



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

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان

2010 - 2019

المحاور الإستراتيجية والتدابير



صاحب الجلالة املك محمد السادس
مرفوقاً بصاحبة السمو الاميري الأسبق للا سلمى رئيسة جمعية للاسلامى مهاربة داء السرطان
أثناء وضع الحجر الأساسى لبناء مركز الانكولوجيا ابن رشد
الدار البيضاء 13 ابريل 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 المهدف 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

19	5. استراتيجية الكشف المبكر
19	1.5 تحليل الوضع
20	2.5 الأهداف الخاصة
20	3.5 الكشف المبكر ، التدابير 31-43
24	6. استراتيجية التكفل تشخيصا وعلاجا
24	1.6 تحليل الوضع
26	2.6 أهداف خاصة
27	3.6 التكفل بالتشخيص والعلاج ، التدابير 44-61
38	7. استراتيجية العلاجات المخففة
38	1.7 تحليل الوضع
38	2.7 أهداف خاصة
38	3.7 العلاجات المخففة ، التدابير 62-74
45	8 تدابير المراقبة
46	9 التفعيل
46	1.9 النتائج الملموسة
47	2.9 التمويل
48	3.9 مؤشرات التتبع والتقييم

تقديم

باسم الله الرحمن الرحيم،

تعد محاربة داء السرطان ورشا يجب أن يظل مفتوحاً مدى الحياة. إن الأمر يتعلق بمسار شاق وطويل. ومن الأمله وأماله نستمد قدرة التمرس على خوض كفاح متواص، ونرداد تشبعاً بالقيم الإنسانية السامية للتواضع والتضامن والتفاؤل.

عند إنشاء الجمعية ملحارية السرطان، التي تحمل إسمي، كنت أدرك جسامته التحدى، وحجم العمل، وقوّة الالتزام المطلوب.

إلا أن الرعاية السامية والمحفزة لصاحب الجلالة أمير محمد السادس، نصره الله، استنهضت همنا، وأكسبتنا المقومات الازمة والحاصلة للنهوض برسالتنا النبيلة، على أكمل وجه.

لقد كانت الاحتياجات هائلة، لا يشاهدها إلا حجم الانتظارات الناجمة عنها ، وإذا ما استحضرنا أن ثلاثة ألف مغربي ومغربي 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 مجدها وملموسة، حيث كان يتبعنا أن نخفف من معاناة المصابين، ونضيء 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 يتوفّر لدينا من المعطيات سوى ما تجمّع لنا من تقدّيرات وإسقاطات استقيناها من بعض المؤسسات.

لكن ما كنا نعلميه علم اليقين، الذي لا جدال فيه، هو أن 40% من الإصابات بهذا الداء، يمكن تجنبها 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 أهدافاً 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 أصبحت بلورة تصور استراتيجي، مضبوط وقابل للتنفيذ، أكبر تَحَدّ بالنسبة لنا، وعماد النجاح المنشود. ومن هنا، برزت ضرورة الانكباب على صياغة وإعداد الخطة الخاصة بداء السرطان التي نحن بصددها الآن.

وبفضل هذه الخطة، التي تعد بمثابة خارطة طريق، فقد أصبح مستقبل محاربة السرطان في المغرب واضحًا. وعلى غرار الدول المتقدمة، فإن المغرب يتتوفر اليوم على خطة وطنية للوقاية من داء السرطان ومراقبته، والفضل في ذلك يرجع إلى وجود شراكة ناجحة بين جمعيتنا ووزارة الصحة.

واعتباراً لخصوصيات المغرب، فإن هذه الخطة تتمحور حول 78 إجراء، تتسم كلها بالعقلانية، وتتلاءم مع الموارد الملتوفرة والمأتوقة. كما أنها تعتمد مقاريبات جديدة للوقاية والكشف والعلاج وأسلوبات الاجتماع، مع ما يتطلبه ذلك من مراعاة للقيم المؤسسة لثقافتنا، وتعاون فاعل من لدن كافة مكونات المجتمع. لذا، فإن الإقدام على تنفيذ هذه الخطة سيكون له وقوعه الكبير على الجهد المبذول لمحاربة داء السرطان. كما أُنني وأُثقة من أن هذه الخطة ستشكل، لا محالة، نموذجاً يُحتذى به في هذا المجال.

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

والله ولبي التوفيق.

صاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى
رئيسة جمعية للا سلمى لمكافحة داء السرطان

” جمِيعاً ”

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 (الملوثة) المعدة والأمعاء الغليظة، القولون، الرئة، الفم... الخ)، سرطانات الدم، سرطانات العظام، مرض هودكنج وكذا الأورام المقاومة غير هودكنجية. القاسم المشترك بين كل هذه الأشكال هو إخفاق اميكانيزمات التي تضبط النمو والتكاثر الطبيعي للخلايا وموتها. إن هذا الخلل الذي يبتدئ صغيراً سوف ينحو بشكل تدريجي نحو الخطورة لتقوم الخلايا السرطانية باكتساح الأنسجة المجاورة بل ويمكنها أن تبلغ أيضاً جهات أخرى من الجسد.

يقدر عدد المرضى الجدد المصابين بالسرطان عالمياً 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 يمسها هذا المرض، ولذلك فإن حجم الأضرار التي يسببها السرطان للمجتمع بلغة جداً بحيث أنها لا تقتصر فقط في المعاناة الإنسانية للمرضى وذويهم وأصدقائهم وإنما تتجلى أيضاً في كلفته الاقتصادية.

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

في المغرب، الوضع إشكالي أيضاً، 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 تخطية صحية . إن نتائج الأبحاث حول وقع التكلفة امترتبة بعلاجات السرطان تكشف ثقل الأعباء التي تحملها الأسر وخطورة الآثار والتداعيات الاجتماعية والاقتصادية التي تعقب كل إصابة بالسرطان، فحوالي 90% من تكلفة بعض أمراض السرطان يتولاها المرضى أنفسهم مما يتربّع عنه تفجير هذه الأسر بشكل لا محيد عنه.

2.1 المبررات

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

- غياب برامج مهيكلة للاكتشاف المبكر.
- عدم كفاية البنية التحتية وكذا الموارد البشرية المختصة.

- سوء تدبير الموارد المتأخرة، غياب معايير للتکفل بالمرضى سواء عند التشخيص أو عند العلاج، غياب سياسة خاصة بالأدوية الجنيسة ... 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 والقوانين الجاري بها العمل وعدم قدرتها على تامين وقاية و تکفل فعالين بمرضى.
- 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 بتدعم 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 مكافحة السرطان التي تهدف إلى تقليل 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 مهاربة داء السرطان، فإن المغرب ينخرط ضمن هذه المقاربة الاستراتيجية ويعنى 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 استراتيجية الدولية في هذا المجال.

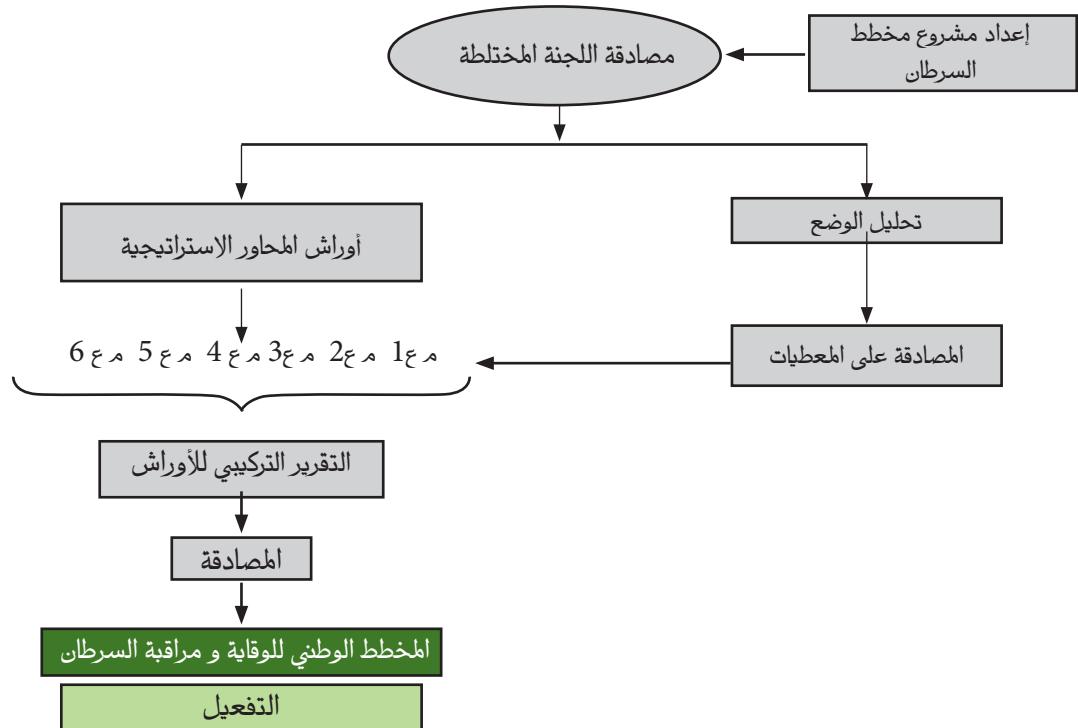
3.1 المنهجية

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

يبتدىء 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 والبحوث حول أنظمة الوقاية والكشف المبكر، الممارسات التشخيصية والعلاجية. البحث في التشريعات والقوانين. والتحري عن حاجات المرضى وأسرهم وحاجيات المهني الصحي والأشخاص المعرضين للمخاطر وكذا التمثلات، المعارف، المواقف والممارسات التي يبلورها السكان في تعاملهم مع السرطان.

وانطلاقا من تحليل الوضع تم تنظيم أرواش من طرف «جمعية للا سلمى مهاربة داء السرطان» ALSC ووزارة الصحة لأجل وضع استراتيجية 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 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 انتقالاً وينتهي *Epidémiologique Transition* أدى إلى ما يمكن أن ينعت بـ”العبيء المزدوج“ و الذي يتجلّى في تواجد الأمراض التعرّفية والامراض المزمنة جنباً إلى جنب. وبينما تنخفض تدريجياً نسبة انتشار الأمراض التعرّفية وسوء التغذية نسجل ارتفاعاً في نسبة انتشار الأمراض غير المعدية كأمراض القلب، الأمراض المزمنة والسرطانات. هذه الأمراض مسؤولة لوحدها عن 56% من عبئ الأمراض العامة. *Morbidité* 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 والاجتماعي السريع.
- التغير البيئي.
- تغيير أنماط العيش : قلة الحركة، لميل أكثر فأكثر نحو تبني نظام غذائي غربي وانتشار التدخين و السلوكات غير الصحية.

1.2 نسبة ظهور السرطان

يعتبر سجل السرطان لجمة الدار البيضاء الكبرى المصدر الوحيد للمعلومات الوثائقية (الإبديولوجية) الذي يحظى حالياً بالصدقية 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 بجمة الدار البيضاء الكبرى سنة 2004، منها 1833 لدى النساء و 1503 لدى الرجال. وهذا 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 أضهرت النتائج المتوصل إليها من خلال هذا المسجل أن جمة الدار البيضاء الكبرى عرفت سنة 2004 تسجيل 3336 حالة سرطان، منها 1833 لدى النساء و 1503 لدى 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 التموضع والجنس طبقاً لسجل السرطان بجهة الدار البيضاء الكبرى لسنة 2004.

%	المجموع	%	الرجال	%	النساء	
19.8%	662	-	-	36.1%	662	الثدي
11.7%	389	23.8%	358	1.7%	31	الرئة
7.0%	235	-	-	12.8%	235	عنق الرحم
4.9%	165	6.1%	92	4.0%	73	ورم ملفاوي غير هدجنكي
3.7%	125	8.3%	125	-	-	البروستات
3.2%	107	4.1%	62	2.5%	46	الأمعدة
2.9%	98	3.1%	47	2.8%	51	الشرج
2.9%	97	-	-	5.3%	97	الغدة الدرقية
2.9%	96	3.7%	56	2.2%	40	القولون
2.7%	92	-	-	5.0%	92	المبيض
2.5%	84	5.6%	84	-	-	الحنجرة
2.5%	84	5.6%	84	-	-	المثانة
2.5%	83	2.7%	41	2.3%	42	الجلد
2.0%	68	4.6%	68	-	-	تموضع أولي غير معروف
1.9%	65	4.3%	65	-	-	الحلق
1.5%	49	-	-	2.7%	49	الرحم
1.3%	42	2.8%	42	-	-	الدماغ
0.9%	32	2.1%	32	-	-	البنكرياس
0.9%	29	-	-	1.6%	29	الورم المطاوبي لهودكنج
0.7%	22	-	-	1.2%	22	المراة
0.6%	20	-	-	1.1%	20	المريء
20.8%	693	23.3%	350	18.7%	343	سرطانات أخرى
100%	3336	45%	1503	55%	1833	المجموع

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

إذا قمنا بإسقاط هذه النتائج على مجموع ساكنة المغرب يتبيّن 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 متبعاً بسرطان الرئة، سرطان عنق الرحم، سرطان الشرج والأمعاء الغليظة. الأورام المقاويبة غير هدجنكية ثم سرطان البروستات وسرطان المعدة.

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

2.2 نقاط القوة

- وجود قيادة.
- توفر الإرادة السياسية.
- اعتبار السرطان مشكلة يحظى بالأولوية ضمن مشاكل الصحة العمومية.
- وجود مجتمع مدنى حيوي.
- وجود رصيد من الكفاءات البشرية.
- وجود رصيد من المبادرات والبنيات 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 للتكميل بالمرض يجعل العلاج في غير متناول كثير من المرضى.
- غياب العلاجات المخففة في المراحل النهائية ، وغياب الدعم النفسي والاجتماعي.
- غياب مخطط أو استراتيجية للإغاثة والتوعية والتواصل.
- عدم كفاية التكوين الأولي والتكوين المستمر.
- عدم كفاية وعدم ملاءمة التاطير التشريعى والتنظيمى.

3. الرؤيا و المبادئ

1.3 الرؤيا

تتمثل رؤيا "المخطط الوطني للوقاية و مراقبة السرطان" في الوقاية و التحكم في السرطان على المستوى الوطني بفضل مقاربة متعددة القطاعات تقترح مبادرات ملموسة و دائمة يتم تكييفها بانتظام وفقاً 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 التامين.
- الجودة : تكفل شامل يستجيب للمعايير.
- التفوق والإنقاذ في كل مراحل تفعيل المخطط
- ضمان تفعيل حقوق المرضى المصابين بالسرطان من خلال اقتراح برنامج يعتمد الحياد ويعزز لخدمة إنسانية قوامها المساواة.

3.3 الهدف الاستراتيجي

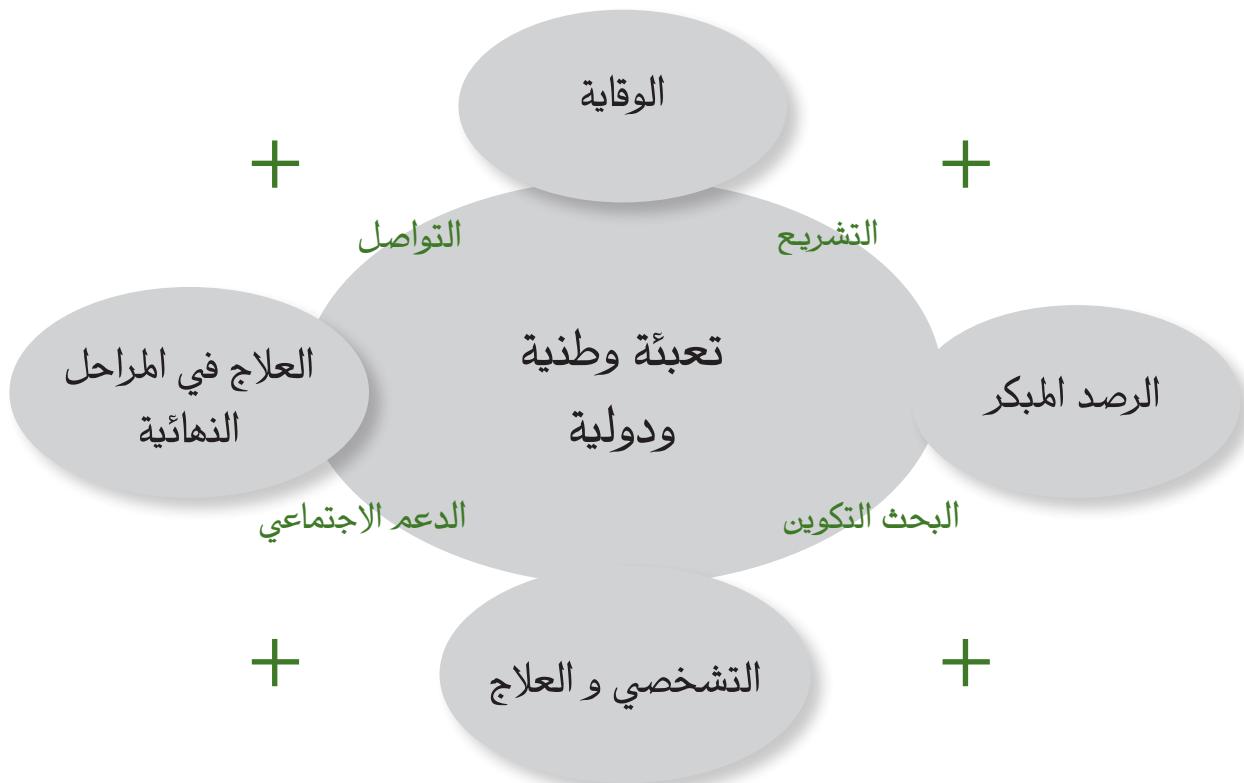
هدف "المخطط الوطني للوقاية و التحكم في السرطان" هو تقليل المراضة والوفيات المرتبطة بالسرطان وتحسين جودة الحياة للمرضى وذويهم.

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 الدعم يقوم على التواصل و التعبئة الاجتماعية و تقوية 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 ومحيشه مع الأخذ بعين الاعتبار النتائج المحصل عليها بعد تحليل وضعية السرطان بامغرب.

4. استراتيجية الوقاية

تعتبر الوقاية المقاربة الأكثر فعالية في مجال الصحة العمومية والأكثر نجاعة اقتصادياً لأجل كل مكافحة يتم إنجازها على الأمد البعيد. وهكذا فإنه بالإمكان تفادى ما يقارب ثلث حالات السرطان باجتناب تغيير أو تقليل هشاشة الأشخاص المعرضين لعوامل الإصابة ، التدخين، البدانة والسمنة. الاستهلاك غير الكافى للخضروالفاواكه، نقص النشاط البدنى، تناول الكحول. التعفنات (التهاب الكبد الفيروسي باء HVB، الفيروس الحيلومي البشري HPV) وتلوث 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 محیطهم العائلي الأقرب و 17% داخل محیطهم 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 بالتجذية :

- 63% من الساكنة المغربية تستهلك 5 أنواع أو أكثر من الفواكه والخضركل يوم.
- 11% من الساكنة تستهلك الدواجن أكثر من 3 مرات في الأسبوع
- 3% فقط من الساكنة تتغدى بالسمك 3 مرات في الأسبوع أو أكثر.
- فيما يتعلق بالنشاط البدنى : كل شخص من بين كل أربعة أشخاص يقوم بمجهود بدنى بوتيرة مرتفعة وكل شخص من بين اثنين له نشاط بدنى بوتيرة متوسطة في حين أنه من بين كل خمسة أشخاص هناك شخص واحد فقط يزاول الرياضة.

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

داخل الأوساط المهنية بعد التعرض لبعض المواد المسرطنة أمرا شائعا بالإضافة إلى أن استعمال وسائل الحماية لا زال ضعيفا.

- صناعة الخشب ، التعرض لغبار الخشب يناهز 100% ويتراوح بنسبة 62% بالنسبة لبنزين الصباغة.
- صناعة الجلد ، نسبة التعرض للملح وللصباغة ترواح على التوالي نسبة 100% و 55%
- صناعة النحاس : يتم التعرض بكثرة لغبار الخشب (54%)، الإيتانول (18,1%) والحامض الكبريتى (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% متبوعاً بالصباغة 9,7% بينما يكون معدن الأميانت العامل الأكثر انتشاراً في بعض البناءات.

في المجال التشريعي لا يفرد القانون الوطني أي نص قانوني خاص بالسرطان فكلمة سرطان لا تظهر في تسميات وعناوين القوانين والظهائر والمراسيم.

يمثل القانون رقم 91-15 الإطار القانوني الحالي الخاص بمكافحة التدخين في حين أن مقترح القانون المعتمد حديثاً من قبل البريطان ينحو إلى تعديل وتكميله هذا النص من خلال تعديله بمواد تشكل طفرة هامة في مجال مكافحة التدخين.

تنظم المقتضيات المضمنة في القانون 65 - 99 الخاص بمدونة الشغل حماية صحة العمال فمن بين 86 مريضاً مهنياً مشار إليه 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 تتتوفر على شروط النظافة والسلامة. هذا وتتجدر الاشارة إلى وجود ترسانة قانونية هامة تخص السلامة الغذائية ونظافة الوسط ،

ينظم مرسوم القوانين الخاصة بالحماية من الأشعة الإليونية وتتضمن مقتضياته الشروط المطلوبة لاستعمال هذه الأشعة وكذا المعايير المرتبطة بamacnها وتدابير تصريف وتخزين النفايات النشيطة إشعاعيا.

2.4 أهداف خاصة

- الحد من التدخين بنوعيه بما في ذلك التدخين السلبي.
- رفع عدد الأشخاص الذين يتبعون نمط عيش سليم.
- تقليل 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 المهمة.
- 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 لمساعدة المدخن على الإقلاع عن التدخين داخل مؤسسات العلاج الأولية.
- تقديم سداد الأدوية وألمواد الملعوضة للذكورتين.
- دعم صالح 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 وألمبادرات التربية المدرسية وغير المدرسية.

التدبير 4 : تقليل الولوج مواد التدخين ومكافحة التحفيز على استهلاكها.

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

التدبير 5 : امتصادقة على الاتفاقية الإطار لمكافحة التدخين.

التدبير 6 : وضع الإجراءات الكفيلة بتطبيق القانون 91-15

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

التدبير 7 : تعبيء الجمعيات النشيطة في مجال مكافحة التدخين.

التدبير 8 : خلق هيئة بين مختلف القطاعات ملراقبة 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 المقللي) 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 تربوية وتواصلية نشيطة ودائمة لتشجيع تغذية متوازنة وغير مكلفة في جميع الفصول.
- بلورة برامج للتربية على فنون الطبخ الصحي عبر وسائل الإعلام وداخل المؤسسات الدراسية.
- تحسين أصحاب المطاعم والممونين والمصنعين بمخاطر امترتبة بالأنظمة الغذائية غير المتوازنة.
- بلورة معايير تغذية متوازنة في المطاعم ومطاعم الإدارات والشركات والمؤسسات الدراسية.

التدبير 10 : محاربة الوزن الزائد والبدانة

- وضع برنامج للتربية الغذائية موجه للمرأهقين والأطفال منذ سن الخامسة.
- وضع برامج خاصة ملكافحة السمنة.
- تكوين مهني الصحة حول المخاطر الصحية للسمنة والوزن الزائد
- تحسين المستهلكين بمخاطر الوجبات السريعة غير المتوازنة
- تحسين 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 امتحانات.
- تسهيل الوصول إلى أنشطة رياضية للقرب خارج المدرسة لفائدة الشباب.
- خلق بذريات رياضية للقرب بأثمان مقبولة.
- تنظيم حملات إخبارية تربوية وتوأمية حول فوائد الممارسة الرياضية الممنظمة لدى كل الأعمار والتحسيس بمخاطر قلة الحركة.
- تشجيع مخططات للتاهيل الحضري تتبنى طرقاً خاصة بالدراجين، فضاءات للنزهة على الأقدام مناطق خضراء، ملاعب رياضية ووسط مدينة بدون سيارات.

التدبير 12 : مكافحة استهلاك الكحول.

- رفع الرسوم على أنواع المشروبات الكحولية.
- منع الدعاية المباشرة وغير مباشرة للكحول.
- التحسيس والتوعية بأضرار الكحول.
- بلورة برامج لدعم مصالح وجمعيات الإقلاع عن استهلاك الكحول.
- مكافحة الأمراض التعرفية

التدبير 13 : الوقاية من التعفنات الفيروسية

- توعية الساكنة بانماط انتقال التعفنات، بمخاطر التسرطن المترعرع لها ووسائل الوقاية.
- تقوية الاستراتيجيات المعتمدة في مجال مكافحة التعفنات المتنقلة جنسياً وخصوصاً السيداً مع التعريف بمخاطر الإصابة بفيروس التهاب الكبد باء HBV وفيروس الحيلومي البشري HPV.
- املاقي قدماً 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 البنفسجية

- 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 إشهارية حول مخاطر التعرض للشمس وقواعد الوقاية في الأماكن الخطرة (الشواطئ - اماساج).

- بلورة ووضع قوانين رهن التطبيق حول المصايب امرسلة 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 (C1 RC).
- إعلام وتوعية كل المهنيين بالمخاطر الخاصة امترتبة بمهنتهم.
- بلورة الإجراءات الوقائية الملائمة لكل وسط مهني.
- مراجعة تشريع طب الشغل لتنديمه 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 التربية

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

التدبير 18 : الوقاية من التعرض للأشعة الكهرومغناطيسية والأيونية

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

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

التدبير 19 : تطوير التشريعات المتعلقة بالمخاطر المرتبطة بالأشعة الأيونية

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

التدبير 20 : مكافحة تلوث الجو

- انجاز ابحاث 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 03-11، 03-12 و 03-13 المتعلقة على التوالي بحماية و إعادة الاعتبار وتاهيل 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 جماعيات حماية المستهلكين.
- تشديد المراقبة على المواد الغذائية المباعة 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 والتقليل.

التدبير 23 : تطوير التشريعات المتعلقة بمخاطر المرتبطة بالتجذيدية

- الإسراع بإصدار قانون ينظم إجراءات حماية المستهلكين
- إقرار مقترن القانون المتعلق بخلق امكانيات الوظيفي للسلامة الصحية للأغذية
- وضع قوانين ملائمة لكافحة الإشهار المخادع.
- ضمان مراقبة تطور السرطانات وعوامل الإصابة

سيتمكن وضع استراتيجية ملائمة لمراقبة تطور السرطانات وعوامل الإصابة من تحديد الحجم الحقيقي للمشكل تتابع حالات السرطان وعوامل الإصابة في الزمان ومكان وتحقيق الوسائل الضرورية للوقاية والتكميل بهذه الأمراض يجب أن تنفذ هذه الاستراتيجية من خلال مقاربات مختلفة حسب الأهداف والوسائل الممتدة.

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 المراصد 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 والتاكيد من ملئ بيانات الوفاة
- وضع نظام للربط بين سجلات السرطان وسجلات الوفيات

التدبير 26 : مراقبة المخاطر المرتبطة باملاكها.

- وضع ملفات للتتبع الطبي للأنشطة المهنية الخطيرة للعمال.
- تحسيس الأشخاص المعرضين للمواد المسرطنة للتصرير بهذه الأخطار في حالة ظهور سرطانات بعد التقاعد.
- إقامة نظام للتاكيد من أخطار التعرض لعوامل الإصابة في أماكن العمل.
- وضع نظام مركزي للمعطيات خاص بمراقبة الأخطار والسرطانات 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 بابحاث حول نسبة التعرض للمخاطر داخل أماكن الصناعة التقليدية. الفلاحة. قطاع البناء والأشغال العمومية.

التدبير 28 : تقييم المعرف

- القيام بدراسات خاصة بمعارف، مواقف، وممارسات الساكنة تجاه السرطان وعوامل الإصابة لتقديره لمبادرات الإعلامية والتربوية والتواصلية الموجودة رهن التنفيذ على وجه الخصوص.
- إنجاز دراسات تتعلق بالمعرف 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 منسقاً وموحداً.
بالنسبة للمسار الدراسي الأساسي :

- دمج وحدة حول الوقاية من السرطان في جميع أسلاء التعليم.
- إيلاء أهمية قصوى لتدريس الصحة العمومية ضمن المسار التكويني الأساسي الطبي والشبه طبي.
- تقوية جوانب الصحة العمومية المتعلقة بالبيانات 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 الأنثربولوجي.
- إنجاز دراسات حول السرطان العائلي.

5. استراتيجية الكشف المبكر

لأنشطة الكشف المبكر أهمية قصوى في التقليل من نسبة ظهور بعض السرطانات. وهكذا فإنه يامكاننا 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 التقرير يقوم بزيارة الطبيب بشكل منتظم في حين أن حوالي ثلث أرباع النساء لا يتوجهن أبدا لاستشارة طبيب أمراض النساء والولادة.

يشتمل الكشف المبكر على مكونين : الرصد والتخيص المبكر.

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

يتوجه الرصد نحو مجموعة "مستهدفة" من الساكنة نظراً 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 أشخاصاً تظهر لديهم علامات تستوجب المبادرة باستشارة مهنيي الصحة باسرع وقت ممكن وتبعاً لذلك فإنه يتبع توجيهات 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 أثراً إيجابياً على الصحة لكنها في المقابل تشتمل دائماً على تكاليف اقتصادية وقد تسبب أحياناً بعض الإزعاج. لذلك يتحتم تحليل الوضع بالمخبر من خلال مراعاة الأنواع الشائعة للسرطان والفعالية الممكنة للعلاجات في حالة الرصد والتخيص المبكر بالاعتماد على المعرف 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 (الملوثة)، الأمعاء الخليطة (القولون) والشرج، سرطانات الطفل، الأورام المخاوية 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 برنامج لتحسيس الجمهور وتوعيته باهمية الرصد والتشخيص المبكر للسرطان.
- وضع استراتيجية لتطوير عروض وأمكانيات الولوج لبرامج الكشف المبكر
- وضع برتوكول لضمان الجودة ومراقبة أنشطة الرصد المبكر والتکلف بالحالات.
- وضع نظام للمؤشرات والتحليلات لتقدير 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 الالئي 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 : امسحة المهبليّة (FCV)، واملاحة البصرية بالحامض الخلّي (IVA).

- في المغرب التقنية المتفق عليها حاليا هي تفعيل برنامج لرصد سرطان عنق الرحم يعتمد على املاحة

البصرية بالحامض الخلوي

- 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 لاحقا).

وضع استراتيجية للتشخيص المبكر

التدبير 33 : تحسين إمكانيات الولوج مصالح التشخيص المبكر

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

التدبي 34 : ضمان التكوين في مجال تقنيات التشخيص المبكر

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

ضمان الولوج لبرامج الكشف المبكر

التدبير 35 : دمج برامج الاكتشاف المبكر في نظام الصحة

- استئثار الساكنة المستهدفة برصد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم على مستوى المراكز الصحية وعيادات الأطباء العاملين.
- 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 العاملين.
- تشجيع التشخيص المبكر وتوفيره على كافة المستويات.

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

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

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

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

التدبير 38 : توفير البيانات والموارد الضرورية لبرامج الاكتشاف المبكر

- توفير البيانات والتجهيزات الضرورية.
- وضع اختبارات الرصد رهن الإشارة على مستوى خدمات الصحة الأولية.
- تقليل الموارد الاقتصادية الخاصة بالاختبارات التشخيصية والتكفل العلاجي.

التدبير 39 : وضع نظام لضمان جودة برنامج الكشف المبكر

- وضع مراجعات مكتوبة لكل مراحل برامج الكشف المبكر.
- بلوحة لجان للتقسيي بشكل نظامي.
- وضع نظام للاعتماد بالنسبة لكل المؤسسات (العمومية أو الخاصة) المخترطة في برامج الكشف المبكر على شتى المستويات.

التدبير 40 : وضع نظام للمراقبة والتتبع

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

- احترام المعايير والآجال.
- اقتناع المرضى بالخدمات.
- تطور التكلفة.

- اعتماد وثائق موحدة لتجمیع هذه المؤشرات ووضعها رهن إشارة مختلف الفاعلين في البرنامج على كل المستويات.
- القيام بشكل دوري برقية من الخارج لبرامج الاكتشاف البكر.

التدبیر 41 : تحسیس الساکنة بالعلامات المبكرة ويامکانیات العلاج

- التواصل بشكل يتلائم مع كل أنواع الجمهور وخصوصا الساکنة المستهدفة. هذا التواصل ينبغي أن يتصرف بالاستمرارية وأن 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

التدبیر 42 : وضع نظام للإعلام حول أنشطة الاكتشاف المبكر

- تشبييد نظام للتجمیع والتوثيق والتحليل على صعيد كل المستويات المعنية بالكشف المبكر للقيام بتتبع وتقییم نتائج برامج الاكتشاف المبكر وتجمیعها.
- إخضاع نظام الاستقبال لتقنيات الحاسوب لأجل تدبیر أفضل للبرامج.
- حساب أهم المؤشرات.

التدبیر 43 : تطوير البحث

- تطوير البحث في مجال الاكتشاف المبكر
- القيام بباحث عمليّة حول برامج الاكتشاف المبكر
- إنجاز دراسات للمقارنة تخص السياق المغربي حول الاختبار باملاحة البصرية بالحامض الخلوي و المنسحة المهبليّة لأجل رصد سرطانات عنق الرحم.
- القيام بدراسات دورية لتقییم اختبارات الرصد المستعملة سواء من حيث الأداء، إعادة الإنجاز، الجودة وكذا الإزعاج المحتمل وحجم التكلفة.

6. استراتيجية التكفل تشخيصاً وعلاجًا

1.6 تحليل الوضع

التكفل :

أظهرت دراسات الأمكانية عدم كفاية مؤسسات العلاج والموارد البشرية المختصة مما يجبر المرضى على التنقل مسافات طويلة لأجل مواعيد طويلة. إن صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية بصفة عامة يؤدي إلى تشخيص المرض في مرحلة 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 الطور الأول والثاني إلا في 4% من الحالات في حين أن 96% من الحالات تشخيص عند الطور الثالث والرابع.

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

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

امدة تتبع المرضى المصابةين بالسرطان قصيرة كما أن عدداً كبيراً منهم يتوارون عن الأنظار، فهذه امدة لا تتجاوز عموماً السنتين في 74% من الحالات.

بالإضافة لكل هذا فإن حوالي نصف المرضى لا يظهرون لهم أثر بعد عام. وعلى وجه التقرير فإن 7 مرضى من كل عشرة يتوارون عن الأنظار في السنة الثانية مقابل 83% في السنة الثالثة و 96% في السنة الخامسة، وهذا فإنه لا توجد معطيات دقيقة لنقدر نسبة البقاء على قيد الحياة حتى السنة الخامسة والتي تعد مؤشراً أساسياً 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 للذري لـ 1.000.000 امرأة.
- 1,3 آلة للرئتين المغناطيسيي لكل 1.000.000 ساكن.
- 2,2 مختبر لتشريح المرضى لكل 1.000.000 ساكن.
- محاكى 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.

العارف، المواقف، التمثيلات والممارسات.

كشفت الدراسات المدقّزة على مستوى السكان بخصوص معارفهم، مواقفهم وتمثيلاتهم للسرطان أن الألفاظ الأكثر استعمالاً للدلالة على السرطان هي: لي ماكيتسماش، أمراض الخايب، أمراض القبيح، الحية (AL Haya)، العدو. هناك إذن حالات تلقائية مرتبطة بالسرطان وبالرمزيّة التي تلاحمه وهي: الخوف، العزلة، عقاب إلهي، لعنة، الموت، مرض يربك العائلات، التمزق الأسري، مرض ليس له علاج، مرض جد مكلف يؤدي سريعاً إلى الموت رغم العلاج. ففي الوسط القروي، يهمس المريض لنفسه أنه: "من الأحسن توفير مدخلاته وقطيعه لتركهما لأطفاله لأنّه سينتهي حتماً إلى الموت".

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

السرطانات الأكثر تداولاً عند السكان هي سرطانات الثدي، الرحم، الحنجرة، الرئة والبروستات (المؤونة)؛ غالباً ما تتشبه 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 المذكورة بالسرطانات الأكثر شيوعاً، الجهل بقدرة التشخيص المبكر على الرفع من حظوظ الشفاء، وعدم تبيان 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 أحياناً بين وضع التشخيص وبداية العلاج نجد عدم تقبل المرضى لطريقة صياغة المرض من طرف الطبيب، هذه الصياغة التي تحاول أن تظل خامضة. لكن هذا السلوك الطبيعي لا يبدو أنه يخلق حماساً أو تعبيّة للعلاج لدى المريض بل هناك من المرضى من صرّحوا "أنهم كانوا يفضلون الإطلاع على حقيقة المرض لأجل أن يتسلحوا نفسياً بإرادة صلبة".

التشريع:

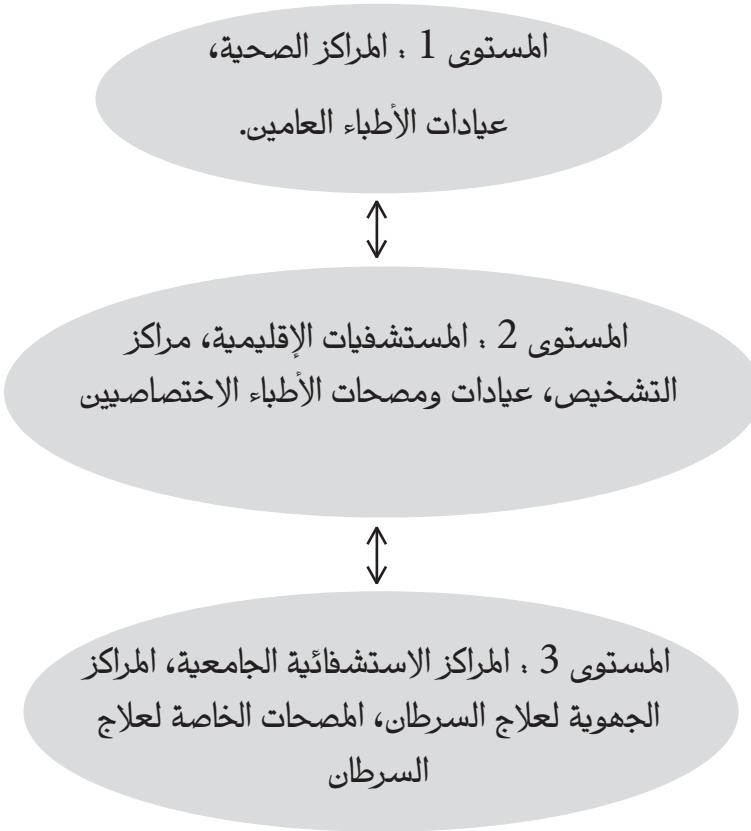
فيما يخص الجانب التشريعي تخضع مختبرات التحاليل الطبية لمقتضيات قانون 2002 الذي لا يتطرق لمختبرات القطاع الخاص المختصة في التشريح المرضي، فالإمكانية الوحيدة التي يتاحها للطبيب المختص في التشريح المرضي المرشح للعمل في القطاع الخاص هي إبرام اتفاقية مع مختبر للتحاليل الطبية دون أن يكون بإمكانه أن يصبح مالكاً أو شريكاً 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 وأ المؤسسات الاستشفائية. من الناحية القانونية، يوجد المريض سواء كان نزيلاً بالمستشفى أو لم يكن في وضعيات قانونية مختلفة حسب توجهه نحو القطاع العام أو القطاع الخاص. وجزء من هذه الحقوق تتضمنها النصوص الآتية : قانون مهنة الطب، القانون 10-94 المتعلق بممارسة الطب، القانون رقم 65-00 المتعلق بالتنظيم الصحية الأساسية والمرسوم الجديد للتسيير الداخلي للمستشفيات.

تهم 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 الاطرسى، التشخيص الإحيائى (البيولوجى)، 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 وتقويتها.
- وضع محاور البحث السريري (الإكلينيكى) في مجال السرطان.

3.6 التكفل بالتشخيص والعلاج : التدابير 44-61

تحسين نظرية 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 والتتابع في المستوى الأول.

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

- ضمان أنشطة الرصد المبكر، توقع تشخيص السرطان، انتقاء وتوجيه المرضى إضافة إلى أنشطة تتبع المرضى بعد العلاج.
- تحسيس مهنيي المراكز الصحية وعيادات الأطباء العاملين بعلم السرطان.
- تنظيم تكوين مستمر لفائدة مهنيي المستوى الأول ينكب على مختلف مراحل التكفل بالمرضى.
- بلورة مرجعيات وتسليلات 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 بامراضى تشخيصا وعلاجا في المستوى الثاني.

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

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

التدبير 47 : توفير العلاج المختص والتقويم والبحث في المستوى الثالث.

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

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

- توفير العلاج والتتابع.
 - توفير التكوين والبحث من قبل املاكز الاستشفائية الجامعية.
 - إرساء وسائل التشخيص الضرورية :
- مجموعة آلات التصوير بما فيها : الرنين المغناطيسي، التصوير الطبي النووي، التصوير الإشعاعي للثدي. وتظل بعض التقنيات مقصورة على املاكز الاستشفائية الجامعية كالتصوير الإشعاعي الوظيفي، التصوير الإشعاعي التدولي، الفحص الشامل بامفراس Petscan والفحوصات النظيرية المختصة.
- علم التشريح امراضي، علم التمنيع النسيجي الكيماوي والتقنيات المتقدمة في التشريح امراضي كتقنية التهجين الموضعي التالقي hybridation in situ à fluorescence وتقنية التهجين الموضعي الحراري hybridation in situ à calorimetrie. بعض التقنيات تبقى حكرا على المستشفيات الجامعية كعلم الأحياء الجزيئي Biologie moléculaire، والتعداد النسيجي بالتدفق (Tumorothèque) و التخزين الورمي Cytometrie de flux
- مختبر للتحليلات الطبية، علم الجراثيم، علم الدم، علم الكيماء الحيوية، الواسم الورمي Marquer tumoral، وبعض التقنيات الخاصة باطستشفيات الجامعية كالتمنيع النمطي الظاهري النوعي وعلم الوراثة النسيجي.
 - كل تقنيات المراقبة مع قصر التقنيات التداخلية منها على المستشفيات الجامعية.
 - توفير الجراحة السرطانية الكاملة :
- وحدة للاستشفاء ووحدة للإنعاش الجراحي.
- مستشفى اليوم للجراحة لتطوير الجراحة السرطانية دون مكوث باطستشفي.
- يجب أن تتوفر املاكز الاستشفائية الجامعية على: جراحة الدماغ والأعصاب لعلاج الأورام الدماغية، جراحة السرطان بامراقبة ، تقنية الورم المقاومي الحارس Sentinel، الجراحة الإصلاحية (الوجه، العنق، العظام، الثدي)، جراحة الاستئصال والإشعاع الذبكي للنقيمات الكبدية والرئوية والدماغية وكذا جراحة أورام العين.
- ضمان العلاج بالأشعة مع توفير ما يلي في كل موقع للعلاج :
 - مسرعين خطيين اثنين بمسدد متعدد الصفات Accelerateur.
 - نظام محاكاة (عادي أو بالسكانير). نظام لتخفيض تعداد الجرعات وربط شبكي بما في ذلك مع جهاز السكانير.
 - معالجة بالإشعاع ذو التفريق امترفع الجرعات (HDR) مع قاعة للتطبيقات وسلسلة لحساب الجرعات (مراقبة الجودة).

- تبني قواعد وتوفير وسائل ملائمة للحماية من الإشعاع داخل كل المراكز.
- تقنيات خاصة باملاك الاستشفائية الجامعية. علاج اشعاعي تشكلي مع تعديل الحدة. الجراحة التصويرية المجمعة (واحد كما كنيف gamma knife لكل المراكز).
- توفير العلاج الطبي للسرطان من خلال :
 - وحدة استشفائية تضم 10 أسرة على الأقل.
 - مستشفى لليوم يحتوي على الأقل على 8 أرائك.
 - وحدة مركزية للتحضير خاصة بالعلاج الكيماوي.
- وضع مدخل وريدي مرکزي مع قاعة خاصة لكل المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوي على المدى البعيد.
- تقنيات خاصة باملاك الاستشفائية الجامعية : رفع جرعات العلاج الكيماوي مع زرع ذاتي للخلايا الأصلية الهاムشية وزرع غيري للنخاع العظمي مع مراكز لحفظ التجميد وكذا الوسائل الكفلية بتجريب علاجات جديدة.
- قصر الاستشارات المختصة على املاك الاستشفائية الجامعية : علم السرطان الوراثي، السرطانات النادرة.
- توفير علاجات الدعم اهللائمة : تشمل اهوارد الضرورية : أخصائيون في علاج الألم، اهروضون الطبيون، المعالجون النفسيون، أطباء الأسنان، أخصائيو الحمية، اهصلحة الاجتماعية (العلاجات المخففة ستكون موضوع فصل منفرد).

التدبير 48 : تطوير التشريع الخاص بمؤسسات العلاج

- التحديد القانوني للمعايير وأمواصفات التقنية مراكز العلاج بالأشعة ومراكز العلاج الكيماوي.
- الاعتراف القانوني بالمخبرات المختصة في التشريح اهرضي.
- دمج علاج السرطان ضمن الاختصاصات التي يمكن تقديم خدماتها عبر املاك الاستشفائية الجهوية.

التدبير 49 : خلق بنية للعلاج المختص في مجال السرطان

- تشيد مراكز لعلاج السرطان بكل من مكناس، طنجة، آسفي، العيون.
- خلق مراكز لعلاج السرطان عن قرب بامستشفيات الإقليمية.
- خلق مركزين لسرطان النساء باملاك الاستشفائية الجامعية لكل من الرياط والدارالبيضاء.
- خلق مركزين لسرطان الدم لدى الطفل باملاك 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 هوماش سلسلة توزيع الأدوية.
- مراجعة أنماط حساب أثمنة الأدوية.
- تشجيع التصنيع المحلي للأدوية المضادة للسرطان.
- تسريع إصدار القوانين الخاصة بالمعادلات الإحيائية.

التدبير 52 : تطوير مرجعيات الوطنية للممارسة التشخيصية والعلاجية الجيدة

- بيان معايير ونماذج الخاصة بامنهج التشخيصي.
- مراعاة معايير ونماذج بيانات الامتداد.
- بلورة بروتوكولات نموذجية معيارية لعلاج الكيماوي.
- احترام نماذج تحضير للعلاج الكيماوي.
- تطوير مرجعيات للممارسة الجراحية الجديدة.
- تطوير مرجعيات الممارسة 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 مراقبة الجودة والصيانة.

التدبير 54 : وضع نظام للتتبع وتقييم التكفل بامرضى

- تحديد العيوب وحساب المؤشرات التالية لأجل تقييم جودة التكفل تشخيصا وعلاجا على صعيد كل مستوى.

- امدة الفاصلية بين أول استشارة طبية ووضع التشخيص.
- امدة الفاصلية 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 المترددين عن الأنظار.
- نسبة الحالات المشخصة مقارنة مع عدد الحالات المتوقعة.
- نسبة الحالات المعالجة مقارنة مع عدد الحالات المشخصة.
- افتتاح أملراضى 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، مواعيد 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 مرئية.
- ضمان موعد التكفل بالمريض في المستوى 2 في حالة الشك في السرطان قبل ان يخادر املراكز الصحي أو عيادة الطبيب في المستوى الاول.
- تصديق حالة كل مريض جديد مصاب بالسرطان من المستوى 2 الى المستوى 3 من طرف لجنة خلال اجتماع للتشاور متعدد التخصصات.
- إرساء نظام للإجتماع 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 املرضي. المعالجين بالأشعة. أخصائي العلاج الكيماوي. أخصائي الأعضاء

- عندما لا يكون الاجتماع التشاوري المتعدد التخصصات متاحاً 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 بامستوى 2 للممارسات السريرية والجراحية الجيدة التي تنخرط ضمن السياسة الوطنية للتوصي وتعزيز مراجع التكفل التشخيصي والعلاجي المندمج في إطار التامين الإجباري على المرض.
- ضمان استفادة المريض من مجموعة أملف 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 شيوعاً والتتابع عقب العلاج من خلال استغلال التخطيطية الجيدة للبلد بالأطباء العاملين.
- 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 الرحمي للنظام الذي يرمي إليه المخطط. لذلك ينبغي تاهيله بسرعة على صعيد الإمكانيات البشرية والتقنية للاستجابة للطلب الذي يتدفق نحوه رافعاً العبيئ من المستوى 1 ويعود إليه مرة أخرى راجعاً من المستوى 3.

تكوين وضمان جاهزية الموارد البشرية الضرورية للتشخيص.

- مصلحة التصوير (التصوير الإشعاعي العادي، التصوير الإشعاعي بموجات موضحة، الفحص بالصدى، التصوير الإشعاعي للثدي، المفراس (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 التشريح 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 طبيبان اثنان أخصائيان في أمراض الجهاز التنفسي وطبيبين أخصائين في أمراض الجهاز الهضمي. طبيبين مختصان في أمراض النساء والولادة وطبيبان مختصان في أمراض الجهاز البولي مصحوبان بالطاقم شبه الطبي المناسب.
 - التحليلات الطبية : ينبغي أن يضم مختبر التحليلات الطبية أخصائيان في البيولوجيا وعدداً كافياً 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 منهم على الأقل مؤهل ومختص في علم السرطان الطبي. بالنسبة للأطفال يضطلع طبيب أطفال بالعلاج الكيماوي بعد أن يتلقى تكويناً تطبيقياً 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 تكويناً تطبيقياً مناسباً وأن يستفيدوا وجوهاً من تكوين مستمر.
 - طاقم الدعم والعلاجات المخففة : المختصون في التكفل بالألم. المعالجون النفسيون، المرضىون الطبيون أخصائيون في الحمية.
 - الطاقم الإداري : كتابات، مساعدات اجتماعية.

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 طبيب مختص في علم الأشعة بكل وحدة.
- على الأقل طبيب مختص في الطب النووي.
- تقنيو الفحص بالأشعة : واحد بمكان الفحص الإشعاعي العادي وواحد بمكان التصوير الإشعاعي للثدي و 3 بمكان السكانير و 3 بمكان جهاز الرنين المغناطيسي و 3 لكل جهاز للطب النووي و 3 لكل مفراس شامل.
- **مختبر التشريح المرضي**
- على الأقل 3 أطباء متخصصين في التشريح المرضي أو أكثر وفقاً للتقنيات المستعملة وحجم النشاط.
- على الأقل 3 تقني مختبرات أو أكثر وفقاً للتقنيات المستعملة وحجم النشاط.
- مختبرات متخصصة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بطاقم مؤهل: علم الأحياء الجزيئي علم الوراثة النسيجي، علم الوراثة البنيوي، علم الوراثة البدني علم الوراثة المذاعي.
- برمجة التوجيه نحو الشراكة بين القطاعين العام والخاص لشراء الخدمة.
- تكوين وضمان جاهزية الموارد الضرورية للتكميل 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 التوفير على جراحين مؤهلين للقيام بالجراحة التقويمية والإصلاحية.
 - الطاقم اللازم الحاصل على التكوين التطبيقي المناسب وذلك لأجل التخدير والإنعاش وأمرأب الجراحي حسب حجم النشاط.

العلاج بالأشعة :

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

- على الأقل 12 مناولا للعلاج بالأشعة ،
- على الأقل مناولان للعلاج بالأشعة الكيرية ،
- على الأقل حاسب واحد للجرعات أو أكثر تبعا للنشاط ،
- على الأقل تقنيان لأجل إنجاز أنظمة تثبيت، صيانة ومراقبة جودة الأجهزة.
- العلاجات الطبية ،
- على الأقل طبيان مختصان في العلاج الطبي للسرطان أو أكثر حسب النشاط باعتماد طبيب واحد لكل 300 مريض جديد معالج في السنة.
- بالنسبة للمصالح التي تتکلف بالأمراض الخبيثة للدم، على الأقل طبيان مختصان في أمراض الدم تبعا للنشاط خصوصا في حالة زرع النخاع العظمي.
- طاقم العناية ، يجب أن يكون عدده مناسبا وحاصلا على تكوين تطبيقي ملائم.
- طاقم العلاجات المدعمة ، يجب أن يكون باعداد مناسبة، منعشون ناقلون للدم، معالجون نفسانيون. مروضون طبیون، أخصائیون في الحمية، مشرفات اجتماعیات، مرشدون دینيون... الخ
- طاقم الاستقبال والكتابة، ينبغي أن يكون بعدد كافي وأن يكون حاصلا على تكوين تطبيقي مناسب لهذا امراض العضال.

تطوير التكوين :

- التدبیر 59 : تطوير المسار الأساسي والتکوين المستمر في مجال علم السرطان.**
- إرساء تکوين أولی تكميلي في علم السرطان :
 - لفائدة الجراحين لتأهيلهم لممارسة جراحة السرطان.
 - لفائدة الأطباء العاملين والاختصاصيين غير المختصين في العلاج الطبي للسرطان لتأهيلهم لممارسة العلاج الكيماوي للسرطان.
 - ضمان التکوين المستمر لكل العاملين في المستويات الثلاثة.

تطوير محاور البحث :

- التدبیر 60 : تطوير البحوث في مجال التکفل بالمرضى.**
- أنواع البحوث التي ينبغي تطويرها مع احترام الأخلاقيات واممارسات النبيلة هي :

- التجارب السريرية (وطنية ودولية) ، الدوائية أو الاستراتيجية ،
- الدراسات الإحيائية Tumorothèque, cellulotheque, serotheque تخزين الأمصال تخزين الخلايا، التخزين الورمي)
- البحوث في مجال التنظيم
- بحوث التقييم : الأنشطة، المسارات، استعمال المراجعات، الميكل.

وضع نظام للإعلام :

التدبير 61 : وضع نظام للإعلام بأنشطة التكفل بالمرضى

- ضمان انتقال المعلومات الضرورية للتكميل 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 الامكنة 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 الفضائيين الصحي والاجتماعي الطبي وبين المدينة والمستشفى وبين الإقامة القصيرة والإقامة الطويلة بالمستشفى.
- نقص في الموارد البشرية : أطباء، ممرضون، مروضون طبيون ومساعدات علاج... الخ
- غياب أماكن للذقة ملائمة للعلاجات المخففة العامة والعلاجات المخففة الذهانية.
- نقص في تتبع العلاجات المخففة بعد العودة للبيت.
- غياب المراقبة المنتظمة للمرضى.
- غياب العلاجات الداعمة وغياب ثقافة المواطن حول موضوع الرمق الأخير وألم الموت ،

2.7 أهداف خاصة

- تطوير التكفل بالألم (داخل المستشفى، خلال الاستشارات الطبية وفي البيت).
- وضع ترتيبات المراقبة 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 باملواد السامة.

- تسريع مسلسل وضع نصوص قانونية للمعادلة الإحيائية.

التدبير 64 : مكافحة رهاب المورفين (وضع بروتوكولات).

- تسهيل الحصول على المورفين وتسهيل إلمساطر (دفتر بأوراق 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 بامورفين لأجل المريض.
- سن إجبارية التكفل بالألم (مؤقتاً عن طريق دورية وزارية).

التدبير 65 : تطوير مرجعية التكفل بالألم

- تطوير مراكز مرجعية مكافحة الألم على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية ويجب أن تضم هذه المراكز أنشطة العلاج، التدريس والتكون المستمر مختلف فئات العاملين.
- خلق لجان مكافحة الألم على مستوى المراكز الاستشفائية الجمومية والإقليمية.
- تطوير مسالك حول التكفل بالألم ملائمة لكل مستوى مع بلورة بروتوكولات و دلائل، وخلق شهادة جامعية للألم والعلاجات المخففة.

التدبير 66 : تحقيق لامركزية التكفل بالألم

- توسيع التكفل بالألم 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 جمهوية مختصة لإسداء النصائح.
- القيام بمبادرات دائمة لترسيخ الممارسات الجيدة في التكفل بمرضى المتألمين من خلال تدعيم الفرق الطبية بالعلاجات المخففة في المصالح التي تعمل بها.
- القيام بحملات إعلامية وتحسيسية للمرضى والجمهور حول التكفل بالألم.

ضمان المراقبة العائلية والاجتماعية :

التدبير 67 : ضمان المراقبة العائلية

- تكوين المشرفات الاجتماعيات وتحسيسهن بادوارهن داخل مراكز علاج السرطان.

- تعيين مشرفات اجتماعية داخل كل مراكز السرطان
- وضع ورقات تقنية رهن إشارة الأسر تتضمن العناوين التي يمكنهم أن يقتنوا منها ما هو ضروري للعلاجات المخففة، أوكسجين - تخذية عبر الفم، تزويف، أسرة مضادة للتقرح... الخ
- بلورة ورقة إجبارية للربط عند خروج المريض.
- تحديد مُخاطب ضمن العائلة (يُنْبَغِي أَنْ يَكُونَ رَاشِدًا قَرِيبًا أَكْثَرَ مَا يُمْكِنُ مِنْ امْرِيْضٍ وَمَعِيْنًا مِنْ طَرْفِهِ)
- سن الاستشفاء للذaqueة وإعلام الطبيب المعالج والعائلة بهذه الإمكانية.
- تعيين طبيب مرجع يتعين عليه أن يظل مسؤولاً عن المريض إلى نهاية حياته يمسك مذكرة مواعيد.
- ضمان النقل بين مركز علاج السرطان والبيت.
- خلق خلية للإنصات تضم مُعالجين نفسيّين وأخصائيّين في علم النفس على الخط الهاتفي مما يفرض تطوير تكوين الأخصائيّين والمشرفات الاجتماعية.
- تشجيع الفرق المؤقتة للعلاجات المخففة.
- دفع المستشفيات الإقليمية ومراكز الصحة إلى تتبع مرضى السرطان والتکفل بهم في نهاية حياتهم مع ضمان التكوين الملائم للطاقم المعالج.
- السهر على إدماج القطاع الخاص في التکفل بالمرضى في نهاية الحياة من خلال تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص.
- تطوير برنامج نموذجي للعلاجات المخففة في مدينة من أملدن لعميمه لاحقاً.
- تكوين المرضى المتجولين للتکفل بالمرضى في البيت
- تهيئة العائلة ما أمكن مسبقاً لتقبيل الوفاة، ويجب أن يشرف على هذا التهيء طبيب مرجع.
- تعيين الأخصائيّين النفسيّين في كل وحدات علاج السرطان ومنازل الإقامة (بيوت الحياة) ودفعهم إلى توفير دعم نفسي مبكر للعائلات داخل المستشفى بتنسيق مع المشرفات الاجتماعية.

التدبير 68 : ضمان امراضية الاجتماعية

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

- إشراك كل القطاعات الوزارية الأخرى.
- تكوين متطوعين ملارفقة المرضى.
- تحفيز طلبة الطب وأطمنتسبيين لمعاهد التكوين في المهن الصحية لأجل التكفل بالمرضى في نهاية حياتهم.
- دعوة مسؤولي مستشفيات القرب لقبول إقامة عائلية للذقاقة لفترة قصيرة
- منح عطلة لأجل الالرافقة الطبية لقريب المريض.
- إشراك الجماعات المحلية.

التدبير 69 : ضمان الالرافقة في طور الاحتضار

- الاحتفاظ داخل المستشفى بالمرضى المعرضين لخطر النزيف القاتل.
- احترام طلب الالرافقة ذات الطابع الروحي.
- تسهيل امساطر 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 وأسرهم في مواجهة آثار مرض يحتمل أن يكون قاتلاً وذلك من خلال الوقاية والتخفيف من المعاناة التي يجب اكتشافها مبكراً وكذا تقديرها بكل دقة بالإضافة إلى علاج الألم والمشاكل الأخرى العضوية والنفسية والروحية المرتبطة به. تختلف المهام حسب المستوى الذي تتواجد به هذه البنيات المخلول لها التكفل بالعلاجات المخففة.

- على مستوى الأقطاب الجهوية لعلاج السرطان تضطلع هذه البنيات بمهام التالية :
 - ضمان باقة خدمات العلاجات المخففة.
 - التنسيق بين مختلف مؤسسات التكفل بمرضى السرطان الملتحاجين 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 البنية تحت تأثير الأقطاب الجهوية لعلاج السرطان بأمهام التالية :
 - إنشاء وحدة للعلاجات المخففة داخل المستشفى باسرة محددة
 - التوفير على مستشفى لليوم (hôpital de jour) لأجل العلاجات الداعمة والعلاج الكيماوي.
 - تعيين فريق متعدد قادر على القيام بهذه المهمة.
 - توفير الاستشفاء لأجل النقاوة.
 - ضمان التكوين، التربية والاستشارة وامساندة للمريض وأسرهم.
 - التوفير على سجل للمتابعة وللتقييم.
- على مستوى مؤسسات الخدمات الأولية للصحة : يتعين على الطاقم الصحي تقديم الدعم ملائمة 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 متعدد 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 امراجعية على مستوى امراكز 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 داخل المستشفى (العلاجات المخففة) والمتاحة على مستوى مراكز علاج السرطان القريبة. هذه الفرق المختصة يجب أن تتتوفر على الوسائل والتجهيزات الضرورية للقيام بمهامها على أحسن ما يرام. يتوجب عليها إمساك سجلات لتوثيق أنشطتها ويجب أن يكون النظام المعياري للفريق المتنقل داخل المؤسسة واضحًا ومعترفًا 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 بمنزل اخراط الجمعيات غير الحكومية، الهلال الأحمر وأفراد العائلة الذين ينبغي تحسيسهم وتدريبهم في مجال التكفل بالعلاج التخفيسي حين إقامة مريضهم بوحدة العلاجات المخففة.

وبعيداً عن أي تعارض بينها فكل هذه الأنواع من التكفل تتكامل لتقديم المرضي ولأقربائهم الأوجبة التطورية الملائمة أكثر لاحتياجاتهم ورغباتهم.

التدبير 72 : تحديد معايير ومواصفات بنية العلاجات المخففة :

- مستوى املاك الاستشفائية الجامعية والأقطاب الجمهورية 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 ومرضى طبي : مساعدات، أخصائية حمية، كاتبة ومتطوعون.

- العلاجات المخففة : توافي خدمات العناية المكثفة وبالتالي فإن فوترةها 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، الخ...

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 المنهج نحو العلاجات الداعمة.

8. تدابير المراقبة

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 تواصلي للدعائية للمخطط الوطني للوقاية والتحكم في السرطان.

التدبير 77 : تطوير "ميثاق وطني للسرطان"

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

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

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

9. النتائج المنشورة والوسائل

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

- لعب وزارة الصحة دور الريادة.
- تعبئة اجتماعية وشراكة على كل المستويات.
- التطبيق التدريجي المعتمد على نماذج مصادق عليها علميا.
- مقاربة 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 المنشورة

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

الوقاية ، تقليل المخاطر السلوكية والبيئية بنسبة 30%

الكشف المبكر :

- ان التوفير على برنامج للرصد المبكر معنوم به على الصعيد الوطني.
- رصد 50% من النساء ضمن الساكنة المستهدفة بسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم.

التكفل بالتشخيص والعلاج :

- التوفير على بنيات تحتية تستجيب للمعايير وموارد بشرية كفؤة ومتخصصة على مستوى المملكة.
- التكفل ب 100% من المرضى طبقاً للمعايير الدولية.

العلاجات المخففة :

- التوفير على شبكة للعلاجات المخففة على الصعيد الوطني.
- مرافقة 100% من المرضى الملتحفين للعلاجات المخففة.

2.9 التمويل

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

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

تقترن اللوحة 2 تقديرات الميزانية حسب مختلف البندو.

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 %
- البنيات التحتية	789 000	9,6 %
- الأدوية	4 629 000	56,5 %
- الاستغلال	1 782 000	21,7 %
- التنظيم	37 000	0,5 %
العلاجات المحفوظة	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 المنشورة سيتم وضع وتتبع عدة مؤشرات خلال تنفيذ المخطط.

- تقلص تفشي عوامل الإصابة بنسبة 30%.
- عدد النساء اللائي تم رصد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم لديهن.
- عدد بنيات الرصد المبكر العاملة على الصعيد الوطني.
- عدد امراضى امتكفل بهم.
- عدد البنيات التحتية العاملة على مستوى التشخيص والعلاج.
- عدد امراضى امتكفل 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.

2008 يواپوز



www.contrelecancer.ma