5	107,5
Fortuite	38	120	74,6	66
Dépistage	38	38	38	88
Stade initial de la maladie :				
Localisé	20	1110	177	135
Localement avancé	67	485	199	165,5
Métastatique	52	1207	133	115
Hémopathie maligne	381	2520	920	390,5
Localisation tumorale :				
sein	38	440	146,6	110
col utérin	176	485	300	270
colorectal	20	1207	233,7	160
corps utérin	90	90	90	90
Poumon	62	300	135	120
Estomac	52	155	109	85
prostate	66	150	105	90
tumeurs uro-génitales	23	777	223,7	111,5
pancréas	110	390	231,6	195
Cerveau œil et annexe	1110	1110	1110	1110
ORL	38	391	190	162,5
Sang	381	2520	920	390,5
1^{ER} traitement reçu				
Chirurgie	20	1207	66,7	77
Chimiothérapie	52	2520	222,2	110
Radiothérapie	38	117	86,3	90

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

4.3 Le délai total D4 selon la localisation tumorale :

Le délai moyen total du premier signe jusqu'au début du traitement était de 146,6 jours pour les cancers du sein, 300 jours pour les cancers du col utérin , 233,7 jours pour les cancers colorectaux et 135 jours pour les cancers du poumon .

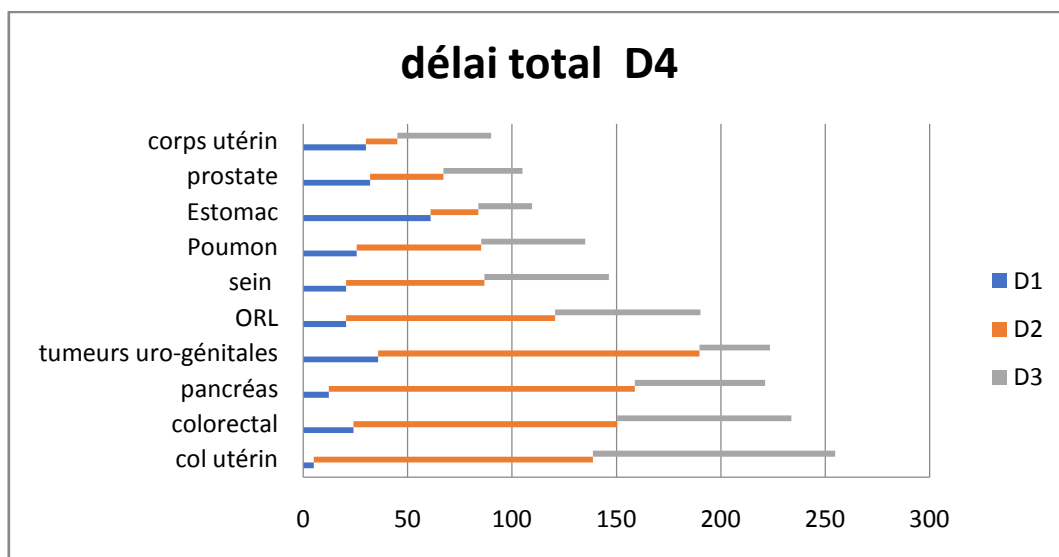


Figure16: les étapes de prise en charge selon la localisation tumorale

5. Les valeurs des différents délais dans chaque étape de prise en charge :

Dans notre étude :

- Le délai moyen D1 (délai entre le 1^{er} symptôme et la première consultation médicale) était de 26,92 jours.
- le délai moyen D2 (délai entre la première consultation médicale et le diagnostic) était de 111,1 jours
- Le délai moyen D3 (délai entre le diagnostic et le traitement spécifique) était de 71 jours
- Le délai moyen total (délai entre le 1^{er} symptôme et le début de traitement spécifique) était de 209,28 jours

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Tableau XII : Tableau récapitulatif des différents délais dans la prise en charge :

DIFFERENTS DELAIS	DELAIS MINIMAUX (en jour)	DELAIS MAXIMAUX (en jour)	DELAIS MOYENS (en jour)	DELAIS MEDIANS (en jour)
Délai de consultation ou délai patient D1	0	150	26,92	20
Délai diagnostique D2	3	1110	111,1	30
Délai thérapeutique D3	0	1440	71	42,5
Délai total D4	20	2520	209,28	144,5



DISCUSSION



I. Etat de la question :

1.Contextualisation et gravité épidémiologique :

Bien que les moyens et les outils qui existent actuellement nous permettent de mieux prévenir et traiter le cancer, le nombre des nouveaux cas de cancer ne cesse d'augmenter chaque année. En 2018, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) estime le fardeau mondial du cancer à 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès. [6]

Un homme sur cinq et une femme sur six dans le monde développeront un cancer au cours de leur vie, et un homme sur huit et une femme sur 11 vont mourir de cette maladie.[6]

Au Maroc, selon le Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (RCGC) pour la période 2008–2012, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est 137,3 pour 100 000 habitants. L'incidence standardisée sur la population marocaine est 115,4 pour 100 000 marocains. Le CIRC estime le taux de mortalité par cancer au Maroc à 86,9 par 100 000.[6]

La 2ème cause de décès au Maroc avec 13.4% des décès, après les maladies de l'appareil cardio-vasculaire. [7]

Selon le registre des cancers de Rabat en 2009–2012, Le taux d'incidence global du cancer était de 143,2 pour 100.000 habitants par an. Le taux d'incidence augmente régulièrement avec l'âge, il est de 1186 et 644 pour 100.000 respectivement chez les hommes et les femmes après 75 ans, il a également légèrement augmenté entre 2009 et 2012 pour les deux sexes. [8]

Les localisations les plus fréquentes, tout sexe confondu, sont le cancer du sein qui occupe le premier rang et représente 20 % des cas enregistrés entre 2008 et 2012, le cancer du poumon au deuxième rang avec une proportion de 11,4 %, suivi du cancer

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

colorectal avec une proportion de 6,7 % des cas. Chez les femmes, les cancers du sein, du col utérin et de l'ovaire constituent plus de la moitié des cas (53%).[7]

L'augmentation du taux d'incidence de 101,7 pour 100 000 Marocains en 2004 à 137,3 pour 100 000 en 2012 est due à de nombreux facteurs relatifs au : vieillissement de la population, certains comportements à risque (tabac, alimentation mal équilibrée, etc.), le mode de vie (sédentarité, obésité), certains facteurs environnementaux (pollutions diverses, expositions professionnelles, etc.) ainsi qu'à l'amélioration de l'accès au diagnostic des cancers et aux programmes organisés de détection précoce.[6]

II. Parcours de soins des patients cancéreux au Maroc :

1. Aspects généraux :

Le parcours de soins des patients cancéreux peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie cancéreuse, et par la spécificité de sa situation, Un parcours de soins en oncologie implique de nombreux professionnels de santé de différentes disciplines médicales, et doit respecter un certain nombre de recommandations indispensables afin de permettre un bon accompagnement des patients depuis l'annonce de la maladie jusqu'à une étape plus lointaine, la vie après le cancer. Ce parcours de soin permet Une meilleure intégration de différentes dimensions : réduction des risques et des coûts, amélioration de la qualité des soins, satisfaction du patient et efficience dans l'utilisation des ressources.[8]

L'équipe médicale participe à la prise en charge globale des patients atteints de tous les types de cancers. A l'issue des examens, le médecin reçoit le patient en consultation pour l'informer sur le diagnostic et la future prise en charge de sa maladie. Le traitement est choisi par une équipe médicale spécialisée au cours d'une réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en apportant aux patients un diagnostic extrêmement précis et le traitement adapté à leur pathologie. Le choix est ensuite défini en concertation avec le patient et un Programme Personnalisé de Soins (PPS) lui est remis : Il reprend le déroulement

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

du parcours de soins, c'est-à-dire nature et chronologie des soins (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie), durée des différents traitements, périodicité des consultations de suivi, soins de support. Le patient est ainsi acteur et participe à la décision. [9]

Soin de support

Diagnostic → Annonce → RCP → Annonce → traitements → surveillance →

Programme personnalisé de soin (PPS)

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique, thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de cancer passe d'abord par le médecin traitant, qui joue un rôle de pivot du parcours de soins puisqu'il intervient à tous les moments de la prise en charge du patient (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi, éducation) et assure des missions d'orientation, de coordination, de synthèse.[10]

Le Maroc produit peu de médecin de famille, Le développement de la médecine de famille figure en bonne place dans le programme gouvernemental. L'ambition aujourd'hui est de faire en sorte que chaque médecin de famille prenne en charge entre 300 et 400 patients .[10],

Cinquante médecins de famille diplômés en 2020 Pour l'instant, le pays est encore loin du compte. La culture du médecin de famille n'y est pas du tout ancrée.[10]

2. Fondation lalla Salma , prévention et traitement des Cancers :

Depuis sa création en novembre 2005, la Fondation Lalla Salma – Prévention et traitement des cancers œuvre, avec l'ensemble de ses partenaires à faire de la lutte contre le cancer une priorité de santé publique au Maroc .[11]

Elle s'est fixée pour objectif de mettre en place un dispositif national de lutte contre le cancer qui bénéficie des meilleures pratiques dans le domaine, en mettant en œuvre une stratégie adaptée aux spécificités du pays. Une démarche innovante et participative.[11]

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

La Fondation Lalla Salma a engagé, en collaboration avec le Ministère de la Santé, une série d'études sur la situation du cancer au Maroc : incidence, données épidémiologiques, offre de soins, activités de prévention et de détection, pratiques diagnostiques et thérapeutiques, besoins des patients, de leurs familles et des professionnels, perceptions de la maladie par le grand public. En parallèle, la Fondation a soutenu l'établissement du premier Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (RCRC), sur la base des données épidémiologiques de l'année 2004.

Elle s'engage également dans le domaine de la recherche scientifique, multipliant les partenariats au Maroc et à l'international. Cette association a adopté une démarche participative et multidimensionnelle pour cerner la problématique du cancer .[11]

Pour faire reculer le cancer, l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer emploie ses ressources, issues exclusivement de la générosité des donateurs et des partenaires, autour de six axes prioritaires [11]:

- PRÉVENTION (compagnes de sensibilisation et lutte contre le tabac).
- DÉTECTION PRÉCOCE (cancers du sein et du col de l'utérus).
- HÔPITAUX ET ACCÈS AUX MÉDICAMENTS (construction, équipement et humanisation, accès aux médicaments pour patients à revenu modeste).
- SOLIDARITÉ (Soutenir les patients et leurs proches).
- COMPÉTENCES (Développement d'expertise, formation continue, Rencontres stratégiques et scientifiques).
- POSITIONNEMENT À L'INTERNATIONAL (agir avec l'organisation mondiale de la santé réseau régional, conventions internationales).

3. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 1 (2010–2019) :

Officiellement lancé le 24 mars 2010, Le PNCC 1 est le fruit d'un partenariat stratégique entre la Fondation Lalla Salma et le ministère de la Santé. Il a vu la participation de plusieurs spécialistes nationaux et internationaux.[12]

L'objectif de ce plan est de réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer et d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches, dans un cadre global et intégré, basé sur la mobilisation sociale. Le PNCC 1 a comme caractéristique de vouloir assurer la mise en œuvre des droits des malades atteints de cancer, en proposant un programme basé sur l'impartialité, planifiant un service humain fondé sur l'équité. [12]

le programme prévoit 78 mesures opérationnelles à entreprendre dans les domaines stratégiques suivants [12] :

- La prévention.
- La détection précoce.
- La prise en charge diagnostique et thérapeutique.
- Les soins palliatifs.
- Les mesures d'accompagnement des patients.

4. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2 (2020–2029) :

L'élaboration du PNCC2 est le fruit d'une étroite collaboration entre le Ministère de la Santé et la Fondation Lalla Salma. Il s'inscrit dans la continuité et la vision du premier plan cancer et adopte ses valeurs .[6]

Le PNCC1 a permis d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer ; la majorité des patients à revenu modeste ont accès à des soins de qualité dans les différents Centres Régionaux d'Oncologie à travers le Royaume. Le développement des ressources

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

humaines et l'accès aux médicaments se sont améliorés tout au long de la mise en œuvre du premier plan. Le développement du secteur libéral a aussi participé à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer .Ce 2ème plan se propose alors de consolider les acquis, de corriger et améliorer les insuffisances constatées, d'accompagner les professionnels de santé dans l'évolution de leur pratique. [6]

L'objectif de ce plan est de permettre une prise en charge totale et innovante de tous les patients atteints de cancer par un personnel motivé et qualifié dans des structures répondant aux normes internationales, reposant sur plusieurs principes directeurs[6] :

- Améliorer l'accessibilité au diagnostic précoce et rapide des cancers.
- Améliorer l'accessibilité aux soins des cancers et garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge
- Accompagner les professionnels de santé dans leur pratique face aux évolutions scientifiques, technologiques et thérapeutiques.
- Faire des soins de support un levier essentiel de la qualité des soins.

5. Centres régionaux d'oncologie (CRO) au Maroc :

Les CRO s'inscrivent dans le PNPCC et permettent l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins de cancérologie de la population en répartissant ces centres sur tout le territoire marocain .[13]

Dix Centres Régionaux d'Oncologie (CRO) sont opérationnels et disposent des ressources humaines spécialisées, des compétences et des équipements adaptés à la prise en charge des cancers selon les standards internationaux [6].

En plus des CRO, deux centres d'hémo-oncologie pédiatrique sont opérationnels au niveau des CHU de Casablanca et de Rabat, deux autres centres à Fès et à Marrakech sont en cours d'opérationnalisation. Des pôles d'excellence ont été mis place dont deux en oncologie gynéco-mammaire à Casablanca et à Rabat, un pôle d'excellence de chirurgie digestive à

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Rabat, un pôle d'excellence pour la chirurgie thoracique à Casablanca et un pôle d'excellence de la chirurgie traumatologique à Fès [6].

Le secteur libéral a également connu une nette amélioration de l'offre de soins en Cancérologie.

Plus de 18 cliniques privées prodiguent des soins spécialisés en oncologie[11].

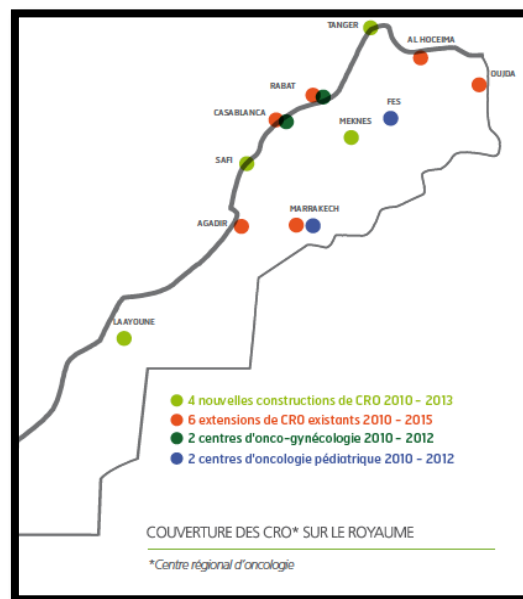


Figure17:Couverture prévue des CRO sur le Royaume

III. Les différents délais rencontrés en cancérologies :

1. Définition :

La prise en charge d'une personne en cancérologie est un processus complexe. Elle se déroule aussi bien en milieu extrahospitalier qu'hospitalier, tant public que privé, faisant appel à des examens de routine comme à des examens spécialisés. Cette prise en charge comprend de nombreuses étapes depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'au traitement. A chaque étape de parcours de soin correspond un délai étudié.[14]

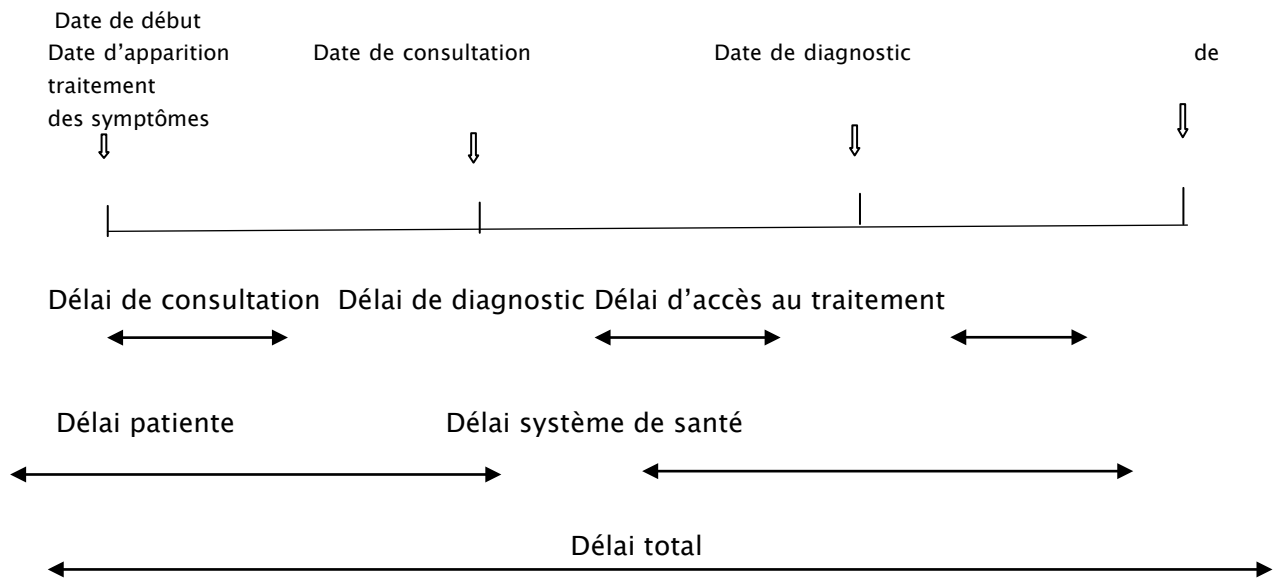
Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Les différents délais rencontrés dans la prise en charge des patients atteints de cancer sont représentés par le délai de consultation, le délai d'accès au diagnostic, le délai de début du traitement et le délai total. Ces délais mesurés peuvent varier selon le type de cancers rencontrés. [15]

- Le délai de consultation: il correspond à l'intervalle de temps entre la date d'apparition des premiers symptômes et la date de la première consultation médicale. Ce délai est reconnu attribuable au patient. Il est appelé « délai patient » [15].
- Le délai d'accès au diagnostic: il correspond à l'intervalle de temps entre la date de la première consultation et la date d'obtention du compte rendu anatomopathologique [15].
- Le délai de début du traitement: il correspond à l'intervalle de temps entre la date de diagnostic et la date de début du traitement [15].
- Le délai total: c'est l'intervalle de temps entre la date d'apparition des premiers symptômes et le début du traitement.

Le délai diagnostique et le délai de début du traitement sont définis comme étant les délais attribuables au système de santé. Ils sont aussi appelés « délai système de santé ».

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale



2. L'importance des délais de prise en charge en cancérologie :

La mesure des délais de prise en charge est apparue comme un élément majeur, reflétant directement les modes organisationnels internes à une spécialité mais aussi entre plusieurs acteurs de soins. Elle constitue un élément d'appréciation de la qualité de la prise en charge médicale[16].

La mesure des délais a un impact majeur sur la survie des patients atteints de cancer, sur la tumeur et sur le patient lui-même. En effet, selon l'étude Skora K[17], une détection rapide du cancer et une initiation plus tôt du traitement ont un impact non négligeable sur la survie des patients [17].

Selon l'Inca [14], la mesure des délais permet de:

- Avoir une estimation quantitative des délais des différentes étapes afin de mieux caractériser le parcours de soin,
- Suivre l'impact des dispositifs d'autorisation du traitement du cancer,
- Rendre compte des conditions d'accessibilité pour tous, y compris pour les patients les plus vulnérables.

3. Les impacts de la mesure des délais sur la prise en charge des patients atteints de cancer:

Les délais de prise en charge longs peuvent entraîner une augmentation des coûts de la prise en charge [18].

Selon l'INCA en 2013[19], un allongement des délais semble avoir un faible impact sur le pronostic, plus le délai est long entre l'apparition des symptômes et le diagnostic du cancer, plus le risque est grand plus les patients sont exposés à un stade avancé de la maladie. La réduction d'un délai diagnostique peut conduire alors à un diagnostic de cancers vus à un stade localisé augmentant ainsi la chance de guérison complète des patients [20].

Les délais d'attente trop longs, liés parfois à une orientation inadéquate, contribuent à la détresse émotionnelle des patients et des membres de la famille [18]. Ils entraînent souvent une augmentation de la détresse psychologique mais aussi des moments d'anxiété pour les patients.[14]

IV. DISCUSSION DE NOS RESULTATS :

1. Données sociodémographiques et caractéristiques cliniques :

a) Analyse des données sociodémographiques :

Nous avons recruté pour notre étude 100 patients atteints de cancer dans le service d'oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

L'âge moyen de nos patients était de 57,41 ans, avec des extrêmes allant de 27 à 90 ans. Nous avons constaté une légère prédominance masculine à 57%, avec un sex ratio H/F de 1,12. Ce résultat pourrait être expliqué par la grande fréquence des cancers prostatiques et pulmonaires au sein de notre échantillon.

Quant à leur activité professionnelle, les patients retraités étaient les plus représentés dans notre travail, avec un taux de 47%. Cette répartition est conforme à la structure d'âge de notre population d'étude.

La majorité de notre échantillon était d'origine urbaine (82%), tandis que seulement 18% était d'origine rurale. Cela pourrait être expliqué par les difficultés d'accès géographique aux centres diagnostiques et thérapeutiques, le phénomène d'urbanisation, l'adoption des traitements traditionnels, voire le refus de consultation.

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude sont superposables à ceux trouvés par Bejjou[21], dans son travail de thèse sur la qualité de vie des patients suivis pour cancers à l'hôpital militaire Avicenne en 2019. Nous pouvons ainsi affirmer que la répartition sociodémographique de la population de ce centre d'oncologie n'a pas changé depuis.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Cependant, notre résultat est différent à celui de l'étude du PNPCC [5] à propos des stades de diagnostic et des résultats de traitements des cancers au Maroc en 2008. En effet, la prédominance majeure était le sexe féminin (51,9% et la majorité de la population était constituée des femmes au foyer (51,9%). [5]

Contrairement au résultat de l'étude du PNPCC [5], qui rapportait qu'uniquement 12,7% des patients marocains bénéficiaient d'une couverture médicale, 99% des patients de notre série bénéficiaient de la couverture des forces armées royales (FAR).

Enfin, 70% de nos patients avaient un niveau socio-économique bas. Notre résultat se rapproche de celui trouvé par l'étude du PNPCC [5] 92,2%. Ceci est expliqué par le faible revenu marocain : environ 1/5 de la population vit en dessous ou à la limite du seuil de pauvreté, principalement en milieu rural et dans les régions les moins urbanisées. [22]

Tableau XIII: Tableau comparatif des différentes données sociodémographiques des malades atteints de cancers

		PNPCC [5] (2008)	BEJJOU [21] (2019)	NOTRE SERIE
Age moyen (années)		51,5%	54,5	57,4
Sexe	féminin	62,1%	42%	47%
	Masculin	37,9%	58%	53%
Origine géographique	Urbain	71%	91%	82%
	Rural	29%	9%	18%
Statut marital	Marié	70,6%	90%	92%
	Célibataire	12,7%	6%	5%
	Veuf	11,5%	1%	2%
	Divorcé	5,2%	1%	1%
Profession	retraité	9,3%	43%	47%
	Actif	29,1%	20%	15%
	Femme au foyer	51,6%	37%	37%
	Sans profession	9,2%	-	1%
Couverture médicale	oui	12,7%	99%	99%
	Non	87,3%	1%	1%

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Niveau socio économique	Bas	92,2%	-	70%
	Moyen	7,5%	-	26%
	Elevé	0.3%	-	4%

b) Analyse des données cliniques

Dans notre étude nous avons colligé plus de dix différentes localisations cancéreuses. Les cancers gynécologiques représentaient la majorité, suivis des cancers digestifs. En comparant nos résultats à ceux de la littérature , nous constatons qu'ils sont conformes à l'étude de Bejjou[21] .

Plus de la moitié des tumeurs solides de notre série(53%) ont été découvertes au stade localisé. Notre résultat rejoint celui de l'étude de Bejjou 2019, concernant le stade de la maladie tumorale, où il était débutant dans 54% des cas. Contrairement à l'étude du PNPCC[5] ,où la majorité des malades avait un stade avancé de la tumeur.

2. Les délais de prise en charge :

Au Maroc, les délais de prise en charge du cancer ont été étudiés séparément selon les différentes localisations tumorales. A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à ces délais pour l'ensemble des cancers.

a) Délai D1 : délai entre le 1er symptôme et la première consultation médicale:

Le délai moyen de consultation pour l'ensemble des cancers était de 26,97jours .Le délai maximal était de 150jours, soit environ 5mois.

Nous avons constaté, que 5% des patients avaient consulté directement un médecin dès l'apparition des premiers signes, et que 91% des malades avaient eu un contact médical dans les trois premiers mois de l'apparition des symptômes. Une étude menée au Maroc par le PNPCC[5] en 2008, avait trouvé que le délai moyen entre le début des premiers symptômes et la première consultation médicale était de $2,44 \pm 5,34$ mois. Ce même délai était inférieur ou égal à un mois dans 63,5% des cas. Ceci atteste que notre délai est plus

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

court par rapport à ce résultat. En revanche, le délai retrouvé en Angleterre [23] en 2016 et en 2019 [24] , était de 22 jours, ce qui est court par rapport au nôtre.

Tableau XIV : Comparaison du délai moyen de consultation D1 selon la littérature .

Pays	Années	Résultats
Maroc	2008	73,2jours
Angleterre	2016	22 jours
Angleterre	2019	22 jours
Notre étude	2022	26,97 jours

Trois éventualités pourraient expliquer ce résultat :

Premièrement, les patients ont tendance à avoir recours à la médecine complémentaire. En effet, l'étude Lahiaouni[25] sur l'utilisation de la médecine complémentaire parmi une population de patients cancéreux suivis dans le service d'oncologie-radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech en 2016, a souligné que 43,3% des malades reconnaissent l'utilisation de la médecine complémentaire, et la consommation de plantes était la modalité la plus utilisée avec une fréquence de 69%.

La médecine traditionnelle fait partie intégrante de la culture marocaine. Elle occupe une place non négligeable surtout dans les zones rurales. [25]

Deuxièmement, la plupart des Marocains pratiquent l'automédication, par manque de moyens financiers, voire par peur d'aller voir un médecin[26]. Nous suggérons d'organiser des campagnes de sensibilisation de la population sur l'importance et l'efficacité de consulter un médecin le plus tôt possible ainsi qu'aux dangers engendrés par l'automédication.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Une des raisons qui pourrait expliquer notre résultat est la méconnaissance des signes alarmants évoquant un cancer. Au Royaume Uni, Macleod et al [27] ont rapporté que le manque de sensibilisation aux symptômes du cancer ainsi que la non reconnaissance de la gravité de ces symptômes sont des facteurs de retard de consultation. La connaissance des signes liés au cancer joue un rôle important dans le délai de consultation. En effet, les signes du cancer n'étant pas spécifiques, les patients ne s'inquiètent pas des symptômes qu'ils pensent être banaux. D'autres patients ont retardé leur consultation parce qu'ils pensaient que leur symptôme disparaîtrait. [28]

Pour cela, nous devrions renforcer l'information, l'éducation et la communication de la population sur les signes évocateurs des cancers les plus fréquemment rencontrés. Ils devront également être incités à consulter un médecin dans un délai court.

a.1 Délai D1 selon l'âge :

Dans la présente étude, les sujets âgés de moins de 35 ans et ceux âgés de 35 à 45 ans avaient un délai moyen plus court (12,7 jours, 6,07 jours). Contrairement aux sujets âgés de 45, à 55 ans, de 55 à 65 ans et ceux supérieurs à 65 ans avaient un délai moyen plus long (20,45 jours, 37,7 jours, 36,8 jours). Le délai court des sujets moins de 45 ans serait dû peut-être à la peur de la révélation d'une maladie grave. Benbakthaa retrouvé dans son étude sur le cancer du sein au Maroc que la majorité des femmes de moins de 45 ans consultaient plus tôt un médecin. [29]

Notre étude, n'étant pas analytique, ne nous a pas permis de révéler la relation entre le délai de consultation et ce facteur. L'âge, étant considéré comme un facteur de risque de développement du cancer, il augmenterait également le risque d'avoir un délai de consultation long. [30]

Les personnes âgées auraient une idée fautive du cancer qui les conduit à consulter tardivement. [30]

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Ces résultats nous montrent que plus la tranche d'âge est avancée, plus le délai est long. Nous devrions alors renforcer la sensibilisation sur ces groupes de personnes.

a.2 Délai D1 selon le milieu de résidence :

Les personnes habitant en milieu rural consultent plus tardivement que ceux habitant en milieu urbain. Ceci pourrait s'expliquer par l'existence d'une grande inégalité dans la distribution des soins de santé entre zones rurales et urbaines au Maroc : nous comptons un médecin pour 8.296 habitants en milieu urbain, contre un pour 11 835 dans les zones rurales, et le nombre moyen de consultations par habitant en une année est de 0,7 en milieu urbain contre 0,4 dans les zones rurales. La différence de niveau socio-économique entre les zones urbaines et rurales au Maroc, pourrait expliquer cette disparité de répartition. En effet, le taux de pauvreté relative en 2007 était de 14,5% en milieu rural contre 4,8% dans les zones urbaines. [30]

Pour les sujets habitant à plus de 100 km du lieu de soins, ils présentent un délai de consultation plus long, la distance et le manque de transports sont des facteurs influençant les délais de consultation.[31]

Une amélioration de la qualité du réseau de transport est nécessaire, mais insuffisante. Il faut plutôt développer des soins spécialisés de proximité.

a.3 Délai D1 selon les antécédents et comorbidités :

Les sujets avec comorbidités consultent tardivement un médecin. Ce retard peut être expliqué par le fait que ces patients attribuaient leurs nouveaux signes à une pathologie préexistante. Dans une étude sur les facteurs de risque de présentation et de référence des signes de cancers les plus fréquents au Royaume Uni, Macleod et ses collaborateurs ont

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

souligné également que les personnes ayant une ou des comorbidités avaient un délai long. En fait, ces personnes font régulièrement des visites médicales et des bilans de routine. Lorsque leurs résultats s'avèrent négatifs, elles pensent être en bonne santé.[27]

Selon l'étude Benbakhta[29], les patients ayant des antécédents familiaux de cancer sont plus conscients et donc plus motivés à consulter plus tôt et ainsi être diagnostiqués à des stades précoces. En revanche, un risque élevé pour un long délai patient a été observé chez les patients sans antécédents familiaux de cancer.

a.4 Délai D1 selon la profession :

Concernant la profession, les fonctionnaires consultent tôt le médecin. Les sujets sans profession, les retraités et les femmes au foyer tardent pour consulter. Ceci peut s'expliquer par les difficultés économiques de cette catégorie de la population. L'accès aux soins semble plus difficile aux femmes au foyer, qui dépendent de leurs conjoints ou de leurs proches pour aller consulter. La profession est un facteur protecteur contre un délai patient long.

a.5 Délai D1 selon la localisation tumorale:

Selon les types de cancer, un délai moyen de consultation court a été retrouvé chez les patients porteurs de cancers du sein, de cancers colorectaux, et d'autres tumeurs digestifs. On pourrait l'expliquer par le fait que ces types de cancers se caractérisent par des symptômes alarmants. En effet, Notre résultat concorde avec l'étude réalisée au Royaume Uni[27], Macleod et al. ont rapporté qu'un symptôme plus grave ou inquiétant incite les gens à consulter rapidement un médecin .

Parmi les cancers existants, les patients consultent plus tôt quand les symptômes sont plus inquiétants (par exemple la douleur et le saignement). C'était le cas pour les cancers colorectaux et les cancers gynécologiques [60–65]. Par contre, les patientes porteuses de tumeurs du col utérin, du corps de l'utérus et de l'estomac avaient un délai moyen de consultation le plus long. Le cancer du col de l'utérus est en effet moins parlant

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

cliniquement au stade débutant. Ce n'est qu'au stade d'aggravation, qu'il tend à provoquer des signes cliniques. [32]

Rabenoavy et al [33] avait rapporté également dans une étude sur les cancers gastriques en 2016 que le premier réflexe du malade était de recourir aux tradipraticiens et ce n'est qu'après échec du guérisseur que le patient venait consulter un médecin .

Une sensibilisation de la population sur les signes évocateurs de cancers devrait être envisagée afin de raccourcir ce délai de consultation.

✚ Le Cancer du sein :

Dans notre travail de recherche, nous avons choisi de détailler le délai D1 pour le cancer du sein, étant le cancer le plus fréquent au Maroc.

Nous avons trouvé un délai moyen de consultation égal à 20,6 jours et un délai médian à 25 jours. D'autres études au Maroc en 2020 ont rapporté un délai moyen considérablement plus long par rapport au nôtre, notamment dans l'étude El gbouri sur La prise en charge du cancer de sein localisé au service d'Oncologie Médicale au CHU Mohammed VI , Marrakech (entre 3 et 6 mois)[34], et l'étude El Fouhi, menée sur le profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer du sein au CHU Ibn Rochd , Casablanca (10 mois) [35]

Nous constatons qu'il y a eu une nette amélioration pendant ces dernières années. Ceci peut être considéré comme l'impact de la sensibilisation des femmes à l'autopalpation. Les femmes sont donc plus alertées par rapport aux Signes évocateurs de cancer du sein.

En comparant notre résultat à celui d'autres pays. Notre délai est court par rapport à celui rapporté en Tunisie [36] (60 jours) , au Cameroun [37] (240 jours) au Gabon [38] (392 jours) , en Pologne [39] (61,7 jours) et au Brésil [40] (40 jours). Par contre, notre délai médian (25 jours) est élevé par rapport à la Grande Bretagne [28] et à l'Allemagne [41] avec respectivement un délai médian de 13 jours et de 21 jours. Dans ces pays développés, les femmes sont fortement sensibilisées sur la pathologie cancéreuse. De plus, les examens de

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

mammographie pour dépistage sont bien organisés et accessibles pour la population générale. [42]

En Pologne, Dans une étude sur les causes des retards de diagnostic du cancer du sein en 2019 ,Cipora E et al. ont mentionné que La cause la plus fréquente de ce retard de consultation était la peur de diagnostiquer un cancer. [39]

Tableau XV: Comparaison du délai de consultation D1 pour le cancer du sein selon la littérature :

Pays	Années	Résultats	
		Délai D1 moyen	délai D1 médian
La grande Bretagne	2000	-	13jours
Allemagne	2011	-	21 jours
Tunisie	2016	-	60 jours
Gabon	2017	392 jours	-
Brésil	2019	-	40 jours
Pologne	2019	61,7 jours	-
Cameroun	2020	240 jours	-
Maroc	2020	300 jours	65 jours
Maroc	2020	(30 jours ,180jours)	-
Notre série	2022	20,6 jours	25jours

✚ Le Cancer du col utérin et le cancer colorectal :

L'étude marocaine du PNPCC [5], portant sur le délai de consultation, a été faite sur le cancer du col utérin et le cancer colorectal.

Le résultat du délai moyen de notre étude pour le cancer du col utérin est semblable à celui de l'étude PNPCC en 2008. Ce délai long peut être expliqué par l'absence d'un suivi gynécologique plus rigoureux comportant la pratique régulière d'un Frottis Cervico-Vaginal .[43].

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

A cet égard le PNPCC recommande de renforcer le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

En revanche, notre résultat du délai moyen pour le cancer colorectal (24,08jours) est plus court que celui retrouvé en 2008 par l'étude du PNPCC (77,1 jours)

L'étude Mansoury réalisée en 2018, sur des patients atteints du cancer colorectal métastatique, au centre d'oncologie hématologie CHU Mohammed VI Marrakech, avait mis en évidence un délai moyen de 8.5 mois (avec un maximum de 48 mois et un délai minimum de 1 mois) .[44] Ainsi, Les délais de consultation se sont raccourcis au court de ces dernières années. Nous constatons que les patients sont de plus en plus alertés par rapport aux signes évocateurs de cancer colorectal.

Tableau XVI : Comparaison du délai de consultation pour le cancer du col utérin et le cancer colorectal selon les résultats de la littérature :

Auteurs	Années	Résultats	
		Délai D1 moyen pour le cancer du col utérin	Délai moyen D1 pour le cancer colorectal
PNPCC	2008	60 jours	77,1 jours
Mansoury	2018	-	255 jours
Notre série	2022	50jours	24,8 jours

b) Délai D2 : délai entre la première consultation médicale et le diagnostic :

Il s'agit du délai d'accès au diagnostic. Ce délai dépend de nombreux facteurs, liés aux patients et au système de santé lui-même. Les facteurs liés aux patients sont les difficultés socio-économiques, culturelles et psychologiques. Ceux liés au système de santé

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

sont l'accessibilité aux soins, le remboursement des frais médicaux, la connaissance des praticiens.[45],[46]

Dans notre étude, pour l'ensemble des cancers, 72% des patients recevaient leur diagnostic dans un délai inférieur ou égal à trois mois. Le délai moyen de diagnostic était de 111 jours (N=100). Les valeurs extrêmes variaient entre 3 et de 1110 jours,(soit environ 3 ans et 2 mois).

Une première étude du PNPCC[5] au Maroc sur une période allant de 2003 à 2007, et une deuxième étude en 2008, avaient rapporté, respectivement, un délai moyen de 173,4 jours et de 93,3 jours. En comparant nos résultats à ceux du PNPCC, nous affirmons que le délai diagnostique est toujours long. Notre délai reste aussi long par rapport à celui rapporté en Royaume-Uni (92 jours) .[24]

Néanmoins, notre résultat est inférieur à celui trouvé par Razafimahazo à Madagascar en 2016, rapportant un délai de 229,78 jours. [47]

Tableau XVII : Comparaison du délai moyen de diagnostic D2 selon la littérature .

AUTEURS	PAYS	Années	Résultats
PNPCC	Maroc	2003-2007	173,4 jours
PNPCC	Maroc	2008	93,3 jours
Razafimahazo	Madagascar	2016	229,78 jours
Ruth	Royaume-Uni	2019	92 jours
Notre étude	Maroc	2022	111 jours

La référence des patients au spécialiste dans notre pays est retardée. La non reconnaissance des signes évocateurs de cancers serait une des causes de ce retard. En effet, les symptômes rencontrés par le généraliste ne sont pas spécifiques de la maladie cancéreuse. Ces symptômes peuvent être vagues ou atypiques, et par conséquent, ils peuvent être attribués à une maladie bénigne [28].

Devant ces signes non spécifiques, les praticiens généralistes sont perdus sur la manière de les interpréter.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Notre hypothèse est d'autant plus appuyée que les chercheurs Refeno et al, dans leur étude réalisée sur les aspects épidémio-cliniques des cancers broncho-pulmonaires primitifs au service d'Oncologie de l'Hujra, ont mentionné que les caractères banaux des symptômes étaient une des raisons des délais de diagnostic allongés [47].

D'autre part, Lyratzopoulos et al. ont souligné ce problème d'orientation proposé par les médecins généralistes dans leur réflexion sur le délai diagnostique des cancers au Royaume Uni. Les médecins généralistes affrontent certaines difficultés pour s'orienter vers le diagnostic de cancer, devant la non spécificité et la grande richesse des signes. Les patients font alors l'objet de plusieurs consultations avant d'être adressés au spécialiste [48]. La prescription de traitements symptomatiques augmente aussi le nombre de consultations et le délai diagnostique. [49]

Pour améliorer la prise en charge des patients suspects cancéreux, le Royaume-Uni avait édité, la règle dite « des 2 semaines » [50]. Cette règle vise à ce que tout patient présentant un symptôme ou une lésion suspecte soit vu dans les 2 semaines suivantes (délai maximum) par un centre de référence en cancérologie. La publication d'une liste de symptômes et signes cliniques devant faire adresser le patient à un centre spécialisé était envoyée aux médecins généralistes. En pratique, les résultats sont décevants. Les études ont retrouvé un faible taux de cancers (entre 5 et 10 %) parmi les patients adressés via le circuit rapide avec pour conséquence un nombre important de consultations inutiles. Il a de plus été montré que ce système ne permettait pas de dépister plus de cancers à un stade précoce.

Pour le même but, la méthode de consultation accélérée réalisée au Danemark dite « fast-track » permet de cibler, auprès des médecins généralistes, les symptômes suspects nécessitant une orientation rapide vers un centre d'oncologie. [50]

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Une autre hypothèse pour expliquer le retard de diagnostic, serait que ce sont les patients eux-mêmes qui changent de médecins, pour une même symptomatologie, par manque de confiance aux médecins, ou suite à une suggestion de leur entourage.

Aussi, la médecine générale est la spécialité de première ligne en terme d'offre de soins en oncologie. Par conséquent, le médecin généraliste doit être armé des connaissances professionnelles nécessaires pour accompagner le patient dans toutes les phases de la maladie cancéreuse.

Cependant, l'étude Haij[51], récemment publiée (en 2021), sur l'analyse des besoins en formation en oncologie médicale chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, a démontré que la majorité des étudiants est moyennement ou pas du tout satisfaite de l'enseignement théorique et pratique en oncologie. Ceci implique que le caractère évolutif et dynamique des connaissances en oncologie impose une révision périodique des objectifs d'enseignement de ce module, adoptant une approche centrée sur l'étudiant, futur soignant, et ses besoins, afin d'atteindre les futures exigences professionnelles.

Dans le même cadre, le plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019 dans ses mesures 45 et 59, met l'accent sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer et souligne l'importance de la formation en oncologie, qu'elle soit initiale ou continue [12] :

- Mesure 45 : Assurer l'offre de soins aux malades atteints de cancer aux trois niveaux du système de santé: Assurer les activités d'information, de détection et de suivi au niveau (Niveau 1 : centres de santé, cabinets des médecins généralistes).
- Mesure 59 : Développer la formation de base et la formation continue en cancérologie : La formation, en matière de prévention, doit intéresser tous les secteurs, elle doit être coordonnée et normalisée.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Par la suite, les médecins généralistes devraient être conscientisés sur l'importance de référer les malades dans un bref délai devant les symptomatologies persistantes, afin de minimiser les complications et de pouvoir optimiser la prise en charge. L'idéal serait d'avoir un médecin traitant pour chaque éventuel patient, afin de réduire ce problème de référence et d'errance.

Par ailleurs, le renforcement des moyens diagnostiques reste nécessaire.

b.1 Délai D2 selon les variables sociodémographiques :

Dans notre étude le délai moyen de diagnostic était plus élevé chez les sujets âgés de plus de 65 ans, les divorcés, les patients sans profession, les femmes au foyer, les patients résidant en milieu rural et les sujets habitant à plus de 100 kilomètres du lieu d'accès aux soins. Dans une étude sur les déterminants des retards dans le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus au Maroc en 2017, Moulki et al ont trouvé également que les risques élevés de retard ont été observés chez les femmes non mariées (OR = 3,33 ; IC à 95 % (1,19-9,30)) ; vivant en zone rurale (OR = 6,61 ; IC à 95 % (2,26-19,31)) ; Analphabètes (OR = 11,66 ; IC à 95 % (1,36-99,43)) ; De faible revenu (OR = 6,16 ; IC à 95 % (1,25-30,32)) ; (OR = 2,90 ; IC à 95 % (1,12-7,49)) et vivant à plus de 100 kilomètres de distance du système de soins de santé du cancer (OR = 2,75 ; IC à 95 % (1,09-6,95)).[71]

Notre étude n'étant pas analytique, elle ne nous a pas permis d'établir la relation entre le délai de diagnostic et ces facteurs.

b.2 Délai D2 selon la localisation tumorale :

🚩 Le Cancer du sein :

En comparant ce résultat avec celui révélé par une étude marocaine en 2018 sur les délais de diagnostic sur le cancer du sein, nous constatons qu'il y a eu un allongement du délai en question. (33,5 jours en 2018 contre 66 en 2022),[2]

Par ailleurs, en comparant nos résultats avec ceux d'autres pays, notre délai médian de 30 jours est supérieur à celui rapporté en France (2011)[19], aux Etats-Unis(2014) [52] en Tunisie (2016)[53] et au Cameroun (2018)[37] qui rapportent des délais médians de 13,

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

21,13 et 25 jours respectivement. Cependant, notre délai reste inférieur à celui enregistré en Algérie[54] en 2016 , en Libye[55] en 2012 et au Gabon[38] en 2020 avec respectivement un délai médian de 34jours , 225 jours et 420 jours .

Tableau XVIII : Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer du sein selon la littérature :

Pays	Années	Résultats	
		Délai D2 moyen	délai D2 médian
France	2011	17,7jours	13jours
Libye	2012	225 jours	-
Etats unis	2014	-	21 jours
Tunisie	2016	13 jours	13 jours
Algérie	2016	-	34jours
Cameroun	2018	-	25 jours
Maroc	2018	33,5 jours	-
Gabon	2020	420 jours	-
Notre série	2022	66,1 jours	30 jours

Dans le cancer du sein, nous remarquons une amélioration du temps patients, en comparaison avec les études du PNPCC.

Contrairement à un allongement du délai diagnostique au fil du temps. Il serait donc légitime de s'interroger sur la qualité du système de soins offert pour les patients cancéreux.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

En effet, les médecins spécialistes sont en effectifs insuffisants comme le cas des oncologues. Le nombre de spécialistes devrait être augmenté.[6]

Par ailleurs, un consensus de prise en charge devrait être adopté et diffusé à l'ensemble des acteurs de soins[56].

Au Maroc , la plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein sont diagnostiquées très tardivement du fait essentiellement de l'absence du dépistage de masse des cancers accessibles au dépistage [29] .

Dans ce sens, les chercheurs Aloulou et al[45]ont rapporté dans leur étude sur les Facteurs liés au diagnostic tardif du cancer du sein: expérience du CHU Mohammed VI Marrakech (2015) , que Les raisons du diagnostic tardif du cancer du sein étaient multiples et dominées par les problèmes financiers. De même, l'accès géographique et économique aux unités de soins, La triade ignorance, indigence et habitudes socioculturelles et l'absence de dépistage précoce constituaient les facteurs essentiels du diagnostic tardif.

Dans notre étude le délai moyen de diagnostic était plus court chez les patientes diagnostiquées suite au dépistage. A cet égard, les femmes devraient être sensibilisées sur l'importance du dépistage et sur la pratique de l'autopalpation. Nous devrions les informer également sur l'existence des centres de mammographies. Ces centres devraient être plus nombreux au Maroc.

Le Cancer colorectal :

Dans notre étude, nous avons trouvé un délai moyen de diagnostic qui est égal à 126jours et un délai médian de 32 jours.

Dans une étudesur le retard diagnostique du cancer colorectal au Maroc ,sur une période allant de février 2016 à avril 2017 , menée dans 5 services hospitaliers ,lahmidani et al [57]ont mentionné que le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic était en moyenne de 7 mois (210 jours) .Notre délai est largement plus court par rapport à ce résultat. Ceci serait dû au développement et au perfectionnement des

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

techniques de diagnostic, comme l'endoscopie et que les médecins sont également informés sur l'évolution des moyens diagnostiques[58]. Ainsi, sur le renforcement de dépistage précoce chez les sujets à risque élevé.

En comparant nos résultats avec ceux d'autres pays d'Afrique, notre délai moyen était de 126 jours. Ce qui est largement inférieur à celui trouvé au Burkina-Faso (2019)[59] qui est de 186 jours.

Notre délai médian (32 jours) est court par rapport à celui des Hollande 2011[60] (41 jours). Cependant, il reste élevé par rapport à la France en 2016[61] (27 jours).

Tableau XIX Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer colorectal selon la littérature.

Pays	Années	Résultats	
		Délai D2 moyen	délai D2 médian
Hollande	2011	-	41 jours
France	2016	-	27 jours
Burkina-Faso	2019	186 jours	
Maroc	2012	210 jours	-
Notre série	2022	126 jours	32 Ours

le cancer de la prostate :

Pour le cancer de la prostate, le délai moyen de diagnostic était de 35,1 jours et le délai médian était de 30 jours. Notre résultat est inférieur à celui rapporté en France 2016[61] et en Pologne 2019[62] évoquant des délais médians de 42 et 53,9 jours respectivement. Ceci peut être considéré comme le résultat de l'impact de l'amélioration des pratiques de dépistage après la mise en place du programme National de Prévention et

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

de Contrôle des Cancers. Dans une étude sur les Pratiques des médecins généralistes des centres de santé de la Préfecture de Fès vis-à-vis du dépistage du cancer ,El fakir et al ont souligné que Plus de 80% , des médecins déclaraient qu'ils proposaient un test de dépistage du cancer de la prostate à leurs patients et parmi eux, 64% des médecins le pratiquaient dans les structures de soins primaires. [63]

Tableau XX : Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer du prostate selon la littérature

Pays	Années	Résultats	
		Délai D2 moyen	délai D2 médian
France	2016	53 jours	42 jours
Pologne	2019	-	53,9 jours
Notre série	2022	35,1 jours	30jours

le Cancer du poumon :

Dans notre travail, nous avons trouvé un délai médian de diagnostic égal à 45 jours. Il est supérieur à celui rapporté en France [64] et aux Etat unis[65]qui font état de délais médians respectivement de 22,16 jours et 16 jours.

En comparant notre résultat avec celui d'autres pays d'Afrique, notre délaïmoyen était de 59,6 jours. Ce qui est largement supérieur à celui trouvé en Tunisie [66] et en Algérie[67] qui était respectivement de 27,7 et 20 et jours . Par contre, notre délai moyen estcourt par rapport à celui de Madagascar [68] qui est de 90 jours .

Tableau XXI : Comparaison du délai de diagnostic D2 pour le cancer du poumon selon la littérature :

Pays	Années	Résultats	
		Délai D2 moyen	délai D2 médian
Etats -Unis	2009	-	16 jours
Algérie	2014	20 jours	-
Madagascar	2015	90 jours	-
Tunisie	2018	27,7 jours	-
France	2021	-	22jours
Notre série	2022	59,6 jours	45jours

Dans une étude menée sur les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer broncho-pulmonaire au Maroc en 2016 EL Moubakkir[69] a mentionné que Les radiographies thoraciques demandées d'une façon répétée étaient parmi les facteurs en cause du retard. Ce caractère reflète le niveau de probabilité diagnostic du cancer broncho-pulmonaire lors de la lecture de l'image radiologique. Les sujets ayant fait plus de deux radiographies thoraciques avaient un délai significativement plus long que les patients ayant fait au maximum deux radiographies du thorax (86 jours vs 66 jours). La suspicion diagnostic est faible par rapport à l'image radiologique même en présence de facteur de risque.

Le diagnostic du cancer bronchique est malheureusement souvent porté tardivement, à la fois parce que les signes cliniques n'apparaissent que tardivement, mais également parce que la banalité du tableau est responsable d'un long délai entre le premier symptôme et le diagnostic.[70]

c) Délai D3: délai entre le diagnostic et le traitement spécifique:

La décision de la prise en charge thérapeutique d'un patient atteint de cancer, ainsi que tous changements significatifs de l'orientation thérapeutique, sont décidés en réunion

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

de concertation pluridisciplinaire (RCP) en présence de médecins de spécialités différentes (oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, anatomo-pathologistes). L'objectif de ces RCP est de proposer une solution thérapeutique personnalisée et adaptée à chaque patient tout en préservant sa qualité de vie.[72]

Le retard dans le traitement du cancer est un problème dans les systèmes de santé du monde entier. L'impact du retard sur la mortalité peut désormais être quantifié pour l'établissement de priorités et la modélisation. Même un retard de quatre semaines dans le traitement du cancer est associé à une augmentation de la mortalité. [73]

Dans la présente étude, le délai moyen entre le diagnostic et le début du traitement pour l'ensemble des cancers était de 71,16 jours (N=100). 81% des patients avaient eu un traitement spécifique dans un délai inférieur ou égal à 3 mois. Le délai maximal était de 1440 jours, soit environ 4ans.

L'étude menée au Maroc par le PNPCC en 2008, avait trouvé que Le délai moyen entre le diagnostic et le début du traitement spécifique était de 60,6 jours. [5]

Une autre étude à Madagascar en 2016 réalisée par Razafimahazo, sur les délais de prise en charge des cancers vus en oncologie médicale au Cenhosoa , a conclu que le délai moyen thérapeutique était de 18,2jours, ce qui est largement court par rapport au nôtre. [9]

Tableau XXII :Comparaison du délai moyen de traitement D3 selon la littérature

Etudes	Années	Résultats
PNPCC	2008	60,6jours
Razafimahazo	2016	18,2 jours
Notre étude	2022	71,6jours

Plusieurs raisons pourraient être évoquées par rapport à ce retard de traitement spécifique. Nous évoquons en premier, l'épuisement des ressources nécessaires pour

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

assurer le séjour à l'hôpital, et la peur de mourir loin de la région d'origine. D'autre part, les ruptures de stock et le coût des médicaments entraînent les mêmes effets .

En effet, un délai thérapeutique plus long a été observé chez les patients ayant un niveau socio-économique bas. L'un des objectifs majeurs de la fondation Lala Salma est d'améliorer l'accès aux médicaments anticancéreux à tous les patients à revenus modestes, qui ne bénéficient pas de couverture médicale. L'objectif est d'atteindre un taux de 100% d'accès aux chimiothérapies pour ces patients, à travers le programme « Accès aux médicaments pour les patients à revenus modestes » (ACCES).[11]

Il est important de souligner que certains malades qui refusent le traitement, peuvent parfois l'accepter une ou deux semaines plus tard. En effet, certains patients ont tendance à hésiter à prendre une décision à la phase de déni ou à la phase d'évaluation de la nouvelle situation à laquelle ils sont confrontés. Ainsi, une proposition de traitement peut parfois davantage aboutir lorsque cette première phase d'acceptation de la maladie cancéreuse sera achevée. Or, il est bien connu que ce délai au traitement a un impact sur la survie des patients .[73]

De sa part, l'étude Lahbabi sur l'impact de la pénurie de sang sur l'activité de chirurgie oncologique digestive curative programmée (ODCP) à l'INO de Rabat, a mentionné que la non disponibilité de sang était responsable d'un taux spécifique d'annulation de 11,4% et était associée à un retard thérapeutique médian de 5 jours.[74]

c.1 Délai D3 selon la catégorie d'âge:

En menant notre étude, nous avons réalisé que les sujets âgés de plus de 65 ans avaient un délai moyen thérapeutique plus long (111,5 jours) .Ce résultat concorde parfaitement avec les données de la littérature. En effet, l'étude australienne d'Evans et al[75], publiée en 2016 sur les délais de prise en charge du cancer du poumon sur 1417 patients, affirmait que le délai entre le diagnostic et le traitement était plus long chez les patients âgés de plus de 65 ans par rapport aux patients de moins de 64 ans. ($p < 0,001$).

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

une autre étude réalisée par EL Moubakkirau Maroc en 2016 sur les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer broncho-pulmonaire, a trouvé que seul l'âge des patients apparait comme facteur influençant significativement le délai d'accès aux traitements ($p= 0,02$). En comparant les deux tranches d'âge, les sujets âgés de plus de 60 ans avaient un retard de 10 jours pour accéder au traitement, par rapport aux patients de moins de 60 ans.[69]

Ce retard dans le traitement concernant les sujets âgés, relève essentiellement de deux causes. La première revient à la situation des patients mêmes (fragilité du terrain, réserve formulée par le patient). Et la seconde cause quant à elle, revient au système de santé : préjugés personnels, nihilisme thérapeutique, manque de connaissance de l'espérance de vie .[76]

Parfois, la personne âgée exprime sa «démotivation» et le souhait de ne pas voir prolonger sa vie. Ces sujets sont plutôt hostiles à des traitements, surtout devant la chimiothérapie. Une étude franco-américaine a montré de grandes différences culturelles entre les façons d'aborder l'idée d'une chimiothérapie. Seuls 34% des patients âgés sans cancer déclarent vouloir une chimiothérapie forte si cela était nécessaire.[76]

Devant la fragilité des sujets âgés, il est nécessaire d'assurer une prise en charge spécifique de cette tranche d'âge atteinte de cancer, par une coordination des différents acteurs, oncologues et gériatres.

Selon les résultats de l'évaluation gériatrique, ces patients âgés peuvent être traités comme des sujets jeunes, ou avoir un traitement adapté à leurs fragilités assorti d'une surveillance particulière, ou bien bénéficier de soins palliatifs exclusifs quand la balance bénéfice/risque est trop déséquilibrée. Il serait important d'envisager une prise en charge spécialisée onco-gériatrique et de développer et structurer une nouvelle spécialité : l'oncogériatrie.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Cette pratique favorisera les passerelles entre les professionnels de santé concernés : oncologues ;gériatres , dans le but de mutualiser leurs compétences et de définir la meilleure prise en charge pour chaque personne âgée, selon son profil clinique, son état général et ses attentes.[76]

Dans ce sens, la France s'est fixée à travers le cadre du 3e Plan cancer (2014-2019)[77], de nouvelles ambitions pour donner un nouvel élan à la discipline. Les principales actions sont

- améliorer la prise en charge [76] des personnes âgées atteintes de cancer (action 2.16) ;
- inclure une formation en gériatrie dans le parcours des oncologues (action 2.17).

c.2 Délai D3 selon la localisation tumorale:

✚ le Cancer du sein :

Nous avons constaté à travers notre étude que le délai moyen thérapeutique est égal à 59,7jours et un délai médian de 30 jours.

Une étude précédente portant sur l'analyse des délais de traitement du cancer du sein sur l'expérience d'un centre de référence tertiaire au Maroc en 2018 a rapporté un délai moyen thérapeutique de 33,5 jours. En comparant nos résultats avec ceux de l'étude en question, nous avons constaté que les délais thérapeutiques se sont allongés.[2]

En comparant nos résultats avec d'autres données de la littérature , nos délais sont supérieurs à ceux rapportés en France (2011) [19] et au Canada (2013)[78] ,rapportant respectivement des délais médians de 21 et 29 jours . Néanmoins nos délais restent inférieurs à ceux enregistrés en Algérie2016 [54], et en Tunisie 2016 [53] avec respectivement un délai médian de 39jours et de 52 jours.

Tableau XXIII : Comparaison du Délai thérapeutique D3 pour le cancer du sein selon la littérature

Pays	Années	Délai D3 moyen	Délai D3 médian
France	2011	22,9 jours	21 jours
Algérie	2016	-	39jours
Tunisie	2016	-	52 jours
Canada	2013	-	29jours
Maroc	2018	33,5 jours	-
Notre série	2022	59,7 jours	30jours

Ce retard pourrait être expliqué par la difficulté d’orientation des malades après le diagnostic. En effet, la qualité de prise en charge des cancers au Maroc reste insuffisante. En menant notre enquête, les patients nous rapportaient que certains moyens thérapeutiques, comme l’appareil de radiothérapie, étaient en panne durant la période d’étude.

A noter qu’au Maroc, il n’existe que 21appareils de radiothérapie dans le secteur publicdont 2 au niveau de la santé militaire et 24 dans le secteur libéral.

Les moyens thérapeutiques au Maroc sont limités, à cause de l’insuffisance des infrastructures nécessaires à un traitement optimal.

Au Canada et Au Royaume uni,il existe Des recommandations sur la prise en charge des cancers qui sont élaborées par Cancer Care Ontario pour les Canadiens et par le National Health Service (NHS) au Royaume uni.Ainsi, le Cancer care Ontarior recommande que pour les cancers invasifs, le délai entre la décision du traitement et l’intervention chirurgicale ne

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

doit pas dépasser 28 jours. Pour le NHS, le délai recommandé entre le diagnostic et la décision du premier traitement est de 31 jours .[79] Au Canada, les temps d'attente varient suivant l'organe atteint et la sévérité de la maladie. Les temps d'attente les plus courts ont été signalés pour la chirurgie du cancer du sein avec la moitié des patients traités en moins de 14 jours et des attentes plus longues pour la chirurgie de cancer de la prostate en raison de son évolution lente. La radiothérapie devrait être réalisée dans les 4 semaines. Pourtant, il existe encore des patients qui attendent plus longtemps que les délais recommandés. [80]

Pour pouvoir faire bénéficier la population marocaine d'un traitement optimal, la prise en charge du cancer doit être bien codifiée au Maroc.

✚ Le Cancer du poumon :

Le délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement dans notre série était en moyenne de 49,8 jours, avec une médiane de 40 jours. Notre résultat est supérieur à celui rapporté dans l'étude effectuée à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès, qui rapporte un délai moyen de 21 jours. [69] En France [64] en 2021, S. Deshayes rapporte un délai médian de 24,5 jours. Ce délai est largement inférieur par rapport au nôtre. Une autre étude toujours en France [19] en 2011 a rapporté un délai médian de 15 jours. Nous constatons que ces délais thérapeutiques se sont aggravés au fil des années chez ces deux pays.

En revanche, notre délai reste inférieur à celui relevé en Tunisie en 2014 par I. Mejri. Leur délai médian étant de 60 jours. [80]

Tableau XXIV : Comparaison du Délai thérapeutique D3 pour le cancer du poumon selon la littérature :

Pays	Auteurs	Années	Délai D3 moyen	Délai D3 médian
France	Pourcel G,	2011	19,8 jours	15 jours
Tunisie	I. Mejri	2014	-	60 jours
Maroc	El moubakkir	2016	24 jours	21 jours
France	S. Deshayes	2021	-	24,5 jours
Maroc	Notre série	2022	49,8 jours	40 jours

d) Délais de prise en charge et la pandémie COVID -19 :

L'impact de la pandémie COVID-19 est réel et palpable sur les maladies chroniques en général, et sur la cancérologie en particulier.[81]

Les mesures préventives adoptées, telles que la distanciation sociale et la quarantaine, ont affecté le diagnostic initial des patients atteints de cancer. Ainsi, la surpopulation observée dans plusieurs hôpitaux a rendu impossible le diagnostic et le traitement corrects de ces patients. [82]

En effet, une étude publiée par Kaufman *et al* en 2020 a observé une réduction de 40% de l'incidence hebdomadaire du cancer aux Pays-Bas et de 75% au Royaume-Uni depuis le début de la pandémie de covid-19. [83]

Au début de la pandémie, le diagnostic des tumeurs invasives a chuté de 44 % en Belgique ; en Italie, les dépistages colorectaux ont diminué de 46 % entre 2019 et 2020 ; en Espagne, le nombre de cancers diagnostiqués en 2020 était inférieur de 34 % aux prévisions, selon les données collectées par l'OMS [81] : 44 % des pays du monde entier ont signalé une augmentation des retards dans les services de dépistage du cancer au cours du second semestre de 2021 .

Dans une autre étude sur la prise en charge chirurgicale des patients cancéreux pendant la pandémie COVID-19 : expérience tunisienne et marocaine ,jeribi a souligné que Le nombre des patients opérés durant la période non covid était de 550, tandis que le nombre des patients opérés durant la période covid était de 222,(baisse de 60%). L'évaluation des différents types de chirurgie a montré une baisse significative pour toutes les sous-spécialités entre 2019 et 2020.[84]

Cette pandémie a eu plusieurs impacts sur la prise en charge des patients atteints de cancer .La pression sur les systèmes de soins pour répondre aux besoins d'hospitalisation des cas covid positifs, ont entraîné de grands retards diagnostiques et thérapeutique. Cette particularité pourrait expliquer nos délais longs retrouvés suite à notre travail de recherche.

III. Limites de notre étude :

Notre étude présente certaines limites, liées essentiellement aux éléments suivants :

- Biais de mémorisation par rapport aux évènements dans le passé rapportés par les patients.
- Biais de sélection : Les éléments de notre échantillon font partie à la base d'une population militaire, ce qui peut compromettre l'homogénéité recherchée pour l'étude.
- Le faible effectif des patients inclus et le caractère monocentrique de notre étude.
- Les difficultés d'exploitation de certains dossiers, secondaire à l'insuffisance de quelques informations : Les dates recherchées pour caractériser les parcours de prise en charge étaient plus difficilement retrouvées.



RECOMMANDATIONS



A l'issu de notre travail, nous nous permettons de proposer quelques recommandations, qui nous semblent pertinentes, afin de contribuer à améliorer les délais de prise en charge de nos patients :

- ✓ Sensibiliser la population sur l'importance de consulter un médecin le plus tôt possible ainsi qu'aux dangers engendrés par l'automédication.
- ✓ renforcer l'accès à l'information de la population sur les signes évocateurs des cancers les plus fréquemment rencontrés.
- ✓ Améliorer la qualité du réseau de transport, et développer des soins spécialisés de proximité.
- ✓ Renforcer le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.
- ✓ Sensibiliser les femmes sur l'importance du dépistage et sur la pratique de l'autopalpation.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

- ✓ Organiser Des séances dedépistage de masse des cancers accessibles au dépistage en vue d'une découverte du cancer à un stade précoce.
- ✓ Développer la médecine de famille, comme une spécialité à part entière, et mettre en place le statut de médecin traitant.
- ✓ « *Se familiariser* » avec la notion de médecin traitant, à travers la sensibilisation des citoyens marocains à l'importance de se faire suivre et traiter par le médecin de famille
- ✓ Adopter un consensus de prise en charge et le diffuser à l'ensemble des acteurs de soins.
- ✓ Sensibiliser les médecins généralistes à l'importance de référer les patients dans des centres spécialisés, en cas de suspicion de cancers, ou en cas de symptômes trainants.

- ✓ Sensibiliser les médecins spécialistes sur l'importance de ne pas s'attarder à réaliser des prélèvements biopsiques, et orienter dans ce sens les investigations.
- ✓ Améliorer le système de couverture sociale par les autorités compétentes.
- ✓ Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, en intégrant des formations en gériatrie dans le parcours des oncologues.
- ✓ Elaborer des dossiers médicaux standardisés pour chaque type de cancer pour une meilleure documentation.
- ✓ Adapter et valider des outils de mesure de la satisfaction des patients pris en charge pour le cancer.
- ✓ Concrétiser les objectifs du PNPC 2, et améliorer les insuffisances constatés dans sa première version .



CONCLUSION



La mesure des délais constitue un élément d'appréciation de la qualité de la prise en charge médicale. Ces délais peuvent également être un marqueur d'inégalités sociales d'accès aux soins.

Nous avons procédé à une étude rétrospective descriptive au sein de l'unité d'oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech afin d'analyser les différentes étapes de parcours de soins entrepris par les malades atteints de cancers.

Les résultats obtenus permettent de constater que certains délais diagnostiques et thérapeutiques rejoignent les données de la littérature. Nous avons même noté que certains de ces délais sont meilleurs à ceux retrouvés dans certains pays. Cependant, ils restent longs par rapport aux pays développés.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

De multiples facteurs ont été identifiés pouvant être à l'origine de ces allongements, tels que les inégalités sociodémographiques, l'accessibilité aux structures de soins, l'insuffisance de sensibilisation de la population, l'insuffisance des personnels de santé, des ressources humaines et des infrastructures nécessaires au diagnostic et au traitement .

Malgré l'augmentation de la disponibilité des méthodes d'imagerie moderne, nous n'avons pas observé de diminution significative du délai diagnostique au cours du temps.

Les résultats de notre étude pourraient permettre d'amorcer une réflexion à l'échelle locale, régionale et nationale, afin de mettre en œuvre quelques mesures correctives nécessaires pour améliorer ces délais.

Une réévaluation ultérieure permettra de suivre l'évolution de ces indicateurs de qualité de la prise en charge.

Raccourcir ces délais serait un très grand défi pour le système de santé marocain, et serait d'un grand bénéfice pour les malades. Le circuit des patients atteints de cancer doit être bien codifié au Maroc.

La rapidité de prise en charge doit rester un objectif prioritaire pour la qualité des soins aux étapes pré-hospitalière et hospitalière.



Résumé

Introduction :

La rapidité de la prise en charge a un impact majeur sur la survie des patients atteints de cancers , il est donc essentiel que les délais de la prise en charge soient à leur tour optimisés, nous ne disposons pas de données fiables sur les stades de diagnostic et les résultats du traitement en matière d'oncologie , Au Maroc , les délais de prise en charge du cancer ont été étudiés séparément selon les différentes localisations tumorales.

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à traiter ces délais pour l'ensemble des cancers. Nous nous assignons via notre étude à évaluer les différents délais diagnostiques, et thérapeutiques des patients atteints de cancer .

Matériels et méthodes :

Nous nous sommes évertués, tout au long de ce travail, à étudier les différents délai de prise en charge en oncologie , en nous basant sur une étude rétrospective descriptive de 100 malades colligés dans le service d'oncologie médicale à l'Hôpital militaire Avicenne de Marrakech sur une période de 3 mois allant du premier septembre au premier décembre 2021.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 57,41 ans avec des extrêmes allant de 90 à 27 ans. Nous avons constaté une légère prédominance masculine avec un sex ratio H/F de 1,12. Soixante-dix pour cent (70%) des patients étaient de bas niveau socio-économique. Le cancer du sein était le plus fréquent dans notre échantillon (30%).54% de nos patients ont été diagnostiqués à un stade localisé ,70% ont bénéficié d'une chirurgie en tant que 1er traitement.

Le délai moyen de consultation entre le 1^{er} symptôme et la première consultation médicale était de 26,92 jours. Il s'écoulait en moyenne 111 jours entre la première consultation médicale et le diagnostic. Le traitement spécifique a été initié dans un délai moyen de 71jours. Le délai total moyen était de 209 jours pour l'ensemble des cancers. Un risque élevé pour un long délai total a été observé chez les patients : âgés plus de 65 ans ;sans profession ;les femmes au foyer ; ayant un niveau socio-économique bas ; résidents en milieu rural ;habitant à plus de 100 km par rapport à l'unité de soins ;avec comorbidités; bénéficiant de la chimiothérapie en tant que traitement initial .

Conclusion:

Les délais de prise en charge sont allongés par rapport aux pays développés. Des stratégies devront être mises en œuvre afin de raccourcir les délais et d'améliorer la qualité de prise en charge.

Abstract

Purpose of the study: The speed of treatment has a major impact on the survival of cancer patients, so it is essential that treatment times be optimized. Yet, we do not have reliable information on the stages of diagnosis and the results of treatment in oncology. In

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

Morocco, the time taken to treat cancer has been studied separately according to the different tumor locations.

To our knowledge, few studies have been interested in studying these delays for all cancers. Our study aims to evaluate the different diagnostic and therapeutic delays for cancer patients.

Methodology: We have endeavored, throughout our work, to study the different delays in oncology care, based on a retrospective descriptive study of 100 patients collected in the medical oncology department at the Avicenn military hospital in Marrakech, over a period of 3 months from September 01 to December 01, 2021.

Results: The mean age of our patients was 57.41 years with extremes ranging from 90 to 27 years. We found a slight male predominance with a sex ratio of 1,12. 70% of the patients had a low socioeconomic status. Breast cancer was the most common cancer in our sample (30%). 54% of our patients were diagnosed at a localized stage, and 70% had surgery as the first treatment.

The average delay between the first symptom and the first medical consultation was 26.92 days. The average time between the first medical consultation and the diagnosis was 111 days. Specific treatment was initiated within an average of 71 days. The average total time was 209 days for all cancers. A high risk for a long total delay was observed with patients: older than 65 years; with no profession; housewives; patients having a low socioeconomic level; living in rural areas; living more than 100 km away from the care unit; with comorbidities; and with patients receiving chemotherapy as initial treatment.

Conclusion : The delays in treatment are longer than found in developed countries. Some strategies should be implemented in order to minimize delays and to improve the quality of medical care.

ملخص :

هدف الدراسة: تؤثر سرعة تقديم الرعاية الطبية و الخدمات الصحية بشكل كبير على بقاء المرضى المصابين بالسرطان على قيد الحياة. لذلك من الضروري أن يتم تحسين آجال تشخيص وعلاج السرطان، إلا أنه ليس لدينا بيانات موثوقة حول مراحل التشخيص ونتائج العلاج في علم

الأورام.

في المغرب، تمت دراسة مهل تقديم رعاية مرضى السرطان بشكل منفصل وفقاً لمواقع الورم المختلفة. و على حد علمنا، ركزت دراسات قليلة فقط على دراسة هذه الأجل لجميع أنواع السرطان. لهذا قمنا من خلال دراستنا بتقييم مختلف آجال تشخيص وعلاج مرضى السرطان.

المواد والأساليب: لقمنا بتقييم التأخيرات المختلفة في رعاية الأورام، بناءً على دراسة وصفية بأثر رجعي لى مائة 100 مريض تم جمعهم في قسم الأورام الطبية في المستشفى العسكري ابن سينا في مراكش على مدى 3 أشهر من 1 سبتمبر إلى 1 ديسمبر 2021.

نتائج: كان متوسط عمر مرضانا هو 57.41 سنة، مع حدود قصوى تتراوح من 27 إلى 90 سنة. وجدنا غلبة طفيفة للذكور مع خارج ذكر / أنثى 1.12 يعادل. 70٪ من المرضى كانوا ذو وضع اجتماعي واقتصادي منخفض. كان سرطان الثدي هو الأكثر شيوعاً في عيناتنا. تم تشخيص 54٪ من مرضانا في مرحلة بداية المرض، واستفاد 70٪ من الجراحة كأول علاج.

لقد تبين لنا أن متوسط وقت الاستشارة بين ظهور الأعراض الأولى والاستشارة الطبية الأولى هو 26.92 يوماً، وكان هناك ما معدله 111 أيام بين أول استشارة طبية و وضع التشخيص.

يتم بدأ العلاج المختص في غضون 71 يوماً في المتوسط. و فذلكان متوسط الأجل الكلي هو 209 يوماً لجميع أنواع السرطان.

لاحظنا وجود عوامل مسؤولة عن الأجل الكلية الطويلة لدى المرضى، وهي: المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً؛ المرضى بدون مهنة؛ ربان البيوت؛ وجود مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض؛ سكان المناطق الريفية الذين يعيشون على بعد أكثر من 100 كيلومتر من وحدة الرعاية الصحية، المصابين بأمراض مزمنة؛ وتلقي العلاج الكيميائي كعلاج أولي.

خلاصة: آجال تقديم الرعاية الطبية أطول مما هي عليه في البلدان المتقدمة. ولذلك يجب تنفيذ بعض الاستراتيجيات لتقليل التأخير وتحسين جودة الرعاية.



ANNEXE :

Fiche d'exploitation

I -Données sociodémographiques :

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

- Non précisé

✓ **La localisation tumorale :**

✓ **Type histologique :**

✓ **Le stade de la maladie:** –localisé – localement avancé –
métastatique –hémopathies malignes – non renseigné.

✓ **Type de traitement :**

◆ Chirurgie : oui non

Si oui, Date :

◆ Radiothérapie : oui non

Date début :

◆ Chimiothérapie : oui non

Date début :

◆ L'hormonothérapie : oui non

Date début :

◆ Les thérapies ciblées : oui non

Date début :

III-Données des délais de prise en charge:

Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale

- ✓ Le délai de consultation ou délai patient D1 : délai entre le 1^{er} symptôme et la première consultation médicale :..... jours
- ✓ le délai diagnostique D2 : délai entre la première consultation et le diagnostic :
.....jours
- ✓ Le délai thérapeutique D3: délai entre le diagnostic et le début du traitement spécifique :jours
- ✓ le délai total D4 : délai entre les 1^{ers} symptômes jusqu'au début du traitement spécifique.jours



BIBLIOGRAPHIE



1. **O. Dejardin, A. M. Bouvier, J. Faivre, S. Boutreux, G. De Pourville, et G. Launoy.**
Access to care, socioeconomic deprivation and colon cancer survival: access to care, socioeconomic deprivation and colon cancer survival *Aliment. Pharmacol. Ther.*, vol. 27, n° 10, p. 940-949, doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03673.x., févr. 2008,
2. **M. Mimouni, W. Chaouki, H. Errihani, et N. Benjaafar.**

Analyse des délais de traitement du cancer du sein : expérience d'un centre de référence tertiaire au Maroc , *Bull. Cancer (Paris)*, vol. 105, n° 9, p. 755-762, doi: 10.1016/j.bulcan.2018.05.010, sept. 2018

3. Institut national du cancer.

La vie deux ans après un diagnostic de cancer: De l'annonce à l'après cancer.
Collection Etudes et Enquêtes.

Disponible à l'adresse : www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_partie1 (Accès le 23 Mars 2015) ». Juin 2014.

4. A. Buzyn .

Les apports des Plans cancer à la cancérologie

Oncologie, vol. 16, n° S1, p. 4-6, doi: 10.1007/s10269-014-2438-3., sept. 2014.

5. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer

Disponible sur: https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Vol_3_-_AXE_PRISE_EN_CHARGE.pdf.

6. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2020-2029 .

Disponible sur:

https://www.sante.gov.ma/Documents/2021/03/Plan_National_de_Prevention_et_de_Control_du_Cancer_2020-2029_VF.pdf?csf=1&e=eJdjaj .

7. le Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca

Disponible sur: https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRGC.pdf.2008 - 2012

8. D. G. Albrand.

Parcours de soins des patients âgés ayant un cancer à partir du domicile

disponible sur :[http://www.congres-sofog.com/uploads/Parcours%20de%20soins%20-%20Albrand p. 23..pdf](http://www.congres-sofog.com/uploads/Parcours%20de%20soins%20-%20Albrand%20p.23..pdf) .2017

9. Le Centre d'Oncologie-Radiothérapie , *Clinique Spécialisée Menara.*

Disponible sur: <http://cliniquemenara.ma/unites-de-soins/centre-oncologie-radiotherapie/>,2013.

10. Hajjar El Haïti.

Médecins de famille : le gouvernement ambitieux, la réalité est autre .

Disponible sur :<https://lematin.ma/express/2021/medecins-famille-ambitions-gouvernementales-mais-ou-specialistes/366956.html> , 2021.

11. La Fondation Lalla Salma .

Disponible sur <https://www.contrelecancer.ma/fr/alsc>

12. Plan National de Prévention et de contrôle du Cancer 2010-2019.

« Synthèse_PNPCC_2010-2019.pdf ».

Disponible sur: https://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf

13. M. K. Ajob

« L'accès aux médicaments : étude de cas : le Maroc et les médicaments anticancéreux », p. 153, mars 2019.

14. Institut National du cancer

Evaluation comparative des études réalisées sur les délais en cancérologie – Ref : DEVALETDELAIS15 . <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Evaluation-comparative-des-etudes-realisees-sur-les-delais-en-cancerologie-October-2014>

15. Céline COURAUD LAOUISSET

le medecin generaliste face a la prise en charge des patients atteints de cancer , p. 169. Thèse de l'UNIVERSITE PARIS 7 – DIDEROT FACULTE DE MEDECINE, 2010.

16. C. Rivera, J. Mathiaux, T. Haaser, H. Begueret, J. Jougon, et R. Trouette.

Délais de prise en charge initiale des patients atteints de cancer bronchique traités en radiothérapie .

Bull. Cancer (Paris), vol. 99, n° 12, p. 1117-1122, doi: 10.1684/bdc.2012.1647., déc. 2012

17. CeGaT GmbH

Tumor Diagnostics – CancerPrecision® .

Disponible sur : <https://www.cegat.com/diagnostics/tumor-diagnostics/cancerprecision/2018>.

18. G. Myrdal, M. Lambe, G. Hillerdal, K. Lamberg, T. Agustsson, et E. Ståhle,

Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer
Thorax, vol. 59, n° 1, p. 45-49, janv. 2004.

19. Institut National du Cancer

Delais-prise-en-charge-quatre-cancers-plus-frequents-V2 (3).pdf . France ,2011-2012.

20. Cancer Society NZ

« Home »

Disponible sur : <https://www.cancer.org.nz/>, 21 octobre 2020.

21. BOUCHRA LEMAAMLA

Etude de la qualité de vie des patients suivis pour cancer colorectal à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2019.

Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these159-19.pdf>

22. Medias24

1,6 million de pauvres au Maroc (HCP) .

Disponible sur : <https://medias24.com/2016/10/26/16-million-de-pauvres-au-maroc-hcp/>, 2016

23. C. Grafton-Clarke, K. W. Chen, et J. Wilcock.

Diagnosis and referral delays in primary care for oral squamous cell cancer: a systematic review

Br. J. Gen. Pract., vol. 69, n° 679, p. e112-e126, doi: 10.3399/bjgp18X700205. , févr. 2019,

24. RuthSwann, GeorgiosLyratzopoulos, GregRubin, ElizabethPickworth,SeanMcPhail

The frequency, nature and impact of GP-assessed avoidable delays in a population-based cohort of cancer patients | Elsevier Enhanced Reader

. Disponible sur :

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1877782119301286?token=26678077775DDEA0FE8B22548546CF80F509A53A528894D27206FE9447A45038DDE5A641B80A35754E0FB595EDA99F86&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220301015752> ,2020

25. Soumia LAHIAOUNI

Médecine complémentaire en oncologie

Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2016.

Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2016/these132-16.pdf>

26. E. Y. E. Idrissi et E. Mehdi.

La pratique de l'automédication : enquête dans la ville de Fès au Maroc.

Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/15284>, 2016.

27. U Macleod , E D Mitchell, C Burgess, S Macdonald, A J Ramirez

Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers – PubMed .

Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19956172/> ,2009

28. C. Nosarti, T. Crayford, J. V. Roberts, E. Elias, K. McKenzie, et A. S. David.

Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors ,

Br. J. Cancer, vol. 82, n° 3, p. 742-748, doi: 10.1054/bjoc.1999.0990, févr. 2000

29. BENBAKHTA Bouchaib

Déterminants des délais de consultation, de diagnostic et d'accès au traitement des femmes atteintes du cancer du sein à l'Institut National d'Oncologie de Rabat

Mémoire de fin d'étude de l'Ecole Nationale de Santé Publique ,2013

30. Abdesslam Boutayeb , Wiam Boutayeb ,Mohamed E.N Lamlili

Revue des inégalités au Maroc avec illustrations multi-domaines

Disponible sur :https://www.hcp.ma/downloads/Indicateurs-sociaux_t11880.html

31. Georgios Lyratzopoulos , Jane Wardle , Greg Rubin

Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? – PubMed .

Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25491791/> 2015

- 32. U Macleod 1, E D Mitchell, C Burgess, S Macdonald, A J Ramirez**
« Symptômes et traitement du cancer du col de l'utérus- Infos à retenir »
Disponible sur: <https://ishh.fr/cancer-uterus/les-symptomes-du-cancer-du-col-de-luterus>, 2 février 2022.
- 33. R. Randriamalala *et al.***
the epidemiology of cancers in department of oncology at university hospital antanambao toliara. madagascar », *Int. J. Res. Appl. Nat. Sci. ISSN 2208-2085*, vol. 5, n° 6, Art. n° 6, juin 2019.
- 34. Wissal El GBOURI**
La prise en charge du cancer du sein localisé :Expérience du centre d'Oncologie- Hématologie
Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2020.
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2020/these32-20.pdf>
- 35. M. E. Fouhi, A. Benider, K. Z. A. Gaëtan, et A. Mesfioui,**
Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer de sein au CHU Ibn Rochd, Casablanca
, *Pan Afr. Med. J.*, vol. 37, p. 41, doi: 10.11604/pamj.2020.37.41.21336. sept. 2020,
- 36. M. Limam *et al.*,**
Study of breast cancer treatment waiting times in Sousse, Tunisia ,
Sante Publique (Bucur.), vol. 28, n° 3, p. 331-340, août 2016.
- 37. F. Essiben *et al.***
Itinéraires Thérapeutiques des Femmes Atteintes de Cancer du Sein dans Deux Hôpitaux Universitaires de Yaoundé: Itinéraires thérapeutiques des cancers du sein à Yaoundé
Health Sci. Dis., vol. 23, n° 1, Art. n° 1, 2022,
. Disponible sur: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/3254>
- 38. P. Assoumou Obiang, J. A. Bang Ntamack, U. P. Minkobame Zaga Minko, J. E. Ntsame Mezui, et J. F. Meye,**
« Prise en charge chirurgicale des cancers du sein au Centre Hospitalier Universitaire d'Angondjé, à Libreville au Gabon », *Bull Méd Owendo En Ligne*, p. 16-20, 2020.
- 39. E. Cipora *et al.***
Causes of delays in breast cancer diagnosis in Poland
Pol. Merkuriusz Lek., vol. 47, n° 279, p. 85-90, sept. 2019.
- 40. G. Coutinho Medeiros, L. C. Santos Thuler, et A. Bergmann**
Factors influencing delay in symptomatic presentation of breast cancer in Brazilian women
Health Soc. Care Community, vol. 27, n° 6, p. 1525-1533, 2019, doi: 10.1111/hsc.12823 , 2019.

41. fondation lalla Salma

Disponible sur: « <https://www.contrelecancer.ma/fr/annuaire/carte/centres-oncologie/> ».

42. L. L. Humphrey, M. Helfand, B. K. S. Chan, et S. H. Woolf

Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force

, *Ann. Intern. Med.*, vol. 137, n° 5 Part 1, p. 347-360, sept. 2002, doi: 10.7326/0003-4819-137-5_part_1-200209030-00012 , 2002.

43. Younes ECHAFI

Cancer du col utérin Etude anatomopathologique

Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2019.

Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these139-19.pdf>

44. R. Belbaraka, M. Khouchani, et A. Fakhri, Ouassim MANSOURY

la prise en charge du cancer colorectal metastatique : experience du centre d'oncologie hematologie CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2018.

45. S. Aloulou, A. E. Mahfoudi, A. E. Omrani, et M. Khouchani,

Facteurs liés au diagnostic tardif du cancer du sein: expérience du CHU Mohammed VI Marrakech

Pan Afr. Med. J., vol. 21, n° 1, Art. n° 1, 2015, doi: 10.4314/pamj.v21i1. , 2015.

46. E. Masson

Facteurs liés au diagnostic tardif des cancers du sein en Afrique-sub-saharienne : cas de la Côte d'Ivoire *EM*-. Disponible sur :<https://www.em-consulte.com/article/856016/facteurs-lies-au-diagnostic-tardif-des-cancers>.

47. V. Refeno et al.

Aspects cliniques des cancers bronchopulmonaires primitifs au service d'oncologie du CHUA-HUJRA Antananarivo .

Pan Afr. Med. J., vol. 22, p. 271, nov. 2015, doi: 10.11604/pamj.2015.22.271.7931, nov. 2015.

48. G. Lyratzopoulos, J. Wardle, et G. Rubin,

Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis?

BMJ, vol. 349, p. g7400, déc. 2014, doi: 10.1136/bmj.g7400, déc. 2014.

49. A. N. Wilkinson

Diagnostic de cancer en première ligne: Six étapes pour raccourcir l'intervalle diagnostique

Can. Fam. Physician, vol. 67, n° 4, p. e99-e103, avr. 2021, doi: 10.46747/cfp.6704e99. avr. 2021,

50. N. M. Lyhne et al.,

Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002

Eur. J. Cancer Oxf. Engl. 1990, vol. 49, n° 7, p. 1627-1633, doi: 10.1016/j.ejca.2012.11.034. mai 2013,

51. Khaoula HAJ

Analyse des besoins en formation en oncologie médicale chez les étudiants de la FMPM
Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2021.

52. L. Caplan,

Delay in Breast Cancer: Implications for Stage at Diagnosis and Survival », *Front. Public Health*, vol. 2, p. 87, , doi: 10.3389/fpubh.2014.00087, juill. 2014

53. Virginie Ringa , Corinne Le Goaster

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique

Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/revue/RESPE/64/S4/table-des-matieres/> Vol 64 – n° S4 – EM consulte ,2020

54. F. Mansour, A. Lakehal, et N. Lahcène,

Cancer du Sein: Délais d'Accès au Diagnostic et aux Traitements Etude Rétrospective–Batna, Algérie Août 2015–Février 2016 Breast Cancer: Delays of Access to Diagnosis and Treatment Retrospective Study–Batna, Algeria », déc. 2020.

55. Eramah Ermiah, et al

Diagnosis delay in Libyan female breast cancer

Disponible sur: <https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-452> , 21 August 2012

56. A. A. Alla et O. Rajaa,

Déterminants de l'Intention de Roulement Volontaire des Cadres : Étude Exploratoire du Cas des Médecins Spécialistes du Secteur Public Marocain

. Disponible sur: <https://revue-isg.com/index.php/home/article/view/408>, *Rev. Int. Sci. Gest.*, vol. 3, n° 4, Art. n° 4, nov. 2020,

57. société nationale française de Gastro- entérologie

JFHOD | SNFGE.org – Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive

Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/analyse-des-delais-de-prise-en-charge-des-cancers> ,2022

58. B. Aourarh,

apport de l'endoscopie dans la prise en charge des fistules anastomotiques post chirurgie du cancer colorectal

Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/18629>, , 2021,

59. S. Ouedraogo, T. W. Tapsoba, B. Bere, E. Ouangre, et M. Zida,

Épidémiologie, traitement et pronostic du cancer colorectal de l'adulte jeune en milieu sub-saharien

Bull. Cancer (Paris), vol. 106, n° 11, p. 969-974 , doi: 10.1016/j.bulcan.2019.08.021, nov. 2019

60. Van Hout, Afke M.G.H , de Wit, Niek J , Rutten, Frans H. ,Peeters, Petra H.M.

Determinants of patient's and doctor's delay in diagnosis an... : European Journal of Gastroenterology & Hepatology

Disponiblesur:https://journals.lww.com/eurojgh/Abstract/2011/11000/Determinants_of_patient_s_and_doctor_s_delay_in.14.aspx ,novembre 2011.

61. Julie DEBARRE Julien GIRAUD

Etude des délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate en Poitou-Charentes

Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2016/06/DelaiColon_16.pdf,2016

62. K. Osowiecka, S. Nawrocki, M. Kurowicki, et M. Rucinska

The Waiting Time of Prostate Cancer Patients in Poland

Int. J. Environ. Res. Public. Health, vol. 16, n° 3, p. E342, doi: 10.3390/ijerph16030342, janv. 2019,

63. S. E. Fakir et al.

Pratiques des médecins généralistes des centres de santé de la Préfecture de Fès vis-à-vis du dépistage du cancer .

Sante Publique (Bucur.), vol. 25, n° 5, p. 685-691, nov. 2013.

64. S. Deshayes et al.

Étude D-CBP : Évaluation des délais de prise en charge du cancer broncho-pulmonaire au sein du service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique du CHU de Caen

Rev. Mal. Respir., vol. 38, n° 9, p. 894-903, nov. 2021, doi: 10.1016/j.rmr.2021.09.002.

65. RazvanDiaconescuMD ,ChantalLafondMD ,RenaudWhittomMD

Treatment Delays in Non-small Cell Lung Cancer and Their Prognostic Implications - ScienceDirect .

Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1556086415310431> .

66. E. Masson

Caractéristiques cliniques et délais de prise en charge du cancer broncho-pulmonaire
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1023509/caracteristiques-cliniques-et-delais-de-prise-en-c> ,2015.

67. E. Masson

Analyse des délais de prise en charge (PEC) des cancers bronchopulmonaires dans un service de pneumologie d'Alger Est : à propos de 109 cas .
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/947661/analyse-des-delais-de-prise-en-charge-pec-des-canc> ,2014.

68. K. Ravahatra et al.

Le délai diagnostique des cancers broncho-pulmonaires vus à l'USFR de Pneumologie Befelatanana, Antananarivo, Madagascar », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 33, p. 263, juill. 2019, doi: 10.11604/pamj.2019.33.263.18695, juill. 2019,

69. EL MOUBAKKIR BOUCHRA

Délai de prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer broncho pulmonaire.
Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès , 2016.
Disponible sur: https://cdim.fmp-usmba.ac.ma/mediatheque/e_theses/92-16.pdf

70. Chayne Rachid

Cancer bronchique primitif : à propos de 173 cas.
Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech , 2018.
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2018/these77-18.pdf>

71. E. Masson

Déterminants des retards dans le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus au Maroc
Disponible sur:<https://www.em-consulte.com/article/1120668/determinants-des-retards-dans-le-diagnostic-et-le-> ,avril 2017.

72. Dictionnaire des termes du cancer

Définition RCP
Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/RCP>

73. C. de L. Perrière et S. Dauchy,

Refus de traitement oncologique et pathologies psychiatriques
Psycho-Oncol., vol. 15, n° 3, Art. n° 3, doi: 10.3166/pson-2021-0163., sept. 2021

74. M. Y. Lahbabi

impact de la penurie de sang sur l'activite de chirurgie oncologique digestive a l'institut national d'oncologie de Rabat
Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/19078>, 2021.

75. S. M. Evans, A. Earnest, W. Bower, M. Senthuren, P. McLaughlin, et R. Stirling,

Timeliness of lung cancer care in Victoria: a retrospective cohort study

Disponible sur: <https://www.mja.com.au/journal/2016/204/2/timeliness-lung-cancer-care-victoria-retrospective-cohort-study>, *Med. J. Aust.*, vol. 204, n° 2, févr. 2016.

76. Michel Moriceau, Catherine Weber

Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale | Cairn.info

Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-2-page-49.htm> , 2007.

77. Olivier Saint-Jean, Georges Pompidou

Personnes âgées et cancer

Disponible sur: https://www.fondation-arc.org/sites/default/files/2017-06/brochure_personnesagees.pdf, 2017.

78. Xue Li , Andrew Scarfe , Karen King ,David Fenton, Charles Butts ,Marcy Winget

« Timeliness of cancer care from diagnosis to treatment: a comparison between patients with breast, colon, rectal or lung cancer – PubMed

Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23349426/> ,2013.

79. Bernard LEDÉPERT et al

Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon – Ref :

ETUDESEINPOU12 Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Etude-sur-les-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-et-du-poumon> ,2011

80. E. Masson

Le cancer pulmonaire primitif en Tunisie : du diagnostic au traitement

Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/947008/le-cancer-pulmonaire-primitif-en-tunisie-du-diagn> ,(2014).

81. Hans Kluge

La COVID-19 a un impact catastrophique sur le cancer

Disponible sur <https://unric.org/fr/la-covid-19-a-un-impact-catastrophique-sur-le-cancer/> ,France, 3 février 2022.

82. J. C. M. Klock, L'impact de la pandémie de covid 19 sur le diagnostic du cancer dans un service de pathologie du sud du Brésil *Rev. Científica Multidiscip. Núcleo Conhecimento*, vol. 14, n° 11, Art. n° 11, nov. 2021.

83. Harvey W. Kaufman, MD1; Zhen Chen, MS1; Justin Niles, MA1; et al

Changes in the Number of US Patients With Newly Identified Cancer Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic | Oncology | JAMA Network Open | JAMA Network

Disponible sur <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2768946> ,August 4, 2020.

84. M. A. Jeribi,

Prise en charge chirurgicale des patients cancéreux pendant la pandémie covid-19
expérience tunisienne et marocaine

Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/19154> , , 2021

قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أنا راقبَ المهيمهنتي.

وأنصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال الباذلة وسعيفيانقاذها من الهلاك والمرض

والأموال القلق.

وأنأحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأنأكون نعلب بالدوا امنو سائل رحمة الله،

بأذار عايتي الطبية للقريبو البعيد، للصالحو الطالح، والصديقو العدو.

وأنأثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأنأوقر من علمني، وأعلم مني صغرتي، وأكون أخا كل من يمل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأنتكون حياتي مصداقاً لآية نبي الله صلى الله عليه وسلم: «الطبيب عايتي»

نقية مما يشينها تجاهها الهور سؤل هو المؤمنين.

والله علما أقول شهيد



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 079

سنة 2022

آجال تشخيص و علاج السرطان في علم الأورام

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/03/14

من طرف

الآنسة : شيماء حيزر

المزودة في 1997/03/11 ب أولاد التايمة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية:

السرطان – تأخير – التشخيص – العلاج – محددات-علم الأورام

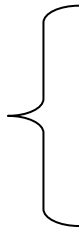
كلية الطب و الصيدلة بمراكش

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



غ. بلبركة

أستاذة في طب الأورام

أ.السعدي

أستاذ في طب الأورام

م.الحكيم

أستاذ في الجراحة العامة

ع.أرسلان

أستاذ في الجراحة الصدر

السيدة

السيد

السيد

السيد