

Contents lists available at www.iusrj.org

International Uni-Scientific Research Journal

Journal homepage: www.iusrj.org

History and Geography

الفوارق والاختلالات الترابية والاجتماعية في تنظيم التراب الجهوي 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

بدرالدين أيت / محمد أنفلوس

Article Info

Article history:

Received: 25-06-2022

Accepted: 29-06-2022

doi:10.22062/2022/1718

Available

Keywords:

The geography of the health, the social geography, the determiners 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

ملخص

يقدم هذا المقال أهم المقاربات والمفاهيم المعتمدة في دراسة الفوارق والاختلالات الجهوية في قطاع الصحة، وطرق تهيئته وتنميته المجالية والاجتماعية جهويًا، وتتناول بالتشخيص والتحليل عددًا من المؤشرات من بينها مؤشر عرض العلاجات الصحية وقياس الحالة الصحية من خلال ثلاثة مؤشرات هي: "المراسة" أو الأمراض، والوفيات، والإعاقة. وتتوخى الدراسة أيضًا إبراز دور الجغرافية الاجتماعية، كأحد الحقول المعرفية البارزة في العلوم الإنسانية والاجتماعية، التي تعالج موضوع الصحة البشرية، الذي ظل إلى أمده قريب حكرًا على العلوم الطبية 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

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

Corresponding authors

Badr Eddine AIT LAASRI : 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

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

<https://www.iusrj.org>

أولاً: مقدمة

في هذا الصدد فإن جغرافية الصحة تدرس اختلالات وتباينات الوضع الصحي بوصف وتحليل وتفسير عدة مؤشرات قياسية، تهم الوقوف على حالة التجهيزات والبنيات الصحية الاستشفائية والوقائية والديمقراطية الطبية، من حيث توزيعها وفعاليتها وانتظامها وإعدادها مجالياً، ومدى استجابتها وتلبيةها لحاجيات السكان المتزايدة وذوي الاحتياجات الصحية في مجال وزمان محددين، كما تتصل بمؤشر التنظيم والتدبير، وإنتاج الخدمات ودرجة اللوج 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 لعسري، 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 والديمقراطية والاقتصاد والعلوم الطبية وعلوم الأوبئة.

كما أنها توظف أدوات الجغرافية الكمية والنوعية والمناهج الإحصائية وأدوات العمل الجغرافي، الإحصائية الكارطوغرافية، التي أبانت عن فعاليتها في استثمار المعطيات والبيانات المتعلقة بمؤشرات الدراسة.

ثالثاً: عرض النتائج ومناقشتها.

1- مؤشر عرض العلاجات الصحية بالمغرب يكرس التفاوتات المجالية والاجتماعية.

يعتبر التوزيع الجغرافي الأمثل للموارد البشرية والبنيات الصحية كمياً ونوعياً أحد العناصر التي تساهم بالتأكيد في درء المرض والتقليل من المخاطر الصحية التي تحذق بالإنسان، وبالنتيجة الرفع من مستوى التنمية البشرية. لكن ورغم التطور الحاصل في عرض العلاجات الصحية إلا أنه يبقى ضعيف الفعالية أمام عدم مواكبته لتزايد الحاجيات 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 واللوج للعلاج. إذ إن توزيع وتأطير بنيات الشبكة الاستشفائية والوقائية، وأيضاً بنيات القطاع الخاص وكذا الأطر الطبية والشبه الطبية، يعرف اختلالات وتفاوتات مجالية عميقة، بين الجهات ومن مدينة لأخرى. تستجيب عموماً لنموذج "مركز-هامش". وتتجاوز البعد الاقتصادي لتشمل مؤشر الصحة كأحد مؤشرات التنمية البشرية. (الرفاص، 2008).

رغم تزايد أعداد المستشفيات في المغرب، إلا أنها تعاني من سوء التوزيع جغوياً وإقليمياً ومن مدينة لأخرى، وكذا ضعف التأطير وتباينه، مما ينتج إشكالية اللوج والاستفادة من الخدمات الصحية، هذا إن لم تكن المناطق التي يوجد بها أكبر عدد من الخدمات الصحية تعاني هي الأخرى من نقص التأطير وتفاوتته.

أكثر من 40% 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، و الدار البيضاء الكبرى، وطنجة، تطوان، ومكناس تافيلالت. بأكثر من اثنا عشر مستشفى لك

جهة. تليها بعد ذلك جهات: سوس، ماسة، درعة، ومراكش، تانسيفت، الحوز، وفاس، بولمان، والشرقية، والشاوية، وريغة ما بين 8-13 مستشفى. وما بين 5-8 مستشفيات في كل من غرب الشراوية، بني لحسن، ودكالة عبدة، وكلميم السمارة، وتازة الحسيمة، تاونات، والشاوية، وريغة، في حين أن بقية الجهات لا يتجاوز فيها العدد 5 مستشفيات، بجهات وادي الذهب الكويرية والعيون الساقية الحمراء وتادلة أزليلال. (الخريطة رقم 1)

إن الانتقال الديمغرافي والسوسيواقتصادي والسياسي والبيئي الذي شهده المغرب، وبالتحديد مع بداية القرن العشرين، أفرز عدة تحولات واختلالات ديمغرافية وسوسيواقتصادية وبيئية، كانت ومازالت لها عدة تداعيات حتى اليوم على واقع قطاع الصحة بالبلد اجتماعياً ومجالياً.

تتعلق تلك الاختلالات بالأساس بتزايد حدة وضغط التمدين، وبطء ورتابة التنمية السوسيواقتصادية، واللاعدالة في توزيعها ما بين الجهات، والوسطين الحضري والريفي، والفئات الاجتماعية، وبالنتيجة نشوء التمايزات السوسيومجالية. علاوة على ذلك، ضعف الحماية الاجتماعية (إشكالية نظام التقاعد)، وتنامي المخاطر البيئية، والتباين المجالي والاجتماعي للنظام الصحي الوطني ومحدوديته في استيعاب الحاجيات الصحية المتزايدة للسكان بالمغرب، ويرتبط ذلك خاصة بالانتقال الوبائي الذي نتج عنه تزايداً في بعض الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة، التي باتت حدًا فاصلاً بين الحياة والموت، وتزايد نسبة حدوثية الإعاق، مما يشكل ضغطاً وعبئاً على المنظومة الصحية للبلاد.

من هذا المنطلق يسعى المقال إلى تقديم مساهمة جغرافية في دراسة التباينات الجهوية للوضعية الصحية بالمغرب بناء على التقسيم الجهوي السابق (16 جهة)، ضمنياً فهي إسهام نقدي لتقييم التجربة الجهوية الجديدة (12 جهة) في تحقيق العدالة الاجتماعية، وتجاوز إشكالية تفاوتات الصحة لدى السكان جهوياً بالبلد. وتتناول بالتشخيص والتحليل عدداً من المؤشرات من بينها مؤشر عرض العلاجات الصحية من حيث توزيعه وفعاليتيه ومدى تنظيمه في التراب وتأطيره للسكان للاستجابة لحاجياتهم الصحية حسب المستويات المجالية المحلية والجهوية. كما أن لها علاقة بمؤشرات أداء النظام الصحي من حيث التنظيم والتدبير، والفعالية في إنتاج الخدمات والرفع من نسبة ولوجيتها في فترة زمنية ومجال معين. كما تعتمد الدراسة في ذلك على قياس وتوزيع مؤشرات الحالة الصحية من خلال ثلاثة مؤشرات هي: "المرضاة" أو الأمراض، والوفيات، والإعاقة.

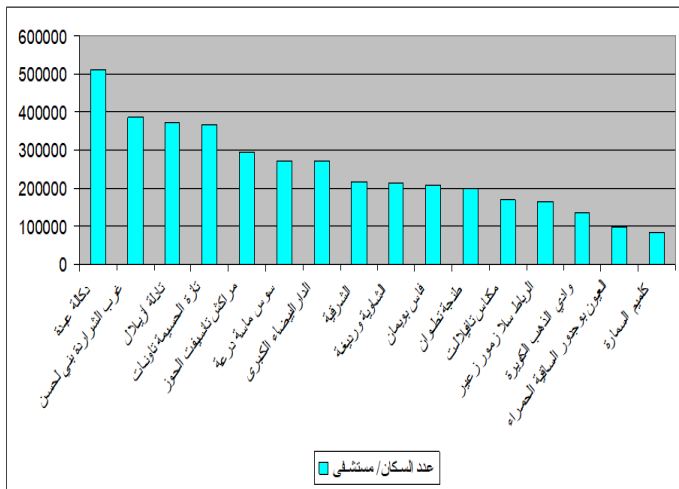
نتج عن التحولات عدة محددات إمراضية جديدة وعوامل وبائية متعددة الأبعاد، ومتفاوتة حسب المجالات الترابية. فإذا كانت تلك العوامل مرتبطة بما هو طبيعي، واقتصادي، واجتماعي، وديمقراطي، وبيئي، فإن من نتائج تلك التحولات تعميق التباينات الجهوية لصحة المغاربة، وعدم المساواة أمام المرض والوفاة والإعاقة، ومن المؤكد أن الصحة التي تعتبر أحد مؤشرات التنمية البشرية المؤثرة في نوعية حياة الإنسان المغربي داخل وسطه البيئي، تمثل جانباً حيوياً من جوانب الهشاشة الاجتماعية الأكثر تعبيراً عن واقع الحال. بالرغم من تحقيق العديد من المنجزات في العقود الأخيرة لتحسين الحالة الصحية كخوض التجربة الجهوية لسنة 1997 كمدخل للحد من التفاوتات، وإصدار دستور جديد سنة 2011 أقر لأول مرة أن الصحة حق أساسي لكل مواطن بناء على قيم العدالة والمساواة. هل نجح النظام الصحي في ظل سياسة الجهوية ودستور جديد تأمين العدالة في الصحة، أم أنه أداة لإعادة إنتاج التفاوتات السوسيومجالية؟

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، وتكمن أهم تأثيراتها على صحته؛ وبالتالي فالباحث الجغرافي معني بدراسة العلاقة ما بين الحالة الصحية للإنسان وعناصر بيئته الطبيعية والبشرية، وذلك بتحديد الأمراض المهددة له وتوزيعها والبحث عن تفسير لظهورها وانتشارها مجالياً واجتماعياً، وإيجاد أساليب مكافحتها والوقاية منها وتشخيص مدى التوفر والتوزيع العادل للخدمات الطبية والصحية اللازمة لعلاجها، والرفع من المستوى الصحي للمجتمع. من منطلق أن الصحة تتصل بالظروف الطبيعية والاجتماعية وبشكل عام بنوعية 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 المواضيع المتعددة الأبعاد حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة، لذلك ومن الناحية المنهجية فالجغرافيا تولى الاهتمام بالموضوع بنظرة شمولية، وهو ما جعلها أكثر العلوم الاجتماعية إدراكاً لإشكالياته، إذ تنفتح على مجموعة من التخصصات كعلم الأوبئة، والأنثروبولوجية، وعلم الاجتماع، والعلوم الطبية، والديمقراطية، 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 الكويرة 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 وحاجياتهم الصحية كذلك. على سبيل المثال فرغم أن الدار البيضاء الكبرى تتركز أكبر عدد من المستشفيات، إلا أنها تتميز بضعف التأطير، نظرا لعدم مواكبتها لعدد السكان الذي يتجاوز 3 ملايين نسمة، في حين أن جهة العيون بوجدور الساقية الحمراء لا تتوفر إلا على ثلاثة مستشفيات لكن تأطيرها للسكان يظهر أنه مهم مقارنة بالدار البيضاء الكبرى، وذلك نظرا لكون ساكنتها لا تتجاوز 300000 ن، لكن رغم ذلك فضعف التجهيزات يجعل الساكنة تنتقل نحو الجهات الكبرى التي تتركز التخصصات الطبية كيميا ونوعيا وخاصة منها النادرة.

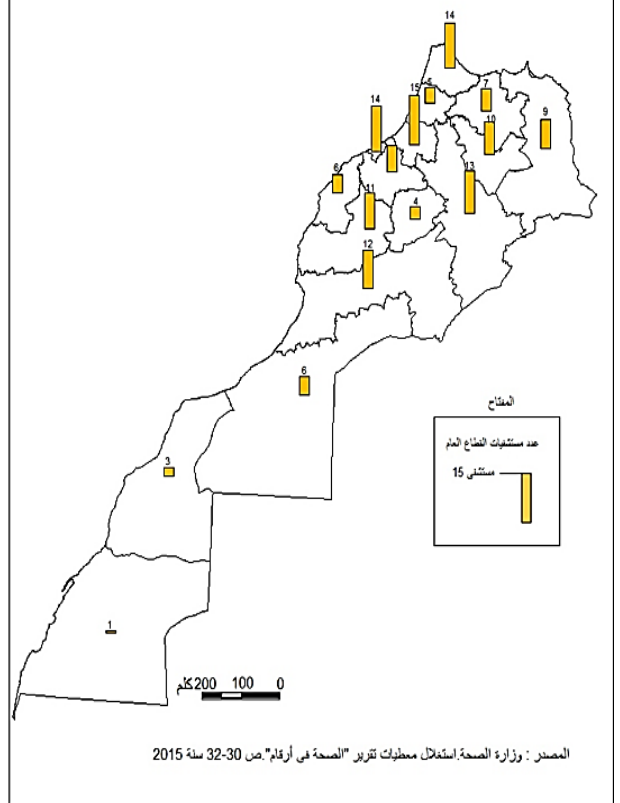
هذه الوضعية تجعلنا نقر بأنه لا يمكن البلوغ إلى مستوى من الفعالية في عروض العلاجات الصحية دون الأخذ بعين الاعتبار العلاقة ما بين المتطلبات والحاجيات الصحية للسكان، وما توفره المستشفيات من عروض صحية. فالاستفادة من خدمات المستشفيات رهين بأحسن تطابق ما بين توزيع الحاجيات الصحية والموارد الصحية المتوفرة كميًا ونوعيًا.

أما فيما يخص تأطير السكان بالأسرة الاستشفائية، فيظهر هو الآخر ضعفا وتباينا في التأطير الطبي رغم تزايد عدد الأسرة، انتقل من 15500 سرير سنة 1960 إلى 27746 سرير سنة 2015، لكن حجم التأطير تدرج نحو الضعف بسبب عدم مواكبة زيادة الأسرة لتزايد السكان وحاجياتهم الصحية، إذ يبلغ المعدل الوطني 1225 ن لكل سرير استشفائي سنة 2015 بعدما كان المعدل في حدود 751 ن/سرير سنة 1960، مع تباينه جهويا .

3- تفاوت توزيع المؤسسات الصحية الوقائية حسب الجهات:

تتوزع المؤسسات الصحية بشبكة العلاجات الصحية الأساسية بتباين جهويا سنة 2015، حيث يقل عددها عن 50 مؤسسة في كل من وادي الذهب الكويرة، والعيون بوجدور الساقية الحمراء، وتتراوح ما بين 50-150 في كل من جهات الرباط سلا زمور زحير، والدار البيضاء الكبرى، وكلميم السمارة، ودكالة عبدة، وفاس بولمان، وغرب الشراة بني الحسن، ويرتفع حجمها مقارنة مع الجهات السالفة في كل من جهات الشوابة وريغة وتازة الحسيمة تاونات وتادلة أزيلال والشرقية وطنجة تطوان إلى ما بين 150-220 مؤسسة، بينما تعد جهات سوس ماسة درعة ومراكش تانسيفت الحوز ومكناس تافيلالت، الجهات الأكثر حظوة بضمها ما بين 220-380 مؤسسة. (الجدول 2)

الخريطة 1 : توزيع مستشفيات القطاع العام جهويا سنة 2015



ويبرز التفاوت في توزيع المستشفيات بجهة حسب صنفها، خاصة بالنسبة لتوزيع المستشفيات المتخصصة، إذ تتوفر جهة الرباط سلا زمور زحير لوحدها على ثمانية مستشفيات بطاقة استيعابية تقدر ب 2119 سرير، تليها بعد ذلك جهات طنجة تطوان والدار البيضاء الكبرى ومراكش تانسيفت الحوز وفاس بولمان ومكناس تافيلالت بما بين 3-6 مستشفيات متخصصة وبعدد من الأسرة يتراوح ما بين 500-1150 سرير. بينما هناك جهات يعدم بها صنف المستشفيات المتخصصة وذلك في كل من وادي الذهب الكويرة، كلميم السمارة، غرب الشراة بني الحسن وتادلة أزيلال سنة 2015.

2- ضعف التأطير وتباينه جهويا بالشبكة الاستشفائية :

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 ن لكل مستشفى، هذا المعدل يبقى مرتفعاً ويخفي تبايناً واضحاً بين الوسط الحضري الأكثر استفادة من خدمات المستشفيات، مقارنة بالوسط الريفي الأقل حظاً.

كما نسجل تبايناً ما بين الجهات، وهذا راجع لتفاوت عدد المستشفيات وعدد السكان ما بين الجهات. بضعف حجم التأطير بكل من جهات دكالة عبدة، وغرب الشراة بني الحسن وتادلة أزيلال وتازة الحسيمة تاونات ومراكش تانسيفت الحوز وسوس ماسة درعة والدار البيضاء الكبرى، مقارنة مع باقي الجهات حيث يبلغ أكثر من 270000 ن/ مستشفى، متجاوزة بذلك المعدل الوطني (233984 ن/ مستشفى)، تليها الجهة الشرقية والشوابة وريغة وفاس بولمان ب 217666 ن و 212375 ن و 206500 ن/ مستشفى. (المبيان رقم 1)

بكل من جهات تازة الحسيمة تاونات، و مكناس تافيلالت، و كلميم السمارة، و تادلة أزلال، و وادي الذهب الكويرة.

5- عروض العلاجات الصحية بالقطاع الخاص : المركزية المفرطة بالمدن الكبرى وتمايز التأطير:

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

بلغ عدد المصحات ما يقارب 280 مصحة سنة 2015 و ب 5533 سرير، و ب 11569 ن/ مصحة و 5624 ن/ سرير كمعدل تأطير. مع وجود تفاوت في توزيعها ما بين الجهات، حيث يصل عددها بجهة الدار البيضاء الكبرى إلى 76 مصحة بنسبة 28% من مجموع المصحات، كما تحتضن 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 20-44 مصحة ويتراوح عدد الأسرة بها ما بين 440-650 سرير، لينخفض عددها إلى ما بين 10-20 مصحة، وما بين 200-440 سرير في كل من جهات فاس بولمان، والشرقية، و مكناس تافيلالت، ودكالة عبدة، ومراكش تانسيفت الحوز، و غرب الشراة بني لحسن، أما باقي الجهات وذلك في كل من الشاوية ورديفة، والعيون بوجدور الساقية الحمراء، وكلميم السمارة، وتازة الحسيمة تاونات، فيتدنى بها العدد بضمها فقط ما بين 1-10 مصحات وبما بين 5-200 سرير، لتتعدم بجهة وادي الذهب الكويرة.

على مستوى التأطير، فإنه ضعيف في كل الجهات مع تفاوته إذ يصل كحد أدنى بكل من العيون بوجدور الساقية الحمراء والدار البيضاء الكبرى ب 28600 ن و 50052 ن/ مصحة تبعاً، وكحد أقصى بكلميم السمارة، وتازة الحسيمة تاونات ب 490000 ن و 366400 ن/ مصحة بالتوالي.

وتزداد التفاوتات التي يكرسها القطاع الخاص إذ إن العيادات الطبية الخاصة بالاستشارة بلغ عددها 5979 عيادة سنة 2015، موزعة بتباين جوهرياً، إذ إن ما بين 1100 - 2000 عيادة تستقر بجهتي الدار البيضاء الكبرى والرباط سلا زمور زعير بنسبة تثير الدهشة تبلغ 51%، كما أن الصيدليات التي لا يتعدى عددها وطنياً 7000 صيدلية سنة 2015، يتركز معظمها في الجهتي السالفتي الذكر بمابين 700 - 1100 صيدلية، وبنسبة 28% من المجموع، وفي نفس الاتجاه فيما يتعلق بالعيادات الطبية الخاصة بجراحة الأسنان حيث تستقر بنسبة 56% في نفس الجهتين. فيمكن أن نتحدث عن الدار البيضاء والرباط والبيضاء المغربية.

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

6- اللاعدالة في توزيع الديمغرافيا الطبية ومستوى تأطيرها:

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 فمزال القطاع الصحي المغربي يعاني من النقص في الموارد البشرية الطبية، حيث تم تصنيفه من طرف المنظمة العالمية للصحة ضمن 57 دولة التي تعيش خصاصاً حاداً في الأظر الطبية.

ويتوزعون بشكل غير متساوي ما بين مختلف التخصصات، وأيضاً ما بين الجهات، إذ تضم كل من جهة الرباط سلا زمور زعير والدار البيضاء الكبرى أكثر من 2300 طبيب مختص، بنسبة 46% من مجموع أطباء القطاع العام.

هذا التفاوت انعكس على التأطير، إذ يبدو جلياً أن التأطير الطبي (الكثافة الطبية) بالقطاع العام متفاوت جوهرياً، إذ إن كل من الرباط سلا زمور زعير، والدار البيضاء الكبرى، يتمتعان بتأطير مناسب نظرياً مقارنة مع باقي الجهات، في حين أن هناك بعض الجهات تجاوزت المعدل الوطني (يبلغ 2973 ن/ طبيب) كسوس ماسة درعة، و وادي الذهب الكويرة، ومراكش تانسيفت الحوز، ودكالة عبدة و مكناس تافيلالت، و طنجة تطوان. (المبيان رقم 3)

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

| الجهات | عدد الوقائية | المؤسسات |
|-------------------------------|-----------------|----------|
| الرباط سلا زمور زعير | 124 | |
| الدار البيضاء الكبرى | 141 | |
| طنجة تطوان | 202 | |
| مكناس تافيلالت | 270 | |
| سوس ماسة درعة | 406 | |
| مراكش تانسيفت الحوز | 367 | |
| فاس بولمان | 137 | |
| الشرقية | 177 | |
| شاوية ورديفة | 184 | |
| تازة الحسيمة تاونات | 226 | |
| كلميم السمارة | 103 | |
| دكالة عبدة | 126 | |
| غرب الشراة بني لحسن | 114 | |
| تادلة أزلال | 169 | |
| العيون بوجدور الساقية الحمراء | 31 | |
| وادي الذهب الكويرة | 15 | |
| المجموع | 2792 | |

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

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

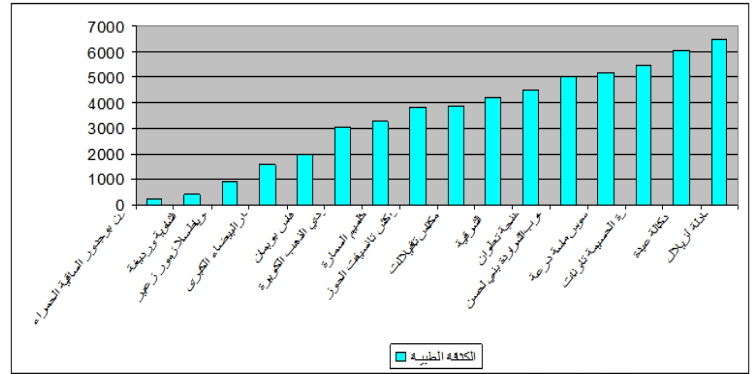
نشير إلى وجود تفاوت ما بين الوسطين، إذ بلغ المعدل سنة 2015 في الوسط الحضري إلى 25182 ن/ مركز صحي حضري، بينما في الوسط الريفي فهو الأكثر استفادة، حيث لا يتجاوز المعدل 7052 ن/ مركز صحي قروي، إلا أن ساكنته تعاني من إشكالية الولوج لتلقي العلاج والاستشفاء، بسبب تشتت السكن والخصائص التضاريسية والمناخية، لذلك فغالبا ما تستفيد فقط من العلاجات الأساسية المتنقلة والتي في كثير من الأحيان ما تكون مناسبة استدرائية، التي تشكل بديلاً لتغطية 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 آلام الأمراض والإصابات غير المعالجة، حيث يمكن أن تجد البناية مغلقة أو تقتقر إلى الأطباء والمرضى وأبسط التجهيزات الضرورية للوقاية والحماية والإنقاذ.

على المستوى الجهوي فحجم تأطير السكان بمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية يتفاوت من جهة لأخرى، حيث يلاحظ أنه ضعيف وغير جيد بلوغه ما بين 16000-32000 ن/مؤسسة بجهات الدار البيضاء الكبرى والرباط سلا زمور زعير ودكالة عبدة ب 31700 ن و 21282 ن و 16876 ن/ مؤسسة على التوالي، متجاوزة بذلك المعدل الوطني (11850 ن/ مؤسسة)، ورغم انخفاضه إلى ما بين 10000-16000 ن/ مؤسسة بجهات طنجة تطوان وفاس بولمان والعيون بوجدور الساقية الحمراء والشرقية و غرب الشراة بني لحسن، إلا أنه يظل ضعيفاً ولا يكف لتغطية بشكل إيجابي وفعال، وفي المقابل فحجم التأطير بالمؤسسات الصحية الأساسية في عتبة مقبولة ما بين 4500-10000 ن/ مؤسسة

المعطي فقد قام المغرب بإحداث 8 مراكز جهوية للتكنولوجيا بغية الحد من مرض السرطان.

المبيان رقم 3: الكثافة الطبية حسب الجهات سنة 2015.



أما مرض السكري فهو الآخر من بين إكراهات الصحة العمومية، حيث يعتبر من الأمراض غير المتقلة التي تتطلب تشخيصاً مبكراً وتتبعاً مستمراً لما يتسبب فيه مع مرور الوقت من مضاعفات خطيرة على الكلي والقلب والشرابين، والقدرة على الإبصار، وغالباً ما تكون أسباب هذا المرض مرتبطة بسوء التغذية، وأيضاً بالقلق والإحباط وعدم ممارسة الرياضة. ويصل عدد مرضى السكري إلى 280199 حالة وطنياً سنة 2010، يتوزعون بتفاوت جهويًا. (المبيان رقم 6)

1-2 ارتفاع داء السل: رغم المجهودات المبذولة فإن عدد الحالات المسجلة لمرض داء السل تتراوح ما بين 25000 و 30000 حالة منذ الثمانينيات حتى غاية 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 والعربية، وللإشارة فإن هذا النوع من الأمراض يرتبط ظهوره بالأوساط البيئية المتدهورة، وبالفتات الاجتماعية ذات ظروف اجتماعية واقتصادية غير إيجابية.

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

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

ويجوز توزيع 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 زمر زعير، بكثافة طبية جيدة تتراوح ما بين 800-1910 ن/طبيب. أما في باقي الجهات، فإن أغلبها تجاوز المعدل الوطني (يبلغ 3787 ن/طبيب).

ثانيًا: تباين في الحالة الصحية للسكان يواكب تباينات الواقع البيئي والسوسيواقتصادي والطبي.

تعتبر الحالة الصحية عن وصف لحالة اعتلال أو مرض يؤدي إلى إنهاك جسم الإنسان، بسبب عدة عوامل مترابطة، وتبرز أهميتها في كونها انعكاس للسياسات والمجهودات المبذولة للرقي بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للسكان، وكذا الحفاظ على البيئة والرفع من مستوى التقدم الطبي من خلال الأبحاث، والتوزيع الأمثل للبيانات والموارد البشرية بالقطاع الصحي بشكل فعال كميًا ونوعيًا، لتحسين الولوجية والانتفاع من العلاج. وتحدد درجاتها بإجراء دراسات على مؤشرات خاصة، تقيس مستوى الصحة أو الاعتلال، تشمل مؤشر المراضة والوفيات والإعاقة.

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

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

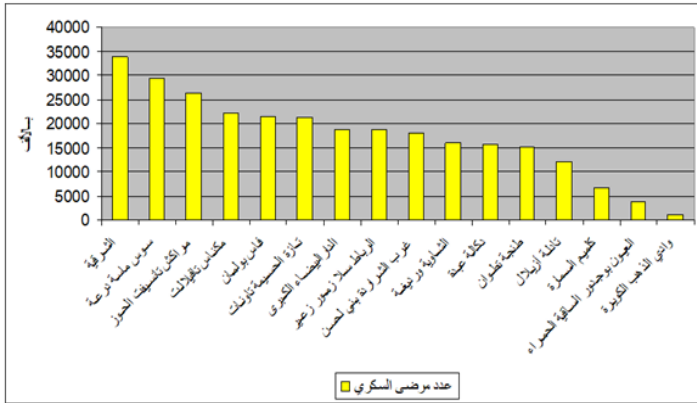
إن أهم ما يميز الوضعية الوبائية بالمغرب هو التحول في خصائصها، ارتباطًا بالانتقالات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية والطبية، حيث تسجل تراجع مجموعة من الأمراض، منها ما تم القضاء عليه، ومنها ما تم الحد من ترددها، لكن مع ارتفاع في أمراض أخرى مرتبطة بالسلوكيات ووسط العيش.

1-1 تشكل كل من أمراض القلب والشرابين والسرطان والسكري أحد المشاكل الراهنة للصحة العمومية

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

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

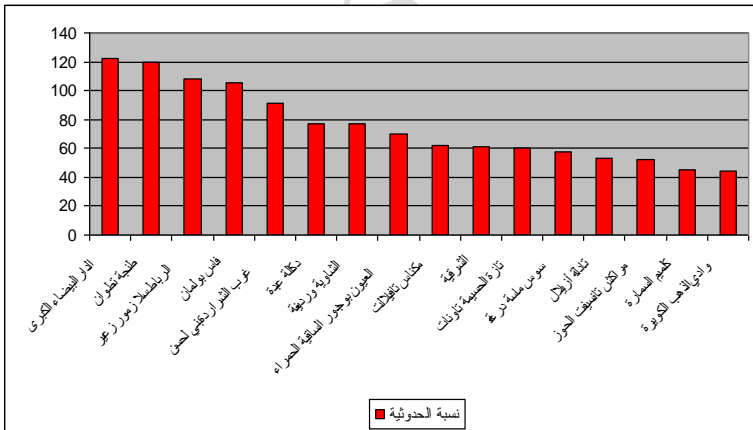
المبيان رقم 6 : عدد حالات مرضى السكري حسب الجهات سنة 2010.



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

تتوزع عدد حالات داء السل بتفاوت جهويًا. ومن الجلي أن معدل حدوثية داء السل يرتفع بشكل كبير بجهة الدار البيضاء الكبرى، إذ يبلغ بها 120 حالة في كل 100000 ن. (المبيان رقم 7).

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



M.S. op.cit.P 166.

1-3 الأمراض الجنسية: يشكل كل من الزهري والسيدا والتهاب الاحليل، كأمراض منقولة جنسيًا، أحد مشكلات الصحة العمومية بالمغرب بسبب ترددها وارتفاعها والعواقب الناجمة عنها. وتصل عدد حالات الإصابة بمرض الزهري

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

المصدر: 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 الاستقلابية، تؤثر في الإناث أكثر من الذكور، والعكس بالنسبة للأورام، وأمراض الجهاز التنفسي، (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 ما بين 1-4 سنوات فسيبها يتصل بشكل أساسي بالإصابات والتسممات وعواقب أخرى معينة لأسباب خارجية بنسبة 12.4%، تتبعها أمراض جهاز الدورة الدموية بنسبة 11%، ثم بعد ذلك أمراض الجهاز التنفسي بنسبة 10.7%. وترتبط وفيات النساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة بأمراض جهاز الدورة الدموية والأورام والإصابات والتسممات وعواقب أخرى معينة لأسباب خارجية بنسبة 18.4% و 17.1% و 8.3% تتابعا.

وحسب الدراسة التي أنجزها صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة

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

كما سجلت الدراسات أن ضعف التأطير الطبي وتباينه ما بين المناطق والجهات المغربية يزيد من خطورة الأمراض، لدرجة تسببها في الوفاة في حالة عدم التدخل بشكل سريع للوقاية منها والقضاء عليها.

3- تباين حدوثية الإعاقة وصعوبة إدماج الأشخاص المعاقين بالمغرب

بلغ عدد السكان المعاقين 2.264.672 ن أي بما يقدر ب 6.8% من سكان المغرب (البحث الوطني الثاني حول الإعاقة 2014) سنة 2014 وباختيار 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 ما بين الوسطين الحضري والقروي وكذا حسب الجنس. لكن حسب الفئات العمرية فمسجل وجود تفاوت واضحة فالفئة العمرية 60 سنة فما فوق تستهدفها الإعاقة أكثر من باقي الفئات العمرية ب 37%. مما يلزم تبني خطط لإدماج المعاقين تأخذ بعين الاعتبار تلك التفاوتات في الإعاقة حسب الجنس والوسط وكذا اختلاف أسبابها.

ويكشف تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي على أن النظام التعليمي الوطني لا يشمل تدرّس 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 مصرح بها. وتعد جهة الدار البيضاء الكبرى ضمن الجهات الأكثر احتضاناً لداء السيدا بما بين 31-132 حالة إلى جانب كل من جهات مراكش تانسيفت الحوز، وسوس ماسة درعة، وطنجة تطوان. ويعزى ارتفاع عدد حالات الداء بتلك الجهات ربما إلى اشتهارها بالسياحة الجنسية واحتضانها لشبكات الدعارة وارتباطها أيضاً بالظروف الاجتماعية المتمثلة في الفقر والبطالة والتفكك الأسري.

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

(أنفلوس، 2007، ص 291)

2- الأمراض غير المنتقلة 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% والمتتملة 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 التنفسي والهضمي.

وفي المرتبة الثالثة نسجل حضور الاضطرابات التي تنشأ وتحيط بفترة الولادة (قبلها وبعدها) بنسبة 8.8%، وبنسبة 6.3%، تحتل أمراض الغدد الصماء والتغذية الاستقلابية الرتبة الرابعة كالسكري، وبنسبة 5.3% تحتل أمراض الجهاز التنفسي الرتبة الخامسة في مقدمة الاعتلالات المؤدية للوفاة سنة 2015.

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

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

المراجع والمصادر:

- باللغة العربية

- [1] أيت لعسري، بدر الدين (2014). التباينات الجغرافية للوضع الصحية. حالة الدار البيضاء الكبرى. أطروحة لنيل الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة الحسن الثاني المحمدية كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالمحمدية.
- [2] أنفلوس، محمد (2011)، معجم تفسير المصطلحات في جغرافية الصحة، دفتار 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 الجغرافيا، 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 والتفاوتات الجهوية"، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، منشورات الجمعية الوطنية للجغرافيين المغاربة.
- [7] دتوفيق بن أحمد خوجة_ المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية : الرعاية الصحية الأولية_ الطبعة الثالثة_ شعبان 1426 هجرية الموافق لـ 17 سبتمبر 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 بالتراتب 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 a 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 تفوق 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 للحصول على الخدمة الصحية، والاستفادة من الحماية الاجتماعية والتضامن التعاضدي.

وتتمثل 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 - الوبائية فقط، بل تتصل أيضاً بالعوامل البيئية، والاجتماعية، التي تشكل الظروف المباشرة للإعاقة وتباين حدوثها.

خاتمة:

حقق قطاع الصحة تحسناً ملموساً كمياً ونوعياً على مستوى مؤشر عرض العلاج بفضل البرامج والإصلاحات والمجهودات 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، يعاني منها النظام الصحي الوطني، والتي تعرقل كل مجهوداته الرامية إلى الرقي بالحالة الصحية والوضع الصحي.

ترتبط تلك الاختلالات بشكل أساسي بالانتقال الديمغرافي، والتحول السوسيواقتصادي، والبيئية، والوبائية 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 عبئاً على قطاع الصحة.

ونجد في مقدمة تلك الاختلالات، إشكالية الولوج إلى العلاج والاستفادة منه بشكل عادل وفعال، مابين المستويات المجالية والفئات الاجتماعية بسبب النقص الكمي والنوعي للتخصصات الطبية كالتخدير والإنعاش والأمراض العقلية والنفسية... وتمركزها في الجهات المحظوظة، وسوء التوزيع المجالي للبنى التحتية، والديمغرافية الطبية سواء الاستشفائية أو الوقائية مابين الجهات المغربية ومابين الوسط الحضري والقروي، إذ لاحظنا أن أغلبها يستقر في جهات الدار البيضاء الكبرى، والرباط سلا زمر زعير، وسوس ماسة درعة، ومراكش تانسيفت الحوز، مما نتج عنه تباين حجم التأطير الطبي وضعفه، بسبب عدم قدرة عروض العلاجات على مسايرة النمو الديمغرافي ومتطلباته الصحية.

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

نقف بذلك على اختلالات عميقة في أداء النظام الصحي حيث تشكو الخريطة الصحية من اللامعالية في الصحة، نجم عنها تفاوتات مجالية واجتماعية في الولوج إلى العلاج وتلقيه، مما يعيد إنتاج التمايزات السلبية في توزيع المؤشرات السوسيواقتصادية، ويبعدنا ذلك عن الاستجابة لاحتياجات الصحة 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 يسهم في إعداد خريطة الصحة كأداة لتقليص الفجوة في الولوج للعلاج؟

علاوة على إشكالية تفاوت الولوج للعلاج، فإن المنظومة الصحية تواجه عبئاً آخر، يتصل بمؤشرات الحالة الصحية، ويتمثل ذلك في ارتفاع حدوثية الأمراض غير المتوقعة التي تنتسب بشكل كبير في الوفيات وأيضاً الإعاقة، وتوزعها بتباين جهوي، وحسب الفئات الديمغرافية والاجتماعية. فهل تفاوت الحالات المرضية انعكاس لتفاوت المؤشرات السوسيواقتصادية، والحالة البيئية، وكرهات الولوج إلى العلاج؟ ماهي العوامل المؤدية لكل مرض، وماهي المستويات المجالية والفئات 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. - 1981Diploma in Advanced Studies, Urban Planning Option, University of Paris I, Panthéon-Sorbonne. 1980-Complete License Es-Letters (Masters) in Geography, Mohamed V University, Rabat.