



History and Geography

## الفوارق والاختلالات الترابية والاجتماعية في تنظيم التراب الجهوبي المغربي بقطاع الصحة التجربة الجهوية 16 جهة

### Disparities And Socio-Territorial Imbalances in The Regulation of The Regional Territory of The Health Sector Regional Experience 16 Regions

Badr Eddine AIT LAASRI and Mohamed ANEFLOUSS

بدر الدين أيت / محمد أنفلوس

#### Article Info

##### Article history:

Received: 25-06-2022

Accepted: 29-06-2022

doi:10.22020/6251718

Available

##### Keywords:

The geography of the health, the social geography, the determinants of health, prevalence of diseases, justice of health, accessibility to health care.

جغرافية ، جغرافية الصحة  
وضعية الصحية، تباينات ص.اجتماعي  
حية، الحالة الصحية، محددات صحية.

#### Abstract

Morocco lives to the rhythm of social transformation and spatial depth, produced several new determinants of pathogenesis and epidemiological factors and multi-dimensional and mixed by dirt fields. If these factors relate to what is natural and economic, social and demographic and environmental, the results of these transformations are to deepen regional variations to health Moroccans and inequality before the death and disease. It is certain that health, which is a human development indicator affecting the quality of human life in the middle of the Moroccan environmental, represent a vital aspect of most aspects of social vulnerability expression of the reality of the situation. In this regard, this paper presents a study of the geographical variations of the regional health status in Morocco, and dealing with the diagnosis and analysis of a number of indicators, including the index display health treatments and measuring health status through three indicators are: "Morbidity" or disease, mortality, and disability. The study also envisages, highlighting the role of geo-social, cognitive notable as one of the fields in the humanities, in addressing the issue of human health, which has been standing close to a monopoly on medical science and epidemiology. From the results of the study to monitor the regional disparities of diseases and patients and structures medical and paramedical existence of views and cities known levels of concentration strong, Such as Casablanca, Rabat, and the other suffering from an acute shortage and shortfall in all fields of health services.

© 2022 DSDgates. OpenAccess

البيضاء والرباط، وأخرى تعاني من النقص الحاد والخاصص في جميع ميادين الخدمات والمرافق الصحية. مما يولد للسكان الشعور بالحرمان وانحطاط الكرامة، ويعيق الاندماج. نتيج بذلك نتائج الدراسة توفير معطيات قد تساعد الباحثين على تقييم التجربة الجهوية الجديدة لسنة 2015 فيما يتعلق بالتنظيم الجهوبي لعرض العلاج الصحي والتخفيف من التفاوتات في الوصول للعلاج والاستفادة منه، وتحسين حالة الصحية للسكان ارتكازاً على قيم العدالة وحق الإنسان في الصحة.

#### Corresponding authors

Badr Eddine AIT LAASRI : [Geobadr@gmail.com](mailto:Geobadr@gmail.com)

Research Professor, Research Team of Domains, Societies and Environment, Preparation and Development. Faculty of Languages, Arts and Humanities, Ibn Zohr University, Agadir, Morocco

Mohamed ANEFLOUSS : [aneflouss@gmail.com](mailto:aneflouss@gmail.com)

Professor of Geography, Laboratory of Dynamics of Fields and Societies, Faculty of Arts and Humanities Muhammadiyah, Hassan II University of Casablanca, Morocco

[https://www.iusrj.org](http://www.iusrj.org)

**ملخص**  
يقدم هذا المقال أهم المقاربات والمفاهيم المعتمدة في دراسة الفوارق والاختلافات الجهوية في قطاع الصحة، وطرق تهيئته وتنميته المجالية والاجتماعية جهويًا، وتتناول بالتشخيص والتحليل عدداً من المؤشرات من بينها مؤشر عرض العلاجات الصحية وقياس الحالة الصحية من خلال ثلاثة مؤشرات هي: "المراضة" أو الأمراض، والوفيات، والإعاقة، وتتوخى الدراسة أيضًا إبراز دور الجغرافية الاجتماعية، كأحد الحقوق المعرفية البارزة في العلوم الإنسانية والاجتماعية، التي تعالج موضوع الصحة البشرية، الذي ظل إلى أمد قريب حكراً على العلوم الطبيعية والوبائية. ومن نتائج هذه الدراسة رصد التفاوتات الجهوية في عرض العلاج والحالة الصحية بناء على التقسيم الجهوي السابق الذي اعتمد منذ سنة 1997، بوجود جهات، ومدن تعرف مستويات من التركيز القوي مثل الدار

**أولاً: مقدمة**

في هذا الصدد فإن جغرافية الصحة تدرس اختلالات وتبنيات الوضع الصحي بوصف وتحليل وتفسير عدة مؤشرات قياسية، تهم الوقوف على حالة التجهيزات والبنية الصحية الاستشفائية والوقائية والديمografie الطبية، من حيث توسيعها وفعاليتها وانتظامها وإعدادها مجالياً، ومدى استجابتها وتلبيتها لاحتياجات السكان المتزايدة وذوي الاحتياجات الصحية في مجال وزمان محددين، كما تصل بممؤشر التنظيم والتثبيت، واتخاذ الخدمات ودرجة الوصول إليها في فترة زمنية ومجال معين. ومن بين المؤشرات المهمة أيضاً، التي تدخل في إطار الدراسة، مؤشر الحالة الصحية المتصل بتوزيع الأمراض والوفيات والإعاقة، مجالياً واجتماعياً والبحث عن أسبابها. (أيت لعربي، 2014، ص 28).

للوصول لهذه الغايات فقد اعتمد على جمع البيانات المتعلقة بعروض العلاجات الصحية والحالة الصحية، من خلال المصالح المختصة.

ولتحقيق أهداف الدراسة، فإن المقاربة الشمولية للجغرافيا الاجتماعية في تخصص جغرافية الصحة ناجعة لمعالجة الموضوع البحثي المتعدد الأبعاد، وترتكز على مؤشرات مباشرة وغير مباشرة لقياس الحالة الصحية، مع كلما يتطلب الأمر من الانفتاح على مقاربات حقول معرفية متعددة خاصة الجغرافية الاجتماعية والديمografie والاقتصاد والعلوم الطبية وعلوم الأولية.

كما أنها توظف أدوات الجغرافية الكمية والنوعية والمناهج الإحصائية وأدوات العمل الجغرافي، الإحصائية الكارطوجرافية، التي أبانت عن فاعليتها في استئنام المعطيات والبيانات المتعلقة بمؤشرات الدراسة.

**ثالثاً: عرض النتائج ومناقشتها.****1- مؤشر عرض العلاجات الصحية بال المغرب يكرس التفاوتات المجالية والاجتماعية.**

يعتبر التوزيع الجغرافي للأمثل للموارد البشرية والبنية الصحية كميّاً ونوعياً أحد العناصر التي تساهم بالتأكيد في درء المرض والتقليل من المخاطر الصحية التي تحدّق بالإنسان، وبالتالي الارتفاع من مستوى التنمية البشرية. لكن ورغم التطور الحاصل في عرض العلاجات الصحية والطلب على العلاج. علاوة على ذلك، فإن الجهود المبذولة في إطار السياسة الاجتماعية والجهوية واللامركزية لم تتمكن من الحد من التفاوتات الاجتماعية والمجالية في عرض والولوج للعلاج. إذ إن توزيع وتأثير بنية الشبكة الاستشفائية والوقائية، وأيضاً بنيات القطاع الخاص وكذا الأطر الطبية والشبيه الطبية، يُعرف اختلالات وتفاوتات مجالية عميقية، بين الجهات ومن مدينة لأخرى. تستجيب عموماً لنموذج "مركز-هامش". وتتجاوز بعد الاقتصادي لتشمل مؤشر الصحة كأحد مؤشرات التنمية البشرية. (الرفاق، 2008).

رغم تزايد أعداد المستشفيات في المغرب، إلا أنها تعاني من سوء التوزيع جهويًا وإقليميًا ومن مدينة لأخرى، وكذا ضعف التأثير وتبنيه، مما ينبع إشكالية الولوج والاستفادة من الخدمات الصحية، هذا إن لم تكن المناطق التي يوجد بها أكبر عدد من الخدمات الصحية تعاني هي الأخرى من نقص التأثير وتفاوتاته.

أكثر من 64% من مستشفيات القطاع العام تتركز بأربع جهات فقط:

بلغ عدد مستشفيات القطاع العام ما يقدر بـ 138 مستشفى سنة 2015، تتواجد بأكثر من 40% في كل من جهات: الرباط، سلا، زمور، زعير، والدار البيضاء الكبرى، وطنجة، تطوان، ومكناس تافيلالت. بأكثر من اثنا عشر مستشفى لك جهة. تليها بذلك جهات: سوس، ماسة، درعة، ومراكش، تاشیفت، الحوز، وجدة، بولمان، والشرقية، والشاوية، وريديغة ما بين 13-8 مستشفى. ومبين 5-8 مستشفيات في كل من غرب الشراردة، بنى لحسن، ودكالة عبده، وكلميم السمارة، وتنزه الحسيمة، تازونات، والشاوية، وريديغة، في حين أن بقية الجهات لا يتجاوز فيها العدد 5 مستشفيات، بجهات وادي الذهب الكويرة والعيون الساقية الحمراء وتادلة أزيلال. (الخريطة رقم 1)

إن الانتقال الديمغرافي والسوسيو-اقتصادي والسياسي والبيئي الذي شهد المغرب، وبالتحديد مع بداية القرن العشرين، أفرز عدة تحولات واحتلالات ديمografie وسوسيو-اقتصادية وبيئية، كانت ومارلت لها عدة تداعيات حتى اليوم على واقع قطاع الصحة بالبلد اجتماعياً ومجائياً.

تتعلق تلك الاختلالات بالأساس بزيادة حدة وضغط التمدن، وبطء ورتابة التنمية السوسيو-اقتصادية، والللاعدالة في توزيعها مابين الجهات، والوسطين الحضري والريفي، والفنان الاجتماعي، وبالتالي نشوء التباينات السوسيو-المجالية. علاوة على ذلك، ضعف الحماية الاجتماعية (إشكالية نظام القاعد)، وتنامي المخاطر البيئية، والتباين المجالي والاجتماعي للنظام الصحي الوطني ومحدوديته في استيعاب الحاجيات الصحية المتزايدة للسكان بالمغرب، ويرتبط ذلك خاصة بالانتقال الديمغرافي الذي نتج عنه تزايداً في بعض الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة، التي باتت حداً فاصلاً بين الحياة والموت، وتزايد نسبة حادثة الإعاقة، مما يشكل ضغطاً وعيّاً على المنظومة الصحية للبلاد.

من هذا المنطلق يسعى المقال إلى تقديم مساهمة جغرافية في دراسة التباينات الجهوية للوضعية الصحية بالمغرب بناء على التقسيم الجغرافي السابق (16 جهة)، ضمنياً فهي إسهام نقدي لتقدير التجربة الجهوية الجديدة (12 جهة) في تحقيق العدالة الاجتماعية، وتجاوز إشكالية تفاوت الصحة لدى السكان جهويًا بالبلد. وتتناول بالتشخيص والتحليل عدداً من المؤشرات من بينها مؤشر عرض العلاجات الصحية من حيث توسيعه وفعاليته ومدى تنظيمه في التراب وتأثيره السكاني لاستجابة حاجياتهم الصحية حسب المستويات المجالية المحلية والجهوية. كما أن لها علاقة بمؤشرات أداء النظام الصحي من حيث التنظيم والتثبيت، والفعالية في إنتاج الخدمات والرفع من نسبة ولو جيئها في فترة زمنية ومتعدد الأبعاد، كما تعمد الدراسة في ذلك على قياس وتوزيع مؤشرات الصحة من خلال ثلاثة مؤشرات هي: "المرادفة" أو "الأمراض" ، والوفيات، والإعاقة.

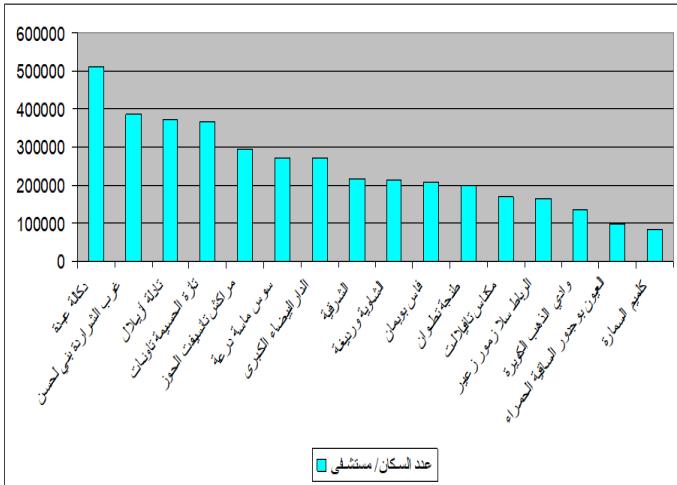
نتج عن التحولات عدة محددات امراضية جديدة وعوامل وباينية متعددة الأبعاد، ومتغّلوة حسب المجالات التربوية. فإذا كانت تلك العوامل مرتبطة بما هو طبيعى، واقتراضى، واجتماعى، وديمغرافى، وبىئى، فإن من نتائج تلك التحولات تعميق التباينات الجهوية لصحة المغاربة، وعدم المساواة أمام المرض والوفاة والإعاقة، ومن المؤكد أن الصحة التي تعتبر أحد مؤشرات التنمية البشرية المؤثرة في نوعية حياة الإنسان المغربي داخل وسطه البيئي، تتمثل جانبياً حيوياً من جوانب الهشاشة الاجتماعية الأكثر تعبيراً عن واقع الحال، بالرغم من تحقيق العديد من المنجزات في العقود الأخيرة لتحسين حالة الصحة كخوض التجربة الجهوية لسنة 1997 كتدخل للحد من التفاوتات، وإصدار دستور جديد سنة 2011 أقر ولأول مرة أن الصحة حق أساسى لكل مواطن بناء على قيم العدالة والمساواة. هل نجح النظام الصحي في ظل سياسة الجهة ودستور جديد تأمين العدالة في الصحة، أم أنه أداة لإعادة إنتاج التفاوتات السوسيو-المجالية؟

**ثانياً : المقاربة والمنهجية الجغرافية في دراسة التباينات الجهوية للوضع الصحي.**

يهتم علم الجغرافيا بالدراسة العلمية للظواهر التي تحدث بالبيئة الطبيعية والبشرية، ومختلف التفاعلات فيما بينها، وانعكاساتها وأثرها على الإنسان، وعلى هذا الأساس، فإن هذا الأخير يتأثر بالبيئة التي يعيش بها، وتكلّم أهم تأثيراتها على صحته؛ وبالتالي فالباحث الجغرافي معنى بدراسة العلاقة مابين البيئة والصحة للإنسان وعناصر بيته الطبيعية والبشرية، وذلك بتحديد الأمراض المهددة له وتوزيعها والبحث عن تفسير ظهورها وانتشارها وانبعاثها مجالياً واجتماعياً، وإيجاد أساليب مكافحتها والوقاية منها وتشخيص مدى التوفير والتوزيع العادل للخدمات الطبية والصحية اللازمة لعلاجهما، والرفع من المستوى الصحي لل المجتمع. من منطلق أن الصحة تتصل بالظروف الطبيعية والاجتماعية وبشكل عام ب نوعية الحياة، فقد ظهرت "جغرافية الصحة" كتخصص دقيق ضمن الجغرافيا الاجتماعية يهتم بدراسة إشكالية التباينات المجالية والاجتماعية في الحالة الصحية.

ولا شك في أن الصحة من المواقع المتعددة الأبعاد حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة، لذلك ومن الناحية المنهجية فالجغرافيا تولي الاهتمام بالموضوع بنظرية شمولية، وهو ما جعلها أكثر العلوم الاجتماعية إدراكاً لإشكالياته، إذ تفتح على مجموعة من التخصصات كعلم الأولية، والأنثropolوجية، وعلم الاجتماع، والعلوم الطبيعية، والديمografie، والإحصاء، والتاريخ وعلم المناخ.

المبيان رقم 1 : معدل التأطير بالمستشفيات حسب الجهات سنة 2015



M.S. op.cit. p 30-32

وفي المقابل يتحسن المعدل مقارنة مع الجهات السالفة الذكر إلى 81666 ن/ مستشفى بجهة كلميم السمارة وإلى 136000 ن/ مستشفى بجهة وادي الذهب الكويرية وإلى 95333 ن/ مستشفى بجهة العيون الساقية الحمراء.

نستنتج أن مستوى التأطير الطبي لا يرتبط فقط بعدد المستشفيات داخل كل جهة، بل بالعلاقة ما بين هذه الأخيرة (المستشفيات) وعدد السكان و حاجياتهم الصحية كذلك. على سبيل المثال فرغم أن الدار البيضاء الكبرى تركز أكبر عدد من المستشفيات، إلا أنها تتميز بضعف التأطير، نظراً لعدم مواكبتها لعدد السكان الذي يتجاوز 3 ملايين نسمة، في حين أن جهة العيون بوجور الساقية الحمراء لا تتوفر إلا على ثلاثة مستشفيات لكن تأطيرها للسكان يظهر أنه مهم مقارنة بالدار البيضاء الكبرى، وذلك نظراً لكون ساكنتها لا تتجاوز 300000 ن، لكن رغم ذلك فضعف التجهيزات يجعل الساكنة تتلقى نحو الجهات الكبرى التي تركز التخصصات الطبية كثيرة ونوعياً وخاصة منها النادرة.

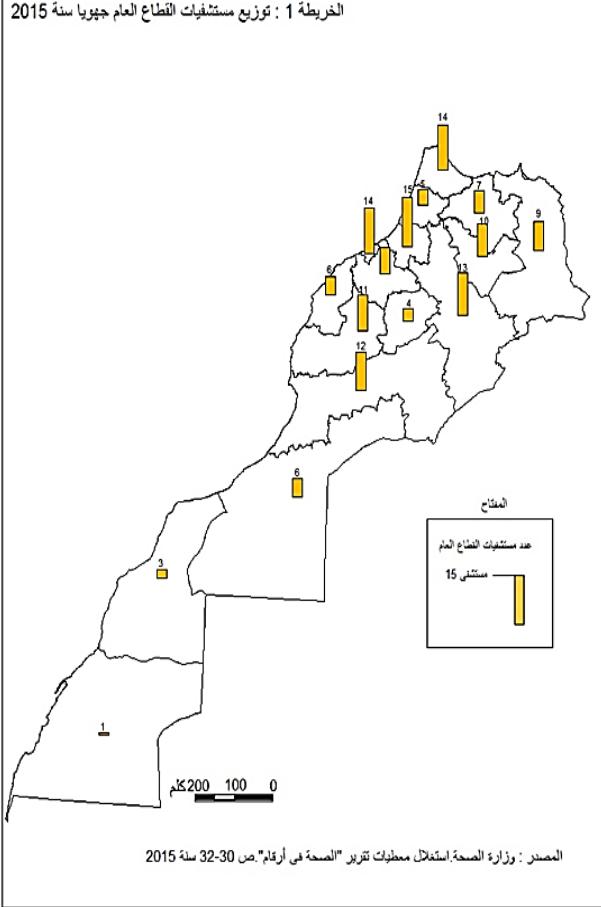
هذه الوضعية تجعلنا نقر بأنه لا يمكن البووغ إلى مستوى من الفعالية في عروض العلاجات الصحية دون الأخذ بعين الاعتبار العلاقة ما بين المتطلبات والاحتياجات الصحية للسكان، وما توفره المستشفيات من عروض صحية. فالاستفادة من خدمات المستشفيات رهن بحسن تطابق ما بين توزيع الحاجيات الصحية والموارد الصحية المتوفرة كثيرة ونوعياً.

أما فيما يخص تأطير السكان بالأسرة الاستثنائية، فيظهر هو الآخر ضعفاً وتبايناً في التأطير الطبي رغم تزايد عدد الأسرة، انتقل من 155000 سرير سنة 1960 إلى 27746 سرير سنة 2015، لكن حجم التأطير تدرج نحو الضعف بسبب عدم مواكبة زيادة الأسرة لتزايد السكان واحتياجاتهم الصحية، إذ يبلغ المعدل الوطني 1225 ن لكل سرير استثنائي سنة 2015 بعدما كان المعدل في حدود 1751 ن/سرير سنة 1960، مع تباينه جهويًا.

### 3- تفاوت توزيع المؤسسات الصحية الوقائية حسب الجهات:

تنزاع المؤسسات الصحية بشبكة العلاجات الصحية الأساسية بتباين جهويًا سنة 2015، حيث يقل عددها عن 50 مؤسسة في كل من وادي الذهب الكويرية، والعيون بوجور الساقية الحمراء، وتتراوح ما بين 50-150 في كل من جهات الرباط سلا زمور زعير، والدار البيضاء الكبرى، وكليميم السمارة، ودكالة عبده، وفاس بولمان، وغرب الشراردة بني لحسن، ويرتفع حجمها مقارنة مع الجهات السالفة في كل من جهات الشاوية وريديغة وتازة الحسيمة تاونات وتادلة أزيلال والشرقية وطنجة تطوان إلى ما بين 150-220 مؤسسة ، بينما تعد جهات سوس ماسة درعة ومراكبش تانسيفت الحوز ومكناس تانسيفت الحوز وفاللات، الجهات الأكثر حظوة بضمها ما بين 220-380 مؤسسة.(الجدول 2)

الخريطة 1 : توزيع مستشفيات القطاع العام جهويًا سنة 2015



المصدر : وزارة الصحة. استدلل مطبلي تقرير "الصحة في أرقام". ص 32-33 سنة 2015

ويبرز التفاوت في توزيع المستشفيات بحدة حسب صنفها، خاصة بالنسبة لتوزيع المستشفيات المتخصصة، إذ تتوفر جهة الرباط سلا زمور زعير لوحدها على ثمانية مستشفيات بطاقة استيعابية تقدر بـ 2119 سرير، تليها بعد ذلك جهات طنجة تطوان والدار البيضاء الكبرى ومراكبش تانسيفت الحوز وفاس بولمان ومكناس تافيلالت بـ 6-3 مستشفيات متخصصة وبعد من الأسرة يتراوح ما بين 1150-500 سرير. بينما هناك جهات ينعد بها صنف المستشفيات المتخصصة وذلك في كل من وادي الذهب الكويرية، كليميم السمارة، غرب الشراردة بني لحسن وتادلة أزيلال سنة 2015.

### 2- ضعف التأطير وتباينه جهويًا بالشبكة الاستثنائية :

من المؤكد أن عدم مواكبة تطور حاجيات السكان المتزايدة سيؤدي إلى ضعف التأطير من خلال عدد السكان لكل مستشفى ولكل سرير. فعلى المستوى الوطني يصل التأطير إلى 233984 أن لكل مستشفى، هذا المعدل يبقى مرتفعاً وبخفي تباينًا واضحًا بين الوسط الحضري الأكثر اسقادة من خدمات المستشفيات، مقارنة بالوسط الريفي الأقل حظاً.

كما نسجل تباينًا ما بين الجهات، وهذا راجع لتفاوت عدد المستشفيات وعدد السكان ما بين الجهات. يضعف حجم التأطير بكل من جهات دكالة عبده، وغرب الشراردة بني لحسن و تادلة أزيلال وتازة الحسيمة تاونات ومراكبش تانسيفت الحوز وسوس ماسة درعة وبالدار البيضاء الكبرى، مقارنة مع باقي الجهات حيث يبلغ أكثر من 270000 ن/ مستشفى ، مجاورة بذلك المعدل الوطني ( 233984 ن/ مستشفى )، تليها الجهة الشرقية والشاوية وريديغة وفاس بولمان بـ 217666 ن و 212375 ن و 206500 ن/ مستشفى . (المبيان رقم 1)

بكل من جهات تازة الحسيمة تاونات، و مكناس تافيلالت، و كلميم السماراء، و تادلة أزيلال، ووادي الذهب الكويرية.

##### 5- عروض العلاجات الصحية بالقطاع الخاص : المركبة المفرطة بالمدن الكبرى و تمايز التأثير:

تعرف عروض العلاجات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص تفاوتاً ضارحاً بين الجهات والوسطين الحضري والريفي سواء من حيث التوزيع والتأثير.

بلغ عدد المصحات ما يقارب 280 مصحة سنة 2015 وب 5533 سرير، وب 11569 ن/ مصحة و 5624 ن/ سرير كمعدل تأثير. مع وجود تفاوت في توزيعها مابين الجهات ، حيث يصل عددها بجهة الدارالبيضاء الكبرى إلى 76 مصحة بنسبة 28 % من مجموع المصحات ، كما تحضن أكبر عدد من الأسرة ، إذ تبلغ أكثر 1500 سرير، يليها بعد ذلك المستوى المجالي المكون من كل من جهات طنجة تطوان، وسوس ماسة درعة، والرباط سلا زمور زعير، بمابين 44-20 مصحة ويتجاوز عدد الأسرة بها مابين 650-440 سرير، لينخفض عددها إلى مابين 20-10 مصحة، ومابين 200-100 سرير في كل من جهات فاس بولمان، والشرقية، ومكناس تافيلالت، ودكالة عبدة، وتادلة أزيلال، ومراسن تانسيفت الحوز، وغرب الشراردةبني لحسن، أما باقي الجهات وذلك في كل من الشاوية وردية، والعيون بجور الساقية الحمراء، وكلميم السماراء، وتازة الحسيمة تاونات، فيتنى بها العدد بضمها فقط مابين 10-1 مصحات وبما بين 5-200 سرير، لتعدم بجهة وادي الذهب الكويرية.

على مستوى التأثير، فإنه ضعيف في كل الجهات مع تفاوته إذ يصل كحد أدنى بكل من العيون بجور الساقية الحمراء والدارالبيضاء الكبرى ب 28600 ن و 50052 ن/ مصحة تباعاً، وكحد أقصى بكلميم السماراء، وتازة الحسيمة تاونات ب 490000 ن و 366400 ن/ مصحة بالتالي.

وتزداد التفاوتات التي يكرسها القطاع الخاص إذ إن العيادات الطبية الخاصة بالاستشارة بلغ عددها 5979 عيادة سنة 2015، موزعة بمابين جهويّاً، إذ ان مابين 1100 - 2000 عيادة تستقر بجهة الدارالبيضاء الكبرى والرباط سلا زمور زعير بنسبة تثبيت الدشة تبلغ 51 %، كما أن الصيدليات التي لا يتعدى عددها وطنياً 7000 صيدلية سنة 2015، يتركز معظمها في الجهة السالفتي الذكر بمابين 700 - 1100 صيدلية، وبنسبة 28 % من المجموع، وفي نفس الاتجاه فيما يتعلق بعيادات الطبية الخاصة بجراحة الأسنان حيث تستقر بنسبة 56 % في نفس الجهتين. فيمكن أن نتحدث عن الدارالبيضاء والرباط والبيضاء المغربية.

وتجر الإشارة إلى أن أنشطة البنيات الصحية بالقطاع الصحي الحر تنشط بشكل كبير بالوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي، وذلك ارتباطاً بأهمية الاستثمار والربح الذي تهدف إليه المبادرة الحرة.

##### 6- اللادالة في توزيع демографيا الطبية ومستوى تأثيرها:

يصل عدد الأطباء 19250 طبيب سنة 2015 بتطور كمي مهم، حيث لم يكن عددهم في سنة 1960 يتعدى 979 طبيب لكن وعلى الرغم من ذلك فمارزال القطاع الصحي المغربي يعاني من النقص في الموارد البشرية الطبية، حيث تم تصنيفه من طرف المنظمة العالمية للصحة ضمن 57 دولة التي تعيش خصائصاً حاداً في الأطر الطبية.

ويتوزعون بشكل غير متساوي مابين مختلف التخصصات، وأيضاً مابين الجهات، إذ يتضمن كل من جهة الرباط سلا زمور زعير والدارالبيضاء الكبرى أكثر من 2300 طبيب مختص، بنسبة 46 % من مجموع أطباء القطاع العام.

هذا التفاوت انعكس على التأثير، إذ يبدو جلياً أن التأثير الطبي (الكثافة الطبية) بالقطاع العام يتفاوت جهويّاً، إذ إن كل من الرباط سلا زمور زعير، والدارالبيضاء الكبرى، يتمتعان بتأثير مناسب نظرياً مقارنة مع باقي الجهات، في حين أن هناك بعض الجهات تجاوزت المعدل الوطني (يبلغ 2973 ن/ طبيب) ك SOS ماسة درعة، ووادي الذهب الكويرية، ومراسن تانسيفت الحوز، ودكالة عبدة ومكناس تافيلالت، وطنجة تطوان. (المبيان رقم 3)

الجدول رقم 2: توزيع المؤسسات الصحية الوقائية حسب الجهات سنة 2015.

الجهات	عدد المؤسسات الوقائية
الرباط سلا زمور زعير	124
الدارالبيضاء الكبرى	141
طنجة تطوان	202
مكتناس تافيلالت	270
سوس ماسة درعة	406
مراكش تانسيفت الحوز	367
فاس بولمان	137
الشرقية	177
شاوية وردية	184
تازة الحسيمة تاونات	226
كلميم السماراء	103
دكالة عبدة	126
غرب الشراردةبني لحسن	114
تادلة أزيلال	169
العيون بجور الساقية الحمراء	31
وادي الذهب الكويرية	15
المجموع	2792

M.S. op.cit. p 29 - 28.

- معدل السكان لكل مركز صحي جيد نسبياً بالوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري مع تفاوتاته من جهة لأخرى:

تشير إلى وجود تفاوت بمابين الوسطين، إذ بلغ المعدل سنة 2015 في الوسط الحضري إلى 25182 ن/ مركز صحي حضري، بينما في الوسط الريفي فهو الأكثر استفادة، حيث لا يتجاوز المعدل 7052 ن/ مركز صحي قروي، إلا أن ساكنته تعاني من إشكالية الوصول لتقني العلاج والاستشفاء، بسبب تشتت السكن والخصائص التضاريسية والمناخية، لذلك غالباً ما تستفيد فقط من العلاجات الأساسية المنتقلة والتي في كثير من الأحيان ما تكون مناسبات استدراكية، التي تشكل بديلاً لمعظم الساكنة البعيدة عن المؤسسات الصحية.

كما أنه يجب الإشارة إلى مسألة أساسية وهي وجود مجموعة من المراكز الصحية الريفية غير وظيفية وكأنها أطلال، تعاني أمامها الساكنة جراء الام الأمراض والإصابات غير المعالجة، حيث يمكن أن تجد البنية مغلقة أو تفتقر إلى الأطباء والممرضين وأبسط التجهيزات الضرورية للوقاية والحماية والإنقاذ.

على المستوى الجهوبي فحجم تأثير السكان بمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية يتفاوت من جهة لأخرى، حيث يلاحظ أنه ضعيف وغير جيد ببلوغه مابين 16000-16000 ن/مؤسسة بجهة الدارالبيضاء الكبرى والرباط سلا زمور زعير ودكالة عبدة بـ 31700 ن و 21282 ن و 16876 ن/مؤسسة على التوالي، متتجاوزة بذلك المعدل الوطني (11850 ن/ مؤسسة)، ورغم انخفاضه إلى مابين 10000-16000 ن/ مؤسسة بجهات طنجة تطوان وفاس بولمان والعيون بجور الساقية الحمراء والشرقية وغرب الشراردةبني لحسن، إلا أنه يظل ضعيفاً ولا يكفي للتغطية بشكل إيجابي وفعال، وفي المقابل فحجم التأثير بالمؤسسات الصحية الأساسية في عتبة مقبولة مابين 10000-4500 ن/ مؤسسة

المعطى فقد قام المغرب بإحداث 8 مراكز جهوية لأنكلوجيا بغية الحد من مرض السرطان.

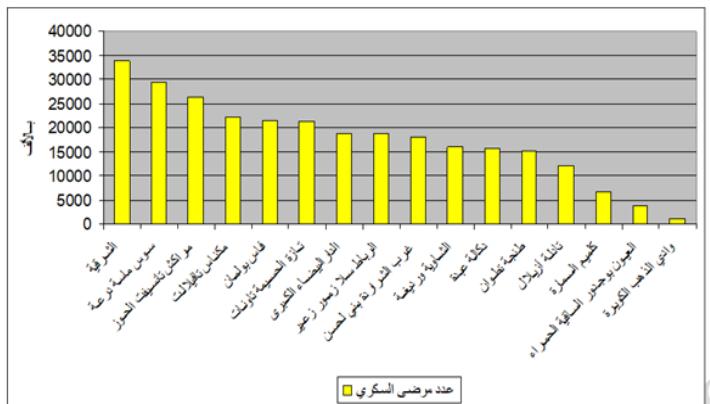
المبيان رقم 3: الكثافة الطبية حسب الجهات سنة 2015.

أما مرض السكري فهو الآخر من بين اكراهات الصحة العمومية، حيث يعتبر من الأمراض غير المتنقلة التي تتطلب تشخيصاً مبكراً وتتبعاً مستمراً لما يتسبب فيه مع مرور الوقت من مضاعفات خطيرة على الكلى والقلب والشرايين، والقدرة على الإبصار، غالباً ما تكون أسباب هذا المرض مرتبطة بسوء التغذية، وأيضاً باللifestyle والإحباط وعدم ممارسة الرياضة. ويصل عدد مرضى السكري إلى 280,199 حالة وطنياً سنة 2010، يتوزعون بنقاوت جهويًا. (المبيان رقم 6)

**2-1 ارتفاع داء السُّل:** رغم الجهود المبذولة فإن عدد الحالات المسجلة لمرض داء السُّل تتراوح ما بين 25000 و 30000 حالة منذ الثمانينيات حتى غالبية اليوم، وبالضبط وحسب إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2015 فقد بلغت حالاته 28135 حالة بنسبة حدوثية تصل إلى 83.1 حالة/ 100000 ن.

إن هذا المعدل جعل المغرب من بين الدول الأكثر عرضة لمرض السل مقارنة بالدول الإفريقية والعربيّة، وللإشارة فإنّ هذا النوع من الأمراض يرتبط ظهوره بالأوساط البينية المتدهورة، و بالفئات الاجتماعية ذات ظروف اجتماعية واقتصادية غير إيجابية.

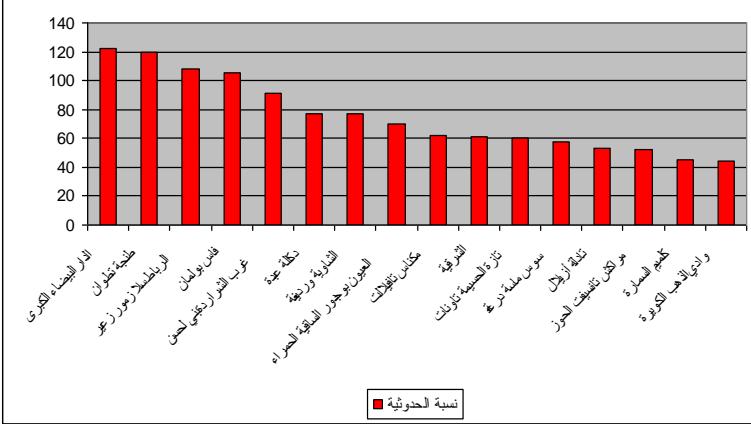
المبيان رقم 6 : عدد حالات مرضي السكري حسب الجهات سنة 2010.



المصدر: المندوبية السامية للتخطيط، النشرة الإحصائية السنوية للمغرب، 2010 ص 425-426

وتتنوع عدد حالات داء السل بقاوتها جهويًا. ومن الجلي أن معدل حوثية داء السل يرتفع بشكل كبير بجهة الدار البيضاء الكبرى، إذ يبلغ بها 120 حالة في كل 100000 نسمة. (المبيان رقم 7).

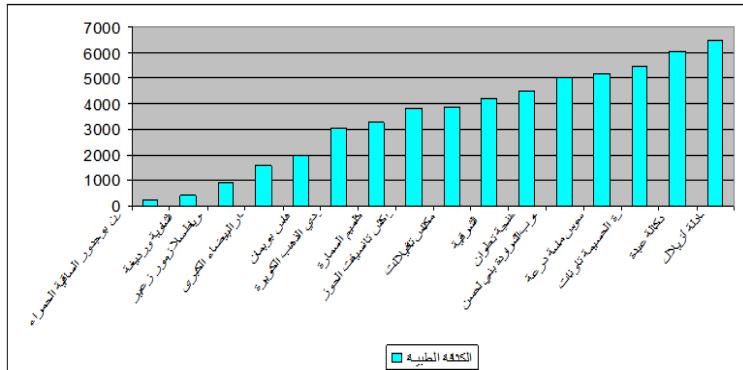
المبيان رقم 7: معدل حادثية داء السل حسب الجهات سنة 2010. عدد الحالات / 100000ن.



M.S. op.cit.P 166.

**3- الأمراض الجنسية:** يشكل كل من الزهري والسيدا والتهاب الاحليل، وأمراض منقولة جنسياً، أحد مشكلات الصحة العامة بال المغرب بسبب ترددتها وارتقاعها والعواقب الناجمة عنها. وتصل عدد حالات الإصابة بمرض الزهري

[www.iusrj.org](http://www.iusrj.org)



.M.S. op.cit. P 56 - 34

أما توزيع أطباء القطاع الخاص، يعكس تفاوتات صادمة حسب الجهات، إذ تتأسّد جهة الدار البيضاء الكبرى لوحدها بأكثر 2000 طبيب وهو ما يمثل قرابة 35% من المجموع.

ويغير توزع الكثافة الطبية بالقطاع الخاص عن حجم التناقضات المجالية الجهوية، حيث تصل بشكل سيء بجهة وادي الذهب الكويرة إلى أكثر من 40000 ن/ طبيب. بينما تنعم جهات الدار البيضاء الكبرى، والعيون بوجود الساقية الحمراء والرباط سلا زمور زعير، بكلأفة طبية جيدة تتراوح ما بين 1910-800 ن/ طبيب. أما في باقي الجهات، فإن أغلبها تجاوز المعدل الوطني (يبلغ 3787 ن/ طبيب).

**ثانياً:** تبادل في حالة الصحية للسكان يواكب تبيانات الواقع البيئي والسوسيو اقتصادي والطبيعي.

تعبر الحالة الصحية عن وصف حالة اعتلال أو مرض يؤودي إلى إنهاء جسم الإنسان، بسبب عدّة عوامل متراطبة، وتثير أهليتها في كونها انعكاساً للسياسات والجهودات المبذولة للرقي بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للساكنة، وكذا الحفاظ على البيئة والرفع من مستوى التقدم الطبي من خلال الأبحاث، والتوزيع الأمثل للبنية والموارد البشرية بالقطاع الصحي بشكل فعال كمياً ونوعياً، لتحسين الولوجية والانتفاع من العلاج. وتحدد درجاتها بإجراء دراسات على مؤشرات خاصة، تقيس مستوى الصحة أو الاعتلال، تشمل مؤشر المراضة والوفيات والإعاقة.

١- خصائص الأمراض وتفاوتها المجالي والاجتماعي يفرض تحديات ضاغطة على المنظومة الصحية

يبقى مؤشر المراضة أحد القياسات العملية لتحديد والحكم على الحالة الصحية للساكنة معينة وفي زمان ما، حيث أن الأمراض باختلاف حدتها، مؤشر مباشر على صحة الإنسان، ذلك أنه يتيح فرصة التعرف على أنواع الأمراض وانتشارها ومدى ترددتها في فترة زمنية معينة، وتوزيعها الجغرافي، وأهمية الفئات المعرضة لها ديمografياً اجتماعياً واقتصادياً ومهنياً وردود فعل السكان تجاهها، وأسبابها، ومصادرها التي تؤدي إلى ترددتها.

إن أهم ما يميز الوضعية الوبائية بالمغرب هو التحول في خصائصها، ارتباطاً بالانقلالات الديمografية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية والطبية، حيث نسجل تراجع مجموعة من الأمراض، منها ما تم القضاء عليه، ومنها ما تم الحد من تردددها، لكن مع ارتفاع في أمراض أخرى مرتبطة بالسلوكيات ووسط العيش.

**١-١** تشكل كل من أمراض القلب والشرايين والسرطان والسكري أحد المشاكل الراهنة للصحة العمومية

تظهر نتائج البحث الوطني حول أمراض القلب والشرايين المنجز سنة 2000 من طرف وزارة الصحة، أن 34% من بين من هم في سن يتراوح بين 40-20 سنة مصابون بالضغط الدموي، وتنقل هذه النسبة إلى 54% لدى الذين تجاوزت أعمارهم 40 سنة، فضلاً عن أن 6.6% من البالغين الذين تجاوزوا 20 سنة مصابون بداء السكري، من ضمنهم 57% يحملون مرضاً

أما السرطان فيشكل أحد الأمراض ذات خطورة حيث يتراوح العدد السنوي المسجل للحالات الجديدة ما بين 30000-54000 حالة، ونظرًا لأهمية هذا

8.8	8.7	8.9	الاضطرابات الأخرى التي تنشأ خلال فترة حوالي الولادة	
1.1	1.3	0.9	التشوهات والعاهات والشذوذات الصبغية	
5.3	2.6	7.3	الاصابات والتسممات وعواقب أخرى معينة لأسباب خارجية	
2.4	1.2	3.3	الأسباب الخارجية المرضية والاماتة	
0.0	0.0	0.0	العامل التي تؤثر في الحالة الصحية وفي الاتصال بالخدمات الصحية	
24	26.8	21.9	الأعراض والعلامات الموجودات السريرية والمختبرية غير مصنفة في مكان آخر	
100	100	100	%	المجموع
54811	23377	31434	العدد	

M.S. santé en chiffre. 2015.. P 17

مع الإشارة إلى أن الأسباب المرضية تختلف في مساهمتها في وضع حد للحياة حسب الجنس، فأمراض جهاز الدورة الدموية، وأمراض الغدد الصماء، والتغذية الاستقلالية، تؤثر في الإناث أكثر من الذكور، والعكس بالنسبة للأورام، وأمراض الجهاز التنفسى، (أنظر الجدول رقم 4). وحسب السن فوفيات الرضع الأقل من السنة ترتبط بالدرجة الأولى بالاضطرابات التي تنشأ خلال فترة الولادة بنسبة 69.1 %، تليها التشوهات والعاهات والشذوذات الصبغية بنسبة 5.5 %.

أما وفيات الأطفال مابين 1-4 سنوات ففيبيها يتصل بشكل أساسي بالإصابات والتسممات وعواقب أخرى معينة لأسباب خارجية بنسبة 12.4 %، تليها أمراض جهاز الدورة الدموية بنسبة 11 %، ثم بعد ذلك أمراض الجهاز التنفسى بنسبة 10.7 %. وترتبط وفيات النساء في سن الإنجاب مابين 15-49 سنة بأمراض جهاز الدورة الدموية والأورام والإصابات والتسممات وعواقب أخرى معينة لأسباب خارجية بنسبة 18.4 % و 17.1 % و 8.3 % تتابعاً.

وبحسب الدراسة التي أذجرها صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة

(اليونيسف) خلال السنوات السبع الأخيرة، فإن حوالي 1600 رضيع يموتون سنويًا قبل إتمام الشهر الأول، لأسباب ترتبط بنقص المراقبة الطبية وقلة العلاجات خلال فترة الحمل وعند الولادة، أما وفيات الأمهات فتقتصر إلى 121 حالة وفاة في كل 100000 ولادة حية سنة 2015 كنتيجة للتوزيع المتقاول للخدمات الطبية الموجهة لمراقبة الحمل، وضعف الإقبال على الولادة في مراكز المراقبة طبياً.

كما سجلت الدراسات أن ضعف التأطير الطبي وتبنيه مابين المناطق والجهات المغاربية يزيد من خطورة الأمراض، لدرجة تسبيبها في الوفاة في حالة عدم التدخل بشكل سريع للوقاية منها والقضاء عليها.

### 3- تباين حدوث الإعاقة وصعوبة إدماج الأشخاص المعاقين بالمغرب

بلغ عدد السكان المعاقين 2.264.672 نسمة أي بما يقدر ب 6.8 % من سكان المغرب (البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014) سنة 2014 وباعتبار نوع الإعاقة، فإن قرابة 56.2 % مصابون بإعاقة حركية، و 24.9 % بإعاقة حسية، و 18.8 % بإعاقة عقلية. وتشير نتائج التقرير إلى أن نسبة انتشار الإعاقة لا تختلف كثيراً مابين الوسطين الحضري والقروي وكذا حسب الجنس. لكن حسب الفئات العمرية فتسجل وجود تفاوت واضح فالفئة العمرية 60 سنة فما فوق تستهدفها الإعاقة أكثر من باقي الفئات العمرية ب 37 %. مما يلزم تبني خطط لإدماج المعاقين تأخذ يعين الاعتبار تلك التفاوتات في الإعاقة حسب الجنس والوسط وكذا اختلاف أسبابها.

ويكشف تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي على أن النظام التعليمي الوطني لا يشمل تدرس الأطفال في وضعية الإعاقة على قدم المساواة مع الآخرين، إذ إن المؤسسات التعليمية العادية غير مؤهلة لولوج وإدماج المعاقين.

سنة 2014 إلى 2130 حالة جديدة مع الأخذ بعين الاعتبار أن هناك حالات غير مصحح بها. وتعد جهة الدار البيضاء الكبرى ضمن الجهات الأكثر احتضانًا لداء السيدا بمابين 132-31 حالة إلى جانب كل من جهات مراكش تانسيفت الحوز، وسوس ماسة درعة، وطنجة تطوان. ويعزى ارتفاع عدد حالات الداء بتلك الجهات ربما إلى اشتهرها بالسياحة الجنسية واحتضانها لشبكات الدعارة وارتباطها أيضاً بالظروف الاجتماعية المتمثلة في الفقر والبطالة والفكك الأسري.

وحسب الجنس، فإن النساء الشابات أكثر إصابة بمرض السيدا من الرجال "الأساب بيولوجية واجتماعية واقتصادية تجعلهن تحت رحمة رغبات شريرة أو شر كائن دون القدرة على التحكم في وسيلة للحماية"

(أنفلوس، 2007، ص 291)

## 2- الأمراض غير المتنقلة في مقدمة أسباب الوفيات

نستشف من المعطيات الكمية المدرجة في الجدول رقم 4 تعدد الأسباب المرضية المؤدية إلى الوفاة، وتأتي في مقدمتها أمراض جهاز الدورة الدموية بنسبة 22.1 % والمتمثلة في الضغط الدموي، وأمراض القلب والشرايين بالدرجة الأولى .... تليها بعد ذلك في المرتبة الثانية الأورام بنسبة 11 % وهي عبارة عن نمو زائد لخلايا معينة في مكان معين، تؤدي إلى الوفاة خاصة منها الخبيثة كالسرطان، وغالباً ما تظهر هذه الأورام في الجهاز التنفسى والهضمى.

وفي المرتبة الثالثة نسجل حضور الأضطرابات التي تنشأ وتحيط بفترة الولادة (قبلها وبعدها) بنسبة 8.8 %، وبنسبة 6.3 %، تحتل أمراض العدد الصماء والتغذية الاستقلالية المرتبة الرابعة كالسكري، وبنسبة 5.3 % تحتل أمراض الجهاز التنفسى المرتبة الخامسة في مقدمة الاعتلادات المؤدية للوفاة سنة 2015.

الجدول رقم 4 : توزيع الوفيات حسب أسبابها الامراضية والجنس سنة 2015.

المجموع	الجنس		أسباب الوفيات
	أنثى	ذكر	
3.9	3.2	4.4	أمراض معدية وطفيلية معينة
11	10.8	11.1	الأورام
0.7	0.9	0.6	أمراض الدم وأعضاء تكوين الدم واضطرابات معينة تكتنف الجهاز المناعاتي
6.3	7.3	5.6	أمراض الغدد الصماء والتغذية الاستقلالية
0.4	0.3	0.4	الاضطرابات العقلية والسلوكية
2.5	2.5	2.4	أمراض الجهاز العصبي
0.0	0.0	0.0	أمراض العين وملحقاتها
0.0	0.0	0.0	الاضطرابات بالأذن والنتوء الخشاني
22.1	23.2	21.3	أمراض جهاز الدورة الدموية
5.3	4.3	6.0	أمراض الجهاز التنفسى
2.9	3.1	2.3	أمراض الجهاز الهضمي
0.1	0.1	0.1	أمراض الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد
0.2	0.2	0.1	أمراض الجهاز العضلي الهيكلى والنسيج الضام
2.9	2.9	2.9	أمراض الجهاز التناسلي البولي
0.2	0.4	0.0	الحمل والنفس والولادة

**المراجع والمصادر:**  
**- باللغة العربية**

- [1] أيت لعربي، بدرالدين (2014). التباينات الجغرافية للوضعية الصحية. حالة الدار البيضاء الكبرى. أطروحة لنيل الدكتوراه في الجغرافي، جامعة الحسن الثاني المحمدية كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالمحمدية.
- [2] أنفلوس، محمد (2011)، معجم تفسير المصطلحات في جغرافية الصحة، دفتر البحث العلمي رقم: 2، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية، مطبعة FOLIO ، تمارة.
- [3] أنفلوس، محمد (2007). تحولات المجال المغربي والمجتمع، دراسة في جغرافية الصحة بالوسط الحضري، أطروحة لنيل دكتوراه الدولة في الجغرافية، جامعة الحسن الثاني المحمدية كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية
- [4] أنفلوس، محمد (2006). "الصحة واستراتيجية إعداد التراب الوطني في المغرب" المؤتمر الرابع للجغرافيين العرب. الرباط.
- [5] أنفلوس، محمد (2000). "تحولات البيئة الحضرية المغربية: مدخل لمستقبل جغرافية الصحة". المدينة المغربية في أفق القرن 21 بين الهوية الوطنية والبعد المتوسطي. سلسلة ندوات رقم 12 منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة الحسن الثاني المحمدية.
- [6] الرفاص، محمد. (2008) "التنمية البشرية والتقاليد الجهوية"، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، منشورات الجمعية الوطنية للجغرافيين المغاربة.
- [7] دبوبيق بن أحمد خوجة \_ المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية : الرعاية الصحية الأولية \_ الطبعة الثالثة \_ شعبان 1426 هجرية المواقف لسبتمبر 2005 م، الرياض، المملكة العربية السعودية. ص 171.
- [8] الأسعد محمد. الإقليمية ومسألة العدالة الاجتماعية في التخطيط المكاني بالمغرب. الملتقى الرابع للجغرافيين العرب. منشورات الجمعية الوطنية للجغرافيين المغاربة. 2008.
- [9] زيلاف نور الدين و يشو عبد الكريم. توزيع التجهيزات الصحية وعلاقتها بالتراب الحضري بالجهة الاقتصادية الوسطى. مجلة المجال الجغرافي والمجتمع المغربي. العدد 3 سنة 1998.
- [10] علي محمد حسن (أمين). التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية. دراسة في جغرافية الخدمات. كلية الآداب جامعة عدن 2006.
- [11] وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية. البحث الوطني الثاني حول الإعاقة. تقرير تفصيلي. 2014. ص 28
- [12] المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي. تقرير "احترام حقوق وإدماج الأشخاص في وضعية الإعاقة". 2012، ص 13.

**- المراجع الأجنبية**

- [1] A.Belghiti Alaoui. Réseaux de soins : quelle mission, quelle organisation. Syndicat national de la santé publique- FDT 6 éme congrès national, Bouznika – 4,5 et 6 Mai 2007
- [2] A.Belghiti Alaoui. Système de santé marocain, réalité et perspectives. Syndicat national de la santé publique- FDT 6 éme congrès national, Bouznika – 4,5 et 6 Mai 2007
- [3] Alaoui Md. L'expérience du service médical au Maroc. Mémoire DEA droit de la santé- bordeaux I – faculté de droit et des sciences sociales et politique. 1980
- [4] Begin j. Elaboration d'un plan directeur et impact sur le système de santé. Exposé présenté à la session de l'association des hôpitaux de Québec, manoir du lac Delage, Québec. December 1969

وفي مجال الشغل، فإن ولوج الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الشغل يظل محدوداً جداً، إذ تتفوق نسبة بطالتهم خمس مرات نسبة البطالة في صفوف الأشخاص غير المعاقين. (المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي 2012).

وفي مجال الصحة والتغطية الصحية، فإن الأشخاص في وضعية إعاقة يجدون صعوبات كثيرة الحصول على الخدمة الصحية، والاستفادة من الحماية الاجتماعية والتضامن التعاوني.

وتمثل أسباب الإصابة بالإعاقة بالمغرب في أمراض السكري وأمراض القلب والشرايين، والإدمان على المخدرات وحوادث السير، والشلل الدماغي عند الأطفال، والأمراض الوراثية أو الجينية. لكن لا يجب فهم الإعاقة من خلال الرؤية الطبية - الوابانية فقط، بل تتصل أيضاً بالعوامل البيئية، والاجتماعية، التي تشكل الظروف المباشرة للإعاقة وتبيان حدوثها.

**ختامة:**

حقق قطاع الصحة تحسناً ملحوظاً كمياً و نوعياً على مستوى مؤشر عرض العلاج بفضل البرامج والإصلاحات والجهود المبذولة منذ الاستقلال حتى اليوم، مما مكن المغرب من القضاء على عدة أمراض فتاكة، والوقاية منها، وتحسين الصحة الإنجابية، وتنظيم الأسرة، والتدخل الاستشفائي لعلاج عدة أمراض وإصابات كانت مميتة.

وعلى الرغم من ذلك، فقد كشف استثمارنا الإحصائي والخرائطي للتوزيع الجهوي للمعطيات الكمية والنوعية المتعلقة بعرض العلاجات الصحية وكذا الحالة الصحية (سنة 2015) عن عدة اختلالات جغرافية، يعني منها النظام الصحي الوطني، والتي تعرقل كل مجهوداته الرامية إلى الرقي بالحالة الصحية والوضع الصحي.

ترتبط تلك الاختلالات بشكل أساسى بالانتقال الديمغرافي، والتحولات السوسية-اقتصادية، والبيئية، والوابانية التي يشهدها المغرب، وما صاحب ذلك من ضغط على الخدمات الصحية سواء الوقائية أو الاستشفائية، حيث إن تحسين الحالة الصحية يعد هاجساً لدى المغاربة إلى جانب كل من الشغل والسكن، مما يشكل عيناً على قطاع الصحة.

ونجد في مقدمة تلك الاختلالات، إشكالية الولوج إلى العلاج والاستفادة منه بشكل عادل وفعال، مابين المستويات المجالية والفترات الاجتماعية بسبب النقص الكمي والنوعي للتخصصات الطبية كالتأذير والإعاش والأمراض العقلية والنفسية ... وتمررها في الجهات المحظوظة، وسوء التوزيع المجهلي للبنيات الصحية، والديمغرافية الطبية سواء الاستشفائية أو الوقائية مابين الجهات المغربية ومبين الوسط الحضري والقروي، إذ لاحظنا أن أغليها يستقر في جهات الدار البيضاء الكبرى، والرباط سلا زمور زعير، وسوس ماسة درعة، ومراش تانسيفت الحوز، مما نتج عنه تباين حجم التأثير الطبي وضعفه، بسبب عدم قدرة عروض العلاجات على مسيرة النمو الديمغرافي ومتطلباته الصحية.

علاوة على ذلك، تمركز جلي لأغلب البنية الصحية والديمغرافية الطبية بالقطاع الخاص في الجهات المنفردة بتركيز الأنشطة الاقتصادية، مما يؤكد على الدور السلبي الذي يلعبه القطاع الخاص في تكريس الإقصاء والتباين، - إلى جانب القطاع العام - حيث لا يهمه إلا الاستثمار لتحقيق الربح.

نف بذلك على اختلالات عميقة في أداء النظام الصحي حيث تشكو الخريطة الصحية من الاعادلة في الصحة، نجم عنها تفاوتات مجالية واجتماعية في الولوج إلى العلاج وتلقى، مما يعيّد إنتاج التمايزات السلبية في توزيع المؤشرات السوسية-اقتصادية، ويبعدنا ذلك عن الاستجابة لاحتياجات الصحية للسكان بشكل عادل ومنصف كمياً ونوعياً، وتحقيق متطلبات التنمية البشرية. هل تمكن التقسيم الجهوي الجديد (12 جهة) من تجاوز هذه الاختلالات؟ هل يمكن للباحث الجغرافي أن يساهم في إعداد خريطة الصحة كأداة لتلخيص الجهة في الولوج للعلاج؟

علاوة على إشكالية تفاوت الولوجية للعلاج، فإن المنظومة الصحية تواجه عبئاً آخر، يتصل بمؤشرات الحالة الصحية، ويتمثل ذلك في ارتفاع حادثة الأمراض غير المنتقلة التي تنتسب بشكل كبير في الوفيات وأيضاً الإعاقة، وتوزعها بتباين جهويًا، وحسب الفئات الديمغرافية، والاجتماعية. فعل تفاوت الحالات المرضية انعكاس لتفاوت المؤشرات السوسية-اقتصادية، والحالة البيئية، وackerahات الولوج إلى العلاج؟ ما هي العوامل المؤدية لكل مرض، ومهما هي المستويات المجالية والفترات الاجتماعية الأكثر عرضة للأمراض، والوفيات، والإعاقة؟ هل يمكن لعلم الجغرافيا كأحد العلوم الاجتماعية الإجابة عن هذه الأسئلة؟

- [5] Blum H.L. planning for health, generics for the eighties. .Science human. Press new york.1981
- [6] Béatrice MENARD, LA géographie de la santé. .Université de Caen esplanade de la paix. 2003
- [7] Henri PECHERALE, (1984), « La géographie de santé et des maladies », In BAILLY, éd, Les concepts de la géographie humaine, paris, A, COLIN. CHAP 17, p. 229-240.

**Dr. Badr Eddine AIT LAASRI**



Research Professor, Research Team of Domains, Societies and Environment, Preparation and Development. Faculty of Languages, Arts and Humanities, Ibn Zohr University, Agadir, Morocco

In 2014: he received Doctorate in human geography. Faculty of Letters and Humanities. Mohammedia Hassan II University, Casablanca. In 2008: he received the Master's degree in human geography: "urban dynamics, suburbs and sustainable development" Faculty of Letters and Human Sciences. Mohammedia. Hassan II University. Casablanca. In 2006: he received a Degree in Geography. Faculty of Letters and Human Sciences, Ibn Zohr University, Agadir.

**Prof. Dr. Mohamed ANEFLOUSS**



Professor of Geography, Laboratory of Dynamics of Fields and Societies, Faculty of Arts and Humanities Muhammadiyah, Hassan II University of Casablanca, Morocco  
In 2007 he received the Doctorate in Urban Geography, Hassan II Mohammedia University, FLSH- Mohammedia :1987. Doctorate of 3rd cycle in “Geography of urban and regional development”, University of Paris I, Panthéon-Sorbonne. - 1981 Diploma in Advanced Studies, Urban Planning Option, University of Paris I, Panthéon-Sorbonne. 1980-Complete License Es-Letters (Masters) in Geography, Mohamed V University, Rabat.