



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

Année 2026

Thèse N° 023

**Apport de la réunion de concertation
pluridisciplinaire dans la prise en charge
des cancers colorectaux : Expérience du CHU
Mohammed VI de Marrakech**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/01/2026

PAR

Mlle. Ibtisam KAMAL

Née Le 07 Août 2000 à Zagora

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Réunion de concertation pluridisciplinaire – cancer colorectal – oncologie

JURY

Mme. M. KHOUCHANI

Professeur d'Oncologie–Radiothérapie

PRESIDENTE

Mme. M. DARFAOUI

Professeur d'Oncologie–Radiothérapie

RAPPORTEUR

Mr. K. RABBANI

Professeur de Chirurgie générale

Mr. A. AIT ERRAMI

Professeur de Gastro–entérologie

Mr. B. BOUTAKIOUTE

Professeur de Radiologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَقَدْ آتَيْنَا دَاوُودَ وَسُلَيْمَانَ عِلْمًا
وَقَالَا الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي فَضَّلَنَا عَلَى كَثِيرٍ
مِّنْ عِبَادِهِ الْمُؤْمِنِينَ﴾

صدق الله العظيم

سورة النمل

الآية 15

وَقُلْ لِّعِبَادِي
قُلُوبًا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

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

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOUI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
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	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie

41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
66	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie

69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie

97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie– virologie
98	LOUHAB Nistrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie–obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie–obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie–obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie–orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Yunes	P.E.S	Anesthésie–réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio–vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto–rhino–laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie–orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto–rhino–laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo–phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie–embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie–réanimation

125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
133	GHAZI Miriame	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie

149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOUD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie

177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabi	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Noureddine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation

205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
231	WARDA Karima	MC	Microbiologie
232	SBAI Asma	MC	Informatique

233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
242	EL HAMDAR OUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
246	JEHRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANN Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie

261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOUD Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale

290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOUI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation

318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie

345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique–bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL–OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie–obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie–obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato–orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato–orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie–réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie–embryologie–cyto–génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie–réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie–réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio–vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie–réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo–faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie

372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
376	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRETEE LE 25/11/2025



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust



À toutes celles et ceux qui m'ont tendu la main, qui m'ont portée dans les moments de doute, qui ont cru en moi et m'ont permis d'atteindre mon but, je veux adresser ces mots, empreints d'amour, de respect et de gratitude sincère.

Je dédie cette thèse...

Tout d'abord à ALLAH



*Le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la
patience d'accomplir ce modeste travail.
Qui m'a inspiré et guidé dans le bon chemin, Je lui dois ce que je
suis devenue.*

Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك وزنة عرشك ومداد كلماتك اللهم لك
الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على
نعمتك

À moi : Ibtisam kamal

*Très cher moi, Au terme d'un périple riche en expériences, jalonné de défis, de doutes et de combats silencieux, mais aussi parsemé de découvertes et de victoires intérieures, je prends aujourd'hui un moment pour m'arrêter et te regarder avec respect. Un moment pour te parler, pour te reconnaître, et surtout pour te remercier. Merci à toi pour ta force, pour tes efforts constants et pour tous les sacrifices que tu as consentis sans jamais te plaindre. Merci pour ces nuits longues, pour ces instants de fatigue où tu aurais pu renoncer, mais où tu as choisi de continuer. Merci pour ton courage lorsque le chemin n'était pas clair, pour ta patience lorsque les résultats tardaient, et pour ta persévérance lorsque tout semblait lourd. Le chemin parcouru n'a pas toujours été pavé de facilités. Il a parfois été solitaire, exigeant, éprouvant. Tu as douté, tu as trébuché, tu t'es remis en question. Et pourtant, tu es resté debout. Tu as appris, grandi, mûri. Les horizons à explorer sont encore nombreux, mais ce que tu as déjà accompli mérite d'être honoré. Je suis fière de toi. Fièvre de la personne que tu es devenue, de ta force intérieure, de ton engagement et de ton authenticité. À toi, **ibtisam**, la personne qui mérite amour, reconnaissance et fierté.*

Je t'aime profondément, cher Moi.

إلى أُمي الغالية مينة ارشيدي

إلى نبع الحنان الذي لا ينضب، وإلى القلب الذي احتواني في كل مراحل حياتي، إلى من منحني القوة حين ضعفت، والأمل حين ضاق الأفق، والصبر حين طال الطريق، إلى من كانت سندي في الخفاء، تتابع خطواتي بدعائها الصادق، وتشاركني عناء السهر والتعب بصمت ونبل، إليك يا أُمي، التي غرست في قلبي روح المثابرة والإصرار، وعلمتني أن النجاح لا يُمنح بل يُبنى بالجد والاجتهاد، إليك التي لم تبخل يوماً بعطائها، ولم تدّخر جهداً لتمنحني فرصة أن أصبح ما أنا عليه اليوم، لقد كنت دائماً النور الذي ينير طريقي، والدافع الخفي الذي يحثني على الاستمرار رغم الصعاب، كنت الصوت الهادئ الذي يعيدني إلى الثبات حين تتعقد الأمور، وقد لا تكفي الكلمات ولا تفي الصفحات، لكنني أهديك هذا العمل رسالة عرفان بجميلك وامتناناً لحبك، فأنت الأساس، وأنت الأصل، وأنت الوطن الذي لا يُستبدل، بارك الله فيك، وأطال في عمرك، وملاً قلبك سعادة كما ملأت قلبي حباً، لك كل الحب، وكل الشكر، وكل ما تعجز الكلمات عن قوله

إلى أبي العزيز عبد السلام كمال

إلى أبي العزيز، إليك يا من كنت منذ بداياتي القدوة الأولى، وشجعتني ووقفت إلى جانبي في كل خطواتي، إليك يا من آمنت بي منذ اللحظة الأولى ودفعني إلى الأمام بصمت، بكلمة دعم، وبحضور ثابت لا يزول، إلى من لم يبخل يوماً بعطائه، ولا بحبه، ولا بتضحياته، إلى من سهر الليالي وتحمل القلق والتعب خلف الستار من أجل أن أتمكن من الوصول إلى هذه اللحظة، لحظة الحصاد بعد سنوات طويلة من الاجتهاد والمثابرة، كنت دائماً الداعم دون طلب، لم تتأخر يوماً عن تقديم يد العون، ولم تبخل أبداً بالنصيحة والتوجيه، جعلت راحتي أولوية وسعادتي هدفاً، وتحملت المشاق بابتسامة وبطمأنينة تبعث القوة رغم التعب والظروف، كنت الأب والمعلم والناصح والملمم حاضراً بحبك اللامحدود وثقتك التي منحني القدرة على الاستمرار، في كل خطوة أخطوها نحو الأمام أسمع صوتك في داخلي يقول: «أنا فخور بك» وهذا وحده يكفي لأكمل الطريق مهما كانت الصعوبات، هذا النجاح اليوم هو ثمرة سنوات من عطائك، من صبرك، من تشجيعك، وكل كلمة أكتبها لا تفي إلا بامتنان بسيط أمام عظيم فضلك، أسأل الله أن يطيل في عمرك ويبارك في صحتك، وأن يبقيك سنداً وفخرًا لي مدى الحياة



إلى جدتي الحبيبة فاطمة حقي

إلى من كانت دومًا مصدر الأمان والدفء في حياتي، والابتسامة التي تخفف عني ثقل الأيام، وإلى من كانت دعواتها الصادقة لي في كل لحظة، ترشدني وتحميني وتفتح لي أبواب الأمل، لقد تعلمت منك الصبر والحكمة، وأدركت بفضلك قيمة العطاء والوفاء، لقد كنت دائماً حضناً أستمّد منه القوة، وملاًدًا أُلجأ إليه في لحظات الشدة، ووجهًا مشرقًا يبعث الطمأنينة في قلبي، فلك أهدى هذا العمل عربون تقدير ووفاء، وأدعو الله أن يحفظك ويمد في عمرك، ويملاً قلبك سعادة وراحة كما ملأت حياتي حباً وحناناً وابتسامات لا تُنسى

إلى روح أجدادي، محمد كمال، مولاي الحسن ارشيدي وفاطمة الادريسي
إلى من تركوا في حياتي أثرًا لا يُمحى، رحلوا عن دنيانا وتركوا فراغًا كبيرًا، لكن حضورهم لا يزال يسكنني
في كل تفاصيل حياتي، رغم غيابهم الجسدي ما زالوا حاضرين في قلبي وذاكرتي ودعائي، أسأل الله أن يغمر
أرواحكم بالرحمة، وينير قبوركم ويجعل مثواكم الجنة
إلى أخواتي المؤنسات الغاليات،

إلى القلوب التي كانت لي ملجأً حين ضاق الطريق، وإلى الأرواح التي شاركتني الحلم قبل أن يتحقق. في
صحبتك وجدت القوة، ومن كلماتك استمددت العزم، وبقربك تعلمت أن النجاح لا يكتمل إلا بمن نحب.
كنتن الداعم الصادق في لحظات التعب، والنور الذي خفف عني ثقل المسير، والدعاء الخفي الذي سبق كل
خطوة. امتناني لكنّ يفوق الوصف، ومحبتك ستظل أعظم ما أعتر به في هذه الرحلة
فإليك، بكل فخر ووفاء، أهدي هذا النجاح

À ma très chère sœur : Maryem kamal

*À celle qui a toujours été un pilier et une amie précieuse, à celle
qui n'a jamais cessé d'offrir son sourire, son soutien et ses mots
réconfortants. Tes conseils avisés, ton attention et ton amour
sincère m'ont accompagnée à chaque étape de mon parcours. Tu
as toujours été pour moi une source de sécurité, de force et de
paix intérieure. Cette thèse t'est dédiée en témoignage de mon
affection profonde, de ma gratitude sincère et de la place
précieuse que tu occupes dans ma vie.*

À ma sœur bien-aimée : Asmae kamal

*Présente à chaque étape importante de mon parcours, tu as
toujours su m'offrir ton soutien, ton écoute sincère et tes paroles
apaisantes. Dans les moments de doute comme dans ceux de joie,
ta présence a été pour moi une source de force et de réconfort.
Tu as su alléger mes fardeaux, raviver mon courage et me
rappeler, par ta bienveillance, que je n'étais jamais seule. À toi,
source de force et de réconfort, je témoigne ici toute mon
affection et ma reconnaissance.*

À ma sœur précieuse : Fatima kamal

À toi, dont la présence sincère et le cœur généreux ont toujours éclairé mon chemin. Tu as été mon soutien dans mes moments de faiblesse et ma compagne dans mes joies, par ta bienveillance et ta patience infinie. Tes paroles apaisantes et la confiance que tu as toujours eue en moi ont été une véritable source de force, transformant mes inquiétudes en sérénité. Une grande part de cet accomplissement revient à ton soutien constant et à la foi que tu as eue en moi avant même que je croie en moi-même. À toi, toute ma gratitude et mon affection.

À ma sœur adorée : Nohayla kamal

Nohayla, ta lumière a toujours illuminé mes journées les plus sombres. Ta présence n'est pas seulement un soutien, elle est une inspiration : ton enthousiasme, ton rire et ta capacité à voir le meilleur même dans les moments difficiles m'ont appris à rester positive et à garder espoir. Tu as partagé mes rêves et mes ambitions, célébré mes petites victoires et transformé mes échecs en leçons avec douceur et humour. Merci d'avoir été ce souffle d'énergie et de confiance qui m'a poussée à avancer, à croire en mes capacités et à poursuivre ce chemin avec courage.

À ma sœur aimante : Sabrina kamal

Ta présence a toujours été une source de lumière et de réconfort dans ma vie. Ton énergie, ton sourire et ton soutien constant ont rendu chaque étape plus douce et chaque souvenir plus joyeux. Tu as le don de transformer les moments simples en instants précieux et de remplir mon quotidien de force et de bonheur. Merci d'être toujours là, avec ton amour sincère et ton enthousiasme, et d'avoir rendu ma vie plus belle et lumineuse.

À ma sœur exceptionnelle : Amína kamal

Ma chère petite sœur, Ton âme ressemble tant à la mienne, comme un prolongement de mon cœur. Dans chaque geste d'attention et chaque élan de tendresse, je retrouve un reflet de moi-même. Ta fierté à mon égard m'encourage à persévérer et à relever chaque défi. Ta présence à mes côtés a rendu chaque étape de ce parcours plus légère et plus joyeuse, et ton sourire ainsi que ton amour sincère ont profondément nourri mon moral et ma motivation.

*À mes chers neveux et nièces : Yassine, Radia, Abd elmotalib et
Tasnine Hakki Youssef, ouissal Oubella*

À vous, mes trésors, qui illuminez ma vie par votre joie, votre innocence et votre énergie. Chacun de vous, à sa manière, apporte sourire, tendresse et bonheur dans notre famille. Votre présence rend chaque instant plus doux et chaque souvenir plus précieux. Que Dieu vous protège, vous accorde santé, bonheur et réussite, et guide chacun de vos pas sur le chemin du bien et de la lumière.

À mes chères tantes et à mes chers oncles

À vous, mes tantes et mes oncles adorés, dont le soutien, la bienveillance et la générosité ont toujours été un véritable trésor dans ma vie. Votre affection, vos conseils et vos encouragements m'ont accompagnée à chaque étape de mon parcours et m'ont rappelé combien j'ai la chance de vous avoir à mes côtés. Merci d'avoir été présents avec tant de bonté, de disponibilité et de tendresse, et d'avoir enrichi mon chemin par votre amour et votre présence précieuse.

À la mémoire de ma chère tante Khadija, dont l'amour, la sagesse et les valeurs demeurent à jamais une source d'inspiration pour moi. Qu'Allah lui accorde Sa miséricorde, lui pardonne ses péchés, illumine sa tombe et l'élève aux plus hauts degrés du Paradis.

À toute la famille kamal et archidi

À mon amie depuis toujours : Latifa Ait Hakki

À toi, Latifa, mon amie depuis toujours, qui as illuminé mon enfance de ton sourire et de ta complicité. Ton amitié sincère, ton soutien et ta présence fidèle ont été un véritable trésor dans ma vie. Merci pour tous les moments partagés, les éclats de rire et les confidences, et pour avoir rendu mon chemin plus léger et plus joyeux.

À Maryam el Ghoulb, complice de ma vie et de mes rires

À toi, Marry, mon amie et ma moitié. Treize années d'une amitié sincère, pleine d'aventures, de rires, de joies et parfois de tristesse, au fil desquelles tout a changé autour de nous, mais toi, tu es restée la même, fidèle et constante, même avec la distance. Les mots me semblent insuffisants pour te décrire, encore moins pour exprimer l'amour et la reconnaissance que je te porte. Tu as cru en moi dans des moments où moi-même je doutais, tu m'as soutenue sans condition, écoutée sans jugement et relevée sans jamais faillir. Quand tu me dis « je suis fière de toi », sache qu'en vérité, c'est moi qui suis profondément fière de toi, de la personne que tu es et de l'amitié que tu offres.

C'est avec un immense amour que je te dédie cette réussite. Merci infiniment pour ton amour, ta loyauté et cette amitié rare que je chéris plus que tout.

*À mes amies précieuses et irremplaçables : keltoum hakki,
ibtissam hakki et saïda el bouyhyaoui*

Merci à vous pour tout, pour votre présence constante et votre soutien indéfectible. Nous avons partagé un long parcours et sommes devenues bien plus qu'amies, une vraie famille.

Ensemble, nous avons traversé les moments difficiles, célébré les joies et créé des souvenirs inoubliables. Les rires, les aventures et les instants partagés resteront gravés dans mon cœur pour toujours. C'est avec grand amour que je vous dédie ce travail, et je vous remercie pour votre présence inestimable dans ma vie.

Merci d'être à mes côtés et d'avoir enrichi ma vie de votre amitié sincère et précieuse.

*À mon amie : Wafaa Dnibi, qui as partagé chaque étape de ce
parcours*

À toi, mon amie et complice de toutes ces années de médecine, qui as partagé avec moi les défis, les doutes et les victoires. Merci pour tes conseils, ton encouragement et ta présence constante à chaque étape. Ensemble, nous avons ri, étudié, traversé des moments difficiles et célébré chaque succès. C'est avec tout mon cœur et toute mon affection que je te dédie cette réussite, en hommage à notre amitié unique et durable.

À Mina bouiri, une amitié née du cœur

À toi, Mina, même si notre amitié n'est pas née depuis longtemps, tu m'as prouvé que la vraie amitié ne se mesure pas au temps, mais aux actes. En si peu de temps, tu as su être présente, attentive et sincère, et cela compte énormément pour moi. Merci pour ton accueil chaleureux, pour tes conseils précieux et pour ta présence constante. Tu sais toujours m'écouter, me guider et m'orienter avec bienveillance. Je suis vraiment heureuse de t'avoir comme amie, et c'est avec beaucoup de gratitude et d'affection que je te dédie cette réussite

À mon amie précieuse et confidente : Khaoula chaknat

À toi, khaoula, merci pour ton amitié sincère, pour ton accueil rempli de gentillesse et pour ta présence fidèle qui ne m'a jamais fait défaut. Tes conseils avisés et ton écoute attentive ont toujours été là lorsque j'en avais le plus besoin. Ta bienveillance et ton soutien ont apporté sérénité et réconfort à mon parcours. C'est avec une profonde reconnaissance et beaucoup d'affection que je te dédie cette réussite.

À Amina El ouargui mon amie et complice de médecine

Merci infiniment pour ce parcours que nous avons partagé ensemble, un chemin marqué par les rires, la complicité et de précieux souvenirs. À tes côtés, chaque moment a pris une saveur particulière, rendant aussi bien les étapes simples que les plus intenses plus légères et plus belles. Cette amitié, construite au fil du temps et des souvenirs, est pour moi une source de joie et de reconnaissance que je chérirai toujours.

À mes amis du groupe d'externat

À vous tous, qui avez partagé avec moi cette aventure de l'externat, merci pour votre soutien, votre bonne humeur et votre complicité. Entre les moments de travail intense, les rires partagés et les petites victoires quotidiennes, vous avez rendu ce parcours plus léger et mémorable. Je garde précieusement ces souvenirs et je vous dédie cette réussite avec toute mon amitié et ma gratitude.

*À tous mes professeurs, de l'école primaire au collège, du lycée
jusqu'à la faculté de médecine*

*Je tenais à vous remercier pour l'impact que vous avez eu sur
ma vie. Vos enseignements, votre soutien et votre dévouement
ont été une source d'inspiration pour moi. Vous m'avez appris
bien plus que des connaissances académiques, vous m'avez
appris à être curieuse, à poursuivre mes passions et à ne jamais
abandonner. Grâce à vous, j'ai acquis des compétences et des
connaissances qui me seront utiles toute ma vie. Je suis tellement
reconnaissante d'avoir eu la chance de vous avoir en tant que
professeurs. Vous avez été une source de soutien et
d'encouragement tout au long de mon parcours académique, et
je ne pourrai jamais oublier tout ce que vous avez fait pour moi.
J'espère que vous continuerez à inspirer d'autres élèves avec
votre passion et votre dévouement.*

*À tous mes amis et collègues de la faculté de médecine de
Marrakech*

*À tous ceux qui m'ont supporté dans les moments les plus durs et
qui ont également su partager ma joie dans les meilleurs
moments*

*A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis
involontairement de citer*

*Et à tous ceux à qui ma réussite tient à cœur
À vous tous je vous dis merci, et je vous dédie ce modeste
travail...*



***A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE :
PROFESSEUR KHOUCHANI MUONA
CHEF DE SERVICE D'ONCO-RADIOTHÉRAPIE AU CHU
MOHAMED VI MARRAKECH***

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse. Permettez-nous Maître de vous témoigner ici notre profonde gratitude et notre respect. Veuillez accepter cher Maître nos vifs remerciements pour la présence et la sympathie dont vous avez fait preuve.

***A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
PROFESSEUR DARFAOUI MOUNA
PROFESSEUR D'ONCO-RADIOTHÉRAPIE AU CHU
MOHAMED VI MARRAKECH***

Chère Maître, C'est avec une immense gratitude et une profonde émotion que je m'adresse à vous. Je vous remercie du fond du cœur pour le temps précieux que vous avez consacré à ce travail, ainsi que pour la rigueur et la bienveillance avec lesquelles vous m'avez guidée. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos nombreuses obligations, et cela m'a profondément touchée. Si ce travail a pu voir le jour, c'est avant tout grâce à votre soutien et à votre précieuse collaboration. Votre patience, votre écoute attentive et vos conseils éclairés m'ont permis de progresser et d'avancer avec confiance. J'espère avoir été à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée. Votre professionnalisme, associé à votre douceur et votre humanité, fait de vous une véritable source d'inspiration. Apprendre auprès de vous a été un privilège et un honneur, et je garderai en mémoire votre accompagnement comme l'un des moments les plus précieux de ce parcours. Veuillez accepter, Chère Maître, l'expression de mon estime, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect pour tout ce que vous m'avez apporté.

*A NOTRE CHÈR MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR RABBANI KHALID
PROFESSEUR DE CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CHU
MOHAMED VI DE MARRAKECH*

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre honorable jury de thèse. Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez recevoir, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.

*A NOTRE CHÈR MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR AITERRAMI ADIL
PROFESSEUR DE GASTRO-ENTÉROLOGIE AU CHU MOHAMED
VI DE MARRAKECH*

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous accordez en acceptant de prendre part à l'évaluation de ce travail de thèse. L'attention et la bienveillance avec lesquelles vous nous avez accueillis nous ont profondément touchés. Veuillez agréer, cher Maître, l'expression de notre respect le plus sincère et de notre profonde gratitude.

*A NOTRE CHÈR MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR BADER BOUTAKIOUTÉ
PROFESSEUR DE RADIOLOGIE AU CHU MOHAMED VI DE
MARRAKECH*

*C'est avec un profond respect que nous vous remercions d'avoir
accepté de siéger au sein du jury de cette thèse. Votre expertise
scientifique ainsi que votre bienveillance et votre simplicité dans
les échanges représentent pour nous un honneur particulier.
Veuillez recevoir, cher Maître, le témoignage de notre grande
considération et de notre reconnaissance la plus sincère.*

*A tous les enseignants de la FMPM Avec ma reconnaissance et ma
haute considération.*



Liste des Figures

Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge.....	12
Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe.....	12
Figure 3 : Répartition des patients selon les antécédents personnels	13
Figure 4 : Répartition des patients selon les antécédents toxiques.....	13
Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.....	14
Figure 6 : Répartition des signes d'appel.....	15
Figure 7 : Répartition des patients selon les résultats de l'examen clinique	16
Figure 8 : Répartition des anomalies au toucher rectal	16
Figure 9 : Répartition des tumeurs selon la localisation anatomique	18
Figure 10 : Répartition des patients selon le type histologique.....	19
Figure 11 : Répartition des métastases à distance.....	20
Figure 12 : Marqueurs tumoraux	23
Figure 13 : Répartition des patients selon le nombre de discussions à la RCP.....	24
Figure 14 : Répartition des patients selon le motif de la RCP.....	25
Figure 15 : Répartition des types de décisions prises en RCP.....	26
Figure 16 : Répartition des décisions thérapeutiques chez les patients discutés en RCP.....	27
Figure 17 : Répartition des participants selon l'âge.....	28
Figure 18 : Répartition des participants selon le sexe.....	29
Figure 19 : Répartition des participants selon la spécialité.....	29
Figure 20 : Répartition des participants selon le statut professionnel	30
Figure 21 : Répartition des participants selon la durée de participation aux RCP	31
Figure 22 : Fréquence de participation à la RCP	32
Figure 23 : Présentation des dossiers de cancers digestifs aux RCP.....	33
Figure 24 : Gestion des dossiers non présentés à la RCP	34
Figure 25 : Répartition de la préconisation des référentiels en RCP	35
Figure 26 : Répartition des référentiels utilisés en RCP digestive	35
Figure 27 : la proportion des dossiers présentés à la RCP par les participants.....	37
Figure 28 : Répartition des dossiers confiés à un collègue pour présentation	37
Figure 29 : Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers	38
Figure 30 : Impact de la RCP sur le diagnostic du patient.....	39
Figure 31 : Prescription d'examens paracliniques avant la présentation en RCP.....	40
Figure 32 : Répartition selon l'influence de la RCP sur la prise en charge	41
Figure 33 : Répartition selon la fréquence de rediscussion des cas en RCP	41
Figure 34 : Évaluation du nombre de dossiers par RCP.....	42
Figure 35 : Répartition selon l'appréciation de la fréquence hebdomadaire des RCP	43
Figure 36 : Répartition de la satisfaction des participants après la délibération en RCP.....	43

Figure 37 : Répartition des aspects problématiques de la RCP onco-digestive	45
Figure 38 : Désaccord des participants avec les décisions de la RCP	45
Figure 39 : Attitude des participants en cas de désaccord avec la décision de la RCP.....	46
Figure 40 : La décision appliquée	46
Figure 41 : Modalités d'information du patient	47
Figure 42 : Délai entre la RCP et l'instauration du traitement.....	47
Figure 43 : Étapes d'exécution d'une RCP	54
Figure 44 : Schéma du parcours patient en RCP	70

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des cas du cancer colorectal selon les années	11
Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents familiaux	14
Tableau III : Répartition des aspects macroscopiques des lésions tumorales	17
Tableau IV : Résultats de la TDM TAP.....	20
Tableau V : Résultats de l'IRM pelvienne	21
Tableau VI : Répartition des patients selon la classification TNM.....	22
Tableau VII : Répartition des patients selon la prise en charge avant la RCP	26
Tableau VIII : Raisons de soumission d'un dossier à la RCP	36
Tableau IX : Principaux points forts de la RCP onco-digestive selon les participants	44
Tableau X : Comparaison de l'âge moyen des patients dans différentes séries	56
Tableau XI : Répartition selon le sexe des patients dans différentes séries	57
Tableau XII : Comparaison de la localisation tumorale dans différentes séries.....	59
Tableau XIII : Répartition des types histologiques des cancers colorectaux dans différentes séries	60
Tableau XIV : Extension pariétale de la tumeur colorectale dans différentes séries	61
Tableau XV : Extension ganglionnaire de la tumeur colorectale dans différentes séries ..	62
Tableau XVI : Métastases à distance (M) des tumeurs colorectales dans différentes études	63
Tableau XVII : Comparaison des spécialités des participants aux RCP dans différentes séries	72
Tableau XVIII : Comparaison du statut des participants aux RCP dans différentes séries .	73
Tableau XIX : Comparaison de la fréquence de participation aux RCP dans différentes série	74

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations :

ACE	:	Antigène Carcino-Embryonnaire
ADK	:	Adénocarcinome
ADJ	:	Adjuvant
ATCD	:	Antécédents
ASTRO	:	American Society for Radiation Oncology
CA19-9	:	Antigène Carbohydrate 19-9
CIRC	:	Centre International de Recherche sur les Cancers
CCR	:	Cancer Colorectal
CE	:	carcinome épidermoïde
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CTH	:	Chimiothérapie
ESMO	:	Société Européenne d'Oncologie Médicale
ESTRO	:	Société européenne de radiothérapie et d'oncologie
GIST	:	Tumeur Stromale Gastro-Intestinale
HTA	:	Hypertension Artérielle
IRM	:	Imagerie par Résonance Magnétique
INO	:	Institut nationale d'oncologie
MICI	:	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
NCCN	:	National Comprehensive Cancer Network
NM	:	Non mentionnée
Néo-Adj	:	Néo adjuvant
PAF	:	Polypose Adénomateuse Familiale
PNPCC	:	Programme National de Prévention du Cancer Colorectal
PET scan	:	Tomographie par Émission de Positons
RCH	:	Rectocolite Hémorragique
RCC	:	Radio-Chimiothérapie Concomitante
RTH	:	radiothérapie
TDM TAP	:	Tomodensitométrie Thoraco-Abdomino-Pelvienne
TNCD	:	Thésaurus national de cancérologie digestive
TNM	:	Tumeur, Ganglion, Métastase (Classification)
TNT	:	Traitement Néoadjuvant Total



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I. Type de l'étude	5
II. Méthodologie du 1er volet de l'étude:	5
1. Population de l'étude	5
2. Critères d'inclusion	5
3. Critères d'exclusion	5
4. Analyse statistique	6
III. Méthodologie du 2ème volet de l'étude:	6
1. Population de l'étude	6
2. Critères d'inclusion	6
3. Critères d'exclusion	7
4. Déroulement de l'étude	7
5. Analyse statistique	7
IV. Organisation et déroulement des RCP d'oncologie digestive au CHU Mohammed VI de Marrakech :	8
V. Considérations éthiques :	9
RESULTATS	10
Première partie :	11
I. Données épidémiologiques :	11
1. Nombre de cas de cancer colorectal par année	11
2. Âge :	12
3. Sexe :	12
4. Antécédents :	13
4.1. Antécédents médicaux :	13
4.2. Antécédents toxiques :	13
4.3. Antécédents chirurgicaux :	14
4.4. Antécédents familiaux :	14
II. Diagnostic :	15
1. Signes d'appel	15
2. Examen clinique :	15
2.1. Examen abdominal :	15
2.2. Toucher rectal :	16
3. Examen endoscopique:	17
4. Localisation tumorale :	18
5. Examen anatomo-pathologique :	19
III. Bilan d'extension :	19
1. TDM thoraco-abdomino-pelvienne :	19
2. IRM pelvienne:	21

3. IRM hépatique:	21
4. Échographie abdominale :	21
5. PET SCAN :	21
6. Classification TNM.....	22
7. Marqueurs tumoraux.....	23
IV. Motifs, décisions et prise en charge thérapeutique en RCP :	24
1. Nombre de discussion à la RCP :	24
2. Motif de la RCP :	25
3. Modalités de prise en charge des patients avant de la RCP.....	25
4. Décisions de la RCP :	26
5. Décisions thérapeutiques prises en RCP :	27
5.1. Traitement curatif :	27
5.2. Traitement palliatif.....	27
Deuxième partie:	28
I. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des participants	28
1. Âge :	28
2. Sexe :	29
3. Spécialité :	29
4. Statut :	30
5. Intérêt porté à la RCP	30
6. Durée de participation aux RCP :	31
7. Fréquence de participation à la RCP :	32
II. Présentation des dossiers à la RCP :	33
1. Présentation des dossiers de cancers digestifs à la RCP :	33
2. Dossiers de cancers digestifs non présentés en RCP :	34
3. Utilisation des référentiels pour gérer les cas non complexes :	35
4. Référentiels adoptés pour les cas non complexes :	35
5. Motifs de présentation d'un dossier en RCP :	36
6. Proportion des dossiers présentés à la RCP par rapport à l'ensemble de l'activité des participants :	37
7. Confier la présentation des dossiers à un collègue :	37
III. Déroulement de la RCP :	38
1. Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers :	38
2. Impact de la RCP sur le diagnostic du patient :	39
3. Prescription d'examens paracliniques en prévision de la RCP :	40
4. Impact de la RCP sur la décision thérapeutique :	41
5. Rediscussion des dossiers lors de la RCP :	41
IV. Délibérations, décisions thérapeutiques et communication au patient :	42
1. Appréciation du nombre de dossiers discutés par RCP :	42

2. Appréciation de la fréquence hebdomadaire des RCP :	43
3. Satisfaction après la délibération en RCP :	43
4. Principaux points forts de la RCP onco-digestive :	44
5. Aspects problématiques et pistes d'amélioration de la RCP onco-digestive :	45
6. Désaccord avec la décision de la RCP :	45
7. Attitude en cas de désaccord avec la décision de la RCP :	46
8. Décision appliquée :	46
9. Information du patient de la décision retenue de la RCP :	47
10. Délai entre la RCP et l'instauration du traitement :	47
V. Recommandations et propositions des participants pour l'amélioration de la RCP en oncologie digestive :	48
DISCUSSION	50
Première partie	56
I. Données épidémiologiques :	56
1. Âge	56
2. Sexe :	56
II. Impératifs de présentation d'un dossier en RCP :	57
III. Diagnostic	58
1. Localisation tumorale :	58
2. Examen anatomo-pathologique :	59
3. Classification TNM de tumeurs malignes colorectales	61
IV. Motifs, décisions et prise en charge thérapeutique en RCP :	63
1. Nombre de discussion à la RCP :	63
2. Motif de la RCP :	64
3. Décision de la RCP :	65
3.1. Ajustement diagnostique lors de la RCP	65
3.2. Décisions thérapeutiques prises en RCP :	66
Deuxième partie :	69
I. Organisation de la RCP :	69
II. Participation à la RCP :	71
1. Spécialité :	71
2. Statut :	72
3. Fréquence de participation à la RCP :	73
III. Objectifs de la RCP :	74
IV. Présentation des dossiers :	75
V. RCP, référentiels et exhaustivité :	76
VI. RCP et changement diagnostique et thérapeutique :	78
VII. RCP source de satisfaction :	79
VIII. RCP, besoin de collégialité et gestion des désaccords	80

IX. RCP, Information du patient et relation médecin –malade :	81
X. Décision appliquée :	83
XI. Légitimation des décisions et responsabilité médicale en RCP :	84
XII. RCP : Points forts et limites.....	86
1. Points forts des RCP :	86
2. Limites et axes d'amélioration des RCP :	87
RECOMMANDATIONS	88
CONCLUSION.....	97
ANNEXES	100
RESUME	112
BIBLIOGRAPHIE	118

INTRODUCTION

Le cancer colorectal (CCR) constitue un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale [1]. Son incidence varie considérablement d'un pays à l'autre, sous l'influence de multiples facteurs environnementaux, alimentaires et socio-économiques [2]. En 2020, il occupait le troisième rang des cancers les plus diagnostiqués et le deuxième en termes de mortalité, avec près de 1,9 million de nouveaux cas et 935 000 décès dans le monde [3].

Malgré les avancées importantes en matière de dépistage et de traitement, la mortalité liée au CCR reste élevée, constituant ainsi un défi majeur pour les systèmes de santé [1]. Selon le centre international de recherche sur les cancers (CIRC), le nombre de nouveaux cas devrait augmenter de 63 % d'ici 2040, pour atteindre environ 3,2 millions par an, tandis que la mortalité atteindrait 1,6 million de décès, avec une progression particulièrement marquée chez les jeunes adultes et dans les pays en transition économique [4].

Au Maroc le cancer colorectal représente également un enjeu majeur de santé publique, en raison de sa fréquence et de sa gravité [5]. Il se classe au troisième rang des cancers les plus fréquents, après le cancer du poumon et celui du sein, bien que son incidence demeure inférieure à celle observée dans les pays occidentaux, , avec environ 5306 nouveaux cas et 2892 décès annuels selon Globocan 2022[6].

Les données épidémiologiques marocaines, qui ont restées pendant longtemps limitées, tendent à se préciser grâce à la mise en place de registres des cancers régionaux et aux nombreuses études hospitalières menées sur ce sujet [7]. Par exemple selon le registre des cancers du grand Casablanca (2018–2021), 1923 nouveaux cas de CCR ont été enregistrés, représentant 8,7 % de l'ensemble des cancers, avec une incidence brute de 10,5 pour 100 000 habitants et un risque cumulé avant 75 ans de 1,3 % [8].

Le cancer colorectal est une pathologie particulièrement complexe, non seulement par sa multifactorialité, mais aussi par la diversité de ses présentations cliniques, rendant sa prise en charge thérapeutique difficile [9,10]. Cette complexité a rendu nécessaire une approche multidisciplinaire, reposant sur la concertation de différents spécialistes afin d'assurer une prise en charge optimale et adaptée à chaque patient [9,11].

Introduites au début des années 2000 dans le domaine de l'oncologie, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) se sont progressivement imposées comme un modèle de référence pour la standardisation et l'optimisation des décisions thérapeutiques [12].

Ces réunions, réunissant chirurgiens, oncologues radiothérapeutes, oncologues médicaux, radiologues, anatomo-pathologistes et autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du cancer, constituent aujourd'hui la pierre angulaire des bonnes pratiques en cancérologie [13,14]. Elles ont démontré leur capacité à améliorer la survie des patients en optimisant les traitements, en intégrant de nouvelles stratégies thérapeutiques et en garantissant une prise en charge plus équitable et de meilleure qualité [15,16].

A travers ce travail, nous visons à déterminer l'apport des réunions de concertation pluridisciplinaires dans la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal, à évaluer le niveau de satisfaction des médecins impliqués et à établir des recommandations pour améliorer le circuit du patient ainsi que la qualité de sa prise en charge au niveau Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

MATERIEL ET METHODES

I. Type de l'étude

IL s agit d une étude descriptive visant à évaluer l apport de la RCP dans la prise en charge des cancers colorectaux au CHU Mohammed VI de Marrakech, reposant sur une double analyse objective et subjective complémentaires :

- **Première partie** : Une analyse rétrospective des dossiers présentés en RCP d'oncologie-digestive, étalée sur une période de cinq ans, à partir de Janvier 2020 (Annexe 1).
- **Deuxième partie** : Une analyse transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins participant aux RCP d'oncologie digestive (Annexe 2).

II. Méthodologie du 1er volet de l'étude:

1. Population de l'étude

Cette partie a concerné l'analyse des dossiers des patients atteints de cancer colorectal présentés en RCP. Un même patient pouvait être présenté une ou plusieurs fois en fonction des besoins de sa prise en charge et des décisions du médecin référent. Une fiche d'exploitation des données a été élaborée afin de recueillir les informations à partir du registre informatisé de la RCP.

2. Critères d'inclusion

- Patients âgés d'au moins 18 ans
- Preuve histologique de malignité
- Localisation colorectale du cancer
- Dossiers présentés au moins une fois en RCP
- Dossiers accessibles sur le registre informatisé de la RCP

3. Critères d'exclusion

- Dossiers non présentés en RCP
- Localisation tumorale autre que colorectale

4. Analyse statistique

Les données ont été collectées de manière rétrospective à partir des fiches d'exploitation, organisées sous forme de tableau Excel (Microsoft Excel 2021), regroupant les informations issues du registre informatisé de la RCP. Les résultats sont exprimés en nombres et en pourcentages.

III. Méthodologie du 2ème volet de l'étude:

1. Population de l'étude

La deuxième partie de l'étude s'est intéressée à l'appréciation de la satisfaction des participants aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) d'oncologie digestive au CHU Mohammed VI de Marrakech. L'ensemble des médecins participants à ces réunions, de façon régulière ou occasionnelle, a été sollicité pour répondre au questionnaire. Celui-ci a été diffusé par l'intermédiaire de groupes de communication professionnelle dédiés, ainsi que par remise directe.

2. Critères d'inclusion

- Médecins participants aux RCP d'oncologie–digestive
- Statut: Médecins internes, résidents, spécialistes et enseignants
- Services concernés:
 - o Service de Chirurgie viscerale, Hopital ARRAZI, CHU Mohammed VI, Marrakech
 - o Service d'Oncologie Radiothérapie, Hopital d'Oncologie Hématologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
 - o Service d'Oncologie Médicale, Hopital d'Oncologie Hématologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
 - o Service d'Hépto–Gastro–Entérologie, Hopital ARRAZI, CHU Mohammed VI, Marrakech
 - o Service de Radiologie, Hopital ARRAZI, CHU Mohammed VI, Marrakech
 - o Service d'Anatomopathologie, Hopital ARRAZI, CHU Mohammed VI, Marrakech

3. Critères d'exclusion

- Refus de participation
- Questionnaire incomplet

4. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été rédigé sur le site Google Forms et diffusé aux médecins participants par l'intermédiaire de groupes professionnels ainsi que par remise directe. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude et du caractère volontaire et anonyme de leur participation. Le temps moyen de réponse était d'environ 7 à 10 minutes. Le questionnaire a été relancé à trois reprises, et la collecte des réponses s'est étendue sur une période de 2 mois.

- **Le questionnaire est composé de 5 sections :**
 - Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des participants.
 - Selection et présentation des dossiers.
 - Déroulement des réunions.
 - Délibération, prise de décision et information des patients.
 - Suggestions pour améliorer le fonctionnement des RCP dans la prise en charge des cancers colorectaux.

5. Analyse statistique

Les données recueillies via les questionnaires ont été saisies de manière anonyme dans une base Microsoft Excel 2021. Les résultats sont présentés en nombres et en pourcentages.

IV. Organisation et déroulement des RCP d'oncologie digestive au CHU Mohammed VI de Marrakech :

Depuis 2011, le CHU Mohammed VI de Marrakech organise des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires en oncologie digestive. Le temps et lieu de ces réunions a changé au fil des années. Durant la pandémie Covid 19, les réunions ont été maintenues en mode distanciel et depuis leur reprise en présentiel en 2022, elles ont eu lieu tous les lundis à partir de 08h30. Les réunions durent en moyenne entre une heure et une heure et demi et ont lieu dans la salle des réunions du service d'oncologie-radiothérapie.

Le déroulement de ces réunions s'organise selon un processus défini, comprenant plusieurs étapes : la préparation des dossiers, la présentation et la discussion des cas, ainsi que la formalisation des décisions.

- **Préparation de la RCP**

La préparation de la réunion de concertation pluridisciplinaire d'oncologie digestive du CHU Mohammed VI de Marrakech est assurée par le médecin référent du patient. Celui-ci est responsable du remplissage de la fiche standardisée de RCP, qui regroupe les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques nécessaires à la discussion du dossier.

La fiche est transmise par courrier électronique à la boîte mail dédiée à la RCP d'oncologie digestive, au plus tard la veille de la réunion, permettant aux participants d'accéder aux dossiers avant la RCP.

- **Déroulement de la réunion**

La tenue effective de la RCP nécessite la présence minimale d'un chirurgien et d'un oncologue. Les gastro-entérologues, les radiologues et les anatomopathologistes sont systématiquement invités à participer aux réunions. Lorsque les radiologues sont présents, les examens d'imagerie sont revus sur place au cours de la réunion. En leur absence, les médecins référents sont informés de la nécessité de revoir les images radiologiques au préalable avec les radiologues, notamment en cas de doute ou de difficulté diagnostiques. Les dossiers des patients sont présentés soit par les médecins référents, soit par les résidents en formation sous leur supervision. Les cas cliniques sont exposés sous forme de diaporamas (PowerPoint). Le nombre de dossiers discutés par séance varie entre cinq et dix-huit, avec une moyenne de sept dossiers présentés par réunion.

- **Suites de la RCP**

À l'issue de la discussion collégiale, les décisions prises lors de la RCP sont consignées soit par un secrétaire, soit par un professeur d'oncologie assisté d'un résident. Ces décisions sont ensuite diffusées au médecin référent par l'intermédiaire de la boîte mail de la RCP, assurant la traçabilité et la transmission des conclusions retenues pour la prise en charge des patients.

V. Considérations éthiques :

La présente étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques applicables à la recherche en santé. Ainsi, les données en été recueillies à parti de dossiers médicaux dans le respect de l'anonymat et après obtention des autorisations officielles pour la collecte des données. Un consentement éclairé a été obtenu avant la diffusion des questionnaires et La participation a été entièrement volontaire et les participants n'étaient soumis à aucune contrainte ou incitation financière. Toutes les informations personnelles ont été traitées de manière confidentielle et l'accès aux données était limité aux seuls membres de l'équipe de recherche.

RESULTS

Première partie :

Cette partie de l'étude a consisté en une analyse rétrospective de 184 dossiers de patients atteints de cancer colorectal, présentés en RCP au CHU Mohammed VI de Marrakech.

I. Données épidémiologiques :

1. Nombre de cas de cancer colorectal par année

La répartition annuelle des cas de cancer colorectal montrait une variation des effectifs selon les années. Les effectifs les plus importants étaient observés en 2020 et en 2021, avec 51 cas par année, représentant 27,7 % chacun. À l'inverse, les effectifs les plus faibles étaient notés en 2023 et en 2024, avec 15 cas par année, soit 8,1 %. L'effectif total étudié était de 184 cas.

Tableau I : Répartition des cas du cancer colorectal selon les années

Années	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
2020	51	27,7
2021	51	27,7
2022	22	11,9
2023	15	8,1
2024	15	8,1
2025	30	16,3
Total	184	100

2. Âge :

L'âge de nos patients variait entre 25 et 106 ans, avec un pic de fréquence estimé à 28,8 % dans la tranche d'âge 55–64 ans. L'âge moyen était de 59,3 ans.

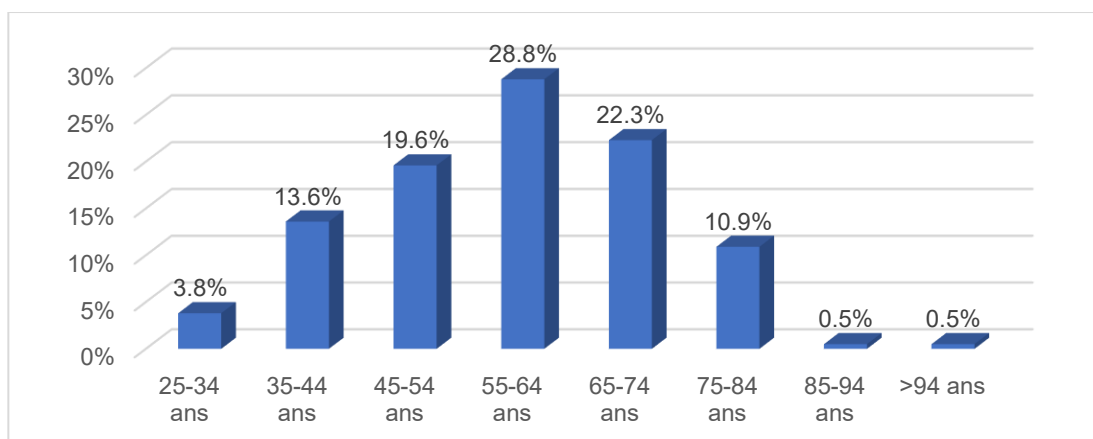


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

3. Sexe :

Notre série était composée de 93 femmes (50,5 %) et de 91 hommes (49,5 %).

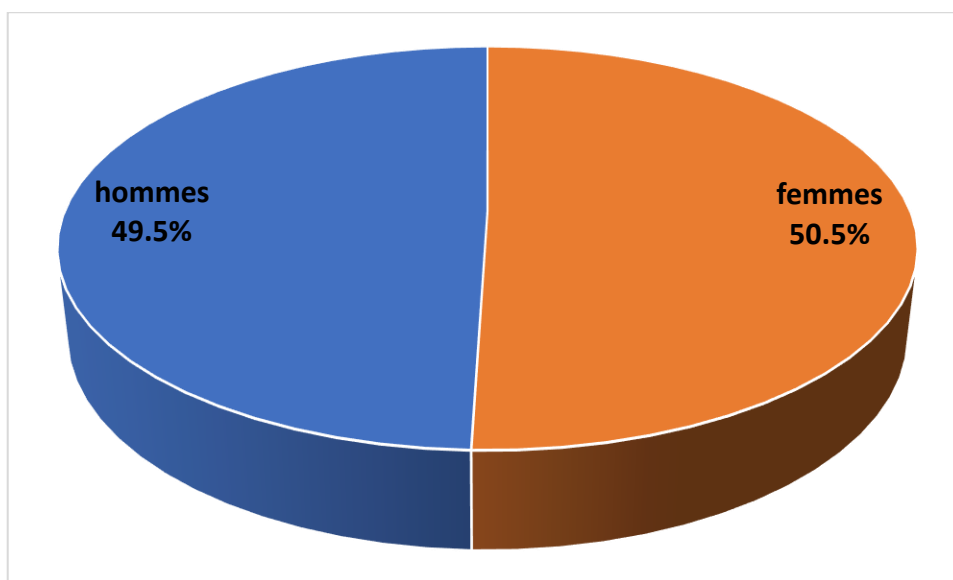


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

4. Antécédents :

4.1. Antécédents médicaux :

Parmi nos patients, 125 (67,9 %) ne présentaient aucun antécédent médical notable. Le diabète a été retrouvé chez 31 patients (16,8 %), et l'hypertension artérielle chez 24 patients (13 %).

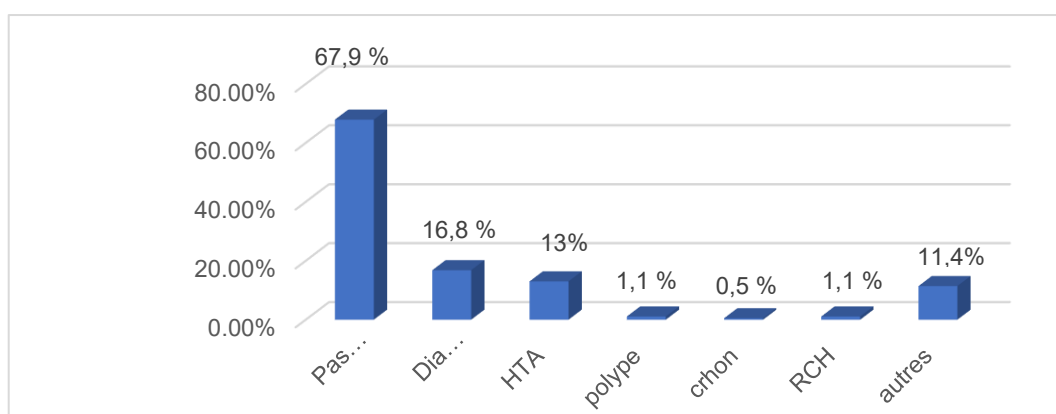


Figure 3 : Répartition des patients selon les antécédents personnels

4.2. Antécédents toxiques :

Dans notre série, une proportion de 13 % (24) était tabagique active. La consommation d'alcool a été retrouvée chez 3 patients (1,6 %), et un seul patient (0,5 %) rapportait une consommation de cannabis.

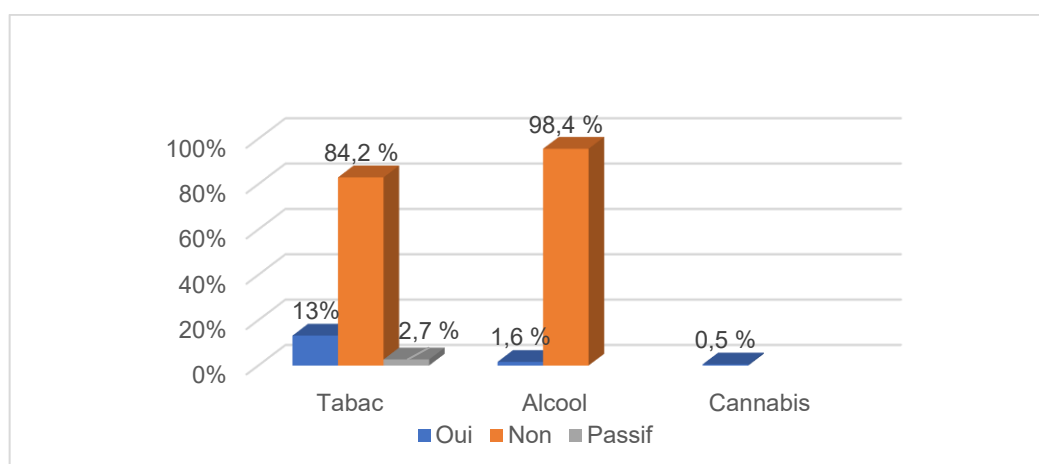


Figure 4 : Répartition des patients selon les antécédents toxiques

4.3. Antécédents chirurgicaux :

Sur l'ensemble des patients, 134 (72,7 %) ne présentaient aucun antécédent chirurgical. Chez ceux ayant des antécédents, la cholécystectomie représentait 6,5 % des cas (12 patients) et l'appendicectomie 3,3 % (6 patients).

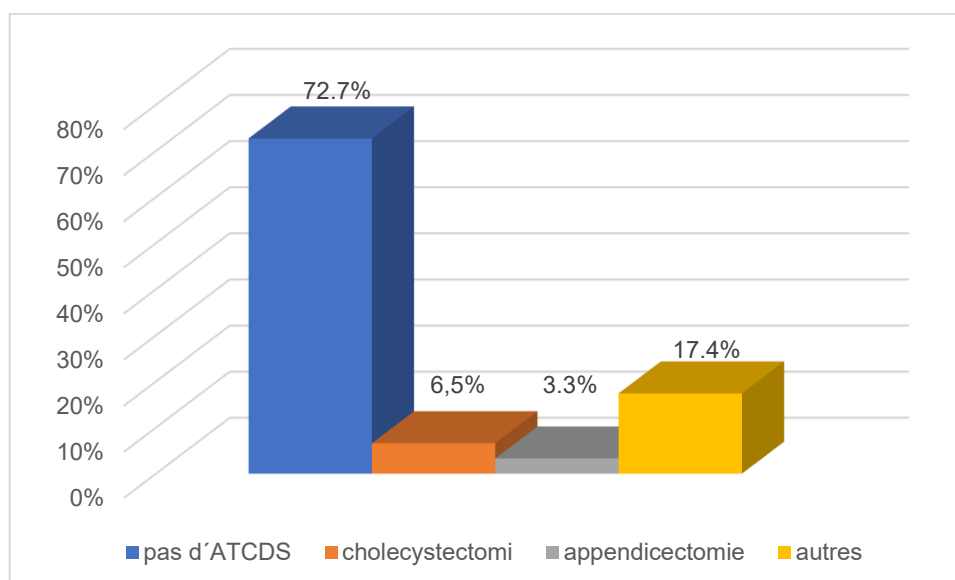


Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

4.4. Antécédents familiaux :

Au sein de la population étudiée, 20 patients (10,9 %) rapportaient des antécédents familiaux. En revanche 164 patients (89,1 %), ne présentaient aucun antécédent de ce type.

Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents familiaux

Antécédents familiaux	Nombre de patients (n)	Pourcentage (%)
Cancer colorectal	12	60
Polypose adénomateuse familiale (PAF)	1	5
Cancers digestifs	5	25
Cancers extra-digestifs	2	10
Total	20	100

II. Diagnostic :

1. Signes d'appel

Chez les patients étudiés, la rectorragie était le signe d'appel le plus fréquent, observée chez 109 patients (59,2 %), suivie de l'altération de l'état général chez 90 patients (48,9 %), les douleurs abdominales chez 53 patients (28,8 %) et la constipation chez 43 patients (23,4 %).

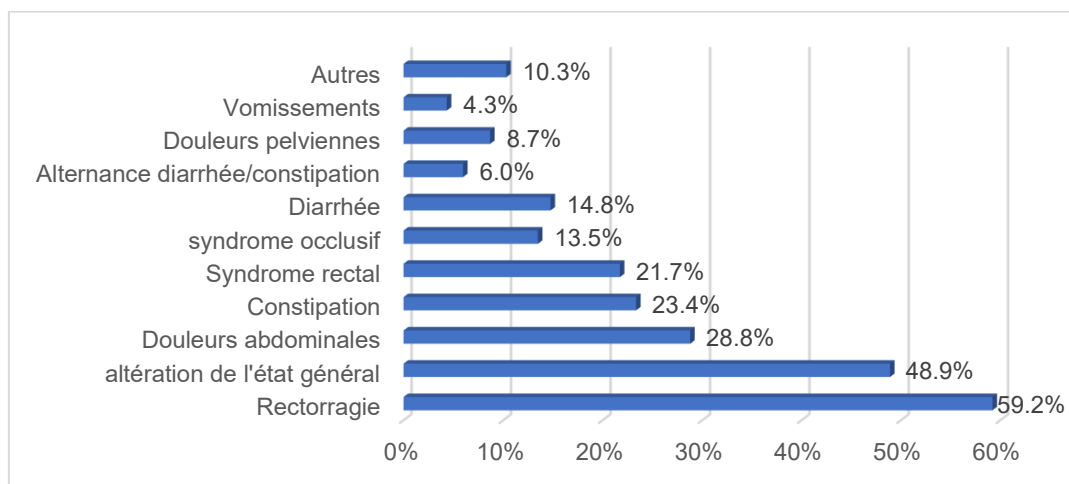


Figure 6 : Répartition des signes d'appel

2. Examen clinique :

2.1. Examen abdominal :

Lors de l'examen clinique, l'examen abdominal était normal chez 100 patients (54,3 %). La sensibilité abdominale a été retrouvée chez 32 patients (17,4 %), suivie d'une distension abdominale (11 patients, 6 %) et d'une masse abdominale (8 patients, 4,3 %).

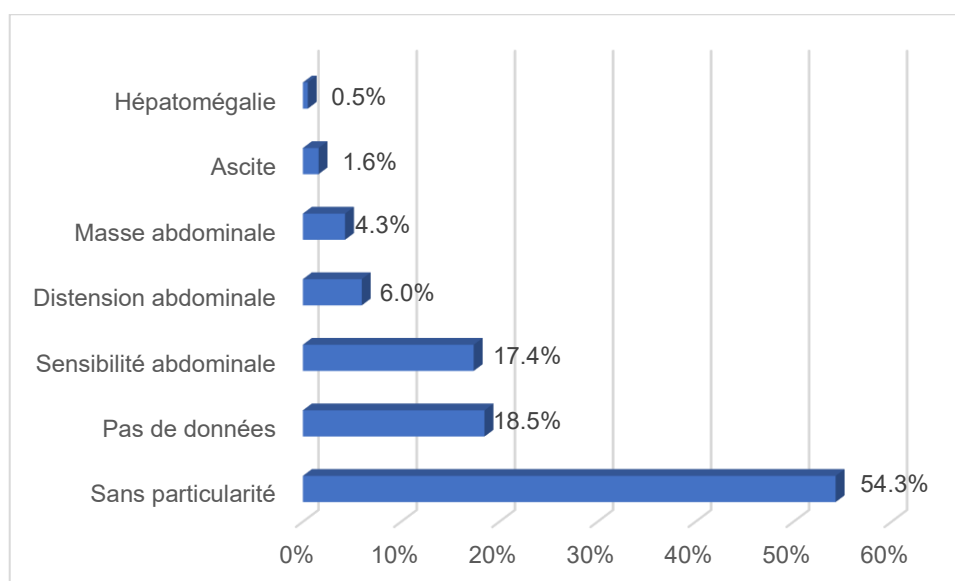


Figure 7 : Répartition des patients selon les résultats de l'examen clinique

2.2. Toucher rectal :

Le toucher rectal était sans particularité chez 71 patients (38,6%). Une masse palpable a été détectée chez 56 patients (30,4%), tandis que 17 patients (9,2%) présentaient un saignement détecté au toucher rectal.

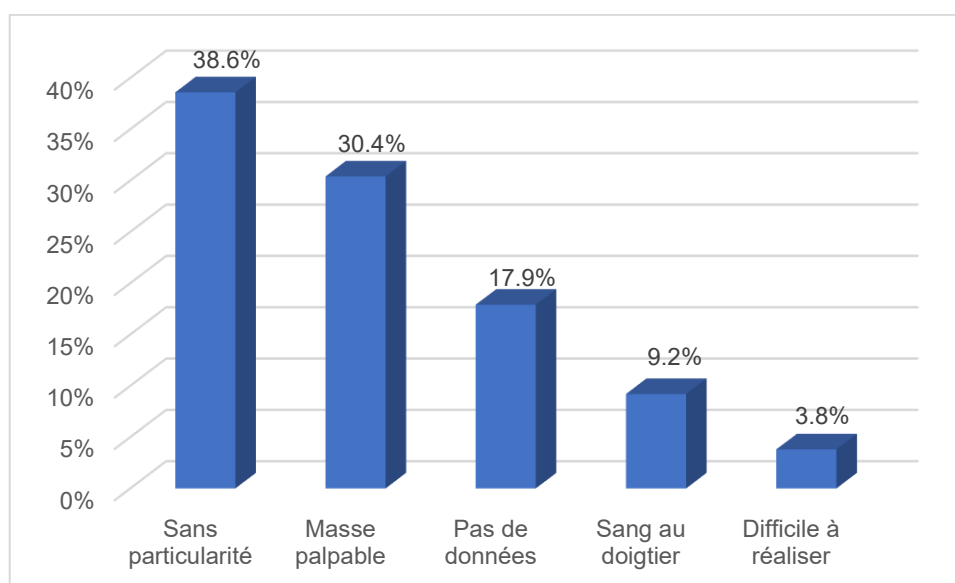


Figure 8 : Répartition des anomalies au toucher rectal

3. Examen endoscopique:

L'endoscopie est un examen essentiel dans le diagnostic des cancers colorectaux. Il permet de localiser la tumeur, caractériser son aspect et son étendue et réaliser des biopsies pour une étude anatomopathologique.

Dans notre étude, les comptes rendus de l'endoscopie ont été trouvés pour 142 patients (77,2 %).

- Aspect macroscopique :

L'aspect macroscopique le plus fréquemment observé était ulcéro-bourgeonnant, retrouvé chez 57 % des patients, suivi de l'aspect bourgeonnant, observé dans 27,5 % des cas.

- Polypes :

Dans notre série, l'endoscopie a objectivé la présence de polypes chez 26 patients, soit 14 % des cas.

Tableau III : Répartition des aspects macroscopiques des lésions tumorales

Aspect macroscopique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Ulcéro-bourgeonnant	81	57
Bourgeonnant	39	27,5
Sténosant	11	7,7
Ulcéreux	7	4,9
Ulcéro-infiltrant	2	1,4
Bourgeonnant infiltrant	1	0,7
Normal	1	0,7
Total	142	100

4. Localisation tumorale :

La localisation tumorale était dominée par les formes rectales, représentant la majorité des cas. Le moyen rectum était atteint chez 75 patients (40,8 %), le bas rectum chez 60 patients (32,6 %) et le haut rectum chez 56 patients (30,4 %). Suivaient ensuite les localisations coliques, principalement au niveau du côlon sigmoïde, avec 26 cas (14,1 %).

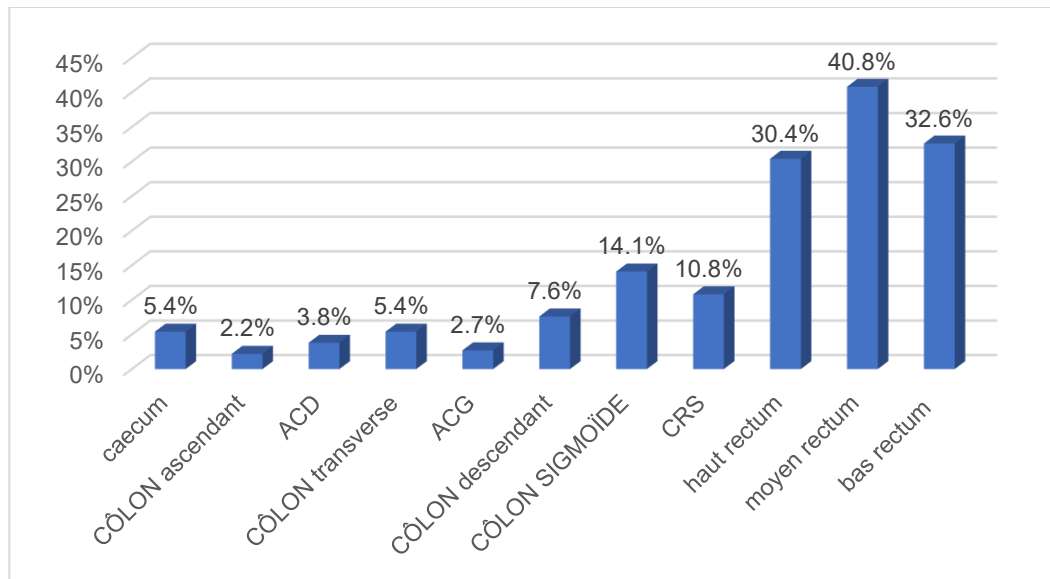


Figure 9 : Répartition des tumeurs selon la localisation anatomique

5. Examen anatomo-pathologique :

L'adénocarcinome moyennement différencié représentait la forme histologique la plus fréquente, retrouvé chez 127 patients (69 %), suivi des formes bien différenciées chez 22 patients (12 %) et peu différenciées chez 16 patients (8,7 %).

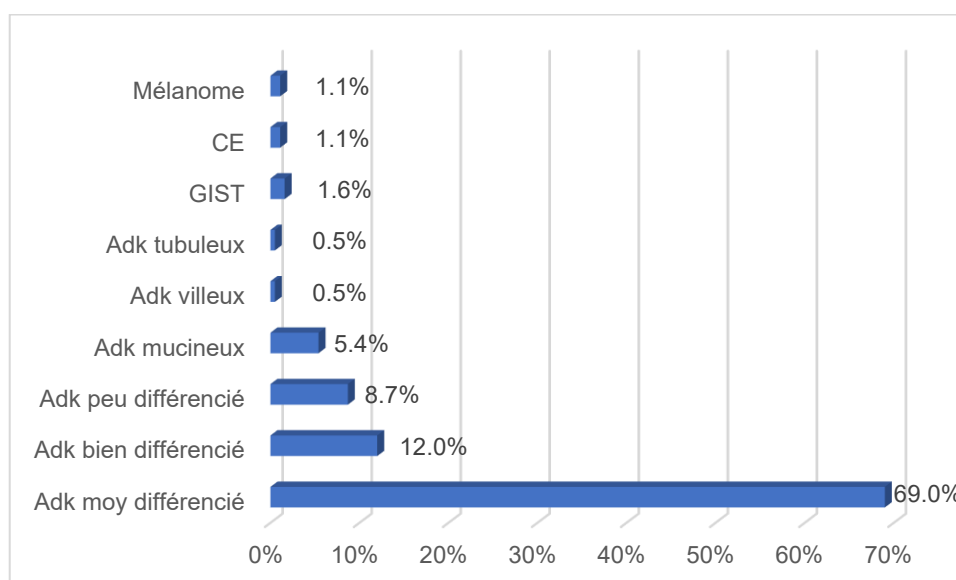


Figure 10 : Répartition des patients selon le type histologique

III. Bilan d'extension :

1. TDM thoraco-abdomino-pelvienne :

Une tomodensitométrie thoracoabdominopelvienne a été réalisée systématiquement chez tous les patients de notre série, dans le cadre du bilan d'extension locorégionale et à distance, ou lors du suivi pré- ou post-thérapeutique.

Chez ces patients, la TDM a révélé une infiltration de la graisse de voisinage dans 37,5 % des cas, des adénopathies dans 50,5 % des cas, et des métastases à distance dans 32 % des cas.

Tableau IV : Résultats de la TDM TAP

Paramètres étudiés à la TDM	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Infiltration de la graisse de voisinage	69	37,5
Envahissement des organes de voisinage	16	8,7
Présence d'adénopathies	93	50,5
Métastases à distance	60	32,6

- **Métastases à distance :**

Parmi les 60 patients présentant des métastases à distance, les localisations hépatiques étaient les plus fréquentes (35 patients, 58,3 %), suivies des métastases pulmonaires (18 patients, 30 %) et des métastases péritonéales (13 patients, 21,7 %).

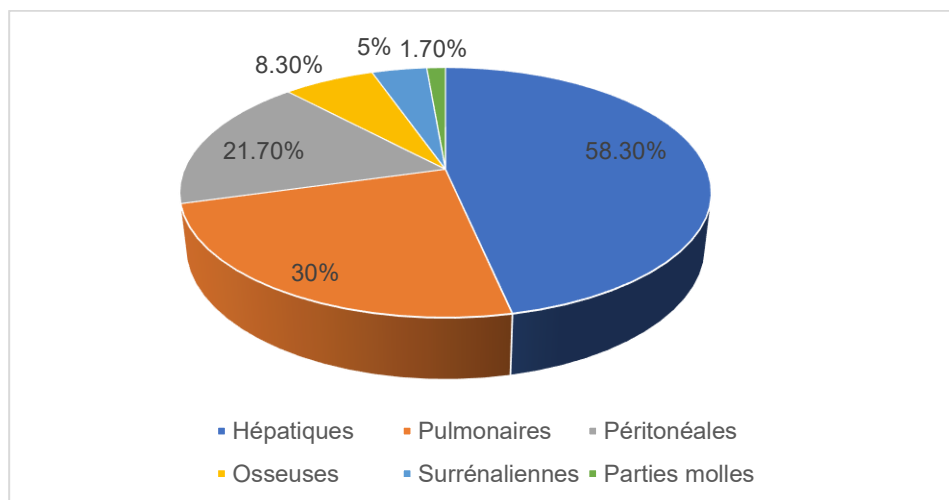


Figure 11 : Répartition des métastases à distance

2. IRM pelvienne:

L'IRM pelvienne a été réalisée chez 83 patients (45,1 %), parmi lesquels 78 présentaient un cancer rectal. Cet examen a été prescrit principalement pour évaluer l'extension locorégionale. Par ailleurs, 17 patients ont bénéficié d'une IRM en post-thérapeutique afin d'apprécier la réponse au traitement.

L'infiltration du mésorectum a été observée chez 74,7% des patients, tandis que l'envahissement des organes de voisinage était présent dans 27,7 % des cas. Les adénopathies mésorectales ou pelviennes ont été retrouvées chez 61,4 % des patients.

Tableau V : Résultats de l'IRM pelvienne

Paramètres étudiés à l'IRM pelvienne	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Infiltration du mésorectum	62	74,7
Envahissement des organes de voisinage	23	27,7
Adénopathies mésorectales / pelviennes	51	61,4

3. IRM hépatique:

Une IRM hépatique a été réalisée chez 12 patients, avec détection de nodules hépatiques chez 9 d'entre eux.

4. Échographie abdominale :

Une échographie abdominale a été réalisée chez 8 patients. Elle était normale dans 3 cas, a permis de détecter des nodules hépatiques chez 2 patients, un épaissement pariétal irrégulier du côlon chez 3 patients et un épanchement péritonéal chez 1 seul patient.

5. PET SCAN :

Le PET SCAN a été demandé 6 fois chez nos patients. Il a permis de détecter une formation nodulaire hypermétabolique péritonéale chez 2 patients, une localisation pulmonaire bilatérale chez 1 seul patient et une localisation osseuse chez 1 patient.

6. Classification TNM

À l'issue des bilans cliniques et paracliniques, les tumeurs ont été classées selon la classification TNM. La répartition des patients selon cette classification est présentée dans le tableau VI ci-dessous.

La classification TNM a été renseignée chez 153 patients (83,2 % de la série). Concernant l'extension tumorale, 90 patients (58,8 %) étaient classés T3 et 45 patients (29,4 %) T4. L'envahissement ganglionnaire était réparti comme suit : 54 patients (35,3 %) N0, 58 patients (37,9 %) N1 et 31 patients (20,3 %) N2. Quant aux métastases à distance, 39 patients (25,5 %) étaient classés M1.

Tableau VI : Répartition des patients selon la classification TNM

	Stade	Nombre de cas (n)	Pourcentage (%)
Classification T	Tis	2	1,3
	T1	3	2
	T2	13	8,5
	T3	90	58,8
	T4	45	29,4
	Total	153	100
Classification N	N0	54	35,3
	N1	58	37,9
	N2	31	20,3
	NX	10	6,5
	Total	153	100
Classification M	M0	60	39,2
	M1	39	25,5
	MX	54	35,3
	Total	153	100

7. Marqueurs tumoraux

Au moment de la RCP, 31 patients ont bénéficié du dosage de l'ACE, dont 17 (9,2 %) présentaient une élévation, tandis que la CA19-9 a été dosée chez 29 patients avec une élévation constatée dans 10 cas (5,4 %).

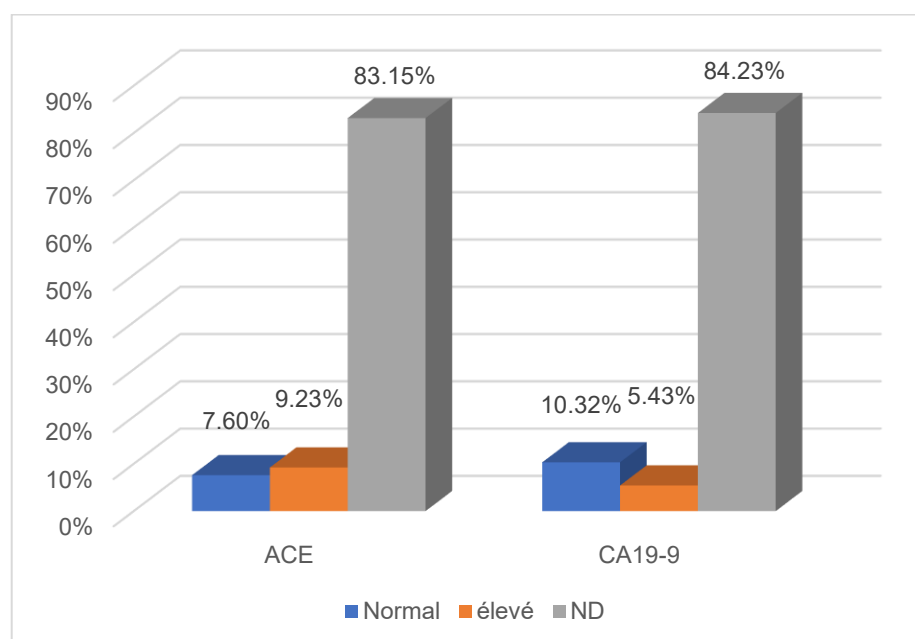


Figure 12 : Marqueurs tumoraux

IV. Motifs, décisions et prise en charge thérapeutique en RCP :

1. Nombre de discussion à la RCP :

La majorité des patients (146 cas, 79,3 %) ont été discutés une seule fois en RCP. Parmi les autres, 29 patients (15,8 %) ont bénéficié de deux discussions, 7 patients (3,8 %) ont été présentés trois fois, et seuls 2 patients (1,1 %) ont fait l'objet de plus de trois discussions.

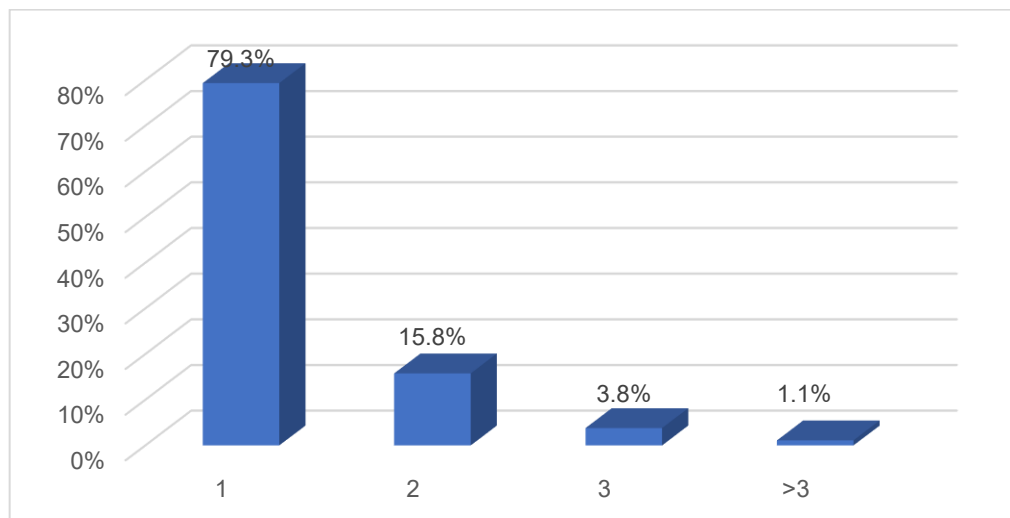


Figure 13 : Répartition des patients selon le nombre de discussions à la RCP

2. Motif de la RCP :

Dans notre étude, la RCP a été principalement convoquée pour des décisions à visée thérapeutique. Les présentations relatives à la prise en charge initiale constituaient 40,8 % de l'ensemble des décisions discutées, suivies de celles concernant l'ajustement thérapeutique (29,3 %). Les situations de rechute ou d'évolution de la maladie représentaient 10,9 % des cas.

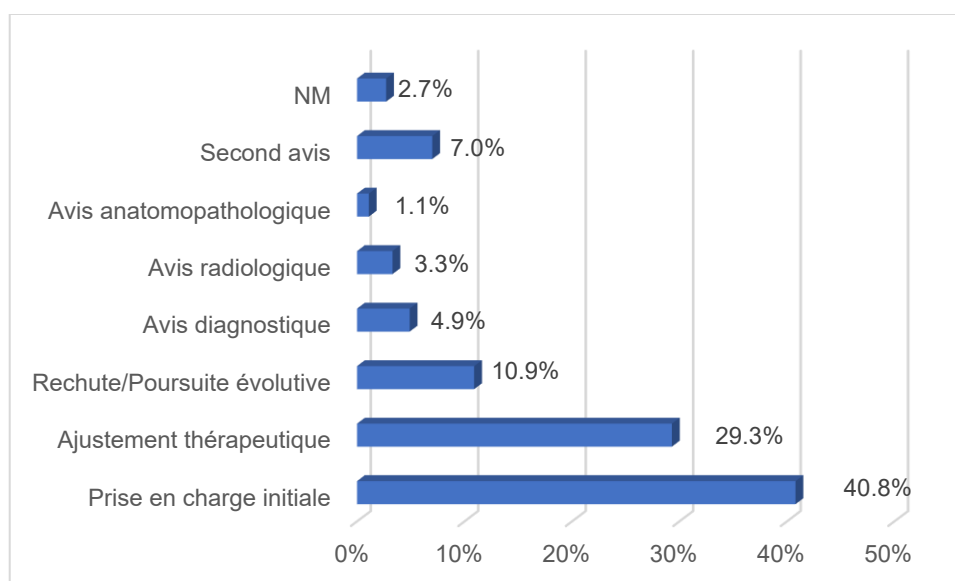


Figure 14 : Répartition des patients selon le motif de la RCP

3. Modalités de prise en charge des patients avant de la RCP

La prise en charge des patients avant la RCP a concerné 110 patients (59,8 %). La chirurgie a été réalisée chez 38 patients (34,5 %), la RCC chez 22 patients (20 %), la combinaison RCC + chirurgie chez 18 patients (16,4 %) et la chirurgie associée à la chimiothérapie adjuvante chez 16 patients (14,5 %).

Tableau VII : Répartition des patients selon la prise en charge avant la RCP

Prise en charge	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Chirurgie	38	34,5
RCC	22	20
RCC+ Chirurgie	18	16,4
Chirurgie + CTH ADJ	16	14,5
CTH	8	7,3
RCC+ Chirurgie + CTH ADJ	3	2,7
CTH NEO-ADJ + Chirurgie + CHT ADJ	2	1,8
Chirurgie + CTH ADJ + Thérapie ciblée	1	0,9
CTH NEO-ADJ + Chirurgie + Thérapie ciblée	1	0,9
TNT	1	0,9
Total	110	100

4. Décisions de la RCP :

Les décisions de la RCP étaient majoritairement d'ordre thérapeutique (70,9 %), suivies de celles relatives aux examens complémentaires, qui concernaient principalement l'imagerie (13,7 %) et l'endoscopie (9,9 %).

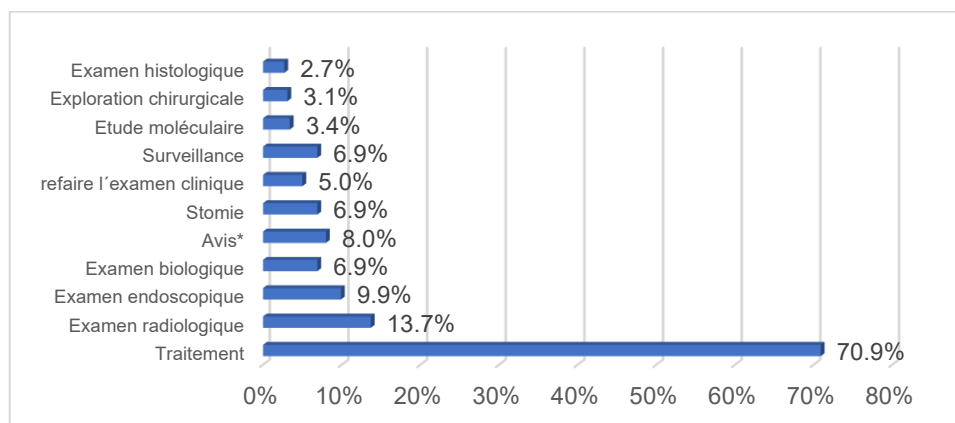


Figure 15 : Répartition des types de décisions prises en RCP

*Avis d'une spécialité non représentée lors de la RCP, notamment la gynécologie – obstétrique et l'urologie

5. Décisions thérapeutiques prises en RCP :

5.1. Traitement curatif :

Chez nos patients, la chimiothérapie (CTH) représentait 28,3 % de l'ensemble des décisions thérapeutiques, suivie de la chirurgie (26,6 %). Le traitement néoadjuvant total (TNT) a été indiqué dans 17,3 % des cas, la radio-chimiothérapie concomitante (RCC) dans 12,7 %, tandis que la radiothérapie (RTH) concernait 1,7 % des patients.

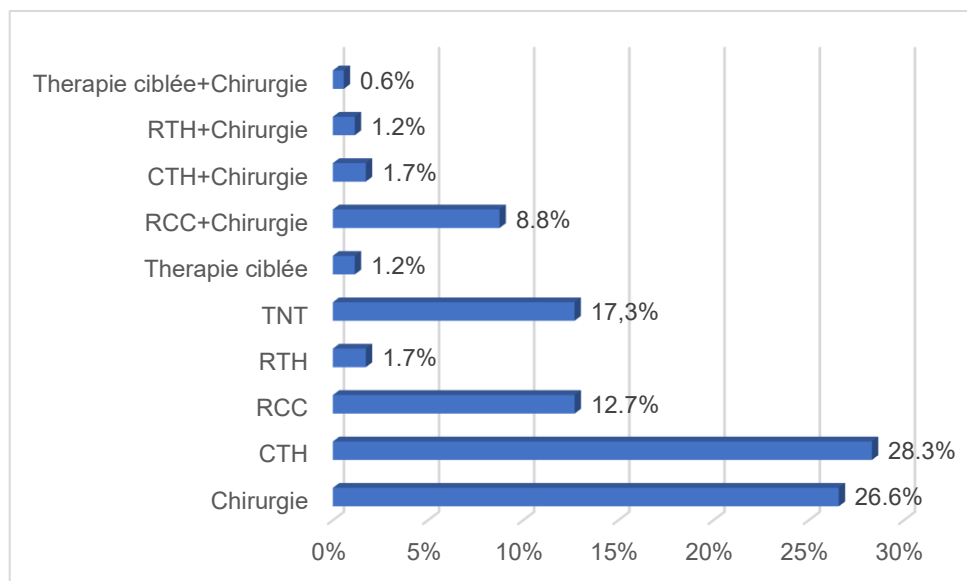


Figure 16 : Répartition des décisions thérapeutiques chez les patients discutés en RCP

5.2. Traitement palliatif

Un traitement palliatif a été recommandé chez 19 patients (10,3 %) de notre série, reposant exclusivement sur une chimiothérapie palliative.

Deuxième partie :

Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des médecins impliqués dans la RCP d'oncologie digestive, incluant les enseignants, les médecins spécialistes, les médecins résidents et les médecins internes des services d'oncologie-radiothérapie, d'oncologie médicale, de chirurgie viscérale, de gastro-entérologie, de radiologie et d'anatomopathologie. Au total, 70 réponses ont été recueillies parmi l'ensemble des questionnaires diffusés.

I. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des participants

1. Âge :

L'âge des participants ayant répondu au questionnaire variait de 25 à 57 ans. La majorité se situait dans la tranche 25-29 ans, avec 41 participants (58,8%).

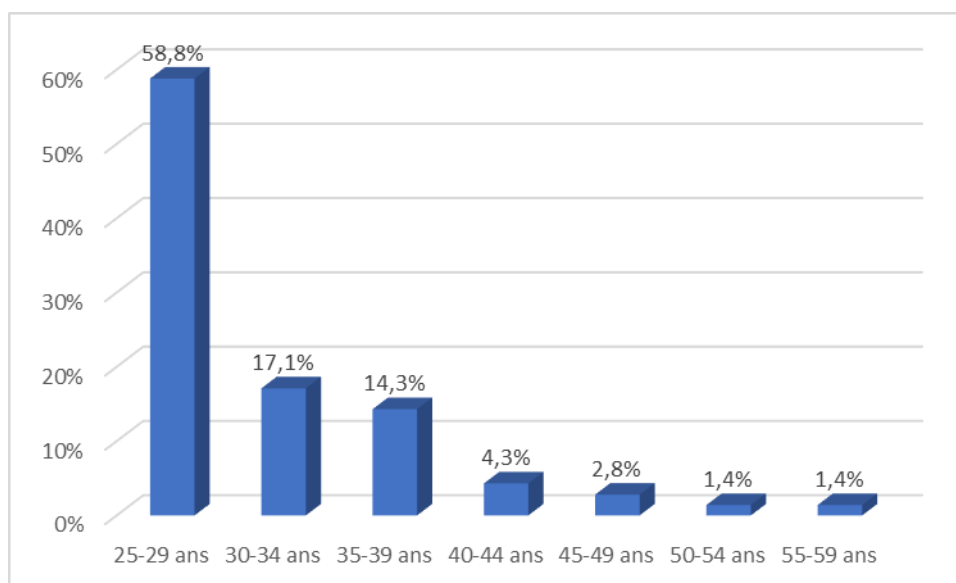


Figure 17 : Répartition des participants selon l'âge

2. Sexe :

Parmi les participants, 45 étaient de sexe féminin (64,3 %) et 25 de sexe masculin (35,7 %).

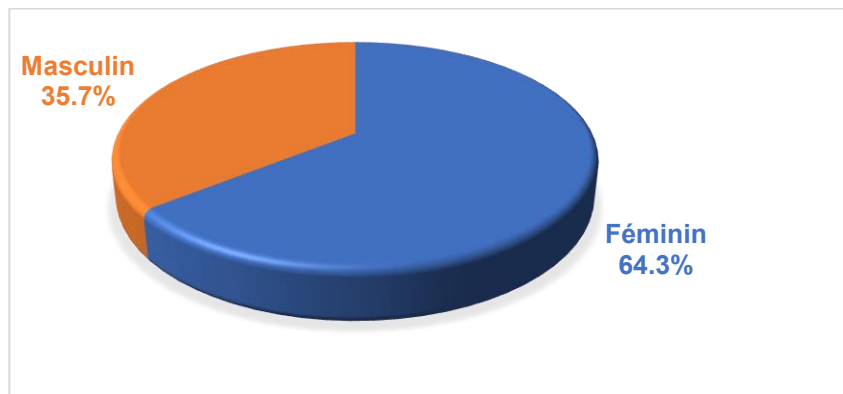


Figure 18 : Répartition des participants selon le sexe

3. Spécialité :

Dans notre série, les répondants appartenaient principalement au service d'oncologie radiothérapie dans 47,1% des cas, suivi du service d'oncologie médicale dans 18,6% des cas, et 15,7 % en gastro-entérologie et chirurgie viscérale.

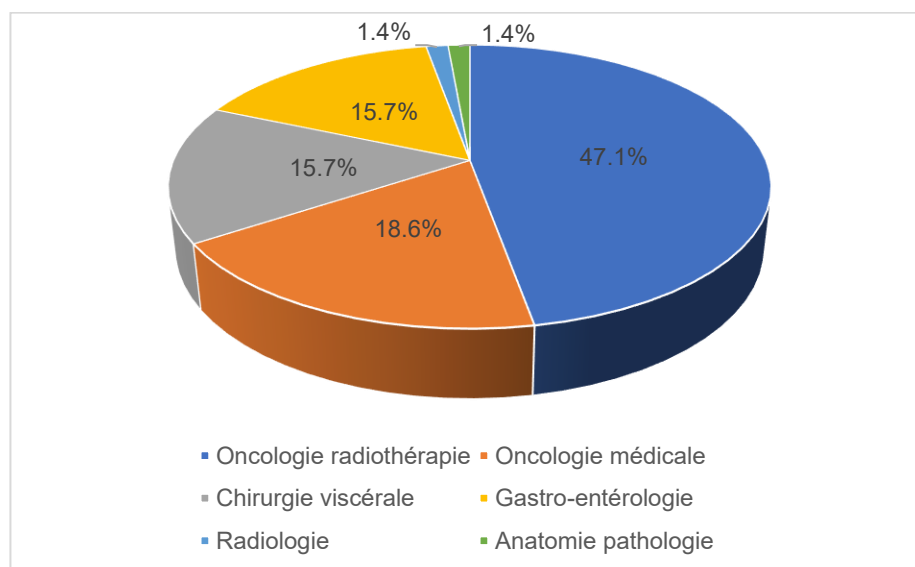


Figure 19 : Répartition des participants selon la spécialité

4. Statut :

Dans notre étude 53 des participants étaient des médecins résidents (75,7%), 10 étaient des enseignants (14,3%), 6 des médecins spécialistes (8,6%) et un médecin interne (1,4%).

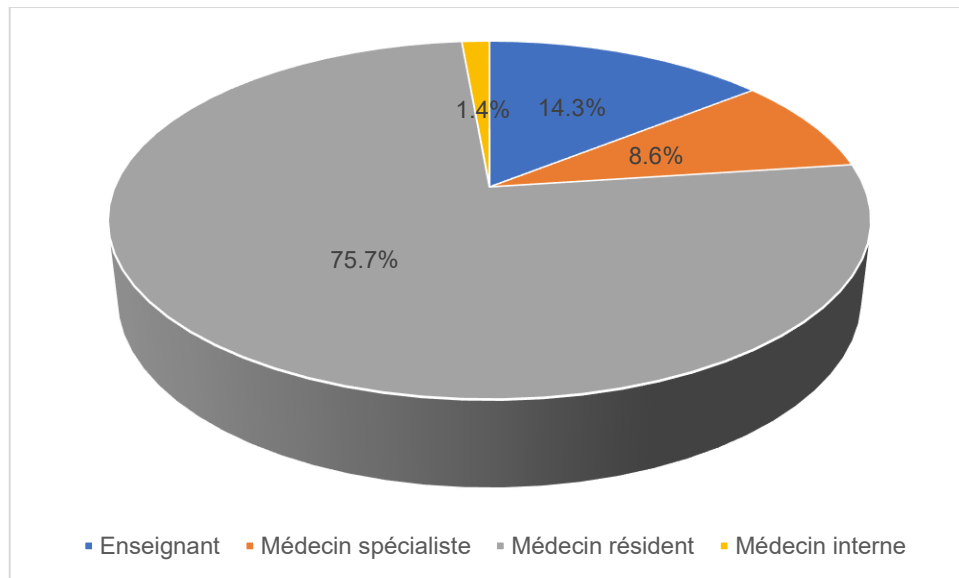


Figure 20 : Répartition des participants selon le statut professionnel

5. Intérêt porté à la RCP

Tous les participants se déclaraient convaincus de l'importance des RCP.

6. Durée de participation aux RCP :

La majorité des participants aux RCP avait une expérience de 3 à 5 ans (21 participants, 30 %). Dix-neuf participants (27,1 %) y assistaient depuis moins d'un an, tandis que 18 participants (25,7 %) avaient une ancienneté de 1 à 2 ans.

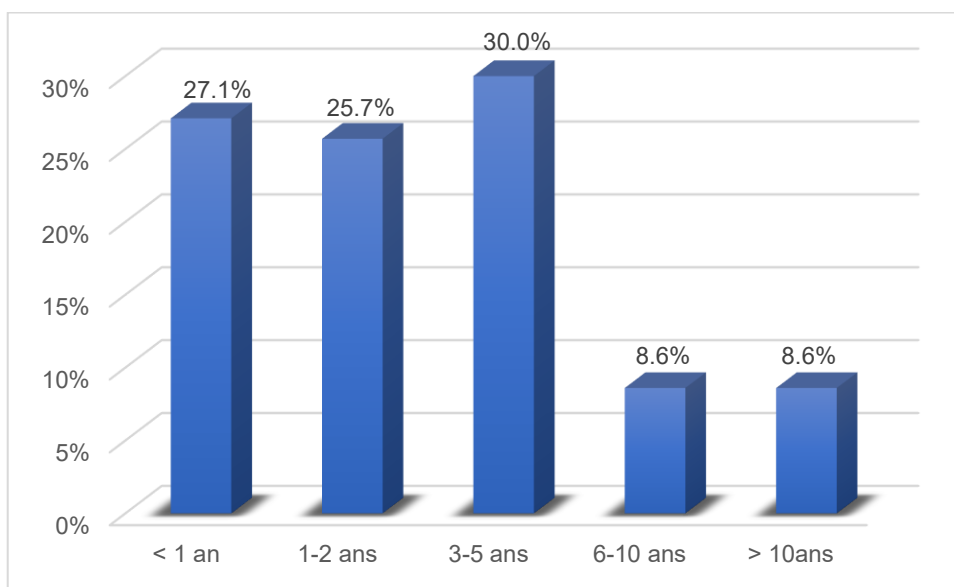


Figure 21 : Répartition des participants selon la durée de participation aux RCP

7. Fréquence de participation à la RCP :

La participation aux RCP était majoritairement hebdomadaire, ceci concernait 49 médecins (70 %), suivie d'une participation mensuelle pour 11 médecins (15,7 %).

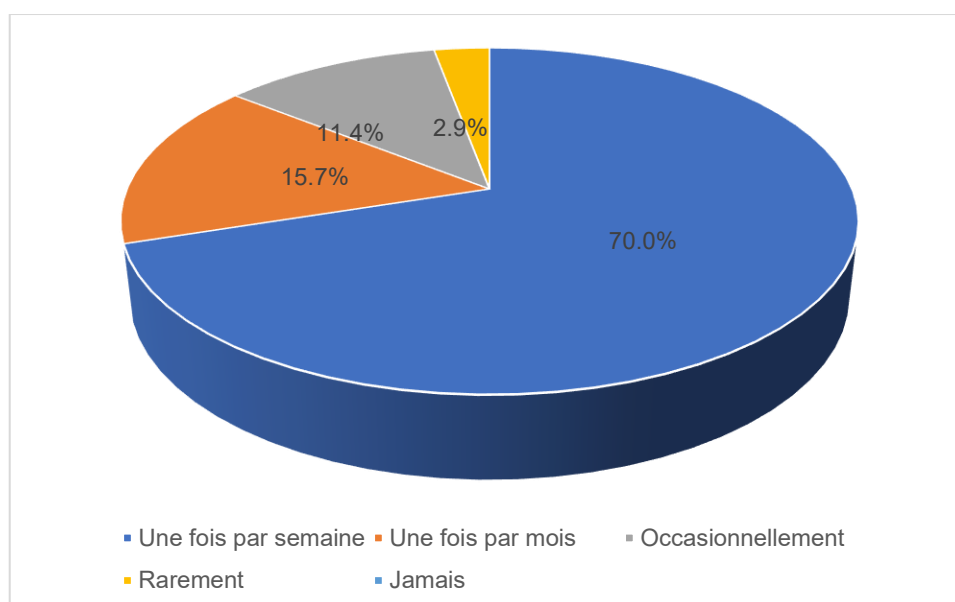


Figure 22 : Fréquence de participation à la RCP

II. Présentation des dossiers à la RCP :

1. Présentation des dossiers de cancers digestifs à la RCP :

Selon les réponses au questionnaire, 50 médecins (71,4%) déclaraient présenter tous les dossiers de cancers digestifs aux RCP, tandis que 20 médecins (28,6%) ne les présentaient pas systématiquement.

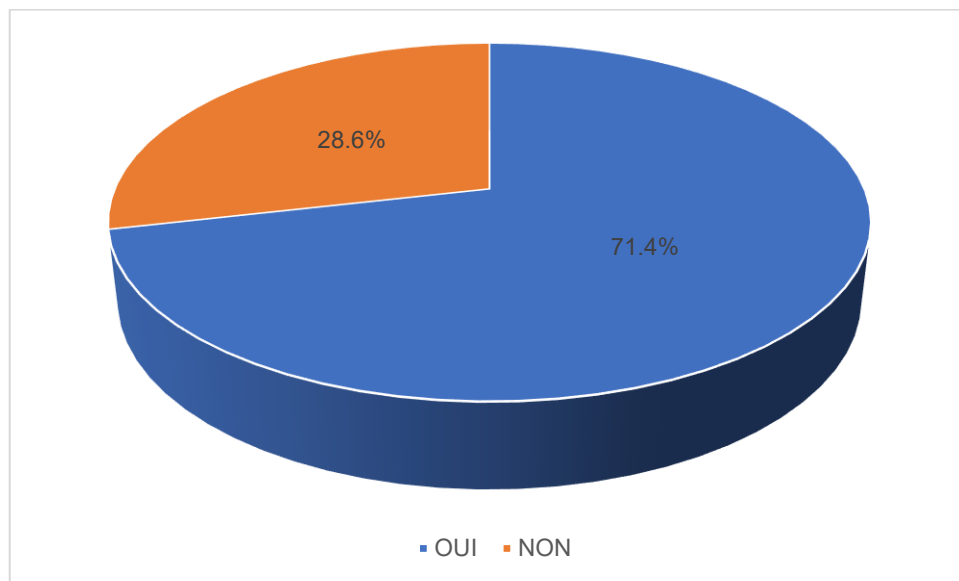


Figure 23 : Présentation des dossiers de cancers digestifs aux RCP

2. Dossiers de cancers digestifs non présentés en RCP :

Parmi les 20 participants ne présentant pas tous leurs dossiers en RCP, la majorité discutait les cas au sein de l'équipe du service (18 participants, 90 %). Certains échangeaient également avec un collègue (4 participants, 20 %), tandis que d'autres informaient le patient et sa famille (4 participants, 20 %).

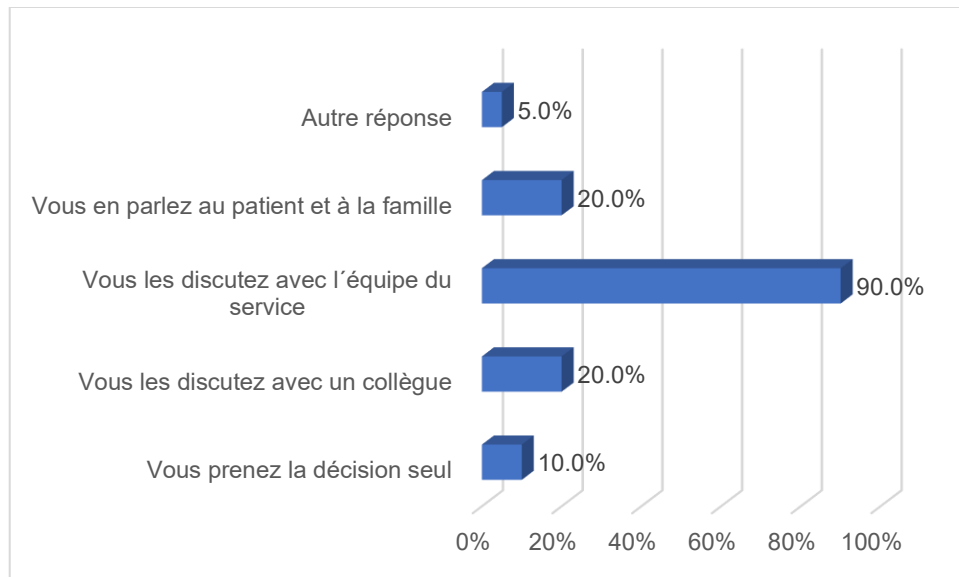


Figure 24 : Gestion des dossiers non présentés à la RCP

3. Utilisation des référentiels pour gérer les cas non complexes :

L'utilisation de référentiels pour éviter la discussion des cas non complexes était préconisée par 23 participants, soit 32,9%.

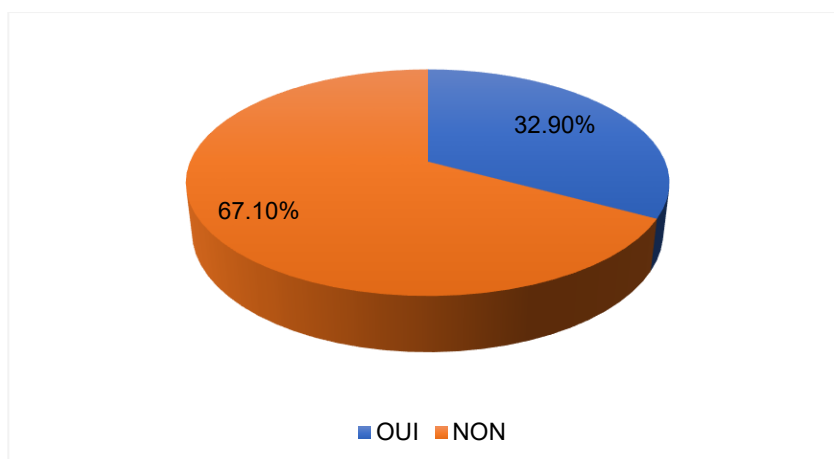


Figure 25 : Répartition de la préconisation des référentiels en RCP

4. Référentiels adoptés pour les cas non complexes :

Parmi les 23 participants préconisant l'usage de référentiels dans leur pratique, ceux le plus fréquemment utilisés étaient le TNCD (12 réponses, 52,2 %), le NCCN (11 réponses, 47,8 %) et l'ESMO (7 réponses, 30,4%).

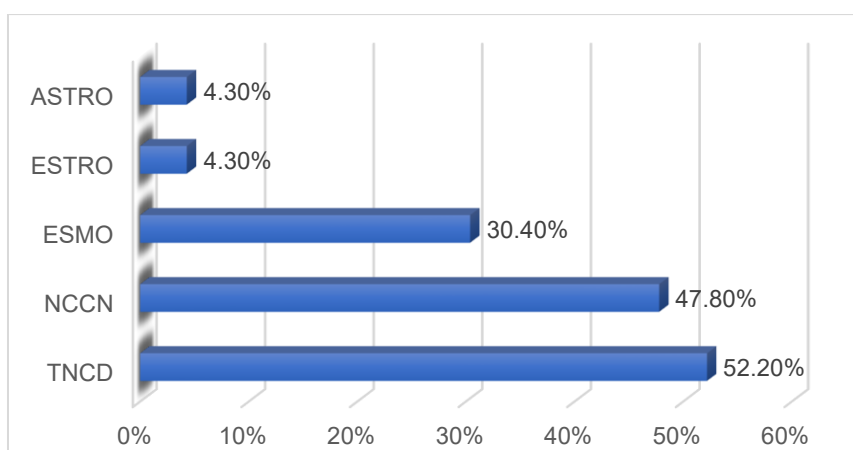


Figure 26 : Répartition des référentiels utilisés en RCP digestive

5. Motifs de présentation d'un dossier en RCP :

Les principales raisons évoquées pour présenter un dossier en RCP étaient la prise de décision collaborative et adaptée (69 réponses, 98,6 %), l'optimisation des choix thérapeutiques (61 réponses, 87,1 %) et la coordination du parcours patient entre les différents services (60 réponses, 85,7 %).

Tableau VIII : Raisons de soumission d'un dossier à la RCP

Raison principale	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Prise de décision collaborative et adaptée	69	98,6
Optimiser les choix thérapeutiques	61	87,1
Améliorer la sécurité et la qualité des soins.	54	77,1
Standardiser les pratiques et les recommandations	46	65,7
Coordonner le parcours patient entre les différents services	60	85,7
Améliorer et raccourcir le circuit patient	53	75,7
Se protéger contre d'éventuels litiges médico-légaux	39	55,7
Autres	1	1,4

6. Proportion des dossiers présentés à la RCP par rapport à l'ensemble de l'activité des participants :

Dans notre série, 27,1 % des répondants présentaient environ 40 % de leurs dossiers, 25,7 % en présentaient 80 % et 21,4 % discutaient 60 % de leurs dossiers.

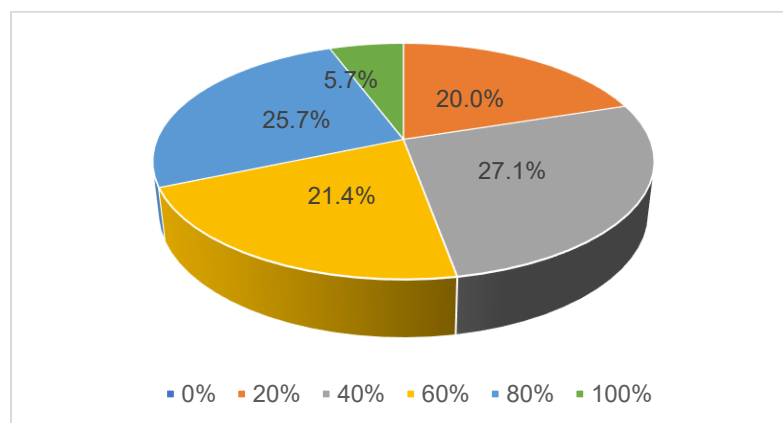


Figure 27 : la proportion des dossiers présentés à la RCP par les participants

7. Confier la présentation des dossiers à un collègue :

Les médecins confiaient la présentation de leurs dossiers à un collègue **parfois** dans 61,4 % des cas (43 médecins) et **souvent** dans 31,4 % des cas (22 médecins), tandis que 5,7 % n ont **jamais** confié leurs dossiers à un collègue pour les présenter à leur place (4 médecins).

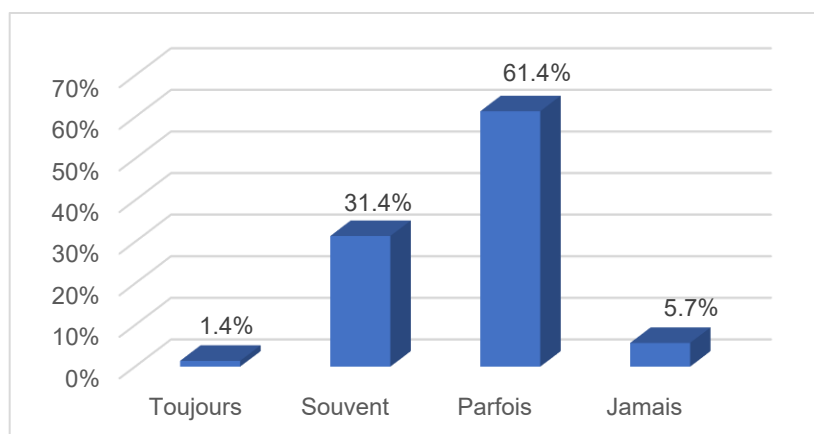


Figure 28 : Répartition des dossiers confiés à un collègue pour présentation

III. Déroulement de la RCP :

1. Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers :

Lors de la présentation des dossiers en RCP, la majorité des médecins défendait leur propre proposition de prise en charge (49 médecins, 70 %). Une minorité se basait sur le souhait du patient et de sa famille (5 médecins, 7,1 %), tandis que 16 médecins (22,9 %) ne défendaient aucune proposition.

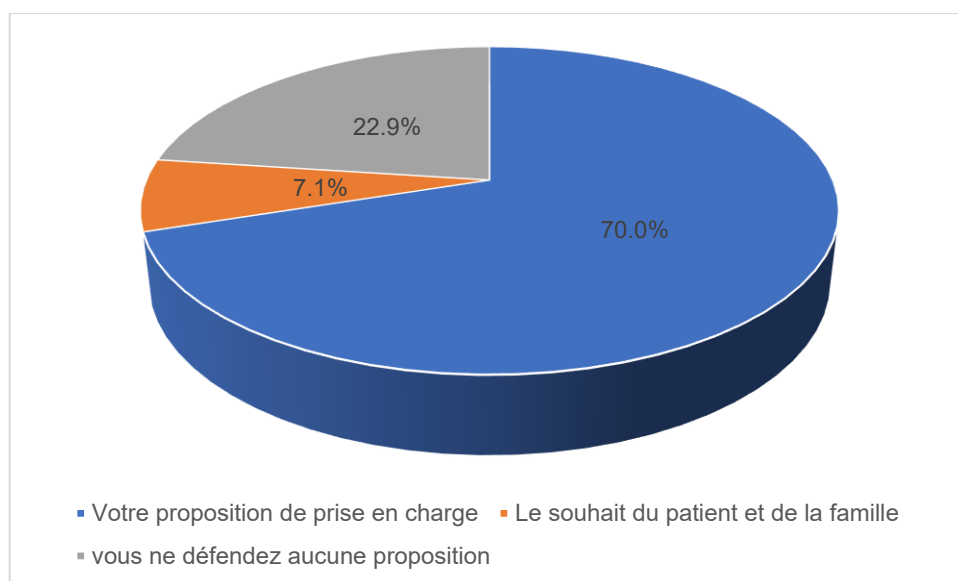


Figure 29 : Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers

2. Impact de la RCP sur le diagnostic du patient :

La majorité des participants (90 %) estimaient que la RCP pouvait modifier le diagnostic, affectant principalement la classification TNM (81,3 %), le diagnostic du cancer primitif (50 %) et le type histologique (50 %).

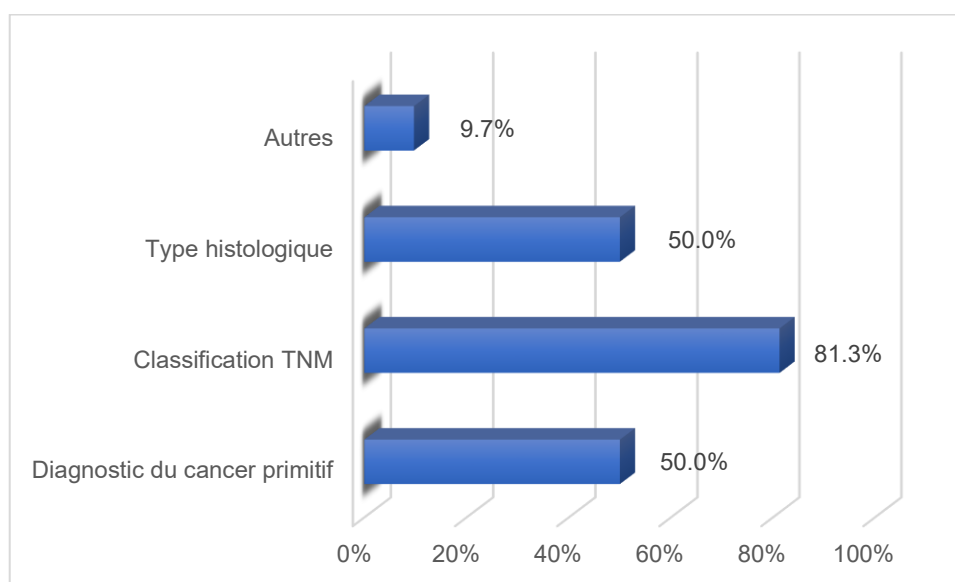


Figure 30 : Impact de la RCP sur le diagnostic du patient

3. Prescription d'examens paracliniques en prévision de la RCP :

Les médecins demandaient des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP, **toujours** dans 14,3 % des cas (10 médecins), **souvent** dans 50 % des cas (35 médecins) et **parfois** dans 28,6 % des cas (20 médecins).

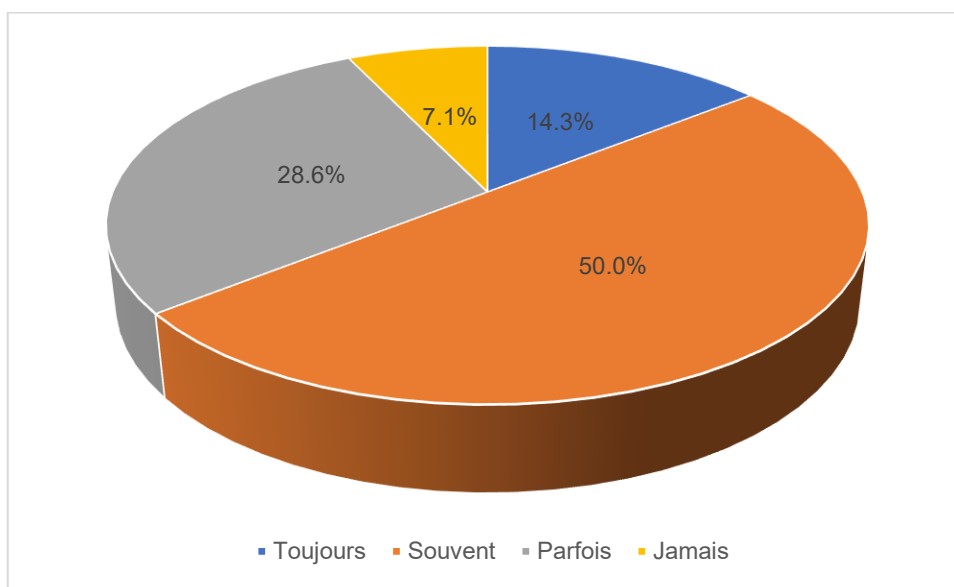


Figure 31 : Prescription d'examens paracliniques avant la présentation en RCP

4. Impact de la RCP sur la décision thérapeutique :

Les médecins estimaient que la RCP pouvait modifier la prise en charge des patients, **parfois** dans 57,1 % des cas (40 médecins) et **souvent** dans 37,1 % des cas (26 médecins), tandis que 5,7 % (4 médecins) déclaraient que cela se produisait **toujours**.

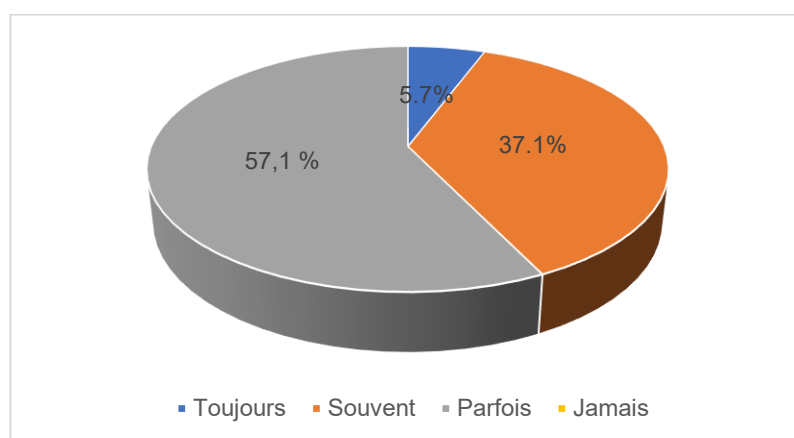


Figure 32 : Répartition selon l'influence de la RCP sur la prise en charge

5. Rediscussion des dossiers lors de la RCP :

Selon les participants, certains dossiers étaient rediscutés lors de la RCP, **parfois** dans 48,6 % des cas (34 médecins) et **souvent** dans 42,9 % des cas (30 médecins), tandis que 8,6 % (6 médecins) rapportaient que cela se produisait **toujours**.

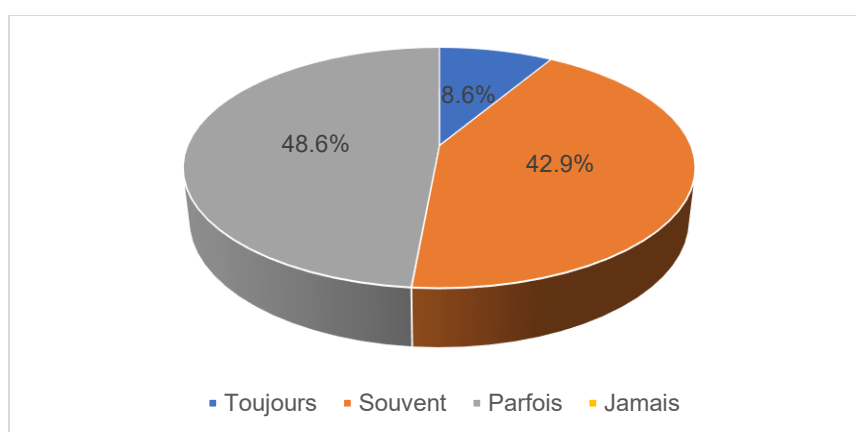


Figure 33 : Répartition selon la fréquence de rediscussion des cas en RCP

IV. Délibérations, décisions thérapeutiques et communication au patient :

1. Appréciation du nombre de dossiers discutés par RCP :

La majorité des participants considéraient que le nombre de dossiers discutés à chaque RCP était correct (65 médecins, 92,8%).

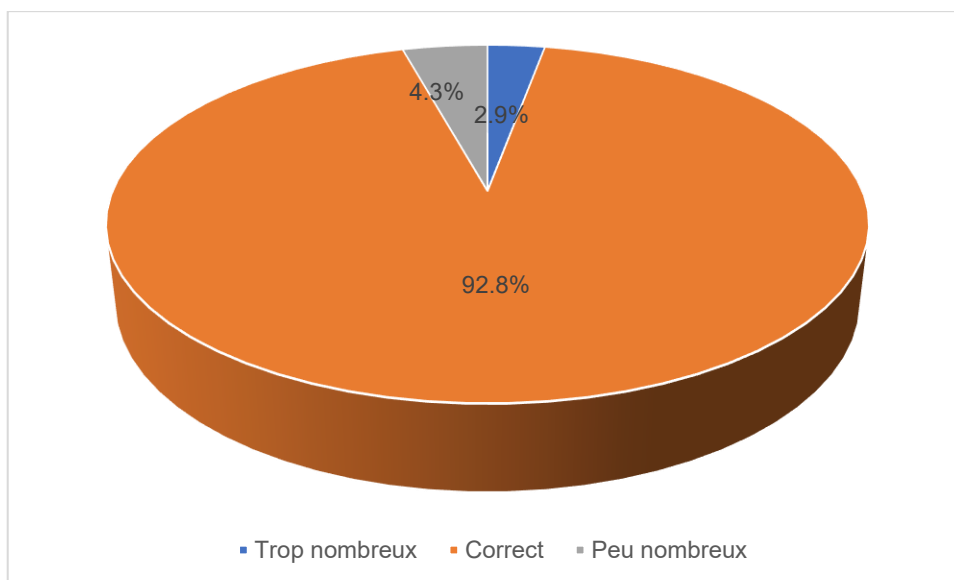


Figure 34 : Évaluation du nombre de dossiers par RCP

2. Appréciation de la fréquence hebdomadaire des RCP :

La fréquence hebdomadaire des RCP était jugée correcte par la plupart des médecins (64, 91,4 %).

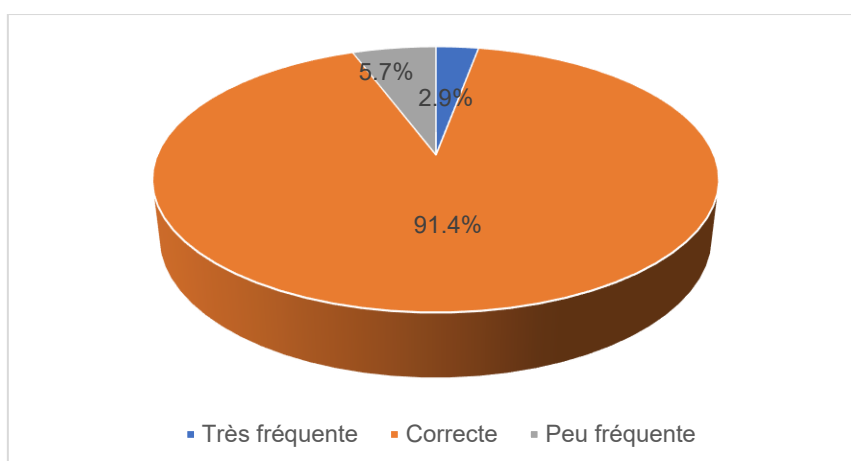


Figure 35 : Répartition selon l'appréciation de la fréquence hebdomadaire des RCP

3. Satisfaction après la délibération en RCP :

Les délibérations en RCP étaient jugées **souvent** satisfaisantes par 45 participants (64,3 %) et **toujours** satisfaisantes par 22 participants (31,4 %)

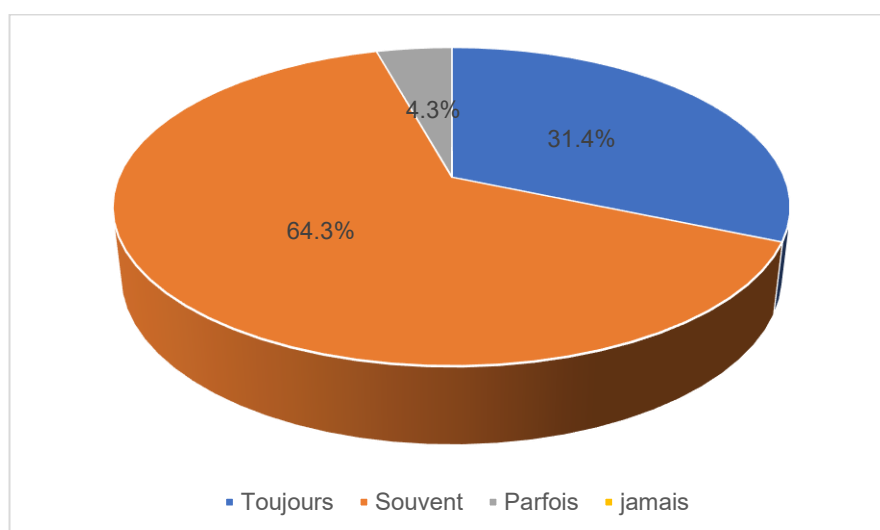


Figure 36 : Répartition de la satisfaction des participants après la délibération en RCP

4. Principaux points forts de la RCP onco-digestive :

Selon les participants, les principaux points forts de la RCP onco-digestive étaient :

- La discussion constructive et pluriprofessionnelle favorisant l'échange d'expertises
- Les propositions basées sur des recommandations et des guidelines actuelles.

Tableau IX : Principaux points forts de la RCP onco-digestive selon les participants

Points forts identifiés	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Discussion constructive et pluriprofessionnelle, favorisant l'échange d'expertises	60	85,7
Remarques ciblées et pertinentes pour ajuster les plans de soin	51	72,9
Propositions basées sur les recommandations et les guidelines actuelles	60	85,7
Apprentissage continu pour les médecins en formation et les jeunes praticiens	59	84,3

5. Aspects problématiques et pistes d'amélioration de la RCP onco-digestive :

Les participants ont identifié plusieurs aspects problématiques de la RCP onco-digestive, les plus fréquemment mentionnés étant le suivi des décisions (41 participants, 58,6 %), l'organisation des réunions (26 participants, 37,1 %) et la lisibilité des recommandations (24 participants, 34,3 %).

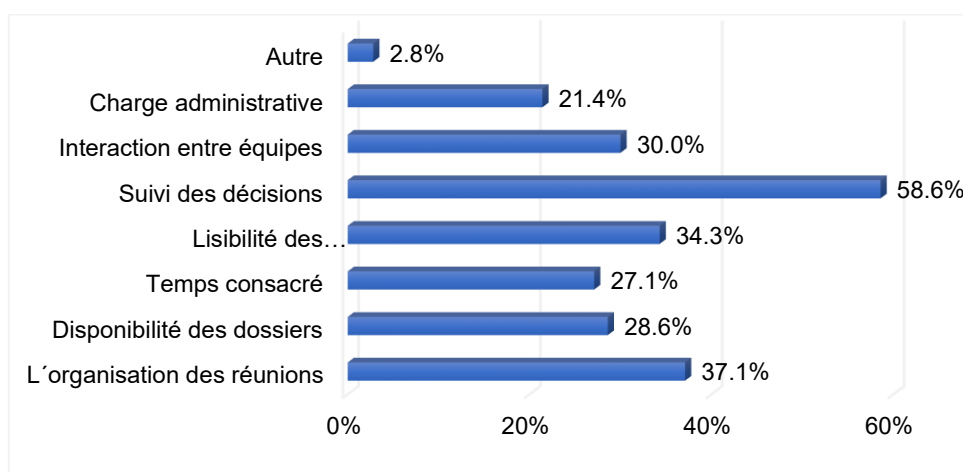


Figure 37 : Répartition des aspects problématiques de la RCP onco-digestive

6. Désaccord avec la décision de la RCP :

Parmi les participants, 47 médecins (67,1 %) déclaraient ne **jamais** être en désaccord avec les décisions de la RCP, tandis que 23 médecins (32,9 %) l'étaient **parfois**.

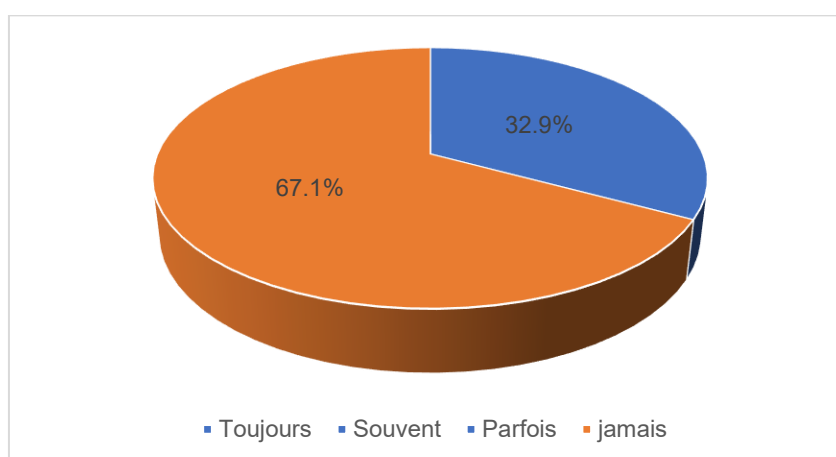


Figure 38 : Désaccord des participants avec les décisions de la RCP

7. Attitude en cas de désaccord avec la décision de la RCP :

En cas de désaccord avec une décision de la RCP, 44 participants (62,9 %) présentaient le dossier avec de nouveaux éléments et arguments, 20 (28,6 %) en discutaient avec un collègue, et 9 (12,9 %) partageaient leur désaccord directement avec le patient.

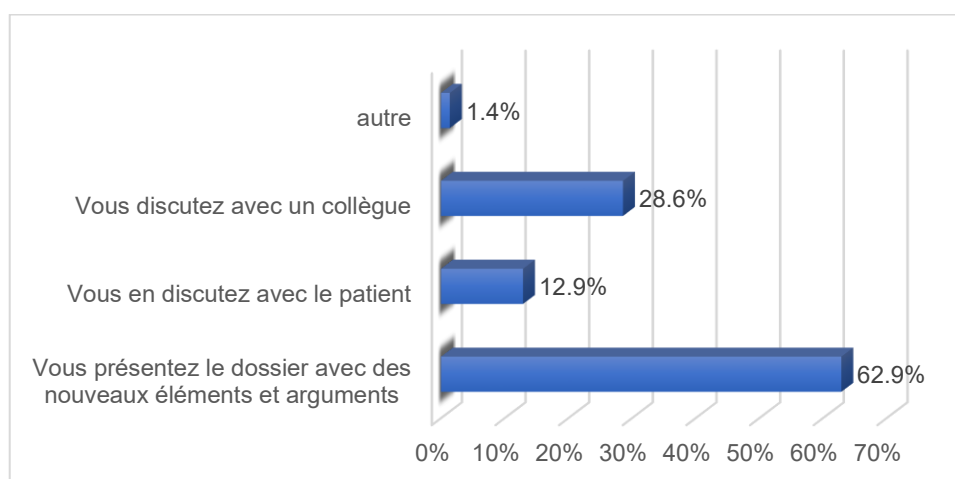


Figure 39 : Attitude des participants en cas de désaccord avec la décision de la RCP

8. Décision appliquée :

Dans 97,1 % des cas (68 médecins), la décision appliquée correspondait à celle de la RCP, tandis que seuls 2 participants (2,9 %) suivaient le souhait du patient.

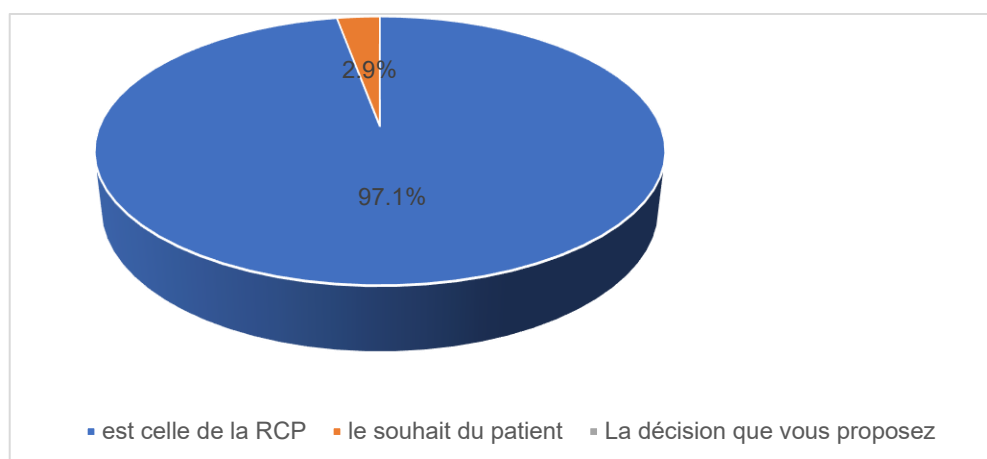


Figure 40 : La décision appliquée

9. Information du patient de la décision retenue de la RCP :

L'information du patient était assurée principalement par le médecin traitant (55 participants, 78,6 %) et, dans certains cas, par le résident ou l'interne (34 participants, 48,6 %).

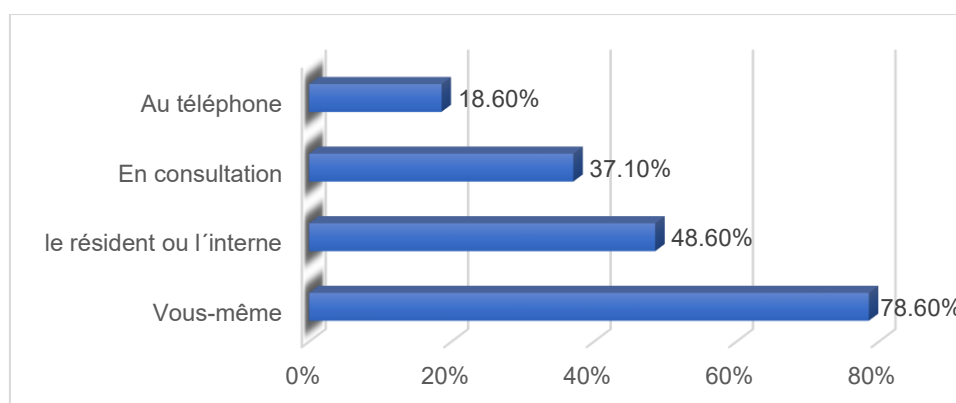


Figure 41 : Modalités d'information du patient

10. Délai entre la RCP et l'instauration du traitement :

La majorité des participants (51 médecins, 72,9 %) rapportaient que le traitement était instauré dans un délai inférieur à un mois, tandis que 17 participants (24,3 %) signalaient un délai de 1 à 3 mois et seulement 2 participants (2,9 %) indiquaient un délai de 3 à 6 mois.

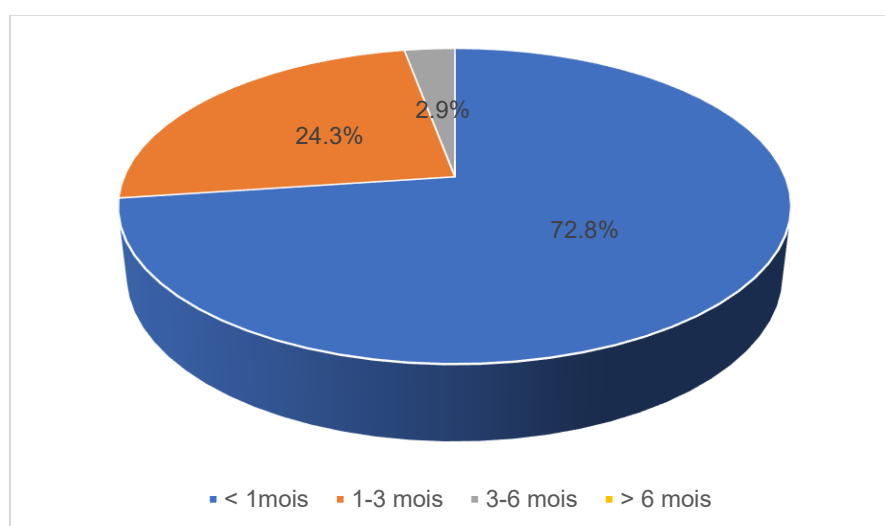


Figure 42 : Délai entre la RCP et l'instauration du traitement

V. Recommandations et propositions des participants pour l'amélioration de la RCP en oncologie digestive :

En fin de questionnaire, les participants ont été invités à formuler des remarques et des propositions d'amélioration concernant la RCP. Quarante-sept participants (67,1 %) ont répondu à cette question ouverte. L'analyse des réponses a mis en évidence plusieurs propositions visant à optimiser le fonctionnement et l'efficacité des RCP dans la prise en charge des cancers colorectaux. Ces propositions ont été regroupées en différentes thématiques principales :

- Organisation et fréquence des RCP
 - Augmenter la fréquence des RCP, avec au moins deux réunions par semaine.
 - Programmer les réunions à des jours autres que le lundi afin d'améliorer la disponibilité des participants.
 - Limiter le nombre de dossiers discutés par séance pour permettre un temps suffisant par cas.
 - Organiser la RCP avant l'instauration de la prise en charge initiale et à chaque étape du traitement.
 - Mettre en place un staff dédié aux cancers colorectaux.
 - Prévoir la présence d'une secrétaire ou d'un coordonnateur afin de faciliter le circuit du patient et d'assurer la consignation des décisions.
 - Assurer une organisation régulière et continue des RCP
- Composition et pluridisciplinarité de l'équipe
 - Assurer la participation de l'ensemble des spécialités concernées (oncologie médicale, oncologie radiothérapie, chirurgie viscérale, hépato-gastro-entérologie, radiologie et anatomopathologie), en particulier des radiologues et anatomopathologistes.

- Rendre la discussion pluridisciplinaire plus interactive et à visée pédagogique.
- Améliorer la coordination interservices.
- Préparation et accessibilité des dossiers
 - Informatiser les dossiers et mettre en place une plateforme numérique permettant un accès facilité aux données cliniques, radiologiques et paracliniques.
 - Organiser les dossiers selon les localisations tumorales et assurer l'accessibilité aux dossiers détaillés des différents services avant la RCP.
 - Afficher les recommandations utilisées pour chaque décision
 - Améliorer la connaissance préalable des dossiers présentés.
- Prise en charge et préparation clinique
 - Réaliser un examen clinique complet et détaillé avant la RCP.
 - Réduire les délais de prise en charge.
- Suivi et traçabilité
 - Renforcer le suivi des patients après la RCP.
 - Garantir la traçabilité des décisions prises lors des RCP.
- Communication et information du patient
 - Améliorer l'accès du patient aux informations concernant sa prise en charge.

DISCUSSION

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sont des rencontres organisées rassemblant des professionnels de santé de disciplines variées pour discuter collectivement des dossiers de patients atteints de cancer. Leur objectif principal est de définir la stratégie diagnostique et thérapeutique la plus appropriée, en s'appuyant sur l'expertise de chacun et en respectant les recommandations scientifiques actuelles [17,18], ce qui fait de la RCP un élément clé de la qualité des soins en oncologie et un garant de décisions cliniques concertées et sécurisées [19].

Ces réunions permettent de prendre des décisions sur tous les aspects du parcours du patient : validation du diagnostic, choix de la prise en charge initiale ou secondaire, ou orientation vers des soins palliatifs si nécessaire [17]. La participation coordonnée des différents spécialistes (oncologues, chirurgiens, radiologues, pathologistes, infirmiers spécialisés, pharmaciens, médecins en soins palliatifs et autres experts selon les besoins) assure une prise en charge complète et rigoureuse [20].

Les RCP ne sont pas apparues du jour au lendemain. L'idée de collaboration entre professionnels existe depuis plusieurs décennies, mais leur organisation systématique dans la pratique clinique est relativement récente [20,21]. Dès 1926, Gustave Roussy, pathologiste renommé et fondateur du premier centre de cancérologie en Europe, a souligné l'importance d'une communication régulière entre disciplines, estimant que ces échanges étaient essentiels pour assurer une prise en charge de qualité. Il est ainsi considéré comme l'initiateur de la première RCP multidisciplinaire [18].

Au milieu des années 1970, les premières équipes multidisciplinaires ont été décrites dans la littérature. Cependant, leur intégration généralisée dans le parcours patient n'a réellement été mise en place qu'à la fin des années 1990, lorsque les traitements oncologiques devenaient plus complexes et nécessitaient une coordination accrue [20]. À l'origine, ces réunions concernaient un moment ponctuel du suivi du patient, généralement pour aider les médecins généralistes ou internistes dans leurs décisions. Progressivement, elles ont évolué vers des structures complètes, intervenant à toutes les étapes : du diagnostic initial au suivi post-thérapeutique, en intégrant la réadaptation et les besoins psychosociaux. Les technologies modernes permettent désormais des réunions virtuelles, facilitant la participation de spécialistes éloignés [20].

Cette approche multidisciplinaire a largement contribué aux progrès thérapeutiques, notamment dans les cancers colorectaux, où elle a permis d'améliorer la prise en charge et les taux de guérison au cours des trente dernières années [22].

Au Maroc, le développement des RCP s'inscrit dans une dynamique nationale visant à améliorer la qualité des soins en oncologie. Le PNPCC 2010-2019, élaboré par le Ministère de la Santé et la Fondation Lalla Salma, a défini 78 mesures portant sur la prévention, le dépistage, le traitement et l'accompagnement social. Parmi celles-ci, les mesures 47 et 55 recommandaient la mise en place de RCP dans le secteur public et privé pour standardiser la prise en charge des patients [23].

En l'absence de référentiel national détaillé, l'Institut National d'Oncologie (INO) de Rabat a été pionnier en 2013 en mettant en place une procédure qualité encadrant l'organisation des RCP. Cette procédure impose que tout nouveau patient soit discuté avant le début du traitement, et que la décision collégiale soit consignée dans le dossier médical et communiquée au patient [24].

Le déroulement d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire suit un cadre organisationnel strict. Selon l'Institut national du cancer (France), le déroulement d'une RCP repose sur trois phases essentielles : la préparation de la réunion, le déroulement de la séance et les suites de la RCP [25]. Bien que ce modèle soit formalisé dans les recommandations nationales françaises, auxquelles il se réfère, son application dans notre contexte s'en rapproche largement.

- **Préparation de la RCP [25] :**

Avant la tenue de la réunion, le médecin référent doit identifier la RCP compétente, vérifier que l'ensemble des prérequis est réuni et rassembler tous les éléments nécessaires à la présentation du dossier. Il lui revient également d'inscrire formellement le patient à la RCP afin que son cas puisse être présenté dans des conditions optimales.

La qualité de cette préparation conditionne directement la pertinence de la discussion et l'efficacité de la prise de décision.

- **Déroulement de la réunion [25] :**

En début de séance, chaque participant signe la liste d'émargement, permettant d'assurer la traçabilité des intervenants et de vérifier le respect des quorums requis. Le pilotage de la réunion repose sur trois rôles clairement définis : le coordonnateur de la RCP, le secrétaire de séance et le médecin référent du dossier.

Le coordonnateur, médecin clinicien dont la spécialité correspond au champ de la RCP, est responsable de l'organisation et de l'animation de la séance. Il doit être présent durant toute la réunion et, en cas d'indisponibilité, désigne un remplaçant présentant les mêmes qualifications. Le secrétaire de séance, désigné avant ou au début de la réunion, assure quant à lui la rédaction du compte rendu et la gestion administrative. Le médecin référent présente le dossier ou délègue la présentation à un confrère ayant vu le patient.

Au cours de la réunion, les dossiers sont abordés selon deux modalités prévues par les référentiels. Dans la première modalité, la plus fréquente, le médecin référent expose de manière complète les éléments cliniques, radiologiques et anatomopathologiques du dossier, ainsi que le projet thérapeutique envisagé. Cette présentation est suivie d'une discussion collégiale animée par le coordonnateur, incluant l'analyse des bénéfices attendus, de la toxicité potentielle des traitements et des alternatives envisageables. Un avis consensuel est ensuite formulé.

Dans la seconde modalité, applicable uniquement lorsque le projet thérapeutique est strictement conforme aux référentiels nationaux et qu'aucune alternative n'est envisageable, le dossier est évoqué de manière brève donne lieu immédiatement à un avis de confirmation. En cas de désaccord d'un membre de la RCP, la modalité complète est appliquée.

- Suites de la RCP [25] :

À l'issue de la discussion, un avis de RCP est rédigé. Celui-ci doit être clair, compréhensible et contenir un ensemble d'informations obligatoires : la date de la réunion, l'identité et la qualification des participants, le nom du médecin ayant présenté le dossier, les arguments ayant conduit à la décision, les options non retenues si pertinent, ainsi que la conclusion thérapeutique. Ce compte rendu peut être rédigé en séance ou immédiatement après par le secrétaire, puis intégré au dossier médical du patient.

Chaque dossier fait également l'objet d'un enregistrement formalisé permettant d'assurer la traçabilité de l'avis rendu. La diffusion de cet avis doit intervenir dans un délai maximal de sept jours et être adressée selon la liste de diffusion prédéfinie : médecin référent, professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et médecin traitant.

Après diffusion, le médecin référent informe le patient de la décision prise et organise les suites de la prise en charge conformément à l'avis rendu.

Parallèlement, le secrétariat de la RCP tient un registre regroupant, pour chaque réunion, la liste des participants, les dossiers présentés et les décisions prises. Ces données permettent au responsable de la RCP d'élaborer un rapport annuel incluant : le nombre de réunions tenues, le nombre de cas discutés, les critères de sélection des dossiers (cas complexes, cas pédagogiques), l'adéquation des décisions aux recommandations, la concordance entre les avis de RCP et les traitements effectivement dispensés, ainsi que les actions d'amélioration engagées.

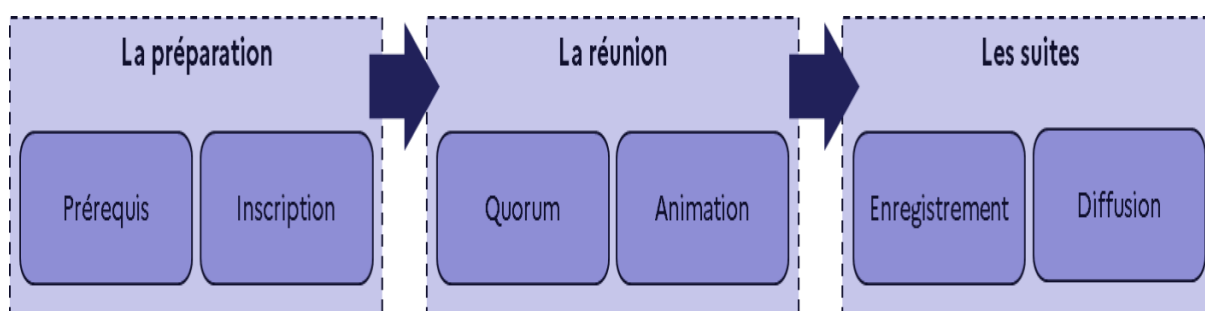


Figure 43 : Étapes d'exécution d'une RCP [25]

La discussion sera organisée en deux volets complémentaires.

- Le premier volet portera sur l'analyse des dossiers de cancers colorectaux présentés en RCP, dans le but de décrire leurs caractéristiques épidémiologiques, ainsi que la nature des décisions formulées et l'apport de la RCP dans la prise en charge des patients.
- Le second volet s'intéressera au fonctionnement des RCP, en examinant leur organisation, la participation des intervenants, la collégialité et la gestion des désaccords, et l'influence de ces réunions sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques. Cette partie inclura également l'évaluation de la satisfaction des participants, la mise en œuvre des décisions prises et les enjeux de légitimation médicale, tout en mettant en évidence les principaux points forts et limites du dispositif.

Première partie

I. Données épidémiologiques :

1. Âge

L'âge moyen de notre série (59,3 ans) est proche de celui rapporté dans les études marocaines (55,5 à 59 ans). Il est inférieur à celui observé dans la série française, où les patients sont majoritairement âgés de plus de 70 ans, et supérieur à l'âge moyen rapporté dans la série éthiopienne (48,6 ans).

Tableau X : Comparaison de l'âge moyen des patients dans différentes séries

Série	Âge moyen
Gouverneur et al. (2015) France [26]	>70 ans
Notre série	59,3 ans
Amsdar et al. (2025) Maroc [27]	59 ans
El Bali et al. (2024) Maroc [28]	58 ans
Imad et al. (2019) Maroc [29]	55,5 ans
Walle et al (2025) Éthiopie [30]	48,6 ans

2. Sexe :

Dans notre série, la répartition selon le sexe était équilibrée, avec une légère prédominance féminine (50,5 % contre 49,5 %), comparable à celle rapportée par El Housse et al. En revanche, les études d'Imad et al. et de Darmadi et al. ont rapporté une prédominance masculine, tandis que la série de Keli a montré une légère prédominance féminine.

L'ensemble de ces données souligne le rôle déterminant de facteurs démographiques, notamment l'âge et le sexe, dans la répartition des patients atteints de cancer colorectal [27]. La répartition équilibrée entre les sexes, fréquemment rapportée dans la littérature, illustre l'impact

global de cette pathologie sur les deux genres. Par ailleurs, la prédominance des sujets âgés observée dans notre série s'inscrit dans la continuité des tendances épidémiologiques mondiales, qui indiquent que le cancer colorectal survient plus souvent après l'âge de 50 ans [27].

Tableau XI : Répartition selon le sexe des patients dans différentes séries

Auteurs	Féminin	Masculin
Keli 2013 [31]	56 %	44 %
El Housse et al. (2015) [32]	51 %	49 %
Notre série	50,5 %	49,5 %
Imad et al (2019) [33]	46 %	54 %
Darmadi et al.(2025)[34]	44,8 %	55,2 %

II. Impératifs de présentation d'un dossier en RCP :

Dans notre série, tous les dossiers présentés en RCP comprenaient les éléments indispensables à une discussion collégiale : un examen clinique détaillé, incluant le toucher rectal, une confirmation histologique par biopsie avec compte rendu anatomopathologique, ainsi qu'un bilan d'extension complet. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le dossier doit être préparé par le médecin référent selon un format structuré, intégrant des données cliniques, paracliniques et contextuelles, afin de permettre l'émission d'un avis éclairé, pertinent et consensuel [25]. En l'absence de ces informations essentielles, la RCP ne peut statuer, exposant ainsi le patient à une perte de chance évitable ; il revient donc au médecin référent de garantir la complétude du dossier avant sa présentation [25].

Les éléments cliniques et paracliniques présentés lors des RCP constituent le socle de la prise de décision collégiale. Ils comprennent notamment l'état général du patient évalué par l'indice de performance OMS, les antécédents personnels et familiaux, les comorbidités, le stade cTNM ainsi que les résultats des examens paracliniques, incluant l'imagerie (description détaillée et images) et le compte rendu anatomocytopathologique. Outre ces informations médicales fondamentales, le

dossier doit également inclure des données complémentaires permettant de personnaliser la prise en charge et d'anticiper les besoins spécifiques : évaluation de la qualité de vie et expression des souhaits du patient, parité et projet parental, identification des fragilités oncogériatriques via une pré-évaluation clinique, et évaluation oncogériatrique approfondie par l'oncogériatre si nécessaire, L'historique des traitements anticancéreux antérieurs, de même que l'évaluation ou la réévaluation des besoins en soins de support, incluant les données psychosociales [25].

La littérature souligne que la qualité et l'exhaustivité de ces informations influencent directement la pertinence des décisions prises en réunion. Une meilleure qualité des données cliniques et radiologiques augmente significativement la probabilité d'aboutir à une recommandation thérapeutique consensuelle et adaptée au patient [35,36].

III. Diagnostic

1. Localisation tumorale :

La répartition anatomique des cancers colorectaux est variable selon les populations et les séries, notamment pour les localisations autres que le rectum. Dans notre série, les cancers touchent principalement le rectum, en particulier le moyen et le bas rectum, représentant respectivement 40,8% et 32,6% des cas. Cette prédominance se rapproche des résultats de Kpossou et al. (2025), où le bas rectum était le siège le plus fréquent (56,1 %) [37].

Le côlon sigmoïde représente 14,1 % des cas dans notre série, proportion inférieure à celle rapportée par plusieurs études nationales et internationales. Par exemple, une étude marocaine a trouvé 44 % des cas au sigmoïde [38], Skalizky et al.(2023), ont rapporté 24,7 % [39], et Loree et al. (2018), 29 % [40]. Ces différences montrent que la distribution anatomique des cancers colorectaux varie selon les populations, sous l'influence de facteurs géographiques, démographiques et alimentaires.

Tableau XII : Comparaison de la localisation tumorale dans différentes séries

Localisation	Notre série	Kpossou et al. 2025 [37]	Skalitzky et al. (2023) [39]	Loree et al. (2018) [40]	Hakam (2017) [38]
CAECUM	5,4 %	3,6 %	9,7 %	17 %	5 %
CÔLON ASCENDANT	2,2 %	10 %	5,9 %	7 %	23 %
ACD	3,8 %	11,1 %	2,4 %	3 %	2 %
CÔLON TRANSVERSE	5,4 %	11%	4,9 %	5 %	3 %
ACG	2,7 %	8,6 %	2,1 %	2 %	2 %
CÔLON DESCENDANT	7,6 %	23,9 %	2,8 %	4 %	20 %
CÔLON SIGMOÏDE	14,1 %	38,5 %	24,7 %	29 %	44 %
CRS	10,8 %	–	–	11 %	16 %
HAUT RECTUM	30,4 %	31,6 %	46,5 %	11 %	25 %
MOYEN RECTUM	40,8 %	12,2 %			26 %
BAS RECTUM	32,6 %	56,1 %			

2. Examen anatomo-pathologique :

L'examen anatomopathologique constitue la pierre angulaire du diagnostic et de la stratification pronostique, en permettant de caractériser la nature histologique de la tumeur et d'en évaluer les paramètres morphologiques, immunophénotypiques et moléculaires indispensables à l'orientation thérapeutique [41]. Les examens complémentaires, tels que l'immunohistochimie et les tests moléculaires, sont non seulement utilisés comme marqueurs pronostiques et prédictifs, mais conservent également une fonction diagnostique essentielle [42]

Dans notre série, l'examen anatomopathologique a mis en évidence une prédominance des adénocarcinomes moyennement différenciés, représentant 69 % des cas, suivis des formes bien différenciées, puis des formes peu différenciées. Cette répartition est proche de celle rapportée par Fleming et al., qui ont retrouvé une proportion de 70 % de cancers moyennement différenciés. En revanche, d'autres séries ont rapporté des profils histologiques différents : Jarrar et al. ont observé une faible proportion de cancers peu différenciés (6 %) associée à une proportion plus élevée de cancers bien différenciés (23 %), tandis que Belhamidi et al. ont rapporté une prédominance des cancers bien différenciés, représentant 58,7 % des cas.

Les difficultés diagnostiques histologiques dans notre série ont conduit, chez neuf patients (4,9 %), à la réalisation d'un complément d'étude par immunohistochimie, principalement pour la recherche du statut MSI. Par ailleurs, une relecture des lames anatomopathologiques a été nécessaire chez cinq patients (2,7 %) afin de confirmer le diagnostic. Ces décisions ont été validées lors de la RCP, illustrant ainsi l'importance des discussions multidisciplinaires dans l'optimisation de la prise en charge thérapeutique.

Tableau XIII : Répartition des types histologiques des cancers colorectaux dans différentes séries

Série	Moyennement différencié	Peu différencié	Bien différencié
Fleming et al. [43]	70 %	20 %	10 %
Notre série	69 %	12 %	8,7 %
Jarrar et al. [44]	59 %	6 %	23 %
Belhamidi et al.[45]	28 %	5,3 %	58,7 %

3. Classification TNM de tumeurs malignes colorectales

La classification TNM, constitue depuis plusieurs décennies l'outil de référence pour évaluer le pronostic et guider la prise en charge des cancers colorectaux [46,47]. Révisée à de multiples reprises, elle en est actuellement à sa 8^e édition, afin d'améliorer sa performance pronostique et son adaptation thérapeutique [46,48]. Cette classification permet d'évaluer l'étendue et la progression du cancer en se basant sur trois éléments clés : "T" pour la taille de la tumeur primaire, "N" pour l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux et "M" pour la présence de métastases à distance. (Annexe 3, Annexe 4).

- L'extension pariétale de la tumeur colorectale (T) dans notre série était dominée par le T3 (58,8%), suivi du T4. Ces résultats sont concordants avec plusieurs séries nationales et internationales, où le T3 demeure le stade le plus fréquemment observé, tandis que la répartition des autres stades varie selon les populations étudiées.

Tableau XIV : Extension pariétale de la tumeur colorectale dans différentes séries

Séries	T1	T2	T3	T4
Notre étude	2 %	8,5 %	58,8 %	29,4 %
Chine 2025 [49]	18,2 %	17,6 %	50,8 %	12,4 %
Danemark 2024[50]	0,8 %	6,5 %	47,1 %	15,1 %
Suède 2023[51]	7,4 %	21.2 %	59,6 %	11,7 %
Tanger 2023 [52]	0 %	6.6 %	74.8 %	19.2 %
Oujda 2013 [31]	4 %	20%	54%	20%
Fès 2013 [53]	0.8 %	8.2%	70.5%	20.5%

Apport de la réunion de concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge des cancers colorectaux : Expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech

- Dans notre série, l'atteinte ganglionnaire concernait principalement les stades N1 (37,9 %) et N2 (20,3 %), tandis que 35,3 % des patients étaient N0. Ces résultats mettent en évidence une proportion importante de patients avec atteinte ganglionnaire, supérieure à celle rapportée dans certaines séries internationales, mais comparable aux séries marocaines, reflétant un diagnostic souvent plus avancé.

Tableau XV : Extension ganglionnaire de la tumeur colorectale dans différentes séries

Séries	N0	N1	N2	Nx
Notre étude	35,3 %	37,9 %	20,3 %	6,5 %
Chine 2025 [49]	62,9 %	24,8 %	10,9 %	–
Danemark 2024 [50]	48,3 %	21,7 %	15,1 %	14,2 %
Suède 2023[51]	62,6 %	24,5 %	12,9 %	0,1 %
Tanger 2023 [52]	26.3 %	43.9 %	29 %	0.7 %
Oujda 2013 [31]	29 %	29%	33%	8%
Fès 2013 [53]	39.3%	45.1%	12.3%	3.3%

- La proportion de patients présentant des métastases à distance (M1) dans notre série était de 25,5 %, une valeur relativement élevée par rapport aux autres séries étudiées. Les proportions de patients non métastatiques (M0) dans les études internationales restent plus importantes (Suède 2023 : 81,8 % ; Danemark 2024 : 90,1 %) que dans les séries marocaines, ce qui peut s'expliquer probablement par un diagnostic plus précoce grâce au dépistage systématique et des protocoles d'évaluation plus complets dans ces pays.

Tableau XVI : Métastases à distance (M) des tumeurs colorectales dans différentes études

Série	M0	M1	Mx
Notre étude	39,2 %	25,5 %	35,3 %
Suède 2023 [51]	81,8 %	18.2 %	–
Danemark 2024 [50]	90.1 %	13.9 %	–
Tanger 2023 [52]	69.56%	19.56%	10.86%
Fès 2013 [53]	47,5 %	11,5 %	41 %

IV. Motifs, décisions et prise en charge thérapeutique en RCP :

1. Nombre de discussion à la RCP :

La majorité de nos patients (79,3 %) n'ont été présentés qu'une seule fois en RCP. Un nombre non négligeable a bénéficié de deux discussions (15,8 %), tandis que seuls quelques dossiers ont nécessité trois présentations ou plus. Cette distribution indique que, si une seule discussion suffit dans la plupart des cas pour définir la stratégie thérapeutique, certaines situations cliniques plus complexes requièrent une réévaluation afin d'optimiser la prise en charge.

La littérature consacrée spécifiquement au cancer colorectal ne fournit pas encore de données précises concernant la fréquence des re-discussions en RCP. Toutefois, des études menées dans d'autres disciplines oncologiques rapportent des tendances similaires, avec environ 10 à 13 % des patients nécessitant une nouvelle présentation. Ces re-discussions sont généralement motivées par la réalisation d'examens complémentaires, l'évolution clinique au cours du traitement ou la nécessité d'obtenir un avis spécialisé supplémentaire [54,55].

Ces observations soulignent la valeur des RCP, qui permettent d'adapter la prise en charge à l'évolution clinique et aux besoins spécifiques des patients, tout en offrant la flexibilité nécessaire pour revoir les décisions thérapeutiques lorsque de nouvelles informations ou situations cliniques l'exigent.

2. Motif de la RCP :

Dans notre série, la RCP a été principalement sollicitée pour orienter les décisions thérapeutiques, notamment pour la prise en charge initiale dans 40,8 % des cas et pour l'ajustement du traitement dans 29,3 % des situations.

Ces résultats sont comparables à ceux rapportés dans une étude marocaine, où 29 % des patients ont été présentés en RCP pour définir la stratégie thérapeutique, tandis que seulement 4 % des dossiers l'étaient pour un avis diagnostique[56]. Par ailleurs, dans une étude prospective portant sur la prise en charge multidisciplinaire des cancers des voies aérodigestives supérieures, la décision thérapeutique représentait l'intégralité des motifs de présentation en RCP, dont 77,3 % concernaient des nouveaux cas et 22,7 % des récidives [57].

Ainsi, dans notre série comme dans la littérature, la décision thérapeutique constitue le principal motif de présentation en RCP, qu'il s'agisse de nouveaux cas ou de récidives, de cancers digestifs ou extradigestifs. Toutefois, d'autres motifs sont également rapportés, telles que la demande d'avis diagnostique, l'avis radiologique ou l'avis anatomopathologique. Ces éléments confirment que la RCP occupe une place stratégique dans la planification et l'orientation thérapeutiques, ainsi que dans la prise en charge globale et coordonnée du patient.

3. Décision de la RCP :

La décision représente la finalité principale de la RCP et constitue le moment le plus attendu après la délibération collégiale. C'est à cette étape que se concrétise la concertation multidisciplinaire, permettant de définir ou d'ajuster la stratégie thérapeutique de manière individualisée et conforme aux recommandations actuelles. Selon les résultats de notre étude, la majorité des décisions formulées en RCP étaient d'ordre thérapeutique (70,9 %), soulignant ainsi le rôle central de ces réunions dans la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal.

3.1. Ajustement diagnostique lors de la RCP

La RCP occupe une place centrale dans l'ajustement et la validation du diagnostic du cancer colorectal. La confrontation systématique des données cliniques, radiologiques, endoscopiques et anatomopathologiques permet de confirmer le diagnostic initial et d'identifier les situations nécessitant un complément d'exploration en vue d'une révision. Dans notre étude, l'ajustement diagnostique constituait le deuxième motif le plus sollicité de discussion en RCP, représentant 29,3 % des cas, après la prise en charge initiale. Pour répondre à ce besoin, la RCP conduisait fréquemment à la prescription d'examens complémentaires destinés à préciser ou confirmer le diagnostic : les examens radiologiques étaient demandés dans 13,7 % des cas, les examens endoscopiques dans 9,9 %, les examens biologiques dans 6,9 %, et une réévaluation clinique était réalisée dans 5 % des situations. L'ensemble de ces mesures confirme le rôle déterminant de la RCP dans la sécurisation diagnostique du cancer colorectal au sein de notre série.

En dehors du rôle bien établi des RCP dans les cancers fréquents, leur apport dans les cancers rares est encore plus crucial. Compte tenu de la faible prévalence de ces tumeurs, de l'absence de recommandations standardisées et du nombre limité d'essais cliniques disponibles, leur prise en charge est souvent complexe et hétérogène[58]. Ces particularités exposent les patients à des erreurs et retards diagnostiques, pouvant compromettre la prise en charge. Dans ce contexte, les RCP jouent un rôle central dans l'ajustement du diagnostic des cancers rares. Elles permettent de réévaluer les examens anatomopathologiques et radiologiques, de solliciter des analyses spécialisées ou moléculaires, et de confronter les données cliniques à l'expertise collective,

conduisant à une précision diagnostique significativement accrue [59]. Renoud-Grappin et al., dans une étude sur les tumeurs rares musculo-squelettiques, ont montré que l'organisation des parcours patients au sein d'une équipe multidisciplinaire de prise en charge permettait de réduire notablement les délais, de limiter la perte d'informations et les omissions, et d'assurer une approche cohérente et intégrée, notamment pour la planification des biopsies. Ce dispositif accélère la confirmation histologique et contribue à un ajustement plus précis du diagnostic dans les tumeurs rares [60]

3.2. Décisions thérapeutiques prises en RCP :

a. Traitement curatif :

Dans notre série, la chimiothérapie constitue le traitement le plus fréquemment indiqué, concernant 28,3 % des patients. Ce résultat souligne la place centrale de la chimiothérapie dans la prise en charge du cancer colorectal, aussi bien aux stades localisés qu'aux stades avancés. En effet, les protocoles de chimiothérapie reposent sur l'association de plusieurs agents complémentaires, visant à potentialiser l'efficacité thérapeutique tout en limitant la toxicité [61]. Dans les formes localisées, elle est généralement administrée après la chirurgie en traitement adjuvant, notamment pour les CCR de stade III et certains stades II à haut risque, dans le but de réduire le risque de récurrence et d'améliorer la survie [62]. Pour les formes localement avancées et métastatiques, la chimiothérapie demeure une composante essentielle du traitement, seule ou en association avec des thérapies ciblées, permettant de contrôler la progression de la maladie et dans certains cas, de rendre possible une chirurgie secondaire à visée curative [63,64].

La chirurgie a été indiquée chez 26,6 % de nos patients, confirmant son rôle central dans la prise en charge curative du CCR. Pour les tumeurs localisées, la chirurgie reste le traitement de première intention, visant l'exérèse complète de la tumeur et des ganglions lymphatiques régionaux [61,62]. Les patients de stade I sont habituellement traités par chirurgie seule, tandis que les stades II et III peuvent bénéficier d'une chimiothérapie adjuvante, ou dans certains cas d'un traitement néoadjuvant [61,62]. Dans les formes métastatiques, la chirurgie conserve un rôle majeur lorsqu'elle est à visée symptomatique ou lorsque les métastases sont résécables, en particulier au niveau hépatique [65].

Le traitement néoadjuvant total (TNT) a concerné 17,3 % des patients dans notre série. Introduit récemment et validé en 2021, le TNT représente une évolution majeure dans la prise en charge du cancer colorectal. Il consiste à administrer avant la chirurgie l'ensemble des traitements systémiques (chimiothérapie et radiothérapie) dans le but d'améliorer le contrôle local et à distance de la maladie [66]. Cette approche permet de lutter précocement contre les micro métastases, d'augmenter la réponse tumorale et de favoriser une résection complète, tout en améliorant l'observance du traitement. En intégrant les bénéfices de la chimiothérapie et de la radiothérapie dans une séquence préopératoire, le TNT tend désormais à s'imposer comme une stratégie de référence dans la prise en charge du cancer du rectum localement avancé [67].

Par ailleurs, d'autres traitements, tels que la radiothérapie exclusive, la chimio radiothérapie concomitante et les thérapies ciblées, ont également été demandés en fonction des besoins cliniques des patients.

b. Traitement palliatif :

Les soins palliatifs occupent une place essentielle dans la prise en charge du CCR, particulièrement aux stades avancés de la maladie. Ils sont définis comme des soins actifs, continus et coordonnés, délivrés dans une approche globale des patients atteints d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif principal est de soulager la douleur, d'atténuer les symptômes physiques et psychologiques, tout en prenant en compte les dimensions sociales et spirituelles du patient [68,69].

Le recours aux soins palliatifs est influencé par de nombreux facteurs, notamment le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'assurance maladie et la communication avec les médecins au cours de la dernière année de vie. De plus, il existe une variation notable selon le type de cancer, soulignant l'importance d'étudier chaque pathologie de manière spécifique afin d'identifier les stratégies les plus adaptées pour favoriser l'accès aux soins palliatifs lorsque leur utilisation reste nécessaire [70].

Dans notre série, le traitement palliatif a été recommandé chez 19 patients (10,3 %), consistant exclusivement en chimiothérapie palliative, Ces observations confirment le rôle majeur de la chimiothérapie palliative dans la phase métastatique, où la guérison n'est plus envisageable. Son objectif consiste à prolonger la survie tout en contrôlant les symptômes et en maintenant une qualité de vie acceptable. [71,72]. Chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique, ce traitement peut prolonger la survie jusqu'à 20 mois, notamment lorsqu'il est adapté à l'état général et au profil moléculaire du patient [72]. Une étude rétrospective réalisée au centre militaire jordanien de cancérologie a montré une survie médiane globale de 12,4 mois sous chimiothérapie palliative, contre 5,3 mois sous soins de support seuls, confirmant ainsi son bénéfice significatif [72].

Les soins palliatifs précoces, intégrés dès le diagnostic d'un cancer avancé, représentent aujourd'hui une approche innovante visant à améliorer le confort et la trajectoire thérapeutique du patient, en parallèle des traitements oncologiques spécifiques, L'évolution des concepts en oncologie a permis de dépasser la dichotomie entre les phases curatives et palliatives : désormais, les soins de support sont instaurés dès le diagnostic, et les soins palliatifs peuvent coexister avec des traitements spécifiques tels que la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie, selon les besoins des patients [69,73].

Deuxième partie :

I. Organisation de la RCP :

La mise en place d'une RCP en oncologie s'inscrit dans un cadre législatif strict. Son organisation repose en premier lieu sur la définition d'éléments essentiels, tels que le titre de la RCP, qui détermine son domaine d'intervention, ainsi que le périmètre d'ouverture, qui peut se limiter à un service ou à un établissement, ou s'étendre, au contraire, à des professionnels extérieurs [17]. Elle doit également préciser les intervenants, notamment un coordonnateur chargé d'organiser et d'animer les réunions, ainsi que les médecins des différentes spécialités requises pour assurer le caractère pluridisciplinaire [17]. La périodicité doit être fixée de manière formelle, avec une durée permettant une participation efficace, généralement d'environ deux heures [17].

Des critères de sélection des dossiers doivent être établis, qu'il s'agisse de questions diagnostiques, thérapeutiques ou présentant un intérêt pédagogique pour l'équipe [17]. Un secrétariat dédié est indispensable pour assurer l'organisation pratique : communication du planning, réservation des locaux, préparation des dossiers à discuter et traçabilité des comptes rendus dans le dossier patient [17].

Les RCP peuvent être organisées chaque semaine, toutes les deux semaines ou mensuellement, elles sont généralement animées par un chirurgien ou un oncologue, selon les habitudes propres à chaque établissement [18]. Le développement des réunions virtuelles a transformé l'organisation des RCP en facilitant l'accès aux réunions, en réduisant les contraintes de déplacement et en améliorant le flux de travail quotidien. Ces outils permettent également de renforcer la collaboration inter-établissements, notamment dans les zones isolées ou sous-dotées en spécialistes, et ont montré leur pertinence dans le contexte des exigences sanitaires récentes [18].

Selon la Haute Autorité de Santé en France, l'organisation des RCP doit être formalisée, avec un rythme minimal de deux réunions par mois en oncologie. Elle repose sur trois piliers essentiels : un coordonnateur, un secrétariat structuré et une traçabilité rigoureuse. Cette dernière doit consigner l'ensemble des décisions prises, les références scientifiques utilisées, les essais thérapeutiques éventuellement proposés, ainsi que l'identification du professionnel référent chargé du suivi et de l'annonce au patient [13]

Aux États-Unis, les recommandations du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) préconisent le recours aux réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie, en particulier pour les cancers complexes et à haut risque. Ces réunions se tiennent généralement chaque semaine, durant environ une heure, en présentiel ou par visioconférence, avec le soutien d'un coordinateur chargé de l'organisation et de la traçabilité des échanges [74,75]. L'approche américaine repose sur une organisation collaborative des soins, intégrant les dimensions diagnostiques, thérapeutiques et de suivi, ainsi que les aspects psychosociaux. Le patient peut être associé aux réunions, son consentement étant recherché tout au long du parcours de soins [74]. La composition des équipes multidisciplinaires varie selon la structure de l'établissement et le type de cancer pris en charge ; elle regroupe l'ensemble des spécialités nécessaires à la prise en charge complète des patients [74].

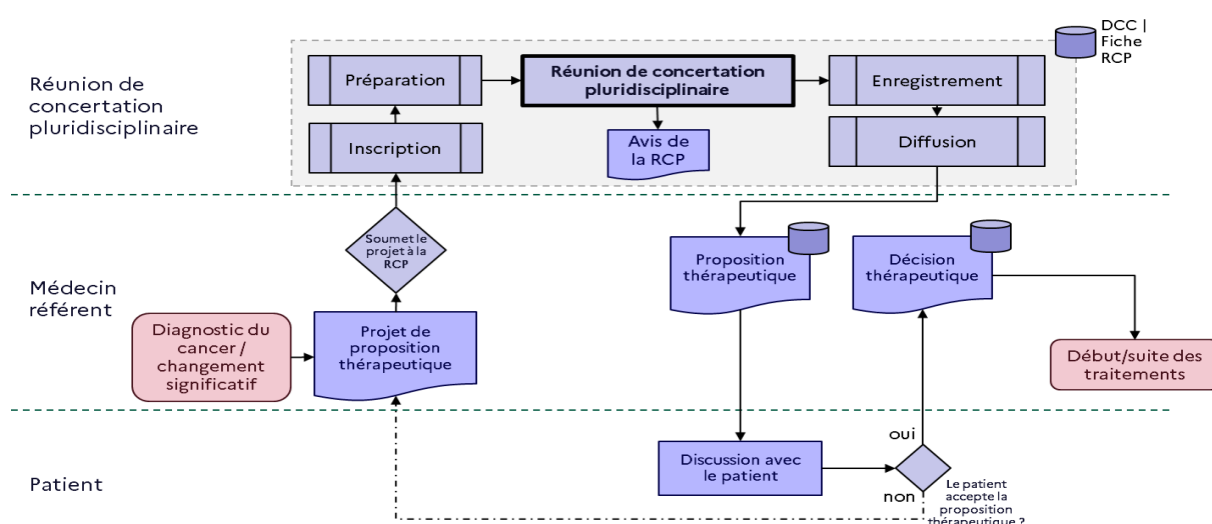


Figure 44 : Schéma du parcours patient en RCP [25]

II. Participation à la RCP :

La participation des différents professionnels est un élément essentiel au bon déroulement des RCP. Elle permet d'assurer une analyse complète des dossiers, de confronter les avis des spécialistes et de garantir des décisions thérapeutiques conformes aux standards de prise en charge en cancérologie.

Dans le domaine de l'oncologie digestive, et plus particulièrement pour la prise en charge des cancers colorectaux, la complexité des démarches diagnostiques et thérapeutiques rend indispensable l'implication coordonnée de plusieurs spécialités médicales et chirurgicales (chirurgie viscérale, oncologie médicale, oncologie radiothérapie, radiologie, anatomopathologie et gastroentérologie).

Pour mieux comprendre le fonctionnement et l'efficacité des RCP, il est essentiel d'examiner les caractéristiques des participants, notamment leur spécialité, leur statut et leur expérience.

1. Spécialité :

La composition des équipes multidisciplinaires de prise en charge des cancers varie considérablement selon les contextes institutionnels et géographiques, et il n'existe pas de recommandations précises concernant les membres qui devraient diriger ou participer aux RCP [75].

Dans notre étude, la majorité des participants étaient des oncologues radiothérapeutes (47,1 %), suivis des oncologues médicaux (18,6 %), ainsi que des chirurgiens viscéraux (15,7 %) et des gastroentérologues (15,7 %). En comparaison avec d'autres études sur les RCP digestives (Traoré, 2022 ; Lemtouni, 2020 ; Kehl et al., 2015), l'oncologie médicale reste systématiquement la spécialité la plus représentée, tandis que la chirurgie viscérale et l'oncologie radiothérapie sont également présentes dans toutes les séries, mais avec des proportions variables.

Dans notre étude, les radiologues et anatomopathologistes étaient peu représentés, avec seulement 1,4 % de participation. Ce constat est cohérent avec la littérature, qui rapporte généralement une faible présence de ces spécialistes, en raison de leur forte charge de travail et de leur sollicitation dans toutes les RCP, quel que soit le domaine concerné, ce qui limite leur disponibilité pour y participer [76].

Tableau XVII : Comparaison des spécialités des participants aux RCP dans différentes séries

Auteurs	Oncologie médicale	Oncologie radiothérapie	Chirurgie viscérale	Gastro-entérologie	Radiologie	Anatomie pathologie
Kehl et al. (2015) [77]	33 %	14,7 %	6,9 %	–	–	–
LEMTOUNI 2020 [56]	36,4 %	4,5 %	27,3 %	–	–	4,5 %
TRAORE 2022 [78]	77,8 %	11,1 %	55,6 %	–	11,1 %	11,1 %
Notre étude	18,6 %	47,1 %	15,7 %	15,7 %	1,4 %	1,4 %

2. Statut :

Dans notre série, la majorité des participants étaient des médecins résidents (75,7 %), suivis des enseignants (14,3 %) et des médecins spécialistes (8,6 %). Bien que les proportions diffèrent, cette tendance est similaire à celle rapportée par Ennaoui où les résidents représentaient également la catégorie majoritaire (45 %), les enseignants 30 % et les spécialistes 10 %. Lemtouni trouvait une participation plus équilibrée entre résidents (36,4 %) et enseignants (36,4 %), tandis que Traoré rapportait une forte présence des spécialistes (55,6 %), avec seulement 22,2 % de résidents et 11,1 % d'internes.

Notre série se caractérise par une forte implication des médecins en formation. Cette proportion élevée pourrait s'expliquer par la dimension pédagogique des réunions de concertation pluridisciplinaires, Kehl et al. ont en effet rapporté que jusqu'à 12,1 % des participants déclaraient assister principalement pour l'aspect formateur de ces réunions plutôt que pour la présentation de cas [77].

Tableau XVIII : Comparaison du statut des participants aux RCP dans différentes séries

Auteurs	Enseignant	Médecin spécialiste	Médecin résident	Médecin interne
ENNAOUI 2019 [79]	30 %	10 %	45%	15 %
LEMTOUNI 2020 [56]	36,4 %	9,1 %	36,4 %	18,2 %
OUCHIKH 2021 [80]	6,52%	3,26%	56,52%	14,13%
TRAORE 2022 [78]	–	55,6 %	22,2 %	11,1 %
Notre série	14,3 %	8,6 %	75,7 %	1,4 %

3. Fréquence de participation à la RCP :

Le rythme de participation adopté par la majorité des participants à notre étude était hebdomadaire, constat observé dans toutes les autres séries. Les rythmes mensuel ou occasionnel occupaient la deuxième place, avec des proportions variables selon les études. Le rythme rare ou jamais restaient minoritaire dans l'ensemble des séries.

Ces résultats mettent en évidence la bonne régularité des RCP dans notre contexte, puisque la majorité des participants y prennent part activement de manière hebdomadaire, tandis que la participation rare reste minoritaire.

Tableau XIX : Comparaison de la fréquence de participation aux RCP dans différentes série

Auteurs	Une fois par semaine	Une fois par mois	Occasionnellement	Rarement	Jamais
SCHER ET AL 2011 [81]	58 %	25 %	8 %	6 %	3%
Kehl et al. (2015)[77]	53,8 %	25,5 %	8,2 %	8,2 %	4,2 %
ENNAOUI 2019 [79]	65%)	–	30 %	–	5 %
LEMTOUNI 2020[56]	50 %	18,2 %	31,8 %	–	–
TRAORE 2022 [78]	78 %	22 %	–	–	–
SARI HASSOUN 2023 [82]	37,1 %	20,2 %	30,3 %	9 %	3,4 %
Notre série	70 %	15,7 %	11,4 %	2,9 %	–

III. Objectifs de la RCP :

Les comités de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont mis en place pour assurer une prise en charge coordonnée et de qualité des patients, en réunissant les différents professionnels de santé concernés. Ils visent à optimiser les décisions diagnostiques et thérapeutiques, à harmoniser les pratiques et à favoriser l'intégration de la formation et de la recherche [17]. Selon Horvath et al., les objectifs essentiels des RCP sont les suivants [83]:

- Réduire le délai entre la consultation et le traitement.
- Clarifier le plan de traitement et réduire les examens redondants.
- Améliorer la satisfaction et la qualité de vie des patients.
- Contribuer à l'amélioration de la survie des patients.
- Assurer l'application des bonnes pratiques cliniques et diminuer le risque médico-légal.
- Améliorer la communication entre les professionnels et diminuer la fragmentation des soins.
- Permettre aux médecins de se concentrer sur différents aspects des soins (socio-émotionnels, nutritionnels, etc.).
- Favoriser un environnement propice à l'élaboration et au maintien de plans de traitement complexes.
- Augmenter la participation aux études de recherche clinique.
- Offrir une expérience enrichissante pour la formation médicale postdoctorale.
- Aligner les programmes institutionnels et améliorer l'efficacité globale du service.

IV. Présentation des dossiers :

Dans notre étude, 71,4 % des professionnels présentaient l'ensemble des cas de cancers digestifs en RCP, tandis que 28,6 % n'en soumettaient qu'une partie. Ces résultats s'écartent des standards recommandés, selon lesquels chaque nouveau patient devait bénéficier d'un avis pluridisciplinaire avant l'instauration de tout traitement. En effet, l'Institut national d'oncologie (INO) au Maroc recommande cette démarche [24]. De même que le modèle britannique qui exige que tous les cas nouvellement diagnostiqués ou suspectés soient examinés en réunion d'équipe multidisciplinaire [84].

Lorsque les cas ne sont pas présentés en RCP, les participants adoptent différentes stratégies pour assurer le suivi et la discussion des patients. La majorité d'entre eux (90 %) échangent avec l'équipe de leur service, tandis que 20 % sollicitent l'avis d'un collègue et 20 % informent directement

le patient et sa famille. Ces observations concordent avec les résultats d'une étude sur l'apport de la RCP en onco-urologie, qui montre également que 65,5 % des participants trouvent un substitut à la RCP dans les staffs de leurs services, 17,2 % échangent avec un collègue et 13,8 % discutent directement avec le patient et sa famille[79].

Dans notre série, les principaux motifs de présentation d'un dossier en RCP étaient : la prise de décision collaborative et adaptée (98,6 %), l'optimisation des choix thérapeutiques (87,1 %) et la coordination du parcours patient (85,7 %), des résultats cohérents avec ceux rapportés dans la littérature.

V. RCP, référentiels et exhaustivité :

Les référentiels, définis dès 1990 par l'Institute of Medicine comme des recommandations méthodiquement élaborées pour la pratique clinique, ont pour objectif d'aider le praticien et le patient dans leurs décisions thérapeutiques [85]. Ces recommandations, élaborées par des groupes d'experts multidisciplinaires et fondées sur les données scientifiques disponibles, sont régulièrement actualisées et constituent une ressource facilement accessible. Elles servent à la fois d'outil de formation et de support décisionnel pour les professionnels de santé, les patients et leurs familles [86]. Bien que l'impact de l'utilisation de recommandations de haute qualité au sein des comités multidisciplinaires n'ait été que peu étudié, plusieurs éléments suggèrent qu'elles favorisent une meilleure coordination des soins, en définissant des attentes prédéfinies, objectives, documentées et régulièrement consultables [86].

Dans ce contexte, les RCP constituent le cadre privilégié où les référentiels sont mobilisés, validés ou discutés. Bien que leur objectif initial fût d'examiner uniquement les dossiers complexes ne relevant pas d'une prise en charge standardisée, leur utilisation s'est progressivement étendue à l'ensemble des dossiers, y compris ceux conformes aux recommandations [87]. Lorsqu'un dossier correspond à une situation clinique standardisée et figure sur une liste établie par le réseau régional, il peut être validé rapidement, sans discussion approfondie, à condition que la fiche RCP soit correctement renseignée et archivée [88]. En revanche, tous les autres dossiers, qui ne répondent

pas aux critères de standardisation ou présentent des éléments cliniques complexes, doivent obligatoirement faire l'objet d'une discussion collégiale [88]. Cette organisation permet de rationaliser le temps consacré aux RCP tout en garantissant que les décisions soient conformes aux référentiels lorsqu'ils existent et adaptées aux cas particuliers lorsque nécessaire.

L'utilisation de ces recommandations suppose cependant la disponibilité des ressources, de l'expertise et des dispositifs nécessaires à leur application, ce qui constitue un enjeu majeur, en particulier dans les contextes où des standards internationaux sont mobilisés malgré des ressources parfois limitées [86]. Dans plusieurs pays, dont le Maroc, l'importance d'élaborer des référentiels nationaux est soulignée, comme l'illustre la mesure 52 du PNPCC, qui vise à développer des référentiels de bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques [23]. En pratique, et en l'absence de référentiels nationaux régulièrement actualisés, les décisions thérapeutiques reposent fréquemment sur l'application adaptée de référentiels internationaux tels que les NCCN ou l'ESMO [24].

Dans notre série, 32,9 % des participants considéraient que les référentiels pouvaient constituer une alternative à la présentation systématique des dossiers non complexes en RCP, tandis que 67,1 % préféraient maintenir la discussion collégiale. Concernant les référentiels effectivement utilisés, les participants déclaraient recourir principalement aux TNCD (52,2 %) ; NCCN (47,8 %), et aux recommandations de l'ESMO (30,4 %), d'autres sources telles que l'ESTRO et l'ASTRO étant également mentionnées. Cette diversité souligne l'importance de mettre régulièrement à jour les référentiels pour suivre l'évolution rapide des techniques et traitements, et met en évidence la nécessité pour les professionnels de maintenir un haut niveau de formation continue [89].

VI. RCP et changement diagnostique et thérapeutique :

Les RCP occupent aujourd'hui une place centrale en oncologie, où elles sont fortement recommandées pour améliorer la qualité de la décision médicale et assurer une cohérence des stratégies thérapeutiques. Les données de la littérature montrent que leur impact sur la qualité de la prise en charge est bien établi, même si l'influence directe sur la survie globale reste moins documentée [90].

Dans ce contexte, notre étude a évalué la perception des médecins concernant la capacité des RCP à modifier le diagnostic initial et à ajuster la prise en charge thérapeutique. La grande majorité des participants (90 %) estimaient que la RCP pouvait modifier le diagnostic, avec des changements affectant principalement la classification TNM (81,3 %), le diagnostic du cancer primitif (50 %) et le type histologique (50 %). Concernant la prise en charge, 57,1 % des participants ont observé des modifications occasionnelles, 37,1 % les constataient fréquemment, et seulement 5,7 % estimaient que ces changements se produisaient systématiquement.

Selon Charara et al. (2016), la tenue d'une RCP entraîne fréquemment une révision des plans diagnostiques et thérapeutiques. Ces ajustements concernent à la fois les patients présentés directement en RCP et ceux pour lesquels un plan de prise en charge avait déjà été établi avant la réunion [91].

Dans le cadre du cancer du rectum, l'examen multidisciplinaire a entraîné, selon Clément *et al.*, des modifications du plan de soins dans 40 % des cas, dont 12 % correspondaient à des changements majeurs affectant le traitement principal. Les comptes rendus radiologiques ont été modifiés dans 26 % des cas, et 12 % des plans de soins ont été ajustés suite à la réinterprétation des images. Les comptes rendus anatomopathologiques ont rarement été modifiés (3 %)[92]. Par ailleurs, le plan de traitement initial proposé par le chirurgien principal a été modifié dans 35 % des cas après révision par une équipe de concertation multidisciplinaire, selon Eskicioglu *et al.* [93].

VII. RCP source de satisfaction :

Pour évaluer la satisfaction des médecins vis-à-vis du déroulement des RCP et de la qualité des délibérations, nous avons interrogé les participants sur trois critères principaux : la fréquence des réunions, le nombre de dossiers présentés à chaque RCP, et la satisfaction après la délibération.

Les résultats montrent que la grande majorité des participants étaient satisfaits :

- La fréquence hebdomadaire des réunions était jugée appropriée par 91,4 % des médecins.
- Le nombre de dossiers présentés par réunion a été estimé correct par 92,8 % des participants.
- Concernant la satisfaction après la délibération, 64,3 % des participants se déclaraient souvent satisfaits, 31,4 % toujours satisfaits, et seulement 4,3 % parfois satisfaits.

La tenue hebdomadaire des RCP dans notre série est en accord avec les recommandations généralement décrites dans la littérature. Des travaux menés dans divers domaines de RCP montrent que cette fréquence est suffisante pour garantir un suivi rigoureux des patients [94],[95],[96].

Dans notre étude, le nombre moyen de dossiers discutés était de 8 dossiers par RCP, un chiffre supérieur à celui rapporté par Ouchikh, qui retrouvait une moyenne de 6 dossiers par RCP [80]. En revanche, Descotes et al. ont observé que ce nombre pouvait dépasser 10 dossiers dans 80 % des RCP [94].

Dans notre étude, les délibérations en RCP ont été globalement jugées satisfaisantes. Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés dans d'autres études. Sharma et al. ont étudié la satisfaction des infirmières cliniciennes et des chirurgiens spécialisés en coloproctologie et ont montré que les RCP étaient perçues comme une source importante de satisfaction pour les professionnels, améliorant la qualité des soins et la formation du personnel, avec un taux de satisfaction de 95 % [97]. De même, en neuro-oncologie, 94 % des cliniciens participant aux RCP ont estimé que ces réunions et leur documentation étaient efficaces pour la communication et la planification des soins [98]. Ces comparaisons témoignent d'un soutien clair des professionnels pour les RCP, quel que soit le domaine étudié.

Ces résultats montrent que les RCP sont généralement satisfaisantes pour les médecins. Cependant, il est essentiel de rappeler que le patient demeure au centre des décisions thérapeutiques et du projet de soins [99], ce qui rend nécessaire l'évaluation de sa perception et de sa satisfaction. La satisfaction, la qualité de vie et la participation éventuelle des patients au processus décisionnel restent parmi les aspects les moins explorés dans la littérature. Toutefois, les résultats disponibles sont prometteurs et indiquent qu'un approfondissement de ces dimensions serait particulièrement pertinent [100].

VIII. RCP, besoin de collégialité et gestion des désaccords

La collégialité repose sur le principe selon lequel un groupe de professionnels partageant le même statut prend des décisions collectives. Le pouvoir décisionnel n'est pas exercé par un chef unique, mais par un conseil restreint dont les membres disposent de pouvoirs égaux [56]. Lors d'une RCP les dossiers des patients sont discutés de manière collégiale[13], dans le but de tirer parti de l'expertise collective afin de déterminer le plan de traitement le plus adapté pour chaque patient [18]. L'intelligence collective est précieuse, car elle permet de détecter des pistes diagnostiques négligées, d'envisager des options thérapeutiques supplémentaires et d'intégrer des recommandations ou publications récentes pertinentes [18].

La collégialité constitue une force dans le partage de visions et de réflexions collectives [101]. Sa mise en œuvre nécessite le respect de règles précises, la prise en compte des dynamiques de groupe et l'équilibre entre l'autonomie des professionnels et la nécessité de collaborer. Elle exige également la capacité d'identifier et de résoudre les conflits, afin que le débat, bien qu'enrichi par la diversité des points de vue, ne compromette pas la cohésion de l'équipe [101].

Bien que la RCP vise à aboutir à une décision thérapeutique consensuelle, il peut arriver que les médecins référents ne partagent pas l'avis collégial [87]. Cette situation est également observée dans notre étude, où 32,9 % des participants ont déclaré être parfois en désaccord avec la décision de la RCP.

La gestion des désaccords constitue un enjeu central au sein des réunions de concertation pluridisciplinaires. Dans notre étude, la stratégie la plus fréquemment adoptée par les participants consiste à représenter le dossier en l'enrichissant de nouveaux arguments (62,9 %). Cette approche concorde avec les observations d'Orgerie *et al.*, selon lesquelles, en cas de divergence, les médecins privilégient la soumission à nouveau du dossier plutôt que l'opposition à l'avis collégial [87].

Enfin, le désaccord avec la décision de la RCP constitue une situation qui peut survenir malgré le consensus recherché. La gestion de ces désaccords exige que les médecins développent une intelligence émotionnelle leur permettant d'accepter les points de vue divergents sans les percevoir comme une attaque personnelle. Elle nécessite également l'adoption d'une réelle ouverture d'esprit, favorisant l'écoute active des autres membres de l'équipe et la prise en considération attentive de leurs avis, afin d'enrichir et d'affiner leur propre jugement [19].

IX. RCP, Information du patient et relation médecin –malade :

Le partage des décisions avec les patients est un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des soins [102]. Dans ce processus, le médecin référent est l'interlocuteur principal, chargé d'informer le patient et de lui expliquer les décisions proposées en RCP. La consultation constitue alors un moment privilégié d'échange, où le patient peut exprimer ses choix et être associé à la décision, dans le respect de son autonomie [103].

Dans notre étude, 78,6 % des participants ont déclaré que l'information du patient était assurée par le médecin lui-même. Les résidents ou internes ont également participé à cette information dans 48,6 % des réponses, principalement en consultation (37,1 %), mais également par téléphone (18,6 %).

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature. Selon Orgerie, 90 % des médecins échangent avec le patient après la RCP, et que 44 % d'entre eux discutent également avec le patient avant la réunion. Cette continuité du dialogue illustre l'importance accordée à l'information du patient tout au long du processus décisionnel. Par ailleurs, l'information après la RCP peut être réalisée par téléphone, lorsque médecin et patient s'accordent sur les modalités de prise en charge, une pratique également retrouvée dans cette étude [104].

Étant donné la sensibilité des décisions de la RCP, leur communication au patient s'inscrit le plus souvent dans le cadre du dispositif d'annonce. Cette information est principalement assurée par le médecin référent, garant de la cohérence du message et de la relation de confiance avec le patient, en cas d'indisponibilité, cette mission peut être confiée à un membre de l'équipe de soins formé au dispositif d'annonce [25].

Donner une information claire au patient permet de mieux comprendre les choix thérapeutiques, de réduire les désaccords autour des décisions et d'augmenter sa satisfaction vis-à-vis du processus décisionnel. Les patients bien informés prennent des décisions plus adaptées, perçoivent mieux les risques et montrent une adhésion plus forte au traitement [102].

Selon Orgerie et al., la quasi-totalité des patients accorde un très haut niveau de confiance à leur médecin référent. Cette confiance s'explique en partie par l'expertise apportée par la RCP, car 80 % des patients trouvent que la décision collégiale les rassure. Cependant, 74 % des patients font avant tout confiance à leur médecin pour la décision finale [103].

La discussion des dossiers en RCP est très souvent suivie d'un échange avec le médecin référent, ce qui permet au patient de ne pas se sentir mis à l'écart du processus décisionnel. Pour les patients, la relation avec leur médecin reste primordiale, car ils le considèrent comme le professionnel le plus compétent pour le choix du traitement, indépendamment de l'avis collégial ou de leur propre participation [103].

Les patients attendent avant tout d'être bien informés sur les traitements et leur déroulement. Pour les médecins, l'information pourrait être améliorée concernant les effets secondaires, le déroulement du traitement et son impact sur l'environnement du patient. L'annonce du pronostic, en revanche, reste délicate du fait de sa nature probabiliste et de son impact psychologique, nécessitant prudence et progressivité [103].

X. Décision appliquée :

Selon l'Institut National du Cancer (France), le médecin référent présente au patient la proposition thérapeutique accompagnée de l'avis de la RCP. Après discussion, si le patient accepte cette proposition, elle devient la décision thérapeutique. Le médecin peut suivre ou non l'avis de la RCP, mais toute proposition différente doit être justifiée et inscrite dans le dossier du patient [25].

Dans notre étude, 97,1 % des participants ont déclaré appliquer la décision issue de la RCP, traduisant une forte confiance accordée aux décisions collégiales. À l'inverse, 2,9 % des participants ont indiqué que la décision appliquée correspond au souhait du patient, montrant que, bien que la prise en compte des préférences du patient existe, elle demeure minoritaire dans l'application finale des décisions thérapeutiques.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature, qui montrent que les décisions issues de la RCP sont majoritairement appliquées dans la pratique clinique. Orgerie et al. ont rapporté que la décision de la RCP est suivie dans 91 % des cas, et que seules 2 % des décisions étaient modifiées à la demande du patient [103]. De même, Chaouki et al. ont retrouvé une conformité de 96 % aux décisions de la RCP, les rares non-applications étant systématiquement justifiées [24]. Par ailleurs, Guillem et al. ont rapporté un taux légèrement inférieur, avec 86,3 % d'avis suivis, les non-applications étant principalement liées à des facteurs cliniques ou à l'évolution de la maladie, au décès du patient ou à son refus [89]. Dans cette continuité, la non-application de l'avis de la RCP ne doit pas être considérée comme un dysfonctionnement, mais plutôt comme la conséquence de paramètres cliniques, évolutifs ou personnels que la RCP ne peut pas toujours pleinement anticiper [89].

XI. Légitimation des décisions et responsabilité médicale en RCP :

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) confère une légitimité particulière à la décision médicale en cancérologie, fondée sur la collégialité et la confrontation des expertises. Tous les médecins reconnaissent que la RCP donne du poids à la décision, même si certains conservent un regard critique sur les orientations retenues. L'aval de la RCP apparaît ainsi comme un élément essentiel de validation de la décision, comme en témoigne le fait qu'en cas de désaccord avec une première proposition, les cliniciens choisissent de soumettre à nouveau le dossier à la discussion, traduisant une volonté de ne pas décider à l'encontre de l'avis collégial[87]. Cette évolution de la pratique médicale s'inscrit dans un contexte plus large de démocratie sanitaire et de reconnaissance accrue des droits des patients[87].

Dans ce cadre, la prescription en dehors des référentiels devient de plus en plus difficile à justifier pour les professionnels. La RCP permet alors de guider et de légitimer ces décisions hors référentiel, L'approche collective de la décision médicale permet également de mieux gérer les incertitudes et la complexité croissante des situations cliniques. Le respect de la collégialité apparaît comme un facteur majeur de légitimation de la décision, en particulier en cas de recours judiciaire. Plusieurs médecins soulignent par ailleurs que la consultation d'annonce est facilitée lorsque la décision a été débattue en RCP, renforçant ainsi la crédibilité du discours médical auprès du patient [105].

Si la RCP confère un poids certain à la décision médicale, il reste essentiel de préciser qui en assume la responsabilité, notamment en cas de litige. En droit médical, la responsabilité incombe aux individus et non aux groupes, l'équipe multidisciplinaire ne disposant pas de personnalité juridique propre [106]. Bien que de nombreux spécialistes participent aux réunions et contribuent à la prise de décision, seuls certains seront directement impliqués dans la prise en charge ultérieure du patient. Néanmoins, tous les médecins présents participent directement ou indirectement au processus décisionnel, ce qui soulève des questions médico-légales en cas de contestation[107].

Pour qu'une action en négligence aboutisse, le patient doit d'abord établir l'existence d'un devoir de soins, généralement fondé sur la relation directe médecin-patient. Toutefois, la simple présentation d'un dossier en RCP peut également générer ce devoir, même sans contact direct, dès lors que l'avis rendu est susceptible d'influencer la prise en charge[107]. Juridiquement, la décision issue de la RCP repose sur les avis individuels des médecins présents, chacun étant responsable des décisions relevant de sa spécialité [106].

Cette conscience de la responsabilité est illustrée par notre étude, où 55,7 % des participants ont déclaré présenter un dossier en RCP pour se prémunir contre d'éventuels litiges, traduisant une vigilance accrue vis-à-vis des implications médico-légales. Le clinicien référent occupe une place centrale dans ce dispositif, puisqu'il doit veiller à ce que toutes les informations cliniques pertinentes soient présentées de manière complète et exacte, condition indispensable à l'élaboration de décisions éclairées [106]. En cas d'issue défavorable, une décision fondée sur des informations fiables et correctement documentées sera mieux justifiée. Les RCP peuvent ainsi constituer un élément de sécurisation médico-légale, à condition que les discussions et décisions soient clairement tracées [106]. Le médecin traitant demeure responsable de la mise en œuvre et de la communication de la décision finale au patient ; s'il décide de ne pas appliquer l'avis de la RCP, il doit consigner une justification claire et argumentée dans le dossier médical afin de prévenir tout risque de poursuites judiciaires [87].

Le cadre légal de la RCP varie selon les pays : au Maroc, bien qu'il n'existe pas de loi spécifique encadrant la responsabilité des médecins lors des RCP, la Mesure 75 du PNPCC met l'accent sur la protection des droits des patients atteints de cancer [23]. En France, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients renforce l'obligation pour un professionnel de collaborer avec d'autres collègues dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire[87]. En Australie, les cours juridiques définissent plusieurs conditions pour engager la responsabilité personnelle d'un médecin lors d'une RCP : la demande d'avis doit être écrite, les informations fournies complètes (notamment le nom du patient), le patient doit être informé que son dossier sera présenté en RCP, l'avis rendu est généralement suivi, il est documenté, et une rémunération est prévue pour cet avis [107].

La RCP se présente à la fois comme un outil de légitimation des décisions médicales et comme un cadre encadrant la responsabilité individuelle des médecins, contribuant à une prise en charge plus sécurisée, collégiale et respectueuse des droits des patients.

XII. RCP : Points forts et limites.

1. Points forts des RCP :

Dans notre étude, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ont été perçues comme un outil à forte valeur ajoutée. Les deux principaux points forts identifiés par les participants, chacun cité par 85,7 %, sont la discussion constructive et pluriprofessionnelle, reflétant l'importance de l'échange d'expertises dans le processus décisionnel, et le fait que les propositions formulées en RCP reposaient sur les recommandations et guidelines actualisées. Par ailleurs, 72,9 % des participants ont estimé que les remarques formulées étaient ciblées et pertinentes, permettant d'ajuster efficacement les plans de soins, tandis que 84,3 % ont souligné le rôle des RCP dans le développement des compétences et l'apprentissage continu.

Ces résultats sont en accord avec la littérature, qui montre que les RCP contribuent à l'amélioration des processus de soins, à une meilleure adhésion aux recommandations cliniques et à une réduction des délais entre le diagnostic et le début du traitement [19,99,108]. Elles participent également au renforcement de la sécurité et de la qualité globale des soins [19,99]. Par ailleurs, les RCP sont reconnues comme un outil central de formation, favorisant le développement des compétences, le travail en équipe et l'amélioration de la communication interprofessionnelle [19,108].

2. Limites et axes d'amélioration des RCP :

Dans notre étude, le suivi des décisions prises en RCP apparaît comme la principale limite, rapportée par 58,6 % des participants. D'autres difficultés ont également été identifiées, notamment l'organisation des réunions (37,1 %), la lisibilité des recommandations (34,3 %), la disponibilité des dossiers (28,6 %), le temps consacré aux RCP (27,1 %), la charge administrative (21,4 %) et la qualité des interactions entre équipes (30 %).

Ces constats rejoignent les observations de la littérature, qui met en évidence des contraintes organisationnelles et structurelles persistantes. Le manque de ressources humaines et de soutien administratif, l'absence d'intégration formelle des RCP dans l'emploi du temps des cliniciens et les difficultés d'accès aux données cliniques complètes sont fréquemment rapportés comme des freins à l'efficacité des RCP [96,108]. De plus, l'indisponibilité de professionnels de certaines spécialités, ainsi que les retards liés à la réalisation d'examens complémentaires, peuvent entraver l'élaboration de décisions collégiales optimales [96].

Malgré certaines limites, les RCP restent un moyen essentiel pour améliorer la qualité des soins et constituent un outil à la fois pédagogique et organisationnel précieux pour les équipes médicales.

RECOMMANDATIONS

I. Analyse IPEP de l'organisation RCP actuelle:

Cette étude présente une analyse IPEP (Identification des Problèmes Éthiques et de Protection / équivalent local) fondée sur les résultats de notre évaluation de la Recommandation de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en oncologie digestive au CHU Mohammed VI de Marrakech. En s'appuyant sur les retours des participants, elle vise à identifier les principales difficultés d'ordre organisationnel et éthique rencontrées au cours du déroulement des réunions, ainsi que les facteurs qui peuvent impacter la sécurité, la qualité et l'équité des décisions collégiales. L'objectif est double: d'une part, éclairer les zones à risque et les contraintes opérationnelles qui peuvent limiter l'efficacité de la RCP; d'autre part, proposer des recommandations pratiques et opérationnelles susceptibles d'améliorer la traçabilité, la confidentialité, la participation pluridisciplinaire et l'alignement avec les standards internationaux. Cette démarche s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et de conformité aux cadres éthiques et réglementaires pertinents, afin de garantir une prise en charge optimale et équitable pour les patients pris en charge dans le cadre de la RCP oncologie digestive du CHU Mohammed VI de Marrakech.

1. Problèmes et Enjeux opérationnels et de processus

1.1. Préparation et standardisation des données:

La fiabilité de la RCP repose largement sur la fiche standardisée remplie par le médecin référent. Une collecte incomplète ou des données mal renseignées peuvent conduire à des interprétations divergentes et à des décisions inappropriées. Pour limiter ce risque, il est essentiel de définir des champs obligatoires, de vérifier systématiquement la cohérence des informations (données cliniques, paracliniques, options thérapeutiques) et d'organiser des revues rapides de la fiche avant chaque séance.

1.2. Disponibilité des experts:

La dynamique de la RCP dépend fortement de la présence des spécialistes clés; l'absence d'un oncologue, d'un chirurgien ou d'un radiologue peut retarder ou fragiliser la discussion. Cette variabilité peut aussi introduire des biais si certains cas sont discutés sans l'avis de toutes les disciplines pertinentes. Il convient d'établir des règles claires sur la présence minimale, de prévoir des alternatives (visioconférence, délégation temporaire) et d'organiser des relais pour assurer la continuité des échanges.

1.3. Accessibilité et sécurité des données:

Les échanges et le stockage des supports (diaporamas, Fiche RCP) via courrier électronique présentent des risques de violation de confidentialité et d'accès non autorisé. La sécurité nécessite des mécanismes de contrôle d'accès, le chiffrement des données, et des sauvegardes régulières. Adopter une plateforme dédiée (Hosix/portail sécurisé) permet de limiter les risques tout en facilitant la traçabilité et la conformité au règlement de la Commission Nationale de Contrôle de la Protection des Données à caractère personnel (CNDP).

1.4. Traçabilité des décisions:

La diffusion des conclusions par mail et leur consignation par un enseignant ou un résident en formation peut exposer à des pertes d'information ou à des retards dans leur mise en œuvre. Sans protocole clair, il devient difficile de suivre l'historique des décisions, les justifications et les éventuelles modifications. Il est crucial de standardiser le procès-verbal, d'utiliser une plateforme sécurisée et d'assurer un enregistrement horodaté et accessible à tous les intervenants.

1.5. Durée et charge cognitive:

Gérer le flux de dossiers (5-18 par séance) pour limiter la fatigue et préserver la qualité décisionnelle, en envisageant des portions équilibrées et des pauses si nécessaire.

1.6. Mesure de qualité et d'audit:

L'absence de mécanismes de suivi des décisions (mise en œuvre, délais, résultats cliniques) nuit à l'amélioration continue et à la vérification de l'impact des RCP sur la prise en charge. Pour progresser, il faut définir des indicateurs clairs (taux d'application des décisions, temps jusqu'à mise en œuvre, résultats cliniques lorsque disponibles) et programmer des audits périodiques et des retours d'expérience afin d'orienter les ajustements des pratiques.

2. Problèmes/Enjeux de conformité et de cadre réglementaire et éthiques

2.1. Respect des recommandations internationales en matière de RCP:

Les pratiques de RCP doivent s'appuyer sur des cadres et guides internationaux ou régionaux reconnus (par ex. consensus européens, recommandations OCDE, ou guides de sociétés savantes) lorsque cela est pertinent, tout en étant alignées sur les réalités nationales et les directives énoncées par les autorités sanitaires marocaines. Cela implique de formaliser les processus de préparation, de discussion et de décision au sein des établissements et réseaux (CHU, facultés de médecine, cliniques privées), de définir des critères de qualité clairs et mesurables adaptés au contexte local, et d'intégrer des programmes de formation continue pour l'équipe afin de maintenir un niveau de compétence homogène et actualisé. En parallèle, il est nécessaire de s'appuyer sur les recommandations émanant du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, des centres hospitaliers universitaires et des sociétés savantes marocaines pour assurer la cohérence avec les pratiques nationales et les priorités cancer du pays.

2.2. Protection des données personnelles de santé (CNDG):

La conformité en matière de protection des données de santé au Maroc repose sur des exigences de sécurité et de confidentialité alignées sur le cadre juridique national et les principes de protection des données, notamment sous l'égide de la CNDP. Cela implique des contrôles d'accès rigoureux, une minimisation des données partagées et des procédures claires de conservation et de destruction des données. Dans le cadre des RCP, cela passe par l'utilisation de plateformes sécurisées conformes aux standards locaux et aux directives CNDP, le chiffrement des documents et des échanges, ainsi que la traçabilité des accès et des traitements des données de santé.

2.3. Documentation et traçabilité:

Une traçabilité rigoureuse des décisions est indispensable pour l'évaluation de la qualité et les audits externes. Il convient de formaliser les procès-verbaux, les justificatifs cliniques et les actes décidés, en assurant leur accessibilité et leur intégrité. Cette documentation doit être horodatée, versionnée et accessible aux acteurs autorisés, afin de démontrer la conformité et faciliter les évaluations de pratique.

2.4. Droit du patient à l'information et à la participation:

Le droit des patients à une information claire et adaptée est fondamental pour assurer le consentement éclairé et la confiance dans les décisions prises en RCP. Il convient de présenter les conclusions et les options thérapeutiques de manière accessible, en tenant compte du niveau de compréhension et des préférences du patient, et d'expliquer les incertitudes ou les alternatives possibles. Par ailleurs, une traçabilité des choix qui impactent le parcours de soins doit être assurée.

2.5. Gestion des conflits d'intérêts:

Pour préserver l'objectivité des décisions, il est essentiel d'identifier et de gérer les conflits d'intérêts potentiels qui pourraient influencer le jugement des participants (formations, affiliations, financements, ressources matérielles ou relations personnelles). Cela passe par une déclaration systématique des intérêts au moment des réunions et par la mise en place de mécanismes d'atténuation, tels que la participation d'experts indistincts ou la rotation des présentations de cas, afin de réduire les biais.

II. Recommandations pratiques pour s'aligner avec les recommandations nationales et internationales

1. Gouvernance et cadre opérationnel

- Mettre en place une charte RCP écrite et approuvée afin de fixer les objectifs, la composition, les responsabilités, la fréquence et la durée des réunions, ainsi que les critères de participation. Cette charte sert de référence commune et facilite l'adhésion des participants tout en clarifiant les attentes en matière de conduite, de traçabilité et de conformité. Elle doit être validée par les instances compétentes du centre hospitalier Mohammed VI et doit être accessible à tous les acteurs impliqués.
- Définir un responsable qualité RCP et constituer un comité de revue (par ex. trimestriel) responsables d'assurer une évaluation continue des pratiques, des indicateurs et des retours d'expérience. Ce groupe peut suivre le quorum, la traçabilité des décisions, le respect des protocoles et l'impact sur les patients, proposer des améliorations et assurer la formation nécessaire pour maintenir des standards élevés.
- Établir une liste minimale de dossiers à discuter garantissant la diversité des cas (par ex. chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, et prise en charge palliative) afin d'assurer une couverture équilibrée des domaines clés et éviter les biais liés à l'absence de certaines spécialités. Cette approche favorise l'égalité des discussions, améliore l'évaluation des options et contribue à une prise en charge globale et cohérente des patients.

2. Préparation des dossiers et standardisation

- Maintenir et améliorer la fiche standardisée de RCP et veiller à ce que les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques pertinentes y soient systématiquement renseignées.
- Ajouter des champs obligatoires sur la fiche RCP pour des termes clés (statut MMR, RAS, BRAF, préférences du patient) afin d'améliorer la clarté des dossiers et la comparabilité entre sessions.
- Implémenter une plateforme sécurisée de partage des dossiers et remplacer les échanges par email par une plateforme unique ou intégrée dans le système informatique actuel Hosix. Cette plateforme permettra l'accès restreint et audité aux données patients; le stockage et le versionnage des documents selon l'historique des décisions; et des outils permettant l'échange sécurisé entre professionnels (et potentiellement avec les patients, selon les protocoles locaux).
- Adapter la plateforme pour assurer la disponibilité des images et des rapports radiologiques et planifier la révision des images radiologiques sur place lorsque les radiologues sont présents; en leur absence, instaurer des procédures claires de prévisualisation et de revue préalable des images par les référents ou les radiologues substitués afin d'éviter les incertitudes diagnostiques.

3. Déroulement et dynamique de la réunion

- Maintenir la présence de l'équipe minimale et garantir une organisation de réunion claire (ordre du jour préétabli, temps alloué par cas).
- Etablir une liste de présence complète indiquant les noms, spécialités et statuts (présent/absent/à distance), signée par chaque participant au début de la séance (ou validée électroniquement) et intégrée au procès-verbal (PV). Après diffusion des conclusions, archiver le PV signé dans le système DME/RCP sécurisé, avec horodatage et référence de version, afin d'assurer la traçabilité, auditabilité et la continuité des prises en charge.
- Définir des rôles formels pendant la RCP (présentateur du cas, discutant principal, scribe/secretariat, responsable des décisions finales).
- Mettre en place des règles de discussion (par exemple, prise de parole en tour de rôle, notation des accords/points de désaccord).
- Ajouter un temps dédié à la récapitulation des décisions et des plans thérapeutiques communs, avec attribution des responsabilités et des délais.

4. Traçabilité et diffusion des conclusions

- Standardiser le rendu de séance (procès-verbal RCP): Prévoir un modèle de procès-verbal incluant l'identifiant du patient, la date, les décisions retenues, un justificatif bref, le plan de prise en charge, les responsables et les délais.
- Diffusion et archivage sécurisés des décisions via une plateforme sécurisée (portail DME/RCP) plutôt que par email non protégé, et archiver les documents dans un répertoire protégé conformément au règlements CNDP.
- Traçabilité des modifications et suivis: Mettre en place un système de versionnage avec références (numéro de version, date de mise à jour, auteur) afin de suivre l'évolution des décisions sur les dossiers.

5. Qualité, sécurité et conformité

- Mettre en place des indicateurs de performance: taux de cas discutés sur les séances prévues, temps moyen par cas, taux d'absentéisme des experts, délais de restitution des décisions, conformité des retours au patient, et résultats cliniques post-RCP (quand disponible).
- Former régulièrement les participants sur les bonnes pratiques en RCP, éthique, confidentialité, et outils numériques.
- Assurer la protection des données: chiffrement des données, gestion des droits d'accès, journaux d'audit, et procédures de conservation/destruction des données.

6. Accessibilité et équité

- Garantir la participation des spécialistes clés, et définir des alternatives en cas d'absence (par ex. visioconférence, délégation, ou rapide révision des dossiers et décisions par un collègue substitute).
- Prévoir des sessions de rattrapage ou de rediscussion si des cas n'ont pas pu être dûment discutés.

7. Conformité et bonnes pratiques internationales

- S'aligner sur des cadres existants comme:
 - Guidance européenne sur les RCP (ou sociétés savantes nationales qui préconisent des standards de RCP).
 - Principes de transparence, documentation, et traçabilité des décisions cliniques.
 - RGPD et lois locales sur la protection des données de santé.
- Préparer une check-list de conformité à utiliser avant chaque séance et lors des audits.

CONCLUSION

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) constituent aujourd'hui un outil fondamental dans la prise en charge des patients atteints de cancers colorectaux. Elles permettent de mettre en commun les compétences de différentes spécialités afin d'élaborer des décisions thérapeutiques cohérentes, adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient et conformes aux recommandations internationales. Ce processus collégial favorise la rationalité et la transparence dans la décision médicale, tout en intégrant les aspects humains, éthiques et contextuels propres à chaque situation clinique.

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des RCP en oncologie digestive, avec un focus particulier sur les patients atteints de cancers colorectaux. Cette expérience met en évidence le rôle central des RCP dans la structuration du processus décisionnel, reposant sur la confrontation des expertises et l'application des référentiels de bonne pratique. Cependant, l'absence de référentiels nationaux tenant compte du contexte sociodémographique spécifique du Maroc constitue un obstacle à l'optimisation complète de ces réunions. L'élaboration de référentiels nationaux ou régionaux pourrait constituer une solution durable, permettant aux praticiens de surmonter les situations de blocage, qui sont le plus souvent d'ordre organisationnel plutôt que médical. Par ailleurs, en l'absence d'un cadre législatif spécifique régissant les RCP au Maroc, la mise en place d'une charte hospitalière contribue à renforcer la structuration et l'efficacité de ces réunions, en précisant les rôles, les responsabilités et les modalités de fonctionnement de chaque acteur impliqué.

Pour assurer l'efficacité et la pertinence des décisions prises lors des RCP, l'évolution et l'optimisation des stratégies thérapeutiques nécessitent un déploiement adéquat de moyens humains et matériels. L'intégration complète des RCP comme véritable institution d'aide à la décision, dotée des ressources nécessaires, apparaît ainsi indispensable. De plus, l'évaluation régulière de ce processus constitue un levier essentiel pour identifier les axes de développement, corriger les éventuelles lacunes et garantir une amélioration continue de la qualité des décisions médicales.

Enfin, les RCP constituent un espace privilégié d'échanges autour des stratégies thérapeutiques, encourageant les praticiens à actualiser en permanence leurs connaissances. Elles jouent également un rôle pédagogique majeur, tant pour la formation continue des médecins que pour l'enseignement pratique des internes et des résidents. À ce titre, les RCP apparaissent comme un outil incontournable pour renforcer les compétences des jeunes médecins et les préparer efficacement à la prise de décision multidisciplinaire au sein des différentes spécialités.

ANNEXES

Fiche d'exploitation : annexe 1

1) Données épidémiologiques : Identité :

Age :

Sexe : M ☐ F ☐

2) Antécédents :

- Médicaux :
- Toxiques: alcool ☐ tabac ☐ autre:
- Chirurgicaux :
- Familiaux :

3) Signes d'appel:

4) Examen Clinique:

5) Diagnostic final:

- Localisation tumorale :
- Anatomopathologie :
- Classification TNM :
- Sites métastatiques :
- GG métastatiques (nbre) :
- Marqueurs tumoraux :

6) Traitement :

- Chirurgie : Oui ☐ Non ☐
Si oui quel type :
- Stomie : Oui ☐ Non ☐
Si oui quel type :
- Chimiothérapie : Oui ☐ Non ☐
Si oui quel protocole :
Exclusive ☐ Adjuvante ☐ Néo adjuvante ☐
- Radiothérapie : Oui ☐ Non ☐
Si oui quel Protocole :
Exclusive ☐ Adjuvante ☐ Néo adjuvante ☐
- RCC Oui ☐ Non ☐
- TNT Oui ☐ Non ☐
- Thérapie ciblée : Oui ☐ Non ☐
- Traitement palliatif : Oui ☐ Non ☐

Apport de la réunion de concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge des cancers colorectaux : Expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech

Chimiothérapie : Oui ☐ Non ☐

Si oui quel type :

Autre :

- Traitement endoscopique : Oui ☐ Non ☐

7) Décision de la RCP : • Motif de la RCP : • Nombre de discussion à la RCP : • Nature de la décision :

Questionnaire : annexe 2

I. Généralités :

1) Quel est votre sexe ?

Féminin ☐ Masculin ☐

2) Quel est votre âge ?

3) Quelle est votre spécialité ?

- Chirurgie viscérale ☐
- Oncologie médicale ☐
- Oncologie Radiothérapie ☐
- Gastro-entérologie ☐
- Radiologie ☐
- Anatomie pathologie ☐
- Autres :

4) Quel est votre statut ?

- Enseignant ☐
- Médecin spécialiste ☐
- Médecin résident ☐
- Médecin interne ☐

5) Depuis combien de temps participez- vous aux RCP ?

6) Êtes-vous convaincu par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire ?

OUI ☐ Non ☐

II. Participation à la RCP :

1) Participez-vous à des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie ?

Oui ☐ Non ☐

2) A quelle fréquence participez-vous à la RCP ?

- Une fois par semaine ☐
- Une fois par mois ☐
- Occasionnellement ☐

- Rarement ☐
- Jamais ☐

III. Présentation des dossiers à la RCP :

2. Est-ce que vous présentez tous les dossiers des cancers digestifs à la RCP ?

Oui ☐ Non ☐

3. Si non, Les dossiers que vous ne présentez pas :

- Vous prenez la décision seul ☐
- Vous les discutez avec un collègue ☐
- Vous les discutez avec l'équipe du service ☐
- Vous en parlez au patient et à la famille ☐
- Autre :

4. Préconisez-vous l'utilisation de certains référentiels à la RCP pour éviter la discussion des cas non complexes ?

Oui ☐ Non ☐

- Si oui lesquels :

5. Pourquoi présenter un dossier à la RCP ?

- Prise de décision collaborative et adaptée. ☐
- Optimiser les choix thérapeutiques. ☐
- Améliorer la sécurité et la qualité des soins. ☐
- Standardiser les pratiques et les recommandations. ☐
- Coordonner le parcours patient entre les différents services ☐
- Améliorer et raccourcir le circuit patient ☐
- Se protéger contre d'éventuels litiges médico-légaux ☐
- Autre :

6. Dans votre pratique quelle est la proportion de dossiers que vous présentez à la RCP sur l'ensemble des décisions que vous prenez ?

0% ☐ 20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100% ☐

7. Vous présentez vous-même les dossiers de vos patients :

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

8. Vous demandez à un collègue de présenter vos dossiers :

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

IV. Déroulement de la RCP :

1) Quand vous présentez le dossier vous défendez :

- Votre proposition de prise en charge ☐
- Le souhait du patient et de la famille ☐
- Vous ne défendez aucune proposition ☐

2) La RCP peut -elle changer un diagnostic ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel changement :

- Diagnostic du cancer primitif ☐
- Classification TNM ☐
- Type histologique ☐
- Autre :

3) Demandez-vous des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP ?

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

4) La RCP peut -elle changer la prise en charge ?

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

5) Certains cas sont-ils rediscutés au niveau de la RCP ?

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

V. Décision, délibération et information du patient :

1) Comment trouvez -vous le nombre de dossier discutés à chaque RCP ?

- Trop nombreux ☐
- Correct ☐
- Peu nombreux ☐

2) Comment vous trouvez la fréquence des RCP (Hebdomadaire) ?

- Très fréquente ☐
- Correcte ☐
- Peu fréquente ☐

3) La délibération est-elle satisfaisante ?

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

4) Quels sont selon vous, les principaux points forts de la RCP onco-digestive dans votre pratique ?

- Discussion constructive et pluriprofessionnelle, favorisant l'échange d'expertises ☐
- Remarques ciblées et pertinentes pour ajuster les plans de soin ☐
- Propositions basées sur les recommandations et les guidelines actuelles ☐
- Apprentissage continu pour les médecins en formation et les jeunes praticiens
- Autre :

5) Quels aspects de la RCP vous semblent les plus problématiques ou susceptibles d'être améliorés ?

- L'organisation des réunions ☐
- Disponibilité des dossiers ☐
- Temps consacré ☐
- Lisibilité des recommandations ☐
- Suivi des décisions ☐
- Interaction entre équipes ☐
- Charge administrative ☐
- Autres :

6) Il vous arrive d'être en désaccord avec la décision de la RCP :

Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

7) Lorsque vous n'êtes pas d'accord, que faites-vous ?

- Vous présentez le dossier avec des nouveaux éléments et arguments ☐
- Vous en discutez avec le patient ☐
- Vous discutez avec un collègue ☐
- Autre :

8) La décision appliquée :

- Est celle de la RCP ☐
- La décision que vous proposez ☐
- Le souhait du patient ☐
- Autre :

9) L'information du patient se fait par :

- Vous-même ☐
- Le résident ou l'interne ☐
- En consultation ☐
- Au téléphone ☐
- Autre :

10) Quel est le délai entre la RCP et l'instauration du traitement ?

- < 1 mois ☐
- 1 - 3 mois ☐
- 3 - 6 mois ☐
- > 6 mois ☐

27) Quelles sont vos propositions pour améliorer la RCP dans le cadre de la prise en charge des cancers colorectaux :

Fiche de la RCP : Annexe 3

  	
RCP DIGESTIF	
• Date de RCP : • Médecin demandeur : • Service demandeur :	
IP patient • Nom du patient : • Prénom du patient : • DDM : • Sexe : ☒ M ☐ F • Prénoms : • si autre : • Recrute : ☐ Oui ☐ Non	• Type Histologique : • Stade : • Motif de la RCP : • Dénutrition : • OMS : • Radiologie : ☐ HOSIX ☐ Extérieur ☐ NA
TNM TNM scanner / IRM : • Stade T : • Stade N : • Stade M : TNM clinique : • Stade T : • Stade N : • Stade M : TNM échodoppler : • Stade T : • Stade N : • Stade M : Commentaire :	pTNM Date de prélèvement : Référence : Type de chirurgie : • Stade T : • Stade N : • Stade M : • Grade : • Embolies lymphatiques : ☐ Oui ☐ Non • Embolies vasculaires : ☐ Oui ☐ Non • Embolies périmerveux : ☐ Oui ☐ Non Commentaire : Oncogénétique : • Echelle GS : oncogénétique :
Histologie Facteurs histopronostiques : • RAS : • BRAF : • Her2 : • Ki67 (%) : Comorbidités ☐ Autre cancer ☐ Problème cardiovasculaire ☐ Diabète ☐ Problème hépatique ☐ Insuffisance rénale ☐ Problème respiratoire ☐ Maladie digestive ☐ Tabagisme ☐ Autre Commentaire :	
• Résumé de la maladie : • Question posée : • Proposition thérapeutique :	
Fiche validée : ☒ Oui ☐ Non Par Dr le :	

Classification TNM du cancer colorectal (8ème édition) : Annexe 4

T- Tumeur primitive	
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ : envahissement de la lamina propria
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la muscularis propria
T3	Tumeur envahissant la séreuse ou les tissus péri-coliques ou péri-rectaux non péritonisés
T4	Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures et/ou perforant le péritoine viscéral
T4a	Tumeur perforant le péritoine viscéral
T4b	Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures
N - Adénopathies régionales	
Nx	Renseignements insuffisants pour classer adénopathies régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale
N1	Métastase dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1a	Métastases dans 1 ganglion lymphatique régional
N1b	Métastases dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1c	Nodule(s) tumoral, i.e. satellite(s)* dans la sous-séreuse, ou dans les tissus péri-coliques ou péri-rectaux non-péritonisés sans métastase ganglionnaire régionale
N2	Métastase dans 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux

N2a	Métastases dans 4 à 6 ganglions lymphatiques régionaux
N2b	Métastases dans ≥ 7 ganglions lymphatiques régionaux
M - Métastases à distance	
M0	Pas de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance
M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s) autre que régional) sans métastase péritonéale
M1b	Métastases dans plusieurs organes
M1c	Métastase dans le péritoine sans ou avec autre organe envahit

Classification par stades du cancer colorectal : Annexe 5

Stade	T	N	M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1, T2	N0	M0
Stade II	T3, T4	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade III	Tous T	N1, N2	M0
Stade IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Stade IIIB	T1, T2	N2b	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
Stade IIIC	T3, T4a	N2b	M0
	T4a	N2a	M0
	T4b	N1, N2	M0
Stade IV	Tous T	Tous N	M1
Stade IVA	Tous T	Tous N	M1a
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1b
Stade IVC	Tous T	Tous N	M1c

RESUME

Résumé

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente aujourd'hui un pilier central dans la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal. Elle offre un cadre structuré d'échanges réunissant l'ensemble des spécialistes impliqués dans la décision thérapeutique, favorisant une approche collégiale, coordonnée et conforme aux recommandations en vigueur.

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'apport des RCP dans la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal, d'apprécier le niveau de satisfaction des médecins participants quant à leur contribution au processus décisionnel, et de proposer des recommandations visant à améliorer le parcours du patient et la qualité de sa prise en charge au sein du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech.

Il s'agit d'une étude descriptive reposant sur une double analyse. La première consiste en une analyse rétrospective des dossiers de patients présentés en RCP d'oncologie digestive, menée sur une période de cinq ans à partir de janvier 2020. La deuxième correspond à une analyse transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins participant à ces RCP.

La première partie, portant sur 184 dossiers, a montré que la localisation rectale était la plus fréquente. Les principaux motifs de présentation en RCP étaient la prise en charge initiale et l'ajustement thérapeutique. Les décisions issues des RCP concernaient principalement des orientations thérapeutiques et diagnostiques.

La deuxième partie a inclus 70 médecins participants, comprenant des enseignants, des médecins spécialistes, des médecins résidents et des internes de différentes spécialités, notamment les oncologues radiothérapeutes, les oncologues médicaux, les gastro-entérologues, les chirurgiens viscéraux, les radiologues et les anatomopathologistes. Les médecins ont globalement exprimé une appréciation favorable du déroulement des RCP et ont reconnu leur impact positif sur la qualité de la prise en charge des patients, avec un niveau de satisfaction élevé.

Notre étude a permis de souligner l'importance de la RCP dans l'orientation et la validation des décisions thérapeutiques, l'amélioration du parcours des patients et la prise en charge globale. Cette importance se reflète à la fois dans le degré de satisfaction et d'intégration des participants et dans les résultats observés chez nos patients.

En conclusion, l'évaluation régulière des réunions de concertation pluridisciplinaires et l'adaptation des recommandations au contexte local sont indispensables pour améliorer de manière continue le parcours des patients et la qualité des soins.

Abstract

The multidisciplinary team meeting (MDT) is now recognized as a central pillar in the management of patients with colorectal cancer. It provides a structured framework for discussion, bringing together all specialists involved in therapeutic decision-making, thereby promoting a collegial, coordinated approach that aligns with current guidelines.

This study aimed to assess the contribution of MDT meetings to the management of patients with colorectal cancer, to evaluate the level of satisfaction of participating physicians regarding their role in the decision-making process, and to propose recommendations to improve patient pathways and the quality of care at the Mohammed VI University Hospital Center in Marrakech.

This is a descriptive study based on a twofold analysis. The first component involved a retrospective review of patient records presented at digestive oncology MDT meetings over a five-year period, beginning in January 2020. The second component consisted of a cross-sectional analysis conducted using a questionnaire administered to physicians participating in these MDT meetings.

The first part, including 184 patient records, showed that rectal localization was the most frequent. The primary reasons for presentation at MDT meetings were initial management and therapeutic adjustment. Decisions made during the MDT meetings primarily concerned therapeutic and diagnostic guidance.

The second part included 70 participating physicians, comprising attending physicians, specialists, residents, and interns from various disciplines, including radiation oncologists, medical oncologists, gastroenterologists, visceral surgeons, radiologists, and pathologists. Overall, physicians expressed a favorable assessment of the conduct of the MDT meetings and recognized their positive impact on the quality of patient care, with a high level of satisfaction.

Our study highlighted the importance of MDT meetings in guiding and validating therapeutic decisions, improving patient pathways, and ensuring comprehensive patient management. This significance is reflected both in the level of participant satisfaction and engagement, and in the outcomes observed in our patients.

In conclusion, the regular evaluation of multidisciplinary team meetings and the adaptation of recommendations to the local context are essential to continuously enhance patient pathways and the quality of care.

ملخص

تشكل اجتماعات التشاور متعددة التخصصات اليوم ركيزة أساسية في إدارة المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، إذ توفر إطارًا منظمًا للنقاش يجمع جميع المتخصصين المشاركين في اتخاذ القرارات العلاجية، مما يعزز نهجًا جماعيًا ومنسقًا ومتوافقًا مع التوصيات الطبية المعتمدة

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم دور اجتماعات التشاور متعددة التخصصات في إدارة المرضى المصابين بسرطان القولون والمستقيم، وقياس مستوى رضا الأطباء المشاركين عن مساهمتهم في عملية اتخاذ القرار، واقتراح توصيات تهدف إلى تحسين مسار المريض وجودة الرعاية الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش

تعد هذه الدراسة وصفية وتعتمد على تحليل مزدوج. شمل الجزء الأول مراجعة استيعادية لسجلات المرضى المعروضين في اجتماعات اللجان متعددة التخصصات للأورام الهضمية على مدى خمس سنوات ابتداءً من يناير 2020. أما الجزء الثاني فاشتمل على تحليل مقطعي باستخدام استبيان موجه للأطباء المشاركين في هذه الاجتماعات

أظهر الجزء الأول، الذي شمل 184 سجلًا طبيًا، أن الإصابة في المستقيم كانت الأكثر شيوعًا. وكانت الأسباب الرئيسية لعرض الحالات في الاجتماعات تتمثل في الإدارة الأولية للحالة وتعديل الخطة العلاجية، مع تركيز القرارات على التوجيهات العلاجية والتشخيصية

أما الجزء الثاني فقد شمل 70 طبيبًا من مختلف التخصصات، بما في ذلك الأساتذة، الأطباء المتخصصون، الأطباء المقيمون والداخليون، ومن بينهم أطباء الأورام الإشعاعية والطبية، وأطباء الجهاز الهضمي، والجراحون، وأطباء الأشعة وأطباء علم الأمراض. وأبدى المشاركون تقديرًا إيجابيًا لسير الاجتماعات وأكدوا على تأثيرها الإيجابي على جودة الرعاية، مع مستوى رضا عالٍ

وأظهرت الدراسة أن اجتماعات التشاور متعددة التخصصات تلعب دورًا محوريًا في توجيه القرارات العلاجية وتأكيداتها، وتحسين مسار المرضى، وضمان تقديم رعاية شاملة، وهو ما ينعكس في رضا المشاركين ونتائج المرضى

ختامًا، يمثل التقييم الدوري لهذه الاجتماعات وتكييف التوصيات وفق السياق المحلي أمرًا ضروريًا لضمان التحسين المستمر لمسار المرضى وجودة الرعاية الصحية

BIBLIOGRAPHIE

1. **Matsuda T, Fujimoto A, Igarashi Y.**
Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Public Health Strategies. Digestion. 20 mars 2025;106(2):91-9.
2. **Thanikachalam K, Khan G.**
Colorectal Cancer and Nutrition. Nutrients. 14 janv 2019;11(1):164.
3. **Liang Y, Zhang N, Wang M, Liu Y, Ma L, Wang Q, et al.**
Distributions and Trends of the Global Burden of Colorectal Cancer Attributable to Dietary Risk Factors over the Past 30 Years. Nutrients. 30 déc 2023;16(1):132.
4. **Ionescu VA, Gheorghe G, Bacalbasa N, Chiotoroiu AL, Diaconu C.**
Colorectal Cancer: From Risk Factors to Oncogenesis. Medicina (Mex). 12 sept 2023;59(9):1646.
5. **Imad FE, Drissi H, Tawfiq N, Bendahhou K, Benider A, Radallah D.**
Facteurs de risque alimentaires du cancer colorectal au Maroc: étude cas-témoin. Pan Afr Med J. 27 févr 2020 ;35(1). Disponible sur:
<https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/211158>
6. **Cancer Today.** Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/today/>
7. **Tadlaoui A.**
Cancer colorectal : État des lieux. J Nurs Biomed Sci. 16 juill 2023 ;2(1). Disponible sur:
<https://revues.imist.ma/index.php/JNBS/article/view/41548>
8. **Registre_des_Cancers_de_la_Region_du_Grand_Casablanca_2018-2021_1_nJ8oeD2.pdf.**
Disponible sur:
https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Registre_des_Cancers_de_la_Region_du_Grand_Casablanca_2018-2021_1_nJ8oeD2.pdf
9. **Francesco Schietroma et al.**
the impact of a multidisciplinary tumour board (MDTB) in the management of colorectal cancer (CRC). 2019;

10. **Allam L, Arrouchi H, Ghrifi F, Khazraji AE, Kandoussi I, Bendahou MA, et al.**
AKT1 Polymorphism (rs10138227) and Risk of Colorectal Cancer in Moroccan Population: A Case Control Study. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. nov 2020;21(11):3165-70.
11. **Weinberg BA, Sackstein PE, Yu J, Kim RD, Sommovilla J, Amarnath SR, et al.**
Evolving Standards of Care in the Management of Localized Colorectal Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book Am Soc Clin Oncol Annu Meet*. juin 2024;44(3):e432034.
12. **E SC, G S, A M, C T, Jb N, A B, et al.**
Multidisciplinary team meetings in treatment of spinal muscular atrophy adult patients: a real-life observatory for innovative treatments. *Orphanet J Rare Dis*. 24 janv 2024 ;19(1).
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38268028/>
13. **reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf.**
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
14. **Pillay B, Wootten AC, Crowe H, Corcoran N, Tran B, Bowden P, et al.**
The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. janv 2016;42:56-72.
15. **Layfield DM, Flashman KG, Benitez Majano S, Senapati A, Ball C, Conti JA, et al.**
Changing patterns of multidisciplinary team treatment, early mortality, and survival in colorectal cancer. *BJS Open*. 18 oct 2022;6(5):zrac098.
16. **Bodin F, Weber JC.**
La réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie pour valider la mastectomie prophylactique: atouts et faiblesses. *Bull Cancer (Paris)*. déc 2012;99(12):1107-15.
17. **Solé G.**
Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) – Objectifs et principe de fonctionnement. *médecine/sciences*. 1 nov 2018;34:23-5.
18. **Goker B, Shea M, Zhang R, Wang J, Ferrena A, Chae SS, et al.**
The evolution of the multidisciplinary tumor board in orthopedic oncology: from its historical roots to its future potential. *Holist Integr Oncol*. 9 juill 2024;3(1):36.

19. **Mano MS, çitaku FT, Barach P.**
Implementing Multidisciplinary Tumor Boards in Oncology: a Narrative Review. *Future Oncol.* 1 janv 2022;18(3):375-84.
20. **Specchia ML, Frisicale EM, Carini E, Di Pilla A, Cappa D, Barbara A, et al.**
The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. *BMC Health Serv Res.* 31 janv 2020;20:73.
21. **Okasako J, Bernstein C.**
Multidisciplinary Tumor Boards and Guiding Patient Care: The AP Role. *J Adv Pract Oncol.* avr 2022;13(3):227-30.
22. **Link KH, Kornmann M, Staib L, Kreuser ED, Gaus W, Röttinger E, et al.**
Patient-centered developments in colon- and rectal cancer with a multidisciplinary international team: From translational research to national guidelines. *World J Gastrointest Surg.* 27 déc 2021;13(12):1597-614.
23. **Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf.**
Disponible sur: https://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf
24. **Chaouki W, Mimouni M, Boutayeb S, Hachi H, Errihani H, Benjaafar N.**
Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers gynéco-mammaires dans un centre de référence tertiaire au Maroc. *Bull Cancer (Paris).* juill 2017;104(7-8):644-51.
25. **Lin J, Putton M, Méric JB, Artignan X, Perez-Staub N, Chakiba-Brugère C, et al. INSTITUT NATIONAL DU CANCER.**
26. **Gouverneur A, Rouyer M, Grelaud A, Colombani F, Terrebonne E, Smith D, et al.**
Évaluation de la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés présentant un cancer colorectal métastatique : étude pilote observationnelle au CHU de Bordeaux, France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* mai 2015;63:S76.
27. **Amsdar L, Tikouk J, Baba MA, Arzoug H, Elkhalladi J, Zerouali S, et al.**
Epidemiological and anatomopathological profile of colorectal cancer: A cross-sectional study. *J Public Health Afr.* 21 mars 2025;16(1):856.

28. **El Bali M, Mesmoudi M, Essayah A, Arbai K, Ghailani Nourouti N, Barakat A, et al.**
Epidemiological and anatomopathological profile of colorectal cancer in Northern Morocco between 2017 and 2019. Arab J Gastroenterol Off Publ Pan-Arab Assoc Gastroenterol. nov 2024;25(4):338-44.
29. **Imad FE, Drissi H, Tawfiq N, Bendahhou K, Jouti NT, Benider A, et al.**
Influence des facteurs socio-économiques et du niveau d'éducation sur le cancer colorectal chez une population marocaine. Pan Afr Med J. 23 déc 2019;34:209.
30. **Walle GT, Kitaw TA, Adane S.**
Incidence and determinants of mortality among patients with colorectal cancer in oncology centers of Amhara region, Ethiopia, 2024: multicenter retrospective follow up study. BMC Cancer. 18 janv 2025;25(1):102.
31. **Keli Zaineb.**
PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DU CANCER COLORECTAL DANS LA REGION ORIENTALE (A propos de 100 cas), thèse de doctorat en medecine, UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH, FMPF, 2013. Disponible sur:
<https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/22693/22-13.pdf?sequence=1>
32. **El Housse H, Ajbara W, Amsaguine S, El Amrani N, Drissi H, Ahallat M, et al.**
Profils épidémiologique et anatomoclinique d'une population marocaine atteinte de cancer colorectal. J Afr Cancer Afr J Cancer. mai 2015;7(2):95-9.
33. **Imad FE, Drissi H, Tawfiq N, Bendahhou K, Jouti NT, Benider A, et al.**
Aspects épidémiologiques, nutritionnels et anatomopathologiques des cancers colorectaux dans la région du grand Casablanca. Pan Afr Med J. 31 janv 2019;32:56.
34. **Darmadi D, Mohammadian-Hafshejani A, Kheiri S.**
Global Disparities in Colorectal Cancer: Unveiling the Present Landscape of Incidence and Mortality Rates, Analyzing Geographical Variances, and Assessing the Human Development Index. J Prev Med Hyg. 31 janv 2025;65(4):E499-514.
35. **Rollet Q, Bouvier V, Moutel G, Launay L, Bignon AL, Bouhier-Leporrier K, et al.**
Multidisciplinary team meetings: are all patients presented and does it impact quality of care and survival – a registry-based study. BMC Health Serv Res. 1 oct 2021;21(1):1032.

36. **Hahlweg P, Didi S, Kriston L, Härter M, Nestoriuc Y, Scholl I.**
Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study. *BMC Cancer*. 17 nov 2017;17(1):772.
37. **Kpossou AR, Vignon RK, Hadjete J, Sokpon CNM, Gnangnon FHR, Dossou S, et al.**
Cancers Colorectaux Dans Deux Etablissements Hospitaliers A Cotonou De 2013 A 2023: Aspects Epidemiologiques, Diagnostiques, Therapeutiques Et Pronostiques. *Mali Méd*. 15 oct 2025;40(3):1-8.
38. **Jihane HAKAM.**
Le cancer colorectal dans la région de Marrakech : bilan de 19 ans, thèse de doctorat en médecine, université cady ayyad , FMPM, 2017.
39. **Skalitzky MK, Zhou PP, Goffredo P, Guyton K, Sherman SK, Gribovskaja-Rupp I, et al.**
Characteristics and Symptomatology of Colorectal Cancer in the Young. *Surgery*. mai 2023;173(5):1137-43.
40. **Loree JM, Pereira AAL, Lam M, Willauer AN, Raghav K, Dasari A, et al.**
Classifying colorectal cancer by tumor location rather than sidedness highlights a continuum in mutation profiles and Consensus Molecular Subtypes. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 1 mars 2018;24(5):1062-72.
41. **Cockenpot V.**
Examen anatomopathologique en cancérologie mammaire : tour d'horizon des types histologiques, modalités de l'examen, biomarqueurs prédictifs et innovants. *Ann Chir Plast Esthét*. nov 2025;70(6):500-10.
42. **Washington K.**
Expanding Roles for Pathologists as Members of the Multidisciplinary Cancer Care Team. 9 déc 2016; Disponible sur: <https://personalizedmedonc.com/articles/3564:expanding-roles-for-pathologists-as-members-of-the-multidisciplinary-cancer-care-team>
43. **Fleming M, Ravula S, Tatishchev SF, Wang HL.**
Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. *J Gastrointest Oncol*. sept 2012;3(3):153-73.

44. **Jarrar MS, Barka M, Ben Abdessalem MZ, Toumi R, Mrabet S, Abdessayed N, et al.**
East-central Tunisian patients with colorectal adenocarcinoma: a comparative study of the clinicopathological features between patients under 50 years of age and older patients. Tunis Médicale. juill 2022;100(7):534-40.
45. **Belhamidi MS, Sinaa M, Kaoukabi A, Krimou H, Menfaa M, Sakit F, et al.**
Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer colorectal: à propos de 36 caswe. Pan Afr Med J. 22 juin 2018;30:159.
46. **Zhang C, Mei Z, Pei J, Abe M, Zeng X, Huang Q, et al.**
A Modified Tumor–Node–Metastasis Classification for Primary Operable Colorectal Cancer. JNCI Cancer Spectr. 16 oct 2020;5(1):pkaa093.
47. **Chang Z, Fu H, Song J, Kong C, Xie R, Pi M, et al.**
The past, present, and future of tumour deposits in colorectal cancer: Advancing staging for improved prognosis and treatment decision-making. J Cell Mol Med. 27 août 2024;28(16):e18562.
48. **Pei JP, Zhang CD, Fu X, Ba Y, Yue S, Zhao ZM, et al.**
A Novel TNM Classification for Colorectal Cancers based on the Metro–ticket Paradigm. J Cancer. 2021;12(11):3299-306.
49. **Xi K, Wu Y, Feng L, Zhu Y, Fang H, Zhang H.**
A Comprehensive Evaluation of Lymph Node Staging and a Proposal to Subdivide N2b Category in Colorectal Cancer Patients. Cancers. janv 2025;17(24):4002.
50. **Bräuner KB, Tsouchnika A, Mashkoor M, Williams R, Rosen AW, Hartwig MFS, et al.**
Prediction of 30-day, 90-day, and 1-year mortality after colorectal cancer surgery using a data-driven approach. Int J Colorectal Dis. 29 févr 2024;39(1):31.
51. **Weibull CE, Boman SE, Glimelius B, Syk I, Matthiessen P, Smedby KE, et al.**
CRCBaSe: a Swedish register-based resource for colorectal adenocarcinoma research. Acta Oncol. 3 avr 2023;62(4):342-9.
52. **AIT NOUAR Imane.**
LES CANCERS COLORECTAUX : EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE DANS LA REGION TANGER TETOUAN, thèse de doctorat en médecine, FMPT, 2023.

- 53. SEDRATI YOUSSEF.**
CANCER COLORECTAL ETUDE DESCRIPTIVE (A propos de 162 cas). thèse de doctorat en médecine, UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH, FMPF, 2013. Disponible sur:
<https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/22727/56-13.pdf?sequence=1>
- 54. Quero G, Salvatore L, Fiorillo C, Bagalà C, Menghi R, Maria B, et al.**
The impact of the multidisciplinary tumor board (MDTB) on the management of pancreatic diseases in a tertiary referral center. ESMO Open. 14 déc 2020;6(1):100010.
- 55. Shanmugasundaram R, Buckby A, Miller J, Kahokehr A.**
Uro-Oncology Multidisciplinary Team Meetings at an Australian Tertiary Centre: A Detailed Analysis of Cases, Decision Outcomes, Impacts on Patient Treatment, Documentation, and Clinician Attendance. Société Int D'Urologie J. août 2024;5(4):256-62.
- 56. Rim LEMTOUNI**
Impact de la RCP dans la prise en charge des malades en cancérologie digestive. thèse de doctorat, université CADY AYYAD, FMPM, 2020. Disponible sur:
<https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/21722/these201-20.pdf?sequence=1>
- 57. Amourache Y, Douche S, Filali T, Bounecer H.**
Résultats d'une étude prospective sur la prise en charge multidisciplinaire des cancers des voies aérodigestives supérieures. Batna J Med Sci. 25 déc 2018;5(1):60-7.
- 58. Joneborg U, Bergamini A, Wallin E, Mangili G, Solheim O, Marquina G, et al.**
European multidisciplinary tumor boards support cross-border networking and increase treatment options for patients with rare gynecological tumors. Int J Gynecol Cancer. oct 2023;33(10):1621-6.
- 59. Louie BH, Kato S, Lim JS, Kim KH, Lim HJ, Okamura R, et al.**
Molecular Tumor Board for Unicorns: Outcomes for rare and ultra-rare cancers using an N-of-One personalized treatment strategy. iScience. 5 juill 2024;27(8):110465.
- 60. Renoud-Grappin E, Bertout C, Waast D, Chatt N, Galmiche L, Ropars M, et al.**
The impact of a Diagnostic Multidisciplinary Meeting on reducing diagnostic delays in musculoskeletal tumors. Orthop Traumatol Surg Res. 13 août 2025;104349.

61. **Beck M, Etienne–Selloum N.**
La prise en charge du cancer colorectal. Actual Pharm. 1 avr 2023;62(625):25-9.
62. **Lackman MJ, Wilkinson AN.**
Le cancer du côlon en soins primaires. Can Fam Physician. janv 2024;70(1):e14-9.
63. **Romero–Zoghbi SE, Krumina E, López–Campos F, Couñago F.**
Current and future perspectives in the management and treatment of colorectal cancer. World J Clin Oncol. 24 févr 2025;16(2):100807.
64. **Kherrou A, Williet N, Maoui K, Tournier Q, Phelip JM.**
Traitement du cancer colorectal métastatique en 2021. Hépatogastro Oncol Dig. 2021;28(5):607-20.
65. **Boudiaf Z, Bouzid C, Ait–arab MR, Cherchar K, Kheloufi M, Chibane A, et al.**
La chirurgie laparoscopique de downstaging pour cancer colorectal avec métastases hépatiques synchrones: quel intérêt dans les hépatectomies en deux temps? à propos d'une série de 6 cas. Pan Afr Med J. 27 sept 2023;46:38.
66. **Medioni M, Cervantes B, Huguet F, Bachet JB, Parc Y, André T, et al.**
Actualisation des données sur le traitement néoadjuvant total de l'adénocarcinome du rectum. Bull Cancer (Paris). 1 mai 2024;111(5):483-95.
67. **Belabdi D, Talhi R, Oukkal M.**
Évolution du traitement du cancer du rectum localement avancé : de l'exérèse totale du mésorectum au traitement néoadjuvant total. 2025;4.
68. **Peinoit A, Robert G, Lassus I, Evin A, Morel V.**
Ressenti des patients atteints de cancer en soins palliatifs exclusifs: vers un binôme médecin généraliste, cancérologue? Bull Cancer (Paris). mai 2022;109(5):612-9.
69. **Guide_des_soins_palliatifs_Maroc_–_Edition_2018.pdf**
Disponible sur:
https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Guide_des_soins_palliatifs_Maroc_–_Edition_2018.pdf

70. **Mojtahedi Z, Koo JS, Yoo J, Kim P, Kang HT, Hwang J, et al.**
Palliative Care and Life-Sustaining/Local Procedures in Colorectal Cancer in the United States Hospitals: A Ten-Year Perspective. *Cancer Manag Res.* 2 oct 2021;13:7569-77.
71. **Flyum IR, Mahic S, Grov EK, Joranger P.**
Health-related quality of life in patients with colorectal cancer in the palliative phase: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care.* 16 sept 2021;20:144.
72. **Alkader MS, Shahin AA, Alsoreeky MS, Matarweh HB, Abdullah IA.**
The Impact of Palliative Chemotherapy on the Survival of Patients With Metastatic Colorectal Cancer in Jordan. *Cureus.* 15(9):e46187.
73. **Lelond S, Slobogian V, Visser M, Powell T.**
Vivre pleinement, faire des choix réfléchis : Approches de soins palliatifs et d'aide médicale à mourir centrées sur le patient – Partie I. *Can Oncol Nurs J.* 1 nov 2024;34(4):568-73.
74. **Specchia ML, Frisicale EM, Carini E, Di Pilla A, Cappa D, Barbara A, et al.**
The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. *BMC Health Serv Res.* 31 janv 2020;20(1):73.
75. **Fehervari M, Hamrang-Yousefi S, Fadel MG, Mills SC, Warren OJ, Tekkis PP, et al.**
A systematic review of colorectal multidisciplinary team meetings: an international comparison. *BJS Open.* 20 mai 2021;5(3):zrab044.
76. **Nasir S, Anwar S, Ahmed M.**
Multidisciplinary team (MDT) meeting and Radiologist workload, a prospective review in a tertiary care hospital. *Pak J Med Sci.* 2017;33(6):1501-6.
77. **Kehl KL, Landrum MB, Kahn KL, Gray SW, Chen AB, Keating NL.**
Tumor Board Participation Among Physicians Caring for Patients With Lung or Colorectal Cancer. *J Oncol Pract.* mai 2015;11(3):e267-78.

78. Baba TRAORE.

IMPACT DE LA RCP DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES EN ONCOLOGIE CHIRURGICALE au CHU du PointG. Memoire, UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO, 2022. Disponible sur:
<https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/5817/M%c3%a9moire%20D.E.S.%20Dr%20BabaTraor%c3%a9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

79. ASMA ENNAOUI.

Impact sur la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en oncologie-urologie, université cady ayyad, FMPM, 2019. Disponible sur:
<https://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these55-19.pdf>

80. Kaoutar OUCHIKH.

Evaluation des réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie en distanciel pendant la phase Covid-19, thèse de doctorat en médecine, université cady ayyad, FMPM, 2021.

81. Scher KS, Tisnado DM, Rose DE, Adams JL, Ko CY, Malin JL, et al.

Physician and Practice Characteristics Influencing Tumor Board Attendance: Results From the Provider Survey of the Los Angeles Women's Health Study. J Oncol Pract. mars 2011;7(2):103-10.

82. Meryem SARI HASSOUN.

Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) Résultats de l'enquête « usages et pratiques » Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre. 2023. Disponible sur: https://respifil.fr/wp-content/uploads/2023/03/230328_Resultats_Usages_RCP.pdf

83. Horvath LE, Yordan E, Malhotra D, Leyva I, Bortel K, Schalk D, et al.

Multidisciplinary Care in the Oncology Setting: Historical Perspective and Data From Lung and Gynecology Multidisciplinary Clinics. J Oncol Pract. nov 2010;6(6):e21-6.

84. Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA.

Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. BMC Health Serv Res. 8 sept 2014;14:377.

- 85. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines.**
Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Field MJ, Lohr KN, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235751/>
- 86. El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW, Khoury KE, Fallowfield L.**
Tumor Boards: Optimizing the Structure and Improving Efficiency of Multidisciplinary Management of Patients with Cancer Worldwide. Am Soc Clin Oncol Educ Book. mai 2014;(34):e461-6.
- 87. Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, Chapet S, Dorval É, Rosset P, et al.**
La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? Bull Cancer (Paris). févr 2010;97(2):255-64.
- 88. Laure-Estelle PILLER-JEANDEY.**
IMPACT DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE. Etude menée de mai 2006 à janvier 2007 dans le service d'oncologie du CHU Jean Minjoz de Besançon. Thèse de doctorat en médecine.FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON.2007. Disponible sur: https://www.chu-besancon.fr/3c/these_dr_piller.pdf
- 89. Guillem P, Bolla M, Courby S, Descotes JL, Laramas M, Moro-Sibilot D.**
Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations ? Bull Cancer (Paris). sept 2011;98(9):989-98.
- 90. Petrella F, Radice D, Guarize J, Piperno G, Rampinelli C, de Marinis F, et al.**
The Impact of Multidisciplinary Team Meetings on Patient Management in Oncologic Thoracic Surgery: A Single-Center Experience. Cancers. 10 janv 2021;13(2):228.
- 91. Charara RN, Kreidieh FY, Farhat RA, Al-Feghali KA, Khoury KE, Haydar A, et al.**
Practice and Impact of Multidisciplinary Tumor Boards on Patient Management: A Prospective Study. J Glob Oncol. 10 août 2016;3(3):242-9.
- 92. Clement EA, Lin W, Liu J, Raval M, Karimuddin A, Phang T, et al.**
Impact of rectal cancer multidisciplinary conferences on patient care plans. Colorectal Dis. juill 2025;27(7):e70150.

93. **Eskicioglu C, Forbes S, Tsai S, Francescutti V, Coates A, Grubac V, et al.**
Collaborative case conferences in rectal cancer: case series in a tertiary care centre. *Curr Oncol.* avr 2016;23(2):e138-43.
94. **Descotes JL, Guillem P, Bondil P, Colombel M, Chabloz C.**
Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain. *Prog En Urol.* oct 2010;20(9):651-6.
95. **Soukup T, Murtagh G, Lamb BW, Green JS, Sevdalis N.**
Degrees of Multidisciplinary Underpinning Care Planning for Patients with Cancer in Weekly Multidisciplinary Team Meetings: Conversation Analysis. *J Multidiscip Healthc.* 18 févr 2021;14:411-24.
96. **Fehervari M, Hamrang-Yousefi S, Fadel MG, Mills SC, Warren OJ, Tekkis PP, et al.**
A systematic review of colorectal multidisciplinary team meetings: an international comparison. *BJS Open.* 20 mai 2021;5(3):zrab044.
97. **Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JRT.**
Colorectal MDTs: the team's perspective. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* janv 2008;10(1):63-8.
98. **Field KM, Rosenthal MA, Dimou J, Fleet M, Gibbs P, Drummond K.**
Communication in and clinician satisfaction with multidisciplinary team meetings in neuro-oncology. *J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas.* sept 2010;17(9):1130-5.
99. **Chaillou D, Mortuaire G, Deken-Delannoy V, Rysman B, Chevalier D, Mouawad F.**
Présence en réunion de concertation pluridisciplinaire dans les cancers des voies aérodigestives supérieures : vécu et satisfaction du patient. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale.* avr 2019;136(2):76-83.
100. **Lucarini A, Garbarino GM, Orlandi P, Garofalo E, Bragaglia L, Laracca GG, et al.**
From "Cure" to "Care": The Role of the Multidisciplinary Team on Colorectal Cancer Patients' Satisfaction and Oncological Outcomes. *J Multidiscip Healthc.* 27 juin 2022;15:1415-26.

- 101. Dupré-Goudable C, Bourguoin M, Sourzac S, Masson J, Bismuth S, Calvas P.**
Petit guide à l'usage des professionnels du soin La collégialité dans les soins à domicile.
oct 2023;
- 102. Hamilton DW, Heaven B, Thomson RG, Wilson JA, Exley C.**
Multidisciplinary team decision-making in cancer and the absent patient: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 juill 2016;6(7):e012559.
- 103. Marie-Brigitte Orgerie, Nathalie Duchange, Nicole Pélicier, Philippe Rosset, Etienne Lemarié, et al.**
Multidisciplinary meetings in oncology do not impact the physician-patient relationship. *La Presse Médicale*, 2012, 41 (3 Pt 1), pp.e87-94. 10.1016/j.lpm.2011.07.026. inserm-00644590. Disponible sur: <https://inserm.hal.science/inserm-00644590v1/document>
- 104. Marie-Brigitte Orgerie.**
La décision médicale en cancérologie Rôle de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, thèse de doctorat en médecine, UNIVERSITE Paris Descartes Faculté de médecine Paris 5. 2007. Disponible sur: http://ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/these_mb_orgerie.pdf
- 105. Henri R.**
De la délibération collégiale à la décision partagée : enjeux éthiques en hématologie. *Hématologie*. janv 2015;21(1):70-90.
- 106. Howard A, Zhong J, Scott. J.**
Are multidisciplinary teams a legal shield or just a clinical comfort blanket? *Br J Hosp Med*. 2 avr 2018;79(4):218-20.
- 107. Sidhom MA, Poulsen MG.**
Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions. *Lancet Oncol*. 1 nov 2006;7(11):951-4.
- 108. Rosell L, Alexandersson N, Hagberg O, Nilbert M.**
Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. *BMC Health Serv Res*. 5 avr 2018;18(1):249.



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 كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم
سِرَّهُم.

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 يصغرنى، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين
على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



أطروحة رقم 023

سنة 2026

**مساهمة اجتماعات التشاور متعددة التخصصات في تدبير
سرطانات القولون والمستقيم: تجربة المركز الاستشفائي
الجامعي محمد السادس بمراكش**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2026/01/19

من طرف

الانسة إبتسام كمال

المزدادة في 7 غشت 2000 بزاكورة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اجتماع تشاوري متعدد التخصصات – سرطان القولون والمستقيم – طب الأورام

اللجنة

الرئيسة

م. خوشاني

السيدة

أستاذة في طب الأورام والعلاج الإشعاعي

المشرفة

م. ضرفاوي

السيدة

أستاذة في طب الأورام والعلاج الإشعاعي

خ. رباني

السيد

أستاذ في الجراحة العامة

ع. ايت الرامي

السيد

أستاذ في أمراض الجهاز الهضمي

ب. بوتاكوت

السيد

أستاذ في الفحص بالأشعة

الحكام

