



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

Année 2023

Thèse N°126

# Les délais diagnostiques et thérapeutiques au service de chirurgie viscérale de l'HMA

---

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/07/2023

PAR

Mlle. **Assma GOULMA**

Née le 06 Février 1994 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

MOTS-CLES :

Délai - Diagnostic - Traitement - Chirurgie viscérale  
Déterminants - Retard

---

JURY

Mr. **R. EL BARNI**

Professeur de Chirurgie viscérale

PRESIDENT

Mr. **M. LAHKIM**

Professeur de Chirurgie viscérale

RAPPORTEUR

Mr. **A. ALJALIL**

Professeur en Oto-rhino-laryngologie

Mr. **A. ZIDANE**

Professeur de Chirurgie thoracique

} JUGES



# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ  
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا  
تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ  
إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ"

صدق الله العظيم،

سورة النمل، الآية 19



# Serment d'Hippocrate



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

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.*

*La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

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

*Les médecins seront mes frères.*

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

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

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

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*





**LISTE DES PROFESSEURS**



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

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

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR  
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs**  
**permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie

12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	SAMKAOUI Mohamed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
27	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
28	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
29	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
30	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
31	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
32	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
33	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
38	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
39	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
40	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
41	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	P.E.S	Radiologie
42	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
43	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
44	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
45	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
46	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
47	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
48	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
49	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
51	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
52	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
53	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
54	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
55	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie



56	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
57	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
58	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
59	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
60	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
61	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
62	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
63	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
64	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
65	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
66	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
67	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
68	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
69	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
73	EL BOUHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
74	LAKMACHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
75	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
76	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
77	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
78	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
79	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
80	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
81	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
82	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
83	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
84	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
85	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
86	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
87	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
88	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
89	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
90	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
91	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
92	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
93	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
94	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
95	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
96	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
97	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
98	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
99	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie

100	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
102	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
103	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
104	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
105	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
106	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
107	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
108	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
109	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
112	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
113	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
114	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
115	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
116	AISSAOUI Yunes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
117	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
118	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
119	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
120	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
121	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
122	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
123	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
124	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
125	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
126	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
127	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
128	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
129	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
130	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
131	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
132	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
133	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
134	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
135	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
136	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
137	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
138	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
139	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
140	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
141	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
142	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation

143	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
144	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
145	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
146	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
147	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
148	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
149	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
150	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
151	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
152	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation
153	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
154	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
155	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
156	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
157	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
158	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
159	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
160	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
161	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
162	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
163	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
164	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophthalmologie
165	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
166	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
167	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
168	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
169	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
170	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
171	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
172	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophthalmologie
173	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
174	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
175	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
176	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie
177	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
178	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
179	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
180	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
181	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
182	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
183	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
184	BAKZAZA Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique

185	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
186	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
187	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
188	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
189	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
190	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
191	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
192	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
193	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
194	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
195	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
196	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
197	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
198	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
199	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
200	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
201	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
202	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
203	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
204	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
205	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
206	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
207	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
208	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
209	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
210	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
211	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
212	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
213	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
215	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
216	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
217	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
218	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
219	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
220	EL-QADIRY Rabiya	Pr Ass	Pédiatrie
221	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
222	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
223	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
224	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
225	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
226	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
227	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
228	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

229	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
230	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
231	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
234	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
235	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
236	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
237	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
238	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
239	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
240	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
241	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
242	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
243	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
244	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
245	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
246	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
247	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
248	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
249	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
250	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
251	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
252	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
253	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
254	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
255	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
256	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
257	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
258	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
259	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
260	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
261	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
262	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
263	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
264	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
265	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
266	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
267	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
268	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
269	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
270	RAMRAOUI Mohammed-Essaid	Pr Ass	Chirurgie générale
271	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 12/05/2023



**DEDICACES**



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



*✿ Je dédie cette thèse ... ✍*



*A Allah Tout puissant Qui m'a inspiré Qui m'a guidé dans le bon chemin Je vous dois ce que je suis devenue Louanges et remerciements Pour votre clémence et miséricorde*



*A mon très cher père **Abdeslam GOULMA***

*J'ai vécu dans l'admiration de ta grande personnalité, ton charisme et ta bonté. Tu m'as toujours inspiré à devenir la meilleure version de moi-même, et tu m'as toujours guidé vers le bon chemin. Tu as su m'inculquer les valeurs nobles de la vie et m'apprendre le sens de la responsabilité. Je te dois ce que je suis aujourd'hui, et je ferais toujours de mon mieux pour ne jamais te décevoir. J'espère par ce travail, commencer à te rendre tout l'amour et la dévotion que tu m'as offerts, même si une vie entière n'y suffirait pas.*

*Merci d'avoir toujours été là pour moi, des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect et mon amour éternel.*

*A ma très chère maman **Ezzahra ESSAMI***

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans, à toi ma mère qui a toujours su être à mon écoute et me comprendre à demi-mot à travers un simple regard, à me reconforter au moment opportun, aucune louange ne saura transmettre à sa juste valeur l'amour, le dévouement, et le respect que je porte pour toi, je ne trouve pas les mots si parfaits pour t'exprimer mes remerciements, ma reconnaissance et mon éternelle affection.*

*Puisse Dieu t'accorder santé et longévité afin que Je puisse à mon tour le combler sans jamais te décevoir.*

*A mon très cher frère Ayoub GOULMA*

*Je remercie en toi le frère et l'ami. Merci énormément pour ton aide et ta générosité, merci pour ton soutien et tes encouragements. Puisse Dieu te combler de bonheur, de santé et te procurer longue vie. Je te souhaite le meilleur dans ta vie personnelle et professionnelle.*

*A mes deux petites sœurs Hajar et Aya*

*Vous avez toujours été ma source de motivation et d'énergie positive. Aucun mot ne peut décrire la chance que j'ai d'avoir de magnifiques sœurs comme vous. Merci pour votre soutien et merci pour votre existence qui me comble de bonheur quotidiennement. J'espère avoir été pour vous la sœur dont vous aviez besoin.*

*A mes très chers grands-parents : Hassan ESSAMI, Fatna ESSAMI et Tlaït ANNEJAR*

*Votre présence et vos prières m'ont toujours été d'un soutien remarquable. Je vous dédie ce travail en espérant que Dieu le tout puissant vous procure santé et longévité.*

*A mon très cher oncle Majid ESSAMI*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, et la reconnaissance sincère que j'ai pour toi. Ton encouragement m'a été d'un grand soutien. Tu m'as donné de bons conseils et tu as toujours été à l'écoute. Je te dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que tu m'offre quotidiennement et ta bonté exceptionnelle. Que Dieu le Tout Puissant te garde et te procure santé et bonheur.*

*A mes très chères amies :*

*Asmae ABDELMALKI et Hajar GUEROIHI*

*Vous êtes pour moi plus que des amies, vous avez cru en moi et vous n'avez jamais cessé de m'encourager et de me motiver surtout dans les moments difficiles. Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et les sentiments que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection et en souvenir des agréables moments passés ensemble. Vous êtes les meilleures.*

*A mes très chère cousines*

*Ikram et Fatima*

*Vous êtes pour moi des sœurs et des amies. L'amour et la gentillesse dont vous m'avez entourée m'ont permis de surmonter les moments difficiles. Merci pour votre soutien. Que dieu vous aide à atteindre vos rêves et de réussir dans votre vie.*

*A tous mes oncles (Mbarek, Ahmad, Laâroussi, Anouar Essadat, Jamal et Abderrahim) A toutes mes tantes (Khadîja, Saadiya, Aïcha, Amîna, Fatîma, Zineb et Soumya) A mes cousins et cousines, petits et grands*

*Aux membres de toute la famille  
et à tous ceux et celles qui portent le nom*

**GOULMA et ESSAMI**

*J'aurais aimé pouvoir vous citer tous et toutes par vos noms.*

*J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse. Pour tous les moments qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma chère famille ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous, avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, vos encouragements, votre patience et votre soutien tout au long de ces années. Puisse Dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la prospérité.*

*A Hanane GALADI, Imane HADRI, Hasnâa HADIRI, Ayoub GOURRAMI*

*et à tous mes amis et collègues de la Faculté de Médecine de Marrakech :*

*Mes plus belles rencontres aux bancs des amphîs et aux services hospitaliers ! Avec vous, l'amitié était une évidence. En souvenir d'agréables moments passés ensemble, je vous exprime par ce travail toute mon affection et j'espère que notre amitié restera intacte et durera pour toujours.*

*A Rachid EDRAISE*

*Je te remercie vivement pour tes conseils et tes encouragements, pour l'aide précieuse que tu m'as apportée pour la conception de ce travail. J'ai eu l'honneur de bénéficier de ta disponibilité et de ton soutien inconditionnel. En témoignage de mon respect, je te dédie cette thèse. Que ce travail traduise toute mon affection et mes meilleurs souhaits de bonheur, de santé et de prospérité.*

*A tous mes amis et enseignants de l'école AL INBIAAT PRIVEE d'Agadir. A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer. A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.*

*A tous les médecins résidents et les personnels du service de Chirurgie Viscérale A l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

*Je tiens vivement à vous remercier pour le soutien et l'aide que vous m'avez apporté pour la réalisation de ce travail*



**REMERCIEMENTS SPECIAL**



*A monsieur le professeur FASSI FIKRI Mohamed Jawad  
professeur assistant en Chirurgie viscérale a l'hôpital militaire  
Avicenne de Marrakech*

*Un remerciement spécial à vous, cher maître, pour votre disponibilité et votre contribution à l'élaboration de cette thèse. Votre modestie exemplaire et vos qualités professionnelles et humaines sont un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession. Votre aide à la réalisation de ce travail était d'un grand apport. Que ce travail soit le reflet de toute ma gratitude et ma grande estime. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

*A monsieur GUEZZAR Ahmed médecin spécialiste en  
Chirurgie viscérale a l'hôpital militaire Avicenne de  
Marrakech*

*Je vous adresse mes sincères remerciements, pour votre patience, votre disponibilité, votre amabilité et vos judicieux conseils qui ont guidé mes réflexions. C'est grâce à votre confiance et votre aide que j'ai pu accomplir ce travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mes sentiments et de mon éternelle gratitude.*



# **REMERCIEMENTS**





A NOTRE CHÈRE MAÎTRE, RAPPORTEUR DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMMED LAHKIM  
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR A  
HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

*Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession. Veuillez, cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.*

A NOTRE CHÈRE MAÎTRE, PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR RACHID EL BARNI  
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET CHÉF  
DE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE A HOPITAL  
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

*Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de notre thèse. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité notre profond respect. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veuillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.*

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDEFATTAH AL JALIL  
PROFESSEUR D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE A L'HOPITAL  
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

*Je vous remercie pour la spontanéité et la gentillesse avec lesquelles vous avez bien voulu accepter de juger mon travail. Permettez-moi, cher maître, de vous exprimer mes sentiments les plus sincères de respect et de considération.*

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULAY ABDEFATTAH  
ZIDANE PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET CHEF DE SERVICE DE CHIRURGIE THORACIQUE A  
L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH

*C'est pour moi un grand honneur de vous voir siéger dans notre jury. Je suis très reconnaissante de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux.*



**FIGURES ET TABLEAUX**



## Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des pathologies chirurgicales digestives selon la notion de l'urgence
- Figure 2** : Répartition des patients selon l'âge
- Figure 3** : Répartition des patients selon le sexe
- Figure 4** : Répartition des patients selon le lieu de résidence
- Figure 5** : Répartition des patients selon leur catégorie et couverture médicale
- Figure 6** : Répartition des patients selon le motif de consultation ou d'admission
- Figure 7** : Répartition des patients selon D1
- Figure 8** : Répartition des patients selon D2
- Figure 9** : Répartition des patients selon D3
- Figure 10** : Répartition des patients selon D4
- Figure 11** : Répartition des patients selon D5
- Figure 12** : Répartition du délai de PEC total D5 en fonction du diagnostic étiologique
- Figure 13** : Parcours de PEC du patient au service des urgences
- Figure 14** : Graphique comparatif des délais thérapeutiques D3 de la hernie simple selon la littérature

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b>	:	Répartition des patients selon leurs diagnostics étiologiques
<b>Tableau II</b>	:	Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques socio-démographiques
<b>Tableau III</b>	:	Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction du diagnostic étiologique
<b>Tableau IV</b>	:	Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques socio-démographiques
<b>Tableau V</b>	:	Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction du diagnostic étiologique
<b>Tableau VI</b>	:	Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des caractéristiques socio-démographiques
<b>Tableau VII</b>	:	Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction du diagnostic étiologique
<b>Tableau VIII</b>	:	Répartition des délais thérapeutique D4 en fonction des caractéristiques socio-démographiques
<b>Tableau IX</b>	:	Répartition des délais thérapeutiques D4 en fonction du diagnostic étiologique
<b>Tableau X</b>	:	Répartition du délai de PEC total D5 en fonction des caractéristiques socio-démographiques
<b>Tableau XI</b>	:	Répartition des patients en fonction des raisons du retard de PEC
<b>Tableau XII</b>	:	Tableau comparatif de l'âge des patients selon la littérature
<b>Tableau XIII</b>	:	Tableau comparatif des patients selon le sexe
<b>Tableau XIV</b>	:	Tableau comparatif de la fréquence des urgences chirurgicales digestives immédiates
<b>Tableau XV</b>	:	Tableau comparatif de la fréquence des cancers digestifs selon la littérature
<b>Tableau XVI</b>	:	Tableau comparatif de la fréquence des pathologies chirurgicales digestives non urgentes

- Tableau XVII** : Tableau comparatif des délais de consultation D1 des pathologies chirurgicales digestives selon la littérature
- Tableau XVIII** : Tableau comparatif des délais de consultation moyen D1 des appendicites aiguës selon la littérature
- Tableau XIX** : Tableau comparatif des délais de consultation moyen D1 des péritonites aiguës selon la littérature
- Tableau XX** : Tableau comparatif des délais de consultation moyen D1 des occlusions intestinales aiguës selon la littérature
- Tableau XXI** : Tableau comparatif des délais de consultation D1 des cancers colorectaux selon la littérature
- Tableau XXII** : Tableau comparatif des délais de consultation D1 des cancers gastriques selon la littérature
- Tableau XXIII** : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des pathologies chirurgicales digestives selon la littérature
- Tableau XXIV** : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des cancers colorectaux selon la littérature
- Tableau XXV** : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des cancers gastriques selon la littérature
- Tableau XXVI** : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des cancers œsophagiques selon la littérature
- Tableau XXVII** : Tableau comparatif des délais thérapeutiques moyen D3 des occlusions intestinales aiguës selon la littérature
- Tableau XXVIII** : Tableau comparatif des délais thérapeutiques D3 des cancers colorectaux selon la littérature
- Tableau XXIX** : Tableau comparatif des délais de sortie D4 des pathologies chirurgicales digestives selon la littérature



# **ABBREVIATIONS**



## Liste des abréviations

<b>HMA</b>	:	Hôpital Militaire Avicenne
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PEC</b>	:	Prise en charge
<b>ALD</b>	:	Affections de longue durée
<b>QDV</b>	:	Qualité de vie
<b>SU</b>	:	Service des urgences
<b>RCP</b>	:	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
<b>PPS</b>	:	Programme Personnalisé de Soins
<b>INCA</b>	:	Institut National du Cancer
<b>Covid 19</b>	:	Corona virus disease appeared in 2019
<b>PNPCC</b>	:	Plan national de prévention et de contrôle du cancer
<b>H/F</b>	:	Homme /femme
<b>CAPM</b>	:	Centre antipoison et de pharmacovigilance au Maroc
<b>ANAM</b>	:	Agence National de l'Assurance Maladie
<b>RAMED</b>	:	Régime d'Assistance Médicale
<b>AMO</b>	:	Assurance Maladie Obligatoire
<b>CMB</b>	:	Couverture médicale de Base
<b>NFS</b>	:	Numération de la Formule Sanguine
<b>CRP</b>	:	Protéine C- Réactive
<b>CHU</b>	:	Centre hospitalier universitaire





# **PLAN**



<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>05</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>09</b>
<b>I. Données socio-démographiques</b>	<b>10</b>
1. Fréquence	10
2. Age	11
3. Sexe	12
4. Lieu de résidence ou d'affectation	13
5. Catégorie et couverture médicale	14
<b>II. Données cliniques</b>	<b>15</b>
1. Motif de consultation	15
2. Diagnostic étiologique (Indication chirurgicale)	16
<b>III. Les délais de prise en charge des patients</b>	<b>18</b>
1. Délai de consultation D1 entre le 1er symptôme et la première consultation médicale	18
2. Délai diagnostique D2 entre la première consultation médicale et l'indication chirurgicale	22
3. Délai thérapeutique D3 entre l'indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale	26
4. Délai D4 entre l'intervention chirurgicale et la sortie de l'hôpital	29
5. Délai D5 total entre le premier symptôme et la sortie de l'hôpital	32
6. Facteurs déterminants le retard de PEC	36
<b>DISCUSSION</b>	<b>37</b>
<b>I. Généralité</b>	<b>38</b>
1. Principales pathologies chirurgicales digestives	38
2. Les conséquences du retard de la PEC des pathologies chirurgicales digestives	40
3. Parcours de la PEC des pathologies chirurgicales digestives	43
3.1. Parcours de soins des patients suivis pour une urgence médico-chirurgicale	43
3.2. Parcours de soins des patients suivis pour une pathologie non urgente	45

3.3. Parcours de soins des patients cancéreux au Maroc	46
<b>II. Les différents délais diagnostiques et thérapeutiques</b>	<b>49</b>
1. Définition	49
2. L'Importance des délais de prise en charge en chirurgie viscérale	51
3. Les impacts de la mesure des délais sur la prise en charge des patients	52
<b>III. Discussion de nos résultats</b>	<b>53</b>
1. Données socio-démographiques	53
2. Les caractéristiques cliniques	58
3. Les délais de prise en charge	62
4. Impact de l'épidémie COVID SARS19 sur les délais de prise en charge	108
<b>IV. Limites de notre étude</b>	<b>110</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>114</b>
<b>RESUMES</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>127</b>



# **INTRODUCTION**



L'accès aux soins de santé est défini comme la capacité des personnes à recevoir des soins appropriés quand ils sont nécessaires et au bon endroit, selon l'OMS [1].

L'accès aux soins de santé est une préoccupation ancrée historiquement dans la construction de la protection sociale et de l'État [2]. Ainsi, l'accès aux soins est défendu depuis 1948 comme un droit humain fondamental par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par les Nations Unies [3].

Dès 1946, la Constitution de l'OMS affirme, 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]

Dans plusieurs pays, les délais d'accès aux soins de santé demeurent une préoccupation de l'état, et sont devenus l'une des priorités de santé publique [4].

Les fonctions essentielles de santé publique représentent un ensemble de mesures indispensables, qui relèvent de la responsabilité primaire de l'État, ainsi elles sont fondamentales pour accomplir l'objectif de santé publique qui vise à améliorer, protéger, promouvoir et restaurer la santé générale des malades [4].

Il s'avère donc nécessaire d'explorer les délais de prise en charge (PEC) des patients pendant leur parcours de soins, afin de déterminer les capacités et les performances de santé publique des pays et leur compétitivité en la matière, de trouver des solutions fondamentales pour acquérir le succès du traitement, et de satisfaire les besoins des malades [4].

Au Maroc, les délais d'accès aux soins représentent une problématique particulièrement compliquée. En effet, le recours à un prestataire biomédical et non biomédical est fréquemment privilégié par la population marocaine [5].

En matière de chirurgie viscérale, la PEC des malades requiert la réalisation d'actes chirurgicaux, nécessitant la disponibilité d'une infrastructure matérielle et d'une équipe médicale bien formée et adaptée aux besoins sanitaires. La distribution équilibrée de ces ressources sur le territoire est un véritable défi dans les pays en cours de développement et à ressources limitées [6].

Les pathologies chirurgicales digestives constituent un véritable problème de santé publique dans les pays en développement, puisqu'elles sont fréquentes et touchent essentiellement la population jeune active surtout en matière d'urgences [7-8]. Elles surviennent souvent dans un environnement socioéconomique bas marqué par la pauvreté, l'analphabétisme, les mauvaises infrastructures routières et le manque des structures sanitaires primaires et/ou secondaires [9]. Ces dimensions sont à l'origine de retard diagnostique et thérapeutique occasionnant une morbi mortalité importante [8-10-11].

La prise en charge en chirurgie générale étant constituée de plusieurs étapes, chacune d'entre elles doit être réalisée dans un délai raisonnable et avisée pour améliorer le pronostic. En urgence, les pathologies exigent une prise en charge rapide dans un délai supposé être court, voire immédiat car le pronostic, tant vital que fonctionnel peut à chaque instant être engagé. Par ailleurs, le temps écoulé entre le début de la symptomatologie, l'admission du patient et la prise en charge, de même que la qualité de cette prise en charge sont des facteurs qui influencent le pronostic [13].

Le retard de PEC peut être dû à plusieurs facteurs. On peut évoquer le manque d'infrastructure sanitaire, l'insuffisance des moyens de transport, le recours premier à la médecine traditionnelle, les croyances socioculturelles et le bas niveau socio-économique [11,12].

Diverses études ont montré la part importante qu'occupe la chirurgie digestive dans les services hospitaliers [13-14]. Il s'avère donc intéressant d'étudier les différentes voies de PEC des malades traités pour une pathologie viscérale.

En conséquence de la pandémie du nouveau coronavirus (SARS-CoV-2), COVID 19, qui a frappé le monde entier en début d'année 2020 et en raison de la rapidité de sa propagation face à l'absence des données scientifiques préexistantes, plusieurs mesures ont été établies à l'égard de cette crise sanitaire. Ainsi, l'absence de traitement efficace et de méthodes de prévention ont imposé comme armes préventives, le confinement et l'arrêt des activités non urgentes et non indispensables à

la vie courante [15,16, 17]. Ces mesures, prises pour tenter de maîtriser l'afflux des patients dans les hôpitaux et les risques de décès chez les personnes les plus fragiles, ont bouleversé toute l'organisation sanitaire, et ont provoqué une crise économique inédite. Aucun secteur de la santé, et notamment la chirurgie, n'a été épargné par ce brusque changement de fonctionnement. L'activité chirurgicale a dû se limiter à la PEC des urgences chirurgicales et de la cancérologie dans certaines structures avec la mise en place de recommandations, régissant cette PEC [18,19].

La qualité des soins reçus et la rapidité d'accès aux examens et soins médicaux constituent les attentes prioritaires de la population, justifie l'objectif principal de cette étude qui est de déterminer les différents délais diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que d'évaluer l'impact de la crise sanitaire pendant son pic épidémique sur la baisse d'activité chirurgicale chez les patients admis et opérés au service de chirurgie générale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Ce travail tente de mettre en relief les raisons pour lesquelles ces patients tardent à accéder à une consultation spécialisée.

Les objectifs spécifiques de notre travail consistent à :

- Etablir le profil socio-démographique des patients admis et opérés pour une pathologie chirurgicale digestive à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech ;
- Analyser les délais dans les différentes étapes de la prise en charge ;
- Identifier les facteurs déterminants les délais courts et longs de prise en charge ;
- Amener à améliorer la connaissance de ces délais de prise en charge ;
- Elaborer des recommandations répondant aux besoins des patients éligibles à une PEC chirurgicale.



**MATÉRIELS ET MÉTHODES**





## **I. Période et type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, portant sur une période de 2 ans allant du 1er janvier 2020 au 30 décembre 2021 et basée sur les dossiers des patients pris en charge au sein du service de chirurgie générale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Les délais diagnostiques et thérapeutiques étaient estimés à partir de la date de la première visite chez le médecin généraliste ou spécialiste, ou aux urgences, jusqu'à la sortie du patient de la structure hospitalière.

## **II. Patients et méthodes :**

### **1. Patients :**

Notre étude a concerné les patients de tout âge et des deux sexes pris en charge au service de chirurgie générale sur une période de 2 ans entre janvier 2020 et décembre 2021.

### **2. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients reçus, hospitalisés et opérés pour une pathologie chirurgicale digestive. Ces patients ont donné leur consentement oral à participer à cette étude.

### **3. Critères d'exclusion :**

Ont été exclus, les patients dont les dossiers étaient incomplets, les patients reçus non opérés ou opérés pour d'autres pathologies chirurgicales non digestives au sein du service, ainsi que les patients ayant refusé le consentement.

### **4. Sources des données :**

Pour la réalisation de ce travail, nous avons eu recours aux informations recueillies en utilisant une fiche d'exploitation.

Cette fiche a été remplie à partir des dossiers médicaux des patients, comportant l'observation clinique, les examens para cliniques, l'attitude thérapeutique indiquée, les comptes rendus opératoires, les comptes rendus d'anatomie-pathologie ainsi que les fiches d'enquête individuelle.

Nous avons eu recours également aux appels téléphoniques pour compléter les informations obtenus des dossiers médicaux.

- **Fiche d'exploitation : (ANNEXE)**

## **5. Paramètres analysés :**

Pour mener cette étude, nous avons utilisé une fiche d'exploitation des dossiers comportant les données et les informations suivantes :

- **Les données socio-démographiques :** Nous avons d'abord analysé les données en élaborant des tableaux selon les principales variables de l'étude : âge, sexe, lieu de résidence, catégories et couverture médicale.
- **Les données cliniques :** les circonstances de découverte ou d'admission, les signes fonctionnels et les différents diagnostics étiologiques (indication chirurgicale).
- **Les données concernant les délais de prise en charge :** Les patients atteints des différentes pathologies chirurgicales digestives ont été analysés séparément.

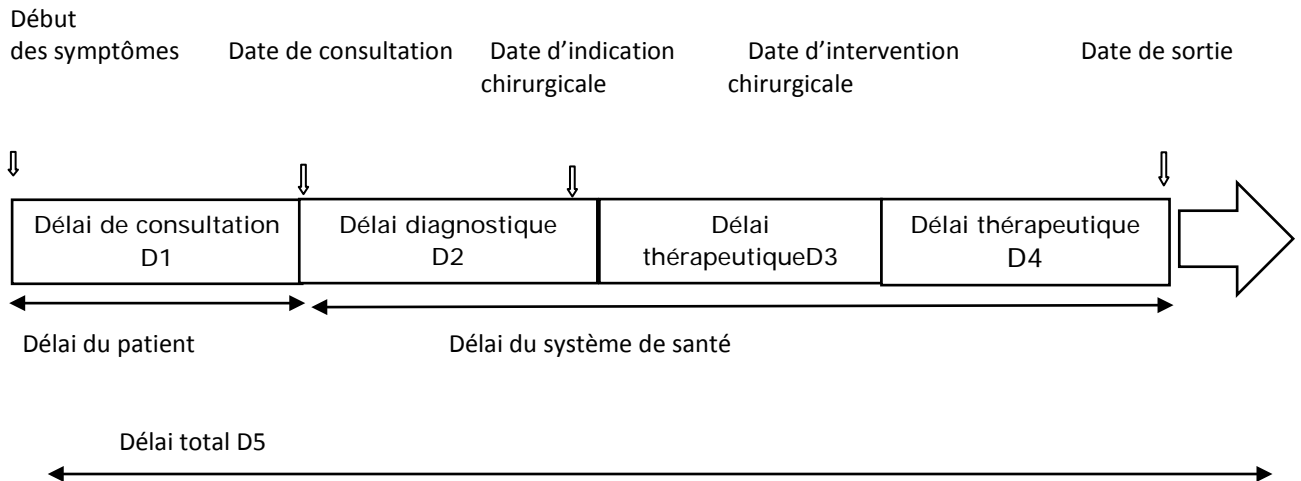
Les délais de prise en charge ont été subdivisés en 5 étapes décrites ci-dessous :

- ❖ Le délai de consultation ou délai patient D1 : le temps écoulé entre les 1ers symptômes et la première consultation médicale.
- ❖ Le délai diagnostique D2 : le temps écoulé entre la première consultation médicale et le diagnostic ou l'indication chirurgicale.
- ❖ Le délai thérapeutique D3 : le temps écoulé entre le diagnostic ou l'indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale.

## Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie viscérale

- ❖ Le délai thérapeutique D4 : le temps écoulé entre l'intervention chirurgicale et la sortie du patient.
- ❖ Le délai total D5 : le temps écoulé entre le début du 1er symptôme jusqu'à la sortie du patient.

$$D5 = D1 + D2 + D3 + D4$$



## 6. Analyses statistiques :

Les données statistiques recueillies ont été traitées et analysées à l'aide du Logiciel Microsoft Office Excel. Une analyse descriptive a été effectuée, les résultats sont exprimés en chiffres et en pourcentages.

## 7. Ethiques :

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



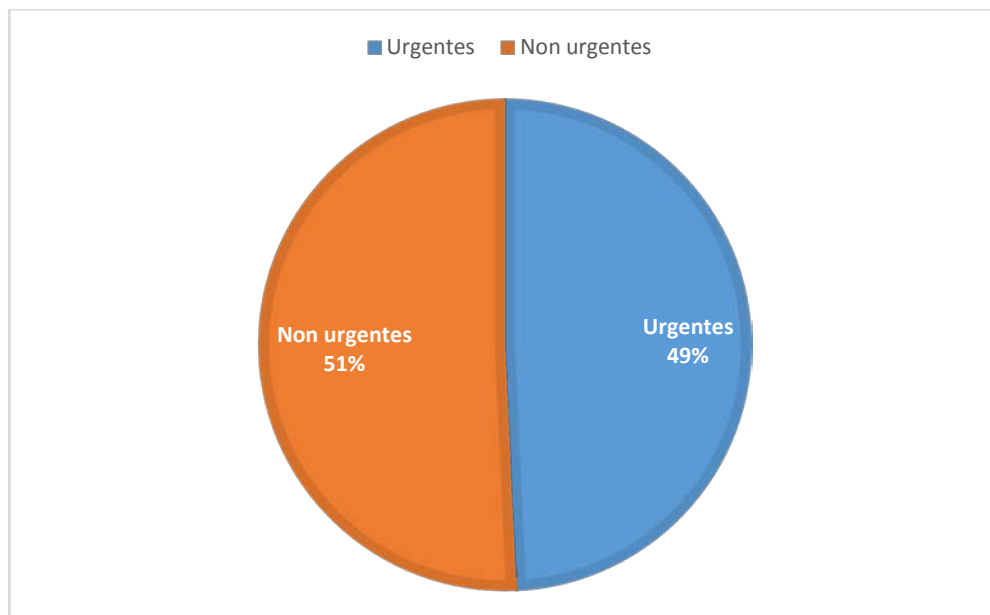
# RÉSULTATS



## I. Les données socio-démographique :

### 1. Fréquence :

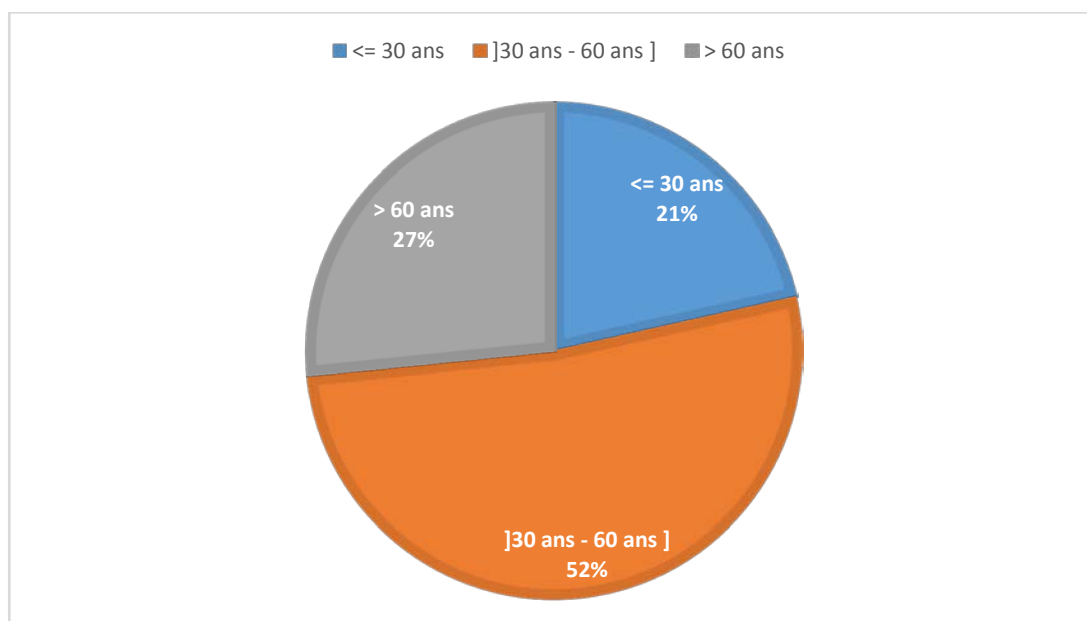
Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 763 patients ayant consulté pour une pathologie chirurgicale digestive dont 378 étaient des urgences viscérales (soit 49%) et 385 étaient en dehors des urgences viscérales soit 51%.



**Figure 1 : Répartition des pathologies chirurgicales digestives selon la notion de l'urgence**

## 2. Age :

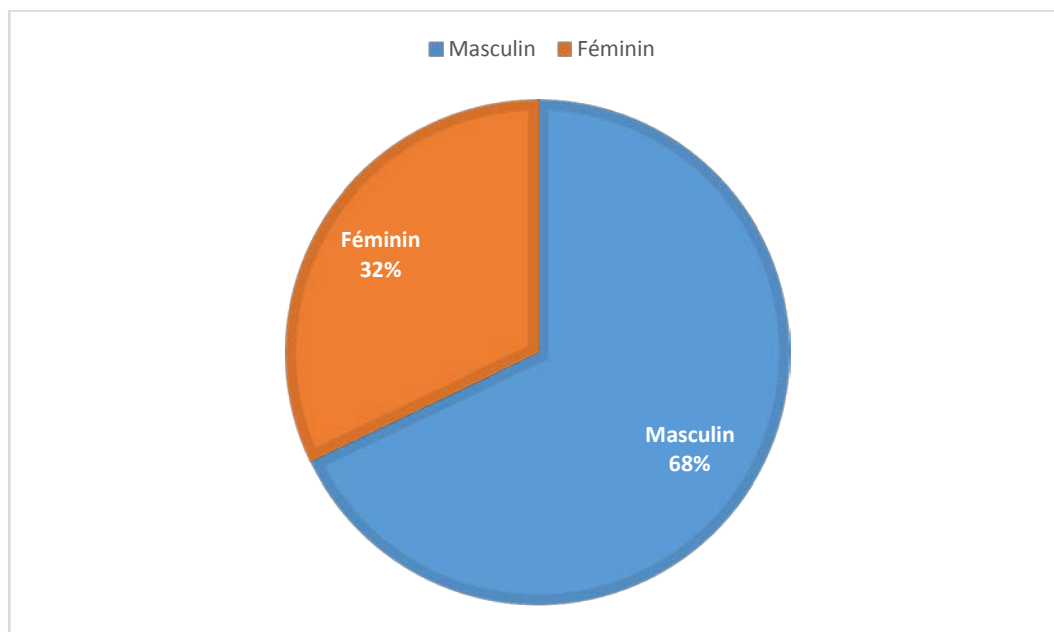
L'âge moyen de nos malades était de 48 ans. La tranche d'âge inférieure ou égale à 30 ans était de 21%, celle entre 30 et 60 ans était de 52 % tandis que la proportion d'âge supérieure à 60 ans était de 27%.



**Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge**

### **3. Sexe :**

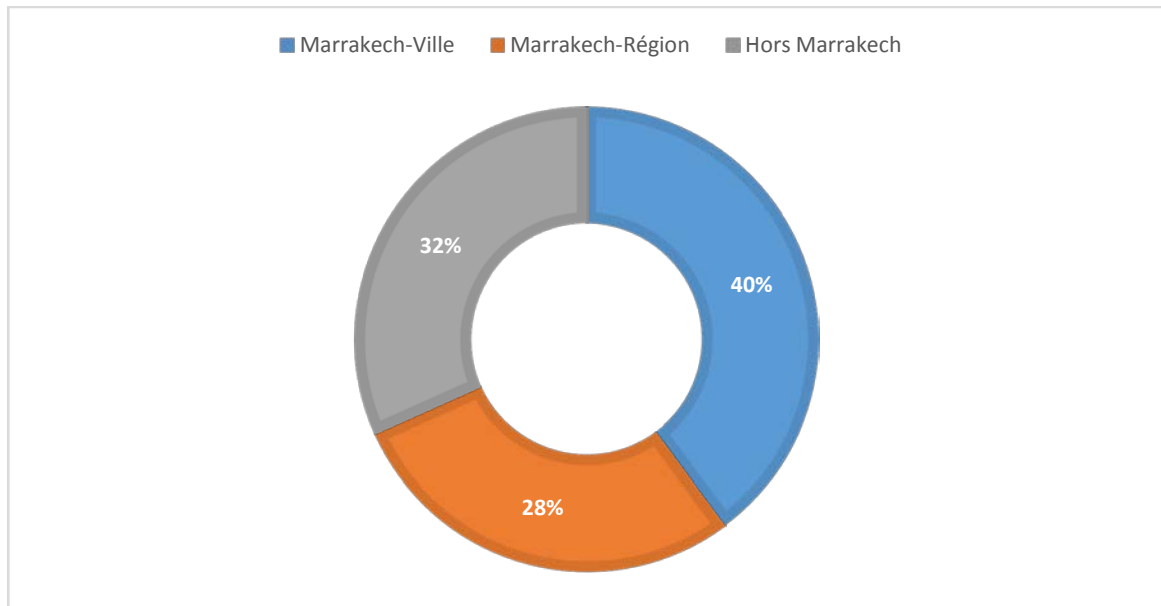
Selon notre échantillon, 519 des patients étaient de sexe masculin soit 68%, tandis que 244 étaient de sexe féminin soit 32%, avec un sex-ratio homme/femme de 2,12.



**Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe**

#### **4. Lieu de résidence ou d'affectation :**

Selon notre échantillon, 304 patients (soit 40%) résidaient à Marrakech-Ville, 217 patients (soit 28%) résidaient à Marrakech-Région, tandis que 242 provenaient des autres lieux hors Marrakech (soit 32%).



**Figure 4 : Répartition des patients selon le lieu de résidence**

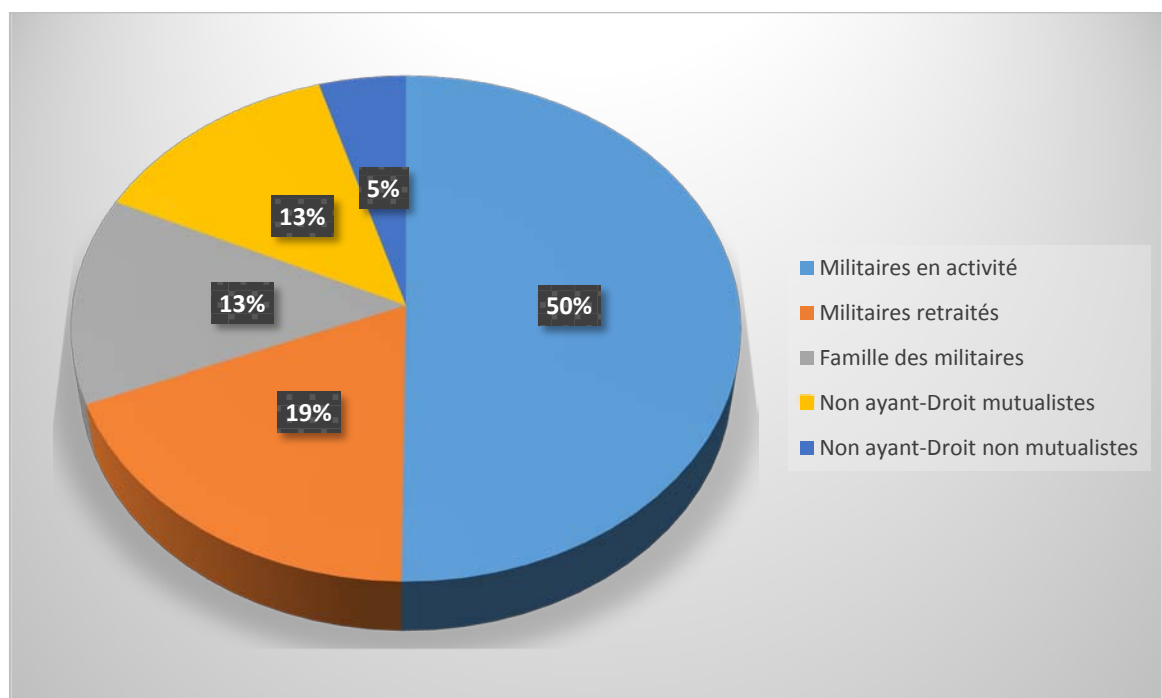


## **5. Catégorie et couverture médicale :**

Les militaires, leurs ayant-droits et les retraités bénéficient d'une prise en charge totale dans la structure concernée par notre étude.

Selon notre échantillon :

- 383 patients (soit 50%) étaient des militaires en activité.
- 243 malades étaient des ayant-droits dont 101 patients (soit 13%) appartenaient à la famille des militaires (conjointes et descendants) et 142 patients (soit 19%) étaient des militaires retraités.
- 137 patients faisaient partie des non ayant-droits dont 102 (soit 13%) étaient des Mutualistes et 35 (soit 5%) étaient Non Mutualistes payants.



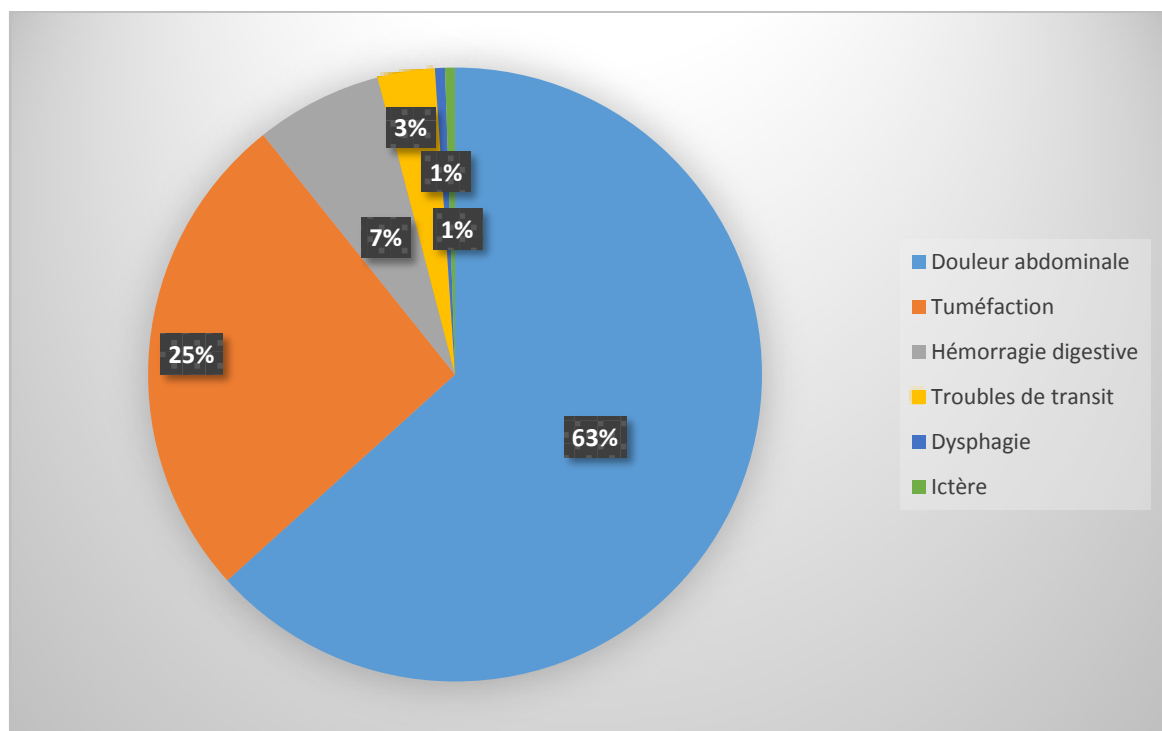
**Figure 5 : Répartition des patients selon leur catégorie et couverture médicale**

## II. Les données cliniques :

### 1. Le motif de consultation ou d'admission :

Le motif de consultation était réparti comme suit : la douleur abdominale était le maître symptôme retrouvé chez 483 patients (soit 63%), suivie par la tuméfaction chez 198 patients (soit 25%), puis l'hémorragie digestive chez 51 patients (soit 7%), et les troubles de transit chez 23 patients (soit 3%).

La dysphagie et l'ictère cholestatique étaient les symptômes les moins fréquents soit chacun 1%.



**Figure 6 : Répartition des patients selon le motif de consultation ou d'admission**

## **2. Les différents diagnostics étiologiques (Indication chirurgicale) :**

Le tableau ci-dessous montre les différents diagnostics étiologiques qui constituent l'essentiel des pathologies chirurgicales digestives :

- Les urgences immédiates (pathologie qui expose le patient au risque, à bref délai, d'engendrer des séquelles irréversibles ou de décès, et dont la prise en charge doit être rapide et immédiate [20]) sont réparties comme suit : en tête de file l'appendicite aiguë (20%), suivie par la cholécystite aiguë (7%), vient ensuite l'occlusion intestinale aiguë et l'abcès anal qui constituent chacun 5%, puis la péritonite aiguë (4%). Enfin, le traumatisme abdominal était rare (8 cas).
- Les urgences différées (pathologie qui peut être soignée avec délai court [20]), concernent dans notre contexte la pathologie cancéreuse, leur répartition était comme suit : le cancer colorectal était le plus fréquent (3%) suivi par le cancer gastrique (2%) puis le cancer de pancréas (1%). Le cancer de l'œsophage était le moins fréquent (0,2%).
- Les pathologies viscérales non urgentes sont réparties ainsi : en tête de file la lithiase vésiculaire (23%) suivie par la hernie simple (19%), vient ensuite la pathologie proctologique (représentait par les hémorroïdes et la fissure anale soit chacune 3%), et enfin, l'événtration et le kyste hydatique du foie soit respectivement 2% et 1%.

**Tableau I : Répartition des patients selon leurs diagnostics étiologiques**

Les pathologies viscérales		Nombre de cas	Pourcentage
<b>Les urgences immédiates</b>	Appendicite aigue	153	20 %
	Cholécystite aigue	53	7 %
	Occlusion aigue	40	5 %
	Péritonite aigue	30	4 %
	Traumatisme abdominale	8	0.8 %
	Abcès anal	39	5 %
<b>Les urgences différées</b>	Cancer du pancréas	9	1 %
	Cancer gastrique	17	2 %
	Cancer colorectal	26	3 %
	Cancer de l'œsophage	3	0.2 %
<b>Les pathologies viscérales non urgentes</b>	Lithiase vésiculaire	172	23 %
	Hernie simple	142	19 %
	Hémorroïde	22	3 %
	Fissure anale	21	3 %
	Kyste hydatique du foie	11	1 %
	Eventration non compliquée	17	2 %
<b>Total</b>		<b>763</b>	<b>100 %</b>

### **III. Les délais diagnostiques et thérapeutiques :**

- ✓ Le délai de consultation D1 : délai entre les 1<sup>ers</sup> symptômes et la première consultation médicale.
- ✓ Le délai diagnostique D2 : délai entre la première consultation et le diagnostic ou l'indication chirurgicale.
- ✓ Le délai thérapeutique D3 : délai entre le diagnostic ou l'indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale.
- ✓ Le délai thérapeutique D4 : délai entre l'intervention chirurgicale et la sortie du patient.
- ✓ Le délai total D5 : délai entre les 1<sup>ers</sup> symptômes jusqu'à la sortie de l'hôpital.

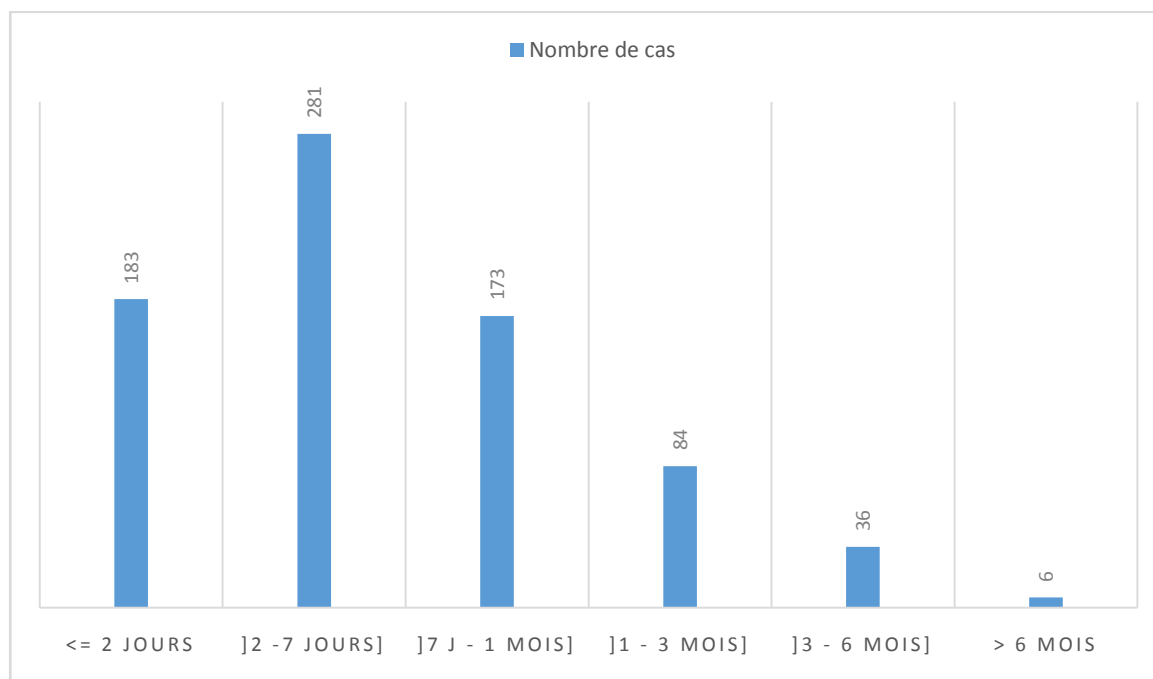
#### **1. Le délai de consultation D1 :**

Le délai moyen entre le début des premiers symptômes et la première consultation médicale pour l'ensemble des pathologies chirurgicales viscérales était de 22,88 jours (N=763).

Parmi les 763 patients, 183 (soit 21%) ont consulté dans les 48 premières heures après le début des symptômes.

281 patients (soit 41%) ont consulté entre 48 heures et 7 jours, tandis que 173 patients (soit 25%) ont consulté entre 7 jours et 1 mois.

Seulement 6 patients (soit 0,89 %) ont consulté un médecin après 6 mois d'apparition des premiers symptômes.



**Figure 7 : Répartition des patients selon D1**

**1.1. Le délai de consultation D1 selon les données socio-démographiques :**

Concernant l'âge, le délai moyen de consultation médicale était plus long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (soit 35,20 jours), suivi par les sujets âgés entre 30 et 60 ans (soit 23,16 jours), tandis qu'il est plus court chez les sujets âgés de moins de 30 ans (soit 6,94 jours).

Concernant le sexe, le délai de consultation était plus long chez les hommes par rapport aux femmes (soit respectivement 29,18 jours et 9,47 jours).

Les patients résidants en dehors de la ville avaient un délai de consultation plus long (30,95 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville et régions (soit respectivement 18,09 jours et 19,71 jours).

Les Militaires retraités parvenaient à l'hôpital tardivement (41,70 jours) par rapport aux Militaires en activité (20,54 jours) et leurs familles (9,86 jours).

Les non mutualistes consultaient tardivement que les mutualistes (soit respectivement 28,71 jours et 16,36 jours).

**Tableau II : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction des caractéristiques socio-démographiques**

Caractères Socio-démographiques		Moyen (En jour)	Médian (En jour)
Age	<= 30 ans	6,94	2
	] 30 ans - 60 ans]	23,16	5
	> 60 ans	35,20	15
Sexe	Féminin	9,47	5
	Masculin	29,18	7
Lieu de résidence ou d'affectation	Marrakech-Ville	18,09	5
	Marrakech-Région	19,71	5
	Hors Marrakech	30,95	7
Catégorie et couverture médicale	Militaires en activité	20,54	5
	Ayant-Droits :		
	– Famille (conjoints et descendants)	9,86	5
	– Militaires retraités	41,70	22
	Non ayant-Droits :		
– Mutualistes	16,36	5	
– Non Mutualistes	28,71	5	

**1.2. Le délai de consultation médicale D1 en fonction du diagnostic étiologique :**

Concernant les urgences immédiates, le délai moyen de consultation médicale D1 était diminué chez les patients qui se présentaient pour le traumatisme abdominal (0 jour), suivi par l'appendicite aigue (1,85 jours), puis la péritonite aigue (2,1 jours). Tandis que ce délai est très élevé chez les patients ayant un abcès anal (8,05 jours).

En termes d'urgences différées (la pathologie cancéreuse), le délai de consultation moyen le plus court était celui du cancer pancréatique soit 15,22 jours, suivi par le cancer colorectal (34,42 jours), puis le cancer gastrique (70,58 jours). Par contre, il était plus long en cas de cancer de l'œsophage (140 jours).

## Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie viscérale

En dehors des urgences, le délai de consultation moyen était plus court chez les patients présentant une lithiase vésiculaire (5,5 jours), suivie par le kyste hydatique du foie (14,63 jours) puis l'événement non compliquée (24,29 jours), et la pathologie proctologique (fissure anale et les hémorroïdes soit respectivement 29,04 jours et 35 jours). Cependant, ce délai était plus long chez les patients atteints par la hernie simple (76,65 jours).

**Tableau III : Répartition des délais de consultation médicale D1 en fonction du diagnostic étiologique**

Les Etiologies	Minimal (En jour)	Maximal (En jour)	Moyen (En jour)	Médian (En jour)
Appendicite aigue	0	7	1,85	2
Péritonite aigue	0	5	2,1	2
Occlusion intestinale aigue	0	7	2,82	2
Cholécystite aigue	1	15	4,67	5
Traumatisme abdominal	0	0	0	0
Abcès anal	2	15	8,05	7
Cancer du pancréas	7	25	15,22	15
Cancer gastrique	10	150	70,58	60
Cancer colorectal	10	60	34,42	30
Cancer de l'œsophage	60	270	140	90
Lithiase vésiculaire	0	30	5,5	5
Hernie simple	10	365	76,65	60
Hémorroïdes	10	90	35	27
Fissure anale	10	60	29,04	30
Kyste hydatique du foie	7	30	14,63	15
Eventration non compliquée	3	60	24,29	20

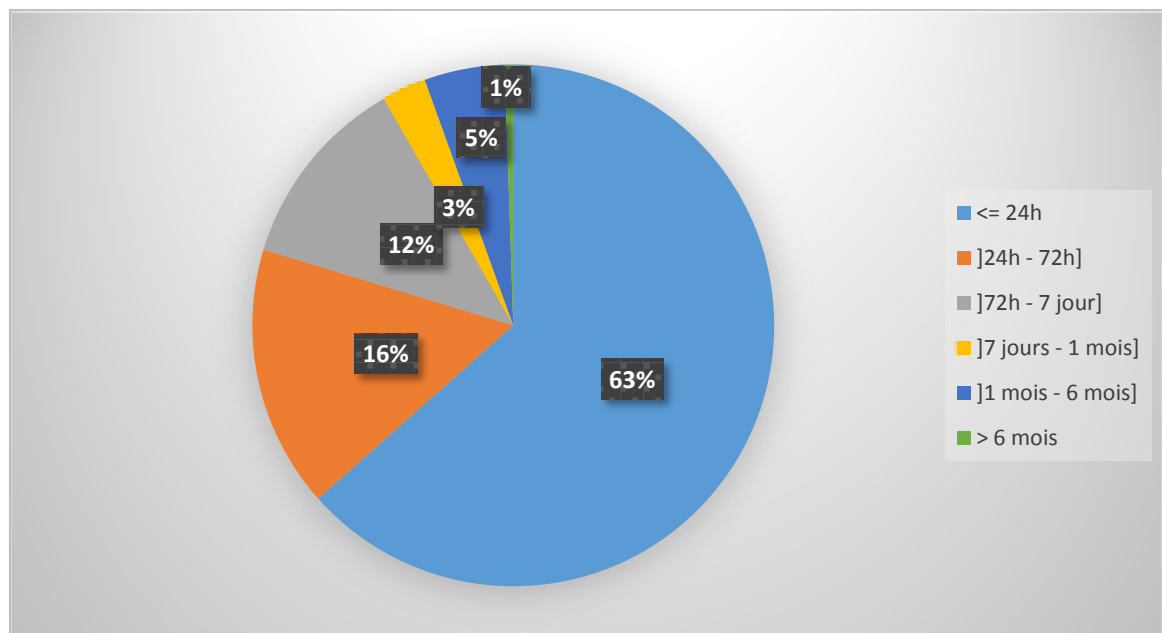


## **2. Le délai diagnostique D2 :**

Le délai moyen entre la première consultation médicale et le diagnostic étiologique (indication chirurgicale) était de 8,63 jours (N=763), tandis que le délai diagnostique médian était d'un jour.

Selon notre étude, parmi les 763 patients :

- 484 (soit 63 %) étaient diagnostiqués dans moins de 24 heures.
- 124 patients (soit 16%) étaient diagnostiqués entre 24 heures et 72 heures.
- 12% des patients étaient diagnostiqués entre 72 heures et 7 jours.
- 3% des patients étaient diagnostiqués entre 7 jours et 1 mois.
- 5% des malades étaient diagnostiqués entre 1 mois et 6 mois.
- Seulement 1% étaient diagnostiqués en plus de 6 mois.



**Figure 8 : Répartition des patients selon D2**

**2.1. Le délai diagnostique D2 selon les données socio-démographiques :**

Concernant l'âge, le délai diagnostique moyen était plus long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (14,98 jours), suivis par les patients âgés entre 30 et 60 ans (8,12 jours), tandis qu'il était plus court chez les sujets âgés de moins de 30 ans (2,01 jours).

Les femmes étaient diagnostiquées plus tardivement que les hommes (soit respectivement 10,61 jours et 7,70 jours).

Les patients résidants en dehors de la ville étaient diagnostiqués plus tardivement (12,59 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville et régions (soit respectivement 7,56 jours et 5,63 jours).

Les Militaires retraités avaient un délai diagnostique plus long (18,70 jours) par rapport aux familles des Militaires et ceux en activité (respectivement 11,71 jours et 3,56 jours).

Concernant les non ayant-Droits, les mutualistes étaient diagnostiqués plus tardivement que les non mutualistes (respectivement 12,17 jours et 4,02 jours).

**Tableau IV : Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction des caractéristiques socio-démographiques**

Caractères Socio-démographiques		Moyen (En jour)	Médian (En jour)
Age	<= 30 ans	2,01	0
	] 30 ans - 60 ans]	8,12	1
	> 60 ans	14,98	2
Sexe	Féminin	10,61	1
	Masculin	7,70	0
Lieu de résidence ou d'affectation	Marrakech-Ville	7,56	0
	Marrakech-Région	5,63	1
	Hors Marrakech	12,59	1
Catégorie et couverture médicale	Militaires en activité	3,56	0
	Ayant-Droits :		
	- Famille (conjointes et descendants)	11,71	1
	- Militaires retraités	18,70	1
	Non ayant-Droits :		
- Mutualistes	12,17	3	
- Non Mutualiste	4,02	2	

**2.2. Le délai diagnostique D2 en fonction du diagnostic étiologique :**

Dans notre étude, le délai diagnostique moyen D2 était diminué chez les patients atteints des hémorroïdes et fissure anale (soit 0 jour), suivis par l'éventration non compliquée (soit 0,05 jours), puis le traumatisme abdominal (soit 0,37 jours), survient ensuite l'appendicite aigue et la péritonite aigue (soit respectivement 0,53 et 0,7 jours).

Cependant, le délai diagnostique moyen D2 était plus long chez les patients atteints de cancer de l'œsophage (soit 150 jours) suivi par le cancer du pancréas et le cancer colorectal (soit respectivement 133,66 jours et 131,53 jours).

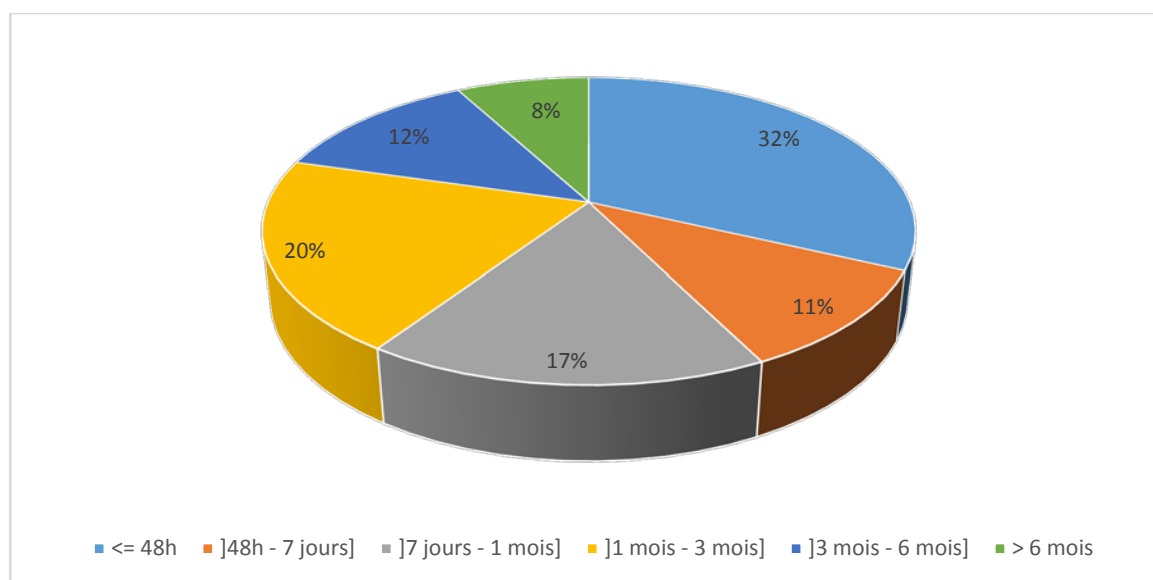
**Tableau V : Répartition des délais diagnostiques D2 en fonction du diagnostic étiologique**

<b>Les Etiologies</b>	<b>Minimal (En jour)</b>	<b>Maximal (En jour)</b>	<b>Moyen (En jour)</b>	<b>Médian (En jour)</b>
Appendicite aigue	0	3	0,53	0
Péritonite aigue	0	2	0,7	1
Occlusion aigue	0	3	0,95	0
Cholécystite aigue	0	5	1,13	1
Traumatisme abdominal	0	1	0,37	0
Abcès anal	0	15	4,41	4
Cancer du pancréas	30	363	133,66	20
Cancer gastrique	15	45	31,29	30
Cancer colorectal	30	240	131,53	150
Cancer de l'œsophage	120	180	150	150
Lithiase vésiculaire	0	15	2,32	2
Hernie simple	0	7	1,20	0
Hémorroïdes	0	0	0	0
Fissure anale	0	0	0	0
Kyste hydatique du foie	0	7	3,27	4
Eventration non compliquée	0	1	0,05	0

### **3. Le délai thérapeutique D3 :**

Le délai thérapeutique moyen D3 pour l'ensemble des patients de notre étude était de 59,12 jours, et le délai médian était de 30 jours (N=763).

32% des patients (soit 244 cas) ont subi une intervention chirurgicale dans les 48 premières heures après l'indication chirurgicale, 11% des patients (81 cas) sont opérés entre 48 heures et 7 jours, 17% des patients sont opérés entre 7 jours et 1 mois. Cependant 20% des patients sont opérés dans un délai entre 1 et 3 mois, 12% entre 3 et 6 mois, alors que seulement 8% des patients (soit 60 cas) sont pris en charge après 6 mois de l'indication chirurgicale.



**Figure 9 : Répartition des patients selon D3**

#### **3.1. Le délai thérapeutique D3 selon les données socio-démographiques**

A propos de l'âge, le délai moyen thérapeutique D3 était plus long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (soit 76,69 jours), suivis des patients âgés entre 30 et 60 ans (64,78 jours). Cependant, il reste court chez les sujets âgés de moins de 30 ans (23,70 jours).

Les hommes étaient opérés plus tardivement que les femmes (respectivement 63,57 jours 49,46 jours).

## Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie viscérale

Les patients résidants en dehors de la ville étaient opérés plus tardivement (61,93 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville et régions (soit respectivement 50,60 jours et 52,70 jours).

Les Militaires retraités avaient un délai thérapeutique plus long (90,80 jours) que les Militaires en activité et leurs familles (respectivement 51,52 jours et 48,06 jours).

Concernant les non ayant-Droits, les non mutualistes étaient opérés plus tardivement que les mutualistes (respectivement 75,14 jours et 49,98 jours).

**Tableau VI : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction des caractéristiques socio-démographiques**

Caractères Socio-démographiques		Moyen (En jour)	Médian (En jour)
Age	<= 30 ans	23,70	1
	] 30 ans - 60 ans]	64,78	30
	> 60 ans	76,69	50
Sexe	Féminin	49,46	30
	Masculin	63,57	27
Lieu de résidence ou d'affectation	Marrakech-Ville	50,60	6
	Marrakech-Région	52,70	25
	Hors Marrakech	61,93	30
Catégorie et couverture médicale	Militaires en activité	51,52	4
	Ayant-Droits :		
	- Famille (conjoint et descendants)	48,06	30
	- Militaires retraités	90,80	60
	Non ayant-Droits :		
	- Mutualistes	49,98	7
- Non Mutualistes	75,14	7	

**3.2. Le délai thérapeutique D3 en fonction du diagnostic étiologique :**

Dans le cadre des urgences immédiates, le délai thérapeutique moyen D3 était diminué chez les patients présentant une appendicite aigue (1,02 jour), suivie par la péritonite aigue (1,26 jours), puis le traumatisme abdominal (2 jours). Tandis que ce délai est plus élevé chez les patients ayant un abcès anal (3,66 jours).

En termes d'urgences différées (pathologie cancéreuse), le délai thérapeutique moyen était plus long en cas de cancer pancréatique (72,22 jours) suivi par le cancer colorectal (71,80 jours) et diminué en cas de tumeur gastrique (30,11 jours).

En dehors des urgences, le délai thérapeutique moyen était plus long en cas de fissure anale (211,66 jours) suivie par la pathologie hémorroïdaire (161,13 jours) et la hernie simple (136,17 jours), tandis qu'il est plus court en cas de kyste hydatique (32 jours).

**Tableau VII : Répartition des délais thérapeutiques D3 en fonction du diagnostic étiologique**

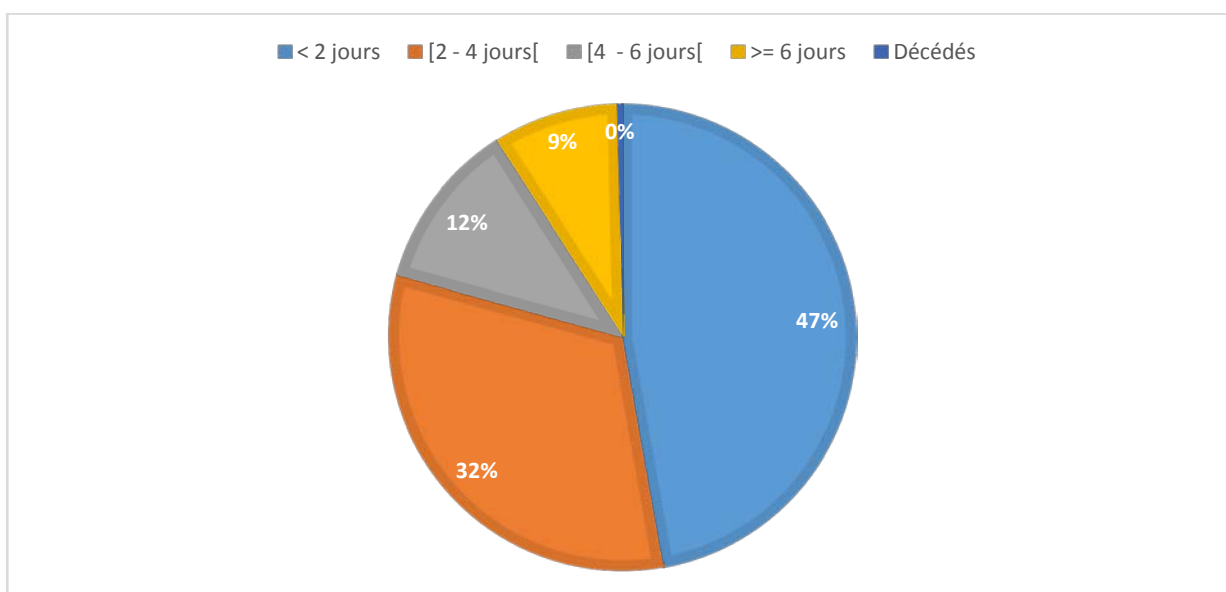
<b>Les Etiologies</b>	<b>Minimal (En jour)</b>	<b>Maximal (En jour)</b>	<b>Moyen (En jour)</b>	<b>Médian (En jour)</b>
<b>Appendicite aigue</b>	0	4	1,02	1
<b>Péritonite aigue</b>	0	4	1,26	1
<b>Occlusion aigue</b>	0	15	2,07	1
<b>Cholécystite aigue</b>	0	7	2,11	2
<b>Traumatisme abdominal</b>	0	4	2	2
<b>Abcès anal</b>	0	7	3,66	3
<b>Cancer du pancréas</b>	25	150	72,22	60
<b>Cancer gastrique</b>	10	60	30,11	30
<b>Cancer colorectal</b>	10	150	71,80	70
<b>Cancer de l'œsophage</b>	300	90	60	60
<b>Lithiase vésiculaire</b>	7	240	75,41	60
<b>Hernie simple</b>	20	600	136,17	105
<b>Hémorroïdes</b>	30	365	161,13	150
<b>Fissure anale</b>	60	365	211,66	210
<b>Kyste hydatique du foie</b>	2	80	32	30
<b>Eventration non compliquée</b>	15	90	41,17	50

#### **4. Le délai thérapeutique D4 :**

Le délai thérapeutique moyen D4 entre l'intervention chirurgicale et la sortie de l'hôpital était de 2,50 jours, tandis que le délai médian était de 2 jours.

47% des patients sont sortis dans moins de 2 jours après l'intervention chirurgicale. La sortie de 32% des cas était entre 2 et 4 jours, alors que 9% des patients sont sortis dans plus de 6 jours.

Ce pendant 3 patients étaient décédés.



**Figure 10 : Répartition des patients selon D4**

##### **4.1. Le délai thérapeutique D4 selon les données socio-démographiques :**

Concernant l'âge, le délai thérapeutique D4 était plus long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (3,26 jours), suivis par les patients âgés entre 30 et 60 ans (2,30 jours), puis les sujets âgés de moins de 30 ans (2,18 jours).

Les hommes sortaient de l'Hôpital plus tardivement que les femmes (respectivement 2,61 jours 2,38 jours).



## Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie viscérale

Les patients résidants en dehors de la ville avaient un délai de sortie plus long (3,02 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville et régions (soit respectivement 2,20 jours et 2,43 jours).

Les Militaires retraités sortaient plus tardivement de l'Hôpital (3,28 jours) que les familles des Militaires et ceux en activité (respectivement 2,33 jours et 2,06 jours).

Concernant les non ayant-Droits, les non mutualistes avaient un délai de sortie plus long que les mutualistes (respectivement 3,29 jours et 3,22 jours).

**Tableau VIII : Répartition des délais thérapeutique D4 en fonction des caractéristiques socio-démographiques**

Caractères Socio-démographiques		Moyen (En jour)	Médian (En jour)
<b>Age</b>	<= 30 ans	2,18	2
	] 30 ans - 60 ans]	2,30	1
	> 60 ans	3,26	2
<b>Sexe</b>	Féminin	2,38	1
	Masculin	2,61	2
<b>Lieu de résidence ou d'affectation</b>	Marrakech-Ville	2,20	1
	Marrakech-Région	2,43	2
	Hors Marrakech	3,02	2
<b>Catégorie et couverture médicale</b>	Militaires en activité	2,06	1
	Ayant-Droits :		
	- Famille (conjointes et descendants)	2,33	1
	- Militaires retraités	3,28	2
	Non ayant-Droits :		
- Mutualistes	3,22	2	
- Non Mutualistes	3,29	3	

**4.2. Le délai thérapeutique D4 en fonction du diagnostic étiologique :**

Dans notre étude, le délai thérapeutique moyen D4 était diminué chez les patients opérés pour une pathologie chirurgicale digestive non urgente : avec en tête l'éventration non compliquée (1,05 jours) suivie par la hernie simple (1,08 jours), vient ensuite la pathologie proctologique (fissure anale et les hémorroïdes soit respectivement 1,19 et 1,27 jours), puis la lithiase vésiculaire (1,46 jours).

En revanche, les délais de sortie moyen D4 les plus long sont marqués chez les patients suivis pour :

- Les pathologies cancéreuses : le cancer colorectal vient en premier (10,11 jours) suivi par le cancer de l'œsophage (10 jours) vient ensuite le cancer du pancréas (8,22 jours) et le cancer gastrique (7,41 jours).
- Les urgences immédiates : avec en tête le traumatisme abdominale (7 jours) suivi de l'abcès anal (4,26 jours).

**Tableau IX : Répartition des délais thérapeutiques D4 en fonction du diagnostic étiologique**

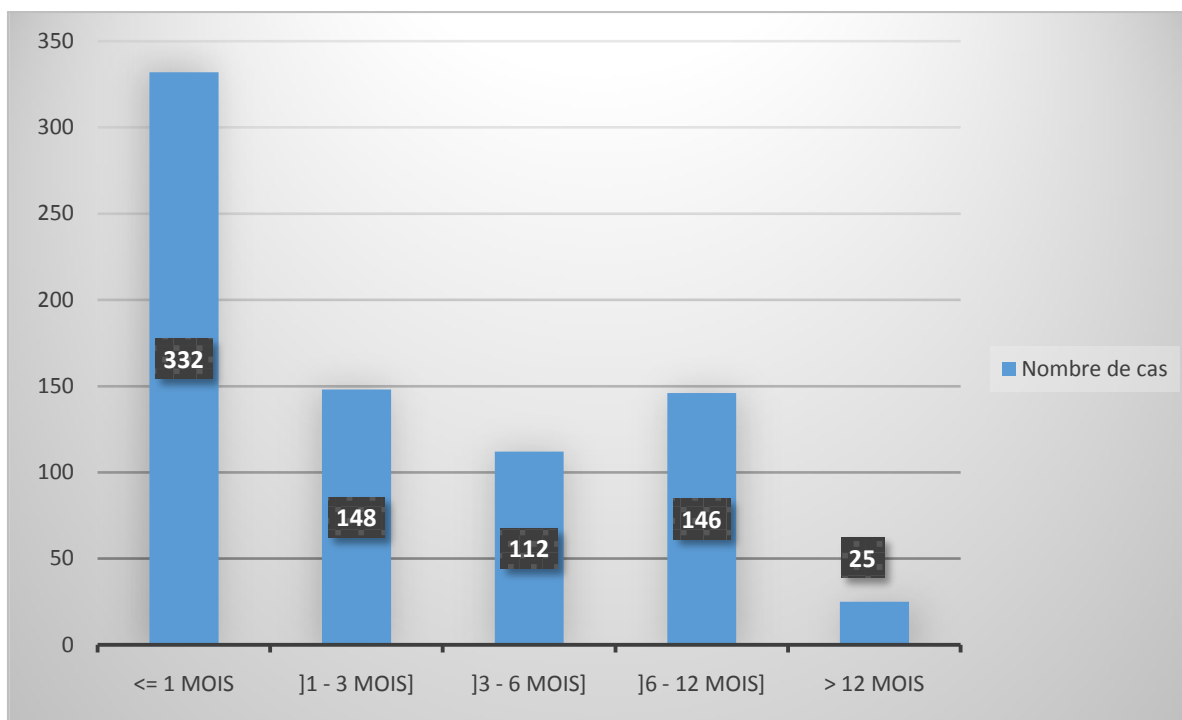
Les Etiologies	Minimal (En jour)	Maximal (En jour)	Moyen (En jour)	Médian (En jour)
Appendicite aigue	1	7	2,03	2
Péritonite aigue	1	10	3,2	2
Occlusion aigue	1	7	2,31	2
Cholécystite aigue	1	7	3,42	3
Traumatisme abdominal	3	15	7	6
Abcès anal	2	8	4,26	4
Cancer du pancréas	5	12	8,22	7
Cancer gastrique	3	15	7,41	7
Cancer colorectal	5	20	10,11	10
Cancer de l'œsophage	8	12	10	10
Lithiase vésiculaire	1	5	1,46	1
Hernie simple	1	3	1,08	1
Hémorroïdes	1	2	1,27	1
Fissure anale	1	3	1,19	1
Kyste hydatique du foie	1	8	3,90	4
Eventration non compliquée	1	2	1,05	1

**5. Le délai de PEC total D5 :**

Pour l'ensemble de nos patients, le délai total moyen était de 93,47 jours (soit 3,11 mois pour N=763).

Le parcours de prise en charge des pathologies chirurgicales viscérales était dans :

- 44% (332 cas), inférieur ou égal à 1 mois,
- 19%(soit 148 patients) entre 1 mois et 3 mois
- 15% (soit 112 patients) entre 3 mois et 6 mois
- 19% (soit 146 cas) entre 6 mois et 12 mois
- Seulement 3% (soit 25 cas) supérieur à 1 an.



**Figure 11 : Répartition des patients selon D5**

**5.1. Le délai de PEC total D5 selon les données socio-démographiques :**

Dans notre étude, le délai de PEC total était le plus élevé chez les sujets âgés de plus de 60 ans (130,77 jours), suivis des patients âgés entre 30 et 60 ans (98,6 jours), puis les sujets âgés de moins de 30 ans (34,85 jours).

Les hommes avaient un délai de PEC total plus long par rapport aux femmes (respectivement 103,07 jours et 72,67 jours).

Les patients résidants en dehors de la ville avaient un délai de PEC total plus long (108,50 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville et régions (soient respectivement 91,40 jours et 79,19 jours).

Les Militaires retraités avaient un délai de PEC total plus long (154,50 jours) que les Militaires en activité et leurs familles (respectivement 77,69 jours et 71,98 jours).

Concernant les non ayant-Droits, les non mutualistes avaient un délai de PEC total plus long que les mutualistes (respectivement 114,29 jours et 81,47 jours)

**Tableau X : Répartition du délai de PEC total D5 en fonction des caractéristiques socio-démographiques**

Caractères Socio-démographiques		Moyen (En jour)	Médian (En jour)
<b>Age</b>	<= 30 ans	34,85	7
	] 30 ans - 60 ans]	98,6	46
	> 60 ans	130,77	94
<b>Sexe</b>	Féminin	72,67	37
	Masculin	103,07	46
Lieu de résidence ou d'affectation	Marrakech-Ville	91,40	63
	Marrakech-Région	79,19	26
	Hors Marrakech	108,50	40
<b>Catégorie et couverture médicale</b>	Militaires en activité	77,69	24
	Ayant-Droits :		
	- Famille (conjointes et descendants)	71,98	38
	- Militaire retraités	154,50	122
	Non ayant-Droits :		
- Mutualistes	81,47	26	
- Non Mutualistes	114,29	30	

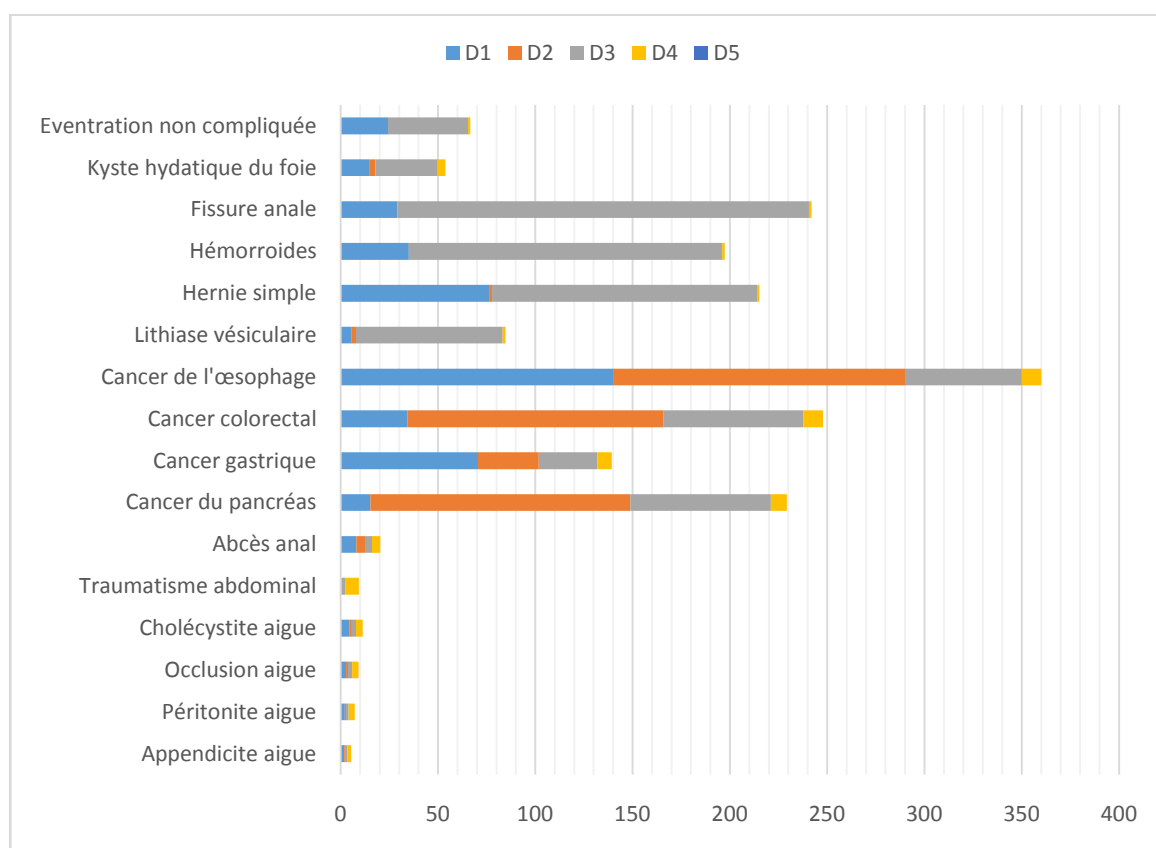
**5.2. Le délai de PEC totale D5 en fonction du diagnostic étiologique :**

Le délai moyen total D5 du premier signe jusqu'à l'intervention chirurgicale était diminué chez les patients suivis pour une urgence viscérale immédiate : avec en premier l'appendicite aigue (soit 5,54 jours), suivie par la péritonite aigue (7,26 jours), puis l'occlusion aigue (8,42 jours), ensuite le traumatisme abdominal (9,37 jours), puis la cholécystite aigue (11,28 jours) et enfin viens l'abcès anal (20,28 jours).

## Les délais diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie viscérale

Concernant les urgences viscérales différées (la pathologie cancéreuse), le délai moyen total D5 était de plus en plus long, avec en tête le cancer de l'œsophage (soit 360 jours), suivi par le cancer colorectal (247,88 jours), puis le cancer du pancréas (229,33 jours) et le cancer gastrique (139,41).

En dehors des urgences, le délai thérapeutique moyen était plus long en cas de fissure anale (241,90 jours), suivie par la hernie simple (215,15 jours), puis la pathologie hémorroïdaire (197,40 jours), la lithiase vésiculaire (84,70 jours), vient ensuite l'éventration non compliquée (66,58) et enfin le kyste hydatique du foie (53,81 jours).



**Figure12 : Répartition du délai de PEC total D5 en fonction du diagnostic étiologique**

## **6. Facteurs déterminants le retard de PEC :**

Parmi nos 763 patients, 107 patients ont été interrogés par appels téléphoniques. Ces personnes ont été questionnées sur les véritables causes de retard à la consultation, au diagnostic ou à la PEC thérapeutique. Le tableau ci-dessous représente les différents facteurs déterminants ce retard, expliquant ainsi les délais de PEC au cours de cette période d'étude.

D'après le tableau, la pandémie Covid SARS 19 qu'a connu le monde dernièrement reste le facteur essentiel qui explique les longs délais diagnostiques et thérapeutiques. Certes, 49% des patients se sont abstenus de consulter chez un médecin en raison de cette pandémie, suivie par le bas niveau socio-économique chez 27% des patients, vient ensuite l'influence de l'entourage (soit 14% des cas) puis l'errance diagnostique (soit 6% des cas). Seulement 4% des patients ont expliqué leur retard de PEC par leur peur de la chirurgie.

**Tableau XI : Répartition des patients en fonction des raisons du retard de PEC**

<b>Causes de retard de la PEC</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pandémie Covid SARS19</b>	<b>52</b>	<b>49%</b>
<b>Bas niveau socio-économique</b>	<b>29</b>	<b>27%</b>
<b>Influence par l'entourage</b>	<b>15</b>	<b>14%</b>
<b>Errance diagnostique</b>	<b>7</b>	<b>6%</b>
<b>Peur de la chirurgie</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>



# **DISCUSSION**





## **I. Généralités :**

### **1. Les principales pathologies chirurgicales viscérales :**

Les pathologies chirurgicales viscérales sont très fréquentes et préoccupantes par la gravité de leur pronostic. Elles constituent l'un des principaux motifs de consultation en médecine générale [21]. Elles se caractérisent généralement par leur fréquence, la diversité de leurs signes fonctionnels et physiques ainsi que par l'existence de différents moyens diagnostiques et thérapeutiques [21]. Le retard au diagnostic et au traitement du patient demeure un facteur déterminant de la qualité de la prise en charge [22]. En consultation quotidienne, le chirurgien viscéraliste est amené à prendre en charge de nombreuses situations selon leur caractère urgent ou non urgent :

#### **1.1. Les urgences viscérales immédiates :**

D'après l'OMS, les urgences abdominales chirurgicales sont des douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de 3 jours) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence [23].

Les urgences chirurgicales digestives sont des pathologies qui occupent une place importante en chirurgie par leur fréquence élevée, leur prise en charge difficile et leur taux de mortalité et de morbidité élevé [24].

Les abdomens aigus sont parmi les urgences médicochirurgicales les plus fréquentes [25,26]. Selon HAROUNA et KAMBIRE, ils ont représenté respectivement 62%, et 49,3% des interventions chirurgicales en urgence [8,27].

Les urgences chirurgicales abdominales font partie intégrante de la pratique clinique quotidienne du médecin urgentiste ou du chirurgien viscéraliste et présentent souvent de véritables défis en terme de diagnostic et de PEC thérapeutique, en particulier dans les milieux disposant de ressources limitées et d'un manque d'infrastructures médicales modernes [28].

Ces urgences peuvent être classées, selon leur motif d'admission, en abdomens aigus chirurgicaux traumatiques et non traumatiques. Les abdomens aigus chirurgicaux non traumatiques ont des étiologies variées : infectieuse, inflammatoire, occlusive et vasculaire [25].

L'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë, et la péritonite aiguë en constituent les principales étiologies [29].

**1.2. Les urgences viscérales différées :**

Une urgence différée est définie comme une pathologie qui peut être soignée avec délai [20].

Un cancer est a priori une maladie grave mais généralement pas une urgence immédiate, sauf en cas de complication aiguë [30].

En oncologie, la rapidité de la PEC du cancer est un élément essentiel dans la survie du patient. Il est donc important que les délais de la PEC soient à leur tour optimisés [30].

La rapidité de prise en charge en cancérologie doit rester un objectif prioritaire pour la qualité des soins aux étapes pré-hospitalière et hospitalière. Une évaluation rapide mène alors au diagnostic et à l'instauration d'un traitement dans les plus brefs délais qui peut sauver des vies et prévenir une perte irréversible de fonction [31].

La prise en charge en urgence des cancers de l'appareil digestif est une situation qui se rencontre assez souvent, en raison de la fréquence des complications révélatrices ou évolutives qui nécessitent une intervention médicale et/ou chirurgicale urgente [32].

Le nombre de patients atteints de cancer admis aux urgences est en nette augmentation en raison de l'évolution des cancers qui est souvent émaillée de situations urgentes. L'oncologie digestive est la première cause de consultation aux urgences avec 20,3% des patients cancéreux [33].

La cancérologie digestive est un problème de santé publique au Maroc. Les cancers digestifs sont les plus fréquents dans notre pays avec 1 120 cas en 2012 représentant ainsi 20,25% de l'ensemble des cancers. Ils sont dominés par les cancers colorectaux qui comptent pour 41,43% [34].

**1.3. Les pathologies viscérales non urgentes :**

Les maladies digestives occupent une place importante dans les problèmes sanitaires mondiaux [35].

Les pathologies viscérales non urgentes entrent dans le cadre des interventions chirurgicales à froid ou autrement dit programmées, elles concernent généralement le traitement des éventrations, des pathologies gastriques comme un ulcère ou une tumeur bénigne, des pathologies coliques comme la maladie de Crohn, des pathologies des voies biliaires et du foie ou encore des maladies du pancréas, de l'intestin grêle ou de la rate [35].

**2. Les conséquences du retard de la prise en charge de la pathologie chirurgicale digestive :**

En urgence, la prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux doit être rapide et efficace [36]. Le retard de la PEC des patients génère des complications diverses à court terme, parfois immédiates et une altération du pronostic fonctionnel du patient voire vital qui est à chaque instant engagé [13]. La morbi-mortalité est fréquente et est provoquée par le retard de consultation et de la PEC [26,37].

En effet, le temps écoulé entre l'arrivée du malade, son admission et l'administration des soins à ce dernier, tout comme la qualité des soins administrés, sont des facteurs qui influencent le pronostic. Ces délais de prise en charge varient en fonction de l'organisation des systèmes d'urgence dans chaque région du monde et selon la nature de la pathologie du malade [13]. Le pronostic repose alors sur le diagnostic précoce et de la PEC rapide et bien optimisée, bien que la prise en charge inadéquate et retardée peut engendrer des complications graves et mortelles [36,38].

Concernant la pathologie cancéreuse, elle entre dans la catégorie des affections de longue durée (ALD) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse [39]. Certes, la PEC du cancer doit se faire à un stade précoce dans le but d'améliorer la « qualité de vie » du malade cancéreux, Il est donc exigible d'analyser précédemment les spécificités du retard de prise en charge diagnostique et thérapeutique et leur retentissement sur la vie du patient et de son entourage [40].

Cet impact, étant variable selon le caractère socioculturel, touche les particularités psychologiques, sociales et économiques du patient cancéreux qui deviennent de plus en plus lourdes en cas de découverte de la maladie à des stades très avancés et compliqués [41].

Les coûts indirects intéressent le retentissement psychosocial de la pathologie cancéreuse sur la qualité de vie du patient qui devient de plus en plus altérée [42]. En termes de qualité de vie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 a défini la QDV comme « la perception qu'a un individu de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'une conception très vague qui peut être affectée de façon complexe par les changements de la santé physique du sujet, de son état psychologique, de ses relations sociales et ses interactions avec les éléments diversifiés de son environnement » [43].

D'autre part, les coûts indirects se réfèrent aux conséquences humaines, telles que les douleurs somatiques et neuropathiques qui constituent l'un des facteurs majeurs d'altération de la QDV ou le retentissement sur le vécu de ces patients qui est unique et mérite d'être approfondi. Cependant, avec la connaissance du cancer, et l'annonce du diagnostic par le médecin traitant, le patient prend pleinement conscience de sa situation rigoureuse et de son statut de mortel [44].

Le retentissement économique intéresse les coûts directs qui regroupent l'ensemble des éléments de la prise en charge médicale et chirurgicale des patients : consultations, examens paracliniques, hospitalisations, traitements chirurgicaux avec leur surveillance, et les soins

paramédicaux [45]. L'exemple type est celui des cancers digestifs, les coûts les plus importants sont liés à la chimiothérapie ou à la radiothérapie (lorsque les chances de guérison par la chirurgie seule sont jugées insuffisantes à l'origine d'une PEC retardée), au décours desquelles on remarque une altération de la performance chez la majorité des malades [46].

En conséquence alors du retard diagnostique du cancer, les traitements se font dans les stades plus avancés et déclenchent une bascule très approfondie du patient dans le monde de l'invalidité [44]. Dans ce cadre, le malade se trouve face à une insuffisance matérielle qui se surajoute à la détresse psychologique et l'altération de l'état général engendrées par la maladie [47].

En dehors des urgences, les pathologies chirurgicales digestives à froid sont programmées. Cependant, cette période appelée également la période péri-opératoire englobe les phases pré, per et post opératoires et s'accompagne d'un risque important de complications favorisées par plusieurs facteurs. En effet, ces complications sont attribuables le plus souvent à l'anesthésie, à la chirurgie, à la pathologie, aux facteurs environnementaux mais aussi d'origine inconnue [48].

Dans la chirurgie programmée, l'incidence des complications constitue un élément d'évaluation important du niveau des soins péri-opératoires [48].

L'exemple type est celui de la hernie simple, elle représente un motif fréquent de consultation en chirurgie et touche une large population à travers les âges [49]. La pathologie herniaire est également considérée comme un problème de santé publique vue ses différents types variés, elles regroupent les hernies de l'aine (inguinales et crurales), les hernies abdominales (ombilicales, épigastriques, lombaires et de Spiegel) et les hernies incisionnelles (éventrations postopératoires) [50]. Le retard à la consultation dans la pathologie herniaire peut engendrer par la suite d'autres complications dont l'étranglement constitue l'éventualité la plus grave du fait du risque de nécrose intestinale, véritable urgence chirurgicale dont la mortalité aujourd'hui est importante [51].

De l'autre côté, la hernie quel que soit son type a un retentissement fonctionnel important, ainsi chaque négligence de cette maladie peut provoquer son accroissement progressif, source d'une gêne et douleur locale, entravant la vie quotidienne du malade, la marche, le travail.... [52].

Un autre exemple est celui de la lithiase vésiculaire, elle représente un vrai problème de santé publique, et elle demande une intervention chirurgicale réputée, simple et anodine mais qui peut évoluer également vers des complications parfois très graves en absence du traitement [53]. En cas de retard diagnostique et thérapeutique, la symptomatologie persiste, et se complique par l'apparition d'autres symptômes, Il s'agit des tableaux cliniques très alarmants et potentiellement graves, qui ont un retentissement fonctionnel, parfois mortel et exigent un diagnostic et un traitement rapide et immédiat. Dans ce cadre, la lithiase vésiculaire simple peut se compliquer par une cholécystite, une angiocholite voire une pancréatite biliaire aiguë [54].

### **3. Parcours de la prise en charge des pathologies chirurgicales digestives :**

#### **3.1. Parcours de soins des patients suivis pour une urgence médico-chirurgicale :**

Le service des urgences (SU) est un service hospitalier qui assure la prise en charge des "venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique [55].

Aux urgences, le médecin reçoit les patients selon différents modes d'admission, ainsi, il y a des patients qui viennent de leur propre initiative, d'autres sont référés par un médecin généraliste ou spécialiste, et d'autres sont transférés d'un autre hôpital par manque de moyens de PEC ou à cause de la surcharge en unité d'hospitalisation [56].

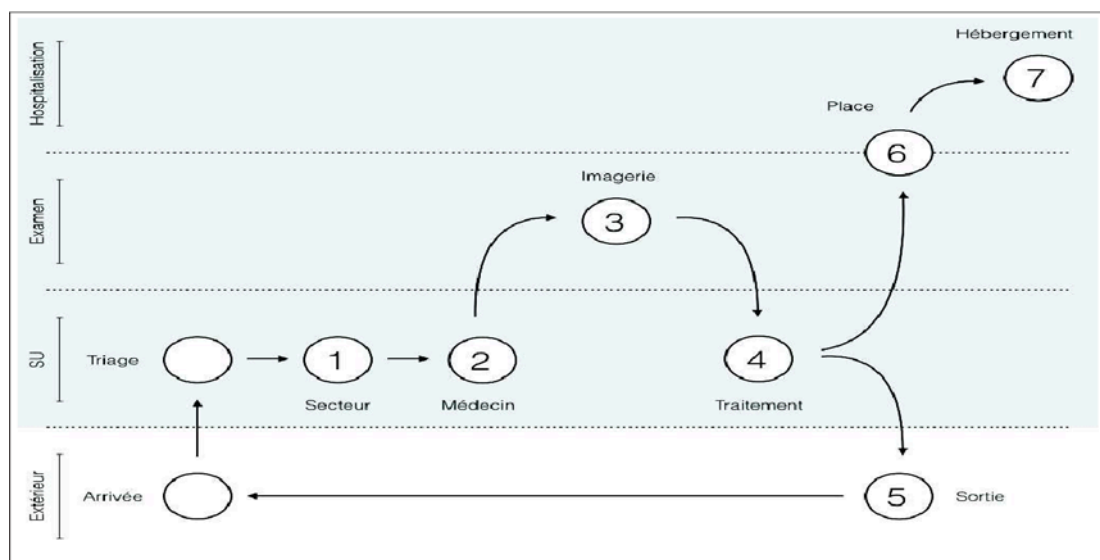
Dès son arrivée au SU, le malade entre dans le circuit-patient qui correspond aux différentes étapes de sa prise en charge [57,58].

Ce circuit commence dès le premier contact, à l'accueil du SU, avec le triage du patient par l'organisateur de l'accueil. En effet, la PEC du malade par le médecin urgentiste se fait en fonction du triage indiqué après le premier contact médical [59]. Après la présentation et l'examen clinique, la prise en charge se poursuit, si besoin, par la prescription du traitement et des examens complémentaires [60].

Dans le cas d'une urgence, le médecin urgentiste contacte immédiatement le chirurgien spécialiste pour un avis de prise en charge chirurgicale en urgence, dans ce contexte, le chirurgien confirme le diagnostic à l'aide de l'examen clinique voir paraclinique puis demande le bilan préopératoire pour une éventuelle intervention chirurgicale [61].

Le SU est une porte d'entrée essentielle dans le parcours de soins [55], cependant, le délai de prise en charge du patient peut être ralenti ou altéré lorsqu'il y a une surcharge dans le SU, c'est-à-dire lorsque les capacités de celui-ci sont dépassées par le nombre de patients en attente d'être vus, d'évaluation, de traitement et de place d'hospitalisation [57].

Le triage demeure donc nécessaire pour la PEC des patients en fonction de leur gravité. Une désorganisation au sein du SU peut entraîner une perte de temps et de chance et peut aggraver le pronostic du patient [57,58].



**Figure 13 : Parcours de PEC du patient au service des urgences.**

**3.2. Parcours de soins des patients suivis pour une pathologie non urgente au Maroc :**

Au Maroc, le recours aux soins de santé se fait à travers des dispositifs particuliers de coordination des prestations de soins entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé et entre les différents niveaux de prise en charge hospitalier, externe et ambulatoire [62].

L'offre de soins dans le secteur public est régie par le principe de gradation des niveaux de soins qui repose sur un système de référence et de contre référence, qui régule les parcours de soins des patients en dehors des situations d'urgence [62]. Ce système peut être organisé à l'intérieur du même territoire de santé sous forme de :

- Filière de soins : définit selon le décret comme une organisation verticale hiérarchisée de la PEC des patients avec un premier contact d'accès aux soins, représenté par le Médecin Généraliste ou le Médecin Traitant ainsi que des niveaux de recours aux soins organisés selon la nature de la morbidité et les protocoles thérapeutiques quand ils existent [62].
- Réseau coordonné de soins : définit selon le décret comme une organisation horizontale non hiérarchisée de la prise en charge des patients au sein du même territoire sanitaire. Il vise le renforcement de la coordination d'une prise en charge médicale multidisciplinaire [62].

L'organisation du système de soins au Maroc implique également le secteur privé, ainsi, les établissements de santé privés y participent dans le cadre de la complémentarité entre les deux secteurs. En effet, des modes de partenariat public-privé sont mis en place pour permettre la participation du secteur privé à des missions du service public de santé [62].

Dans le cadre de la chirurgie programmée, après l'indication chirurgicale, le patient est adressé pour la première fois par son médecin traitant à un chirurgien spécialiste chargé de donner son avis chirurgical. Ce dernier évalue la nécessité d'une intervention chirurgicale et programme l'hospitalisation ou l'inscrit sur une liste d'attente formelle en vue d'une opération sous réserve de l'acceptation du patient [63].



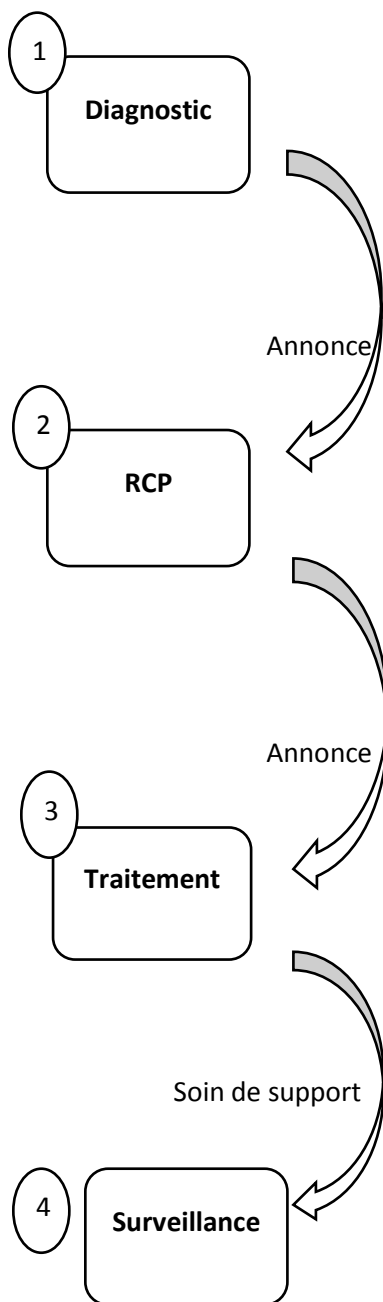
**3.3. Parcours de soins des patients cancéreux au Maroc :**

Le parcours de soins des patients cancéreux regroupe l'ensemble des étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie cancéreuse depuis le diagnostic jusqu'à la surveillance de la maladie après le traitement thérapeutique. Le parcours de soins en oncologie engage divers professionnels de santé de différentes dimensions et disciplines médicales, et doit respecter les recommandations primordiales dans le but de maintenir un bon suivi des patients dès l'annonce de la maladie jusqu'à un stade plus lointain, la vie après le cancer. Ce trajet de soin permet une implication de dimensions et mesures variées : diminution des risques et des coûts, amélioration de la qualité des soins, renforcement du soutien psychologique, la satisfaction du patient et l'efficacité dans l'utilisation des ressources [64].

L'équipe médicale participe à la PEC globale des malades atteints de tous les types de cancers. A l'issue des examens cliniques et paracliniques, le médecin annonce le diagnostic au malade et discute avec lui les différents protocoles de sa PEC ultérieure. Le traitement choisi est décidé par une équipe médicale spécialisée dans une réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Le choix du traitement est déterminé par la suite en concertation avec le patient sans oublier le Programme Personnalisé de Soins (PPS) qui lui est remis. Ce dernier représente l'enchaînement de différentes phases du parcours de soins, de nature et chronologie définies (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), durée des différents traitements, périodicité des consultations de suivi et surveillance, ainsi que les soins paramédicaux. Le patient est ainsi acteur et participe à la décision [65].

L'amélioration de la qualité de PEC clinique, thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de cancer commence chez le médecin traitant. Ce dernier joue un rôle majeur tout au cours du parcours de soins puisqu'il agit à tous les moments de la prise en charge du patient (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi, éducation) et assure des missions d'orientation, de coordination, et de synthèse [66].

La différenciation des parcours de soins en cancérologie nécessite une coordination entre les divers stades du suivi d'un patient. Cette organisation peut garantir la sécurité dont le patient a besoin, la qualité et la pertinence, ainsi ce suivi doit être rigoureux et régulier et repose sur des paramètres partagés par l'ensemble des professionnels de santé [67].



**Programme personnalisé de soin (PPS) des patients cancéreux [68]**

## **II. Les différents délais diagnostiques et thérapeutiques :**

### **1. Définition :**

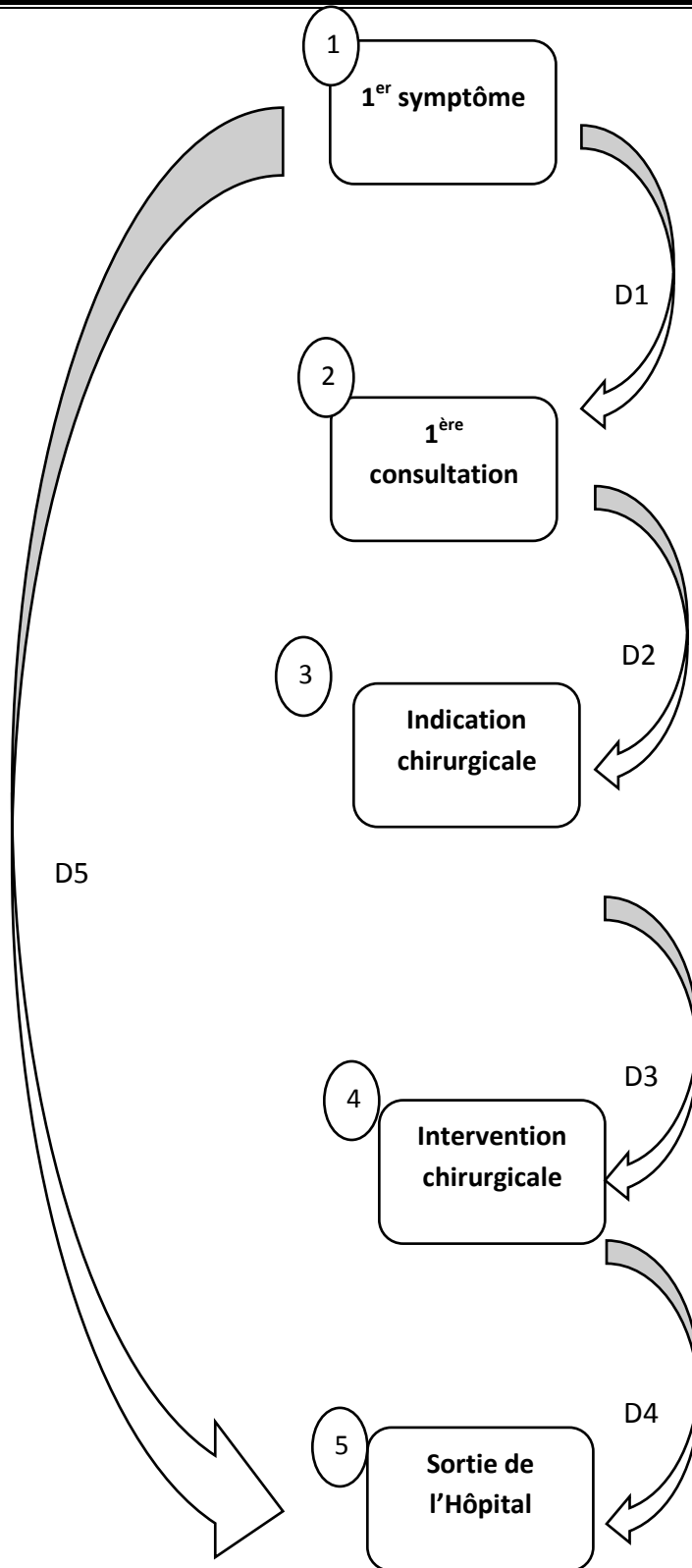
La PEC d'un patient est un processus complexe marqué par plusieurs phases [69]. Elle regroupe l'ensemble des étapes depuis l'apparition des premiers symptômes passant par la réalisation des examens paracliniques jusqu'au traitement. A chaque étape de parcours de soin correspond un délai étudié.

Les différents délais diagnostiques et thérapeutiques au service de chirurgie générale peuvent varier selon le type de pathologie prise en charge et sont représentés comme suit :

- Le délai de consultation D1 : correspond au temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation médicale chez un médecin généraliste ou spécialiste. Ce délai est appelé également le « délai patient ».
- Le délai de diagnostic D2 : correspond au temps écoulé entre la première consultation médicale et le diagnostic ou l'indication chirurgicale.
- Le délai thérapeutique D3 : correspond au temps écoulé entre le diagnostic ou l'indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale.
- Le délai de sortie D4 : fait partie également du délai thérapeutique du patient, et correspond au temps écoulé entre l'intervention chirurgicale et la sortie du patient de l'Hôpital.
- Le délai total D5 : correspond au temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la sortie de l'Hôpital.

Le délai diagnostique et le délai thérapeutique sont définis comme étant les délais attribuables au système de santé. Ils sont aussi appelés « délai système de santé » [5].

Les variables indépendantes (socio-démographiques, cliniques, recours aux soins), sont évaluées pour leur association aux différents délais cités ci-dessus [5].



**Schéma représentatif des différents délais diagnostiques et thérapeutiques**

## **2. L'importance des délais de PEC en chirurgie viscérale :**

L'amélioration de la qualité des soins de santé a été depuis des années l'enjeu majeur des structures hospitalières de l'état. En effet, les méthodes d'amélioration de la qualité dans le domaine de santé consistent à prendre en compte l'ensemble des exigences des différents malades avec l'importance de l'adéquation entre leurs besoins et la conception de leur prise en charge [70].

À ce jour, très peu de données sont disponibles dans notre pays concernant les différents délais de consultation, de diagnostic et de mise sous traitement des patients [5]. Par ailleurs, les établissements de santé sont plus concernés par la sécurité des soins et de la prise en charge des patients dans le but de contribuer à une meilleure gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des prestations de soins [70].

L'étude des délais de prise en charge du patient est l'un des indicateurs essentiels à l'évaluation de la qualité des soins dans le service. Ce paramètre permet d'étudier et de rassembler les causes et les particularités des durées d'hospitalisations prolongées et par conséquent trouver des solutions pour améliorer la qualité de PEC du patient [71].

La connaissance de ces délais et leurs déterminants qui diffèrent en fonction de plusieurs paramètres pourrait nous aider à avancer des propositions et des hypothèses pour une PEC précoce des malades dans les établissements de santé de notre pays [5].

La mesure des délais diagnostiques et thérapeutiques permet de :

- Evaluer le temps écoulé entre les différentes phases pour mieux caractériser le parcours de soin.
- Rendre compte des conditions d'accessibilité aux divers structures et partenaires de soins pour tous les malades, surtout la population la plus vulnérable.
- Entreprendre les mesures pour régler les problèmes internes liés aux hôpitaux et aux centres de santé périphériques (qui retardent la PEC des malades).

### **3. Les impacts de la mesure des délais sur la prise en charge des patients :**

D'après plusieurs études, le délai écoulé entre l'apparition des symptômes, la consultation médicale et le temps de diagnostic semble très important et influence le pronostic du patient ainsi que sa vie quotidienne [5].

En termes de prise en charge thérapeutique au niveau des hôpitaux, les interventions chirurgicales sont hiérarchisées et dépendent des besoins, avec en tête les actes urgents (exemple de l'opération d'un syndrome occlusif aigu ou une péritonite aiguë), tandis que les cas non urgents peuvent être programmés ultérieurement [72].

Autre point majeur, en cas de l'amélioration de la symptomatologie (atténuation de la symptômes et amélioration du pronostic), la demande d'actes chirurgicaux est toujours gérée, voire décidée par le chirurgien traitant, cependant, les avis semblent largement divergés et discutés entre les chirurgiens à propos des seuils des besoins et des indications chirurgicales [72].

Les délais de prise en charge allongés peuvent provoquer une élévation des coûts de la PEC [73]. Dans ce cadre, la question des délais de PEC pour les interventions chirurgicales non urgentes financées sur fonds publics entraîne des controverses imprévisibles et s'avère le plus souvent déroutante et inattendue, ces délais constituent un sérieux problème de politique sanitaire [72].

En cas de pathologie cancéreuse, la mesure des délais diagnostiques et thérapeutiques des malades constitue un élément d'appréciation de la qualité de leur PEC puisqu'elle reflète directement les modes organisationnels internes au service [74]. Certes, selon l'INCA en 2013, un allongement des délais impacte vivement le pronostic, bien que le délai diagnostique du cancer soit long, le risque augmente et les patients sont plus exposés à des stades avancés et plus compliqués de la maladie. La réduction d'un délai diagnostique peut améliorer le pronostic en conduisant alors au diagnostic d'un cancer vu à un stade localisé le plus souvent traité par chirurgie sans recours à la radio-chimiothérapie, augmentant ainsi la chance de guérison complète des patients [75].

Les délais de PEC trop allongés, liés parfois à une orientation fautive et inadéquate, sont responsables de la détresse émotionnelle des patients et de leur entourage [73]. Ils soulèvent souvent une installation de la détresse psychologique accompagnée par des moments d'anxiété et de dépressions pour les patients [76].

### **III. La discussion des résultats :**

La connaissance précise du profil épidémiologique et clinique de l'ensemble des pathologies chirurgicales digestives (urgentes et non urgentes) est indispensable pour planifier les stratégies de PEC et les mesures de prévention. Pour ce faire, des études prennent en compte les variations liées à la situation géographique des patients qui semblent nécessaires. Notre étude s'est inscrite dans cette optique. Etant descriptive et rétrospective, notre étude concerne les délais diagnostiques et thérapeutiques des patients pris en charge au sein du service de chirurgie générale à l'Hôpital Militaire Avicenne HMA de Marrakech, portant sur une période de 2 ans, mais elle n'a pas pu aborder les aspects pronostiques évaluant la comorbidité et mortalité. Néanmoins, elle a permis de recueillir des données propres afin d'évaluer la qualité de PEC des patients et déterminer les différentes causes responsables du retard de cette PEC. Ceci nous semble nécessaire pour la planification et la conduite d'études plus ciblées et peuvent être comparées à celles d'autres études réalisées au Maroc, en Afrique et dans le monde.

#### **1. Les données socio-démographiques :**

Nous avons recruté pour notre étude 763 patients suivis pour une pathologie viscérale dans le service de chirurgie générale à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

Nos résultats paraissent difficiles à comparer à ceux obtenus dans la littérature compte tenu de l'hétérogénéité des différentes études [77]. Celles-ci étaient faites par pathologie ou groupe de pathologies, en effet, certaines études ne prenant en compte que les malades opérés en urgence, d'autres les malades opérés « à froid » [21].



**1.1. Fréquence :**

Selon l'étude de MAGAGI [26] sur les urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne, ces dernières représentaient 22,87%.

D'après l'étude d'ADAMOU HARISSOU [10] sur le retard diagnostique et implication pronostique en milieu Africain, les urgences chirurgicales digestives représentaient 22%.

Une autre étude menée par GBESSI [12] sur la prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénina noté que 15% des pathologies chirurgicales étaient urgentes.

En dehors des urgences, ASSOUTO [21] a rapporté dans son étude sur l'Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical, que les pathologies chirurgicales digestives non urgentes représentaient 32% de l'ensemble des malades admis pour une pathologie chirurgicale.

Dans notre série, 763 patients ont été pris en charge au service de chirurgie générale, parmi lesquels nous avons recensé 49% des urgences chirurgicales digestives et 51% en dehors des urgences. Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés dans toutes les études précédentes.

**1.2. Age :**

Selon les données de la littérature :

2 études Maliennes menées par MODIBO FOFANA DIOP [78] et MOHAMED LAMINE DIAKITE [79] sur les pathologies chirurgicales dans le service de chirurgie générale ont rapporté que l'âge moyen des patients était respectivement de 45,2 ans et 42,3 ans.

Dans la série d'ADAMOU HARISSOU [10], l'âge moyen des patients était de 23 ans.

Dans la série précédente de MAGAGI [26], l'âge moyen des patients était de 22 ans.

Dans la série précédente d'ASSOUTO [21], l'âge moyen des patients était de 30 ans.

Selon l'étude de PALUKU KATSWERE [80] sur la problématique du retard de prise en charge des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques, l'âge moyen des patients était de 28 ans. D'après les données des pays développés, comme le Danemark et les Etats-Unis, l'âge moyen des patients était respectivement de 66 ans et de 57 ans [81, 82]. L'âge élevé de la population d'étude est expliqué par la fréquence de la population âgée en occident par rapport à l'Afrique.

Selon notre série, l'âge des patients variait entre 12 et 92 ans, avec une moyenne d'âge de 48 ans. Nous avons remarqué que : Les patients âgés de moins de 30 ans étaient les moins touchés, ils représentaient 21%. Les patients âgés entre 30 et 60 ans étaient les plus touchés (soit 52% de la population), suivis des patients âgés de plus de 60 ans (soit 27%). On conclut donc que la majorité des patients de notre échantillon étaient actifs ou potentiellement actifs (âge inférieur à 60 ans). Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de MODIBO FOFANA DIOP et MOHAMED LAMINE DIAKITE.

**Tableau XII : Tableau comparatif de l'âge des patients selon la littérature**

Etudes	Pays	Année	Age moyen
ESCARCE [82].	Etats Unis	1990	57
MODIBO FOFANA DIOP[78]	Mali	2004	45,2
MOHAMED LAMINE DIAKITE[79]	Mali	2008	42,3
ASSOUTO [21]	Bénin	2009	30
VESTER-ANDERSEN [81]	Danemark	2014	66
ADAMOU HARISSOU [10]	Niger	2015	23
MAGAGI [26]	Niger	2016	22
PALUKU KATSWERE [80]	Bénin	2020	28
Notre série	Maroc	2023	48

**1.3. Sexe :**

Selon les données de la littérature :

MODIBO FOFANA DIOP [78], MOHAMED LAMINE DIAKITE [79], ASSOUTO [21], ADAMOU HARISSOU [10] et GBESSI [12] ont confirmé la prédominance masculine dans leurs échantillons d'études.

De l'autre côté, PALUKU KATSWERE [80], VESTER-ANDERSEN [81] et ESCARCE [82] ont noté une prédominance féminine dans leurs échantillons d'étude.

Dans notre série, nous avons noté une prédominance masculine (68% de la population). Ce résultat n'a pas pu être expliqué que par la fréquence des pathologies chirurgicales digestives chez l'homme en général avec un sex-ratio homme/femme de 2,12. Nos résultats sont identiques à ceux rapportés par MODIBO FOFANA DIOP, MOHAMED LAMINE DIAKITE, ASSOUTO, ADAMOU HARISSOU et GBESSI.

**Tableau XIII : Tableau comparatif des patients selon le sexe**

Etudes	Pays	Année	Sexe féminin	Sexe masculin	Sex-Ratio
ESCARCE [82]	Etats Unis	1990	54%	46%	-----
MODIBO FOFANA DIOP [78]	Mali	2004	26%	74%	2,8
MOHAMED LAMINE DIAKITE [79]	Mali	2008	30%	70%	2,33
ASSOUTO [21]	Bénin	2009	-----	-----	1,6
VESTER-ANDERSEN [81]	Danemark	2014	51%	49%	-----
GBESSI [12]	Bénin	2015	43%	57%	1,33
ADAMOU HARISSOU [10]	Niger	2015	26%	74%	3
PALUKU KATSWERE [80]	Bénin	2020	56%	44%	0,77
Notre série	Maroc	2023	32%	68%	2,12

**1.4. Lieu de résidence ou d'affectation :**

Selon les données de la littérature :

MODIBO FOFANA DIOP [78], TOURE [83], et DIAFARA BERTHE [84] ont rapporté que respectivement 40%, 46% et 72% des patients provenaient de la ville et région.

De l'autre côté, ADAMOU HARISSOU [10] a réparti les lieux de résidence des patients dans son étude selon le mode d'urbanisation, de ce fait, il a noté que 49% des malades provenaient de zones rurales et 51% des zones urbaines.

D'après notre série, 68% des malades résidaient à Marrakech-ville et Région (soit respectivement 40% et 28%), tandis que 32% venaient d'un milieu hors Marrakech. Nos résultats sont superposables à ceux notés par DIAFARA BERTHE.

Nos résultats pourraient être justifiés par les difficultés d'accès géographique, le phénomène d'urbanisation, et le recourt aux unités de soins primaires les plus proches. On en conclut que :

- L'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech joue un rôle de référence dans et hors la région de Marrakech.
- L'action directe sur la qualité des soins est nécessaire, mais insuffisante, il faut alors développer les soins spécialisés de proximité ou au moins améliorer le réseau de transport.

**1.5. Catégorie et couverture médicale :**

Selon les données de la littérature :

MODIBO FOFANA DIOP [78] a noté que la majorité des patients était active dans la société soit 73,2%, et 4,2% étaient des retraités.

MOHAMED LAMINE DIAKITE [79] a mentionné que 73,2% des patients étaient actifs dans la société, tandis que 6,9% des patients étaient retraités.

Concernant la couverture médicale, PALUKU KATSWERE [80] a noté que la majorité des patients soit 93,42% ne disposaient pas de PEC couvrant leurs soins.

D'après notre série, les patients en activité étaient les plus représentés dans notre étude, avec un taux de 50%, tandis que seulement 19% des patients étaient retraités. Cette répartition est conforme à la structure d'âge de notre population d'étude. De l'autre côté, la majorité des patients (Militaires en activité, les Militaires Retraités avec leur famille, ainsi que les Non ayant-Droits Mutualistes soit en total 95%) avait une prise en charge sociale, c'est-à-dire ils bénéficiaient de la couverture médicale, alors que seulement 5% des malades étaient Non Mutualistes payants. Nos résultats sont superposables à ceux des études menées par MODIBO FOFANA DIOP et MOHAMED LAMINE DIAKITE.

En guise de conclusion, la pathologie chirurgicale digestive en Afrique est l'apanage de la population active et semi-active chez les sujets le plus souvent de sexe masculin. Par contre, en Occident, on retrouve des moyennes d'âge plus élevées [81]. Ces différentes constatations sont superposables aux caractéristiques démographiques des deux milieux, en effet l'Afrique est caractérisée par une forte population juvénile alors que la population occidentale est plus sénile.

## **2. Les données cliniques :**

### **2.1. Le motif de consultation ou d'admission :**

Conformément aux données de la littérature :

Concernant le motif de consultation le plus fréquent, GBESSI [12], MAGAGI [26], KONDANO SAA YAWO [85] et CHAIBOU [86] ont mentionné que la douleur abdominale était le motif de consultation le plus fréquent en chirurgie digestive. En revanche les caractéristiques sémiologiques accompagnés des autres signes associés ont permis dans toutes ces études, l'orientation diagnostique.

Selon notre étude le motif de consultation le plus fréquent était la douleur abdominale, ainsi elle est retrouvée comme maître symptôme chez 63% des patients. Les autres signes fonctionnels étaient variables selon l'étiologie, ainsi 25% des patients avaient consulté pour la tuméfaction suivie par l'hémorragie digestive (soit 7%), puis les troubles de transit (soit 3%). La dysphagie et l'ictère cholestatique étaient les symptômes les moins fréquents soit chacun 1%. Nos résultats rejoignent ceux rapportés par la littérature.

**2.2. Les différents diagnostics étiologiques :**

**a. Les urgences immédiates :**

Plusieurs études se sont intéressées à l'étude des différentes étiologies constituant l'essentiel des urgences chirurgicales digestives immédiates, certes :

GBESSI a noté que les appendicites aiguës ont été plus fréquentes dans son étude (soit 31,95%) suivies des péritonites aiguës généralisées (soit 18,34%), tandis que le traumatisme abdominal était le moins fréquent avec 11 cas (soit 6,5%) [12].

PALUKU KATSWERE a également rapporté que les appendicites aiguës (soit 61,84%) et les péritonites aiguës généralisées (soit 27,63%) ont été les principales causes des urgences abdominales non traumatiques observées. Les occlusions intestinales aiguës étaient trouvées chez 2 patients (soit 2,63%) [80].

HAROUNA a affirmé que le syndrome occlusif est le plus fréquent (41%) dans son étude, suivis des syndromes péritonéaux et appendiculaire (respectivement de 28,2% et 20,8%). Les abdomens traumatiques ont constitué seulement 9,8% de l'échantillon [8].

MAGAGI a cité que la péritonite aiguë était la cause la plus fréquente des urgences chirurgicales digestives (soit 53,21%), suivie de l'occlusion intestinale aiguë qui représentait 27,49% des malades. L'appendicite aiguë simple était la troisième cause des urgences chirurgicales digestives avec 9,65% puis viennent ensuite les traumatismes abdominaux (soit 8,52%) [26].

Selon notre étude, l'appendicite aiguë était la pathologie la plus fréquente des urgences chirurgicales digestives immédiates (soit 20%), suivie par la cholécystite aiguë (soit 7%), puis l'occlusion aiguë et l'abcès anal qui constituent chacun 5%, suivis ensuite par la péritonite aiguë (soit 4%). Le traumatisme abdominal était rare (8 cas). Nos résultats sont proches à ceux rapportés dans les études de GBESSI et PALUKU KATSWERE.

**Tableau XIV : Tableau comparatif de la fréquence des urgences chirurgicales digestives  
immédiates**

Urgences immédiates	Harouna [8] (2001)	Gbessi [12] (2015)	Magagi [26] (2016)	Paluku Katswere [80] (2020)	Notre série (2023)
Appendicite aigue	20,8%	31,95%	9,65 %	61,84%	20%
Péritonite aigue	28,2%	18,34%	53,21%	27,63%	4%
Cholécystite aigue	-----	-----	-----	-----	7%
Occlusion aigue	41%	-----	27,49%	2,63%	5%
Traumatisme abdominal	9,8%	6,5%	8,52%	-----	0,8%
Abcès anal	-----	-----	-----	-----	5%

***b. Les urgences différées : la pathologie cancéreuse***

Plusieurs études ont étudié la fréquence des cancers digestifs au service de chirurgie générale, certes :

ROUGIER en France [87], OUEDRAOGO en Burkina Faso [88] et KPOSSOU au Bénin [89] ont rapporté que le cancer colorectal est le plus fréquent des cancers digestifs, suivie par le cancer gastrique, tandis que le cancer de l'œsophage est le moins fréquent.

BENELKHAIAT [90] dans son étude réalisée à l'hôpital Mohamed 6 à Marrakech et celle de SEYDOU KANTE [91] au Mali ont mentionné que le cancer de l'estomac occupe la première place suivie par le cancer colorectal, tandis que le cancer du pancréas et le cancer l'œsophage restent les moins fréquents.

Selon notre série, le cancer colorectal était le plus fréquent des cancer digestifs (3%) suivi par le cancer gastrique (2%) puis le cancer du pancréas (1%). Le cancer de l'œsophage était le moins fréquent (0,2%). Nos statistiques sont conformes aux résultats trouvés par ROUGIER, OUEDRAOGO et KPOSSOU.

**Tableau XV : Tableau comparatif de la fréquence des cancers digestifs selon la littérature**

Diagnostics étiologiques	Seydou Kante [91] (2003)	Rougie [87] (2006)	Benelkhaïat [90] (2010)	Ouedraogo [88] (2018)	Kpoussou [89] (2020)	Notre série (2023)
Cancer gastrique	10%	12%	46%	21,9%	12%	2%
Cancer de l'œsophage	1%	8%	9%	3,1%	11,4%	0,2%
Cancer du pancréas	2%	8%	1%	19%	11,4%	1%
Cancer colorectal	3%	61%	26,4%	36,7%	22,8%	3%

***c. Les pathologies viscérales non urgentes :***

Conformément aux données de la littérature africaine :

MODIBO FOFANA DIOP [78] et MOHAMED LAMINE DIAKITE [79] ont affirmé que la pathologie herniaire est plus fréquente que la lithiase vésiculaire vient ensuite l'événement puis la pathologie hémorroïdaire.

SEYDOU KANTE a rapporté que la pathologie proctologique est plus fréquente que la lithiase vésiculaire et la hernie [91].

D'après notre série, la lithiase vésiculaire était la plus fréquente des pathologies viscérales non urgentes (soit 23%), suivie par la hernie simple qui constitue 19 %, puis la pathologie proctologique (représentée par les hémorroïdes et la fissure anale soit chacune 3%). Puis enfin l'événement non compliqué et le kyste hydatique du foie soient respectivement 2% et 1%. Nos statistiques ne sont pas comparables aux résultats de l'ensemble des études africaines précédentes.



**Tableau XVI : Tableau comparatif de la fréquence des pathologies chirurgicales digestives non urgentes**

Diagnostics étiologiques	Seydou Kante [91] (2003)	Modibo Fofana Diop [78] (2004)	Mohamed Lamine Diakite [79] (2008)	Notre série (2023)
Lithiase vésiculaire	2 %	1,8%	2,4%,	23%
La hernie simple	0,8%	26,4%,	35,8%,	19%
Hémorroïdes	1%	0,6%	0,6%.	3%
Eventration non compliquée	-----	1,2%	0,8%	2%
Fissure anale	1%	-----	-----	3%
Kyste hydatique du foie	-----	-----	-----	1%

### **3. Les délais de PEC des patients :**

D'après de nombreuses études, les délais de prise en charge des pathologies digestives chirurgicales ont été étudiés par pathologie ou par groupe de pathologies (quelques études se sont intéressées aux délais de PEC des urgences chirurgicales digestives, d'autres aux cancers digestifs). De ce fait, nos résultats paraissent difficiles à comparer avec ceux obtenus dans la littérature.

#### **3.1. Délai D1 : délai entre le 1er symptôme et la première consultation médicale :**

Conformément aux données de la littérature :

Concernant, les cancers digestifs, MACADAM [92] en 1979, PORTA [93] en 1996, OUEDRAOGO [88] en 2018, et KPOSSOU [89] en 2020 ont permis d'estimer que respectivement 63 jours (9 semaines), 74,4 jours, 138 jours, et 270 jours (soit 9 mois) en moyenne entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation médicale.

De l'autre part, dans l'étude de ELION OSSIBI sur la prise en charge des pathologies proctologiques en milieu chirurgical, ce dernier a noté que le délai moyen de consultation était de 17,88 [94].

Dans notre série, le délai moyen entre le début des premiers symptômes et la première consultation médicale pour l'ensemble des pathologies viscérales était de 22,88 jours (N=763).

Nous avons constaté que :

- 21% des patients ont consulté dans les premières 48 heures après le début des symptômes et que 66% des patients ont consulté entre 48 heures et 1 mois (41% ont consulté entre 48 heures et 7 jours, et 25% ont consulté entre 7 jours et 1 mois). En revanche, seulement 6 patients (soit 0,89 %) ont consulté un médecin dans les 6 mois après l'apparition des premiers signes fonctionnels.
- Le délai de consultation minimal était de 0 jour, noté majoritairement en cas de l'urgence chirurgicale digestive immédiate.
- Le délai maximal était d'1 an (365 jours) trouvé en cas de la hernie simple, ainsi la majorité des patients ne consultent que lorsqu'elle est gênante ou douloureuse.
- Nos résultats ne rejoignent pas les données de la littérature, cependant, notre délai de consultation moyen est plus court par rapport à ceux notés par MACADAM, PORTA, OUEDRAOGO, et KPOSSOU, tandis qu'il est long par rapport à celui rapporté par ELION OSSIBI.

**Tableau XVII : Tableau comparatif des délais de consultation D1 des pathologies chirurgicales digestives selon la littérature**

Etudes	Pays	Années	Délais de consultation moyen (jour)
MACADAM [92]	Royaume Uni	1979	63 jours (9 semaines)
PORTA [93]	Espagne	1996	74,4 jours
OUEDRAOGO [88]	Burkina Faso	2018	138 jours
KPOSSOU [89]	Bénin	2020	270 jours (9 mois)
ELION OSSIBI [94]	Congo	2022	17,88 jours
Notre série	Maroc	2023	22,88 jours

Plusieurs arguments pourraient justifier ce résultat :

Premièrement, Au Maroc, les citoyens sont plus accros aux médicaments sans ordonnance. La consommation des médicaments délivrés sans ordonnance est nettement élevée chez les citoyens de tous les groupes d'âge et à toutes les époques. Dans ce cadre, une étude menée par le Centre antipoison et de pharmacovigilance au Maroc (CAPM) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient confirmer ceci, à savoir, 66% des Marocains pratiquaient l'automédication [95]. Nous suggérons d'organiser des campagnes de sensibilisation sur l'importance et l'efficacité de consulter un médecin le plus tôt possible ainsi qu'aux dangers engendrés par l'automédication.

En Afrique, le retard à la consultation qui existe, est à l'origine des croyances socioculturelles diffus, certes la survenue des symptômes est souvent perçue comme la manifestation d'un mauvais sort (empoisonnement mystique). Le premier réflexe des patients est donc de se diriger vers les guérisseurs traditionnels et/ ou les prières, la consultation à l'hôpital se faisait en dernier recours, à un stade avancé [96, 97]. La médecine traditionnelle fait partie donc intégrante de la culture marocaine. Elle occupe une place non négligeable surtout dans les zones rurales et joue un rôle dans la démarche de recherche de soins de la population marocaine.

En ce qui concerne les urgences chirurgicales digestives, le retard à la consultation contribue à des complications graves et mortelles [13]. De ce fait, plusieurs auteurs ont abordé le sujet du retard de consultation aux urgences. D'ailleurs, CHAIBOU explique ce retard de consultation par le faible niveau d'alphabétisation de la population, l'automédication et le recours à la médecine alternative (traditionnelle) [86]. Quant à PALUKU KATSWERE, il considère que ce retard est un facteur péjoratif qui s'explique par divers facteurs comme l'automédication, les errances diagnostiques, le recours premier au traitement traditionnel, l'influence des parents et le manque de moyens financiers [80]. Tandis que SOUMAH, il évoque les facteurs socio-économiques et culturels comme principale source du retard de consultation [38].

D'une autre part, le retard de consultation en cancérologie reste un facteur pronostic très important qui peut influencer les modalités de PEC ultérieure, parmi les raisons qui expliquent ce retard :

- Les patients ont tendance à avoir recours à la médecine complémentaire. En effet, l'étude de TRAGER-MAURY sur l'utilisation de la médecine complémentaire a souligné que la principale raison de cette utilisation n'était pas de guérir le cancer mais de soulager les effets secondaires du traitement conventionnel [98]. La consommation de plantes était la modalité la plus fréquemment utilisée.
- L'analphabétisme et le manque d'information des patients sur les signes de gravité d'une maladie est une raison qu'on peut évoquer. En cancérologie, Au Royaume Uni, MACLEOD [99] a rapporté que le manque de sensibilisation aux symptômes du cancer ainsi que la non-reconnaissance de leur gravité sont des facteurs de retard de consultation. La connaissance des signes liés au cancer joue un rôle important dans le délai de consultation. En effet, les signes du cancer aspécifiques n'inquiètent pas les malades et les ignore. D'autres patients ont retardé leur consultation parce qu'ils pensaient que leur symptôme disparaîtrait [100].
-

*a. Délai DI selon les données socio-démographiques :*

*a.1. Délai DI selon l'âge :*

D'après les données de la littérature concernant le délai de consultation des patients en fonction de leur âge :

Dans l'étude de GÜRLEYIK : les causes, la fréquence et les conséquences des urgences chirurgicales digestives, elles diffèrent fortement selon l'âge du patient, ainsi chaque retard de consultation chez le sujet âgé étant une personne fragile peut lui être fatal. L'urgence abdominale donc mérite une évaluation plus attentive chez le sujet âgé [101].

Le délai de consultation est particulièrement long dans les études africaines à cause des croyances et des mœurs qui placent les pratiques traditionnelles en première position avant les services modernes de santé. Cela semble plus important dans la population des sujets âgés [102].

Les personnes âgées auraient une idée fautive du cancer qui les conduit à consulter tardivement [103]. Les patients âgés qui nient le diagnostic refusent de se rendre à l'hôpital et consulter jusqu'à ce que les symptômes soient insupportables.

Le manque de soutien familial était un facteur majeur chez les femmes et les hommes âgés, qui dépendaient d'autres membres de la famille pour les accompagner pour les soins médicaux. Cela a entraîné de longs délais évitables après le début des symptômes [104].

Dans la présente étude :

- Les sujets âgés de moins de 30 ans avaient un délai de consultation moyen plus court (6,94 jours), ce résultat serait dû au fait que les jeunes étant bien conduits et guidés durant l'enfance et l'adolescence par leurs parents. Cela leur a permis d'avoir l'habitude de consulter le médecin dès la révélation de la symptomatologie.

-

- Contrairement aux sujets âgés de plus de 60 ans qui avaient un délai moyen plus long (35,20 jours). Ce résultat peut être expliqué par la fragilité des sujets âgés et la perte de leur autonomie et doivent être accompagnés par un membre de la famille de manière spécifique. De l'autre côté, le sujet âgé garde encore les fausses habitudes et les pratiques d'automédication qui sont gravés dans la mémoire de la société marocaine à l'ancien. Nos statistiques rejoignent les données de la littérature.

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

*a.2. Délai DI selon le sexe :*

Selon les données de la littérature concernant le délai de consultation des patients en fonction du sexe :

D'après l'Enquête nationale sur les personnes âgées réalisée par le Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques au Maroc, le recours aux services de santé par les femmes est supérieur à celui des hommes (68,4% contre 64,5%). En effet, les femmes présentent particulièrement une prévalence plus élevée de problèmes chroniques multiples par rapport aux hommes [105].

Une autre étude menée par AIACH sur : Des idées reçues en santé mondiale, a souligné que les femmes déclarent davantage de maladies et consultent plus souvent. En France, en 2009, 39% des femmes contre 35% des hommes ont déclaré au moins une maladie chronique [106].

Selon l'institut national de la statistique et les études économiques en France, le recours aux soins varie beaucoup selon le sexe. En 2019, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu recours dans l'année à un médecin. De ce fait, l'écart entre les femmes et les hommes apparaît le plus fort pour le recours à un médecin spécialiste (53% des femmes contre 42% des hommes) [107].

Conformément à l'étude de PORTA sur les Prédicteurs de l'intervalle entre l'apparition des symptômes et la première visite médicale chez les patients atteints d'un cancer digestif, les hommes ont montré un délai de consultation légèrement supérieur à celui des femmes.

Mais pour lui, le sexe du patient n'influence pas largement la décision de consulter un médecin lors de l'apparition d'éventuels symptômes de cancer en particulier dans le cas du cancer gastro-intestinal [93].

Selon notre série, le délai de consultation était plus long chez les hommes par rapport aux femmes (soit respectivement 29,18 jours et 9,47 jours). Nos résultats sont superposables à ceux rapportés par la littérature.

***a.3. Délai DI selon le lieu de résidence ou d'affectation :***

Lorsque l'on évoque la question de l'accès aux soins de santé, on pense, en premier lieu, à la distance à franchir pour aller du domicile à une structure de soins [5].

Selon notre série, les patients résidants en dehors de la ville avaient un délai de consultation plus long (30,95 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville et régions (soit respectivement 18,09 jours et 19,71 jours). Ceci pourrait se justifier par l'existence d'une inégalité dans la distribution des soins de santé entre les différents territoires marocains.

La question de l'accessibilité géographique est une problématique qui touche le monde rural, ainsi, l'accessibilité aux soins de santé de base demeure très difficile pour 24% de la population qui habite à plus de 10 km du premier établissement de soins de santé. De l'autre côté, et à la contrainte de l'éloignement s'ajoute l'insuffisance des moyens de déplacements pour accéder à une structure de soins. Tous ces obstacles font que certaines populations ne recourent aux soins qu'en cas d'urgence [108].

Le Maroc connaît une pénurie importante en professionnels de santé, et de grandes disparités dans leur répartition, entre régions et au sein d'une même région, entre milieu urbain et rural. Le ratio du nombre de médecins pour 10 000 habitants est à peine de 6,2 et ne satisfait pas aux normes de l'OMS [108], qui recommande 2,3 médecins pour 1000 habitants [109].

*a.4. Délai D1 selon la catégorie et la couverture médicale :*

Selon les données de la littérature concernant le délai de consultation des patients suivis pour les pathologies chirurgicales digestives en fonction de la catégorie ou profession :

Dans l'étude de HAIDAR sur les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, elle a noté que les Militaires en activité consultent tôt le médecin par rapport aux sujets sans profession, les retraités et les femmes au foyer qui tardent pour consulter [110].

Selon notre étude, les Militaires retraités parvenaient à l'hôpital tardivement (soit en moyenne 41,70 jours), cela peut s'expliquer ainsi, soit par : les Militaire Retraités font partie des sujets âgés qui d'après plusieurs études ont un délai de consultation long et soit par : les difficultés économiques de cette catégorie de la population. En revanche, les Militaires en activité consultent plus précocement un médecin soit en moyenne 20,54 jours. Nos résultats sont superposables à ceux rapportés par l'étude précédente.

En général, les actifs ne se réfèrent à personne pour recourir à un prestataire de soins tandis que ceux qui n'ont pas de ressources financières se tournent vers leur réseau social ou vers leurs enfants pour une aide [5]. La profession reste donc un facteur protecteur contre un délai patient long.

Concernant la couverture médicale :

Dans notre série, les non mutualistes consultaient plus tardivement que les mutualistes.

Selon les publications officielles de l'ANAM en 2016, le nombre de bénéficiaires du RAMED a nettement évolué ces dernières années pour atteindre 10 429 481 personnes dont presque 88 % en situation de vulnérabilité. Pour ce qui est de l'AMO, le nombre de bénéficiaires est 8,7 millions, dont 65,51 proviennent du secteur privé. Au total, le nombre de personnes couvert par la Couverture Médicale de Base ne dépasse guère quelques 19 millions de bénéficiaires soit presque 56% de la population marocaine [111].



La couverture médicale étant un dispositif chargé de couvrir les individus face aux risques financiers de soins en cas de maladie [112], le fait de bénéficier alors d'une couverture médicale est l'un des facteurs favorisant le recours aux soins [5].

*b. Délai D1 selon le diagnostic étiologique :*

*b.1. Les urgences immédiates :*

Selon notre série, le délai de consultation D1 le plus court était trouvé chez les patients qui se présentaient pour le traumatisme abdominal. Tous les cas ont été présentés et pris en charge dans moins de 24 heures. Cela peut être justifié par ses causes de plus en plus vulnérables et graves comme les accidents de la voie publique, la violence conjugale ou agressions. Ce qui conduit le patient sur le champ à se diriger vers les urgences sans aucun retard.

D'autres délais moyens de consultation plus courts ont été retrouvés chez les patients atteints de l'appendicite aiguë suivie par la péritonite aiguë (soit respectivement 1,85 jours et 2,10 jours). On pourrait expliquer ces résultats par le fait que ces types d'urgences se caractérisent par des symptômes alarmants et inquiétants comme la douleur abdominale aiguë. C'est le cas pour l'appendicite et la péritonite.

Par contre, les patients présentant un abcès anal, avaient un délai moyen de consultation le plus long (8,05 jours). Ceci peut être expliqué comme suit : la pathologie proctologique est considérée comme un problème très intime, au Maroc elle est trop souvent un sujet tabou. Cette hypothèse concorde avec l'étude réalisée par Abid sur la consultation de proctologie : quel est le point de vue des malades ? Selon lui, la consultation de proctologie, tout comme celle de gynécologie ou d'urologie, est particulière de par la dimension intime qu'elle présente à tel point qu'il n'est pas toujours facile de consulter au sujet de problèmes anaux ou rectaux [113].

**Les délais de consultation : Appendicite aigue :**

Dans notre travail de recherche, nous avons choisi de détailler le délai D1 pour les appendicites, étant l'une des plus fréquentes des urgences chirurgicales digestives. Selon les données de la littérature :

Une étude marocaine réalisée par BERGHOUT [114] sur les appendicites aiguës chez le sujet âgé au CHU Mohamed 6 de Marrakech en 2020 a noté que délai de consultation moyen était de 3.86 jours.

D'après d'autres études africaines, OUEDRAOGO [115], AMADOU H BAH [116], ANDRIANALY MIORA [117] et FARTHOUAT [118], le délai de consultation moyen des appendicites aiguës était respectivement de 4 jours, 5 jours, 3 jours et 2 jours.

Dans notre série, le délai de consultation des appendicites aiguës était de 1,85 jours. Ce résultat est expliqué par la fréquence des appendicites chez les jeunes dans notre série qui consultent rapidement par rapport aux sujets âgés. Nos statistiques sont proches de ceux rapportés par et FARTHOUAT.

**Tableau XVIII : Tableau comparatif des délais de consultation moyen D1 des appendicites aiguës selon la littérature**

Etudes	Pays	Année	Délai de consultation moyen des appendicites aiguës en jours
FARTHOUAT [118]	Sénégal	2005	2
ANDRIANALY MIORA [117]	Madagascar	2014	3
OUEDRAOGO [115]	Burkina Faso	2015	4
BERGHOUT [114]	Maroc	2020	3.86
AMADOU H BAH [117]	Mali	2020	5
Notre série	Maroc	2023	1,85

**Le délai de consultation : Péritonite aiguë**

Elle constitue aussi l'une des diagnostics essentiels dans le service de chirurgie générale.

Selon les séries africaines :

- Une étude réalisée par BAKHOU [119] sur les péritonites appendiculaires chez l'enfant au CHU Mohamed 6 à Marrakech a trouvé un délai de consultation moyen de 2,14 jours.
- Une autre étude menée par DIENG sur les aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës a noté un délai moyen de 87,8 heures (soit 3,28 jours) [120].
- Selon l'étude de DIARRA sur la PEC des péritonites appendiculaires le délai de consultation moyen était de 5,7 jours, ce délai paraît long pour une urgence ce qui justifie la complication d'une appendicite aiguë non prise en charge précocement et son évolution vers une péritonite appendiculaire à cause de l'abstention de consultation dès l'apparition du 1<sup>er</sup> symptôme [121].

Conformément à la littérature française : l'étude de FANIEZ [122] en 1992 et celle de MAXIME MARIAGE [123] en 2016 ont noté que le délai de consultation moyen des péritonites est d'1 jour (24 heures) dans les 2 études.

Dans notre série, le délai de consultation moyen des péritonites aiguës était de 2,10 jours. Nos résultats sont superposables à ceux de BAKHOU.

Nous constatons donc que les délais de consultation en Europe sont plus courts que les séries africaines qui dépassent les 48 heures.

**Tableau XIX : Tableau comparatif des délais de consultation moyen D1 des péritonites aiguës selon la littérature**

Etudes	Pays	Année	Délai consultation moyen des péritonites aiguës par jours
FANIEZ [122]	France	1992	1
DIENG [120]	Mali	2006	3,28
BAKHOU [119]	Maroc	2012	2,14
MAXIME MARIAGE [123]	France	2016	1
MOUSSA OUMAR DIARRA [121]	Mali	2018	5,7
Notre série	Maroc	2023	2,10

**Le délai de consultation : Occlusion intestinale aiguë**

Les occlusions intestinales aiguës étant une urgence chirurgicale fréquente pouvant mettre en jeu le pronostic vital, nous avons choisi de déterminer son délai de consultation moyen D1 afin d'étudier sa qualité de PEC dans le service. Certes, son délai de consultation moyen selon notre série était de 2,82 jours.

Conformément aux données de la littérature marocaine :

- MAKHOUD [124] sur les occlusions intestinales aiguës en se basant sur l'expérience du CHU Mohammed 6 de Marrakech, ce dernier a noté un délai de consultation moyen de 2 à 3 jours.
- Tandis que SHIMOU [125] a rapporté que le délai de consultation moyen des occlusions aiguës était de 4 jours.

Selon la littérature africaine, HAROUNA [126], SIDIBE [127] et MAURICE [128], ont mentionné que le délai de consultation moyen des occlusions aiguës était respectivement de 2,5 jours, 4,2 jours, et 6,71 jours. Dans notre série, le délai de consultation moyen des occlusions

intestinales aiguës était de 2,10 jours. Nos résultats rejoignent ceux de MAKHOUD et HAROUNA.

**Tableau XX : Tableau comparatif des délais de consultation moyen D1 des occlusions intestinales aiguës selon la littérature**

Etudes	Pays	Année	Délai de consultation moyen des occlusions intestinales aiguës par jours
HAROUNA [126]	Niger	2000	2,5
SIDIBE [127]	Mali	2003	4,2
SHIMOU [125]	Maroc	2008	4
MAKHOUD [124]	Maroc	2018	2 à 3
MAURICE [128]	Burkina Faso	2020	6,71
Notre série	Maroc	2023	2,82

***b.2. Les urgences différées : la pathologie cancéreuse :***

Selon notre série, le délai de consultation moyen était plus court en cas de cancer pancréatique (soit 15,22 jours), suivi par le cancer colorectal (soit 34,42 jours). On pourrait l'expliquer par le fait que ces types de cancers se caractérisent par des symptômes alarmants du fait qu'un symptôme plus grave ou inquiétant incite les gens à consulter rapidement un médecin.

Le délai moyen de consultation plus allongé a été retrouvé chez les patients atteints du cancer de l'œsophage soit 140 jours suivi par le cancer gastrique avec une moyenne de délai de 70,58 jours. Cela s'explique par l'évolution discrète de la symptomatologie, ce qui empêche le patient à consulter tardivement.

Parmi les cancers existants, les patients consultent plus tôt quand les symptômes sont plus inquiétants (par exemple la douleur et le saignement) [129,130]. C'était le cas des cancers colorectaux et les cancers pancréatiques.

On conclut donc que les délais de consultation longs sont le plus souvent trouvés chez les patients qui n'étaient pas conscients que de tels symptômes pourraient être des signes avant-coureurs de cancer ou que le cancer peut être traité quand détecté tôt.

**Le délai de consultation : Le cancer colorectal :**

Dans notre travail de recherche, nous avons choisi de détailler le délai D1 pour le cancer colorectal, étant le cancer digestif le plus fréquent selon plusieurs registres à l'échelle national [131, 132, 133, 134].

En comparant notre résultat à ceux de la littérature :

Les 3 études marocaines de HAIDAR [110], de PNPCC [135] et de MANSOURY [136] ont mentionné que le délai de consultation moyen du cancer colorectal était respectivement de 24,8 jours, 77,1 jours et 8,5 mois.

L'étude jordanienne de MUNIR AHMAD ABU-HELALAH [137] a estimé que le délai de consultation moyen des cancers colorectaux était de 169 jours. Ce retard de consultation peut être expliqué par l'évolution discrète de la maladie au stade précoce.

Au Danemark, KORSGAARD [138] a affirmé que le délai de consultation médian des cancers colorectaux était de 18 jours.

Dans notre série, nous avons trouvé que le délai moyen de consultation du cancer colorectal égal à 34,42 jours et le délai médian était de 30 jours. Notre délai est long par rapport à ceux rapportés par Chaima HAIDAR et KORSGAARD.

**Tableau XXI : Tableau comparatif des délais de consultation D1 des cancers colorectaux selon la littérature**

Etudes	Pays	Années	Résultats	
			Délai D1 moyen	Délai D1 médian
KORSGAARD [138]	Danemark	2008	18 jours	-----
PNPCC [135]	Maroc	2008	77,1 jours	-----
MUNIR AHMAD ABU-HELALAH [137]	Jordan	2014	169 jours	-----
MANSOURY [136]	Maroc	2018	8,5 mois	-----
H Aidar [110]	Maroc	2022	24,8 jours	10 jours
Notre série	Maroc	2023	34,42 jours	30 jours

**Le délai de consultation : Le cancer de l'estomac :**

En se basant sur les données du GLOBOCAN 2008, le cancer gastrique est le second cancer digestif après les cancers colorectaux et la quatrième cause de décès par cancer [139].

Conformément aux données de la littérature :

MIKULIN et HARDCASTLE [140], PORTA [93], ainsi que MARTIN [141] ont trouvé que le délai de consultation médian du cancer gastrique était respectivement de 4 semaines (30 jours), de 20 jours et de 2 semaines (15 jours).

Tandis que l'étude Malaisienne de MAHADEVAN DEVA TATA [142] a mis en évidence un délai de consultation moyen des cancers gastriques de 15,2 semaines (106,4 jours).

Une autre étude réalisée par WITZIG en Allemagne en 2006 sur les délais diagnostiques et thérapeutiques des cancers gastriques, c'est une étude comparative des résultats récentes des délais de PEC des cancers œsogastriques et ceux trouvés il y a 10 ans par le même établissement. Ainsi, il a trouvé que le délai médian de consultation est d'1 mois (30 jours), tandis qu'il était de 3 mois (90 jours) en 1993 [143]. Cette amélioration au cours de 10 ans peut

être dû à la sensibilisation des signes d'alarmes des cancers gastriques, le développement et la simplicité d'accès aux structures médicales spécialisées et le recours contre l'automédication.

D'après notre étude, le délai moyen de consultation était de 70,58 jours et le délai médian était de 60 jours. Ce délai semble long et s'expliquer par l'évolution silencieuse de la maladie au stade précoce chez la plupart des patients. Nos résultats sont discordants avec les données de la littérature, par ailleurs, notre délai est plus long par rapports aux délais des pays développés.

**Tableau XXII : Tableau comparatif des délais de consultation D1 des cancers gastriques selon la littérature**

Etudes	Pays	Années	Résultats	
			Délai D1 moyen	Délai D1 médian
MIKULIN ET HARDCASTLE [140]	Royaume Uni	1987	----	30 jours
WITZIG [143]	Allemagne	1993	----	90 jours
PORTA [93]	Espagne	1996	----	20 jours
MARTIN [141]	Japon	1997	----	15 jours
WITZIG [143]	Allemagne	2006	----	30 jours
MAHADEVAN DEVA TATA [142]	Malaisie	2013	106,4 jours	84 jours
Notre série	Maroc	2023	70,58 jours	60 jours

En cas de cancer, de nombreux facteurs influencent la présentation du patient au médecin généraliste, celles-ci peuvent inclure :

- L'état psychologique des malades en regard des examens et résultats ou croyances culturelles et sociales. Cependant, les patients ne sont plus susceptibles de contacter leur médecin que lorsque leurs symptômes causent un inconfort et une gêne [137].



- Le manque de sensibilisation était le facteur le plus fréquemment rapporté pour le retard de consultation [144].
- Le problème économique et le manque de temps ont également été signalés comme étant des covariables importantes [144].
- La peur du cancer a été signalée par 3,5% des patients tandis que 9% des patients ont tardé à contacter le premier médecin en raison de la non-présence d'un accompagnateur [144].
- Les facteurs tels que la distance, les problèmes économiques et familiaux ont été notés comme des raisons strictes expliquant le retard des patients à consulter [144].
- La plupart des patients qui ne consultent pas leur médecin pour demander un avis médical font partie d'une population défavorisée sur le plan socio-économique, une mauvaise connaissance des symptômes ou des établissements de soins primaires sous-optimaux [137].
- Les hommes adducteurs de l'alcool et du tabagisme, croyaient que les symptômes pouvaient être dus à cette habitude. Certains patients ont déclaré qu'ils prennent des médicaments en vente libre jusqu'à ce que les symptômes soient insupportables. De l'autre côté, les femmes présentant des symptômes gastro-intestinaux inférieurs tels que des saignements rectaux s'abstenaient de se plaindre de ces symptômes à leur famille ou à leurs amis, par peur et honte et de stigmatisation sociale [104].
- La crainte d'une enquête désagréable par le médecin et une attitude prudente et d'espoir pour la résolution spontanée des symptômes [145].
- Les patients peuvent rester asymptomatiques pendant plusieurs mois ou ils peuvent considérer leurs symptômes comme appartenant à une comorbidité mineure, ce qui entraîne des retards liés au patient [139].
-

***b.3. Les pathologies chirurgicales digestives non urgentes :***

En dehors des urgences, selon notre série, le délai moyen de consultation le plus court a été retrouvé chez les patients atteints de la lithiase vésiculaire (5,5 jours).

Le délai moyen de consultation le plus long a été retrouvé chez les patients atteints de la hernie simple soit 76,65 jours vu que la plupart des patients sont asymptomatiques ou ne se plaignent que d'un bombement visible, sans douleur qui peut ne pas leur causer un vague inconfort au début de la pathologie, ce qui les empêche consulter.

Le délai de consultation moyen était long également en cas de pathologie proctologique : il s'agit des hémorroïdes (soit 35 jours), ainsi que fissure anale (29,04 jours), en raison de l'automédication fréquente, et l'abstention de consultation quand il s'agit d'une pathologie proctologique en la considérant comme un sujet tabou en vision de la population marocaine.

**Le délai de consultation : La hernie simple**

Conformément aux données de la littérature

Dans l'étude de SALMA ALAABOUDI [146] sur la pathologie herniaire chez l'adulte au CHU Mohamed 6 de Marrakech, cette dernière a affirmé que le délai de présentation des patients chez le médecin était en moyenne de 50 mois.

D'après une autre étude réalisée par OGBUANYA [147] en Nigeria en 2021 sur la réparation chirurgicale des hernies de la paroi abdominale plus des trois quarts (soit 83,1 %) des patients ont hébergé leurs hernies un an ou plus avant la présentation. Un nombre négligeable (2,3 %) s'est présenté dans les trois mois suivant le début des symptômes. Plusieurs raisons ont été notées comme obstacles à une réparation précoce, et la principale d'entre elles était l'obstacle financier (31,0 %), suivi de l'ignorance (12,2 %).

D'après notre étude, le délai moyen de consultation de la hernie simple non compliqué était de 76,65 jours. Notre délai est plus court par rapport à celui noté dans la littérature.

**3.2. Délai D2 : délai entre la première consultation médicale et l'indication chirurgicale :**

Selon les données de la littérature :

HAROUNA [8] a affirmé que le délai diagnostique des urgences chirurgicales digestives est variable selon la pathologie mais reste en moyenne de 49 heures (soit 2.04 jours).

Concernant les cancers digestifs, l'étude indienne de SATHOO [104] et celle de MACADAM [92] ont estimé un délai moyen entre la première consultation médicale et les résultats des examens anatomopathologiques était de respectivement 6,8 semaines (47,6 jours) et de 16 semaines (112 jours).

Dans notre série, le délai moyen de diagnostic était de 8,63 jours, tandis que le délai médian était d'1 jour. Notre délai est plus long par rapport à celui noté par HAROUNA.

**Tableau XXIII : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des pathologies chirurgicales digestives selon la littérature**

<b>Etudes</b>	<b>Pays</b>	<b>Années</b>	<b>D2 moyen <i>des pathologies chirurgicales digestives</i> (Jours)</b>
<b>MACADAM [92]</b>	Royaume Uni	1979	112 jours (16 semaines)
<b>HAROUNA [8]</b>	Niger	2001	2,04 jours (49 heures)
<b>SATHOO [104]</b>	Inde	2020	47,6 jours
<b>Notre étude</b>	Maroc	2023	8,63 jours

Le retard diagnostique au service de chirurgie générale peut être expliqué par :

- L'augmentation du temps d'attente des patients pour la réalisation des examens complémentaires, ainsi que l'utilisation inappropriée et irresponsable des services (imagerie ou laboratoire) pourrait en fait contribuer au retard de diagnostic [148].
- Une partie des patients eux-mêmes qui changent de médecins, pour une même symptomatologie, par manque de confiance aux médecins, une mauvaise communication,

peu d'information de la part du médecin ou suite à une suggestion de leur entourage [149].

- Une autre hypothèse pour expliquer le retard de diagnostic, serait que le retard était principalement lié à un diagnostic initial erroné d'un symptôme commun ou à l'incapacité de poser un diagnostic lors de la rencontre initiale avec le patient [150].
- En termes de cancérologie, les retards diagnostiques les plus longs surviennent lorsque le médecin généraliste ne reconnaît pas la nature potentiellement grave de l'état du patient en cas des cancers [92]. Cependant, les patients recevaient un traitement symptomatique après un examen clinique par le médecin de premier recours pendant de longues périodes [104].
- Pour le même but, la méthode de consultation accélérée réalisée au Danemark dite « fast-track » permet de cibler, auprès des médecins généralistes, les symptômes suspects nécessitant une orientation rapide vers un centre d'oncologie [151]. Les symptômes de la malignité sont très similaires à ceux des maladies bénignes aux stades précoces, ce qui entraîne un retard dans la référence ou le diagnostic de ces patients [104].
- Les cancers sont généralement diagnostiqués au stade très tardif en Afrique subsaharienne et en Asie [152].

*a. Délai D2 selon les données socio-démographiques :*

*a.1. Délai D2 selon l'âge :*

Selon les données de la littérature :

Une étude française menée par LAUNAY-SAVARY sur l'urgence chirurgicale digestive chez le sujet âgé et a noté que le sujet âgé présente d'emblée des particularités ce qui rend le diagnostic des urgences chirurgicales digestive chez lui le plus souvent difficile. Cela s'explique par plusieurs éléments : les médecins constatent une difficulté courante à résumer l'anamnèse du fait de troubles cognitifs ou d'un déficit de l'audition ou de la communication parfois altérée chez les sujets âgés, ainsi qu'un tableau clinique et biologique atypique justifiant souvent plus

d'explorations complémentaires, ce qui a pour conséquence d'allonger le temps diagnostique [153].

Une étude réalisée en Suisse par TRAN [154] et une autre au Etats- unis par MARCO [155] sur l'abdomen aigu chez la personne âgée aux urgences ont noté que le diagnostic correct n'est posé aux urgences que chez 40 à 65% des patients âgés nécessitant une hospitalisation et que le diagnostic positif du sujet âgé reste le plus souvent difficile, à cause de plusieurs raisons: L'interrogatoire est souvent difficile en raison de la prévalence élevée de troubles cognitifs, de la polymédication (par exemple : médicaments sédatifs) ou en raison de la peur d'une perte d'autonomie poussant les patients à minimiser leurs symptômes.

MIKULIN and HARDCASTLE ont mentionné que les risques élevés de retard en cas des cancers gastriques ont été observés chez les patients dans la soixantaine, soixante dizaines [140].

Dans l'étude de ZONGO à propos des cancers digestifs primitifs du sujet âgé, a rapporté que l'impact des croyances sur le délai diagnostique est plus notable chez les patients de plus de 60 ans [102].

Dans notre série, le délai moyen de diagnostic était long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (14,98 jours) dû au diagnostic clinique incertain et difficile le plus souvent. Nos résultats rejoignent les données de la littérature.

*a.2. Délai D2 selon le sexe :*

Dans notre série, les femmes étaient diagnostiquées plus tardivement que les hommes (soit respectivement 10,61 jours et 7,70 jours). Mais cette situation n'a aucune valeur scientifique car la PEC du malade n'est pas liée au sexe.

*a.3. Délai D2 selon le lieu de résidence ou d'affectation :*

Selon ADAMOU HARISSOU, les risques du retard diagnostique ont été observé chez les patients provenaient des zones rurales. Cette situation expliquerait le faible taux de

fréquentation des structures de santé, le fort recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication [10].

Dans notre étude, Les patients résidants en dehors de la ville étaient diagnostiqués plus tardivement (12,59 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville (soit 7,56 jours). Ceci se justifie par la disparité de la distribution des structures de soins surtout dans le monde rural. Certes, Le Maroc rural manque des laboratoires et les centres d'imagerie médicale. La population rurale trouve toujours l'obligation de traverser des kilomètres pour un simple examen radiologique ou biologique [5]. L'analyse des résultats de notre étude corrobore largement ceux présentés par d'ADAMOU HARISSOU.

***a.4. Délai D2 selon la catégorie et la couverture médicale :***

Dans notre étude le délai moyen de diagnostic était court chez les Militaires en activité (soit 3,56 jours), tandis qu'il est long chez les Militaires retraités (soit 18,70 jours).

Mais cette situation n'a aucune valeur scientifique car les pathologies chirurgicales digestives ne sont pas liées à une catégorie ou activité professionnelle définie [156].

Notre étude n'étant pas analytique, elle ne nous a pas permis d'établir la relation entre le délai de diagnostic et ces facteurs. Cela explique comment les enjeux socio-démographiques d'un pays influencent directement ce délai et par conséquent la PEC des malades.

***b. Délai D2 selon le diagnostic étiologique :***

Dans notre étude, le délai diagnostique moyen D2 le plus court est noté chez les patients atteints des hémorroïdes et fissure anale (soit 0 jour), cela s'explique par le fait que le diagnostic est retenu sur le champ lors de la consultation d'après un simple examen clinique (inspection et toucher rectal).

Le délai diagnostique moyen D2 était diminué également chez les patients atteints d'une éventration non compliquée (soit 0,05 jours), puis le traumatisme abdominal (soit 0,37 jours), survient ensuite l'appendicite aigue et la péritonite aigue soit respectivement 0,53 et 0,7 jours.

Cela peut être expliqué par le diagnostic clinique rapide de ces pathologies confirmées par une NFS et/ou une échographie abdominale réalisée et interprétée le jour même.

Cependant, le délai diagnostique moyen D2 était plus long chez les patients atteints par le cancer de l'œsophage (soit 150 jours) suivi par le cancer du pancréas et le cancer colorectal soit respectivement 133,66 jours et 131,53 jours. Néanmoins, ce délai est court chez les patients suivis pour le cancer gastrique (soit 31,29 jours).

La littérature est pauvre concernant l'analyse du délai diagnostique de l'ensemble des pathologies chirurgicales digestives en fonction du diagnostic étiologique. En effet, les délais diagnostiques ont été étudiés par pathologie.

### **Le délai diagnostique : Appendicite aigue :**

L'appendicite aiguë est un diagnostic le plus souvent clinique [157]. L'imagerie permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic dans les formes cliniques douteuses, ainsi l'échographie est un examen non invasif, avec une spécificité de 90 % d'où son intérêt dans le diagnostic différentiel. En pratique, l'échographie doit être réalisée en première intention du fait de son caractère non invasif et de la performance de ses résultats. Mais en cas de doute diagnostique, le scanner doit être demandé [158].

Le diagnostic de l'appendicite est parfois difficile vu le polymorphisme clinique de cette affection, expliquant la fréquence des formes compliquées [159]. L'incidence élevée des positions anormales de l'appendice explique les difficultés du diagnostic clinique. Celui-ci est plus difficile chez l'enfant, le sujet âgé et la femme enceinte [159]. D'où l'intérêt de l'imagerie dans les formes atypiques notamment aux deux âges extrêmes de la vie [160].

Le pronostic d'appendicite est habituellement favorable, mais il peut se greffer des complications si le traitement n'est pas fait dans les meilleurs délais, d'où l'intérêt de diagnostic précoce de cette affection [161].

Selon les données de la littérature :

Une étude chinoise menée par CHUNG [162] sur les retards dû aux patients, aux urgentistes et aux chirurgiens dans la prise en charge de l'appendicite aiguë, a rapporté que le délai diagnostique moyen des appendicites aiguës simple et typique était de 5.8 heures (soit 0,24 jour), tandis que ce délai égal à 17,9 heures pour les appendicites avancées et de formes atypiques.

D'une autre part, OUEDRAOGO [115] a noté un délai diagnostique moyen des appendicites aiguës de 1,8 jours.

Une autre étude réalisée par YENON [163] sur les aspects épidémiologiques diagnostiques et PEC des appendicites gangréneuses (forme avancée de l'appendicite aiguë), a trouvé un délai diagnostique moyen de 2,8 jours. Dans ce contexte, le délai diagnostique est un facteur déterminant dans la survenue de l'appendicite gangréneuse. Cette affirmation est soutenue par l'étude de Eldar [164] qui a noté un délai moyen de 1,7 jour dans les appendicites aiguës simples non gangréneuses contre 2,3 jours dans les appendicites gangréneuses.

Dans notre étude, nous avons trouvé un délai moyen de diagnostic des appendicites égal à 0,53 jour. Ce résultat paraît court et satisfaisant est expliqué par la fréquence des formes simples et typiques de l'appendicite dans notre série, faciles à diagnostiquer cliniquement et confirmées par les moyens déjà existants, comme le dosage de la CRP, la NFS et l'échographie abdominale dans quelques heures suivant la consultation. Notre délai est plus court par rapport aux délais trouvés dans les études précédentes.

Trois facteurs peuvent contribuer au retard diagnostique des appendicites aiguës :

- Les formes atypiques du syndrome appendiculaires ou un tableau clinique d'appendicite trompeur et douteux conduisent à une mise en observation de 6 à 12 heures dans un service spécialisé [114].



- La plupart des patients qui consultent aux urgences pour une suspicion de syndrome appendiculaire débutent un traitement pré hospitalier par une automédication. De telles pratiques ont pour conséquences de fausser les données de l'examen clinique et surtout d'atténuer l'intensité de la douleur abdominale, ce qui conduit à un allongement des délais d'évolution pré hospitaliers de ces syndromes appendiculaires [117].
- Avec une appendicite précoce, le diagnostic peut être impossible. Un élément précieux dans le diagnostic de l'appendicite est l'histoire. Chez les très jeunes et les très vieux, dont l'histoire peut ne pas être obtenue, le diagnostic d'appendicite devient plus difficile. Malheureusement, l'appendicite précoce est souvent diagnostiquée à tort comme une gastro-entérite [165].

**Le délai diagnostique : Le cancer colorectal**

D'après les données des autres études :

CHAIMA HAIDAR a rapporté un délai de diagnostic moyen de 126 jours et un délai médian de 32 jours [110].

OUEDRAOGO a trouvé un délai diagnostique moyen de 186 jours dans son étude sur l'épidémiologie, traitement et pronostic du cancer colorectal de l'adulte jeune en milieu sub-saharien [166].

POZSGAI au Hongrie qui a mentionné que le délai de diagnostic moyen était de 53.68 jours et le délai médian de 41 jours [145].

HELEWA dans son étude canadienne a noté que le délai diagnostique médian du cancer colorectal était de 69 jours [167].

VAN HOUT [129] en Holland, et DEBARRE [168] en France (2016) ont trouvé des délais diagnostique médian respectivement de 41 jours et 27jours. Ceci serait dû au développement et au perfectionnement des techniques de diagnostic, comme l'endoscopie et que les médecins sont également informés sur l'évolution des moyens diagnostiques dans les pays développés, ainsi que sur le renforcement de dépistage précoce chez les sujets à risque élevé.

C W LAW au Malaisie a objectivé que le délai diagnostique moyen du cancer du rectum était de 18,7 jours et une médiane de 9 jours [169]. D'après l'étude en question, le retard de diagnostic est dû à un retard d'imagerie, une longue liste d'attente pour la coloscopie était la principale raison, surtout lorsqu'il n'y avait pas d'indice de suspicion élevé du cancer du rectum.

Dans notre étude, nous avons trouvé un délai moyen de diagnostic qui égal à 131,53 jours et un délai médian de 150 jours. Notre résultat est considérablement superposable à celui trouvé dans l'étude de CHAIMA HAIDAR.

On conclut donc qu'en Europe, la symptomatologie bruyante (douleur et l'hémorragie digestive basse) fait du cancer du rectum, le seul cancer digestif ayant une symptomatologie qui permet un diagnostic précoce. Leur caractère récidivant est origine d'anxiété et conduit à consulter. Ainsi donc, devant toute rectorragie, des examens clinique et endoscopique s'imposent. Par contre, en Afrique, toute symptomatologie proctologique et spécifiquement la rectorragie, est le plus souvent liée à la maladie hémorroïdaire. Ce qui engendre des tradithérapies, facteurs de retard au diagnostic et de découverte de formes évoluées [170].

**Tableau XXIV : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des cancers colorectaux selon la littérature**

Pays	Années	Délais diagnostique D2 en jour	
		Moyen	Médian
Malaisie	2009	18,7	9
Hollande	2011	----	41
Canada	2013	----	69
France	2016	----	27
Burkina-Faso	2019	186	----
Hongrie	2019	53,68	41
Maroc	2022	126	32
Notre série	2023	131,53	150

### **Le délai diagnostique : Le cancer gastrique**

Selon la littérature, plusieurs études ont mis en évidence l'importance du délai diagnostique du cancer gastrique puisqu'il est fréquemment diagnostiqué à un stade avancé :

L'étude de HAIDAR [110] a rapporté un délai diagnostique moyen des cancers de l'estomac de 22,8 jours et un délai médian de 20 jours.

L'étude comparative précédente de WITZIG [143] a abordé une comparaison significative entre les résultats récents des différents délais de PEC des cancers œsogastriques et ceux trouvés il y a 10 ans par le même établissement. Ainsi, il a trouvé que le délai de diagnostic médian est d'0,5 mois (15 jours), tandis qu'il était de 3 mois (90 jours) en 1993.

KHANFARI [171] a noté que le délai moyen de diagnostic dans son étude sur les particularités cliniques et thérapeutiques du cancer gastrique localement avancé était de 5 mois avec des extrêmes allant d'1 mois à 12 mois.

WINNIE TATIANA BEKOLO NGA [172] au Cameroun dans son étude récente sur les Facteurs Pronostiques du Cancer de l'Estomac, a estimé que le délai moyen pour le diagnostic du cancer gastrique était de 2,7 mois. Ce retard est expliqué selon l'auteur par le coût de la prise en charge et de la mauvaise orientation des patients ainsi que la prise en charge souvent symptomatique et la prescription d'une endoscopie qui se fait de manière tardive.

KADENDE [173] au Burundi a mentionné que le diagnostic des cancers gastriques se fait le plus souvent tardivement, et que le délai moyen était de 34,6 mois. Cela s'explique par les limites du plateau technique en termes d'examen anatomo-pathologique dans le pays qui constituent l'un des facteurs favorisant le retard du diagnostic.

MIKULIN et HARDCASTLE [140] a également rapporté que le délai médian du diagnostic des cancers gastriques était de 7 semaines (49 jours). Selon les auteurs, le retard causé par le médecin de famille était en partie lié à l'essai de médicaments avant que le diagnostic ne soit établi.

Le délai moyen de diagnostic du cancer gastrique dans notre série était de 31,29 jours et le délai médian était de 30 jours. Nos résultats rejoignent les données rapportées par KADENDE.

Les délais diagnostiques allongés dans les cancers gastriques sont dû à l'absence ou au manque des examens particulièrement nécessaires comme l'endoscopie et l'imagerie qui ne sont pas disponibles dans les centres périphériques dans une configuration aux ressources limitées. De ce fait, l'endoscopie précoce a un grand impact sur la réduction du délai de diagnostic des cancers de l'estomac [142].

**Tableau XXV : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des cancers gastriques selon la littérature**

Etudes	Pays	Années	Délais diagnostique D2	
			Moyen	Médian
MIKULIN ET HARDCASTLE [140]	Angleterre	1987	----	40 jours
KADENDE [173]	Burundi	1990	34,6 mois	----
WITZIG [143]	Allemagne	1993	----	90 jours
WITZIG [143]	Allemagne	2006	----	15 jours
EL KHANFARI [171]	Maroc	2022	5 mois	----
HAIDAR [110]	Maroc	2022	22,8 jours	20 jours
WINNIE TATIANA BEKOLO NGA [172]	Cameroun	2022	2,7 mois	----
Notre série	Notre série	2023	31,29 jours	30 jours

**Le délai diagnostique : Le cancer du pancréas**

La discussion des délais diagnostiques des cancers pancréatiques paraît très intéressante car ils sont souvent découverts à un stade évolué [174].

Les données de la littérature concernant le parcours de PEC des patients atteints d'un cancer du pancréas sont limitées. Néanmoins, une étude marocaine récente menée par ABDESSAMAD BAMOU [175] sur l'apport du scanner multibarrettes dans le diagnostic du cancer

du pancréas au CHU Mohamed 6 De Marrakech a estimé que le délai moyen entre les premières manifestations cliniques et le diagnostic était de 2,5 mois. Ce retard est dû à l'évolution discrète de la maladie au stade précoce, l'automédication et la difficulté d'accès aux structures médicales spécialisées et aux examens radiologiques et endoscopiques.

Une autre étude récente réalisée par MERNISSI OUMAIMA [176] en 2021 portant sur le cancer du pancréas selon l'expérience du service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail à Meknès a objectivé un délai moyen entre le début de la symptomatologie et le diagnostic du cancer pancréatique était de 9.7 mois. Elle a également affirmé que ce délai paraît très allongé à cause du caractère discret dans l'évolution de la maladie.

En France, HAMMEL [177] dans son étude en 2016, s'est concentré sur les délais de prise en charge lors des premières étapes du parcours de soins des patients atteints de cancer du pancréas métastatique. La médiane du délai estimé entre l'apparition des premiers symptômes et l'annonce du diagnostic définitif de cancer du pancréas était de 41 jours. Selon lui, les principales raisons invoquées pour ce retard étaient une première consultation prise trop tard en raison de signes non spécifiques des patients sous-estimant l'importance des symptômes, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste, le délai encouru par patients avant de subir les tests prescrits et la prescription d'un traitement pour soulager les symptômes (par exemple la douleur).

Dans notre série, le délai moyen entre la 1ère consultation médicale et le diagnostic était de 133,66 jours. Nos résultats ne rejoignent pas les données de la littérature.

#### **Le délai diagnostique : Le cancer de l'œsophage**

D'après plusieurs études :

AABBAS [178] a noté que le délai diagnostique moyen des cancers de l'œsophage était de 5 mois.

TRAORE NAYE GANDEGA [179] a rapporté que le délai moyen de diagnostic du cancer de l'œsophage était de 8 mois.

OUMBOMA [180] et GASMELSEED [181] ont rapporté que le délai diagnostique moyen le cancer de l'œsophage était respectivement de 2 mois et 4 mois.

Le délai moyen de diagnostic du le cancer de l'œsophage dans notre série était de 150 jours (soit 5 mois). Ce délai de diagnostic paraît long est dû à la suspicion du cancer de l'œsophage lors de l'apparition de la dysphagie chez les patients qui s'installe généralement dans des stades plus avancés. Notre résultat est similaire à celui rapporté dans l'étude menée par AABBAS.

Les délais élevés sont dû qu'au fait que le cancer de l'œsophage évolue à bas bruit, et les signes d'alarmes font l'objet d'un traitement inadapté favorisant le retard et aussi l'évolution de la tumeur [179].

**Tableau XXVI : Tableau comparatif des délais diagnostiques D2 des cancers œsophagiques selon la littérature**

Etude	Pays	Année	Délai diagnostique moyen en mois
Aabbas [178]	Maroc	2012	5
Oumboma [180]	Togo	2014	2
Gasmelseed [181]	Soudan	2015	4
Traore Naye Gandega [179]	Mali	2016	8
Notre série	Maroc	2023	5

**3.3. Délai D3 : délai entre l'indication chirurgicale et l'intervention chirurgicale**

La PEC chirurgicale des pathologies chirurgicales digestives se fait selon le caractère urgent de la maladie. Dans la présente étude, le délai thérapeutique moyen D3 était de 59,12 jours, et le délai médian était de 30 jours (N=763).

Le délai thérapeutique D3 minimal était de 0 jour, ce dernier est noté dans la plupart en des urgences chirurgicales digestives immédiates.

Le délai thérapeutique D3 maximal était de 600 jours et trouvé en cas de la hernie simple, ainsi la majorité des patients débutent leur prise en charge le plus souvent par les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médical en première intention en attendant l'intervention chirurgicale programmée le plus souvent en se basant sur la gravité et la gêne causée par la symptomatologie.

La comparaison de nos statistiques avec les données de la littérature paraît difficile par ce qu'elle est pauvre concernant les délais thérapeutiques de l'ensemble des pathologies chirurgicales digestives. Mais en termes des cancers digestifs, nos données sont convenables aux résultats de l'étude indienne précédente de SATHOO [104] qui a noté que le délai thérapeutique des cancers digestifs était de 7,2 semaines (soit 50,4 jours).

Plusieurs raisons pourraient être évoquées par rapport au retard de PEC chirurgicale des pathologies viscérales. Nous évoquons :

- L'absence d'assurance maladie et le niveau socio-économique bas des malades retardent la PEC opératoire (insuffisance de moyen pour faire le bilan préopératoire). Certes, beaucoup des investigations ont été retardées parce que les patients ne pouvaient pas les payer à temps [182].
- Les admissions de nuit sont des causes importantes de retard d'intervention chirurgicale urgente et la non-disponibilité immédiate du chirurgien de garde [183]. Dans ce contexte, un rapport du Pakistan a révélé que la cause la plus fréquente de retard d'intervention chirurgicale chez leurs patients (36,3 %) était l'inefficacité de l'équipe chirurgicale [184].
- Le retard de PEC thérapeutique des malades peut également être lié au retard d'acquisition des examens complémentaires, de certains produits comme le sang et parfois de problèmes techniques au niveau du bloc opératoire [10] ou à la préoccupation et à l'utilisation conjointe du bloc opératoire par les autres services de traumatologie, urologie, neurochirurgie.... [12]

- 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 être quantifié pour l'établissement des priorités et besoin. Certes, un retard de quatre semaines dans le traitement du cancer est associé à une augmentation de la mortalité [185].
- Les patients atteints de tumeurs malignes gastro-intestinales se présentent souvent à des stades avancés et plus compliqués dû aux retards dans le diagnostic et le traitement [186].
- Des retards de traitement surviennent dans les hôpitaux de soins tertiaires en raison d'insuffisance de l'infrastructure, ce qui entraîne des retards dans l'imagerie, la disponibilité des salles d'opération et le démarrage de la chimio-radiothérapie [104].
- Le stress émotionnel et la dépression que les patients vivent avec un diagnostic de cancer peut également contribuer au retard de PEC voire un refus total du traitement [185].
- D'autre part, certains patients ont tendance à hésiter à prendre une décision à la phase de déni ou celle d'acceptation de la nouvelle situation à laquelle ils sont confrontés [185].

*a. Délai D3 selon les données socio-démographiques :*

*a.1. Délai D3 selon l'âge :*

L'âge, est un élément qui pourrait être la cause du refus d'un patient, certes, les personnes âgées peuvent refuser de prendre leur traitement et d'effectuer des examens complémentaires à l'hôpital alors que leur médecin le jugeait pourtant nécessaire. De fait, le « déni » de la pathologie ou du besoin conduit à un refus du traitement et de l'aide [187].

Le retard dans le traitement concernant les sujets âgés, relève essentiellement du caractère de fragilité des patients mêmes, et de situation du système de santé : préjugés personnels, nihilisme thérapeutique, manque de connaissance de l'espérance de vie [188].

Parfois, la personne âgée exprime son refus de prolonger sa vie. Ces sujets sont plutôt hostiles à des traitements, surtout devant la chimiothérapie. Ainsi, seuls 34% des patients âgés déclarent vouloir une chimiothérapie forte si cela était nécessaire [188]



En termes de cancer, et devant la fragilité des sujets âgés, il est nécessaire d'assurer une prise en charge spécifique de cette tranche d'âge atteinte de cancer, par une coordination des différents acteurs, oncologues et gériatres. En effet, Cette pratique favorisera les passerelles entre les professionnels de santé concernés pour mutualiser leurs compétences et de définir la meilleure prise en charge pour chaque personne âgée, selon son profil clinique, son état général et ses attentes [188].

D'après notre série, le délai moyen thérapeutique D3 était plus long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (soit 76,69 jours), tandis qu'il était court chez les sujets âgés de moins de 30 ans (23,70 jours). Nos résultats sont superposables aux données de la littérature.

Mais en cas des urgences chirurgicales immédiates, l'âge est un déterminant sans valeur scientifique en termes de PEC opératoire. Certes ces décisions de PEC sont complexes, prises dans un contexte d'urgence. Il s'agit de décider rapidement du devenir d'un patient sur des éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques instables et engageant son pronostic vital en cas de retard thérapeutique quelques soit l'âge du patient.

*a.2. Délai D3 selon le milieu de résidence ou d'affectation :*

Selon une étude nigérienne réalisée par OGBUANYA 7.7% des patients refusent l'intervention chirurgicale à cause des longues distances des domiciles aux grands hôpitaux situés aux milieux urbains [147].

Dans notre série, les patients résidants en dehors de la ville étaient opérés plus tardivement (soit 61,93 jours) par rapport aux patients résidants dans la ville (soit 50,60 jours). Notre résultat rejoint l'étude précédente.

*a.3. Délai D3 selon la catégorie et couverture médicale :*

L'absence d'assurance maladie et le niveau socio-économique bas des malades retardent la PEC opératoire (insuffisance de moyen pour faire le bilan préopératoire). Certes, beaucoup des investigations ont été retardées parce que les patients ne pouvaient pas les payer à temps [12, 182].

De l'autre côté, les malades craignent de faire face au coût des soins, la peur de l'anesthésie et de la chirurgie et l'absence de prise en charge sociale. Parfois même certains d'entre eux ne se permettent pas de couvrir les dépenses du traitement en raison des prix élevés des opérations, des médicaments anti-cancéreux et de la radio- chimiothérapie voire ses effets indésirables reconnus chez les malades cancéreux [46].

Selon notre série les Militaires retraités avaient un délai thérapeutique plus long (soit 90,80 jours) que les Militaires en activité (soit 51,52 jours). Cela peut être expliqué par le fait que les Militaires retraités font partie des sujets âgés qui refusent parfois l'intervention chirurgicale et peuvent parfois l'accepter dans un délai ultérieur. Concernant la couverture médicale, les non mutualistes étaient opérés plus tardivement que les mutualistes (soit respectivement 75,14 jours et 49,98 jours). Nos résultats se corroborent aux données de la littérature.

Dans ce contexte, le gouvernement marocain a fait plusieurs efforts pour permettre aux malades de bénéficier du traitement à travers la fondation Lala Salma qui a pour objectifs de favoriser et simplifier l'accès aux médicaments anticancéreux à tous les patients à revenus modestes et bas, et qui ne bénéficient pas de couverture médicale [40].

***b. Délai D3 selon le diagnostic étiologique :***

***b.1. Les urgences immédiates :***

Selon notre série, le délai thérapeutique moyen D3 était diminué chez les patients atteints par l'appendicite aiguë (1,02 jour), suivie par la péritonite aiguë (1,26 jours), puis le traumatisme abdominale (2 jours). Tandis que ce délai est plus élevé chez les patients ayant un abcès anal (3,66 jours).

Bien qu'il n'y ait pas encore de consensus sur un délai standard de prise en charge des principales urgences chirurgicales digestives, dans notre travail de recherche, nous avons décidé de détailler le délai D3 pour quelques urgences les plus fréquemment rencontrées aux services.

**Le délai thérapeutique : Appendicite aigue :**

Selon les délais rapportés dans la littérature :

OUEDRAOGO [115] dans son étude sur l'évaluation des délais de PEC des urgences chirurgicales ont trouvé que le délai thérapeutique moyen des appendicites aigue était respectivement de 2,3 jours.

CHUNG [162] a rapporté que le délai chirurgical moyen des appendicites aiguës simple et typique était de 10,9 heures, cependant ce délai égal à 16,3 heures pour les appendicites avancées et de formes atypiques.

Dans une autre étude menée par MAGAGI [165] sur l'appendicite aigue et ses complications dans un pays à ressources limitées, il a noté que le délai d'intervention chirurgicale médian était de 8 heures.

Nous avons constaté à travers notre étude que le délai moyen thérapeutique des appendicites aiguës est égal à 1,02 jour. Notre délai est long par rapport à ceux rapportés dans les études précédentes.

D'une autre part, dernièrement, les auteurs ont changé leur prise en charge de l'appendicite aiguë non perforée, passant d'une intervention chirurgicale en urgence à une initiation de l'antibiothérapie avec une opération dans les 24 heures suivant l'admission chez ceux vus en fin de soirée ou tôt le matin. Ils ont donc examiné si un retard dans l'opération pour une appendicite aiguë affecterait les mesures de résultats de la morbidité des patients et de l'utilisation des ressources. Dans ce contexte, une étude réalisée par DANI YARDENI aux Etats-Unis en 2004 sur la chirurgie différée ou immédiate dans l'appendicite aiguë : Avons-nous besoin d'opérer pendant la nuit ? Il a affirmé que les antibiotiques intraveineux pourraient être efficaces pour arrêter le processus de la maladie infectieuse. Cela semble être le cas : l'administration d'une période de 6 à 24 heures d'antibiotiques par voie intraveineuse avant l'opération n'est pas associée à une augmentation significative du taux de perforation [189].

Ces résultats sont également similaires à ceux observés par SURANA dans son étude réalisée en Irlande en 1993 sur : Faut-il pratiquer une appendicectomie en pleine nuit chez l'enfant ? et qui ont utilisé une approche similaire dans lequel les patients admis avec une appendicite aiguë à nuit ont été traités par administration d'antibiotiques par voie intraveineuse suivie d'une opération électorale le lendemain [190].

### **Le délai thérapeutique : Péritonite aiguë :**

Conformément aux résultats rapportés dans la littérature africaine :

Au Maroc, l'étude de BAKHOU concernant les péritonites appendiculaires chez l'enfant a relevé que 70% des patients ont été opérés le même jour [119].

Au Cameroun, NGO NONGA a rapporté que le délai chirurgical moyen des péritonites aiguës était de 1,1 jours [191].

À Madagascar, RAKOTOMAVO a noté un délai chirurgical moyen de 5,2 jours avec seulement 13,33 % des patients qui ont été pris en charge dans les 24 premières heures après le début des symptômes. Ce retard de PEC et la mauvaise observance du traitement antibiotique ou encore de son inefficacité a causé une mortalité proportionnelle très élevée dont le taux était de 13,33 % [192].

Dans les pays développés ou en plein essor comme la France, l'Inde, et l'Allemagne, les péritonites sont prises en charge plus précocement :

Dans l'étude d'ARPAJOU GILLES menée sur le pronostic des péritonites à germes résistants aux antibiotiques, ce dernier a noté qu'une fois le diagnostic posé, le patient était opéré dans la moitié des cas ou plus tard dans les 12 heures, et que plus de 75% étaient opérés dans les 24 premières heures. Ce délai précoce démontre la bonne volonté de l'équipe de chirurgie viscérale du CHU de Rouen, ainsi que la bonne disponibilité des blocs opératoires et des équipes [193].

En Inde, une étude menée par GUPTA, a rapporté que 60% ont été opérés dans les 24 heures, 24 % des patients ont été opérés entre 24 et 48 heures, 9 % entre 48 et 72 heures et les 7% restants après 72 heures après l'admission [194].

En Allemagne, l'étude de CHANDE a noté que la moyenne de PEC des péritonites appendiculaires était de 12,35 heures avec une médiane de 3 heures [195].

Concernant notre étude, le délai moyen thérapeutique des péritonites était de 1,26 jours. Notre résultat rejoint les données rapportées par NGO NONGA (Cameroun).

**Le délai thérapeutique : occlusion intestinale aigue :**

En comparant notre résultat avec d'autres données de la littérature :

Une étude réalisée par YENON [196] sur les résultats thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës chez les sujets âgés a noté que le délai opératoire moyen était de 2,2 jours  $\pm$  1 jour (extrêmes : 20 heures et 4 jours).

MAURICE [128] et SOUMAH [197] ont rapporté respectivement des délais de 14,43 heures (0,6 jour) et 24 heures (1jour) suivant le diagnostic.

D'une autre part, une étude menée par DEMBELE a noté qu'après une période allant de 30 minutes à 2 heures selon les cas tous les patients ont été opérés [198].

Nous avons constaté à travers notre étude que le délai thérapeutique moyen des occlusions est égal à 2,07 jours. Notre délai semble superposable à celui de l'étude réalisée par YENON.

**Tableau XXVII : Tableau comparatif des délais thérapeutiques moyen D3 des occlusions intestinales aiguës selon la littérature**

Etudes	Pays	Année	Délai thérapeutique
Yenon [196]	Coté d'Ivoire	2009	2,2 jours
Dembele [198]	Mali	2011	30 min à 2 heures
Soumah [197]	Sénégal	2013	24 heures (1 jour)
Maurice [128]	Burkina Faso	2020	14,43 heures (0,6 jour)
Notre Série	Maroc	2023	2,07 jours

***b.2. Les urgences différées : la pathologie cancéreuse :***

Selon notre série, le délai thérapeutique moyen D3 était plus long en cas de cancer pancréatique (72,22 jours) et le cancer colorectal (71,80 jours) et est diminué en cas de tumeur gastrique (30,11 jours).

**Le délai thérapeutique D3 : Le cancer colorectal**

Selon les données de la littérature :

Dans les 2 études précédentes de CHAIMA HAIDAR [110] et celle de POZSGAI [145] ont objectivé que le délai thérapeutique moyen des cancers colorectaux était de respectivement 83,4 jours et 78,81 jours.

Une étude danoise réalisée par KORSGAARD sur le retard de diagnostic et de traitement du cancer colorectal a objectivé que le délai thérapeutique médian du cancer colique et rectal était respectivement de 9 jours et 15 jours [138].

C W LAW [169] a déterminé un délai thérapeutique moyen du cancer du rectum bien court et très satisfaisant soit 18,6 jours et un délai médian de 11 jours. Selon l'auteur, parmi les raisons du retard de la chirurgie le temps d'attente allongé pour obtenir un scanner de stadification.

HELEWA [167] a objectivé que le délai chirurgical médian du cancer colorectal était de 13 jours.

VAN HOUT [129] a affirmé que les délais thérapeutiques moyen et médian des cancers colorectaux étaient de respectivement 21 jours et 18 jours.

Par ailleurs, LANGENBACH [199] a organisé une autre étude en 2010 concernant le cancer colique et qui a noté que le délai thérapeutique moyen du cancer colique était de 125 jours.

Le délai moyen thérapeutique du cancer colorectal dans notre série était de 71,80 jours (soit 2,39 mois) et un délai médian de 70 jours. Notre résultat est superposable à celui noté par HAIDAR et POZSGAI.

**Tableau XXVIII : Tableau comparatif des délais thérapeutiques D3 des cancers colorectaux selon la littérature**

Etude	Pays	Année	Délai thérapeutique moyen en jour	Délai thérapeutique médian en jour
Korsgaard [138]	Danemark	2008	15	----
C W Law [169]	Malaisie	2009	18,6	11
Langenbach [199]	Allemagne	2010	125	----
Van Hout [129]	Holland	2011	21	18
Helewa[167]	Canada	2013	----	13
Pozsgai [145]	Hongrie	2019	78,81	----
Haidar [110]	Maroc	2022	83,4	91
Notre série	Maroc	2023	71,80	70

### **Le délai thérapeutique D3 : Le cancer gastrique**

Selon les données de la littérature :

Haidar [110] a mentionné que le délai moyen thérapeutique du cancer de l'estomac est de 25,8 jours et le délai médian de 20 jours.

Witzig [143] a trouvé que le délai thérapeutique médian des cancers gastriques est de 0,5 mois (15 jours).

Au Pays bas, une étude réalisée par Brenkman en 2017 sur l'association du temps d'attente entre le diagnostic et le traitement et la survie chez les patients atteints d'un cancer gastrique curable a affirmé que le délai thérapeutique médian variait en 4,6 à 6 semaines [200].

Par ailleurs, une étude japonaise menée par Keichi Fujiya [201] sur l'innocuité du temps d'attente prolongé pour la gastrectomie chez les patients atteints par le cancer gastrique a noté que le délai thérapeutique médian des cancers gastriques était de 72 jours.

Le délai moyen thérapeutique du cancer gastrique dans notre série était de 30,11 jours et le délai médian était de 30 jours. Ce résultat semble être en accord avec les données de la littérature qui révèlent également une tendance à des délais plus courts.

#### ***b.3. Les pathologies chirurgicales digestives non urgentes :***

En dehors des urgences, le délai thérapeutique moyen était plus long en cas de fissure anale (211,66 jours) suivie par la pathologie hémorroïdaire (161,13 jours) et la hernie simple (136,17 jours), tandis qu'il est court en cas de kyste hydatique (32 jours).

### **Le délai thérapeutique D3 : La hernie simple**

Une étude réalisée par Rakotomalalandrainy [202] sur la PEC des hernies inguinales chez l'enfant, a noté que la plupart des interventions chirurgicales des hernies ont été faites au 6ème mois.

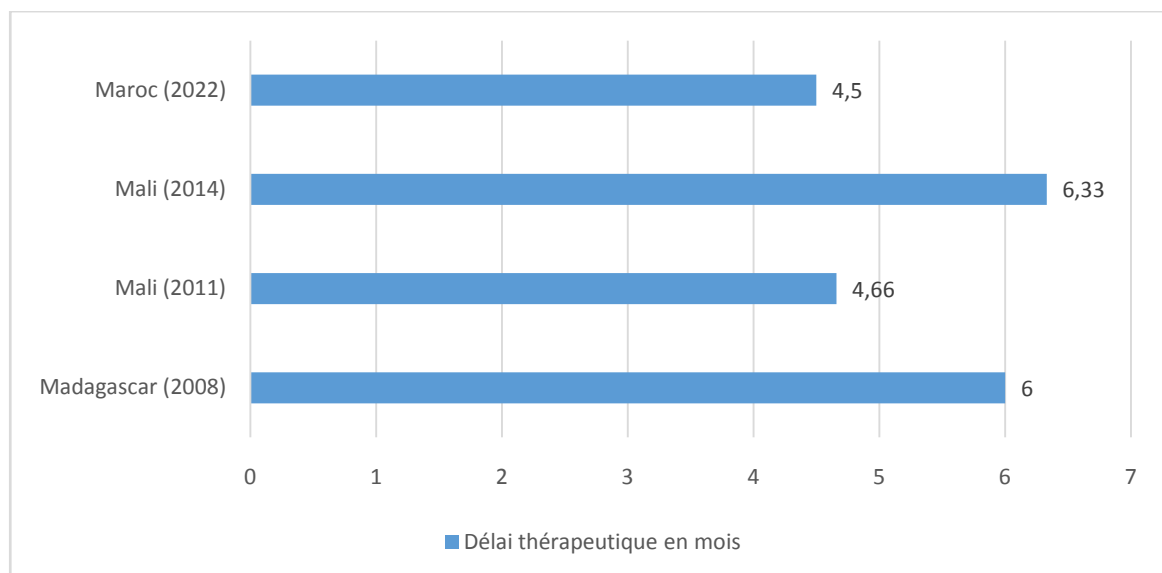
Traore [203], selon son étude sur la PEC de la hernie inguinale simple chez le nourrisson a objectivé que le délai de PEC moyen était de 4,66 mois.



Par ailleurs, une étude menée par COULIBALY [204] sur les hernies inguinales non compliquées, a rapporté que la durée moyenne d'évolution de la hernie inguinale a été de 6,33 ans.

De l'autre part, OGBUANYA [147] a mentionné que les complications sont survenues principalement dans les hernies d'une durée de 6 à 11 mois alors que la plupart des témoins avaient des hernies qui existaient depuis plus de 2 ans.

Dans notre étude, nous avons trouvé un délai moyen chirurgical qui est égal à 136,17 jours (soit 4,53 mois). Cela s'explique par la bonne tolérance de la hernie simple chez les patients, ce qui engendre une programmation de l'intervention dans un délai ultérieur associé à un suivi rigoureux. Cependant, l'indication chirurgicale est posée lorsque la hernie est symptomatique (douleur en cas d'étranglement) sauf si l'état général du patient présente une contre-indication opératoire. Par contre, en cas de la hernie asymptomatique, la PEC chirurgicale dépend de l'âge, l'état général, l'activité physique ou d'une gêne esthétique ainsi que de la décision du malade. Notre résultat est très proche à celui trouvé l'étude de RAKOTOMALALANDRAINNY.



**Figure 14 : Graphique comparatif des délais thérapeutiques D3 de la hernie simple selon la littérature**

D'après le graphique on remarque que la PEC chirurgicale des hernies simples se fait dans plus de 4 mois dans de différents pays au cours des années. La hernie simple alors a un pronostic très favorable dans l'ensemble, car elle est considérée comme une pathologie bénigne le plus souvent. C'est pour cela les délais thérapeutiques des hernies simples asymptomatiques sont allongés et peuvent atteindre plusieurs années.

**3.4. Délai D4 : délai entre l'intervention chirurgicale et la sortie de l'hôpital**

D'après les données de la littérature :

MOHAMED LAMINE DIAKITE [79], MAÏGA [205], et EYAD ISSA [206] ont rapporté que la durée moyenne d'hospitalisation post-opératoire était respectivement de 2 jours, 3 jours et 2 jours.

ADAMOU HARISSOU [10] a affirmé que la durée moyenne du séjour hospitalier était de 9 jours. Cette longue durée est la conséquence du tableau d'infection sévère et de dénutrition qui a affecté la majorité des patients dès leur arrivée à l'hôpital.

LEBEAU [11] a mentionné que la durée moyenne d'hospitalisation de la série entière était de 7,7 j. Cette longue durée est la conséquence d'hospitalisation des patients au service de réanimation à cause des complications post-opératoires.

REDDY [207] a déclaré durant son étude sur Le Séjour postopératoire après chirurgie colorectale que la durée moyenne de séjour postopératoire était d'environ 10 jours.

Dans notre étude, le délai thérapeutique moyen D4 entre l'intervention chirurgicale et la sortie de l'hôpital était de 2,50 jours, tandis que le délai médian était de 2 jours. Notre délai de sortie moyen est convenable à celui noté dans les études de MOHAMED LAMINE DIAKITE, de MAÏGA, et celle d'EYAD ISSA.

**Tableau XXIX : Tableau comparatif des délais de sortie D4 des pathologies chirurgicales digestives selon la littérature**

Etude	Pays	Année	Délai de sortie moyen en jour
Reddy [207]	Royaume-Uni	2003	10
Eyad Issa [206]	Royaume-Uni	2005	2
Maïga [205]	Mali	2009	3
Mohamed Lamine Diakite [79]	Mali	2010	2
Lebeau [11]	Cote d'Ivoire	2011	7,7
Adamou Harissou [10]	Niger	2011	9
Notre série	Maroc	2023	2,50

Les longues durées de sortie ou de séjour post-opératoire sont dues d'après plusieurs études essentiellement à la surveillance des patients ainsi que les complications post-opératoires qui les affectent :

- Les complications post opératoires constituent un problème majeur visant à compromettre les succès de la chirurgie, à augmenter la durée d'hospitalisation, le coût de la prise en charge, et le taux de morbi-mortalité post opératoire [207, 208, 211], ainsi dans une étude, la durée de séjour postopératoire était presque doublée chez les patients présentant des complications après l'opération [211].
- Les complications infectieuses post-opératoires augmentent le coût et la durée du séjour hospitalier [207, 209]. Par ailleurs, en cas d'infection du site opératoire, près d'un opéré sur trois est ré hospitalisé, un sur cinq est réopéré, la durée d'hospitalisation est augmentée de cinq à dix jours [210].
- Une augmentation de la durée de séjour après l'intervention chirurgicale était associée à la ventilation postopératoire, à la pose de stomie, aux complications urinaires, et aux conditions sociales inadéquates [207, 212].

D'autres études suggèrent que l'allongement des délais de séjour post-opératoire en chirurgie générale est dû aux caractéristiques péri opératoires :

- Il existe une association entre un mauvais état nutritionnel préopératoire et un séjour postopératoire prolongé [207].
- Il est possible qu'une difficulté opératoire accrue soit un facteur commun liant l'augmentation des pertes sanguines et le séjour postopératoire prolongé. Ainsi, en moyenne, pour chaque litre de sang remplacé, le séjour postopératoire a augmenté de 2 jours [207].
- D'autres études associent un séjour postopératoire prolongé à d'autres facteurs de risque préopératoires comme la maladie cardiaque, la maladie respiratoire ou le diabète sucré ou – qui prédisent un mauvais résultat clinique [213, 214].

*a. Délai D4 selon les données socio-démographiques :*

*a.1. Délai D4 selon l'âge :*

D'après les données de la littérature concernant le délai de consultation des patients en fonction de leur âge :

Selon LEBEAU [11], parmi 137 patients âgés de plus de 60 ans opérés en urgence d'une affection abdominale digestive, 27 ont été admis dans le service de réanimation pour un état hémodynamique instable, des difficultés respiratoires, une poussée hypertensive, une cardiopathie décompensée et une acidocétose diabétique.

Le grand âge reste un facteur de mauvais pronostic, certes, le sujet âgé est exposé aux complications post-opératoires [11].

Selon l'étude de FALLAHZADEH sur la Maladie préexistante en tant que facteur prédictif du résultat de la colectomie, il a établi un lien entre le séjour postopératoire prolongé et l'âge avancé du patient [214].

Les patients de longue durée post-opératoire étaient significativement plus âgés [211].

L'âge et l'intervention chirurgicale sont des facteurs de risque prépondérants. En effet, une évaluation peropératoire auprès de la prévention des complications relève d'une concertation multidisciplinaire et ne doit pas être réduite à la simple réalisation de l'acte chirurgical. Après l'intervention chirurgicale, il est recommandé d'exercer une surveillance post-opératoire englobant toutes les facettes des soins chez le sujet âgé [209]. Ce qui augmente son délai d'hospitalisation.

D'après notre série, le délai de sortie D4 était plus long chez les sujets âgés de plus de 60 ans (3,26 jours). Cela s'explique par le caractère fragile des sujets âgés ainsi que l'augmentation de la fréquence des complications per et post-opératoires chez eux, ce qui objective une prévention et une surveillance rigoureuse à l'hôpital avant sa sortie. Notre résultat rejoint les données de la littérature.

D'une autre part, le délai de sortie en fonction des autres données socio-démographiques n'a aucune valeur scientifique, ce dernier est lié à la stabilité de l'état du patient et de l'absence des complications après l'intervention chirurgicale.

***b. Délai D4 selon le diagnostic étiologique :***

D'après les données de la littérature concernant le délai de consultation des patients en fonction du diagnostic étiologique :

Les patients opérés en chirurgie programmée ont souvent une préparation adéquate permettant d'éviter certaines complications notées en urgence [215]. Ce qui explique la diminution des délais de sortie pour les pathologies chirurgicales non urgentes.

La nécessité d'investigations diagnostiques ou de stadification et d'un traitement médical pour optimiser les patients admis avec une pathologie abdominale aiguë ou des tumeurs malignes abdominales expliquerait leur séjour hospitalier préopératoire prolongé. Ayant déjà eu une maladie prolongée et un séjour à l'hôpital avant la chirurgie, ces patients semblent les moins préparés physiquement ou mentalement à une sortie assez précoce de l'hôpital après une chirurgie mini-invasive [206].

Plusieurs rapports ont en effet démontré que le séjour postopératoire à l'hôpital et la période de récupération étaient significativement plus courts après une chirurgie laparoscopique lorsqu'ils étaient comparés au hasard à une chirurgie ouverte pour des maladies inflammatoires ou malignes aiguës telles que la cholécystite aiguë [216], l'appendicite aiguë [217] et le cancer du côlon [218].

La chirurgie digestive, et plus particulièrement des cancers digestifs peut entraîner une perte d'autonomie du patient avec un arrêt du transit, une gêne à la déambulation et une morbidité post-opératoire. Il est important alors de mettre en place un programme de réhabilitation après l'intervention chirurgicale, ce qui explique la prolongation du délai de séjour post-opératoire [219].

Selon l'étude de TARTTER [211] sur : le séjour postopératoire associé au pronostic des patients atteints d'un cancer colorectal, ce dernier a rapporté que la durée moyenne de séjour après chirurgie était de 12,9 jours et la médiane de 11 jours. Cette prolongation est due aux complications post-opératoires.

D'après notre série, le délai thérapeutique moyen D4 est diminué chez les patients opérés pour une pathologie chirurgicale digestive non urgente (des extrêmes de 1,05 jours en cas de l'éventration non compliquée et 1,46 jours pour la lithiase vésiculaire). En revanche, les délais de sortie les plus long sont marqués chez les patients atteints par les cancers digestifs (avec des extrêmes de 10,11 jours en cas de cancer colorectal et de 7,41 jours pour le cancer gastrique) suivis des urgences immédiates (avec en tête le traumatisme abdominale (soit 7 jours) puis l'abcès anal (soit 4,26 jours)). Nos résultats sont conformes avec les données de la littérature.

Plusieurs études ont prouvé l'intérêt du délai de sortie en chirurgie, cependant :

- La durée du séjour à l'hôpital est importante en termes de qualité des soins aux patients, mais aussi de coûts de santé [220]. En effet, toutes ces études ont lié la prolongation du délai d'hospitalisation à la survenue des complications après l'intervention chirurgicales, en particulier les infections post-opératoires [221].

- La réduction de la durée de séjour est la résultante attendue de l'amélioration de la prise en charge du patient et de la qualité des soins prodigués. La plupart des études cherchant à démontrer qu'une intervention au sens du soin ou de la thérapeutique est bénéfique pour le patient s'appuient sur le critère de durée de séjour post-opératoire [222].

#### **4. Impacts de l'épidémie COVID SARS19 sur les délais de PEC :**

La pandémie Covid SARS19 qu'a connu le monde, avec ses conséquences extrêmes sur le plan économique, social, psychologique et sur le système de soin au Maroc [223] a eu un impact très important sur la qualité de prise en charge des pathologies chirurgicales digestives. En effet, face à cette maladie qui s'avère particulièrement contagieuse et dangereuse et dont la morbidité est importante dans certains groupes de personnes, le confinement, le manque de travail, le stress perçu, le risque et crainte perçus d'être contaminé [224] sont des facteurs essentiels qui ont expliqué l'abstention des patients à la consultation médicale dès l'apparition du 1er symptôme.

Du fait du confinement prolongé, certains patients consultent tardivement aux urgences. D'après un article du journal Le Monde paru le 31 mars 2020 « pour ne pas déranger ». [225]

Selon une étude menée par K. BARRO sur la gestion de l'épidémie de la COVID-19 par les établissements publics de santé : Les arrivées à l'hôpital pour des pathologies non COVID-19 baissent pour différentes raisons : volonté de ne pas « déranger » alors que le personnel est débordé par la gestion des cas COVID-19, peur de se déplacer à l'hôpital et être contaminés par la suite [226].

En pleine pandémie COVID SARS 19, le système de santé dans le monde entier est altéré, certes, la capacité des services des urgences et chirurgie est réduite concernant les activités habituelles, et les inquiétudes des médecins entravaient les efforts pour trouver et adopter des stratégies novatrices permettant de se sortir de cette crise [227]. C'est pour cela, la plupart des personnels des hôpitaux (médecins, infirmiers, réanimateurs et brancardiers...) étaient qualifiés

dans la PEC des patients atteints du COVID SARS 19, malgré les manifestations anxieuses et dépressives qu'ils présentaient avec des préoccupations centrées sur la pandémie [228].

De l'autre côté, cette stratégie collaborative suivie pour la lutte contre la pandémie a causé un manque de ressources et personnels de santé dans les autres services, ainsi, la capacité de pratiquer les chirurgies prévues est grandement limitée en raison des pressions fluctuantes exercées sur les hôpitaux soumis à des vagues récurrentes de COVID-19 et à l'obligation de gérer des problèmes d'effectifs, d'approvisionnement en équipement et en médicaments et de risque de transmission du virus [227], et donc les délais de PEC des patients sont augmentés.

La crise COVID a bouleversé l'organisation hospitalière, en priorisant la plupart des moyens humains et matériels au service des urgences, consultations et triage, hospitalisations et réanimations des patients contaminés. Cette organisation hospitalière ne s'est pas limitée à l'augmentation des places en soins critiques, mais a affecté toute la chaîne de production de soins, notamment sur le plan des organisations, des ressources humaines et matérielles : suspension des activités programmées, structuration d'unités COVID-19, et réaffectation de soignants à de nouvelles missions [228].

Les établissements hospitaliers ont reporté leurs consultations et opérations programmés de manière massive, afin de disposer des ressources et équipements pour la gestion de la crise épidémique [228, 229].

D'après l'étude de JERIBI sur la PEC chirurgicale des patients cancéreux pendant la pandémie covid-19 : Expérience tunisienne et marocaine : Ce dernier a mentionné que le nombre des patients opérés pendant la période non Covid était de 550, tandis que le nombre des patients opérés durant la période Covid était de 222 (baisse de 60%). L'évaluation des différents types de chirurgie a montré une baisse significative et massive pour toutes les sous-spécialités entre 2019 et 2020 [229].



#### IV. Limites de notre étude :

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

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



# **RECOMMANDATIONS**



A l'issu de notre travail, nous nous permettons de proposer quelques recommandations, qui nous semblent pertinentes, afin de contribuer à améliorer les délais de prise en charge de nos patients au service de chirurgie générale. Nos recommandations sont les suivantes :

- Sensibiliser la population sur l'importance de consulter un professionnel de santé voire un médecin le plus tôt possible.
- Sensibiliser les patients quant aux effets secondaires de l'automédication et du traitement traditionnel.
- Sensibiliser les sujets âgés sur l'intérêt du recourt au médecin dès l'apparition des symptômes en raison de leur terrain particulier.
- Renforcer l'accès à l'information de la population sur les signes évocateurs de l'abdomen chirurgical aigu ainsi que ceux des cancers digestifs les plus fréquemment rencontrés.
- Améliorer la qualité du réseau de transport, et développer les structures de soins spécialisés de proximité.
- Mettre en place un laboratoire, un centre d'imagerie ainsi qu'un bloc opératoire spécifiquement réservés pour les urgences ou simplifier le circuit d'obtention des examens paracliniques pour diminuer les délais de prise en charge des patients. Il est donc primordial que la prescription d'examens complémentaires soit efficiente et que l'optimisation de ces prescriptions passe par la formation des médecins.
- Renforcer le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.
- Développer la médecine de famille, comme spécialité à part entière, et mettre en place un statut de médecin traitant.
- « *Se familiariser* » avec la notion de médecin traitant, à travers la sensibilisation des citoyens marocains à l'importance de se faire suivre et être traité par le médecin de famille.

- Adopter un consensus de prise en charge et le diffuser à l'ensemble des acteurs de soins.
- Développer le programme de réhabilitation après chirurgie pour l'accélération de la récupération postopératoire et la réduction des complications médicales qui surviennent le plus souvent après l'intervention chirurgicale.
- Sensibiliser les médecins généralistes à l'importance de référer les patients dans des centres spécialisés, en cas de suspicion d'une urgence ou d'un cancer, ou en cas de symptômes trainants.
- Sensibiliser les médecins spécialistes sur l'importance de ne pas s'attarder à réaliser des prélèvements biopsiques, et orienter dans ce sens les investigations.
- Améliorer le système de couverture sociale.
- Il est également nécessaire d'aborder la composante psychosociale pour gérer le stress émotionnel que les patients endurent avec un diagnostic de cancer, afin de les rassurer, les aider à surmonter leur appréhension et améliorer leur observance et leur qualité de vie.
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées suivis pour une pathologie viscérale et plus particulièrement le cancer digestif.
- Intégrer des formations en gériatrie dans le parcours des médecins généralistes. En effet, il existe des particularités propres au patient âgé qu'il est nécessaire de prendre en compte lors de la consultation.
- Elaborer des dossiers médicaux standardisés pour chaque type de pathologie pour une meilleure documentation.
- L'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech joue un rôle de référence dans et hors la région de Marrakech. Il mérite donc un renforcement de ses capacités pour mieux honorer ce rôle.



## **CONCLUSION**



L'étude des délais diagnostiques et thérapeutiques demeure un élément capital dans l'évaluation de l'efficacité de la qualité de la prise en charge médicale. Ces délais peuvent également être un paramètre d'inégalité et d'injustice sociale d'accès aux différentes structures de soins.

Nous avons procédé à une étude rétrospective descriptive au sein du service de chirurgie générale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech pendant un période de 2 ans, afin d'analyser les différentes étapes de parcours de soins entrepris par les malades suivis pour une pathologie chirurgicale digestive.

Les statistiques obtenues permettent de signaler que certains délais diagnostiques et thérapeutiques corroborent les données de la littérature, et sont plus satisfaisants comparés à ceux trouvés dans certains pays. Néanmoins, ils restent encore plus long par rapport au pays développés.

Cette étude a permis de montrer que les retards de prise en charge des pathologies chirurgicales digestives sont fréquents voire impressionnants.

Les motifs d'allongement des délais diagnostiques et thérapeutiques sont en rapport avec la réalité socioéconomique du pays provoquant un retard de PEC considérable.

D'autres paramètres identifiés influencent tout de même les délais de PEC, tels que le recours préalable au traitement traditionnel, les difficultés d'accessibilité, l'errance diagnostique, l'insuffisance de sensibilisation de la population, l'insuffisance du personnel de santé, des ressources humaines et des infrastructures nécessaires au diagnostic et au traitement, ainsi que la fâcheuse pandémie Covid SARS 19.

Les résultats de notre étude nous permettent de tirer la sonnette d'alarmes pour amorcer des efforts afin de mettre en place des mesures correctives nécessaires à l'amélioration de ces délais, ainsi que les mécanismes favorables à une accessibilité plus grande aux différentes structures de la santé publique depuis la consultation jusqu'à la PEC.

Au Maroc, le fait de raccourcir les délais de PEC des patients serait un défi majeur pour le système de santé. Dans ce cadre, la mise en place de mesures nécessaires pour faciliter le circuit des patients dans les différentes structures de soins, et l'optimisation de la PEC serait d'un grand bénéfice pour les malades.

L'obtention de délais plus courts et la rapidité de prise en charge devraient être une priorité. Une réflexion paraît nécessaire pour améliorer la prise en charge des pathologies chirurgicales digestives, que se soit au niveau des urgences qu'au niveau du service hospitalier, et aussi pour codifier la prescription d'examens complémentaires de manière judicieuse pour obtenir un diagnostic précoce, garant d'un traitement adapté et optimale.



## **RÉSUMÉS**





## **Résumé**

**Introduction** : La mesure des délais diagnostiques et thérapeutiques est capitale pour l'évaluation de l'efficacité de la qualité de la prise en charge médicale des pathologies chirurgicales digestives.

Les étapes diagnostiques et thérapeutiques en chirurgie générale doivent être réalisés dans un délai raisonnable, avisés et optimisés pour favoriser un bon pronostic. La rapidité de la prise en charge permet d'avoir un impact majeur sur la survie des patients atteints des pathologies chirurgicales digestives.

Conformément à la littérature, les différentes études concernant les délais de prise en charge des pathologies chirurgicales digestives restent hétérogènes. En effet, celles-ci étaient réalisées en se basant sur la pathologie ou sur un groupe de pathologies. A savoir, certaines études ne prenaient en compte que les urgences chirurgicales digestives immédiates et d'autres que les cancers digestifs. A notre connaissance, il n'y a pas d'études qui se sont intéressées à traiter ces délais pour l'ensemble des pathologies chirurgicales viscérales. Nous nous assignons via notre étude à évaluer les différents délais diagnostiques et thérapeutiques de l'ensemble des patients suivis au service de chirurgie viscérale de l'HMA.

**Matériels et méthodes** : Nous nous sommes évertués, tout au long de ce travail, à étudier les différents délais de prise en charge en chirurgie générale, en nous basant sur une étude rétrospective descriptive de 763 malades colligés et opérés au service de chirurgie générale à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech sur une période de 2 ans, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 30 décembre 2021.

**Résultats** : L'âge moyen de nos patients était de 48 ans avec des extrêmes de 12 et 92 ans. Nous avons constaté une prédominance masculine avec un sex-ratio homme/femme de 2,12. Soixante-huit pour cent des malades résidaient dans la ville et régions. Cinquante pour cent étaient des militaires en activité et 95% bénéficiaient de la couverture médicale.

Le délai moyen entre le début des premiers symptômes et la première consultation médicale pour l'ensemble des pathologies viscérales était de 22,88 jours. Il s'écoulait en moyenne 8,63 jours entre la première consultation médicale et le diagnostic étiologique (indication chirurgicale). L'intervention chirurgicale a été initiée dans un délai moyen de 59,12 jours. La sortie des patients de l'hôpital était en moyenne dans 2,50 jours. Le délai total moyen était de 93,47 jours pour l'ensemble des pathologies chirurgicales digestives.

Un risque élevé pour un long délai total (diagnostique et thérapeutique) a été observé chez les patients : âgés plus de 60 ans, de sexe masculin, résidant en dehors de la ville, et les Militaires Retraités.

**Conclusion** : Les délais de prise en charge dans notre étude sont allongés par rapport aux pays développés. Des stratégies devront être mises en œuvre afin de raccourcir ces délais et d'améliorer la qualité de prise en charge.

## Abstract

**Purpose of the study:** The measurement of diagnostic and therapeutic delays is a major element in the evaluation of the effectiveness of the quality of the treatment of digestive surgical pathologies.

Diagnostic and therapeutic delays in general surgery must be carried out within a reasonable time, informed and optimized to promote a good prognosis, however, the speed of treatment has a major impact on the survival of patients with surgical emergencies

In accordance with the literature, the various studies concerning the delays in the treatment of digestive surgical pathologies are heterogeneous, in fact these were carried out by pathology or group of pathologies. Thus certain studies only taking into account immediate digestive surgical emergencies than other digestive cancers.

To our knowledge, there are no studies that have focused on treating these delays for all visceral pathologies. We assign ourselves via our study to evaluate the different diagnostic and therapeutic delays of patients followed for a digestive surgical pathology.

**Methodology:** We have striven, throughout this work, to study the different delays in general surgery care, based on a descriptive retrospective study of 763 patients collected and operated in the general surgery department at the Military Hospital of Marrakech over a period of 2 years, from January 1, 2020 to December 30, 2021.

**Results:** The average age of our patients was 48 years old with extremes of 12 and 92 years old. We found a male predominance with a male/female sex ratio of 2.12. Sixty-eight percent of patients live in the city and regions. Fifty percent were active military and 95% had medical insurance.

The average time between the onset of the first symptoms and the first medical consultation for all visceral pathologies was 22.88 days. There was an average of 8.63 days between the first medical consultation and the etiological diagnosis (surgical indication). The surgical intervention was initiated within an average of 59.12 days.

Discharge of patients from the hospital was on average in 2.50 days. The average total time was 93.47 days for all digestive surgical pathologies.

A high risk for a long total delay was observed within patients: older than 60 years, male, residing out of town, and retired military.

**Conclusion:** Processing times are longer than in developed countries. Strategies should be implemented to shorten delays and improve the quality of healthcare.

## ملخص

**هدف الدراسة:** يعد قياس آجال التشخيص والعلاج عنصرًا أساسيًا في تقييم فعالية جودة الخدمات الصحية لأمراض الجهاز الهضمي الجراحية. تؤثر سرعة تقديم الرعاية الطبية والخدمات الصحية بشكل كبير على حياة المرضى، إذ يجب ان تتم في غضون فترة زمنية معقولة خاصة لدى المصابين بحالات جراحية طارئة. لذلك من الضروري أن يتم تحسين آجال تشخيص وعلاج هذه الأمراض الجراحية.

قامت مجموعة من الدراسات بدراسة آجال التشخيص والعلاج المتعلقة بأمراض الجهاز الهضمي، إلا أنه تم إجراؤها بشكل منفصل وفقًا لمرض معين أو مجموعة من الأمراض، وبالتالي، فإن بعض الدراسات اكتفت بالأمراض الجراحية الطارئة وأخرى اهتمت بأمراض السرطان. على حد علمنا، لا توجد دراسات عالجت آجال التشخيص والعلاج لجميع أنواع أمراض الجهاز الهضمي الجراحية. لهذا قمنا من خلال دراستنا بتقييم مختلف آجال تشخيص وعلاج مرضى الجهاز الهضمي.

**المواد والأساليب:** لقد قمنا بتقييم التأخيرات المختلفة في أمراض الجهاز الهضمي الجراحية، بناءً على دراسة وصفية بأثر رجعي لـ 763 مريض تم جمعهم في قسم الجراحة العامة في المستشفى 30 دجنبر 2021. العسكري ابن سينا في مراكش على مدى سنتين: من 1 يناير إلى

**النتائج:** كان متوسط عمر مرضانا هو 48 سنة، مع حدود قصوى تتراوح من 12 إلى 92 سنة. وجدنا غلبة للذكور مع خارج ذكر / أنثى 2.12. ما يعادل 68 % من المرضى يقيمون في المدينة والمناطق التابع لها. خمسون في المائة كانوا عسكريين و 95% يتوفرون على تغطية صحية.

لقد تبين لنا أن متوسط وقت الاستشارة بين ظهور الأعراض الأولى والاستشارة الطبية الأولى هو 22.88 يومًا، وكان هناك ما معدله 8.63 يومًا بين أول استشارة طبية ووضع التشخيص.

يتم بدأ العلاج المختص في غضون 59.12 يومًا في المتوسط. أما معدل خروج المرضى من المستشفى فكان 2.50 يومًا. وقد كان متوسط الأجل الكلي هو 93.47 يومًا لجميع الأمراض الجهاز الهضمي الجراحية.

لاحظنا وجود عوامل مسؤولة عن الأجل الكلية الطويلة لدى المرضى، وهي: المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا؛ الذكور، المقيمين خارج المدينة، و العساكر المتقاعدين.

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



## Fiche d'exploitation

### I- Le type de pathologie chirurgicale digestive :

- Urgence immédiate
- Urgence différée
- Non urgente

### II- Données socio-démographiques :

- Numéro du dossier :
- Age ou date de naissance :
- Sexe :
  - Féminin
  - Masculin
- Milieu de résidence ou d'affectation :
  - Marrakech-Ville
  - Marrakech-Région
  - Hors Marrakech
- Catégorie et couverture médicale :
  - Militaires en activité
  - Ayant-Droits :
    - Militaires Retraités
    - Familles des Militaires (conjointes et descendants)
  - Non ayant-Droit :
    - Mutualiste
    - Non Mutualiste



### **III- Données cliniques**

- Motif de consultation ou d'admission
  - Le maître symptôme
  - Les signes associés
- Le diagnostic étiologique : indication chirurgicale
- Type du traitement :
  - Intervention chirurgicale : date de l'opération
  - Autres types de traitement pour les cancers digestifs :
    - a. Chimiothérapie :       \*oui                               \*non
    - b. Radiothérapie :       \*oui                               \*non

### **IV- Données des délais de prise en charge :**

- Le délai de consultation ou délai patient D1 : délai entre les 1<sup>ers</sup> symptômes et la 1<sup>ère</sup> consultation médicale : ..... Jours.
- Le délai diagnostique D2 : délai entre la première consultation et le diagnostic ou l'indication chirurgicale : ..... Jours.
- Le délai thérapeutique D3 : délai entre le diagnostic ou l'indication chirurgicale et le début de l'intervention chirurgicale : ..... Jours.
- Le délai thérapeutique D4 : ou délai entre l'intervention chirurgicale et la sortie de l'hôpital : ..... Jours.
- Le délai total D5 : délai entre l'apparition des 1<sup>ers</sup> symptômes jusqu'à la sortie de l'hôpital : ..... Jours.



# **BIBLIOGRAPHIE**



1. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).**  
Santé et droits de l'homme
2. **Sophie Cès.**  
L'accès aux soins de santé, définition et enjeux.  
*Démocratie n° 2. Février 2022. 3*
3. **Nations Unies.**  
*Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Paris : Nations Unies. (1948)*
4. **Ministère de la santé et l'Organisation Mondiale de la Santé : ÉVALUATION DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE AU MAROC – Rapport technique –**  
Sante.gov.ma
5. **Marc-Éric Gruénais et Élise Guillermet**  
Décider d'accéder à des soins de santé au Maroc. À propos du "premier délai". 80-81 | 2018 : La santé au quotidien dans les pays du Maghreb.  
<https://doi.org/10.4000/insaniyat.19213>
6. **European Scientific Journal ESJ** URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n36p174>
7. **Andreu JM.**  
Urgences chirurgicales en milieu Africain (L'urgence Tropicale existe-t-elle ?).  
*Med Trop. 2002 ; 62 :242-3.*
8. **Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdoul I, Gamatie Y, Rakotomalala J et al.**  
Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique.  
*Médecine d'Afrique Noire. 2001 ; 48(2)*
9. **Sall B, Kane O, Diouf E, Beye M.**  
Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical : Le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. *Med Trop. 2002 ; 62 : 247-250.*

10. **Adamou H, Adamou MMI, Habou O, Adamou M, Magagi A, Elh A et al.**  
Retard Diagnostique et implication pronostique en milieu Africain. Cas des urgences en *chirurgie digestive à l'hôpital de Zinder, Niger.*  
*European Scientific Journal. 2015 ; 11(12) :251-262.*
11. **Lebeau R, Diané B, Kassi ABF, Yénon KS, Kouassi JC.**  
Urgences abdominales digestives non traumatiques chez les sujets âgés au CHU de Cocody à Abidjan, Côte d'Ivoire : étiologies et résultats thérapeutiques.  
*Trop 2011 ; 71 : 241-244*
12. **Gbessi DG, Dossou FM, Ezin EFM, Hadonou A, Imorou-Souaibou Y, Lawani I, Mehinto DK, Olory- Togbe JL, Bagnan KO.**  
Prise en charge des urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital de zone de Comè au Bénin à propos de 169 cas.  
*Rev. Afr. Anesthésiol. Med. Urgence. Tome 20 n°2-2015*
13. **Keita K.**  
Evaluation des délais de prise en charge des urgences au service des urgences chirurgicales de l'hôpital Gabriel Toure [Thèse].  
*Médecine Humaine : Mali ; 2006. 4 - 27- 53 - 6 p*
14. **Paluku KJ, Attolou SGR, Natta n'tcha HN, Mupepe KA, Lyadi AL, Kambasu TD et al.** Surgical abdominal emergencies in disadvantaged area: epidemiologic and therapeutic aspects.  
*The Journal of Medical Research 2018 ; 4(5) : 223-226*
15. **Cucinotta D, Vanelli M.**  
*WHO declares COVID19 a pandemic. Acta Biomed 2020;91:157-60.*
16. **Centers for Disease Control and Prevention.**  
Standard precautions for all patient care. Accessed April 25, 2020.  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html>.
17. **Kraemer M, Yang ch, Gutierrez B, et al.**  
The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China.  
*Science 2020;368:493-7.*

18. **Tuech JJ, Gangloff A, Di Fiore F, et al.**  
Strategy for the practice of digestive and oncological surgery during the Covid-19 epidemic.  
*Visc Surg* 2020. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2020.03.008.
19. **Collarda M, Lakkisb Z, Loriauc L, et al.**  
Crise sanitaire liée au COVID-19: modalités du traitement de l'appendicite aiguë non compliquée de l'adulte par antibiothérapie seule comme alternative à l'appendicectomie.  
*Visc Surg* 2020.  
DOI : 10.1016/j.jchirv.2020.04.014
20. **Xavier Emmanuelli, Julien Emmanuelli**  
*Au secours de la vie : la médecine d'urgence*, Paris, Gallimard, coll. « Découvertes Gallimard » (n° 281), 1996, 144p (ISBN 2-07-053324-7)
21. **Assouto P, Tchaou B, Kangni N, Padonou JL, Lokossou T, Djiconkpodé I, Aguèmon AR.**  
Evolution post-opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical.  
*Med Trop* 2009; 69 : 477-479.
22. **Dembélé K. S, Bengaly B, Traoré D, Kanté S, Kamissoko S, Coulibaly M et al**  
Urgences chirurgicales digestives au centre de sante de reference de douentza  
*Journal de chirurgie et spécialités du Mali.*
23. **Vally NT.**  
Fréquence et prise en charge des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie de l'hôpital provincial de Kananga.  
*Mémoire de médecine : Université notre Dame du Kasai RDC ; 2013. Google Scholar*
24. **Konate. M**  
Urgences Chirurgicales à H.G.T.  
*Thèse de Méd- Bamako, 2005 : 91 ; 238.*
25. **Berrod JL, Lebourgeois P et Marcos X..**  
Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encycl Méd Chir (Elvesier, Masson, Paris).*  
*Urgences, 24-039-B-10, Gastro-entérologie, 9-001-B-10, 2000, 26 p.*

26. **Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K.**  
Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger.  
*Bulletin de la société de pathologie exotique. 2017 ;110(3) :191-7.*
27. **Kambiré JL, Sanon BG, Zare C, Kambou T.**  
Etiologies et pronostic des urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).  
*Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. 2017 ;19(3) :305-7.*
28. **Nigeria Adamu Ahmed, Mohammed Dauda, Stephen Garba, Yahaya Ukwenya.**  
Emergency Abdominal Surgery In Zaria, Nigeria.  
*Vol 48, No. 2, May 2010*
29. **Sajradi Brahim.**  
Bilan des urgences chirurgicales viscérales à l'hôpital provincial de TIZNIT au cours de 2 années (2004-2005). 2013
30. **Institut national du cancer.**  
La vie deux ans après un diagnostic de cancer : De l'annonce à l'après cancer.  
Collection Etudes et Enquêtes.  
*Disponible à l'adresse : [www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/cancer\\_partie1](http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/cancer_partie1) (Accès le 23 Mars 2015) ». Juin 2014.*
31. **Thorvardur R. Halfdanarson, Md ; William J. Hogan, Mbbch ; Et Timothy J. Moynihan, Md.**  
Urgences oncologiques : diagnostic et traitement.  
*© 2006 Fondation Mayo pour l'éducation et la recherche médicales.*
32. **Khadija Nejmeddine.**  
Prise en charge des cancers digestifs aux urgences (expérience au CHU Mohammed VI Marrakech).  
*Thèse de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2015*

- 33. Kerrouault Eva, Denis Nathalie, Le Conte Philippe, Dabouis G errard.**  
Une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre des patients atteints de cancer adressés aux urgences.  
*La Presse Médicale, 2007; 36: 1557-62.*
- 34. Chbani L, Hafid I, Erraho M, Mesbahi O, Nejari C, Amarti.**  
A Epidemiological and pathological features of cancer in Fez Boulemane region, Morocco.  
*Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 19, N  3, 2013.*
- 35. Tiret L, Rotman N, Hatton, Fagnez PL.**  
La chirurgie digestive en France. Une enquête épidémiologique nationale (1978-1982).  
*Gastroenterol Clin Biol 1988;12:354-60.*
- 36. N Rasamoelina**  
Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar.  
*Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2010(Mars-Avril); 2(2): 10-11.*
- 37. Ibrahima Gaye, Pape Alassane Leye, Mamadou Mour Traoré, Pape Ibrahima Ndiaye, El Hadji Boubacar Ba, Mamadou Diawo Bah, et al**  
Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. *Pan African Medical Journal 2016 ; 24 :190.*
- 38. Soumah S, Ba PA, Diallo-Owono F, Toure C.**  
Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain :  tude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thi s. Sénégal *Bull Med Owendo. 2011 ; 13(37):13-6.*
- 39. Alain Weill, Nathalie Vallier, Benoît Salanave.**  
La fréquence des 30 affections de longue durée.  
*adsp n  59 juin 200*
- 40. Fondation Lalla Salma.**  
*Plan National de prévention et de contrôle du cancer*

41. **Marie Préau, Fabienne Marcellin, France Lert, Bruno Spire, Jean-Paul et Al.**  
Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle.  
*Archive ouverte HAL.*
42. **L'organisation mondiale de la santé.**  
Le diagnostic précoce du cancer permet de sauver des vies et d'abaisser le coût du traitement
43. **OMS Working Group.**  
*WHOQOL, measuring quality of life, 1997.*
44. **Goffman E.**  
Stigmates. Les usages sociaux des handicaps. Paris : Ed de Minuit, 1977.
45. **Institut national du cancer.**  
Prise en charge financière.  
*Disponible sur le site : <https://www.e-cancer.fr> Quelle-prise-en-charge-financiere-pour-les-soins*
46. **Helg, C.**  
Séquelles incapacitantes après chimio- et radiothérapie.  
*Douleur analg 24, 29 (2011). Springer-Verlag France 2011*  
*<https://doi.org/10.1007/s11724-011-0250-z>*
47. **Nicole Delvaux.**  
L'expérience du cancer pour les familles.  
Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2006/1 (n°36), pages 81 à 101.  
*Éditions De Boeck Supérieur.*  
*DOI10.3917/ctf.036.101*
48. **Mlle Mboda' Djameni Charlène Eugénie.**  
Complications périopératoires en chirurgie programmée au CHU Gabriel Touré.  
*Thèse de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako 2018.*



49. **Paul D. Colavita, M, Igor Belyansky, M.**  
Umbilical hernia repair with mesh : identifying effectors of ideal outcomes.  
*American journal of surgery.2014 ;*
50. **De J. F. Frébault**  
Observations sur les hernies abdominales  
*Disponible sue : <https://books.google.co.ma>*
51. **A. Erraimakh, R. Benelkhaiat, B. Finech.**  
La hernie inguinale : Etude rétrospective  
*Service de Chirurgie Viscérale. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI. Marrakech*
52. **C. Prochalskaa, C. Lebaupaina, M. Loizeaua, A. Descathab.**  
Hernies inguinales et exposition professionnelle : revue de la littérature et étude descriptive de cas.  
Elsevier Masson SAS 2013.  
*DOI : <https://doi.org/10.1016/j.admp.2013.10.004>*
53. **Dr Anaïs Laforest, Dr Éric Vibert, Pr Denis Castaing**  
Lithiase biliaire et complications. Centre hospitalier Paul-Brousse, centre hépatobiliaire,  
*94800 Villejuif. LA REVUE DU PRATICIEN, V O L. 58, 15 FÉVRIER 2008*
54. **Méga Guide STAGES IFSI (2e édition).**  
Lithiase biliaire et ses complications  
© 2015, Elsevier Masson SAS  
*DOI : <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74529-4.00273-1>*
55. **SAMU-Urgences de France.**  
Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir  
*LIVRE BLANC.*
56. **Carine Vassy.**  
L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire.  
*Mouvements N°32 mars-avril 2004.*  
DOI : 10.3917/mouv.032.0067

57. **Hoot NR, Aronsky D.**  
Systematic review of emergency department crowding : causes, effects, and solutions.  
*Ann Emerg Med.* 2008 Aug ;52(2) :126-36.
58. **Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M.** Overcrowding in emergency department : an international issue. *Intern Emerg Med.* 2015 Mar ;10(2) :171-5.
59. **Claret PG, Sebbanne M, Bobbia X, Bonnac JM, Pommet S, Jebali C, et al.**  
First medical contact and physicians' opinion after the implementation of an electronic record system. *Am J Emerg Med.* 2012 Sep ;30(7) :1235-40.
60. **Claret PG, Bobbia X, Macri F, Stowell A, Motté A, Landais P, et al.**  
Impact of a computerized provider radiography order entry system without clinical decision support on emergency department medical imaging requests. *Comput Methods Programs Biomed.* 2016 Jun ;129 :82-8.
61. **Pierre-Géraud Claret.**  
Le circuit patient en structure des urgences : comment lutter contre la surcharge ?  
Thèse pour obtenir le grade de Docteur en France.  
*Collège Doctoral du Languedoc-Roussillon*
62. **Ministère de la santé.**  
Système de la santé et offre de soin au Maroc. Dahir n° 1-11-83 du 2 juillet 2011 portant promulgation de la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.
63. **Evelyne Cash, Roland Cash, Catherine Dupilet, Marion Pinilo, Thomas Richard.**  
Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins.  
*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES.*  
*Série études et recherches n° 133 ● Septembre 2015*
64. **D. G. Albrand.**  
Parcours de soins des patients âgés ayant un cancer à partir du domicile  
disponible sur : [http://www.congres-sofog.com/uploads/Parcours%20de%20soins%20-%20Albrand p. 23..pdf](http://www.congres-sofog.com/uploads/Parcours%20de%20soins%20-%20Albrand%20p.23..pdf) .2017

65. **Le Centre d'Oncologie–Radiothérapie, Clinique Spécialisée Menara.**  
Disponible sur : <http://cliniquemenara.ma/unites-de-soins/centre-oncologieradiotherapie/>, 2013.
66. **Hajjar El Haïti.**  
Médecins de famille : le gouvernement ambitieux, la réalité est autre.  
*Disponible sur : <https://lematin.ma/express/2021/medecins-famille-ambitions-gouvernementales-mais-ou-specialistes/366956.html>, 2021*
67. **Boulogne–Billancourt.**  
Améliorer le parcours de soins des patients atteints de cancer : de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Communiqué de presse, le 21 janvier 2019. *Institut national du cancer*
68. **Institut national du cancer.**  
*Parcours personnalisé des patients : les outils*
69. **Christophe Pascal.**  
La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur.  
Revue française de gestion 2003/5 (n o 146), pages 191 à 204 Éditions Lavoisier  
*DOI : 10.3166/rfg.146.191-204*
70. **Andem Et Service Évaluation Hospitalière.**  
Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé.  
*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.*
71. **M.S. Jarrar, S. Khlifi, W. Ben Amor, S. El afrit, S. Ghannouchi.**  
L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached. étude prospective.  
*J. Magh A. Réa Méd Urg, Vol XV – P 251–257*
72. **Luigi Siciliani et Jeremy Hurst.**  
Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE.  
*Revue économique de l'OCDE n° 38, 2004/1*

73. **G. Myrdal, M. Lambe, G. Hillerdal, K. Lamberg, T. Agustsson, et E. Ståhle.**  
Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer *Thorax*, vol. 59, n° 1, p. 45-49, janv. 2004.
74. **C. Rivera, J. Mathiaux, T. Haaser, H. Begueret, J. Jougon, et R. Trouette.**  
Délais de prise en charge initiale des patients atteints de cancer bronchique traités en radiothérapie.  
*Bull. Cancer (Paris)*, vol. 99, n° 12, p. 1117-1122,  
*DOI : 10.1684/bdc.2012.1647.*, déc. 2012
75. **Soumia Lahiaouni**  
Médecine complémentaire en oncologie  
*Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2016.*
76. **Institut National du cancer**  
*Evaluation comparative des études réalisées sur les délais en cancérologie.*
77. **Ouro-Bang'na Maman AF, Agbétra N, Egbohoun P, Sama H, Chobli M.**  
Morbidity-mortality perioperative in a developing country : experience of the CHU de Lomé (Togo).  
*Ann Fr Anesth Reanim 2008 ; 27 : 1030-3.*
78. **Mr. Modibo Fofana Diop**  
Epidémiologie des pathologies chirurgicales dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Ségou  
*THESE de faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali. 2005*
79. **M. Mohamed Lamine Diakite**  
épidémiologie des interventions chirurgicales dans l'unité de chirurgie du centre de santé de référence de la commune vi.  
*THESE de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Mali.2010*

- 80. Paluku Katswere Josaphat, Siri Kabika Désiré, Hounsou Nounagnon René, Muhindo Valimungighe Moïse, Kambasu Talimula Demaison.**  
Problématique du retard de prise en charge des urgences chirurgicales *abdominales non traumatiques au centre hospitalier Bethesda ; cotonou, benin*
- 81. Vester–Andersen M, Lundstrøm LH, Møller MH, et al**  
Mortality and postoperative care pathways after emergency gastrointestinal surgery in 2904 patients: a population–based cohort study.  
*Br J Anaesth 112 :860–70. (2014)*
- 82. Escarce JJ, Kelley MA.**  
Admission source to the medical intensive care unit predicts hospital death independent of APACHE II score.  
JAMA 1990; 264 : 2389– 94  
*DOI : 10.1001/jama.1990.03450180053028*
- 83. Abdrahamane TOURE.**  
Etude Epidémiologie–Clinique des Plaies Accidentelles aux Urgences de l’Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.  
*Thèse de Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto–Stomatologie De l’Université de Bamako.*
- 84. Mr Issa Diafara BERTHE.**  
Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie «a» du chu du point g.  
*Thèse de Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto–Stomatologie De l’Université de Bamako.*
- 85. Kondano Saa Yawo, Fofana Naby, Camara Soriba Naby, Haba Monece, Soumaoro Labile Togba, Diallo Biro.**  
Non–traumatic abdominal surgical emergencies at the Communal Medical Center (CMC) of Matam, Conakry.  
*GSC Advanced Research and Reviews, 2021, 08(01), 041–044.*  
*DOI : <https://doi.org/10.30574/gscarr.2021.8.1.0134>*

86. **Chaibou MS, Sani R, Bako H, Kotanou M, Daddy H, et al.** Management of Acute Abdominal Emergencies at the Niamey National Hospital.  
*Int J Clin Anesthesiol* 2(1) : 1024. (2014)
87. **Philippe Rougier. Emmanuel Mitry. Sophie Dominguez. Julien Taib.**  
*Les cancers digestifs. Springer-Verlag France, 2006*
88. **Ouedraogo S, et al.**  
Profil épidémiologique, clinique, histologique et thérapeutique des cancers digestifs primitifs dans les régions nord et est du Burkina Faso. *Bull Cancer* (2018)
89. **A.R. Kpossou et Al.**  
Épidémiologie des cancers digestifs primitifs de l'adulte dans trois centres sanitaires spécialisés de Cotonou (République du Bénin).  
Santé publique / public health.  
*Bull. Soc. Pathol. Exot.* (2020) 113:254–257 doi 10.3166/bspe-2020-0152
90. **R. Benelkhaiat, K. Rabbani, N. Nasrollah, B. Finech, A. Louzi, A. El Idrissi Dafali.**  
*Les cancers digestifs dans la région de Marrakech Digestive © Springer-Verlag France 2010*
91. **Seydou Kante.**  
L'accompagnement des patients chirurgicaux à l'hôpital du point « g » thèse de *Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali. 2003*
92. **D. B. Macadam, Bd(Lond), Ma, Mrccp**  
A study in general practice of the symptoms and delay patterns in the diagnosis of gastrointestinal cancer Lecturer in General Practice, Department of Community Medicine and General Practice, University of Leeds. *Journal of the Royal College of General Practitioners, December 1979*
93. **Porta M, Gallen M, Belloc J, Malats N (1996)**  
Predictors of the interval between the onset of symptoms and first medical visit in patients with digestive tract cancer. *Int J Oncol* 8 : 941-949.  
*DOI: 10.3892/ijco.8.5.941*

94. **Elion Ossibi P**  
Prise en Charge des Pathologies Proctologiques en Milieu Chirurgical à Brazzaville  
*Health Sci. Dis: Vol 23 (3) March 2022 pp 81–84.*
95. **Zerrou L.**  
*Les abus de médicaments gagnent du terrain au Maroc.*  
*Disponible à l'URL : [www.aujourd'hui.ma](http://www.aujourd'hui.ma)*
96. **Benson, J. S. (2001) .**  
The impact of privatization on access in Tanzania, *Social Science & Medicine*, 52, 1903–1915.  
*DOI : 10.1016/S0277-9536(00)00308-7*
97. **Mbassa Menick D.**  
La religiosité thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique.  
*Perspectives Psy. 2010;49(4):339–56.*  
*DOI: 10.1051/ ppsy/2010494339.*
98. **Stéphanie Träger–Maury, Christophe Tournigand, Frédérique Maindrault–Goebel, Pauline Afchain, Aimery de Gramont, Marie–Line Garcia–Larnicol et al.**  
Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie.  
*Français. Volume 94, numéro 11, novembre 2007.DOI :10.1684/bdc.2007.0495*
99. **U Macleod , E D Mitchell, C Burgess, S Macdonald, A J Ramirez**  
Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers – PubMed.  
*Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19956172/> ,2009*
100. **C. Nosarti, T. Crayford, J. V. Roberts, E. Elias, K. McKenzie, et A. S. David.**  
Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors, *Br. J. Cancer*, vol. 82, n° 3, p. 742-748.1999.0990, févr. 2000.  
*DOI: 10.1054/bjoc.1999.0990*

- 101. Günay GÜRLEYTK, Emin GÜRLEYTK, Selçuk Unalmifier.**  
Abdominal surgical emergency in the elderly. Haydarpasa Numune Hospital, Department of Surgery, Istanbul. *Turk J Gastroenterol* 2002 ; 13 (1) : 47-52
- 102. Nayi Zongo, Adama Sanoua, Smaïla Ouédraogob, Falilatou Djiwaa, Edgar Ouangréa, Maurice Zidaa et al.**  
Cancers digestifs primitifs du sujet âgé : particularités épidémiologiques dans un pays à faible espérance de vie : cas du Burkina Faso. *Le JOG – Le Journal d’OncoGériatrie®*. VOLUME 6 – N°2 – AVRIL-JUIN 2015
- 103. Abdesslam Boutayeb , Wiam Boutayeb ,Mohamed E.N Lamlili**  
Revue des inégalités au Maroc avec illustrations multi-domaines  
*Disponible sur :[https://www.hcp.ma/downloads/Indicateurs-sociaux\\_t11880.html](https://www.hcp.ma/downloads/Indicateurs-sociaux_t11880.html)*
- 104. Saarat Sathoo, Deivanai Sundaram Nachiappan, Sathasivam Sureshkumar, Amaranathan Anandhi.**  
A qualitative exploratory study of delay in the presentation of gastrointestinal cancer. Department of Surgery, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research, Pondicherry, India
- 105. Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED)**  
Les personnes âgées au Maroc : Profil, santé et rapports sociaux.  
*Enquête nationale sur les personnes âgées, HCP, 2006*
- 106. Pierre Aïach.**  
Des idées reçues en santé mondiale.  
OpenEdition Books.  
*DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pum.3677>*
- 107. Institut national de la statistique et les études économiques ENSEE.**  
Femmes et hommes, l'égalité en question.  
*Santé et recours aux soins. Édition 2022*
- 108. Conseil Economique, Social et Environnemental CECE.**  
Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé.  
*Saisine n° 4 / 2013.*



- 109. L'organisation mondiale de la Santé (OMS).**  
*Ressources humaines en santé.*
- 110. Haidar Chaima.**  
Les délais diagnostiques et thérapeutiques en oncologie médicale.  
*THESE de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2022*
- 111. Anam. (2016).**  
Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie.
- 112. Jouilil Youness.**  
Impact of basic medical coverage on the use of preventive care in morocco: a theoretical and empirical investigation.  
*Revue D'Etudes en Management et Finance D'Organisation N°8 Mars 2019.*
- 113. H.Abid, A.Salih, O.Soulami, A.Ibrahimi, M.El Abkari.**  
Consultation de proctologie : quel est le point de vue des malades ? A propos de 248 cas.  
IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN : 2279-0853, p-ISSN : 2279-0861. *Volume 17, Issue 1 Ver. 14 January. (2018), PP 14-17*
- 114. Morad Berghout**  
Appendicite aigue chez les sujets âgés plus de 55 ans THÈSE de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, 2020
- 115. S. Ouedraogo, A. Sanou, M. Zida, A. P. Ouedraogo, S. S. Traore.**  
Particularités de l'appendicite aigue du sujet âgé en milieu hospitalier burkinabè.  
*Sciences De La Santé, 38(1 et 2)*
- 116. M. Amadou H BAH**  
Les appendicites aigues et leurs complications à l'hôpital de GAO.  
*Thèse de Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie. Mali*
- 117. Andrianaly Miora Nadia**  
Aspects epidemiologique, diagnostique et therapeutique de l'appendicite aigue au chu de toamasina.  
*Thèse de la faculté de médecine. Universite d'antananarivo. Madagascar*

118. **P. Farhouat, O. Fall, M. Ogoubemy, A. Sow, A. Millon, D. Dieng, M.B. Diouf.**  
APPENDICECTOMIES EN MILIEU TROPICAL : ÉTUDE PROSPECTIVE À L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.  
*Médecine Tropicale. 2005, 65, 6*
119. **Bakhou A.**  
Les péritonites appendiculaires chez l'enfant : Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech  
*Thèse de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech 2012*
120. **Dieng M, Ndiaye Aï, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré CT.**ASPECTS ETIOLOGIQUES ET thérapeutiques des peritonites aiguës généralisées d'origine digestive. Une série de 207 cas opérés en cinq ans.  
*Mali medical ; 21(4): 46–50, 2006.*
121. **Moussa Oumar DIARRA**  
Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso. Thèse de *faculte de medecine et d'odonto–stomatologie 2018. Mali*
122. **Fagniez PI Et Yahchouchy E.**  
*Urgences chirurgicales Masson, Paris, 1998 ; 233p.*
123. **Mariage Maxime**  
Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë *Thèse méd. Amiens 2016 n°174*
124. **Rihame MAKHOUD**  
Etude rétrospective des occlusions intestinales : diagnostic et prise en charge  
*Thèse de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech 2018*
125. **I.Shimou, R. Benelkhaiat, A. El Idrissi Dafali.**  
Les occlusions intestinales aiguës Au CHU Mohammed VI de Marrakech à propos de 103 cas. *Service de chirurgie viscérale. Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohammed VI. Marrakech*

126. Harouna, H. Yaya, H. Abarchi, J. Rakoto Malala, M. Gazi, A. Seibou, I. Abdou, M. Moussa, L. Bazira.  
Les occlusions intestinales : principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital *national de niamey niger etude prospective a propos de 124 cas.*  
*Medecine d'afrique noire : 2000, 47 (4)*
127. **Moussa Badjan Sidibe**  
Aspects épidémiologiques cliniques et prise en charge des occlusions intestinales aiguës mécaniques dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré  
*Thèse de Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto Stomatologie. BAMAKO. MALI.2003*
128. **Faso Zida Maurice, Kambire Jean Luc, Zida Leticia, Ouédraogo Souleymane, Ouédraogo Salam, Béré Bernadette.** Acute Intestinal Occlusions By Post-Operative Flanges And Adhesions : About 46 Cases Operates At Ouahigouya Teaching Hospital, Burkina.  
European Scientific Journal September 2020 edition Vol.16, No.27 ISSN : 1857-7881 (Print) e - ISSN 1857-7431.  
*DOI :10.19044/esj.2020.v16n27p368 Vo*
129. **Afke M.G.H. Van Hout, Niek J De Wit, Frans H Rutten, Petra H.M Peeters.**  
Determinants of patient's and doctor's delay in diagnosis and treatment of colorectal cancer.  
*European Journal of Gastroenterology and Hepatology*
130. **Razvan Diaconescu , Chantal Lafond, Renaud Whittom** treatment Delays In Non-Small Cell Lung Cancer and Their Prognostic Implications - Science Direct .Disponible sur :  
*<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1556086415310431>*
131. **C. Lepage.**  
Épidémiologie des cancers digestifs : dernières tendances évolutives .  
*La Lettre du Cancérologue I. XXVI - n° 8 - septembre 2017*
132. **R. Lambert.**  
Épidémiologie du cancer colorectal (CCR) Colorectal cancer (CRC) Vol. 5 N° 1 - 2009 - 2-6 P 3. 19.

133. **M. Hamdi Cherif, Z. Zaidi, D. Abdellouche, S. Hamdi, N. Lakhdari, A. Djema Bendjazia, S. et al.**  
Registre du cancer de Sétif (Algérie) : incidence, tendance et survie, 1986–2005  
publication 2010. 20.
134. **Professeur Mansour Ben Abdallah.**  
Ministere de la sante publique.  
*Registre des cancers nord tunisie 2004–2006. Publication 2006*
135. **Plan National de Prévention et de contrôle du Cancer 2010–2019.**  
« Synthese\_PNPCC\_2010–2019.pdf ». Disponible sur:  
[https://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese\\_PNPCC\\_2010–1019.pdf](https://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010–1019.pdf)
136. **R. Belbaraka, M. Khouchani, et A. Fakhri, Ouassim MANSOURY**  
LA PRISE EN CHARGE DU CANCER COLORECTAL METASTATIQUE : EXPERIENCE DU CENTRE  
D'ONCOLOGIE HEMATOLOGIE CHU MOHAMMED VI MARRAKECH  
*Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2018.*
137. **Munir Ahmad Abu–Helalah, Hussam Ahmad Alshraideh, Mo'tasem Al–Hanaqtah, Anas  
Abuseif et al .**  
Delay in Presentation, Diagnosis and Treatment for Colorectal Cancer Patients in Jordan.  
*2015 Wiley Periodicals, Inc., 1075–122X/16 The Breast Journal, Volume 22 Number 2,  
2016 213–217. DOI : 10.1111/tbj.12541*
138. **Marianne Korsgaard PhDa, Lars Pedersen MScb, Soren Laurberg DMScia.**  
Delay of diagnosis and treatment of colorectal cancer—A population–based Danish  
Study. 2008 International Society for Preventive Oncology. Published by Elsevier Ltd. All  
rights reserved. DOI : 10.1016/j.cdp.2008.01.001
139. **Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM.**  
Estimates of world wide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 200 Int J Cancer. 2010 Dec  
*15 ;127(12) :2893– 917. PubMed | Google Scholar*

- 140. T. Mikulin And J.D. Hardcastle.**  
Gastric Cancer–Delay in Diagnosis and its Causes Department of Surgey, Univcrsity Hospital, Nottingham, U.K. 1987
- 141. Iain G Martin, Sheila Young, Henry Sue–Ling, David Johnston.**  
Delays in the diagnosis of oesophagogastric cancer : a consecutive case series. BMJ VOLUME 314 15 FEBRUARY 1997
- 142. Mahadevan Deva Tata, Dharmendran Ratnasingam, MBBS, MS, Ramesh Gurunathan, FRCS, Kandasami Palayan, FRCS.**  
Delay in Diagnosis of Upper Gastrointestinal Cancer : whose fault is ? Med J Malaysia Vol 68 No 3 June 2013.
- 143. R. Witzig, B. Schönberger, U. Fink, R. Busch, H. Gundel, A. Sendler, C. Peschel, J. R. Siewert, F. Lordick.**  
Delays in diagnosis and therapy of gastric cancer and esophageal adenocarcinoma. Technical University of Munich. Endoscopy 2006; 38(11): 1122–1126  
DOI: 10.1055/s-2006-944847
- 144. Alok Kumar Dwivedi, Sada Nand Dwivedi, Suryanarayana Deo, Rakesh Shukla, Arvind Pandey, Durgesh Kumar Dwivedi.**  
An epidemiological study on delay in treatment initiation of cancer patients. Vol.4, No.2, 66–79 (2012) Health <http://dx.doi.org/10.4236/health.2012.42012>
- 145. Eva Pozsgai, Csilla Busa, David Fodor, Szabolcs Bellyei, Agnes Csikos.**  
Wait times to diagnosis and treatment in patients with colorectal cancer in Hungary. Cancer Epidemiology 59 (2019) 244–248.  
Disponibile sur : <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.02.015>
- 146. Salma Alaaboudi.**  
Pathologie herniaire de l'adulte jeune.  
*Thèse de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2019*

- 147. Aloysius Ugwu–Olisa Ogbuanya, Nonyelum Benedette Ugwu.**  
Surgical repair of abdominal wall hernias in rural southeast Nigeria : Barriers, outcomes, and opportunities for change © 2022 International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery / Published by Wolters Kluwer – Medknow
- 148. A. Beltramini · E. Debuc · D. Pateron.**  
L'organisation des services d'urgences : un enjeu face à la surcharge.  
*Ann. Fr. Med. Urgence*
- 149. PURVIN Julie**  
Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Étude qualitative sur les patients de la région picardie.  
*Thèse de l'université de picardie jules verne. Faculté de médecine d'amiens 2016.*
- 150. S Macdonald, U Macleod, NC Campbell, D Weller, E Mitchell.**  
Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer (2006) 94, 1272 – 1280 (2006).*
- 151. N. M. Lyhne et al.**  
Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002.  
Eur. J. Cancer Oxf. Engl. 1990, vol. 49, n° 7, p. 1627-1633,  
*DOI : 10.1016/j.ejca.2012.11.034. Mai 2013,*
- 152. René Lambert , Hiroshi Saito, Eric Lucas, Rengaswamy Sankaranarayanan.**  
Survival from digestive cancer in emerging countries in Asia and Africa. *Eur J Gastroenterol Hepatol 2012 ;24 :605–12. DOI: 10.1097/MEG.0b013e328351e39d*
- 153. M.V. Launay–Savarya, M. Rainfray b, V. Dubuissonc.**  
*Emergency digestive surgery in the elderly JCHIRV–572 ; No. of Pages 7*
- 154. B.–K. Tran Y. Espolio Desbaillet Y. Groebli V. Della Santa.**  
*Abdomen aigu chez la personne âgée aux urgences. Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1548–52*

- 155. Catherine A. Marco, Charles N. Schoenfeld, Penelope M. Keyl, Edana D. Menkes, Marla C. Doehring.**  
Abdominal Pain in Geriatric Emergency Patients: Variables Associated with Adverse Outcomes.  
*Academic emergency medicine. December 1998. Volume 5, number 12*
- 156. Berthe i.d**  
Prise en charge des urgences chirurgicales digestives dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.  
*Thèse de Méd- Bamako, 2008 : 80 ; 102.*
- 157. Lee JH, Jung US, Choi JS, Wie HJ, Kyung MS, Jeong SP.**  
Epidémiologie des appendicites et appendicectomies en Corée du Sud: Les données du Registre national. *J Epidemiol. 2010; 20(2): 97-105.*
- 158. F. Bretagnol a et Al.**  
Place de l'imagerie dans le diagnostic d'appendicite aiguë.  
*Journal de Chirurgie (2009) 146S, S8—S11*  
*DOI : 10.1016/j.jchir.2009.08.002*
- 159. Nzamushe JR, Rozenberg S, Garrigue D, Plenier I.**  
Evaluation du délai de prise en charge chirurgicale lors de l'appendicite aiguë.  
*J Europ Urg. 2007; 20: 79*
- 160. Condon RE, Telford GL, Saidi HS, Chavda SK.**  
Use of a modified Alvarado Score in the diagnosis of acute appendicitis.  
*East Afr Med J. 2003 Aug ; 80(8): 411-4.*
- 161. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson Jh, Drake Ft.**  
Acute appendicitis : modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management.  
*The Lancet. 2015; 386(10000):1278-87.*

- 162. CH Chung, CP Ng, KK Lai .**  
Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis : retrospective study. *HKMJ Vol 6 No 3 September 2000*
- 163. Yenon K, Diane B, Lebeau R, Koffi E, Kouassi J.C.**  
*Aspects épidémiologiques diagnostiques et prise en charge des appendicites gangreneuses au chu de cocody à abidjan*  
*rev. Int. Sc. Méd. Vol. 9, n°2, 2007, pp. 61-65 © EDUCI 2007*
- 164. Eldar S, Nash E, Sabo E. et al.**  
Delay of surgery in acute appendicitis.  
*Am J Surg. 1997 ; 173 (3) : 194-8.*
- 165. Amadou Magagi, H Adamou, O Adakal, O Habou, M Douthi, A Magagi, K Ganiou, Yd Harouna, R Sani.**  
ACUTE APPENDICITIS AND ITS COMPLICATIONS IN A LOW-INCOME COUNTRY : A STUDY OF A SERIES OF 254 PATIENTS AT ZINDER NATIONAL HOSPITAL, NIGER I J AFR CHIR DIGEST 2019 ; VOL 19(2) : 2792 - 2796
- 166. Ouedraogo S, Tapsoba TW, Bere B, Ouangre E, Zida M.**  
Épidémiologie, traitement et pronostic du cancer colorectal de l'adulte jeune en milieu sub-saharien.  
*Bull Cancer (Paris). 2019 ;106(11) :969-74.*  
<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.08.021>
- 167. Ramzi M Helewa et al.**  
Longer Waiting Times for Patients Undergoing Colorectal Cancer Surgery Are Not Associated With Decreased Survival.  
*Journal of Surgical Oncology 2013 ;108 :378-384. DOI: 10.1002/jso.23412*
- 168. Julie DEBARRE Julien GIRAUD**  
Etude des délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate en Poitou Charentes. Disponible sur:  
[https://www.orsna.org/wpcontent/uploads/2016/06/DelaiColon\\_16.pdf,2016](https://www.orsna.org/wpcontent/uploads/2016/06/DelaiColon_16.pdf,2016)



169. **C W Law, MS, A C Roslani, MS, L L C NG, FRCS.**  
Treatment Delay in Rectal Cancer Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Malaysia, 50603 Kuala Lumpur, Malaysia.  
*Med J Malaysia Vol 64 No 2 June 2009*
170. **Alice Nanelin Guingané, Roger Arsène Sombié, Alain Bougouma.**  
Les tumeurs malignes anorectales en milieu hospitalier à Ouagadougou : aspects épidémiologiques et diagnostiques.  
*Pan African Medical Journal. 2014 ; 18 :26 DOI :10.11604/pamj.2014.18.26.3003*
171. **Sanae EL KHANFARI.**  
Particularites cliniques et therapeutiques du cancer gastrique localement *avance these de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat. 2022*
172. **Winnie Tatiana Bekolo Nga et al.**  
Facteurs Pronostiques du Cancer de l'Estomac au Cameroun : Cas des Hôpitaux Généraux de Douala et de Yaoundé. *Health Sci. Dis : Vol 23 (9) September 2022 pp 1-5*
173. **P. Kadende, D. Engels, J. Ndoricimpa, E. Ndabaneze, D. Habonimana, G. Marerwa, V. Bigirimana, L. Bazira, P. Aubry.**  
CANCERS DIGESTIFS AU BURUNDI Premiers résultats d'une enquête menée à Bujumbura.  
*Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (10)*
174. **D Francon et M Giovannini.**  
Prise en charge de la douleur du cancer du pancréas. *Ann Chir 2000 ; 125 : 413-9.*  
*DOI : 10.1016/S0003-3944(00)00214-5*
175. **Abdessamad BAMOU**  
Apport du scanner multibarettes dans le diagnostic du cancer du pancréas. *THESE de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. 2021*
176. **Mernissi Oumaima.**  
Cancer du pancréas : expérience du service de chirurgie viscérale de l'hôpital *militaire moulay ismail meknes (à propos de 16 cas). Thèse. 2021*

177. **Pascal Hammel , Romain Coriat , Gérard Lledo , Mariella de Bausset , Marion Selosse , Stéphane Obled , Franck Bonnetain.**Care pathways of patients with metastatic pancreatic cancer in daily practice in France: Results from the REPERE national survey.  
*DOI : 10.1016/j.bulcan.2016.11.022. Epub 2017 Jan 11.*
178. **Abdelghani ABBAS et Al**  
Prise en charge du cancer de l'œsophage, étude rétrospective sur 5 ans.  
*Thèse de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Marrakech. 2012*
179. **Traoré Nayé Gandega.**  
Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Toure.  
*Thèse de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie. 2018. Mali*
180. **Oumboma B, Mawuli LA, Aklesso B, Lanconi K, Datouda R.**  
Etude descriptive et analytique de l'œsophage au Togo. Pan African medical journal  
*thèse de médecine 2014. 21 ; 19 :315*
181. **Gasmelseed N, Abudris D, Elhaj A, Eltayeb EA, Elmadani A et al.**  
Patterns of esophageal cancer in the national cancer institute at the university of Gezira. Sudan, in 1999–2012. Asian pacific journal of cancer prevention,16(15),6481–6490. DOI : <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.15.6481>
182. **Adamu A, Maigatari M, Lawal K, Iliyasu M.**  
Waiting time for emergency abdominal surgery in Zaria, Nigeria.  
University Teaching Hospital, Surgery ; Ahmadu Bello University.  
*African Health Sciences Vol 10 No 1 March 2010*
183. **Engbang Jean Paul, Motah Mathieu, Matchio Wadjeh Michele Alvine, Fewou Amadou, Ngowe Ngowe Marcelin.**  
Appendicites Aigües : Aspects Epidémiologique, Clinicopathologique, Thérapeutique Et Evolutif Dans Les Hôpitaux De Douala. Cameroun.  
*East African Scholars Journal of Medicine and Surgery*

- 184. Masood Jawaid, Muhammad Farhan Amin, Rehan Abbas Khan, Syed Abdullah Iqbal.**  
An audit of reduction in waiting times for emergency surgeries in a tertiary *care teaching* hospital.  
*Pak j med sci 2005 vol. 21 no. 4 www.pjms.com.pk.*
- 185. C. de L. Perrière et S. Dauchy.**  
Refus de traitement oncologique et pathologies psychiatriques  
Psycho-Oncol., vol. 15, n° 3, Art. n° 3,  
*DOI: 10.3166/pson-2021-0163., sept. 2021*
- 186. Humphrys E, Walter FM, Rubin G, Emery JD, Johnson M, Richards A, et al. Patient symptom experience prior to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer : A multi-methods study.** *BJGP Open 2020 ;4 : bjpgopen20X101001.*  
*DOI : 10.3399/bjpgopen20X101001.*
- 187. Frédéric Balard et Dominique Somme.**  
Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe  
*Nouvelles pratiques sociales, 24(1), 85-100.*  
*https://doi.org/10.7202/1008220ar*
- 188. Michel Moriceau, Catherine Weber**  
Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale | Cairn.info  
*Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-2-page-49.htm , 2007.*
- 189. Dani Yardeni , Ronald B Hirschl, Robert A Drongowski, Daniel H Teitelbaum, James D Geiger, Arnold G Coran.**  
Delayed Versus Immediate Surgery In Acute Appendicitis : Do We Need to Operate During the Night ? *J Pediatr Sur 2004 Mar ; 39(3) :464-9 ; discussion 464-9.*  
*DOI : 10.1016/j.jpedsurg.2003.11.020.*
- 190. Rajendra Surana, Feargal Quinn, Prem Puri**  
Is it necessary to perform appendicectomy in the middle of the night in children ? *BMJ VOLUME 306 1 MAY 1993. DOI: 10.1136/bmj.306.6886.1168*

191. **Ngo Nonga B, Mouafo Tambo F.F, Ngowe Ngowe M, Takongmo S, Sosso MA.** Etiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. *Rev.Afr. Chir.Spéc.*2010. Vol.004 N°007 *Janv-Avr :30-32*
192. **F.A. Rakotomavo, A.M. Riel, R.C.N. Rakotoarison, H. Randrianambinina, T. Randrianambinina, M.J. Randriamiarana.**  
Acute peritonitis : epidemiological, clinical and etiological aspects in a malagasy surgical emergency unit. *About 60 cases © Springer-Verlag France 2011*
193. **Arpajou Gilles**  
Le pronostic des péritonites à germes résistants aux antibiotiques de la conférence de Consensus de 2000.  
*Thèse de faculté mixte de médecine et de pharmacie de rouen*
194. **Shyam Kumar Gupta, Rajan Gupta, Gurdev Singh, Sunil Gupta**  
Perforation Peritonitis : A Two Year Experience. Department of Surgery, Government Medical College. *Jammu, (J&K) -Kashmir. India. Vol. 12 No.3, July- September 2010*
195. **Chande VT, Kinnan JM.**  
Role of the primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis. *Arch pediatr adolescent Med* 1996 ;150 : 703706.  
*DOI: 10.1001/archpedi.1996.02170320049008*
196. **Yenon k, kassi a, traore m.**  
Resultats therapeutiques des occlusions intestinales aiguës (oia) chez les *sujets ages au chu de cocody a abidjan. Rev. Int. Sc. Méd. Vol. 11, n°1,2009, pp.44-47 © educi 2009*
197. **Soumah SA, Ba PA, Diop PS, Ka O, Toure CT**  
l'occlusion intestinale par brides : aspects etiologiques, cliniques et therapeutiques a propos de 123 cas. *Revue de chirurgie d'afrique centrale (recac) volume 1, numéro 3. Décembre 2013*

198. **Dembélé BT, Traoré A, Diakité I, Kanté L, Togo A, Maiga A, Diarra MB, Coulibaly Y, Kéita M, Diango DM, Diallo G. (2011).**  
Occlusions du grêle sur brides et adhérences en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.  
*Mali Médical ; Tome XXVI N°4 ; p12-15.*
199. **Mike Ralf Langenbach, Stefan Sauerland, Karl-Wilhelm Kröbel, Hubert Zirngibl.**  
Why so late ? Delay in treatment of colorectal cancer is socially determined. *Langenbecks Arch Surg* (2010) 395 :1017-1024 DOI : 10.1007/s00423-010-0664-8.
200. **H. J. F. Brenkman, E. Visser, P. S. N. van Rossum, S. Siesling, R. van Hillegersberg, J. P. Ruurda.**  
Association Between Waiting Time from Diagnosis to Treatment and Survival in Patients with Curable Gastric Cancer : A Population-Based Study in the Netherlands *Ann Surg Oncol* (2017) 24 :1761-1769. DOI : 10.1245/s10434-017-5820-8
201. **Fujiya K et al.**  
Safety of prolonged wait time for gastrectomy in clinical stage I gastric cancer, *European Journal of Surgical Oncology*, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.06.006>
202. **Rakotomalalandrainy Marcel Augustin Christian.**  
Hernie inguinale chez l'enfant : importance de la prise en charge thérapeutique des le diagnostic au chu - jra.  
*Thèse de la faculté de médecine. Université d'antananarivo. 2008*
203. **Traore Sirantou Tata Dena.**  
Prise en charge de la hernie inguinale du nourrisson dans le service de chirurgie pédiatrique du c.h.u gabriel toure.  
*These faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du mali. 2011*
204. **Coulibaly Boubacar Moussa.**  
Hernies inguinales non compliquées au centre de centre de référence de la commune vi du district de bamako.  
*These de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali. 2014*

**205. Mr Abdoul Aziz Maïga**

Aspects Epidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies abdominales chirurgicales d'urgence à l'hôpital de Gao.

*Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de l'université de Bamako. Mali. 2009*

**206. M. Eyad Issa et Al.**

Predictors of Duration of Postoperative Hospital Stay in Patients Undergoing Advanced Laparoscopic Surgery.

*Surg Laparosc Endosc Percutan Tech Volume 15, Number 2, April 2005*

**207. KM Reddy et Al.**

Postoperative stay following colorectal surgery: a study of factors associated with prolonged hospital stay.

*Ann R Coll Surg Engl 2003; 85*

**208. Gouin F, Guidon C, Bonnet M, Grillo P.**

Complications post opératoires précoces et leur prévention.

*Traité d'anesthésie générale, édition 2004 ; partie V, chap 11 : 2-36.*

**209. Chadli M, Rtabi N, Alkandry S, Koek JL, Achour A, Buisson Y, Baaj A.**

Incidence des infections du site opératoire. Etude prospective à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat, Maroc.

*Médecine et maladies infectieuses. 2005 ; 35(4) : 218- 22.*

**210. T. Perniceni a, C. Vons b.**

Intérêts d'un programme de surveillance de l'incidence des infections du site opératoire en chirurgie digestive.

*Annales de Chirurgie 127 (2002) 786-790. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS*

**211. Tartter Pl.**

Postoperative stay associated with prognosis of patients with colorectal cancer.

*Ann Surg 1996; 223: 351-6.*

212. **Lawrence VA, Hilsenbeck SG, Mulrow CD, Dhanda R, Sapp J, Page CP.**  
Incidence and hospital stay for cardiac and pulmonary complications after abdominal surgery.  
*J Gen Intern Med 1995; 10: 671-8*
213. **D. P. Ondrula, R. L. Nelson, M. L. Prasad, B. W. Coyle, H. Abcarian.**  
Multifactorial Index of Preoperative Risk Factors in Colon Resections.  
*Dis Colon Rectum 1992; 35: 117-22.*
214. **Hossein Fallahzadeh, Everett T. Mays et Al.**  
Pre-existing disease as a predictor of the outcome of colectomy.  
*Am J Surg 1999; 162: 497-8*
215. **Kanassoua Kk, Kassegne I, Sakiye E, Adabra B, Tchangai B, Songne B.**  
Infections du site opératoire en chirurgie générale dans un hôpital régional au Togo.  
*Rev. CAMES sante vol.3, n° 2, décembre 2015*
216. **Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P, et al.**  
Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis.  
*Lancet. 1998;351:321-325*
217. **Long KH, Bannon MP, Zietlow SP, et al.**  
Laparoscopic Appendectomy Interest Group. A prospective randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy: clinical and economic analyses.  
*Surgery. 2001;129:390-400.*
218. **Hasegawa H, Kabeshima Y, Watanabe M, et al.**  
Randomized controlled trial of laparoscopic versus open colectomy for advanced colorectal cancer. *Surg Endosc. 2003;17:636-640.*
219. **Pascal Alfonsi, Fabrice Cook.**  
Réhabilitation post-opératoire après chirurgie digestive.  
*MAPAR 2007.*

220. **Karen J. Dickinson et Al.**  
Factors influencing length of stay after surgery for benign foregut disease.  
*European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 50 (2016) 124-129.
221. **Mamby Keita, Mahamat Nour Abakar Djibrine, Alpha Kabinet Keita, BM Toure.** Urgences abdominales de l'enfant : facteurs pronostics à l'hôpital national Donka.  
*J Afr Chir Digest*, 2007, Vol 7, N°2 : 704 - 707
222. **Christophe Baillard.**  
Accourcissement de la durée de séjour en chirurgie : comment et pourquoi je *réduis la durée de séjour des urgences chirurgicales ?*  
*Mapar* 2015.
223. **Youness Belyagou, Yassine Belyagou, Anass Mellouki.**  
Accès aux soins au Maroc à l'épreuve de la pandémie du Coronavirus à COVID 19 : Le chemin vers l'équité.  
*International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - Volume 3, Issue 2-1 (2022)*
224. **S. Laconi a et Al.**  
Impact psychologique de la pandémie de la COVID-19 : comparaison entre des Français métropolitains et de l'île de La Réunion.  
*L'Encéphale* 47 (2021) 413-419.
225. **Le monde**  
[https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/31/coronavirus-les-medecins-inquiets-des-degats-collateraux-de-l-epidemie\\_6034977\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/31/coronavirus-les-medecins-inquiets-des-degats-collateraux-de-l-epidemie_6034977_3224.html).
226. **K. Barroa, A. Malone b, A. Mokedea, C. Chevancec.**  
Management of the COVID-19 epidemic by public health establishments  
Analysis by the Federation hospitalière de France. DOI de l'article :  
<https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.011>.



**227. David R. Urbach, Danielle Martin.**

La chirurgie en crise à l'ère de la COVID-19 : changements transformationnels en vue.  
Jamc. 9 novembre, 2020. Volume 192. Numéro 45.

*Doi : 10.1503/cmaj.200791-f*

**228. W. El-Hage et Al.**

Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) :  
quels risques pour leur santé mentale ?

*L'Encéphale 46 (2020) S73-S80.*

**229. Mohamed Aziz JERIBI.**

Prise en charge chirurgicale des patients cancéreux pendant la pandémie covid-19 :

*Expérience tunisienne et marocaine. THESE*



# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كراماتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب

والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون اختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



أطروحة رقم 126

سنة 2023

# آجال التشخيص والعلاج بمصلحة الجراحة الباطنية بالمستشفى العسكري بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/07/03

من طرف

الآنسة أسماء كولما

المزودة في 06 فبراير 1994 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب  
الكلمات المفتاحية:

آجال – تأخير – التشخيص – العلاج – محددات – جراحة الجهاز الهضمي

اللجنة

الرئيس

ر. البرني

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

المشرف

م. الحكيم

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

ع. الجليل

السيد

أستاذ في طب و جراحة الأذن الأنف الحنجرة

ع. زيدان

السيد

أستاذ في جراحة الصدر

الحكام