



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

Année 2022

Thèse N°347

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/12/2022

PAR

Mlle BOURRAS Nouhaila

Née le 02/04/1997 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Accès aux soins -oncologie -cancer -traitement- Maroc - parcours de soins

JURY

Mr. M.AMINE

Professeur en épidémiologie clinique

PRESIDENT

Mme. R.BELBARAKA

Professeur d'oncologie médicale

RAPPORTEUR

Mr. M.LAHKIM

Professeur de chirurgie viscérale

Mr. A.ARSALANE

Professeur de chirurgie thoracique

Mr. M. MLIHATOUATI

Professeur d'ORL et CCF.

JUGES



رَبِّهِمْ
الْحَمْدُ
لِلَّهِ
وَالصَّلَاةُ
وَالزُّكُورُ
وَالزُّكُورُ
وَالزُّكُورُ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴿١٩﴾

{سُورَةُ التَّمَلُّ: ١٩} @HAJARALALFI



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.

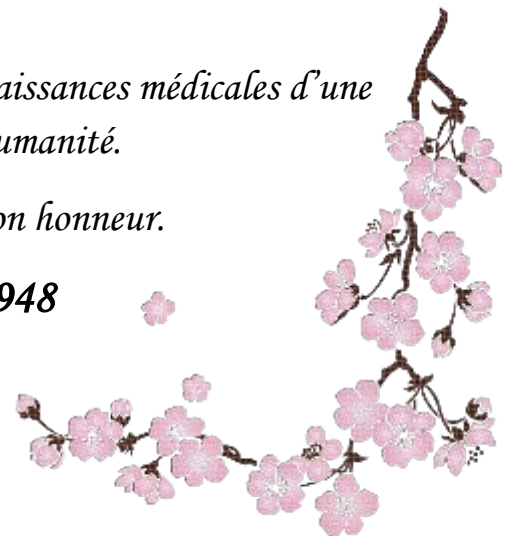
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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
FACULTEDEMEDECINEETDEPHARMACIE
MARRAKECH

DoyensHonoraires

:Pr.BadieAzzaman MEHADJI

:Pr.AbdelhaqALAOUIYAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

:Pr.MohammedBOUSKRAOUI

VicedoyenàlaRechercheetla Coopération

:Pr.MohamedAMINE

VicedoyenauxAffairesPédagogiques

: Pr. Redouane EL

FEZZAZIVicedoyenchargédelapharmacie

: Pr. SaidZOUHAIR

SecrétaireGénérale

:Mr.AzzeddineELHOUDAIGUI

Professeursdel'enseignementsupérieur

NometPrénom	Spécialité	NometPrénom	Spécialité
ABKARIImad	Traumato-orthopédie	FADILIWafaa	Néphrologie
ABOUELHASSANTaoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIRBouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUCHADIAbdeljalil	Stomatologieetchirmaxillofaciale	FAKHRIAnass	Histologie-embryologiecytogénétique
ABOULFALAHAbderrahim	Gynécologie-obstétrique	FOURAIJKarima	Chirurgiepédiatrique
ABOUSSAIRNisrine	Génétique	GHANNANEHoussine	Neurochirurgie
ADALIImane	Psychiatrie	GHOUNDALEOmar	Urologie
ADMOUBrahim	Immunologie	HACHIMIAbdelhamid	Réanimationmédicale
AGHOUTANEEMouhtadi	Chirurgiepédiatrique	HAJJIBtissam	Ophtalmologie
AISSAOUIYounes	Anesthésie-réanimation	HAROUKaram	Gynécologie-obstétrique
AITAMEURMustapha	HématologieBiologique	HOCAROUafa	Dermatologie
AITBENALISaid	Neurochirurgie	JALALHicham	Radiologie
AITBENKADDOURYassir	Gynécologie-obstétrique	KADDOURISaid	Médecineinterne
AIT-SABIImane	Pédiatrie	KAMILIEIOuafi EIAouni	Chirurgiepédiatrique

ALJSoumaya	Radiologie	KHALLOUKIMohammed	Anesthésie-réanimation
AMALSaid	Dermatologie	KHATOURIALi	Cardiologie
AMINEMohamed	Epidémiologie-clinique	KHOUCHANIMouna	Radiothérapie
AMMARHaddou	Oto-rhino-laryngologie	KISSANINajib	Neurologie
AMROLamyae	Pneumo-phtisiologie	KRATIKhadija	Gastro-entérologie
ANIBAKhalid	Neurochirurgie	KRIETMohamed	Ophtalmologie
ARSALANELamiaie	Microbiologie-Virologie	LAGHMARIMehdi	Neurochirurgie
ASMOUKIHamid	Gynécologie-obstétrique	LAKMICHIMohamedAmine	Urologie
ATMANEEMehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	StomatologieetChirurgie maxillofaciale
BAIZRIHicham	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LAOUADInass	Néphrologie
BASRAOUIDounia	Radiologie	LOUHABNisrine	Neurologie
BASSIRAhlam	Gynécologie-obstétrique	LOUZIAbdelouahed	Chirurgie-générale
BELBARAKARhizlane	Oncologiemédicale	MADHARSi Mohamed	Traumato-orthopédie

BELKHOUAhlam	Rhumatologie	MANOUDIFatiha	Psychiatrie
BENDRISSLaila	Cardiologie	MANSOURINadia	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale
BENALIAbdeslam	Psychiatrie	MAOULAININEFadl mrabihrabou	Pédiatrie(Neonatologie)
BENCHAMKHAYassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
BENELKHAIBENOMARRidouan	Chirurgie-générale	MATRANEAboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMAMohamedAmine	Traumatologie-orthopédie	MLIHATOUATI Mohammed	Oto-Rhino-Laryngologie
BENJELLOUNHARZIMIamine	Pneumo-phtisiologie	MOUAFFAKYoussef	Anesthésie-réanimation
BENJILALILaila	Médecine interne	MOUDOUNISaid Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUFRachid	Pneumo-phtisiologie	MOUFIDKamal	Urologie
BOUKHANNILahcen	Gynécologie-obstétrique	MOUTAJRedouane	Parasitologie
BOUKHIRAAbderrahman	Biochimie-chimie	MOUTAOUAKILAbdeljalil	Ophtalmologie
BOUMZEBRADrissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MSOUGGARYassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOATAAicha	Pédiatrie	NAJEBYoussef	Traumatologie-orthopédie
BOURROUSMonir	Pédiatrie	NARJISYoussef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUMohammed	Pédiatrie	NEJMIHicham	Anesthésie-réanimation
BSISSMohamedAziz	Biophysique	NIAMANERadouane	Rhumatologie
CHAFIKRachid	Traumatologie-orthopédie	OUALIDRISSIMariem	Radiologie
CHAKOURMohamed	Hématologie Biologique	OUBAHASofia	Physiologie
CHELLAKSaliha	Biochimie-chimie	OULADSAIADMohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIFIDRISSIELGANOUNI Najat	Radiologie	QACIFHassan	Médecine interne
CHOULLIMohamedKhaled	Neuropharmacologie	QAMOUSSYoussef	Anesthésie-réanimation
DAHAMIZakaria	Urologie	RABBANIKhalid	Chirurgie générale
DAROUASSIYoussef	Oto-Rhino-Laryngologie	RADANoureddine	Pédiatrie
DRAISSGhizlane	Pédiatrie	RAISHanane	Anatomie pathologique
ELADIBAhmedRhassane	Anesthésie-réanimation	RAJIAbdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
ELAMRANIMoulayDriss	Anatomie	ROCHDIYoussef	Oto-rhino-laryngologie
ELANSARINawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUMohamedAbde nasser	Anesthésie-réanimation
ELBARNIRachid	Chirurgie-générale	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
ELBOUCHTIlmane	Rhumatologie	SARFISmail	Urologie
ELBOUIHMohamed	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	SORAA Nabila	Microbiologie-Virologie
ELFEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
ELHAOURYHanane	Traumatologie-orthopédie	TASSINoura	Maladies infectieuses
ELHATTAOUMustapha	Cardiologie	TAZIMohamedIlias	Hématologie-clinique
ELHOUDZIJamila	Pédiatrie	YOUNOUSSaid	Anesthésie-réanimation
ELIDRISSISLITINENadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
ELKARIMISaloua	Cardiologie	ZAHLANEMouna	Médecine interne
ELKHADERAhmed	Chirurgie générale	ZAOUISanaa	Pharmacologie
ELKHAYARIMina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
ELMGHARITABIBGhizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
ELOMRANIAbdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRIAbdelghani	Radiologie	ZYANIMohammed	Médecine interne
ESSAADOUNILamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardiovasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie et cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JANAHI Hicham	Pneumo-phtisiologie
AIT BATAHA R Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophthalmologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADERI Youssef	Traumatologie-orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAHTAoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-Réanimation
ELHAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ELKAMOUNI Youssef	Microbiologie-Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-Réanimation
ELMEZOUARIE Moustafa	Parasitologie-Mycoologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie
GHAZIMirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDEL FETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie-Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédo-Psychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLANajoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL-QADIRY Rabiya	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSIFIHRIM Mohamedjawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATILhoucine	Chimie physique
AHBALATariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AITERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKAR Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIMERaja	Immunologie
ARROBA Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses

AZAMIMohamedAmine	Anatomiepathologique	JALLALHamid	Cardiologie
AZIZZakaria	Stomatologie et chirmaxillofaciale	KHALLIKANESaid	Anesthésie-réanimation
AZIZIMounia	Néphrologie	LACHHABZineb	Pharmacognosie
BAALLALHassan	Neurochirurgie	LAHLIMFatimaEzzahra	Hématologieclinique
BABAHicham	Chirurgiegénérale	LAHMINIWidad	Pédiatrie
BELARBIMarouane	Néphrologie	LAMRANIHANCHIASmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIHHatim	Neurochirurgie	LOQMANSouad	Microbiologie et toxicologieenvironnemental e
BELLASRISalah	Radiologie	MAOUJOUDOmar	Néphrologie
BENAMEURYassir	Médecinenucléaire	MEFTAHAZzellarab	Endocrinologie et maladiesmétaboliques
BENANTARLamia	Neurochirurgie	MILOUDIMohcine	Microbiologie-Virologie
BENCHAFAILias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUIAhmed	Rhumatologie
BENYASSYoussef	Traumatologie- orthopédie	MOULINESouhail	Microbiologie-virologie
BENZALIMMeriam	Radiologie	NASSIHHouda	Pédiatrie
BOUHAMIDIAhmed	Dermatologie	OUEIAGLINABIHFadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUETBadr	Radiologie	OUMERZOUKJawad	Neurologie
CHAHBIZakaria	Maladiesinfectieuses	RAGGABIamine	Neurologie
CHEGGOURMouna	Biochimie	RAISSIAbderrahim	Hématologieclinique
CHETOUIAbdelkhalek	Cardiologie	RHEZALIManal	Anesthésie-réanimation
CHETTATIMariam	Néphrologie	ROUKHSIRedouane	Radiologie
DAMIAbdallah	Médecinelégale	SAHRAOUIHoussamEddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUIMouna	Radiothérapie	SALLAHIHicham	Traumatologie-orthopédie

DOUIREKFouzia	Anesthésie-réanimation	SAYAGHSanae	Hématologie
DOULHOUSNEHassan	Radiologie	SBAAIMohammed	Parasitologie-mycologie
EL-AKHIRIMohammed	Oto-rhino-laryngologie	SBAIASma	Informatique
ELAMIRIMyAhmed	Chimie de Coordinationbio- organique	SIRBOURachid	Médecine d'urgence et decatastrophes
ELFADLIMohammed	Oncologiemédicale	SLIOUIBadr	Radiologie
ELFAKIRIKarima	Pédiatrie	WARDAKarima	Microbiologie
ELGAMRANIYounes	Gastro-entérologie	YAHYAOUIHicham	Hématologie
ELHAKKOUNIAwatif	Parasitologiemycologie	YANISSESiham	Pharmaciegénéraliste
ELJADIHamza	Endocrinologie etmaladiesmétaboliques	ZBITOUMohamedAnas	Cardiologie
ELKHASSOUIAmine	Chirurgiepédiatrique	ZIRAOUIOualid	Chimiothérapeutique
ELATIQUIOumkeltoum	Chirurgieréparatrice etplastique	ZOUITABtissam	Radiologie

LISTEARRÉTÉE26/09/2022

الله

Le tout puissant,

Qui m'a inspirée

Qui m'a guidée dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde



DÉDICACES



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenues 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 mes chers parents

Après ces longues années ...voilà enfin que votre petite fille vous écrit ces quelques lignes pour vous dire que grâce à vous elle devient médecin. Les mots ne pourront jamais exprimer tout ce que vous représentez pour moi. Tout ce que j'ai, tout ce que je suis c'est à vous que je le dois.

À ma douce et très chère Mère Saida Khodji: Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de nous donner depuis notre naissance, durant notre enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études En ce jour ta fille espère réaliser l'un de tes plus grands rêves, et couronner tes années de sacrifice et d'espoir. 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 МАМА.

À mon très cher PAPA Mustapha Bourras : A celui qui m'a indiqué la bonne voie en me rappelant que la volonté trouve les moyens. Tu as su m'inculper les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail et de la responsabilité. Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon amour éternel, et ma grande considération pour tout ce que tu as consenti pour mon éducation et mon bien-être. 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 Baba .

À mes très chers frère Naoufal et sœur Nidal

Pour l'affection qui nous lie, pour l'intérêt que vous portez à ma vie, pour votre soutien, votre compréhension et vos encouragements. Merci pour votre manière de me motiver, votre aide et votre générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance. Je vous souhaite beaucoup de succès, de la santé et une vie pleine de joie et de bonheur. On se le dit très rarement mais je vous aime et votre présence me manque.

À ma très chère Mina

Merci pour tous les magnifiques moments que nous avons passé ensemble depuis ma naissance, pour ton soutien tes encouragements et ton amour incomparable. Je te dédie ce travail en reconnaissance à la grande affection que tu me témoignes et pour t'exprimer toute la gratitude et l'amour que je te porte.

À ma petite nièce Dalia

Tu es le rayon de soleil qui illumine ma vie. Je suis très fière d'être ta tante.

À la mémoire de mes grands parents

J'espère que vous êtes fiers de moi. Que vos âmes reposent en paix et que Dieu, le tout puissant, vous couvre de Sa Sainte miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis. À la mémoire de Mi Aicha, à ma plus grande inspiration, J'aurais souhaité ta présence, mais le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble, je me souviendrai toujours de tes douaaas et de tes encouragements. j'espère que, de là-haut, tu es fière de ta petite fille.

À toutes mes tantes et tous mes oncles

J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de prospérité.

À tous mes cousins et cousines

À tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs d'enfance. Je ne trouve pas d'expression qui illustre ma reconnaissance et les sentiments de fraternité que je vous porte. Je suis honorée de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez.

À mon confident Tarik Atmsine

Je te remercie d'avoir toujours répondu présent, de m'avoir écouté, soutenu, et de m'avoir poussé vers l'avant. Tu as toujours eu foi en moi, même quand je n'y croyais plus. Tu as su rendre les moments difficiles de ce parcours des moments de rires et de joie. Aucun mot, aucune dédicace ne saurait décrire ma gratitude, mon amour et la chance que j'ai de t'avoir rencontré. Merci d'être là dans le meilleur comme dans le pire. J'espère que cela ne s'arrêtera jamais.

À mes amies Zineb Chbifi,

Hafsa Bouqourou, Oumaima Bounsir, Oumaima Bounar, Rania Chakhmane, Nassima Abbassi, Chaimae Selkane, Souraya Bricha et Hala Sanbi,
Nous avons commencé ce long parcours ensemble et nous voilà en train de tracer nos chemins ensemble, malgré les différentes voies que chacune d'entre nous a choisi. À tous nos éclats de rire, à tous nos souvenirs, à notre amitié. Au cours de ce long parcours vous étiez ma famille. Sans vous les études médicales n'auraient pas été les mêmes. et pour cela, merci, je vous aime.

À mes amis du groupe d'externat

Merci pour les bons moments passés ensemble. Que chacun trouve ici l'expression de mon profond attachement. À ces 3 merveilleuses années et bien avant ce parcours pour certains d'entre vous, à nos premières gardes, à nos petits déjeuners en douce, à nos sprints en fou rire pour rejoindre la visite, je tiens à vous témoigner de ma reconnaissance et vous souhaite beaucoup de réussite. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous, aussi bien à l'hôpital qu'en dehors.

À tous mes collègues tout au long de ce parcours

Je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles

À tous ceux ou celles qui me sont cher(e)s et que j'ai omis involontairement de citer

À Vous tous je vous dis merci, et je vous dédie ce modeste travail.

À toutes les personnes atteintes de cancer dans le monde et surtout Au Maroc « J'ai vu à travers ce travail l'ampleur de vos souffrances. Mes vœux de guérison et de prompt rétablissement. Courage ! »



REMERCIEMENTS



À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
PROFESSEUR M. AMINE
VICE DOYEN DE LA RECHERCHE ET LA COOPERATION DE LA FACULTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH
PROFESSEUR D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN ÉPIDÉMIOLOGIE
CLINIQUE.

Je suis très sensible au grand honneur que vous me faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de ma thèse. Professeur admiré par tous, et réputé pour votre rigueur, compétence, et vos qualités de pédagogue, j'ai toujours admiré la simplicité, la facilité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité mon profond respect. Merci pour votre disponibilité, votre écoute et de nous avoir transmis vos connaissances. Veuillez trouver dans ce travail, les marques de ma profonde gratitude et l'expression d'une infinie reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET ANCIEN RAPPORTEUR DE THÈSE
PROFESSEUR I. ESSADI
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.

C'est un privilège et un grand honneur de m'avoir confié ce travail. Je vous remercie pour votre bonté, votre modestie, votre compréhension, votre patience, votre disponibilité, vos encouragements, et de votre sympathie. Votre sérieux, votre compétence, votre rigueur de travail ne peuvent que susciter ma grande estime et profond respect. Que vos qualités professionnelles et humaines soient pour nous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici, cher Maître l'assurance de ma reconnaissance et ma profonde admiration

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR 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 fait un grand honneur en acceptant de m'encadrer pour finaliser ce travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Je vous remercie de votre patience, votre disponibilité, de vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de cette thèse. Vos orientations ont permis à ce travail de voir le jour, vos remarques judicieuses ont permis de l'affiner. Veuillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
PROFESSEUR M. TOUATI MOHAMED
PROFESSEUR EN ORL À L'HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE DE
MARRAKECH ET À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE
MARRAKECH.

C'est pour moi un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. J'ai été impressionné par votre amabilité, et votre abnégation. Permettez-moi, Cher Maître de vous exprimer mon profond respect

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

PR. M. LAHKIM

PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN CHIRURGIE
VISCÉRALE À L'HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH ET À
LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH.

Vous m'avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. J'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, mes sincères remerciements et mon profond respect

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

PR. A. ARSALANE

PROFESSEUR DE CHIRURGIE THORACIQUE À L'HÔPITAL MILITAIRE
AVICENNE DE MARRAKECH ET À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE
PHARMACIE DE MARRAKECH.

Je vous remercie de m'avoir honoré par votre présence parmi notre jury de thèse. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous m'avez accueilli. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma grande estime et de ma sincère reconnaissance.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations :

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

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

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

FLS. : Fondation Lalla Salma

INO : Institut National d'Oncologie

CRO : Centres régionaux d'oncologie

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

NHS : National Health Service

SP : Soins palliatifs



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	8
I. États des lieux et parcours de soins au Maroc	10
1. Fréquence des Cancers au Maroc	10
2. Le taux d'incidence du Cancer Au Maroc	11
3. Couverture médicale	12
4. Infrastructure et équipements	13
5. Matériels et Équipements	14
6. Ressources Humaines	16
7. Parcours de soins dans un service de radiothérapie.....	16
II. Délais diagnostiques et thérapeutiques	17
III. Barrières au dépistage, diagnostic et traitement du cancer	19
IV. Stratégie et interventions visant l'amélioration de l'accès aux soins oncologiques au Maroc	20
1. Surveillance des cancers et statistiques	20
2. Mesures de prévention primaire	21
3. Dépistage et détection précoce	21
4. Soins palliatifs	23
5. Support social.....	23
DISCUSSION	24
I. État de la question	25
1. L'accès aux soins de santé	25
2. Les soins oncologiques au Maroc	26
3. Le parcours de soins en Oncologie.....	28
4. Interventions du Maroc	30
II. Discussion de nos résultats	33
1. État des lieux au Maroc.....	33
2. Parcours de soins oncologiques au Maroc.....	43
3. Délais diagnostiques et thérapeutiques	45
4. Barrières au dépistage, diagnostic et traitement du cancer	47
5. Stratégie et interventions visant l'amélioration de l'accès aux soins oncologiques au Maroc	49
III. Limites de notre étude	57
RECOMMANDATIONS	58
CONCLUSION	60
RESUMES	62
ANNEXE	69
BIBLIOGRAPHIE	75



INTRODUCTION



L'accès aux soins de santé est un aspect important de la performance des systèmes de santé dans le monde. La notion d'accès aux soins est aussi une composante indissociable du droit à la santé au Maroc et revient régulièrement dans les débats autour de notre santé. Elle est très souvent utilisée soit pour louer l'universalité de notre système, soit au contraire pour en dénoncer les insuffisances ou les dangers, et notamment les inégalités qu'il laisse perdurer ou se creuser. Dans le même contexte, trois notions sont régulièrement décrites :

- L'accessibilité physique : Une offre de services de soins doit être disponible à une distance raisonnable pour les personnes qui en ont besoin.
- L'accessibilité financière : Elle consiste à analyser la capacité des personnes à payer les services sans difficultés financières.
- L'acceptabilité : il s'agit de mieux appréhender les nombreux facteurs autres que les obstacles géographiques ou financiers qui interviennent dans la décision de recourir aux soins.

Par ailleurs, avec la diminution de la fréquence des maladies infectieuses transmissibles et l'augmentation de l'espérance de vie, le cancer constitue actuellement un des problèmes majeurs de santé publique au Maroc. Il y a environ 50000 nouveaux cas de cancer par an. Une majeure partie de la population Marocaine aurait alors recours aux soins oncologiques, qui englobent la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'hormonothérapie, l'immunothérapie et les soins palliatifs. C'est ainsi que l'évaluation de l'accès aux soins oncologiques devient primordiale afin de juger la qualité de l'offre de soins de santé et donc la performance du système de santé au Maroc.

À notre connaissance, aucune étude n'a traité l'accès aux soins médicaux au Maroc, notamment dans le domaine oncologique, et très peu d'études rapportant des expériences internationales sont disponibles dans la littérature. Cette étude vise alors à analyser la thématique d'accès aux soins dans le domaine d'oncologie au Maroc.

Les objectifs spécifiques de notre travail consistent à :

- Décrire l'état des lieux du cancer au Maroc.
- Détailler le parcours de soins d'un patient cancéreux au Maroc.
- Énumérer les différents barrières et facteurs expliquant les longs délais de traitement ou le non-recours des patients cancéreux aux soins.
- Décrire les interventions du Maroc pour améliorer la prise en charge du Cancer.
- Élaborer les recommandations répondant aux besoins déterminés.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Notre travail repose sur une revue systématique de la littérature de l'ensemble des articles reposant sur l'accès aux soins oncologiques au Maroc tout en nous basant sur le protocole de l'élaboration d'une revue systématique de la littérature établi selon le "Cochrane Collaboration Handbook".

II. Déroutement de l'étude

Une recherche bibliographique a été faite dans le but de répertorier tous les articles expliquant l'approche du Maroc face au cancer et l'accès aux soins oncologiques.

La validation et la sélection des articles publiés ont été évaluées par attribution d'indices de qualité et définition de seuils d'exclusion.

Ensuite une lecture critique de chaque article était nécessaire afin d'extraire les différentes données et informations disponibles sur les articles retrouvés, et enfin nous avons effectué une synthèse des résultats de toute la littérature sur le sujet.

1. Stratégie de recherche

Pour cette revue systématique de littérature on a eu recours à deux types de stratégies de recherche documentaire :

1.1 Stratégie de recherche documentaire informatique :

Cette étude a consisté à rechercher l'ensemble des articles répertoriés sur la base de donnée informatisée « PUBMED », à partir de la date de la première publication d'oncologie médicale au Maroc en Janvier 2008 jusqu'au juin 2022. Les termes de recherche « Morocco » OR « Maroc » AND « Access to cancer care » OR « accès aux soins oncologiques » ou « accès aux soins cancérologiques » ont été utilisés dans toutes les combinaisons possibles.

1.2 Stratégie de recherche documentaire « manuelle »

En complément de la recherche documentaire informatique et suite à l'insuffisance d'articles de la littérature relative à notre sujet, une recherche documentaire manuelle a été faite en reprenant les références bibliographiques non indexées dans la base de données Pubmed*, et en utilisant les combinaisons de mots recherchés auparavant sur Google Scholar* <https://scholar.google.com/>

Cette stratégie de recherche « manuelle » nous a permis de recueillir des articles additionnels pour le sujet que nous étudions.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.1 Critères d'inclusion :

- La langue de rédaction a été restreinte à la langue anglaise et française.
- Les articles ont été recherchés à partir de 2008 jusqu'au juin 2022.
- Le lieu d'étude devait inclure le Maroc.
- Traitant l'accès aux soins oncologiques, ses limites et l'état des lieux du cancer.

2.2 Critères d'exclusion :

- Les articles non francophones et non anglophones.
- Articles ayant subi une rétraction par l'auteur ou l'éditeur.

III. Analyse des données :

Afin d'analyser et de comparer chaque article sélectionné de manière systématique et identique, les informations suivantes ont servi à les ordonner :

- Type d'étude
- Auteur et année de parution

- Population incluse
- Pays d'étude
- Question de recherche primaire

IV. Caractéristiques des articles retenus :

Disponible dans la partie `Annexes`



RESULTATS



Nombre total d'articles :

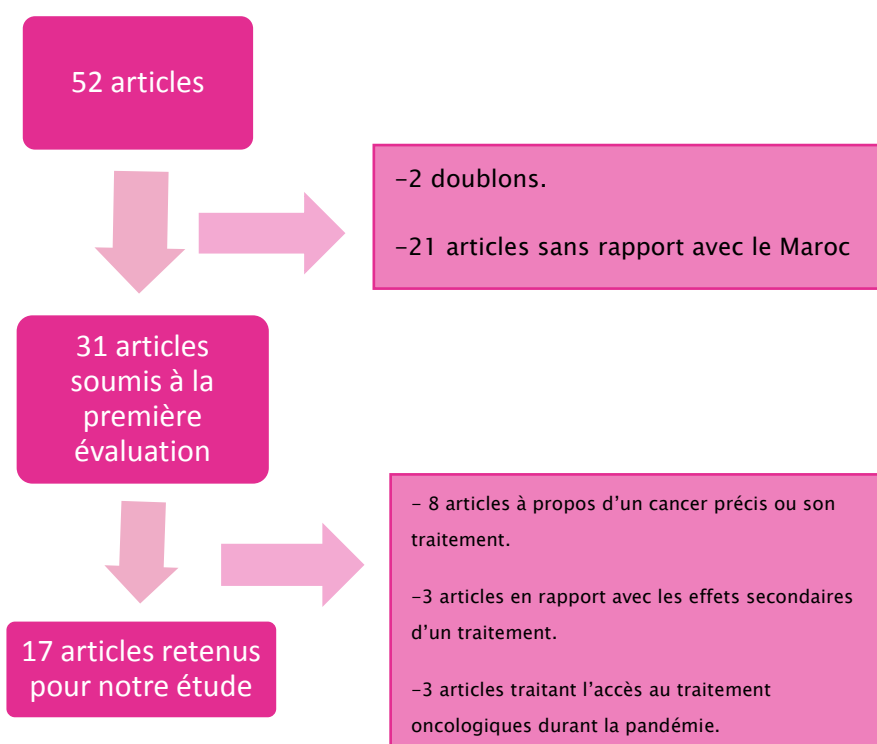
Un total de 17 articles a été retenu dans cette étude sur 52 articles repérés : 47 articles retrouvés sur le moteur de recherche « Pub Med » en utilisant les combinaisons précédemment décrites, alors que 5 articles ont été trouvés suite à une recherche manuelle.

Une première lecture des titres des articles a permis de rejeter 2 doublons et 21 articles par rapport à d'autres pays autre que le Maroc.

Après la lecture approfondie des autres articles, 14 articles ne répondant pas à notre question ont été rejetés : 3 articles relatives à l'accès aux soins oncologiques durant la pandémie covid, 8 articles traitent un cancer précis et son traitement, et 3 autres traitent les effets secondaires d'un traitement oncologique.

Finalement 17 articles ont été inclus dans l'analyse de notre revue systématique de la littérature.

La figure n°1 ci-dessous permet de résumer la procédure suivie dans cette étude.



I. États des lieux et parcours de soins au Maroc :

1. Fréquence des Cancers au Maroc :

Selon les données des registres régionaux des cancers existants dans le pays, le registre de la région du grand Casablanca et le registre de la ville de Rabat, le cancer le plus fréquent entre 2008 et 2012 était le cancer du poumon chez l'homme, et le cancer du sein chez la femme.

Les figures ci-dessous représentent la répartition des cancers les plus fréquents entre 2008 et 2012 selon le registre des Cancer de Casablanca :

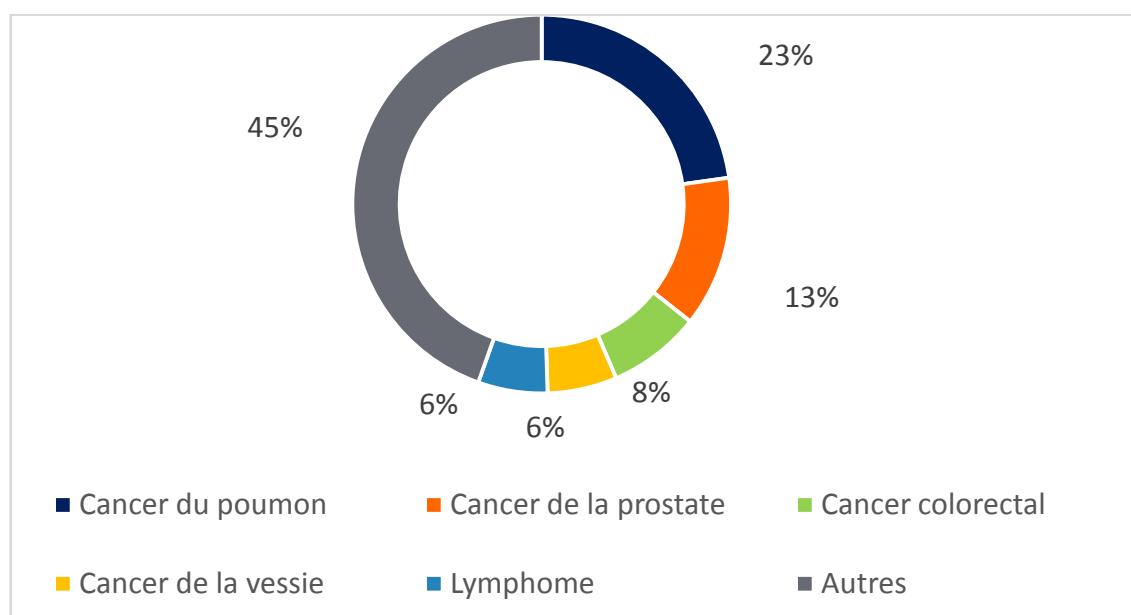


Figure 3 : Répartition des cancers les plus fréquents chez l'homme.

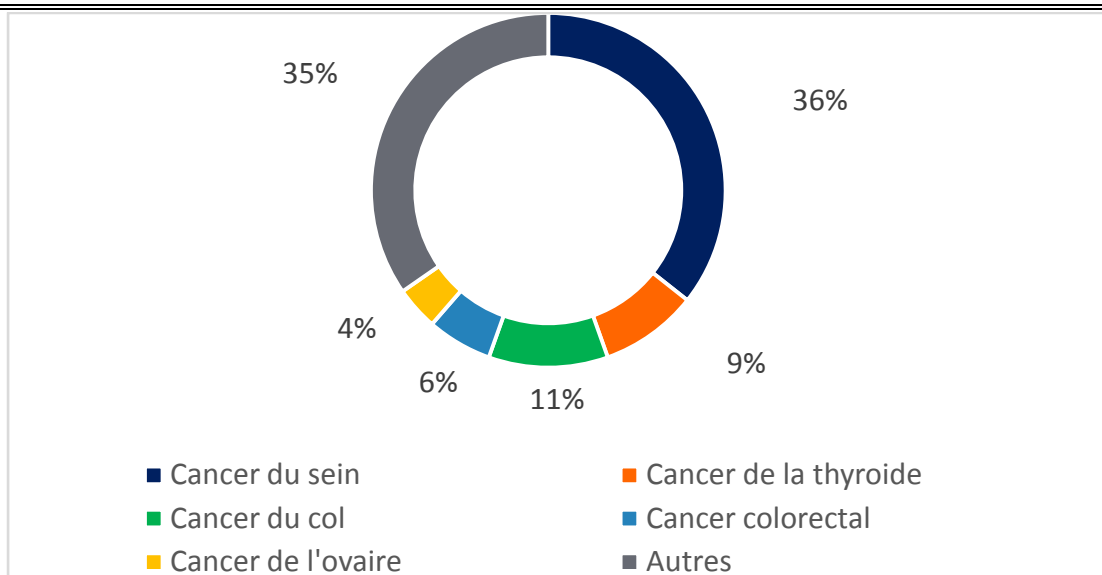


Figure 4 : Répartition des cancers les plus fréquents chez la femme.

2. Le taux d'incidence du Cancer Au Maroc :

Le taux d'incidence du cancer au Maroc a augmenté de 35,6 pour 100000 marocains en 8 ans.

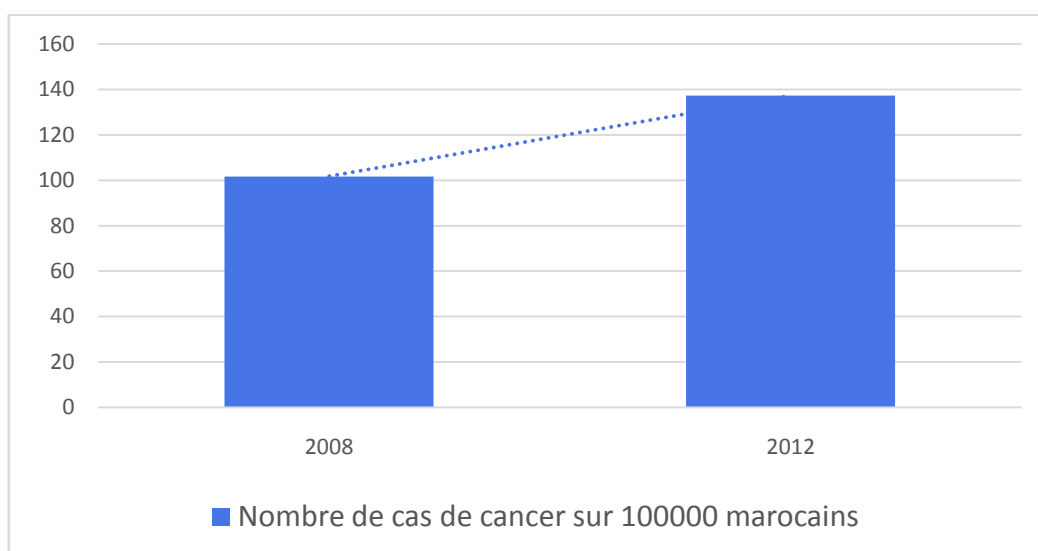


Figure 5 : Évolution du taux d'incidence du cancer au Maroc

3. Couverture médicale :

Le taux de couverture médicale de la population nationale était de 66% en 2018, dans le cadre des deux régimes principalement financés par l'État : L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale aux économiquement faible (RAMED).

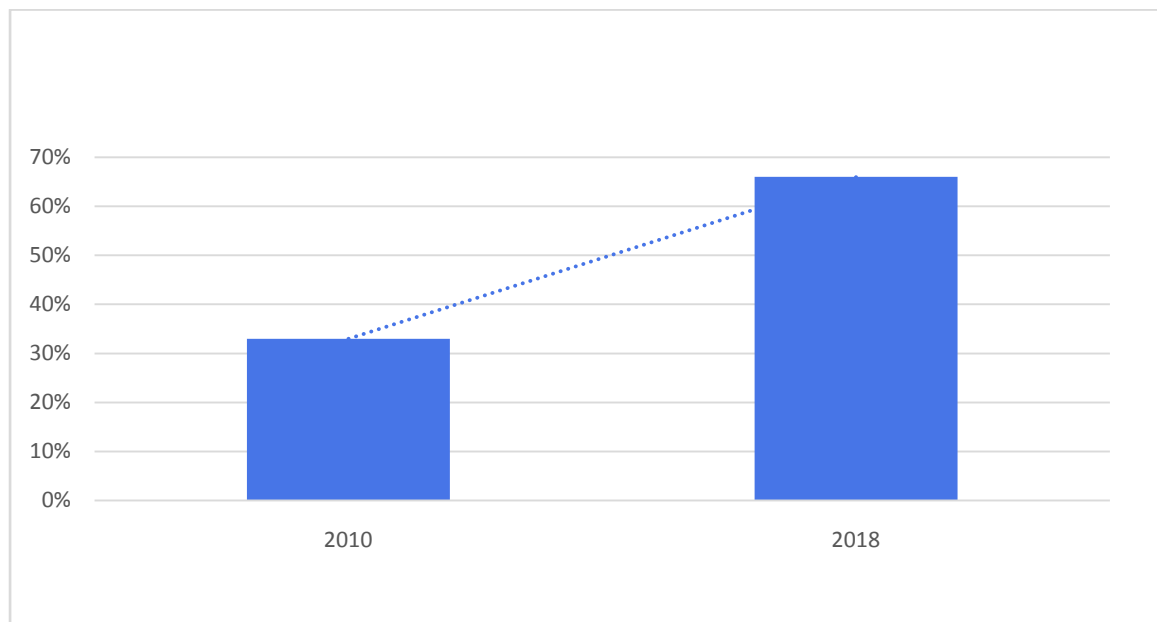


Figure 6:Évolution du taux de couverture médicale

Dans le cadre de l'extension de la couverture médicale, un projet de généralisation de l'AMO serait finalisé à la fin de cette année, ainsi à partir du 01/01/2023, la population bénéficiaire du système RAMED basculerait vers le régime assurantiel de l'AMO.

4. Infrastructure et équipements :

4.1 Infrastructure :

En 2020, Il existait 11 centres régionaux d'oncologie et 4 centres hémato-oncologiques pédiatriques au Maroc dans le secteur public, et plus de 16 cliniques privées spécialisées en Oncologie dans le secteur libéral.

La répartition de ces centres au Maroc est représentée dans la figure ci-dessous

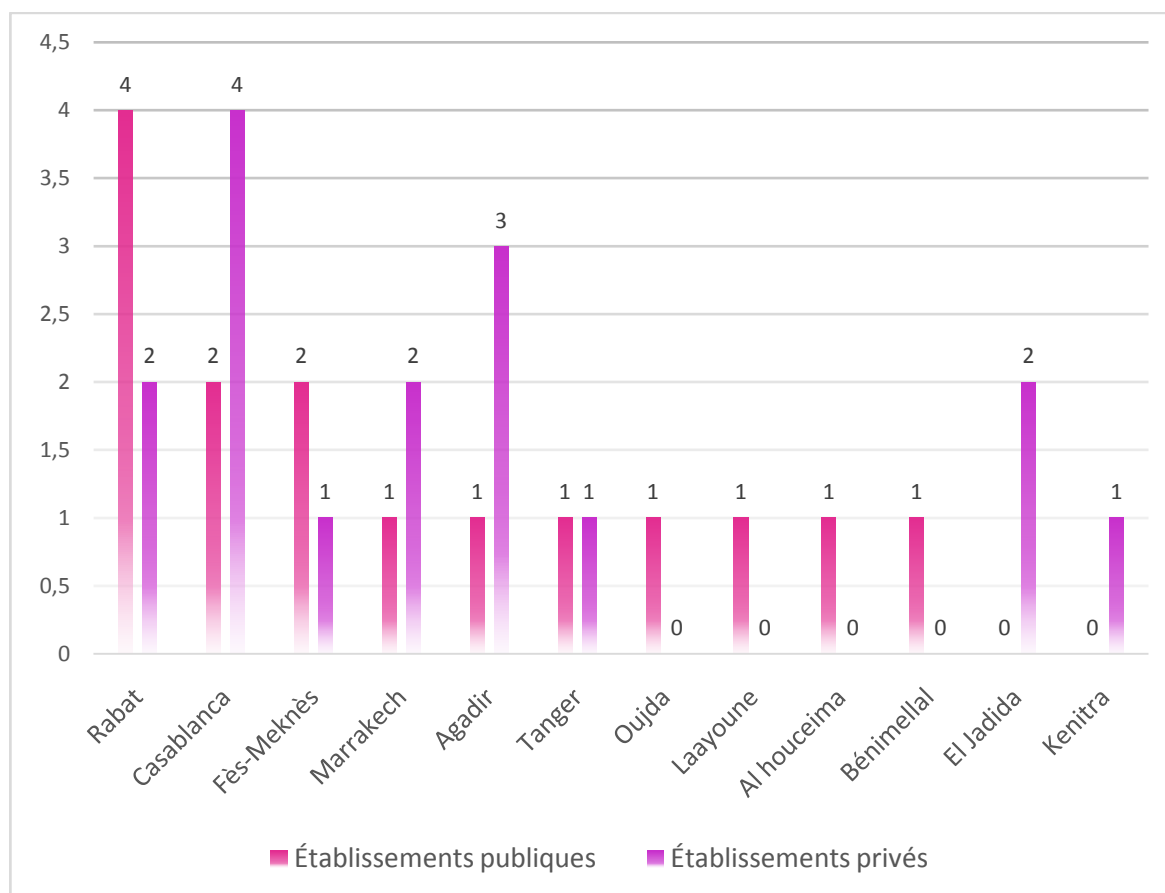


Figure 7: Répartition des centres selon la ville.

5. Matériels et Équipements :

5.1 Diagnostic :

L'imagerie médicale permettant l'orientation ou le diagnostic du cancer dans le secteur public selon les dernières données du ministère marocain de la Santé en 2015 comprendrait :

Tableau I : Techniques d'imagerie et de diagnostic au Maroc selon les données du ministère de santé 2015.

Technique d'imagerie	Secteur Public	Secteur privé
Colposcopie	60	ND
Mammographie	75	ND
Tomodensitomètres	56	ND
Scintigraphie	8	4
IRM	8	37
TDM TEP	1	6
Laboratoires d'histopathologie	31	ND

Les examens endoscopiques seraient disponibles dans tous les centres régionaux de santé publique. Trente et Un laboratoires d'anatomie pathologique et sept services de médecine nucléaire existeraient dans le secteur public, mais tous ne fournissent pas le panel complet d'immunohistochimie. Peu de tests biomoléculaires sont disponibles dans les principaux centres anticancéreux.

5.2 Traitement :

Le tableau ci-dessous résume l'infrastructure permettant le traitement du cancer au Maroc :

Tableau II : équipements de traitement du cancer au Maroc selon les données du ministère de santé, 2015.

	Secteur publique	Secteur privé
Services d'hématologie	7	3
Services de greffe de moelle osseuse	3	ND
Services d'oncologie pédiatrique	4	ND
Services de garde de chimiothérapie anticancéreuse	11	11
Fauteuils pour chimiothérapie de jour	216	150
Lits dédiés aux patients hospitalisés en cancérologie	687	358
Unités de curiethérapie	3	6
Services de médecine nucléaire	7	4
Accélérateurs linéaires	12	17

6. Ressources Humaines :

Le nombre total de médecins spécialistes formés en 2015 étaient de 62 oncologues, 92 radio-oncologues et 18 oncologues pédiatriques répartis entre les 2 secteurs.

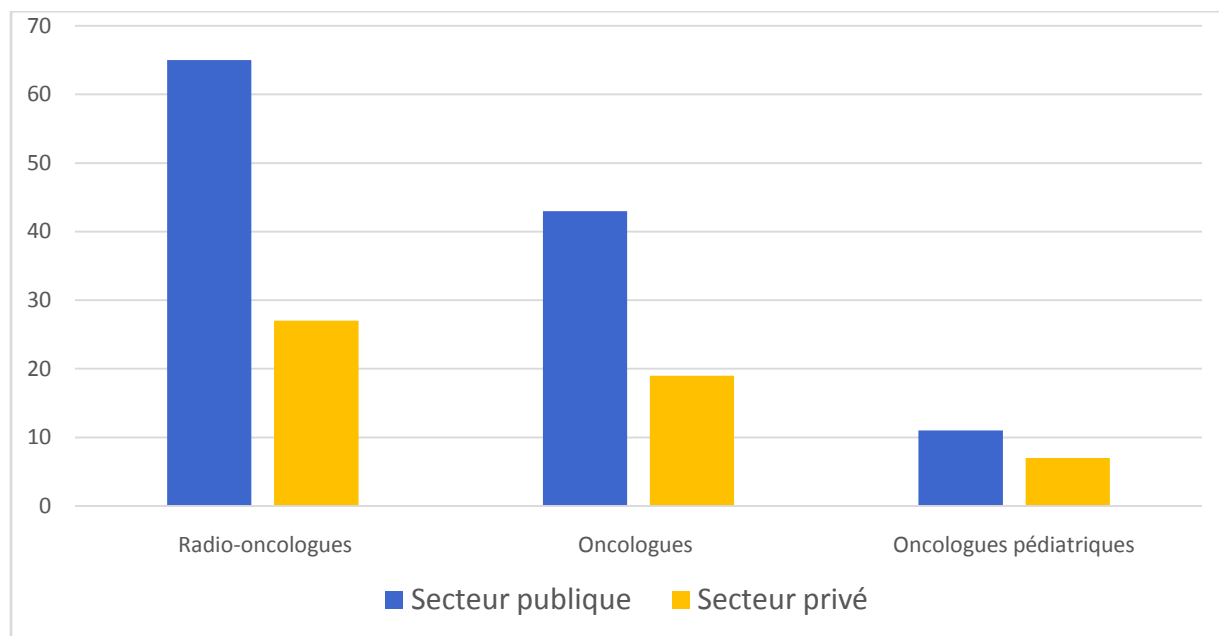


Figure 8: Répartition des médecins spécialistes formés en 2015 selon le secteur.

7. Parcours de soins dans un service de radiothérapie :

Sur l'ensemble des études, seul un article a étudié le circuit de soin d'une série de patients admis au service de radiothérapie de l'Institut national d'oncologie de Rabat pour la prise en charge du cancer du poumon. Les résultats retenus ont été inscrits dans le tableau :

Tableau III : Étapes du parcours d'un patient atteint de cancer du poumon admis au service de radiothérapie de l'Institut national d'oncologie de Rabat.

Étape du parcours de soin après confirmation du diagnostic	But de l'étape
1-Admission au sein du service	-Triage des dossiers et prise du RDV de la première consultation
2-Consultation au service	-Classification de la maladie selon le bilan d'extension. -Confirmation de l'indication du traitement et étudier sa faisabilité.
3-Proposition thérapeutique	-Indication du type du traitement retenu avec recours aux réunions de concertation pluridisciplinaire.
4-Accès à la première séance de traitement.	-Début du protocole du traitement.

II. Délais diagnostiques et thérapeutiques :

Quatre des articles retenus étudiaient les délais diagnostiques et thérapeutiques du cancer du sein, du col et du poumon entre les années 2008 et 2017. Ces études ont été faites dans l'institut national d'oncologie de Rabat et le centre Mohamed 6 d'oncologie de Casablanca.

Délai du diagnostic : Délai moyen entre l'apparition des 1^{ers} symptômes et la consultation aboutissant au diagnostic.

Délai total de traitement : Délai moyen entre l'apparition des 1^{ers} symptômes et le début du traitement.

Le délai du diagnostic (D1) était de 116 jrs pour le cancer du sein, 180 jrs pour le cancer du col de l'utérus et 150 jrs pour le cancer du poumon. Le délai total du traitement (D2) était

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

de 160 jrs pour le cancer du sein, 219 jrs pour le cancer du col de l'utérus et 216 jrs pour le cancer du poumon.

La figure 6 ci-dessous rapporte les principaux résultats retenus :

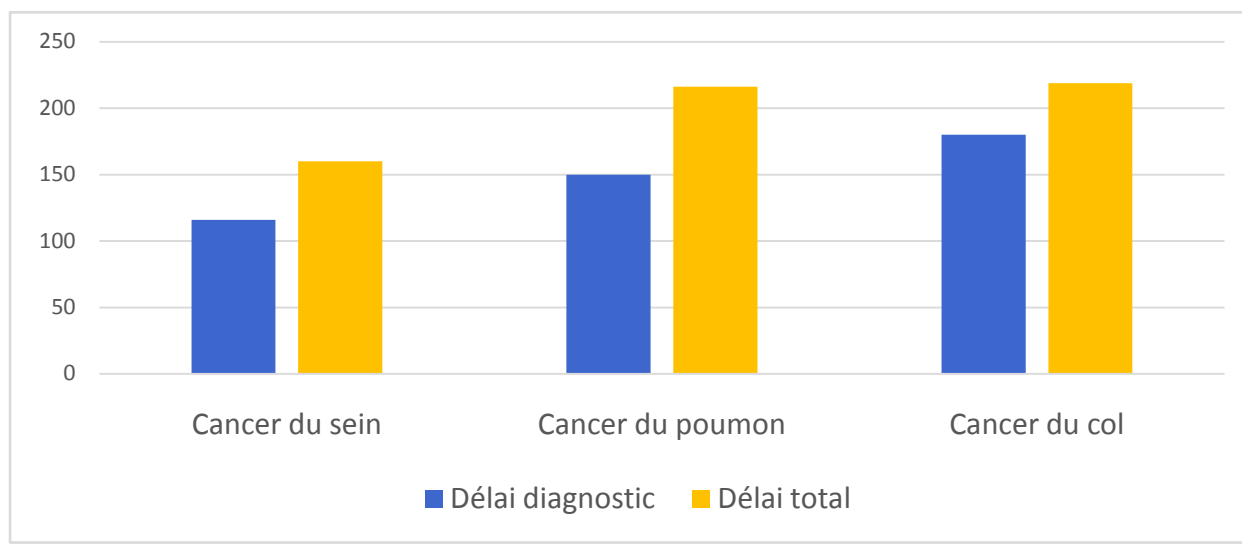
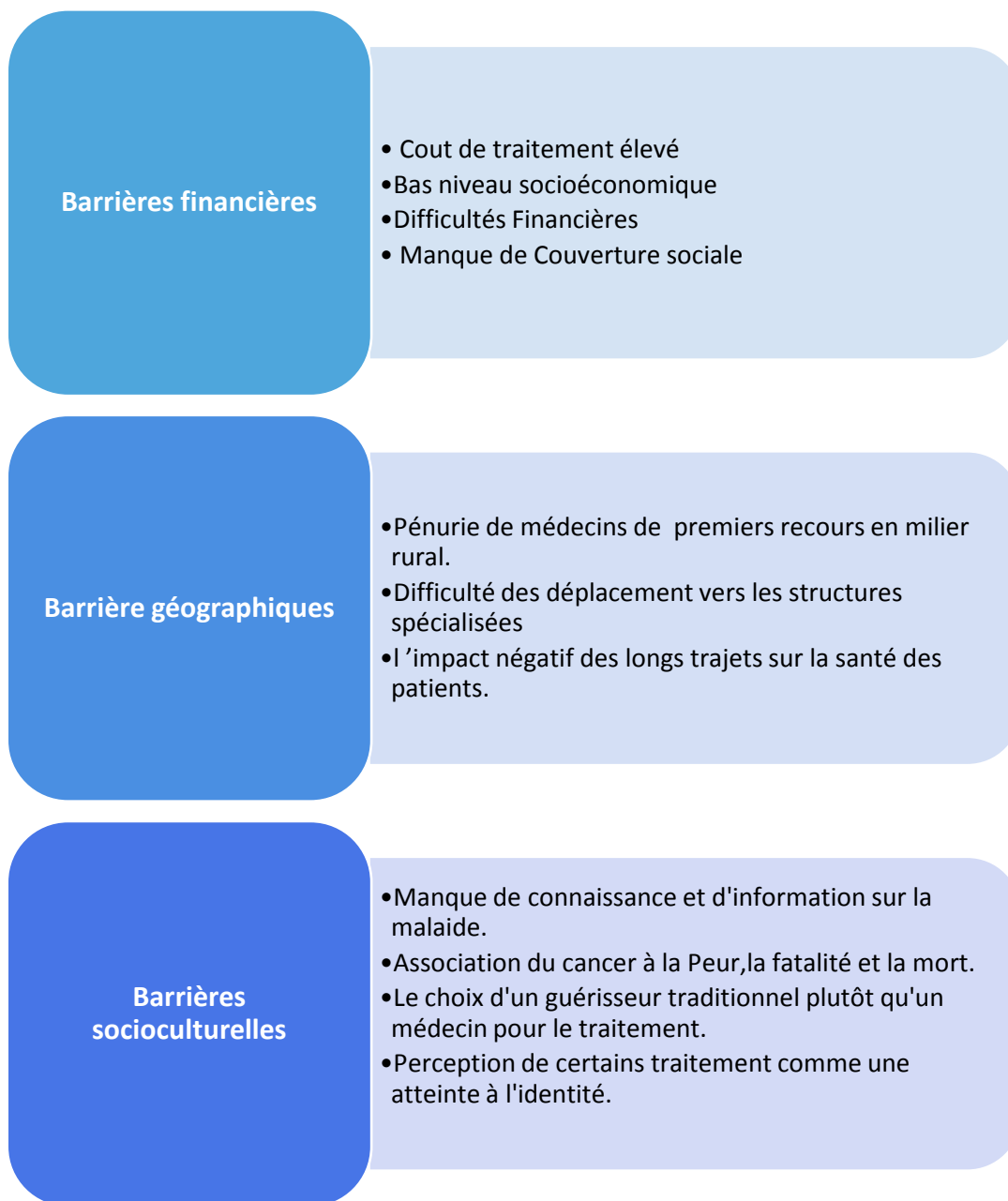


Figure 9: Délais diagnostiques et thérapeutiques selon le cancer

III. Barrières au dépistage, diagnostic et traitement du cancer :

Selon les 3 articles traitants ce sujet, les barrières dont souffre une partie de la population marocaine. sont :



IV. Stratégie et interventions visant l'amélioration de l'accès aux soins oncologiques au Maroc

Dans cette séquence, nous allons rapporter les principaux axes des 2 parties du plan de prévention et de lutte contre le Cancer (PNPCC) qui a été élaboré par le ministère marocain de la Santé, en partenariat avec la Fondation Lalla Salma pour la prévention et le traitement du cancer et avec l'appui technique de partenaires internationaux, tels que l'OMS.

6. Surveillance des cancers et statistiques :

Deux registres régionaux du cancer basés sur la population au Maroc ont été créés : un registre des cancers du Grand Casablanca et un registre de Rabat couvrant en totalité 14,1% de la population nationale.

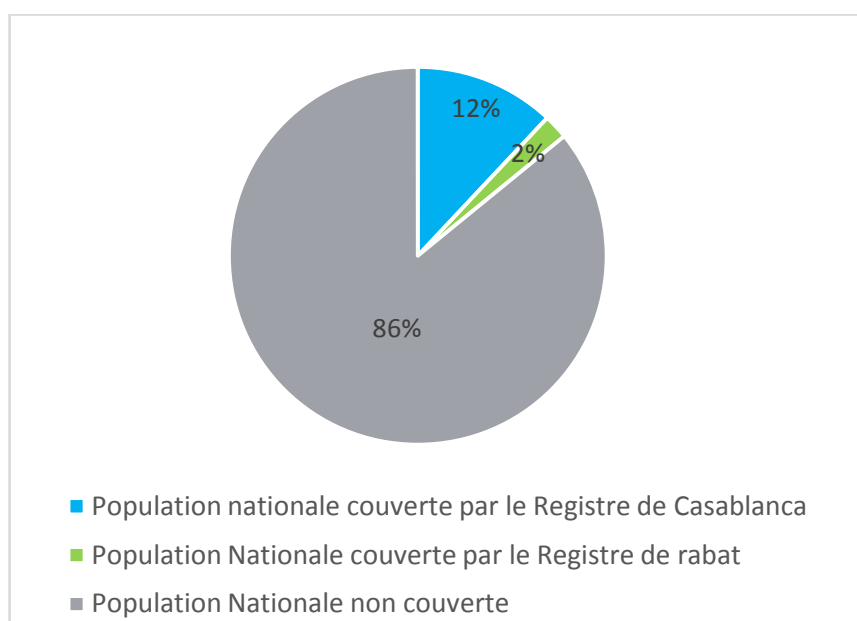
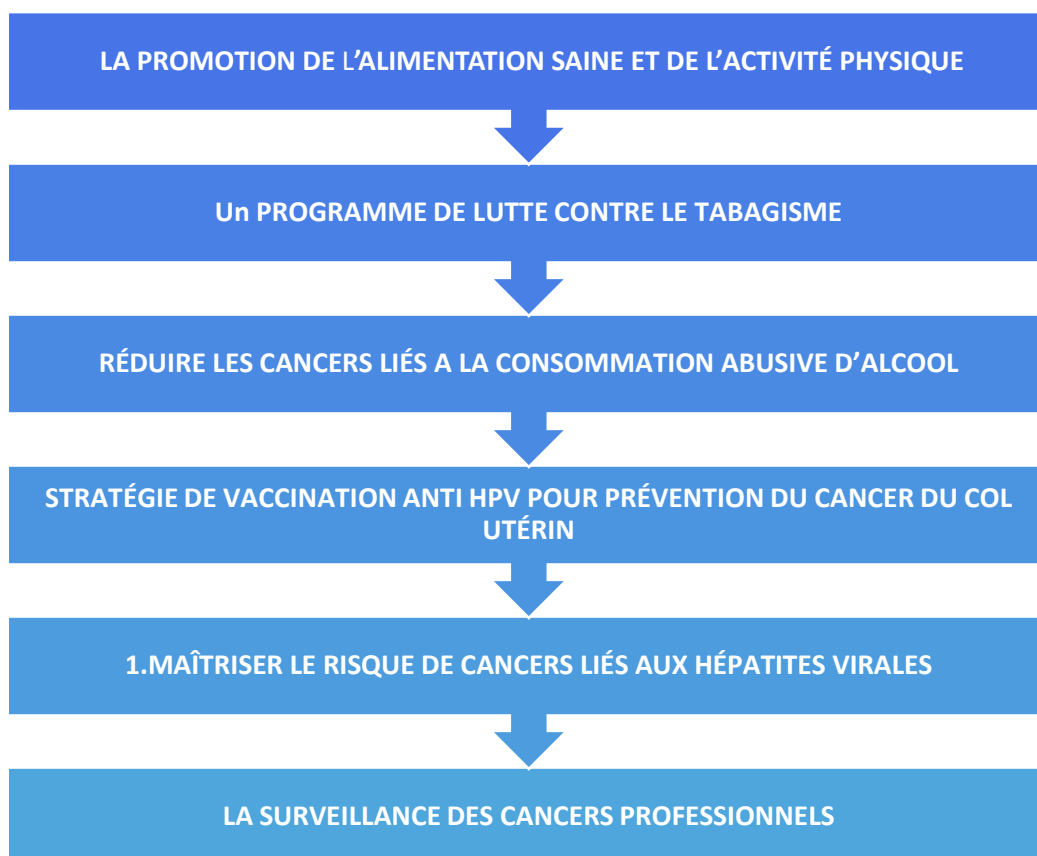


Figure 10 : Répartition de la couverture nationale des registres régionaux du cancer.

7. Mesures de prévention primaire :



8. Dépistage et détection précoce :

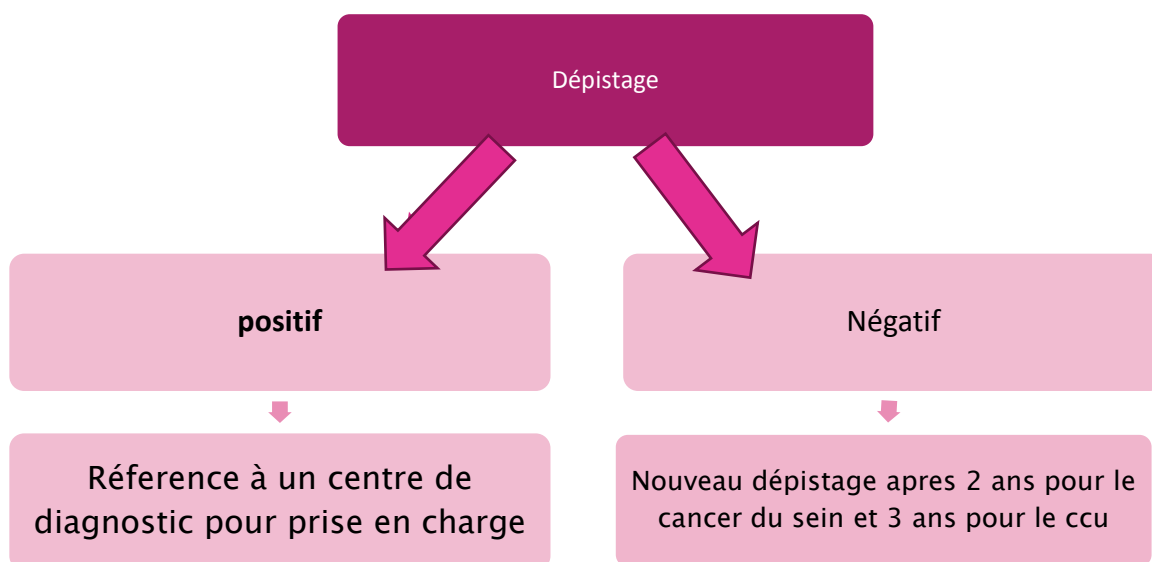
La détection précoce des cancers, en particulier le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, a été de grande importance dans le PNPC. Le programme a précisé la gratuité du dépistage et des autres tests de diagnostic.

- Cancer du sein :

Le dépistage est basé sur l'examen clinique des seins à intervalles de 2 ans, fait par des médecins généralistes, des infirmières et des sages-femmes formés, dans les unités de soins de santé primaires ciblant les femmes âgées de 45 à 69 ans.

- **Cancer du col utérin:**

Le dépistage du CCU se fait par inspection à l'acide acétique (IVA) par des médecins généralistes, des infirmières et des sages-femmes dans les unités de soins de santé primaires, et proposé aux femmes âgées de 30 à 49 ans.



9. Prise en charge diagnostique et thérapeutique :

Les mesures prises dans cet axe s'appuient sur trois piliers majeurs :

- La mise à niveau des structures existantes et la construction de nouveaux centres d'oncologie :

La description de l'infrastructure est présentée dans la figure 6.

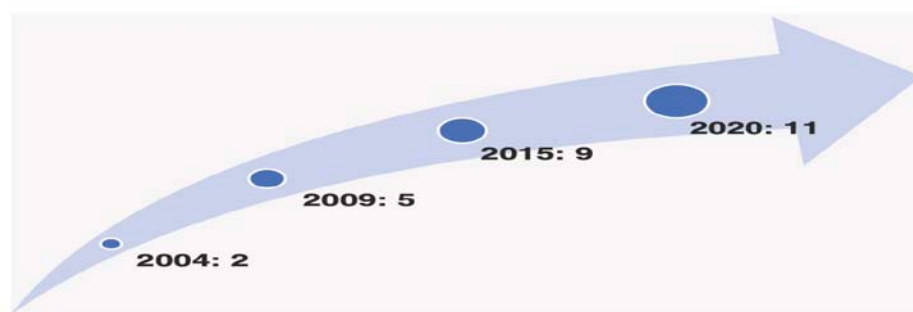
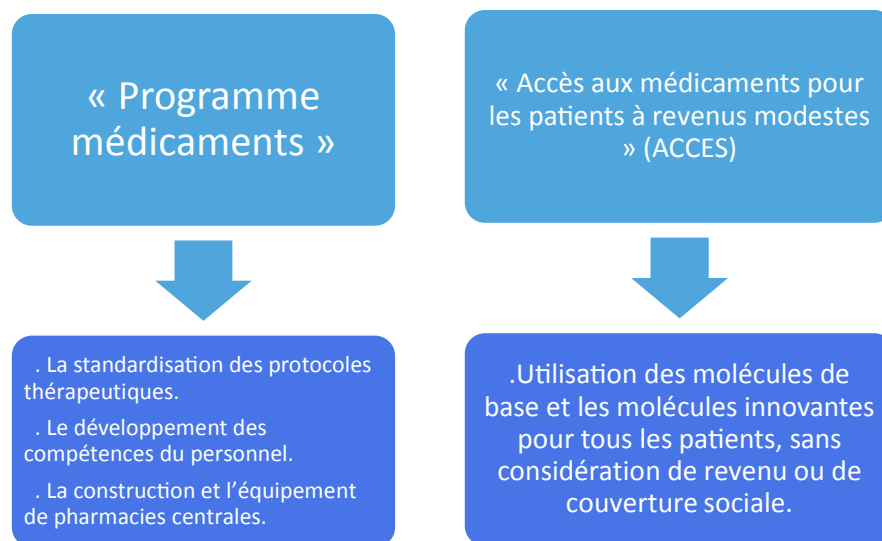


Figure 10 : Évolution du nombre de centres anticancéreux publics de 2004 à 2020

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

- La formation et développement des ressources humaines nécessaires aux différents niveaux
- L'amélioration de l'accès aux médicaments :

Deux programmes ont été mis en place :



10. Soins palliatifs :

Quatre unités de soins palliatifs ont été créées à Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech, avec cinq équipes mobiles pour la prise en charge à domicile des patients.

11. Support social :

- Création d'espaces d'hébergement « Maison de vie » pour les patients et leurs familles qui se déplacent aux centres d'oncologie durant la période du traitement ambulatoire
- Accompagnement par des équipes pluridisciplinaires et de bénévoles qui veillent à leur confort et leur apportent le soutien moral et psychologique nécessaire.



DISCUSSION



I. État de la question :

1. L'accès aux soins de santé :

L'accès aux soins de santé peut être défini comme étant la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin.

Par ailleurs, la santé est un droit reconnu dans de nombreux instruments internationaux, notamment dans la Constitution de l'OMS qui stipule dans son préambule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».¹ Ainsi, le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

²La notion d'accès aux soins est donc consubstantielle au droit à la santé.

Certes, l'accès des populations aux structures sanitaires et soins de santé doit être une priorité majeure car à côté de la disponibilité, qualité et acceptabilité, c'est l'accessibilité qui donne aux soins médicaux la dignité de leur sens. Bien entendu, l'accessibilité aux soins est toujours inhérente à l'accessibilité physique qui veut dire la distance la plus proche du patient pour arriver à une structure de soins, ainsi que l'accessibilité financière qui se rapporte au coût supporté par le patient pour se soigner. Ce coût de soins englobe non seulement les frais afférents à la maladie en elle-même, mais bel et bien les frais de transport, les charges de logement si le patient se trouve loin de son domicile, en outre, du coût relatif à la déperdition d'une ou plusieurs journées de travail.³

L'accès aux soins et aux services de santé au Maroc est un droit humain qui a été constitutionnalisé pour la première fois dans la constitution marocaine en vigueur du 1er juillet 2011, et plus particulièrement son article 31 qui stipule que « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir du

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

droit aux soins de santé; à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État».³

L'accès aux soins de santé est aussi un élément essentiel à la mesure de la performance des systèmes de soins de santé dans le monde. De ce fait, l'importance de ce service a fait de son étude un sujet pertinent dans la littérature sur les politiques de santé.



Figure 11 : Extrait d'une présentation du Professeur El Houssaine Louardi, Ancien ministre de la santé, 2013.

2. Les soins oncologiques au Maroc :

Au Maroc, comme dans les autres pays du monde, le traitement du cancer repose sur quatre disciplines principales : l'oncologie médicale, la radiothérapie, l'oncologie chirurgicale et les soins palliatifs.

2.1 L'oncologie médicale :

L'oncologue médical se spécialise dans le diagnostic et le traitement du cancer en utilisant la chimiothérapie, l'hormonothérapie, la thérapie biologique, la thérapie ciblée et l'immunothérapie.

Les chimiothérapies classiques, les thérapies hormonales et la première génération d'anticorps monoclonaux, sont largement disponibles pour toute la population. Deux

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

immunothérapies sont disponibles au Maroc. L'accès à l'immunothérapie est accordé sur la base d'une évaluation individuelle pour chaque patient candidat par l'Agence nationale d'assurance maladie.

La chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (HIPEC) a été pratiquée pour la première fois en 2014 et est maintenant disponible à l'Institut national d'oncologie à Rabat et deux cliniques privées à Rabat et Casablanca. La Transplantation de cellules souches (à la fois autologue et allogénique) sont disponibles dans les principales villes (Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech).⁴

2.2 La radiothérapie:

La radiothérapie, avec ses différents types, est un traitement locorégional. visant la destruction des cellules cancéreuses et leur développement par irradiation. Cette technique occupe une place importante dans l'arsenal thérapeutique en oncologie. En effet 70% des patients atteints d'un cancer bénéficieront d'une radiothérapie dans le décours de leur maladie^{5,6}

Aujourd'hui, la radiothérapie connaît un formidable essor technologique grâce au développement des techniques d'irradiation de haute précision, techniques rendues possibles par les progrès de l'imagerie et de l'informatique.^{7,8} Le Maroc s'est aussi inscrit dans cette dynamique de généralisation et d'innovation des machines de traitement.

2.3 L'oncologie chirurgicale :

La chirurgie fait partie des traitements curatifs les plus utilisés en cancérologie notamment à un stade localisé de la tumeur. Cette technique a beaucoup évolué ces dernières années, tant dans son organisation que dans ses indications.

Le Maroc a réalisé d'importants progrès dans le traitement chirurgical du cancer au cours des 30 dernières années. Dans les années 1980, la chirurgie oncologique était pratiquée presque exclusivement dans les deux hôpitaux universitaires de Rabat et de Casablanca. En 2018, il a été estimé que d'importantes chirurgies oncologiques, comme des résections du sein ou du côlon, pourraient être pratiquées dans 35 centres publics.^{4,9}

2.4 Les soins palliatifs :

Les soins palliatifs ciblent le soulagement de la souffrance et le soutien biopsychosocial de manière à assurer la meilleure qualité de vie possible pour les patients ayant une maladie grave, incurable et évolutive, tel le cancer, ainsi que pour la famille.¹⁰

Le Maroc, comme les autres pays du monde, s'est inscrit dans l'élan international en mettant dans ses priorités les soins palliatifs. Ceci dit, suite aux directives de l'OMS, il a développé les mesures nécessaires pour l'implantation des unités de soins palliatifs dans tout le pays.

Tout d'abord, l'introduction de la morphine absorbable par voie orale pour la première fois au Maroc en 1995, puis la création de la société marocaine pour le traitement de la douleur et des soins palliatifs en 1996, la construction de la première unité des soins palliatifs au Maroc, adjacente à l'institut national d'oncologie à Rabat en 2005 et finalement le développement des actions spécifiques aux soins palliatifs dans la stratégie sectorielle (2012–2016) et dans le plans de prévention et de contrôle du cancer (2010–2019) au Maroc.¹¹

3. Le parcours de soins en Oncologie :

Le parcours de soins des patients cancéreux peut se définir comme étant l'ensemble des étapes vécues par le patient dans la prise en charge de sa maladie, du pré-diagnostic jusqu'aux soins palliatifs. Ce processus 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.

Le parcours de soin en Cancérologie peut être résumé en 4 étapes :

- **Étape 1(E1): Diagnostic et bilan d'extension :**

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Orienté par son généraliste, le patient rencontre d'abord un médecin spécialiste d'organe qui diligente les examens nécessaires au diagnostic (bilans biologiques, imageries, biopsie...).

➤ **Étape 2 (E2): Réunion de concertation pluri disciplinaire :**

Une fois le diagnostic établi, une concertation entre les différents médecins spécialistes impliqués dans le parcours oncologique du patient (réunion de concertation pluri disciplinaire [RCP]), constituées au minimum d'un oncologue, d'un chirurgien, d'un radiothérapeute, d'un radiologue et d'un anatomopathologiste, est organisée pour aboutir à une décision quant aux stratégies thérapeutiques à proposer.

➤ **Étape 3 (E3): Annonce du diagnostic et du traitement, recueil du consentement :**

Le dispositif d'annonce se met en place. Il est composé des différents temps d'informations ; annonce du diagnostic, des perspectives thérapeutiques et des soins de support possibles. Les options choisies, en accord entre les différents médecins et le patient, sont regroupées dans le programme personnalisé de soins (PPS).

➤ **Étape 4 (E4) : Début du traitement :**

Une fois que le patient est informé et consent aux traitements, le programme de soins se met en œuvre. La prise en charge thérapeutique personnalisée s'articule autour de quatre traitements fondamentaux en cancérologie : la chirurgie, la radiothérapie, les chimiothérapies et les thérapies ciblées. Selon les cas, leur réalisation peut être isolée, successive ou associée. La durée des traitements est variable d'une personne à l'autre.¹²

La prise en charge en cancérologie est un processus complexe. Elle se déroule aussi bien en milieu extrahospitalier qu'hospitalier, tant public que privé.

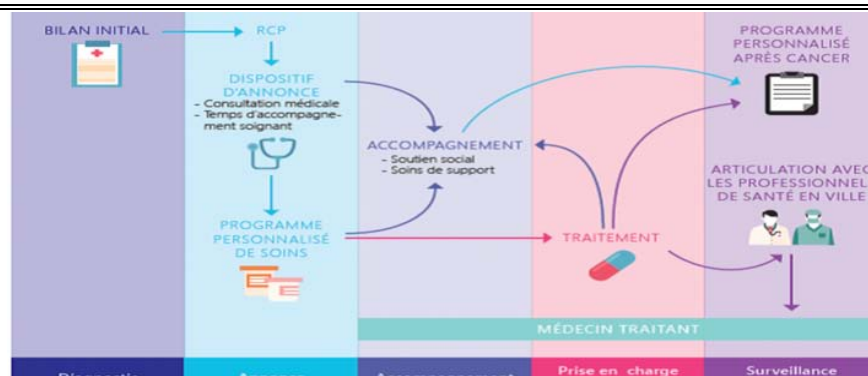


Figure 12 :Résumé du parcours de soins d'un patient cancéreux.¹³

4. Interventions du Maroc :

4.1 Fondation lalla Salma, prévention et traitement des Cancers :

La Fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer est une association marocaine créée le 6 septembre 2005 par la princesse Lalla Salma et reconnue d'utilité publique.

Cette organisation non gouvernementale, avec l'ensemble de ses partenaires, vise à faire de la lutte contre le cancer une priorité de santé publique au Maroc et dans la région. Elle a pour missions la prévention et la promotion des dépistages des cancers, l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches et le soutien au corps médical et la recherche clinique et opérationnelle, et l'aide et l'assistance à la création de centres d'oncologie et à leur équipement. Pour cela, La Fondation Lalla Salma s'est tracée pour objectif de mettre en place un dispositif national de lutte contre le cancer, en mettant en œuvre une stratégie adaptée aux spécificités du pays.¹⁴

Ainsi, une série d'études sur la situation du cancer au Maroc a été engagée par la Fondation Lalla Salma en collaboration avec le Ministère de la Santé: 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.¹⁵

Les missions de cet première intervention tourne autour de 6 axes prioritaires:¹⁶

- Prévention
- Détection précoce
- Hôpitaux et accès aux médicaments
- Solidarité
- Compétences
- Positionnement à l'international

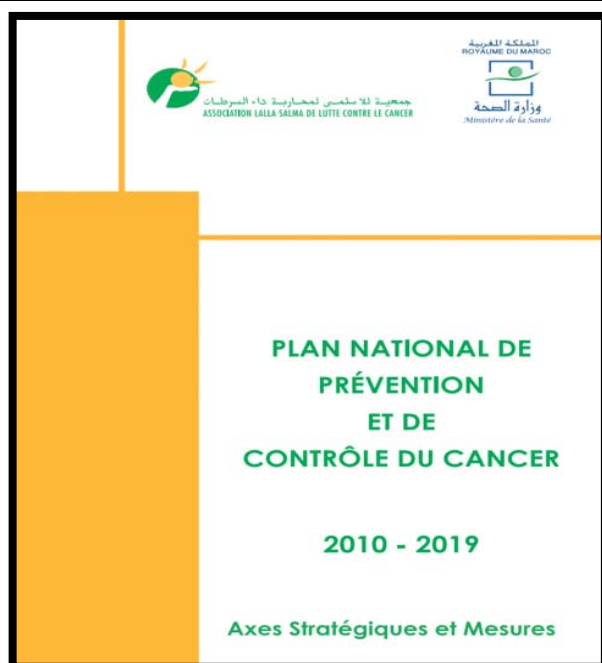
4.2 Plan national de prévention et de contrôle du cancer 1 (2010-2019)(PNPCC1) :

Un plan national de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) a vu le jour le 24 Mars 2010 grâce à un partenariat stratégique entre l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer et le ministère de la Santé, il a pour but d'offrir des soins de qualité accessibles à travers l'ensemble du Royaume.

La première phase du projet a constitué en l'analyse de la situation à travers une quinzaine d'études

Une fois les données issues de l'analyse de la situation validées , six ateliers, composés de 78 mesures, étalés sur dix ans , ont été mis en place pour le développement de la stratégie spécifique des différents axes du plan¹⁷ :

- Prévention
- Détection précoce
- Prise en charge diagnostique et thérapeutique
- Soins palliatifs
- Mesure d'accompagnement



4.3 Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2 (2020-2029)(PNPCC2) :

En 2020, un deuxième plan 2020–2029 a été mis en œuvre afin de consolider et de pérenniser les acquis du premier plan, de corriger les insuffisances identifiées, particulièrement celles relatives à la gouvernance du plan et à la qualité des soins et de proposer des actions et mesures innovantes dans tous les domaines . Il s'inscrit dans la continuité du modèle de l'expérience Marocaine de lutte contre le cancer , avec cette fois –ci un accent particulier sur la gouvernance, la qualité des soins , la recherche et la formation ainsi que sur la prévention des cancers qui occupe désormais une place centrale dans ce plan.

Des ateliers de planification ont été organisés pour le développement de la stratégie spécifique des différents axes du plan dans les domaines de¹⁸ :

- La prévention,
- La détection précoce
- La prise en charge diagnostique et thérapeutique
- Les soins de support et Les soins palliatifs

- Les axes horizontaux : gouvernance, système d'information, assurance qualité et formation-recherche.



II. Discussion de nos résultats :

1. État des lieux au Maroc:

Dans cette première partie de notre étude, nous avons décidé de comparer l'état des lieux au Maroc à d'autres pays voisins tant sur le plan géographique qu'économique (Algérie, Tunisie, Égypte), et à d'autres pays développés (États-Unis).

Lors de la collecte des documents, une différence des dates des statistiques du cancer a été notée avec une dernière mise à jour dans les États unis en 2020, tandis que les dernières statistiques existantes dans la littérature du Maroc et des pays semblables remontent à 2012.

Dans le but de comparer de façon objective les statistiques de ces différents pays, nous avons collecté des données remontant à la même période d'étude (2008-2012) :

➤ Fréquence des cancers au Maroc :

Chez l'Homme, le Cancer le plus fréquent au Maroc et en Algérie était le cancer du poumon, en Égypte, le cancer du foie était le plus fréquent, or qu'aux États unis, c'est la cancer de la prostate qui occupe la première place.¹⁹⁻²¹

	Maroc	Algérie	Égypte	États-Unis
Poumon	23%	15%	5,70%	15,40%
Prostate	12,60%	10,50%	4,30%	25%
Colorectale	8%	13,00%	ND	10,60%
Vessie	6%	9%	10,70%	7%
lymphome	6%	ND	5,50%	4,80%
Foie	ND	5%	33,60%	ND

Tableau IV : Les 5 premiers cancers chez l'homme selon le pays entre 2008-2012

Chez la femme, le cancer du sein était le plus fréquent au Maroc et dans le restant des pays.

	Maroc	Algérie	Égypte	États-Unis
Sein	36%	40%	32,40%	26,4%%
Col utérin	11,20%	9,00%	ND	25%
Thyroïde	9%	12,50%	3,28%	10,60%
Colorectal	6%	15%	ND	11%
Ovaire	4%	4%	4,10%	ND
Foie	ND	ND	13,50%	ND
Lymphome	ND	ND	3,80%	4,40%
Poumon	ND	ND	ND	14,50%
Utérus	ND	ND	ND	5,80%

Tableau V : Les 5 Cancers les plus fréquents chez la femme selon le pays entre 2008-2012

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Bien que l'étiologie du cancer soit multifactorielle, l'exposition à un facteurs de risque reste un contributeur majeur. Ce qui peut expliquer la différence de la distribution entre ces différents pays. À titre d'illustration, le tabac représente un des facteurs de risque les plus prépondérant au Maroc, avec une prévalence dans la population générale de 18 % chez les adultes et de 9 % chez les jeunes²², expliquant ainsi la place du cancer du poumon. Contrairement à l'Égypte où prédomine le Cancer du foie à cause de la forte prévalence de l'Hépatite virale dans ce pays ²³

Les études de la fréquence de cancer dans un pays permettent la filtration des principaux facteurs de risque prédominants. Elles s'avèrent donc importantes pour établir une stratégie de lutte et de contrôle du cancer efficace.

➤ Incidence du cancer au Maroc :

L'augmentation du taux d'incidence de 101,7 pour 100 000 marocains en 2004 à 137,3 pour 100 000 en 2012 peut être due à de nombreux facteurs relatifs notamment le vieillissement de la population, en effet, alors que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentaient en 2004 que 8 % de l'ensemble de la population marocaine, leur part dans la population totale atteint 9,6% en 2019 ²⁴.

La prédominance de certains comportements à risque (tabac, alimentation malsaine) ,le mode de vie (sédentarité, obésité), les pollutions diverses et les expositions professionnelles peut aussi expliquer cet augmentation.

Une autre raison qui pourrait expliquer cet accroissement est l'amélioration de l'accès au diagnostic des cancers et aux programmes organisés de détection précoce.

➤ Couverture médicale :

Le taux de couverture médicale de la population marocaine en 2018 reste faible (66%). Malgré le progrès dans le processus d'expansion de la couverture de la sécurité sociale depuis 2010, environ un tiers de la population reste sans couverture.

Nous avons comparé le taux de couverture de la population marocaine avec celle de l'Égypte et de la Tunisie ,et celle des États-unis²⁷⁻²⁹.

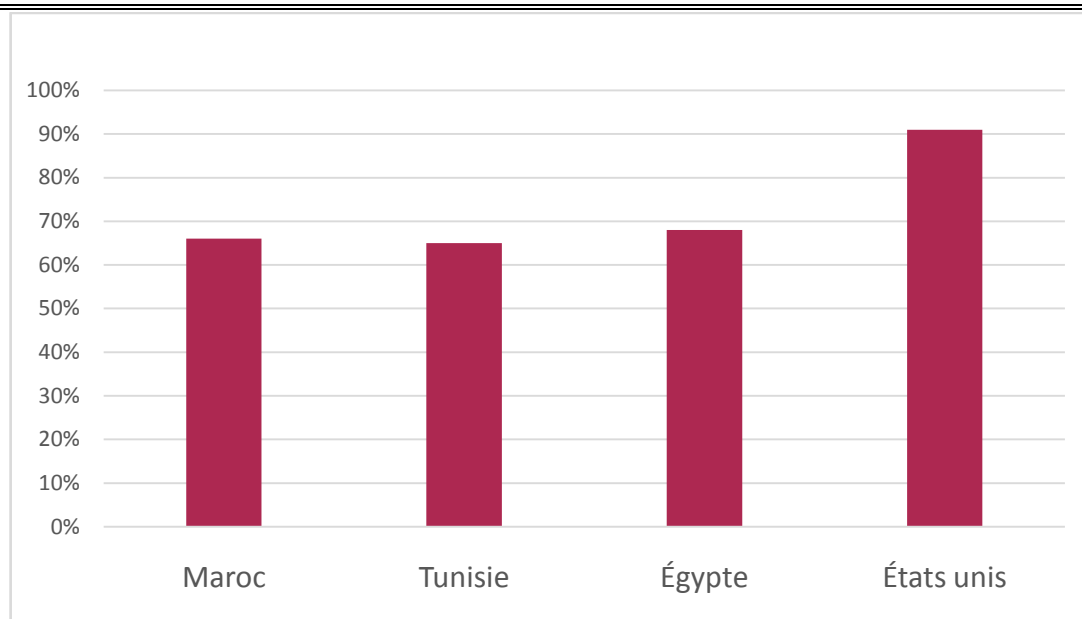


Figure 13 : Taux de couverture de base en 2018 selon le pays

Les États unis atteignent un taux important (91%) en contraste avec les autres pays (Maroc :66% , Tunisie :65%,Égypte :68%). Ceci peut être expliqué par divers facteurs par exemple l'existence d'un chômage élevé, la stagnation des salaires, la persistance et l'ampleur du travail informel, l'instabilité du rendement de l'investissement des fonds de la sécurité sociale, le faible niveau des fonds de réserve et la progression du vieillissement démographique dans les 3 derniers pays. Ce qui peut avoir une incidence négative sur le financement de la sécurité sociale, notamment sur le financement des régimes contributifs. Le manque de sensibilisation de la population (Employeur, employé) de ces 3 derniers pays sur l'importance de l'assurance maladie est aussi une autre théorie, car une meilleure connaissance des droits peut favoriser l'affiliation.

Un autre élément à prendre en considération est qu'au fur et à mesure que le niveau de protection de la population active augmente, les étapes suivantes d'intégration du restant de la population deviennent plus complexes que les précédentes : les derniers en lignes pour l'inclusion ont tendance à être les plus vulnérables dans un environnement déjà fragile et hétérogène.³⁰

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

En effet, le Maroc met en place un système de couverture médicale de base, dont le but est d'atteindre une couverture universelle, l'assurance médicale obligatoire (AMO) et le Régime d'assistance médicale (RAMED).

Le premier (AMO) est un régime de protection sociale avec participation des assurés et des employeurs, « qui est fondé sur les principes de mise en commun des risques ». Elle couvre la population active et retraitée des deux secteurs et leurs ayants droits.

Tandis que le RAMED est fondé sur les principes de l'aide sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis. Il couvre les personnes non éligibles au régime d'AMO et ne disposant pas de ressources financières suffisantes pour faire face aux dépenses de santé. Il donne droit aux prestations médicalement requises disponibles dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État.²⁵

Le cancer est reconnu au Maroc comme une affection de longue durée, bénéficiant ainsi d'une couverture totale. Les principales assurances marocaines, notamment l'AMO, assurent alors la prise en charge des patients cancéreux. Quelques protocoles onéreux sont aussi pris en charge et remboursés par ces assurances.

Néanmoins, les assurances notamment le RAMED, permettent seulement l'accès gratuit à un ensemble de ressources prédéfinies et ne prennent pas en charge les soins (et les transports médicaux) là où ils sont disponibles et comme ils sont disponibles (dans le secteur public ou dans le secteur privé).

De là vient que les patients atteints d'un cancer et bénéficiaires du RAMED se retrouvent dans des situations humainement et économiquement difficiles bien que pris en charge par un dispositif de gratuité.²⁶

Toutefois, avec le projet de généralisation de l'AMO qui permettrait non seulement l'extension de la couverture sociale mais aussi aux bénéficiaires du RAMED de basculer de manière automatique vers l'AMO, les populations défavorisées bénéficieraient du même pack de soins que les fonctionnaires de l'état et les salariés du secteur privé et ainsi, de plus de ressources médicales.

➤ Infrastructure et équipements :

✚ Infrastructure :

Nos résultats ont permis de déduire que la répartition des centres d'oncologie est inégale sur le territoire, avec des régions très favorisées (l'axe Casablanca, Rabat) et d'autres (la région du sahara par exemple) dans lesquelles à l'inverse , la densité est très inférieure à la moyenne tant dans le secteur publique que privé.

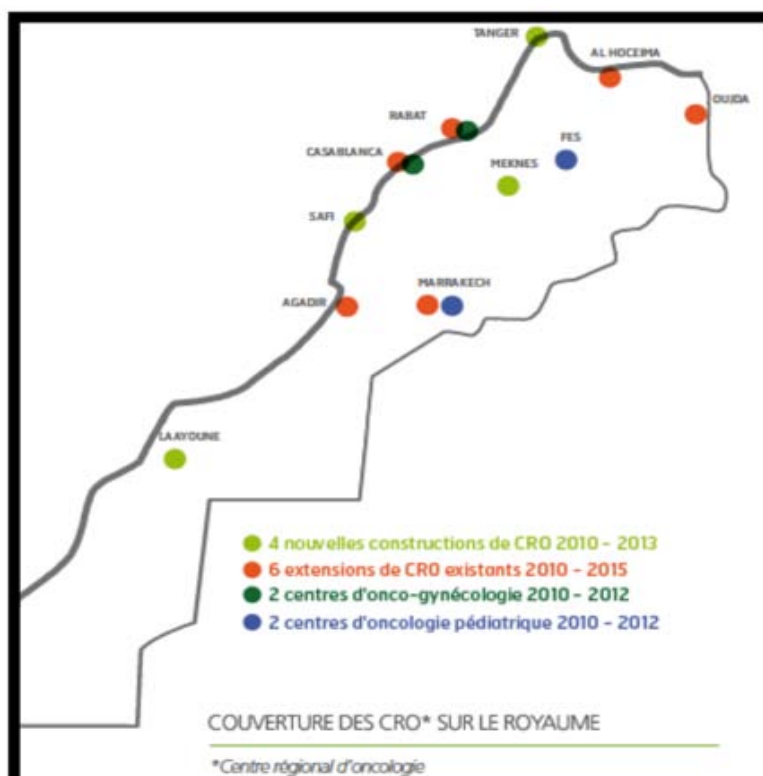


Figure 14: Répartition des centres spécialisés en oncologie construits avant 2015.

Ces disparités justifient le besoin de déplacement des populations lointaines pour accéder aux services du centre.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Ceci peut être expliqué par la concentration d'un grand nombre des ressources humaines médicales (médecins et personnel médical) et d'investisseurs dans les grandes villes de cet axe par rapport aux autres régions.

Le Maroc a connu une nette amélioration de l'offre de soins en Cancérologie : la construction de 6 nouveaux centres d'oncologie et plus de 16 cliniques privées prodiguant des soins spécialisés en oncologie.

Cependant, ce nombre reste insuffisant en réalité car l'accessibilité pour la plupart des patients à ces centres est limitée tant par des conditions socio-économiques que géographiques.

En comparant nos résultats à ceux des États-Unis, une grande différence a évidemment été trouvée, avec la présence aux états unis de plus de 70 centres de cancérologie désignés et financés par le NCI³¹, et un nombre indéfini d'autres établissements privés.

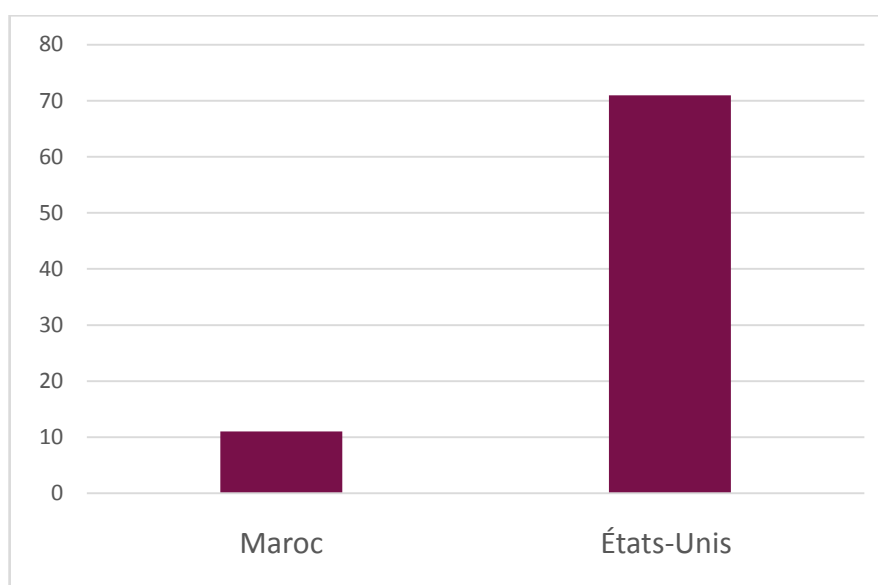


Figure 15 : Nombre de centres publics spécialisés en Oncologie au Maroc et aux États-Unis.

Bien que les États unis et le Maroc soit dissemblables sur plusieurs plans, notamment le plan socioéconomique, la performance du système de santé est l'une des principales

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

discordances. En effet, la part du budget de l'état (produit intérieur brut-PIB) consacrée à la santé ,responsable entre autres du financement des soins oncologiques, est de 6% au Maroc en contraste aux États-Unis qui consacrent 19.7% de son PIB au système de santé, alors que la part recommandée par l'OMS é tait de 9%.^{32,33}

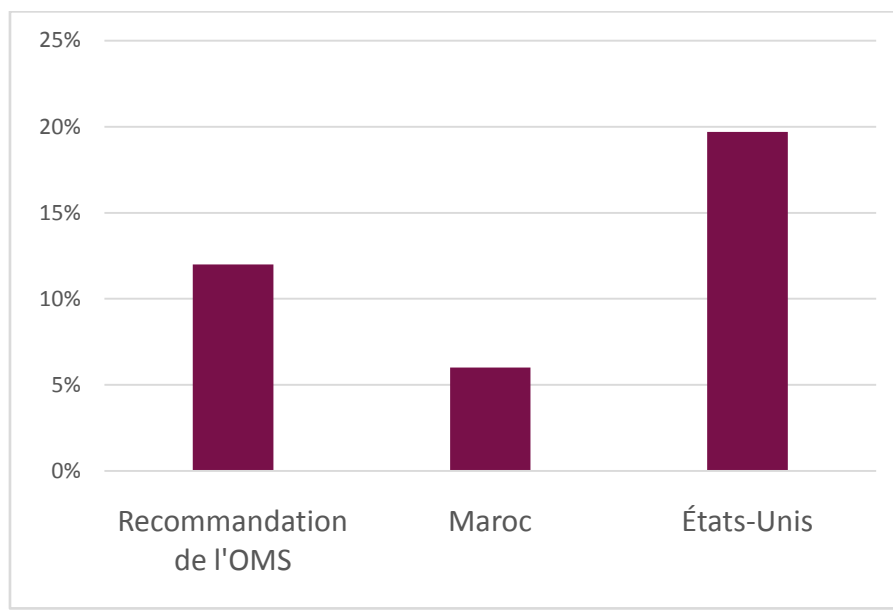


Figure 16: Dépense de santé en pourcentage du PIB et recommandation de l'OMS.

✚ Matériels et équipements :

Les données retrouvées relatives aux techniques d'imagerie et de diagnostic au Maroc remontent à 2015 où on comptait 60 unités de colposcopie, 75 unités de mammographie, 56 unités de scanner, 12 unités de scintigraphie, 45 unités d'IRM et 7 unités de PET TDM.

Actuellement, on note un léger mieux au niveau d'équipements par exemple l'installation d'un nouveau PET Scan et 16 unités d'IRM de plus faisant ainsi un total de 2 PET SCAN et 24 IRM dans le secteur public dans tout notre pays selon les données de la dernière version de l'enquête `santé en chiffre 2020`³⁴. Néanmoins ce nombre reste insuffisant. À titre

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

de comparaison avec la France, 110 IRM ont été installés en 2018 uniquement pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le déficit est aussi énorme en matière de services et d'unités de soins.

De plus, c'est le secteur libéral qui domine cette infrastructure avec plus que la moitié du total de ces équipements. Les unités de curiethérapie, par exemple, sont au nombre de 9 au total dans tout le Maroc avec 6 unités privées, aussi il existe 37 IRM dans les établissements privés face à 24 unités étatiques

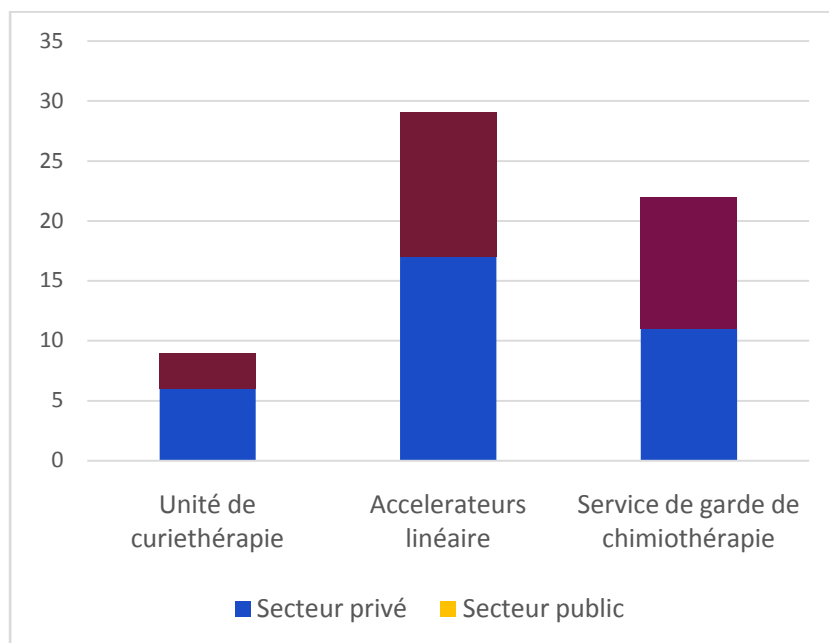


Figure 17 : Répartition de l'équipement entre les 2 secteurs.

En plus de leur insuffisance, ces services de soins et les techniques d'imagerie et de diagnostic se trouvent principalement dans les centres d'oncologie et les centres hospitaliers universitaires. Ils sont donc condensés dans les grandes villes, rendant ainsi leur accès géographique difficile, notamment pour les habitants du milieu rural qui représentent plus de 40% des Marocains.

L'accessibilité aux examens de diagnostic et services de traitement reste ainsi limitée. Le coût exorbitant de ces derniers dans le secteur privé les rend inabordables, obligeant ainsi

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

une majeure partie de la population à se diriger vers les établissements publics, où la disponibilité de rendez-vous proche est pratiquement impossible.

Ressources humaines :

D'après nos résultats , 65 oncologues et 92 radiothérapeutes existaient en 2015. Actuellement, on compte plus de 190 radiothérapeutes et près de 180 oncologues médicaux au Maroc faisant ainsi une densité d'un radiothérapeute pour plus de 400 nouveaux cas et un oncologue médical pour plus de 300 nouveaux.¹⁸

Un net accroissement a été réalisé pour ces spécialités relativement nouvelles au Maroc. En effet, l'oncologie a été reconnue comme une spécialité distincte en 1994, mais le véritable décollage n'a eu lieu que depuis les années 2000, après la création de la première chaire d'oncologie médicale à l'Université de Rabat.³⁵

Néanmoins, la distribution régionale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines et les zones urbaines. En effet, 22% des professionnels publics sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé où vivent 20% de la population.³⁶

En outre, un patient cancéreux doit être traité chez un médecin spécialiste en oncologie, en radiothérapie ou un chirurgien. Cependant, la prise en charge du cancer demande la collaboration des médecins de différentes spécialités : médecin généraliste, radiologue, anatomopathologiste et autres. Or le Maroc connaît une carence patente des ressources

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

humaines dans la santé, une situation qui complique l'accès aux soins pour des centaines de patients cancéreux. La densité médicale est de 6,7 médecins pour 10000 habitants au Maroc, alors que la Tunisie, compte 13 médecins pour 10000 habitants avec plus de 150 oncologues contre un standard fixé par l'OMS à 15,3 médecins pour 10000 habitants.^{28,37}.

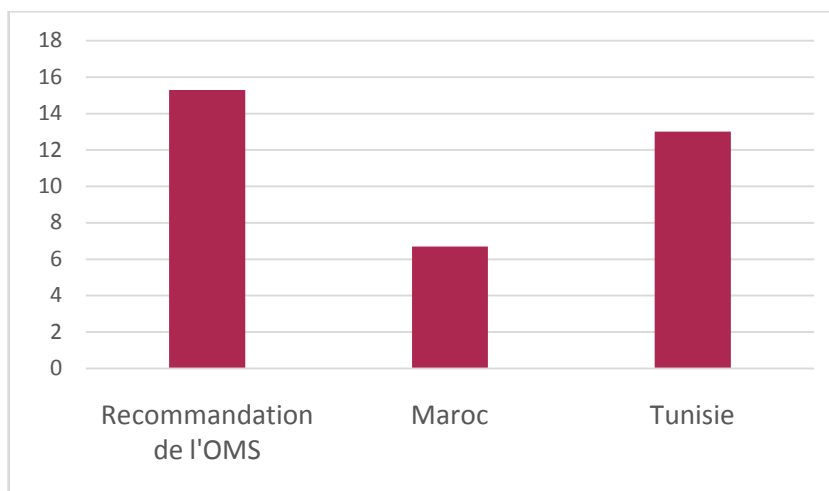


Figure 18 : Densité médicale selon le pays.

Aujourd'hui encore, le Maroc fait partie des pays identifiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme présentant une offre médicale insuffisante.

La construction de nouveaux centres oncologiques dotés des dernières technologies et l'augmentation du nombre de spécialistes en cancérologie est un grand accomplissement pour améliorer l'accès aux soins oncologiques du pays, toutefois l'offre de soins générale est l'un des composants les plus importants à réformer afin de véritablement optimiser l'offre de soins oncologiques.

2. Parcours de soins oncologiques au Maroc :

Nos résultats nous ont permis de détailler le parcours du patient atteint d'un cancer du poumon après la confirmation de son diagnostic dans un service oncologique thérapeutique précis. Or ce circuit, qui est commun entre tous les patients cancéreux, commence bien avant, dès l'apparition du premier symptôme suspect jusqu'à la vie après le cancer.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Le parcours de soins oncologiques au Maroc souffre de plusieurs problèmes ;

- ✓ Tout d'abord, le personnel de soins de santé de base devrait être mieux formé à reconnaître les symptômes initiaux du cancer afin de référer les patients suspects vers les centres spécialisés à un stade précoce. En effet, d'après une enquête sur le retard de présentation et de diagnostic du cancer du sein chez les femmes à Marrakech, certaines patientes rapportent avoir vu leurs préoccupations rejetées par un professionnel de la santé de premiers recours.³⁸
- ✓ L'indisponibilité des rendez-vous de consultation et des examens nécessaires au diagnostic en est un autre problème.
- ✓ La quasi-inexistence des réunions de concertation pluridisciplinaire vient aggraver la situation. Ces réunions sont un élément essentiel dans l'organisation des soins en cancérologie, ils doivent réunir des médecins de différentes spécialités impliquées dans le traitement du cancer.³⁹
- ✓ La négligence de la mise en place du dispositif d'annonce ;

Le dispositif d'annonce doit permettre au malade d'avoir de meilleures conditions d'annonce de sa pathologie en lui faisant bénéficier à la fois d'un temps médical d'annonce et de proposition de traitement, d'un temps soignant de soutien et de repérage des besoins du patient, de l'accès à des compétences en soins de support, tout autant qu'il doit permettre une meilleure coordination entre la médecine de ville et les établissements privés et publics.⁴⁰

Or dans notre contexte, le dispositif d'annonce est pratiquement inexistant, le niveau d'étude des patients et leur analphabétisme rendent difficile une annonce de diagnostic de cancer telle qu'elle est réglementée dans d'autres pays industrialisés.⁴¹ Selon une enquête menée auprès des malades suivis au service d'oncologie médicale de l'Institut national d'oncologie au Maroc, un déficit en information concernant divers aspects (diagnostic, traitement et pronostic) a été souligné : Le pronostic de la maladie n'a pas été abordé clairement avec le cancérologue

chez 42,5 % des patients, la stratégie thérapeutique a été détaillée à 78,1 % des patients, la discussion a porté sur les effets secondaires des traitements dans 55,2 % des cas. Le bénéfice escompté des traitements a été expliqué à 64,4 % des patients. Quant aux options thérapeutiques alternatives, elles n'ont été abordées que dans 28,7 %. Seuls 42,5 % de la série étudiée a exprimé son satisfaction concernant la qualité de l'information reçue.⁴²

✓ Le manque d'information et d'organisation du circuit de soins :

En effet, 60% des patients atteints d'un cancer interrogés lors d'une enquête de satisfaction, ont pas été satisfaits de l'organisation de leur sortie notamment par manque d'information.⁴³ Une meilleure communication et information, avec une coordination plus étroite entre les services cliniques et ceux administratifs, doit être instaurée.

3. Délais diagnostiques et thérapeutiques :

Nous avons trouvé que ces délais diffèrent selon la localisation tumorale. Nous avons remarqué que le délai moyen du diagnostic est beaucoup plus court pour le cancer du sein (116 jours) et le cancer du poumon (150 jours) par rapport à celui du cancer du col (180 jours) .

Cette différence peut être expliquée tout d'abord par la rapidité du processus de diagnostic du cancer du sein et du poumon, puis par la forte sensibilisation de la population à ces deux cancers vu leur popularité et fréquence au Maroc et dans le monde, en contraste avec le manque d'information sur le cancer du col utérin notamment la méconnaissance des signes alarmants évoquant ce cancer. Le délai long du cancer du col peut aussi être expliqué par l'absence d'un suivi gynécologique plus rigoureux comportant la pratique régulière d'un Frottis Cervico-Vaginal.

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 notamment le cancer du col. Ils devront également être incités à consulter un médecin dans un délai court.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

En comparant les délais moyens de diagnostic du cancer du poumon, nous avons trouvé un délai plus long au Maroc (180 jours) qu'en Tunisie (121 jours) ⁴⁴ et au Canada (43 jours) ⁴⁵. Dans ce pays développé, les hommes sont fortement sensibilisés sur la pathologie cancéreuse. De plus, les examens de dépistage et de diagnostic sont mieux organisés et accessibles pour la population générale.

Quant au Maroc, l'indisponibilité des rendez-vous de consultation et d'examens complémentaires pour confirmer le diagnostic peut être la cause de ce retard, Le retard de la référence des patients aux spécialistes est aussi une éventualité. La non-reconnaissance des signes évocateurs de cancers serait une des causes de ce retard. Les patients font alors l'objet de plusieurs consultations avant d'être adressés au spécialiste.

	Maroc	Tunisie	Canada
Délai moyen du diagnostic du cancer du poumon	150 jours	121 jours	43 jours

Tableau VI : Délai moyen du diagnostic du cancer du poumon selon le pays.

Quant au délai de traitement, nous avons constaté des délais très longs au Maroc (216,3 jours) et en Tunisie (170jours)⁴⁴ par rapport au Canada (138 jours).⁴⁵

Tableau VII : Délai moyen total du traitement du cancer du poumon selon le pays.

	Maroc	Tunisie	Canada
Délai moyen total du traitement du cancer du poumon	216,3 jours	170 jours	138 jours

Parmi les éventualités pouvant expliquer ces résultats, on peut citer :

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

- ✓ Le recours des Marocains à la médecine traditionnelle et complémentaire.
- ✓ La pratique de l'automédication par conviction ou par manque de moyen.
- ✓ L'attente avant l'obtention d'un rendez-vous et avant la prescription ou l'obtention de tests diagnostiques.

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.⁴⁶

Pour réduire ces délais, notre pays doit agir sur la sensibilisation de la population aux signes et symptômes du cancer et la transmission de l'information sur les ressources en place, la sensibilisation des médecins généralistes à la problématique du cancer, la formation adéquate et en nombre suffisant du personnel spécialisé, le rehaussement du parc technologique en imagerie médicale, la réservation de blocs opératoires, d'unités dans les services de soins intensifs et de lits d'hôpitaux pour les soins aux personnes atteintes d'un cancer et l'accès aux services de radiothérapie pour ces personnes.

4. Barrières au dépistage, diagnostic et traitement du cancer :

Avant de concevoir des interventions efficaces qui lutte contre le cancer, il est nécessaire de comprendre les facteurs contributifs à l'allongement de ces délais du diagnostic et traitement du cancer.

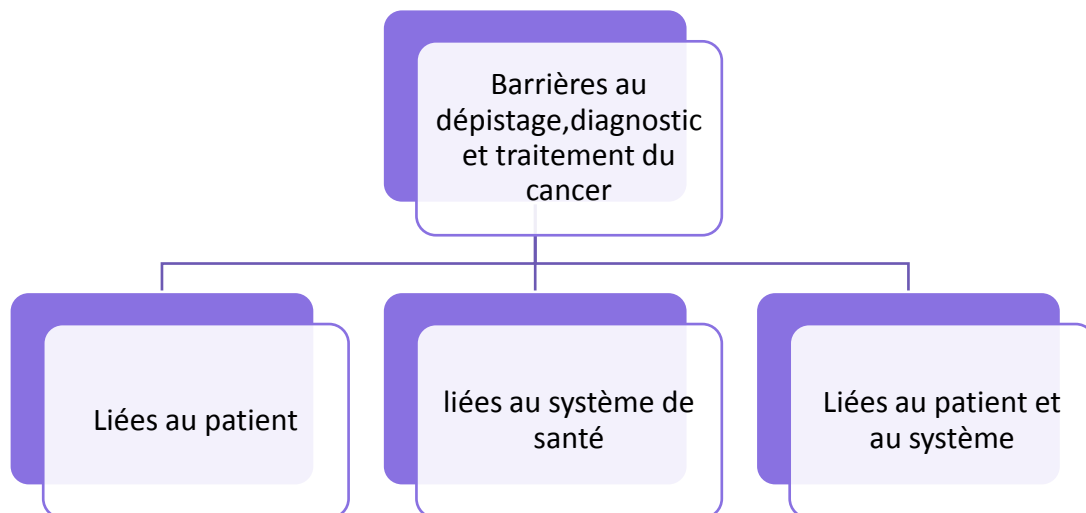
Les obstacles à la présentation et au traitement du cancer n'ont pas été largement étudiés au Maroc , mais nous avons pu collecter un ensemble de barrières qu'on a trié en 3 groupes : Barrières socioculturelles, barrières financières et barrières géographiques. Ces barrières sont relatives au patient, au système de santé ou à tous les deux.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

L'intervention du pays à travers plusieurs méthodes s'avère nécessaire pour alléger ces obstacles. Pour les obstacles socioculturelles, l'intégration de stratégies éducatives adaptées à la culture comme moyen d'accroître les connaissances et corriger les fausses idées sur le cancer pourrait être une méthode efficace et respectueuse pour atteindre les collectivités mal desservies.⁴⁷ Des études ont montré que lorsque des services de prévention du cancer sont disponibles, les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de les utiliser et de bénéficier de messages concernant la connaissance et la prévention du cancer du sein.⁴⁸

Quant au coût de la prise en charge, une analyse plus poussée des récentes réformes de l'assurance maladie et de leur impact sur les patients aiderait à déterminer les domaines spécifiques d'amélioration de la structure d'assurance maladie.

Il existe aussi des coûts associés au traitement comme celui du transport vers et depuis les rendez-vous si le lieu de résidence est loin. Par conséquent, cette question de coût mais aussi de distance, serait atténuée par l'augmentation des emplacements des centres de dépistage, de diagnostic et de traitement, le développement de la possibilité de consultations à distance par vidéoconférence, et de rendre les services de diagnostic et de traitement du cancer plus accessibles aux Marocains. L'organisation de cliniques mobiles fréquentes, peut-être une option utile pour diffuser des soins médicaux adéquats dans les zones moins accessibles.⁴⁹ Procurer un transport moins coûteux et plus simple pour les patients cancéreux vers les installations médicales peut apaiser la difficulté de déplacement et donc améliorer l'accès aux soins oncologiques.



5. Stratégie et interventions visant l'amélioration de l'accès aux soins oncologiques au Maroc :

Les stratégies du Maroc pour améliorer l'accès aux soins oncologiques et lutter contre le cancer consistent à créer, avec un ensemble de partenaires, un plan national de prévention et de contrôle du cancer (PNPCC). Les principales approches de cette stratégie sont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs.

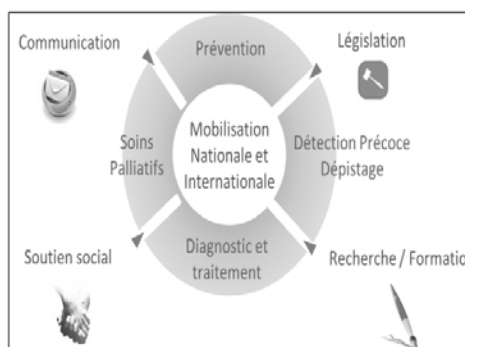


Figure 19 : Cadres conceptuels du développement des deux Plans Nationaux de Prévention et de Contrôle du Cancer

Le développement de plans de lutte contre le cancer en tant que concept clairement défini a commencé aux États-Unis au début des années 1990.⁵⁰

À l'échelle internationale, le même concept a été décrit comme étant la « planification nationale de lutte contre le cancer » ou l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de lutte contre le cancer. L'Union internationale pour la lutte contre le cancer (UICC) définit un plan national de lutte contre le cancer comme un « plan stratégique durable de lutte contre le cancer, fondé sur le fardeau du cancer dans le pays, la prévalence des facteurs de risque de cancer et les ressources disponibles pour mettre en œuvre le plan dans le contexte de l'environnement socioéconomique et du système de santé dans ce pays »⁵¹

Ainsi, le plan de lutte contre le cancer est une conception internationale s'adaptant au contexte de chaque pays. Cette stratégie est encore relativement nouvelle dans notre pays. Alors que le Maroc a élaboré le PNPCC en 2010, la Tunisie a été le premier pays à adhérer à cette stratégie de l'OMS en 2006. Et c'est qu'en 2014, que l'Algérie a élaboré son « Plan National de lutte contre le Cancer pour la période 2015–2019 ». ^{21,52} En France, la lutte contre le cancer s'est structurée dès 2003 autour de plans nationaux.⁵³

a. Surveillance des cancers et statistiques :

Le principal objectif du registre du cancer est de recueillir et classer l'information sur tous les cas de cancer afin de produire des statistiques sur l'occurrence du cancer dans une population définie et de fournir un cadre pour évaluer et contrôler l'impact du cancer sur la collectivité.⁵⁴

D'après les résultats trouvés, les deux registres de Cancer existants au Maroc ne couvrent que 14,1% de la totalité du pays. Ils fournissent des données sur la morbidité, sur la survie et sur la mortalité par cancer. Ce taux de couverture est non seulement plus faible que

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

celui des États-Unis (97%)⁵⁵ mais aussi du taux de couverture du registre de cancer de l'Algérie (82%)^{56,57} et de la Tunisie (60%).⁵⁸

	Maroc	Algérie	Tunisie	États unis
Nombre de registre	2	ND	3	46
Taux de couverture	14,1%	82%	60%	97%

Tableau VIII : Nombre de registre et taux de couverture selon le pays.

En plus de l'insuffisance de la couverture, la difficulté d'accès aux données des patients et le manque d'informatisation des données des structures sanitaires contribuent également à la diminution de la qualité des registres du Maroc.

Toute politique de prévention ne peut être mise en place sans des études épidémiologiques et des analyses statistiques très poussées. Sans surveillance épidémiologique, il est impossible de mettre en place un plan national ou même régional de lutte contre les cancers adaptés à notre région, il est alors impératif de renforcer les capacités d'enregistrement du cancer.

b. Mesures de prévention primaire :

La prévention est l'approche la plus efficace en santé publique et la plus efficiente pour une lutte à long terme, pouvant éviter jusqu'à 40% des cancers et réduire la morbidité liée au cancer.

Dans le PNCC, ce chapitre de prévention primaire se concentre sur les facteurs de risques externes établis comme principaux susceptibles d'engendrer un cancer, liés au mode de vie des personnes, à savoir le tabac, l'alcool, l'alimentation, l'activité physique, la surcharge pondérale et l'obésité, mais aussi sur les infections virales et les expositions professionnelles.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

En effet, après l'implantation des stratégies de lutte contre le tabac , la tendance de la prévalence du tabagisme a montré une légère baisse au Maroc (chez les adultes :de 16% en 2008 à 13,4% en 2017).

Néanmoins ces résultats restent insuffisants. À titre de comparaison, la prévalence du tabagisme au Maroc est supérieure à celle des états unis avec 18% contre 12,5% en 2020, avec près de 41% de la population exposée au tabagisme passif.^{59,60}

Ainsi, la prévention primaire des cancers au Maroc demeure insuffisante ,comme en est témoin la persistance des principaux facteurs de risque avec de haute prévalence. Un engagement et une mobilisation beaucoup plus efficace des décideurs et des différentes parties prenantes est indispensable.

c. Dépistage et détection précoce :

La charge du cancer pourrait être réduite d'environ un tiers via la détection précoce et le traitement des cas au tout début de la maladie . C'est pourquoi le dépistage et la détection précoce est un axe majeur du PNPC, Il est centré sur le cancer du sein et du col utérin.

En théorie, la détection du cancer du sein et du col utérin est généralisée à tous les centres de santé du pays . Mais en réalité, une faible participation des femmes au dépistage et une faible participation des femmes qui avaient un résultat positif ,au diagnostic et au traitement a été observée d'après l'enquête faite par le centre internationale de recherche sur les résultats du programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus ⁶¹.En effet, en 2016, le nombre de femmes dépistées pour le cancer du sein était de 1616481 (soit 32,8 % de la population cible), alors que 0,55 million de femmes ont été dépistées à l'IVA faisant ainsi une couverture de 7,7 % de la population cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.⁶²

Or, selon l'OMS,les programmes de détection précoce devraient atteindre une couverture dépassant 70% de la population cible pour avoir un impact sur la baisse de la mortalité.⁶³

Les informations relatives à l'évaluation des programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IX :Données relatives à l'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

	Cancer du sein	Cancer du col
Taux de couverture de la population cible par le programme de dépistage	32,8%	7,7%
Taux de positivité de l'examen de dépistage	5,2%	8,9 %
Pourcentage des femmes soumises aux examens de référence (mammographie/colposcopie)	18,1 %	28,1 %
Taux de détection du cancer	0,8 /1000 femmes	0,9/1000 femmes

L'enquête sur l'impact du programme de dépistage du cancer du sein a aussi trouvé une augmentation du pourcentage des formes précoces de la maladie (\leq IIA) par rapport au total des cas de cancer de sein au centre d'oncologie de Rabat, après l'instauration du programme.

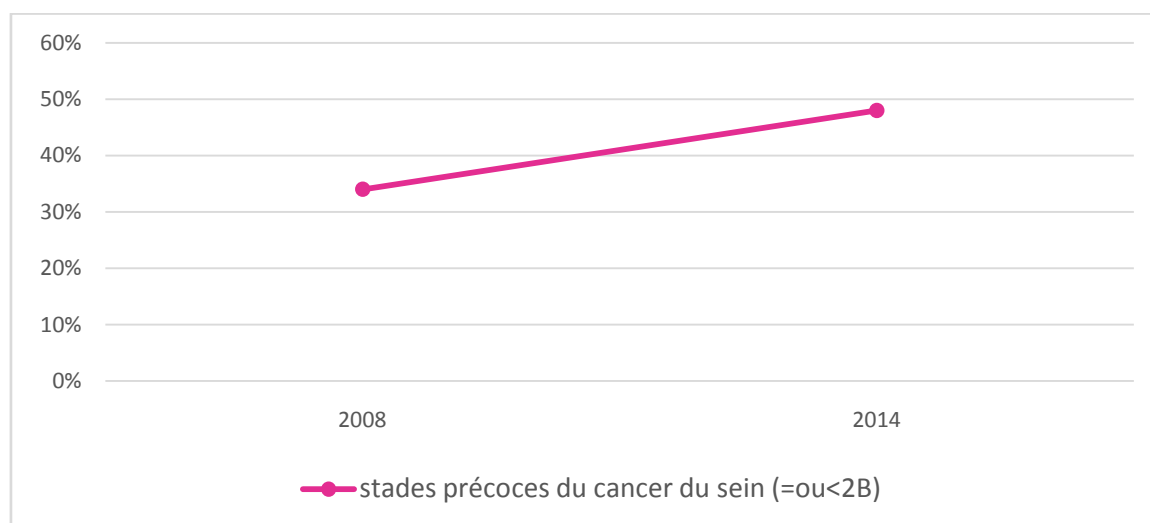


Figure 20 : Évolution du pourcentage des formes précoces du cancer de sein au centre d'oncologie de Rabat entre 2008 et 2014.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Ainsi, le programme de dépistage du cancer au Maroc serait actuellement opportuniste, certaines des exigences du programme organisé étant déjà mises en œuvre néanmoins les gestionnaires du programme, en concertation avec toutes les parties prenantes et tous les prestataires de services, devraient examiner ses insuffisances et ses défaillances pour pouvoir y remédier.

Les programmes de dépistage devraient également être étendus à d'autres cancers, comme le cancer colorectal.

d. La prise en charge diagnostique et thérapeutique :

C'est dans cet axe que le PNPCC a ciblé l'amélioration de la prise en charge notamment l'accès aux soins oncologiques, à travers la mise en œuvre de trois principales actions :

o La mise à niveau des structures existantes et la construction de nouveaux centres d'oncologie :

Avant l'élaboration du premier plan, une analyse de la situation relative à la prise en charge des cancers au Maroc a été faite. L'étude de la distance entre le lieu d'origine et le lieu de diagnostic et traitement des patients cancéreux a révélé une moyenne de $147,0 \pm 213,0$ Km et $189,30 \pm 218,09$ Km respectivement ,et dans plus de 50% des cas , cette distance dépassait 50Km.⁶⁴

À cette époque, en 2007, il n'existait que 4 structures spécialisées à Rabat , Casablanca, Oujda et Agadir.

Actuellement, plus de dix Centres Régionaux d'Oncologie (CRO) seraient opérationnels et disposeraient des ressources humaines spécialisées , des compétences et des équipements adaptés à la prise en charge des cancers selon les standards internationaux.^{18,65}

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Face à ce progrès, il est évident que les distances entre les lieux d'origine et les lieux de diagnostic et traitement auraient diminué, mais pas assez. La difficulté à l'accès aux soins et l'insuffisance en structures sanitaires spécialisées persistent et font que les patients sont diagnostiqués le plus souvent à des stades avancés de la maladie. La répartition inégale de ces structures dans notre pays vient rajouter à cette difficulté.

L'accès géographique et économique aux unités de soins en oncologie et les inégalités de santé en général représentent encore un problème d'actualité de santé publique marocaine ⁶⁶

- **La formation et développement des ressources humaines nécessaires aux différents niveaux :**

Dès sa création en 2005, la FLSC a mis en place, un programme de formation, de stages, en partenariat avec des institutions nationales, européennes et américaines. Ces formations bénéficient, chaque année, à des centaines du personnel médical et paramédical. Cependant, des prestataires de services auraient exprimé un besoin de formation continue périodique lors de l'enquête sur la qualité des programmes de dépistage élaborés par le PNPCC.⁶² De plus, la formation pratique n'est pas très structurée et aucun certificat n'est délivré aux participants après la fin de la formation.

- **L'amélioration de l'accès aux médicaments:**

Environ 18.000 patients cancéreux économiquement démunis seraient pris en charge gratuitement chaque année avec un accès gratuit aux molécules de base mais aussi aux molécules innovantes ^{18,65}

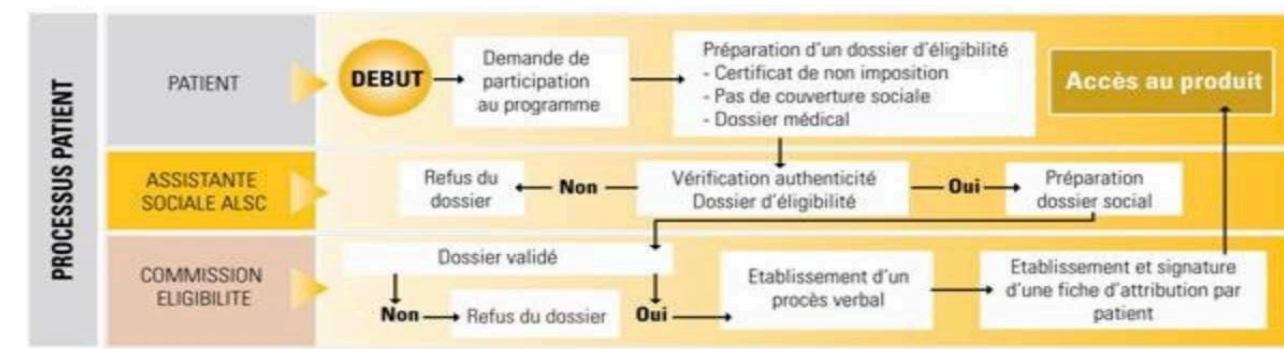


Figure 21 : Processus d'accès au programme médicament du PNCC.

Le patient bénéficierait alors gratuitement des soins et des médicaments disponibles dans les structures publiques, lors d'une hospitalisation, sans rien débours. Mais en réalité, il est difficile d'arriver à cette gratuité. Le problème qui se pose régulièrement est les ruptures de stocks de médicaments à l'hôpital, obligeant les patients à s'approvisionner en pharmacie d'officine.⁶⁷

Les patients cancéreux bénéficiaires du RAMED et leurs familles se retrouvent ainsi dans des situations humainement et économiquement difficiles malgré leur prise en charge par un dispositif de gratuité.

e. Soins palliatifs et support social :

Ce dernier axe vise à humaniser la prise en charge et accompagner au quotidien les patients et leurs familles fragilisés par la maladie à travers la procuration de soins palliatifs (SP) pour les patients cancéreux et l'établissement des logements pour leurs accompagnants.

Néanmoins, ces SP concernent principalement les patients cancéreux en fin de vie, et ne se trouvent que dans des centres d'oncologie restreints. En ce qui concerne les soins à domicile, ils sont limités à un périmètre géographique restreint à cause du manque de ressources humaines.

Or, étayés par de nombreuses publications scientifiques qui en montrent les bénéfices cliniques, les soins palliatifs précoces sont devenus dès 2017 un *gold standard* en oncologie,

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

recommandés par les grandes sociétés savantes d'oncologie pour les patients atteints de cancer avancé.⁶⁸

Quant aux espaces d'hébergement, il existe un total de 6 maisons de vie à Casablanca, Marrakech, Fès, Agadir, Meknès et Tanger avec une capacité de logement limitée.

Il est alors essentiel de généraliser ce compartiment de la prise en charge oncologique à tous les patients cancéreux selon leur besoin mais aussi de l'expandre pour couvrir tout le territoire national , de former plus de professionnels de santé dans le domaine des soins palliatifs et construire plus d'espace d'hébergement.



Couverture du guide des SP pour les patients cancéreux et Maison de vie de Tanger.

III. Limites de notre étude :

A travers cette revue systématique de la littérature, on a réussi à répertorier l'ensemble des articles relatifs au cancer au Maroc publiés dans la littérature marocaine et

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

internationale afin de collecter toutes les données nous permettant d'établir un état des lieux du cancer, de sa prise en charge et du parcours de soins d'un patient cancéreux au Maroc.

Cependant, notre étude présentait certaines limites, liées essentiellement aux éléments suivants :

- ❖ Le nombre d'articles retrouvés étudiant notre sujet est très limité.
- ❖ Tous les efforts ont été faits pour récupérer les manuscrits complets des revues, mais les manuscrits étaient parfois indisponibles pour examen plus approfondi, laissant ainsi potentiellement de côté les articles pertinents.
- ❖ Les articles retrouvés remontent à plusieurs années, les données recueillies peuvent alors parfois être dépassées. Des études ultérieures actualisant ces données sont alors souhaitables.
- ❖ En raison du manque d'études similaires, il est difficile de comparer nos résultats à la littérature marocaine mais aussi internationale.



RECOMMANDATIONS



A l'issu de notre travail, nous nous permettons de proposer quelques recommandations, qui nous semblent pertinentes, afin de contribuer à améliorer l'accès aux soins oncologiques et la prise en charge des patients cancéreux au Maroc :

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

- Augmenter le nombre de ressources humaines, matérielles et financières dédiées à la prise en charge et le traitement du cancer.
- Renforcer le partenariat entre les secteurs privé et public.
- Améliorer le système de couverture sociale par les autorités compétentes.
- Améliorer la qualité du réseau de transport, et développer des soins spécialisés de proximité.
- Compenser les paiements des patients atteints d'un cancer par une allocation spécifique.
- Adopter un consensus de prise en charge et le diffuser à l'ensemble des acteurs de soins.
- Adapter une meilleure communication avec le patient : Informer le patient de l'existence d'un parcours de soin et lui expliquer chaque étape.
- Mettre en place du dispositif d'annonce.
- Améliorer la coordination entre les différents établissements sanitaires et travailler en réseau pour coordonner le cheminement du patient depuis la prévention, le dépistage, le traitement jusqu'au suivi.
- Sensibiliser la population sur l'importance de consulter un médecin le plus tôt possible ainsi qu'aux dangers engendrés par l'automédication.
- 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.
- 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 constatées dans sa première version.



CONCLUSION



L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Avec l'augmentation de l'incidence du cancer au Maroc, l'accès aux soins oncologiques est devenu un axe majeur à évaluer afin de déterminer les insuffisances du système de santé marocain.

Les résultats obtenus à travers notre étude permettent de constater la difficulté des patients cancéreux marocains à accéder aux soins oncologiques. Les longs délais diagnostiques et thérapeutiques démontrent cette complexité. De multiples facteurs ont été identifiés pouvant être à l'origine de ces allongements, telle la difficulté d'accessibilité physique aux structures de soins, la difficulté financière malgré la présence d'un dispositif de gratuité, les inégalités sociodémographiques, l'insuffisance de sensibilisation de la population.

Aussi, à travers la description de l'état des lieux et sa comparaison avec d'autres pays, il est évident qu'il existe un manque dans le domaine de cancérologie au Maroc en termes de ressources matérielles, financières et humaines. La répartition inégale de ces ressources rajoute au fardeau de cette insuffisance.

Pareillement, l'étude du parcours de soins en cancérologie a révélé que c'est un long circuit qui, dans notre contexte, semble non satisfaisant.

Il a aussi été démontré que l'intervention du pays à travers la mise en place du plan national de prévention et de lutte contre le cancer a abouti à quelques avancements, Néanmoins, celles-ci demeurent insuffisantes.

Ainsi, face aux différents obstacles rencontrés par le patient cancéreux, Il est important de mettre en œuvre des mesures correctives plus poussées à l'échelle locale, régionale et nationale afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du cancer et l'accès aux soins oncologiques au Maroc.



RESUMES



RÉSUMÉ

L'accès aux soins de santé est un aspect important de la performance des systèmes de soins de santé dans le monde. Face à la grande incidence du cancer au Maroc, l'accès aux soins oncologiques est devenu une composante majeure à l'évaluation de la qualité de l'offre de soins de santé et ainsi la performance du système de santé du pays. Néanmoins, à notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à traiter cette thématique.

Nous nous assignons via notre étude à analyser la notion d'accès aux soins oncologiques au Maroc et de proposer des recommandations répondant aux besoins déterminés.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une revue systématique de la littérature de l'ensemble des articles reposant sur l'accès aux soins oncologiques au Maroc depuis Janvier 2008 jusqu'à Juin 2022 à travers une recherche documentaire sur la base de données internationale informatisée (PUBMED) et une recherche manuelle sur Google Scholar* suite à l'insuffisance d'articles de la littérature relative à notre sujet. Une lecture approfondie des articles retenus a été faite afin de collecter les informations en rapport avec notre sujet.

Résultats : 17 articles étaient éligibles dans notre étude.

L'état des lieux au Maroc a trouvé une incidence du cancer de 137,3 pour 100000 marocains en 2012, le cancer le plus fréquent était le cancer du sein chez la femme, et le cancer du poumon chez l'homme. Le taux de couverture médicale de la population nationale était de 66% en 2018. En 2020, Il existait 31 centres régionaux d'oncologie et d'hémo-oncologie pédiatrique en totalité au Maroc divisés entre le secteur public et le secteur libéral. Le traitement et le diagnostic du cancer au Maroc se fait grâce à un équipement limité dans des structures restreintes dominées par le secteur privé. Le nombre total de médecins spécialistes formés en 2015 étaient de 62 oncologues, 92 radiothérapeutes et 18 oncologues pédiatriques.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Le délai entre l'apparition des 1ers symptômes et le début du traitement était de 160 jours pour le cancer du sein, 216 jours pour le cancer du poumon, 219 jours pour le cancer du col.

Les barrières au dépistage, diagnostic et traitement ont été classées en 3 groupes : Les barrières géographiques, financières et socioculturelles..

Le plan national de prévention et de contrôle du cancer (PNPCC) est la principale intervention du pays dans le but d'améliorer la prise en charge du cancer.

Conclusion : L'accès aux soins oncologiques au Maroc reste précaire malgré les accomplissements du pays. Des stratégies plus poussées devront être mises en œuvre afin d'améliorer la qualité de prise en charge et l'accès des soins oncologiques.

ABSTRACT

Access to healthcare is an important aspect of the performance of healthcare systems around the world. Given the high incidence of cancer in Morocco, access to oncology care has become a major component in assessing the quality of healthcare provision and thus the performance of the country's healthcare system. However, to our knowledge, few studies have addressed this issue.

Through our study, we analyze the notion of access to oncology care in Morocco and propose recommendations that meet the identified needs.

Materials and methods : This is a systematic review of the literature of all articles based on access to oncology care in Morocco from January 2008 to June 2022 through a literature search on the computerized international database (PUBMED) and a manual search on Google Scholar* due to the lack of articles in the literature related to our subject. A thorough reading of the selected articles was made in order to collect information related to our subject.

Results : 17 articles were eligible in our study.

The state of play in Morocco found a cancer incidence of 137.3 per 100,000 Moroccans in 2012, the most common cancer was breast cancer in women, and lung cancer in men. The national population's medical coverage rate was 66% in 2018. In 2020, there were 31 regional pediatric oncology and hemato-oncology centers in Morocco divided between the public and liberal sectors. The treatment and diagnosis of cancer in Morocco is done through limited equipment in small structures dominated by the private sector. The total number of specialist physicians trained in 2015 was 62 oncologists, 92 radiotherapists and 18 pediatric oncologists.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

The time between onset of the first symptoms and treatment was 160 days for breast cancer, 216 days for lung cancer, 219 days for cervical cancer.

Barriers to screening, diagnosis and treatment were classified into 3 groups: Geographic barriers, financial barriers and socio-cultural barriers.

The National Cancer Prevention and Control Plan (PNPCC) is the country's primary intervention to improve cancer management.

Conclusion: Access to oncology care in Morocco remains precarious despite the country's achievements. Further strategies will need to be implemented to improve the quality of management and access to oncology care.

ملخص

يعتبر الولوج إلى العلاجات الصحية جانباً مهماً من أداء الأنظمة العلاجية الصحية عبر العالم. فبإظهار تفاعل معدل الإصابة بالسرطان في المغرب، أصبح الولوج إلى العلاجات أنكولوجية مكوناً رئيسياً في تقييم جودة عرض العلاجات الصحية وبالتالي، تقييم أداء النظام الصحي في البلاد. غير أنه لحد علمنا، فقطدراسات قليلة قد تناولت هذا الموضوع. لذلك نهدف من خلال دراستنا التحليلية إلى فهم الولوج إلى العلاجات أنكولوجية في المغرب بواقتراح التوصيات التي تلبي الاحتياجات المحددة.

المواد والطرق:

يتعلق الأمر بمرآة منهجية للأدبيات الخاصة بجميع المقالات المعتمدة على الولوج إلى العلاجات أنكولوجية في المغرب في الفترة الممتدة ما بينيناير 2008 إلى يونيو 2022 من خلال البحث الوثائقي لعدد من البيانات الدولية المرقمة (PUBMED) ومن خلال البحث اليدوي على * Google Scholar بسبب سهولة المقالات في الأدبيات المتعلقة بموضوعنا. وقد تم إجراء أقرءة متعمقة للمقالات المختارة من أجل جمع المعلومات المتعلقة بموضوعنا.

النتائج: كانت 17 مقالة مؤهلة فيدر استننا.

وقد كشفتنا الحالة الراهنة في المغرب بأن معدل الإصابة بالسرطان يبلغ 137.3 لكل 100 ألف مغربي في عام 2012، حيث أن أكثر أنواع السرطان شيوعاً هو سرطان الثدي بالنساء و سرطان الرئة لدى الرجال. وقد بلغ معدل التغطية الصحية للسكان المحلية 66% في عام 2018. وفي عام 2020، كان هناك 31 مركز إقليمي لأنكولوجيا وأمر اضالدمو أو الأطفال في المغرب بكمجموع عام مقسم بينا القطر العام والخاص. ويتم علاج وتشخيص السرطان في المغرب بمعدلات محدودة وفيها كالمحدودة يهيم عليها القطر الخاص، حيث بلغ العدد الإجمالي لاطباء الأخصائين المكونين في عام 2015 : 62 أخصائياً ورامو 92 معالجاً شعاعياً و 18 أخصائياً ورامو أطفال. وقد كانت المدة بين ظهور الأعراض الأولى وببدء العلاج 160 يوماً للسرطان الثدي، و 216 يوماً للسرطان الرئة، و 219 يوماً للسرطان عنق الرحم.

وتم تصنيف العوائق التي تحول دون الفحص والتشخيص والعلاج إلى 3 مجموعات: الحواجز الجيوغرافية، الحواجز المالية، و الحواجز السوسيوثقافية.

(PNPCC

تعد الخطة الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته)
التدخل لرئيسي علم مستو بالبلاد بهدف تحسين رعاية مرضى السرطان.

خلاصة: لايزال الولوج إلى العلاجات الأكلولوجية في المغرب بهشأ علنا لرممنا لإنجاز اتا التي حققتها البلاد.
لهذا ينبغي تنفيذ المزيد من الاستراتيجيات لتحسين جودة الرعاية الصحية والولوج إلى العلاجات الأكلولوجية.



ANNEXES



L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Caractéristiques des articles retenus :						
Articles	Auteurs	Pays d'édition/Langue	Année	Population cible	Méthode	But de l'étude
Stratégies des pays Maghrébins dans la lutte contre le cancer	Hyem Khiari, Rym Mallekh, Mohamed Hsairi	Tunisie/ Français	2021	Maroc Algérie Tunisie	Recherche dans les bases bibliographiques	Décrire les stratégies de lutte contre le cancer dans les pays du Maghreb et identifier leurs principales insuffisances
Analyse des délais de traitement du cancer du sein : expérience d'un centre de référence tertiaire au Maroc	Mohsine Mimouni, Wahid Chaouki, Hassan Errihani, Noureddine Benjaafar	Maroc/français	2018	Patientes marocaines atteintes du cancer du sein	analyse rétrospective de 373 dossiers de patients	Étude les délais du parcours de soins pour le cancer du sein dans le plus grand centre public anticancéreux.
Sociocultural Barriers Related to Late-Stage Presentation of Breast Cancer in Morocco	Ann A. Soliman& Mouna Khouchani& Elisha P. Renne	États Unis/Anglais	2019	Patientes marocaines atteintes du cancer du sein	Des entretiens qualitatifs ont été menés auprès de 25 patientes atteintes d'un cancer du sein prises en charge à l'Hôpital CHU Mohammed VI de Marrakech.	Élucider les obstacles au diagnostic et au traitement et la facilité d'accès aux soins.
Delays in Care of Lung Cancer: A Moroccan Public Health Problem	N. Benchakroun, S. Ridai, Z. Bouchbika, H. Jouhadi, N. Tawfik, S. Sahraoui, A. Benider	Maroc/ Anglais	2019	Patients marocains atteints du cancer du poumon.	Étude rétrospective monocentrique chez des patients traités pour un cancer du poumon entre janvier 2012 et novembre 2017 au Centre de Cancérologie Mohamed VI.	Étude du délai entre l'apparition des premiers signes cliniques et la mise en route des différentes séquences thérapeutiques.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

ACCESS TO CARE FOR ADVANCED BREAST CANCER IN MIDDLE-INCOME COUNTRY: EXAMPLE OF MOROCCO	Narjiss Berrada, Mrabti Hind, Mamouche Fouzia, Ettahri Hamza, Layachi Mohammed, Raiss Hanane, Elomrani Fadoua, Ouzine Imane, Elghissassi Ibrahim, Boutayeb Saber, Errihani Hassan	Maroc/Anglais	2015	Patientes marocaines atteintes du cancer du sein	Revue de la littérature et une enquête auprès de 25 oncologues médicaux exerçant dans différents centres sur leurs pratiques.	Description de l'état des lieux et des conditions influençant l'accès aux soins pour ces patientes
Tackling cancer burden in low-income and middle-income countries: Morocco as an exemplar	Farida Selmouni, Ahmed Zidouh, Latifa Belakhel, Catherine Sauvaget, Maria Bennani, Youssef Chami Khazraji, Abdellatif Benider, Christopher P Wild, Rachid Bekkali, Ibtihal Fadhil, Rengaswamy Sankaranarayanan	France/Anglais	2018	Maroc	Recherche de la littérature dans pubmed et des rapports publiés par le ministère de la Santé du Maroc, d'autres agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales (rapports de l'OMS, rapports de la Fondation Lalla Salma, etc.).	Description de la stratégie du Maroc pour lutter contre le cancer et ses différentes composantes
Evolution of patterns of care for women with cervical cancer in Morocco over a decade	Abdellatif Benider ^{1†} , Karima Bendahhou ^{2†} , Catherine Sauvaget ³ , Hind Mrabti ⁴ , Farida Selmouni ³ , Richard Muwonge ³ , Leila Alaoui ⁵ , Eric Lucas ³ , Youssef Chami ⁶ , Loubna Abousselham ⁷ , Maria Bennani ⁶ , Hassan Errihani ⁴ , Rengaswamy Sankaranarayanan ⁸ , Rachid Bekkali ⁶ and Partha Basu ³	Maroc/anglais	2022	Patientes marocaines atteintes du cancer du col	Étude rétrospective a incluant des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus inscrites au Centre Mohammed VI (Cas- blanca) et à l'Institut National d'Oncologie (Rabat) pendant 2 mois de chaque année de 2008 à 2017	Comparaison des délais de soins chez les patientes atteintes du cancer de col après 10 ans.
La problématique du coût des nouvelles thérapeutiques en oncologie: qu'en-est-il du Maroc?	Sami Aziz Brahmi ^{1,&} , Ziani Fatima Zahra ² , Youssef Seddik ¹ , Said Afqir ¹	Maroc/français	2016	Maroc	Revue de la littérature	Accès aux nouvelles thérapies en Oncologie.
Factors Associated with Delayed Diagnosis of Lymphomas: Experience with Patients from Hematology Centers in Morocco	Majdouline Obtel ^{1,2*} , Mohamed Berraho ³ , Naima Abda ⁴ , Asmae Quessar ⁵ , Ahmed Zidouh ⁶ , Rachid Bekkali ⁶ , Chakib Nejjar ⁷	Maroc /Anglais	2008	Maroc	Une étude transversale menée dans trois centres d'hématologie au Maroc en 2008	Analyser l'impact des facteurs sociodémographiques et cliniques sur le délai entre les symptômes et le diagnostic.

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Cancer pulmonaire: parcours de soins au service de radiothérapie à l'Institut national d'oncologie de Rabat	Amine Lachgar ^{1,&} , Nadir Sahli ¹ , Ahmedou Toulba ¹ , Tayeb Kebbani ¹ , Nouredine Benjaafar ¹	Maroc/français	2015	Patients marocains atteints du cancer du poumon	La collecte des données a été faite à travers les dossiers cliniques, le registre des nouveaux patients du bureau des admissions de l'institut ainsi que les registres des rendez-vous de consultation et de traitement du service de radiothérapie	étude décrivant le circuit de soins des patients admis au service de radiothérapie de l'Institut national d'oncologie de Rabat pour la prise en charge d'un cancer du poumon inopérable et/ou non résecable.
Les déterminants du statut "perdu de vue" chez les patients pris en charge pour cancer au Maroc: situation avant le Plan Cancer	Adil Najdi ^{1,&} , Mohamed Berraho ^{1,2} , Karima Bendahhou ³ , Majdouline Obtel ⁴ , Ahmed Zidouh ⁵ , Hassan Errihani ⁶ , Chakib Nejjari ¹	Maroc/français	2013	Patients cancéreux au Maroc	Étude rétrospective portant sur les dossiers de malades hospitalisés dans les trois principaux centres d'oncologie au Maroc	Estimer la fréquence des perdus de vue « PDV » en oncologie au Maroc durant la première année de suivi et de déterminer les facteurs associés à ce problème.
Accès à l'innovation thérapeutique en oncologie dans les pays en voie de développement, entre éthique et pratiques. Exemple du Maroc	H. Ettahri , A. Tahirb.c, S. Baldé ab, S. Oughellita,b, S. Aklaa,b, M. Elkabousd, H. Errihania,b	Maroc/français	2018	Maroc	Revue de la littérature	Étude de l'accès aux soins et à l'innovation thérapeutique en oncologie au Maroc étant un pays en voie de développement.
PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DU CANCER 2020 – 2029	Fondation Lalla Salma/Ministère de la santé	Maroc/Français	2020	Maroc	L'analyse de la situation à travers données épidémiologiques émanant du Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (RCGC) et des études ad hoc réalisées tout au long des dix années du PNPCC1, l'état des lieux de la mise en œuvre des actions et mesures ainsi que de l'analyse des principales réalisations.	L'évaluation de la mise en œuvre des mesures et l'analyse des résultats du PNPCC1, ainsi que l'organisation des ateliers de planification des composantes du PNPCC2
General Oncology Care in Morocco	Saber Boutayeb and Mohammed Anass Majbar (Cancer in the Arab world) Chapter 11	Emirats Arab Unis/Anglais	2022	Maroc (les pays Arabes)	Revue de la littérature	Étude statistique sur l'incidence du cancer et l'état actuel des soins oncologiques dans le Maroc et le monde arabe

L'accès aux soins oncologiques au Maroc : État des lieux et perspectives

Déterminants des délais patient et système de santé des femmes atteintes d'un cancer du sein au Maroc, 2013	<u>B.BenbakhtaaM.TazibN.BenjaafarB.A.KhattabicA.Maaroufia</u>	Maroc	2013	Patientes marocaines atteintes du cancer du sein	étude transversale de décembre 2012 à mai 2013 à l'INO de Rabat	déterminer les délais de consultation, de diagnostic et d'accès au traitement et analyser les facteurs susceptibles d'en influencer la durée.
Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women	A Maghous 1, F Rais 2, S Ahid 3, N Benhmidou 2, K Bellahamou 4, H Loughlimi 2, E Marnouche 2, S Elmajjaoui 2, H Elkacemi 2, T Kibdani 2, N Benjaafar 2	Maroc	2016	Patientes marocaines atteintes du cancer du sein	Interviews à l'Institut national d'oncologie de Rabat entre février et décembre 2014.	Étude des raisons du retard du diagnostic de cancer du sein avancé chez les femmes marocaines



BIBLIOGRAPHIE



1. Rapport du Conseil économique, social et environnemental.

SOINS DE SANTÉ DE BASE: VERS UN ACCÈS ÉQUITABLE ET GÉNÉRALISÉ

Disponible sur : <https://www.cese.ma/docs/soins-de-sante-de-base-vers-un-access-equitable-et-generalise/>

2. Organisation Mondiale de la Santé.

Santé et droits de l'homme, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

3. Belyagou, Y., BELYAGOU, Y. et al.

Accès aux soins au Maroc à l'épreuve de la pandémie du Coronavirus à COVID 19: Le chemin vers l'équité. *Int. J. Account. Finance Audit. Manag. Econ.*3, 205-220 (2022).

4. Boutayeb, S. & Majbar et al.

General Oncology Care in Morocco. in *Cancer in the Arab World* 163-174 (Springer, Singapore, 2022).

5. Lederman, M.

The early history of radiotherapy: 1895-1939. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*7, 639-648 (1981).

6. Gérard, J.-P., Thariat, J., Giraud, et al.

Histoire de l'évolution des techniques de radiothérapie. *Bull. Cancer (Paris)*97, 743-751 (2010).

7. Berenger, E. et al.

ASTRO 2018 : état de l'art en radiothérapie. *IRBM News*40, 75-108 (2019).

8. Berenger, E. et al.

ESTRO 2017 : état de l'art en radiothérapie. *IRBM News*6, 161-193 (2017).

9. Hrra, A. et al.

Risk Factors for Conversion and Morbidity During Initial Experience in Laparoscopic Proctectomies: a Retrospective Study. *Indian J. Surg.*79, 90-95 (2017).

10. Fondation Lalla Salma.

Guide des soins palliatifs Maroc – Edition 2018, disponible sur :

<https://www.contrelecancer.ma/fr/documents/guide-des-soins-palliatifs-maroc-edition-2018/>

11. ElAdlani 1, S., K. 1, E., Aboukassim. Et al.

La pratique des soins palliatifs à Marrakech : cas du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI. *Ann. Sci. Santé*1, 15-29 (2019).

12. Pennetier, A., Falcowski, S. et al.

Parcours de soins d'un patient atteint de cancer, du diagnostic à l'officine. *Actual. Pharm.*57, 46-49 (2018).

13. OncoCentre – Réseau de Cancérologie de la Région Centre.

Parcours de soins personnalisé et coordonné.

Disponible sur : <https://oncocentre.org/organisation-soins/parcours-de-soins/>.

14. Fondation Lalla Salma.

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

15. Fondation Lalla salma

Rapport d'Activité des 10 ans de la Fondation Lalla Salma. disponible sur :

<https://contrelecancer.ma/fr/documents/rapport-dactivite-des-10-ans-de-la-fondation-lalla/>

16. Fondation Lalla Salma.

Bilan 2006-2010, disponible sur : <https://www.contrelecancer.ma/fr/documents/alsc-bilan-2006-2010/>

17. Fondation Lalla Salma.

Synthèse du PNPCC 2010-2019, disponible sur :

<https://www.contrelecancer.ma/fr/documents/plan-national-de-prevention-et-de-controle-du-ca-2/>

18. Fondation Lalla Salma..

Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2020-2029, disponible sur

: <https://www.contrelecancer.ma/fr/documents/plan-national-de-prevention-et-de-controle-du-canc/>

19. Ibrahim, A. S., Khaled, H. M., Mikhail, N. N., Baraka, H. & Kamel, H. Cancer

Incidence in Egypt: Results of the National Population-Based Cancer Registry Program. *J. Cancer Epidemiol.*2014, 437971 (2014).

20. Wang, Y., Wei, L., Liu et al.

Comparison of Cancer Incidence between China and the USA. *Cancer Biol. Med.* **9**,128-132 (2012).

- 21. Comité National Chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer, Algérie.**
Plan national de Cancer en Algérie 2015-2019, disponible sur :<http://www.ehskikda-dz.com/plan-national-cancer/>
- 22. Hrrora, A. et al.**
Risk Factors for Conversion and Morbidity During Initial Experience in Laparoscopic Proctectomies: a Retrospective Study. *Indian J. Surg.* **79**, 90-95 (2017).
- 23. Abdel-Hamid, M. et al.**
Genetic diversity in hepatitis C virus in Egypt and possible association with hepatocellular carcinoma. *J. Gen. Virol.* **88**, 1526-1531 (2007).
- 24. Sajoux, M. & Nowik, L.**
Vieillesse de la population au Maroc. Réalités d'une métamorphose démographique et sources de vulnérabilité des aîné(e)s. *Autrepart* **53**, 17-34 (2010).
- 25. Fondation Lalla Salma**
Les prises en charge, disponible sur :https://www.contrelecancer.ma/fr/les_prises_en_charge.
- 26. Ferrié J.N.**
L'accès aux soins des personnes atteintes d'un cancer et les limites du RAMed., disponible sur :
<http://www.abhato.net.ma/maalama-textuelle/developpement-economique-et-social/developpement-social/sante/couverture-medicale/l-acces-aux-soins-des-personnes-atteintes-d-un-cancer-et-les-limites-du-ramed>.
- 27. Organisation Mondiale de la Santé.**
Egypt : Health Systems Profile, disponible sur : <https://rho.emro.who.int/health-system-profiles>
- 28. Organisation Mondiale de la Santé.**
Tunisia: Health Systems Profile, disponible sur : <https://rho.emro.who.int/health-system-profiles>
- 29. Congressional research service.**
U.S. Health Care Coverage and Spending, disponible sur :
<https://crsreports.congress.gov/product/details?prodcode=IF10830>

30. International Policy Centre for Inclusive Growth,

Possibilités et limites d'une expansion de la protection sociale par des systèmes classiques de contribution : notes sur l'inclusion de la population active pauvre au sein de la sécurité sociale, Disponible sur : <https://socialprotection.org/es/discover/publications/possibilit%C3%A9s-et-limites-d%E2%80%99une-expansion-de-la-protection-sociale-par-des>

31. NCI-Designated Cancer Centers – NCI.

Disponible sur : <https://www.cancer.gov/research/infrastructure/cancer-centers> (2012).

32. Amal Yassine et al.

Les caractéristiques de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire au Maroc. *Pan African Medical Journal*. 2018;30:266.

33. Hartman, M., Martin, A. B., Washington, B., Catlin, A., & The National Health Expenditure Accounts Team.

National Health Care Spending In 2020: Growth Driven By Federal Spending In Response To The COVID-19 Pandemic: National Health Expenditures study examines US health care spending in 2020. *Health Aff. (Millwood)* **41**, 13-25 (2022).

34. Ministère de la santé.

Sante en chiffres 2020. disponible sur :

https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Pages/default.aspx

35. Boutayeb, S. et al.

The Practice of Medical Oncology in Morocco: The National Study of the Moroccan Group of Trialist in Medical Oncology (EVA-Onco). *ISRN Oncol.* **2013**, 341565 (2013).

36. Fondatio Lalla Salma,

AXE OFFRE DE SOINS ET SERVICES , disponible sur:

<https://www.contrelecancer.ma/en/documents/pnpcc-vol-4-axe-offre-de-soins-et-services-2/>

37. Organisation Mondiale de la Santé.

Morocco : Health Systems Profile, disponible sur: <https://rho.emro.who.int/health-system-profiles>

38. Soliman, A. A., Khouchani et al.
Sociocultural Barriers Related to Late-Stage Presentation of Breast Cancer in Morocco. *J. Cancer Educ. Off. J. Am. Assoc. Cancer Educ.* **34**, 735–742 (2019).
39. Ruhstaller, T., Roe, H., Thürlimann, B. et al.
The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur. J. Cancer Oxf. Engl.* **1990** **42**, 2459–2462 (2006).
40. Bouché, O. & Ulrich, B. et al.
De l'annonce au dispositif d'annonce. in *Les annonces en cancérologie: Le médecin face au malade Témoignages et repères méthodologiques* (eds. Bouché, O. & Ulrich, B.) 53–76 (Springer, 2013). doi:10.1007/978-2-8178-0247-3_3.
41. Errihani, H. et al.
Impact psychosocial et religieux du diagnostic de cancer chez les patients marocains : expérience de l'Institut national d'oncologie de Rabat. *Bull. Cancer (Paris)* **97**, 461–468 (2010).
42. Boukir, A.
L'information médicale du malade atteint du cancer, particularités du malade marocain. (2012).
43. Amazian, K. et al.
Enquête de satisfaction des patients atteints de cancer dans un hôpital universitaire au Maroc. *Santé Publique* **25**, 627–632 (2013).
44. Jabli, S. et al.
Délais diagnostique et thérapeutique du cancer bronchopulmonaire primitif dans un service de pneumologie en Tunisie. *Rev. Mal. Respir.* **35**, A222–A223 (2018).
45. Ellis, P. M. & Vandermeer, R.
Delays in the diagnosis of lung cancer. *J. Thorac. Dis.* **3**, 183–188 (2011).
46. Perrière, C. de L. et al.
Refus de traitement oncologique et pathologies psychiatriques. *Psycho-Oncol.* **15**, 71–79 (2021).

47. Jiménez, J. et al.
Community Engagement for Identifying Cancer Education Needs in Puerto Rico. *J. Cancer Educ. Off. J. Am. Assoc. Cancer Educ.* **33**, 12–20 (2018).
48. Al-Zalabani, A. H. et al.
Breast Cancer Knowledge and Screening Practice and Barriers Among Women in Madinah, Saudi Arabia. *J. Cancer Educ. Off. J. Am. Assoc. Cancer Educ.* **33**, 201–207 (2018).
49. Derenzi, B. et al.
Mobile phone tools for field-based health care workers in low-income countries. *Mt. Sinai J. Med. N. Y.* **78**, 406–418 (2011).
50. Given, L. S., Hohman, K., Kostelecky, B. et al.
Cancer control planning: self-assessment for pre-planning, development, implementation and evaluation of national cancer control plans. *Cancer Causes Control* **CCC29**, 1297–1303 (2018).
51. International Cancer Control Partnership.
Developing a NCCP | ICCP Portal. disponible sur : <https://www.iccp-portal.org/developing-nccp>.
52. République Tunisienne: ministère de la Santé
Plan pour la lutte contre le cancer 2015–2019. disponible sur : <https://www.iccp-portal.org/plans/plan-pour-la-lutte-contre-le-cancer-2015-2019>
53. Institut national du Cancer.
Les Plans cancer – Stratégie de lutte contre les cancers en France, disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>.
54. Armstrong, B. K.
The role of the cancer registry in cancer control. *Cancer Causes Control* **3**, 569–579 (1992).
55. Centers for Disease Control and Prevention.
About NPCR | Cancer | CDC , disponible sur : <https://www.cdc.gov/cancer/npcr/about.htm> (2022).
56. Hamdi Cherif, M. et al.
Registre du cancer de Sétif (Algérie): incidence, tendance et survie, 1986–2005. *J. Afr. Cancer Afr. J. Cancer* **2**, 245–258 (2010).

57. **Ammour, F., Fouatih, Z. A. et al.**
Le Registre du cancer d'Oran, seize années d'enregistrement. *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique* **62**, S213 (2014).
58. **El-Saharty, Sameh et al**
Étude du Secteur de la Santé en Tunisie , disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/271217124_Etude_du_Secteur_de_la_Sante_en_Tunisie.
59. **Ministère de la santé.**
Communiqué : Ministère de la Santé et de la Protection sociale célèbre la Journée Mondiale Sans Tabac, disponible sur :
<https://www.sante.gov.ma/Pages/communiqu%C3%A9s.aspx?communiqueID=426>.
60. **Centers for Disease Control and Prevention.**
Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States , disponible sur
https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm
(2022).
61. **Selmouni, F. et al.**
Organization and evaluation of a pilot cervical cancer screening program in Morocco. *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* **132**, 25-28 (2016).
62. **Fondation Lalla Salma.**
Programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus du Maroc – Etat de la mise en oeuvre, organisation et résultats.
<https://www.contrelecancer.ma/en/documents/programme-de-depistage-des-cancers-du-sein-et-du-c/>.
63. **Organisation Mondiale de la Santé.**
Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. (World Health Organization, 2007).
64. **Fondation Lalla Salma,**
PNPCC : Axe prise en charge, disponible sur :
<https://www.contrelecancer.ma/fr/documents/pnpcc-vol-3-axe-prise-en-charge-2/>

65. BEKKALI R.

LUTTE CONTRE LE CANCER AU MAROC, L'APPORT DE LA FONDATION LALLA SALMA.

Disponible sur : <https://www.mbmj.org/index.php/ijms/article/download/58/313/>



قسم الطبيب

أقسامها العظيمة

أنار أقباله في هنتي.

وأنصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال الباذلة وسعيها في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأنحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأنأكون نعل بالدوام من وسائل رحمة الله،

بأذلال عايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأنأثاب على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأداءه.

وأنأوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخت الكثر من أفاضل المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأنتكون حياتي مصداقاً لآية نبي الله صلى الله عليه وسلم: «وعلانياتي،

نقية مما يشينها تجاهلها الهور سؤلها هو المؤمنين.

والله عظيم أقول شهيد



أطروحة رقم 347

سنة 2022

الولوج إلى العلاجات الأنكولوجية بالمغرب: الوضع الراهن والآفاق

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/12/13

من طرف

السيدة نهيلة بوراص

المزودة في 02 ابريل 1997 ببلدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الولوج إلى العلاجات - الأنكولوجيا - السرطان - العلاج - المغرب - مسار العلاجات

اللجنة

الرئيس

م. أمين

السيد

أستاذ في الأبحاث السريرية

غ. بلبركة

السيدة

المشرف

أستاذة في طب الأورام

م. لحكيم

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

ع. أرسلان

السيد

الحكام

أستاذ في الجراحة الصدر

م.م. تواتي

السيد

أستاذ في جراحة الانف والاذن والحنجرة