



جمعية لاسلمى لمحاربة داء السرطان  
ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



وزارة الصحة  
Ministère de la Santé

# المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان

## 2010 - 2019

المحاور الإستراتيجية والتدابير



صاحب الجلالة الملك محمد السادس  
مرفوقا بصاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى رئيسة جمعية للاسلمى لمحاربة داء السرطان  
أثناء وضع الحجر الأساسي لبناء مركز الأنكولوجيا ابن رشد  
الدار البيضاء 13 أبريل 2006



# الفهرس

i

تقديم

1

1. مخطط السرطان : لماذا وكيف ؟

1

1.1 مقدمة

1

2.1 التبرير

2

3.1 المنهجية

4

2 تحليل الوضع

4

1.2 نسبة السرطان

6

2.2 نقاط القوة

6

3.2 نقاط الضعف

7

3. الرؤيا والمبادئ

7

1.3 الرؤيا

7

2.3 المبادئ

7

3.3 الهدف الاستراتيجي

7

4.3 استراتيجية العمل

9

4. استراتيجية الوقاية

9

1.4 تحليل الوضع

10

2.4 الأهداف الخاصة

11

3.4 الوقاية : التدابير

# الفهرس

## 5. استراتيجية الكشف المبكر 19

19	1.5 تحليل الوضع .....
20	2.5 الأهداف الخاصة .....
20	3.5 الكشف المبكر : التدابير 31-43 .....

## 6. استراتيجية التكفل تشخيصا وعلاجا 24

24	1.6 تحليل الوضع .....
26	2.6 أهداف خاصة .....
27	3.6 التكفل بالتشخيص والعلاج : التدابير 44-61 .....

## 7. استراتيجية العلاجات المخففة 38

38	1.7 تحليل الوضع .....
38	2.7 أهداف خاصة .....
38	3.7 العلاجات المخففة : التدابير 62-74 .....

## 8 تدابير المرافقة 45

## 9 التفعيل 46

46	1.9 النتائج المنتظرة .....
47	2.9 التمويل .....
48	3.9 مؤشرات التتبع والتقييم .....



# تقديم

باسم الله الرحمن الرحيم،

تعد محاربة داء السرطان ورشا يجب أن يظل مفتوحا مدى الحياة. إن الأمر يتعلق بمسار شاق وطويل. ومن آلامه وآماله نستمد قدرة التمرس على خوض كفاح متواصل، ونزداد تشبعا بالقيم الإنسانية السامية للتواضع والتضامن والتفأؤل.

عند إنشاء الجمعية لمحاربة السرطان، التي تحمل إسمي، كنت أدرك جسامة التحدي، وحجم العمل، وقوة الالتزام المطلوب.

إلا أن الرعاية السامية والمحفزة لصاحب الجلالة الملك محمد السادس، نصره الله، استنهضت هممنا، وأكسبتنا ملقومات اللازمة والحاسمة للنهوض برسالتنا النبيلة، على أكمل وجه.

لقد كانت الاحتياجات هائلة، لا يضاهيها إلا حجم الانتظارات الناجمة عنها، وإذا ما استحضرننا أن ثلاثين ألف مغربي ومغربية يصابون بالسرطان كل سنة، وأدركنا ما ينتج عن ذلك من مأس عائلية، فإن هذا الورش يبدو أعظم وأصعب مما يمكن قياسه أو الإحاطة به.

بيد أننا كنا مطوقين بواجب يحتم علينا الحصول على نتائج مجدية وملموسة، حيث كان يتعين علينا أن نخفف من معاناة المصابين، ونضفي أمامهم سبل الأمل، ونضمن استمرارية البرامج.

ومن البديهي أن ذلك لم يكن ليتحقق لولا انخراط كل الفاعلين في هذا الورش الإنساني، وبدون دعم من الموارد البشرية المؤهلة، التي ما فتئت تعمل بجد وتفان. كما كان علينا أن نتحرك بسرعة، بينما لم يكن يتوفر لدينا من المعطيات سوى ما تجمّع لنا من تقديرات وإسقاطات استقيناها من بعض المؤسسات.

لكن ما كنا نعلمه علم اليقين، الذي لا جدال فيه، هو أن 40 % من الإصابات بهذا الداء، يمكن تجنيبها بتحسين شروط العيش الصحي السليم. وهو إنجاز كبير في حد ذاته. ومن هنا تبرز أهمية الجانب الوقائي. أما على المستوى العلاجي، فينبغي أن نعلم أنه يمكن معالجة أكثر من نصف الإصابات والشفاء منها، إذا تم تشخيصها في الوقت المناسب، وحظيت بالرعاية الملائمة.

لقد كانت تحدونا إرادة قوية، وعزيمة راسخة لا تعرف الكلل. وما كان علينا إلا أن نوجهها الوجهة الصحيحة، وأن

نرسم لبرامجنا أهدافا محددة ومضبوطة.

ما هي بالتحديد الاحتياجات التي كان لا بد لنا العمل على الاستجابة لها ؟ أين ؟ وكيف وبأي مقدار ؟ كل هذه التساؤلات كانت بحاجة إلى أجوبة شافية.

لذا، فقد أضحت بلورة تصور استراتيجي، مضبوط وقابل للتنفيذ، أكبر تحدٍّ بالنسبة لنا، وعماد النجاح المنشود. ومن هنا، برزت ضرورة الانكباب على صياغة وإعداد الخطة الخاصة بداء السرطان التي نحن بصدها الآن.

وبفضل هذه الخطة، التي تعد بمثابة خارطة طريق، فقد أصبح مستقبل محاربة السرطان في المغرب واضحا.

وعلى غرار الدول المتقدمة، فإن المغرب يتوفر اليوم على خطة وطنية للوقاية من داء السرطان ومراقبته، والفضل في ذلك يرجع إلى وجود شراكة ناجعة بين جمعيتنا ووزارة الصحة.

واعتبارا لخصوصيات المغرب، فإن هذه الخطة تتمحور حول 78 إجراء، تنسم كلها بالعقلانية، وتتلاءم مع الموارد المتوفرة والمتوقعة. كما أنها تعتمد مقاربات جديدة للوقاية والكشف والعلاج والمواكبة الاجتماعية، مع ما يتطلبه ذلك من مراعاة للقيم المؤسسة لثقافتنا، وبتعاون فاعل من لدن كافة مكونات المجتمع. لذا، فإن الإقدام على تنفيذ هذه الخطة سيكون له وقع كبير على الجهود المبذولة لمحاربة داء السرطان. كما أنني واثقة من أن هذه الخطة ستشكل، لا محالة، نموذجا يُحتذى به في هذا المجال.

وإننا لننوه بفرق ومجموعات العمل التي ساهمت، بكل احترافية، في إعداد هذه الخطة ذات المعالم الواضحة، والمضامين الشاملة، والطוחات العريضة. كما نعرب عن ارتياحنا، المسبق والواثق، لما تبشر به الآفاق الواعدة لحسن تفعيلها من سداد ونجاح.

والله ولي التوفيق.

صاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى

رئيسة جمعية للا سلمى لمحاربة داء السرطان



”جميعا

ضد

السرطان”

## 1. مخطط للسرطان : لماذا وكيف ؟

### 1.1 مقدمة

تستعمل كلمة «سرطان» بشكل عام للدلالة على أكثر من مائة من الأمراض المختلفة من بينها الأورام الخبيثة في مناطق متعددة من الجسم (الثدي، عنق الرحم، البروستات (الموثة) المعدة الأمعاء الغليظة، القولون، الرئة، الفم... الخ)، سرطانات الدم، سرطانات العظام، مرض هودكنج وكذا الأورام اللمفاوية غير هودكنجية. القاسم المشترك بين كل هذه الأشكال هو إخفاق الميكانيزمات التي تضبط النمو والتكاثر الطبيعي للخلايا وموتها. إن هذا الخلل الذي يبتدئ صغيرا سوف ينحو بشكل تدريجي نحو الخطورة لنقوم الخلايا السرطانية باكتساح الأنسجة المجاورة بل ويمكنها أن تبلغ أيضا جهات أخرى من الجسد.

يقدر عدد المرضى الجدد المصابين بالسرطان عالميا خلال سنة 2008 بأكثر من 12 مليون شخص. فهذا الداء مسؤول عن أكثر من 12% من الوفيات التي يحدث ما يقارب ثلاثة أرباعها داخل الدول ذات الدخل المنخفض أو المتوسط فليست هناك أسرة لم يمسهما هذا المرض، ولذلك فإن حجم الأضرار التي يسببها السرطان للمجتمع بليغة جدا بحيث أنها لا تقتصر فقط في المعاناة الإنسانية للمرضى وذويهم وأصدقائهم وإنما تتجلى أيضا في كلفته الاقتصادية.

إن وطأة السرطان شديدة على المهنين و على النظام الصحي برمته، كما أنها في نمو مطرد وتزداد استفحالا. وهكذا فإن العدد الإجمالي لحالات السرطان قد تضاعف خلال الثلاثين سنة الأخيرة من القرن المنصرم، ونقدر أيضا أن هذا الرقم سيتضاعف مرتين ما بين سنة 2000 وسنة 2020 وقد يتضاعف ثلاث مرات في حدود سنة 2030. من أسباب هذا المنحى : شيخوخة الهرم السكاني حيث يسجل السرطان أكبر نسبه بين صفوف المسنين، انخفاض الوفيات بسبب الأمراض المتنقلة وكثرة التعرض لبعض عوامل الإصابة بالسرطان.

في المغرب، الوضع إشكالي أيضا، فهناك حوالي 30.000 حالة جديدة للسرطان كل سنة. كما أن السرطان مسؤول عن 7.2% من الوفيات وكلفة التكفل به جد مرتفعة وهذه الوضعية تصبح مقلقة أكثر ما دام ما يزيد عن ثلثي السكان لا يتوفرون على تغطية صحية . إن نتائج الأبحاث حول وقع التكلفة المرتبطة بعلاجات السرطان تكشف ثقل الأعباء التي تتحملها الأسر وخطورة الآثار والتداعيات الاجتماعية و الاقتصادية التي تعقب كل إصابة بالسرطان، فحوالي 90% من تكلفة بعض أمراض السرطان يتولاها المرضى أنفسهم مما يترتب عنه تفكير هذه الأسر بشكل لا محيد عنه.

### 2.1 : المبررات

هناك عدة اعتبارات تبرر ضرورة وضع مخطط للوقاية و التحكم في السرطان بالمغرب :

- غياب برامج مهيكله للاكتشاف المبكر.
- عدم كفاية البنيات التحتية وكذا الموارد البشرية المختصة.

- سوء تدبير الموارد المتاحة، غياب معايير للتكفل بالمرضى سواء عند التشخيص أو عند العلاج، غياب سياسة خاصة بالأدوية الجديدة ... الخ.
- انعدام العلاجات المخففة في المراحل النهائية palliatifs Traitements، انعدام الدعم النفسي و الاجتماعي للمرضى.
- كلفة العلاج تفوق الإمكانيات المادية لغالبية المرضى كما أن أقل من ثلث السكان هم من يتوفرون على تغطية اجتماعية طبية.
- غياب استراتيجية للتواصل في مجال السرطان.
- قصور التشريعات و القوانين الجاري بها العمل وعدم قدرتها على تأمين وقاية و تكفل فعالين بالمرض.

حيث أن هذه المعطيات تتشابه بالنسبة لغالبية البلدان ، فإن منظمة الصحة العالمية قد تبنت في سنة 2005 قرار (WHA 5822) الذي يوصى كل الدول الأعضاء بتدعيم مبادرات مكافحة السرطان من خلال تطوير وتنمية برامج التحكم في السرطان، لهذا أصبح تطوير أساليب مكافحة السرطان أكبر رهان للجميع : سلطات عمومية، قطاع خاص، منظمات غير حكومية، جمعيات ... الخ. فالكل يسعى لكي يساهم في تفعيل الاستراتيجية الدولية لمكافحة السرطان التي تهدف إلى تقليص نسبة ظهور الحالات الجديدة، الحد من الوفيات بسبب السرطان ومن التعرض لعوامل الإصابة به وكذا تحسين جودة الحياة لدى المرضى وعائلاتهم.

وهكذا وبمبادرة من صاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى رئيسة جمعية للا سلمى لمحاربة داء السرطان، فإن المغرب ينخرط ضمن هذه المقاربة الاستراتيجية ويعبئ بمساهمة وزارة الصحة والمجتمع المدني على الخصوص وكل الفاعلين المعنيين بالسرطان على وجه الخصوص قصد بلورة مخطط وطني للوقاية والتحكم في السرطان (PNPCC) متماشي مع الإستراتيجية الدولية في هذا المجال.

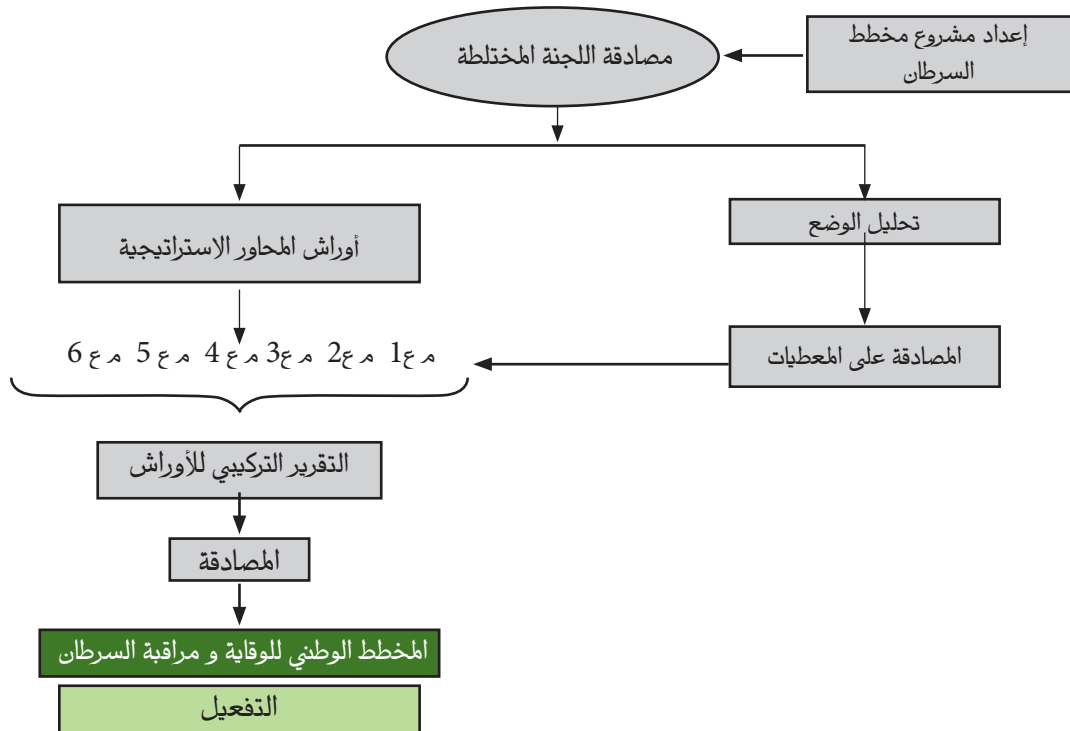
### 3.1 المنهجية

تم إعداد مشروع المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان من طرف جمعية للا سلمى لمحاربة داء السرطان حيث جرت المصادقة عليه من طرف لجنة مشتركة بين جمعية للاسلمى ووزارة الصحة (لجنة مختلطة)، وتم خلق لجنة خاصة لأجل تتبع المشروع.

يبتدئ مشروع البلورة بتحليل للوضع من خلال تنفيذ 15 دراسة لوضع وتجميع المعطيات في كل المجالات ذات العلاقة بالسرطان : معطيات نسبة الإصابة، العوامل السلوكية والمهنية، المعطيات الديمغرافية، عروض العلاج، الدراسات و البحوث حول أنظمة الوقاية و الكشف المبكر. الممارسات التشخيصية و العلاجية . البحث في التشريعات و القوانين. و التحري عن حاجات المرضى وأسره وحاجيات مهنيي الصحة و الأشخاص المعرضين للمخاطر وكذا التمثلات، المعارف، المواقف و الممارسات التي يبلورها السكان في تعاملهم مع السرطان.

وانطلاقا من تحليل الوضع تم تنظيم أرواش من طرف «جمعية للا سلمى لمحاربة داء السرطان» ALSC ووزارة الصحة لأجل وضع الاستراتيجية الخاصة بكل مجال من المجالات المختلفة للمخطط: الوقاية، الكشف المبكر،

التكفل بالتشخيص والعلاج : العلاجات المخففة، التواصل و التشريع. تم تنشيط هذه الأوراش من طرف خبراء محليين وأجانب مع مساهمة الإدارات و المؤسسات المعنية بكل مكون من مكونات المخطط، وكذا عدد من الأخصائيين في المواضيع الخاصة بكل ورشة على حدة.



الرسم 1 : منهجية العمل لإعداد المخطط الوطني للوقاية و التحكم في السرطان

## 2. تحليل الوضع

يعيش المغرب انتقلا وبأدباً Epidemiologique Transition أدى إلى ما يمكن أن ينعى "بالعبئ المزدوج" و الذي يتجلى في تواجد الأمراض التعفنية و الأمراض المزمنة جنبا إلى جنب. وبينما تنخفض تدريجيا نسبة انتشار الأمراض التعفنية وسوء التغذية نسجل ارتفاعا في نسبة انتشار الأمراض غير المعدية كأمراض القلب، الأمراض المزمنة والسرطانات. هذه الأمراض مسؤولة لوحدها عن 56% من عبئ الأمراض العامة Morbidity. ويمثل السرطان من بينها على الخصوص عبئاً ثقيلاً على كاهل النظام الصحي.

يمكن حصر أهم العوامل المساهمة في هذا التحول في :

- طول أمد الحياة عند الولادة الذي انتقل من 47 سنة في 1960 إلى 71 سنة في 2008.
- التطور الاقتصادي و الاجتماعي السريع.
- التغير البيئي.
- تغيير أنماط العيش : قلة الحركة، الميل أكثر فاكثراً نحو تبني نظام غذائي غربي وانتشار التدخين و السلوكات غير الصحية.

### 1.2 نسبة ظهور السرطان

يعتبر سجل السرطان لجهة الدار البيضاء الكبرى المصدر الوحيد للمعلومات الوبائية (الإبديولوجية) الذي يحظى حالياً بالمصداقية حول داء السرطان بالمغرب. فهذا السجل يعني نسبة من السكان تناهز 10% من تعداد السكان العام.

في المجموع وبحساب كل التموضعات تم تسجيل 3336 حالة سرطان من طرف سجل السرطان بجهة الدار البيضاء الكبرى سنة 2004، منها 1833 لدى النساء و 1503 بين الرجال. وهكذا فإن النسبة المعيارية العامة مرتفعة بعض الشيء لدى جنس الإناث (104,2 كل 100.000 امرأة / في العام في مقابل 100,5 لكل 100.000 رجل في العام)،

وقد أثمرت النتائج المتوصل إليها من خلال هذا المسجل أن جهة الدار البيضاء الكبرى عرفت سنة 2004 تسجيل 3336 حالة سرطان، منها 1833 لدى النساء و 1503 بين الرجال، وهذا يعني أن النسبة المعيارية العامة مرتفعة لدى جنس الإناث بحوالي (104,2 لكل 100.000 امرأة سنوياً مقابل 100,5 لكل 100.000 رجل سنوياً).

يظهر الرسم رقم 1 توزيع السرطان حسب التوضع و الجنس طبقا لسجل السرطان بجهة الدار البيضاء الكبرى لسنة 2004.

النساء	%	الرجال	%	المجموع	%
الثدي	36.1%	-	-	662	19.8%
الرئة	1.7%	358	23.8%	389	11.7%
عنق الرحم	12.8%	-	-	235	7.0%
ورم ليفي غير هيدجنكي	4.0%	92	6.1%	165	4.9%
البروستات	-	125	8.3%	125	3.7%
المعدة	2.5%	62	4.1%	107	3.2%
الشرج	2.8%	47	3.1%	98	2.9%
الغدة الدرقية	5.3%	-	-	97	2.9%
القولون	2.2%	56	3.7%	96	2.9%
المبيض	5.0%	-	-	92	2.7%
الحنجرة	-	84	5.6%	84	2.5%
المثانة	-	84	5.6%	84	2.5%
الجلد	2.3%	41	2.7%	83	2.5%
تموضع أولي غير معروف	-	68	4.6%	68	2.0%
الحلق	-	65	4.3%	65	1.9%
الرحم	2.7%	-	-	49	1.5%
الدماغ	-	42	2.8%	42	1.3%
البذكرياس	-	32	2.1%	32	0.9%
الورم الليفي لمودكنج	1.6%	-	-	29	0.9%
المراة	1.2%	-	-	22	0.7%
المرئ	1.1%	-	-	20	0.6%
سرطانات أخرى	18.7%	350	23.3%	693	20.8%
المجموع	55%	1503	45%	3336	100%

إذا حذفنا "السرطانات الأخرى" غير المميّزة، فإن السرطانات الأكثر انتشارا المسجلة بجهة الدار البيضاء الكبرى سنة 2004 هي سرطانات الثدي 36,1% وعنق الرحم 12,8% بالنسبة للنساء في مقابل سرطانات الرئة 23,8% و البروستات 8,3% عند الرجل.

إذا قمنا بإسقاط هذه النتائج على مجموع ساكنة المغرب يتبين أن النسبة المعيارية العامة (نساء + رجال) هي 101,7 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة في السنة، مما يعني حوالي 30000 حالة جديدة للسرطان كل عام بالمغرب : يأتي سرطان الثدي في المقدمة متبوعا بسرطان الرئة، سرطان عنق الرحم، سرطان الشرج و الأمعاء الغليظة. الأورام الليفية غير هيدجنكية ثم سرطان البروستات وسرطان المعدة.

فيما يخص السرطانات عند الطفل فإن نسبة ظهور الداء كما يقدرها سجل السرطان لجهة الدار البيضاء الكبرى هي 11,34 لكل 100.000 طفل في السنة مما يمثل 3,2% من مجموع السرطانات المحصية. كما أن الفتيات أكثر إصابة من الأطفال الذكور بنسبة تبلغ 53,8%. السرطانات الأكثر شيوعا عند الطفل هي سرطانات الدم (19,8%) تليها سرطانات الدماغ والسحايا (17,1%) ثم سرطانات العظام (12,30%) فسرطانات الغدة الكظرية (11,3%) فسرطانات العين (10,4%).

## 2.2 نقاط القوة

- وجود قيادة.
- توفر الإرادة السياسية.
- اعتبار السرطان مشكلا يحظى بالأولوية ضمن مشاكل الصحة العمومية.
- وجود مجتمع مدني حيوي.
- وجود رصيد من الكفاءات البشرية.
- وجود رصيد من الهياكل و البنيات التحتية.
- وجود أدوية للعلاج.

## 3.2 نقاط الضعف

- غياب سياسة للوقاية.
- غياب برنامج للرصد المبكر.
- غياب خريطة صحية.
- عدم كفاية التغطية الاجتماعية مع كلفة مرتفعة للتكفل بالمرض تجعل العلاج في غير متناول كثير من المرضى.
- غياب العلاجات المخففة في المراحل النهائية ، وغياب الدعم النفسي و الاجتماعي.
- غياب مخطط أو استراتيجية للإخبار و التوعية و التواصل.
- عدم كفاية التكوين الأولي و التكوين المستمر.
- عدم كفاية وعدم ملائمة التأطير التشريعي و التنظيمي.

### 1.3 الرؤيا

تتمثل رؤيا "المخطط الوطني للوقاية و مراقبة السرطان" في الوقاية و التحكم في السرطان على المستوى الوطني بفضل مقارنة متعددة القطاعات تقترح مبادرات ملموسة ودائمة يتم تكييفها بانتظام وفقا للأولويات مع استخلاص الفائدة القصوى من الموارد المتاحة و الحرص على ملاءمة السياق الاجتماعي و الاقتصادي و الثقافي للبلد.

### 2.3 المبادئ

ينشد هذا المخطط تحقيق المبادئ التالية :

- المساواة : عرض علاجي واحد للجميع يكون في متناول ومقدور الجميع.
- التضامن : ضمان التكفل للجميع عبر الانخراط في أنظمة التأمين.
- الجودة : تكفل شامل يستجيب للمعايير.
- التفوق و الإتقان في كل مراحل تفعيل المخطط.
- ضمان تفعيل حقوق المرضى المصابين بالسرطان من خلال اقتراح برنامج يعتمد الحياد ويؤسس لخدمة إنسانية قوامها المساواة.

### 3.3 الهدف الاستراتيجي

هدف "المخطط الوطني للوقاية و التحكم في السرطان" هو تقليل المراضة والوفيات المرتبطة بالسرطان وتحسين جودة الحياة للمرضى وذويهم.

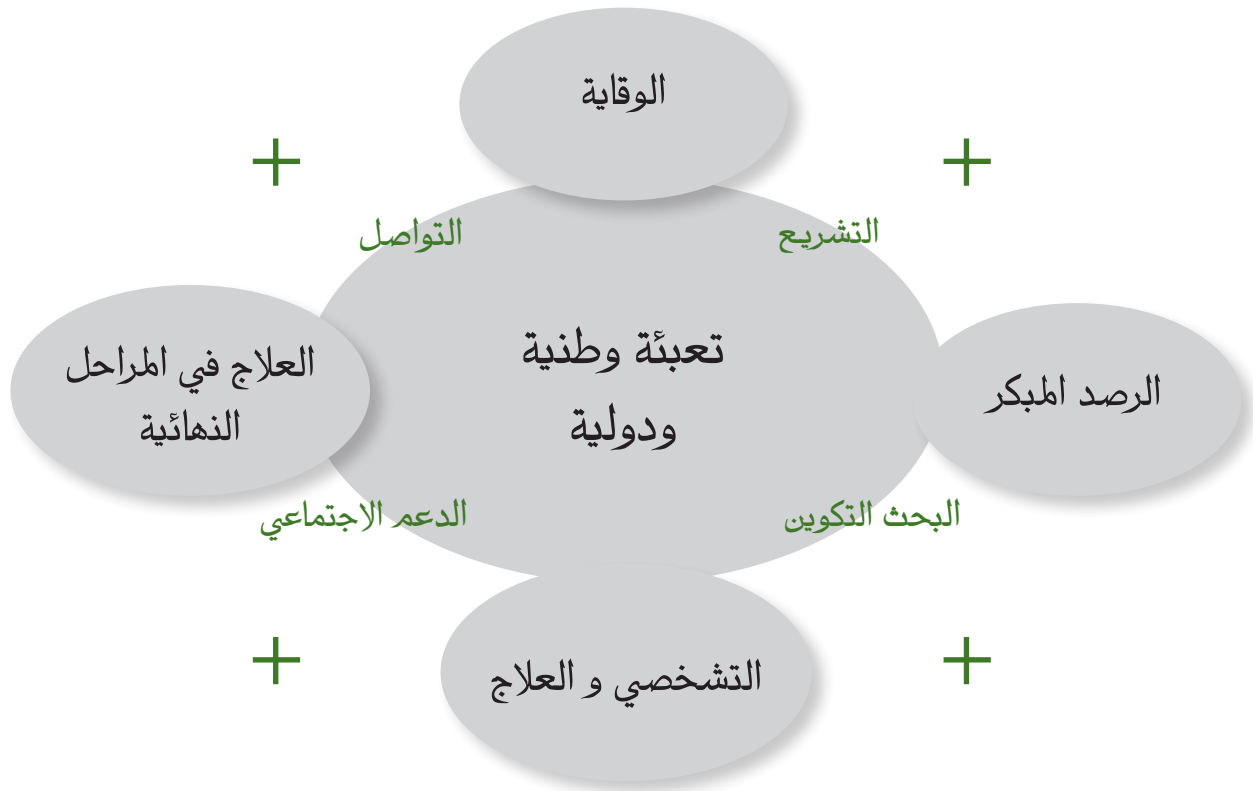
### 4.3 استراتيجية العمل

تتمثل استراتيجية العمل لدى "المخطط الوطني للوقاية و التحكم في السرطان" في التدخل على شكل إجراءات عملية يتعين مباشرتها على مستوى المكونات التالية :

- الوقاية.
- الكشف المبكر.
- التكفل التشخيصي و العلاجي.
- العلاجات المخففة.



هذه المكونات سيسندها برنامج للدعم يقوم على التواصل و التعبئة الاجتماعية وتقوية الترسانة القانونية و التنظيمية ويمكن تجسيد كل هذه الجوانب في الرسم رقم 2 الذي يجسم الإطار المفهومي لـ "المخطط الوطني للوقاية و التحكم في السرطان".



الرسم - الإطار المفهومي لـ "المخطط الوطني للوقاية و التحكم في السرطان" PNPCC.

لقد تمت بلورة كل محور بناء على نماذج معتمدة علميا باعتماد مقاربة نظامية تركز على المريض ومحيطه مع الأخذ بعين الاعتبار النتائج المحصل عليها بعد تحليل وضعية السرطان بالمغرب.

## 4. استراتيجية الوقاية

تعتبر الوقاية المقاربة الأكثر فعالية في مجال الصحة العمومية و الأكثر نجاعة اقتصاديا لأجل كل مكافحة يتم إنجازها على الأمد البعيد. وهكذا فإنه بالإمكان تفادي ما يقارب ثلث حالات السرطان باجتناّب تغيير أو تقليص هشاشة الأشخاص المعرضين لعوامل الإصابة ، التدخين، البدانة والسمنة. الاستهلاك غير الكافي للخضر والفواكه. نقص النشاط البدني، تناول الكحول. التعفّنات (التهاب الكبد الفيروسي باء HVB، الفيروس الحيلومي البشري HPV) وتلوّث الهواء.

### 1.4 تحليل الوضعية

تراوح نسبة انتشار التدخين سنة 2008 حوالي 6% لدى الساكنة المغربية (30% من الرجال، 1% من النساء) كما أنه ليس بإمكاننا تجاهل التدخين السلبي بالنسبة لغير المدخنين ؛ 32% من الساكنة معرضون لهذا النوع من التدخين في محيطهم العائلي الأقرب و 17% داخل محيطهم المهني و 60% داخل الأماكن العامة. فيما يخص المشروبات الكحولية فإنها تستهلك من قبل 6,8% من الرجال ويتناولها 2% منهم بشكل يومي. بالنسبة للعوامل المرتبطة بالتغذية ،

- 63% من الساكنة المغربية تستهلك 5 أنواع أو أكثر من الفواكه والخضر كل يوم.
- 11% من الساكنة تستهلك الدواجن أكثر من 3 مرات في الأسبوع
- 3% فقط من الساكنة تتغذى بالسّمك 3 مرات في الأسبوع أو أكثر.
- فيما يتعلق بالنشاط البدني ؛ كل شخص من بين كل أربعة أشخاص يقوم بمجهود بدني بوتيرة مرتفعة وكل شخص من بين اثنين له نشاط بدني بوتيرة متوسطة في حين أنه من بين كل خمسة أشخاص هناك شخص واحد فقط يزاول الرياضة.

تبلغ نسبة السمنة 14% من مجموع السكان ويعاني 30% منهم من الوزن الزائد. 64% من الساكنة معرضة لأشعة الشمس خلال ساعات الحر (س 11 - س 16) ولا يلجأ ثلثهم لأي أسلوب من أساليب الوقاية.

داخل الأوساط المهنية يعدّ التعرض لبعض المواد المسرطنة أمرا شائعا بالإضافة إلى أن استعمال وسائل الحماية لازال ضعيفا.

- صناعة الخشب ؛ التعرض لغبار الخشب يناهز 100% ويتراوح بنسبة 62% بالنسبة لبنزين الصبغة.
- صناعة الجلد ؛ نسبة التعرض للملح وللصبغة ترواح على التوالي نسبة 100% و 55%
- صناعة النحاس ؛ يتم التعرض بكثرة لغبار الخشب (54%)، الإيتانول (18,1%) والحامض الكبريتي (17,3%).

- صناعة الفخار : يقع التعرض بالخصوص لغبار الخشب (11,3%) الصباغة (44%) والرصاص (21%).
  - قطاع البناء والأشغال العمومية : يتم التعرض بالخصوص لغبار الخشب 11,3% متبوعا بالصباغة 9,7% بينما يكون معدن الأميانت العامل الأكثر انتشارا في بعض البناءات.
- في المجال التشريعي لا يفرد القانون الوطني أي نص قانوني خاص بالسرطان فكلمة سرطان لا تظهر في تسميات وعناوين القوانين والظواهر والمراسيم.
- يمثل القانون رقم 15-91 الإطار القانوني الحالي الخاص بمكافحة التدخين في حين أن مقترح القانون المعتمد حديثا من قبل البرلمان ينحو إلى تعديل وتكملة هذا النص من خلال تطعيمه بمواد تشكل طفرة هامة في مجال مكافحة التدخين.
- تنظم المقتضيات المضمنة في القانون 65 - 99 الخاص بمدونة الشغل حماية صحة العمال فمن بين 86 مرضا مهذبا مشار اليه في مرسوم دجنبر 1999 الصادر عن وزارة الشغل هناك 8 أمراض تنتمي لمجموعة الأمراض السرطانية.
- لم تر القوانين الخاصة بالبيئة والتلوث والهواء النور إلا في سنة 2003 واضعة بذلك الحد لظهير قديم يعود لسنة 1914 خاص بتنظيم المؤسسات غير الملائمة التي لا تتوفر على شروط النظافة والسلامة. هذا وتجدر الإشارة الى وجود ترسانة قانونية هامة تخص السلامة الغذائية ونظافة الوسط :
- ينظم مرسوم القوانين الخاصة بالحماية من الأشعة الأيونية وتتضمن مقتضياته الشروط المطلوبة لاستعمال هذه الأشعة وكذا المعايير المرتبطة باماكنها وتدابير تصريف وتخزين النفايات النشطة إشعاعيا.

## 2.4 أهداف خاصة

- الحد من التدخين بنوعيه بما في ذلك التدخين السلبي.
- رفع عدد الأشخاص الذين يتبنون نمط عيش سليم.
- تقليص نسبة انتشار السمنة والبدانة.
- خفض عدد الأشخاص الذين يستهلكون الكحول
- الوقاية من التعفنات.
- تحسين إجراءات وتدابير الوقاية داخل الأوساط المهنية.
- وضع تدابير خاصة لمكافحة تلوث البيئة
- بلورة استراتيجية مراقبة السرطان وعوامل الإصابة.

## 3.4 الوقاية : التدابير

### مكافحة السرطان

#### التدبير 1 : الوقاية من التدخين

- وضع وتنظيم حملات للتوعية والتحسيس بآثار التدخين في صفوف الجمهور.
- وضع برامج للإخبار والتربية تستهدف فئات الشباب والمجموعات الهشة.
- إشراك وسائل الإعلام في حملة مكافحة التدخين ووضع ميثاق حسن السلوك خاص بمهنيي الإعلام.

#### التدبير 2 : دعم وتشجيع الإقلاع عن عادة التدخين

- توعية وإنذار المدخنين بمخاطر التدخين
- الشروع في استشارات طبية للمساعدة على الإقلاع عن التدخين داخل مؤسسات العلاج الأولية.
- تقنين سداد الأدوية والمواد المعوضة للنيكوتين.
- دعم مصالح الإقلاع عن التدخين.

#### التدبير 3 : حماية غير المدخنين

- التوعية والتحسيس بمخاطر التدخين السلبي داخل العائلة.
- التوعية والتحسيس بمخاطر التدخين السلبي داخل الأماكن العامة.
- دعم الأنشطة والمبادرات التربوية المدرسية وغير المدرسية.

#### التدبير 4 : تقليص الولوج لمواد التدخين ومكافحة التحفيز على استهلاكها.

- رفع الرسوم على أئمة التبغ بشكل منتظم ومعبر.
- منع بيع السجائر بالتقسيط.
- منع الإشهار المباشر وغير المباشر.
- منع البيع للقاصرين.
- تشديد مكافحة تهريب السجائر.

#### التدبير 5 : المصادقة على الاتفاقية الإطار لمكافحة التدخين.

## التدبير 6 : وضع الإجراءات الكفيلة بتطبيق القانون 15-91

- تطبيق منع التدخين في الأماكن العمومية وأثناء العمل وفي المؤسسات التربوية.
- تفعيل المنع ضد الدعاية للتدخين.

## التدبير 7 : تعبئة الجمعيات النشيطة في مجال مكافحة التدخين.

## التدبير 8 : خلق هيئة بين مختلف القطاعات لمراقبة استهلاك التبغ وتتبع وتقييم مبادرات مكافحة التدخين

تشجيع تبني نمط عيش صحي

## التدبير 9 : تشجيع تغذية صحية ومتوازنة.

- التمكين من استهلاك خمسة أنواع من الفواكه والخضر في اليوم على الأقل.
- تشجيع استهلاك السمك (غير المقلي) وتقليل استهلاك اللحوم والشحوم الحيوانية.
- تشجيع حفظ الأغذية بالتبريد
- التوعية بمخاطر حفظ الأغذية بالتدخين أو التملح في الأوساط العائلية وأوساط الصناعة التقليدية.
- تنظيم حملات إخبارية تربية وتواصلية نشيطة ودائمة لتشجيع تغذية متوازنة وغير مكلفة في جميع الفصول.
- بلورة برامج للتربية على فنون الطبخ الصحي عبر وسائل الإعلام وداخل المؤسسات المدرسية.
- تحسيس أصحاب المطاعم والمطعمين والمصنعين بالمخاطر المرتبطة بالأنظمة الغذائية غير المتوازنة.
- بلورة معايير تغذية متوازنة في المطاعم ومطاعم الإدارات والشركات والمؤسسات المدرسية.

## التدبير 10 : محاربة الوزن الزائد والبدانة

- وضع برنامج للتربية الغذائية موجه للمراهقين والأطفال منذ سن الخامسة.
- وضع برامج خاصة لمكافحة السمنة.
- تكوين مهني الصحة حول المخاطر الصحية للسمنة و الوزن الزائد
- تحسيس المستهلكين بمخاطر الوجبات السريعة غير المتوازنة
- تحسيس المستهلكين بمخاطر الإفراط في تناول السكريات، الملح، والدهون.
- تغيير تمثل البدانة في الذهنية الشعبية.

## التدبير 11 : تشجيع النشاط البدني

- تدعيم الأنشطة البدنية في الوسط المدرسي والحد من الإعفاءات بسبب المحاربة.
- تسهيل الولوج إلى أنشطة رياضية بالقرب خارج المدرسة لفائدة الشباب.
- خلق بنيات رياضية بالقرب باثمنة مقبولة.
- تنظيم حملات إخبارية تربوية وتواصلية حول فوائد الممارسة الرياضية المنتظمة لدى كل الأعمار والتحسيس بمخاطر قلة الحركة.
- تشجيع مخططات للتأهيل الحضري تتبنى طرقا خاصة بالدراجين، فضاءات للنزهة على الأقدام مناطق خضراء، ملاعب رياضية ووسط مدينة بدون سيارات.

## التدبير 12 : مكافحة استهلاك الكحول.

- رفع الرسوم على أثمنة المشروبات الكحولية.
- منع الدعاية المباشرة والغير مباشرة للكحول.
- التحسيس والتوعية باضرار الكحول.
- بلورة برامج لدعم مصالح وجمعيات الإقلاع عن استهلاك الكحول.
- مكافحة الأمراض التعفنية

## التدبير 13 : الوقاية من التعفّنات الفيروسية

- توعية الساكنة بانماط انتقال التعفّنات، بمخاطر التسرطن المتعرض لها وبوسائل الوقاية.
- تقوية الاستراتيجيات المعتمدة في مجال مكافحة التعفّنات المتنقلة جنسيا وخصوصا السيدا مع التعريف بمخاطر الإصابة بفيروس التهاب الكبد بـ HBV والفيروس الحيلومي البشري HPV.
- المضي قدما في التلقيح ضد الفيروس الحيلومي البشري HPV.

## التدبير 14 : بلورة برنامج للتلقيح ضد الفيروس الحيلومي البشري

- التقليل من التعرض للأشعة فوق البنفسجية

## التدبير 15 : الوقاية من أضرار الأشعة فوق بنفسجية

- بلورة حملات تحسيسية حول مخاطر التعرض المبالغ فيه لأشعة الشمس وحول وسائل الحماية.
- إدماج دروس ومواد حول منافع ومضار الشمس ضمن المسار الدراسي.

- وضع أعمدة إرشادية حول مخاطر التعرض للشمس وقواعد الوقاية في الأماكن الخطرة (الشواطئ - المسابح).
- بلورة ووضع قوانين رهن التطبيق حول المصابيح المرسلّة للأشعة فوق البنفسجية في الأوساط المهنية.

### تشديد الوقاية في الوسط المهني

**التدبير 16 :** تحسين الإجراءات والممارسات الوقائية في الأوساط المهنية.

- تنظيم أبحاث في الأوساط المهنية لحساب خطورة التعرض للمواد المسرطنة المصنفة 1 و A2 حسب تسمية منظمة الصحة العالمية OMS (C I RC).
- إعلام وتوعية كل المهنيين بالمخاطر الخاصة المرتبطة بمهنتهم.
- بلورة الإجراءات الوقائية الملائمة لكل وسط مهني.
- مراجعة تشريع طب الشغل لتدعيم الوقاية ضد عوامل التسرطن.
- وضع نظام للتأمين خاص بالأمراض المهنية.
- شمل المتقاعدين بالحق في التعويضات الخاصة بضحايا الأمراض المهنية.

### مكافحة المخاطر البيئية

**التدبير 17 :** مكافحة تلوث التربة

- تفعيل التشريعات القائمة وتشديد المراقبة على تطبيقها.
- التحقق من حسن استعمال الأسمدة ومبيدات القوارض والحشرات.
- إعلام وتحسيس وتكوين المناولين لهذه المواد الخطيرة بأضرارها المحتملة.

**التدبير 18 :** الوقاية من التعرض للأشعة الكهرومغناطيسية و الأيونية

- احترام القوانين الدولية الجاري بها العمل حول استعمال الأشعة الأيونية والكهرومغناطيسية.
- إعلام، تحسيس، تكوين مهنيي الصحة بضرورة الاحترام الدائم لقواعد السلامة وكذا مراقبة ومعالجة النفايات المشعة.
- تشديد المراقبة داخل البنيات التي تستعمل المواد المشعة.
- وضع نظام يضمن توثيق استعمال المواد المشعة.

- تحديد مناطق الخطورة بالنسبة للراديو
- تطوير المركز الوطني للوقاية من الإشعاعات

#### التدبير 19 : تطوير التشريعات المتعلقة بالمخاطر المرتبطة بالأشعة الأيونية

- مراجعة القانون رقم 71-005 مع نصوصه التطبيقية.
- اعتماد مشروع المرسوم التطبيقي المتعلق بتدبير النفايات المشعة.
- تنظيم المسلك الخاص بتكوين الفيزيائيين الطبيين.
- تحديد القواعد الخاصة بتراخيص استيراد الأجهزة المستعملة التي تعتمد الأشعة الأيونية.

#### التدبير 20 : مكافحة تلوث الجو

- انجاز أبحاث لرصد وحساب التلوث الجوي.
- تطبيق القوانين الخاصة بتلوث الجو.

#### التدبير 21 : تطوير التشريعات المتعلقة بالمخاطر المرتبطة بالبيئة

- مراجعة ظهير 1914 حول المؤسسات غير الملائمة المخالفة لشروط النظافة والسلامة.
- اعتماد النصوص التطبيقية للقوانين 11-03، 12-03 و 13-03 المتعلقة على التوالي بحماية وإعادة الاعتبار وتأهيل البيئة، بدراسة التأثيرات على البيئة وبمكافحة تلوث الجو
- تدعيم حماية المستهلكين.

#### التدبير 22 : حماية المستهلكين من المواد المسرطنة

- إعلام وتحسيس المستهلكين بقواعد النظافة المتعين احترامها.
- تطوير مراقبة الإجراءات التنظيمية لدى أرباب الصناعة الغذائية.
- تعميم وتحسين بيانات محتوى المواد الغذائية.
- دعم جمعيات حماية المستهلكين.
- تشديد المراقبة على المواد الغذائية المطبوعة بجانب المؤسسات التعليمية وأماكن إعداد وبيع المأكولات.
- تشديد المراقبة الصحية على الحدود وتطوير أساليب مكافحة تهريب المواد الغذائية.
- تشجيع حفظ الأغذية بالتبريد ومكافحة طرق الحفظ بالتدخين والتعليق.



## التدبير 23 : تطوير التشريعات المتعلقة بالمخاطر المرتبطة بالتغذية

- الإسراع بإصدار قانون ينظم إجراءات حماية المستهلكين
  - إقرار مقترح القانون المتعلق بخلق المكتب الوطني للسلامة الصحية للأغذية
  - وضع قوانين لمكافحة الإشهار المخادع.
  - ضمان مراقبة تطور السرطانات وعوامل الإصابة
- سيمكن وضع استراتيجية لمراقبة تطور السرطانات وعوامل الإصابة من تحديد الحجم الحقيقي للمشكلة تتبع حالات السرطان وعوامل الإصابة في الزمان والمكان وتخطيط الوسائل الضرورية للوقاية و للتكفل بهذه الأمراض يجب أن تنفذ هذه الاستراتيجية من خلال مقاربات مختلفة حسب الأهداف والوسائل المتاحة.

## التدبير 24 : حساب نسبة ظهور السرطان

- ماسسة سجل السرطان لجهة الدار البيضاء الكبرى
- تطوير معطيات سجل السرطان لجهة الدار البيضاء الكبرى
- وضع سجلات الاستشفاء داخل كل مؤسسات علاج السرطان عمومية كانت أو خاصة.
- تحليل معطيات المراقبة على مستوى المراكز الجهوية
- دراسة الجدوى من إمكانية خلق سجل آخر للسكان في جهة أخرى

## التدبير 25 : حساب الوفيات بسبب السرطان

- تكوين وتحسيس الأطباء بأهمية ملئ بيانات الوفاة
- وضع نظام للمراقبة والتأكد من ملئ بيانات الوفاة
- وضع نظام للربط بين سجلات السرطان وسجلات الوفيات

## التدبير 26 : مراقبة المخاطر المرتبطة بالملهن.

- وضع ملفات للتتبع الطبي للأنشطة المهنية الخطيرة للعمال.
- تحسيس الأشخاص المعرضين للمواد المسرطنة للتصريح بهذه الأخطار في حالة ظهور سرطانات بعد التقاعد.
- إقامة نظام للتأكد من أخطار التعرض لعوامل الإصابة في أماكن العمل.
- وضع نظام مركزي للمعطيات خاص بمراقبة الأخطار و السرطانات المهنية لأجل تمكين المصالح العمومية المعنية من تحليل الوضع واتخاذ القرارات.

## التدبير 27 : حساب نسبة انتشار المخاطر المرتبطة بالسرطان

- إنجاز أبحاث بشكل منتظم حول نسبة انتشار عوامل الإصابة المرتبطة بالسلوك.
- القيام بأبحاث حول نسبة التعرض للمخاطر داخل أماكن الصناعة التقليدية. الفلاحة. قطاع البناء والأشغال العمومية.

## التدبير 28 : تقييم المعارف :

- القيام بدراسات خاصة بمعارف، مواقف، وممارسات الساكنة تجاه السرطان وعوامل الإصابة لتقييم المبادرات الإعلامية والتربوية والتواصلية الموجودة رهن التنفيذ على وجه الخصوص.
- إنجاز دراسات تتعلق بالمعارف والمواقف والممارسات في الأوساط المهنية.

## بلورة استراتيجية للتكوين في مجال الوقاية

## التدبير 29 : تطوير المسار الدراسي الأساسي والتكوين المستمر في مجال الوقاية من السرطان

- يجب أن يشمل التكوين في مجال الوقاية كل القطاعات كما ينبغي أن يكون منسقا وموحدا.
- بالنسبة للمسار الدراسي الأساسي :
- دمج وحدة حول الوقاية من السرطان في جميع أسلاك التعليم.
  - إيلاء أهمية قصوى لتدريس الصحة العمومية ضمن المسار التكويني الأساسي الطبي والشبه طبي.
  - تقوية جوانب الصحة العمومية المتعلقة بالوبائيات وعلم السرطان في الاختصاصات المتعلقة بكل الأعضاء.
- بالنسبة للتكوين المستمر :
- وضع برنامج للتكوين المستمر في مجال الوقاية لصالح مهنيي الصحة

## تطوير محاور البحث في الوقاية.

## التدبير 30 : تطوير البحث في مجال الوقاية من السرطان

- تطوير البحوث الأساسية في مجال الوقاية.
- إنجاز بحوث خاصة حول نسبة الظهور والانتشار والوفيات المتعلقة ببعض أشكال السرطان.
- تطوير البحوث الخاصة بتحديد وتقدير وحساب عوامل الإصابة.

- الشروع في الأبحاث العملية حول قاسم التكلفة ومقارنة مع الفائدة بالنسبة للمبادرات الوقائية.
- القيام بدراسات في مجالات السلوك وعلم الاجتماع الانتريولوجي.
- إنجاز دراسات حول السرطان العائلي.

## 5. استراتيجية الكشف المبكر

لأنشطة الكشف المبكر أهمية قصوى في التقليل من نسبة ظهور بعض السرطانات. وهكذا فإنه بإمكاننا النقص بما يقارب الثلث من أعباء السرطان بفضل الكشف المبكر وعلاج الحالات عند بداية المرض وهي المرحلة التي يكون فيها العلاج أكثر فعالية. يمكن أن يتحقق هذا من خلال تحسيس الساكنة بالعلامات المبكرة وكذا عن طريق برامج للتشخيص المبكر لدى الأشخاص المعرضين لعوامل الإصابة لأجل رصد المرض حتى قبل ظهور أولى العلامات.

### 1.5 تحليل الوضع

بخصوص سلوك الساكنة تجاه مراقبة حالتها الصحية، فإن واحد من كل عشرة مغاربة على وجه التقريب يقوم بزيارة الطبيب بشكل منتظم في حين أن حوالي ثلاث أرباع النساء لا يتوجهن أبدا لاستشارة طبيب أمراض النساء والولادة.

يشتمل الكشف المبكر على مكونين : الرصد والتشخيص المبكر.

- **الرصد** : اكتشاف السرطان بواسطة اختبار قبل ظهور العلامات المرضية لدى ساكنة غير مريضة (مرحلة ما قبل سريرية)

- **التشخيص المبكر** : اكتشاف السرطان بمجرد ظهور العلامات الأولى.

يتوجه الرصد نحو مجموعة "مستهدفة" من الساكنة نظرا لوجود عامل خاص من عوامل الإصابة بمعنى أنه بالإمكان اقتراح رصد بواسطة اختبار دون وجود أي علامة مرضية : الهدف هو ضمان علاج فعال وأقل وطأة في حالة اكتشاف المرض.

يستهدف التشخيص المبكر أشخاصا تظهر لديهم علامات تستوجب المبادرة باستشارة مهنيي الصحة بأسرع وقت ممكن وتبعاً لذلك فإنه يتعين توجيههم في الحال من قبل هؤلاء المهنيين نحو وسائل تشخيص مناسبة وفي حالة الضرورة نحو مصالح العلاج المختصة.

إن وضع إستراتيجية الكشف المبكر لا تتضمن بالضرورة أثرا ايجابيا على الصحة لكنها في المقابل تشتمل دائما على تكاليف اقتصادية وقد تسبب أحيانا بعض الإزعاج. لذلك يتحتم تحليل الوضع بالمغرب من خلال مراعاة الأنواع الشائعة للسرطان والفعالية الممكنة للعلاجات في حالة الرصد والتشخيص المبكر بالاعتماد على المعارف المحصلة بواسطة البحوث والدراسات الدولية.

إن الرصد المبكر فعال في حالات :

- سرطان الثدي
- سرطان عنق الرحم
- سرطان الأمعاء الغليظة (القولون) والشرج.

إن التشخيص المبكر مهم جدا في حالات سرطانات الثدي، عنق الرحم، الغدة الدرقية، البروستات (الموتة)، الأمعاء الغليظة (القولون) والشرج، سرطانات الطفل، الأورام اللمفاوية والحنجرة والمثانة.

## في المغرب تعطى الأولوية لرصد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم

### 2.5 أهداف خصوصية

- تحديد الأولويات بخصوص برامج الرصد المبكر والكشف المبكر للسرطانات وطرقه.
- وضع برامج لتحسيس الجمهور وتوعيته بأهمية الرصد والتشخيص المبكر للسرطان.
- وضع استراتيجية لتطوير عروض وإمكانيات الولوج لبرامج الكشف المبكر
- وضع بروتكول لضمان الجودة ومراقبة أنشطة الرصد المبكر والتكفل بالحالات.
- وضع نظام للمؤشرات والتحليلات لتقييم برامج الكشف المبكر.
- وضع برامج لتكوين رجال الصحة.
- تحديد محاور البحث في هذا المجال.

### 3.5 الاكتشاف المبكر : التدابير 31-43

#### وضع استراتيجية للرصد

#### التدبير 31 : وضع برنامج للرصد المبكر لسرطان الثدي

- تتمثل الطريقة المتفق عليها حاليا بالمغرب هي تفعيل برنامج لرصد سرطان الثدي يعتمد على الفحص السريري.
- الساكنة المستهدفة من قبل برنامج الرصد هي فئة النساء اللائي يفوق عمرهن 45 سنة.
- يمكن وضع برنامج رصد سرطان الثدي على المستوى الوطني في الأمد القريب.

#### التدبير 32 : وضع برنامج لرصد سرطان عنق الرحم

- الاختباران المستعملان حاليا لرصد سرطان عنق الرحم هما : المسحة المهبلية (FCV)، والملاحظة البصرية بالحمض الخلي (IVA).
- في المغرب التقنية المتفق عليها حاليا هي تفعيل برنامج لرصد سرطان عنق الرحم يعتمد على الملاحظة

## البصرية بالحامض الخلي

- الساكنة المستهدفة التي يقتصر عليها هذا البرنامج هي فئة النساء اللائي يتراوح عمرهن بين 30 سنة و 55 سنة.
- يمكن وضع برنامج لرصد سرطان عنق الرحم على الصعيد الوطني في الأمد المتوسط (مشروع رائد يمكن تعميمه لاحقاً).

## وضع استراتيجية للتشخيص المبكر

### التدبير 33 : تحسين إمكانات الولوج لمصالح التشخيص المبكر

- تقليص الحاجز الجغرافي من خلال مضاعفة مراكز تأكيد التشخيص (مراكز التشخيص).
- تقليص الحاجز الاقتصادي.
- وضع الموارد الضرورية رهن إشارة المراكز.

### التدبير 34 : ضمان التكوين في مجال تقنيات التشخيص المبكر

- برمجة التكوين في مجال تقنيات التشخيص المبكر.
- الشروع في هذا التكوين بأسرع وقت ممكن في المناطق التي تتوفر على بنىات قادرة على التكفل بالسرطان.

## ضمان الولوج لبرامج الكشف المبكر

### التدبير 35 : دمج برامج الاكتشاف المبكر في نظام الصحة

- استنفار الساكنة المستهدفة برصد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم على مستوى المراكز الصحية وعيادات الأطباء العاميين.
- إنجاز الكشوفات والاختبارات المؤكدة للتشخيص على مستوى المستشفيات الإقليمية ومصحات القطاع الخاص.
- تسمية القرار العلاجي متعدد التخصصات وتحديد وتيرة ومكان تتبع المرضى على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، المراكز الجهوية لعلاج السرطان والمصحات المختصة.
- ضمان تتبع الأشخاص المستهدفين ذوو الاختبارات السالبة من طرف المراكز الصحية وعيادات الأطباء العاميين.
- تشجيع التشخيص المبكر وتوفيره على كافة المستويات.

### التدبير 36 : تكوين مهنيي الصحة في برامج الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم

- بلورة برنامج لتكوين مهنيي الصحة خاص بكل مستوى من العلاجات.
- وضع مراجع (مرجعيات) لرصد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم.
- ضمان تكوين المهنيين في تقنيات التواصل والدعم النفسي.
- تكوين المسيرين في البرامج على المستوى الإقليمي، الجهوي والمركزي
- بلورة وحدات دراسية للتتبع والتقييم.

### التدبير 37 : إعلام وتحسيس الساكنة ببرنامج الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم

- ضمان التواصل المستمر والملائم مع مختلف أنواع الجمهور.
- تنظيم التواصل عن قرب مع مختلف المؤسسات الصحية.
- إدماج المجتمع المدني وفاعليه في عملية التواصل.

### التدبير 38 : توفير البنيات والموارد الضرورية لبرامج الاكتشاف المبكر

- توفير البنيات والتجهيزات الضرورية.
- وضع اختبارات الرصد رهن الإشارة على مستوى خدمات الصحة الأولية.
- تقليص الموانع الاقتصادية الخاصة بالاختبارات التشخيصية والتكفل العلاجي.

### التدبير 39 : وضع نظام لضمان جودة برنامج الكشف المبكر

- وضع مرجعيات مكتوبة لكل مراحل برامج الكشف المبكر.
- بلورة لجان للتقسي بشكل نظامي.
- وضع نظام للاعتماد بالنسبة لكل المؤسسات (العمومية أو الخاصة) المنخرطة في برامج الكشف المبكر على شتى المستويات.

### التدبير 40 : وضع نظام للمراقبة والتتبع

- ضمان مراقبة دائمة لبرامج الاكتشاف المبكر.
- بلورة مؤشرات كمية وكيفية :
- تهم اختبارات الفحوص والعلاجات.

- احترام المساطر والآجال.

- اقتناع المرضى بالخدمات.

- تطور التكلفة.

- اعتماد وثائق موحدة لتجميع هذه المؤشرات ووضعها رهن إشارة مختلف الفاعلين في البرامج على كل المستويات.
- القيام بشكل دوري برؤية من الخارج لبرامج الاكتشاف المبكر.

#### التدبير 41 : تحسيس الساكنة بالعلامات المبكرة وبإمكانيات العلاج

- التواصل بشكل يتلائم مع كل أنواع الجمهور وخصوصا الساكنة المستهدفة. هذا التواصل ينبغي أن يتصف بالاستمرارية و أن يأخذ شكل حملات متخصصة.
- تنظيم التواصل عن قرب داخل مختلف المؤسسات الصحية وخصوصا داخل المراكز الصحية ، المستوصفات والعيادات الخاصة.
- إدماج الجمعيات في برامج التواصل بعد ضمان التكوين والتحسيس لفائدة أعضائها.

#### بلورة نظام للإعلام

#### التدبير 42 : وضع نظام للإعلام حول أنشطة الاكتشاف المبكر

- تشييد نظام للتجميع والتوثيق والتحليل على صعيد كل المستويات المعنية بالكشف المبكر للقيام بتتبع وتقييم نتائج برامج الاكتشاف المبكر وتجميعها.
- إخضاع نظام الاستقبال لتقنيات الحاسوب لأجل تدبير أفضل للبرامج.
- حساب أهم المؤشرات.

#### التدبير 43 : تطوير البحث

- تطوير البحث في مجال الاكتشاف المبكر
- القيام بأبحاث عملية حول برامج الاكتشاف المبكر
- إنجاز دراسات للمقارنة تخص السياق المغربي حول الاختبار بالملاحظة البصرية بالحامض الخلي و المسحة المهبلية لأجل رصد سرطانات عنق الرحم.
- القيام بدراسات دورية لتقييم اختبارات الرصد المستعملة سواء من حيث الأداء، إعادة الإنجاز، الجودة وكذا الإزعاج المحتمل وحجم التكلفة.



## 6. استراتيجية التكفل تشخيصا وعلاجاً

### 1.6 تحليل الوضع

#### التكفل :

أظهرت دراسات الأمكنة عدم كفاية مؤسسات العلاج والموارد البشرية المختصة مما يجبر المرضى على التنقل لمسافات طويلة لأجل مواعيد طويلة. إن صعوبة الولوج إلى الخدمات الصحية بصفة عامة يؤدي إلى تشخيص المرضى في مراحل جد متقدمة. بالنسبة لسرطان الثدي يتم التشخيص في المرحلة الأولى من المرض في 6% من الحالات فقط مقابل 57% من الحالات في المرحلة الثالثة أو الرابعة، كما أن سرطان الرئة لا يشخص في طور الأول والثاني إلا في 4% من الحالات في حين أن 96% من الحالات تشخص عند طور الثالث والرابع.

تفوق المدة الفاصلة بين ظهور العلامات الأولى والزيارة الأولى للطبيب الشهر في 36% من الحالات إلا أنها تتجاوز 6 أشهر في 14% من الحالات. كذلك فإن المدة بين الاستشارة الأولى وتشخيص السرطان تتعدى 3 أشهر في 52% من الحالات وتفوق 6 أشهر في 27% من الحالات.

يتسبب غياب بروتوكولات موحدة للتشخيص والعلاج في عدم جودة وارتفاع تكلفة العلاج.

مدة تتبع المرضى المصابين بالسرطان قصيرة كما أن عددا كبيرا منهم يتوارون عن الأنظار، فهذه المدة لا تتجاوز عموما السنتين في 74% من الحالات.

بالإضافة لكل هذا فإن حوالي نصف المرضى لا يظهر لهم أثر بعد عام. وعلى وجه التقريب فإن 7 مرضى من كل عشرة يتوارون عن الأنظار في السنة الثانية مقابل 83% في السنة الثالثة و96% في السنة الخامسة، وهكذا فإنه لا توجد معطيات دقيقة لتقدير نسبة البقاء على قيد الحياة حتى السنة الخامسة والتي تعد مؤشرا أساسيا لجودة التكفل بعلاج مرضى السرطان.

وزيادة على عدم كفاية وسوء توزيع مؤسسات العلاج هناك نقص في الوسائل التقنية والبشرية المختصة. فعلى سبيل المثال نسجل في سنة 2007 :

- 7 آلات للتصوير الإشعاعي للثدي لـ 1.000.000 امرأة.
- 1,3 آلة للرنين المغناطيسي لكل 1.000.000 ساكن.
- 2,2 مختبر لتشريح المرضى لكل 1.000.000 ساكن.
- محاكي واحد لكل 5.000.000 ساكن
- مركز واحد للعلاج بالكوبالت لكل 3.000.000 ساكن.
- مسرع واحد لكل 2.800.000 ساكن.

- 2,1 طبيب مختص في العلاج بالأشعة لكل 1.000.000 ساكن.
- 2,8 طبيب مختص في علاج السرطان لكل 1.000.000 ساكن.

### المعارف، المواقف، التمثيلات والممارسات.

كشفت الدراسات المنجزة على مستوى السكان بخصوص معارفهم، مواقفهم و تمثيلاتهم للسرطان أن الألفاظ الأكثر استعمالا للدلالة على السرطان هي: لي ماكيتسماش، المرض الخايب، المرض القبيح، الحية (AL Haya)، العدو. هناك إذن إحالات تلقائية مرتبطة بالسرطان وبالرمزية التي تلاحقه وهي : الخوف، العزلة، عقاب إلهي، لعنة، موت، مرض يربك العائلات، التمزق الأسري، مرض ليس له علاج، مرض جد مكلف يؤدي سريعا إلى الموت رغم العلاج. ففي الوسط القروي، يهمس المريض لنفسه أنه: "من الأحسن توفير مدخراته وقطيعه لتركهما لأطفاله لأنه سينتهي حتما إلى الموت".

المفارقة أن الجهل بالمرض والطابع الساذج للسكان القرويين يؤديان إلى الوهم بإمكانية علاج السرطان بالوسائل التقليدية. لكن الأعشاب والعناصر المستعملة بصفة عامة مداواة السرطان يكون لها غالبا آثار ضارة أو سامة "السرطان سم، وحده السم سيهزمه.

السرطانات الأكثر تداولاً عند السكان هي سرطانات الثدي، الرحم، الحنجرة، الرئة والبروستات (الموتة) : غالبا ما تشتبه العلامات المرضية مع الآثار الجانبية للعلاج (تساقط الشعر، الغثيان، ميل البشرة للسمرة).

تتمثل أبرز معيقات التشخيص المبكر في: نقص الوسائل، غياب التغطية الاجتماعية، عدم معرفة العلامات المنذرة بالسرطانات الأكثر شيوعا، الجهل بقدرة التشخيص المبكر على الرفع من حظوظ الشفاء، وعدم تبين الوجهة التي ينبغي أن يقصدها المريض.

من بين أسباب دوامة التخبط التي يمر بها المرضى والتي تكبر مدتها أو تصغر بين اكتشاف العلامات الأولى وأول استشارة طبية أو أحيانا بين وضع التشخيص وبداية العلاج نجد عدم تقبل المرضى لطريقة صياغة المرض من طرف الطبيب، هذه الصياغة التي تحاول أن تظل غامضة. لكن هذا السلوك الطبي لا يبدو أنه يخلق حماسا أو تعبئة للعلاج لدى المريض بل هناك من المرضى من صرحوا "أنهم كانوا يفضلون الاطلاع على حقيقة المرض لأجل أن يتسلحوا نفسيا بإرادة صلبة".

### التشريع :

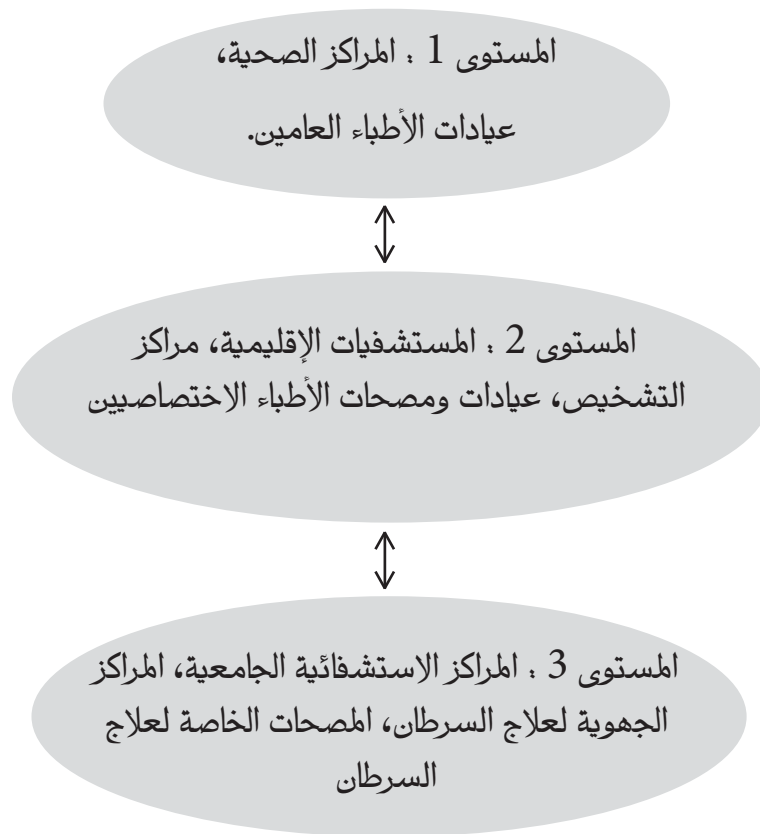
فيما يخص الجانب التشريعي تخضع مختبرات التحاليل الطبية لمقتضيات قانون 2002 الذي لا يتطرق لمختبرات القطاع الخاص المختصة في التشريح المرضي، فالإمكانية الوحيدة التي يتيحها للطبيب المختص في التشريح المرضي المرشح للعمل في القطاع الخاص هي إبرام اتفاقية مع مختبر للتحاليل الطبية دون أن يكون بإمكانه أن يصبح مالكا أو شريكا في هذا المختبر.

فيما يخص الأدوية، فهي منظمة بالقانون رقم 1.04.17 لسنة 2006 الخاص بمدونة الدواء والصيدلة حيث

يتعين الرجوع كل مرة لهذا النص كلما تعلق الأمر بادوية مضادة للسرطان، أدوية مضادة للانقسام التفتلي، أدوية صيدلانية مشعة أو الأدوية المساعدة على الإقلاع عن التدخين.

هناك فصول بعينها تنظم العلاقة بين المرضى ومهنيي الصحة والمؤسسات الاستشفائية. من الناحية القانونية، يوجد المريض سواء كان نزيراً بالمستشفى أو لم يكن في وضعيات قانونية مختلفة حسب توجهه نحو القطاع العام أو القطاع الخاص. وحزمة من هذه الحقوق تتضمنها النصوص الآتية : قانون مهنة الطب، القانون 10-94 المتعلق بممارسة الطب، القانون رقم 65-00 المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية والمرسوم الجديد للتسيير الداخلي للمستشفيات.

تتم المستويات الثلاثة لنظام الصحة المعنية بالوقاية والتحكم في السرطان المؤسسات المفصلة في الرسم البياني رقم 2 :



الرسم البياني رقم 2 : نوع المؤسسات المعنية بمكافحة السرطان.

## 2.6 أهداف خاصة

- تحسين نظرة الساكنة للسرطان.
- وضع معايير الجودة الخاصة بالتكفل بالمرضى.

- تحديد نوع عروض العلاج المقدمة للمرضى المصابين بالسرطان: التصوير الإشعاعي، التشريح المرضي، التشخيص الإحيائي (البيولوجي)، الجراحة، التخدير، العلاج بالأشعة، العلاجات الطبية، العلاجات المدعمة خلال الاستشفاء.
- تنمية روح التنسيق وتحديد طبيعته بين مراكز العلاج (عمومية أو خصوصية) على كافة المستويات.
- تحديد وتنمية الموارد البشرية وتكوينها.
- وضع محاور البحث السريري (الإكلينيكي) في مجال السرطان.

### 3.6 التكفل بالتشخيص والعلاج : التدابير 44-61

#### تحسين نظرة الساكنة للسرطان.

##### **التدبير 44 : تطوير مبادرات لتجلية وتوضيح المرض.**

- وضع محاور التواصل.
- وضع مرجعيات الخطاب.
- تحديد المستهدفين : من يحظون بالأولوية؟ ومن ينبغي تداركهم ؟
- بيان أشكال وأنواع وقنوات التواصل بحسب المستهدفين
- معرفة الكواليس.

ضمان عروض العلاج للمرضى المصابين بالسرطان على صعيد المستويات الثلاثة لنظام الصحة.

##### **التدبير 45 : ضمان أنشطة الإعلام، الرصد والتتبع في المستوى الأول.**

يتشكل المستوى الأول من شبكة المراكز الصحية وعيادات الأطباء العامين بالقطاع الخاص :

- ضمان أنشطة الرصد المبكر، توقع تشخيص السرطان، انتقال وتوجيه المرضى إضافة إلى أنشطة تتبع المرضى بعد العلاج.
- تحسيس مهنيي المراكز الصحية وعيادات الأطباء العامين بعلم السرطان.
- تنظيم تكوين مستمر لفائدة مهنيي المستوى الأول ينكب على مختلف مراحل التكفل بالمرضى.
- بلورة مرجعيات وتسلسلات مبسطة للقرار الطبي لأجل رصد السرطانات الأكثر شيوعا.
- تحسيس المرضى (منذ قاعة الانتظار) بواسطة منشورات، ملصقات ووسائل سمعية بصرية لأجل تقبل أفضل للفحص السريري المناسب من طرف الطبيب.
- وضع وسائل التواصل رهن إشارة كل مركز صحي.

#### التدبير 46 : ضمان أنشطة التكفل بالمرضى تشخيصا وعلاجا في المستوى الثاني.

يتشكل المستوى الثاني من شبكة المستشفيات الإقليمية والعيادات والمصحات الخصوصية للأطباء الاختصاصيين :

- القيام بالتحقق من تشخيص السرطان وإنجاز حصيلة الامتداد العادية من خلال الاختبارات الآتية :
  - الفحص بالمنظار : مع اقتطاع خزعات تهم الجهاز الهضمي، الجهاز البولي، الشعب الرئوية، والأنف والحلق والحنجرة.
  - الخزعات الجراحية.
  - التشريح المرضي، التمييز النسيجي الكيماوي (المستقبلات الهرمونية)
  - علم الأحياء المعيارى : علم الدم، علم الأحياء الكيماوي، علم الأحياء الدقيقة.
  - علم التصوير : التصوير الإشعاعي العادي، التصوير الإشعاعي بمواد موضحة، التصوير الإشعاعي للثديين، الفحص بالصدى، التصوير بالمفراس (السكانير).
- التكفل بالعلاج وخصوصا الجراحة النسائية وجراحة الأحشاء.
- ضمان تتبع المرضى بعد العلاج.
- توفير الوسائل التقنية والموارد البشرية الضرورية للاضطلاع بهذه الأنشطة :
  - مختبر التحليلات الطبية.
  - مختبر التشريح المرضي.
  - تجهيزات الكشوفات الإشعاعية والمنظارية.
  - المعدات الجراحية.
  - مصلحة التخدير والإنعاش.
  - مستشفى لليوم يحتوي على وسائل العلاج الكيماوي.
  - مصلحة للأدوية تحت مسؤولية صيدلي.

#### التدبير 47 : توفير العلاج المختص والتكوين والبحث في المستوى الثالث.

يتشكل المستوى الثالث من المراكز الاستشفائية الجامعية، المراكز الجهوية لعلاج السرطان والمصحات الخاصة المختصة في العلاج بالأشعة وعلاج السرطان.

- تكملة الكشوفات التشخيصية وبيانات الامتداد.
- وضع الاستراتيجيات العلاجية خلال اجتماعات تبادل الرأي الأسبوعية بين مختلف التخصصات.

- توفير العلاج والتتبع.
- توفير التكوين والبحث من قبل المراكز الاستشفائية الجامعية.
- إرساء وسائل التشخيص الضرورية :
- مجموعة آلات التصوير بما فيها : الرنين المغناطيسي، التصوير الطبي النووي، التصوير الإشعاعي للثدي. وتظل بعض التقنيات مقصورة على المراكز الاستشفائية الجامعية كالتصوير الإشعاعي الوظيفي، التصوير الإشعاعي التدخلي، الفحص الشامل بالمفراس Petscan والفحوصات النظيرية المختصة.
- علم التشريح المرضي، علم التمييز النسيجي الكيماوي والتقنيات المتقدمة في التشريح المرضي كتقنية التهجين الموضعي التآلفي hybridation in situ à fluorescence وتقنية التهجين الموضعي الحراري hybridation in situ à calorimétrie. بعض التقنيات تبقى حكرا على المستشفيات الجامعية كعلم الأحياء الجزيئي Biologie moléculaire، والتعداد النسيجي بالتدفق Cytometrie de flux و التخزين الورمي (Tumorotheque)
- مختبر للتحليلات الطبية، علم الجراثيم، علم الدم، علم الكيمياء الحيوية، الواسم الورمي Marquer tumoral، وبعض التقنيات الخاصة بالمستشفيات الجامعية كالتمييز النمطي الظاهري النوعي وعلم الوراثة النسيجي.
- كل تقنيات المنظار مع قصر التقنيات التدخلية منها على المستشفيات الجامعية.
- توفير الجراحة السرطانية الكاملة :
- وحدة للاستشفاء ووحدة للإنعاش الجراحي.
- مستشفى اليوم للجراحة لتطوير الجراحة السرطانية دون مكوث بالمستشفى.
- يجب أن تتوفر المراكز الاستشفائية الجامعية على: جراحة الدماغ والأعصاب لعلاج الأورام الدماغية، جراحة السرطان بالمنظار : تقنية الورم اللمفاوي الحارس Sentinelle، الجراحة الإصلاحية (الوجه، العنق، العظام، الثدي)، جراحة الاستئصال والإشعاع الذبذبي للنقيات الكبدية والرئوية والدماغية وكذا جراحة أورام العين.
- ضمان العلاج بالأشعة مع توفير ما يلي في كل موقع للعلاج :
- مسرعين خطيين اثنين بمسدد متعدد الصفائح. (Accelérateur)
- نظام محاكاة (عادي أو بالسكانير). نظام لتخطيط تعداد الجرعات وربط شبكي بما في ذلك مع جهاز السكانير.
- معالجة بالإشعاع ذو التفريق المرتفع الجرعات (HDR) مع قاعة للتطبيقات وسلسلة لحساب الجرعات (مراقبة الجودة).

- تبني قواعد وتوفير وسائل ملائمة للحماية من الإشعاع داخل كل المراكز.
- تقنيات خاصة بالمراكز الاستشفائية الجامعية. علاج اشعاعي تشكلي مع تعديل الحدة. الجراحة التصويرية المجسمة (واحد كما كنيف gamma knife لكل المراكز).
- توفير العلاج الطبي للسرطان من خلال :
  - وحدة استشفائية تضم 10 أسرة على الأقل.
  - مستشفى اليوم يحتوي على الأقل على 8 أرائك.
  - وحدة مركزية للتحضير خاصة بالعلاج الكيماوي.
  - وضع مدخل وريدي مركزي مع قاعة خاصة لكل المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوي على المدى البعيد.
  - تقنيات خاصة بالمراكز الاستشفائية الجامعية : رفع جرعات العلاج الكيماوي مع زرع ذاتي للخلايا الأصلية الهامشية وزرع غيبي للنخاع العظمي مع مراكز للحفظ بالتجميد وكذا الوسائل الكفلية بتجريب علاجات جديدة.
  - قصر الاستشارات المختصة على المراكز الاستشفائية الجامعية : علم السرطان الوراثي، السرطانات النادرة.
  - توفير علاجات الدعم الملائمة : تشمل الموارد الضرورية : أخصائيون في علاج الألم، المروضون الطبيون، المعالجون النفسانيون، أطباء الأسنان، أخصائيو الحمية، المصلحة الاجتماعية (العلاجات المخففة ستكون موضوع فصل منفرد).

#### التدبير 48 : تطوير التشريع الخاص بمؤسسات العلاج

- التحديد القانوني للمعايير والمواصفات التقنية لمراكز العلاج بالأشعة ومراكز العلاج الكيماوي.
- الاعتراف القانوني بالمختبرات المختصة في التشريح المرضي.
- دمج علاج السرطان ضمن الاختصاصات التي يمكن تقديم خدماتها عبر المراكز الاستشفائية الجهوية.

#### التدبير 49 : خلق بنيات للعلاج المختص في مجال السرطان

- تشييد مراكز لعلاج السرطان بكل من مكناس، طنجة، أسفي، العيون.
- خلق مراكز لعلاج السرطان عن قرب بالمستشفيات الإقليمية.
- خلق مركزين لسرطان النساء بالمراكز الاستشفائية الجامعية لكل من الرباط والدار البيضاء.
- خلق مركزين لسرطان الدم لدى الطفل بالمراكز الاستشفائية الجامعية لكل من فاس ومراكش.



#### التدبير 50 : ضمان الحصول على الأدوية

- توفير الأدوية.
- تطوير استهلاك الأدوية الجنيسة.
- النقص من أثمنة البيع.
- خلق لجنة لشراء الأدوية.

#### التدبير 51 : تطوير التشريعات الخاصة بالحصول على الأدوية المضادة للسرطان

- إعادة النظر في هوامش سلسلة توزيع الأدوية.
- مراجعة أنماط حساب أثمنة الأدوية.
- تشجيع التصنيع المحلي للأدوية المضادة للسرطان.
- تسريع إصدار القوانين الخاصة بالمعادلات الإحيائية.

#### التدبير 52 : تطوير المراجعيات الوطنية للممارسة التشخيصية والعلاجية الجيدة

- بيان المعايير والنماذج الخاصة بالمنهج التشخيصي.
- مراعاة معايير ونماذج بيانات الامتداد.
- بلورة بروتوكولات نموذجية معيارية لعلاج الكيماوي.
- احترام نماذج تحضير للعلاج الكيماوي.
- تطوير مرجعيات للممارسة الجراحية الجيدة.
- تطوير مرجعيات للممارسة الجيدة للعلاج الإشعاعي.

#### التدبير 53 : وضع نظام لضمان جودة التكفل

- تجلية معايير الجودة بالنسبة لكل أنشطة التشخيص والعلاج.
- تحديد مواصفات الجودة بالنسبة لجميع التجهيزات منذ تركيبها مع برنامج مفصل وممنهج لمراقبة الجودة والصيانة.

#### التدبير 54 : وضع نظام للتتبع وتقييم التكفل بالمرضى

- تحديد العتبات وحساب المؤشرات التالية لأجل تقييم جودة التكفل تشخيصا وعلاجاً على صعيد كل مستوى.



- المدة الفاصلة بين أول استشارة طبية ووضع التشخيص.
- المدة الفاصلة بين وضع التشخيص وبداية العلاج.
- الامتثال للعلاج الكيماوي والإشعاعي.
- احترام الآجال بين مختلف أنواع العلاج وبالنسبة لكل علاج على حدة (التوزيع في العلاج الإشعاعي).
- عدد المتوارين عن الأنظار.
- نسبة الحالات المشخصة مقارنة مع عدد الحالات المتوقعة.
- نسبة الحالات المعالجة مقارنة مع عدد الحالات المشخصة.
- اقتناع المرضى بالخدمات.
- توثيق كل العلاجات المقدمة لكل مريض

### بلورة نظام للتنسيق بين مختلف مستويات التكفل بالمريض

#### **التدبير 55 : ضمان التنسيق بين مختلف مستويات التكفل بالمريض**

- وضع دفتر للتتبع رهن إشارة كل مريض منذ بداية التكفل بمرضه (المستوى 1). يحتوي هذا الدفتر على أهم المعلومات المرتبطة بمرضه. البيانات، العلاج، ومواعيد الاستشارات الطبية.
- تسجيل كل مريض بالسرطان في كل المستويات في سجلات معيارية (Standarisés).
- خلق شبكة للتواصل تربط بين كل مستويات التكفل.
- بلورة نظام، مرجعية في مواجهة مرجعية.
- ضمان موعد التكفل بالمريض في المستوى 2 في حالة الشك في السرطان قبل أن يغادر المركز الصحي أو عيادة الطبيب في المستوى الأول.
- تصديق إحالة كل مريض جديد مصاب بالسرطان من المستوى 2 إلى المستوى 3 من طرف لجنة خلال اجتماع للتشاور متعدد التخصصات.
- إرساء نظام للاجتماع التشاوري المتعدد التخصصات سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص ؛ يجب أن ينضم لهذا الاجتماع أربعة أطباء اختصاصيين على الأقل من ضمن أخصائي الأشعة. الجراحين ؛ المختصين في التشريح المرضي. المعالجين بالأشعة. أخصائي العلاج الكيماوي. أخصائي الأعضاء .....

- عندما لا يكون الاجتماع التشاوري المتعدد التخصصات متاحا بنفس مدينة المستوى 2 ينبغي توفير مشاورة هاتفية مع عضو على الأقل من أعضاء الاجتماع التشاوري المتعدد التخصصات قبل الشروع في الجراحة أو العلاج الكيماوي في المستوى 2 مع ضمان توثيق القرار الطبي.

- ضمان الموعد في المستوى 3 قبل أن يغادر المريض المستوى 2 إذا كان ينبغي إحالته لأجل التكفل به في المستوى 3.
- ضمان إعلام المستوى 2 أو المستوى 1 بما أنجز من علاج في المستوى 3 وما تبقى منه (العلاج والتتبع)
- إرساء مراجع بالمستوى 2 للممارسات السريرية والجراحية الجيدة التي تنخرط ضمن السياسة الوطنية لتوحيد وتعميم مراجع التكفل التشخيصي والعلاجي المندمج في إطار التأمين الإجباري على المرض.
- ضمان استفادة المريض من مجموع الملف الطبي أو نسخة منه عندما ينتقل من القطاع العام إلى القطاع الخاص أو العكس.

#### بلورة استراتيجية لتنمية الموارد البشرية الضرورية في مختلف المستويات.

##### **التدبير 56 :** تسوية الموارد البشرية لعلم السرطان على صعيد المستوى 1

- تكوين وتحسيس أطباء المستوى الأول (قطاع عام وخاص) بأهمية الرصد المبكر للسرطانات الأكثر شيوعا والتتبع عقب العلاج من خلال استغلال التغطية الجيدة للبلد بالأطباء العاميين.
- تكوين الممرضين حول علامات السرطانات لتسهيل انتقاء المرضى لأجل فحص سريري مناسب من طرف الطبيب العام. يجب توفير ممرضين اثنين بكل مركز صحي من بينهما ممرضة.
- تكوين وتحسيس الفرق المتنقلة

##### **التدبير 57 :** تسوية الموارد البشرية لعلم السرطان على صعيد المستوى 2

يمثل المستوى 2 قطب الرحى للنظام الذي يرمي إليه المخطط. لذلك ينبغي تهيئته بسرعة على صعيد الإمكانيات البشرية والتقنية للاستجابة للطلب الذي يتدفق نحوه رافعا العبء من المستوى 1 ويعود إليه مرة أخرى راجعا من المستوى 3.

تكوين وضمان جاهزية الموارد البشرية الضرورية للتشخيص.

- مصلحة التصوير (التصوير الإشعاعي العادي، التصوير الإشعاعي بمواد موضحة، الفحص بالصدى، التصوير الإشعاعي للثدي، امفراس (السكانير)) تتضمن :
- على الأقل أخصائيان اثنان في الأشعة أو أكثر حسب حجم النشاط.

- بالنسبة لتقنيي الفحص بالأشعة ينبغي أن يتواجد تقني واحد بكل حجرة للفحص الإشعاعي العادي وواحد بمكان التصوير الإشعاعي للثدي و 3 لكل مفراس. في المعدل يجب أن يكون هناك 5 إلى 6 تقنيين بكل مركز مجهز بمجموع تقنيات التصوير.
  - مصلحة للتشريح المرضي تحتوي على :
    - طبيبان اثنان مختصان في التشريح المرضي أو أكثر حسب حجم النشاط كحد أدنى
    - تقنيين في المختبر أو أكثر بحسب حجم النشاط كحد أدنى
  - الفحص المنظاري التشخيصي للأعضاء : ينبغي تواجد طبيباني اثنان أخصائيان في أمراض الجهاز التنفسي وطببيين أخصائيين في أمراض الجهاز الهضمي. طببيين مختصان في أمراض النساء والولادة وطببيان مختصان في أمراض الجهاز البولي مصحوبان بالطاقم شبه الطبي المناسب.
  - التحليلات الطبية : ينبغي أن يضم مختبر التحليلات الطبية أخصائيان في البيولوجيا وعددا كافيا من التقنيين.
  - إقامة شراكة بين القطاع العام والخاص لشراء الخدمة حيث ما توجد الحاجة إليها.
- تكوين وضمان جاهزية الموارد البشرية الضرورية للعلاج (العلاج يتم وفق وصفة في المستوى 3)
- الأطباء : كحد أدنى واحد منهما على الأقل مؤهل ومختص في علم السرطان الطبي. بالنسبة للأطفال يضطلع طبيب أطفال بالعلاج الكيماوي بعد أن يتلقى تكوينا تطبيقيا لأجل هذا الغرض.
  - الجراحون : جراحان مختصان في أمراض النساء كحد أدنى للقيام بالجراحة السرطانية للثدي وجراحان للأحشاء مؤهلان للقيام بجراحة سرطانات الأمعاء الغليظة، الجلد والخزعات الجراحية (بما فيها الغدد اللمفاوية).
  - أطباء التخدير والإنعاش : اثنان على الأقل.
  - طاقم الإسعافات : يجب أن يكونوا بالعدد الكافي وأن يتلقوا تكوينا تطبيقيا مناسباً وأن يستفيدوا وجوبا من تكوين مستمر.
  - طاقم الدعم والعلاجات المخففة : المختصون في التكفل بالألم. المعالجون النفسانيون، المروضون الطبيون أخصائيون في الحمية.
  - الطاقم الإداري : كاتبات، مساعدات اجتماعيات.

#### التدبير 58 : تسوية الموارد البشرية لعلم السرطان على صعيد المستوى 3

تكوين وضمان جاهزية الموارد البشرية الضرورية للتشخيص.

- مصلحة التصوير : يرتبط عدد أفراد الطاقم الطبي والشبه طبي بمدى التجهيز التقني ومستوى نشاط كل مركز.

- على الأقل طبيبان مختصان في علم الأشعة بكل وحدة.
- على الأقل طبيبان مختصان في الطب النووي.
- تقنيو الفحص بالأشعة : واحد بمكان الفحص الإشعاعي العادي وواحد بمكان التصوير الإشعاعي للثدي و 3 بمكان السكاير و 3 بمكان جهاز الرنين المغناطيسي و 3 لكل جهاز للطب النووي و 3 لكل مفراس شامل.
- مختبر التشريح المرضي
- على الأقل 3 أطباء مختصين في التشريح المرضي أو أكثر وفقا للتقنيات المستعملة وحجم النشاط.
- على الأقل 3 تقنيي مختبرات أو أكثر وفقا للتقنيات المستعملة وحجم النشاط.
- مختبرات مختصة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بطاقم مؤهل؛ علم الأحياء الجزيئي علم الوراثة النسيجي. علم الوراثة البنيوي، علم الوراثة البدني علم الوراثة المناعي.
- برمجة التوجه نحو الشراكة بين القطاعين والعام والخاص لشراء الخدمة.
- تكوين وضمان جاهزية الموارد الضرورية للتكفل بالعلاج.
- الجراحة :
- على الأقل جراحان اثنان للسرطان، أو أكثر حسب حجم النشاط.
- بالنسبة للجراحة المختصة في الأعضاء : على الأقل جراحان اثنان مؤهلان للجراحة السرطانية في كل اختصاص (جراحة النساء، جراحة الجهاز البولي، جراحة الأنف والأذن والحنجرة. جراحة الصدر- جراحة الأحشاء - جراحة العظام - جراحة الدماغ والأعصاب).
- على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية : ينبغي التوفر على جراحين مؤهلين للقيام بالجراحة التقويمية والإصلاحية.
- الطاقم اللازم الحاصل على التكوين التطبيقي المناسب وذلك لأجل التخدير والإنعاش والمركب الجراحي حسب حجم النشاط.

#### العلاج بالأشعة :

- على الأقل طبيبان مختصان في العلاج بالأشعة أو أكثر حسب حجم النشاط باعتماد معالج إشعاعي واحد لكل 400 إلى 500 مريض معالج في السنة.
- على الأقل فيزيائيان إشعاعيان اثنان أو أكثر حسب حجم النشاط باعتماد فيزيائي إشعاعي واحد لكل 600 إلى 700 مريض معالج في السنة.

- على الأقل 12 مناوла للعلاج بالأشعة ،
- على الأقل مناوولان للعلاج بالأشعة الكيرية ،
- على الأقل حاسب واحد للجرعات أو أكثر تبعاً للنشاط ،
- على الأقل تقنيان لأجل إنجاز أنظمة تثبيت، صيانة ومراقبة جودة الأجهزة.
- العلاجات الطبية ؛
- على الأقل طبيباً مختصاً في العلاج الطبي للسرطان أو أكثر حسب النشاط باعتماد طبيب واحد لكل 300 مريض جديد معالج في السنة.
- بالنسبة للمصالح التي تتكفل بالأمراض الخبيثة للدم، على الأقل طبيباً مختصاً في أمراض الدم تبعاً للنشاط خصوصاً في حالة زرع النخاع العظمي.
- طاقم العناية ؛ يجب أن يكون عدده مناسباً وحاصلاً على تكوين تطبيقي ملائم.
- طاقم العلاجات المدعمة ؛ يجب أن يكون بأعداد مناسبة؛ منعشون ناقلون للدم، معالجون نفسانيون. مروضون طبيون، أخصائيون في الحمية، مشرفات اجتماعيات، مرشدون دينيون... الخ
- طاقم الاستقبال والكتابة، ينبغي أن يكون بعدد كافي وأن يكون حاصلاً على تكوين تطبيقي مناسب لهذا المرض العضال.

### تطوير التكوين :

**التدبير 59 :** تطوير المسار الأساسي والتكوين المستمر في مجال علم السرطان.

- إرساء تكوين أولي تكميلي في علم السرطان ؛
- لفائدة الجراحين لتأهيلهم لممارسة جراحة السرطان.
- لفائدة الأطباء العاميين والاختصاصيين غير المختصين في العلاج الطبي للسرطان لتأهيلهم لممارسة العلاج الكيماوي للسرطان.
- ضمان التكوين المستمر لكل العاملين في المستويات الثلاثة.

### تطوير محاور البحث :

**التدبير 60 :** تطوير البحوث في مجال التكفل بالمرضى.

أنواع البحوث التي ينبغي تطويرها مع احترام الأخلاقيات والممارسات النبيلة هي :

- التجارب السريرية (وطنية ودولية)، الدوائية أو الاستراتيجية ،
- الدراسات الإحيائية (Tumorotheque, cellulothèque, serotheque) تخزين الأمصال تخزين الخلايا، التخزين الورمي)
- البحوث في مجال التنظيم
- بحوث التقييم : الأنشطة، المسارات، استعمال المرجعيات، الهياكل.

### وضع نظام للإعلام :

#### **التدبير 61 :** وضع نظام للإعلام بالأنشطة التكفل بالمرضى

- ضمان انتقال المعلومات الضرورية للتكفل بالمرضى بين مختلف المستويات ومختلف القطاعات
- وضع نظام يتضمن :
  - تسجيل كل حالات السرطان المشخصة والمعالجة.
  - ملف طبي لكل مريض مع توثيق كل فعل تشخيصي أو علاجي تم إنجازه لفائدة المريض.
  - وضع قائمة تسجيلات لكل الأحداث الخطيرة غير المرغوبة.
  - نظام لحفظ أرشيف الملفات الطبية
- ضمان تجميع المعلومات لحساب أهم مؤشرات التقييم والتتبع لجودة التكفل سواء من ناحية التشخيص أو العلاج.

## 7. استراتيجية العلاجات المخففة

### 1.7 تحليل الوضع

تكشف حالة الأمكنة فيما يخص العلاجات المخففة عن إشكاليات كبرى :

- نقص تكوين المهنيين في مجال العلاجات المخففة وفي المقاربة العامة للشخص المريض ؛
- نقص في الارتباط بين النفسي والأخلاقي وحدود صارمة بين الفضائين الصحي والاجتماعي الطبي وبين المدينة والمستشفى وبين الإقامة القصيرة والإقامة الطويلة بالمستشفى.
- نقص في الموارد البشرية : أطباء، ممرضون، ممرضون طبيون ومساعدات علاج... الخ
- غياب أماكن للنقاهة ملائمة للعلاجات المخففة العامة والعلاجات المخففة النهائية.
- نقص في تتبع العلاجات المخففة بعد العودة للبيت.
- غياب المرافقة المنتظمة للمرضى.
- غياب العلاجات الداعمة وغياب ثقافة المواطنة حول موضوع الرمق الأخير والموت ؛

### 2.7 أهداف خاصة

- تطوير التكفل بالألم (داخل المستشفى، خلال الاستشارات الطبية وفي البيت).
- وضع ترتيبات المرافقة العائلية والاجتماعية للمريض.
- تنمية وتنظيم شبكة العلاجات المخففة (داخل المستشفى، خلال الاستشارات الطبية وفي البيت).
- وضع محاور البحث

### تحديد محاور البحث

### 3.7 العلاجات المخففة : التدابير 62-74

### تطوير التكفل بالألم

**التدبير 62 :** مؤسسة التكفل بالألم على صعيد كل المستويات.

**التدبير 63 :** تطوير التشريع المرتبط بالولوج إلى العلاجات المخففة.

- وقف العمل بظهير 1992 الخاص بالمواد السامة.
- تسريع مسلسل وضع نصوص قانونية للمعادلة الإحيائية.

#### التدبير 64 : مكافحة رهاب المورفين (وضع بروتوكولات).

- تسهيل الحصول على المورفين وتسهيل المساطر (دفتر باوراق أصلية ، قانون 7 أيام).
- تعويض دفاتر الأوراق الأصلية بوصفات مؤمنة.
- الرفع من مدة الوصفة حسب حاجيات المريض وكيفية تناول الدواء.
- تمكين شخص يحظى بالثقة من سحب الوصفة والتزود بالمورفين لأجل المريض.
- سن إجبارية التكفل بالآلم (مؤقتا عن طريق دورية وزارية).

#### التدبير 65 : تطوير مرجعية التكفل بالآلم

- تطوير مراكز مرجعية لمكافحة الآلم على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية ويجب أن تضم هذه المراكز أنشطة العلاج، التدريس والتكوين المستمر لمختلف فئات العاملين.
- خلق لجان لمكافحة الآلم على مستوى المراكز الاستشفائية الجهوية والإقليمية.
- تطوير مسالك حول التكفل بالآلم ملائم لكل مستوى مع بلورة بروتوكولات و دلائل، وخلق شهادة جامعية للآلم والعلاجات المخففة.

#### التدبير 66 : تحقيق لامركزية التكفل بالآلم

- توسيع التكفل بالآلم ضمن إطار عام على جميع المستويات مع سن الاستقبال لأجل العلاج دون استشفاء (مستشفى اليوم)، خلق شبكة وصل بين المدينة والمستشفى وخلق فرق متنقلة.
- سن العيادات الخارجية للعلاجات المخففة ووضع أرقام هاتفية جهوية مختصة لإسداء النصائح.
- القيام بمبادرات دائمة لترسيخ الممارسات الجيدة في التكفل بالمرضى المتألمين من خلال تدعيم الفرق الطبية بالعلاجات المخففة في المصالح التي تعمل بها.
- القيام بحملات إعلامية وتحسيسية للمرضى والجمهور حول التكفل بالآلم.

#### ضمان المرافقة العائلية والاجتماعية :

#### التدبير 67 : ضمان المرافقة العائلية

- تكوين المشرفات الاجتماعيات وتحسيسهن بأدوارهن داخل مراكز علاج السرطان.



- تعيين مشرفات اجتماعيات داخل كل مراكز السرطان
- وضع ورقات تقنية رهن إشارة الأسر تتضمن العناوين التي يمكنهم أن يفتنوا منها ما هو ضروري للعلاجات المخففة؛ أوكسجين - تغذية عبر الفم، ترويض، أسرة مضادة للتقرح.... الخ
- بلورة ورقة إجبارية للربط عند خروج المريض.
- تحديد مخاطب ضمن العائلة (ينبغي أن يكون راشداً قريباً أكثر ما يمكن من المريض ومعيناً من طرفه)
- سن الاستشفاء للنقاهة وإعلام الطبيب المعالج والعائلة بهذه الإمكانية.
- تعيين طبيب مرجع يتعين عليه أن يظل مسؤولاً عن المريض إلى نهاية حياته يمكّن مذكّرة مواعيد.
- ضمان النقل بين مركز علاج السرطان والبيت.
- خلق خلية للإنصات تضم معالّجين نفسانيين وأخصائيين في علم النفس على الخط الهاتفي مما يفرض تطوير تكوين الأخصائيين والمشرفات الاجتماعيات.
- تشجيع الفرق المؤقتة للعلاجات المخففة.
- دفع المستشفيات الإقليمية ومراكز الصحة إلى تتبع مرضى السرطان والتكفل بهم في نهاية حياتهم مع ضمان التكوين الملائم للطاقت المعالّج.
- السهر على إدماج القطاع الخاص في التكفل بالمرضى في نهاية الحياة من خلال تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص.
- تطوير برنامج نموذجي للعلاجات المخففة في مدينة من المدن لتعميمه لاحقاً.
- تكوين الممرضين المتجولين للتكفل بالمرضى في البيت
- تهييء العائلة ما أمكن مسبقاً لتقبل الوفاة، ويجب أن يشرف على هذا التهييء طبيب مرجع.
- تعيين الأخصائيين النفسانيين في كل وحدات علاج السرطان ومنازل الإقامة (بيوت الحياة) ودفعهم إلى توفير دعم نفسي مبكر للعائلة داخل المستشفى بتنسيق مع المشرفات الاجتماعيات.

#### التدبير 68 : ضمان المرافقة الاجتماعية

- ضمان التكفل المادي بنقل آمن من المستشفى للبيت ومن البيت للمستشفى.
- طلب سداد تكاليف العلاجات المخففة المقدمة بالبيت.
- إشراك المجتمع المدني، الجمعيات والأئمة (مصادقة وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية على نوعية الرسائل) والمجموعات المؤثرة في العلاجات المخففة.

- إشراك كل القطاعات الوزارية الأخرى.
- تكوين متطوعين مرافقة المرضى.
- تحفيز طلبة الطب والمنتسبين لمعاهد التكوين في المهنة الصحية لأجل التكفل بالمرضى في نهاية حياتهم.
- دعوة مسؤولي مستشفيات القرب لقبول إقامة عائلية للنقاهة لفترة قصيرة
- منح عطلة لأجل المرافقة الطبية لقريب المريض.
- إشراك الجماعات المحلية.

#### التدبير 69 : ضمان المرافقة في طور الاحتضار

- الاحتفاظ داخل المستشفى بالمرضى المعرضين لخطر النزيف القاتل.
- احترام طلب المرافقة ذات الطابع الروحي.
- تسهيل المساطر الإدارية والدينية في حالة حدوث الوفاة داخل المستشفى.
- هيكلة مصالح الأموات داخل المستشفى لتوفير الخدمات الضرورية في حالة الوفاة.
- تحرير شهادة الوفاة بشكل جيد
- منح شهادات تثبت المتابعة الطبية بسبب مرض السرطان للمرضى المعرضين لخطر الموت بالبيت.

#### ضمان تطوير وتوسيع العلاجات المخففة عبر شبكات.

#### التدبير 70 : تحديد مهام البنيات المتكفلة بالعلاجات المخففة.

تهدف بنيات العلاجات المخففة إلى تحسين جودة حياة المرضى وأسرتهم في مواجهة آثار مرض يحتمل أن يكون قاتلاً وذلك من خلال الوقاية والتخفيف من المعاناة التي يجب اكتشافها مبكراً وكذا تقييمها بكل دقة بالإضافة إلى علاج الألم والمشاكل الأخرى العضوية والنفسية والروحية المرتبطة به. تختلف المهام حسب المستوى الذي تتواجد به هذه البنيات المخول لها التكفل بالعلاجات المخففة.

- على مستوى الأقطاب الجهوية لعلاج السرطان تضطلع هذه البنيات بالمهام التالية :
  - ضمان بقاء خدمات العلاجات المخففة.
  - التنسيق بين مختلف مؤسسات التكفل بمرضى السرطان المحتاجين للعلاجات المخففة.
  - تكوين الطاقم الطبي والشبه الطبي العامل داخل بنيات العلاجات المخففة في مختلف المستويات.

- تطوير البحث في مجال العلاجات المخففة.
- على مستوى مراكز القرب لعلاج السرطان تضطلع هذه البنيات تحت تاثير الأقطاب الجهوية لعلاج السرطان بالملهام التالية :
  - إنشاء وحدة للعلاجات المخففة داخل المستشفى بأسرة محددة
  - التوفر على مستشفى لليوم (hôpital de jour) لأجل العلاجات الداعمة والعلاج الكيماوي.
  - تعيين فريق متنقل قادر على القيام بهذه المهمة.
  - توفير الاستشفاء لأجل النقاهاة.
  - ضمان التكوين، التدريب والاستشارة والمساندة للمرضى وأسرهم.
  - التوفر على سجل للمتابعة وللتقييم.
- على مستوى مؤسسات الخدمات الأولية للصحة : يتعين على الطاقم الصحي تقديم الدعم لمساعدة المرضى على الاستمرار في نشاطهم لأطول مدة ممكنة حتى الموت ، وكذلك دعم ومساندة العائلة على الصمود خلال مرض قريبهم وعند الوفاة بتقديم العلاجات المخففة للمريض بالمستشفى عبر استشارات دون إقامة بالمستشفى، وفي البيت بواسطة فريق متنقل ومن خلال النصائح والتوجيهات.

#### التدبير 71 : تنظيم شبكات التكفل بالعلاجات المخففة

- وضع تخطيط مشترك بين مراكز علاج السرطان ومصالح ووحدات العلاجات المخففة بتوظيف الموارد الضرورية. يجب أن تخضع شبكة التكفل بالمرضى المحتاجين للعلاجات المخففة التنظيم الذي تخضع له عروض العلاج الحالية في مجال السرطان الأماكن الثلاثة لتقديم هذه الخدمة هي :
  - امراكز المرجعية على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية والأقطاب الجهوية لعلاج السرطان.
  - مراكز القرب على مستوى مراكز علاج السرطان بالقرب والمستشفيات الإقليمية.
  - مؤسسات خدمات الصحة الأولية.
- وضع الأنماط الثلاثة لعروض العلاجات المخففة.
  - وحدات الإقامة للعلاجات المخففة.
  - الفرق المتنقلة بداخل المستشفى (العلاجات المخففة) والموجودة على مستوى مراكز علاج السرطان القريبة. هذه الفرق المختصة يجب أن تتوفر على الوسائل والتجهيزات الضرورية للقيام بمهامها على أحسن ما يرام. يتوجب عليها إمساك سجلات لتوثيق أنشطتهاو يجب أن يكون النظام المعيارى للفرق المتنقل داخل المؤسسة واضحاً ومعتزفاً به من طرف جميع مصالح المستشفى.

- الفرق المتنقلة على مستوى مؤسسات خدمات الصحة الأولية تضطلع بمهام تقديم العلاجات المخففة بالبيت وضمان تتبع المرضى. تتطلب العلاجات المخففة بالمنزل انخراط الجمعيات غير الحكومية، الهلال الأحمر وأفراد العائلة الذين ينبغي تحسيسهم وتدريبهم في مجال التكفل بالعلاج التخفيفي حين إقامة مريضهم بوحدة العلاجات المخففة.

وبعيداً عن أي تعارض بينها فكل هذه الأنواع من التكفل تتكامل لتقدم للمرضى ولأقربائهم الأجوبة التطورية الملائمة أكثر لحاجياتهم ورغباتهم.

## التدبير 72 : تحديد معايير ومواصفات بنيات العلاجات المخففة :

- مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية والأقطاب الجهوية لعلاج السرطان.
  - مصلحة تتكون من 10 إلى 20 سريراً مضاداً للتقرح مع غرف جماعية وفردية وكذا التجهيزات التقنية الضرورية.
  - فريق متعدد الاختصاصات مكون من أطباء، ممرضين مكونين في العلاجات المخففة، معالج نفسي، مشرفة اجتماعية وممرض طبي : مساعدات، أخصائية حمية، كاتبة ومتطوعون.
  - العلاجات المخففة : توافي خدمات العناية المكثفة وبالتالي فإن فوترتها يجب أن تكون مماثلة لهذه الأخيرة.
  - على مستوى مراكز القرب لعلاج السرطان :
- يجب أن تتوطن وحدة القرب للعلاجات المخففة داخل مستشفى جهوي أو إقليمي حيث يوجد مركز القرب لعلاج السرطان. يجب تبني نموذج "فريق متنقل داخل المستشفى"
- على مستوى مؤسسات خدمات الصحة الأولية :
  - يجب أن يستقر الفريق المتنقل لوحدة العلاجات المخففة على صعيد مؤسسات خدمات الصحة الأولية كما ينبغي أن يعتمد عمل الفريق المتنقل على دعم الجمعيات، الهلال الأحمر، المتطوعين، إلخ...

## التدبير 73 : وضع نظام للإعلام بالعلاجات المخففة :

### تطوير البحث في العلاجات المخففة

## التدبير 74 : تطوير البحث في مجال العلاجات المخففة :

- المعرفة الجيدة بالمرضى الذين يتطلبون العلاجات المخففة.

- وضع وتطوير بروتوكولات للعلاج
- تطوير البحث السريري في مجال العلاجات المخففة
- دراسة الممارسات فيما يخص التكفل بالعلاجات المخففة
- إنجاز دراسات اقتصادية طبية، وتحديد الحاجيات والكميات الضرورية من مواد المورفين.
- معرفة حاجيات المرضى والأسر والمهنيين في الصحة.
- دراسة المنحى نحو العلاجات الداعمة.

**التدبير 75 :** ضمان حقوق المرضى المصابين بالسرطان :

- الحق في التأمين على المرض ؛
- الحق في القروض ؛
- الحق في التأمين على الحياة ؛
- حقوق التقاعد ؛
- الحق في الترقية في الإطار المهني.

**التدبير 76 :** تقوية جماعات الضغط للتعبئة ضد السرطان :

- تطوير برنامج تواصل للوعي للمخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان.

**التدبير 77 :** تطوير "ميثاق وطني للسرطان"

- تطوير ميثاق يجمع بين كل الشركاء : الحكومة، جمعيات مكافحة السرطان، الملتخبون، الجمعيات العلمية، القطاع الخاص، الجمعيات غير الحكومية.. إلخ

**التدبير 78 :** خلق هيئة لتدبير المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان :

خلق أداة تسيير قصد تفعيل تدابير المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان وضمان تتبعه وتقييمه.

## 9. النتائج المنتظرة والوسائل

تتمثل أهم عناصر نجاح تطبيق المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان في :

- لعب وزارة الصحة لدور الريادة.
- تعبئة اجتماعية وشراكة على كل المستويات.
- التطبيق التدريجي المعتمد على نماذج مصادق عليها علمياً.
- مقارنة نظامية تهتم بكل محاور المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان.
- مبادرات واقعية وممكنة التطبيق ضمن سياقنا الاجتماعي والثقافي.
- محورية المريض كهدف أولي للمخطط.

### 1.9 النتائج المنتظرة

النتائج المنتظرة من تطبيق المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان في الفترة الممتدة بين 2010 و 2019 هي :

الوقاية : تقليص المخاطر السلوكية والبيئية بنسبة 30%

الكشف المبكر :

- إن التوفر على برنامج للرصد المبكر معمول به على الصعيد الوطني.
- رصد 50% من النساء ضمن الساكنة المستهدفة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم.

التكفل بالتشخيص والعلاج :

- التوفر على بنى تحتية تستجيب للمعايير وموارد بشرية كفؤة ومتحمسة على مستوى المملكة.
- التكفل ب 100% من المرضى طبقاً للمعايير الدولية.

العلاجات المخففة :

- التوفر على شبكة للعلاجات المخففة على الصعيد الوطني.
- مرافقة 100% من المرضى المحتاجين للعلاجات المخففة.

## 2.9 التمويل

يشمل تمويل المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان على السواء نفقات التشغيل والاستثمار للفترة الممتدة بين 2010 و2019 حيث سيتمكن هذا التمويل من :

- تدعيم برامج الوقاية وتثبيت برامج للاكتشاف المبكر.
- خلق بنى جديدة وتأهيل البنى القائمة لتغطية كل التراب الوطني وتحسين الولوج إلى الخدمات.
- تحسين الولوج إلى الأدوية.
- تدعيم الموارد البشرية الإدارية الصحية.
- تطوير البحث في كل مجالات السرطان.

تقترح اللوحة 2 تقديرات الميزانية حسب مختلف البنود.

**اللوحة 2 : الميزانية المتوقعة للمخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان 2010-2011 بآلاف الدراهم.**

السنة	المجموع	النسبة المئوية
الوقاية	578 700	7,1 %
الاكتشاف المبكر	146 000	1,8 %
التكفل	7 237 000	88,3 %
- البنى التحتية	789 000	9,6 %
- الأدوية	4 629 000	56,5 %
- الاستغلال	1 782 000	21,7 %
- التنظيم	37 000	0,5 %
العلاجات المخففة	86 000	1,0 %
الإجراءات المصاحبة	150 000	1,8 %
المجموع بآلاف الدراهم	8 197 700	

يتضمن ملحق إضافي مواعيد الصرف وتفاصيل الميزانية.



### 3.9 مؤشرات التتبع والتقييم :

لأجل تقييم النتائج المنتظرة سيتم وضع وتتبع عدة مؤشرات خلال تنفيذ المخطط.

- تقلص تفشي عوامل الإصابة بنسبة 30%.
  - عدد النساء اللاتي تم رصد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم لديهن.
  - عدد بنيات الرصد المبكر العاملة على الصعيد الوطني.
  - عدد المرضى المتكفل بهم.
  - عدد البنيات التحتية العاملة على مستوى التشخيص والعلاج.
  - عدد المرضى المتكفل بهم من حيث العلاجات المخففة.
- كل هذه المؤشرات العامة سيتم تفصيلها في مخططات العمل الخاصة بكل مكون من مكونات المخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان حيث ينبغي أيضاً أن تكون موضوع تتبع مستمر.







[www.contrelecancer.ma](http://www.contrelecancer.ma)

---