مركز دراسات الدكتوراه : الآداب و العلوم الإنسانية، والفنون، وعلوم التربية

تكوين الدكتوراه: Interface, Ressources, Sociétés et Dynamiques Territoriales

الحقل المعرفي: الجغرافيا

التخصص: الجغرافيا

المختبر: التراب والتراث والتاريخ

أطروحـــــة لنيــل شهــادة الدكتــوراه في الجغرافيا

تحت عنوان:

جغرافية الخدمات:التعليم والصحة حالة مدينة فاس

اسم الطالبة الباحثة: فاطمة الزهراء الدحماني

ر.و.ط :0421825314

تاريخ المناقشة: 2023/10/28

أعضاء لجنة المناقشة:

أعضاء لجنة المناقشة	الاطار	مؤسسة الانتماء	الصفة
د. حسن ضايض	أستاذ التعليم العالي	كلية الآداب والعلوم الإنسانية سايس فاس	رئيسا ومقررا
دة. ماجدة صواب	أستاذة التعليم العالي	كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز فاس	مشرفة
د. جواد أبوزيد	أستاذ التعليم العالي	كلية الآداب والعلوم الإنسانية مكناس	عضوا ومقررا
د. بوشتى الخزان	أستاذ التعليم العالي	كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز فاس	عضوا ومقررا
د. محمد اليزيدي	أستاذ التعليم العالي	كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز فاس	عضوا

السنة الجامعية: 2022-2023

" . . . ليس أمامك سوى البحث ، إن كنت تريد اكتشاف شيء ما . ومن المؤكد انك سوف تكتشف – بعد أن تقوم بالبحث – شيئا ما عادة ، إلا أنه لا يكون دائمًا نفس الشيء الذى كنت تسعى للوصول إليه" .

J.R.R. Tolkein تولكـين

كلمة شكر

الحمد والشكر والثناء لله رب العالمين، الذي وفقني ويسَّر لي إتمام وإنجاز هذه الأطروحة.

وبعد، أتوجه بخالص شكري وتقديري وامتناني إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة ماجدة صواب التي تفضلت مشكورة بالإشراف على هذه الأطروحة، إذ كانت ملاحظاتها السديدة وإرشاداتها العلمية القيمة خير عون لي في إخراج هذه الأطروحة إلى حيز الوجود، فجزاها الله عني خير الجزاء، وأتمنى لها العمر المديد ودوام الصحة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أساتذتي الأفاضل أعضاء مختبر البحث "التراب والتراث والتاريخ" الدكتور بوشتى الخزان واليزيد حمدوني علمي ومحمد حمجيق وبنعلي وصباح بوصفيحة، والأساتذة في شعبة الجغرافيا الذين استفدت من أبحاثهم وآرائهم ومناقشاتهم النيرة. ولاتفوتني الفرصة قبل أن أتقدم بشكر خالص للأستاذ الجليل موسى كرزازي الذي كان لي خير سند ومعين في إنجاز هذا البحث وشكري موصول أيضا إلى الأستاذ أحمد الناوي وإلى جميع من ساهم في إنجاز هذا البحث من قريب أو بعيد.

كما يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة المحترمين على تقبلهم قراءة هذا العمل ومناقشته وتصحيح هفواته.

ولا أنسى بعث ثنائي وتقديري لكل من مد لي يد المساعدة أثناء إنجاز هذه الأطروحة، ولاسيما منهم الأطر الإدارية بمختلف المؤسسات العمومية وشبه العمومية. كما أود أن أشكر كل زملائي الطلبة الباحثين الذين تقاسمت معهم جملة من المعارف والمهارات، وأخص بالذكر: مصطفى الزاوي وعبد الرزاق صديقي ومحسن لعديدي.

وفي الأخير، شكري العميق لعائلتي لما أبدته لي من توفير شروط الراحة لانجاز هذا البحث.

مقدمة عامــة

يعتبر الاهتمام المتنامي بقطاع الخدمات وأنشطته انعكاسا طبيعيا للنمو المتزايد في أنواعه ومستوياته وأحجامه وأعداد العاملين فيه. وقد ظهر ذلك بشكل تدريجي وواضح منذ تسعينيات القرن الماضي. وإذا كانت آراء بعض الباحثين قد تباينت بخصوص أوجه الاهتمام والدراسة والتحليل للخدمات، فإنهم أقروا في غالبيتهم بأهمية التنظيم والتوزيع المجالي والجغرافي للخدمة وعدالتها، لتكون في متناول الجميع.

وبفضل تحليل مجموعة أبحاث انصبت على دراسة الخدمات وأنشطتها يتضح بشكل جلي أنها اتخذت مستويين: في المستوى الأول هيمنت الأبحاث المتعلقة بالخدمات التجارية بالمدن الكبرى، باعتبارها عنصرا فاعلا في تنظيم وهيكلة المجال الحضري بمدينة فاس مثلا. وفي المستوى الثاني هيمنت الأبحاث المتعلقة بالجانب الاجتماعي كمحرك لعجلة التنمية البشرية؛ خصوصا مع تزايد الطلب على الخدمات التي تتصدرها الاجتماعية، من تعليم وصحة وشغل، باعتبارها ركائز العملية التنموية.

وقد شكلت بداية الألفية الثالثة منعطفا نوعيا على مستوى الاهتمام بأنشطة الخدمات. وهذا الاهتمام وثيق الارتباط بعاملين أساسيين: يتمثل الأول في التحول التدريجي للاقتصاد الحضري نحو هيمنة أنشطة الخدمات، مع الامتصاص الكبير لليد العاملة النشيطة وتعاظم أهميتها على مستوى المساهمة في الناتج المحلي الإجمالي. ويتمثل الثاني في كونه نتيجة طبيعية للتزايد السكاني والضغط المتزايد على الخدمات، إلى جانب التوسع في الاستهلاك والتطور في نوعية الخدمات. وقد ساعد كل ذلك على توفير الشروط المواتية للتوجه نحو مجال قطاع الخدمات بوجه عام، والتعليم والصحة بشكل خاص.

في هذا الإطار، تشهد مدينة فاس كباقي المدن المغربية مجموعة من الديناميات المتتالية على كافة المجالات، والتي كان لها الأثر المباشر في التحولات التي مست النسيج الحضري على عدة مستويات. ولعل أهم تمظهراتها تتمثل في تغير الأنشطة وحركيتها وتزايد الطلب الاجتماعي على الخدمات من تعليم وصحة وشغل.

وهكذا، وبفعل الدور الفعال الذي تلعبه الخدمات في تحقيق أهداف وخطط التنمية الشاملة، فهي تعد المحور الرئيسي والمدخل الحقيقي لتطوير حياة الأفراد. لذا فقد أعطت خطط التنمية المتعاقبة، موضوعي التعليم والصحة، الأولوية القصوى من الاهتمام، من خلال وضع مجموعة متكاملة من السياسات والإجراءات، ومتابعة تنفيذها، سواء فيما يتعلق بتنمية القوى البشرية وتعليمها، أو فيما يتعلق بتحسين الخدمات الصحية وتطويرها.

لاسيما وأن هذه الدراسة تتزامن والوعي الكبير بأهمية أنشطة الخدمات وخاصة التعليم والصحة ببلادنا، وأثرها المباشر في تسريع وتيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وفي الواقع، فإن الثروة الحقيقية تكمن في المهارات والقدرات الإنتاجية للرأسمال البشري والارتقاء به، الذي يمثل أحد دعائم الدولة الاجتماعية. ويتبلور ذلك من خلال حجم النقاشات المتعددة والإصلاحات الجارية في هذه القطاعات.

بناء على هذه المستجدات، يجسد المجال الحضري لفاس حقلا خصبا وصورة ملموسة عن الوضع القائم لقطاع الخدمات بصفة عامة، والخدمات التعليمية والصحية بصفة خاصة، نظرا لما تختزنه هذه المدينة من خصوصيات في التوسع العمراني والتزايد السكاني والمكتسبات، من بنية خدماتية هائلة. فمدينة فاس تضم بين أطرافها مركبا تعليميا وصحيا كبيرا، يوازي في أهميته وتنوعه حجم ودور المدينة كعاصمة علمية وجهوية؛ بحيث اكسبها ذلك وظيفة خدماتية تعليمية وصحية تتميز بامتداد نطاقي متنوع، ونفوذ جهوي واسع. وتتفاوت حسب الوحدات الحضرية المكونة للمدينة من حيث عددها ونوعيتها ودرجة الاستقطاب الذي تمارسه، والتوزيع الذي تتخذه؛ الأمر الذي يجعل تراب كل جماعة حضرية يختلف عن الآخر.

1. تقديم المجال المدروس

يتحدد مجال الدراسة في المجال الحضري لمدينة فاس (خريطة رقم 1)، الذي ينتمي إلى جهة فاس- مكناس، والممتد على مساحة تساوي حوالي 10.000 هكتار، أما عدد السكان فيقدر بما يناهز 1.229.890 نسمة سنة 2020.[1] تعرف المدينة تحولات كبرى تهم البنية الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية والمجالية.

لا تزال المدينة تعرف تزايدا سكانيا كبيرا ناتج بالأساس عن النمو الطبيعي، الهجرة القروية واتساع مدارها الحضري ليشمل مراكز قروية بالهوامش الغربية والجنوبية للمدينة كزواغة، بنسودة...إلخ. حيث انتقل عدد ساكنتها من 606856 نسمة سنة 1972 إلى 1.129.768 نسمة سنة 2014.[2] أصبحت معه المدينة غير قادرة على الاستجابة لحجم الطلب الاجتماعي المتزايد على الخدمات المقدمة سواء من حيث السكن والبنية التحتية والخدمات العمومية والفرص المرتبطة بالأنشطة وبالعمل والعلاقات التي يلزمها نمط الحياة المعاصرة.

ولاشك أن الدينامية المجالية التي تعرفها مدينة فاس أدت إلى ظهور عدة وحدات حضرية غير منسجمة على جل المستويات: المعمارية والاقتصادية والاجتماعية والوظيفية، الشيء الذي ساهم في خلخلة البنية السوسيو-اقتصادية للمدينة وتشتت نسيجها الحضري.

يتجلى هذا التفاوت الحاصل بين الوحدات الحضرية المكونة للمجال الحضري لمدينة فاس من حيث توافر واختلاف أصناف الخدمات التي تقدمها كل وحدة حضرية على الأخرى، فإذا كانت غالبية الخدمات الإدارية والمالية والمكتبية تتواجد بمركز المدينة، فإن معظم الأنشطة غير المهيكلة تتركز بالمدينة القديمة والضواحي.

---

[1]- حسب الإسقاطات السكانية للمندوبية السامية للتخطيط والواردة في:

Annuaire statistique de Fès Meknès (2020), Haut Commissariat au Plan, p: 6.

[2]- المصدر: المندوبية السامية للتخطيط، الإحصاء العام للسكان والسكنى، 1972-2014، ص 11.

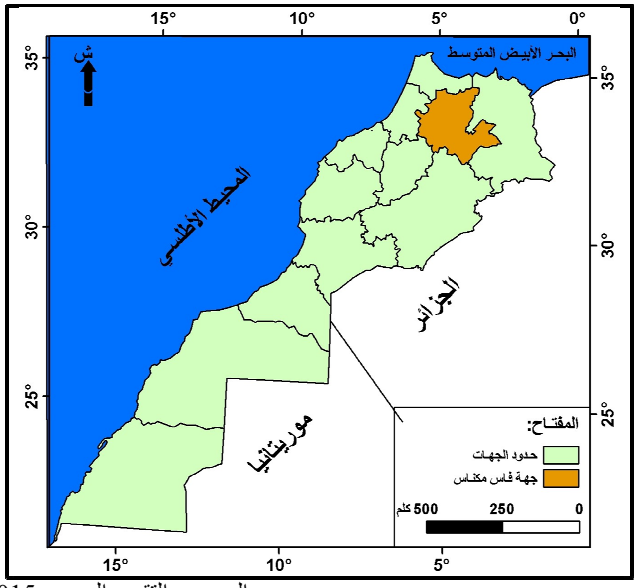
ثلاثة خرائط لتوطين مجال الدراسة

خريطة رقم 1: موقع عمالة فاس ضمن جهة فاس مكناس



المصدر: التقسيم الجهوي 2015

خريطة رقم 2: موقع جهة فاس مكناس ضمن خريطة المغرب



المصدر: التقسيم الجهوي 2015

خريطة رقم 3: مقاطعات مدينة فاس



المصدر: الوكالة الحضرية وإنقاد فاس
إنجاز: الدحماني فاطمة الزهراء

2. إشكالية البحث:

يعتبر قطاع الخدمات قطاعا أساسيا في الاقتصاد الوطني؛ ويعد من أبرز القطاعات الاقتصادية مساهمة، نظرا لاستحواذ القيمة المضافة في هذا القطاع على ما يزيد عن ثلثي ناتجه المحلي. ومما جعله يلعب دورا رئيسيا في عملية النمو الاقتصادي، كونه المساهم الأبرز في الرفع من الناتج المحلي الإجمالي، وفي توفير فرص الشغل المحلي. وبفعل تنامي دور القطاع الخدماتي في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، فقد تم إيلاؤه أهمية بالغة خلال السنوات الأخيرة، تجسدت خاصة في قطاعي التعليم والصحة باعتبارهما الثروة الحقيقية للمجتمع. لذا فقد أعطت خطط التنمية المتتالية لهذين القطاعين الأولوية القصوى من الاهتمام من خلال وضع مجموعة من الإصلاحات ومتابعة تنفيذها، سواء فيما يتعلق بتنمية القوى البشرية وتعليمها، أو بدعم هذه القوى وتوفير خدمات القرب منها، أو فيما يتعلق بتحسين الخدمات الصحية وتطويرها وكذا تسهيل الاستفادة من خدماتها.

تحتضن مدينة فاس بنية خدماتية هائلة تعددت وظائفها وتنوعت أدوارها تبعا لحجمها ودورها كعاصمة علمية داخل محيطها الجهوي. وتأتي على رأس هذه الخدمات التعليم والصحة التي جسدت عنصر إغراء قوي للهجرة من البوادي أو المدن المجاورة لها، رغبة في الاقتراب أكثر من المرافق الاجتماعية والثقافية التي لم تصل بالكمية والنوعية المطلوبة إلى تلك المدن والقرى. كل ذلك، جعل المدينة تدخل منعطفا جديدا من التحولات والديناميات التي همت مختلف مناحي الحياة. تمثلت أساسا في التوسع الحضري وفي ارتفاع الطلب على المرافق العمومية، لاسيما التجهيزات ذات الاستعمال الاجتماعي كالتعليم والصحة. لقد أدت هذه الظروف والعوامل إلى بروز تمايزات اجتماعية تبلورت أقوى تمظهراتها في تراجع الفئات المتوسطة وتضخم الفئات الفقيرة، وتفاوتات مجالية تجلت في انتقال المدينة من نواة متجانسة تجسدت في المدينة القديمة، إلى مدينة ثنائية القطبية التي تمثلت في (المدينة القديمة والجديدة)، ثم إلى مدينة متعددة النوى، منفصلة عن بعضها البعض، غير متجانسة على كل المستويات. يعبر هذا التفاوت عن طبيعة التمدين القائم على اختلال التوازنات السوسيومجالية. مما أدى إلى ضعف الولوج والاستفادة من هذه الخدمات من قبل الساكنة.

يبرز هذا الاختلال في التفاوت بين الوحدات الحضرية المكونة للمدينة من حيث أشكال توزيع الخدمات التعليمية والصحية التي تتعدد وتختلف باختلاف أصنافها ومواقعها وتراتبيتها داخل الوحدات الحضرية للمدينة بل وداخل الوحدة الحضرية نفسها؛ والذي يعزى أساسا إلى تباين في خصائص هذه الوحدات وطبيعة التجمعات السكنية. وإذا كانت البنية الخدماتية، سواء بالقطاع التعليمي أو الصحي، لا توفر في معظمها الظروف المواتية لحاجيات الأعداد المتزايدة عليها، فإن مستوى آدائها يتأثر أكثر بالعوامل المؤثرة في الوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسر بمدينة فاس. وتظهر تجليات هذا الوضع في المردودية والجودة الناقصة لكل من خدمات التعليم

والصحة والشغل. الذي لا يواكب الحاجيات المتزايدة للسكان مما يحول دون تحقيق مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص أمام الاستفادة من الخدمة.

هذه الإشكالية تحتاج إلى المعالجة الدقيقة والشاملة من خلال طرح التساؤل التالي: إلى أي حد تستطيع الخدمات وخاصة الخدمات التعليمية والصحية الاستجابة للحاجيات المتنامية للسكان وماهي تدخلات الفاعلين لإيجاد الحلول الملاءمة لمعالجة مشاكل هذه الخدمات؟.

وتتفرع عن هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة ندرج أهمها فيما يلي:

– ما ملامح تطور قطاع الخدمات ضمن النسق الاقتصادي والاجتماعي على المستوى الوطني والمحلي؟ وماهي أشكال وأنواع هذه البنية في منظومة الأنشطة الاقتصادية؟

– يرتبط قطاع الخدمات أشد الارتباط في نموه وتطوره بقطاعي التعليم والصحة باعتبارهما مفتاح وركيزة التنمية. فما مدى حجم التطورات والتباينات في النمو التي تمس هذين القطاعين بمدينة فاس؟ وما مدى أيضا قوة ارتباط هذين القطاعين بحركية مجموعة من الديناميات والتحولات؟

– إلى أي حد تستطيع الدولة عبر توفير التجهيزات التعليمية والصحية أن تحقق تكافؤ الفرص؟ ألا يؤدي تباين بنية التجهيزات بكل من القطاعين إلى خلق ظروف خدمات تعليمية وصحية متفاوتة المستوى عبر مجموع تراب المدينة؟

– هل جغرافية المرافق والتجهيزات الخدماتية خاضعة لإعداد وحكامة المؤسسات أم أنها نتيجة لإكراهات التوسع الحضري والتمدين السريع؟

– ماهو تأثير الأبعاد الاجتماعية والمجالية على إذكاء وتقوية الفوارق أمام الاستفاذة من الخدمات؟ وما مدى تأثيرها على صعوبة الحصول على جودة ومردودية أداء خدمات المؤسسات؟.

– ماهي التدخلات والتدابير المتخذة من طرف الفاعلين للنهوض بتنمية وتطوير قطاع الخدمات لجعله قطاعا واعدا في تحقيق التنمية الحضرية المستدامة في ظل الانفتاح والعولمة في مدينة فاس؟.

3. فرضيات البحث

على ضوء ما سبق من معطيات وارتباطا بالأسئلة الفرعية المطروحة تمت صياغة الفرضيات التالية:

– تنامي قطاع الخدمات راجع بالأساس إلى تحول الوضع البنيوي في منظومة الأنشطة الاقتصادية من جهة لأنه المساهم الأبرز في الحصول على الناتج المحلي الإجمالي مع خلق فرص الشغل من جهة ثانية.

– تشكل الديناميات المسترسلة للمجتمع الفاسي إحدى الآليات الفاعلة في تزايد الطلب على الخدمات الاجتماعية كخدمة التعليم والصحة. فالتركيز على الخدمات الضرورية والحيوية نابع من الدور الفعال الذي أضحت تلعبه في العملية التنموية والسيادة الوطنية.

– أشكال التوزيع المكاني لمؤسسات الخدمات الاجتماعية من تعليم وصحة تأتي كاستجابة فورية لمتطلبات وحاجيات المجتمع الفاسي وكنتيجة لتوسع المجال الحضري وتزايد الطلب على الخدمات .

– يعزى غياب العدالة في الولوجية والاستفادة من الخدمات الاجتماعية خاصة التعليمية والصحية منها أساسا إلى طبيعة الأنظمة الداخلية لهذه القطاعات من جهة. وإلى أثر العلاقة بين الموارد المادية والبشرية على المردودية وجودة الأداء والعوامل الخارجية في علاقتها بعدة محددات اجتماعية واقتصادية وثقافية بين مختلف الشرائح الاجتماعية من جهة ثانية.

– التباينات في الخدمات المقدمة مرتبطة أشد الارتباط بالتفاوتات واللامساواة في المستويات والأوساط المجالية من جهة وتراتبية وهيكلة مستويات التجهيزات بالقطاعات قيد الدراسة من جهة ثانية في أبعادها العميقة على اللاتكافؤ الفرص بين الفئات الاجتماعية.

– نجاح المجهودات المبذولة من قبل مختلف الفاعلين لدعم الخدمات وتحسين إنتاجيتها ونوعيتها رهين بالرفع من جودة خدماتها وتكوين عمالة مؤهلة وموجهة.

4. أهداف ودواعي اختيار الموضوع

لقد أصبح التحول إلى قطاع الخدمات اتجاها وركيزة أساسية للاقتصادات من خلال تبوئه الصدارة في جل البلدان. والمغرب ليس استثناء، بالرغم من تدخلاته المتكررة في إصلاح القطاعات الاقتصادية. وتتضح لنا أهمية وأبعاد هذه الفكرة عندما نقف على مدى مساهمة هذا القطاع في الناتج المحلي الإجمالي وفي ميدان التشغيل في ظل تراجع أو خفوت دينامية القطاعات الاقتصادية الأخرى.

وعلى ذات الصعيد، سيتم الوقوف على أهم التحولات والديناميات التي مست قطاع الخدمات وخاصة الخدمات التعليمية والصحية وكذا أسباب توسع هذه القطاعات في السنوات الأخيرة. كما يتمثل الهدف الرئيسي في إبراز أثر قطاع الخدمات على سوق الشغل لما لها من تأثير إيجابي على حصة الفرد من النمو في هذا القطاع وفي الخدمات الاجتماعية خاصة التعليمية والصحية ومدى إنتاجية هذه القطاعات وتأثيرها على مستوى ونمو الإنتاجية في الاقتصاد ككل. خاصة و أن قطاعات التعليم والصحة والتشغيل تجسد أضلاع العملية التنموية.

يُشكل هذا الموضوع أحد الأبحاث القليلة التي تتناول قطاع الخدمات كموضوع وإشكالية مستقلة. لذا، سيعمد إلى تقديم إضافة مهمة حول خصوصية تطور هذا القطاع والاختلالات البنيوية التي تواجه تأهيله خاصة في ظل تنامي الوعي الاقتصادي بأهمية قطاع الخدمات في تحقيق التنمية على صعيد القطاعات الاجتماعية من تعليم وصحة. باعتبارهما إحدى ركائز الإنتاجية المرتفعة في هذا القطاع، التي تؤثر ايجابا على نمو وتطور باقي القطاعات من أجل خلق تنمية مستدامة، عبر مسلسل التفاعل المستديم والتدريجي، الذي يتم بواسطة الاستغلال التدريجي لهذه البنيات كما وكيفا في الزمان والمكان، باعتباره الثروة الأساسية، وموضوعا وسطا من طرف الإنسان باعتباره مشغلا وهدفا للتنمية. ومن ثم يمكن الإقرار بأن تدبير أنشطة الخدمات وتطويرها هي دلالة على التوسع والتطور في عدة مجالات.

وتحقيق التنمية يتطلب توفر مناخ اقتصادي واجتماعي وسياسي منفتح، بحيث يجب أخذ مسلسل التنمية بأساليب وتقنيات وأدوات متطورة، وفكر جديد، وبتوفر الإرادة السياسية. من هنا يطرح على الإدارة العمومية والفاعلين المحليين (وفي مقدمتهم المنتخبين) والاقتصاديين والاجتماعيين العمل على تطوير القدرة التنافسية للخدمات المنتجة محليا شرطا أساسيا ولازما لتسهيل نقل الخدمات إلى أسواق التصدير أو الحد من استيرادها إلى الأسواق المحلية، وكذا خلق اقتصاد قوي قادر على استيعاب العدد الهائل من اليد العاملة النشيطة.

شكلت لنا هذه الأسباب، دافعا أساسيا للخوض في معالجة هذه الإشكالية بغية إثارة انتباه صانعي السياسات وذوي القرار وكل المهتمين بمستقبل الاقتصاد الوطني والمحلي إلى ضرورة تحفيز النمو نحو فروع الخدمات المتقدمة الضرورية لنقل الاقتصاد نحو آفاق جديدة. هذا فضلا عن إمكانية مساهمة هذا البحث بلبنة مضافة للبحث العلمي في مجال الأنشطة الاقتصادية التي تشهد تحولات كبيرة وذات أبعاد وانعكاسات عديدة في الحاضر والمستقبل.

تتضح خصوصية هذه الدراسة من خلال تناولها بالبحث إحدى المدن المغربية المحورية بالوسط الشمالي، يتعلق الأمر بمدينة فاس التي شهدت ولازالت تشهد عدة تحولات سوسيومجالية أثرت بشكل ملموس على مشهدها ووظائفها الحضرية، في وقت من المفترض أن تساهم فيه المدينة بدور طلائعي لدعم الشبكة والنسق الحضري الوطني ككل ولاسيما أنها قطب وعاصمة جهوية، وبالتالي فهي مدعوة في هذا الاتجاه إلى الارتقاء بجهتها وأن تشكل قطب إشعاع التيارات والأفكار والخبرات إلى المناطق المحيطة بها من أجل الدفع بدينامية التنمية الجهوية.

هذا البحث هو دراسة ميدانية تهدف إلى إنتاج معطيات كمية وكيفية استجابة لبعدين: بعد أولي يتمثل في البحث عن إطار تفسيري وشمولي لتوسع قطاع الخدمات بصفة عامة وقطاعي التعليم والصحة بصفة خاصة خلال العقود الأخيرة، والبعد الثاني يكمن في محاولة فهم المشاكل والإكراهات التي تحد من توزيع عادل ومنصف للخدمات ومخرجات التنمية البشرية.

5 المنهجية وأدوات العمل

1.5. استعمال مناهج متنوعة متكاملة

قبل الخوض في مسألة دراسة قطاع الخدمات وخاصة قطاعي التعليم والصحة كان من اللازم التفكير في المنهجية التي تتطابق مع طبيعة الموضوع، وكذلك أدوات البحث العلمي التي تتلائم مع المنهجية. فاعتماد المنهج العلمي في العلوم الإنسانية بصفة عامة، والجغرافية بصفة خاصة، يطرح عدة صعوبات بسبب تعقد الظواهر الاجتماعية و المجالية وتشابكها وصعوبة ملاحظتها مباشرة، وعدم تكرارها، مما يصعب معه تعميم النتائج أو

صياغة قانون حول الظاهرة.[3] مما قد يحتم علينا أحيانا اللجوء إلى استخدام منهجين أو أكثر لدراسة الظاهرة نفسها، بهدف التحكم فيها أكثر، وفهمها فهما أعمق وأشمل، خصوصا إذا تعلق الأمر بدراسة البنيات الخدماتية لما لها من مداخل عديدة: اقتصادية واجتماعية وثقافية وبيئية ...

بما أن الظاهرة الجغرافية تتطور في الزمان والمكان، فإن المنهج التاريخي يسمح بمتابعة مسار التطور الذي تعرفه بنيات الخدمات والتغييرات والتحولات التي تحدث داخل هذه البنيات قيد الدراسة. ونستطيع بواسطته استنطاق بنيات الخدمات في الحاضر وربطها بالماضي والبحث عن تفرداتها وخصوصياتها، ومحاولة تثمينها واستشرافها مستقبلا. هذا المنهج يساعدنا كذلك على إبراز الدينامية التي تشهدها بنيات الخدمات باعتبارها بنية متشعبة ومعقدة.

كما اعتمدنا أيضا على المنهج الوظيفي، الذي يهتم بدراسة وظائف بنيات الخدمات من التعليم والصحة بالنسبة لموضوعنا، ودراسة الاختلالات داخل هذه الوظائف، باعتبار أن تحقيق عدالة مجالية حضرية يعكس أهم الأدوار المتكاملة للمدينة. ومن ثم، كان من اللازم رصد مدى نجاح هذه البنيات في أداء وظائفها عبر العمل على تحليل مختلف العلاقات والتفاعلات داخل هذه البنيات، للإلمام بجزئيات وجوانب التكامل الوظيفي. ثم المنهج الاستنباطي، الذي يجسد عملية الانتقال من الكل إلى الجزء في فهم بعض الظواهر عبر الإستدلال على نتائجها. (مثال قطاع التعليم تم الانطلاق منه عبر تعمق في جزيئاته أي مكونات النظام التعليمي الداخلي من أعداد التلاميذ، أطر ومؤسسات...للوصول إلى ضعف جودة الخدمات التعليمية). كما تم توظيف المنهج الاستقرائي الذي ينطلق من الواقع القابل للملاحظة، فيبدأ من الأشياء الخاصة لاستنتاج ماهو عام. (مثال قطاع الصحة تم توظيف العديد من المؤشرات كالولوج ، عدد الأطباء ومدة الانتظار...للوصول إلى إكراهات القطاع وبالتالي ضعف جودة الخدمات الصحية على العموم). هذا بالإضافة إلى المنهج الوصفي التحليلي الذي ينبني على تصنيف بنيات الخدمات الذي يقوم بدوره بتوطين ما تم تصنيفه بغية إبراز خصائص وضبط الحاجيات في مختلف فروع البنيات الخدماتية قيد الدراسة وذلك قصد تقييم وضعيتها ورصد نقط الضعف أو الخصاص بها، من أجل بلورة إجراءات وتدخلات عملية تسمح بالتدخل حسب الأولويات والإمكانات وفقا لبرامج محددة زمنيا، وذات فعالية ومردودية واقعيا وعمليا، وذلك بتحليل البيانات والمعلومات التي تم جمعها، تحليلا يؤدي إلى اكتشاف

[3]- كرزازي موسى (2004)، "مناهج البحث في الأرياف من خلال تطبيقات حول الهجرة"، ورد في كتاب من تنسيق موسى كرزازي وأيت حمزة، مناهج البحث في الوسط الريفي المغربي، منشورات كلية الآداب بالرباط. سلسلة ندوات ومناظرات رقم 113، ص 41.

العلاقة بين المتغيرات التي تؤثر في هذه البنيات وتقديم تفسير ملائم لها. ومن أجل المقارنة بين مجالات مختلفة، تمت الاستعانة بالمنهج المقارن الذي يسمح بمعرفة أوجه التشابه والاختلاف لظاهرة معينة. وقد اعتمدنا هذا المنهج للكشف عن أوجه الشبه والاختلاف عن بعضها البعض في نفس البنية وكذا في مجال واحد، للوصول إلى مجموعة من الاستنتاجات التي تساعد في عملية المقارنة وفقا لبعض المحكمات التي تجعل الظاهرة قابلة للمقارنة في النواحي التاريخية والإحصائية وغيرها.(مثال التوزيع الجغرافي للتجهيزات التعليمية داخل الوحدات الحضرية لفاس....).

ركزنا في معالجة الموضوع بطريقة تركيبية، على المقاربة النسقية المنظومية، باعتبارها بنية تتميز بالشمولية، كما أنها تتمتع بدينامية نابعة من نظام العلاقات القائم بين عناصرها المختلفة، كما تنبني على التحليل البنيوي للظاهرة. فدراسة تفاعل عناصر البنية الداخلية، والوظائف الخارجية، يقتضي منا معرفة واقع بنيات الخدمات والعمل على تأهيلها؛ وتطويرها يستدعي أن نستوعب بعمق دواليب واقع هذه البنيات، لأن التغيير الذي يطرأ على هاته الأخيرة يتم بشكل سريع، ويزيد من صعوبة فهم المشاكل فهما دقيقا وإدراك العلاقات التي تربط بين أجزاء المشاكل إدراكا عميقا، حتى يتسنى تصور الحلول وبناء الجسور لتخطي الصعاب، وتذليل العوائق التي تعترض طريق النهوض بتنمية وتطوير قطاع الخدمات، من أجل الوصول إلى ماهو خفي وراء هذه البنية، لإدراك ضوابطها ومحدداتها، بغية فهم ألغازها والعمل على تجاوزها بايجاد الحلول اللازمة لها. وللتعمق في الموضوع في شموليته وأبعاده، فقد ركزنا في نفس الوقت على المعطيات الكمية والكيفية مع وضعها في سياقها التاريخي والمجالي.

2.5. أدوات العمل

- **البيبليوغرافيا**

لقد انطلقنا في إعداد لبنات هذا العمل على رصيد هام ومتنوع من المصادر الجغرافية الأساسية والمراجع العامة والخاصة والأطروحات والأبحاث الجامعية والوثائق والدراسات ومنشورات المصالح الإدارية الوطنية والمحلية والتي يمكن تصنيفها (الملحق) واختزالها كالتالي:

- مراجع حول علم المنهجية والمناهج والجغرافية التطبيقية؛
- مراجع عامة حول الجغرافية الحضرية وجغرافية الخدمات بشكل خاص؛
- مراجع حول النظام التعليمي والنظام الصحي المغربي ؛
- أطروحات وأبحاث جامعية حول قضايا التعليم والصحة؛
- مقالات ومنشورات حول المسألة التعليمية والصحية؛

– دراسات وتقارير حول تقييم كل من المنظومتين الصحية و التربوية المغربية من قبيل دراسة حول التعليم الأولي بالمغرب في أفق سنة 2030 التي قام بها مركز دراسات وبحوث في الشؤون البرلمانية بدعم من مركز وستمنستر للديمقراطية، 2018؛ ثم دراسة حول مؤشرات الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات التعليمية بالمغرب الصادرة عن المرصد الوطني للتنمية البشرية المنجزة على عينة ل300 مدرسة ابتدائية بشراكة مع البنك الدولي وبدعم من وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي سنة 2017. ثم تقرير المجموعة الموضوعاتية المكلفة بالتحضير للجلسة السنوية الخاصة بمناقشة وتقييم السياسات العمومية حول المرفق العمومي الصادر عن مجلس المستشارين المغربي سنة 2019، يليه تقرير حول المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الإصلاح منشورات مجلس النواب يوليوز 2021، وأخيرا تقرير موضوعاتي الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية الصادر عن مجلس المستشارين 2022؛

– دراسات وتقارير تهم قطاعي التعليم والصحة والوضعية الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية بالمغرب للمندوبية السامية للتخطيط بالرباط وفاس– مديرية الإحصاء؛

– دراسات وندوات علمية جامعية حول الإصلاح والتجديد في مهن التدريس والتكوين بقطاع التعليم، نظام الحماية الاجتماعية والتدبير الاستشفائي بالمغرب، دراسات تأثير، حكامة وتقييم السياسات العمومية، والعلوم الاجتماعية والرعاية الصحية في افريقيا والشرق الأوسط إلخ.

إلى جانب هذا الرصيد المتنوع من التقارير والدراسات والأبحاث حول قطاع الخدمات وقطاعي التعليم والصحة بشكل خاص، فقد استطعنا الحصول على بنك من البيانات الإحصائية المتعلقة بكل من التعليم والصحة وهي كالآتي:

– منشورات ووثائق لكل من وزراتي التربية الوطنية والصحة العمومية؛

– وثائق إحصائية للأكاديمية التعليمية بجهة فاس–مكناس ونيابة فاس وإحصائيات وتقارير للمراكز والمستشفيات الصحية بفاس؛

– دليل المعطيات حول قطاع الصحة لكل من الهيئة الوطنية والجهوية بفاس؛

– نتائج الإحصاءات العامة للسكان والسكنى (1982-1994-2004-2014)؛

– المعطيات الإحصائية المتعلقة بقطاع الخدمات وخاصة التعليم والصحة من مختلف الإدارات والأجهزة المختصة في هذين المجالين، كوزارة التعليم والصحة العمومية والمصالح التابعة لها. ومن مندوبياتها من

الأكاديميات والنيابات التعليمية والمؤسسات الاستشفائية والصحية المحلية والهيئات الطبية الجهوية.(النشرات والتقارير السنوية)، مواقع المنظمات الدولية (منظمة الصحة العالمية، صندوق النقد الدولي والبنك الدولي).

- أرقام ومؤشرات إحصائية من مديرية التوقعات الاقتصادية والمالية والتخطيط والوكالة الحضرية بفاس.

- **العمل الميداني**

لقد قمنا بزيارات ميدانية ومقابلات مباشرة قصد الحصول على المعلومات الآتية:

إن موضوع التمدرس يرتكز على توظيف الكثير من البيانات الإحصائية المرتبطة بالعديد من المؤشرات من أجل قياس مستوى جودة الخدمات التعليمية والتي تستند على ثلاثة محاور رئيسية: – مؤشرات خاصة بالعرض المدرسي (عدد المؤسسات، عدد الحجرات، عدد الأقسام، الأطر التربوية من مدرسين وإداريين) – ومؤشرات تربوية (نسبة تغطية المؤسسات حسب الأسلاك، نسب التمدرس بكل سلك، نسب الولوج بكل سلك، نسب الانتقال، معدل التكافؤ بين الجنسين، معدل التأطير البيداغوجي حسب الأسلاك) وأخيرا – مؤشرات تتعلق بالطلب الاجتماعي على التمدرس (الفئات العمرية بكل طور، عدد تلاميذ العمومي والخصوصي بكل سلك). وعلى ضوء هذه الأرقام قمنا بقياس التفاوتات بين مختلف وحدات المدينة بل وداخل الوحدة الحضرية من أجل تقويم السياسة التعليمية وتجاوز العقبات التي لازالت تؤرق المنظومة التربوية والتعليمية وتحول دون التقدم قدما وبسرعة نحو تحقيق التنمية البشرية فعليا ببلادنا.

وبحكم طبيعة موضوع التمدرس التي تعتمد على استعمال التحليل الإحصائي المقارن قمنا بتجميع الإحصائيات العامة التي تنشرها الوزارة الوصية والبيانات الإحصائية التي حصلنا عليها من الأكاديمية الجهوية لجهة فاس–مكناس ونيابة التربية الوطنية بفاس (دليل المؤسسات والإحصائيات الخاصة بالعقدين الأخيرين 2000–2020).

وإلى جانب المعطيات الرقمية الرسمية، اعتمدنا على العمل الميداني من أجل الاطلاع على الأحوال التعليمية للتلاميذ والمؤسسات التعليمية بمدينة فاس وتكميم بعض الظواهر التعليمية، من خلال إنجاز استجواب عينات من التلاميذ والأطر التربوية التي اعتمدنا في توزيعها حسب ثلاثة مستويات تعليمية: ابتدائي، إعدادي، ثانوي بالمؤسسات العمومية والخصوصية، مما تطلب منا الأمر توزيع الاستمارات على التلاميذ والأطر بالمؤسسات المبحوثة البالغ عددها 30 مؤسسة، والسهر على تعبئتها، بعد عملية الانتهاء من عملية التعبئة.

لقد تم استقاء كل هذه المعلومات من المستجوَبين أثناء مقابلة مباشرة في المجال وذلك خلال الفترة الممتدة من 2020/12/14 إلى غاية 2021/02/21.

ولقد تم الاشتغال بالعينة المنتظمة وشملت الاستمارة ما مجموعه 1000 تلميذ (جدول رقم 1)، تمثل عينة 5% من مجتمع الدراسة، مأخوذة بالطريقة الإحصائية التناسبية، وفق الحصة التي تم تخصيصها لكل مستوى من السنوات النهائية لكل سلك ولكل مؤسسة تعليمية (ابتدائية، إعدادية، ثانوية)، (الملحق: عينة المدارس ونموذج الاستمارات).

جدول رقم 1: عدد الاستمارات المعبئة بالمؤسسات التعليمية المبحوثة سنة 2021

المستويات	عدد التلاميذ	عدد المؤسسات	النسبة المئوية
إبتدائي	400	14	10%
إعدادي	400	9	20%
ثانوي	200	7	20%
المجموع	1000	30	50%

المصدر: بحث ميداني (عينة 5% من مجتمع الدراسة، 2021)

وبعد الانتهاء من تعبئة هذه الاستمارات بالمؤسسات التعليمية، تمت معالجة المعطيات الإحصائية والقيام بعملية التفريغ باستخدام البرامج المعلوماتية (Excel&SPSS)، الشيء الذي مكننا من استخراج الأشكال البيانية والجداول الإحصائية والخرائط الكمية والموضوعاتية، التي على أساسها تم تحليل إشكالات البحث.

أما بخصوص الخدمات الصحية فإلى جانب تجميع البيانات من خلال الاتصال المباشر بالجهات ذات الاختصاص، فإن قياس المستوى الصحي يعتمد هو الآخر على دراسة المؤشرات المباشرة وغير المباشرة (من مؤشر وفيات الأطفال، وفيات الأمهات، أمد الحياة، معدل التأطير الطبي ومخرجات القطاع الصحي ككل). وبما أن الوضعية الصحية تتأثر بعوامل متعددة الأبعاد ديمغرافية واجتماعية– اقتصادية وثقافية...ونظرا لعدم توفر معطيات تفيد الموضوع، تم الارتكاز على العمل الميداني لقياس عدد من المؤشرات ودراسة العلاقات الترابطية بينها، من خلال السحب العشوائي التفييئ لعينة من 700 رب أسرة، تضم 3050 نسمة سنة 2014 موزعة على مقاطعات المدينة؛ وقد تم الاعتماد على السحب العشوائي التفييئ للعينة كقاعدة أساسية، لأنه يبدو أكثر دقة مقارنة مع باقي الأنواع الأخرى من السحب العشوائي لأننا أمام ساكنة غير متجانسة من حيث المعايير الصحية والسوسيو–اقتصادية والمجالية بشكل خاص، وهي معايير أثبتت جدواها في هذا النوع من الدراسات وذلك باستغلال ومعالجة المعطيات التي أفرزتها الاستمارة، وتوظيف مناهج الجغرافية الكمية والمنهج الإحصائي والعمل الكرطوغرافي.

جدول رقم 2: توزيع العينة (عدد الأسر) حسب مجال الدراسة سنة 2021

المقاطعات	عدد الأسر المستجوبة
أكدال	100
فاس المدينة	100
المشور فاس الجديد	100
جنان الورد	100
المرينيين	100
سايس	100
زواغة	100
المجموع	**700**

المصدر: بحث ميداني (عينة 1% من مجتمع الدراسة، 2021)

شملت هذه الاستمارة 700 رب أسرة (جدول رقم 2)، آخذين في ذلك عينة 1% من مجتمع الدراسة، موزعة على جل مقاطعات مدينة فاس، أكدال (100)، وفاس المدينة (100)، والمشور فاس الجديد (100)، وجنان الورد (100)، والمرينيين (100)، وسايس (100)، وزواغة (100)، مع الأخذ في الحسبان استهداف معظم أحياء هذه المناطق.

- **المقابلات الميدانية**

تم تجميع المعطيات عبر نقاشات جماعية ومقابلات فردية مبنية على مواضيع محددة بشكل دقيق (من قبيل مستوى البنيات، المناهج، نوع التعليم وأثره على المستوى التعليمي، الدعم التربوي...)، ومنبثقة عن نتائج البحث الكمي وموجهة بفرضيات مكونة لعناصر دليل المقابلة.

وتم إجراء المقابلات الفردية مع مديري المدارس والمعلمين ومسؤولي المصالح التربوية بالإدارات (- تم اعتماد عينة 31 مدرسة وهمت مختلف الأسلاك التعليمية وجل المقاطعات المتواجدة بمدينة فاس، وجاءت موزعة كالآتي: 14 ابتدائية و10 إعداديات و7 ثانويات بالتعليم العمومي). لقد اكتفينا بالتطرق لهذه الأسلاك فقط، ولم نستطع التطرق لباقي المستويات التعليمية من تعليم تقني ومهني والتعليم العالي. وذلك لإكراهات الوقت المخصص لإنجاز الأطروحة من جهة والإمكانيات المتاحة من جهة ثانية.

– داخل كل مدرسة، تم انتقاء عينة من 10 تلاميذ من المستوى السادس ابتدائي لاجتياز اختبار الكفايات، (الملحق: عينة المدارس ونموذج الاستمارات). وفيما يخص النقاشات الجماعية، فقد همت المعلمين وآباء وأولياء التلاميذ.

أما على مستوى القطاع الصحي، فقد تم تجميع معلومات البحث عن طريق نقاشات فردية وجماعية عبر زيارات ميدانية لمستشفيات مدينة فاس وكذا مختلف الفاعلين في المنظومة الصحية من مسؤولي المصالح الصحية، أطر ومرضى..، بالإضافة إلى القيام بتدريب لمدة شهر بالمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس بغية معاينة طريقة سير الولوجية والاستفادة من الخدمات الصحية، (الملحق: شهادة التدريب).

- **العمل الخرائطي**

تم الاعتماد في هذا العمل الميداني على التصميم الحضري لمدينة فاس لسنة 2002 و Plan de Restitution Fès 2010 والذي مكننا من معرفة مسبقة لمواقع المؤسسات التعليمية والصحية ومرافقها المرتبطة بها. ثم بعد ذلك قمنا بجمع المعطيات والحصول على أسماء وعناوين هذه المرافق الخدماتية بمختلف أنحاء مدينة فاس. كما سمح لنا توظيف جهاز تحديد المواقع العالمي بتحديد مواقع الخدمات التعليمية والصحية قيد الدراسة وإدماج معطيات هذا الأخير (GPS) في نظم المعلومات الجغرافية (GIS) وإدخال المؤسسات التعليمية الابتدائية والإعدادية والثانوية حسب إحداثياتها (X و Y)، والتي بلغ عددها 261 مؤسسة تعليمية عمومية و376 مؤسسة تعليمية خصوصية على تراب مدينة فاس، كما سنوضح ذلك لاحقا، بالإضافة إلى المؤسسات الصحية من مراكز صحية حضرية (38) ومستشفيات (8) ومصحات (38) وصيدليات (400)، بالإضافة إلى التأكد والتحقق الميداني من كل وحدة في اختيار مواقع توزيعها وفق أسس علمية صحيحة ومضبوطة. حيث تكمن قوة هذه الأنظمة في قدرتها العالية على استيعاب كم هائل من المعلومات والبيانات مع إمكانية ربطها بموقعها الجغرافي، وهذا ما يجعلها وسيلة تثبت فعاليتها في دعم وتطوير عملية اتخاذ القرار.

6. بنية البحث

قبل الخوض في تحديد أجزاء هذا البحث، فقد تطلب منا الأمر التأني ومراعاة عدة اعتبارات على رأسها الحرص أن يكون هناك ترابط قوي بين أجزائه وفصوله ومحاوره، الشيء الذي مكننا من معالجة الموضوع والإجابة على أسئلة الإشكالية التي تؤطره وفق مقاربة نسقية، لذلك ارتأينا تقسيمه إلى ثلاثة أبواب يضم كل واحد منها فصلين.

مقدمة عامة

– **الباب الأول**: يتناول المدخل النظري والجغرافي للبحث من خلال فصلين:

الفصل الأول: يتضمن جغرافية الخدمات، الأسس النظرية

الفصل الثاني: يتطرق لجغرافية الخدمات: السياق والحصيلة

– **الباب الثاني**: يتناول الخدمات التعليمية والصحية بمدينة فاس: الديناميات وأشكال التنظيم والتوزيع

الفصل الثالث: يركز على الخدمات التعليمية بمدينة فاس: دينامية متواصلة وتوزيعات مجالية متباينة

الفصل الرابع: يقارب الخدمات الصحية بمدينة فاس: الديناميات والتفاوتات في ولوجية العلاجات الصحية

– **الباب الثالث**: يعالج دور الفاعلين واستراتيجياتهم للنهوض بقطاع الخدمات

الفصل الخامس: خصص لتدخلات الفاعلين لتأهيل والرفع من جودة الخدمات الصحية.

الفصل السادس: الإجراءات والتدابير المتخذة لتطوير قطاع الخدمات والرفع من تنافسيته وحجم الصعوبات والتحديات التي تقف حائلا في وجه تأهيل وتنمية القطاع و إدماجه في العملية التنموية والنهوض بإطار الحياة الحضرية.

خاتمة عامة

الباب الأول:

المدخل النظري والجغرافي للبحث

مقدمـة الباب الأول

يسعى هذا الباب إلى تحديد الأسس النظرية والمنهجية التي اختصت بدراسة جغرافية الخدمات. إذ أن الباحث في حقل العلوم الاجتماعية والإنسانية، مطالب بتوضيح اختياراته النظرية وتفسير الأدوات المنهجية التي ارتكز عليها أثناء سيرورة بناء نتائجه العلمية. كما سنعمد إلى إبراز الاتجاهات التفسيرية في دراسة جغرافية الخدمات وكذا استعراض أهم النظريات والنماذج التي عالجت التنظيم والتفاعل المكاني للخدمات بالمدن والعوامل المؤثرة في توزيعها وتوطينها والتي اعتبرها البعض أساس جغرافية الخدمات.

لذا، سنتناول في هذا الباب تعريف ماهية الخدمات وأهم مكونات هذا القطاع والاهتمام الجغرافي والتطورات التي شهدتها مكانة أنشطة الخدمات. بالإضافة إلى تسليط الضوء على القطاع الخدماتي المغربي ومكوناته ومدى مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي مقارنة مع باقي القطاعات الاقتصادية الأخرى، هذا بالإضافة إلى دوره الفعال في رفع معدلات العمالة والتشغيل.

كما أننا سنتجاوز الإطار المحلي لتناول التجارب العالمية في مجال قطاع الخدمات للوقوف على قوة واتجاه تأثير قطاع الخدمات على الاقتصاديات العالمية التي سجلت نجاحا اقتصاديا في العقود الأخيرة، مع تحليل أكثر لمكونات لقطاع الخدمات قوة، وطرق الاستفادة من التجارب الدولية في الاقتصاد المحلي. كما حاولنا تقديم صورة شاملة ودقيقة لتأثير قطاع الخدمات على الاقتصاد ودوره في عملية التنمية الحضرية بصفة خاصة والتنمية البشرية بصفة عامة.

نصبو أيضا إلى استعراض أهم حصيلة لمختلف الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع الخدمات بصفة عامة والخدمات التعليمية والصحية بصفة خاصة في تخصص الجغرافيا، كمحاولة لإبراز وزنها وكذا إستقرائها من حيث انتقاء أدوات البحث واختيار المناهج الموظفة، والإشكاليات والمواضيع التي تمت بلورتها والنتائج والخلاصات المتوصل إليها انطلاقا من مواطن القوة والضعف فيها.

الفصل الأول

جغرافية الخدمات: الأسس النظرية

مقدمة

نتوخى من خلال هذا الفصل النظري تحقيق جملة من الأهداف نوجزها فيما يلي:

- محاولة تحديد ماهية الخدمات مع عرض السياق العام لتطور الخدمات.
- استعراض أهمية ومكانة تطور الخدمات في البحث الجغرافي.
- التطرق إلى المفاهيم والنظريات المتعلقة بدراسة تخطيط المدينة وتخطيط الخدمات العامة كجزء من تخطيط المدينة.
- مدى الاستفادة من النظريات والنماذج التي تبحث في تخطيط الخدمات العامة
- إبراز أهمية تطبيق الأساليب العلمية في توزيع الخدمات وخاصة في تخطيط الخدمات العامة.
- ضرورة استخدام العديد من المعايير العلمية في تخطيط الخدمات العامة بالمدينة والتقيد بهذه المعايير ولو حتى بالحد الأدنى من المطلوب وذلك من أجل وضع خطط للتطور في المستقبل وأن لا يكون هذا التطور عشوائيا مما يزيد من تعقيد مشاكل المدينة.
- تقديم تعريف وتصنيف دقيق وموحد قابل للتطبيق ومحاولة حصر أنشطة الخدمات إن على المستوى الدولي أو الوطني.
- استعراض أهم العوامل المؤثرة في توزيع الخدمات العامة في التركيب الداخلي للمدينة. وكذلك في علاقاتها الإقليمية، وذلك لوجود تفاعل بينها وبين الأنشطة الإنسانية الأخرى، مما يكشف عن سلبيات وايجابيات هذا التركيب.

1. جغرافية الخدمات: المفهوم والأهمية والتطور

1.1. السياق التاريخي لتطور مفهوم الخدمات

تعتبر جغرافية الخدمات إحدى فروع الجغرافية الاقتصادية والذي بدأ كمجال للدراسات الجغرافية منذ أن شهد العالم في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي ما يمكن أن يُطلق عليه ثورة صامتة في بنية النشاط

الاقتصادي بمعظم الدول الصناعية الكبرى، بحيث أصبح توفير الخدمات يّحل محل تصنيع البضائع ليكون ذلك هو السمة الغالبة في النشاط الاقتصادي المتقدم.

وإذا كانت دراسة الخدمات تُعد من الدراسات الحديثة في الجغرافية الاقتصادية، فإن أنشطة الخدمات ليست حديثة النشأة[4]بل ارتبط مفهومها. بالنظريات الاقتصادية من جهة، وبطبيعة النموذج الاقتصادي السائد في المجتمع من جهة ثانية. فتطور تعريف الخدمة ارتبط بالموازاة مع التطور الاقتصادي؛ إذ أن مفهوم الخدمة كان يحمل معان مختلفة، ودلالات سلبية ناتجة عن الكلمة اللاتينية «Servicium» (السخرة)، التي تعني العبودية المعبرة عن التبعية والسخرة.

خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، كانت الأنشطة الخدماتية قليلة جدا وتضمنت في المقام الأول الخدمة المنزلية والخدمات الاجتماعية والنقل والتأمين والتجارة وما إلى ذلك. واعتُبرت هذه الأنشطة غير منتجة من لدن أغلبية مؤلفي هذه الفترة.[5]ومنذ البداية، تم تعريف الخدمات بشكل سلبي، أي كل ماهو غير فلاحي وصناعي، أو باعتبارها أنشطة تتميز بعدم الإنتاجية واللامادية. ولم يحظ قطاع الخدمات بأي اهتمام من قبل الاقتصاديين، حيت كانوا يعتبرون الخدمة غير مثمرة أو منتجة، ولا تضيف أية قيمة تذكر للاقتصاد[6] (المدرسة الفيزيوقراطية)؛ وهذا ما ذهب إليه آدم سميث، حيث فرق مابين الإنتاج ذي المخرجات الملموسة مثل الزراعة والتصنيع، وبين إنتاج عديم المخرجات الملموسة. وقد وصف آدم سميث الإنتاج عديم المخرجات الملموسة، مثل جهود الأطباء والمحامين، بأنهم فاقدون لأية قيمة؛ أي غير مثمرة أو منتجة. وهذا ما أقره ماركس كذلك، بأن الخدمات هي أنشطة غير منتجة للقيمة وفائض القيمة، على الرغم من كونها في بعض الحالات مربحة. والسبب الذي يقدمه لتبرير وإثبات ما توصل إليه، هو كون الخدمات غير منتجة لمنتوجات مادية وبالتالي، فإنها لا يمكن أن تكون منتجة للقيمة وفائض القيمة.

وكنتيجة لذلك فقد أهمل دارسو جغرافية المدن والجغرافية الاقتصادية أنشطة الخدمات، باستثناء الاهتمام بدراسة التجزئة والنقل، حيث كان ينظر للأنشطة الأساسية كعصب الحياة الاقتصادية. أما الخدمات فلم يدرك أحد أهميتها، ولم يهتم الجغرافيون بالخدمات حتى جاء آلان فيشر Fischer سنة 1934، وأدرج الأنشطة الخدماتية

[4]- بن غضبان فؤاد (2013)، جغرافية الخدمات، دار اليزوري للنشر، عمان، ص 13
[5]- MAYAUX (F.), cité par DUMOULIN (C.), FLIPO (J.P.), 1991, Entreprises de services 7 facteurs clés de réussite, Editions d'Organisation, France, p.18
[6] - GADREY (J.), 1992, L'économie des services, la decouverte, Paris, p.3

ضمن القطاع الثالث. وقد ظهر مفهومها من خلال أبحاثه. ثم طور هذا المفهوم كلارك Clark سنة 1940، وأصبحت أنشطة الخدمات تدل على كل الأنشطة غير المنتجة بشكل مباشر والتي تطورت مع نمو المدن،[7] حيث لاحظ آلان فيشر أن القطاع الثالث ينتج سلعا غير ملموسة "لامادية"، بينما يتوافق القطاع الثاني مع الصناعات التحويلية، والقطاع الأول مع الفلاحة والمعادن. فمن دون شك ندين إلى هذا المؤلف إظهار القطاع الثالث.[8]

في حين أكد كولن كلارك على أن الطبيعة المتبقية للقطاع الثالث تتوافق مع تنظيم أنشطة لا علاقة لها بالموارد الطبيعية أو بتحويل المواد الخام على نطاق واسع، وهي خدمات مثل التجارة والتعليم والإدارة العامة والنقل... فضلا عن البناء وبعض الأنشطة الحرفية، مثل المخابز والخياطة وإصلاح الأحذية. مقاربة القطاع الثالث لم يكن الغرض منها عودة الخدمات إلى التحليل الاقتصادي. بل كان هدفها الرئيسي هو التمييز بين الأنشطة الاقتصادية حسب القطاع، وفقا لدرجة تقدمها التقني. وهكذا، فإن عدم تجانس القطاع الثالث في بنائه "هيكله"، وضعف الدراسات المهتمة به آنذاك، تُوضح جليا بأن الخدمات لم تكن بعد، مجالاً ذا أولوية للتفكير بالنسبة للاقتصاديين[9].

ابتداءً من القرن العشرين، سوف تتطور أنشطة الخدمات على حساب أنشطة القطاع الثاني وخاصة القطاع الأول، لأن كل المؤشرات الاقتصادية كانت تتنبأ بأن تطور أنشطة الخدمات سيستمر، بحيث تتسارع عملية إضفاء طابع القطاع الثالث على اقتصاد المجتمعات أكثر فأكثر على حساب الفلاحة والصناعة. وسوف يشرع الباحثون فقط في النصف الثاني من القرن العشرين بإعطاء المزيد من الأهمية لهذا الموضوع. وقد طور الاقتصاديون في "مجتمع ما بعد الصناعة" فكرة أن مجتمع الخدمات سيحل محل المجتمع الصناعي. لكنهم لم يقدموا تعريفا محددا للخدمات، بل قدموا ببساطة، قائمة من الخدمات، ورد فيها بأن خدمات الصحة والتعليم والبحث والإدارة أصبحت الأكثر أهمية.[10] ابتداءً من سنة 1960، وخاصة تحت إشراف المكتب الوطني للبحوث الاقتصادية* ظهرت أعمال موجهة بشكل أكثر تحديدا نحو دراسة قطاع الخدمات وديناميكية نموه الخاصة (فوش،Fuchs، 1968). معظم أعماله

---

[7]- BAILLY (A.S.), et MAILLAT (D.), 1988, Le secteur tertiaire en question, Genève, Editions régionales europeéennes, Paris, p.137

[8]-FISCHER (A.), 1934, The Clash of Progress and Securities, Economic Record, Londres. Trad.1947, Progrès économiques et sécurités sociales, M.TH. Genin Paris. p. 230.

[9] - CLARK (C.), (1946), Les conditions du progrès économique, in Revue d'économie politique, n°2, Editions Dalloz, p.205

[10]- AZMEH (CH.), 2009, Le rôle de la liberalization du commerce des services dans le développement économique: le cas des services financiers, Thèse de Doctorat en sciences économiques, Université de Paris 1 France, p.42

* المكتب الوطني للبحوث الاقتصادية (NBER): تأسس سنة 1920 وهو منظمة بحثية خاصة غير ربحية أمريكية ملتزمة بإجراء ونشر البحوث الاقتصادية غير المتحيزة بين صناع السياسات العامة، ومحترفي الأعمال والمجتمع الأكاديمي.

تركزت في تحليل القطاع الثالث وعلاقته بالنمو الاقتصادي الكلي، ويفسر ذلك مع التغير التكنولوجي، الذي من شأنه أن يؤدي إلى عدد من التحولات القطاعية. أما عالم الاجتماع دانيال بيل باعتباره واحد من الكتاب الأكثر شهرة في اقتصاد الخدمات في كتابه الشهير الذي نشر عام 1976، يعلن أن ظهور "مجتمع ما بعد الصناعي" هو لا محالة مجتمع الخدمات.[11]

ويمكن تلخيص التطور التاريخي للخدمة من خلال الجدول رقم (1)، الملحق. وتبرز أهمية جغرافية الخدمات من خلال دراسة الأنشطة الخدماتية من حيث تأثيرها ووظيفتها داخل المكان الجغرافي، وكذلك من ناحية تركزها بالمراكز العمرانية وفق نظام تراتبي ضمن مستويات مكانية مختلفة.

2.1. أهمية الخدمات في البحث الجغرافي

أصبحت الخدمات تحتل جانبا مهما في حياة السكان وخاصة في خطط التنمية البشرية كما أصبحت الشغل الشاغل لحكومات الدول كونها مطلب شعبي دائم زاد عن وفرتها مستوى تطورها وقابليتها على تلبية احتياجات السكان حتى عدت مقياسا لمدى التطور والتقدم. فالشعوب الأكثر رقيا هي التي تقدم أكبر عدد من الخدمات والعكس صحيح.[12] ونتيجة لذلك تنبع أهمية هذا الحقل العلمي من الموقع المتميز الذي تحتله مراكز الخدمات بصفة عامة ودورها في التأثير إيجابا في حياة السكان. وتعزز تلك الأهمية في الدور الذي تقدمه جغرافية الخدمات للأنشطة الأخرى التي بدأت الاهتمامات توجه إليها وخاصة مع امتصاص الكثير من العمالة وتعاظم أهمية هذا القطاع.

إن الاهتمام الجغرافي بالخدمات هو عامل هام في فاعلية هذه الخدمات، ومحدد أساسي للمكاسب التي يحصل عليها الفرد منها. فالمعنى المتضمن في تحديد أو اختيار موقع خدمة معينة هو مؤشر إلى أن هناك أفرادا مُعَيَنِين سوف يستفيدون أكثر من غيرهم. ولتحديد من الذي يستفيد من الخدمات يجب معرفة المدخل الجغرافي للخدمات عبر مجموعات السكان، وهو ما يعرف بالمؤشر التوزيعي المكاني لنمط الخدمات.[13] ومن أهم الموضوعات التي تبحث فيها جغرافية الخدمات نذكر مايلي:

- منهجية البحث في جغرافية الخدمات والطرق التقنية المستخدمة فيها.

---

[11]- بوصالح سفيان (2016)، التحكم في جودة الخدمة البنكية دراسة نوعية – كمية في البنك الوطني الجزائري، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية غير منشورة ، جامعة أبو بكر بلقايد- الجزائر، ص 23.

[12]- مازن عبد الرحمان الهيتي (2013)، جغرافيا الخدمات- أسس ومفاهيم، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ص 27.

[13]-BAILLY (A.), MAILLAT (D.), 1988, op. cit. p.78

- البحث في ماهية الخدمة وتحديد القطاع الخدماتي وفروعه.
- تطور أنشطة الخدمات وعلاقتها بتوزيع السكان والوظائف الأخرى.
- توزيع وتصنيف الأنشطة الخدماتية.
- توطن أنشطة الخدمات ومقومات التوطن وأشكاله.
- التنظيم الهيراركي (التراتبي والهرمي) للخدمات.
- النظريات والنماذج المرتبطة بتفسير التنظيمات المكانية لأنشطة الخدمات.
- المعدلات التخطيطية والتصميمية للخدمات.[14]

3.1. تحديد ماهية الخدمة وطبيعة أنشطة الخدمات

نظرا للأهمية المتزايدة للخدمات، واكتسابها موقعا مهما في اقتصاديات الدول، أردنا تسليط الضوء على مفهوم الخدمة، وطبيعتها وتصنيفاتها المختلفة، وأسباب نموها وصولا إلى مفهوم اقتصاد الخدمات.

اختلفت وجهات نظر الكتاب في تحديد تعريف للخدمة، وتعددت بناءًا على ذلك التعاريف التي تناولت هذا الجانب، بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي بالسلع المادية (مثل إيجار العقار والخدمات الفندقية) بينما تمثل خدمات أخرى أجزاء مكملة لعملية تسويق السلع المباعة (مثل الصيانة)، وهناك أنواع من الخدمات تقدم مباشرة لا تتطلب ارتباطها بسلعة ما (مثل الخدمات الصحية، التأمين..). وعليه سنحاول تسليط الضوء على أبرز ما جاء به الباحثون من تعاريف وهي كالتالي:

عرفت الخدمة من طرف الجمعية الأمريكية للتسويق بأنها " نشاط أو منفعة أو رضا يتم تقديمه وقت البيع".[15] وفي نظام الحسابات القومية فقد عرف النظام الخدمات بأنها "نتيجة لنشاط إنتاجي ينتج عنه تغيير في أحوال الوحدات الاستهلاكية أو يسهل عملية تبادل المنتجات أو الأصول المالية". وقد تنوعت أشكال الخدمات التي يضطلع بها المنتج بناء على طلب المستهلك. ويشمل هذا التنوع تغيير في حالة السلع الاستهلاكية، التغيير في الأحوال المادية للأشخاص وفي الحالة العقلية والذهنية للأشخاص.[16]

---

[14]- بن غضبان فؤاد (2013)، مرجع سابق، ص. 15

[15] -Américain Marketing Association, in Eiglier (P.) et Langeard (E.), 1997, Servuction le marketing des services, Edition MC Graw-Hill, p.36

[16]- الأمم المتحدة (2012)، دليل إحصاءات التجارة الدولية في الخدمات، ورقات إحصائية، السلسلة ميم، العدد 86، ص 10.

في حين عرف غرونروس Grönrows الخدمات بأنها " أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة والتي عادة ما تؤدي إلى التفاعل بين العميل "الزبون" والهياكل والموارد البشرية، والسلع والأنظمة التي يتم توفيرها استجابة لاحتياجات العملاء "الزبناء".[17]ومن هذا التعريف نستخلص ثلاثة مكونات للنشاط الخدمي وهي: المورد البشري، الوسائل والنظام.

وجاء تعريف فيليب كوتلر Kotler للخدمات بأنها " أي نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية، وأن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون".[18]إن كلمة خدمة، قد يوصف بها أكثر من قطاع بحيث أن التقسيم التقليدي لم يعد يناسب والمكانة المتزايدة للأنشطة الخدماتية داخل الاقتصاد. فكل منتج يضم جزءا مهما من الخدمات تقدم كضمانة، سواء في وقت التوزيع أو الاستعمال من طرف المستهلك. والمقاولات التي تعمل في صناعة الحواسيب نموذج واضح، حيث القيمة المضافة عبر الخدمة المضمنة والممنوحة للمشتري إثر تمام عملية الشراء.

علاوة على التعريف السالف ذكره، هناك من اعتبر الخدمة "نشاط إنساني ينجزه شخص لحساب شخص آخر".[19]إلا أن ما يلاحظ على هذا التعريف أنه أصبح متجاوزا بدوره على اعتبار أن مجموعة من الخدمات أضحت بشكل متزايد، سواء كانت أعمالا يدوية منزلية أو صناعية، منجزة عبر آلات، بل وحتى مجالات التوزيع والاستقبال والإعلام شملها هذا التغيير.

أما مونيك لوجون Monique Lejeune يعرف الخدمة على أنها تلك "الخدمات المقدمة من طرف مقاولة تعرض خدماتها من بيع أو أداء لزبنائها". والخدمة كذلك هي النشاط المقدم من طرف مقاولة التي تقدم لزبنائها خدمات متعددة،[20]وتختلف أوجه أداء تلك الخدمة بحيث إما أن تكون:

- خدمة غير مادية تماما: كطلب استشارة طبية؛
- وقد تشمل على منفعة مادية كالنقل مثلا.

[17]-GRONROWS (C.), 1990**,** Service Management and Marketing, Lexington Books, Cité dans "Le temps des services " Edition Organisation p.21
[18]- KOTLER (P.), et DUBOIS (B.), 2006, Marketing management ,12e Edition Pearson Education France, p.462
[19]-LANGLOIS (M.), et TOCQUER (G.), 1992, Marketing des services: le défi relationnel, Edition Gaëtan Morin, p. 21
[20]- LE JEUNE (M.), 1989, Le marketing des services, Revue Française du Marketing, n° 121 p 20.

أما فيس Veys في 1991 يقول أن " إنتاج الخدمات هو عملية أو سياق يتم من خلالها تقديم خدمة من طرف شخص مادي أو معنوي إلى شخص آخر مادي أو معنوي، في مجال زمني محدد، ومكان معين". من هذا التعريف لإنتاج الخدمات ندرك أن الوقت والمكان يظهران حين تقدم الخدمة.[21]

وإذا اطلعنا على تعريف لانجلوا وتوكير Langlois et Tocquer في 1992 ندرك بأن "الخدمة هي تجربة مؤقتة يعيشها الزبون حين التقائه بعامل المؤسسة أين تدعم الخدمة بمعدات وتقنيات".[22]من هذين التعريفين الأخيرين فإننا نلمس بعض المتغيرات التي تساهم في تعريف الخدمة. وقد أشار إليها بطريقة غير مباشرة كل من Veys et Tocquer وهي كل من الوقت، المكان والاتصال. وهذه المتغيرات تعتبر من العوامل التي تساهم في إعطاء قيمة للخدمة في نظر الزبون. أما لوفلوك Lovelock في سنة 2004 يعرف الخدمة على أنها" نشاطات اقتصادية تعمل على خلق القيمة وهي في نفس الوقت تقدم منفعة للمستهلكين، وذلك في الزمان والمكان الذي يحددهما ويرغب فيهما طالب الخدمة".[23]

وعموما فإن غاية أية خدمة كما هو الشأن بالنسبة للمنتج هو إرضاء رغبة المستهلك، وعليه كان من الصعب الوصول إلى تعريف موحد للخدمة. وقد دفعت المشاكل التي يطرحها تعريف مفهوم الخدمة عددا من المؤلفين للتأكيد على ضرورة التمييز بين المنتوج والخدمة. إذ تتمثل المحاولات الأولى لتحديد الخدمات في تمييزها عن البضائع. البضاعة هي منتوج يوزع، يحفظ "يخزن"، يحول ويستهلك. يتم تعريف عملية الإنتاج بشكل جيد، على أنها عملية الاستهلاك. وهذان العاملان مختلفان تمامًا.

من ناحية أخرى، تبدو الخدمات لامادية وفورية وغير قابلة للتخزين، ولا يمكن فصلها عن استهلاكها. في الواقع، على الرغم من أهمية الاعتماد على خصائص الخدمات لتحديدها، إلا أن أياً منها لا يكفي أو حتى ضروري للقيام بذلك. يقترح هيل أكثر التعريفات اكتمالاً وفائدة. فالخدمة وفقاً لمنظوره هي: "تحويل ظروف حالة فرد، أو ملكية تعود إلى وكيل اقتصادي معين، ناتجة عن نشاط وكيل اقتصادي آخر، بناء على طلب أو بموافقة الوكيل الأول."

---

[21] - VEYS (P.), 1987, L'industrialisation des services, Edition Harvard Expansion, p. 12
[22]-LANGLOIS (M.), et TOCQUER (G.), 1992, Op.cit, p.22
[23]-LOVELOCK (C.), WIRTZ (J.), LAPERT (D.), 2004, Marketing des services, 5e Edition Pearson Education France, p.9

وفقا لبيري Berry فإن المنتوج هو كائن، جهاز، شيء؛ في حين أن الخدمة هي فعل، خدمة فريدة من نوعها. على الرغم من أن معظم الخدمات مبنية على عناصر مادية، إلا أن جوهر ما يتم شراؤه هو أداء أحد الطرفين المقدم للطرف الآخر[24] ويوضح الجدول رقم (2) (الملحق). أهم الفروق الرئيسية بين أنشطة الإنتاج وأنشطة الخدمات.

وعليه يستنتج أن تصنيف السلع والخدمات يتم على أساس تغلب الجانب الملموس والجانب غير الملموس في المنتوج. فتغلب الجانب الملموس في المنتوج يتم تصنيفه على أنه سلع، أما تغلب الجانب غير الملموس في المنتوج فيتم تصنيفه على أساس أنه خدمات. فعلى سبيل المثال حلاقة الشعر يمكن رؤيتها والإحساس بها، لكن الإشباع المستمد من الحلاقة يحصل من مهارة وحرفية المصفف.

4.1. خصائص الخدمات وأنماطها

انطلاقا من تعريف الخدمة نستنتج خصائص عديدة للخدمات، فدراسة تسويق الخدمة يهدف بالأساس إلى معرفة خصائص الخدمة، وإن كان من الصعوبة بما كان فهم طبيعة الخدمة إذا كانت بمعزل عن دراسة المنتجات المادية وتحليل العلاقة بينهما، وذلك بسبب الترابط الوثيق بينهما، ولاسيما عند مراحل التسليم. إلا أن إدراك تلك الأبعاد واستيعابها مهم جدا لكي يتم اختيار المزيج التسويقي المناسب من ناحية، ويتم في نفس الوقت تطوير إستراتيجية تسويقية تتلائم وطبيعة الخدمة وظروف تقديمها. وفي كل الأحوال ينبغي أن تدرس المؤسسة خصائص الخدمة قبل تقديمها وقبل تصميم برنامجها التسويقي. نفرد الخدمة بالمقارنة مع السلعة المادية بعدد من الخصائص المتفق عليها من قبل الباحثين و المتخصصين. الجدول رقم (3) (الملحق).

و يمكن تلخيص الخصائص الرئيسية للخدمات في: عدم الملموسية- لا يمكن تخزينها- لا يمكن حمايتها عن طريق براءات الاختراع، لا يمكن عرضها أو توصيل مفهومها بسهولة- يصعب تسعيرها – التماسك (أي عدم التجزئة) – اشتراك المستهلك في الإنتاج – يصعب تنميط الإنتاج - الفناء السريع- التباين – يصعب التنميط والثبات في درجة الجودة. ويضيف كل من كيمسون ولوفلوك Lovelock وGummesson أن خصائص الخدمات السابقة الذكر، يمكن أن تتواجد في عدة أصناف من الخدمات. كما أن البعض من هذه الخصائص قد

[24]- BOSS (J.), 1997, Les nouveaux visages du marketing, Revue Française du Marketing n° 164, p.36

لا تكون موجودة في أصناف أخرى من الخدمات. فمثلا: استبدال العامل البشري بالتكنولوجيا (كالصراف الآلي في البنك)، كذلك التطبيق الصارم لإجراءات مراقبة الجودة في العديد من الخدمات، يساهم بشكل فعال في التقليل من حدة التباين في الخدمات.[25]

5.1. توزيع وتصنيف الخدمات

يشمل قطاع الخدمات أنشطة اقتصادية متعددة ومتنوعة، ونظرا للتغييرات الجديدة التي عرفها العالم خلال السنوات الأخيرة في ميادين التكنولوجيات الحديثة للمعلومات والاتصالات والبيئة، وكذا التنظيم الاقتصادي والاجتماعي للمقاولات. تم إعداد تصنيف جديد للأنشطة من لدن اللجنة الإحصائية التابعة للأمم المتحدة. وبحسب التصنيف الصناعي الدولي الموحد للأنشطة الاقتصادية في نسخته الرابعة، جاء قطاع الخدمات متضمنا خمسة عشر نشاطا كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 3: مكونات قطاع الخدمات حسب التصنيف الصناعي الدولي الموحد للأنشطة الاقتصادية ISIC-V4

الرمز	الاسم	الوصف
47-45	تجارة الجملة والتجزئة، وإصلاح المركبات ذات المحركات والدراجات النارية	ويشمل بيع أي نوع من السلع بالجملة أو التجزئة (البيع دون إجراء أي عمليات تحويل) وتقديم الخدمات المرتبطة ببيع السلع. والبيع بالجملة والتجزئة يمثل الخطوات النهائية في توزيع السلع. ويطلق على السلع التي تباع وتشترى أيضا اسم البضائع. ويشمل أيضا إصلاح المركبات ذات المحركات والدراجات النارية.
53-49	النقل والتخزين	يشمل تقديم خدمات نقل الركاب والبضائع، سواء حسب جدول مواعيد أو لا، عن طريق السكك الحديدية أو خطوط أنابيب، وكذلك النقل البري والبحري والجوي. كما يشمل الأنشطة المرتبطة بالنقل والتخزين مثل مرافق الموانئ والمرائب، ومناولة البضائع وتخزينها، وما إلى ذلك. ويدخل في هذا إيجار معدات النقل مع سائق أو دون سائق. كما يشمل أيضا أنشطة البريد وأنشطة توصيل البريد بواسطة مندوبين.
56-55	أنشطة الإقامة والخدمات الغذائية	ويشمل تقديم خدمات الإقامة لفترات قصيرة للزوار وغيرهم من المسافرين، وتقديم وجبات كاملة ومشروبات للاستهلاك السريع.
	المعلومات والاتصالات	ويشمل إنتاج وتوزيع المعلومات والمنتجات الثقافية وإتاحة وسائل نقل تلك

[25]- ناصر الدين بن أحسن (2015)،" تقييم جودة الخدمة المدركة من قبل الزبون باستخدام نموذج الأداء الفعلي للخدمة " مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد 08 جوان، الجزائر، ص21.

63-58		المنتجات وتوزيعها، وكذلك نقل وتوزيع البيانات وأنشطة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وتجهيز البيانات وغيرها من أنشطة خدمات المعلومات.
66-64	الأنشطة المالية وأنشطة التأمين	يشمل أنشطة الخدمات المالية، بما فيها التأمين وإعادة التأمين وأنشطة تمويل المعاشات التقاعدية وأنشطة دعم الخدمات المالية. ويشمل أيضا أنشطة إمساك الأصول، على غرار أنشطة الشركات القابضة وأنشطة الإئتمانات والصناديق والكيانات المالية المشابهة.
68	الأنشطة العقارية	ويشمل نشاط مؤجري العقارات ووكلاء العقارات وسماسرة العقارات في أي من الأنشطة التالية: بيع وشراء العقارات، وتأجير العقارات، أو تقديم خدمات أخرى تتصل بالعقارات مثل تقييم قيمة العقار أو القيام بدور وكلاء عقد التنفيذ في شراء العقارات. ويشمل أيضا بناء الإنشاءات مع الاحتفاظ بملكية العقار أو تأجيره.
75-69	الأنشطة المهنية والعلمية والتقنية	ويشمل الأنشطة المهنية والأنشطة العلمية والتقنية المتخصصة التي تتطلب درجات عالية من التدريب وتتيح معرفة ومهارات متخصصة للجمهور.
82-77	أنشطة الخدمات الإدارية وخدمات الدعم	ويشمل مجموعة من الأنشطة التي تدعم عمليات الأعمال العامة. وتشمل الأنشطة الإيجارية، أنشطة الاستخدام، وكالات السفر ومشغلو الجولات السياحية وخدمات الحجز والأنشطة المتصلة بها، أنشطة الأمن والتحقيقات، أنشطة تقديم الخدمات للمباني وتجميل المواقع، الأنشطة الإدارية للمكاتب وأنشطة الدعم للمكاتب وغير ذلك من أنشطة الدعم للأعمال.
84	الإدارة العامة والدفاع، والضمان الاجتماعي الإلزامي	ويشمل الأنشطة ذات الطبيعة الحكومية،التي تقوم بها عادة الإدارة العامة.ويشمل ذلك تنفيذ القوانين وتفسيرها وإصدار اللوائح الخاصة بها، وكذلك إدارة البرامج القائمة على أساسها، كما يشمل الأنشطة التشريعية والضرائب والدفاع الوطني والنظام العام والسلامة وخدمات الهجرة، والشؤون الخارجية، وإدارة البرامج الحكومية. ويشمل أيضا أنشطة الضمان الاجتماعي الإلزامي.
85	التعليم	ويشمل أنشطة التعليم في جميع المستويات ولجميع المهن، الشفهية والمكتوبة، وكذلك عن طريق الإذاعة والتليفزيون وغيرها من وسائل الاتصالات. وهو يشمل التعليم في مختلف المؤسسات في النظام التعليمي العام بكل مستوياته وكذلك تعليم الكبار، وبرامج محو الأمية، وما إليها. ويدخل في هذا الباب أيضا المدارس والأكاديميات العسكرية ومدارس السجون إلخ، حسب مستويات كل منها، كما يدخل فيه كل من التعليم العام والتعليم الخاص.
	أنشطة صحة الإنسان والخدمة	ويشمل تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية. كما يشتمل على طائفة واسعة من

88-86	الإجتماعية	الأنشطة، بدءا من الرعاية الصحية التي يقدمها أطباء مدرّبون بالمستشفيات وغيرها من المرافق، وامتداداً إلى الرعاية المنزلية التي تنطوي على درجة كبيرة من أنشطة الرعاية الصحية، وإلى أنشطة العمل الاجتماعي دون أي تدخل من المهنيين في مجال الرعاية الصحية.
93-90	الفنون والترفيه والتسلية	ويشمل طائفة واسعة من الأنشطة التي تلبّي الاحتياجات المختلفة، الثقافية والترفيهية للجمهور، بما في ذلك الفنون المسرحية وتشغيل مواقع المتاحف، وألعاب القمار، والأنشطة الرياضية والترفيهية.
96-94	أنشطة الخدمات الأخرى	ويشمل أنشطة المنظمات ذات العضوية، وإصلاح أجهزة الحاسوب والأجهزة الشخصية والمنزلية، كما يشمل مجموعة مختلفة من الخدمات غير المشمولة في موضع آخر من هذا التصنيف.
98-97	أنشطة الأسر المعيشية التي تستخدم أفرادا؛ وأنشطة الأسر المعيشية في إنتاج سلع وخدمات غير مميزة لاستعمالها الخاص	وتشمل أنشطة الأسر المعيشية التي تستخدم أفراداً للعمل المنزلي، مثل الخدم والطبّاخين ومقدّمي الطعام والسقاة والغسالات والبستانيين والبوابين والسياس والسائقين والمشرفين والمربيات وجليسات الأطفال والمعلمين والسكرتيرات، إلخ
99	أنشطة المنظمات والهيئات غير الخاضعة للولاية القضائية الوطنية	ويشمل أنشطة المنظمات الدولية مثل الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة في منظومة الأمم المتحدة، والهيئات الإقليمية، وما إلى ذلك، وصندوق النقد الدولي والبنك الدولي، والمنظمة العالمية للجمارك، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ومنظمة الدول المصدرة للبترول، والجامعات الأوربية، واتحاد التجارة الحرة الأوروبي، وما إليها.

المصدر:الأمم المتحدة، (2009): التصنيف الصناعي الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية- التنقيح الرابع، صص 218-331

إن التصنيف الصناعي الدولي الموحد أعلاه هو تصنيف حسب نوع النشاط الاقتصادي، وهو ليس تصنيفا للسلع والخدمات. ويستعمل تعبير النشاط لتعيين أنشطة إنتاجية. وتعرف هذه الأنشطة باعتبارها استعمال المدخلات (مثل رأس المال والأيدي العاملة والطاقة والموارد) لإنتاج نواتج محددة. ويتم تعيين بعض الأنشطة بصورة منفصلة في التصنيف الصناعي الدولي الموحد باعتبارها عمليات بسيطة تحول المدخلات إلى نواتج، في حين أن أنشطة أخرى تتسم بدرجة عالية من التعقيد والخطوات المتكاملة.[26]

[26]- الأمم المتحدة (2009)، التصنيف الصناعي الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية- التنقيح الرابع، صص 9-15

2. أنشطة الخدمات بالمغرب: الصنافة بين التعدد والتعقد

1.2. تصنيف أنشطة الخدمات بالمغرب

يتأسس تصنيف الأنشطة الاقتصادية الخدماتية الذي وضعته مديرية الإحصاء التابعة للمندوبية السامية للتخطيط على معيارين أساسين هما: هما المعيار المؤسساتي والمعيار الوظيفي. ففي المعيار المؤسساتي يتم تجميع الوحدات المؤسساتية التي لها سلوك متجانس تبعا لطبيعتها القانونية، أما المعيار الوظيفي فيسمح بتجميع الوحدات الاقتصادية حسب الوظائف الاقتصادية التي تمارسها.[27] وتبعا للتحولات التي عرفها النسيج الاقتصادي المغربي من جهة، ومن جهة أخرى ضرورة مواكبة التغييرات التي طرأت على التصانيف الدولية وخاصة منها تصنيف الأمم المتحدة. قام المغرب طبقا للمعايير الدولية، بإعداد تصنيف جديد للأنشطة الاقتصادية يتطابق مع التصنيف الصناعي الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية – التنقيح الرابع (ISIC) والذي أصدرته مديرية الإحصاء والمتوافق مع جميع التصنيفات المحلية للأنشطة الاقتصادية في دول العالم. ويقوم التصنيف المغربي الجديد للأنشطة الاقتصادية (NMA2010) على أربعة مستويات هرمية، هي:

21 قطاعا:

88 فرعا؛

274 شعبة؛

650 نشاطا؛

وهكذا، فكل قطاع موزع إلى فروع، وكل فرع موزع بدوره إلى شعب وكل شعبة موزعة إلى أنشطة. وتعرف فروع الأنشطة في الاقتصاد الوطني[28] كتجمع لمجموعة من المؤسسات تنتمي كل واحدة منها أساسا لوحدة مؤسساتية إنتاجية. والمؤسسة بدورها تعرف كمقاولة أو جزء من المقاولة تتوطن في موقع معين وتمارس نشاطا إنتاجيا واحدا حسب تخصصها. ويتم استعمال مفهوم الفرع في الجوانب التي تخص الإنتاج فقط، بمعنى إنتاج

[27]- صبرو فهد (2014)، التمدين والمركزية الحضرية حالة مدينة القنيطرة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة ابن طفيل القنيطرة، ص.178.

[28]- الجريدة الرسمية، عدد 6106 – 21 محرم 1434 (6 ديسمبر 2012)، مرسوم صادر بالموافقة على التصنيف المغربي للأنشطة الاقتصادية NMA2010،ص 3.

السلع والخدمات باستعمال خدمات أخرى في إطار عملية التحويل التي تتطلب توظيف عوامل الإنتاج (اليد العاملة والرأسمال)[29].

ويمكن تصنيف قطاع الخدمات إما باستخدام تعريف خاص بالبلد أو عبر استخدام تصنيف دولي معتمد. وفي المغرب يتم إتباع التصنيف المعتمد من قبل مديرية الإحصاء التابعة للمندوبية السامية للتخطيط والذي يشمل جميع الأنشطة الاقتصادية بتناسق مع التنقيح الرابع للتصنيف الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية وكذا مع تصنيف المجموعة الأوربية. وبناء على ذلك فإن تصنيف قطاع الخدمات يشمل الأنشطة المبينة في الجدول الآتي:

جدول رقم 4: مكونات أنشطة قطاع الخدمات في الاقتصاد المغربي

الرمز	النشاط	دليل النشاط المقابل في تصنيف ISIC
1	تجارة وإصلاح السيّارات والدراجات النارية	47-45
2	النقل والتخزين	53-49
3	الإيواء والمطاعم	56-55
4	الإعلام والإتصال	63-58
5	الأنشطة المالية وأنشطة التأمين	66-64
6	الأنشطة العقارية	68
7	الأنشطة العلمية والتقنية المتخصصة	75-69
8	أنشطة الخدمات الإدارية وخدمات الدعم	82-77
9	الإدارة العمومية	84
10	التعليم	85
11	الصحة البشرية والعمل الاجتماعي	88-86
12	الفنون والترفيه وأنشطة العروض	93-90
13	أنشطة الخدمات الأخرى	96-94
14	أنشطة الأسر المشغلة لأفراد الخدمة المنزلية وأنشطة إنتاج السلع والخدمات الغير مميزة والتي تنتجها الأسر للاستهلاك الذاتي	98-97

المصدر: مديرية الإحصاء- المندوبية السامية للتخطيط: (2010)، التصنيف المغربي للأنشطة الاقتصادية NMA2010، ص 4

[29]- صبرو فهد (2014)، مرجع سابق، ص. 178

من الجدير بالذكر، أن تصنيفات النشاط الأساسي والتي ذكرها التصنيف الصناعي الدولي الموحد للأنشطة الاقتصادية ISIC قد تم تصنيفه ضمن الأنشطة المعتمدة لدى مديرية الإحصاء المغربية، مع اختلاف توافر البيانات للأنشطة الفرعية المنبثقة عن التصنيف الصناعي، تبعا للبيانات المتوفرة لدى المديرية.

ويعتبر الحسم في مسألة تصنيف أنشطة القطاع الثالث بشكل دقيق أمرا صعبا، نظرا لتعقد وتشعب البنى الاقتصادية والاجتماعية داخل المدن، وأن أي محاولة للقيام بتصنيف في هذا القطاع يقتضي الوقوف على عدة مقاربات ومناهج أكاديمية وعلمية من أجل استخلاص تصنيف يوافق الخصوصيات المحلية للمجال. كما أن أي تصنيف في قطاع واسع ومتنوع مثل القطاع الثالث، لديه بعض الاستثناءات. وفي الواقع، إن قيمة التصنيف تكمن في إبراز التعميمات بدلاً من الاستثناءات.

1.1.2. تصنيف أنشطة الخدمات: تعدد المحاولات وغياب الحسم

على الرغم من الاهتمام المتزايد والعناية الفائقتين في ميدان البحث العلمي بالمغرب في العقود الأخيرة، وعلى الرغم كذلك من كثرة وتعدد الدراسات والبحوت التي أنجزت في ميدان اقتصاديات المدن، فإن مسألة تصنيف أنشطة الخدمات لم تحظ بالاهتمام الكافي من حيث المحتوى والأسلوب العلميين. بل ولم تستطع الجزم بشكل نهائي في هذه المسألة المعقدة بتعقد وتشابك تركيب البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعمرانية للمدينة، لاسيما مع تنامي مشكلات المدينة المجالية والتنظيمية المستعصية في أغلب الأحوال. لذا ارتأينا تسليط الضوء وإعطاء فكرة عامة عن بعض الدراسات والبحوث التي تناولت هذه القضية بدول العالم الثالث وعلى وجه التحديد بالمغرب، والتي تعد بمثابة نماذج يمكن الاستناد عليها والانطلاق منها في محاولتنا هذه.

أ. **تصنيف فرانسوا تروان** TROIN Jean François

لقد أكد تروان[30] أن جل المدن المغربية نزحت تحت وطأة الاستعمار مما أدى إلى اختلاف تفاعلاتها مع هذه الظاهرة تبعا للمناطق والمعطيات. فالمركز لا يجب أن يصل إلى حجم معين ويمارس وظائف معينة فقط، ولكن يجب أن يتوفر على بعض التجهيزات ليستحق تسميته بالمدينة. ويرى تروان بأن البنيات التجارية من منظوره يمكن أن تساعد على تأسيس تعريف للمدن الصغرى في حالة تعذر الحصول على المعطيات المتعلقة بالعمل الفلاحي والصناعي ومعدل البطالة والإشعاعات الحضرية وغيرها فإن هذه البنيات التجارية تمكن من مقاربة الشبكة الحضرية

[30]-TROIN (J.F.), 1971, Essai méthodologique pour une étude des petites villes en milieu sous-développé. Les structures commerciales urbaines du Nord Marocain, Annales de géographie. LXXX, N° 441. Colin. Paris, p. 23

التي يصعب تحديدها بالبلدان النامية. لهذا الغرض اعتمد تروان منهجية في تصنيف الأنشطة الحضرية داخل المدن المغربية اعتمادا على عدة مقاييس منها:

– إحصاء المراكز التي يفوق عدد سكانها 1000 نسمة وفق إحصاء 1960، والتي يزيد عدد المحلات التجارية بها أكثر عن 100 محلا تجاريا. كما اعتبر أن كل التجمعات السكانية التي يقل عدد المحلات بها عن مائة محل تبقى بمثابة تجمع قروي أو محطات سياحية مؤقتة أو مراكز عسكرية...؛

– إحصاء المحلات التجارية حسب عدد السكان لمعرفة معدل التجهيزات التجارية؛

– توزيع أنشطة الصناعة التقليدية والحرف في ست مجموعات، لقياس اتجاه كل مدينة بالنسبة لمتوسط التوزيع، ومن ثم مقارنة شكل التوزيع بالنسبة للمتوسط ومن هنا عين المظاهر غير العادلة؛

– قياس درجة التمدين بمختلف المراكز، وذلك بحصر عدد تجهيزات تجارة الجملة وعلاقتها بالتجهيزات الداخلية الأخرى لكل مركز من أجل المقارنة بين المدينة العتيقة والمدينة العصرية؛

وحسب وجهة نظر تروان تمكن هذه المعطيات من تحديد المدن التي تؤدي مجموعة من الوظائف الحرفية البسيطة والتي لا يتعدى إشعاعها المجال الريفي، من المدن ذات الإشعاع الجهوي والوظائف المتشابهة، التي حددها انطلاقا من ست مجموعات تجارية تضم جل الأنشطة على الشكل الآتي:

1. تجارة المنتوجات الغذائية؛
2. تجارة التجهيز المنزلي؛
3. تجارة الملابس؛
4. تجارة منتوجات الصناعة التقليدية؛
5. تجارة المواد الفلاحية؛
6. الحرف والخدمات والترفيه؛

وعلى ضوء ذلك، قام تروان بتقسيم الأنشطة الحرفية والخدمات إلى أربع مجموعات صغرى وذلك لقياس:

– نسبة أنشطة الصناعة التقليدية المنتجة والتي تضم الأعمال المرتبطة بالجلد والخشب والحديد والصوف والخياطة إلخ.

– نسبة أنشطة الصناعة التقليدية للإصلاح ومختلف أنشطة الترفيه، كما أضاف لهذه الشعبة مجموعة المهن كالساعاتي، الخياط، الرصاصي، الكاتب العمومي، وجميع الأنشطة المتعلقة بالعلاج كصانع الأسنان...

– نسبة المهن المرتبطة بالنقل والمواصلات كمحطات التزويد بالوقود ومحلات إصلاح السيارات، وأخيرا نسبة خدمات الترفيه كالمقاهي والفنادق والمطاعم...

وبعد عشرين سنة ونتيجة للتحولات التي شهدتها المدن الصغرى، أدخل تروان بعض التعديلات على تصنيفه استجابة للتطور الذي شهدته الوظائف الحضرية، وأصبح التصنيف بذلك على الشكل التالي:

1. مواد غذائية؛
2. بيع الملابس؛
3. التجهيز المنزلي؛
4. الاعتناء بالذات والرياضة والثقافة والترفيه؛
5. منتوجات الصناعة التقليدية؛
6. وسائل النقل والمحروقات؛
7. الحرف التقليدية والعصرية؛
8. خدمات الترفيه وأخرى؛ والتي قسمت بدورها إلى ثمانية فروع للتمييز بين خدمات القطاع الثالث الأعلى من العادية، وهي: الحرف التقليدية وحرف البناء وحرف الإصلاح والتطبيب والنقل وملحقاته الإصلاح خاصة؛ والمطاعم والفنادق؛ والخدمات المالية والمهن الحرة؛ والترفيه وآخر.

ب. تصنيف ميلتون سانتوس (M.) SANTOS

أكد سانتوس[31] في كتابه "المجال المفكك" أن مدن العالم الثالث لم تشكل مطلقا موضوعا لدراسة مستقلة. بل كانت نتاج لوضعية اقتصادية واجتماعية، ومع الأهمية العلمية والسياسية التي اتخذتها ظاهرة التمدين بدول العالم الثالث ظهر اهتمام متزايد بهذه الظاهرة في الأدبيات السوسيولوجية وبالتحديد في دول أمريكا اللاتينية. وعلى ضوء ذلك، فلقد ميز سانتوس في محاولته لتصنيف الأنشطة الحضرية بين قطاعين أساسيين:

- قطاع عصري أو دورة عليا Circuit Super ناتج مباشرة عن إدخال للتكنولوجيا الحديثة ويضمن العلاقات الاقتصادية على مستوى مجال واسع.

[31]-SANTOS (M.), 1975, L'espace partagé, les deux circuits de l'économie urbaine des pays sous développés, édition Mith Genin, Paris p.349

- قطاع تقليدي أو دورة سفلى Circuit Inferieur ويشمل كل الأنشطة الحرفية التقليدية وكل الأنشطة كذلك التي تدخل في القطاع غير المهيكل ولا يتجاوز إشعاعه المستوى المحلي ويجد جذوره عند الفئات الفقيرة. وأكد سانتوس من خلال أبحاثه أن هذين القطاعين لا يشكلان نظامين متباينين ومنعزلين ولكنهما في حالة تكامل وتداخل دائمين، إذ لا يتعلق الأمر بازدواجية الاقتصاد الحضري وإنما يتعلق الأمر بثنائية الأقطاب.

ج. **تصنيف بيكوريي جان** (J.) PEGURIER

تأثر جان بيكوري[32]عند معالجته للأنشطة الحضرية بمدن الجهة الاقتصادية لتانسيفت بنظرية فرانسوا تروان فسلك نفس النهج الذي سلكه. كما اعتمد نفس معاييره في تصنيفه للأنشطة الحضرية على الواقع الاقتصادي لتانسيفت وذلك في كتابه: مجالات حضرية في طور التكوين بتانسيفت (محاولة للسوسيولوجيا الجهوية). وهكذا قسم بيكوريي الأنشطة الحضرية بمدن هذه الجهة إلى الشعب التالية:

1- الصناعة التقليدية 2- التجارة 3- الخدمات العامة 4- الخدمات الخاصة؛

5- النقل 6- الصناعة 7- الفلاحة 8- الشرطة والجيش 9- مختلفات.

ح. **تصنيف ميشيل روشفور** (M.) ROCHEFORT

وضع ميشيل روشفور تصنيفا وظيفيا لفهم العلاقة بين أنشطة القطاع الثالث وتنظيم المجال بعدما أبانت الجغرافية الحضرية من قبل عجزها عن فهم تلك العلاقة. إذ اهتمت هذه الأخيرة بدراسة وظائف المدن وبالتالي وبشكل غير مباشر تتطرق إلى جغرافية أنشطة القطاع الثالث عبر التمييز بين الوظيفة العسكرية و الوظيفة التجارية و الوظيفة الدينية وغيرها. الشيء الذي جعل هذا التصنيف ينتهي بتقطيع العلاقة بين أنشطة القطاع الثالث والمجال، وبالتالي إلى إخفاء المفاهيم المترتبة عن تلك العلاقة كالمركز ومنطقة النفوذ وفي النهاية لهيكلة المجال. لكن هذا لا يعني أننا يجب أن نتخلى عنه وإنما هذا التمييز لن يكون له إلا طابعا ثانويا في جغرافية أنشطة القطاع الثالث. ومن هذا المنطلق عمد روشفور إلى التمييز داخل روابط إعداد التراب بين ثمانية أنشطة كبرى للقطاع الثالث.

1. الإدارة: تشمل كل الخدمات الإدارية التابعة لمختلف الوزارات بما فيها الإدارة العامة والخاصة؛

[32] -PEGURIER (J.), 1981, Espaces urbains en formation dans le Tensift, Essai de sociologie Régionale, Edition S.M.E.R. Rabat, p.11

2. الخدمات البنكية: تدبير الأموال والحسابات؛

3. الخدمات التجارية: مجموع جهاز توزيع السلع؛

4. الخدمات التعليمية: ولا نقصد هنا إدارة التعليم الوطني وإنما الخدمة المتمثلة في المدارس والثانويات والجامعات وغيرها؛

5. الخدمات الثقافية: بمعنى كل ما ينشر الثقافة أو يسمح بالمشاركة في نشرها؛

6. الخدمات الترفيهية؛

7. الخدمات الصحية؛

8. خدمات مهن الاستشارة: وتشمل جميع مهن القطاع الثالث التي يصعب تجميعها في فئات. وتشمل كل الخدمات التي تقدم النصائح والإرشادات سواء للأشخاص أو المقاولات.[33]

يشتغل كل فرع من هذه الفروع باستقلالية عن الفرع الآخر داخل المجال. ويبقى من الضروري حسب نفس الباحث معرفة بنية الخصائص الداخلية لكل واحد منها، نظرا لوجود اختلافات مرتبطة بظروف اشتغال القطاع الثالث أو لانتماء المقاولات إلى القطاع العام أو الخاص.

هكذا، فإن الأنشطة الخدماتية تنتج خدمات بحكم أنها تدخل في علاقات مباشرة مع الزبائن، عن طريق تمكينهم من خدمة كالتجارة أو الصحة أو التعليم.. وبهذا فإن منطق توزيعها وتموقعها يتبع هاجس توطن المستعملين ومراكز التزود أو التموين الرئيسية. وبالتالي يمكن الحديث عن جغرافية خاصة بأنشطة الخدمات. يضيف روشفور على هذين التصنيفين خدمات النقل والمواصلات، التي يستوجب فصلها عن أنشطة الخدمات حسب رأيه عند دراسة القطاع الثالث، نظرا لتعقد الحدود الجهوية وتعدد طرق مقاربتها، في وقت يمكن الحديث فيه عن جغرافية خاصة بالنقل.

ويمكن التطرق أيضا داخل أنشطة القطاع الثالث على أهمية التمييز بين القطاع العام والقطاع الخاص، وهو تمييز يرتكز على بنية الشركات وتوفر الزبناء المعنيين بالخدمة. فخدمات القطاع الثالث الخاص تأخذ بعين الاعتبار في تموقعها توفر زبائن قادرين على تحمل تكلفة الخدمة، بحكم أن المقاولة الخاصة تهدف إلى تحقيق الربح والمردودية، الشيء الذي يحدث خللا في التوزيع المجالي لهذه الأنشطة. يتضح هذا بظهور جهات مركزية مقابل

[33]-ROCHEFORT (M.), 1976, Les activités tertiaires, Leur rôle dans l'organisation de l'espace, Tome 1- Formes de relation entre activités tertiaires et organisation de l'espace, Edition C.D.U. & SEDE, Paris, pp.8-9

جهات مهمشة خاصة في البلدان النامية. أما في البلدان المتقدمة حيث تتوازن مستويات العيش فان الاختلافات تكون أقل وضوحا.

وعلى الخلاف من ذلك، فإن القطاع الثالث العام يوجه لخدمة عموم المجتمع ويخضع في منطق توزيعه للقدرة المالية للدولة المستخلصة من الضرائب، الشيء الذي يجعل منه قطاعا مؤدى عنه بطريقة غير مباشرة من طرف المستعمل، وبالتالي فإن أنشطة القطاع الثالث العام قد توجد في مجالات جد مختلفة وتتبع المصلحة العامة للدولة ولا تدخل فيها اعتبارات اقتصادية أو اجتماعية كالقدرة الشرائية للسكان مثلا.[34]

ث. تصنيف محمد بلفقيه وعبد اللطيف فضل الله

قدم كل من محمد بلفقيه وعبد اللطيف فضل الله تصنيفا للأنشطة الحضرية في دراستهما لمدينتي الرباط وسلا، في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية والمجالية للمدن المغربية، وجاء تصنيف قطاع الخدمات على الشكل التالي:

- **قطاع الخدمات يتوزع إلى أربعة فروع كبرى:**

- خدمات خاصة، كالحلاقة والأفران والوكالات العقارية والتصوير وغيرها؛
- خدمات الصيانة والإصلاح، كإصلاح الدراجات والأحذية والمواد الالكترونية؛
- خدمات المطاعم والفنادق؛
- خدمات نادرة، كالمحاماة والطب والأبناك والتأمين ومكاتب الدراسات ووكالات الأسفار..[35]

د. تصنيف حسن بنحليمة

يتألف تصنيف حسن بنحليمة من ستة فروع كبرى للخدمات، من خلال دراسته للتحولات السوسيو-اقتصادية لمدينة صفرو.

- **الخدمات**

- خدمات المطاعم والفنادق
- خدمات النقل

---

[34]- Ibid., p. 13

[35] -BELFQUIH (M.), FADLOULAH (A.), 1986, Mécanismes et formes de croissance urbaine au Maroc, Cas de l'agglomération de Rabat-Sale", Edition El Maârif Al Jadida, Tome 3, Rabat, p.295

- الخدمات العمومية (الإدارات، البلدية، القيادة..)
- الخدمات الاقتصادية والتقنية (مراكز الأشغال العمومية، المياه والغابات، المكتب الوطني للنقل، المكتب الوطني للماء والكهرباء..)؛
- الخدمات الاجتماعية؛
- الخدمات التعليمية؛[36]

إن عدم وجود تصنيف دقيق لقطاع الخدمات خلق نوعا من الاختلاف بين تعريفات مكونات قطاع الخدمات، الأمر الذي خلق نوعا من عدم الإجماع على تعريف موحد للخدمات. ولذلك لجأت الدول إلى وضع تصنيف خاص بها لتعريف قطاع الخدمات لديها بالاستناد على الصيغة الجديدة للتصنيف الصناعي الدولي الموحد.

إن تدبير أنشطة الخدمات وكيفية توزيعها وانتشارها في المجال الذي يقود إلى فحص العلاقة الموجودة بين تموقع أنشطة الخدمات والتركيب الداخلي للمدينة. هو موضوع واسع ومتعدد الأطراف. وبناء عليه، أيا كانت الدراسة، فإنها ترمي إلى التغيير بغية الوصول إلى تقويم الاختلالات وتعزيز المكتسبات. فمن المفترض أن تحاول الإسهام في إرساء المرتكزات النظرية لبناء بحث ذي بعد تطبيقي. ففي نهاية المطاف لا تغيير حقيقي من دون نظرية حقيقية إذ أن الدافع الرئيسي لمختلف الأبحاث النظرية، غايته هو تطوير الأساس النظري والتخطيط لنظام هرمي للمناطق، يسهل بفضله على المدبرين والمخططين السيطرة على برامج التخطيط السياسي والاجتماعي والاقتصادي.

3.النظريات والنماذج المرتبطة بتخطيط الخدمات

كما قال الرحماني وبكوش لا يمكن للدراسات العلمية أن تستقيم دون أن تكون لها مرجعية نظرية تقوم بمهمة الشرح والتفسير وتصلح لعمل التوقعات اللازمة. وبذلك فان النظريات تكون بمثابة أساس ومحور البحث ومركزه ونواته. فالمرجعية النظرية تجعل البحث يؤدي دوره في التفسير والتوقع. كما تساعد الباحث على الإحاطة أكثر بإشكالية موضوع الدراسة وتجنبه عدم الخلط بين المداخل المنهجية المتعددة. زيادة على ذلك، فالتقيد بنظرية

[36]-BENHALIMA (H.), 1987, Petite villes traditionnelle et mutations socio-économiques au Maroc, Le cas de Séfrou**,** Thèses et mémoires, n° 14, Publication de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat, Université Mohammed V, p. 159-169.

علمية تكون إطارا معرفيا ومنهجيا يستطيع من خلاله الباحث أن يعالج موضوع بحثه بطريقة علمية وعملية في آن واحد. كما تساعده في توجيه بحثه توجيها علميا ومنطقيا مقبولا.[37]

في هذا السياق، يرتكز الجانب النظري الذي سوف نورده على الاتجاهات النظرية والنماذج التي عالجت إشكالية توطن أنشطة الخدمات، وخاصة تلك التي تبرز التفاعل والارتباط القوي بين المجال والتوزيع، كون أن العلاقات المجالية تكسب أهمية في تطور المكان من خلال تطوير أنشطة اقتصادية فيما بين المدن والمناطق المحيطة بها. ويظهر ذلك من خلال تبادل لمنفعة بين المنتجين والمستهلكين. وبذلك، فان الحيز المجالي الذي تشغله الوظائف والأنشطة الاقتصادية داخل وخارج المدن تنمو وتتطور بشكل يتناغم مع حاجيات السكان، مرتبطا بمقوماته الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية. وهي أيضا تنمو وتتطور بمواصفات وخصائص عمرانية وتخصصية تنسجم مع متطلبات المرحلة التنموية والمرحلة المجتمعية.

لقد ساهمت مجموعة من النظريات في تفسير طرق توطين الخدمات في المجال. والملاحظ أن كثيرا من هذه النظريات والنماذج معقد، نظرا لتعدد المؤشرات والمعادلات الرياضية والإحصائية التي تستعملها، بحيث يصعب في كثير من الأحيان اعتمادها أو تفسيرها. كما أن التوطن يتطور، وأن نفس المدينة يمكن أن تخضع لنماذج مختلفة، نظرا لتشعب البنى الحضرية وتعقدها من جهة، ولسرعة وحداثة التمدين ببلادنا من جهة أخرى.

1.3. الاتجاهات الحديثة في دراسة الخدمات

إذا كان موضوع أنشطة الخدمات يعد اتجاها حديثا في الجغرافيا، والخدمات كظاهرة جغرافية، تشغل مساحات هامة في المجال، فإنها أثارت اهتمام علوم كثيرة وتخصصات شتى، منها الجغرافية التي تتعامل معها وفق منهج وطريقة خاصة بها، إلى جانب اعتبار دراسة الخدمات إحدى الدراسات التطبيقية في مجال الجغرافية التي تعد ركيزة أساسية من ركائز التنمية وجودة العيش الكريم، ورافدا أساسيا من روافد عمليات التدبير والتخطيط الحضريين. كما أن الاهتمام بالخدمات يعني الاهتمام بالإنسان، وأن موضوع دراسة الخدمات في عصرنا الراهن أضحى يشكل هاجسا واضحا للفاعلين والمهتمين بالشأن الحضري، مما يؤكد ذلك الاهتمام المتزايد والسعي الدؤوب لتقديم أفضل الخدمات للمواطنين بما يتوافق والمخططات التنموية ومستويات الرفع من تجويد الحياة الحضرية.

---

[37]-RAHMANI (N.), BEKKOUCHE (N.), 2015, Theoretical Background Create Problems in Scientific Research, p.495 (Route Educational and Social Science Journal Volume 2(4), October 2015.

تعد دراسة الخدمات من المواضيع التي ساهمت بها الجغرافيا في المجال التطبيقي، حيث أصبحت نتائج تلك الدراسات بمثابة القاعدة الأساسية التي ترتكز عليها السياسات التنموية؛ إذ لا تخلو المخططات من تضمينها هذا النوع من الأنشطة كاهتمام فكري وتطبيقي للتعامل مع الاحتياجات المتزايدة للساكنة من جهة، وتحديد نوعية الحياة إلى حد كبير، تبعا لجودة الحياة، اعتمادا على مدى كفاية وكفاءة الخدمات.

وقد بدأت دراسة الخدمات تظهر لأول مرة في الدراسات الخاصة بجغرافية المدن بوصفها جزءا منها، لكنها كانت مبتورة، وترتكز في غالبيتها على أنشطة التجارة والنقل. ثم بدأت تتبلور دراسة الخدمات في الدراسات الجغرافية، ففي سنة 1981م اقترح سيلي (Seley) أربعة مكونات رئيسية لخطة دراسة الخدمات من وجهة نظر جغرافية:

- **الغرض Purpose** وهو اهتمام يحدد مفهوم (لماذا) توجد الخدمة في مكان– ما– بالتحديد.
- **البنية أو التركيب Structure** ويوضح الاهتمام بدراسة توزيع الخدمة من حيث المركزية واللامركزية، ونظم وبرامج الخدمات.
- **تحديد المواقع Allocation** ويوضح الربط بين توزيع الخدمة المعنية وخصائص المستهلكين من جهة، وبين عوامل جذب الخدمة للتركز في أماكن معينة، وطرق الوصول إليها من جهة أخرى.
- **التقييم Evaluation** وهو أهم معايير دراسة الخدمة، حيث يركز على قياس فعالية الخدمة بالنسبة للأفراد، ومدى ملائمتها لإشباع حاجاتهم. لذا يساهم التقييم في إعادة بناء المنطقة المدروسة، وذلك بإحدى طريقتين؛ الأولى: تحديد منافذ الخدمات الموجودة بالفعل، والثانية : إضافة منافذ خدمات جديدة.[38]

وهكذا، تزايد اهتمام العلماء والباحثين بدراسة أنشطة الخدمات لما أصبحت تكتسيه من أهمية بالغة في الحياة اليومية للسكان. فهي تعتبر من المقاييس والمؤشرات على التقدم الاجتماعي والاقتصادي، وكونها من أهم الأمور التي يحتاج إليها السكان في حياتهم. كما أن الدول تسعى إلى تطوير نفسها في هذه المجالات لارتباطها بالتنمية بمختلف أشكالها. ولذلك لابد من العمل على توفيرها لكافة أفراد المجتمع. ثم إن التوسع في توفير الخدمات يعتبر من أسس التخطيط للتنمية الشاملة. فتكاثف جهود واهتمامات مختلف الباحثين لوضع نظريات

[38]- RONALD (K.), 1981, Beyond Industrialization Ascen Dance, Pareger Bublisher, N.Y.,p., 10-13

علمية وعملية للتحكم في تخطيط وتدبير الخدمات أضحى أمرا ضروريا لتحقيق التوازن المجالي والعدالة الاجتماعية.

2.3. تخطيط وتدبير الخدمات

أوضحت كثير من النظريات إلى أن المتطلبات المعيشية للسكان يتم توزيعها بشكل متدرج كما وكيفا بما يتناسب مع توزيع السكان وفق التركيب الداخلي للمدينة من وحدات متدرجة. وإذا كان هذا هو الاتجاه العام لتوزيع الخدمات في معظم النظريات إلا أن هناك تفاوتا فيما بينها من حيث عدد السكان اللازم لكل مستوى من مستويات الخدمات، وبالتالي تختلف المعدلات الخاصة بكل خدمة على حدة. فالحضانة مثلا، يمكن أن تمثل مستوى خدمة جيدة **لعدد من السكان في** حدود 500 نسمة، في حين أنها تمثل مستوى أدنى لعدد من السكان في حدود 1000 و1500 نسمة. كذلك تختلف معدلات الخدمات التجارية تبعا **للتركيب الاقتصادي** للسكان وبالتالي **القوة الشرائية والكثافة السكانية ومسافة الوصول** إلى هذه الخدمات إلخ. هذه المتغيرات يمكن أن يقاس على ذلك سائر الخدمات الأخرى مثل الخدمات التعليمية والصحية والإدارية وغيرها. ومما لاشك فيه أن متطلبات السكان وتوزيعها ومعدلاتها وكفاءتها تتوقف على كثير من المتغيرات المحتملة بين مدينة ومدينة أخرى والتي تخضع بالدرجة الأولى إلى التركيب **الاجتماعي والاقتصادي** للسكان أنفسهم، بالإضافة إلى بعض المحددات العمرانية التي تلعب دورا هاما في توزيع وتخطيط هذه المتطلبات.[39]وكذا المحددات العلائقية بين المدينة ومحيطها؛ إذ يرى "سميلز" أن الخدمات هي أهم ما يربط المدينة بإقليمها، وأن كل المدن تقريبا، تمثل إلى جانب مبرر وجودها الأصلي أو وظيفتها الأساسية، تمثل مراكز لتقديم الخدمات إلى سكان يعيشون خارج حدود المدينة، علاوة على تقديم هذه الخدمات لسكان المدينة أنفسهم. كما يضيف "سميلز" على أن وظائف المدينة هي التي تحكم امتداد إقليمها، سواء كانت هذه الوظائف اقتصادية تتعلق بدور المدينة في تجميع السلع وإعادة توزيعها على المنطقة المحيطة بها، أو في الحصول على حاجة سكانها من الإقليم حولها، أو كانت وظائف اجتماعية ترتبط بالخدمات التي تتخصص فيها المدينة كالتعليم والصحة والثقافة والترفيه وغيرها. ويقرر "سميلز" أنه قد لاحظ بوضوح انحدار معدل الخدمات التي تؤديها المدينة كلما بعدنا عنها. ومن غير المعقول أن يظهر هذا الانحدار فجائيا، ولكن على

[39]- أحمد كمال الدين عفيفي (2016)، نظريات في تخطيط المدن، هجر للطباعة و النشر و التوزيع، كلية الهندسة – جامعة الأزهر، ص 184 -185.

الأرجح فإنه توجد منطقة يبدأ فيها نفوذ المدينة في التشتت والضمور حتى يكاد أن يتلاشى، وهنا يكون إقليم مدينة أخرى قد بدأ في الظهور.[40]

3.3. العلاقة بين التنظيم المجالي والخدمات

أظهرت مجموعة كبيرة من دراسات التنظيم المجالي الأسس النظرية التي تفسر حركة عناصر التنظيم المكاني، ومن أهمها نظرية الأماكن المركزية (Central place theory) ونظرية أقطاب النمو (Growth pole theory) ونظرية التفاعل المكاني (Spatial interaction theory) حيث تناولت تفسير العلاقات مابين عوامل المجال والعوامل الاقتصادية والاجتماعية.

ولعل أهم مفهوم للعلاقات المكانية يرتكز على بعض أفكار الحركة في المكان، والتي تظهر في بعض الاصطلاحات مثل "التفاعل" و "التداول" و التدفق" و" النقل". ومن أبرز الجغرافيين الذين كان لهم السبق في مثل هذه المصطلحات كراو (Crowe) الذي بين أهمية التفاعل الخاص بالعلاقات المكانية. وقد سار على نهجه أولمان (Ullman) الذي يقول في هذا الصدد "بأن المساهمة الأساسية للجغرافيا تظهر في الاهتمام بالمكان (الحيز) والعلاقات المكانية المتبادلة.[41]

في حين أكد كلاسون (Glasson) في تحليله أن التنظيم المكاني يتضمن حركة النشاطات في المكان ويشير والتر ايزارد (Isard) إلى أن التحليل المكاني يتناول العناصر الأساسية للمكان، وآلية حركة هذه العناصر وطبيعة الآثار المتبادلة فيما بينها. وأكد أن التنظيم المكاني يتأثر أولا بالبعد المكاني (المسافة والطبيعة الجغرافية) الذي يمارس تأثيرا واضحا في حركة عناصر المكان والنشاطات التي تمارس فيه. ويتأثر ثانيا بحجم التركزات البشرية والعمرانية.[42]ولغرض إظهار الاتجاهات التفسيرية للتنظيم المكاني، سنحاول أن نتناول أبرز هذه النماذج والنظريات التي تهتم بالخدمات وهي كالآتي:

1.3.3. نظرية المكان المركزي: Central Place Theory

ارتبطت نظرية المكان المركزي باسم العالم الجغرافي الألماني والتر كريستالر Walter Christaller عام 1933م التي ترى بأن المدينة تشكل مركزا لتقديم السلع والخدمات إلى المدن المجاورة وظهيرها. لذلك فإن هذه

---

[40]- اسماعيل أحمد علي (1988)، دراسات في جغرافية المدن، دار الثقافة، القاهرة، الطبعة الرابعة، صص 219-220

[41]- الفرا محمد علي عمر (1980)، علم الجغرافيا دراسة تحليلية نقدية في المفاهيم والمدارس والاتجاهات الحديثة في البحث الجغرافي، نشرة دورية محكمة تعنى بالبحوث الجغرافية، عدد 22، منشورات جامعة الكويت والجمعية الجغرافية الكويتية، ص 59.

[42]- MO'MIN (M.), 2013, Urban Planing from a geographic perspective, Publishing Gaza-Palestine p.72

النظرية اعتمدت على تفسير مواقع المدن وتوزيعها وتباعدها وحجمها وأصنافها وفق وظائفها وتحديد علاقاتها التشابكية مع بعضها، وبمناطق التأثير حولها، انطلاقا من الوظيفة الأساسية التي تقدمها تلك المدن لبعضها، ومناطق تأثيرها؛ مما جعله يقرر بأن المدينة يجب أن تقع موقعا مركزيا بالنسبة لمحيطها، بحيث يحقق لها ذلك الموقع الفائدة القصوى والمتبادلة فيما بينها.[43]

وجاءت العديد من التطورات في ذلك الوقت وعلى الخصوص من قبل بريان بيري Berry[44] الذي رسم مناطق النفوذ على أساس سلسلة تدريجية من خدمات تجارة التجزئة التي تتدرج من مستويات منخفضة إلى مستويات عالية من البضائع والخدمات. وبعبارة أخرى يوجد تسلسل هرمي لخدمة من الخدمات، وهذا ما لاحظه كريستالر في نظريته المعروفة بنظرية المكان المركزي، أن الخدمات المقدمة للسكان في دولة أو إقليم ما تختلف في مستوياتها، **بمعنى أن هناك هرمية لهذه** الخدمات تتراوح مابين مستوى أدنى يتواجد في جميع التجمعات العمرانية، سواء أكانت مدن أم بلديات أم قرى أم محلات. ومستوى مرتفع من الخدمات يتواجد فقط في المدن الرئيسية والكبرى. لذلك ترى أن المدن الكبيرة تتمتع بتوفير معظم الخدمات فيها، بينما يتواجد في القرى والبلدات خدمات محدودة، والسبب في هذه الهرمية هو طبيعة العلاقة بين عدد السكان ومستوى الخدمات المقدمة. فقد وجد كريستالر أن هناك علاقة طردية بين عدد السكان ونوع وكم الخدمات المقدم؛ بمعنى أنه كلما زاد عدد السكان كلما كان مستوى الخدمات المقدمة فيه مرتفعا والعكس صحيح[45] كما اعتمد كريستالر إلى جانب المحدد السكاني على محدد مدى السوق في تفسير توزيع الخدمة. ويقصد به تلك المسافة التي يكون فيها السكان مستعدين للذهاب اليها للوصول إلى الخدمة. بمعنى أن أي نوع من الخدمات له ضرورات معينة تتناسب مع نوع الحاجة لتلك الخدمة أو السلعة، وأن هناك مسافات معينة يعمد المواطن على قطعها لإشباع تلك الحاجة بتوفير تلك الخدمة. فإذا زادت المسافة كثيرا عن الحد المعقول فان الرغبة والاستعداد لقطع ذلك المدى من أجل الوصول إلى سوق الخدمة يكون محددا، وأن معقولية قبول مدى السوق تكون مقاسه من خلال عاملي الوقت والكلفة. وهو ليس عامل ثابت لفعالية خدمة معينة، لأن المدى قد يختلف بين المراكز تبعا لعوامل مثل حجم وأهمية المركز ومستوى دخل الظهير.

---

[43]- CLAVAL (P.), 1966, La théorie des lieux centraux, Revue de géographie de l'Est, N° 1-2, Chronique de Géographie Economique, p.133.

[44]- BRIAN (B.), 1971, Géographie des marchés et du commerce de détail, Armand Colin, Paris, p.251.

[45]- غنيم عثمان (2012)، المخططات الإقليمية والعمرانية، الطبعة الأولى، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ص. 23

2.3.3. توزيع الخدمات ونظرية الأماكن المركزية

يخضع توطين الخدمات إلى عدة عوامل كالمسافة بين المدن وكثافة الشبكة الحضرية وندرة الخدمة ودرجة إشعاعها ومستوى تطور المجتمع ووسائل النقل والاتصال ومكانة المركز الخدمي في المنظومة الحضرية. وقد قام كل من كريستالر (Christaller) سنة 1933 ولوش (Lösch) سنة 1938 بصياغة نظرية توزع المدن التي من أهم وظائفها القيام بدور المكان المركزي وتأطير المجال المحيط بها من خلال الخدمات أساسا ولذلك سميت بنظرية الأماكن المركزية. وقد وضع الباحثان نظريتهما بصفة مستقلة تماما وتوصلا إلى نفس النتائج لجزء هام من النظرية:

فكريستالر وضع نظريته سنة 1933 انطلاقا من دراسة ميدانية استقرائية حول منطقة بفاريا بجنوب ألمانيا وهي منطقة ريفية آنذاك. أما لوش فقد قام بدراسة منطقة الإيوا الصناعية في الوسط الغربي الأمريكي سنة 1938 حسب مقاربة استنتاجيه.[46] وتعتمد النظرية على عدة فرضيات سبق أن تعرضنا إلى بعضها وتتلخص فيما يلي:

- التجانس المجالي الذي يتمثل هنا في وجود شبكة من المراكز الخدمية الأساسية موزعة بشكل منتظم في المجال ولها نفس الحجم والنشاط والوظيفة والتباعد والإشعاع.
- السلوك العقلاني الذي يتمثل في أن المستهلك يتردد على أقرب مركز، في حين يتوطن المنتج في أنسب مكان، تبعا لمبدأ التكلفة الدنيا والمنفعة القصوى.
- معرفة كاملة بالسوق والخدمات والأسعار والمسافات والتكاليف.
- التنافس الكامل بين المنتجين والمستهلكين.
- التراتب الخدمي يتبع التراتب الحضري.
- كل مستوى تراتبي من درجة معينة يحتوي على كل الخدمات التي تكون دونه درجة.
- عدد الخدمات والتجهيزات ومستواها يرتبطان بحجم المركز وبصفة غير مباشرة بمنطقة تأثيره.
- تناسب تكلفة النقل مع المسافة وحرية النقل وتواجد وسيلة واحدة للنقل.
- المدى المسافي للخدمات يرتبط مباشرة بمستواها وندرتها.

فالمدى المسافي هو المسافة القصوى التي يمكن فيها تداول السلع والخدمات بصفة مقبولة لكل من المستهلك والمنتج. هذا المدى الأقصى يحدد منطقة التأثير وحجم الطلب ومنطقة السوق. ففي المركز يكون السعر منخفضا

---

[46]- SAOUCHKINE (Y.), 1980, Géographie économique : Théorie et méthodes, Editions du Progrès, Moscow (1ère édition 1973) p.193

في مستوى تكلفة الإنتاج. ويرتفع السعر تدريجيا كلما اتجهنا نحو الأطراف نتيجة إضافة تكلفة النقل إلى تكلفة الإنتاج، إلى أن نصل نقطة ما ينعدم فيها الطلب تماما، لأن السعر يصبح يتجاوز الطاقة الشرائية للمستهلك. ويكون من مصلحة المزود التوطن في مكان يؤمن له أعلى دخل وأدنى تكلفة.[47]

3.3.3. نظرية المركز والهامش

يعتبر صاحب هذه النظرية ميردال جورج (MERDAL George, 1963) أن المجال الاقتصادي يتهيكل على أساس التفاعل بين مجالات مركزية ومجالات هامشية. المجالات المركزية تتوفر على مجموعة من العوامل التي تجعلها تهيمن في علاقتها مع الهوامش. وتقوم هذه الهيمنة على احتكار المركز لأنشطة متطورة. إذ يمثل مركز المدينة أنسب موضع لتوطن الأنشطة الاقتصادية ومختلف الشرائح الاجتماعية للأسر نظرا لموقعه المركزي ولارتفاع مستوى نفاذيته وإرباحية أنشطته وإشعاعها. وهو ما يجعل المنافسة على أشدها للتوطن في المركز واحتلال موقع مناسب فيه، مما يضفي على الريع الموقعي أهمية بالغة. بحكم هذا التنافس ترتفع القيمة العقارية للأرض وتبلغ أقصاها في المركز وتتراجع في اتجاه الأطراف، حيث تصل إلى حدود القيمة الزراعية للأرض. فالريع الموقعي يحدد التنظيم المجالي للمدينة حسب أحزمة متتالية ومتراكزة ومتدرجة تبعا للمردود المجالي للأنشطة الاقتصادية.[48]وهذا ما أقره لوش في نظريته "أن مركز المدينة له جاذبية قوية، كما يعرف ندرة في رصيده العقاري وفي ارتفاع ثمنه، لأنه يشكل قيمة مضافة كبيرة". ففي وسط المدينة تتوطن أنشطة قطاع الخدمات العالية القادرة على تحمل القيم العقارية المرتفعة جدا. فنجد في المركز الأنشطة المالية كالبنوك والتأمين والتجارة النادرة والإدارة وجل الأنشطة المركزية.

وينتظم المجال الحضري عموما تبعا لأربعة عناصر: الحاجة للمساحة، التكلفة، بما في ذلك التكلفة العقارية، المركزية والإشعاع أو منطقة التأثير. فكلما كانت الخدمة نادرة ارتفع شعاع تأثيرها، وبالتالي حاجتها إلى المركزية، كما هو الحال بالنسبة إلى التجارة النادرة والإدارة المركزية وخدمات الترفيه...وهي وظائف مركزية يتجاوز إشعاعها المدينة ليشمل سكان المناطق المحيطة بها.وكلما كانت الحاجة إلى المساحة كبيرة كان التوطن في الهامش، وذلك للتخفيف من الأعباء العقارية، خاصة التي تمثل النسبة الكبرى من التكلفة، مثل الصناعات الثقيلة والتجهيزات العمومية الضخمة. ونجد نفس الشيء بالنسبة للأسر. فالأسر الغنية أو الكبيرة تلجأ إلى الأطراف لتلبية حاجتها

---

[47]- BELHEDI (A.), 2010, Les Modèles de localisation des activités économiques, FSHS, Université de Tunis, pp.112 – 113.
[48]- PAULET (J.P.), 2005, Géographie urbaine, 2ème edition, Armand Colin, p. 133

من المساحة، حيث تنخفض أسعار الأرض، ومن جهة أخرى ترتفع تكلفة التنقل. بهذه الطريقة يقع تقسيم الدخل على كل من النقل والسكن حسب الموقع واختيار الأسرة والأولوية التي توليها لهذا أو ذاك.[49]

وبناء عليه، تميل بعض الخدمات للتوطن في أطراف المدينة أو الهوامش، لحاجتها إلى مساحات واسعة من الأراضي لقيامها، مثل الملاعب الرياضية والحدائق العامة والمستشفيات المركزية والتعليمية، بسبب انخفاض أسعار الأراضي في ضواحي المدن مقارنة بمركز المدينة. أما خدمات التجزئة والخدمات الخاصة، فتميل للتوطن داخل المناطق الحضرية بسبب مرونتها الفائقة في امتدادها الرأسي ضمن الطوابق المتعددة.

على ضوء نظريات ونماذج التوطن التي تقنن توطن الأنشطة المختلفة في المجال. ستتوالى مع مطلع القرن العشرين الاهتمامات المتزايدة بتوطن الأنشطة الاقتصادية وخاصة أنشطة الخدمات. فظهرت نظرية بيرجس عن النطاقات الدائرية، ونظرية هوت عن القطاعات الحضرية، ونظرية هاريس وأولمان عن المدينة المتعددة النويات، ونظريات المزايدة الإيجارية Bid Rent من نظريات توطن الأنشطة المختلفة والتي تشرح تنظيماتها المكانية.

4.3. نماذج التنظيم الحضري

مع بداية القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة المدينة من مختلف الجوانب العمرانية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها على اعتبار أنها نسق معقد يجمع بين وظائف وأنشطة حضرية متعددة وبين اختلالات متفاقمة، نتيجة النمو السريع وغير المتكافئ. فتوالى بعد ذلك ظهور نظريات عديدة عن نمو المدن وانتشارها وتطورها. فكانت البداية من مساهمة المدرسة الأمريكية على يد الرواد الأوائل من علماء الاجتماع الحضري. وبرزت في هذا المجال مدرسة شيكاغو، التي كان من روادها بيرجس (Burgess) الذي وضع نموذج الدوائر المتراكزة، موضحا كيف تنمو المدينة انطلاقا من المركز نحو الأطراف. وقد طور هذا النموذج فيما بعد هويت (Hoyt) بنموذج القطاعات الذي يبين أن نمو المدينة يتم في شكل قطاعات انطلاقا من المركز. ونظرا للتعقيدات المستمرة للبنية الحضرية، تبنى كل من هاريس وأولمان (Harris&Ullman) أفكار ماكينزي (MEKENZIE Roderick) حول تنظيم وترتيب المدينة من خلال النويا المتعددة. فتناولت تلك النظريات نمو المدن، من حيث امتدادها العمراني وأنماط استخدام الأراضي وتركيبها الوظيفي. [50]

---

[49]- بالهادي عمر (2010)، نماذج توطن الأنشطة الاقتصادية، منشورات كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة تونس، 23

[50]- الناوي أحمد ((2016)، التخطيط الحضري في المغرب، الجزء الأول، سلسلة دفاتر معرفية- دليل الطالب محاضرات ومناظرات 1، مطبعة لينا، الرباط-المغرب، ص 25

خاتمة الفصل الأول

كان الهدف من هذا الفصل النظري والمنهجي هو محاولة إبراز تطور مكانة الخدمات وتنامي أهميتها في حياة السكان. باعتبار الخدمات من أهم الدعائم والركائز الرئيسية التي تنبني عليها وتدور في رحاها كل عمليات التنمية، وبالخصوص التنمية الاجتماعية والبشرية والعمرانية على حد سواء.

ونظرا لهذه الأهمية، فإن أنشطة الخدمات لعبت دورا أساسيا قي فهم وتحليل الشبكة والبنية الحضرية؛ إذ مهما تكن مكانة المناهج المتخذة لوصف وتحليل الشبكات الحضرية أو البنيات الحضرية فإن أنشطة الخدمات تبدو العناصر الجوهرية التي تسمح بفهم التنظيم الحضري بالنسبة لمجموع الباحثين. وأن أنشطة قطاع الخدمات لها دور محوري في تراتب وتصنيف المدن والمراكز داخل الشبكة الحضرية. كما أن تراتب الخدمات يؤدي إلى تراتب المراكز الخدمية ومناطق تأثيرها. وبالتالي، فإن الخدمات تساعد على تحديد مستوى تراتب المدن وتراتب المجالات.

وعليه، فقد عرفت الأبحاث حول أنشطة الخدمات تطورات هامة، بحيث ظهرت العديد من الدراسات تهتم بدراسة أنشطة القطاع الثالث، والتي أصبحت معها الأنشطة عنصرا ذا طاقة تفسيرية كبرى لفهم التباينات والتجانسات. وتبقى أنشطة قطاع الخدمات عن طريق استقطابها لأغلبية اليد العاملة، وعن طريق تأثيرها على الحياة اليومية للأفراد ودورها الفعال في سير القرارات السياسية والاقتصادية الكبرى ذات أهمية قصوى. فدراسة الجغرافية ليس مجرد بحث أكاديمي، ولكنها وسيلة أكثر نجاعة لفهم تنظيم المجال في تجانسه كما في تباينه.[51]

لذا، سنحاول القيام بجرد الحصيلة المعرفية لموضوع الخدمات وخاصة ضمن الحقل الجغرافي لإبراز أهمية هذا الإنتاج الذي عالج موضوع الخدمات ونوعية الفروع التي تم الانكباب على دراستها مع وضعها في السياق العام والتطور الذي تشهده، وهذا ما سنتوخى توضيحه في الفصل الموالي.

[51]- DALMASSO (E.), 1978, Les activités tertiaires : leur role dans l'organisation de l'espace, Tome 3, systèmes urbains et activités tertiaires, Ed. SEDES, P.156

الفصل الثاني

جغرافية الخدمات: السياق والحصيلة

مقدمة

يتسم موضوع الخدمات بالمغرب بتنوع وتشعب كبير. ولذا فإن القيام بأي جرد لما أنجز حول الموضوع يبرز بوضوح مدى الاهتمام المتزايد للتعامل مع الاحتياجات المباشرة للمجتمع من جهة، وغزارة العطاء العلمي في هذا الميدان من جهة ثانية. فلا مقال ولا بحث، مهما كان مستواه وطبيعته، سواء تعلق الأمر بمؤلف خاص أو بحث جامعي أو مؤسساتي، يخلو من الإشارة إلى البنيات الخدماتية ومدى أهميتها في رصد جوانب مهمة من التحولات التي يعرفها المجال الحضري وما واكبه من تغييرات عميقة على جميع المستويات.

لذا، سنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على قطاع الخدمات ومكوناته، مع بيان الأنشطة الأكثر تأثيرا على هذا القطاع، وإبراز مكانته وأهميته الاقتصادية والاجتماعية ببلادنا، مع استعراض تجارب بعض البلدان كالهند والصين والولايات المتحدة الأمريكية التي أولت اهتماما كبيرا لقطاع الخدمات واستطاعت تنميته وتطويره عبر تحليل أكثر المكونات لقطاع الخدمات قوة، وطرق الاستفادة من التجارب الدولية في الاقتصاد المحلي.

كما سنقوم بدورنا بدراسة هذا القطاع من خلال إبراز وزن وأهمية الانتاج الجغرافي كميا الذي عالج موضوع الخدمات ونوعية فروعه التي أثارت اهتمام الباحثين منذ سبعينيات القرن الماضي (ق.20) إلى الآن، مع محاولة تحديد توجهاته في علاقة بمحيطه وسياقه، حتى يتسنى لنا أخذ صورة تقريبية عن التطور الحاصل في مسار البحث الجامعي ببلادنا، وما مدى مواكبته وخدمته لمشكلات مجتمعنا وقضاياه الأساسية، خاصة فيما يتعلق بالتطور الذي عرفته على مستوى قطاع الخدمات ولاسيما الخدمات التعليمية والصحية ضمن هذا الرصيد.

1. التدخل العمومي في مقاربة أنشطة الخدمات من الاستقلال إلى حدود التسعينيات من القرن الماضي (ق.20): اهتمام متأخر

تتميز هذه المرحلة بضعف ومحدودية الاهتمام بأنشطة الخدمات بصفة عامة والخدمات التعليمية والصحية بصفة خاصة. ويرجع هذا التأخر الحاصل في الاهتمام بهذا المجال إلى مجموعة من المؤشرات نذكر منها:

ظلت وتيرة التمدين عموما معتدلة بالوسط الحضري منذ بداية القرن؛ إذ لم تكن الساكنة الحضرية تتجاوز 420 ألف نسمة (8%)، ثم ارتفعت إلى 3.411.037 نسمة سنة 1960 (29.2 %) وإلى 8.730399 نسمة (42.7%)سنة 1982 لتصل إلى 11 مليون (53.2%) سنة 1997. وفي المقابل فقد عرفت الساكنة القروية زيادة مضطردة بلغت 6 ملايين في بداية القرن العشرين واستمر هذا العدد المطلق في تزايد حيث انتقل من 9.977.288 نسمة (64%) سنة 1971 إلى 11.685.878 أي (57%) سنة 1982، ليبلغ إلى 12.665.882، (48%) سنة 1994.[52]وانطلاقا من إحصاء 2004، تطورت نسبة الساكنة الحضرية لتبلغ في إحصاء 2004 إلى16.433.000 مليون نسمة بنسبة (55%). وفي إحصاء 2014 تجاوزت 19.869.000 بنسبة (59%).[53] وذلك حسب تقديرات المندوبية السامية للتخطيط.

فالملاحظ من خلال هذا المؤشر الديموغرافي أن هناك تقاربا بين الوسطين القروي والحضري على مستوى هذا المؤشر إلى حدود التسعينيات (ق.20) وأن العالم القروي لا يزال يستوعب حمولات ديموغرافية إضافية، لا تدل بالضرورة على حيوية المجال القروي ولا على دينامية القطاع الفلاحي بالخصوص[54]. وهو ما حدا بالدولة إلى توجيه اهتماماتها نحو البادية وتكريس الفلاحة كأولوية ضمن الخطة التنموية العامة للبلاد؛ و إعطاء الأولوية للمشاريع الكبرى، وذلك من منطق أن هذه الأخيرة تعد منتجة للآثار الخارجية، وللتنمية القابلة للتعميم، وفي الوقت ذاته تبنت الدولة مشاريع اقتصادية واجتماعية كبرى؛ غير أن تنفيذها اصطدم ببرامج وسياسات التقويم الهيكلي.

وبالموازة مع ذلك، شهدت المدن تراكم العديد من الاختلالات التي أفرزها النمو الحضري، باحتدام الطلب الشعبي على الخدمات من سكن وتعليم وصحية وشغل وغيرها، بل وتفاقمت هذه الاختلالات وعبرت عن

---

[52]- المملكة المغربية، وزارة إعداد التراب الوطني والبيئة والتعمير والإسكان، المجال المغربي واقع الحال، مديرية إعداد التراب الوطني، الرباط، 2000، ص 59.
[53]- وزارة التوقعات الاقتصادية والتخطيط بالرباط ، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2004- 2014.
[54]- جنان لحسن (2010)، "العالم القروي في البحث الجغرافي"، مجلة دفاتر جغرافية- العدد السابع، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز فاس، ص 15.

نفسها من خلال اضطرابات اجتماعية في المدن الكبرى.[55] وهو ما دفع بالفاعلين إلى دعوة المعاهد والجامعة إلى الانفتاح على محيطها الاقتصادي والاجتماعي والمساهمة في انجاز مشاريع تنموية لفائدة مؤسسات عمومية وشركات خاصة...، عندئذ اتجه اهتمام الباحثين بالمعهد الوطني للتهيئة والتعمير[56] للقيام بجموعة من الدراسات موجهة لتدبير المجالات الحضرية وسد النقص في التجهيزات والخدمات، حيث قام بدراسة حول الهيكلة الحضرية بالمغرب: التجهيزات والخدمات بالتركيز على تنظيم المجال (مستندا على نظرية كريستالر).

وفي العقود الأولى من الاستقلال اتجه اهتمام الباحثيين نحو المدن الصغيرة والمتوسطة لهيكلتها انطلاقا من التجهيزات ونوعيتها استنادا على المحدد الديمغرافي في سياق تفكير السلطات العمومية في تحويل هذا الصنف من المدن إلى أقطاب للتنمية، بغية التخفيف من ضغط الهجرة القروية عن المدن الكبرى.

برزت دراسة تروان[57] الذي اعتمد على البنيات التجارية في تنظيم المجال المغربي وكذا تحديد تعريف وتصنيف للمدن في ظل محدودية الخدمات على المستوى المجالي أنذاك، غير أن التحولات السريعة التي تشهدها المدن دفعت تروان بعد مرور عشرين سنة من إضافة خدمات جديدة. وهو ما يؤكد بأن تصنيف قطاع الخدمات أمر صعب نظرا للتطور والدينامية التي يشهدها باستمرار في بنية فروعه، مما يجعل تكميمه على المستوى المجالي أمرا شائكا. وبالتالي فإن هذا القطاع يعرف تحولات في بنية فروعه حسب السياق. لهذا وجدنا أن هيكلة المجال خلال هذه الفترة هيمنت عليها التجهيزات والخدمات التجارية بالدرجة الأولى، في ارتباطها بالعنصر الديمغرافي. بينما تم إغفال الاهتمام بالخدمات التعليمية والصحية كعنصر فاعل في تكوين الأفراد، باستثناء سد العجز في التجهيزات جراء الطلب المتزايد عليها من قبل الساكنة.

وفي نفس المنحى ظهرت دراسة[58] تهم جهة الشمال الغربي، قامت برصد التدخلات العمومية على مستوى اختيار توطن التجهيزات الجماعية، مع ربطها بالتطور العددي للسكان. ومن ثم إبراز مواطن القوة والضعف في أشكال التوازنات والاختلالات الوظيفية التي تميز المجالات الحضرية، وإذا كانت العقود الأولى بعد الاستقلال شهدت انطلاقة العديد من المشاريع، فإن

---

[55]- فجال علي (2010)، "في قضايا التمدين والتعمير الكبرى بالمغرب"، مجلة دفاتر جغرافية- العدد السابع، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز – فاس، ص 35

[56]- SOUAFI (M), EL IRAKI (A) et SAKROUHI (A), 1981, L'armature urbaine du Maroc: Les équipements et les services, in R.G.M., vol.14, Numéro 1-2, Nouvelle Série, Rabat..

[57] - TROIN (J.F.), 1971, Essai méthodologique pour une étude des petites villes en milieu sous-développé. Les structures commerciales urbaines du Nord Marocain, Annales de géographie. LXXX, N° 441. Colin. Paris,

[58] - BREJON DE LAVERGNEE (N.), 1986, "La politique de l'état en matière de choix et de localisation des équipements collectifs dans la Région Nord-Ouest : Onze ans d'expérience", in R.G.M., Numéro 1 et 2, Nouvelle Série, Rabat.

أواخر التسعينيات عرفت انطلاقة جديدة لاشغال تقييم هذه لانجازات المحرزة في مجال الاستفادة من هذه الخدمات. بحيث أقرت بمشكل الفوارق المتعلقة بالمجال والنوع، وخاصة فيما يتعلق بمسألة الخدمات التعليمية والصحية التي لم تتحقق بشكل متكافئ بين مختلف أفراد المجتمع المغربي، الأمر الذي نتج عنه ضعف ولوج الخدمات والتجهيزات الأساسية وأداء المؤسسات وبالتالي قلة التنافسية الاقتصادية.

بالرغم من اعتماد سلسلة من الاصلاحات، التي كان بعضها مرتجلا، في بعض الأحيان، وبعضها الآخر غير تام، في كثير من الحالات، فقد تحولت المنظومة التعليمية والصحية إلى آلة ثقيلة، قليلة المردودية وغير مهيئة لمواجهة تغيرات وتحولات الاقتصاد والمجتمع والمحيط الدولي[59].

شهدت هذه الفترة عودة الاهتمام بالتنمية الاجتماعية إلى الواجهة بعد فشل سياسة التقويم الهيكلي والتي كانت لها عواقب وخيمة على الجانب الاقتصادي والاجتماعي على حد سواء. تمثلت أساسا في فقر أوساط عديدة في المجتمع، ارتفاع البطالة، تزايد الفوارق على مستوى الاستفادة من المرافق والخدمات العمومية، وكذا انخفاض المؤشرات الاجتماعية من تعليم وصحة وشغل...، كما تغيرت الشروط السياسية لصالح انجاز المشاريع الاجتماعية بهدف تدارك الخصاص الحاصل في هذا المجال. وبرز هذا التوجه على الخصوص في ظل تراجع القطاع الفلاحي والصناعي مقابل نمو عائدات قطاع الخدمات وتزايد أهميته في التشغيل.

وفي هذا السياق، تم اتخاذ مجموعة من الإجراءات، ترمي إلى تثمين وتنمية الرأسمال البشري من خلال إصلاح كل من قطاع التربية والتعليم وقطاع الصحة وغيرها من القطاعات الاجتماعية، للاندماج في السياق الاقتصادي الجديد، خاصة بعد التغييرات التي طرأت على الناتج الداخلي الخام باحتلال قطاع الخدمات الصدارة على القطاعات الاقتصادية الأخرى، شأنه شأن باقي الاقتصادات العالمية. وهو ما دفع بالمغرب إلى تحديث هذا القطاع لما له من دور فعال على التنمية.

59- تقرير الخمسينية (2006)، المغرب الممكن، دار النشر المغربية، ص 78

2. تعاظم مساهمة قطاع الخدمات في الاقتصاديات العالمية

يعد قطاع الخدمات أحد أهم الاتجاهات الحديثة للاقتصاديات المعاصرة بالنظر إلى الحصة التي يستحوذ عليها في ميدان الشغل وكذا مساهمته المهمة في الإنتاج الإجمالي، بعد ما كان هذا القطاع يعاني الإهمال ويرتب في المرتبة الثالثة، لكونه لا يساهم في خلق الثروة بسبب لامادية منتجاته. وبعد الثورة الصناعية والتطور الصناعي نما قطاع الخدمات بسرعة فائقة. وحولت معظم الاقتصاديات إلى اقتصاديات خدماتية. ويعتبر حاليا قطاع الخدمات قلب الاقتصاد المعاصر، مثل ما كانت الصناعة قلب الاقتصاد الصناعي، والزراعة قلب الاقتصاد التقليدي. مما حدا بالعديد من الاقتصاديات إلى ضرورة تطوير هذا القطاع الحساس لما له من تأثير ايجابي على التنمية.[60]

1.2.الأهمية الاقتصادية لقطاع الخدمات في الاقتصاد العالمي

شهد الاقتصاد العالمي خلال العقود الخمسة الأخيرة نموا سريعا في أنشطة الخدمات، مقابل انكماش في مساهمة النشاطات الصناعية والزراعية. فقد ارتفعت مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي العالمي إلى 68% في عام 2016. ويظهر هذا النمو بشكل جلي من خلال التغير البنيوي لاقتصاد العديد من البلدان باتجاه اقتصاد قائم على النشاط الخدماتي. إذ زادت مساهمة القطاع في الناتج المحلي الإجمالي لدى جميع فئات الدخل المختلفة. ففي الدول ذات الدخل المرتفع والتي شهدت ارتفاعا في هذه النسبة انتقلت من 61 في المائة سنة 1980 إلى 76 في المائة عام 2015، بينما في الدول المتوسطة الدخل فقد سجلت نموا ملحوظا انتقل من 42 في المائة إلى 55 في المائة لنفس الفترة. أما في الدول ذات الدخل المنخفض فما زالت تسجل معدلات نمو أقل وصلت إلى 48 في المائة لعام 2015 وذلك حسب إحصائيات البنك الدولي لعام 2017م، وقسم من هذه الخدمات ضعيف المردودية. وتعزى الزيادة في نواتج الخدمات في هذه الفترة إلى حد كبير، إلى تراجع النواتج الاقتصادية في الاقتصادات المتقدمة، وإلى تراجع النواتج الزراعية في الاقتصادات النامية. ففي الاقتصادات المتقدمة، حقق قطاع الخدمات نموا، وغادرت موارد الإنتاج قطاع الصناعة. أما في البلدان النامية، لاسيما البلدان الأقل نموا، فإن موارد الإنتاج قد انتقلت من القطاع الزراعي إلى قطاع الخدمات أساسا.[61]ونظرا للدور المهم لقطاع الخدمات في تحفيز

---

[60]- سفيان بوصالح وعبد الناصر بوتلجة (2015)، "دور قطاع الخدمات في التنمية المستدامة"، مجلة البديل الاقتصادي، العدد السادس، منشورات جامعة زيان عاشور بالجلفة- الجزائر، ص 13

[61]-Source: UNCTAD, "The role of the services economy and trade in structural transformation and inclusive development", United nations, Publication, Sales N°. TD/B/C.I/MEM.4/14, 6 June 2017, p.2

النمو الاقتصادي عامة، والقطاعات المشكلة له على وجه الخصوص، فقد أثر ذلك على إعادة تشكيل الهياكل الاقتصادية في عدد من دول العالم باتجاه القطاع الخدماتي.

تبرز أيضا أهمية قطاع الخدمات في مساهمته في الاستثمارات الدولية التي شكلت 53 في المائة عام 2016، إذ زادت الاستثمارات في قطاع الخدمات بوتيرة أسرع مما هي عليه في قطاع الزراعة وقطاع الصناعات.[62] كما شهدت الصادرات من الخدمات نموا في الاقتصادات العالمية بيد أن عولمة الخدمات أكثر أهمية بالنسبة للبلدان النامية من عولمة قطاع السلع، حيث تنمو صادرات الخدمات بوتيرة أسرع بكثير من البلدان المتقدمة، وقد زادت حصة البلدان النامية في صادرات الخدمات العالمية من 23 في المائة في عام 2005 إلى 29 في المائة عام 2016، بينما زادت حصة صادرات الخدمات في مجموع الصادرات من السلع والخدمات من 24 في المائة في عام 2005 إلى 28 في المائة في عام 2016[63]في الاقتصادات المتقدمة. ويرجع السبب في ارتفاع حصة صادرات الخدمات من إجمالي الصادرات الدولية إلى الفائض في تجارة الخدمات؛ حيث حققت بعض البلدان مثل آيسلندا وليتوانيا ونيوزيلندا فائضا في الحساب الجاري. وفي بلدان أخرى مثل الولايات المتحدة يساعد الفائض التجاري في الخدمات في تعويض العجز التجاري في السلع جزئيا. كما يلاحظ، لا تتمتع جميع البلدان بفائض تجاري في الخدمات. فسنغافورة وألمانيا مثالان على البلدان التي لديها تجارة سلبية في ميزان الخدمات، وذلك على الرغم من أن ميزانها في السلع ايجابي. لكن التحول الجاري في هيكل التجارة العالمية لمصلحة قطاع الخدمات قد يصل إلى أقصى حد في البلدان مرتفعة الدخل. كما أنه مستمر بين الاقتصادات الناشئة أيضا. ويعد قطاع الخدمات من بين القطاعات الأسرع نموا في العديد من البلدان، وبالأخص في خدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية وخدمات البرمجيات والخدمات المالية.[64]وتعددت الأدبيات في تفسير العوامل الكامنة وراء ديناميكية قطاع الخدمات في بلدان العالم، إلى أن مرونة الطلب على الخدمات أكبر من مرونة الطلب على السلع، وبالتالي فإن الطلب النهائي لنمو الخدمات كان بشكل أسرع من الطلب على السلع في ظل ارتفاع معدلات دخل الفرد. كما أن التغييرات التقنية والهيكلية في الاقتصاد تجعله أكثر فاعلية. وفي تفسير آخر حول مرونة الدخل المرتفع للطلب على الخدمات قد ساهمت على تحفيز نمو الخدمات، بالإضافة إلى زيادة استخدام المدخلات للخدمات من قبل

[62]-Source*:* UNCTAD Secretariat calculations, based on UNCTAD, 2016a, "World Investment Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.II.D.4, Geneva).
[63]-Source: UNCTAD, (6 June 2017), "The role of the services economy and trade in structural transformation and inclusive development", United nations, Publication, Sales N°. TD/B/C.I/MEM.4/14, p. 5
[64]-MATTOO (S.), ZANINI, 2008, "Ahandbook of international trade in services", Typeset by SPI Publisher Services Ltd, Pondicherry, India Printed in Great Britain P.10

القطاعات الأخرى، والتي لعبت دورا هاما في عملية نمو قطاع الخدمات. وهناك أيضا العديد من العوامل الأخرى، مثل الإصلاحات الاقتصادية، ونمو صادرات الخدمات والتي ساهمت في تحفيز النمو الخدماتي.[65]

على الرغم من عدم وجود طريقة لمعرفة الضرر الاقتصادي الناجم عن وباء فيروس كورونا العالمي كوفيد 19، إلا أن هناك اتفاقًا واسع النطاق بين الاقتصاديين على أنه سيكون له آثار سلبية شديدة على الاقتصاد العالمي. توقعت التقديرات الأولية أنه في حالة تحول الفيروس إلى وباء عالمي، فإن معظم الاقتصادات الكبرى ستفقد 2.9٪ على الأقل من ناتجها المحلي الإجمالي خلال عام 2020. وقد أعيد ذكر هذه التوقعات بالفعل إلى خسارة الناتج المحلي الإجمالي بنسبة 4.5٪. لوضع هذا الرقم في المنظور الصحيح، قُدر الناتج المحلي الإجمالي العالمي بحوالي 88 تريليون دولار أمريكي في عام 2019 مما تسبب في تراجع بنسبة 4.5 في المائة في النمو الاقتصادي وبالتالي فقدان ما يناهز 4 تريليون دولار أمريكي من الناتج الاقتصادي.[66]

2.2. دور قطاع الخدمات في التوظيف

لا تنحصر الأهمية الاقتصادية لقطاع الخدمات في عظم مساهمتها في الإنتاج والعوائد الكبيرة فحسب، بل يمتد دوره في رفع معدلات العمالة من خلال توفير العديد من فرص الشغل. حيث بات القطاع الأكثر توظيفا في معظم دول العالم، حيث أن الدور المهم والحيوي له يسهم بقوة في دفع عجلة التنمية المستدامة، وتنويع الإنتاج والتصدير والابتكار والتمويل. وهذا الدور الكبير لم يعد محل خلاف بين الاقتصاديين كما كان عليه الوضع قبل سنوات. فعلى الصعيد العالمي شكلت الخدمات نحو 59 في المائة من الوظائف عام 2016، وما يقارب 54 في المائة من العمالة في البلدان النامية. حيث يراهن على قدرة قطاع الخدمات في حل مشكلة البطالة عالميا، عبر زيادة معدلات التوظيف في الاقتصاد ككل وفي هذا القطاع على وجه الخصوص. وتشير الإحصائيات إلى أن النمو في قطاع الخدمات لم يقتصر فقط على الدول مرتفعة الدخل، بل طال أيضا البلدان النامية، ففي الإحصائيات التي ذكرتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية [OECD][67] تبين أن مساهمة قطاع الخدمات في هذه الدول قد تجاوز 60 في المائة من إجمالي القيمة المضافة لعام 2017م في معظم دول المنظمة، وذلك حسب الأرقام الصادرة عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وأضحى قطاع الخدمات يمثل مفتاح الاقتصاد الكلي، ويحقق الرفاهية في هذه

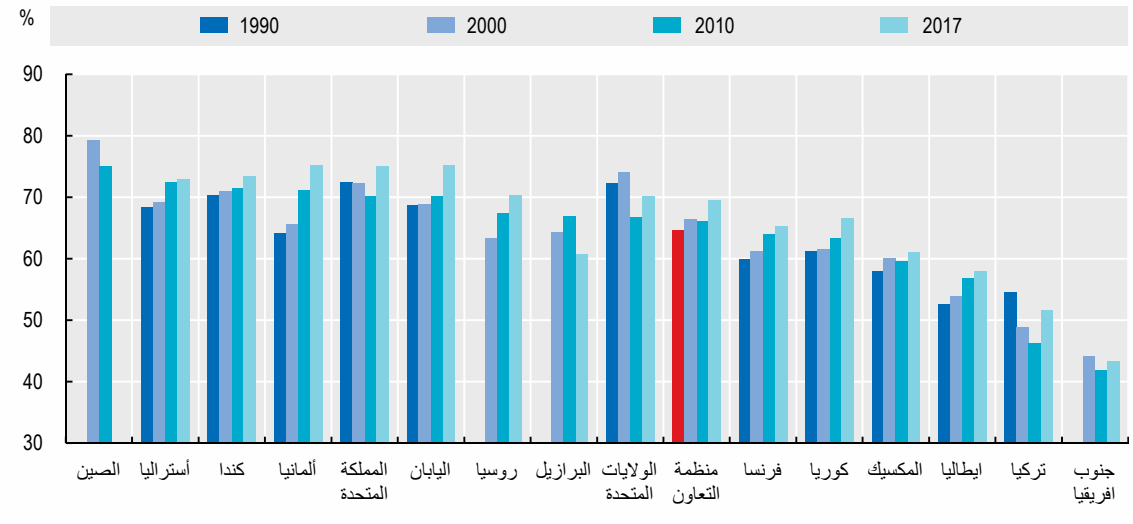
[65] -GORDON (J.), GUPTA (P.), 2005, Understanding India's Services Revolution. International Monetary fund, Paper prepared for the IMF-NCAER conference, Atale of two giants: India's and China's Experiences with reform, New Delhi. P.10

[66] -Source : OECD, Report of Global Economic trends and prospects, 2020

[67]- دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية OECD وتشمل: النمسا، بلجيكا، كندا، الدنمارك، فرنسا، ألمانيا، اليونان، ايسلندا، ايلندا، ايطاليا، لوكسومبورغ، هولندا، النرويج، البرتغال، اسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية، اليابان، فنلندا، استراليا، نيوزيلندا، المكسيك، جمهورية التشيك، هنغاريا، بولندا، كوريا، الشيلي، استونيا، اسرائيل، لاتفيا، سلوفينيا.

البلدان، حيث استطاع قطاع الخدمات خلق فرص عمل يتجاوز نمو الوظائف بشكل عام. بحلول عام 1997 كان حوالي 64 في المائة من العاملين المدنيين، بما في ذلك موظفي الحكومة باستثناء أفراد القوات المسلحة، يشتغلون في أنشطة مرتبطة بالخدمات؛ في تسعة بلدان تجاوزت الحصة 70 في المائة من العمالة.[68] كما أدى النمو المتواصل في قطاع الخدمات إلى الزيادة في معدلات التوظيف بالنسبة لغالبية اقتصادات العالم. إن قطاع الخدمات هو أكبر توظيف في جميع البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ويعمل أكثر من 70 في المائة من القوى العاملة في البلدان ذات الدخل المرتفع في هذا القطاع حسب البيانات الصادرة عن هذه المنظمة لعام 2017.

شكل رقم 1: ارتفاع معدلات التوظيف في العقود الأخيرة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية



Source: OECD Employment Database, www.oecd.org/employment/database

على الرغم من موجات القلق الدورية المتعلقة بتشريد العمال بسبب التقدم التكنولجي والعولمة، فقد شهدت معظم بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية معدلات توظيف هامة، حيث ارتفعت حصة الأشخاص في سن العمل بشكل تصاعدي خلال العقود الماضية، باستثناء الولايات المتحدة التي عرفت تذبذبا ملحوظا (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية شكل رقم 1). في الواقع، ارتفع الطلب على العمالة بقوة تمشيا مع الزيادة في عرض العمل نتيجة لزيادة مشاركة النساء وكبار السن. في الولايات المتحدة، ارتفع معدل مشاركة النساء من 42% في عام 1960% إلى 68% في عام2017. وعلى مستوى منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، زادت مشاركة الإناث في القوى العاملة بنسبة 10 نقاط مئوية منذ أوائل الثمانينات (من 54% في عام 1983 إلى 64% في 2017).

[68] - OECD (2000), The service economy, 2000 Edition, Paris, p.19

بلدان مثل إسبانيا ايرلندا، حيث نمت مشاركة الإناث في القوى العاملة من أقل من 40% إلى أكثر من 65% خلال هذه الفترة، شهدت أكثر النتائج لفتا للنظر في هذا الصدد. ومن ناحية أخرى، لا يزال هناك عدد كبير من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي يعرف زيادة واسعة في مشاركة المرأة (في تركيا، على سبيل المثال، تشارك أقل من 4 من كل 10 نساء في العمل، مقارنة بحوالي 8 من كل 10 رجال).

3.مظاهر قوة قطاع الخدمات في بعض الدول

اتجهت معظم الاقتصاديات العالمية منذ سبعينات القرن الماضي (ق.20) إلى الاعتماد التدريجي على قطاع الخدمات لتحقيق التنمية الاقتصادية، إما من خلال بلوغ نمو اقتصادي عبر تنمية قطاع الخدمات بشكل ممنهج ومدروس، أو من خلال دعم النمو في القطاعات الاقتصادية الأخرى من صناعة وزراعة وتجارة وغيرها من القطاعات الأخرى، حيث أن هذا الاتجاه العام للنمو الاقتصادي ككل يتسق مع اتجاه النمو في قطاع الخدمات، نظرا لقدرته على توفير البيئة الحاضنة والميسرة بين القطاعات الاقتصادية، بما يحقق التشبيك والترابط الاقتصادي المطلوب للوصول إلى نمو اقتصادي حقيقي من جهة، وبما يشمل تقديم الارتباط والتداخل المطلوب بين هذه القطاعات، وتسريع وتيرة النمو في تلك القطاعات عبر تقديم التسهيلات التي من شأنها المساعدة في تقليل التكلفة وزيادة الإنتاجية ضمن مفهوم زيادة معدلات وفورات الحجم. إقليميا وعالميا، حققت بعض البلدان في العقدين الماضيين معدلات نمو كبيرة، مما جعل منها دولا آخذة في تزاحم البلدان المتقدمة، نتيجة تطور قطاع الخدمات لديها بشكل واضح، مع اختلاف ملامح النهوض بالقطاع الخدماتي، تبعا للملامح الاقتصادية والسياسية للاقتصاديات العالمية. وفيما يلي استعراض لأبرز التجارب العالمية التي أولت اهتماما كبيرا بقطاع الخدمات واستطاعت تنميته.

1.3. الهند تجربة رائدة في قطاع الخدمات

تعتبر الهند من أبرز الدول النامية التي شهدت تطورا ملحوظا في قطاعها الخدماتي. وقد كان لقطاع الخدمات دور بارز وفريد في هذا النمو، حيث أنها اعتمدت على تحقيق النمو في قطاع الخدمات بشكل مجرد من خلال تصدير خدماتها للخارج وتحويلها إلى ناتج حقيقي ملموس، مما أدى لتجاوز حصة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي حصة الصناعات التحويلية.[69] وما يميز التجربة الهندية، أنها اختلفت عن الأدبيات

[69] - MUKHERJEE (A.), (June, 2013): The Service Sector in India. Paper presented at Asian Development Bank, No. 352, p.2

الاقتصادية في تحقيق النمو والتنمية الاقتصادية من خلال الانتقال في الأولوية بين القطاعات الاقتصادية، حيث كان من المتعارف عليه أن تحقيق النمو الاقتصادي يأتي خلال التحول إلى الاقتصاد الصناعي على حساب الاقتصاد الزراعي كما وضح ذلك آرثر لويس (Arthur Lewis) في نموذجه الاقتصادي. لكن في التجربة الهندية اختلف الأمر حيث اتجهت من القطاع الزراعي إلى قطاع الخدمات بشكل ملفت للنظر.

شرعت الهند غداة الاستقلال في تطبيق سلسلة من الإصلاحات السياسية والاقتصادية والاجتماعية وتوجيه الموارد المتاحة في الاتجاه الصحيح حتى تأتي ثمارها. ففي العقود الثلاثة الأولى بعد الاستقلال، اعتمد الاقتصاد الهندي إلى حد كبير على القطاع الزراعي، مع نمو حثيث في قطاع الخدمات في منتصف الثمانينات. لكن الاهتمام بقطاع الخدمات في الهند تزامن مع الإصلاحات الاقتصادية في تسعينات القرن الماضي (ق.20)، بعد التعرض لأزمة ميزان الدفوعات، عندما اعتمد الاقتصاد الهندي حينها على القطاع الزراعي إلى حد كبير. لكن بعد تطبيق الإصلاحات الاقتصادية، بدأ قطاع الخدمات بتحقيق نمو سريع. فوجهت الإصلاحات الاقتصادية إلى قطاع الخدمات كجزء مهم من برنامج الإصلاح الشامل والذي أدى إلى الخصخصة، وإلغاء القيود المفروضة على الاستثمار الأجنبي المباشر وتبسيط الإجراءات المرافقة.[70] الشيء الذي جعل قطاع الخدمات من القطاعات المهمة والواعدة في الاقتصاد الهندي وركيزة أساسية من ركائزه. حيث شهدت معدلات النمو في قطاع الخدمات ارتفاعا بوتيرة عالية حيث كانت في عقد السبعينات 4.3% وارتفعت إلى 6.3% في عقد الثمانينات ثم 7.7% في عقد التسعينات إلى أن وصلت إلى 8.1% في العقدين الأخيرين. وهذا يدل على التطور الهائل الذي يحصل في هذا القطاع مما يزيد من أهميته النسبية ويرفع من معدل مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي الهندي. وفيما يلي مساهمة كل قطاع من القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي الهندي.

جدول رقم 5: مساهمة القطاعات الرئيسية في الناتج المحلي الإجمالي الهندي GDP (1950–2019)

السنوات	1960–1951	1970–1961	1980–1971	1990–1981	2000-1991	2019–2001
قطاع الزراعة	%50	%45	%38	%28	%28	%18.57
قطاع الصناعة	%21	%22	%26	%27	%25	%27.3
قطاع الخدمات	**%29**	**%33**	**%36**	**%45**	**%47**	**%54.40**

المصدر: تم إعداد الجدول من قبل الطالبة الباحثة بالاعتماد على المصادر الآتية: – تقرير التنمية في العالم عام 1994، ص 198؛

- year book, 2001, p 1939 the Europe world

- Distribution of gross domestic product (GDP) across economic sectors in India 2020. Published by Aaron O'Neill, Jul 22,2021.

[70]-MUKHERJEE (A.), (June, 2013), Ibid, p.2

يستشف من خلال الجدول أعلاه ارتفاع مساهمة القطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي وحدوث تغيير هيكلي في الاقتصاد الهندي، وتحول من القطاع الزراعي إلى قطاع الخدمات أساسا؛ اذ كانت مساهمة القطاع الزراعي في الناتج المحلي خلال عقود الخمسينات والستينات والسبعينات مرتفعة وصلت أعلى نسبة إلى 50%. ويرجع الأمر في ذلك إلى اهتمام الدولة بهذا القطاع خلال تلك الفترة من التاريخ الاقتصادي الهندي، من خلال ما يعرف بالثورة الخضراء. ولكن نسبة مساهمة هذا القطاع تراجعت خلال عقدي الثمانينات والتسعينات اذ بلغت 32 و28 على الترتيب. بينما شهد القطاع الصناعي ارتفاعا في نسبة مساهمته في الناتج المحلي بنسبة 5% خاصة خلال الفترة الممتدة من 1970 -1990 (أي من 22 إلى 27). لكن العقد الأخير شهد انخفاضا في نسبة المساهمة بمقدار 2% عن عقد التسعينات. في حين شهد قطاع الخدمات طفرات نوعية في نسبة مساهمته في الناتج المحلي طيلة العقود الخمسة، حيث بلغت إلى 47% في بداية الألفية. ويعود السبب في ذلك إلى حركة التحرير في الاقتصاد الهندي و التطور التكنولوجي الذي رافق عملية الإصلاح الاقتصادي. أصبح قطاع الخدمات رائدا في الاقتصاد الهندي ومن أحد أهم مكوناته، حيث شهدت حصتة في الناتج المحلي الإجمالي تزايدا ملحوظا خلال الفترة من 2011 إلى 2015م، ففي العام 2014-2015م شكلت نسبة مساهمة الخدمات من الناتج المحلي الإجمالي ما نسبته 52.6% بمعدل نمو 3.14% مقارنة بالعام 2013-2014. وذلك حسب بيانات وزارة الإحصاء وتنفيذ البرامج – الهند 2017م.

يتبين بشكل جلي هيمنة واضحة للقطاع الخدماتي في الاقتصاد الهندي، حيث بلغت مساهمة القطاع 52.6% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2015م؛ أي أن أكثر من نصف الاقتصاد الهندي يعتمد على قطاع الخدمات. وسيطرته على النشاطات الاقتصادية الأخرى على مدى العقود الأخيرة تؤهله لكي يكون قطاعا رائدا مقارنة بالقطاعات الأخرى التي لم تستطع الإسهام بنفس النسبة في الناتج المحلي الإجمالي. ذلك أن نسبة مساهمة القطاع الصناعي تناقصت بشكل طفيف من حوالي 27% سنة 2011 إلى25.9% سنة 2015م. كما تراجعت مساهمة القطاع الزراعي بشكل ملحوظ من 21.7% إلى 19.3% لنفس الفترة. وحسب المكتب المركزي للإحصاء الهندي، يتوقع أن يواصل قطاع الخدمات ريادته من خلال ارتفاع نسبة مساهمته في النمو في الناتج المحلي الإجمالي بوتيرة عالية قد تصل إلى 54.40% مابين سنتي 2018-2019، مقارنة بالقطاعات الأخرى؛ حيث يتوقع أن ينخفض قطاع الزراعة بشكل طفيف في نسبة المساهمة في الناتج المحلي الإجمالي الهندي إلى 18.57% مابين سنتي 2018-2019. أما قطاع الصناعة من المتوقع أن ترتفع حصة مساهمته إلى 27.03% لنفس الفترة. غير أن القطاعات الاقتصادية الهندية لم تستطع الحفاظ على وتيرة نموها متأثرة شأنها شأن باقي دول العالم بجائحة كوفيد

19 سنة 2020 والتي تراجعت على إثرها حصة مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الاجمالي الهندي إلى 49.25% والقطاع الصناعي إلى 23.4% فيما شهد القطاع الفلاحي ارتفاعا طفيفا وصل إلى 27.33%.[71]الشيء الذي يبين على أن الاقتصاد الهندي اقتصاد خدماتي بامتياز ومرتبط بالخارج بحيث تأثر بشكل كبير بظرفية كوفيد 19 سنة 2020.

فيما يتعلق بالتوظيف، فعلى الرغم من أن الاقتصاد الهندي يصنف من أكبر الاقتصادات النامية في العالم، وهيمنة قطاع الخدمات عليه، فإن هذا القطاع لا يستوعب سوى 28% من قوة العمل، في الوقت الذي يسهم فيه بنحو 12% من إجمالي الناتج المحلي سنة 2020. ونفس الشيء ينطبق على قطاع الصناعة؛ فعلى الرغم مما حققه من نمو طفيف في العقود الأخيرة فهو لا يشغل سوى 19% في مجال التوظيف. في حين أنّ حصة الزراعة من الناتج المحلي الإجمالي للهند قد تدنت. ولا تزال حصتها من التوظيف مستقرة بشكل نسبي، وقد كانت نتيجة انخفاض حصّة الدخل للعاملين في مجال الزراعة. ولا تزال الزراعة توظّف أكثر من 40% من القوى العاملة الهندية. وبعد مضي 25 عاما عليها لم تستطع الإصلاحات الاقتصادية أن تعالج اللامساواة الهيكلية الأكبر في سوق العمل الهندي. إن معدل نمو الزيادة في العمالة كان خُمس معدل زيادة الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 1999- 2000 و2011- 2019.[72]

من الجدير بالذكر أن ارتباط النمو الاقتصادي للهند بتوسع قطاع الخدمات قد شرع الباب للسؤال عن إمكانية اعتماد الدول النامية على النمو في قطاع الخدمات كمعول أساسي في تحفيز النمو الاقتصادي بمعزل عن تطور القطاع الصناعي. إلا أنه بحسب بعض الباحثين ايتشنغرين وجوبتا(Eichengreen and Gupta 2011) فإن قطاع الخدمات الهندي يمتاز، بعكس غيره من القطاعات الخدمية للعديد من الدول النامية، باعتماده على الخدمات الحديثة (خدمات الأعمال، البنوك والاتصالات). في المقابل، حذر آخرون من أن قدرة قطاع الخدمات الهندي في تعزيز النمو الاقتصادي على الأمد البعيد قد تتآكل دون تطور متزامن للصناعة؛ وذلك لاعتماد قطاع الخدمات (خصوصا قطاع الأعمال)، على تطور وتوسع النشاط الصناعي، من خلال الطلب على خدمات التسويق،

[71]-Source **:** Distribution of gross domestic product (GDP) across economic sectors in India 2020. Published by Aaron O'Neill, Jul 22,2021

[72] - Source: CSO et Economic Survey 2019-2020, Gouvernement India

التمويل، التوظيف، الخدمات القانونية، بالإضافة إلى خدمات التكنولوجيا والاتصالات (Eichengreen and Gupta 2011, Singh 2012).[73]

2.3. الصين نموذج للاقتصادات الصاعدة

تعتبر الصين من بين الدول الاقتصادية الكبرى في العالم، حيث شهد الاقتصاد الصيني نموا متسارعا منذ النصف الثاني من القرن العشرين، على إثر تبنيها عدة استراتيجيات تنموية وتصنيعية، مما جعلها تنضم لفئة الاقتصادات الآخذة في التصنيع، حسب تصنيفات البنك الدولي؛ حيث شهد القطاع الاقتصادي الصيني إصلاحات كانت بدايتها على يد رئيس الوزراء السابق شوين لأي في سنة 1975، ثم تبناها دنج هيساو بينج في سنة 1978م[74]والذي هدف من خلالها إلى تفعيل برنامج التحديثات الأربعة المتمثلة خطواته العريضة في العناصر التالية:

- جعل الاقتصاد الصيني أكثر قدرة على التكيف مع المتغيرات الهيكلية التي يشهدها الاقتصاد العالمي، وتحقيق فكرة الحكومة المرنة والاقتصاد المرن.
- التركيز على الزراعة ثم الصناعة فالبحث العلمي و أخيرا الدفاع.
- اعتماد اللامركزية في التسيير، ومنح المؤسسات الإدارية استقلالية، بعيدا عن سيطرة الحزب الواحد.
- تخفيض الرسوم الجمركية، وتسهيل قنوات التجارة الخارجية.
- السعي للانضمام إلى الهيئات، والمؤسسات المالية والتجارية الدولية، وإنشاء الأسواق المالية الصينية.
- تشجيع السياحة.

وقد انتهج الاقتصاد الصيني في عملية التنمية نماذج التغير الهيكلي في عملية التحول من القطاع الزراعي إلى قطاع الصناعات التحويلية، بالإضافة إلى انتقال العمالة أيضا من القطاع الزراعي إلى القطاع الصناعي، حيث تم الاعتماد على قطاع الصناعات التحويلية في تحقيق عملية التنمية والنمو. إلا أنه وعلى الرغم من النمو الاقتصادي الذي تشهده الصين فقد تباطأت وتيرة نمو الناتج المحلي الإجمالي لتشير بذلك معدلات النمو نحو الانخفاض منذ العام 2010م. حيث بلغ معدل النمو 10.6 %وبتراجع ملحوظ خلال الأعوام الماضية ليصل إلى 6.9% خلال العام 2017م وذلك حسب بيانات المكتب الوطني للإحصاء الصيني 2017م. ولمواجهة تباطؤ هذا النمو فإن

---

[73]- الفلاح بلال (2013)، قطاع الخدمات الفلسطيني: بنيته وأثره الاقتصادي، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني، رام الله- فلسطين، ص 5.
[74]- محمد فايز فرحات (1998)،" الاقتصاد الصيني رؤية سياسية "السياسة الصينية، العدد 132 ، أبريل 1998 ، ص8

واضعي السياسات الصينية أشاروا إلى أن قطاع الخدمات يمكن أن يعمل على تحفيز الأنشطة الاقتصادية الأخرى والعمالة، وأنه يجب على الصين السير في عملية إصلاح لمواجهة هذا التباطؤ. وقد تم وضع برنامج لعملية الإصلاح عبر النهوض بالقطاع الخدمي وإحداث تغيرات جادة لإعادة النمو نحو الصعود مجددا. اتبعت الحكومة الصينية إصلاحات رامية إلى تسريع النمو في قطاع الخدمات انحصرت في النقط التالية:

- إزالة تشوهات السوق التي أدت تاريخياً إلى خفض تكلفة رأس المال والطاقة والموارد على حساب الخدمات.
- إلغاء الحواجز أمام الاستثمار الخاص والأجنبي في قطاع الخدمات؛
- إحداث الخصخصة على حصة أكبر من الأصول المملوكة للدولة في العديد من الخدمات، مما قد يفتح الباب أمام الملكية والمنافسة الخاصة والأجنبية.[75]

ومن خلال هذه المبادرات الهيكلية الجريئة لقادة الصين المحسوبين على النظام الاشتراكي (الحزب الشيوعي الصيني)، يبدو أن الصين قد استفادت من التجارب الرأسمالية التي كانت تركز على المبادرة الحرة والملكية الفردية وعدم تدخل الدولة، إلا فيما ينظم الاقتصاد كشرطي المرور، لتنمية اقتصادها وتطويره مع حل مشاكلها الاجتماعية المرتبطة بحجم وثقل الديموغرافيا (عدد سكانها أزيد من مليار وربع نسمة).

بعد القيام بجملة من الإصلاحات الاقتصادية والسياسية، بدأ قطاع الخدمات يشهد نموا حثيثا في الاقتصاد الصيني. ترافق توسع دور قطاع الخدمات مع ترسخ دور وأهمية الخدمات الحديثة التي تشمل خدمات الوساطة المالية، خدمات الكمبيوتر، خدمات رجال الأعمال، خدمات الاتصالات والخدمات القانونية والتقنية،[76]واستمر قطاع الخدمات ينمو بصورة سريعة وسليمة، فأصبح يمثل نصف الناتج المحلي الإجمالي للصين، بما نسبته 51.6%، وهي نسبة جيدة لاقتصاد بحجم الاقتصاد الصيني. وبالتعمق أكثر في أهمية قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي، يلاحظ بأنه شهد ارتفاعا متسارعا خلال الفترة مابين عام 2010-2016م. ففي العام 2016م. زادت نسبة مساهمة الخدمات من الناتج المحلي الإجمالي بمعدل 51.6% مقارنة بالعام السابق؛ وذلك حسب بيانات المكتب الوطني للإحصاءات الصيني عام 2017 (National Bureau of Statistics of China,2017) كما استمرت مساهمته بشكل متصاعد وصلت إلى 54.5% في عام 2020 بزيادة 3.5 نقط غير متأثرا بكوفيد19،

[75]- RUTKOWSKI (R.), 2015, Service Sector Reform in China. Peterson Institute for international Economics, P B 15-2.
[76]-EICHENGREEN (B.) GUPTA (P.), 2009, "The two waves of services sector growth". National Bureau of economic research, 14968, p. 17

وبالتالي أصبح يشكل قطاع الخدمات نسبا مهمة ويلعب دورا أساسيا وفعالا على مستوى الاقتصاد الصيني في الوقت الراهن[77].

جدول رقم 6: نسبة مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الصيني 2011–2020م

القطاع الاقتصادي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
القطاع الفلاحي	9.7	9.4	9.3	9.1	8.8	8.6	7.5	7	7.1	7.7
القطاع الصناعي	46.5	45.3	44.0	43.1	40.9	39.8	39.9	39.7	39	37.8
إجمالي قطاع الخدمات	**43.8**	**45.3**	**46.7**	**47.8**	**50.3**	**51.6**	**52.7**	**53.3**	**53.9**	**54.5**
الناتج المحلي الإجمالي	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: من إعداد الطالبة الباحثة استنادا على بيانات المكتب الوطني للإحصاءات الصيني 2017

- Data Sources: National Bureau of Statistics of china, 2017, Distribution of the Wakforce across economic sectors in china, from 2010 to 2020

تشير بيانات الجدول أعلاه إلى هيمنة مطلقة لقطاعي الصناعة والخدمات على النسبة الأكبر من مساهمة الناتج المحلي الإجمالي للاقتصاد الصيني. وقد ازدادت مساهمة قطاع الخدمات بشكل ملحوظ من سنة إلى أخرى خلال العقود الأخيرة. فقد ارتفعت تلك النسبة من 43.6% في عام 2010م إلى 54.5% في عام 2020م، بينما كان الأمر مختلفا مع القطاع الصناعي، حيث شهد تراجعا خلال نفس الفترة من 46.6% في عام 2010 إلى 37.8% في عام 2020م، مما يشير بشكل أو آخر إلى وجود تحول ملموس نحو الاتجاه لتنمية قطاع الخدمات والاعتماد عليه، كما الوضع في اقتصاديات الدول المتقدمة. وما يميز هذا النمو هو كونه متزامنا مع ارتفاع معدلات العمالة في قطاع الخدمات والقطاع التصنيعي، الأمر الذي جاء مؤكدا على وجود علاقة تكاملية بين قطاع الخدمات والقطاع التصنيعي؛ حيث إن ارتفاع معدلات العمالة في قطاع الخدمات صاحبها ارتفاع لمعدلات العمالة في القطاع الصناعي أيضا. هذا التطور عكس الدور الرئيسي للخدمات في توفير القوة الداعمة للقطاع التصنيعي عبر توفير البنية التحتية لخدمات فعالة ومتطورة تحدث أثرا هاما على صعيد العملية التنموية. وبالموازاة مع ذلك، يتضح بأن قطاع الخدمات في الاقتصاد الصيني استطاع استيعاب النسبة الأكبر من العمالة المحلية في الصين، مع تحقيق معدل نمو متزايد في هذا الإطار؛ حيث كانت قد ارتفعت قدرة قطاع الخدمات في استيعاب العمالة المحلية

[77] - National Bureau of Statistics of China, China Statistical yearbook, 2020.

في عام 2008م من 31.84% من إجمالي العمالة المحلية إلى 42.39% في عام 2015م، إلى أن تجاوز 47.7% في عام 2020 من إجمالي اليد العاملة المحلية. هذا الوضع الجديد يعطي مؤشرا هاما حول مدى أهمية قطاع الخدمات للاقتصاد وقدرته على تحقيق التنمية الاقتصادية من خلال تخفيض معدلات البطالة المحلية. وبالتالي أصبح قطاع الخدمات في الصين قوة مهمة في ضمان التوظيف واستقرار الاقتصاد.[78] وبالتغلغل أكثر في الاقتصاد الصيني، يتبين بأن قطاع الخدمات يعرف تعريفا مختلفا بما يتلائم والحالة الصينية. ووفقا لتصنيف المكتب الوطني للإحصاء الصيني، حيث تعتبر الصين جميع القطاعات غير قطاع الزراعة والتعدين، والصناعات التحويلية والبناء من ضمن قطاع الخدمات. ويطلق على قطاع الخدمات اسم (Tertiary industry). ويتكون قطاع الخدمات في الصين من الأنشطة الاقتصادية المتوافقة مع التصنيف الصناعي الوطني National Industrial of Classification Economic (Activities No (GB/T 4754 / 2011).

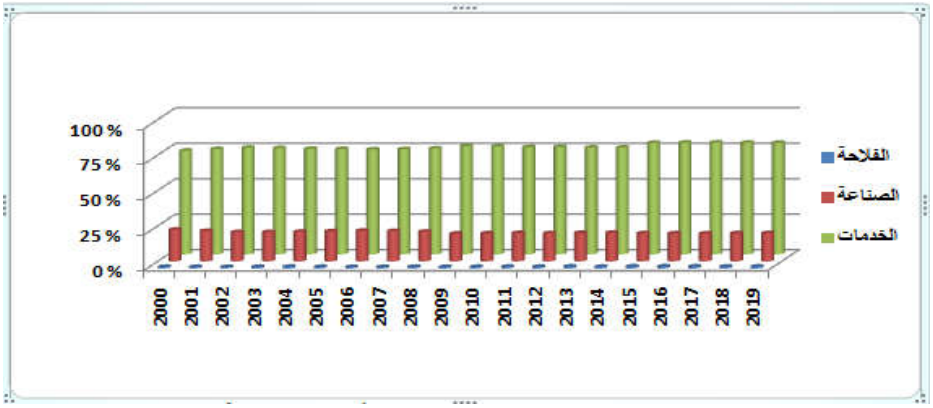
3.3. قطاع الخدمات ركيزة أساسية للقوة الاقتصادية الأمريكية

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية القوة الاقتصادية الأولى في العالم، وتتصدر الاقتصاد العالمي في الناتج المحلي الإجمالي مقارنة بدول العالم الأخرى. ولا يزال الاقتصاد الأمريكي محتفظا بمكانته الكبيرة في الاقتصاد العالمي، ففي عام 2019م بلغ الناتج المحلي الإجمالي نسبة 20% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي حسب إحصائيات البنك الدولي 2017. في حين نما الاقتصاد الأمريكي بوتيرة أسرع عام 2017، حيث ارتفع الناتج المحلي الإجمالي إلى ما نسبته 2.3% مقارنة بمعدل نمو 1.5% في العام 2016م.[79]ويرجع السبب في هذا النمو إلى قطاع الخدمات الذي شهد نمواً ملحوظاً منذ منتصف القرن العشرين للميلاد؛ إذ ارتفع من نسبة 60% عام 1960م إلى نسبة 75% عام 2012م، مقارنة بباقي القطاعات الاقتصادية الأخرى، حسب إحصائيات البنك الدولي 2017م.

[78]- داليا موسى الصيرفي،(2017)، أثر قطاع الخدمات على القطاع الصناعي والنمو الاقتصادي في فلسطين، بحث لنيل شهادة ماجستير اقتصاديات التنمية، الجامعة الإسلامية- غزة، كلية التجارة، ص 49.

[79]-USITC, (August 2018):"The year in trade 2017", USDOC, BEA, Operation of the Trade Agreements Program 69th Report, Publication Number :4817, Washington, p.31

شكل رقم 2 : مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي في الولايات المتحدة الأمريكية مابين 2000– 2019م



Source: U.S. Bureau of Economic Analysis

من خلال الشكل المبين أعلاه، تتجلى سيطرة مطلقة في نسبة إسهام قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي باحتلاله للمرتبة الأولى بنسبة تفوق 78% في عام 2019. هذا يعني وجود تطور ونمو مطرد في هذا القطاع على المستوى الداخلي والخارجي معا، مقارنة بباقي المكونات الاقتصادية للناتج المحلي الإجمالي الأمريكي، مع تراجع ملموس في نسبة إسهام قطاع الصناعة في الناتج المحلي الإجمالي خلال العقود الأربعة الأخيرة إلى ما نسبته 19% فقط. بينما كانت مساهمة هذا القطاع مرتفعة خلال عقود الخمسينيات والستينيات والسبعينيات. ونفس الانخفاض ينطبق على القطاع الفلاحي الذي لم يعد يساهم سوى ب1%. وهذا التراجع في قطاعي الفلاحة والصناعة يقابل بنمو كبير في حصة القطاعات الأخرى خصوصا قطاع الخدمات. ويفسر هذا الارتفاع بالتحول الهيكلي في الاقتصاد الأمريكي من مرحلة الاقتصاد الصناعي إلى مرحلة الاقتصاد ما بعد الصناعي حيث أصبح لقطاع الخدمات الأولوية في الاقتصاد. كما أن هذا القطاع يرتبط ارتباطا وثيقا بقطاعي الفلاحة و الصناعة. وأظهرت أن النمو في القطاع الخدمي مرتبط بالأنشطة التالية: الخدمات المهنية والعلمية والتقنية، خدمات الأعمال، المالية والتأمين، العقارات والإيجار والتأجير وأخيرا تجارة التجزئة.

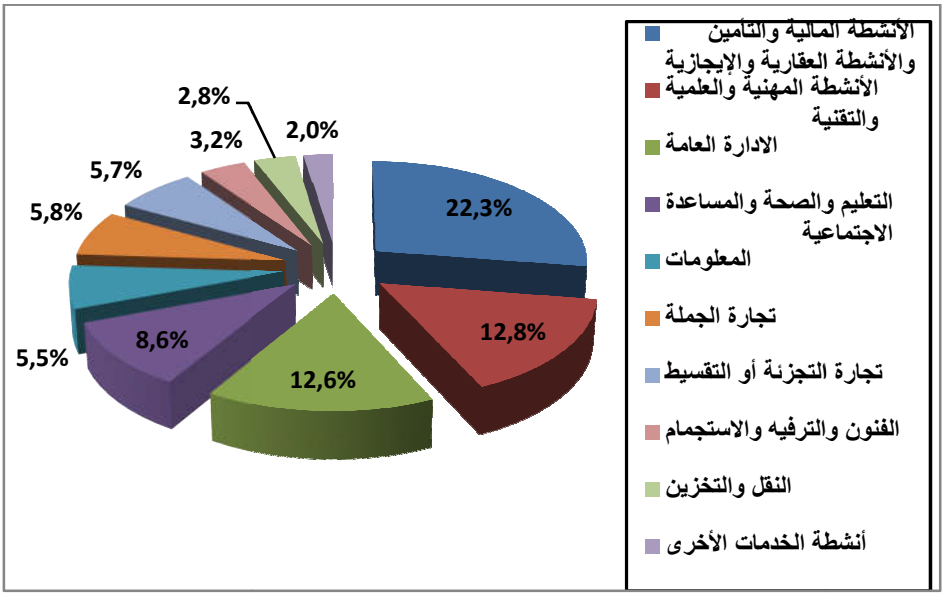
تبرز كذلك قوة قطاع الخدمات في الولايات المتحدة في قوته التشغيلية الهامة حيث إن هذا القطاع وفر 67 مليون فرصة شغل خلال الفترة الممتدة بين سنتي 1970 و 2005، أي بمعدل 2 مليون فرصة شغل سنويا، وهو ما أدى إلى ارتفاع نسبة المشتغلين في هذا القطاع من 63.8 % إلى 78.74% سنة 2019[80] وهي النسبة الأعلى في

80 - Source: U.S. Bureau of Economic Analysis, 2000-2019.

العالم المتقدم. تتميز بنية الخدمات في الولايات المتحدة الأمريكية بتنوعها وتفوقها على اقتصادات العالم كله. وتكمن قوة هذا القطاع في مساهمته الهائلة في التشغيل. وتأتي على رأس هذه القطاعات قطاع بيع التجزئة حيث يمثل 6% من إجمالي الناتج المحلي للبلاد، وتبلغ قيمة إجمالي الناتج المحلي 905 مليار دولار. تعد صناعة البيع بالتجزئة أعلى نسبة عمل في الولايات المتحدة، وتساهم ب 10% من إجمالي العمالة في الولايات المتحدة؛ حيث أنها تهيمن على أكثر من 15 مليون وظيفة، متبوعة بقطاع تأجير العقارات أو ما يسمى أيضًا بقطاع الإسكان. يعد هذا القطاع نبض الاقتصاد الأمريكي، فهو يساهم بحوالي 1.898 تريليون دولار أي ما يعادل 13% من إجمالي الناتج المحلي. ويتمثل هذا القطاع في مجالين، هما الإنفاق الاستهلاكي والاستثمار السكني. ويعد هذا القطاع مؤثر جدًا في الاقتصاد الوطني الأمريكي. كما أنه يوفر أكثر من 1.9 مليون وظيفة قائمة على تأجيرٍ وبيعٍ وشراءٍ. فيما يشغل قطاع الخدمات المهنية والتقنية المركز الثالث في استيعاب العمالة ب 6% من توفير فرص الشغل. فيما يحتل قطاعي الخدمات الإدارية وقطاع التعليم المركز الرابع ب 5% في توفير فرص العمل. ومن بين القطاعات الحيوية في الصناعة الخدماتية الأمريكية قطاع المالية والتأمين، اذ يعتبر قطاع المالية والتأمين ركيزةً أساسيةً في الاقتصاد الأمريكي، حيث يساهم بـ 8% من إجمالي الناتج المحلي، بما يعادل 1.159 تريليون دولار. يتكون من عدة قطاعاتٍ مميزةٍ مثل: شركات التأمين ومصارف الاحتياطي الفيدرالي وغيرها من الأدوات المالية. وتكمن أهميته في تسهيل عملية التصدير الأمريكي. يغطي هذا القطاع نسبة 4% من العمالة في البلاد حيث يبلغ عدد العاملين فيه 5 ملايين شخص. وينافسه في هذا المركز قطاع بيع الجملة، حيث يتضمن توزيع السلع التجارية بالجملة من معامل الإنتاج للمستهلكين أو لتجار التجزئة. تتميز بتوفير تكاليف الإعلان لعدم حاجتها إليه، ليس لديها مكانٌ مخصصٌ للبيع كمتاجر التجزئة، تمثل 6% من الناتج المحلي أي ما يعادل 845 مليار دولار، تضم عددًا كبيرًا من العمال حوالي 5,7 مليون شخص، حيث تغطي 4% من العمالة في الولايات المتحدة الأمريكية.[81] وللمزيد من التفاصيل حول مساهمة القطاع الخدمي الأمريكي في العمالة وتوفير فرص العمل، ولعرض صورة أكثر تفصيلية حول مساهمة قطاع الخدمات في الاقتصاد الأمريكي فقد توزعت مكونات القطاع الخدماتي الأمريكي كما هو موضح في الشكل التالي:

[81] Source: www.investopedia.com , The Industries Driving the U.S Economy.
- CPI Detailed Report – Data for Februray 2013, Bureau of Labor Statistics. Retrieved June 1, 2014.

شكل رقم 3: مكونات قطاع الخدمات في الولايات المتحدة الأمريكية لعام 2019م



Source: World Trade Organisation Secretariat

بالنظر إلى الشكل أعلاه، يتبين أن خدمات التمويل والتأمين والأنشطة العقارية والإيجازية قد ساهمت بالنسبة الأعلى من النمو في القيمة المضافة لأنشطة الخدمات. هذا الوضع يبرهن بأن التغيرات التي حدثت في الاقتصاد الأمريكي وزيادة استخدام تكنولوجيا المعلومات في الأنشطة المالية قد أثرت بشكل كبير على قطاع الخدمات المالية. وانبثق هذا الدور من ابتكار طرق جديدة لإدخال الأموال الإلكترونية، البطاقات الذكية، تحويل الأموال الإلكترونية، والتي تعد من الابتكارات الحديثة والتي أضافت قيمة على القطاع المالي، انعكس أثرها في زيادة معدلات النمو في الأنشطة المالية. وقد أشارت دراسة كرين وود (Greenwood, scharfstein, 2010) إلى أن نمو الخدمات في القطاع المالي يشكل أكثر من ربع نمو قطاع الخدمات منذ العام 1980م في الولايات المتحدة. وأظهرت أن النمو في القطاع المالي مرتبط بأنشطة إدارة الأصول المالية عبر التنويع في أسواق الأوراق المالية وتوسيع أنشطة الوساطة المالية.

كما أظهرت دراسة أمانة الأونكتاد[82] 2013م الأهمية النسبية للخدمات المالية، والتي بدأت تأخذ حيزا واهتماما واسعا منذ العام 2010م، نظرا للدور الذي تلعبه في تحقيق النمو الاقتصادي وإسهامها بصورة مباشرة في زيادة معدلات الدخل. وأظهرت الدراسة أن الخدمات المالية قد حازت على ما نسبته 37.5% كحصة من الناتج

[82]- الأونكتاد (مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية) هو منظمة دولية تهدف إلى زيادة فرص التجارة والاستثمار والتنمية للبلدان النامية إلى أقصى حد ومساعدتها في جهودها الرامية إلى الاندماج في الاقتصاد العالمي على أساس عادل.

المحلي الإجمالي من مستوى التمثيل العالمي، فيما حاز قطاع الاتصالات على نسبة تمثيل 17.6% في البلدان المتقدمة و15.5% في البلدان النامية.[83]

4.دور قطاع الخدمات في الاقتصاد المغربي

يُعتبر قطاع الخدمات من القطاعات الاقتصادية الهامة في جميع الاقتصاديات المتقدمة والنامية على حد سواء. مع حلول الألفية الثالثة أخذ قطاع الخدمات يتزايد بدرجة كبيرة، وذلك لما يشكله من مدخلات مهمة وحاضنة ميسرة ومسهلة للنمو، وبما يحققه من آثار مضاعفة إيجابية واسعة تؤثر على آفاق النمو في جميع القطاعات والأنشطة الاقتصادية. وتشكل الخدمات عماداً للاقتصاد وحاضنة للابتكار وتوليد المعارف ونشرها، ومحددا رئيسيا لتنشيط التجارة في البضائع، والاستثمار، وسلاسل القيمة العالمية.

يعتبر الاقتصاد المغربي من الاقتصاديات "الناشئة،" إذ يساهم قطاع الخدمات مساهمة فاعلة في تشكيل ناتجه المحلي. وذلك بكونه المساهم الأبرز في تكوين الناتج المحلي الإجمالي، بسبب زيادة الطلب على الخدمات اللازمة للإنتاج والتسويق في القطاعات الاقتصادية الأخرى؛ وهو ما يخلق ترابطات أمامية وخلفية مع باقي القطاعات تساعد على النمو فيها. بالإضافة إلى أنه يلعب دورا مركزيا في تعزيز القدرات التنافسية للقطاعات الإنتاجية والسلعية، وأيضا دوره في رفع معدلات العمالة من خلال توفير العديد من فرص الشغل.

1.4. مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي

يعتبر قطاع الخدمات المغربي القطاع الأكثر مساهمة في الناتج المحلي الإجمالي، بحيث تشير البيانات المتوفرة في الجدول رقم (7) إلى أهمية مساهمة قطاع الخدمات بنسبة 42.8% في السبعينيات من القرن الماضي لتصل إلى حوالي 61.28% خلال الفترة 2005- 2015م. إلا أن الزيادة المضطردة في مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي ترافق معها انخفاض مستمر في مساهمة قطاعات الإنتاج السلعي في الناتج المحلي الإجمالي، وخصوصا قطاعي الصناعة والزراعة؛ حيث تراجعت حصة الصناعة، المصدر الرئيس للقيمة المضافة العالية، من 18% من الناتج الداخلي الخام سنة 2000م إلى 14% عشر سنوات من بعد، وصعود الخدمات (أكثر من50%) ذات القيمة المضافة المتدنية، بسبب نوعية أنشطتها المهيمنة التي يختلف مضمونها عن مضمون تلك المشكلة لهذا

[83]- الصيرفي داليا، مرجع سابق، ص.112

القطاع في الدول المتقدمة، التي تعرف هي الأخرى توسع حقل الخدمات وتقلص حقل الصناعة نتيجة الثورة التكنولوجية.

يعد هذا التشابه على مستوى هيكلة الناتج الداخلي الخام بين اقتصاد "متخلف" أو نامي وآخر تجاوز مرحلة التصنيع بولوجه مجتمع المعرفة، خاصة بالنسبة للاقتصاد الأول، فهو يعطي الانطباع بتقاطع الاقتصادين؛ انطباع قد يترتب عنه وهم الاقتصاد المتخلف بالتلاقي، فيندفع في اتجاه تأهيل تخلفه وتكريس تبعيته كمستهلك لما ينتجه قطاع الخدمات المتقدم. لهذا لابد من الانتباه إلى حصة الفلاحة، لأن حجمها يؤشر على طبيعة الاقتصاد، فهي ضعيفة الحجم في الدول المصنعة بحيث لا تتجاوز 4% في أقصى حد، وكبيرة الحجم نسبيا في الدول "المتخلفة" أو النامية، حيث تتجاوز 15% كما هو الشأن بالنسبة للمغرب.[84]

جدول رقم 7: نسبة مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي المغربي 1960-2019

السنوات / النشـــاط	1971-1961	1982-1972	1993-1983	2004-1994	2015-2005	2019-2015
قطاع الفلاحة	26.5	19.4	17.2	14.7	12.63	11
قطاع الصناعة	30.7	32.0	29.1	29.9	26.09	26
إجمالي قطاع الخدمات	**42.8**	**48.6**	**53.6**	**55.4**	**61.28**	**63**
الناتج المحلي الإجمالي	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100

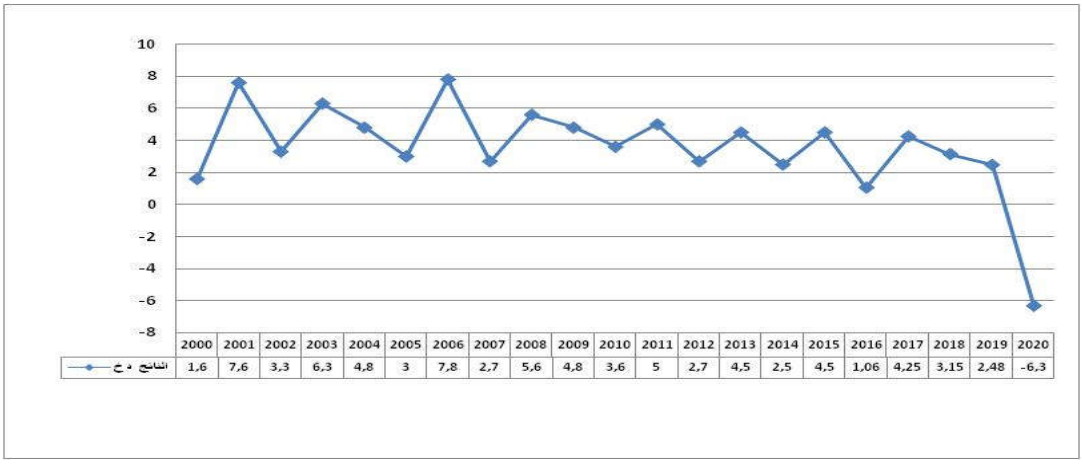
المصدر: من إعداد الطالبة استنادا على بيانات وحدة الاستخبارات الاقتصادية (EIU)
-World Development Indicators (2004) et (2019) Banque Mondial
- World Bank

يعتبر تتبع مسار مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الحقيقي مهما جداً في تعزيز النمو الاقتصادي، حيث تكون مساهمة القطاعات الإنتاجية ذات فاعلية أكبر في تحفيز الاقتصاد وتحقيق النمو الاقتصادي. وقد تباينت الأهمية النسبية للقطاعات الاقتصادية في تكوين الناتج المحلي الحقيقي، حيث يوضح الجدول أعلاه أن قطاع الخدمات استحوذ على أكثر من ثلثي الناتج المحلي الإجمالي بنسبة مساهمة قد بلغت (63%) خلال الفترة 2015-2019م أما القطاعات الإنتاجية فبلغت حصتها الإجمالية (37%)، توزعت مابين القطاع الصناعي بنسبة (26%) والقطاع الفلاحي بنسبة (11%). أما الناتج المحلي الإجمالي فيظهر لنا الشكل أن

[84] - شيگـر محمد (2015)، الاقتصاد المغربي: السياق العام والوضعية والآفاق، المطبعة دار المناهل، دار النشر والتوزيع حنظله، ص 74

معدلات نموه تمتاز بالتذبذب والضعف حيث لم تتجاوز نسبة النمو في المتوسط 4.21% ما بين 1999 و 2015م و4.45% إذا ما استثنينا الفلاحة، وإذا ما قورن قطاع الخدمات بما حققه الاقتصاد الهندي من معدلات نمو في ناتجه المحلي. نرى نمو هذا القطاع بدأ يضاهي اقتصادات البلدان الناهضة؛ اذ بلغ معدل النمو للناتج المحلي نحو 11.1%، أما بالنسبة لنسبة النمو الوطني فهو متقلب وغير مستقر. فمستواها تطور على شاكلة أسنان المنشار (الشكل رقم 4) بسبب التقلبات المناخية بالدرجة الأولى. من المفارقة أن السنوات العجاف فلاحيا (ناقص - 1.9% ناقص 20%-) تقابلها سنوات سمان بالنسبة للأنشطة غير الفلاحية (4.5%، 6.2%) والعكس صحيح؛ حيث أن أعلى نسبة قيمة مضافة فلاحية (30%) واكبتها أدنى نسبة قيمة مضافة غير فلاحية التي تتجلى في ضعف ما يخلق من قيمة مضافة بالنظر إلى بنية الناتج الداخلي الخام.[85]علاوة على ذلك، كان للمغرب رابع أعلى ناتج محلي إجمالي في افريقيا اعتبارا من عام 2017. إضافة لذلك، ساهم قطاع الخدمات بأكثر من نصف الناتج المحلي الإجمالي للمغرب اعتبارا من عام 2019، مقارنة بقطاعي الصناعة والزراعة اللذين يمثلان حوالي 26% و11% على التوالي. غير أن هذا النمو لم تسعفه الظروف في استمرارية الحفاظ على هذه الوتيرة ليصطدم الناتج المحلي الإجمالي للبلاد بالتراجع الكبير وذلك بسبب جائحة كوفيد 19 (كورونا)، حيث شهد انكماشا مهولا بل متدنيا بنسب 6.3- % في عام 2020[86]والشكل التالي يوضح معدلات النمو في الناتج المحلي الإجمالي.

شكل رقم 4: تطور نسبة النمو في الناتج الداخلي الخام المغربي للفترة 2000-2020



Source : Banque Mondial
Graphique élaboré à partir des données du HCP et d'Eurostat.

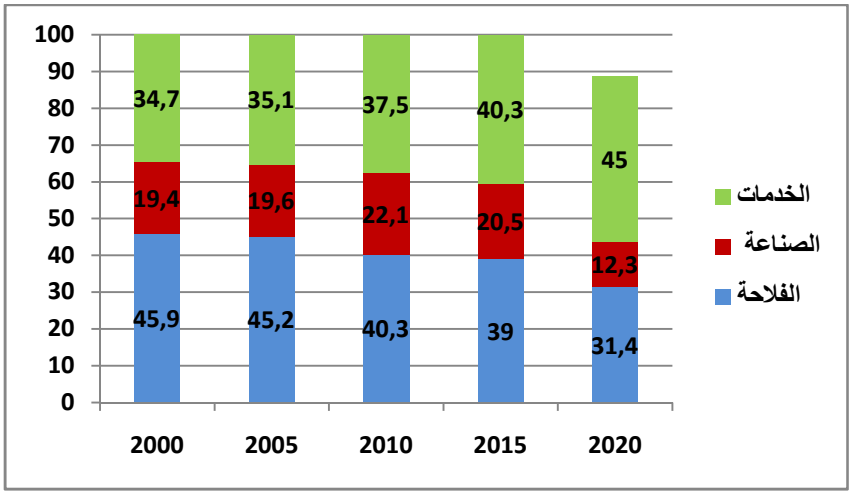
[85]- شيگـر محمد (2015)، مرجع سابق، ص 72-73.

[86]- Sources : Ministère de l'Economie et des Finances, Direction des Etudes et des Prévisions Financière, Sectorieles de l'Economie Marocaine, 2020.
- Haut Commissariat au Plan- Rabat.

2.4. أثر قطاع الخدمات في إنعاش التشغيل بالمغرب

عرفت معدلات البطالة بالمغرب في المجمل تناقصا تدريجيا لتستقر في 9% عام 2016 بعد أن كانت نسبتها تناهز 16% في 1995.[87]وعزت ذلك إلى نمو في فرص العمل التي توافرت بقطاع الخدمات، حيث وفر قطاع الخدمات 29 ألف منصب شغل كمتوسط سنوي ما بين 2010-2014، تتبعه الصناعة والحرف اليدوية بتوفير 19 ألف وظيفة. كما أضاف قطاع الفلاحة والغابة والصيد اللذين يشكلان 17 % من الناتج المحلي الإجمالي المغربي 9 ألاف وظيفة، بينما فقد قطاع البناء 4 آلاف وظيفة.[88] وبالرغم من السياسات المتبعة لتحفيز قطاع الإنتاج السلعي إلا أن قطاع الخدمات بقي هو القطاع الاقتصادي الأكبر المسيطر على حجم الناتج المحلي الإجمالي نظرا لقدرته على خلق القيم الاقتصادية وتخفيض معدلات الفقر عبر توليد فرص العمل.

شكل رقم 5: توزيع العمالة بين القطاعات الاقتصادية مابين 2000-2020



Source : Rapports détaillés sur l'activité, l'emploi et le chômage (2000,2005,2010 2015 et 2020) HCP.

من خلال تحليل بيانات الشكل أعلاه يتضح أن قطاع الخدمات كان الأجدر على استيعاب الأيدي العاملة التي لا تجد فرص عمل في القطاعات الأخرى. ويدل ذلك على أهمية القطاع الخدماتي في توظيف واستيعاب الأيدي العاملة، الذي يمثل حوالي 40.3% من فرص الشغل (أي 67% من إجمالي ما تم خلقه من فرص العمل). وتعتبر هذه النسبة مرتفعة جدا مقارنة بنسبة مساهمة القطاع الفلاحي والصناعي في استيعاب الأيدي العاملة. بينما تحتل الزراعة المرتبة الثانية بما يناهز 39% من اليد العاملة المتوفرة على الصعيد الوطني كله.

[87] - Source : HCP de Rabat, Enquête nationale sur l'emploi, 2016..
[88] - Source : IBID, 2014

ولا تحوز الصناعة سوى نسبة ضئيلة منها تقدر ب 20.5% خلال الفترة 2000-2015م. في حين أن قطاعي الفلاحة والصناعة سيعرفان تراجعا في خلق فرص الشغل خلال الفترة 2015- 2020 بحيث تناقص القطاع الفلاحي إلى 31.4% و القطاع الصناعي إلى 12.3% سنة 2020م متأثران بجائحة كوفيد 19، بينما استمر قطاع الخدمات في النمو منتقلا بذلك إلى حوالي 45 % خلال نفس الفترة. لذا نستخلص أن طبيعة الاقتصاد المغربي يعطي مؤشر حول مدى أهمية قطاع الخدمات في العمالة على المستوى الاقتصادي والاجتماعي على حد سواء.

والجدير بالذكر أن العمالة تروم إلى ارتفاع معدل العاملين في تجارة التقسيط والجملة والتي احتلت المرتبة الأولى للعمالة في قطاع الخدمات بمتوسط 45.4%، تلتها الإدارة العامة والدفاع بمتوسط 34% والتي تعتبر جزءا من القطاع العام وتمثل النسبة الثانية من المساهمة بأعداد العمالة، بينما احتلت أنشطة التعليم والصحة والعمل الاجتماعي المرتبة الثالثة بمعدل 28% وذلك خلال الفترة الزمنية 2007-2012. على الرغم من أن قطاع الخدمات آخذ في التوسع في العقود الأخيرة، فإن غالبية فرص العمل تتركز في أنشطة الخدمات التقليدية المنخفضة التأهيل "أي التي لا تتطلب مهارات" كتجارة التقسيط والجملة والنقل وما إلى ذلك. حيث تشكل المشغل الأكبر لأعداد العاملين في قطاع الخدمات الوطني. ثم إن 87 ألف من فرص العمل الجديدة التي يتم خلقها سنويا في هذا القطاع، هي بشكل أساسي، نتيجة خلق 24 ألف منصب شغل حسب الفروع (تجارة التقسيط لإصلاح السلع المنزلية). ومن 13 ألف منصب شغل موظفة في الخدمات الشخصية، و11 ألف منصب عمل مشغلة في النقل البري و9 آلاف منصب شغل في الفنادق والمطاعم.[89]ويبقى قطاع الخدمات القطاع الرئيسي من حيث المساهمة في إحداث فرص الشغل على الصعيد الوطني خلال السنوات الأخيرة حيث أحدث هذا القطاع حوالي 42000 منصب شغل، متبوعا بقطاع الفلاحة ب16000 منصب شغل، في حين فقدت الصناعة 37000 منصب شغل خلال سنة 2014،[90]ويساهم قطاع الخدمات في التشغيل بحوالي 40.1% والفلاحة ب39.4% بينما لا يمثل القطاع الصناعي بما فيه الصناعة التقليدية سوى 20.5% عام 2019م ليستمر قطاع الخدمات على مساهمته في التشغيل ب45%، بينما تراجع كل من قطاعي الفلاحة والصناعة على التوالي، 31.4% و12.3% خلال عام 2020 بسبب جائحة كوفيد 19.[91] إن ما يحدث من توسع في قطاع الخدمات، سيزيد الطلب على العمالة المحلية عبر الزمن مع الانخفاض الملحوظ في قدرة قطاعي الصناعة والزراعة على الحفاظ على النمو في معدلات استيعاب

[89]- Haut Commissariats au Plan et la Banque Mondiale Novembre 2017, Le marché du travail au Maroc : Défis et Opportunités.
[90] - Haut Commissariat au Plan (Direction de la Statistique), Enquête nationale sur l'emploi, 2014.
[91]-Haut Commissariat au Plan, Direction de la Statistique, Rapports détaillés sur l'activité, l'emploi et le chômage, 2019-2020.

العمالة المحلية. فقطاع الخدمات سوف يسهم في هذا النمو بصورة أكثر نجاحا وفاعلية في ظل نمو العمالة في القطاعات الأخرى وليس على حسابها، من خلال تحقيق النمو وتعزيز العلاقات التشابكية بين القطاعات الاقتصادية وذلك عبر وضع وتبني الخطط والسياسات لضمان تكامل القطاعات الاقتصادية.

3.4. القيمة المضافة لقطاع الخدمات المغربي

شهد الاقتصاد الوطني نموا متسارعا في أنشطة الخدمات، حيث تزايدت حصة قطاع الخدمات من مجموع القيمة المضافة الإجمالية حيث بلغت 48,6% خلال الثمانينيات من القرن الماضي مسجلة نموا قدره 6,2% في المتوسط السنوي. هذا الأداء راجع إلى البرامج الاستثمارية العامة التي أطلقتها الدولة خلال هذه الفترة. وساهم قطاع الخدمات بشكل كبير في هذا الأداء بالرغم من الاعتماد على الأنشطة التجارية ونقل البضائع وبعض القطاعات الأخرى التي كان الاهتمام موجها لها لاسيما الفلاحة والصناعة.[92]ومنذ أوائل التسعينيات من القرن الماضي وتزامنا مع تعزيز سياسة الانفتاح وتسريع وتيرة الخوصصة عرف الاقتصاد الوطني جملة من الإصلاحات الماكرو اقتصادية والهيكلية والاجتماعية أسفرت عن تعزيز قطاع الخدمات كرافعة أساسية لدعم النمو الاقتصادي. وقد نتج عن هذا تحول تدريجي للاقتصاد الوطني، يتميز بتوجه أكبر نحو قطاع الخدمات وظهور مهن جديدة محركة للنمو تساهم بشكل فعال في خلق مناصب الشغل وتشجيع الصادرات.[93]

ويعد التزايد المتواصل لحصة قطاع الخدمات من أبرز مظاهر التحول التدريجي للاقتصاد المغربي، حيث بلغت هذه الحصة 55,8% في المتوسط من إجمالي القيمة المضافة مابين 2008-2014 مسجلا نموا قدره 4% في المتوسط السنوي. بينما شهدت الاستثمارات في قطاع الخدمات التي شكلت 13,3% في المتوسط من إجمالي تكوين الرأسمال الثابت، أقوى نمو حيث بلغت نسبته 7,8% في المتوسط السنوي خلال نفس الفترة (أي 2008-2014).[94]والاقتصاد المغربي هو خدماتي بامتياز، حيث مثّلت القيمة المضافة الخدماتية 57% من الناتج الإجمالي لسنة 2019 رغم تشغيل القطاع الفلاحي لما يناهز 4 ملايين شخص، إلا أن القطاع الأولي لا يساهم إلا ب 13.9% من الناتج المحلي الاجمالي. أما القطاع الثانوي، فيساهم ب 29% من الناتج، بفضل قطاعات الإستخلاص المنجمي والصناعة والأشغال العمومية. وفيما يلي عرض لبيانات القيمة المضافة حسب القطاعات الاقتصادية.

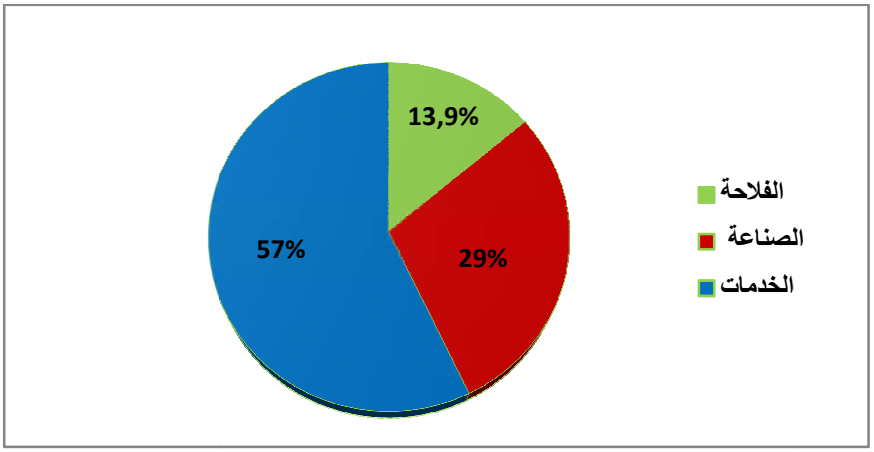
---

[92]- Haut Commissariats au Plan (2005), Les sources de la croissance économique au Maroc

[93]- المصدر: مشروع قانون المالية لسنة 2016، ص 36

[94]- المرجع نفسه، ص 40

شكل رقم 6: القيمة المضافة للقطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي المغربي لعام 2019



Source : Ministère de l'Economie et des Finances, Direction des Etudes et des Prévisions Financière, Sectoriel de l'Economie Marocaine, Janvier 2019.

يكشف تحليل قطاعات الاقتصاد المغربي على مدى السنوات العشرين الماضية أن التكوين القطاعي للناتج المحلي الإجمالي لا يزال يتسم بالهيمنة المهمة لقطاع الخدمات شأنه شأن الاقتصاد العالمي، يواكبه في مجرياته وتطوراته. وبما أن هذا القطاع لاينتج سلعا، بل يتمحور حول الاستثمار في الرأسمال البشري في إنتاجيته التي سوف تنعكس إيجابا وبشكل آلي على باقي القطاعات الأخرى، فهو سبب كافي لأن يتم التوجه تحديثه، من خلال قطاعي التعليم والصحة، كمداخل أساسية لتمكين الساكنة من اكتساب مهارات للاندماج والتأقلم مع الديناميات السريعة التي بات يشهدها المجتمع.

وعلى ذات الصعيد، لم يكن البحث الجامعي بمنأى عن التدخلات العمومية، بل يواكب مواضعيه واشكالياته ويساهم في تدبير القضايا وايجاد الحلول والبدائل للمشاكل المجتمعية.

2.البحث الجامعي حول أنشطة الخدمات وخاصة الخدمات التعليمية والصحية، من الاستقلال إلى التسعينيات من القرن (20): اهتمام محدود

لقد استقطبت أنشطة الخدمات اهتمام العديد من الباحثين من مختلف التخصصات (الجغرافيا، الاجتماع، علم النفس، التاريخ، الاقتصاد والقانون...)، الشيء الذي أسفر عن عدة إصدارات ورسائل جامعية ومئات المقالات. غير أن الوقوف على محصول الرصيد الفكري الشديد التنوع، في ظل التشتت الذي تم انتاجه فيه، طيلة عقود، أمر صعب، نظرا لما يتطلب ذلك من وقت طويل وامكانيات كبيرة. ولذا سنكتفي، أولا وقبل كل شيء، بإبراز وزن الانتاج الجغرافي كميا –الذي تم التوصل إليه– ضمن مجموع التخصصات الأخرى التي عالجت موضوع الخدمات، وخاصة التعليمية والصحية، مع تبيان أهم فروع الخدمات التي تمت معالجتها، في محاولة لربط ذلك بالسياقات والتطورات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية لكل مرحلة.

سنحاول من خلال هذه الحصيلة التي تم التوصل إليها التركيز على إبراز نوعية أنشطة الخدمات التي استرعت اهتمام البحث الأكاديمي، وكذا استقراء هذه الدراسات من حيث أساليب البحث والمناهج والمقاربات التي اعتمدتها والنتائج التي خلصت إليها، وعلى مواطن القوة والضعف.

1.2. مرحلة 1970 إلى 1990

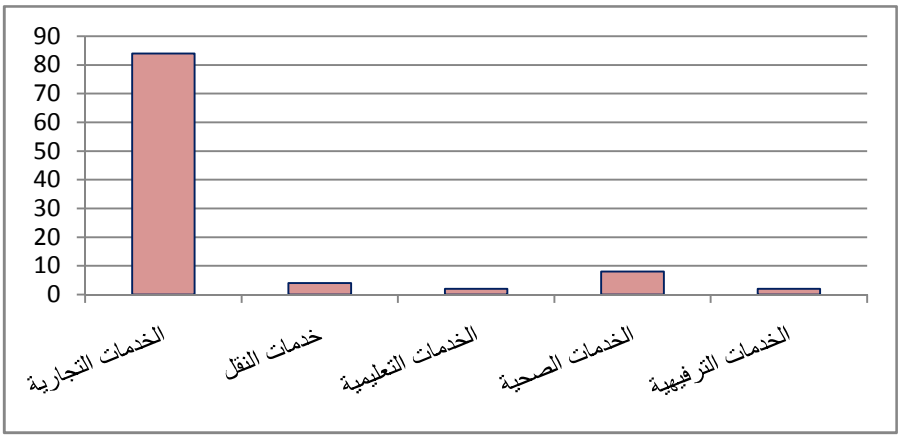
استنادا إلى الرسائل الجامعية التي أنجزت حول قطاع الخدمات في حقل الجغرافيا، يتبين بأنها شهدت تطورا كميا ملحوظا (جدول 8). فقد بلغ عددها 10 أطروحات خلال سبعينيات القرن 20م، ليرتفع العدد خلال فترة الثمانينيات، لينخفض العدد بعد ذلك خلال التسعينيات إلى 7 أطروحة جغرافية. أما على مستوى فروع قطاع الخدمات (شكل 7)، فقد استأثر موضوع الخدمات التجارية على مجمل البحوث الجغرافية بنسبة وصلت 84%؛ اذ جعلت هذه الدراسات الخدمات التجارية العنصر الفاعل في هيكلة وتنظيم المجال. بينما لم يحظ موضوع الخدمات التعليمية والصحية باهتمام الباحثين خلال هذه الفترة؛ إذ اقتصر دورها على إبراز الفوارق المجالية وسرعة التمدين على مستوى توفير التجهيزات والمرافق العمومية.

جدول رقم 8: عدد الأطاريح الجغرافية حول أنشطة الخدمات منذ سبعينيات القرن20م.

الفترة	عدد الأطاريح				
	التجارة	النقل	التعليم	الصحة	الترفيه
سبعينيات القرن 20	10				
ثمانينيات القرن 20	18				
تسعينيات القرن	12				
عشريات القرن 21		1	1	1	1
عشرينيات القرن 21	2	1		3	
المجموع	50				

المصدر:نتائج الحصيلة المعرفية

شكل رقم 7: أهم المواضيع البحثية التي عالجت مجال الخدمات ب (%)



المصدر: نتائج الحصيلة المعرفية

2.2. استحواذ المدن الكبرى والمتوسطة على أكبر قدر من اهتمام الباحثين

على الرغم من ثراء وغنى حصيلة البحث حول أنشطة الخدمات خلال عقدي السبعينات والثمانينيات من القرن (20م)، فإنها تتميز مع ذلك بتركيز كبير للأبحاث على مستوى المواضيع والمجالات، بحيث هيمنت الخدمات التجارية على قسط كبير من الدراسات التي قاربت وغطت مجالات مختلفة، بحيث حظيت المدن الكبرى بالنصيب الأكبر من الدراسات والأبحاث؛ تليها المدن الصغرى والمتوسطة، والتي نوقشت بالجامعات الفرنسية وأطرها أساتذة فرنسيون، وتنتمي جلها لتخصص الجغرافيا. مما جعل نوعية الإشكاليات تتأثر حتما بطبيعة توجه المؤطرين الأجانب الذي انصب اهتمامهم على دراسة المدن من خلال تحليل البنيات التجارية، إن على مستوى تطورها أو التحولات التي أخذت تدب في بنياتها لهيكلة وتنظيم المجال. وإذا كان الاهتمام بإشكالية الخدمات التعليمية والصحية لم يغب

تماما عن اهتمامات الباحثين، خاصة فيما يتعلق بالولوج إلى الخدمات ورصد الخصاص الحاصل على مستوى التجهيزات التعليمية والمرافق الصحية، فإنها مع ذلك، لم يتم تناول الاشكالية كموضوع مستقل بذاته، بل من زوايا معينة فقط.

3.2.طبيعة المناهج والمقاربات المعتمدة في هذه الدراسات

اتخذت الأبحاث في بداية الأمر طابعا مونوغرافيا، تمثل في توصيف بنية أنشطة الخدمات وإبراز التحولات التي تخترقها. غير أن دراسة الإشكاليات والمواضيع مع بداية الثمانينيات من القرن الماضي ستشهد تحولا نوعيا مهما. وقد شمل هذا التحول جانب المحتوى وجانب المناهج والتقنيات المستعملة لمعالجة المواضيع. إذ بدأ جيل الجغرافيين المغاربة يطرح تساؤلات وإشكاليات جديدة تماشيا مع الاهتمام بمواضيع علمية حديثة فرضتها التحولات والتطورات التي عرفتها المجالات الحضرية ولو بإيقاعات متباينة. وانسجاما مع نفس المنحى لم يعد الاهتمام بدراسات تعميمية لمجالات جغرافية واسعة ذات طابع مونوغرافي كما كان عند الجغرافيين الفرنسيين، بل أصبح الاهتمام ينصب أساسا على التحليل، وينسجم إلى حد ما مع المقياس الجغرافي المعتمد. ويقتصر على مجالات محلية.

لقد تركزت معظم الدراسات التي قاربت إشكالية أنشطة الخدمات على خصائص جزئية ومعرفة سطحية نوعا ما، كالاهتمام بالقطاع التجاري، نقص في التجهيزات، السكان والأنشطة، تنوع الأنشطة والوظائف...وذات نظرة قطاعية وتحليلية بسيطة. فأغلب الدراسات المذكورة سلفا اندرجت تحت دراسة الخدمات التجارية، بغية تحديد نوعية التجهيزات وتوطنها الملائم، والتخفيف عن المدن الكبرى، ولكن بمعاينة حالة 8 منها فقط. ووكل الاهتمام لمؤسسات ومعاهد في بلورة مخططات التجهيز وإعداد المجال، على رأسها وزارة السكنى وإعداد التراب، والمعهد الوطني للتهيئة والتعمير لحساب وزارة الداخلية. ويؤطرها أجانب وفق منظورهم وإلى حدود مراميهم ومساعيهم، مما جعل البحث الإداري يوجه إلى أبعد الحدود آفاق واتجاهات البحث الجامعي. بينما لم تثر الخدمات، وخاصة الخدمات التعليمية والصحية على المستوى الأكاديمي اهتمام الباحثين في الواقع.

4.2.مواطن القوة والضعف في هذه الدراسات:

تتميز هذه الدراسات بنقط القوة نوردها كما يلي:

– تمكنت هذه الدارسات من الاهتمام بقضايا الخدمات التجارية وتطورها ودورها في تنظيم المجالات. في حين لم يتم التطرق للخدمات التعليمية والصحية في هذه الأبحاث إلا بشكل سطحي أو محدود جدا.

– استطاعت هذه الأبحاث تكميم نوعية الأنشطة الخدماتية السائدة آنذاك بالمدن مع إبراز التحولات التي لحقت بنيتها.

– أنجزت معظم هذه الأبحاث والدراسات بغية أن تشكل لبنة أساسية لترشيد وتوجيه المخططين والمهيئين للتدخل التطبيقي والعملي على مستوى التنظيم المجالي.

أما مواطن الضعف فنذكر من بينها:

- انصب اهتمام هذه الدراسات بالدرجة الأولى على أنشطة الخدمات الرئيسية بالمدينة وكذا بالمجال الذي ينتمي إليه الباحث الجغرافي.

- تركز معظم هذه الدراسات على أنشطة خدماتية معينة مقابل ندرة في أخرى باستثناء إشارات عابرة أحيانا.

- لم تول أغلب هذه الدراسات عناية وأهمية كبرى لموضوع الخدمات التعليمية والصحية في هذه الفترة وما رافقها من تنوع وتغير في البنية والميكانيزمات المتحكمة فيها.

- لم تتناول معظم هذه الخدمات التعليمية والصحية باستثناء بعض الإشارات إليها رغم أهميتها في التنمية المحلية.

- جاء الإنتاج رصيدا نوعا ما متجانسا في معظمه، إذ استعملت فيه تقريبا نفس المناهج وأساليب البحث. وعولجت فيه نفس الأغراض حسب تصورات واعتبارات متقاربة، مما أدى في الغالب إلى نتائج وخلاصات متشابهة.

3. ضرورة مواكبة الجغرافيا لتطور الخدمات من 1990 إلى الوقت الراهن

إن الدينامية التي تخترق المجتمع المغربي تعرف تحولات عميقة. فهو مجتمع ينحو نحو التمدين السريع وتغير أنماط عيشه. إنه مجتمع يشهد تغيرات مهمة على مستوى البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها. وبموازاة مع تضخم المشاكل والتحولات التي يعرفها المجال الحضري، ظهرت انشغالات متزايدة الأهمية على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي وهيكلة المجال. فقد غدت إشكالية الخدمات تتبوأ مكانة مهمة في الدراسات الحضرية،

حيث شكلت مرحلة التسعينيات عتبة لتوطيد البحث حول الخدمات في علاقتها بالتنمية المحلية في أبعادها المختلفة؛ إذ حقق البحث الجغرافي قفزات نوعية تبلور عبر الانتقال من الخدمات التجارية إلى الاتجاه نحو الخدمات الاجتماعية خاصة التعليمية والصحية لما لها من تأثير مباشر على تنمية الموارد البشرية وباقي القطاعات الأخرى. ومع بداية الألفية ازداد الإلمام السريع بكل جوانب الإشكالية وانتقاء أدوات البحث واختيار المناهج والمقاربات الملائمة. مما جعل معه الدراسات أدق وأعمق بمواطن الخلل والتوازن فيها، وبالتالي بلورة الإشكاليات الحقيقية حولها إذا علمنا أن المدينة هي الحاضنة والمستقطبة للعديد من الخدمات التعليمية والصحية. فماهي طبيعة المواضيع التي تناولتها؟ وما نوع المقاربات والمناهج التي وظفت في معالجة الإشكالية والنتائج التي حققتها؟.

إستنادا على الأبحاث الجامعية التي استطعنا الوصول إليها والتي أنجزت حول الخدمات والخدمات التعليمية والصحية منذ التسعينيات إلى وقتنا الحاضر في مختلف العلوم الانسانية والاقتصادية 54 رسالة، منها 32 أطروحة من إنجاز الجغرافيين، ما يعادل 50% هيمن عليها موضوع الخدمات التجارية، بينما لم تحظ الخدمات التعليمية والصحية من الرصيد المعرفي إلا ب 9%. وقد جاء توزيع الإنتاج الأكاديمي كما يلي:

جدول رقم 9: توزيع الأطاريح الجامعية حول الخدمات من سنة 1990 إلى حدود سنة 2020

الجغرافيا	التاريخ	علم الاجتماع	علم النفس	المجموع
32	1	08	08	54
52.2%	1.8%	22.2%	14.8%	100

المصدر: نتائج الحصيلة المعرفية

1.3.البحث الجغرافي اهتمام متزايد بموضوع الخدمات التعليمية والصحية

مع بداية الألفية الثالثة برز تحول جذري نحو الخدمات التعليمية والصحية كأحد أقوى القطاعات المنتجة للثروة، أساسها الرأسمال البشري. لهذا نشطت الأبحاث وبشكل كبير في مختلف التخصصات. بحيث يسجل السوسيولوجيون حضورا في تناول قضايا التعليم[95] من زاوية اجتماعية في المقام الأول، باعتبار المدرسة هي مؤسسة اجتماعية في تفاعلها مع الأسرة والمحيط الاجتماعي، وآثار مخرجات هذه العناصر على واقع التنمية البشرية ومسألة

95- المصوري نورالدين (2015)، المؤسسة التعليمية ورهان التنمية البشرية بالمغرب، واقع وآفاق، مقاربة سوسيولوجية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب ظهر المهراز- فاس.
- بلمفضل علوي زهير (2013)، المشاريع التعليمية في المبادرة الوطنية للتنمية البشرية بفاس، تقييم سوسيولوجي، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب ظهر المهراز- فاس.

تقييم مكانة مشاريع القطاع التعليمي ضمن برنامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية ووقعه على تحسين نسبة التمدرس. كما ساهم البحث السوسيولوجي برسالة تهم القطاع الصحي[96] تتناول الجانب الاجتماعي وأثره على الاستفادة من خدمات المستشفى العمومي. أما الصنف الثاني من هذه الأبحاث، فقارب موضوع التعليم من زاوية سيكولوجية[97]، ترمي إلى الكشف عن آليات تنشئة الطفل بين المدرسة والأسرة. بينما تمت معالجة موضوع التعليم في تخصص التاريخ تمحورت جل هذه الرسائل الجامعية حول التطور التاريخي للمنظومة التعليمية في المغرب وعلى عهد الحماية عبر اتخاذ مدينة فاس[98] كنموذج للدراسة التاريخية لمسألة التعليم.

لم يهتم الباحثون في العلوم القانونية[99] بقضايا التعليم والصحة كموضوع مستقل بذاته، ولكن يتم التطرق إليها على ضوء التشريع والقوانين في مواضيع تستأثر باهتمامهم، مرتبطة بالتخطيط والتدبير الحضري والإداري. وتعد العلوم الاقتصادية كذلك، من بين التخصصات التي تهتم بقضايا الخدمات وخاصة خدمات القطاع البنكي والمصرفي في علاقتهما بتحسين جودة أداء البنوك.

وإذا كانت جل التخصصات في العلوم الانسانية والاقتصادية، قد ساهمت بأقساط متفاوتة ومن زوايا مختلفة في معالجة موضوع الخدمات، فإننا نسجل الملامح الأولى لتناول قضايا الخدمات التعليمية والصحية مع بداية الألفية الثالثة في حقل الجغرافيا، بعدما كانت تتطرق إليه فقط، في جوانبه العامة، في إطار التحليل الوظيفي في الرسائل الجامعية المهتمة بالشأن الحضري أو الريفي.[100] إننا نلاحظ حضورا متزايدا للمقاربة الجغرافية، وإن كان على المستوى الكمي لازال محتشما في التعامل مع موضوع الخدمات التعليمية والصحية. وبحسب علمنا تم إنجاز 5 رسائل جامعية، واحدة منها اهتمت بإشكالية التعليم[101] والتحليل الجغرافي لواقع التمدرس من خلال البحث في الآليات الفاعلة في الحركة التعليمية قصد إظهار مظاهرها المتباينة والمتشابهة، وآثارها في إحداث الخلل والتكامل في

---

[96]- زارو عبد الله (2005)، المستشفى العمومي وإعادة الإنتاج الاجتماعي، من خلال دراسة ميدانية مقارنة لثلاثة مستشفيات عمومية: المستشفى الجامعي ابن رشد، المستشفى الجهوي الغساني بفاس، المستشفى الإقليمي محمد الخامس بالجديدة، أطروحة لنيل الدكتوراه في سوسيولوجيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر- المهراز فاس

[97]- العلمي لعروسي بدر الدين (2016)، ظاهرة التكرار عند الأطفال التوحديين، أطروحة لنيل الدكتوراه في علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر- المهراز فاس.

[98]- اليزيدي محمد (2003)، التعليم بالمغرب على عهد الحماية 1912-1956: فاس نموذجا أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم التاريخ، أطروحة لنيل الدكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب ظهر المهراز- فاس.

[99]- الهيلالي عبد الهادي، (2014)، التخطيط والتدبير الحضري بين المركزية واللامركزية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم القانون العام، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية ظهر المهراز- فاس.

[100] -BELFQUIH (M.), FADLOULAH (A.), 1986, Mécanismes et formes de croissance urbaine au Maroc, Cas de l'agglomération de Rabat-Sale", Edition El Maârif Al Jadida, Tome 3, Rabat.

- حاج علي ألفة وضايض حسن (2000)، "التمدرس في إقليم تاونات، مؤشر من أهم مؤشرات الفقر"، مجلة المصباحية، العدد 4، كلية الآداب والعلوم الانسانية سايس- فاس، جامعة سيدي محمد بن عبد الله.

[101]- كيدو ابراهيم (2004)، جغرافية التباينات التعليمية بالمجال المغربي: حالة مدينة فاس، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.

المنظومة التعليمية على مستوى الوحدات المجالية. كما وقف بالتفصيل على المتغيرات الحاسمة التي تؤدي إلى تفشي الفوارق والتباينات التعليمية التي تزداد حدة بتغير بنيات المجتمع والمجال، وتأثير باقي الأبعاد الأخرى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمؤسساتية التي تلقي بظلالها على المنظومة التعليمية. وقد سجلنا أبحاث ماستر هي الأخرى تصب في مقاربة خدمة التعليم. الأولى حول قطاع التعليم ببلدية المضيق[102]والثانية حول التعليم بمدينة مرتيل[103] والثالثة[104] تحت نفس العنوان ، قطاع التعليم ببلدية الفنيدق. فقد استعرض الباحثون الثلاثة المراحل التاريخية التي شهدها قطاع التعليم ببلادنا، مرورا بالوقوف على الخصائص الديموغرافية والسوسيو–اقتصادية للمجالات المدروسة ومآلاتها على المسألة التعليمية، وتحديد بعض المشاكل والمعيقات التي تعانيها منظومة التعليم. وفي إطار الاهتمامات المتزايدة بقضايا الخدمات الاجتماعية ساهم الباحث أنفلوس محمد[105]ببحث عالج من خلاله إشكالية الصحة بمقاربة جغرافية. وهو عمل رائد وفريد من نوعه، مركزا على خدمة الصحة في صيرورة التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمغرب، وقراءة التاريخ الصحي للمجتمع المغربي. كما تطرق لإشكالية الصحة ضمن تحولات البيئة الحضرية المغربية مستعرضا الوضعية الإمراضية لسكان مدينة المحمدية حسب أنواع المجالات السكنية وأشكال التعمير وعلاقتها بمستوى التجهيز والوقاية الصحية من التعرف على أسباب هذه الأمراض. ودراسة الحالة الصحية العامة بالمدينة بارتباط مع مكونات المجال ومؤشرات الصحة قصد نهج استراتيجية مجالية للتكفل بالأمراض ومناسبة وطبيعة المجال المدروس بغية معرفة مدى تطابق الاحتياجات الصحية للسكان مع بنيات التكفل الموجودة من خلال حالة مدينة المحمدية . وعلى نفس النهج عالج باحثون آخرون القطاع الصحي بكل من مدينة الدار البيضاء، سلا والقنيطرة في علاقتها بالبيئة الحضرية[106].

ومما لاشك فيه أن الاقتصار على الرسائل الجامعية لا يعكس مجموع ما أنجزه الباحثون حول موضوع الخدمات التعليمية والصحية. بل ينبغي إضافة العديد من المساهمات العلمية في ندوات وملتقيات ثقافية ومضامين تقارير ودراسات؛ بالإضافة إلى المجلات والكتب التي تصدر تحت إشراف باحثين، كمنشورات للكليات أو بعض

---

[102]- عطيف عتيقة (2014)، قطاع التعليم ببلدية المضيق: دراسة جغرافية، بحث لنيل شهادة الماستر (غير منشور)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية تطوان.

[103]- صفية بنت محمد المختار (2015)، قطاع التعليم في مدينة مرتيل: دراسة جغرافية، بحث لنيل شهادة الماستر غير منشور، قسم الجغرافيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية تطوان.

[104]- صدام ولد الحسن (2015)، قطاع التعليم ببلدية الفنيدق: دراسة جغرافية، بحث لنيل شهادة الماستر (غير منشور)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية تطوان.

[105]- أنفلوس محمد (2007)، تحولات المجال المغربي والمجتمع: دراسة في جغرافية الصحة بالوسط الحضري، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.

[106]- المواق سعيد (2017)، البيئة الحضرية والوضعية الصحية بمدينة القنيطرة، تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية والاستشعار عن بعد، أطروحة لنيل الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.

- العسري بدر الدين (2014)، التباينات الجغرافية للوضعية الصحية حالة الدارالبيضاء، أطروحة لنيل الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.

المختصين التي تكاثرت بشكل سريع انطلاقا من تسعينيات القرن الماضي (ق.20)، وتكثفت مع بداية الألفية الحالية.

2.3. تطور في المقاربات والإشكاليات التي عالجت موضوع الخدمات

أخذ البحث الجغرافي حول موضوع الخدمات يتطور تدريجيا. وتعتبر هذه المرحلة من أغنى المراحل من حيث عدد الكتابات المنجزة؛ سواء من حيث تنوع المواضيع المعالجة أو من حيث المقاربات التي اعتمدتها هذه الدراسات. إذ انتقل البحث الجغرافي تدريجيا من دراسة القطاع إلى مفهوم ومنطق دراسة المجتمع والمجالات، مع اهتمام متزايد في الألفية الثالثة بمسألة الخدمات الاجتماعية لما لها من ارتباط وطيد بالتنمية المستدامة.

وقد ساهم في بلورة المقاربة الشمولية، التراكم الحاصل على مستوى الإنتاج العلمي والتجديد المستمر في الإشكاليات المدروسة والمناهج المستعملة في التحليل والتي اعتمدها الباحثون الأكاديميون وخاصة الجغرافيون. وقد غدت مقاربة جديدة للمشاكل الحضرية تتأكد وتتضح معالمها في قطيعة تامة مع المقاربات التقليدية ذات الرؤيا القطاعية والمواضيع العامة والمجالات الواسعة التي هيمنت على مسار البحث سابقا.

فطفحت إلى السطح الجغرافيا الاجتماعية، لأن مقاربة مسألة التعليم والصحة لن تتم إلا في إطار نسقي. وتبلور هذا الطرح في أطروحة الباحث "محمد أنفلوس" من دراسة جغرافية الصحة بالوسط الحضري في علاقتها بتحول المجال والمجتمع، موضحا بأن موضوع جغرافية الصحة هو "دراسة مجالية وشاملة (التوزيع والتفاوتات أو الفوارق) لجودة صحة السكان ولسلوكياتهم ولمختلف عوامل بيئتهم (الطبيعية والبيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية) التي تساهم في تحسين أو تدهور صحتهم .كما اعتمدت أطروحة أخرى في الجغرافيا على المقاربة النسقية[107] محاولا صاحب الأطروحة الكشف عن العلاقة التي تربط بين الأنساق التي تتكون منها المنظومة التعليمية، مقاربة تربط ماهو اجتماعي، ديموغرافي، اقتصادي تاريخي سياسي ومجالي، موضحا العلاقة التي تربط المنظومة ومحيطها الخارجي على عدة مستويات، مع تحليل الآليات والميكانيزمات المتحكمة فيها.

[107]- كيدو ابراهيم (2004)، جغرافية التباينات التعليمية بالمجال المغربي: حالة مدينة فاس، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.

3.3. التوزيع الجغرافي لهذه الدراسات والأبحاث

من خلال دراسة الفترات السابقة واستجلاء مسار البحث، تبين بأن التوزيع الجغرافي للدراسات والأبحاث التي قاربت موضوع الخدمات استأثرت بمجالات ومناطق، في حين ظلت أخرى فقيرة من حيث عدد الدراسات، باستثناء إشارات متفرقة وسطحية. كذلك لم تحظ حقول عديدة أخرى من البحث إلا بعناية سطحية أو محدودة جداً. لذا يلاحظ خصاص واضح وتفاوت كبير في المواضيع والأغراض المعالجة. وحتى في حالة إن وجدت، فإن

الاهتمام قد انصب بالدرجة الأولى على الأنشطة الاقتصادية الرئيسية كالخدمات التجارية، فاستقطبت المدن الكبرى وضواحيها وظهيرها الواسع اهتمام الباحثين على صعيد الدراسة كما ونوعا، فاحتلت مدينة فاس والدار البيضاء والرباط الرتبة الأولى. ويفسر هذا السبق بكون المدن الكبرى شهدت تحولات عميقة ستجعل نوعية الإشكاليات المطروحة والمجالات المدروسة تتغير بتطور البحث وتبدل الظروف العامة. خاصة أمام استفحال ظاهرة التمدين، وما رافقها من تغيرات بنيوية على جميع المستويات جعلت البحث مرغما على مسايرة هذه التحولات المتسارعة والمساهمة في الإحاطة بالإشكاليات الجديدة المتعلقة بإعداد وتنمية الفئات والمجالات والقطاعات وإكسابها قوة ومناعة ضد سلبيات الواقع الجديد؛ فلم تعد التنمية ترتكز على قيمة عائدات النمو الاقتصادي كما كان في السابق، بقدر ارتكازها على إعداد الفرد وتنمية قدراته ومهاراته وجعله قادرا على مجابهة المستجدات وتحملها؛ وهو ما أدى إلى الانتقال من دراسة نشاط اقتصادي بشكل قطاعي إلى دراسة الأنشطة الاقتصادية في علاقتها وتفاعلها مع باقي المركبات الداخلية والخارجية المكونة للمدينة. كل هذا تزامن مع تزايد الطلب على الخدمات وخاصة الخدمات الاجتماعية من طرف الساكنة وكذا من قبل شريحة عريضة من المهتمين بتدبير الشأن العام الموصل للتنمية المنشودة، باعتباره تجسيدا ملموسا ومظهرا حقيقيا للعيش الكريم والرخاء، وشكلا من أشكال الوعي بإشباع متطلبات المواطنين والاستجابة لحاجياتهم المتزايدة. فتزايد اهتمام الجغرافيين بمواضيع الخدمات كخدمة التعليم والصحة وغيرها في تدبير بعض الخدمات لما لها من ارتباط وطيد وتأثير مباشر على الجانب الاجتماعي، كما هو الحال في الدراسات والمؤلفات التي أعدت حول النموذج التنموي بالمغرب[108]. فالتركيز على الخدمات الضرورية والحيوية نابع من الأهمية والدور الفعال التي أضحت تلعبه في العملية التنموية. فالملاحظ أن هذه المواضيع لم يتم تناولها كمادة أساسية في السابق من طرف الجغرافيين، إذ لم يعيروا كثير الاهتمام بهذا الشأن،

[108] - CHIGUER (M.), 2019, Modèles de développement et expérience marocaine pour que renaisse le phénix, Publication CERAB, Ed. Handala.

بحيث اقتصروا على دراسة مظاهرها العامة باعتبارها قطاعا ضمن القطاعات الأخرى المكونة للمجالات المدروسة خصوصا في الأبحاث الخاصة بالمدن والأرياف.

4.3. أهم النتائج المتوصل إليها من قبل هذه الدراسات

لقد استطاعت الأبحاث إبان هذه المرحلة أن تحقق قفزات نوعية وملموسة في ميدان البحث الجغرافي بصفة عامة، وحول مقاربة موضوع الخدمات التعليمية والصحية بصفة خاصة. ويمكن استخلاص أهم النتائج التي حققتها فيما يلي:

- استنتجت معظم الأبحاث أن دراسة موضوع الخدمات وخاصة الخدمات التعليمية والصحية يتطلب حتما الابتعاد عن المقاربة القطاعية؛ لأن فهم هذه البنيات خارج الفهم الشامل يؤدي حتما إلى نتائج مغلوطة أو جزئية. إن أهم ما يبرر المعالجة الشمولية من الناحية المنهجية هو الترابط العضوي بين مختلف هذه البنيات وباقي الآليات الأخرى الفاعلة في المجتمع.
- ظلت إشكالية الخدمات الاجتماعية حاضرة في الأبحاث الجغرافية للباحثين المغاربة. فمعظم هذه الأبحاث تناولت محورا أو محاور محدودة في إطار تناول الظاهرات المدروسة.
- جاءت الأبحاث متنوعة، ولكن الأهم فيها هو كونها ساهمت في مقاربة الخدمات بالمجال الحضري من زوايا متعددة، مما ساهم في خلق تراكم معرفي حول مجالات واسعة، وساعد على التفكير في أدوات وآليات حديثة تنحو نحو ملاءمة وتكييف التحولات، وفق تحقيق سبل التنمية البشرية في أبعادها الكلية.
- تسعى مختلف الدراسات إلى التخلي تدريجيا عن المقاربة القطاعية التي كانت سائدة في الثمانينات وبداية التسعينات، لتحل محلها مقاربة أكثر شمولية. وفي هذا السياق يتوخى معرفة أفضل بوضعية الخدمات التعليمية والصحية من خلال التعمق أكثر في دراية الديناميات الفاعلة فيها.
- خلصت أغلب الدراسات إلى أن التطور الحاصل في المنهج والتناول والإشكالية يؤكد مسار التحول في البحث الجغرافي، بحيث لا يخلو أي بحث من البحوث الراهنة من ربط التنمية المحلية ببنيات الخدمات وغيرها.

بناء على ماسبق، نستخلص أن الأعمال المنجزة حققت تطورا ملحوظا حول معالجة أنشطة قطاع الخدمات، وتوجيه الدراسات للاهتمام بالخدمات ذات الطابع الاجتماعي، باعتبارها حجر الزاوية التي تنبني عليها ركائز التنمية. كما تميزت العديد من الدراسات بحضور وازن في مراكز القرار وتساهم في تنمية نظريات حقيقية لايجاد أو التخفيف من المعوقات الوظيفية التي تحد من تنافسية المدن وإشعاعها.

خاتمة الفصل الثاني

يستخلص من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل، أن قطاع الخدمات شهد خلال العقود الثلاثة الأخيرة اهتماما عالميا؛ بحيث أصبح يتصدر قائمة القطاعات الاقتصادية على اختلاف نوعيات الاقتصاديات في البلدان، سواء كانت متقدمة أو دول صاعدة. أما على المستوى الوطني فقد شهد قطاع الخدمات هو الآخر تطورا مهما، اذ ارتفعت مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي والقيمة المضافة، كما توسع دوره الكبير في توفير فرص الشغل واستيعاب النسبة الأكبر من اليد العاملة النشيطة.

إن المتتبع لسيرورة تطور البحث في حصيلة الانتاج الجغرافي حول موضوع الخدمات ولاسيما الخدمات التعليمية والصحية، سمح لنا بأخذ صورة عن المواضيع المعالجة التي استأترت اهتمام الباحثين منذ سبعينيات القرن الماضي، بحيث استحوذت الخدمات التجارية على مجمل الرسائل الجامعية إلى حدود أواخر التسعينيات من القرن 20م فيما الاهتمام بقضايا الخدمات التعليمية والصحية ظل مغيبا خلال هذه الفترة باستثناء بعض الاشارات إليه.

شكلت بداية الألفية الثالثة منعطفا جديدا، في تناول مسألة الخدمات الاجتماعية من تعليم وصحة وغيرها بارتكاز على الموارد البشرية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. غير أن الأهمية المتزايدة لهذه الخدمات وتأثيرها المباشر على التنمية، ظل فيه الرصيد المعرفي فقيرا، لا يتجاوز 5 أطروحات مذكورة في حصيلتنا المعرفية. وهو ما حدا بنا للمساهمة قدر الإمكان في معالجة هذه الخدمات.

خاتمة الباب الأول

تبين أن دراسة موضوع قطاع الخدمات اكتسب أهمية خاصة في الوقت الراهن. وأصبح جزءا لا يتجزأ من الاقتصاديات، حيث أخذ القطاع يشهد نموا ملحوظا خلال العقود الثلاثة الأخيرة؛ إذ ارتفعت مساهمته في الاقتصادات العالمية في كل من الدول المتقدمة والنامية على حد سواء. فقد أضحى قطاع الخدمات يلعب دورا مركزيا في عملية النمو الاقتصادي نظرا لقدرته المرنة على الرفع من معدلات الناتج المحلي الإجمالي، واستيعاب العمالة، وتحفيز عجلة الاستثمار وتأثيره المباشر على القطاعات الاقتصادية الأخرى.

أما على المستوى الوطني فقد استحوذ قطاع الخدمات على الحصة الكبرى من تكوين الناتج المحلي الإجمالي، حيث بلغت مساهمته ما نسبته 63% سنة 2019، فيما ساهم في توفير ما يناهز 45% من إجمالي العمالة لنفس العام. ويظهر هذا النمو بشكل جلي من خلال التغير البنيوي لاقتصاد العديد من البلدان باتجاه اقتصاد قائم على قطاع الخدمات، والمغرب ليس استثناء. حيث أثمر هذا النمو تحولا جذريا في هيكلة قطاعاته الاقتصادية من خلال تعاظم مساهمته في الناتج المحلي وقدرته على خلق فرص شغل مقارنة بالقطاعات الأخرى.

ويبرز التطرق الجزئي لحصيلة الأعمال الجغرافية المنجزة حول قطاع الخدمات وخاصة الخدمات التعليمية والصحية منذ بداية انطلاقها إلى وقتنا الحاضر (العقد الثاني من القرن 21) مدى العلاقة الوطيدة بين التدخلات العمومية والأبحاث الجامعية في التعامل مع القضايا المجتمعية. بحيث ظل الاهتمام بالخدمات التجارية مهيمنا على جل الأبحاث والدراسات إلى حدود أواخر التسعينيات من القرن 20م. بينما تم إغفال تناول مسألة الخدمات التعليمية والصحية كموضوع مستقل بذاته، باستثناء الإشارة إليه في فقرات ومحاور كمرافق وتجهيزات عمومية.

بالرغم من أن البوادر الأولى بدأت تظهر مع بداية الألفية الثالثة بالتركيز على الخدمات ذات الطابع الاجتماعي، فإنه لم يتم تسجيل سوى 5 أطروحات جامعية. واحدة تعالج قطاع التعليم بمدينة فاس و4 أطروحات تتناول القطاع الصحي. مما يعكس ضعف الرصيد الجغرافي المتعلق بهذه الخدمات.

لذا، سنحاول من خلال هذا العمل المساهمة قدر الإمكان في معالجة الخدمات التعليمية والصحية في أبعادها المتنوعة وبمنظور نسقي. نظرا لأهميتها ونجاعتها في الحياة الاقتصادية والاجتماعية للأفراد، وباعتبارها المدخل الحقيقي التي تنبني عليها أسس وركائز التنمية.

الباب الثاني:

الخدمات التعليمية والصحية بمدينة فاس:

الديناميات وأشكال التنظيم والتوزيع

مقدمة الباب الثاني

تعتبر الخدمات العمومية، وخاصة التعليمية والصحية، من أهم المؤشرات التي تستخدم عادة لقياس مستوى التقدم الاجتماعي والثقافي للمجتمع. فهي توثر في عملية التنمية بمختلف مستوياتها وأبعادها البشرية والترابية. وبما أن الدينامية الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية تؤدي إلى زيادة الاحتياجات لتوفير المؤسسات والخدمات التعليمية والصحية بشكل متوازي، فإنها تولد الحاجة إلى الرفع من مستوى كفاءتها وفعاليتها وتيسير ولوجيتها لكل الفئات العمرية ومختلف الطبقات الاجتماعية من جهة أخرى.[109]

من هذا المنطلق، وفي ظل التحولات السوسيومجالية التي تشهدها مدينة فاس خلال العقود الأخيرة والتي همت جميع المستويات فكان من آثارها ارتفاع الكثافة السكانية وتوسع مجالها الحضري. الشيء الذي أفرز عدد من الاختلالات الكبرى على مستوى البنيات التحتية والتجهيزات الأساسية والخدمات العمومية، بالاضافة إلى تضاعف حاجيات الساكنة بالمدينة، فترتب عن الديناميات المسترسلة كإحدى الانعكاسات العميقة والخطيرة على الانتقالات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والمجالية ذلك أن إشكاليات أساسية طفت بشكل كبير من قبيل التربية والتعليم والتشغيل والادخار والانفاق العمومي والصحة والحماية الاجتماعية وإعداد التراب الوطني ترتبط في مجموعها بهذه المسألة بشكل مستديم.

وعليه، سنقوم بدراسة خدمات قطاعي التعليم والصحة والقيام بتحليل وتشخيص دقيق وشمولي لخدمات التعليم والصحة بمدينة فاس باستخدام متغيرات متعددة وفق منهجية منظمة تعتمد على الطرق الإحصائية ومعايير معتمدة من لدن المنظمات العالمية، ولتسليط الضوء على هذا الجانب سنتطرق إلى جوانب جديدة لتكميم هذين القطاعين. كما أن تناول قطاعي التعليم والصحة وهما الأكثر القطاعات حاجة للدراسة، لتوفير أدوات يمكن الاعتماد عليها لقياس كفاية وكفاءة أداء المؤسسات العمومية في استغلال مواردها البشرية أو المادية عند تقديم خدماتها بحيث تستفيد منها الإدارة العليا (وزارة التعليم والصحة) عند رسم استراتيجياتها وإعادة توزيع مواردها حسب مستويات الكفاءة وتقليص الفوارق الترابية. كما يمكِّن ادارات المؤسسات التعليمية والصحية من التعرف على مواطن الضعف عندها ويسهل عليها تحديد احتياجاتها البشرية والمادية. فالخدمات التعليمية والصحية بمدينة

[109] - HILAL (A.), ANFLOUS (M.), 2017, Dynamiques spatiales et disparités d'accès aux services santé au Maroc, In Revue Espace Géographique et Société Marocaine n°18-2017, p.115-116

فاس تتسم بحاجتها للمزيد من الدراسات التي تعالج أداء هذين القطاعين الحيويين للمساهمة في تقييمهما في محاولة لتطويرهما وتناول الجوانب الكمية والنوعية منها التي تقيس الأداء الفعلي لهذه الخدمات.

سنقوم بدراسة أيضا نمط التوزيع المجالي للخدمات التعليمية والصحية بمدينة فاس باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (SIG) من خلال التوزيع المكاني للبنية التعليمية والصحية بنوعيها العمومي والخصوصي والمادي والبشري وإعداد قاعدة بيانات جغرافية رقمية عن المؤسسات التعليمية والصحية ومختلف المرافق والتجهيزات المرتبطة بالقطاعين وكذا دراسة موضوع التنظيم والتوزيع المجالي لهذه الخدمات في مدينة تعرف تزايدا سكانيا كبيرا.

كما سنتناول بالدراسة العلاقات الترابطية مابين الوضعية التعليمية والصحية والمحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وتأثيرها على مستوى كفاية وكفاءة الخدمات ومدى الاستفادة منها بالنسبة لمختلف الفئات الاجتماعية. لأن الخدمات التعليمية والصحية لساكنة المدينة ترتبط ارتباطا عضويا بالمؤشرات الاجتماعية، كما أن توزيع الفئات الاجتماعية حسب طبيعة ونمط المحددات السائدة في مدينة فاس سيبرز هذا التوزيع عن وجود فئات اجتماعية متباينة حسب الأسرة والسكن ونوعية النشاط والأحوال المادية والمعيشية ليبين كذلك كيف أن درجات ومستويات أداء المؤسسات العمومية تتأثر بالمحددات الاجتماعية وتؤثر فيها خاصة في ظل الديناميات والتباينات العميقة التي تشهدها مدينة فاس.

الفصل الثالث

الخدمات التعليمية بمدينة فاس: دينامية متواصلة وتوزيعات مجالية متباينة

مقدمة

احتلت مسألة تعميم التعليم منذ الاستقلال إحدى الأولويات الكبرى للسياسة التعليمية، التي حاولت باستمرار تدارك النقص الحاصل في تمدرس المغاربة خاصة في ظل تزايد الطلب الاجتماعي على التمدرس، فقد شهدت المؤسسات التعليمية إقبالا كبيرا، مما أدى إلى توسع أحجام التعليم بشكل كبير لم تستطع الاصلاحات التعليمية في أغلب الأحيان مسايرة تدبيره، ولقد تجسد ذلك في عدم قدرتها على الحسم في مشروع تعميم التعليم والحد من تفاوتاته من أجل إحكام تكافؤ فرص التعليم بين جميع المغاربة.

غير أن بداية الألفية شكلت منعطفا جديدا للنهوض بحزم بالنظام التعليمي ببلادنا كان من ضمنها الميثاق الوطني للتربية والتكوين الذي سطر عددا من الدعامات، منها ماهو كمي كرفع نسبة التمدرس ورفع نسبة النجاح، وتقليص نسب التسرب والهدر المدرسي، ومنها ماهو نوعي استهدف إحداث تغييرات على مستوى البرامج والمناهج الدراسية والمقررات والكتب المدرسية. ومن هذه الزاوية، يتناول هذا الفصل بالتحليل مسار التطور الحاصل في العملية التعليمية بهدف الوقوف على حجم التطورات في النظام التعليمي، وكذا إبراز العوامل الكبرى التي ساهمت في تعميم التعليم خاصة بالسلك الابتدائي مع تحقيق تقدم ملموس في السلك الثانوي بشقيه الإعدادي والتأهيلي في هذا الميدان.

كما سنحاول إعطاء نظرة شاملة حول حجم ما تراكم من تطورات تعليمية بمدينة فاس، فدراسة هذه الأخيرة في إطار منظومة التعليم يعد مهما لإبراز مدى آثار التناقضات الهيكلية في ذلك أيضا، فمن خلال استحضار الأسلاك التعليمية المختلفة يتضح بجلاء وجود حلقة مفرغة بين هاته الأخيرة، حيث تشكل مدخلا لاختلال النظام التعليمي ببلادنا، والتي تنبثق منها باقي الفوارق التعليمية، فإذا بقي التعليم الأولي مفصولا عن التعليم النظامي لا تربطه أية علاقة تواصل بالأسلاك الأخرى الموالية، فإن التعليم الابتدائي بحكم طبيعته كمرحلة تعليمية إجبارية يشكل معبرا يمر منه جميع التلاميذ يجسد مدخلا للتمايزات التعليمية والتي ستلقي بثقلها على باقي الأطوار التعليمية.

كما سنتطرق إلى أبعاد الاختلاف المكاني في توزيع التعليم وأحجامه وحصيلته، أي حسب البنية التعليمية والتقسيمات المجالية بمدينة فاس وكذا إبراز وتحليل أشكال التباين المجالي لأحجام التمدرس وتوزيعاته. ويتوخى هذا التحليل تناول تشكل المجال التعليمي بمدينة علمية عريقة داع صيتها ولا تزال تفرض نفسها كعاصمة علمية وذات حمولة بشرية تتجاوز المليون نسمة، فدراسة تطور التعليم في مستوياته النوعية والمجالية وفي بعده الزمني يشكل منطلقا أساسيا لرصد اختلافات القطاع التعليمي بالمدينة، كما أن امتداد تشكله على فترات زمنية طويلة قد أدى إلى ظهور مؤسسات تعليمية مختلفة في أدوارها ووظائفها ومتنوعة من حيث المواقع التي تحتلها بالمدينة. خصوصا وأن توسع نطاق المؤسسات التعليمية الحديثة تحكمت فيه عوامل النمو المؤثرة في توسع المجال الحضري. فتزايد التجهيزات التعليمية وإقامتها يصطدم بالعديد من الصعوبات منها ما يرتبط بنمط التوسع العمراني السريع ومنها ما له علاقة بإكراهات المسألة العقارية والمالية. مما سينعكس لا محالة على تنظيم شبكة القطاعات التربوية بالمجال الحضري وبشكل خاص على مدى تحقيق الانسجام والتوافق بين المؤسسات التعليمية ومناطق نفوذها. وبالتالي على صعوبة ضمان خدمات تعليمية متساوية وذات فعالية لجميع المتمدرسين بالمدينة.

ولرصد توزيعات واختلافات المسألة التعليمية داخل المدينة، حاولنا الوقوف على العديد من المشاكل التي أفرزها سوء توزيع البنية المدرسية، وتباين انتشار المتمدرسين بالمؤسسات، واختلالات في إمكانيات العرض المدرسي من اكتظاظ في الفصول وتدني معدل التأطير التربوي. فإن آثار وأبعاد هذه الإختلالات ستتضح أكثر أثناء مقاربتنا للحصيلة المدرسية التي يحققها التلاميذ. فواقع المردودية التعليمية يعتبر مرآة عاكسة لمظاهر النجاعة والفعالية الداخلية للنظام التعليمي، بحيث أن الاختلافات والتفاوتات في النتائج الدراسية مثلا يجرنا إلى الكشف عن العوامل غير النظامية التي تؤثر بدورها في التحصيل ونتائج المتمدرسين وفي أداء ومردودية المؤسسة، أي البحث في إشكالية الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على الظاهرة التعليمية، فاختلافات الأوضاع السوسيو-اقتصادية والثقافية (الأسرة، الأصل الجغرافي، النشاط المهني، الأحوال المعيشية، السكن، المستوى التعليمي)، تتحكم بشكل كبير وبدرجات متفاوتة على عموم النتائج المحصل عليها وعلى ما تقدمه مستويات الخدمات التعليمية، كما أن أوضاع التلاميذ الأسرية وخصائصها التربوية والثقافية تؤثر حتما على الممارسة التعليمية، ومن هذا المنطلق ندرك تماما كيف أن العملية التعليمية وحصيلتها بالمستويات المختلفة يشوبها العديد من الظواهر السلبية كالتعثر والفشل الدراسي والانقطاع في صفوف التلاميذ وغيرها وكيف أن مسألة التعليم قد وقعت رهينة بين أنياب الوضع الاجتماعي للمؤسسة التعليمية داخل مدينة فاس. مما ينعكس سلبا على جودة الخدمات التعليمية وفاعليتها.

1. الخدمات التعليمية بمدينة فاس: تطورات في النمو و تفاوتات في التوزيع

1.1. تعميم الولوج بالتعليم الأولي: تطور مهم لكن غير مكتمل

شكلت مسألة تعميم الولوج بالتعليم الأولي مركز اهتمامات السياسة التعليمية خلال العقد الثاني من الألفية الحالية، لما أضحى يلعبه التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة من دور حيويّ لاسيما وأن امتلاك أو عدم امتلاك خبرة في التعليم في هذه المرحلة ستكون له تأثيرات مختلفة، من تكيف الطفل مع المدرسة إلى التحصيل الدراسي إلى الاستمرار في المدرسة.[110]وفي هذا الصدد نجد تزايد إقبال الفئات العريضة من المجتمع الفاسي على تعليم أبنائهم بهذا الطور. وفي هذا الصدد نشير إلى أن الفئة العمرية أقل من ست سنوات عرفت تقلصا في الهرم السكاني بمدينة فاس فبناءاً على نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2014 أضحت تمثل 10% فقط من البنية الديموغرافية للمدينة.

ولقد تميزت العشريتين الأخيرتين بالعزم على تحقيق مبدأ التعميم بالتعليم الأولي وبالضبط العمل على تمكين الأطفال البالغين سن التمدرس من ولوج المدرسة والذين قدر عددهم بما يربو عن 44.175 طفل بمدينة فاس سنة 2019-2020.[111] إلا أن الواقع العملي للتمدرس أبان عن تطور مضطرد في عدد المتمدرسين بالتعليم الأولي خلال العشرية الأخيرة وهذا واضح من خلال المعطيات الإحصائية التي تفيد بارتفاع وتيرة عدد الأطفال المسجلين بالتعليم الأولي حيت انتقل من 21.332 خلال الموسم الدراسي 2013-2014 (أي الإحصاء الأخير) إلى ما يناهز 27.063 في سنة 2019-2020 طفلا وطفلة، (الجدول رقم 10) أي بزيادة متتالية قدرت بحوالي الربع وهذا ينم عن المجهودات المبذولة التي بدلتها الوزارة الوصية خلال السنتين الأخيرتين في قضية تعميم التعليم الأولي، لذا فإن نسبة التمدرس بمدينة فاس تصل إلى 69% وهي نسبة تقارب المستوى الوطني 71,9%.[112]

وإذا ما تتبعنا تطور قضية تعميم التمدرس بالتعليم الأولي خلال السنوات الأخيرة فسوف نقف على بعض مظاهر النمو الناتجة عن جملة من التدخلات التي أصابت السياسة التعليمية بخصوص مبدأ نشر التعليم وتحديث هياكله على رأسها اتساع رقعة التعليم الخصوصي وزيادة الإقبال عليه من قبل الأسر مقابل تراجع التعليم التقليدي لصالح هذا الأخير، هذا فضلا عن إدماج التعليم الأولي العمومي بالمؤسسات التعليمية جنبا إلى جنب بالطور الابتدائي. الأمر الذي أثر بشكل فعال في نمو وتطور أوضاع التعليم الأولي والتمكن من السير بخطى ثابتة لتحقيق

---

[110] - KARTAL (H.), BALANTEKIN (Y.), BILGIN (A.), 2016, The Importance of Early Childhood Education and School Starting Age in the Reading- Writing Learning Process, Peer Review Academic Journal, Turkey, p.80.

[111]- المصدر: نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، مصلحة التخطيط الإحصاء، 2020.

[112]- المصدر: وزارة التربية الوطنية، مؤشرات التربية لسنة 2019-2020، مديرية الاستراتيجية والإحصاء والتخطيط-الرباط.

مبدأ التعميم الأولي أمام الجميع خلال السنوات القليلة المقبلة وكذا بوضع منهاج خاص بتربية الطفل وتعليمه وفق قدراته الفكرية والذهنية والجسدية وإعداد شخصيته المستقبلية،[113] بهدف تحقيق تكافؤ الفرص بين مختلف الأطفال، كما عرفت بنية الاستقبال نموا ملحوظا بلغ 1259 حجرة دراسية خلال الموسم 2020/2019.

2.1.1. توسع التعليم الأولي الخصوصي وتراجع التعليم التقليدي

يعد التعليم العمومي القطاع الأكثر توسعا في النظام التربوي التعليمي من حيث العدد الكبير الذي يستوعبه من التلاميذ والأطر التربوية والتجهيزات المرافقة لذلك، ويرتبط بشكل وثيق بسلطة الوزارة الوصية في ميدان التخطيط والتوجيه والبرامج. إلا أنه رغم الإمكانات المتاحة له فلم يتم تعميمه بشكل كامل ونهائي، لذلك بادرت الدولة إلى تشجيع قطاع التعليم الخصوصي بهدف تمكين هذا الأخير من تحمل جزء من المسؤولية إلى جانب التعليم العمومي لنشر التعليم.[114]

إذا كان التعليم الخصوصي قد احتل في كافة البرامج الإصلاحية رهانا حقيقيا لدى المسؤولين من أجل النهوض بأوضاع التعليم وهذا ما نلمسه في الميثاق الوطني للتربية والتكوين على اعتبار أنه جزء لا يتجزأ من المنظومة التربوية ككل فالميثاق جعل من قطاع التعليم الخصوصي مساهما مهما إلى جانب التعليم العمومي قصد تقليص الهدر المدرسي وتوسيع شبكة المؤسسات التعليمية عبر تراب مدينة فاس، بحيث تطرق إلى العديد من التدابير الرامية إلى المساهمة في تنظيم القطاع وضبطه وتقويمه وتشجيع الاستثمار فيه حتى يتم تأهيله للقيام بالمهام المنتظرة منه وذلك بغية التخفيف من عبء الدولة وكسب رهان التعميم.

لقد كانت لهذه التحولات في السياسة التعليمية آثار واضحة تجلت أساسا في إقبال الأسر على تعليم أبنائهم بحيث سجل التعليم الأولي بمدينة فاس نسبة تمدرس بلغت 65% خلال الموسم الدراسي 2019-2020 بالنسبة للفئة العمرية 4-5 سنوات مقابل 48 % في عام 2013-2014 مسجلة بذلك نقلة نوعية في نمو عدد المتمدرسين في صفوف الأطفال. فتطور التمدرس يسير بالوتيرة نفسها على مختلف أنواع التعليم الأولي بمدينة فاس حيت سجلت تطورات مهمة إذ ارتفعت حصة التعليم الأولي العمومي من 11% خلال الموسم الدراسي 2013-2014 إلى 19,64% في عام 2019-2020،[115] وبالموازاة مع ذلك عرف التعليم التقليدي تراجعا كبيرا، حيث انخفضت حصته من 61% إلى 40,10% في سنة 2019-2020 لصالح القطاع العصري خلال بداية العقد الأخير

---

[113]- الإطار المنهاجي للتعليم الأولي (2018)، وثيقة مرجعية موجهة للمنهاج التربوي، الطبعة الأولى، مديرية المناهج ، الرباط، ص 3.
[114]- كيدو ابراهيم (2004)، مرجع سابق، ص.66.
[115]- المصدر: الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين فاس-مكناس، قسم الإحصاء والتخطيط.

من الألفية لم يكن قطاع التعليم الأولي العصري يستقبل سوى 26% من المتمدرسين مقابل 40% خلال نفس الفترة.[116]

فبالإضافة إلى النمو المسترسل لعدد التلاميذ بالتعليم الأولي نجد تقاربا في تركيبهم الجنسي إذ يسجل فارق ضئيل لعدد الذكور على عدد الإناث بالرغم من التزايد الذي عرفه عدد البنات في مؤسسات التعليم الأولي خلال السنين الأخيرة والتي أضحت تمثل 48% مقابل 51% بالنسبة للفتيان. مما يظهر أن الآباء يولون أهمية أكبر لتمدرس أبنائهم الذكور بهذا الطور التعليمي، كما تجدر الإشارة إلى بعض التطورات المتفاوتة التي يعرفها هذا الطور من التعليم. فبالرغم من تفوق عدد التلاميذ بالتعليم التقليدي على مؤسسات التعليم الأولي العصري، يبدو أن هذا الأخير بدأ يستقطب الأطفال بشكل كبير. بحيث وصلت نسبة النمو فيه إلى 40%، مقابل تراجع ملحوظ لعدد التلاميذ بالتعليم التقليدي 10% هذا الأمر يمكن مرده إلى سببين رئيسيين الأول يتعلق باختيار نوع تعليمي دون آخر: فمن جهة هناك الخوصصة والعصرنة المتواصلتين للتعليم الأولي والإقبال المتزايد للأسر على اختيار التعليم العصري بالمدينة ومن جهة ثانية هناك انخفاضا مزدوجا في سن ومدة التمدرس بالتعليم الأولي بالنسبة لجميع فئات الأعمار، حيث انخفض هذا السن خلال العقد الأول من هذه الألفية بحوالي سنة. مما أدى إلى تحسن مدة التمدرس بالتعليم الأولي وذلك بفعل الانخفاض الذي عرفه سن ولوج التعليم الابتدائي آواخر التسعينيات بصفة خاصة. علاوة على ذلك كله، فإن الإقبال الكبير على التعليم الأولي العصري قد بدت تجلياته واضحة على مستوى توسع طاقتها الاستيعابية بتزايد عدد الحجرات التي انتقلت من 400 حجرة دراسية خلال الموسم الدراسي 2013-2014 إلى 520 حجرة دراسية سنة 2019-2020، كما عرفت التزايد الملموس في عدد المربون الذي ناهز 1182 في عام 2019-2020.[117]

جدول رقم 10: تطور بنية التعليم الأولي بفاس حسب النوع خلال الموسم الدراسي 2019-2020

	عدد الحجرات	مجموع الأطفال	الإناث منهم	المربون
التعليم الأولي الخصوصي	520	10.913	5289	720
التعليم الأولي العمومي	245	5278	2495	26
التعليم الأولي التقليدي	494	10.869	5329	436
المجموع	1259	27063	13.113	1182

المصدر: نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، قسم التخطيط، مصلحة الإحصاء

[116]- المصدر: نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، قسم التخطيط، مصلحة الإحصاء، الإحصاء المدرسي السنوي الشامل 2019-2020، ص.3.
[117]- المصدر نفسه، ص.4

3.1.1. آثار التعليم الأولي على المردود الدراسي: تفاوتات بنيوية

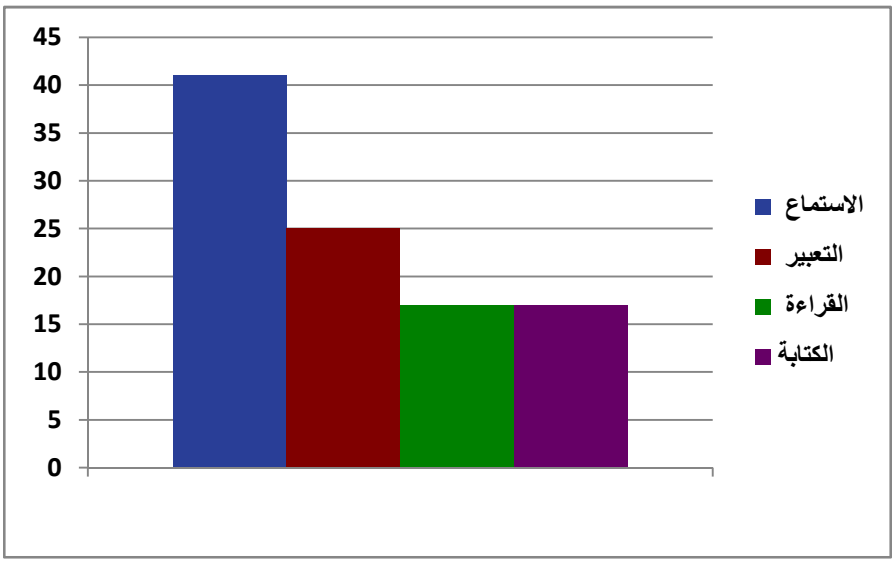
إن الوقوف على معطيات واقع التمدرس بالتعليم الأولي والمؤشرات المرتبطة به تظهر بشكل جلي مدى النمو الحاصل في مساره لاسيما خلال السنوات الأخيرة. فاستجلاء تطورات بنياته وتحديث هياكله أنتجت بدورها أشكالا من التفاوتات في مستوى أداء الخدمة التعليمية مما يستدعي عدم الارتكان لمقاربة إحصائية تستحضر الجانب الكمي فقط وتجاوزها يستدعي استحضار معطى الجودة وربطه بمختلف متغيرات الواقع الاجتماعي للأطفال المعيشية والثقافية والتربوية ومدى آثاره على المردودية الدراسية للمتمدرسين.

من خلال استقرائنا لمعطيات البحث الميداني تبين أن المستوى الدراسي لغالبية المربون هم حاملي شهادة الإجازة بالدرجة الأولى وتلقوا تكوينا تم تليها حملة شهادة البكالوريا باعتبار المستوى التعليمي للمربون أحد أبرز العوامل التي تؤثر بشكل واضح على التعامل مع الطفل في أهم مرحلة من حياته. ويتوفرون على كفاءات تؤهلهم للقيام بمهام التربية وتعليم الأطفال كما تم تفحص الأنشطة التي تعتمد في تنمية المهارات اللغوية لدى الطفل.

والواقع أن مهارة الاستماع احتلت المرتبة الأولى ب88% من مجموع إجابات الأطفال، و54% اختاروا مهارة التعبير و38% اختاروا مهارتي القراءة والكتابة (الشكل 8)، وعليه فالمهارات التي يركز عليها المنهاج[118]هي الاستماع ثم التعبير لأنهما المهارتان الأساسيتان اللتان تسهلان للطفل عملية التواصل وتساهمان في اكتسابه اللغة، ثم مهارة القراءة والكتابة حيث يتعلم مبادئ القراءة ومبادئ التخطيط وذلك حسب قدراته الفكرية. حيث أن الطفل يفهم ما يستمع إليه لكنها تختلف من طفل إلى آخر حسب قدراته الإدراكية فمن خلال الشكل البياني تبين أن لمهارة الاستماع أولوية فهي السبيل لتعلمه باقي المهارات الأخرى. كما تتعدد الأنشطة التي تساهم في تنمية مهارة التعبير من قبيل التعبير عن صورة، التعبير عن أحداث وقعت له، والتعبير عن مشاعره ما يحبه ما لا يحبه إلخ.

[118]- الرؤية الإستراتيجية للإصلاح 2030/2015، ما ورد في الرافعة الثانية التي نصت في إحدى فقراتها على اعتماد نموذج بيداغوجي موحد الأهداف والغايات، متنوع الأساليب خاص بالتعليم الأولي.

شكل رقم 8: أنشطة المهارات اللغوية بالتعليم الأولي



المصدر: بحث ميداني (عينة 1% من مجتمع الدراسة، 2021)

تتعدد الأنشطة التي تساهم في تنمية مهارة القراءة بحسب كفاءة المربي فمن خلال البحث الميداني الذي أنجزناه تبين أن الألعاب القرائية لها أهمية ودور مهم في تنمية مهارة القراءة وتتمثل هذه الألعاب في ألعاب بطاقات الحروف والربط بين صورتين متشابهتين وكلمتين متشابهتين حيث يقوم المربي بتحفيظ الطفل الكلمات البسيطة سعيا منه أن يتذكرها حيث أثبت البحث الميداني أيضا أن الطفل في هذا الطور لا يستطيع القراءة إلا إذا ما تم تحفيظه كلمات وجملا وحروفا أو حتى نصا بأكمله لما يملكه من ذاكرة تساعده على الانتباه والحفظ، وهذا طبعا يختلف من طفل لآخر بحسب قدراتهم الفكرية والفروق الفردية بينهم. وعليه فإن الطفل لا يفهم ما يقرأه، ومنه يمكننا القول بأن الطفل يفهم ما يقرأه لكن في حدود ما تعلمه فقط. وفي تذييل هذه الأنشطة نجد أنشطة مهارة الكتابة وهي متعددة ومن بين هذه الأنشطة الرسم والتلوين والألعاب اليدوية والعجين حيث تبين أن الربط بين النقط يساهم بشكل كبير في رسم الخط الذي هو منطلق التحكم في القلم للكتابة ويساهم في تعويد الطفل على التخطيط ثم ضرورة الألعاب اليدوية كالقص واللعب بالعجين يساعد الطفل في تمرين أصابعه لتسهيل التحكم في القلم.

الملاحظ من خلال نتائج البحث أنه يمكن للطفل كتابة الحروف بشكلها الصحيح خلال هذا الطور التعليمي لكنه قد لا يحترم مقاييسها في غالب الأحيان[119]. فهذه المهارة يلعب المربي فيها دورا كبيرا ويبذل مجهودا

[119]- مقابلة مع مربية سميرة بالتعليم الأولي، مركز دار المواطن للقرب، مقاطعة زواغة، أبريل 2021.

مضاعفا في الحرص على تعويد الطفل احترام قواعد الكتابة من تتبع للسطر واحترام المساحة المخصصة للكتابة وغيرها. حيث أظهر البحث الميداني أن معظم الأطفال يعرفون اتجاه الكتابة ولكن أحيانا يتعذر على بعض منهم الكتابة من اليمين إلى اليسار أو العكس لاسيما فيما يخص كتابة الأرقام والحروف اللاتينية كما يمكن للطفل أن يحترم المساحة المخصصة للكتابة إلى حد ما بمساعدة المربي.

يتبين من خلال الشكل أعلاه أن متغيرات مهارة الكتابة تختلف من طفل إلى آخر كما أن منهاج التربية لم يعطي الأولوية لمهارة الكتابة بل اقتصر على تعليم الطفل مبادئ الكتابة والتخطيط إعدادا له للسنوات القادمة لأن المهارات يتم ترتيبها وفقا لقدراته الفكرية والنفسية والسلوكية.

وعليه يستنتج بأن التعليم الأولي بجميع فضاءاته ومختلف محتويات برامجه يسهم في تعويد الطفل تدريجيا على جو التمدرس وتهييئه للمراحل التعليمية القادمة باعتباره حلقة الوصل بين مرحلتين مرحلة اللعب ومرحلة التمدرس حيث يقوم على برنامج يدمج بين اللعب والتعلم يناسب مرحلته العمرية[120] ويوفر لجميع الأطفال إلى حد ما تحقيق المساواة والتقارب أمام العملية التعلمية التعليمية وذلك بفضل تحسن مستوى التأطير التربوي والبنية التحتية والبرامج التربوية والتعليمية. إلا أن ذلك لا يجب أن يخفي عنا مدى صعوبة تحقيق التقارب بسبب التحولات التي مست بنيات المجتمع.

فالتفاوت في التمدرس[121] يرتبط كذلك بعدم تكافؤ فرص الولوج والتي تزداد تناقصا أو تصاعدا مع التدرج في المستوى التعليمي للآباء كما عبرت عن ذلك 78,6% من مجموع عينة البحث. ففرص التمدرس بالتعليم الأولي لطفل والده ذو مستوى تعليمي عالي هي 2,5 أضعاف فرص طفل لم يلج والده قط المدرسة، و1,5 ضعف فرص طفل والده حصل بالكاد على المستوى الابتدائي. وبالمثل فإن الأطر العليا، وأصحاب المهن الحرة، والتقنيون، والمستخدمون هم الأكثر اهتماما بتمدرس أطفالهم بالتعليم الأولي. في حين 21,4% من أطفال أبناء العمال والمياومين وغيرهم لا يستفيدون من التعليم الأولي.

يتضح من خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2014، أن مظاهر الخلل تنحدر من الواقع الاجتماعي أيضا، حيث يبدو أن الأسر الصغيرة الحجم هي الأكثر تفتحا على تدريس أبنائها بالتعليم الأولي. ذلك أن فرص التعليم الأولي لدى الأسر المتكونة من أقل من 5 أفراد (64,2%) تمثل قرابة ضعف الفرص المتاحة

[120]- الإطار المنهاجي للتعليم الأولي (2018)، وثيقة مرجعية موجهة للمنهاج التربوي، الطبعة الأولى، مديرية المناهج ، الرباط، ص 2.
[121]- المندوبية السامية للتخطيط: نتائج البحث الوطني 2014 حول التعليم الأولي.

في تلك التي تتكون من أكثر من 6 أفراد (33,5%). وبالمثل، كلما ارتفع عدد الأطفال في الأسرة، كلما تقلصت فرص التعليم الأولي. فالأسر التي تضم طفلين تسجل نسبة تمدرس في التعليم الأولي (55,1%) مرتين أكثر من الأسر التي لديها أكثر من 3 أطفال (29,8%).

توحي هاته المقارنات بمحدودية الدخل الفردي للأسر ذات الحجم المرتفع وضعف إمكانياتها لتغطية مصاريف التعليم الأولي. وهو ما يعززه تأثير الغنى المادي والفقر متعدد الأبعاد على التعليم الأولي.فنسبة التمدرس بالتعليم الأولي للأطفال المنحدرين من 20% من الأسر الغنية بمفهوم مستوى المعيشة (81,6%) يفوق بـ 3,7 أضعاف نسبة تمدرس الـ 20% المحدودة الدخل (22,0%). تقدر هذه النسبة بـ 1,4 ضعفا في الوسط الحضري. كذلك، فإن نسبة التمدرس بالتعليم الأولي للأطفال من أسر غير فقيرة حسب مفهوم الفقر متعدد الأبعاد (51,6%) تفوق بـ 2,9 مرة نسبة التمدرس بالأسر الفقيرة حسب نفس المفهوم (17,5%). نشير أيضا إلى أن مردودية التعليم الأولي التقليدي هي أقل بكثير من التعليم الأولي العصري، وهو الأمر الذي يشكل، على الأرجح، أحد العوامل المفسرة لتراجعه المطرد خلال السنين الأخيرة. وبالفعل، فإن معدل التمدرس بالابتدائي للأشخاص البالغين 17 سنة فأكثر والذين حظووا بتعليم أولي عصري هو أكبر ب 1,3 مرة من المعدل المسجل لدى نظرائهم الذين تلقوا تعليما أوليا تقليديا. ترتفع هذه النسبة إلى 1,8 مرة بالنسبة لاستكمال التعليم الابتدائي، وإلى مرتين بالنسبة لاستكمال التعليم الثانوي الإعدادي والثانوي التأهيلي.

وعليه، فإن التعليم الأولي يحسن بالتأكيد المردودية الدراسية، غير أنه لا يمكن، بمفرده، من القضاء على التفاوتات في فرص النجاح الدراسي. إن على مستوى أمد الحياة الدراسية بالتعليم الأولي أو على المستوى التعليمي للوالدين، إضافة لمستوى عيش الأسرة وولوجها للخدمات الاجتماعية، كمؤشر يقارب الثروة المادية والفئة الاجتماعية، هي عوامل تشكل، إلى جانب التعليم الأولي، المحددات الأساسية للرفع من مردودية التعليم.[122]

4.1.1.اختلافات التعليم الأولي حسب النيابات والصنف والجنس.

إذا كان التعليم الأولي يعرف توسعا في أعداد الأطفال الملتحقين به، بفضل الأولوية التي حظي بها هذا السلك التعليمي في الميثاق الوطني للتربية والتكوين الذي قد جعل من تعميم التعليم الأولي مجالا من مجالاته

[122]- المندوبية السامية للتخطيط: نتائج البحث الوطني 2014 حول التعليم الأولي.

الكبرى في التجديد،[123] إلا أن العرض التربوي يسجل تفاوتا ملحوظا حسب الصنف والجنس ما بين الوحدات الحضرية لمدينة فاس. وذلك استنادا على المعطيات الإحصائية التي تبرز هيمنة مطلقة لجماعة أكدال على التعليم الأولي الخصوصي ب 8186 طفلا وطفلة بينما ينتشر التعليم الأولي العمومي بكل من جماعة المشور فاس الجديد، فاس المدينة، جنان الورد والمرينيين بما يناهز 2905 طفل وطفلة ويبقى التعليم الأولي التقليدي الحاضنة الأولى لأعداد الأطفال بهذه المرحلة التعليمية بما يربو عن 15.238 طفلا خلال الموسم الدراسي 2019-2020.[124] علما أن هذا النوع من التعليم لازال يكتسح جميع تراب الوحدات الحضرية بالمدينة بدون استثناء حيث تتركز الأعداد الكبيرة من الأطفال بشكل ملفت في كل من زواغة وسايس والمرينيين بفعل ما تمتاز به هذه الوحدات الحضرية من خصائص مجالية واجتماعية وتركز قوي للكثافات السكانية. ففي الوقت الذي يشهد فيه التعليم الأولي بمختلف روافده إقبالا متزايدا فإنه ظل يمتاز بالنخبوية لأن جزءا من الفئات المستهدفة المحتملة ليست قادرة على تحمل تكاليف تمدرس أبنائها بهذا القطاع الذي يكفله التعليم الخاص أساسا، سواء في نوعه العصري الموجه للطبقات المتوسطة والميسورة، أو النوع التقليدي الموجه للطبقات المحدودة الدخل بالأحياء الشعبية، مما جعله يشكل أحد الأسباب الأولى للاتكافؤ الفرص على مستوى التعليم بمدينة فاس. هذا علاوة على ضعف مساهمة الدولة في التعليم الأولي العمومي المدمج في الابتدائيات الذي لم يتجاوز عتبة 1000 طفل وطفلة إذ تستحوذ مقاطعة فاس المدينة وجنان الورد والمرينيين على أكبر عدد المتمدرسين بهذا النوع حيث يتجاوز النصف في حين تبقى مقاطعة زواغة وسايس المتضرر الأكبر لعدم الاستفادة من هذا الصنف التعليمي بحوالي 70 طفل فقط. وذلك على الرغم مما ينص عليه الميثاق الوطني للتربية والتكوين وما تمت بلورته في الرؤية الاستراتيجية 2030/2015 اللذان ينصان على وجوب تعميم التعليم الأولي وجعله إلزاميا للدولة والأسر ودمجه التدريجي في سلك التعليم الابتدائي ليشكلا معا سيرورة واحدة منسجمة. ومن جهة ثانية، تدل نسب التمدرس بالتعليم الأولي بفاس على أن هذا التعليم بمختلف أشكاله لم يتجاوز بشكل نهائي حاجز 69%. مما يعني أن زهاء ثلث أو الربع أطفال بفاس المتراوحة أعمارهم بين 3 و 6 سنوات لا يستفيدون من هذا التعليم، وأنهم سيلجون التعليم الابتدائي متخلفين منذ البداية، عن أقرانهم ممن أتيحت لهم فرصة الاستفادة من التعليم الأولي.[125]

---

[123]- الميثاق الوطني للتربية والتكوين: المادة 24 التي تنص على أن تعميم التعليم يقصد به " تعميم تربية جيدة على ناشئة المغرب بالأولي من سن 4 إلى 6 سنوات. والرؤية الإستراتيجية 2030/2015 وخاصة ما ورد في الرافعة الثانية حول إلزامية التعليم الأولي

[124]- المصدر: الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين فاس-مكناس، قسم الإحصاء والتخطيط

[125]- زهير بلمفضل علوي (2013)، المشاريع التعليمية في المبادرة الوطنية للتنمية البشرية بفاس (تقييم سوسيولوجي)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية الآداب ظهر المهراز- فاس، ص 115.

انطلاقا مما سبق، نستشف أن التعليم الأولي بمدينة فاس قد حقق تطورا كميا ملحوظا خلال العقد الأخير (2010-2020)، غير أن الاعتماد على المؤشر الكمي وحده غير كافيا لنقل الصورة الحقيقية والصحيحة عن واقع التمدرس بهذا الطور، لأنه لا يزال تكتنف طياته جملة من الاختلافات والاختلالات الكبيرة لعل أبرزها: تعدد أصناف التعليم بهذا الطور التي تشمل التعليم الأولي الخصوصي والتعليم الأولي العمومي والتعليم الأولي التقليدي هذا إلى جانب تعدد المتدخلين في القطاع إذ بتعددهم تتعدد تدخلاتهم وتوجهاتهم وإمكانياتهم المادية والبشرية (قطاع خاص، الجمعيات، الوزارة...) مما يؤثر بشكل مباشر على نوعية المربيين والمربيات وكذا على مستويات التأطير التربوي، ناهيك عن الفوارق الناجمة عن انتشار وتوزيع هذه الأنواع التعليمية مابين الوحدات الحضرية المكونة للمدينة ومابين مختلف فئات المجتمع الفاسي. الشيء الذي يعتبر مدخلا أساسيا للامساواة في فرص النجاح الدراسي واللاتكافؤ أمام الاستفادة من الخدمات التعليمية بالتعليم الأولي.

2.1. التعليم الابتدائي قفزة نوعية وتطور كمي ملحوظ

تستغرق الدراسة به ست سنوات ويستقبل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 و11 سنة ويؤدي عند نهايته إما إلى التعليم الثانوي الإعدادي أو إلى التكوين المهني حسب ميولات ومؤهلات وقدرات التلاميذ الذهنية والعلمية. حظي التعليم الابتدائي بأهمية بالغة في جميع المخططات التربوية منذ 1960 وقد سارعت وزارة التربية الوطنية إلى إحداث بنيات أساسية تربوية لإعداد الأطر اللازمة لمواجهة الطلب المتزايد بسلك التعليم الابتدائي وهكذا فقد بلغ عدد الأطر بهذا الطور إلى 138.057[126] على المستوى الوطني. فيما نالت منه مدينة فاس 3232 معلما.[127] تزامن هذا الاهتمام مع الإقبال الكثيف على التمدرس الذي عرفته الثلاثة العقود الأخيرة. فبناء على المعطيات الواردة في الجدول (11) يسجل النظام التعليمي تطورا ملحوظا كل سنة في مدينة فاس، إذ يتزايد أعداد المتمدرسين بشكل ملموس، وبالأخص في العقد الأخير بحيث انتقل العدد الإجمالي للتلاميذ العمومي من 102.027 إلى 102.173 تلميذا مابين 2010 -2020، أي بزيادة قدرت بحوالي 146 تلميذا. وقد يعزى هذا التزايد الطفيف في أعداد التلاميذ بهذا الطور إلى التحول الديموغرافي في هذه الشريحة العمرية التي عرفت انخفاضا بطيئا في وتيرتها. كما أن تطور عدد التلاميذ بالنظام التعليمي يمثل مدى الأولوية والأهمية التي يحظى بها هذا الأخير في الرفع من عدد المتعلمين به، إذ بقدر ما يتزايد الإقبال على التمدرس، تتراجع نسب الأمية والجهل

[126]- المصدر: وزارة التربية الوطنية، مؤشرات التربية لسنة 2020/2019، مديرية الإستراتيجية والإحصاء والتخطيط- الرباط
[127]- الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين جهة فاس-مكناس، قسم التخطيط التربوي،2020/2019.

وتزداد شرائح الاجتماعية بالمدينة تعلما. كما أن وتيرة نمو النظام التعليمي تعكس في ذات الوقت نوعية النمو الديموغرافي السائد في المجتمع السكاني، وكذلك يعكس مدى قدرة العرض المدرسي على الاستجابة لحاجيات الطلب الاجتماعي على التمدرس.

جدول رقم 11: تطور حجم التعليم الابتدائي حسب الصنف بمدينة فاس 2010-2020

السنوات / عدد التلاميذ	2011-2010	2015-2014	2020-2019
التعليم العمومي	102.027	100.384	102.173
التعليم الخصوصي	23.763	32.000	38.935
المجموع	125.787	132.384	141.108

المصدر: مصلحة التخطيط والإحصاء، نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس

بالإضافة إلى ما ذكر، فإن النظام التعليمي يتطور بشكل غير متساوي على المستوى البنيوي؛ يظهر ذلك من خلال المقارنة مابين نمو التعليم العمومي،[128] الذي عرف أعداد التلاميذ به تطورا محدودا خلال الفترة مابين 2010-2020. ويرجع هذا التباطؤ إلى الإقبال المتزايد لمختلف شرائح الساكنة الفاسية على التعليم الخاص، وكذا فتح المجال أمام المتنقلين من التعليم العمومي إلى التعليم الخصوصي. بينما يسجل عدد التلاميذ بالقطاع التعليمي الخاص تزايدا سنة بعد أخرى، بحيث انتقلت أعدادهم من 23.763 تلميذاً في 2010-2011 إلى 38.935 سنة 2019-2020 فالزيادة المهمة و التي حددت في 15.172 تلميذا وجهت للتعليم الخصوصي بحيث يعرف هذا النوع من التعليم في سلك الابتدائي بمدينة فاس انتشارا كبيرا خلال العشرية الأخيرة، إذ ارتفع من 10% إلى أزيد من 20% خلال الفترة 2010- 2020. بفضل توسع بنيات الاستقبال وتنوع واختلاف المدارس الخصوصية وتفويت مدارس عمومية مجموعة من الخدمات إلى شركات خاصة، الشيء الذي جعل الدروس الخصوصية تصبح عامة. ومن هذا كله، فإن توسع خصخصة التعليم الابتدائي وخاصة في مدينة كبرى كفاس يخفي في طياته جملة من التفاوتات إن على مستوى عدم المساواة التي يخلقها النظام التربوي وكفاءة هذا الأخير وديمومته أو على مستوى التباينات التي يحدثها مابين وحدات المدينة، الشيء الذي يعني أن تطور حجم التمدرس يتخذ اتجاهات مجالية مختلفة أيضا.

[128]- كيدو ابراهيم (2004)، جغرافية التباينات التعليمية بالمجال المغربي: حالة مدينة فاس، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية ، ص 155

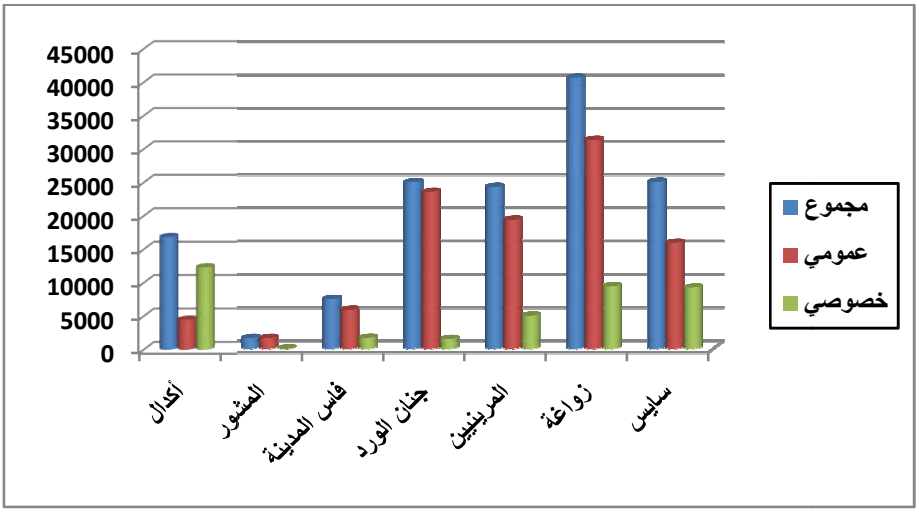
1.2.1. التعليم الابتدائي بالجماعات الحضرية: تعميم مكتمل وتوزيع مختلف

إذا كان حجم التعليم الابتدائي يحقق تقدما ملموسا وينحى منحى تصاعديا، فإن نموه يعرف تفاوتا كذلك حسب الصنف والجماعات الحضرية للمدينة. ويتضح ذلك من خلال استقراء البيانات الواردة في الشكل (9) عن زيادة عامة في نمو معدل التمدرس عند الأطفال البالغين ما بين 6 و 11 سنة إلى **100%** ويخفي هذا المؤشر تباينا ملحوظا في وتيرة زيادة عدد التلاميذ إذ احتلت كل من زواغة والمرينيين وسايس الصدارة في عدد التلاميذ وهذا راجع إلى التوسع العمراني السريع واستقطاب هذه الجماعات لأزيد من 60% من الساكنة الحضرية لفاس وبالتالي أضحت تشكل مراكز الثقل السكاني، في حين أن التقهقر الحاصل في كل من جماعتي المشور فاس الجديد وفاس المدينة يجعل عدد التلاميذ الذين يضمهم مجالها المدرسي أقل بكثير عما هو عليه الحال في الجماعات الأولى. ومرد هذا الانخفاض الملحوظ إلى عوامل ترتبط تارة بطبيعة السكن التقليدي المتقادم من جهة وتارة أخرى إلى محدودية التوسع العمراني بين أسوار جماعة المشور فاس الجديد وفاس المدينة، ويترجم عموما الانخفاض الجاري في الجماعتين إلى تراجع التعليم العمومي بمختلف الجماعات الحضرية، حيث تراجع أعداد التلاميذ به بما يربو عن 8022 تلميذ بكل جماعة باستثناء جماعة زواغة التي عرفت زيادة قدرت ب 6314 تلميذا خلال العشر السنوات الأخيرة (2010-2020). وذلك بفضل ما يشهده ترابها من حركية سكنية جد نشيطة أسفرت عن تعزيز دينامية التمدين والتي انعكست بشكل واضح في توسع مجالها المدرسي وبنية مؤسساتها التعليمية على صعيد فاس.

إضافة إلى البطء العام في وزن عدد التلاميذ بالتعليم العمومي، يبدو أن هذا الأخير يجد تفسيره في الاستقطاب المتنامي على التعليم الخصوصي الذي ما فتئ عدد التلاميذ بهذا السلك يتزايد بكيفية كبيرة، مما خول جماعة أكدال تسجل قفزة نوعية على مستوى هذا النوع من التعليم بفعل التحول التدريجي الذي يشهده مجالها في التغير التدريجي للوظيفة من سكنية إلى خدماتية بأحياء وعمارات جماعة أكدال. إذ ارتفع العدد الإجمالي للتلاميذ الخصوصي بها من 11.574 إلى 12.368 مابين 2010-2020، تلتها جماعة سايس وزواغة، في حين أن جماعة فاس المشور يفتقر مجالها إلى هذا النوع من التعليم بشكل نهائي تليها جماعة جنان الورد بعدد ضئيل جدا ب1400 تلميذ فقط، وتجدر الإشارة إلى أن هذا القطاع يخفي في طياته اختلافات كبيرة بين المدارس الخصوصية، والذي يتكون من مؤسسات جد مكلفة وأخرى ذات نوعية رديئة جداً.

وعليه يستشف أن النظام التعليمي تختلف وتتباين معالمه في تطوره ووزنه حسب الوحدات الإدارية للمدينة. فإن جوهره يكتنفه الغموض والتعقيد بفعل تداخل مجموعة من المحددات الاجتماعية والمجالية والسكانية والتربوية ليس فقط في شرح وتفسير كل وحدة حضرية على حدة، بل الفاعلة في التحولات التي تلاحق المشهد التعليمي بالمجال الحضري الفاسي بصفة عامة والمتحكمة في ارتفاع وانخفاض حجم التمدرس ونوعيته بهذا المجال.

شكل رقم 9: توزيع أعداد التلاميذ بالطور الابتدائي حسب الصنف والمقاطعات بفاس 2020



المصدر: مصلحة التخطيط والإحصاء، نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس

3.1. التطور العددي للمتمدرسين بالثانوي الإعدادي بمدينة فاس: تزايد مهم .

ينبغي التأكيد على أن العملية التعليمية المتكاملة لا تقتصر على ركن توفير عدد من المقاعد لاستيعاب عدد من الأطفال في السلك الابتدائي – على الرغم من أهميته – إلا أنه يضل قاصرا إذا لم يشمل كل أركان العملية التعليمية، فالأمر إذن هو أشمل وأبعد من ذلك كله بحيث إن نجاحها يتوقف على مدى إمكانية توفير كل مقوماتها وعلى رأسها ظروف الانتقال عن جدارة بالنسبة للمتمدرسين عبر الأسلاك التعليمية دون أن يتعرضوا لعملية إقصاء مفروضة. من هذا المنطلق تعتبر وتيرة التدفق على السلك الثانوي إعدادي مؤشرا إضافيا لقياس تكافؤ فرص التمدرس في المسار التعليمي.

يعتبر التعليم الثانوي الإعدادي مرحلة بارزة من المشوار الدراسي الذي يسلكه التلميذ يلتحق به عادة التلاميذ الحاصلون على شهادة الدروس الابتدائية. يهدف التعليم الإعدادي إلى تعزيز وتوسيع التعلمات والمهارات الأساسية ودعم نمو الذكاء التجريبي والاستئناس بالمفاهيم والقوانين الأساسية للعلوم والتمرن على معرفة ممنهجة

للعالم، ومصاحبة التلميذ في بناء مشروعه الشخصي ومساعدته في اختياراته التربوية والمهنية. تستغرق مدة التدريس به ثلاث سنوات دراسية. ويستقبل هذا السلك التلاميذ المتراوحة أعمارهم ما بين 12 و 14 سنة، وبناء على المعطيات الرسمية لإحصاء 2014 فإن الفئات العمرية المحصورة مابين 6-14 سنة تشكل 26,8% من الفئة الفتية في الهرم السكاني،[129] وذلك مرده إلى تراجع الخصوبة بفعل قلة فرص الشغل واستفحال البطالة وعزوف الشباب عن الزواج جراء صعوبات الحياة.

لقد شهد التعليم الثانوي الإعدادي توسعا كل سنة في فاس، إذ يتطور عدد التلاميذ بشكل تصاعدي وبالأخص في العقد الأخير، بحيث انتقل أعداد التلاميذ به من 43.886 إلى 56.518 تلميذا مابين 2010 و2020 أي بزيادة بلغت ما يناهز 12.632 تلميذا فالملاحظة الأولى تشير إلى تناقص وزن تلاميذ السلك الإعدادي مقارنة في المدارس الابتدائية (الجدول رقم 12). أما فيما يخص التعليم الخصوصي فيعرف تطورا متواضعا في استقبال التلاميذ على الرغم من الآمال التي علقت عليه، فإن الأعداد الإجمالية للتلاميذ بالتعليم الإعدادي الخصوصي انتقلت من 4140 إلى 5726 ما بين 2010 و 2020[130]وإن شهد تطورا ملموسا فإن الزيادة لعدد التلاميذ لم تتجاوز 1586 تلميذ لمدة عشر سنوات.

جدول رقم 12: توزيع التلاميذ حسب أسلاك التعليم العمومي بمدينة فاس (2010-2020)

الأسلاك التعليمية	عدد التلاميذ		نسبة التمدرس %
	2010	2020	
الطور الابتدائي	102.027	102.173	%100
الطور الثانوي الإعدادي	43.886	56.518	%81.1
الطور الثانوي التأهيلي	36.693	38.354	%50.4

المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية، فاس

[129]- المصدر: الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين فاس-مكناس، قسم الإحصاء والتخطيط.
[130]- المصدر: مصلحة التخطيط والإحصاء، نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020.

ويعزى ذلك بالأساس إلى ضعف الإقبال عليه بسبب ارتفاع تكاليف الدراسة بهذا الطور مما يؤدي حتما إلى إرغام العديد من الأسر إلى إلحاق أبنائها بالتعليم العمومي والتخلي عن التعليم الخصوصي، ورغم التطور الذي سجله هذا النوع من التعليم، فإن هذا الأخير لازال تطوره بطيئا الأمر الذي يلقي بثقله على التعليم العمومي وخاصة على مستوى الطاقة الاستيعابية بهذا الطور إذ تشهد المؤسسات الإعدادية العمومية نوعا من الاكتظاظ داخل حجراتها بالرغم من نقصان عدد التلاميذ بهذا السلك. مما يؤدي إلى حدوث إرباك في تقديم الخدمات التعليمية على مستوى التأطير التربوي والتعليمي، فعدد التلاميذ في القسم يعد من المعايير المعتمدة في تقييم كفاءة الخدمات التعليمية، حيث استخدم معيار دولي في هذا المجال وهو كل صف يضم 25 تلميذ فقط وبحد أقصى لا يزيد عن 30 تلميذ، فمن البديهي أن يرتفع مستوى الاستيعاب والفهم لدى المتمدرسين في عدد مثالي في كل مراحل الدراسة، بينما يؤدي ارتفاع عدد التلاميذ في القسم إلى وجود ضغط على الأطر وإهمال التلاميذ خاصة الضعاف منهم. مما يؤدي إلى حدوث عجز كبير في العملية التعليمية.

لذلك، تعتبر دراسة الوضعية الداخلية للمؤسسات التعليمية معيارا هاما لإبراز مدى حجم التباينات في الاستفادة من الخدمات التعليمية مابين الوحدات الحضرية للمدينة. فمن خلال البحث الميداني[131] تبين أن الاكتظاظ داخل الأقسام يطال عددا من البلديات التي يفوق فيها مؤشر عدد التلاميذ في القسم 40 أو يتراوح مابين 37 و45 تلميذا، بحيث تتصدر مقاطعة زواغة المرتبة الأولى ب44 تلميذا في القسم، تليها في ذلك مقاطعة المرينيين ب 40 تلميذا في القسم ثم مقاطعة سايس ب37 تلميذا وجنان الورد. بينما النيابات التي لا يتجاوز فيها عدد التلاميذ 35 في القسم فنجد مقاطعتي أكدال والمشور فاس الجديد متبوعة بمقاطعة فاس المدينة. فتزايد أعداد التلاميذ في بعض الاعداديات وتناقصهم في أخرى يشير إلى أن التوزيعات المختلفة للتلاميذ داخل المجال الفاسي يخضع إلى مجموعة من المتغيرات التي تتحكم في تحولات المجتمع بل إن الاختلاف في التوزيع يحدث داخل الوحدة الحضرية نفسها.

[131]- الاستمارة، معطيات حول المؤسسات التعليمية الثانوية الاعدادية بمدينة فاس، 2021.

1.3.1. توسع حجم التعليم الثانوي الإعدادي وتفاوته حسب الجماعات الحضرية

من الأهمية بمكان التطرق إلى تحليل الاختلافات التي يشهدها تطور حجم التمدرس لما له من أهمية بالغة في تحديد مواطن التزايد والتناقص العددي وتفسير التفاوت القائم ما بين الوحدات الحضرية للمدينة، والذي يشكل خطوة أولية للمقارنة المجالية في هذا المضمار. وبناء على المعطيات الإحصائية الصادرة عن الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين بجهة فاس- مكناس لسنة 2019-2020، والخاصة بنسبة تمدرس التلاميذ الذي تتراوح أعمارهم بين 12و14 سنة، فقد سجلت مدينة فاس نسبة تمدرس هامة بلغت **81,1%** بسلك الثانوي الإعدادي وهو معدل يقترب أو يتساوى بما حققه المعدل العام في نسبة تمدرس[132] بهذا السلك على المستوى الوطني الذي سجل برسم الموسم الدراسي 2019-2020 حوالي 81,9% وذلك بفارق أقل من نقطة مئوية (أي 0.8%). وتجدر الإشارة أن هذه النسبة في التمدرس ارتبطت بتحليل حالة التمدرس بالمجالات الحضرية فقط على المستوى الوطني. فيما نسبة التمدرس بالسلك الثانوي الإعدادي ظلت بطيئة حيث لم تتجاوز 66,8% على المستوى الوطني. كما أن التطور الحاصل في الحجم العام للتمدرس بمدينة فاس يتبلور أكثر على مستوى الجنس الذي أضحى يتميز بالتوازن العددي بين الذكور المتمدرسين والإناث المتمدرسات بالمدينة.

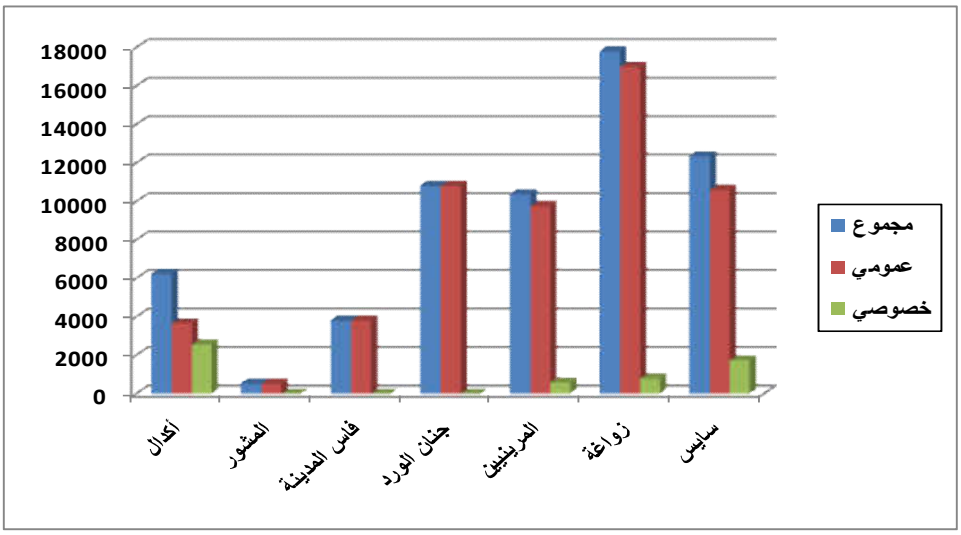
يظهر من خلال الشكل (10) أن أعداد التلاميذ تتوزع بشكل غير متكافئ ما بين الوحدات الحضرية حيث تتركز الأعداد الكبيرة من التلاميذ بشكل قوي في كل من زواغة إذ انتقل العدد الإجمالي من 11.787 إلى 17.013 تلميذا مابين 2010-2020. تليها جماعة المرينيين الذي بلغ 10.499 فيما سجلت جماعة جنان الورد وسايس 10.822 و10.610 على التوالي بالموسم الدراسي2019- 2020 ويجد هذا التزايد الحاصل تفسيره في هاته الجماعات إلى الكثافات السكنية المرتفعة بفعل ما تشهده ترابها من حركية سكنية والهجرة القروية حيث تحتضن هذه الأخيرة ما يربو عن 60% من مجموع تلاميذ النظام التعليمي بمدينة فاس في حين أن جماعة المشور وفاس المدينة وأكدال تعرف تراجعا في أعداد تلاميذها من جراء ما تشهده من تحولات في خصائصها المجالية والاجتماعية تجعل منها آليات فاعلة ومتحكمة في ارتفاع أو انخفاض وزن التمدرس بمكان ما.

إذا كان التعليم الثانوي الإعدادي العمومي تكتنفه اختلافات واللامساواة في تطوره ونموه حسب الجماعات الحضرية للمدينة، فإن هذه الاختلافات تزداد حدة ووضوحا كلما قارنا ظاهرة انتشار التعليم بهذا السلك على

[132]- معدل التمدرس أو النسبة الصافية للتمدرس ويتم قياسه على الشكل التالي: هو مجموع المتمدرسين بسلك الثانوي الإعدادي من فئة 12-14 سنة. على الفئة العمرية 12-14 مضروبة في 100.

مستوى البنيوي بحيث نجد أن التعليم الإعدادي الخصوصي تتصدره جماعة أكدال بما يناهز 2573 تلميذا وجماعة سايس ب 1751 بينما يغيب التعليم الخصوصي بشكل نهائي في كل من جماعات المشور فاس الجديد وفاس المدينة وجنان الورد، فيما تسجل جماعة زواغة والمرينيين عدد ضعيف جدا لا يتجاوز 500 تلميذا نظرا لضعف الإقبال عليه بسبب ارتفاع تكاليف الدراسة بهذا الطور. مما يبرز خللا مجاليا في تكريس الفوارق المجالية وتبقى مساهمة القطاع الإعدادي الخصوصي ضعيفة جدا.[133]

شكل رقم 10: توزيع أعداد التلاميذ بالطور الثانوي الإعدادي حسب الصنف والمقاطعات بفاس 2020



المصدر: مصلحة التخطيط والإحصاء، نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس

4.1. تطور حجم التعليم الثانوي والتقني: نمو ضعيف ومتذبذب

يشكل التعليم الثانوي المرحلة الأخيرة من التعليم المدرسي، يسبق هذه المرحلة التعليم الأساسي ويليه التعليم العالي، ويستقبل فئات التلاميذ الذين تقع أعمارهم ما بين 15-17 سنة، وتتميز هذه المرحلة، أيضا، بشروع التلميذ في التخصص في إحدى الميادين الأدبية أو العلمية أو التقنية. وقد بلغ عدد التلاميذ خلال الموسم الدراسي 2019-2020 بما مجموعه 38.354 تلميذا، (الجدول 12، ص.104) بمعنى أنه أقل من حجم السلك الإعدادي بفارق يتجاوز 18.164 تلميذ، ويتوزع التلاميذ بشكل جد متباين مابين نوعية التعليم فقد ارتفع أعداد التلاميذ السلك الثانوي العمومي من 36.693 إلى 38.354 خلال 2010-2020[134] إذ تطور خلال العقد الأخير بشكل تدريجي سجل زيادة قدرت ب 1661 تلميذا فقط (2010-2020) أما بالنسبة للتعليم الخصوصي

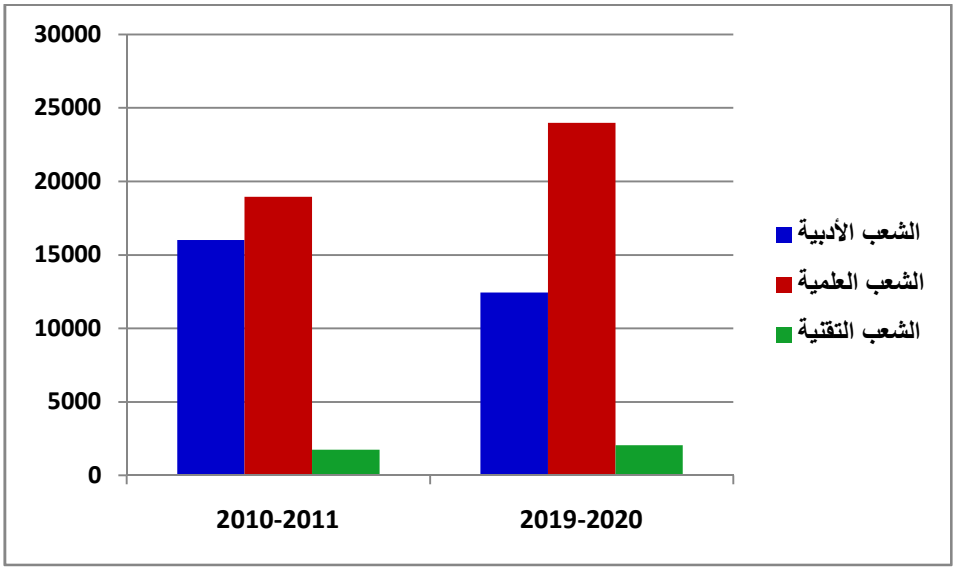
[133]- المصدر: الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين فاس-مكناس، قسم الإحصاء والتخطيط.
[134]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، مصلحة التخطيط والإحصاء.

الثانوي فيعرف هو الآخر تطورا ملحوظا حيث بلغ أعداد التلاميذ به 5851 خلال الموسم 2019-2020 حيث يشكل أقل استقطابا في هذا الطور التعليمي بالمقارنة مع الطور الإعدادي، فالملاحظ أن التعليم الخصوصي يسجل تراجعا في أعداد التلاميذ كلما انتقلنا بين أطواره من الابتدائي الذي يحتل نصيب الأسد إلى التعليم التأهيلي الذي لا تقوى مختلف الشرائح على قلتها في مجاراة وتحمل تكاليف الدراسة بهذا الطور. ومن ثم فان التعليم الثانوي التأهيلي العمومي مازال يتحمل العبء الأكبر في الاستقطاب مما ينعكس لا محالة على المزيد من توفير البنى التحتية وتوسيع الطاقة الاستيعابية وتأثيره على الجودة،[135] فإن الزيادة العامة لعدد التلاميذ لم تتجاوز في هذا النوع التعليمي 2281 تلميذا لمدة 10 سنوات.

ورغم التطور الذي سجله التعليم الثانوي بمدينة فاس، فإن هذا الأخير ما يزال يمثل 50,4% من نسبة التمدرس وهي نسبة متواضعة مقارنة بوزن السلك الإعدادي البالغ 81,5%. الأمر الذي يبين أن تعميم التعليم يسير وفق دالة تراجعية واضحة حسب الأطوار التعليمية. ومن جانب آخر يتوزع التلاميذ بشكل متباين بين الشعب، إذ تحتل شعبة العلوم الصدارة بما يناهز 18.944 تلميذا بينما تضم الشعب الأدبية 16.009 تلميذا، في حين نجد الشعب التقنية لا تضم سوى 1740 تلميذا خلال الموسم الدراسي 2010-2011. فالملاحظ من خلال الشكل (11) أن أعداد التلاميذ في التعليم الثانوي قد تزايدت في الشعب العلمية إلى 23985 تلميذ أمام شعبة الآداب التي تناقصت إلى 12435 تلميذ فيما سجلت الشعب التقنية نموا بلغ 2046 تلميذ مابين 2019-2020 وظل هذا التزايد ينمو بشكل ملحوظ خلال العقد الأخير بلغ ما يربو عن (62,5%) في الشعب العلمية مقارنة مع مثيله بالنسبة لشعبة الآداب الذي سجلت معدل (32%) مابين 2010و2020. أما فيما يخص التعليم التقني، فما يزال متواضعا في استقبال التلاميذ (5,5% تلميذ) ويعزى ذلك أساسا إلى انتشاره الضعيف على تراب مدينة فاس بحيث يسجل غياب الثانويات التي تحتوي على الشعب التقنية داخل ثلاثة مقاطعات بفاس زواغة وجنان الورد والمشور فاس الجديد مما يقصي أو يقلص من حظوظ التلاميذ في الاستفادة من الحق في هذه الشعب التقنية في حين تتركز مجمل أعداد التلاميذ بهذه الشعب بكل من جماعة أكدال وسايس والمرينيين.

[135]- يقصد بالجودة: التكوين الأساس الرفيع والتكوين المستمر الفعال والمستدام والوسائل البيداغوجية الملائمة،والتقويم الدقيق للأداء البيداغوجي (الميثاق الوطني للتربية والتكوين، المادة 133).

شكل رقم 11 : تطور حجم التعليم الثانوي التأهيلي العمومي حسب الشعب (2010–2020)



المصدر نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس

1.4.1. التعليم الثانوي التأهيلي توزيع متفاوت حسب الجماعات

يتوزع أعداد التلاميذ بالسلك الثانوي بشكل غير متساوي مابين الجماعات التعليمية بمدينة فاس. يظهر ذلك جليا من خلال التوزيع المكاني لهاته الأعداد التي تتخذ منحى متشابها ومتطابقا مع الأشكال التي تتخذها أحجام التلاميذ بالسلك الإعدادي. إذ نجد الجماعات التي تضم أعداد مرتفعة من التلاميذ في الثانوي هي التي لوحظ ارتفاع في عدد الكثافات السكانية وازدياد المد الديموغرافي وبالتالي فالجماعات التي تتركز بها الأعداد الكبيرة هي نفسها التي تتواجد فيها التعليم الإعدادي وتأتي على رأس القائمة جماعة أكدال تليها كل من المرينيين وزواغة في حين أن التعليم الثانوي يتراجع بشكل كبير في كل من جماعة المشور، جنان الورد اللتان تعرفان إقبالا محدودا على التمدرس بهذا الطور وذلك مرتبط بأسباب سوسيواقتصادية ومجالية محضة.

أما بالنسبة للتعليم الخصوصي الثانوي يتواجد خصوصا في مقاطعة أكدال وتليها سايس بشكل لابأس به حيت يصل أعداد التلاميذ في كل منها 3345 إلى 1762 تلميذا على التوالي، بينما تشكل كل من المرينيين وزواغة عددا ضئيلا جداً 744 تلميذا فقط في كلتيهما ويغيب كليا في باقي الجماعات الأخرى الثلاث المشور فاس الحديد وفاس المدينة وجنان الورد.

فالملاحظ أن نسبة مساهمة التعليم الخصوصي الثانوي بهذا الطور تبقى ضعيفة جدا ولم يستطع منذ عقدين أن يلعب دورا مهما بل وحتى أن يتقاسم أعباء التعليم مع نظيره الثانوي العمومي وهذا راجع إلى طبيعته وأهدافه القائمة على الربح بالدرجة الأولى والغير مبنية على تحقيق التوازن وتعميم التعليم والرفع من مردودية وجودة خدماته بل يجسد هذا التوزيع خللا مكانيا ومجاليا صارخا يضفي بثقله على التعليم العمومي فيما يخص تحقيق تنمية تعليمية وبشرية جادة بين مختلف الشرائح الاجتماعية.

2. تراتبية على مستوى التجهيزات التعليمية والدينامية السوسيومجالية بمدينة فاس

تعتبر فاس المدينة المغربية التي عُرِفَت تاريخيا بوظيفتها التعليمية–العلمية بفضل نشاط الحركة العلمية والدور الإشعاعي لمؤسساتها. إلا أن الظروف التاريخية التي مرت منها المدينة أثرت كثيرا في وتيرة نشاطها التعليمي وفي أدائه. الأمر الذي نتج عنه تشكل مشهد تعليمي مركب، تجلى في أصناف مؤسساته المنتمية إلى فترات زمنية متباينة والتي تتقاسم أجزائه، مما يشير إلى عمق التحولات التي ألحقت بالمنظومة التعليمية زمانيا ومكانيا.[136] لعبت بالغ الأثر والانعكاسات على النظام التعليمي. الأمر الذي أفضى إلى تشكل مجال تعليمي متباين في بنيته وغاياته وآدائه. وهذا الوضع سايرته منظومة تعليمية عصرية، وحياة حضرية سريعة التطور والتحول. لذلك جاء تنوع وانتشار المؤسسات التعليمية بالمدينة كاستجابة فورية لمتطلبات وحاجيات المجتمع الفاسي وكنتيجة للتوسع المجال الحضري وتزايد الطلب على الخدمات التعليمية بما يتلائم والتركيبة السكانية بأحياء المدينة وكل ذلك شكل تمهيدا ومنطلقا هاما لفهم طبيعة توزيع المؤسسات التعليمية وتطورها في تفاعلها الزمني وارتباطها المكاني والتحول السوسومجالي لذلك ارتأينا رصد خصائص تنظيم قطاع التعليم بمدينة فاس مع الوقوف على حجم الاختلافات والاختلالات التي تشهدها شبكة الخدمات التعليمية الحالية بمدينة فاس محاولة منا لتصحيحها وتقويمها آخذاً في الحسبان توزيع هذه الخدمات التعليمية في أبعادها السوسيواقتصادية والتحولات المجالية والحركية السكنية والسكانية.

[136]- كيدو إبراهيم (2008)،"جوانب من التحولات الوظيفية للمجال التعليمي بمدينة فاس: محاولة في الجغرافيا التاريخية" ورد في فاس الموارد والتراث والتنمية المحلية، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، سايس – فاس، ص 37

1.2. توزيع التجهيزات التعليمية بمدينة فاس في أبعادها المجالية والمجتمعية

1.1.2. المؤسسات التعليمية بمقاطعة فاس المدينة أو النواة الحضرية الأولى للتجهيزات بفاس

من نافلة القوم الجزم بأن اللبنة الأولى للمؤسسات التعليمية قد انطلقت من داخل أسوار المدينة القديمة باعتبار التعليم هو أحد أهم المرافق[137]الخدماتية الحيوية، فالمدينة احتضنت الكثير من المدارس والقيام بوظيفتها التربوية والتعليمية، إذ كانت تضم فاس بين أسوارها مدارس عدة وُزِّعت بطريقة متقنة على أهم أحياء المدينة أنداك حيث شيدت بجوار جامع الأندلس وجامع القرويين وفيما بعد بأعلى الطالعة بشكل يتلائم والحاجيات السكانية والإقبال المتزايد للطلبة على التعليم سواء من داخل فاس أو خارجها في إطار التنطيق المجالي المحكم مما جعل فاس على إثرها تكتسب صيتا عالميا بفضل مكانتها العلمية ودورها الطلائعي في ميدان العلم والتعليم.

غير أن التحولات التي مست المدينة القديمة خلال النصف الثاني من القرن العشرين وما شهدته من ظاهرة ارتفاع معدل النمو الديموغرافي والكثافة السكانية وتغيير التركيبة الاجتماعية جعل ساكنة المدينة القديمة يصل إلى ما يناهز 169.726 نسمة في سنة 1982 وذلك بمعدل نمو سنوي بلغ 1,3% مابين 1960و1982 [138]حيث عرف مجال المدينة القديمة ثقلا سكانيا بلغ 60% من ساكنة فاس وبلغت الكثافة السكانية أحيانا إلى 2000 نسمة في الهكتار في بعض الأحياء الآهلة بالسكان (حي بين المدن مثلا) وتمشيا مع سياسة البلاد القاضية بالرفع من عدد المتمدرسين والوحدات التعليمية عرفت فاس بإنشاء وإضافة العديد من المدارس الابتدائية وصلت إلى 32 مؤسسة عمومية أي ما يناهز الضعف المؤسسات المتواجدة سابقا بهدف سد الخصاص الحاصل خاصة وأن المدينة القديمة كانت في الصفوف الأمامية من حيث عدد الممدرسين آنذاك.

2.1.2. التوزيع المجالي للمؤسسات بفاس المدينة

مقاطعة فاس المدينة التي قيد الدراسة المتواجدة بداخل المدينة القديمة وهي إحدى المقاطعات التي تنتمي إلى المجال الحضري لمدينة فاس، وتمتد على طول 3.33كلم^2. وتحظى بالعديد من المدارس الابتدائية تصل إلى 42 مدرسة منها 22 مدرسة عمومية و20 مدرسة خصوصية،[139]وبتحليلنا لخريطة (2) توزيع المدارس الابتدائية، فإن المعاينة الأولية التي يمكن استخلاصها، هي وجود تباين واضح في توزيع هذه المدارس داخل أحياء المقاطعة حيث

---

[137]- مزين محمد (2010)، تاريخ مدينة فاس الثوابت والمتغيرات، الطبعة الأولى، مطبعة سيباما- فاس، ص 298.
[138]- المصدر: الإحصاء العام للسكان والسكنى 60-71-82، مديرية التخطيط والتوقعات الاقتصادية
[139]- دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020، نيابة وزارة التربية الوطنية، فاس

نسجل تمركزا واضحا لعدد مهم من المدارس الابتدائية في الجزء الشرقي كباب الخوخة- باب فتوح- البليدة وباب الجديد في اتجاه الطالعة فالبطحاء. في حين تبقى ضعيفة الانتشار في باقي الأحياء الأخرى من المقاطعة.

فإذا ما قارنا بين نوعية انتشار المدارس، سنجد توزيعها بالمدارس الابتدائية الخصوصية تتسم بالتجانس والتشابه في توزيعه بالمدارس العمومية. إذ سجل العقد الأول من القرن الواحد والعشرين موقع أول ابتدائية خصوصية بتراب المقاطعة وهي مدرسة الأميرة للاعائشة بالطالعة الصغرى وتوالى توسع التعليم الخصوصي الابتدائي بحوالي 10 مؤسسات في العقد لتسجل 20 ابتدائية خلال العقدين الأخيرين وتتخذ من أحياء باب الخوخة والطالعة وحي شهداء.. مجالا لها كذلك. وهذا يجد تفسيره في وجود علاقة وطيدة بين توزيع الابتدائيات وتوزيع السكان، إذ كلما ازداد عدد السكان كلما كان عدد المدارس الابتدائية متوفرا ومرتفعا والعكس صحيح.

يبلغ عدد مؤسسات التعليم الثانوي بمقاطعة فاس المدينة إلى 15 مؤسسة سنة 2019-2020، إذ تأتي مدارس التعليم الثانوي الإعدادي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية بزهاء 9 مؤسسات إعدادية لتحتل مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي المرتبة الأخيرة بحوالي 6 ثانوية.[140]وعموما يتميز توزيع مدارس التعليم الثانوي بنوعيه الإعدادي والثانوي بالتجانس أكثر مع الكثافات السكانية إذ نجد المؤسسات تتركز وتقترب أكثر من الأبواب (باب الخوخة – باب الكيسة- باب الجديد- الرصيف-الطالعة –والبطحاء) والجدير بالذكر أن مجال فاس المدينة يفتقر إلى التعليم الخصوصي في هذين السلكين ويبقى التعليم العمومي الوعاء الذي يلبي حاجيات السكان في مجال اجتماعي فقير نسبيا مقارنة مع الوسط الحضري، ويضم ساكنة لا تتعدى مدة إقامتها 10 سنوات وتعتبره مجال عبور فقط،[141]نظرا للتحولات العميقة التي عرفتها فاس المدينة في مختلف جوانبها، كانت أقوى تمظهرات ذلك بسبب أزمة الصناعة التقليدية وضعف القاعدة الاقتصادية ثم اتساع دائرة البطالة علاوة على إشكالية المباني المهددة بالانهيار مما أدى إلى إفراغ المدينة من محتواها.

الشيء الذي انعكس بشكل مباشر على تراجع الثقل السكاني ففي الوقت التي كانت تحتضن حوالي ما يفوق 60% من مجموع ساكنة فاس الكبرى في القرن العشرين فإنها تعرف تراجعا صارخا في عدد ساكنتها في بداية العقدين الأولين من القرن 21 العشرين إلى (70.592 نسمة).[142]كانت من نتائجه أيضا تراجع عدد من

---

[140]- دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020، نيابة وزارة التربية الوطنية، فاس

[141]- بوشتى الخزان - محمد حمجيق (2007)، "المدينة القديمة بفاس تراث إنساني بين التهميش والإنقاذ"، مجلة دفاتر جغرافية-العدد الثالث-الرابع، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز - فاس، ص 29.

[142]- المندوبية السامية للتخطيط ، المديرية الجهوية لفاس- مكناس، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014.

المؤسسات الابتدائية بالمجال فبعدما كانت تفوق 32 مؤسسة في القرن الماضي أضحت في تراجع مستمر 26 مؤسسة سنة 2004 إلى 22 مؤسسة حاليا سنة 2019- 2020.[143]

3.1.2. تحليل الولوجية إلى المؤسسات بفاس المدينة وتقييم نطاق الخدمة

يجب أن تستند عملية التخطيط لإنشاء مؤسسة تعليمية (ابتدائية، ثانوية إعدادية أو تأهيلية) على العديد من المعايير والشروط، التي تحددها الجهات المعنية بتدبير القطاع ببلادنا، والتي تركز بالأساس على عدد السكان المستفيدين والمسافة التي يقطعها المتعلم للوصول إلى المؤسسة التعليمية، أو ما يعرف بسهولة الوصول. إذ تحدد هذه المسافة الزمن الذي يستغرقه المتعلم في الوصول إلى المؤسسة ، ويعرف بزمن الوصول.[144] حيث يشكل المدى المسافي معيارا مهما في سهولة الاستفادة من الخدمة ونطاق تأثير الخدمة، وذلك من أجل توفير ولوج سهل وعادل لجميع التلاميذ.

يعتمد أسلوب تحليل توزيع المدارس الابتدائية ونطاق تأثيرها على مقياس هذا التأثير سواء كان زمنيا أو على شكل مسافة. فمثلا يحتاج التلميذ في المرحلة الابتدائية إلى مدة 12 دقيقة للوصول إلى المدرسة على افتراض أن معدل سير الإنسان العادي على الأقدام 2 دقيقة /100م. فمن خلال البحث الميداني أكد جميع التلاميذ على عبور طرق فرعية تفاديا للحوادث وأن المسافة التي يتم قطعها للوصول إلى مدارسهم الابتدائية بمقاطعة فاس المدينة تتراوح مابين 5 و15 دقيقة أي مابين (200م و600م) وهي مسافة جيدة ومعقولة تتناسب وأعمار التلاميذ في هذه المرحلة تفاديا للمشقة والإرهاق. وتعد المدارس الابتدائية أكثر سهولة وولوجية تتماشى والتوزيع الفعلي للسكان.

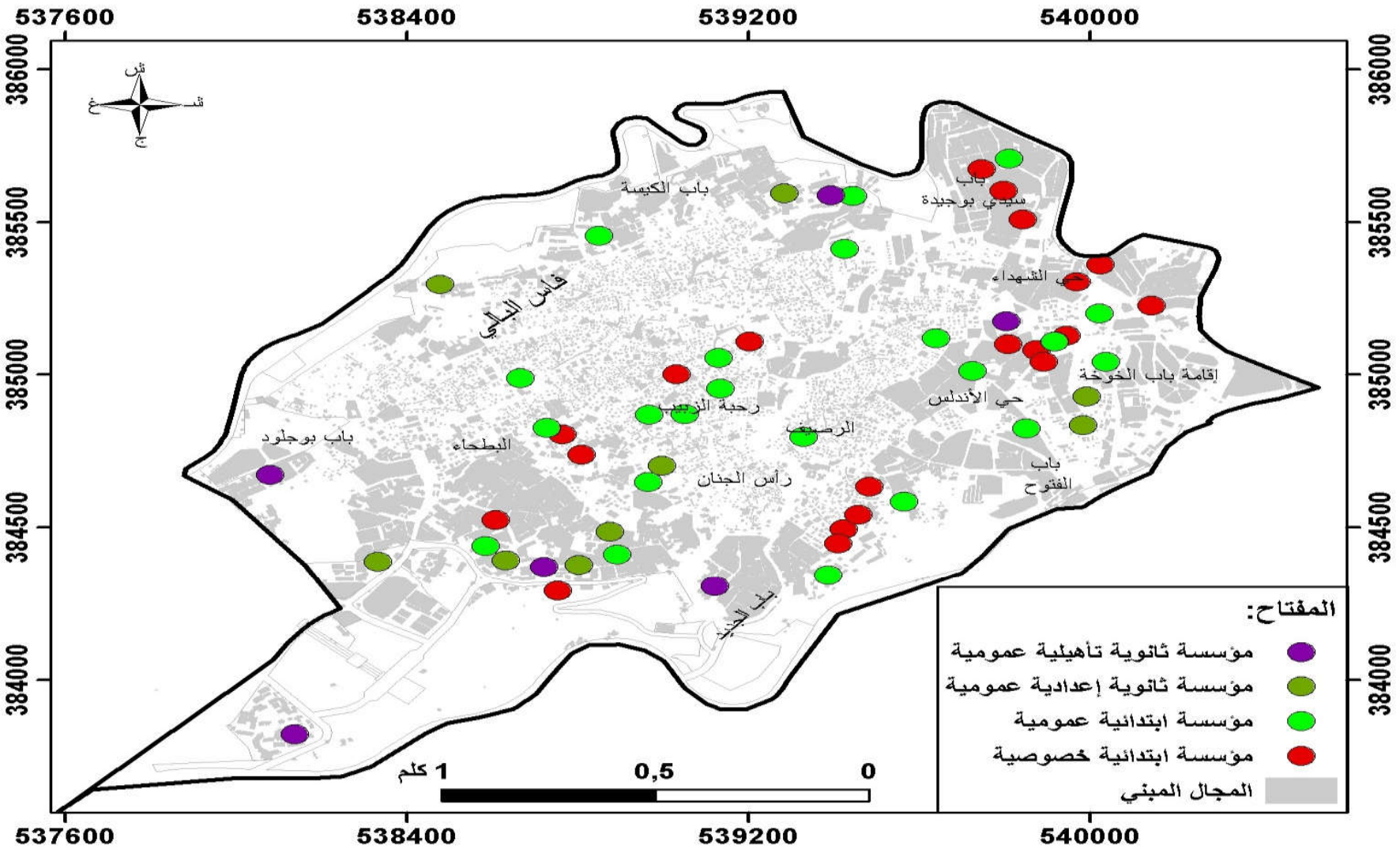
أما بالنسبة لمؤسسات التعليم الثانوي فمن خلال الخريطة رقم (2) يبدو أن تركز مواقع المؤسسات الإعدادية يتمحور فيما بين العديد من الأحياء بل المجاورات السكانية لتقليل طول المسافة المقطوعة والرفع من عدد التلاميذ المترددين عليها إذ ترتبط المدارس الإعدادية بمواقعها الشبه مركزية بينما ترتبط المدارس الثانوية بالشوارع الرئيسية والشريانية مما يعطيها الأفضلية في سهولة الولوج لخدماتها، وتشير معايير إنشاء المؤسسات

[143]- دليل مؤسسات التعليم العمومي سنة 94-2004-2014-2020

[144]-عبد الحكيم بن عاشور(2014)، المشروع الترابي لكتلة زرهون ومساهمة نظم المعلومات الجغرافية في بنائه، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية سايس - فاس ص.209

الإعدادية والثانوية على أن متوسط المسافة التي يجب على التلاميذ قطعها لولوج مؤسسة إعدادية 1000م و مدرسة ثانوية 1500م فمن خلال البحث الميداني تبين أن الولوجية إلى مدارس الثانوي مشيا على الأقدام تستغرق ما بين 15 و35 دقيقة وهي مسافة جيدة خاصة وأن التلميذ يصبح قادرا ومؤهلا على تحمل مسافة أطول مما كانت عليه في المرحلة الابتدائية.

خريطة رقم 4: توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة فاس المدينة سنة 2020



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية، فاس 2020+ بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

2.2. المؤسسات التعليمية بمقاطعة المشور فاس الجديد

يرجع تأسيس فاس الجديد إلى السلطان يعقوب المريني الذي شيدها بجوار المدينة الإدريسية، ولقد أسهمت العملية في تمديد خريطة المدينة وتوسيع مساحتها وتغيير تصميمها وهيكلها فأضحت مكونة من مدينتين متجاورتين لكل منهما تحصيناتها ومرافقها وأحيائها الخاصة ومواردها المائية ووظائفها المعلومة، واتجه التوسع العمراني نحو الغرب وروعي في تخطيطها الدقة والتناسق. فالمدينة تجمع بين وضوح الرؤية في التخطيط والتوازن في التوزيع والتلاؤم مع مورفولوجية المكان[145]. غير أن المدينة لم تكن بمنأى عن التحولات التي شهدتها البلاد. فالأحوال قد تغيرت في مرافق شتى بدءاً من المجال الحضري والعمراني مرورا بالإدارة والصحة العمومية ثم التعليم وغيرها ولقد تأثر مجال فاس الجديد هو الآخر بالتحولات الذي اكتنفته سواء في النصف الأول أو الثاني من القرن العشرين فأصبح تميزه كثافات سكانية مرتفعة نتيجة الاكتظاظ السكاني الذي عرفته والذي لم تنفع معه الحلول الجزئية كاقتسام المسكن الواحد بين عدد كبير من الأسر خصوصا وأن المجال الأصيل محدود لا يمكنه أن يتوسع لا عموديا ولا أفقيا. ومع الزيادة السكانية ازدادت احتياجات الاجتماعية على المرافق العمومية خاصة التعليمية. مما استدعى من الجهات الوصية توفير المزيد من المدارس الابتدائية آنذاك بلغت في مجملها في نهاية القرن العشرين إلى 8 ابتدائيات.

وتمتد مقاطعة فاس الجديد المشور على مساحة تناهز 1,59كلم،^{2}وهي جزء من المدينة القديمة ففاس المدينة وفاس الجديد المشور تجسد النواة الأولى لفاس، وتوالت التحولات السوسيومجالية بمجال المدينة خلال العشريتين الأخيرتين مسجلة تقلصا في عدد ساكنتها بلغ (20.560 نسمة) مسجلة معدل نمو سالب يقدر ب (2,35-%) مابين الإحصائين 2004-2014[146]. ومرد ذلك إلى ضعف التزايد السكاني ومحدودية التوسع العمراني واكبه تراجع في عدد من التجهيزات التعليمية وعلى رأسها المدارس الابتدائية التي ستشهد بدورها انخفاضا وإغلاقا فبعدما كانت تصل في سنة 2000 إلى 8 مدارس ابتدائية تراجعت في سنة 2008 إلى 7 ثم في سنة 2019-2020 إلى 5 مدارس ابتدائية بينما بقيت المؤسسات الثانوية مستقرة في إعدادية واحدة وثانوية واحدة[147].

---

[145]- مزين محمد (2010)، مرجع سابق، ص 297.
[146]- المصدر: المندوبية السامية للتخطيط، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2004-2014.
[147]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية 2000-2008-2019-2020.

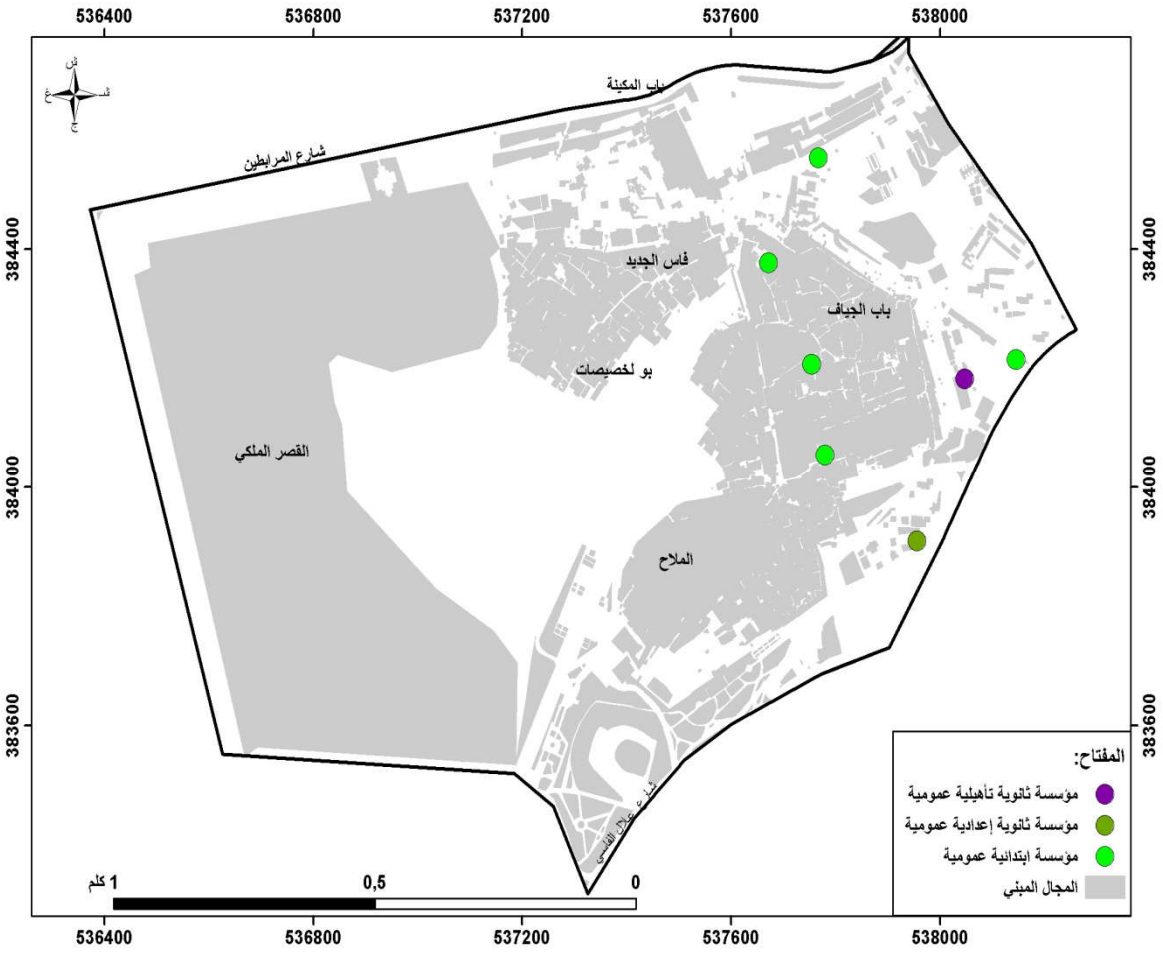
1.2.2. التوزيع الجغرافي وانعدام التنوع للتجهيزات التعليمية بفاس الجديد المشور

يتضح من خلال الخريطة رقم (3) أن مقاطعة فاس الجديد المشور تحضى بوجود بعض المؤسسات التعليمية، لكن توزيعها المجالي متباين نسبيا حيث نجد تركز جل المدارس الابتدائية في الجزء الشرقي للمدينة باب الجياف– باب ريافة، في حين تبقى ضعيفة الانتشار في الأحياء الأخرى. ونفس الشيء ينطبق على إعدادية أبي العباس السبتي وثانوية علال الفاسي اللتان تتموقعان بباب الجياف منفتحتين على الطريق الرئيسية والشريانية للوسط الحضري لفاس. في حين تشهد غيابا كليا للمدارس الخصوصية في جميع المراحل التعليمية. ويفسر ذلك بكون ساكنة المدينة تتسم بالفقر في مجملها وتمتهن التجارة الغير المهيكلة في غالبيتها. فالملاحظ فبالرغم من احتواء المدينة على إعدادية واحدة وثانوية واحدة فهي تلبي حاجيات تلاميذ المجال بل وتستقطب عددا من المترددين عليها من المجاورات السكنية الأخرى وبالتالي لا يكفي أحيانا عدد المؤسسات لتحديد وضعية الخدمة لأننا قد نجد مؤسسة كبيرة تحتوي على قاعات ومرافق وتجهيزات أكثر أهمية من مؤسستين أو أكثر وهذا الشيء ينطبق على ثانوية علال الفاسي.

2.2.2. قياس الولوجية نحو المدارس التعليمية بفاس الجديد المشور

يُعتبر الزمن والمسافة الفاصلة ونطاق تأثير الخدمة من أهم المؤشرات للحكم على مدى كفاية الخدمة التعليمية في مجال ما. وتشكل التجهيزات التعليمية إحدى أهم الخدمات الاجتماعية الضرورية للسكان وخدمات القرب بحكم تردد التلاميذ على استخدامها يوميا. فمن خلال البحث الميداني تبين نطاق تأثير خدمة المدارس الابتدائية بناء على الزمن الذي يقطعه التلاميذ للوصول إلى مدارسهم يتأطر بين 5 و 15 دقيقة، أما بخصوص متوسط الزمن لولوج مؤسسات التعليم الثانوي يتراوح هو الآخر ما بين 05 و 20 دقيقة مما يدل على سهولة الولوج إلى المدارس وعلى التوزيع الجيد عموما لمؤسسات التعليم بمدينة فاس الجديد المشور ومن مؤشرات جودة تنقلات التلاميذ نحو المدارس هو كون مساحة المجال تتسم بصغرها وضعف الكثافة السكانية مما يساعد على تيسير الوصول والاستفادة من خدمات المؤسسات.

خريطة رقم (5): توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة فاس الجديد المشور



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020 + بحث ميداني

وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

3.2. مستوى تنوع التجهيزات التعليمية بمقاطعة جنان الورد

مقاطعة جنان الورد هي إحدى المقاطعات المكونة للمجال الحضري لمدينة فاس، و تمتد على طول 7.20 كلم^2، و قد أحدثت هذه المقاطعة خلال الانتخابات الجماعية سنة 2003 بعدما كانت جزءا لا يتجزأ من مقاطعة فاس المدينة، (أو الامتدادات الشرقية للمدينة القديمة). حيث عرفت ولا تزال تعرف تحولات عميقة على جميع المستويات المجالية والسوسيو–اقتصادية والديموغرافية، ويحتضن مجالها ساكنة تتصف بالفقر والهشاشة وتمتهن القطاع الغير مهيكل (باعة متجولون، صناع تقليديون، مياومون...) كنشاط اقتصادي لها. وبالتالي فطبيعة النشاط السكاني ينعكس بشكل جلي على الوضع السوسيومجالي والمشهد الحضري. وتتوفر مقاطعة جنان الورد على مجموعة من الخدمات على رأسها الخدمات التعليمة كما سنوضح ذلك.

1.3.2. التوزيع الجغرافي للمؤسسات التعليمية بجنان الورد

يتبين من خلال خريطة رقم (4) توزيع المدارس التعليمية أن غالبيها تتركز في الجزء الشمالي في حين تبقى ضعيفة الانتشار والتواجد في الأحياء الأخرى. ويشهد توسع المدارس بمختلف مستوياتها نوعا من اللاتكافؤ والتباين في التوزيع. وتسجل هذه المقاطعة تطورا في عدد السكان واكبته زيادة في عدد المدارس لتلبية الأعداد المتزايدة من التلاميذ بمرور الزمن. إذ أن عدد المدارس انتقل من 13 ابتدائية سنة 2005 إلى 27 بالموسم الدراسي 2007-2008 ثم 28 مؤسسة بالسنة الدراسية 2019-2020. ففي المرحلة الابتدائية تكون الحاجة إلى المدارس أكثر للالتحاق التلاميذ بهذا الطور. ونفس الشيء ينطبق على التعليم الثانوي بشقيه إذ ارتفعت مؤسسات الثانوي الإعدادي من 7 اعداديات سنة 2004 إلى 9 اعداديات سنة 2020، ومن ثانوية تأهيلية واحدة إلى 3 ثانويات سنة 2020.[148] يظهر تطور عدد المدارس مع عدد السكان خلال الفترة الممتدة مابين 2004-2014 الذي ازداد من (174.226-201.011 نسمة). أي أنه كلما تطور عدد السكان تطورت معه عدد المدارس الشيء الذي يبين التناسب والتوافق بينهما.

[148]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية ، 2000-2004-2014-2020،

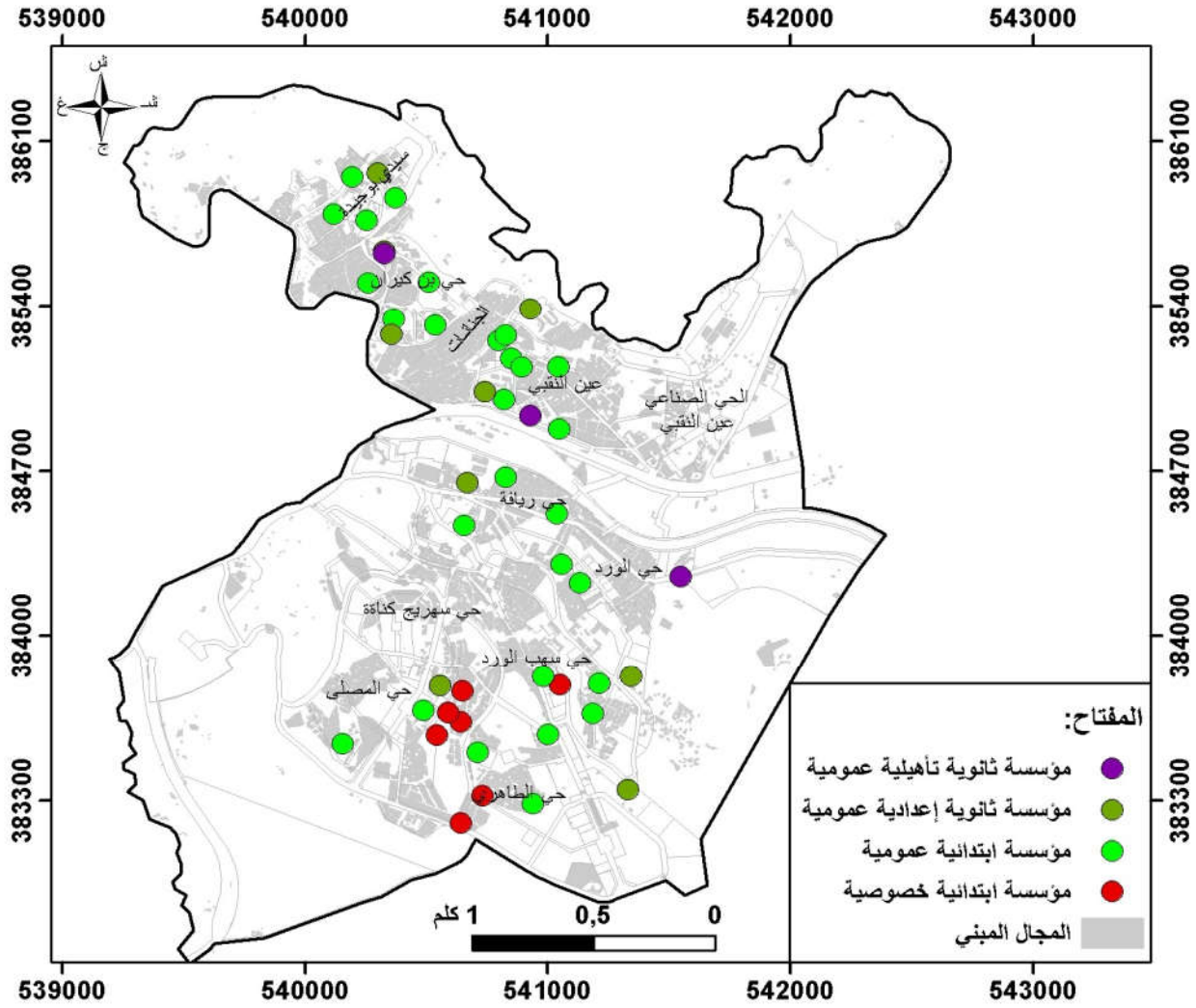
كما يتبين من خلال الخريطة أن مقاطعة جنان الورد لم تستفد من المبادرة الخاصة في قطاع التعليم الابتدائي إلا بحوالي 7 مدارس فقط. وهذا لا يمكنه أن يسهم في تغطية النقص الحاصل على مستوى التعليم العمومي في هذه المقاطعة، مما سينعكس سلبا على مستوى التأطير المدرسي والمردودية التعليمية للتلاميذ، الشيء الذي يكرس للتمييز السوسيومجالي في مدينة فاس فيما يتعلق بقطاع التمدرس.

2.3.2. قياس سهولة الوصول إلى المدارس التعليمية بجنان الورد

من خلال الخريطة ونتائج البحث الميداني أقر جميع التلاميذ بوجود سهولة في تنقلهم إلى المدارس الابتدائية، إذ أن المسافة المقطوعة تتأرجح مابين 5 و15 دقيقة وهي مسافة معقولة وتمكن جميع التلاميذ من حق الولوج والاستفادة من خدمات المرحلة الابتدائية. بينما تميل المدارس الثانوية (إعدادية والثانوية) إلى التوطن والتركز في مواقع متوسطة فيما بين الأحياء لتقليل طول المسافة المقطوعة ومدتها الزمنية، وتكبير عدد المترددين[149]من أجل الاستفادة من الخدمات التي تقدمها. وبمجال الدراسة أجمع تلاميذ الثانوي على أن المسافة مشيا على الأقدام من مقر سكناهم إلى أماكن الثانوية تصل من 30 إلى 40 دقيقة وذلك بسبب طبيعة البنية الطبوغرافية الوعرة التي تتواجد عليها أحياء صهريج كناوة وسهب الورد وحي المصلى وغيرها.

[149]- فؤاد بن غضبان (2013)، مرجع سابق، ص 178.

خريطة رقم (6): توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة جنان الورد



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020+ بحث ميداني

وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

4.2. تمركز التجهيزات التعليمية بأكدال أو هيمنة المركزية الحضرية

معلوم أن مركز مدينة فاس الذي يشكل النواة الأولى لنشأة المدينة الجديدة، وضع وفق بنية بشرية ومؤسساتية جديدة تكون هي المسيطرة والفعالة وصاحبة القرار،[150]وبالتالي فهذا المحدث الجديد في المدينة المغربية لا يمكن اعتباره تكاثرا لبنية مكررة أو تكميلية لها، بل يجب اعتبارها بنية جديدة تم إدخالها قصد فرض نفسها وذلك بأن تخضع لها كل المجالات الأخرى. حيث أضحى مركز المدينة مجال تركز وتراتبية عدد من الوظائف والتجهيزات الخدماتية وغيرها التي تلبي حاجيات الساكنة بل تمتد إلى باقي التجمعات العمرانية الأخرى. فمركزية المدينة إذن ترتبط بقدرة الجاذبية والنفوذ الذي تمارسه وبمدى ندرة الأنشطة وإمكانية الولوج إليها[151]التي تظهر من خلال وجود نوع من الإحساس بكثافة الأنشطة والوظائف والتجهيزات مقارنة مع باقي المجالات الأخرى.

1.4.2. التوزيع المجالي للمؤسسات التعليمية بأكدال: تركز نوعي وتوسع مكاني

إن تحليل توزيع التعليم على مستوى مقاطعة أكدال يقضي دراسة الوضعية التي يوجد عليها الطلب على الخدمات المدرسية، ومختلف الوسائل المادية والبشرية المعبأة لمواجهة هذا الطلب، ومن تم تقدير درجة استجابة النظام التعليمي لحاجات السكان في مجال التعليم.[152]يتوفر المجال المدروس على عدد لابأس به من مؤسسات التعليم الابتدائي والتي يبلغ عددها 16 مدرسة ابتدائية و11 مؤسسة إعدادية ثانوية و9 ثانويات تأهيلية. في حين تتناسل مؤسسات التعليم الخصوصي بالمدينة الجديدة لتتربع المدارس الابتدائية على الصدارة ب 75 مدرسة، 42 مؤسسة إعدادية و34 ثانوية تأهيلية.[153]

يتضح من خلال خريطة توزيع المدارس التعليمية بالمدينة الجديدة أن توزيع هاته الأخيرة تزامن وتأسيس المدينة إذ كانت انطلاقتها الفعلية من وسط المدينة حيث توطنت بشكل متناسق ومنسجم والأحياء المكونة لها والشوارع التي تفرعت عنها إذ نجد مجموعة من المدارس الابتدائية حملت أسماء الشوارع والأزقة في بداية الأمر مثل مدرسة شارع الحسن الثاني (شارع فرنسا سابقا) ومدرسة شارع السلاوي ومدرسة الإمام علي وغيرها. وكانت هذه المدارس تواكب حاجيات ساكنة المدينة الجديدة التي لم تكن تشكل سوى 12% من مجموع ساكنة فاس آنذاك. حيث ظلت الكثافة السكانية ضعيفة نظرا للتطور المحدود في عدد أفراد الجاليات الأجنبية. غير أن التحولات التي

---

[150] - CASTELLS (M.), 1981, La question urbaine, François Maspero, Paris, P.451

[151] - MERLIN (P.), CHOAY (F.), 1991, Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement, PUF, Paris, p.880

[152]- أيوب الشاوش و أحمد الكيحل (2018)، "التنمية الترابية بالجماعات الحضرية المحاذية لمدينة الناظور:مقاربة جغرافية"، ورد في مجلة الحكامة الترابية ورهانات التنمية المحلية، العدد العاشر، مطبعة الأمنية، الرباط، ص.119

[153]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020.

عصفت بالمدينة خلال العقود الأولى من الاستقلال جعل مجال التعليم يشهد توسعا لافتا في عدد من الأحياء وذلك بإحداث العديد من المدارس بكل من أحياء (الدكارات، سيدي ابراهيم، الليدو، حي طارق، حي الأدارسة، السعادة، حي زازا وطريق عين الشقف) وقد تزامن تزايد عدد مؤسسات التعليم مع تطور عدد السكان وتوسع مجال المدينة الجديدة في اتجاهات عدة. هذا علاوة على تزايد الوعي لدى المجتمع الفاسي بأهمية تعليم أبنائهم ورفع الحيف عنهم الذي طالهم جراء السياسة الاستعمارية فاحتد الطلب الشعبي على التمدرس وأضحى يشكل مطلبا شعبيا ملحا،[154] ألزم الدولة على الاستجابة الفورية للطلب المتزايد خصوصا وأن وثيرة التوسع العمراني كانت تسير بخطى سريعة تولد عنها تأخر في التجهيزات الاجتماعية وهكذا نالت المدينة الجديدة حظها من التجهيزات التعليمية بتزويد كل حي بمدرسة ابتدائية بلغ عدد المدارس الابتدائية 20 مدرسة بأكدال إلى حدود سنة 2000. واستمرت التحولات المجالية والديموغرافية والسياسية لتبدأ سيرورة التراجع خلال بداية الألفية الرامي إلى الحد وضبط توسع المدينة. ووفق نفس المنطق قسمت المدينة إلى ثلاث عمالات وخمس بلديات تبعا للتقسيم الإداري لسنة 1992. كانت من نتائج هذه التحولات تراجع ساكنة المدينة من 144.064 إلى 142.407 نسمة مابين الإحصائين 2004-2014 وذلك بمعدل نمو سالب بلغ (0,12-). أسفرت نتائج التراجع عن اختفاء العديد من المدارس الابتدائية من قبيل مدرسة القاضي عياض، ابن بسام، عقبة بن نافع وشارع الحسن الثاني، فصار عدد المدارس الابتدائية العمومية ينحصر في 16 مدرسة ابتدائية سنة 2019-2020.[155] في ظرفية تزامنت والانسحاب التدريجي للدولة مما يعطي مصداقية أكثر لولوج المبادرة الحرة في ميدان التعليم.

وعلى عكس التعليم العمومي الذي يمتثل في انتشاره وتطوره للحاجيات المتزايدة والقرارات الرسمية، فإن التعليم الخصوصي حر في اختيار مواقع انجاز مؤسساته والزيادة في عددها وذلك حسب الطلب ونوعية الساكنة. لذا كانت بوادر الانطلاقة الأولى للتعليم الخصوصي بمدينة فاس مع نهاية عقد الستينيات بظهور ابتدائية محمد السادس في حي بورمانة (حي الكريستياني سابقا) لتليها مدرسة مكوار في عقد السبعينيات تمحورت بالقرب من المدرسة الأولى. أما إبان عقد الثمانينيات تمركزت المدارس بالقرب من مركز المدينة أو بالأحياء المجاورة له كما هو الحال بالنسبة لمدرسة قرطبة ومعهدي مدرسة العرفان، طارق بن زياد (أي قرب ملعب الخيل)، ومدرسة الفردس والإشراق والمستقبل وإدريس الأول والمنهل التي تتواجد بحي الأدارسة وحي السعادة. وتمتاز كل هذه المؤسسات بظاهرة التجاور وبوثيرة تطور بطيئة خلال العقود الثلاثة السابقة فإن عقد التسعينيات سيشهد قفزة نوعية في

[154]- عابد الجابري محمد (1985)، أضواء على مشكل التعليم بالمغرب، الدار البيضاء، ص 90

[155]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020.

توسع المدارس الابتدائية الخصوصية ب18 مدرسة حيث توطنت معظم المؤسسات بحي بورمانة أو بمحاذاة كل من شارع لسان الدين بن الخطيب وطريق ايموزار بحي السعادة وحي الأدارسة وحي أنس. ليستمر مسلسل التطور في المدارس الخصوصية خلال العشريتين الأخيرتين (2000-2020) بتفريخ هذا النوع من التعليم والزيادة في وثيرة انتشاره بمقاطعة أكدال أو المدينة الجديدة بما يربو عن 44 مدرسة ابتدائية (خريطة رقم 5) ومع ذلك تبقى هذه المؤسسات هي الأخرى تتوسع في فلك المحاور والأحياء السالفة الذكر كحي بورمانة وشارع لسان الدين ابن الخطيب وملعب الخيل طريق ايموزار، طريق صفرو (تجزئة المامونية) طريق عين الشقف. مما يعني أن المحور الرابط بين حي النرجس، سيدي ابراهيم، بورمانة، طريق ايموزار، الأدارسة، أنس وبدر أضحى يشكل قوة جذب قوية بحكم إمكانيات الاستقطاب التي يمارسها نتيجة انفتاحه على الأحياء السكنية الحديثة والتي تقطنها أغلبية من الطبقات المتوسطة وميسورة الحال.

أما فيما يتعلق بالتعليم الثانوي بشقيه الإعدادي والثانوي كما هو مبين في الخريطتين (6) و(7)، فيتميز بالتباين والتمايز في التوزيع وذلك حسب نوعية التعليم. إذ يتصف توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الإعدادي العمومي بالتباعد بين مؤسسات وتكتل أربع مؤسسات في آن واحد بوسط المدينة. ويتمظهر سوء التوزيع أكثر في مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي العمومي التي يغلب عليها طابع التجاور بين مؤسستين أو أكثر كما هو الحال بالنسبة لثانوية مولاي سليمان التي أصبحت متقاربة مع يوسف بن تاشفين الواقعتان على طول طريق عين الشقف وتمركز كل من ثانوية أم أيمن، ابن حزم وصلاح الدين الأيوبي بوسط المدينة وعبد الكريم الرايس والإمام ابن حنبل ببورمانة والأدارسة وثانوية سيدي ابراهيم بحي سيدي ابراهيم في حين تم اقتطاع جزء من إعدادية ابن آجروم الواقعة شمال المدينة الجديدة (حي طارق) وتخصيصة لثانوية تأهيلية حملت اسم ميدان الفروسية وحاليا تحمل اسم عبد الرحيم بوعبيد بسبب الطلب المتزايد على التعليم الثانوي آنداك من قبل عدة مجاورات عمرانية كحي الموظفين، حي الأمل، الدكارات، حي كريم العمراني، حي زينب وزواعة العليا لكن رغم ذلك لم تستطع أن تلبي كل حاجيات هذه المجاورات السكنية لصغر مساحتها مما كان يرغم العديد من تلاميذ هذه الأحياء إلى الاتجاه صوب ثانويات مقاطعة أكدال (أي المدينة الجديدة) أو نحو ثانوية علال الفاسي بمقاطعة فاس الجديد المشور (أي المدينة القديمة). في حين تتجمع مؤسسات التعليم الثانوي الخصوصي بشقيه في محاور مركزية وترتبط بالشوارع الشريانية المحيطة بالتجمعات العمرانية حيث نجد توزيعها يتسم بالتباين حيت تتركز على طول محور لسان الدين بن الخطيب ومحور طريق ايموزار ومحور طريق عين الشف وشمال المدينة الجديدة على طول محور ملعب الخيل وأخير بمحاذاة محور طريق صفرو (تجزئة المامونية) مما يعني أن المؤسسات الثانوية الخصوصية إعدادية كانت أم تأهيلية تروم إلى التوطن

في مواقع للطرق الدائرية التي تحيط بالعديد من المناطق السكنية وتستوعب كل الخدمات التعليمية المختلفة مع باقي الخدمات الأخرى.[156]

انطلاقا مما سبق يتبين أن مقاطعة أكدال تتفوق على مستوى التجهيزات التعليمية وعلى مستوى الخدمات التعليمية المقدمة مقارنة مع باقي المقاطعات الأخرى، علما أنها تمتد على مساحة تصل إلى 12.69 كلم^2 فقط، وأنها تعرف تراجع كبير في عدد ساكنتها نتيجة التحول في مشهدها الحضري من سكني إلى وظيفي هذا من جهة. كما يتسم توزيع هذه المؤسسات في جل مستوياتها بالتقارب والتجاور وتسير وفق شكل دائري متخذة اتجاهات مخروطية من جهة ثانية. الشيء الذي يكرس لمسألة التركز الكثيف للخدمات التعليمية بالمدينة والدور الريادي الذي تقوم به في تأطير مدينة فاس على غرار سهولة الولوج إلى هذه المرافق التعليمية والاستفادة من خدماتها بفضل شبكة طرقية كثيفة تؤدي إلى ارتفاع جودة خدمة مركز المدينة مقارنة مع باقي الأقطاب الحضرية الأخرى.

2.4.2. سهولة الولوجية نحو المؤسسات التعليمية بأكدال

تشكل المؤسسات التعليمية أكثر التجهيزات الجماعية أهمية بالنسبة للسكان، إذ أن الحاجة إليها يومية وتفترض القرب من أماكن السكن، خاصة بالنسبة للأطفال الذين يقل سنهم عن 18 سنة. إن الحديث عن إلزامية التمدرس بالنسبة للدولة، ورغبة الأسر في تعليم أبنائها يقتضي وجود مؤسسات تعليمية بالقرب من إقامتهم، خاصة بالنسبة للمستويات الابتدائية والإعدادية والثانوية. إذ من شأن البعد الجغرافي، أن يشكل عاملا آخر من عوامل الهدر المدرسي.[157]

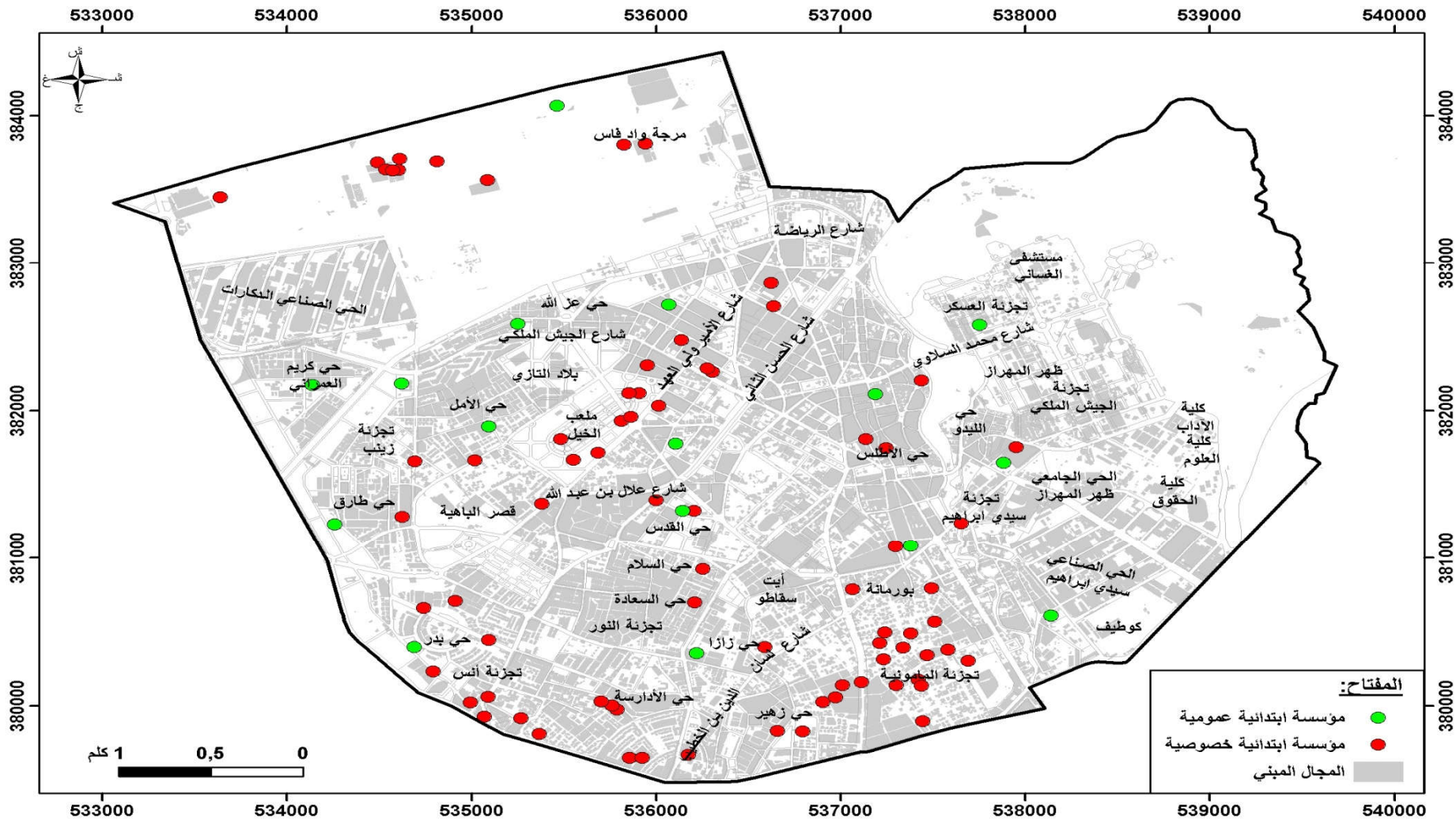
ومن خلال تحليل خريطة توزيع المؤسسات ونتائج البحث الميداني تبين أن الولوجية نحو المدارس الابتدائية تتصف بكونها جيدة، ومن مؤشرات جودة تنقلات التلاميذ نحو مؤسساتهم أيضا هو كون متوسط المسافة الفاصلة بين مقر سكناهم ومواقع توطن الاعداديات والثانويات لا تتعدى 20 دقيقة مشيا على الأقدام. مما يدل على التوزيع الجيد عموما لمؤسسات التعليم العمومي بجماعة أكدال.

---

[156]- بن غضبان فؤاد (2013)، جغرافية الخدمات، دار اليزوري للنشر، عمان، ص 179.

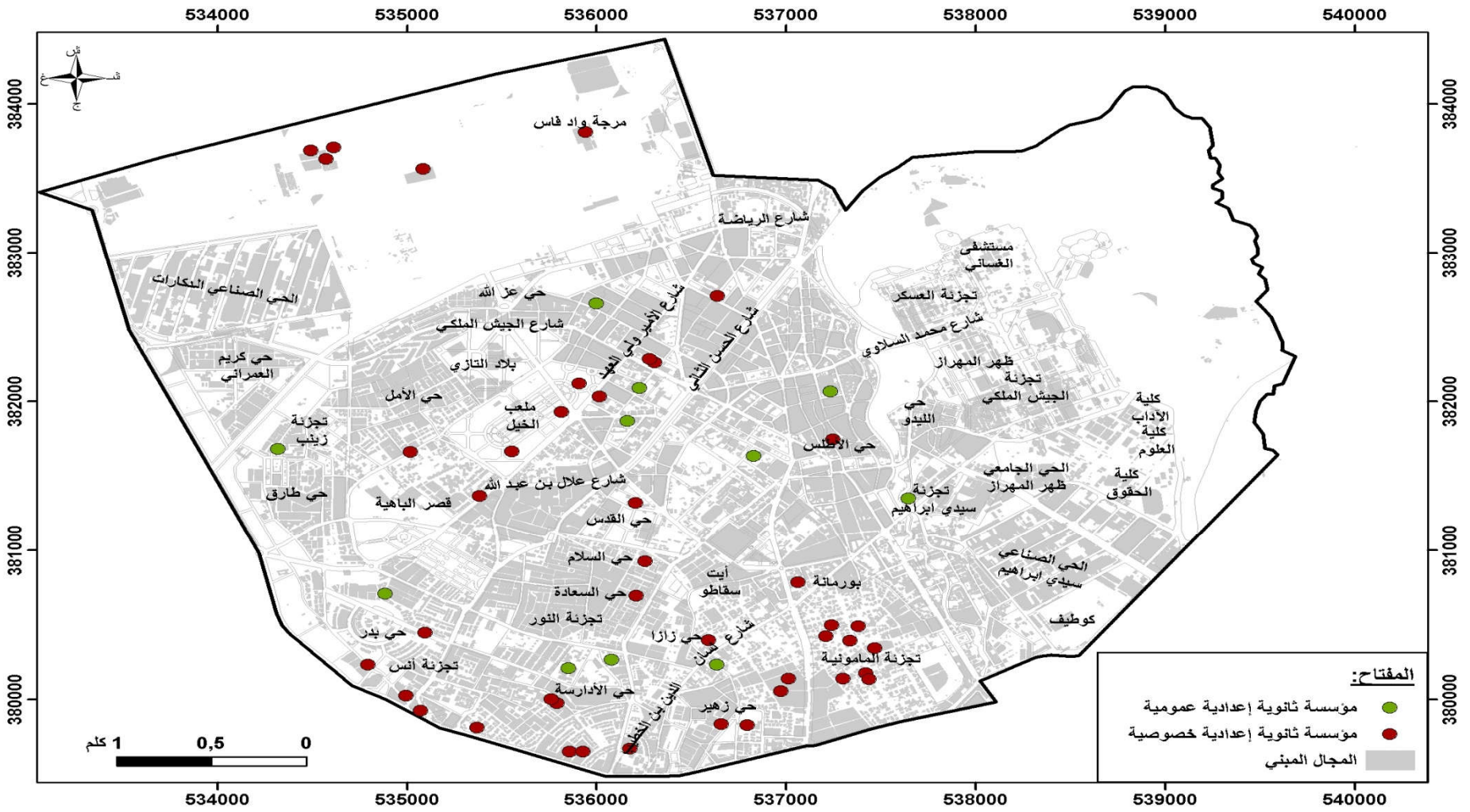
[157]- مخلص الدرقاوي العلوي (2014)، النقل بمدينة فاس دراسة حول التنقلات الحضرية والولوجية نحو المرافق العمومية باستخدام نظم المعلومات الجغرافية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية سايس - فاس ص. 229

خريطة رقم (7): توزيع مؤسسات التعليم الإبتدائي بمقاطعة أكدال سنة 2020



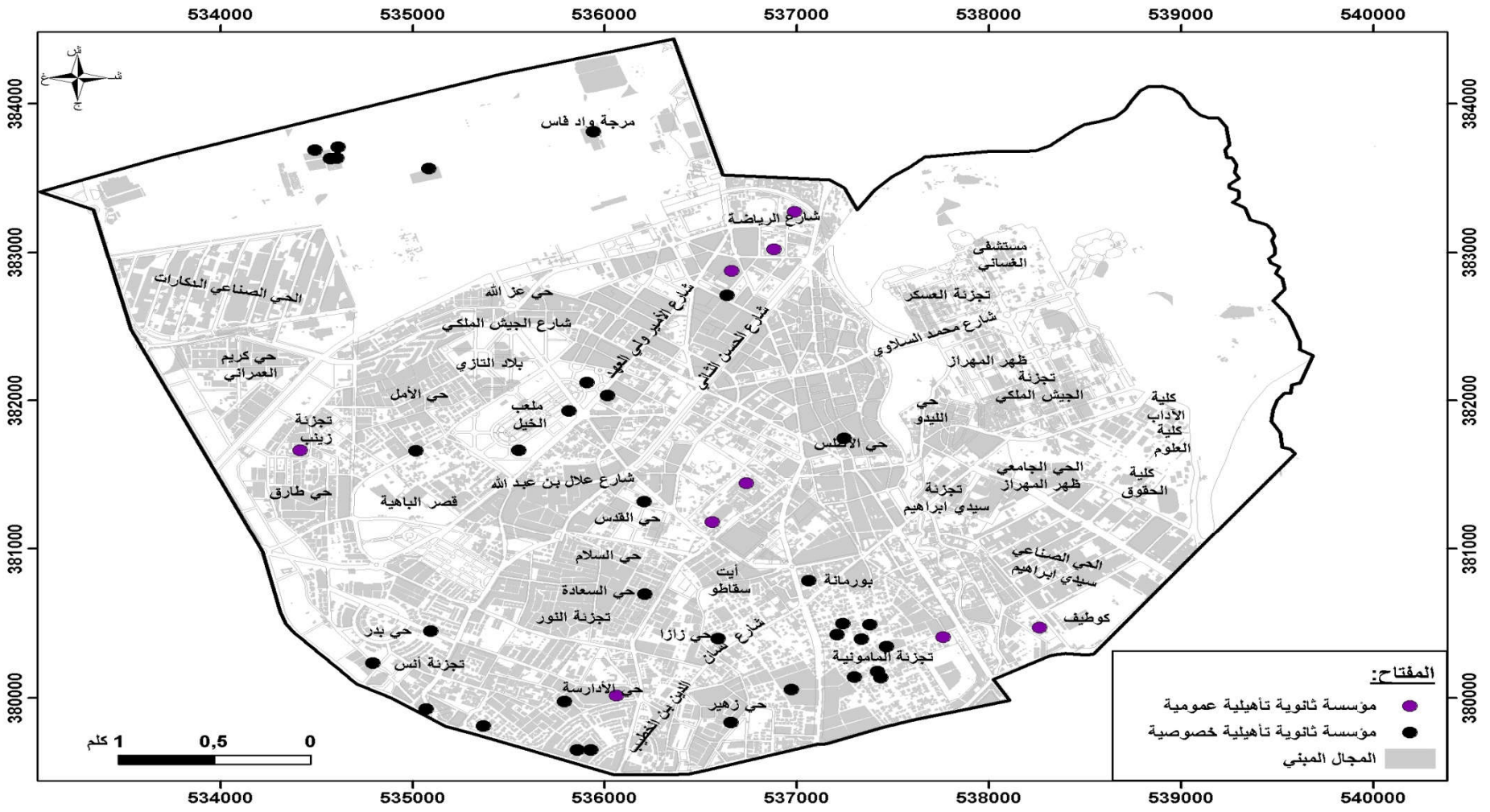
المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020+ بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (8): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الإعدادي بمقاطعة أكدال سنة 2020



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس2020+بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (9): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة أكدال سنة 2020



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس2020+بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

5.2. التجهيزات التعليمية بمقاطعة المرينيين أو اللاتكافؤ أمام الخدمة

بعدما عرفت مدينة فاس منذ بداية القرن العشرين ظاهرة قوية للتحضر شأنها شأن باقي المدن المغربية، نتيجة التزايد الديموغرافي والهجرة القروية مما أدى إلى اكتظاظ المدينة القديمة وارتفاع الكثافة السكانية بها، توسع مجال مدينة فاس نحو الهوامش الشمالية بدون تخطيط وبطريقة عشوائية الشيء الذي انعكس على الحياة اليومية للساكنة وعلى النمو الحضري السليم لمدينة فاس. ولاحتواء أزمة السكن وإعادة هيكلة المجالات التي شملها البناء بطريقة عشوائية[158]ظهر القطب الحضري الثالث سنة 1950 على المرتفع الشمال الغربي للمدينة، المسمى عين قادوس وشكل النواة الأولى للضاحية الشمالية التي عرفت نموا سريعا ظهرت على إثره مجموعة من الأحياء كحي بن دباب- ظهر الخميس- بن زاكور-حافة مولاي ادريس-حي أكادير وغيرها.[159]

ونود أن نشير في هذا الصدد أن التجهيزات الاجتماعية ظلت إما غائبة أو ناقصة وذلك بسبب التوسع السريع والطلب المتزايد على بعض الحاجات والخدمات كما هو الشأن بالنسبة لقطاع التمدرس وخدمات أخرى التي تتأثر مباشرة بالضغط السكاني. وأمام تلك الظرفية تم تأسيس وإنشاء عدة مدارس. ولقد كان من الطبيعي أن يستمر توسع مجال المؤسسات التعليمية خلال العقود المتتالية، ولاسيما وأن الحاجة إلى الأطر لتسيير البلاد كانت ماسة، وأن المدينة بدأت تعرف ظهور أحياء شعبية ضخمة، وإقبال الأطفال على التعليم أصبح كبيرا، وبالأخص في مدينة عريقة مثل فاس. كل ذلك حتم على الدولة أن تجند طاقاتها لتعميم التعليم، خصوصا في الوسط الحضري. وهكذا تميز عقد السبعينيات بإحداث مؤسسات متنوعة[160]بالأحياء المتواجدة بالضواحي الشمالية (أي خارج حدود المدينتين القديمة والجديدة) كحي لعلو وأكادير وتغاث وغيرها. فبالإضافة إلى المدارس الابتدائية التي توالت شبكتها في التوسع، أحدثت أيضا مجموعة من الإعداديات والثانويات لتلبية الحاجيات المتزايدة للمتمدرسين ومواكبة الحمولة البشرية المهمة التي تعرفها مقاطعة المرينيين حيث وصل عدد سكانها إلى ما يربو عن 209.494 نسمة حسب إحصاء 2014. أي بزيادة إجمالية تقدر بحوالي 0,92+[161].كما تتصف هذه المقاطعة بخلوها من أنشطة اقتصادية مهمة، إذ تبقى بمثابة أحياء للرقاد. وتمتاز بنيتها الطرقية بالضعف، إذ أن هناك العديد من الأحياء التي لا تستطيع وسائل النقل العمومية الوصول إليها (الحي الحسني، البورنيات، باب سيفر

---

[158]- بنعمر رشيد (2010)، التعمير والتدبير الحضري بالمغرب على عهد الحماية الفرنسية صفرو نموذجا (1912-1956)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في تاريخ المغرب المعاصر، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز- فاس، ص 183.

[159] -HAZOUI (M.), 2000, La périphérie Nord de Fès une ville mal structurée et inachevée, Revue Al Misbahia, n° 4, imprimerie Sibama, Fès, p.82

[160] كيدو إبراهيم (2008)، مرجع سابق، ص 145

[161]- المصدر:الإحصاء العام للسكان والسكنى 2004-2014، المندوبية السامية للتخطيط، المديرية الجهوية لفاس- مكناس

وغيرها.[162]وحيث أنه تم إنجاز التجهيزات التعليمية على مراحل متفرقة منذ نشأة هذه المقاطعة فإنها تحظى بوجود جل المؤسسات لكن توزيعها المجالي يبقى متباين من حيث الكم والنوع وهذا ما سنوضحه.

1.5.2. توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة المرينيين أو فصل البنيات الاجتماعية

يتبين لنا من خلال الخريطة رقم (8)، أن توزيع المدارس الابتدائية يتميز بالتباين من جهة والتجاور والتقارب الكبير بين عدة ابتدائيات من جهة أخرى. حيث نجد أحياء تتوفر على جل المؤسسات كحي بن دباب وعين هارون وغيرها في حين أن بعض الأحياء تفتقر لبعض هذه المؤسسات كالحي الحسني وحي الوفاق. هذا علاوة على تمركز معظم الابتدائيات العمومية في الجزء الشرقي للمقاطعة على اعتبار أنها تمثل مركز ثقل سكاني مهم، وقد عرف على إثرها عدد المدارس الابتدائية نموا ملحوظا وصل إلى ما يقارب 31 مدرسة ابتدائية عمومية. أما فيما يخص توزيع المدارس الابتدائية الخصوصية فيبرز التوزيع المجالي تموقع جميع هذه المدارس في الجزء الغربي للمقاطعة كما أن ظهورها جاء متأخرا بإحداث مدرستين سنة 2007 فقد سجلت تطورا بطيئا جدا حتى حدود سنة 2016 بسبع ابتدائيات خصوصية غير أن الأربع سنوات الموالية ستحقق تطورا عدديا مهما حيث انتقلت من 7 إلى 27 مدرسة مابين 2016-2020[163] وذلك بزيادة خمس مؤسسات ابتدائية في الموسم.

تكرس خريطة رقم (9) و (10) توطين الاعداديات والثانويات نفس الملاحظة السابقة فكل مؤسسات التعليم الثانوي العمومي تتمركز بالجزء الشرقي بينما تتخذ المؤسسات الثانوية الخصوصية إعداديات أو ثانويات الجزء الغربي موقعا لها من المقاطعة. ويعزى هذا التركز في الجزء الغربي لبنية طرقية عصرية وكثيفة وبنيات اجتماعية ذات طبقات عليا أو ميسورة الحال بخلاف الجزء الشرقي للمقاطعة فيحتضن شرائح اجتماعية فقيرة وهشة كما أن معظم الأنشطة التي يزاولها قاطني هذا المجال تتوزع بين التقليدية وغير القانونية وغير القارة. وهو انعكاس للهشاشة الاجتماعية والاقتصادية للأسر التي تتصارع من أجل توفير قوتها اليومي، وبالتالي فهي عاجزة عن التوجه نحو القطاع الخصوصي.

---

[162]- مخلص الدرقاوي العلوي (2014)، مرجع سابق، ص 128.
[163]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية ، 2000-2004-2014-2020.

2.5.2. الولوجية نحو المؤسسات بمقاطعة المرينيين: ولوج متفاوت

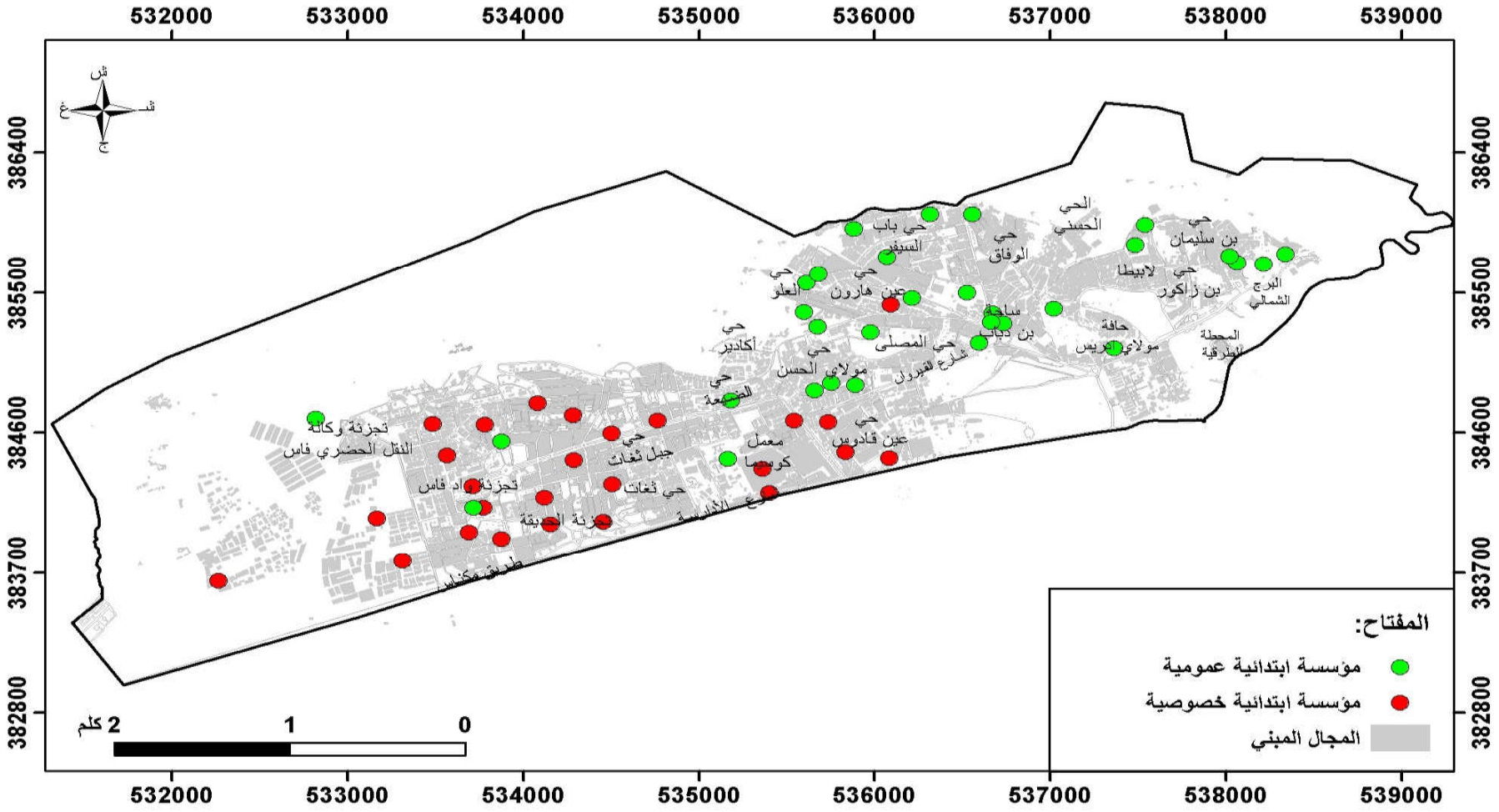
ارتأينا قبل الخوض في قياس الولوجية نحو المؤسسات التعليمية بمقاطعة المرينيين معاينة طبوغرافية مرتفعات هذا المجال التي بُنيت فوقها في الخمسينيات "عين قادوس" و"المرينيين" التي سُكنت حفر مقالعها السابقة (كهف العزبة، بن سليمان،...)، وامتد البناء بهما وتكاثر لدرجة جعلهما عبارة عن ضاحية ضخمة تبدأ غربا من "حي واد فاس" و"تجزئة ثغات" التي بُنيت في بداية الثمانينيات مروراً بأحياء شعبية ك "عين هارون" و "الوفاق" وغيرها في اتجاه الشرق إلى تجمعات سكنية هزيلة وعشوائية ك " حفرة بن سليمان" و"كهف المصابيح" و"ظهر الريشة" المطلة على فندق ومقابر المرينيين حيث تصبح التضاريس الوعرة عائقا أمام امتداد السكن.[164] وهذه إطلالة لطبوغرافية وعرة وولوجية صعبة لا تتيحها قراءة الخريطة لكون الخريطة تمثيل للمجال بطريقة متجانسة وبمقياس رسم لا يختلف بالنسبة لمجموع المساحة المنقولة فوق سطح الورقة. وهذا ما يجد تفسيره على الخريطة في عدم التشتت في مواقع المدارس الابتدائية فضلا عن التقارب الكبير في مواقعها تارة أخرى بغية تحسين سهولة الولوجية لهذه المرافق وقد ركزت معظم تدخلات التلاميذ أو أولياء أمورهم على أن متوسط المسافة الفاصل بين مقر السكن وموقع الابتدائية يتراوح ما بين 10 و25 دقيقة. بينما يعزى تشتت وتباعد توزيع مؤسسات التعليم الثانوي بشقيه الإعدادي والتأهيلي إلى محاولة تغطية كافة أجزاء المقاطعة بهذا النوع من الخدمات الضرورية ناهيك عن تحسين سهولة الولوج والفعالية في آدائها وبالتالي استفادة الجميع من خدماتها. فإذا كانت المدة الزمنية للمدارس الابتدائية تنحصر مابين 10و25 دقيقة فإن هاته الأخيرة تتسع عقارب دقاتها في المستويات الثانوية لتنحصر مابين 15 و40 دقيقة وذلك راجع للاكراهات الطبوغرافية والتقنية لشبكة الطرق بمجال مقاطعة المرينيين. وعليه إذا كانت المسافة تشكل عاملا أساسيا في تحديد سهولة الولوج إلا أنها ليست حاسمة إذ هناك عوامل أخرى تؤثر بشكل ملحوظ في الولوج للمرافق مثل: الزمن والمعطيات السوسيوديموغرافية للأفراد وخصوصيات المجال[165]وغيرها.

---

[164]- اليزيد حمدوني علمي (2004)، التمدين والبيئة الحضرية بمدينة فاس، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في الجغرافيا، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز – فاس، ص 335.

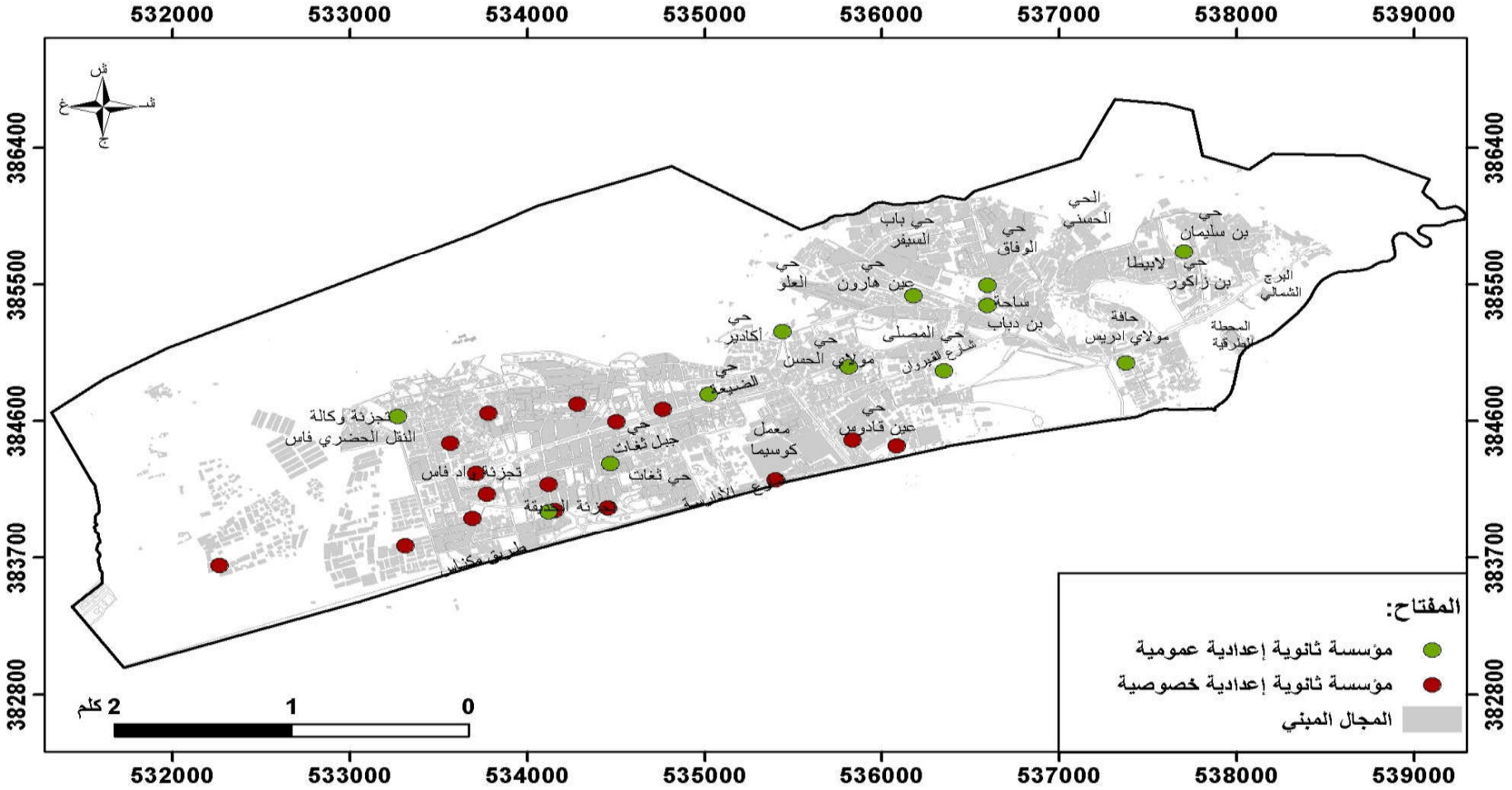
[165]- عبد الحق اهندار (2020)، إشكالية سهولة الولوج إلى المرافق العمومية في المجالات الحضرية بالمغرب، حالة بعض الجماعات الحضرية بإقليمي بني ملال والفقيه بن صالح: دراسة في جغرافية الخدمات، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة السلطان المولى سليمان، كلية الآداب والعلوم الإنسانية بني ملال، ص. 21

خريطة رقم (10): توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة المرينيين سنة 2020



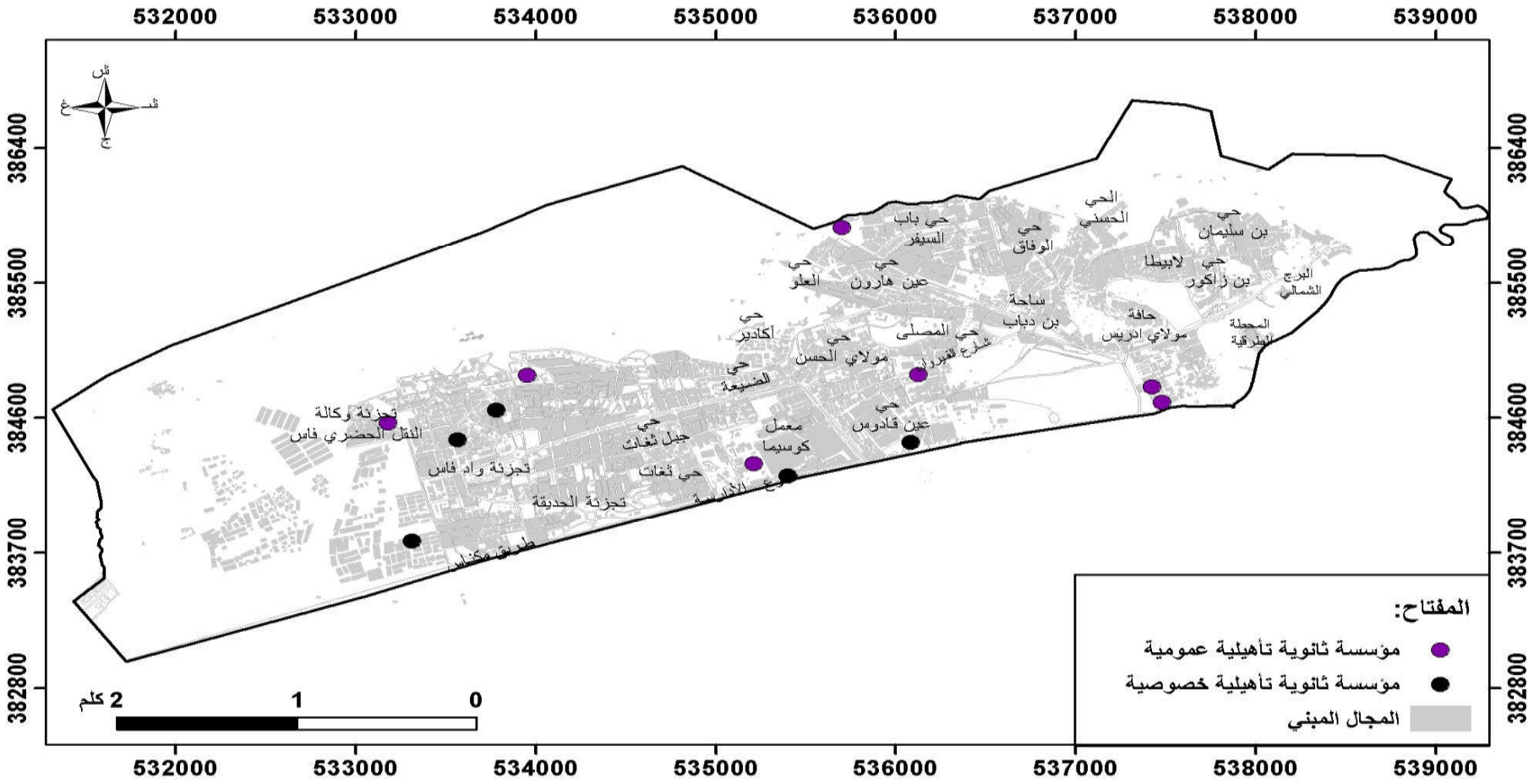
المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس2020+بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (11): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الاعدادي بمقاطعة المرينيين سنة 2020



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس2020+بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (12): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة المرينيين سنة 2020



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس2020+بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

.6.2. نقص وخصاص في التجهيزات التعليمية بمقاطعة زواغة

ظهرت الامتدادات الجنوبية الغربية أواسط القرن العشرين، فانطلقت من منطقة بن سودة في اتجاه دواوير زواغة، واستمر التوسع العمراني يتواصل في الجنوب الغربي خصوصا بعد إحداث أحياء صناعية وبناء بعض المرافق الخدماتية كسوق الجملة وحطام السيارات، والمدرسة العليا للأساتذة والمدرسة الوطنية للعلوم التطبيقية.[166] واستمرت سيرورة التوسع خاصة بعد تطور الرقعة المبنية نحو بن سودة بعد إعادة هيكلته وتجهيزه مما ساهم في النزوح القروي المكثف وأهمية الحركية السكنية المفرطة التي تتمثل في تنقل الأسر من وحدات حضرية أخرى. ولعل أهم امتداد ستعرفه بلدية زواغة بعد سنة 2005 تعمير زواغة العليا وزواغة السفلى (المرجة: حي التازي حي ميكو...،) وذلك راجع إلى انبساط أراضيها وتوفرها على وعاء عقاري شاغر مما جعلها مسرحا للمضاربين العقارين غير آبهين بأراضيها الفلاحية الخصبة وغنى فرشتها المائية لسهل فاس. إن هذه الدينامية التي تعرفها بلدية زواغة تؤدي إلى تحولات عميقة ليس فقط على مستوى تعمير وتنظيم المجال بل وتخلق كذلك تغييرات على مستوى الطلب على الخدمات ذات الاستعمال الاجتماعي خاصة التشغيل والتمدرس مما يؤثر سلبا على المحتوى الاجتماعي للساكنة التي تتشكل أساسا من حشود غير متجانسة لكن منضوية كلها تحت دائرة الفقر والهشاشة وتداول الأنشطة غير قارة. ناهيك عن نوعية المرافق العمومية ولاسيما التعليمية والصحية منها. وكذا على مستوى توزيعها الذي يتوخى منها أن تستجيب لخصوصيات الساكنة والأحياء السكنية المكونة لمجال البلدية.

1.6.2. التوزيع المجالي للمؤسسات التعليمية بمقاطعة زواغة سوء التوزيع أم غياب في الأصل.

إن نظرة متأنية إلى خريطة رقم (11) المتعلقة بتوزيع المدارس الابتدائية بمقاطعة زواغة تكشف لنا عن التمركز الكبير الذي تتميز به هذه المدارس على المستوى المجالي، اذ تتوطن بحي بنسودة والأحياء القريبة منه مرورا بزواغة العليا والأحياء المجاورة لها كحي سيدي الهادي وحي سيدي البطار وحي كريو وحي الوفاق...، وصولا بالتوسعات العمرانية الحديثة أي زواغة السفلى أو المرجة والأحياء المجاورة لها حي التازي، حي ميكو...، فإنها تعرف انتشارا نسبيا للمدارس، ولا تتوفر بلدية زواغة سوى على 24 مدرسة ابتدائية عمومية. علما أنها قد سجلت تطورا عدديا بطيئا جدا خلال العشريتين الأخيرتين (2000-2020)[167] وذلك بزيادة ثلاث ابتدائيات فقط. مقارنة بالحمولة البشرية المهمة التي تعرفها هذه المقاطعة والتي انتقلت من 163.291 إلى 260.663 نسمة مابين الإحصائين الأخيرين (2004-2014)، مما جعل ثقلها الديموغرافي يتزايد ب4,79%. والناتج أساسا عن درجة الاستقطاب

---

[166]- اليزيد حمدوني علمي (2004)، مرجع سابق، ص.243

[167]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020.

التي أضحت تتفرد بها، بالإضافة إلى الوزن الديموغرافي الذي يميز معظم الأحياء الشعبية المكونة لهذه البلدية.على اعتبار أن مستوى التجهيزات المدرسية يأخذ في الحسبان مجموع السكان ولا يراعي لتركيبتها العمرية التي تتسم بالفتوة. هذا علاوة على مساحة المقاطعة الكبيرة. على إثر هذه المعطيات جاء دور الفاعلين الخواص للانخراط أكثر في تسيير الشأن التعليمي والتعزير من قدرات التأطير التعليمي والتربوي داخل البلدية التي أخذت في التوسع بشكل سريع، والمساهمة منه في تغطية الحاجيات المتزايدة في هذا الميدان. إلا أن القطاع الخاص بدوره زاد من تكريس التفاوت السوسيومجالي في المجال التعليمي وهذا ما توضحه خريطة توزيع مؤسسات التعليم الخاص التي تبرز التركز القوي للمدارس الخصوصية بمحاذاة الطريق المؤدية اتجاه مكناس ثم يبدأ انعراج هذا الانتشار في اتجاه الجنوب الشرقي بمحاذاة طريق عين الشقف، كما أن توزيعها المكاني يتميز بنوع من التقارب. ورغم أن البنية المدرسية الخصوصية تتسم بالكثرة العددية 51 مدرسة ابتدائية خصوصية وطغيان نمط التجزئات في شكل البنايات التي تتخذها موقعا لها إلا أنه لا يسجل سوى 9300 متمدرس بهذا النوع وهو عدد ضعيف مقارنة بالعدد الإجمالي لعدد المتمدرس الذي يبلغ حوالي 31.377 بهذا الطور خلال الموسم الدراسي 2019-2020 بهذه المقاطعة مما يدل على تدني الوضعية السوسيواقتصادية لغالبية سكان هذا المجال. في حين تشهد المدارس العمومية اكتظاظا كبيرا حيث يفوق مستوى التأطير التعليمي 37 تلميذ في القسم. الشيء الذي سيكون له لا محالة تداعيات على مردودية التلاميذ ودرجة الاستفادة من خدمات التعليمية بهذا الطور.[168]

وبالإضافة إلى التباين والنقص في مؤسسات التعليم الابتدائي، تبدي خريطة توزيع مؤسسات التعليم الثانوي بشقيه رقم (12) و (13) تباينا واضحا بين مختلف أجزاء المقاطعة، حيث تتوفر هاته الأخيرة على 14 مؤسسة للتعليم الثانوي الإعدادي، وعلى 7 ثانويات تأهيلية. فمن خلال خريطة توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الاعدادي والثانوي التأهيلي ونتائج البحث الميداني تبين أنها تتسم بالأقلية العددية الناتجة عن تقسيم مجال المقاطعة ضمنيا إلى أربع مجموعات سكنية (بن سودة، زواغة العليا، الأحياء الصناعية التي تظم حي المسيرة 1و2 وحي النسيم وغيرها، وزواغة السفلى) ظاهريا متجانسة نوعيا على مستوى المحتويات السوسيواقتصادية للساكنة المحلية. هذا التجزئ يؤدي إلى اختلالات على مستوى توزيع المؤسسات التعليمية حيث نجد منطقة بن سودة بأحيائها الكثيرة تتوفر فقط على ثلاث اعداديات ونفس الشيء بالنسبة لمنطقة زواغة العليا ثلاث اعداديات ثم منطقة الأحياء الصناعية وطريق عين شقف بأربع اعداديات وأخير منطقة زواغة السفلى أو المرجة بكثافتها السكانية

[168]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020.

تحتوي على أربع إعداديات فالملاحظ أن كل منطقة لا يمكنها أن تغطي خصاص منطقة أخرى لأن هاته المناطق تتميز بالتباعد لكون مساحة مقاطعة زواغة كبيرة جدا ومترامية الأطراف وبالتالي لا يمكن للتلاميذ التنقل ببنهم مشيا على الأقدام وأربع مرات في يوم. ونفس الشيء ينطبق على مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي التي تتميز بالتشتت والتباعد. فمن خلال هذه المعطيات يمكن استنتاج خلاصة مفادها أن هناك خصاصا على مستوى المدارس الابتدائية بمنطقة زواغة السفلى أو المرجة بأحيائها الكثيفة التي تشهد أقسامها اكتظاظا مهولا وكذا على مستوى التعليم الثانوي الإعدادي. وأخيرا الثانوي التأهيلي الذي لا يستطيع استيعاب كل تلاميذ المقاطعة، مما يحتم على المسؤولين تصريف التلاميذ اضطراريا إلى ثانويات أخرى خارجها، فعلى سبيل المثال يتم توجيه التلاميذ المتواجدين بقطب زواغة العليا نحو ثانوية عبد الرحيم بوعبيد أو ميدان الفروسية سابقا بحي طارق التابعة لمقاطعة أكدال، أما التلاميذ المتواجدون بزواغة السفلى فيتوجهون صوب ثانوية ابن حزم المتواجدة بأكدال أو بعلال الفاسي المتواجدة بمقاطعة المشور فاس الجديد، والبعض الآخر نحو ثانوية بن سودة.

إن النقص الحاصل في المؤسسات التعليمية بمختلف أسلاكها بهذه المقاطعة وخاصة السلك الابتدائي والإعدادي باعتبارهما حجر الزاوية أو الأساس في العملية التعليمية التعلمية يتطلب رؤية موسعة للوصول إلى فهم مختلف الأبعاد، فضلا عن خصائص الأطفال داخل هذه منطقة. ويجب معرفة عدد السكان بل حتى فئات السكان وتحديد الفئة العمرية في سن التمدرس من 4 إلى 18 هذا يتوافق مع نطاق التأثير حيث نلاحظ أن هناك أحياء خارجة عن نطاق الخدمة والتي بدورها تعكس صعوبة في الوصول إلى الخدمات التعليمية، مما يعطي مؤشرا بأن تكون هذه المجالات مقترحة للتطور والتوسع العمراني وبحاجة إلى خدمات تعليمية تمكن سكان تلك الأحياء من الوصول بشكل أسهل،[169] بحيث يستحيل تصور أية حياة جماعية كيفما كان إطارها بدون هذا المرفق.[170]

2.6.2. تقييم الولوجية نحو المرافق التعليمية بمقاطعة زواغة

بناء على خريطة توزيع المؤسسات وخلاصة البحث الميداني يتضح أن الولوجية مشيا على الأقدام نحو مؤسسات التعليم بجل مستوياته تحمل في طياتها مجموعة من الاختلالات لعل أبرزها شساعة مجال المقاطعة وإن بدت المؤسسات موزعة على جل تراب المقاطعة إلا أن الخريطة لا تظهر المسافة الواقعية باعتبارها شكل مساحي ومتجانس، لهذا نجد نسبا مهمة من تلاميذ الابتدائي تقر بقطع مدة زمنية تتراوح مابين 10و13 دقيقة من مكان سكناهم ومواقع المدارس الابتدائية التي يقبلون عليها.

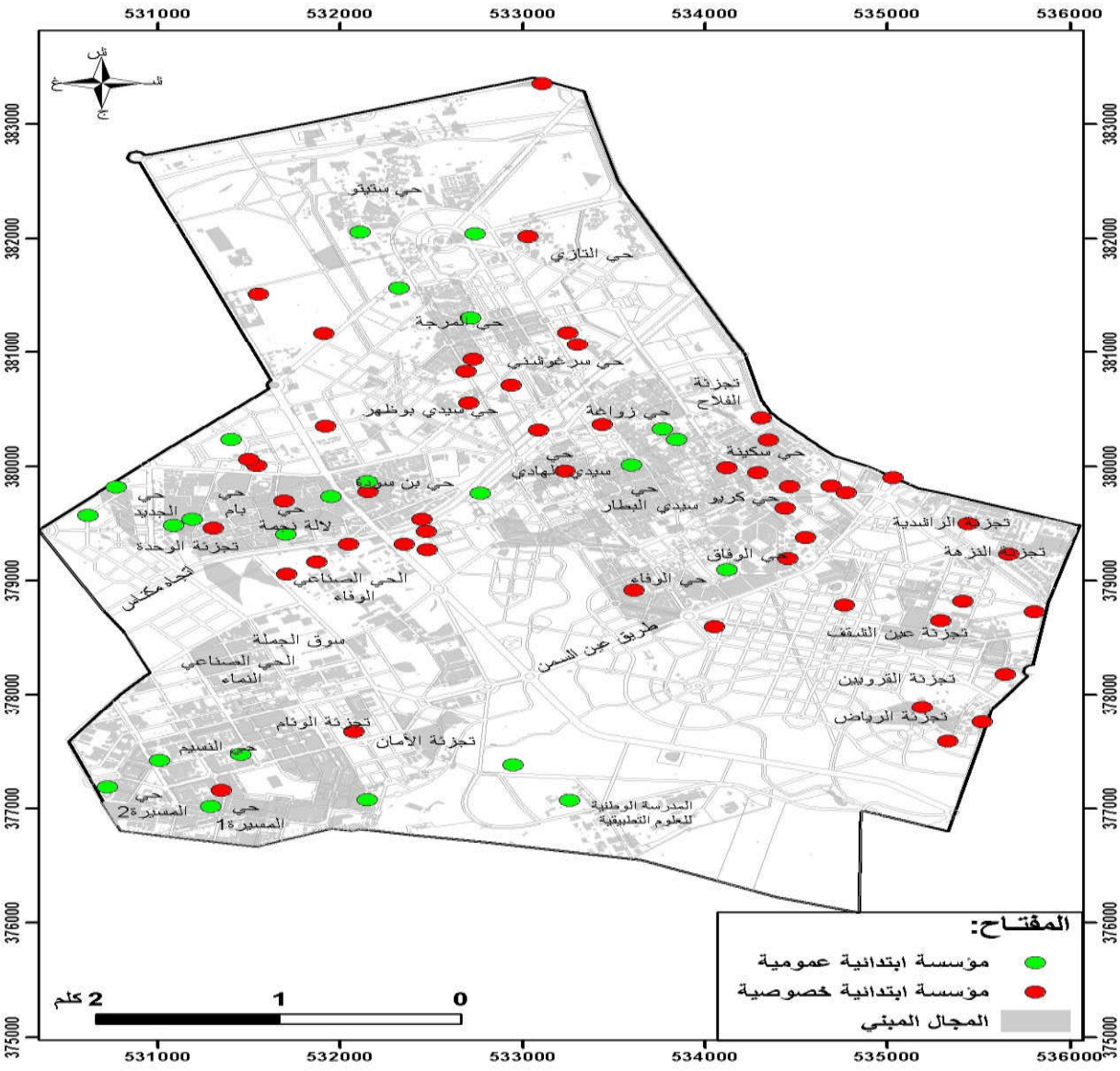
---

[169] -KEITH (M.), LEWIN, 2015, Educational access , equity, and development : Planning to make rights realities, UNESCO: International Institute for Educational Planning , Paris, p.37

[170]- محمد مسعودي (2018)، إنجاز المرافق والتجهيزات بتصميم التهيئة بين النظرية والممارسة، ورد في مجلة الحكامة الترابية ورهانات التنمية المحلية، العدد العاشر، مطبعة الأمنية، الرباط، ص. 141

أما على مستوى المؤسسات الثانوي فقد أجمع التلاميذ الثانوي الإعدادي على وجود مسافة تنحصر مابين 15و35 دقيقة مشيا على الأقدام من مقر سكناهم نحو مؤسساتهم، بينها تزداد المسافة أكثر تباعدا نحو مؤسسات الثانوي التأهيلي التي يتميز توزيعها بالتشتت والنقص أكثر مقارنة بالأصناف الأخرى. ولهذا فتوفير المؤسسات الثانوية أمر بالغ الأهمية لتحقيق إتمام العملية التعليمية للجميع. والولوج إلى التعليم هو المحدد الأكبر لفرص التكافؤ.[171]

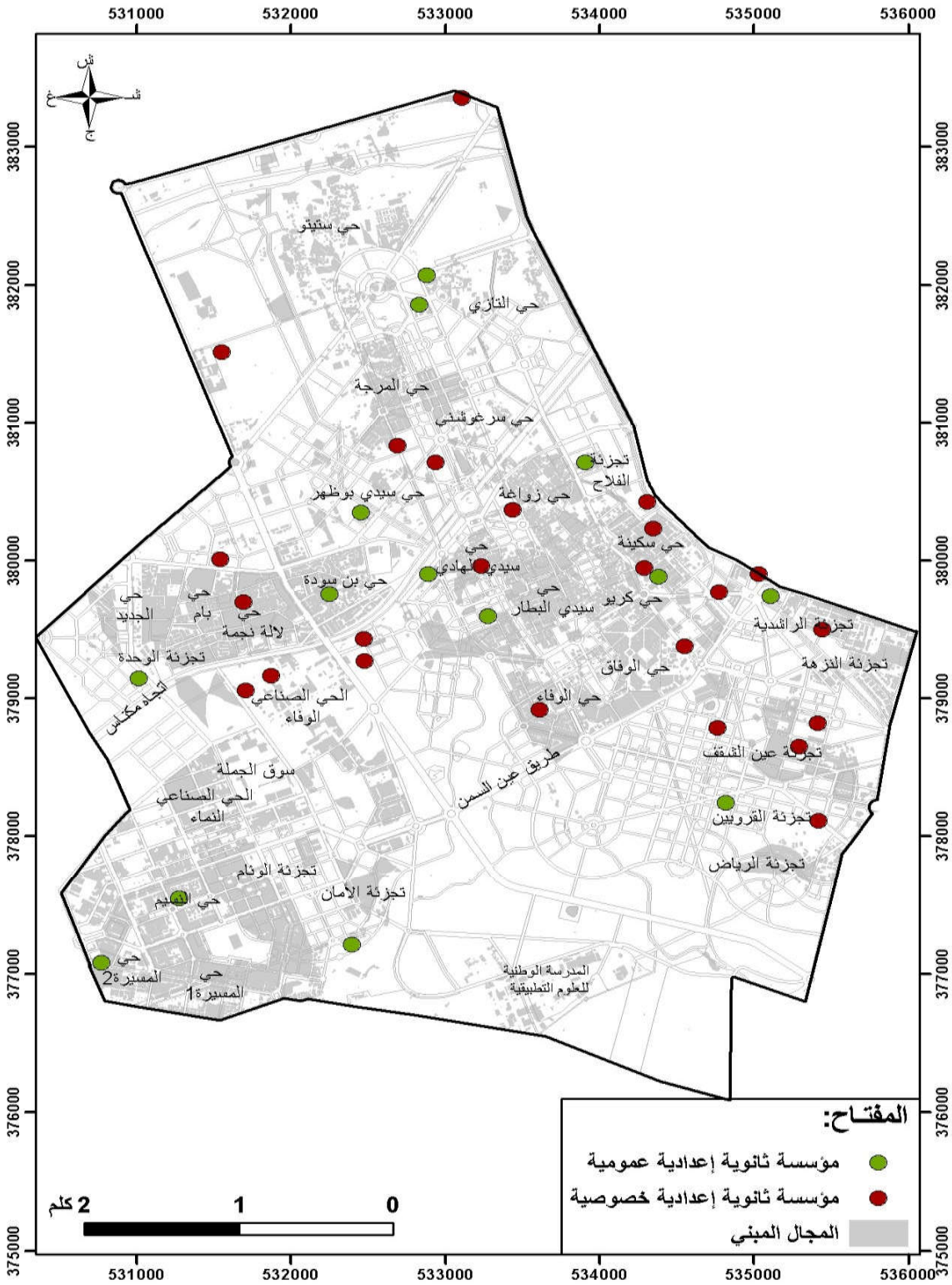
خريطة رقم (13): توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة زواغة



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس2020 + بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

[171] -KEITH (M.), LEWIN, 2015, op. cit., p.84

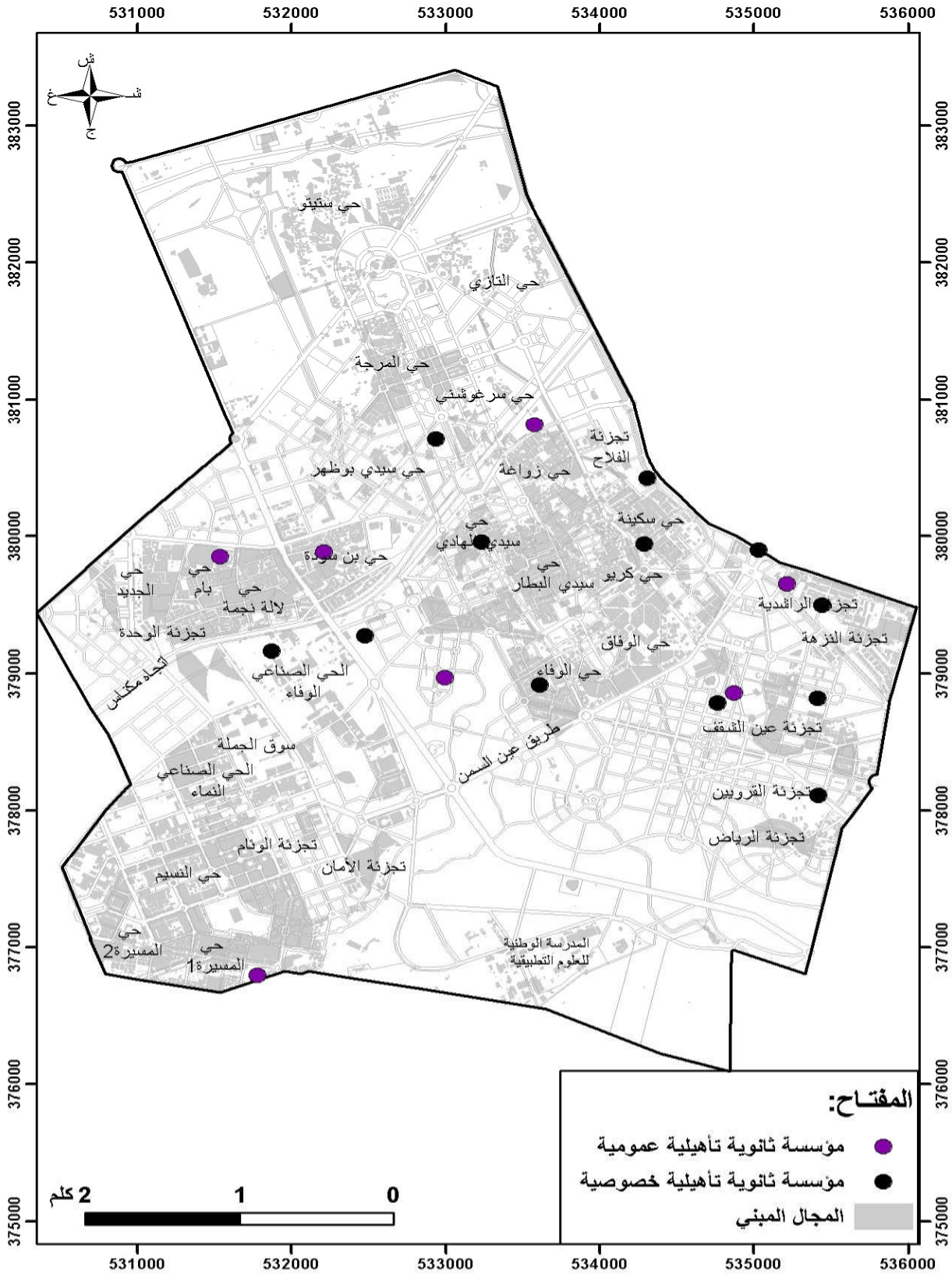
خريطة رقم (14): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الاعدادي بمقاطعة زواغة



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية لفاس2020 + بحث ميداني وضع وإنجاز

الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (15): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة زواغة



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020+ بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

7.2. التوزيع المجالي للمؤسسات التعليمية ببلدية سايس انعكاس للموقع الجغرافي

تعرف منطقة سايس تغطية مدرسية لابأس بها على مستوى الطور الابتدائي، حيث تتوفر على 23 مدرسة عمومية و32 مدرسة خصوصية (خريطة 14). أما على مستوى السلك الثانوي فتتسم البنية المدرسية بالأقلية العددية ب 11 ثانوية إعدادية عمومية و21 إعدادية خصوصية (خريطة 15) بينما يحتوي طور التعليم الثانوي التأهيلي على 6 مؤسسات عمومية فقط و12 ثانوية تأهيلية خصوصية.كما قطاعين لن يشهدا تطورا ملموسا لبنيته إلا بعد منتصف التسعينيات (1994)، حيث سيعرف القطاع توسعا مستمرا وتزايدا عدديا مهما بينما نزوعا متزايدا في بنيته إلا مع بداية العقد الأخير حيث تضاعف أكثر مرتين في مختلف أطواره[172] في ظل تزايد عدد سكان بلدية سايس واتجاه التطور العمراني المرتبط بتزايد عددهم، إضافة إلى نشوء تجمعات عمرانية غير متساوية ومتجانسة من حيث التركيبة الاجتماعية، ستنعكس بدون شك على مستوى الخدمات التعليمية، إن لم يكن توطينها ملما بخصوصيات وبمدى تغير الكثافات السكانية حسب التجمعات والأحياء، فضلا على أن أعداد المؤسسات التعليمية تكبر كلما كانت هذه التجمعات ضخمة. وعليه تبرز خريطة (14) توزيع المدارس الابتدائية قربها وتجاورها الفعلي مع مراكز الثقل السكاني وانتشارها المتفرق داخل الأحياء ذات الكثافة المرتفعة كما هو الحال بكل من أحياء عوينات الحجاج والنرجس ومونفلوري وليراك وتمتد إلى التجمعات الحديثة بمحاذاة الطرق كطريق صفرو وايموزار وطريق عين الشقف. ويضاف إلى ذلك أن توزيعها يتسم بالتباعد والتشتت، وهذا قد يجد تفسيره في كبر مساحة البلدية وفي توجهات آليات التخطيط الحضري التي تصبح مجبرة على مواكبة التوسع العمراني السريع بهذا النوع من الخدمات ذات الطابع الاستعجالي مع صيغ رؤى بعيدة المدى لتدبير شبكة تعليمية كافية ومتوازنة. أما فيما يخص مؤسسات الإعدادي والثانوي العمومي فهي تتشابه كثيرا في توزيعها مع مستوى الطور الابتدائي ولا تخرج على نطاق انتشاره.

وإذا كان المؤسسات العمومية تتحمل القسط الأوفر في العملية التعليمية والتربوية ويرتبط توزيعها بضرورة تلبية حاجيات المتمدرسين في مجال التعليم. فإن أوضاع المدارس الخصوصية باختلاف أعدادها وأنواعها ترتبط ارتباطا وطيدا بطبيعة التشكيلة السكانية والسكنية. بإلقاء نظرة سريعة على خريطة توزيع المدارس الابتدائية الخصوصية تكشف لنا التمركز الكبير الذي تتميز به هذه المؤسسات على المستوى المجالي، إذ تتخذ مواقع خاصة

[172]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية، 2000-2004-2014-2020.

لها بمحاذاة الطرق الرئيسية حيث تتوزع على طول طريق ايموزار وطريق صفرو وطريق عين الشقف وشارع ابن هريرة والنرجس. بحكم إمكانيات الجدب وقوة الاستقطات التي يمارسه موقعها الاستراتيجي الذي يشهد حيوية وحركية سكانية مهمة، ويضم فئات اجتماعية متوسطة عليا تمثل الزبون الرئيس للتعليم الخصوصي. وإذا كانت شبكة المدارس الابتدائية الخصوصية تعرف نموا كبيرا فإن السلك الثانوي بشقيه الإعدادي الثانوي والثانوي التأهيلي عكس ذلك يشهد تناقصا كبيرا في بنيته المدرسية كما أن توزيعه لا يخرج على دائرة انتشار المدارس الابتدائية بشكل مطلق. وهذا راجع إلى تكلفة السلك الثانوي التي تزداد كلما تدرجنا في مستوياته من الابتدائي إلى الثانوي التأهيلي مما يجعل فئات عريضة من المجتمع لا تقوى على مسايرة أتعاب التعليم العمومي، مما يدفع بمعظم المتمدرسين بالتعليم الخصوصي الالتحاق بالقطاع التعليمي العمومي إلى استكمال دراستهم، مما يعني تضخم أحجام المتمدرسين بالسلك الثانوي نتاج الاكتظاظ والتكدس داخل الفصول وهذا سينعكس سلبا على سير التأطير و درجة الاستيعاب و على مجريات العملية التعليمية التربوية وأداء مستوى الخدمات بها.

1.7.2. الولوجية نحو المؤسسات التعليمية ببلدية سايس

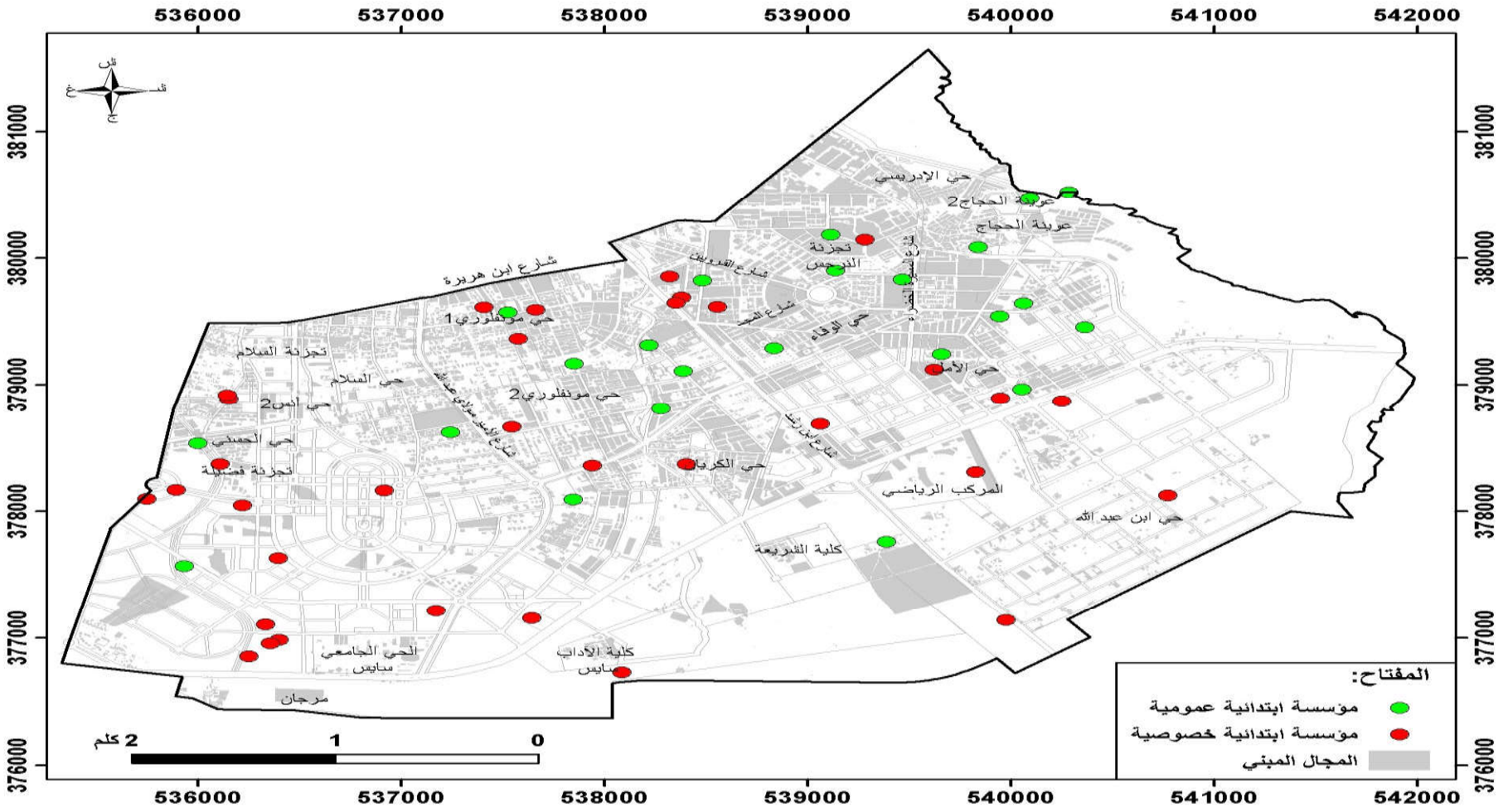
بتحليل الولوجية إلى المؤسسات التعليمية ببلدية سايس تبين من خلال خريطة التوزيع و نتائج البحث الميداني أن معظم المتمدرسين بالطور الابتدائي قيموا الوصول بأنه سهل وأن المدارس الابتدائية موزعة بشكل يتناسب طرديا مع المسافة المعمول بها في معايير إنشاء التجهيزات التعليمية[173] وأن المدة الزمنية لا تتعدى 15 دقيقية. وبخصوص السلك الثانوي وتنقل التلاميذ من أماكن سكناهم إلى الاعداديات والثانويات نجد أن نسبة مهمة من أجوبتهم إن لم نقل مجملها يقر بوجود "تقارب" جغرافي بين مساكنهم ومواقع المؤسسات الثانوية التي يقصدونها والتي لا تتجاوز مدتها الزمنية 30 دقيقة. ويرجع ذلك لكون التجهيزات التعليمية خدمات القرب خاصة بالنسبة للمستويات الابتدائية والإعدادية والثانوية. مما يفسر سهولة الوصول إلى خدماتها فضلا على توفر البلدية على شبكة طرقية متنوعة ومهمة، تلعب دورا مهما في هيكلة المجال وتقريب المسافات وذلك من خلال الربط بين مختلف الوحدات الحضرية الأخرى وتقريب مواقع الخدمات من السكان. إذن يتبين مما سبق يتبين أن البنية المدرسية بأسلاكها الثلاثة تبعث عن الارتياح ومرضية. كما أن هناك سهولة في ولوج التلاميذ إليها.

[173]- Source : Direction de l'urbanisme, (2005), op.cit., p.6

يتبين من خلال ما سبق، أن مدينة فاس تحتضن بنية خدماتية تعليمية هامة تتجلى في 154 مؤسسة ابتدائية و62 مؤسسة تعليمية بالثانوي الإعدادي و45 مؤسسة ثانوية تأهيلية. هذا إلى جانب تطور بنية تعليمية خصوصية تتشكل من 211 مدرسة ابتدائية و102 إعدادية ثانوية و63 ثانوية تأهيلية[174]. إن هذا التنوع في الأصناف يعتبر إحدى المميزات الرئيسية للمدن الكبرى وهو كنتيجة للتوسع العمراني السريع الذي طبع نمو المدينة لاسيما خلال الثلاثة العقود الأخيرة. كما اتضح أن شبكة المؤسسات التعليمية تتخذ أشكالا مختلفة من التوزيعات تختلف باختلاف أصنافها ومواطنها داخل الوحدات الحضرية للمدينة بل وداخل الوحدة الحضرية نفسها، تبعا لاختلاف وتباين خصائص الوحدات المكانية، ناهيك على أن التباين في القطاعات التربوية وتوزيعها الجغرافي غير المتكافئ سينعكس بشكل مباشر على خدمات المؤسسات التعليمية وعلى مردودية التلاميذ على حد سواء. كما ستظهر لنا هذه التفاوتات أكثر من خلال دراسة المحددات الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية والثقافية للتلاميذ التي تختلف باختلاف الشرائح الاجتماعية المكونة للمجال الفاسي وآثارها على مسارهم التعليمي وأداء المؤسسات التعليمية كذلك.

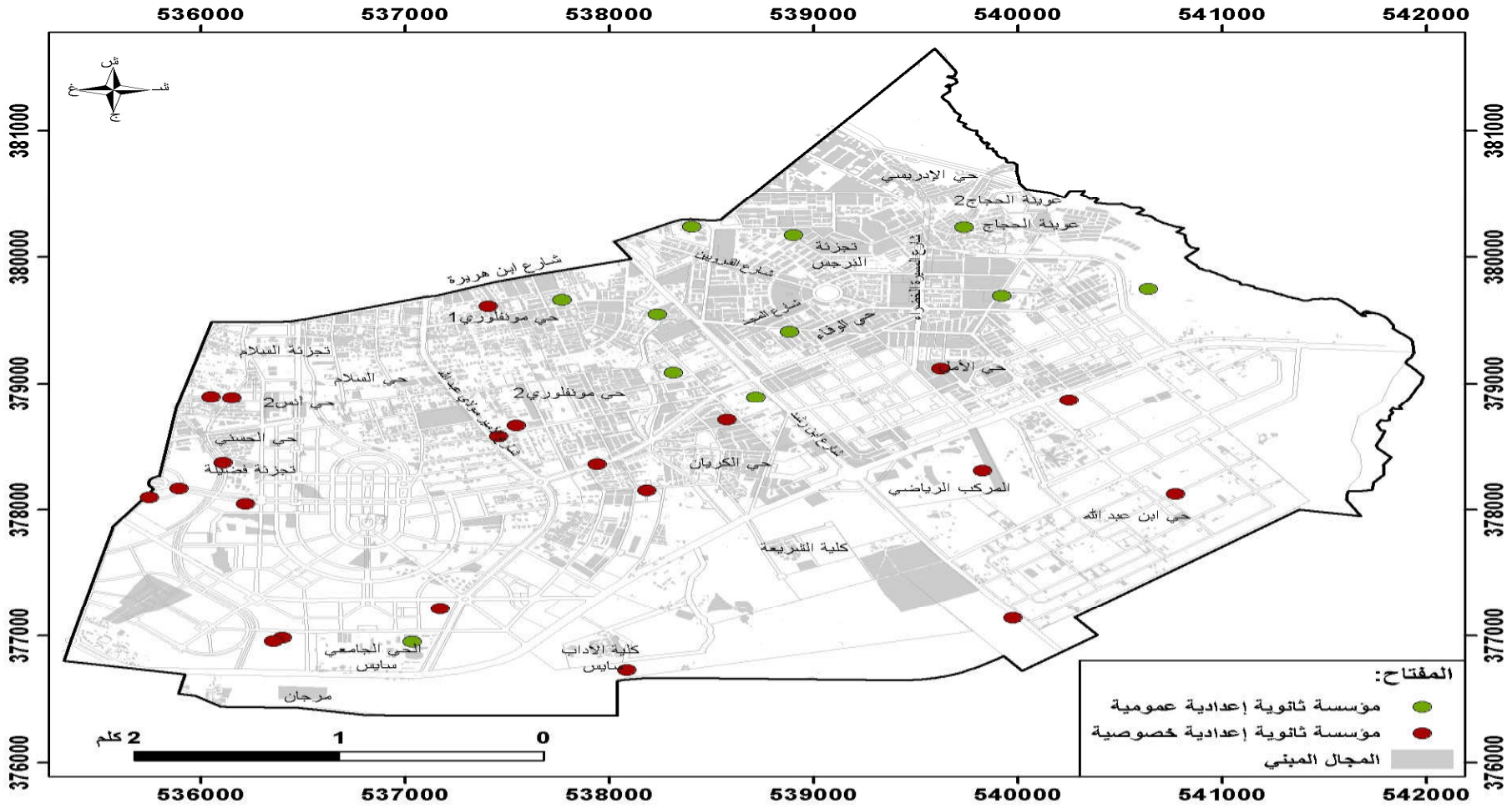
[174]- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس ، دليل المؤسسات التعليمية، 2020.

خريطة رقم (16): توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة سايس



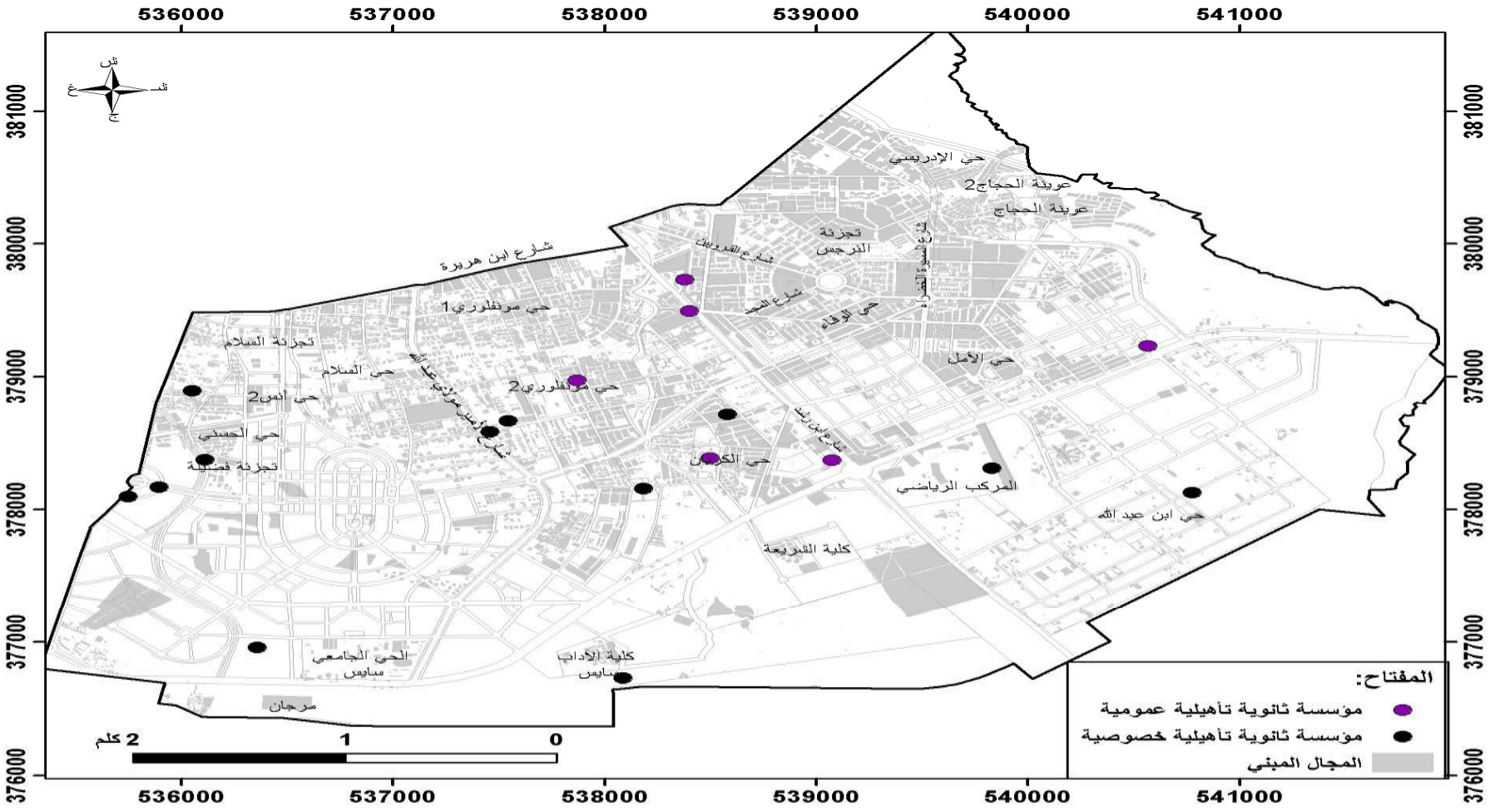
المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020+ بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (17): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الاعدادي بمقاطعة سايس



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020 +بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

خريطة رقم (18): توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة سايس



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020 +بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

3. الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وآثارها على جودة ومردودية الخدمات التعليمية بمدينة فاس

هناك عدة مؤشرات ومعايير للمردودية والجودة التي يعتمد عليها لتقويم التحصيل الدراسي للمتمدرسين بالمؤسسات وبمختلف المجالات المتموقعة فيها. بهدف ضبط مكامن الخلل والضعف أو التوازن والتوافق في المنظومة التعليمية. كما أن التقييم عادة ما يتأطر حول شقين أساسيين أثناء دراسة جوانب الحصيلة الدراسية، فهناك الجانب الذي يرتبط بالمردودية الايجابية والتي تظهر عبر حالات أو درجات النجاح الكبرى أو الجانب الثاني الذي يتعلق بالبحث عن مواطن القصور والعجز التي تقف حاجزا يعيق السير الطبيعي لقطاع التعليم. وهي مؤشرات عديدة من قبيل الرسوب والتكرار والتأخر الدراسي ثم التسرب والانقطاع عن الدراسة.فما هي إذن تجلياتها.

1.3. مظاهر وأشكال تدني مردودية النظام التعليمي بمدينة فاس

1.1.3. الفشل الدراسي وأثره على التحصيل الدراسي لدى التلاميذ

لقد جاءت النتائج الإحصائية عكسية حيث أفرزت مشاكل جمة تمثلت في الاكتظاظ وضعف المردودية، إذ رغم تحقق بعض المكتسبات إلا أن نسب المتمدرسين تراجعت بسبب استمرار تفشي ظاهرتي التكرار والانقطاع المدرسي الذي لم تسلم منها حتى المدن الكبرى. لقد ارتبط الفشل الدراسي لدى كل الباحثين والدارسين في الشأن التربوي بمفهوم التعثر الدراسي الموازي إجرائيا للتأخر المؤدي للانقطاع على إثر قرار إداري وهو ما يعبر عنه "بالفصل عن الدراسة" وتكون المدرسة مسؤولة عن هذا النوع من الانقطاع. وتؤثر هذه الظاهرة سلبا على السير الطبيعي لنظام التعليم، وتكسف أيضا عن وضع من الاختلالات وعدم اللامساواة في الفرص التعليمية، والتي تختلف تمظهراتها وتتباين بحسب التركيبة الاجتماعية والمكانية.

يعتبر الفشل الدراسي المتمثل عبر مؤشري التكرار والانقطاع المرآة العاكسة للمردودية الدراسية في صفوف التلاميذ بجل الأسلاك التعليمية. فمن خلال قراءة المعطيات الواردة في الجدول (13) التي تجسد توزيع نسب التكرار يتبين أن ظاهرة التكرار أو الرسوب قد همت جميع المستويات الدراسية لكن بشكل متفاوت. فقد بلغ متوسط النسبة المسجلة في السلك الابتدائي بما يربو عن 9% وهو ما يفسر بحوالي 9857 تلميذ رغم مرونة الانتقال بهذا الطور. لتتبلور مظاهر تدني المردودية أكثر على مستوى السلك الثانوي الإعدادي الذي سُجّلَت به نسب تكرار مرتفعة تصل إلى 21% حيث غدا عدد التلاميذ المكررون به ما يفوق عن 11.610 تلميذ. لينخفض متوسط نسبة التكرار بالطور الثانوي التأهيلي إلى حدود 13% أي قرابة 5007 تلميذ. وذلك خلال الموسم

الدراسي 2018-2019.[175]إن استفحال ظاهرة الرسوب أو التكرار بالنظام التعليمي بمدينة فاس تفصح عن حجم الاختلالات وعدم تكافؤ الفرص في العملية التعليمية التعلمية نتيجة مجموعة معقدة من المحددات المنعزلة عن بعضها البعض، لتتجسد تمظهراتها وتتباين تداعياتها على مستوى التمدرس تبعا لاختلافات البنية الاجتماعية والمجالية والثقافية.

فالملاحظ من خلال الإحصائيات الصادرة عن الأكاديمية الجهوية فاس-مكناس أن التكرار والرسوب يهم العديد من المدارس وجل الجماعات بمدينة فاس بشكل متباين غير أن تفشي هذه الظاهرة يرتفع في المدارس الواقعة في الضواحي. حيث أن تلاميذ الأحياء الشعبية أكثر تعرضا لمشاكل التعثر الدراسي التي تعوق تحقيق مسار دراسي خال من التكرارات ومردودية تعليمية ومعرفية..... ومن مظاهر الخلل تلك التي تمس البنية التعليمية مثل ضعف التأطير التربوي والاكتظاظ الحاصل في الأقسام الابتدائية والذي يتجاوز أحيانا 37 تلميذ وهو أمر يخفي من ورائه اللامبالاة بهذه الفئة العريضة من مجتمعنا، والتي هي في أشد الحالة إلى العناية نظرا لصغر سنها، ومن جهة أخرى ما وقفت عليه أثناء البحث في هذا الموضوع، وهي طريقة العمل التعليمي الذي يبقى كلاسيكيا يعتمد على التلقين والاستظهار أكثر مما يعتمد على التفكير الحر وحب الإبداع وتحفيز الذكاء وحب التعلم الذاتي...وبرؤية بسيطة لمقررات الابتدائي ستجد أنها بعيدة عن تقريب الواقع للتلميذ، وأكثرها فوق مستواهم الذهني والعقلي.[176]

ومن ضمن ما وقفت عليه أيضا أثناء البحث في تقييمي لمستوى تلاميذ القسم السادس الابتدائي[177] هو أن نسبة 60% لا يجيدون الكتابة بالعربية والفرنسية والقرائية خاصة الفرنسية بشكل مطلق هذا إلى جانب ضعفهم على مستوى كتابة الأعداد الرياضية وقراءتها التي لم تتجاوز لديهم سقف العشرات أو المئات. هذه الثغرات والنقائص في المستوى التعليمي والذي تبتدئ منذ الطور الابتدائي سرعان ما ستتراكم لدى التلميذ وتلازمه طيلة المشوار الدراسي وتظهر بشكل جلي في الطور الثانوي وهذا ما يفسر بارتفاع نسب التكرارات بهذا بسلك وذلك ما عبر عنه تلاميذ الثانوي الإعدادي والتأهيلي عندما أجاب 55% منهم بمدينة فاس بأن المقررات الدراسية لا تشجع على الدراسة بسبب طولها ونتيجة تراكم المواد وغياب مقررات موحدة. كما أن إحساس التلميذ بالضعف والتعثر الدراسي وعدم القدرة على مواكبة مستوى المتفوقين داخل الفصل الدراسي أو الضعف في بعض المواد العلمية واللغوية مثلا، قد يؤدي به الأمر حتما إلى التكرار.

---

[175]- اعتماد على إحصائيات موسم 2018-2019 وليس 2020 الصادرة عن الأكاديمية الجهوية فاس-مكناس بسبب جائحة كورونا التي ضربت ابتداءً من شهر مارس 2020

[176]- الشرقاوي بوبكر (2018)، إصلاح منظومة التربية والتعليم كمشروع تنموي في المغرب، الطبعة الأولى، مطبعة الخليج العربي-تطوان، ص 29

[177]- نتائج الاستمارة، معطيات حول مستوى المتمدرس، المؤسسات التعليمية الابتدائية بمدينة فاس، 2021.

جدول رقم 13: توزيع نسب التكرار والانقطاع حسب أسلاك التعليم العمومي بمدينة فاس (2018-2019)

		السلك الابتدائي	السلك الثانوي الإعدادي	السلك ثانوي تأهيلي
نسب التكرار/الرسوب	الذكور	9%	21%	13%
	الإناث	7%	20%	11%
نسب الانقطاع/التسرب	الذكور	0,46%	1,70%	1,59%
	الإناث	0,37%	1,23%	1,07%

المصدر: الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين فاس-مكناس، قسم الإحصاء والتخطيط

جدول رقم 14: توزيع نسب الانقطاع حسب النوع والسلك والجماعات بمدينة فاس (2018-2019)

الجماعات الحضرية بفاس	الانقطاع بالسلك الابتدائي		الانقطاع بالثانوي الإعدادي		الانقطاع بالثانوي التأهيلي	
	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث
أكدال	0,54%	0,97%	1,25%	0,77%	1,79%	0,95%
المرينيين	0,52%	0,44%	1,48%	1,12%	1,26%	1,06%
المشور	0,33%	0,47%	0,87%	1,27%	0,71%	1,01%
جنان الورد	0,53%	0,30%	2,41%	1,48%	1,68%	1,03%
زواغة	0,32%	0,18%	1,63%	1,20%	1,84%	1,33%
سايس	0,45%	0,35%	1,53%	1,17%	1,18%	0,68%
فاس المدينة	0,68%	0,37%	1,68%	1,16%	1,71%	0,85%
المجموع	**0,46%**	**0,37%**	**1,70%**	**1,23%**	**1,59%**	**1,07%**

المصدر: الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين فاس-مكناس، قسم الإحصاء والتخطيط

هذا فضلا على إقرار العديد من المتمدرسين على أن إجبارية المدرس بالجدولة الزمنية للمقرر ترغمه على التسريع في وتيرة الإلقاء والمرور وترك جوانب للتلاميذ انجازها في المنزل. وهو ما يدفع ببعض التلاميذ إلى اللجوء لدروس التقوية والدعم. علما أن فئات عريضة من المتمدرسين حوالي 60% أكدت عدم قدرة أسرتها على التكفل بهذا النوع من الدعم والذي تتفاوت تكلفته حسب الحصص ونوعية المواد التي ترتبط بشكل مباشر بالوضع المادي لأسرة المتمدرس، دون نسيان الجانب التعليمي والثقافي لأسر التلاميذ المتسم في مجمله بالأمية والضعف وغير محفز أبدا للتلميذ مما يولّد للبعض منهم هاجس النقص والتخوف وعدم القدرة على مسايرة مساره الدراسي لوحده

فتكون النتيجة الحتمية هي التكرارات المتتالية المفضية إلى الانقطاع عن الدراسة. الشيء الذي يعكس مدى الفوارق الاجتماعية والثقافية بين المتمدرسين مما يؤثر سلبا على المردودية التعليمية لديهم بل وعلى المنظومة التربوية ككل.

2.1.3. الانقطاع[178] الدراسي مؤشر على ضعف مردودية المؤسسة التعليمية

بالرغم مما نص عليه الميثاق الوطني للتربية والتكوين من دمقرطة الفرص التعليمية والاحتفاظ بالمتمدرسين أطول فترة ممكنة وتقليص نسبة التسرب الدراسي والانقطاع المبكر عن الدراسة غير أن هذه الظاهرة السلبية لازالت تلازم المنظومة التربوية. مما يفصح عن استمرار العديد من الثغرات التي لازالت تلقى بثقلها على وضعية وسمعة المؤسسة وعلى نفسية المتمدرس وبنية الأسرة بل على المجتمع ككل.كما تؤدي ظاهرة الانقطاع إلى تفشي الأمية والبطالة والانحراف وهدر الموارد المالية للدولة والتأثير على القدرات الاقتصادية للمجتمع. ومما لاشك فيه أنه كلما تمعنا في استقراء واقع التمدرس بمدينة فاس، سنتمكن من ضبط المزيد من العراقيل التي تعيق مردودية وجودة الخدمات التعليمية والتي لازالت ترهق المتمدرس والأسرة والنظام التعليمي على حد سواء.

يتضح من خلال الأرقام الواردة في الجدول (14)، أن الانقطاع عن الدراسة واقع ملازم للنظام التعليمي، ذلك أن نسب الانقطاع إلى عدد المسجلين تبقى جد معبرة على مستوى مدينة فاس، مع تفاوتات بين الأسلاك حيث تزداد الظاهرة أهمية في السلك الإعدادي وبين الجنسين. وتجدر الإشارة إلى أن الذكور أكثر عرضة للانقطاع عن الدراسة مقارنة بالإناث، مع العلم أن تمثيلية الإناث في مجموع التلاميذ المسجلون متساوية تقريبا مع تلك بالنسبة للذكور.

فالإحصائيات لموسم 2018-2019 تشير إلى أن نسبة الانقطاع الدراسي في السلك الابتدائي من التلاميذ المسجلين الذين انقطعوا عن الدراسة بلغ ما مجموعه 0,83% منقطع، عدد الإناث منهم 0,37% مقابل 0,46% ذكور، في حين وصل مجموع المنقطعين إلى 2,93 بنسبة 1,23% من الإناث و1,70% ذكور بالسلك الإعدادي برسم الفترة ذاتها. أما معدل الانقطاع على مستوى التعليم الثانوي التأهيلي، فوصل في مجموعه إلى 2,66%، بمعدل 1,59% للذكور و1,07% تهم الإناث، وناهز معدل الانقطاع في المستويات التعليمية الثلاث إلى6,42%،

---

[178]- يقصد بالانقطاع الدراسي: كل طفل ابتدأ مرحلة تعليمية ولم يتممها بنجاح. والانقطاع نوعان:
- انقطاع إرادي: ويرجع لأسباب ذاتية، ومرتبطة بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة، وهو ما يعبر عنه بالتسرب.
- انقطاع غير إرادي: من طرف التلميذ، ويكون فيه التلميذ مرغما على مغادرة المدرسة على إثر الفشل والتأخر الدراسيين. ينتج هذا الانقطاع على إثر قرار إداري، وهو ما يعبر عنه " بالفصل عن الدراسة" وتكون المدرسة مسؤولة عن هذا النوع من الانقطاع. (عبد النور إدريس،2008،سوسيولوجيا التمايز: ظاهرة الهدر المدرسي بالمغرب، دار دفاتر الاختلاف للنشر، مكناس، المغرب، الطبعة 1،ص 48).

منها 3,75% بالنسبة للذكور و2,67% للإناث. ويتصدر التعليم الإعدادي قائمة المؤسسات التي يغادرها المتمدرسين، ويعد الذكور أولى ضحايا الانقطاع بنسبة تصل 1,70% أما بالنسبة للإناث فقد سجلت مؤشرات نسب الانقطاع عن الدراسة وعدم الالتحاق بها تراجعا ملموسا خلال العشرية الأولى من الألفية الثالثة، وقد عرفت هذه الفترة بعشرية الإصلاح. وعموما يمكن إرجاع هذا الانخفاض في معدلات الانقطاع إلى مجموعة من العوامل أبرزها استفادة النظام التعليمي من موارد جد هامة سنة 2000 مع صدور الميثاق الوطني للتربية والتكوين، وبصفة استثنائية منذ بداية أجرأة البرنامج الاستعجالي سنة 2009، والذي رصدت له أموالا طائلة، مكنت من تأهيل المؤسسات التعليمية وتكوين المدرسين والإداريين، ومساعدة الأسر لتعليم أبنائهم في إطار ما عرف بإلزامية التعليم الابتدائي، وهذه عوامل ايجابية، وهناك عوامل أخرى يمكننا اعتبارها سلبية ساهمت في تقليص نسب الانقطاع نذكر منها: إرجاع التلاميذ المنفصلين إلى مدارسهم الأصلية، وهذا أمر لابد من تقييمه ومعرفة ما إذا كان هذا الإجراء في صالح المنظومة التربوية، أم يؤثر سلبا عليها لاعتبارات تهم سن المتعلم العائد، والظروف الذي جعلته يغادر الدراسة؛ وكذلك السماح للتلاميذ الحاصلين على معدلات ضعيفة بالانتقال إلى المستويات الموالية، وهو إجراء يقلل من عدد المنقطعين أو بالأحرى يؤجل انقطاعهم، وفي نفس الوقت يسيء إلى جودة خدمات التعليم.[179]وتجدر الإشارة من خلال الأرقام الواردة في الجدول (14) إلى أن توزيع نسب الانقطاع تعرف تفاوتا وتباينا مجاليا حسب الجماعات الحضرية وكذلك حسب الأسلاك التعليمية الثلاث.

2.3. المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وآثارها على الحصيلة التعليمية

مما لاشك فيه أن المردودية التعليمية تتأثر بشكل كبير بالأوضاع السوسيواقتصادية والثقافية للأسر والتي تتباين وتتفاوت بتفاوت العوامل المؤثرة والفاعلة في العملية التعليمية بمدينة فاس.

1.2.3. المداخيل الشهرية للأسر: ضعيفة ومتفاوتة

يعكس توزيع المداخيل الشهرية لأرباب أسر التلاميذ نوعية البنية الاقتصادية السائدة داخل المجتمع الفاسي. وكذا ملامسة الواقع مما أعطانا صورة مقربة عن ما تعيشة أسر المتمدرسين من هشاشة وخصاص تلقي بثقلها على سيكولوجية التلميذ وعلى العملية التعليمية والتربوية ككل. فما يميز هذه المداخيل في مجملها هو كونها

[179]- ارتبط مصطلح جودة الخدمات أساسا بالقطاع الصناعي المعروف ب"إدارة الجودة الشاملة" لينتقل من تسعينيات القرن الماضي إلى جميع القطاعات بما فيها قطاع التعليم خاصة مع دخول مؤسسات جديدة للاستثمار الخاص (القطاع الخاص) في قطاع التعليم مما رفع من سقف المنافسة ودفع بالمؤسسات للسعي لتحقيق الجودة في عملياتها الأكاديمية ومخرجاتها لتحقيق التميز عن غيرها من المنافسين. فأصبح مصطلح الجودة يعني "الملائمة والتوافق مع الأهداف" وحسب تعريف وكالة الجودة البريطانية، الجودة هو مستوى الانجاز الذي يتعين على التلميذ بلوغه للحصول على شهادة أكاديمية. مع التأكيد على أن يكون هذا المستوى مساويا لما يتم تحقيقه في البرامج المشابهة في جميع أنحاء المملكة.(Craft,A.,1994.p150)

ضعيفة ومتفاوتة. ذلك أن شريحة عريضة من الأسر(57%) تعيش على الأنشطة غير القارة والحرف الصغيرة غير المهيكلة من خلال توفير مداخيل مالية بسيطة تمكنهم من العيش وسداد الحاجيات الضرورية فقط. في حين لا تتجاوز الأسر التي يفوق دخلها 10.000 درهم إلا 8% وهي نسبة ضعيفة وذات ظروف عيش مرنة ومرتفعة.

والجدير بالذكر، أن الإمكانيات المادية والظروف المعيشية تبقى رهينة بحجم الأسر وعددها وموقعها الاجتماعي...لقد أثبت البحث الميداني الذي أنجزناه أن هناك علاقة تفاعلية بين انخفاض أو ارتفاع مستوى الدخل وعدد المشتغلين داخل أفراد الأسرة. إن ضعف القدرة الشرائية لدى العديد من الشرائح الاجتماعية المزاولة لأنشطة غير قارة الدخل ومحدودة تعاني من ارتفاع متطلبات الحياة المدرسية وكذا من ارتفاع قيمة التكلفة المالية للسنة الدراسية للمتعلم الواحد، بل الأمر لم يعد يقتصر على الطبقات الدنيا في مكابدتها ومقاساتها للمصاريف بل حتى طبقة الموظفون الأجراء ذوي الدخل المتوسط يشتكون من ارتفاع تكاليف تعليم أبنائهم واستنزاف قطاع التعليم لجيوبهم على حساب ضروريات أخرى قد تعجز ميزانية العائلات عن سدادها، مما قد يدفعها للاقتراض ويؤدي ذلك إلى ارتفاع مديونيتها والقضاء على جانب التوفير لديها.

جدول رقم 15: مصاريف الدراسة للمتمدرس الواحد داخل الأسرة

السلك التعليمي / نوعية المصاريف		السلك الأولي	السلك الابتدائي	السلك الثانوي الإعدادي	السلك الثانوي التأهيلي
اللوازم المدرسية (كتب، دفاتر...)	عمومي	100-50	500-400	700-500	800-600 درهم
	خصوصي	150-100	800-500	1200-800	1200-900
رسوم التسجيل السنوية	عمومي	100-50	-	150-100	150-100
	خصوصي	1000-400	1000-500	1500-1000	2100-1500
الأداء الشهري	عمومي	100-70	-	-	-
	خصوصي	1000-500	1000-500	1800-1200	2100-1800
النقل المدرسي	عمومي	-	-	-	-
	خصوصي	200	300	300	300
الدروس الخصوصية والدعم شهريا	عمومي	-	100-70	300-100	400-100
	خصوصي	-	-	600-300	700-300
الكتب والأنشطة الموازية	عمومي	-	-	-	-
	خصوصي	150-100	200-100	300-150	400-150

المصدر: البحث الميداني (2021)

فإذا تأملنا في الجدول يتأكد مدى حجم مداخيل الأسر التي تنفق على المسار الدراسي للتلميذ، لاسيما وأن هذه المداخيل تزداد أهميتها مع تدرج المستويات الدراسية المتقدمة. وخاصة من خلال تزايد حاجياتهم من المقررات المدرسية ومتطلبات دروس الدعم والتقوية التي أصبحت أداة تربوية ضرورية مستعملة على نطاق واسع تقدمها العائلات لأبنائها أثناء دراستهم. إما لتصحيح أوجه القصور وبعض التأخرات التي تمس المسار الوظيفي للتلاميذ الضعفاء أو للتفوق والتوجيه المسبق لدى أبناء الطبقات العليا والميسورة في مواد تتطلب إمكانيات علمية خاصة كالإعلاميات والحسابات واللغات والاقتصاد... هذا إلى جانب غياب الاهتمام بالمتطلبات المستجدة للمتمدرس وعدم توجيهه لتتويج طاقته الموجودة وتطويعها في أنشطة فنية-إبداعية أو رياضية- ثقافية (مسرح، معهد، رياضة، كتب...) لدى المتمدرسين القاطنين بالأحياء الشعبية والضواحي. الشيء الذي لا يساعد على ضمان تأطير فعال ومفيد للمتمدرس من هذا الصنف غير محظوظ.

تعزز المعطيات الواردة في الجدول فكرة مفادها أن الموارد المالية المرصودة للنفقات المدرسية من طرف ساكنة فاس تتسم بطابع التفاوت والتباين تبعا لاختلاف الأوضاع الاقتصادية والسوسيومهنية، ومما يزيد الأمر تأكيدا هو أن هناك فروق واضحة في مدى حجم النفقات المخصصة لاقتناء المقررات السنوية واللوازم المدرسية المتطلبة والتي تبلغ أحيانا إلى 800 درهم موجهة لشراء المستلزمات والأدوات الشيء الذي يبرز عن واقع التمدرس لدى فئات عريضة من الأسر، ويؤكد في ذات الوقت على هشاشة شكلا ومضمونا من ناحية المصاريف المادية التي تصرف لأجله، ليتغير مدى النفقات مابين الطبقات الاجتماعية حسب الصنف التعليمي ودرجة نوعيته ليتراوح مابين 500-1000 درهم بالسلك الابتدائي الخصوصي.

ونفس الشيء ينطبق على الرسوم التسجيلية السنوية التي تختلف باختلاف نوع التعليم وكذا فئات الشرائح الاجتماعية فإذا كانت هذه الرسوم تنحصر بين 100-150 درهم بالسلك الثانوي العمومي. فإنها تساوي دفع شهر مسبق حسب كلفة السلك الدراسي للمتمدرس في جل المؤسسات الخصوصية. ويضاف إلى هذا، أن نفقات التمدرس تتزايد كلما تدرج المتمدرس في المستويات التعليمية، وكذلك كلما ارتفع عدد المتمدرسين داخل الأسرة، فطول مدة الدراسة تلقي بثقلها على كاهل الأسر الفقيرة والمتوسطة على حد سواء. مما يجبر هذه الفئة الأخيرة على إلحاق أبنائها بالتعليم الثانوي العمومي، مما يؤدي إلى اكتظاظ في الفصول الدراسية وقلة الفصول إلى

خلق صعوبات في التعلم خاصة في سلكي الثانوي. الأمر الذي يدفع بالأسر إلى اللجوء إلى دروس التقوية والدعم التي تكلف آباء وأولياء التلاميذ مصاريف إضافية تقتص من معيشهم اليومي.[180]

في حين لا تقوى العديد من الأسر على نفقات الدعم بسبب ضعف المداخيل وارتفاع تكاليف الحياة اليومية مما يجعلها تكتفي فقط بتوفير الحد الأدنى لأبنائها من ضروريات العملية التعليمية من اقتناء البرامج الدراسية وأداء الرسوم السنوية. أما بالنسبة للحاجيات أو الأنشطة الموازية من كتب، وترفيه وغيرها فهي تبقى مغيبة بشكل نهائي ولا تمت بصلة لقاموس شريحة عريضة من المتمدرسين لذا نلاحظ أن الوضعية المادية للمتمدرس تتحكم بقوة في تحديد أنماط الأنشطة التي يمارسها. وعليه نستشف مما سبق، أن الاختلاف في الأحوال والقدرات المادية لأرباب الأسر بفاس له تداعيات واضحة على الحصيلة التعليمية للتلاميذ، وعلى تكافؤ فرص الاستفادة من الخدمات التي يقدمها النظام التعليمي.

2.2.3.المستوى التعليمي لآباء التلاميذ عائق أمام النجاح الدراسي

يعتبر المستوى التعليمي لأرباب أسر التلاميذ أحد أبرز العوامل التي تؤثر بشكل واضح على المشوار الدراسي للتلميذ بل وعلى أنماط سلوكاته الفردية ككل. ذلك أن هذا المتغير بالنسبة للمبحوثين يشكل نقطة جوهرية في فهم مدى الارتباط بالتعلم ومدى الرغبة في الاهتمام والتمسك به من خلال تقديم يد العون والمدد للتلميذ. فالبنية الثقافية بشكل عام تلعب دورا أساسيا في التنمية لاقتصادية والاجتماعية والفكرية. إذ تشكل المعرفة عنصرا مهما في التنمية البشرية. لكن من خلال ما أسفرت عليه نتائج البحث الميداني تبين أن البنيات الثقافية بمدينة فاس لازالت تئن تحت وطأة الأمية والنقص المهول في درجات التعلم، مما ينعكس سلبا على مجريات المسيرة التنموية بالمدينة، بل ويلحق الضرر والعطوبة بالعديد من القطاعات ويحد من قابليتها للنمو والتطور.

فمن خلال نتائج البحث الميداني والشكل (12) تبين أن مستويات التعليمية لأرباب أسر تختلف باختلاف الانتماءات الثقافية–الأسرية للتلميذ بل وتتسم بنوع من التباين الحاد بين مختلف الشرائح. إذ نجد فئات من التلاميذ تنحدر من أوساط أسرية تتفشى فيها الأمية والجهل وعديمة التعلم، وتمثل هذه الفئة 35% وهي الفئة المهيمنة على البنية التعليمية لعينة البحث. مما يعني أن شريحة عريضة من ساكنة فاس ليس لديها أي مستوى تعليمي ولم تتلقى الحد الأدنى من التمدرس طيلة حياتها مما يجعلها عاجزة عن تتبع ومسايرة المسار الدراسي لأبنائها

[180]- جريدة الصباح التربوية، العدد 2785، الصادر يوم الأربعاء 25-03-2009.

منذ السنة الأولى للتعليم الابتدائي وطيلة سنوات التمدرس به. علما أن هذا الطور هو عصب المسار الدراسي ومفتاح النجاح الأكاديمي للتلميذ أساسه الدقة في الهندسة والتخطيط لأن ما صلحت بدايته صلحت نهايته.[181]أما الفئة الثانية التي تتوفر على مستوى الابتدائي فتبلغ نسبتها الربع الشيء الذي يؤهلها لتقديم المساعدة في اكتساب التلميذ مبادئ القراءة والكتابة في السنوات الأولى من الطور الابتدائي وبعدها تصبح غير قادرة على مواكبة مشوار الدراسي للتلميذ فيجد نفسه مرغما على إتمام العملية التعلمية لوحده، لتبقى فئات المتمدرسين الذين ينتمون إلى أرباب أسر ذو مستوى تعليمي عالي. وهي فئة تجسد طابعا استثنائيا وذات نسبة ضعيفة ولا وجود لأبنائهم بالمؤسسات العمومية بفاس، ويوجهون أبنائهم منذ التعليم الأولي بالقطاع الخصوصي.

إن قطاع التعليم الخصوصي يعد مصدرا مهما لعدم المساواة بين فئات المجتمع، وخلصت نتائج البحث الميداني أن هذا القطاع يخفي اختلافات كبيرة بين المدارس الخصوصية والتي تتكون من مؤسسات جد مكلفة مخصصة للطبقات العليا والميسورة، ومدارس ذات نوعية رديئة والتي تجلب أكثر الآباء ذوي الدخل المنخفض أو المتوسط. وهذا مظهر آخر من مظاهر عدم المساواة أمام العملية التعليمية وتتجلى تداعياته أكثر من خلال مقاربة مردودية المؤسسات التعليمية (ابتدائيات،اعداديات، ثانويات)، سواء الخصوصية أو العمومية ولاسيما من خلال تباين النتائج الدراسية في صفوف التلاميذ والتي ترتبط بالمحيط الاجتماعي وبالخصائص المكانية للمؤسسات حيث نجد مؤسسات الخصوصية ذات التكلفة الضعيفة والمؤسسات العمومية الواقعة في الأحياء الشعبية والفقيرة في كل من مقاطعة زواغة والمرينين وفاس المدينة وجنان الورد. والتي تستقبل تلاميذ تنحدر من أسر غير متعلمة نجد نتائجها لاتعدو أن تخرج عن دائرة المتوسط أو لابأس به، ماعدا وجود بعض استثناءات في التلاميذ النجباء الذين يحصلون على نتائج جيدة راجعة بالأساس إلى الفروقات الفردية التي يتمتعون بها.

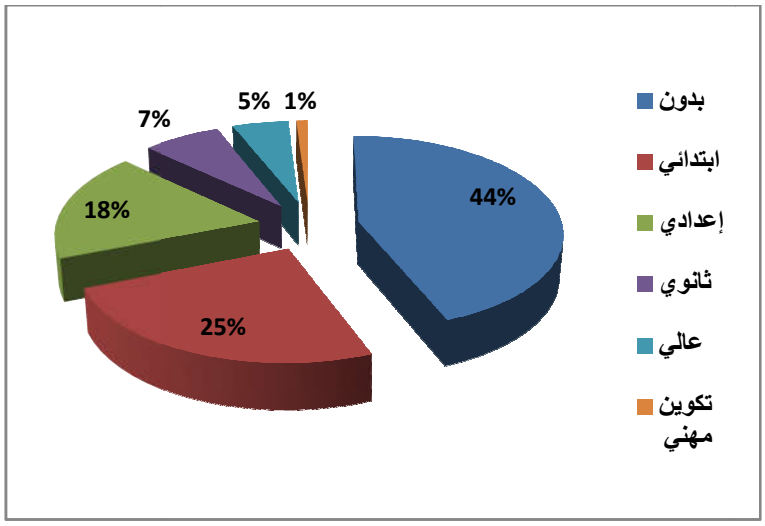
بالمقابل نجد ارتفاع في المردودية الدراسية والنجاح في المشوار الدراسي في صفوف التلاميذ بالمدارس الواقعة بالمدينة الجديدة وبعض الأحياء العصرية (المدينة الجديدة، بورمانة، ملعب الخيل، واد فاس..). أغلبهم من أسر متعلمة أو لديهم أفراد من العائلة ذو مستوى عالي يؤهلم لتحقيق نتائج جيدة جدا وقضاء المسار الدراسي بأريحية وارتياح. ونفهم من هذا كله أن المدرسة تعمل على تقسيم المتعلمين إلى طبقات متخذة نفس التقسيم الطبقي الموجود في المجتمع، فمنذ البداية أي قبل ولوج الأطفال إلى المدرسة هم غير متساوين أمام الاستفادة من خدمات النظام التعليمي التربوي مما يؤدي حتما إلى تقويض مبدأ المساواة منذ المراحل الأولى من التعليم لتتراكم تداعياته

[181]- كريمة حليم (2015)، المدخل لعلوم التربية، الطبعة الأولى، مطبعة أنفو برانت الليدو – فاس، ص 163

على المتعلمين مع سير المراحل اللاحقة. فخدمات العملية التعليمية في جميع جوانبها ومستوياتها تختلف باختلاف مستويات التعليم لدى أرباب أسر التلاميذ وباختلاف الخصائص المجالية مابين المؤسسات التعليمية أيضا، بحيث يتبين أن أداء المؤسسات التعليمية بمدينة فاس يتأثر بشكل قوي من تبعات الأمية والنقص الحاصل في مستويات أولياء التلاميذ أو العكس، ومن خصائص المجالية والتفاوتات التركيبة الاجتماعية.

وهو ما يبرز عاملا آخر من العوامل التي تعرقل سير العملية التعليمية داخل المدينة. ينتج عنها تسرب ظواهر سلبية جديدة إلى فضاءات التربية والتكوين على رأسها تدني جودة ومردودية النظام التعليمي هذا إلى جانب التعثر والتأخر الدراسي المفضي إلى الهدر المدرسي واتساع الفوارق التعليمية التي تؤدي حتما إلى تفاوتات في الحصيلة التعليمية بمدينة فاس.

شكل رقم 12: توزيع أرباب أسر التلاميذ حسب المستوى التعليمي



المصدر: البحث الميداني (2021)، السؤال (5.5.).

3.2.3 . الدروس الخصوصية ومواكبة التحصيل لدى التلاميذ، دعم أسري هزيل

هناك العديد من التعريفات المنسوبة إلى الدروس الخصوصية بما في ذلك التعريف الذي استشهدت به وزارة التربية الوطنية[182] على أنه مجموعة من الوسائل والأساليب التربوية التي يمكن استخدامها إما " في الفصل أو في إطار الوحدات التعليمية أو خارج المدرسة في إطار الأنشطة المدرسية بشكل عام"، من أجل منع وتجنب أي شكل من أشكال الفشل الذي من شأنه أن يضر بمسار التعلم العادي للتلميذ.[183]ولهذا أصبحت الدروس

[182] -MEN, (2004) :Formation des institutions de 6ème année de l'enseignement fondamental (1990), p.25; cité par Abderrahmane Toumi (2004), p.158.
[183] TOUMI (A.), 2004, La classe de Français : de la pédagogie du contenu à la pédagogie des compétences, Hilal impressions, Oujda, p.158.

الخصوصية ظاهرة اجتماعية عصرية بالنسبة للبعض، وضرورة للآخرين وممارسة منتشرة بشكل متزايد في الوسط الحضري،[184] تهدف إلى متابعة التلاميذ أثناء دراستهم وتقديم الدعم لهم في المواد التي يجدون صعوبات فيها وتصحيح أوجه القصور والتأخيرات التي تطال المسار الوظيفي للمتعلمين وهو يرمي بالأساس إلى مكافحة التأخر والفشل الدراسي.

من خلا تحليل نتائج البحث الميداني يظهر اتساع قاعدة المتمدرسين الذين لا يستفيدون من الدروس الخصوصية إذ تبلغ نسبتهم حوالي 65% وهم الأكثر ضعفا في النتائج المحصل عليها في جميع المواد الخاضعة للتقييم، وهو ما يعني أن هناك فئة عريضة من المتعلمين تستدعي حالتهم التدخل لتعميم وتنظيم أنشطة الدعم والتقوية داخل المؤسسات، تليها فئة المتمدرسون الذي يستفيدون من الدعم غير المنتظم وهو الأقل مردودية من الدعم اليومي المنتظم.

وبتفحصنا لنتائج البحث يتضح بالملموس أن هناك الكثير من المتعلمين لديهم رغبة جامحة في التعلم والتحصيل الدراسي[185]ولكنهم يعانون من عده تعثرات خاصة في بعض المواد. هذه التعثرات تعترض سبيلهم في تحقيق التحصيل الدراسي الجيد ومواكبة البرامج التربوية. وقد أقر العديد من المستجوبين على أهمية الدروس الخصوصية في تجاوز العقبات وترسيخ التعلمات. غير أن الوضع المادي لعائلة المتعلم، والانتماء إلى عائلة معوزة أو محدودة الدخل يترتب عنه الشعور بالدونية مقارنة بزملائه الآخرين نتيجة عدم حصوله على قدر من مال يكفيه لتلبية جميع رغباته وحاجياته. كما أن هذا يحرمه من متابعة الدروس الخصوصية، نظرا لعجز عائلته عن توفير ثمن هذه الدروس، وبالتالي لا يتغلب على النقص الذي يعانيه في بعض المواد ولا يتحسن مستواه الدراسي. كل ذلك يؤدي إلى قله تركيزه وشروده المتكرر أثناء الدرس. هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالاختلافات في الدعم في حد ذاتها تشكل فارقا بين التلاميذ داخل الفصل فالمتمدرسين الذين يتلقون الدعم خارج المؤسسة في إطار الدروس الخصوصية يتفوقون داخل القسم وينصب اهتمام الأستاذ على هذه الفئة، أما المتعثرين من أبناء الفقراء فلا يأخذ بعين الاعتبار ظروفهم أو يحاول معرفة أسباب فشلهم الدراسي. عندئذ يجد المتمدرس نفسه متأخرا دراسيا ولا يقوى على مسايرة المشوار الدراسي.

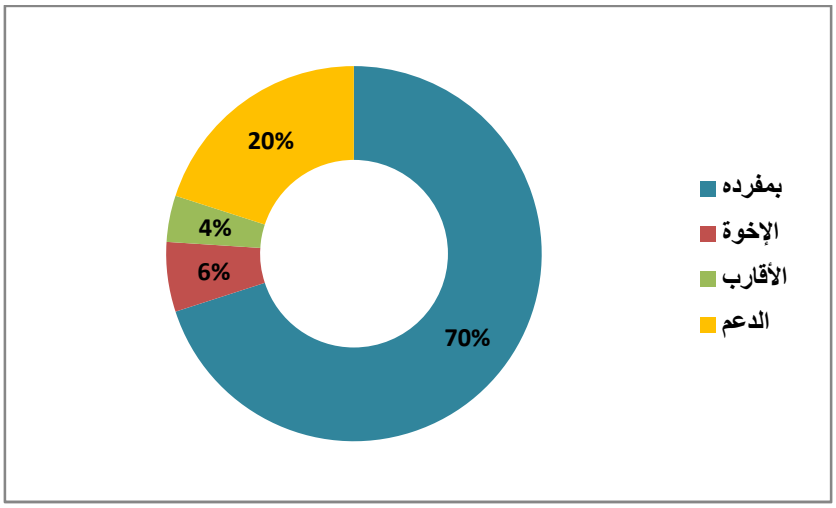
---

[184] - ZBADI (A.), 2008, La problématique du soutien scolaire au Maroc. Diagnostic et perspectives de méthode, revue n°4, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat, p. 107.

[185]- يعرف التحصيل الدراسي بأنه قدرة التلميذ على استيعاب المواد الدراسية المقررة ومدى قدرته على تطبيقها من خلال وسائل قياس تجريبها المدرسة (الامتحانات الشفوية والتركيز على أن تتم في القاعات) فضلا عن الامتحانات البعدية.

ومع ذلك، تبقى فاعلية الدروس الخصوصية تختلف باختلاف الفرد وإطاره الأسري، أي أن العلاقة بين الدعم المدرسي وأداء التلميذ يتبلور أكثر من خلال تحديد هوية فرد العائلة الذي يساعده في واجباته المدرسية. فتقديم المساعدة للتلميذ في مشواره الدراسي والقيام بواجباته المنزلية مرهون بمدى ارتفاع المستويات التعليمية للأفراد داخل أسرته (الإخوة، العم، الخال، الأقارب...)، ولاسيما بالنسبة لتلاميذ الطور الابتدائي، ليرتفع هذا الدعم أكثر عندما يحضى بإخوة لديهم مستوى جامعي حيث أظهرت البيانات التي تم الحصول عليها (الشكل 13) أن التعاون الذي يقدمه الإخوة أو الأعمام للمتمدرس يعزز لديه التعلم في جميع المواد ويصير الأكثر تفوقا في النتائج في جميع المواد الخاضعة للتقييم. في حين يصل عدد المستفيدين من الدعم فقط 20%. علما أن حصص الدعم هي حصص فعالة يستفيد منها التلاميذ الذين لهم قدرات متوسطة وإرادات قوية من حيث مساعدتهم للالتحاق بالمستوى التعليمي لأقرانهم، وكذلك القضاء على النقائص والتباين الذي يعاني منه التلاميذ بينهم، وبالتالي فمردوديته تختلف باختلاف المتعلم وبالظروف المعيشية للتلاميذ.

شكل رقم 13: توزيع التلاميذ وفقا لهوية فرد العائلة الذي يساعدهم في واجباتهم المدرسية



المصدر: البحث الميداني (2021)، السؤال (5.7)

ومما لاشك فيه، أن المستوى التحصيلي للتلاميذ يتغير وفقا للمكانة الاجتماعية التي يحتلونها، وبعبارة أدق وفقا لنوعية البيئة التي يعيشون فيها، إذ يتبين أن هناك ارتباطات قوية بين المكانة الاجتماعية للآباء وبين التحصيل الدراسي لدى أبنائهم، فالأسرة تلعب دورا كبيرا في مستوى تحصيل أبنائها من خلال طبيعة البيئة التي توفرها لهم، بحيث يؤدي البيت دورا أكبر في تنمية قدرات المتعلم على التعلم. وإلى جانب عجز معظم الأسر عن توفير إمكانيات الدعم المدرسي لأبنائها، نلمس كذلك غيابا للتوجيه والتأطير التربوي والتعليمي من قبلها.

خاتمة الفصل الثالث

تبين من خلال هذا الفصل أن نسبة التمدرس عرفت طفرة نوعية بمدينة فاس، بحيث وصلت إلى 100% بالسلك الابتدائي، و81,5% بالسلك الثانوي الاعدادي متجاوزة بذلك المعدل المسجل على المستوى الوطني البالغ 66,8%، فيما لم يتجاوز هذا المعدل بالسلك الثانوي التأهيلي عتبة النصف (50,4%) بمدينة فاس ونسبة 37,5% على المستوى الوطني.

كما يستشف أن النمو التعليمي بمدينة فاس يسير وفق دالة تراجعية حسب المستويات التعليمية الثلاثة، ويتطور بشكل غير متساوي مابين نمو التعليم العمومي والخصوصي الذي بدأ يستقطب شرائح عريضة من ساكنة مدينة فاس خاصة على مستوى التعليم الابتدائي ويتفاوت وزنه حسب الأطوار نظرا لتكلفته التي ترتفع من طور لآخر، مما يجعل معه أغلب الأسر غير قادرة على مسايرة هذا النوع التعليمي. أما على المستوى المجالي، فقد خلصت الدراسة إلى أن حجم التعليم بنوعيه يختلف ويتفاوت حسب الوحدات الحضرية للمدينة، بحيث تشهد مقاطعة أكدال تركزا كبيرا للتعليم الخصوصي، فيما يتبع التعليم العمومي حجم الكثافات المرتفعة بكل من مقاطعة زواغة والمرينيين وسايس، وهي المقاطعات التي تضم حولي ثلثي ساكنة مدينة فاس.

إن النمو الذي يعرفه النظام التعليمي في وزنه وأحجامه والمتسم بتفاوت وتيرته حسب أسلاك التعليم والصنف سيؤثر لا محالة على مستوى الخدمات التعليمية المقدمة وأداء المؤسسات التعليمية داخل الوسط المجتمعي الفاسي. وإذا كان توسع مجال المؤسسات التعليمية يتزامن مع تطور عدد السكان وتوسع المدينة وتزايد فئات المجتمع الفاسي على التعليم لذلك كانت الاستجابة للطلب على هذا الأساس. وأن المجال التعليمي يتوزع بشكل يتلاءم وطبيعة الحاجيات، ومنه نجد أن المؤسسات المدرسية تتوزع بشكل متفرق ومنظم في الأحياء العصرية، بينما تبدو جد متقاربة وكثيفة بالأحياء التي نمت في ظروف عشوائية. وبما أن الظرفية التي تنشأ فيه كل من مؤسسات التعليم العمومي والخصوصي يختلف عن الآخر، مما يجعل معه توزيع المؤسسات التعليمية يختلف على مستوى النوعي والعددي، والذي يعزى أساسا إلى اختلاف في خصائص الوحدات المكانية للمدينة. وهو ما يجعل المجال التعليمي يتسم بعدم التوازن والتفاوت في درجة الاستقطاب الذي تمارسه كل وحدة مجالية، وتتجلى انعكاسات ذلك في التباينات المجالية للمسألة التعليمية بالمدينة، مما يعني أيضا تفاوت الأهمية التي تحضى بها كل وحدة حضرية داخل المدينة.

زيادة على ذلك لا بد من الإشارة، إلى أن أهم مظهر من مظاهر الخلل في النظام التعليمي هو عدم المساواة أمام العملية التعليمية والتربوية بالمجال الحضري؛ ذلك ما تؤكده تغيرية ظاهرات الحصيلة المدرسية بين المؤسسات التعليمية للمدينة (مدارس، اعداديات، ثانويات) ليتضح أن هناك العديد من العوامل المكانية التي تسهم في تفشي مشكلات التكرار والرسوب والتأخر الدراسي ثم الانقطاع. فما يستنتج هو تقلص هذه الظواهر السلبية خلال العقد الأخير بالمنظومة التعليمية وتراجعها، إلا أنها لازالت حاضرة خاصة وانها تشهد تدرجا من المرحلة الابتدائية إلى التعليم الثانوي التأهيلي، حيث يرتفع مثلا التكرار بالسنة الأولى والثانية بالطور الابتدائي، وهذا مرده بطبيعة الحال إلى وجود حلقة مفرغة بين التعليم الأولي والابتدائي وكذلك استفحال ظاهرة الانقطاع بالسنة النهائية للسلك الثانوي الاعدادي. وهذا يجد تفسيره في تراكم التأخر في الطور الابتدائي وسهولة النجاح ويعود ذلك أيضا إلى ضعف حلقة الربط بين التعليم الابتدائي والثانوي. فالتفاوت في الظواهر السلبية التي تصيب مسار المتمدرسين والتباين في النتائج المحصل عليها لا تنحصر في العوامل الداخلية للنظام التعليمي بل ترتبط بشكل آلي بعوامل المحيط الاجتماعي والثقافي للتلميذ، فاختلاف الخصائص السوسيو-اقتصادية والثقافية لأسرة التلميذ من انتماء اجتماعي والظروف المعيشية والموقع الجغرافي وغيرها؛ تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتؤثر في حياة التليمذ، بل تساهم كثيرا في تشكيل مشواره الدراسي وتتحكم بشكل كبير في نتائجه ومردروديته الدراسية، ومن ثم في سمعة وأداء المؤسسة التعليمية وفي مدى الاستجابة لمستوى الخدمات التعليمية والتربوية التي تقدمها.

الفصل الرابع

الخدمات الصحية بمدينة فاس: الديناميات والتفاوتات في ولوجية العلاجات الصحية

مقدمـة

تعتبر مدينة فاس القطب الحضري الجهوي مثالا حيا لدراسة وتناول قضايا الصحة بالوسط الحضري، لما لهذه المدينة من تأثير مباشر على الجهة والمنطقة الوسطى الشمالية نظرا لعمقها التاريخي والثقافي من جهة، وتداخل مركباتها المجالية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية من جهة ثانية. في هذا الإطار يشكل التفاعل الحاصل بين الصحة وتلك المركبات الحضرية المتميزة (الموقع، الموضع، التعمير، الأنشطة...) إحدى مشاهد الدينامية المعقدة نظرا لتأثيراتها السلبية البالغة على الصحة.

هيمنة مدينة فاس بفعل موقعها المتميز باعتبارها منطقة تقاطع أربع نطاقات جغرافية طبيعية كبرى: الأطلس المتوسط من الجنوب والريف من الشمال والهضاب العليا بالمغرب الشرقي من الشرق، وانفتاحها على الصحراء وحوض سبو نحو الغرب، ثم بفعل تدفقات النقل الطرقي والسكة الحديدية نحو المنطقة الأطلنتيكية ومطارها الجوي. هذا علاوة على قدم التعمير بها واستفحال ظاهرة التحضر السريع، خاصة خلال الثلاثة العقود الأخيرة. إضافة إلى الدور الاقتصادي الذي تمثله، جعل منها منطقة جذب قوية لمختلف التشكيلات الاجتماعية، ومرتعا للتمايزات المجالية، وموطنا لتركز البنية الاستشفائية، نتج عنها مفارقات كبيرة على مستوى الوضع الصحي وتفاقم حجم الاحتياجات والمتطلبات الصحية في ضوء التطور السكاني والتوسع العمراني والتراجع السوسيو-اقتصادي. وممالا شك فيه، أن الوضعية الصحية بالمدينة تتأثر بعوامل متعددة الأبعاد، منها ماهو ديمغرافي واجتماعي-اقتصادي وثقافي وبيئي وغيرها. هذا، إلى جانب العوامل والمحددات الأخرى المرتبطة أساسا باستراتيجية التدخل المتبعة من طرف الأنظمة الصحية المتواجدة بالمدينة.

من هنا تبدو الحاجة الملحة لدراسة قطاع الخدمات الصحية وطنيا ومحليا بمدينة فاس، وذلك من خلال إخضاع المنظومة الصحية لتشخيص دقيق وتحليل الواقع الحالي للصحة على ضوء التحولات والديناميات السوسيو-اقتصادية والعمرانية والثقافية التي تشهدها، وكذا بربط نمو وتطور الخدمات الصحية بالمدينة بنموها

السكاني والعمراني ودورها الجهوي. كما سنعمد إلى رصد طبيعة الأمراض والاعتلالات السائدة وترديتها على المستوى الوطني وبمدينة فاس، في سياق التحولات والتغيرات والانتقالات التي يعرفها الوضع الصحي. وكيف يمكن تفسير تطور البنيات المجالية للنظام الصحي بالمدينة، مع ابراز عمق الاختلالات والفوارق الاجتماعية لهذه التباينات في الولوج للخدمات الصحية.

تم إنجاز هذه الدراسة لتناول التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية في مدينة فاس، باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (SIG)، من خلال تحليل واقع هذا التوزيع المجالي الحالي للخدمات الصحية ومدى كفايتها وكفاءتها وملاءمتها لمعايير التخطيط المكاني التي تلبي احتياجات السكان. وهل هذا التوزيع يساهم في وصول خدمات المؤسسات إلى سكان المدينة بشكل سلس وجيد، أم أن الولوجية إلى الخدمات العلاجية والصحية تتحكم فيه محددات اجتماعية واقتصادية وثقافية للسكان، وكذا الايصالية الطبية وما يرتبط بها من بنيات ووسائل النقل وجودة الخدمات الصحية والأداء الوظيفي للمرفق الصحي ودوره في الاشعاع المجالي للمستفيدين من الخدمة الصحية محليا وجهويا.

1. الانتقال الديمغرافي والوبائي: دينامية متواصلة مع استراتيجيات صحية مواكبة.

1.1. الانتقال الديمغرافي بمدينة فاس

عرفت مدينة فاس منذ منتصف القرن العشرين انفجارا ديمغرافيا كبيرا، نتج أساسا عن التزايد الديمغرافي الطبيعي المرتفع من جهة، وإلى الهجرة القروية المتزايدة، نتيجة توالي فترات الجفاف و التهميش الذي طال البوادي المغربية من جهة أخرى. انتقل على إثرها عدد سكان فاس من 179372 نسمة سنة 1952 ليصل إلى سنة 1982 إلى 497756 نسمة، بمعدل نمو سنوي بلغ 3.5%. واتسمت الفترة بتسجيل توافد قوي للهجرة القروية إلى مدينة فاس، إلى جانب توفر ظرفية اقتصادية ملائمة (التصنيع، ازدهار قطاع البناء، ازدهار قطاع التجارة والخدمات...). ونتيجة لمجموعة من التحولات التي مست مختلف القطاعات التي ميزت العقود الأخيرة انخفض هذا المعدل إلى 1.66% ما بين 1994 و2014.[186]

[186] - Source : HCP - Recensement général de la population et de l'habitat 1982-1994-2014.

وتعد مدينة فاس بحكم تاريخها والوظائف التي قامت بها وخصائص موقعها الجغرافي من أهم المدن المغربية التي عرفت تحولات كبرى على جميع الأصعدة. فعلى المستوى الديمغرافي أكدت معظم الإحصاءات أن مدينة فاس دخلت مرحلة ثانية للتحول الديمغرافي خلال الفترة (1950 –1980). وتميزت المرحلة بحدوث ارتفاع معدل النمو السكاني، بسبب انخفاض معدل الوفيات وبفضل التقدم الصحي، مع بقاء معدل المواليد مرتفعا. مما أدى إلى زيادة معدل النمو السكاني بحوالي 2% كمعدل نمو سنوي استمر إلى حدود سنة 1994. وبحول الألفية الثالثة دشنت مدينة فاس مرحلة ثالثة من الانتقال الديمغرافي، تميزت بانخفاض معدل الإنجابية واستمرار تراجع معدل الوفيات. وبعد هذه المرحلة سيدخل النمو السكاني استقرارا وثباتا مستمرا.

من خلال تتبع المعطيات الخاصة بمعدلات وفيات الأمهات، يتبين التراجع الهام في حالات وفيات الأمهات بالمغرب والذي انتقلت من 227 عام 1994 إلى 72.6 وفاة من أصل 100 ألف ولادة حية. كما يشهد الولوج إلى العناية الطبية أثناء التوليد تفاوتات بين الوسطين الحضري والقروي لصالح الحضري. وبالفعل، فإن معدل وفيات الأمهات في الوسط القروي مضاعف مقارنة بالوسط الحضري (148 مقابل 72 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية بالمجال الحضري) سنة 2019. بحيث تراجعت نسبة وفيات الأمهات ب 61.8% خلال 25 سنة الأخيرة.[187] مما سيلحق المغرب و بالإيقاع الحالي، إلى بلوغ معدل الدول المتقدمة في الأعوام القليلة القادمة والتي لا تتعدى بها 20 حالة وفاة من أصل 100 ألف ولادة. مما يعكس تحسن الرعاية الصحية وتوسع حجم العلاجات الوقائية.

لقد عرف معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات انخفاضا مهما خلال العقود الثلاثة الأخيرة، بانتقاله من 47 في كل ألف ولادة حية سنة 1994 إلى أقل من 25°% بين سنتي 2015-2019. وموازاة مع ذلك، فقد انخفض معدل وفيات المواليد من 31 لكل 1000 ولادة حية سنة 1994 إلى 21,7 في سنة 2011 ثم إلى 13,6 خلال سنة 2019. مع اختلافات بين المجال الحضري (14,3) والقروي (21,5). وقد تم تسجيل هذه النتائج بفضل تعزيز العلاجات الصحية الأولية وتظافر العديد من البرامج والأنشطة والتي كان لها تأثير على صحة الأم والطفل. من بين هذه البرامج الوطنية، يمكن ذكر برنامج متابعة الحمل والولادة، برنامج التخطيط العائلي، وبرنامج التكفل المندمج بالطفل، والبرنامج الوطني للتلقيح، وبرنامج محاربة النقص في جزيئات التغدية، والنهوض بتغذية الرضيع والطفل. ومع ذلك، لازالت المؤشرات لا تفصح إلا عن تحسن جزئي بسيط لبعض مخرجات مقاييس

187 - Source: -Ministère de la santé publique : Service de l'étude et de l'information sanitaire au Maroc, Résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale, 2018-2019, p. 25.

مؤشرات الصحة، حيث تسجل معدل وفيات الرضع (23,3°%) (أي لكل 1000 مولود حي)، ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى (27,1°%) فيما لازال انتشار التأخر الناتج عن سوء التغدية المزمن (تأخر النمو والتقزم) بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة يصل إلى 14,9 % سنة 2019 والنقص في الوزن يبلغ 3,1 % بين صفوف الأطفال أقل من خمس سنوات.[188]

ومع ذلك، يظل معدل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، والأطفال دون سن الخامسة مرتفعا، مقارنة بالدول المتقدمة التي تسجل وفاتين فقط و صفر حالة من سوء التغدية والتقزم لكل 1000 ولادة حية.[189]في حين تتجه معدلات الإنجابية هي الأخرى نحو الانخفاض حيث قدر عدد الأطفال لكل امرأة بمدينة فاس سنة 1982 ب4.57 طفل وب3 أطفال سنة 1994 ليصل إلى طفلين سنة 2018، وهو معدل يقل عن المعدل الوطني الذي يبلغ حاليا 2.4 أطفال لكل امرأة متزوجة. كما انخفض المعدل الصافي للمواليد بمدينة فاس من 31 في الألف إلى 18 في الألف خلال نفس الفترة. بينما سجل هذا المعدل تطورا هاما على المستوى الوطني إذ انتقل من 37 في الألف سنة 1994 إلى 17.2 في الألف سنة 2018. ويشهد الوسط المغربي ومعه باقي الأوساط الحضرية انتقالا سريعا ، كان من بين الوتيرات الأكثر سرعة في العالم، وهو ما يفسر جانبا من التحول الذي طرأ على نظام الإنجابية. ويعزى تراجع مؤشر الإنجابية L'indice de fécondidté إلى تأخر سن الزواج الأول لدى النساء الذي انتقل من 25.8 سنة 1994 إلى 28.2 سنة 2018 على المستوى الوطني فيما ارتفع سن الزواج الأول بمدينة فاس إلى ما يربو عن 29.3 سنة 2014.[190]

ويرجع هذا التحسن في الرعاية الصحية الذي انعكس على تراجع وفيات الرضع والأطفال أقل من 5 سنوات إلى التحولات السوسيو–اقتصادية والثقافية التي تعرفها مدينة فاس والتي أثرت في موقف الساكنة من الزواج بالزيادة في استخدام وسائل منع الحمل، حيث قدرت نسبة النساء اللواتي يلجأن إلى هذه الوسائل ب 41.5% في سنوات التسعينيات، وصارت اليوم تتجاوز 66.6%. ينضاف إلى ذلك ولوج المرأة مجال الأنشطة الاقتصادية، إضافة إلى الوضع الاجتماعي الذي اكتسبته نتيجة لذلك؛ الأمر الذي يتطلب مدة إعداد وتكوين طويلة، مع

[188]- المصدر: وزارة الصحة والمندوبية السامية للتخطيط: المغرب بين أهداف الألفية من أجل التنمية وأهداف التنمية المستدامة، المكتسبات والتحديات، التقرير الوطني، 2015-2019، ص. 50-51.

[189] - The World Bank, World Development Indicators : Health Systems , last updated, date 06/30/2022
- PNUD, Human Development Statistical, Health Systems , last updated, 2018.

[190] -Haut-Commissariat au Plan, Direction Régionale de Fès-Meknès, Caractéristiques Démographiques et Socio-économiques de la Région Fès-Meknès, 2014, p.21.

وعيها المتزايد بأهمية تكلفة تربية ورعاية الأطفال. ولعل ذلك ما دفعها إلى تبني سلوك جديد إيجابي إزاء سياسة تنظيم النسل.

يتبين من خلال تحليل نتائج الإحصائين الأخيرين (2004-2014) أن التركيبة العمرية لساكنة مدينة فاس عرفت تقلصا واضحا في قاعدتها سنة 2014؛ إذ أن نسبة الأطفال البالغين أقل من خمسة عشرة سنة انخفضت من 29.6% إلى 26.9%. وهي تعتبر كنتيجة حتمية لمجموعة من الأسباب، منها انخفاض الخصوبة والإنجاب وتحسن المستوى الطبي وولوج المرأة للعمل. أما فيما يخص الفئة العمرية النشيطة (مابين 15 سنة و59 سنة) فهي تمثل النسبة الأكبر في بنية الهرم السكاني، والتي تصل إلى 64.3% من مجموع الساكنة (أي ثلثي الساكنة). وهو ما يمثل موردا بشريا مهما بالنسبة للمدينة، بل يمكن اعتبارها فرصة ديمغرافية، يستوجب توظيفها في إطار العملية التنموية التي تشهدها المدينة، رغم ما تطرحه هذه من تحديات آنية ومستقبلية، حيث يشكل مستوى ارتفاع السكان النشيطين في أوج عطائهم مصدر قلق للمسؤولين، لاسيما وأن التكفل بكلفة الشيخوخة المتنامية للسكان رهين بمستوى إنتاجية أولئك السكان النشيطين. خاصة في ظل ارتفاع نسبة المسنين التي انتقلت من 7.2% إلى 8.9% من مجموع السكان. وهي بذلك تعكس ارتفاع أمد الحياة عند الولادة على الصعيد المحلي، كما هو الشأن على الصعيد الوطني الذي وصل إلى 76.7 سنة 2019،[191] بفضل تحسن مستوى العيش والصحة وتطور الطب. وهذا مؤشر يدل على الانتقال الصحي الذي أصبحت تعرفه المدينة بصفة خاصة والمغرب بصفة عامة.

جدول رقم 16: تطور مؤشرات الانتقال الديمغرافي على المستوى الوطني والمحلي (مدينة فاس)

المؤشرات	على المستوى الوطني		على مستوى مدينة فاس	
	1994	2019	1994	2019
المؤشر التركيبي للإنجابية (عدد الأطفال لكل امرأة متزوجة في سن الإنجاب)	4.5	2.4	3	2
أمد الحياة عند الولادة (بالسنوات)	60	76.7	62	76.7
وفيات الأمهات لكل 100 ألف ولادة حية	227	72.6	220	39

Source: -Ministère de la santé publique : Service de l'étude et de l'information sanitaire au Maroc, Résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale, 2018-2019.
- Haut-Commissariat au Plan, Direction Régionale de Fès-Meknès, 2014.

[191] - CERED, Haut Commissariat au Plan, Rapport national sur la politique de la population au Maroc, 2020
-المندوبية السامية للتخطيط لفاس-مكناس، الإحصاء العام للسكان والسكنى: المميزات الديمغرافية والسوسيو-اقتصادية، عمالة فاس،2014، ص. 21.

جدول رقم 17: تطور مؤشرات تقليص وفيات الأطفال دون سن الخامسة (1982–2019)

المؤشرات	التقسيم	1991–1982	2002–94	2011–2003	2019–2011
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 ولادة حية)	المجموع	76	47	30,5	18,7
	الذكور	88	59	35,2	
	الإناث	80	48	25,5	
	الحضري	59	38	25,4	
	القروي	98	69	35	
معدل وفيات الرضع "الأطفال أقل من سنة" (لكل 1000 ولادة حية)	المجموع	57	40	28,8	19
	الذكور	69	51	33,8	
	الإناث	57	37	23,5	
	الحضري	52	33	23,6	
	القروي	69	55	33,5	
معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (لكل 1000 ولادة حية)	المجموع	31	27	21,7	10
	الذكور	39	33	28,3	
	الإناث	29	23	14,9	
	الحضري	30	24	18,3	
	القروي	36	33	24,7	
معدل وفيات الأطفال (أقل من 5 سنوات) (لكل 1000ولادة حية)	المجموع	20	7	1,7	22
	الذكور	20	8	1,4	
	الإناث	24	11	2,0	
	الحضري	7	5	1,9	
	القروي	31	15	1,6	

المصدر:وزارة الصحة والمندوبية السامية للتخطيط: المغرب بين أهداف الألفية من أجل التنمية وأهداف التنمية المستدامة، المكتسبات والتحديات 2015-2019 ص.53

حول هذه المرحلة من الانتقال الديمغرافي وانعكاساته على المستوى الصحي، من المرتقب أن يترتب عنه انقلاب جذري في تطور بنية هرم الأعمار وتطور الفئات المهددة بانخفاض وتيرة نمو عدد المواليد ونسبة فئة الأطفال أقل من خمس سنوات، مع احتفاظ فئتي الشباب والمراهقين بأهميتها، وارتفاع في عدد النساء المتزوجات والأشخاص المسنين. هذا ما سيخلق حاجيات صحية خاصة، ونظام تكفل وبائي متكيف مع تلك

الحاجيات.[192]وعليه ستنتقل نسبة المسنين 9.6% سنة 2018 بحوالي 3.3 مليون في 2014 إلى 6 ملايين في 2030.[193]وباحتلال فئة الشيخوخة وزنا متناميا في بنية السكان ستطرح المزيد من التحديات أمام النظام الصحي.

2.1. الدينامية السوسيو مجالية وتغير اتجاهات الوضعية الصحية

لقد جاء الانتقال الديمغرافي نتيجة تكاثف عدة عوامل وفي مقدمتها تحسن الظروف الصحية للسكان منذ 1912 تقريبا، وتزايد الحركات السكانية الداخلية من البوادي في اتجاه المدن. خاصة وأن مدينة فاس لازالت تشكل عنصر جذب وإغراء قوي للهجرة إليها، على عكس بعض المدن المغربية الأخرى التي سجلت تراجعا هاما في تيارات الهجرة خلال العقود الأخيرة. ويمكن إرجاع هذه الدينامية الديمغرافية إلى انتعاش الأنشطة الاقتصادية والثقافية، ومن بينها ازدهار الصناعة التقليدية والعصرية، وتطور التجارة والخدمات وإحداث عدد من المؤسسات الجامعية ومراكز التكوين، وتكثيف النشاط الإداري باعتبارها عاصمة جهوية وقطب اقتصادي داخلي كبير يلعب دورا ديناميكيا في مختلف الدورات الاقتصادية. وبفعل هذه الايجابيات التي تقدمها المدينة استقطبت نسبا عالية من المهاجرين القرويين؛ إذ سجلت وعلى مدى سنوات، المراتب الأولى في جذب هذه الفئة من المجتمع القروي. وتغذت تيارات الهجرة من ظهيرها المباشر وغير المباشر[194]ووصلت نسبة المهاجرين بمدينة فاس 63.3%، وهو معدل يفوق بكثير المعدل الوطني الذي بلغ 46.1% خلال الثمانينيات، بمهاجرين من أصل ثلاثة مهاجرين، من أصل قروي. وكانت أحياء المدينة القديمة تستقطب القسط الأوفر من المهاجرين القرويين، بحيث أن 75% من مجموع المهاجرين يتجهون نحو أحياء المدينة القديمة. في المقابل تتجه فقط 12% منهم نحو المدينة الجديدة و 25% في اتجاه عين قادوس.[195]وتوالى تدفق النازحين من القرى والمدن الصغيرة نحو فاس. واستمرت المدينة القديمة في استيعاب الوافدين عليها، إلى أن ضاقت جنباتها وباتت توشك على الاختناق، نتيجة الاكتظاظ الذي عرفته، والذي لم تنفع معه كل الحلول الجزئية، كاقتسام المسكن الواحد بين عدد كبير من الأسر، خاصة وأن المجال الجغرافي الأصيل محدود، ولا يمكن أن يتوسع لاعموديا ولا أفقيا.

---

[192]- أنفلوس محمد (2008)، "الصحة وإستراتيجية إعداد التراب الوطني بالغرب"، ورد في كتاب من تنسيق محمد الأسعد، نحو استراتيجية لتخطيط التنمية المجالية في العالم العربي بأبعادها المحلية والقومية والعالمية، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، الجزء 1، ص.623

[193]-المصدر: المندوبية السامية للتخطيط بالرباط: في سياق انتقال ديموغرافي متقدم، ص. 18

[194]- بوشتى الخزان وماجدة صواب (2013): "مدينة فاس (المغرب) بين التخطيط الحضري ومتطلبات التنمية: أية استراتيجية؟"، ورد في مؤتمر: تخطيط وإدارة النمو العمراني وضغوط الاستثمار في المدن العربية الكبرى، منظمة المدن العربية المعهد العربي لانماء المدن، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ص. 4

[195]-AZAMI HASSANI (A.), 2000, La mobilité résidentielle et la mobilité professionnelle dans la ville de Fès, Thèse de doctorat en géographie, Université Montpellier-Paul Valéry, p.31 (Non publiée).

ومن نتائج هذه الدينامية، الانفجار المجالي بالمدينة؛ اذ شكلت مرحلة التسعينيات من القرن الماضي نقطة تحول كبرى على جميع المستويات، جراء عدة تغيرات، أهمها اتساع المدار الحضري وظهور أحياء جديدة التي كانت في الماضي عبارة عن أراضي فلاحية أو مجالات ضاحوية. كذلك تعمير مناطق عديدة كانت في السابق بالنسبة للكثير، مناطق غير صالحة للسكن، نظرا لبعدها عن وسط المدينة وترقية العديد من المراكز القروية إلى مراكز حضرية من جهة ثانية. كلها عوامل ساهمت في دينامية سكان المدينة والرفع من نسبتهم، إلى درجة يمكن القول معها أن الانتقال الحضري يسير بوتيرة أسرع من الانتقال الديموغرافي. -خاصة وأن التضخم العمراني لم يأت استجابة لاحتياجات القطاع الاقتصادي- لذلك نتجت عن هذه التحولات السوسيومجالية انعكاسات عديدة، من تزايد الطلب على السكن والشغل، خاصة في ظل تراجع الأنشطة الاقتصادية بمدينة فاس وتقهقر القطاع الصناعي من المرتبة الثانية إلى المرتبة الرابعة، وتأزم الصناعة التقليدية وانحباس الوظيفة العمومية واستفحال أنشطة القطاع الغير المهيكل مما أدى إلى انخفاض الطبقة المتوسطة وتنامي شريحة الفقراء وتزايد الطلب على الخدمات الاجتماعية وعلى رأسها الصحية في مدينة تجاوز عدد ساكنتها المليون نسمة (1129768 نسمة)، فوق مساحة تقدر ب 16 ألف هكتار بعدما كانت لا تتجاوز 240562 سنة 1950. وبدلك أصبحت المدينة مرتعا للتحديات الحضرية والتباينات المجالية، ونقص في البنيات والتجهيزات الأساسية بالنظر إلى حجم الاختلالات، والمعاناة التي لازالت ساكنة العديد من الأحياء تكابدها من جراء التهميش والإقصاء والهشاشة الاجتماعية وتنامي ظواهر العنف والاجرام والفقر. ستزيد من تعميق هوة الاختلال وتلقي بحملها الثقيل على قطاعات اجتماعية واسعة تحتل فيه الصحة مكانة تحتاج إلى تدبير وتخطيط من طبيعة خاصة، مع رصد موارد بشرية وإمكانات مالية هامة للتكفل بالاحتياجات الصحية الجديدة، خاصة في ظل صعوبة مجاراة التحولات السريعة التي يشهدها الوسط الحضري ومحدودية البنية الاقتصادية والتفاوتات الاجتماعية والمجالية داخل مدينة فاس. سيما وأن الاقتصاد الحضري للمدينة غير ثابت، وغير قادر من حيث موارده وآليات اشتغاله على خلق ثروات إضافية تواكب ضمان نمو متوازن بين العامل الديموغرافي وتزايد حاجيات السكان الصحية.

3.1.الوضع الوبائي الانتقالي: من عبء الأمراض السارية إلى عبء الأمراض غير السارية أو (انقلاب في نوعية المراضة)

شهد المغرب خلال العقود الأخيرة انتقالا وبائيا هاما يؤكده تزايد الأمراض المزمنة والتنكسية من جهة، والتراجع المعتبر للأمراض المعدية والسارية من جهة أخرى، الذي هو دليل على هذا التحول. لكن هذا التحول يتميز بمظاهر مرضية مطبوعة بتباين كبير للوفيات حسب العمر وحسب الجنس، في الماضي وحتى في الحاضر.

لقد صيغت نظرية الانتقال الوبائي منذ ما يناهز 50 سنة من قبل عبد الرحيم عمران لشرح ودعم ظاهرة كلاسيكية أضحت تسمى الانتقال الديمغرافي. إن نظرية عمران هاته تصف الانتقال أو المرور في الزمان، من وفيات تسود عليها الأمراض المعدية والجرثومية إلى وفيات تطغى عليها الأمراض المزمنة. مثل أمراض القلب والشرايين وداء السرطان والكوليسترول والسمنة، إلى جانب حوادث السير والصدمات النفسية وغيرها. وبالنسبة لهذا الباحث، وحدها التغيرات العميقة في بنية أسباب الوفيات، كفيلة بشرح الانتقال الديمغرافي عن طريق إحداث انخفاض في وفيات الأطفال وارتفاع في أمد حياة الناس. أما أطوار الانتقال الوبائي فقد حددت في ثلاث، ثم أضيف لها مرحلة رابعة بعد الثورة الصحية التي حدثت في إطار مكافحة أمراض القلب والشرايين.[196]

المرحلة الأولى: مرحلة الطاعون والمجاعات والأوبئة، تتميز الوفيات في هذه المرحلة بارتفاعها الكبير وتغيراتها القصوى. وكان معدل وفيات الرضع يتراوح بين 200 و250 حالة وفاة الكل 1000 ولادة حية، وبالمثل يتجاوز معدل وفيات الأمهات 1000 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية. وتعود الوفيات في أساسها إلى الانتشار الواضح للأمراض المعدية والطفيلية وأمراض الأمهات والفترة المحيطة بالولادة ونقص التغذية، من بين الآفات البارزة في هذه المرحلة. كما كان متوسط العمر المتوقع قصيرا، يتأرجح بين 20 و 40 عاما. بمعنى في مستوى ضعيف.[197]

المرحلة الثانية: مرحلة انحسار الأوبئة المدمرة التي يمكن أن تنتقل من منطقة إلى أخرى ومن بلد إلى آخر (ومن هنا جاء استخدام مصطلح الجائحة) في أواخر القرن الثامن عشر. بدأ معدل الوفيات في الانخفاض أثناء هذه المرحلة. وتنكمش موجات الأوبئة الكبرى وتصبح أقل ترددا وأقل كارثية من ذي قبل. مع استمرار بعض الأمراض المعدية (وخاصة السل) في قيادة أسباب الوفاة. بالتوازي مع تراجع الأمراض المعدية والطفيلية يحدث

[196]-OMRAN (A.), 1971, "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change",Milbank Memorial Fund Quartely, vol. 49, n°4,1971, pp. 509-538

[197]-OMRAN (A.), 1996, "The epidemiologic transition theory revisited thirty years later", Pan American Health Organization and the University of Maryland, p.105

تصاعد قوي للأمراض المزمنة، إذ بدأ ثالوث أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان في اتخاذ مواقف متصاعدة.[198]فيما ارتفع أمد الحياة المتوقع عند الولادة إلى مابين 40 و50 عاما، في حين انخفض معدل وفيات الرضع تدريجيا. أما نمو السكان فيصبح سريعا وهندسيا.[199]

المرحلة الثالثة: مرحلة الأمراض المزمنة كانتشار أمراض القلب المتزايد والسكتات الدماغية والسرطان ومرض السكري ومرض الانسداد الرئوي المزمن واضطرابات الغدائية. كما تزايدت الأمراض التنكسية والباثولوجيا التي هي من صنع الإنسان؛ وتشمل على سبيل المثال الإصابات الإشعاعية والمخاطر الصناعية والحرب الكيميائية والبيولوجية والملوثات البيئية وحوادث السير والتعرض لمواد مسرطنة في الصناعة أو البيئة أو المضافات الغذائية. إضافة إلى الأخطار المنسوبة إلى الرعاية الصحية التي هي من صنع الإنسان. وتشمل الآثار الجانبية للأدوية (مثل الهرمونات والمضادات الحيوية والعلاج الكيميائي والأسبرين وموانع الحمل الفموية)؛ والأخطاء في الجراحة والتخدير وإجراءات التشخيص الغازية والعلاج الإشعاعي والمخاطر التي يتعرض لها مقدمو الخدمات الصحية أنفسهم. هذا علاوة على الأمراض المرتبطة بالتوتر مثل الاكتئاب والأمراض العقلية الأخرى. وارتفاع ظواهر العنف والاعتماد على المخدرات.[200]ينحو تطور الوفيات إلى استقرارها، مع طغيان وتعاظم الأمراض التنكسية والأمراض الاجتماعية. ويواصل أمد الحياة في التقدم ليتعدى 60 سنة من العمر. أما الولادات فهي المحرك الرئيسي للنمو الديمغرافي في هذه المرحلة.

المرحلة الرابعة: تنخفض الوفياب بصفة بطيئة. لكن الأمراض المزمنة تشهد تراجعا آخر. ويسجل أمل الحياة تقدما عن طريق تبني نمط حياة أكثر طهرا ورفاهية. إن التحول الديمغرافي والسوسيومجالي رافقه انتقال ابيديمولوجي عرفت على إثره الأمراض تطورا مهما، تحول عبئها العام من أمراض سارية ومعدية إلى أخرى مزمنة وغير سارية. هذا، فضلا عن الحوادث والصدمات النفسية. وفي هذا الإطار، سيتم التطرق إلى ثلاثة اتجاهات كبرى. عبر تلخيص الحالة الوبائية القائمة على الشكل الآتي:

[198]-OMRAN (A.), IBID, p.103-104
[199]-CHESNAIS (J.C.), 1986, "La transition démographique : étapes, formes, implications économiques", Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays, Présentation d'un Cahier de l'INED, Population, vol., n° 6, p. 1059.
[200] - OMRAN (A.), op cit, p. 105

جدول رقم 18: توزيع عدد حالات الأمراض المراقبة بواسطة التلقيح وطنيا وجهويا ومحليا سنة 2019

الأمراض المعدية أو السارية	على الصعيد الوطني	جهه فاس- مكناس	على صعيد مدينة فاس
الحصبة	11	0	0
السعال الديكي	62	28	0
الكزاز	8	5	0
داء السل	30762	3947	1614
حمى التيفويد	90	66	12
كباد حموي/ التهاب الكبد الفيروسي	639	203	172
التهاب السحايا	1152	92	50
الرمد	47	1	0
الليشمانيوز	29726	369	02
داء السيدا	52377	8644	2030
التسممات الغذائية	879	153	96

Sources : - Ministère de la Santé (Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les Maladie), Indicateurs relatifs aux maladies à déclaration obligatoire, santé en chiffres 2019, p.5

- Service du Réseau des Etablissements de Santé-Fès (SRES), Cellule Informatique et Statistiques et Epidémiologie

أ. اتجاه نحو تقليص مجموعة من الأمراض أو بالأحرى القضاء عليها نهائيا، ولاسيما تلك التي تستهدفها عمليات التلقيح والخاضعة للترصد والمراقبة والتصريح الإجباري عنها، والتي تحققت فيها مكتسبات هامة، بل وتم التخلص منها بشكل نهائي، مثل الدفتيريا (الخناق) والبلهارسيا والجذام والجدري والملاريا وكوليرا (بالنسبة للملاريا، لم يكتشف المغرب أية حالة محلية المصدر منذ سنة 2005، فيما يتم تسجيل ما معدله 450 حالة مستوردة سنويا). وأما مرض البلهارسيا وشلل الأطفال فلم تسجل بهما سوى حالتين أو ثلاث حالات. وكذا محاربة أمراض متنقلة ومعدية والتي سجلت بها حالات قليلة مثل الحصبة والكزاز والرمد والسعال الديكي وحمى التيفويد المنقولة بواسطة المياه والأطعمة الملوثة (الجدول18) .

ب. اتجاه نحو الاستمرار والركود. وبعبارة أخرى، عودة بعض الأمراض وخصوصا داء السل الذي ما يزال يشكل عبئا ثقيلا على الصحة العمومية. ويتصدر قائمة الأمراض وطنيا بنحو 30762 حالة، فيما تحتل جهة فاس- مكناس المرتبة الرابعة من حيث عدد حالات الإصابة بداء السل بما يناهز 3762 حالة منها 1614 حالة بمدينة فاس فقط سنة 2019. وقد انخفض معدل الإصابات الجديدة على العموم بداء السل بجميع أشكاله من 101

حالة إلى 86 حالة لكل 100 ألف نسمة على المستوى الوطني.[201]ويدل تحليل الانتشار الوبائي للسل وديناميته على التأثير القوي للمسببات الأخرى على الإصابة بهذا المرض. وفي الواقع، وبما أن داء السل يتمركز بشكل قوي بالأحياء الهامشية التي تحيط بكبريات المدن، فإنه لا يمكن انكار صلاته بالسكن غير اللائق وارتفاع الكثافة السكانية والاختلاط وسوء التغذية والهشاشة والفقر. ويوضح الجدول أعلاه الارتفاع المضطرد والكبير لعدد حالات السل.

أما بخصوص عدد حالات التهاب الكبد الفيروسي بنوعيه (أ) و(ب) فيبلغ 639 حالة وطنيا، ومنها 203 حالة بجهة فاس- مكناس تليها كل من جهة درعة – تافيلات وجهة طنجة – تطوان — الحسيمة. فيما ينتشر بشكل ضئيل جدا في أغلب الجهات. وينعدم كليا في جهتي العيون- الساقية الحمراء و جهة الداخلة – وادي الذهب. فضلا عن الإصابات التنفسية الحادة لدى الأطفال، من بينها التهاب السحايا و التسممات الغذائية. كما أن هناك ميلا نحو زحف آثار هيمنة الإصابة بالأمراض الفتاكة كالسيدا وغيرها، بالرغم من أن هذا الزحف يبقى متواضعا، إذ لا يتجاوز معدل الإصابة 0,03 لكل 1000 شخص غير مصاب بفيروس نقص المناعة سنة 2019 بالمغرب. وهو رقم ضعيف بالمقارنة مع الحالة في بلدان أخرى.

ج. اتجاه واضح نحو بروز أمراض مزمنة بفعل التواتر؛ ومنها داء السرطان وأمراض القلب والشرايين. وتأتي في مقدمتها، أمراض ارتفاع ضغط الدم؛ ثم الأمراض الاستقلابية وعلى رأسها داء السكري والربو ومرض القصور الكلوي المزمن والأمراض العقلية، إضافة إلى ارتفاع متزايد وواضح للحوادث والصدمات النفسية.

وموازاة مع ذلك، أدى التحول الوبائي الذي شهده المغرب إلى تزايد عبء الأمراض غير المنقولة على النظام الصحي الوطني، وخاصة الأمراض السرطانية والسكري وأمراض القلب والشرايين وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. ففي سنة 2019 بلغ معدل الوفيات المنسوبة إلى هذه الأمراض 12.4%. إضافة إلى تزايد أمراض الفاقة والنقص الغذائي المختلفة والمرتبطة بالفقر وظروف السكن المتردية والمتمثلة أساسا في نقص الوزن لدى الأطفال ونقص في مادة الحديد واليود وفيتامين "أ" و"د". الذي يؤدي إلى التضخم في الغدة الدرقية إضافة إلى أمراض متعددة مرتبطة بسوء التغدية. ومعلوم أن النقص الغذائي سواء أكان مرتبطا بسوء التغدية أم لا، يؤدي إلى ظهور حالات عديدة، ناتجة عن ضعف الاستيعاب والتأخر الفكري وضعف القدرة على العمل وفقدان البصر أو الوفيات قبل الولادة.

---

[201]- المندوبية السامية للتخطيط (2020): النشرة السنوية الإحصائية، ص. 31

كما أن نفس الخلاصات تنطبق على التدخين، الذي ما يزال مصدر العديد من المشاكل للصحة العمومية بالمغرب. ومن أجل مكافحة استهلاك التبغ، وقع المغرب سنة 2004، على «الاتفاقية الإطار لمكافحة التبغ» التي اعتمدتها منظمة الصحة العالمية سنة 2003. وتشير نتائج البحث الوطني حول عوامل المخاطر للأمراض غير المنقولة (وزارة الصحة، سنة 2017) إلى أن 13,4% من المغاربة الذين تفوق أعمارهم 18 سنة، يدخنون التبغ. وفي سنة 2018، استهلك التبغ أكثر من 11% من المغاربة الذين تفوق أعمارهم 15 سنة وأكثر. ويتوخى المغرب تقليص استهلاك التبغ لهذه الفئة من السكان بنحو 20% في أفق 2029.[202]

1.3.1.تحول في تركيبة المراضة وبروز حاجيات جديدة

يعاني عدد كبير من ساكنة المغرب من أمراض وبائية وأمراض مزمنة غير وبائية، تتسبب في ارتفاع الوفيات بحيث بلغ معدل الوفيات 120.000 حالة وفاة سنة 2017، أي بمعدل 4 وفيات لكل ألف نسمة.[203]

ويظهر من خلال شكل (14) توزيع أهم الأمراض المؤدية للوفاة، أن المشهد الصحي يواجه ثقلا مزدوجا للمراضة: ثقل الأمراض الحادة وفي غالبيتها أمراض سارية (معدية) وهي لازالت حاضرة بنسة 4,4%، وثقل أمراض غير سارية ببروز تركيبة جديدة للمراضة تغلب عليها الأمراض المزمنة والسرطانات، وهي آخذة في التوسع في قاعدة الأمراض وتمثل 62%.

وتأتي أمراض الضغط والدورة الدموية في المرتبة الأولى، تليها الأورام السرطانية ثم الأمراض التنفسية، بينما تمثل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية 75% من مجموع الحالات المرضية، تليها الأمراض السارية وأمراض الأمومة وأمراض الفترة المحيطة بالولادة والأمراض الناجمة عن التغذية 19%، والحوادث والإصابات 6%.[204]وتتعدد أسباب الوفيات، منها ما يرتبط بالتدهور البيئي، ومنها ما له علاقة بطبيعة تطور الاستهلاك الناتج عن تناول أغذية خارج المنزل غنية بالسكر، والمواد الذهنية، والتدخين، وتغيير السلوكيات الغذائية وقلة الحركة والعصرنة في المجتمعات المغربية، وتراجع علاقات التضامن وكذا التحضر المتنامي؛ بالإضافة إلى حركية الإنسان والحيوان.[205]مما يعني أن الوسط الذي تعيش فيه الساكنة، وصحتها رهينة بشكل كبير بعوامل أخرى غير تلك المرتبطة بالعلاجات

---

[202]- Rapport National 2020 sur la mise en œuvre par le Royaume du Maroc des Objectifs de Développement Durable, p.3

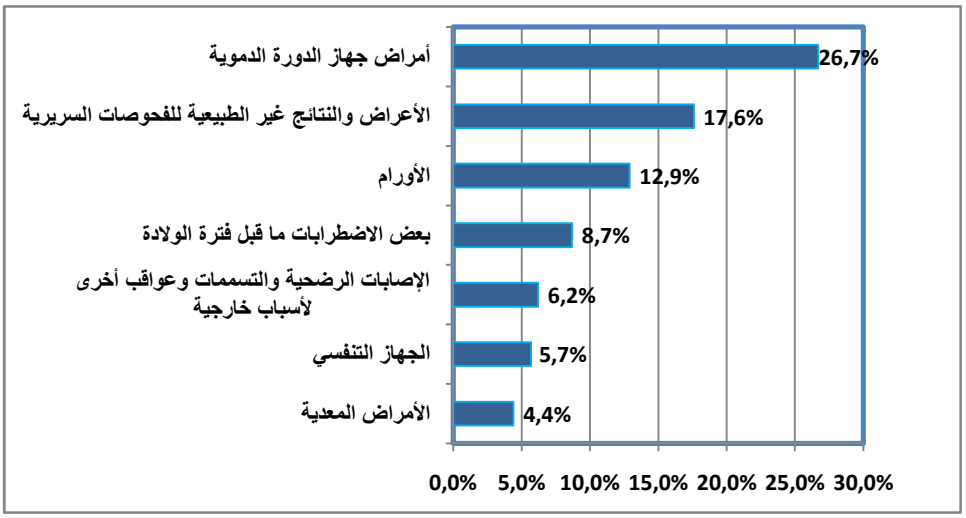
[203] -World Factbook, Cia. Gov., Country Comparison : Death Rate, 17 December, 2020.

[204]- وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المغرب، 2013، ص. 7

[205]- بوصفيحة صباح (2018)،"البيئة والصحة بالمغرب: الواقع، التحديات والاستراتيجيات"،ورد في مجلة البحث الجغرافي والبيئة: من الدراسات الموضوعاتية إلى التحليل المندمج، العدد 32 ،المجلد 16، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز-فاس، ص.37

الصحية: جودة البيئة، نوعية الفئات الاجتماعية والعادات المترتبة عنها وكذا ازدهار البلد. كل هذه العوامل تصيب الميكانيزمات البيولوجية والنفسية والسلوكية التي يتكيف من خلالها كل فرد بشكل دائم وعبر الزمن مع بيئته. وتساهم أنظمة العلاجات في الوقاية أو معالجة مشاكل وقضايا صحة الأفراد – وبصيغة أخرى، كل ما من شأنه أن يؤدي إلى اضطراب قدراتهم الوظيفية– لكن العمل على تحسين الصحة يتطلب تفاعلا مع المحددات الاجتماعية للصحة.

شكل رقم 14: توزيع أهم أسباب الوفيات بالمغرب لسنة 2019



Source : Ministère de la santé, Principales causes de décès, Santé en chiffres 2019, Maroc, p.5

2. مظاهر التفاوتات في عرض الخدمات الصحية واللامساواة الترابية في التوزيع الجغرافي للبنيات الصحية

إن ما يميز نظام الصحة العمومية المغربي هو التوزيع الجغرافي غير متكافئ للبنيات الاستشفائية الصحية بين الجهات. كما أن سوء التوزيع هذا لا يقتصر على مستوى البنيات، بل يوازيه اختلال في توزيع حجم التجهيزات الطبية والمعدات والتقنات الحديثة والمتطورة وكذا على مستوى الموارد البشرية، من أطر طبية وشبه طبية ذات مهارات وطاقات بشرية عالية. فعدم التوازن هذا، لا يهم الجانب الكمي، بل يتعداه إلى الجانب النوعي؛ إن على مستوى القطاع العمومي أو القطاع الطبي الخاص الذي يزيد من تكريس حجم الفوارق المجالية الكبرى في هذا المجال، نظرا لطبيعة الربح الذي تحكمه من جهة واعتبارت الاستثمارات التي توجهها لاستقطاب فئات قادرة على الولوج لخدماتها الصحية من جهة ثانية. الشيء الذي يجعل الحواضر والمدن الكبرى مجالات لتركز البنيات الصحية العمومية والخاصة على حد سواء. فضلا عن توافر الخدمات الطبية والشبه الطبية والنادرة والتجهيزات المتطورة بها. مما يؤكد على أن نزعة التركز تزداد استفحالا بالمدن الكبرى التي تمثل سوقا استهلاكية مناسبة للقطاع الطبي. في

حين يسجل غياب أو حضور ضئيل لأنشطة القطاع الطبي بنوعيه العمومي والخصوصي بالأرياف والمدن الصغرى، الشيء الذي يساهم بشكل كبير في تعميق هوة التفاوتات بين الجهات، بل حتى داخل الجهة الواحدة، والذي لازال يشكل مؤشرا قويا لتكريس اللامساواة واللاعدالة الترابية في الولوج للخدمات الصحية للساكنة.

1.2. توزيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية[206]: تفاوتات بنيوية

بالرغم من التطور الكبير الحاصل في البنية الصحية سواء الوقائية أو الاستشفائية. إلا أنها لازالت غير قادرة على المواكبة والاستجابة لحجم الطلب الاجتماعي المتزايد، خاصة في ظل التنامي السريع للظاهرة الحضرية وارتفاع وتيرة إيقاعها. ويتمظهر الخصاص الذي تعاني منه هذه البنية في الصحة العمومية بشكل جلي، في المجالات القروية والحضرية على حد سواء، بسبب النقص الشديد في الموارد البشرية والإمكانيات المادية المرصودة لذلك.

جدول رقم 19: تطور لبعض مؤشرات البنية الصحية وطنيا وبجهة فاس– مكناس ما بين 2017– 2020

توفير العلاج مؤشرات البنية الصحية		2017	2018	2019	2020
عدد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية	على الصعيد الوطني	2865	2865	2888	2888
	على مستوى جهة فاس– مكناس	413	413	415	415
عدد الساكنة لكل مركز رعاية صحي	على الصعيد الوطني	11814	11814	11720	*11720
	على مستوى جهة فاس– مكناس	10258	10258	10209	10209
عدد المستشفيات	على الصعيد الوطني	158	158	159	159
	على مستوى جهة فاس– مكناس	21	21	21	21
عدد الأسرة	على الصعيد الوطني	25384	25384	25385	25385
	على مستوى جهة فاس– مكناس	3156	3156	3174	3174

Sources : Ministère de la Santé : Annuaire Statistique du Maroc, 2017-2020.

* Ministère de la Santé : Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffres 2017-2020.

[206]- تقوم بدور الرعاية الصحية الأولية للسكان أو شبكة العلاجات الصحية الأساسية سابقا، وتشمل المركز الصحي الحضري، المستوصف القروي ومركز الصحة الجماعي المتوفر على دار للولادة. وتمثل هذه المراكز نقطة الاتصال الأولي للساكنة المحلية للحصول على الاستشارات الطبية والخدمات الصحية الأولية أو الأساسية، قبل اللجوء إلى مستوى أعلى في تراتبية التشكيلة الاستشفائية.

لقد تميزت السنوات الأولى من الاستقلال بالعزم على مباشرة إصلاح أوضاع الصحة العمومية، وبالضبط العمل على تمكين كافة المغاربة من الولوج إلى الخدمات الصحية القريبة منهم. ترجمت بتأسيس أولى كلياته الطبية (كلية الطب بالرباط سنة 1959) ومدارسه المهنية للتكوين في مجالات التمريض مع صياغة الاستراتيجيات الأولى للتغطية الصحية (المجموعة الصحية المتنقلة، مصلحة الوقاية القروية، مصلحة الوقاية الحضرية، ومصالح البنيات الصحية المتنقلة الإقليمية). حيث ظهر جليا أن مقاربة الدولة في هذه الفترة كانت هي أن الصحة من مسؤوليتها، باعتبار الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للسكان وتفشي الأمراض والأوبئة بشكل لا يتسنى معه للمواطنين تحمل نفقاته آنذاك. لكن بعد انعقاد المؤتمر الدولي عن الرعاية الصحية الأولية سنة 1978 في ألماتا بالاتحاد السوفياتي الذي اعتُبر حينها علامة فارقة على صعيد الصحة العالمية، وذلك لكونه أول اتفاق دولي ينص على ضرورة توفير رعاية صحية أولية في دول العالم قاطبة، كشرط أساسي لرفع وتحسين مستوى صحة الأفراد والشعوب.[207]

وعلى إثر توصيات هذا المؤتمر الدولي، انطلقت البوادر الحقيقية لتطوير المنظومة الصحية الوطنية. وذلك من خلال تدعيم البنيات التحتية الاستشفائية، وخاصة عبر بناء وتوسيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية باعتبارها خدمات القرب من المواطنين، وكذلك حلقة وصل بين الوزارة الوصية والسكان. إذ من خلالها يتم تقديم الخدمات الصحية الأولية وتطبيق عمليات التلقيح ورعاية وتتبع الحوامل وتنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة وتوفير التدابير اللازمة لمراقبة وضبط الأمراض المعدية والانتقالية، فضلا عن إرسال الحالات المستعصية والخطرة إلى المستشفيات العامة والمتخصصة. وبالموازاة مع ذلك، ارتفع عدد مؤسسات الرعاية الصحية الأولية من 2511 إلى ما يربو عن 2888 مؤسسة مابين 2000 و2020، منها ما يقرب عن 2038 موزعة بالأوساط القروية؛ أي ما يناهز 71% من البنية المؤسساتية للرعاية الصحية الأولية تتواجد بالعالم القروي، مقابل 967 بالأوساط الحضرية أي قرابة 24%، بينما 5% تتوزع على مجموع التراب الوطني بين مستشفيات عامة ومتخصصة. وهو ما جعل عدد السكان لهذه المؤسسات ينتقل من 12000 نسمة سنة 2000 إلى 11720 نسمة سنة 2020 على المستوى الوطني. فيما حددت منظمة الصحة العالمية عدداً من المعايير التخطيطية والوظيفية لمراكز الرعاية الصحة الأولية في 10.000 نسمة لكل مركز صحي. فالملاحظ أن هناك تطورا بطيئا ومتعثرا في توسيع بنية هذه المؤسسات، لا يساير الحاجيات المتزايدة الصحية. وهذا ما تؤكده الحصة التي تبلغ حاليا إلى مؤسسة واحدة لكل 11720 نسمة. لكن هذا الرقم يخفي بعض الفوارق المجالية على صعيد انتشار هذه المؤسسات بالتراب الوطني، الأمر الذي

---

[207]- منشورات مجلس النواب، المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الإصلاح؛ تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، دار أبي رقراق للطباعة والنشر، 2021، ص. 37

يستدعي إبراز التباينات المجالية الخاصة بمؤسسات الرعاية الصحية الأولية، وربطها بمختلف العوامل المتحكمة والمفسرة لهذا التوزيع، كعدد السكان ووتيرة التمدين بالجهة، ومكانتها الاقتصادية داخل النسيج الوطني والموقع الجغرافي للمنطقة. فهذه العوامل وأخرى تجعل خدمات الرعاية الصحية الأولية تخضع لحاجيات المدينة.

يبدو من خلال قراءة المعطيات الإحصائية الخاصة بتوزيع نمو مؤسسات الرعاية الصحية الأولية (الجدول 19)[208]، أن هاته الأخيرة تتوزع بشكل متفاوت ما بين مناطق المغرب. ويتجلى هذا التفاوت أكثر حينما نقارن توزيعه على مستوى الوسط، بحيث يبلغ معدل عدد الساكنة لكل مؤسسة ما يعادل 6418 نسمة. يسجل هذ المعدل أدناه 1234 نسمة في جهة العيون–الساقية الحمراء، وأقصاه 11079 بجهة الرباط–سلا–القنيطرة. أما بالوسط الحضري فيبلغ هذا المعدل 26200 نسمة لكل مؤسسة رعاية صحية أولية، و13796 بجهة كلميم–وواد نون كنسبة دنيا و31167 بجهة سوس–ماسة كنسبة قصوى. ففي الوقت الذي تتركز فيه المؤسسات أساسا بالقرى والأرياف، يشهد عدد مراكز الرعاية الصحية نموا ضعيفا إلى مستقر بالمدن. مما يوضح أن الاتجاه السائد يحمل طابع عدم التساوي أمام الولوج لخدمات الرعاية الصحية الأولية. كما تنتشر بشكل غير متكافئ ما بين جهات المغرب، إذ تلاحظ تباينات كبيرة ما بين مختلف الجهات، تتجلى من خلال ثلاثة أشكال متفرقة؛ فهناك أولا جهات تحضى بتأطير متوسط ويتعلق الأمر بكل من جهة الداخلة–وادي الذهب والعيون–الساقية الحمراء وكلميم– واد نون، بحيث تتراوح المعدلات ما بين 11000 و12000 نسمة لكل مركز صحي حضري، وهو معدل يقترب من المعايير المنصوص عليها في احترام إحداث المراكز. أما الحالات الثانية وتهم الجهات التي تشهد تأطيرا ضعيفا، والتي ينحصر المعدلات بها ما بين 20000 و30000 نسمة لكل مركز، كما هو الحال بالنسبة لجهة الشرق ودرعة – تافيلالت وبني ملال – خنيفرة. وأخيرا الجهات ذات التأطير الضعيف جدا، والتي يتجاوز معدل التأطير بها 30000 نسمة للمركز، ونخص هنا بالذكر كل من جهة الدارالبيضاء– سطات وفاس–مكناس ومراكس– آسفي وسوس ماسة وطنجة–تطوان– الحسيمة.

[208] - Source : Ministère de la Santé : Annuaire Statistique du Maroc, 2020

ويقابل هذا التطور المتفاوت في توسع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية على المستوى الجهوي تطورات أخرى غير متوازنة لمؤشرات الطاقة الاستيعابية. فتزايد أعداد السكان لا يسايره دائما تطور متوازي في عدد المراكز والأطر الصحية. مما يشكل مصدر تناقضات فرعية على مستوى التأطير الصحي ولاسيما في المدن. وكما توضَح آنفا عبر تحليل معدل التأطير بالمجال الوطني، فان تزايد معدلاته قد ارتبطت كثيرا بالمناطق التي تشهد حركة تمدين قوية، والتي تتزايد فيها الساكنة بشكل كبير ومستمر. ومن هذا المنطلق، فإن الوضع بمدينة فاس، إحدى المدن المغربية الكبرى، لا يخرج عن هذا السياق كما سنوضح ذلك لاحقا.

2.2. تفاوت في توزيع الأسرة بالمستشفيات العمومية وتمركز مطلق بالمدن الكبرى

تتركز المستشفيات بالمغرب أساسا بالأوساط الحضرية بمعدل 97% من البنية الاستشفائية مقابل 3% فقط تتوزع بالأوساط القروية. وقد انتقل عدد المستشفيات في سنة 2004 من 122 مستشفى، بطاقة استيعابية تصل إلى 24.356 سريرا، تتوزع ما بين 19.094 سريرا بالمستشفيات العامة و7171 سريرا بالمستشفيات المتخصصة. ومن بين هذه الأسرة هناك 88 مستشفى متعدد الاختصاصات (72%) من مجموع المستشفيات العمومية، و34 مستشفى أحادي التخصص بنسبة 28%.[209] إلى **159** مستشفى، بطاقة استيعابية تبلغ إلى **25.385** سريرا في سنة 2020. تتوزع ما بين الجهات كالآتي: تأتي جهة الدارالبيضاء–سطات في المرتبة الأولى ب 26 مستشفى تحتوي على 4835 سرير، تليها جهة فاس– مكناس ب21 مستشفى ب 3174 سرير ثم جهة طنجة–تطوان– الحسيمة ب 20 مستشفى بما يقارب 2156 سرير، فجهة الرباط– سلا– القنيطرة ب 19 مستشفى و3913 سرير وجهة مراكش–آسفي ب17 مستشفى و3682 سرير، وجهة الشرق ب 14 مستشفى و2294 سرير.[210] فيما تتوزع باقي المستشفيات، والبالغ عددها 42 مستشفى، فقط على 6 بالجهات المتبقية. وهو ما يعكس الخلل الكبير في توزيع المستشفيات. كما أن مظاهر التفاوت في القطاع الصحي لا يقف عند حدود التطور في حجم هياكله العامة، وإنما تتعداه لتبرز التفاوتات بشكل أكثر وضوحا على مستوى انتشار الأسرة بالتراب الوطني، بحيث يصل معدل السكان لكل سرير بالمستشفيات العمومية إلى حوالي 1333 نسمة وطنيا.

---

[209]- أنفلوس محمد (2007)، تحولات المجال المغربي والمجتمع، دراسة في جغرافية الصحة بالوسط الحضري، أطروحة لنيل دكتوراه الدولة في الجغرافية، جامعة الحسن الثاني الدارالبيضاء، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية، ص 218.

[210] - Source : Ministère de la Santé : Annuaire Statistique du Maroc, 2020

جدول رقم 20: توزيع المستشفيات والأسرة حسب الجهات 2019

	الجهات	م. سكان/سرير	عدد المستشفيات	عدد الأسرة
1	طنجة- تطوان-الحسيمة	1646	20	2156
2	الشرق	1008	14	2294
3	فاس- مكناس	1334	21	3174
4	الرباط-سلا-القنيطرة	1170	19	3913
5	بني ملال-الخنيفرة	1513	12	1665
6	الدار البيضاء-سطات	2474	26	4835
7	مراكش-آسفي	1285	17	3682
8	درعة- تافيلالت	1399	11	1174
9	سوس- ماسة	1782	9	1538
10	كلميم- واد نون	1293	5	345
11	العيون- الساقية الحمراء	695	4	529
12	الداخلة – وادي الذهب	1787	1	80
	المجموع	1333	159	25.385

Source : Ministère de la Santé Publique, Service de la Carte Sanitaire, santé en chiffres 2019, p.21

فيما تفيد قراءة المعطيات الخاصة بتوزيع الأسرة بالمستشفيات بالجدول أعلاه، أن هذه الأخيرة تنتشر بشكل غير متوازن ما بين جهات وأقاليم المغرب، إذ يتراوح ما بين 493 نسمة/سرير كحد أدنى بجهة العيون-الساقية الحمراء و2474 نسمة/سرير كحد أقصى بجهة الدارالبيضاء- سطات. ويتوزع بما يفوق 1513/سرير بكل من جهة بني ملال-خنيفرة وبجهة طنجة-تطوان الحسيمة ب1646 نسمة لكل سرير، وبجهتي سوس- ماسة والداخلة وادي الذهب ب1782 نسمة لكل سرير و1787 نسمة لكل سرير على التوالي. بينما يتراوح المتوسط مابين 1200 و1300 نسمة لكل سرير في 6 الجهات الأخرى. والملاحظ أن مظاهر التفاوت لا تنحصر على المستوى الجهوي بل تبرز بشكل جلي داخل الجهة الواحدة. فمثلا بجهة فاس- مكناس يبلغ معدل السكان 1334 لكل سرير، بينما يترواح المتوسط مابين 811 نسمة/سرير كحد أدنى بعمالة فاس و5610 نسمة/سرير كحد أقصى بتاونات. وهو ما يعكس الخلل الكبير في إعداد التراب الوطني. كما أن أكثر من 50% من المستشفيات تتركز مجاليا بأربع جهات فقط من المجال المغربي، جهة الدارالبيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة

وطنجة–تطوان–الحسيمة وفاس–مكناس. وتستحوذ لوحدها على 57.3% من الأسرة الاستشفائية. تتمركز بأقطابها الحضرية البارزة في الهيكلة المجالية الجهوية.

وتستفيد أيضا من وجود أو القرب من المراكز الاستشفائية الجامعية التي تتوطن فقط بكل من مدن الدارالبيضاء والرباط وفاس ووجدة ومراكش وطنجة وأكادير. في حين أن باقي الأقطاب الحضرية لباقي الجهات تشكو من غياب المراكز الاستشفائية الجامعية.[211]والملاحظ أيضا أن أعداد الأسرة لا تتزايد سوى بمعدل 140 سرير كل سنة. وهذه نسبة ضئيلة، حيث سيكون على المغرب أن يوفر 40 ألف سرير إضافي، ليصل إلى معدل معقول لتغطية الحاجيات القائمة.

أما فيما يتعلق بالقطاع الطبي الخاص فهو يساهم بشكل مهم في العرض الصحي الوطني ب 10125 من العيادات الطبية وما يفوق 9189 صيدلية، و144 عيادة الفحص بالأشعة، و582 مختبر التحليلات الطبية، و125 مركزا لتصفية الدم و3614 عيادة جراحة للأسنان. كما يتوفر القطاع الخاص على 375 مصحة خاصة، بطاقة استيعابية تقارب 10562 من الأسرة و23 مصحة غير ربحية بسعة 1165 سريراً،[212] أي ما يمثل 28% من الطاقة الاستيعابية السريرية الوطنية. ورغم التطور الذي سجله القطاع الطبي الخاص، فإن هذا الأخير يعرف اختلالا كبيرا في توزيع عرض العلاجات التي يقدمها، إن على المستوى الوطني فيما يشهده الوسطين الحضري والقروي، أو بين الجهات، بل وداخل الجهة الواحدة نفسها، بحيث يتمركز هذا العرض بشكل مكثف بكبريات التجمعات السكنية الحضرية وخاصة بالمدن الكبرى. وهو ما يوضح جليا جدلية العلاقة بين الاستثمارات التي تهم القطاع الخاص واختيار المواقع الاستراتيجية لهذا العرض، كما يمكن الجزم بأن التغطية المجالية للقطاع الطبي الخاص لا تتجاوز حدود المدن الكبرى، بل تتفاوت أيضا، فيما بينها من حيث الأهمية، إذ سجلت أعلى النسب في بعض المدن كالدارالبيضاء والرباط، ومراكش وفاس. وهكذا فإن القطاع الطبي الخاص يبقى رهين بضوابط الاستثمار، أي كلما كانت المنطقة غنية من حيث امكانياتها ومواردها الاقتصادية والبشرية، كلما انتعش فيها هذا النوع الطبي. لذلك، تبقى مساهمته تزيد من تكريس الفوارق إلى حد كبير في الولوج والاستفادة من خدمات العلاجات الصحية.

---

[211]- أيت العسري بدر الدين، أنفلوس محمد (2021)، "البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية"، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني، ص. 1347

[212] - Source : Ministère de la Santé : Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffres 2019.

جدول رقم 21: توزيع المصحات والأسرة بالقطاع الطبي الخاص حسب الجهات 2019

	الجهات	عدد المصحات الخصوصية	عدد الأسرة
1	طنجة- تطوان-الحسيمة	31	784
2	الشرق	22	787
3	فاس- مكناس	37	910
4	الرباط-سلا-القنيطرة	57	1911
5	بني ملال-الخنيفرة	26	648
6	الدار البيضاء-سطات	113	3328
7	مراكش-آسفي	45	1333
8	درعة- تافيلالت	4	83
9	سوس- ماسة	23	535
10	كلميم- واد نون	1	19
11	العيون- الساقية الحمراء	0	0
12	الداخلة – وادي الذهب	0	0
	المجموع	359	10.346

Sources : Ministère de la Santé : Division de la Planification et des Etudes, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Santé en chiffres 2019, p.12

3.2.هيمنة مطلقة للمدن الكبرى على ارتفاع الكثافة الطبية

يتوفر المغرب على **25.575** طبيبا سنة 2019 على الصعيد الوطني، من بينها 3857 طبيبا عاما 7559 طبيبا أخصائيا 458 طبيب أسنان و580 صيدلانيا، أي ما مجموعه **12.454 طبيبا بالقطاع العمومي**. فيما يشكل عدد أطباء القطاع **الخاص** ما مجموعه **13.622** طبيبا، منهم 5182 طبيبا عاما و8440 طبيبا أخصائيا. أما على مستوى التأطير الطبي فقد انتقل المعدل من طبيب واحد ل2084 نسمة سنة 2000 إلى طبيب لكل 1438 نسمة سنة 2019 على الصعيد الوطني. ويضم هذا المعدل مجموع القطاعين العام والخاص. بينما يصل معدل طبيب لكل 3144 نسمة بالقطاع العام وطبيب لكل 2650 نسمة بالقطاع الخاص.[213] وبمقارنته بمعيار منظمة الصحة العالمية البالغ طبيب لكل 1000 نسمة، فلا تزال بلادنا بعيدة عن المعيار المحدد. مع العلم أنه في

[213] - Ministère de la Santé, 2019, op. cit.

البلدان المتقدمة تبلغ نسبة التأطير طبيبا واحدا لكل 500 نسمة. وعلى الرغم من التطور الملحوظ الذي يشهده العرض الصحي فإن هذا التحسن توازيه اختلالات مهمة تمس نوعية القطاع، إذ يتطور القطاع الخاص بشكل سريع، بحيث تضاعف أكثر من مرتين في ظرف العشريتين الأخيرتين مقارنة مع نظيره القطاع العام، إضافة إلى التباين في توزيع الأطر الطبية بين الوسطين والجهات حيث تتمركز 61% من مجموع هذه الأطر في جهتي الدارالبيضاء- سطات والرباط-سلا-القنيطرة وجهة فاس- مكناس. كما أن العالم القروي يعد الأكثر تضررا لتوفره فقط على 6000 من مهني الصحة من بين 55000 في القطاعين العمومي والخاص، أي بنسبة 11% فقط.

ومن تجليات الاختلالات والفوارق المجالية تلك التي تبرز على مستوى معدل الكثافة الطبية بين مختلف الجهات، بحيث تسجل أدنى معدلاتها بكل من جهة الرباط-سلا-القنيطرة، وذلك بطبيب لكل 1531 نسمة. وتليها جهة كلميم واد نون 1891/طبيب. فيما تسجل معدلات التأطير أقصاها في الجهات التالية: جهة بني ملال خنيفرة 1طبيب/5031 نسمة، جهة طنجة-تطوان-الحسيمة 1طبيب/4783 نسمة، جهة سوس-ماسة 1طبيب/4419 نسمة، فيما يتراوح معدل السكان لكل طبيب ما بين 2500 و4000 في باقي الجهات (جدول 22).

وبالرغم من التحسن الملحوظ في بعض مؤشرات التأطير الطبي بفضل تزايد أعداد الأطباء الذي انتقل عددهم من 1900 نسمة بالنسبة للطبيب الواحد سنة 2002 إلى 1438 نسمة سنة 2019، فإن النقائص المتراكمة والمتفاقمة أحيانا لازال يجسدها الواقع الصحي من جهة، وتقارير الأمم المتحدة حول التنمية البشرية لسنة 2019 من جهة ثانية، التي تتناول فيها التأخر على صعيد التأطير، حيث لا يتوفر المغرب سوى على 58 طبيبا لكل 100 ألف نسمة أي بمعدل 0.7 طبيب لكل 1000 نسمة، وهو معدل ضعيف جد. بل إن الايقاع الذي يتزايد به عدد السكان لا يصاحبه ارتفاع مماثل في نسبة التأطير، إذا ما قورن مع بلدان صاعدة ذات الاقتصاد المماثل، مثل تركيا 200 طبيب لكل 100 ألف نسمة و170 في الجزائر و240 في البرازيل و500 في الشيلي وماليزيا وغيرها. بينما يصل عدد الأطباء بالنسبة لكل 100 ألف في بعض البلدان إلى 600 في بلجيكا و520 في أستراليا و650 في فرنسا و430 في ألمانيا.[214] هذا علاوة على التفاوتات الصارخة بين الوسطين الحضري والقروي وبين الجهات بل وداخل الجهة نفسها.

[214] - The World Bank, World Development Indicators : Health Systems , last updated, date 06/30/2022

جدول رقم 22: توزيع الأطباء حسب القطاع و الجهات 2019 (معدل السكان لكل طبيب)

	الجهات	قطاع عام*	قطاع خاص	المجموع	%	السكان (بالآلاف)	طبيب/سكان
1	طنجة- تطوان-الحسيمة	742	1080	1822	7.1	3813,8	4783
2	الشرق	1026	627	1653	6.48	2453,2	2255
3	فاس- مكناس	1668	1229	2897	11.37	4405,8	2540
4	الرباط-سلا-القنيطرة	2991	2780	5771	22.65	4867,7	1531
5	بني ملال-الخنيفرة	501	520	1021	4.0	2613,1	5031
6	الدار البيضاء-سطات	2382	4821	7203	28.27	7408,2	2880
7	مراكش-آسفي	1321	1378	2699	10.59	4774,4	3422
8	درعة- تافيلالت	409	139	548	2.15	1693,7	3997
9	سوس- ماسة	612	693	1305	0.05	2896,1	4419
10	كلميم- واد نون	229	42	271	1.06	446,2	1891
11	العيون- الساقية الحمراء	166	48	214	0.84	400,4	2215
12	الداخلة – وادي الذهب	57	12	69	0.27	178,6	2507
	المجموع	12.104	13.369	25.473	100	35951,6	1438

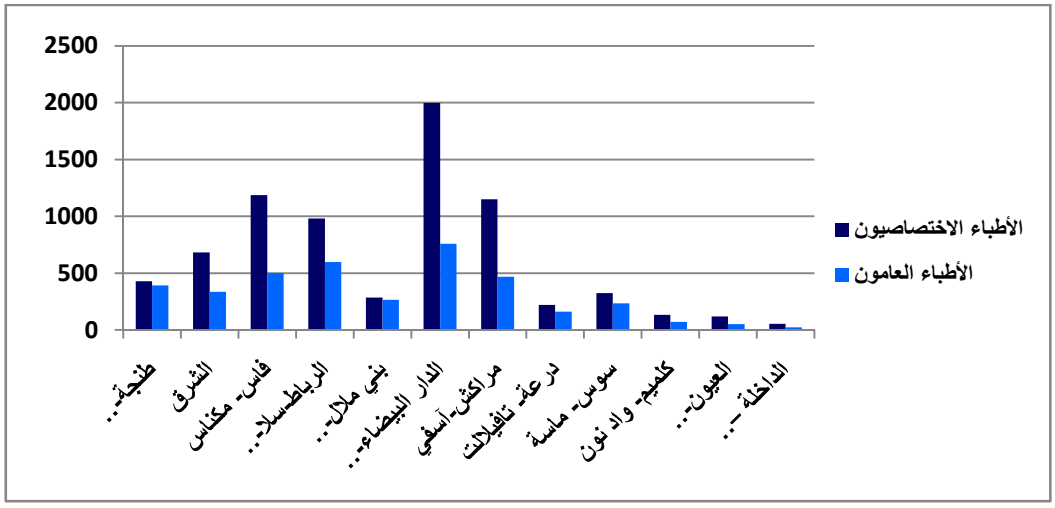
Sources : * Non compris les centres hospitaliers universitaires

- Haut Commissariat au Plan: Annuaire Statistique du Maroc 2020, p.350

-Conseil National de l'Ordre des Médecins,- HCP

يظهر من خلال تحليل المعطيات الواردة في الجدول (22) أن هناك هيمنة مطلقة لثلاث جهات فقط من حيث احتوائهما على أكبر عدد من الأطباء، إذ تستحوذ على حوالي 61% من مجموع الأطباء على الصعيد الوطني. وتتصدر جهة الدار البيضاء المرتبة الأولى، بما يقرب عن 28% من الأطباء؛ وجهة الرباط بما يربو عن 22%؛ وجهة فاس–مكناس ب12%. ومع ارتفاع عدد أطباء القطاع الخاص بالدار البيضاء إلى أكثر من ضعفي أطباء القطاع العام، وهذا ما مكن هذه الجهات من توفير مستوى تغطية مناسب لعدد السكان بالنسبة لكل طبيب. في حين تظل الجهات الصحراوية وجهة درعة–تافيلالت تمثل أضعف نسبة، ومن أضعف معدلات التغطية بواسطة الأطباء وذلك راجع لضعف حجم الساكنة بهذه المناطق.

شكل رقم 15: توزيع الأطباء حسب الاختصاص و الجهات 2019



Source : Haut Commissariat au Plan, Annuaire Statistique du Maroc, p.351

يبدو من خلال التوزيع المجالي لأطباء الطب العام البالغ عددهم 3857 (34%) والأطباء المتخصصين البالغ عددهم 7559 (66%) للقطاعين العام والخاص سنة 2019 (الشكل15). إن أعداد أطباء الطب العام قد تراجعت خلال العشريتين الأخيرتين أمام الأطباء المتخصصين في كل الجهات. ويعزى ذلك أساسا إلى انتشاره الواسع على صعيد المجال المغربي من جهة، وإلى تحول المراضة التي بات يشهدها المجتمع المغربي من جهة أخرى. علما أن هذا التحول تزكيه المؤشرات قبل بداية الألفية التي كانت تشير إلى أن أطباء الطب العام كان يبلغ عددهم 6426 (75%) والأطباء المتخصصين البالغ عددهم 5481 (25%) للقطاعين العمومي والخصوصي سنة

2000. وفي معظم الجهات فإن أطباء الطب العام كانوا يشكلون الأغلبية.[215]بينما حاليا نجد الطب المتخصص يفوق الطب العام في جميع الجهات وبدون استثناء، مع تفاوت كبير بين الجهات، ويقتصر تمركزه خاصة على بعض المدن الكبرى كالدار البيضاء والرباط وفاس.

4.2. نقص حاد وتباين كبير في توزيع كثافة المهن التمريضية

لقد انتقل أعداد المهن التمريضية من 47.494 إطار سنة 2011 إلى 49.492 سنة 2019، منهم 14093 ممرضين المتخصصين و4371 ممرضة مولدة وقابلة و13193 تقني الصحة و5801 إطار إداري وتقني. وذلك بمعدل ممرض وممرضة لكل 1135 نسمة على الصعيد الوطني. مع العلم أنه ينبغي ألا يتجاوز عدد السكان المخدومين من طرف ممرض واحد ما بين 400 و500 نسمة، وذلك حسب شبكة المعايير التي توصي بها منظمة الصحة العالمية لتوفير مستوى تغطية جيد. وإذا ما تم اعتماد هذا المعيار، فيمكن القول أنه نسبة منخفضة جدا، مما يدل على العبء الكبير الذي يقع على عاتق الأطر التمريضية. أما عدد الممرضات المولدات والقابلات فيبلغ عددهم 4371، موزعة على مجموع التراب الوطني؛ أي بمعدل 1,4 ممرضة لكل 1000 نسمة، وهي نسبة ضعيفة مقارنة مع المعدلات المسجلة من طرف الدول ذات المستوى الاقتصادي المماثل لبلادنا، إذ توجد 3 ممرضات لكل 1000 نسمة بدولة تركيا و3,8 بأندونيسيا و7,4 بالبرازيل. فيما يصل المعدل بالدول المتقدمة 11,5 ممرضة /1000 نسمة بفرنسا و13,5 بألمانيا و11,5 ببلجيكا و12,7 باليابان.[216] فالملاحظ أن أعداد المهن التمريضية وتقني الصحة تشهد نمواً ضعيفا إلى نوع من الاستقرار، حيث لم تتزايد سوى ب 1998 إطار خلال العشرية الأخيرة (2010-2019). وهذا ما ينذر بوجود تباين كبير في توزيع هذه المهن التمريضية بين الوسطين الحضري والقروي، وبين الجهات حيث تتركز أكثر من 51% من عدد الممرضات المولدات والقابلات بالنظام الصحي الوطني (2235 ممرضة ومولدة) بالجهات الواقعة بشمال المجال المغربي، وذلك بكل من جهة طنجة-تطوان-الحسيمة وفاس-مكناس والرباط-سلا-القنيطرة والدار البيضاء-سطات.

يبدو من خلال الجدول أسفله (23)، أن التوزيع الجغرافي للمهن التمريضية ينتشر بشكل متفاوت ما بين جهات المغرب، حيث تتركز كثافتهم بأعلى نسبة في جهة الرباط-سلا-القنيطرة (15,6%)، تليها مباشرة جهة الدار البيضاء-سطات بنسبة تصل (15,3%)، فجهة فاس-مكناس ب(13,8%). أما الجهات الأقل كثافة من

[215]-Haut Commissariat au Plan- Rabat, Annuaire Statistique du Maroc, 2000-2020, p.350-352

[216]- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD)، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها: التحديث الإحصائي لعام 2018

جدول رقم 23: توزيع المهن التمريضية حسب الجهات 2019

	الجهات	عدد الممرضين المتخصصين	عدد م. المولدات والقابلات	عدد تقني الصحة	المجموع	%	ممرض/نسمة
1	طنجة- تطوان-الحسيمة	1432	461	1004	2897	9,15	1316
2	الشرق	1215	378	1139	2732	8,6	8979
3	فاس- مكناس	1962	721	1707	4390	13,8	1003
4	الرباط-سلا-القنيطرة	2141	571	2250	4962	15,67	9810
5	بني ملال-الخنيفرة	858	290	895	2043	6,45	1279
6	الدار البيضاء-سطات	2012	482	2368	4862	15,35	1523
7	مراكش-آسفي	1918	521	1641	4080	12,88	1170
8	درعة- تافيلالت	667	305	624	1596	5,04	1061
9	سوس- ماسة	902	409	868	2179	6,88	1329
10	كلميم- واد نون	415	137	342	894	2,82	4991
11	العيون- الساقية الحمراء	467	57	269	793	2,50	5049
12	الداخلة – وادي الذهب	104	39	86	229	0,72	7799
	المجموع	14.093	4371	13.193	31.657	100	1135

Source : -Ministère de la Santé

-Haut Commissariat au Plan, AnnuaireStatistique du Maroc, p. 360

حيث المهن التمريضية فتتمثل في الأقاليم الصحراوية الثلاثة (6%) وسوس–ماسة (6,8%) وبني ملال–خنيفرة (6,4%) ودرعة– تافيلالت (5%).

أما فيما يتعلق بتوزيعهم داخل الجهات، فقد بلغ معدل خدمة الممرض الواحد 1135 نسمة على الصعيد الوطني لسنة 2019. إلا أن هذا المؤشر لا ينبغي أن يحجب عنا بعض التناقضات المتمثلة في كون عدد الممرضين لا يغطي دائما حاجيات السكان، ويتميز بتدني مستويات خدماته التي يقدمها، على اعتبار أن هذا المؤشر يمثل 8979 نسمة لكل ممرض واحد بجهة الشرق، ويتراوح ما بين 5000 و7000 نسمة بالمناطق الجنوبية (جهة 10-11-12) وهذا مرده إلى ضعف التوظيف والأطر التمريضية بهذه الجهات. أما بجهات الرباط–سلا–القنيطرة والدار البيضاء–سطات وفاس–مكناس، فبالرغم من توفرهم على أعلى نسبة من عدد الأطر التمريضية وتمركزهم بهذه الجهات بدون منازع، فإن نسبة الممرضين إلى عدد السكان يتميز بالانخفاض والنقص الحاد في المهن التمريضية من متخصصين والمولدات وتقنيي الصحة على العموم.

3. تنوع الشبكة الاستشفائية وهيمنة الوظيفة التأطيرية يجعل فاس في قمة الهرم الحضري

تحتضن مدينة فاس بنية خدماتية صحية هامة تشكلت على مراحل طويلة، مما ساهم في تنوعها واختلافها، خصوصا خلال العقدين الأخيرين، حيث طرأت تحولات مهمة كيفيا على البنية الاستشفائية. لقد أدى ذلك إلى تطور وتحول في طبيعة ونوعية هذه البنيات الصحية؛ إذ تتوزع بين القطاع العمومي والقطاع الشبه العمومي والقطاع الخاص الذي عرف نموا كبيرا، بل أضحى إحدى الخصوصيات المميزة للمدينة على مستوى الخدمات الصحية وأهمية تركزه بها، ومظهراً من أهم مظاهر تنظيم المجال حول مدينة فاس ومحيطها الجهوي نتيجة أهمية الاستقطاب الذي تمارسه في هذا الميدان.

ومدينة فاس بحكم موقعها الجغرافي المتميز من جهة، وما تتوافر عليه من إمكانيات اقتصادية وبشرية باستقطابها لما مجموعه 1112072 نسمة. كما أنها تأتي في الدرجة الثانية من بين المدن الكبرى التي تضم ربع سكان المملكة، بعد مدينة الدار البيضاء بما يناهز 13,16% من مجموع سكان المدن الكبرى بالمملكة. وفي نفس الوقت يأتي كنتيجة للتوسع العمراني الذي طبع النسيج الحضري للمدينة وظهور مؤشرات عن التحضر المتزايدة للساكنة. كل ذلك أثر على طبيعة ومكونات القطاع الصحي ووظائفه. كما أتاح التاريخ الطويل للمدينة بأن تشكل مجال صحياً كبيراً ومتنوعاً داخل الوسط الفاسي، جعل مدينة فاس تتوفر على ثمانية مستشفيات متباينة

من حيث نوعية الأطر الطبية والشبه الطبية والتجهيزات والخدمات المقدمة، إذ شهدت البنيات الصحية تطورا ملحوظا يمكن استعراضه في الجدول أسفله.

جدول رقم 24: تشكيلة المستشفيات بمدينة فاس حسب عدد الأطر الطبية والشبه الطبية والطاقة الاستيعابية لسنة 2019

المستشفيات		عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد الممرضين وتقني الصحة	إطار إداري وتقني
المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني CHU HII	مستشفى التخصصات	599	699	548	175
	مستشفى الأم والطفل	196	211	283	75
	مستشفى عمر الادريسي (باب الحديد حاليا)	50	58	79	41
	مستشفى ابن الحسن (بلحسن حاليا)	87	25	57	22
	مستشفى الأنكولوجيا (داء السرطان)	17	70	**100**	06
	معهد بحث داء السرطان	00	00	00	06
مجموع المركز الاستشفائي الحسن الثاني		**949**	**1063**	**1067**	**325**
المركز الاستشفائي الجهوي لجهة فاس–مكناس CHR	مستشفى الغساني	250	72	229	23
	مستشفى ابن البيطار (سبيطار الزيت)	40	09	38	15
	مستشفى لسان الدين بن الخطيب (كوكار حاليا)	282	46	114	58
مجموع المركز الاستشفائي الجهوي فاس–مكناس		**572**	**127**	**381**	**96**
المجموع الإجمالي لمستفيات فاس		**1521**	**1190**	**1448**	**421**

Sources :- Rapport d'Activité de Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II, 2019, p.19-20
-Rapport d'activité de Centre Hospitalier Régional Fès-Meknès.

1.3.المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني، متروبول ذو إشعاع خارجي في تقديم الخدمات الصحية

يقع المركز الاستشفائي الجامعي في مدينة فاس. تأسس سنة 2009، ويمتد على مساحة تقدر ب 12 هكتار، يتشكل من ثلاث مستشفيات (الجدول 24) التي تقدم مجموعة من العلاجات المتخصصة. ويعتبر أيضا مركزا للبحث والتكوين، له امتدادات على المستوى الوطني. ويحتوي على العديد من التخصصات الطبية الدقيقة وعلى أقسام ذات طابع وطني، كعلم السرطان والجراحة التقويمية والجراحة الصدرية وجراحة الشرايين والقلب وغيرها. يوفر المركز المذكور خدمات صحية في مختلف المستويات العلاجية، كما يتميز بطاقة ايواء هامة تبين قدرة

هذه المؤسسة على استقطاب المرضى من خارج المدينة. إن إشعاعه مرتبط بطبيعة وقيمة الخدمات التي يقدمها، والتي تفتقر إليها أو هي غير كافية في المجالات التي يشعّ عليها، وخاصة المجالات المحيطة به.

يتكون المركز الاستشفائي الجامعي من ثلاث مستشفيات (مستشفى التخصصات، مستشفى الأم والطفل ومستشفى الأنكولوجيا) وعلى مستشفيين خارج ترابه تابعين له هما (مستشفى عمر الإدريسي ومستشفى بلحسن)، تتوفر على طاقة استيعابية تصل إلى 949 سريرا، موزعة على مستشفى التخصصات ب599 سريرا وهو يحتكر أكبر عدد من الأسّرة مقارنة مع المستشفيات الأخرى، يليه مستشفى الأم والطفل ب196 سرير ثم مستشفى الأنكولوجيا ب17 سرير. أما مستشفى عمر الادريسي: "باب الحديد حاليا"، هو موروث عن الحقبة الاستعمارية حيث كان يحمل اسم لوفير «Auvert» شيد سنة 1917 وكان يسير من طرف الدكتور مورا، تم تخصيصه منذ البداية للطب والجراحة في أمراض العيون وأمراض الأنف والحنجرة،[217]يتوفر على 50 سرير، وآخر مستشفى، ابن الحسن أو "بلحسن" للأمراض العقلية والنفسية، ب87 سرير. أما بخصوص التجهيزات البيوطبية التي يحتوي عليها المركز الاستشفائي الجامعي، فهي متنوعة وفي جل التخصصات والمصالح والأقسام والمختبرات والصيدلة ومعهد البحث... الشيء الذي يمكنه من تقديم وظائف وخدمات استشفائية نوعية ذات طبيعة مركزية و عالية الدقة لساكنة المدينة والجهة، وأحيانا مرضى جهات أخرى، مما يكسبه إشعاعاً خارجياً بفضل ترسانتة الطبية. والجدول (25) يلخص التطور الكبير في الخدمات الطبية وفي التخصصات بالمركز الجامعي.

[217]- GHOTI (M.), 1995, Histoire de la médecine au Maroc, 20ème siècle (1896-1994), Imprimerie Idéale, Casablanca, p.32

جدول رقم 25: المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس والتخصصات المتوفرة به		
مستشفى التخصصات	- الانعاش متعدد الأغراض	- أمراض القلب
	- طب الغدد الصماء والسكري	- العلاج بالكهرباء والأشعة
	- الروماتيزم	- الطب الباطني وأمراض الدم
	- جراحة العظام والكسور	- أمراض الفم
	- جراحة الصدر	- أمراض الكلي
	- جراحة القلب والأوعية الدموية	- أمراض المسالك البولية
	- جراحة البطن	- الأمراض الجلدية
	- أمراض الجهاز الهضمي الكبدية	- طب الأعصاب
	- أمراض الرئة والسل	- جراحة الأعصاب
	- طب الأنف والحنجرة	- طب العيون
مستشفى الأم والطفل	- حالات طوارئ الأطفال	
	- طوارئ أمراض النساء والتوليد	
	- أشعة الأم والطفل	
	- جراحة الأطفال العامة	
	- إنعاش الأم والطفل	
	- حديثي الولادة وانعاش حديثي الولادة	
مستشفى الأنكولوجيا	- العلاج الاشعاعي	
	- طب الأورام	
	- الطب النووي	
مستشفى عمر الادريسي	- طب الأنف والأذن والحنجرة	
	- طب العيون	
مستشفى ابن الحسن	- الطب النفسي العام	

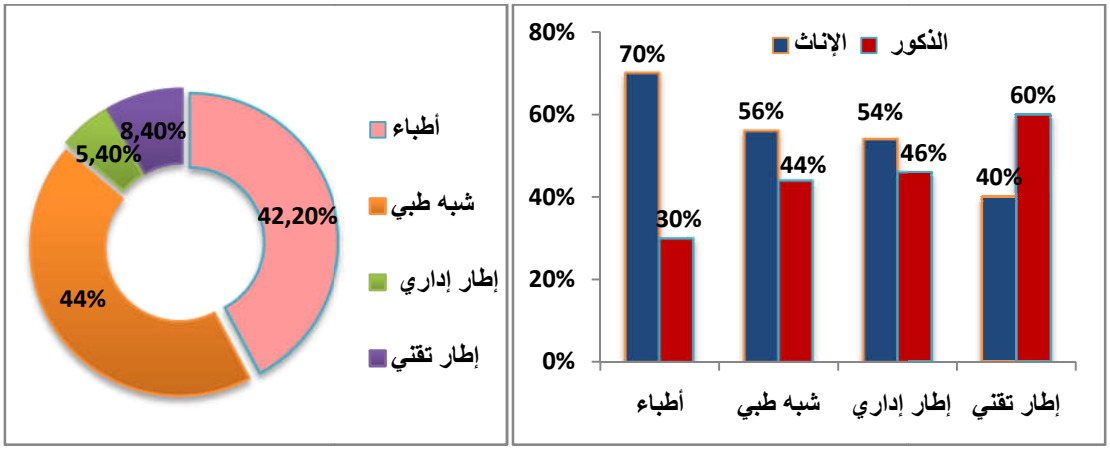
Source :- Rapport d'Activité de Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II

1.1.3.الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي: طاقم مهم وذو كفاءة عالية لكن محدود وغير قادر على تأطير متروبول

يبلغ مجموع الأشخاص العاملين بالمركز ما يناهز 2455 شخصا، منهم 1063 طبيبا و1067 ممرض وتقني الصحة و325 إطار إداري وتقني لسنة 2019، موزعة على خمس مستشفيات (الجدول رقم 24). ومن خلال تحليل بنية الموارد البشرية بالمركز يظهر أن الأطر الشبه الطبية تبلغ نسبتهم 44% (شكل 16)، تليها فئة الأطباء بنسبة 42,20%، الشيء الذي يبين بأن بنية الموارد تتصف بهيمنة الإناث في هذا القطاع وغلبة عنصر التأنيث، مما سيطرح معه اكراهات جديدة ستضاف إلى مستوى الخدمات المقدمة، في حين يتوزع الباقي على الأطر الإدارية والتقنية بنسبة لا تفوق 13,8%.

لقد خولت المركز مكانتة في تراتبية الهياكل الاستشفائية حضوة من حيث أهمية الموارد البشرية والمادية، جعلته يضطلع بدور كبير في التأطير الصحي لسكان مدينة فاس وساكنة الجهة البالغ تعدادها ما يفوق 4 ملايين نسمة (4.236.892) حسب إحصاء سنة 2014؛ بل ذو اشعاع في المنطقة الوسطى الشمالية ككل. وعلى الرغم من هذه الأرقام، سنحاول إبراز ما مدى فعالية مستوى التأطير ونوعية مستوى الخدمات الصحية المقدمة في التخفيف من حدة الأمراض والتكفل بالمرضى ونوعية المصالح وإقامات المرضى.

شكل رقم 16: توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي فاس حسب الجنس والنوعية الوظيفية*



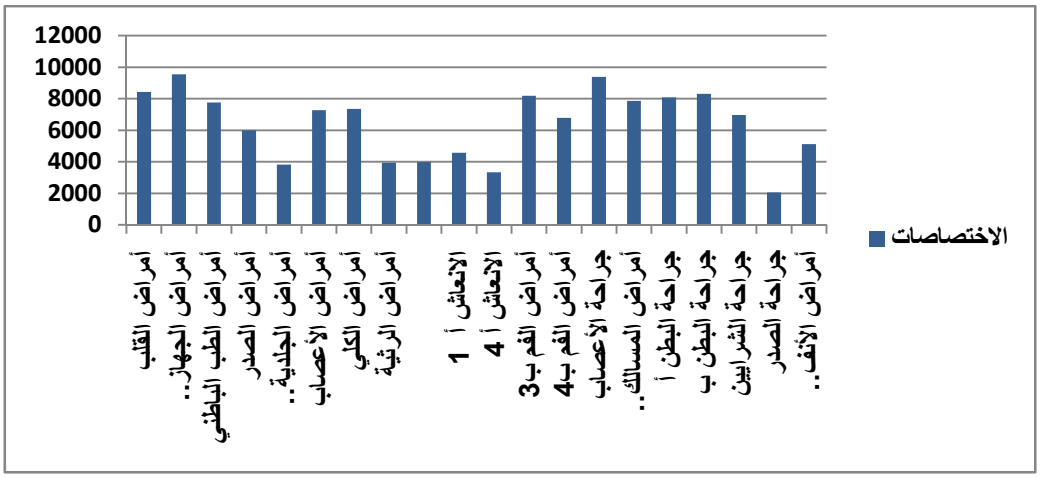
Source : * Non compris les enseignants chercheurs les médecins résidents et les internes.
-Rapport d'Activité de Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II, 2019, p.111

2.1.3. معدل المعالجين وأيام الاستشفاء *[218] السنوي بمستشفيات المركز الاستشفائي الجامعي

بلغ مجموع المعالجين بالمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس بمستشفياته الخمسة معدل (35.292) معالج في سنة 2019. ونلاحظ أنهم توزعوا على المركز بشكل متفاوت، إذ يظهر أن المستشفى متعدد التخصصات قد حضي بأعلى معدل بلغ 47,6% معالج/سنويا. في حين أن معدل 40% معالج/سنوي كان من نصيب مستشفى الأم والطفل. فيما سجل مستشفى عمر الادريسي 6,8% و3,62% بمستشفى ابن الحسن و1,8% معالج/سنوي بمستشفى الأنكولوجيا. بالموازاة مع ذلك بلغ عدد المراجعين السنوي بالمستشفيات الخمسة، 67053 منها 19% بمستشفى التخصصات، 35,2% بمستشفى الأم والطفل 15,2% بمستشفى عمر الادريسي و30,5% بمستشفى الأنكولوجيا.

والملاحظ أن هناك تباينا في في أعداد المعالجين خلال السنة وحسب المستشفيات، إذ أن المستشفى المتعدد التخصصات قد حضي بأعلى معدل من حيث عدد المعالجين سنويا، وهذا يعود إلى وجود التخصصات الكثيرة والدقيقة، ويتوفر على أطباء مشهورين ومهرة بأغلب التخصصات. أما عدد أيام الاستشفاء حسب الغرض من الخدمة الصحية لسنة 2019 فقد بلغ ما مجموعه (131759) يوم بالمركز الاستشفائي الجامعي. سجلت مصلحة القلب والشرايين أعلى معدل بلغ (1355) معالج وأدناها في مصلحة جراحة الصدر ب(502) معالج. وفيمايلي التوزيع العددي لمعدل أيام الاستشفاء (J.H.) السنوي بمستشفى التخصصات لعام 2019.

شكل رقم 17: التوزيع العددي لمعدل أيام الاستشفاء السنوي المسجلة بمستشفى التخصصات سنة 2019



Source : Rapport d'Activité de Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II, 2019,p.18

(*) المعالجون أو الراقدون (Admission) : هو مجموع المرضى سنة 2019 الذين ناموا بالمستشفى وتلقوا العلاج ثم الشفاء به
أيام الاستشفاء: مجموع المرضى الذين تم إحصاؤهم كل يوم خلال فترة معينة (وهي السنة المقصودة ضمن هذا الفصل 2019).

أما بخصوص مستشفى الأم والطفل وهو مستشفى التخصص الوحيد الخاص بالأمراض النسائية والتوليد وأمراض الأطفال في المدينة؛ هو الآخر شهد تطورا ملحوظا ويقدم خدمات عديدة، كما يستقطب الكثير من المعالجين من المجالات المجاورة جهويا. وقد استقبل المستشفى ما يناهز (15803) معالجة سنة 2019، فيما بلغ عدد أيام الاستشفاء (56799). وهذا يشكل عبئا على المستشفى والطاقة الاستيعابية والأطقم الطبية. حيث يعمل المستشفى بسعة (196) سرير و211 طبيبا و283 ممرض وتقني الصحة، مما يطرح معه مشاكل خاصة على مستوى انعاش الأمهات وانعاش حديثي الولادة بقسم الطوارئ الذي يعد من أهم الجوانب في مجال الاسعافات الأولية والحوادث، لأنها تقدم العناية الطبية خلال الساعات الأولى لوقوع الحادث وهي الساعات الحاسمة في حياة المصاب. فالوقت في مثل هذه الظروف عنصر أساسي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. وهو الهدف الرئيسي الذي يدعو المستشفيات إلى إقامة غرف الطوارئ المتميزة بالتجهيز الكامل من جهة، وبسرعة تقديم الخدمة من جهة أخرى.[219] ومما لاشك فيه أن عامل الزمن يؤثر في الحالات المرضية، وأن فارق الوقت من ثلاث إلى ست دقائق يمكن أن يكون له أثر على حياة الإنسان[220] ناهيك عن مشكلة النقل من مكان الحادث إلى غرف الطوارئ وما يمكن أن يؤثر به عامل الزمن والمسافة والمواصلات، إضافة إلى حجم المستشفى وما يمكن أن يقدم من خدمات بهذا المجال.[221]

أما بخصوص مستشفى عمر الادريسي فهو مختص بشكل أساسي في طب الأنف والأذن والحنجرة وطب العيون فقد احتل المرتبة الثانية من حيث عدد المعالجون به (2196) شخص. بينما سجل مستشفى ابن الحسن للأمراض العقلية والنفسية ما مجموع (1173) معالج. وأخير، مستشفى الأنكولوجيا فهو مختص بتقديم خدمات علاجية بداء السرطان، حيث بلغ عدد المعالجين به (575) معالج. كما يحتوي المركز الاستشفائي الجامعي على معهد بحث خاص بداء السرطان.

---

[219]- الغامدي عبد العزيز صقر (1990)، "استخدامات غرف الطوارئ بمدينة مكة المكرمة، دراسة في الجغرافية الطبية"، جامعة أم القرى، مطبوعات نادي مكة الثقافي الأدبي ص 77.

[220]-MAYOR (J.), 1979, Seattle's paramedic program ; Geographical distribution, response times and mortality, Social science and medicine, p.201

[221]-MORILL, RICHARD, and Others, 1970, Factors influencing Distances traveled to Hospitals, Economic Geog. Vol 46 n° 2, Clark University, U.S.A., P.206

3.1.3. مؤشرات التأطير الطبي ضعيف ينذر بتدني مستوى الخدمات الصحية

يعمل المركز الاستشفائي الجامعي المكون من خمس مستشفيات بسعة 949 سريرا متفاوتة التوزيع بين هذه الأخيرة، ويبلغ معدل السكان بمدينة فاس لكل سرير حوالي 1171 نسمة لكن هذا المؤشر يرتفع على مستوى جهة فاس- مكناس ليصل إلى 4464 نسمة. ويبلغ معدل الأسرة بالمستشفيات العمومية الخمسة على مستوى مدينة فاس حوالي 0,8 سريرا لكل 1000 نسمة وينخفض هذا المعدل إلى 0,2 على المستوى الجهوي. وبمقارنته بمعيار منظمة الصحة العالمية البالغ 10 أسرة لكل 1000 نسمة، نلاحظ أنها نسبة منخفضة جدا، مما يدل على العبء الكبير الذي يقع على كاهل الطاقم الطبي والشبه الطبي، الشيء الذي يؤكد انخفاض المستوى الصحي وعدم استفادة، بل حرمان عدد كبير من الساكنة من حقها في الولوج إلى الخدمات الصحية المقدمة، والذي يعني أن الزيادة السكانية لا يصاحبها زيادة في عدد الأسرة.

أما معدل عدد الأطباء لكل 1000 نسمة من السكان فهو 0,9 طبيب/1000 نسمة على مستوى مدينة فاس وأقل من 0,2 على مستوى الجهة، بينما يصل معدل السكان لكل طبيب بمدينة فاس إلى ما يناهز 1046 نسمة وما يفوق 3985 نسمة بجهة فاس-مكناس. وإذا ما تم اعتماد المعيار التي توصي به منظمة الصحة العالمية لتوفير تغطية جيدة، فيمكننا القول بأن مستوى التأطير الصحي ضعيف جدا سواء على مستوى مدينة فاس أو على مستوى الجهة. علما بأن المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس هو غير موجه لخدمة ساكنة المدينة وحدها، ولا يلبي حتى احتياجات ساكنتها التي يبلغ عدد سكانها 1.112.072 نسمة، والتي تنضاف إليها ساكنة الجهة البالغ تعدادها 4.236.892 نسمة. ويزداد الأمر سوءا عند ازدياد احتياجات ساكنة جهات أخرى التي تشكو من غياب المراكز الجامعة أو تفتقر مستشفياتها إلى التخصصات مثل جهة درعة-تافيلالت.

يبلغ مجموع الممرضين وتقنيي الصحة بمستشفيات المركز الجامعي (1067) موظفا حسب سنة 2019، ويتوزعوا بشكل متباين، بحيث يبلغ عدد السكان المخدومين بفاس 1112 نسمة لكل ممرض وتقني الصحة، بينما يرتفع هذا المؤشر على مستوى الجهة إلى 4464 نسمة/ممرض، في حين يصل عدد الممرضين لكل 1000 نسمة من الساكنة إلى 0,8 بفاس وإلى 0,2 بجهة فاس- مكناس. وبمقارنته بالمعيار العالمي لمنظمة الصحة العالمية الذي يحث على 2 ممرض لكل 1000 نسمة، نلاحظ أنه منخفض جدا، مما يستدعي توفير أطر شبه طبية لمواكبة التزايد السكاني وللتقليص من تدني الخدمات العلاجية.

جدول رقم 26: توزيع مؤشرات التأطير الطبي بالمركز الاستشفائي حسب مدينة فاس والجهة والمنظمة الصحة العالمية

المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني	مدينة فاس	جهة فاس–مكناس	معايير منظمة الصحة العالمية
عدد الأسرة الإجمالي بالمركز	949		
معدل السكان/1سرير	1171	4464	1سرير لكل 100 نسمة
1 سرير/ 1000 نسمة	0,8	0,2	10 أسرة لكل 1000
معدل السكان/1طبيب	1046	3985	1طبيب لكل 1000 نسمة
1طبيب/1000	0,9	0,2	
معدل السكان/ 1 ممرض	1112	4464	1 ممرض لكل 450و 500 نسمة
1 ممرض/1000 نسمة	0,8	0 ,2	2 ممرض لكل 1000 نسمة

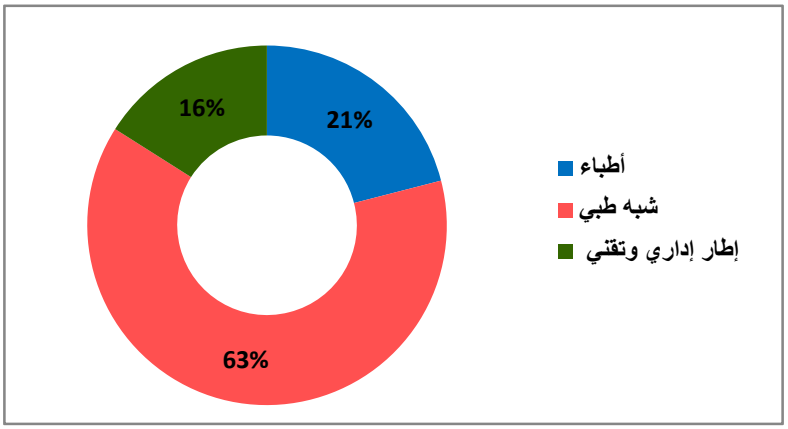
المصدر: من إعداد الطالبة الباحثة استنادا على بيانات المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني 2019
بيانات شبكة معايير منظمة الصحة العالمية الموصى بها في التأطير الطبي.

2.3. المركز الاستشفائي الجهوي فاس– مكناس إرث استشفائي ذو اشعاع كبير

يعمل المركز الاستشفائي الجهوي بمستشفياته الثلاثة بطاقة استيعابية تصل إلى 572 سرير. تتوزع بشكل غير متساوي بين المستشفيات مابين 250 سرير بمستشفى الغساني و40 سريرا بمستشفى ابن البيطار و282 سريرا بلسان الدين ابن الخطيب. فيما يصل الرصيد الاجمالي البشري إلى 604 إطارا، تتوزع بين 72 طبيبا و229 ممرضا وتقني الصحة و23 إداريا وتقنيا بمستشفى الغساني، و09 أطباء و38 ممرضا و15 إداريا بمستشفى ابن البيطار ثم ب 46 طبيبا و114 ممرضا وممرضة و58 إداريا وتقنيا بمستشفى لسادن الدين ابن الخطيب (كوكار).

والشكل أسفله يبين هيمنة الأطر المتوسطة الشبه الطبية بثلثي العدد من مجموع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجهوي فاس مكناس، بينما الثلث الباقي موزع بين الأطباء والأطر الإدارية والتقنية.

شكل رقم 18: توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجهوي فاس– مكناس



المصدر: قسم التخطيط والإحصاء، بالمركز الإستشفائي الجهوي سنة 2019

1.2.3.مستشفى لسان الدين ابن الخطيب شريان مرتفقي مدينة فاس

مستشفى لسان الدين ابن الخطيب كوكار حاليا، أسس هذا المستشفى الطبيب الكريستياني، واستوحت المؤسسة اسمها من أحد الممرضين العسكريين، الذي كان يعمل بقاعة التمريض بقصبة الشراردة، وكان من بين من قُتل في أبريل 1912 عندما كانت القبائل تهاجم فاس،[222]وكان تشييده سنة 1912 كوحدة كبيرة في البداية،[223]ويعد أقدم مؤسسة استشفائية بمدينة فاس، ويشكل مع مستشفى الغساني ومستشفى ابن البيطار المركز الاستشفائي الجهوي لجهة فاس–مكناس.

ويأتي لسان الدين ابن الخطيب في المرتبة الأولى من حيث عدد الأسرة ب (282) بالمركز الاستشفائي الجهوي. يحتوي هذا المستشفى على العديد من الأقسام والمصالح الطبية المتخصصة، منها طب الأطفال وطب الصدر وطب العيون وطب الكلي وطب الأنف والحنجرة وأمراض السكري وطب العلاج بالكهرباء والأشعة والطب النووي والطب الباطني وجراحة الوجه وطب أمراض الغدد والإنعاش قبل التخدير. ويبلغ عدد المعالجين (15875) معالج/سنويا خلال سنة 2019م. وأن أكثر الحالات التي ترد إلى المستشفى والتي يعاني منها المراجعين تتركز في أمراض الأطفال وأمراض العيون وأمراض السكري والعلاج بالكهرباء والأشعة وأمراض الصدر وأمراض الأنف والأذن والحنجرة. ويتأكد ذلك من خلال معدل الاستشارات في هذه الأمراض التي سجلت أعلى نسبة بلغت 41198 من إجمالي الاستشارات بالمستشفى التي قدرت ب 50351 إستشارة سنة 2019[224]بينما سجل أقل معدل الاستشارات في الأمراض التالية: الطب النووي والأمراض المعدية وجراحة الوجه وأمراض الكلي، ويقدم المستشفى خدمات محلية لسكان مدينة فاس وخاصة المحيطة به والتي تعيش وضعا اجتماعيا هشا.

2.2.3. المستشفى المختلط (Hôpital Mixte): الغساني الآن؛[225] إرث ذو استقطاب داخلي وجهوي كبير

أقيم مستشفى أوفير: أي الغساني حاليا وهو المستشفى المختلط مدني وعسكري في سنة 1933م على هضبة "ظهر المهراز" التي يرجع أصل تمدينها إلى وظيفتها العسكرية إبان الاستعمار. وقد تم اختيار هذا الموقع من طرف الجنرال ليوطي. وتم تحويل هذا المستشفى في 18 أكتوبر 1935م، من باب الحديد إلى ظهر المهراز تحت اسم المستشفى المختلط أوفير.[226]يعمل المستشفى بسعة (250) سرير، ويعد في المرتبة الثانية من حيث عدد

---

[222]- رويان بوجمعة (2013)، الطب الاستعماري الفرنسي في المغرب (1912-1945)، مطابع نت، ج.12، الرباط، ص. 329.

[223]-AKHMISE (M.), 1995, Histoire de la médecine au Maroc, des origines à l'avènement du protectorat, in histoire de la médecine au Maroc et dans les pays musulmans, 1ère édition, imprimerie Najah El Jadida Casablanca, p. 38

[224]-Direction Régionale Fès-Meknès, Hôpital Ibn Al Khatib Fès, Service d'Admission et d'Accueil, Section de la Gestion des information hospitalières Sous Section de la Statistique, Suivi annuel de l'activité hospitalière 2019.

[225]-WRIGHT (G.), 1991, The politics of design in French colonial urbanism, The University of Chicago Press.

[226]-YAKHLEF (M.), 1990, La Municipalité de Fès à l'époque du protectorat (1912-1956), Thèse de Doctorat en histoire contemporaine, Faculté des lettres et des sciences humaines de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, p. 358.

الأسرة بالمركز الاستشفائي الجهوي فاس–مكناس، ويضم المستشفى العديد من المصالح الطبية موزعة كالآتي: مصلحة جراحة الأعصاب ومصلحة جراحة الأطفال ومصلحة جراحة الشرايين ومصلحة القلب ومصلحة النساء والتوليد ومصلحة جراحة الجهاز الهضمي ومصلحة الجراحة التجميلية وجراحة البطن و مصلحة الكلي ومصلحة المعدة ومصلحة المسالك البولية ومصلحة الطب الباطني ومصلحة أمراض الفم ومصلحة أمراض الدم.

3.2.3. مستوى التأطير بالمركز الاستشفائي الجهوي يعكس تدني كفاءة الخدمات الصحية

معدل عدد السكان لكل سرير[(*)227]: تتخذ الأسرة الطبية كدليل يشير إلى حجم الخدمات الطبية في الوحدة الصحية، وتعد كمتغير يقيس نوعية الخدمات الطبية والصحية وسعة المستشفيات العمومية في تقديم الخدمات الصحية المناسبة. وتبين نسبة الأسرة للسكان مدى توفر الأسرة الكافية وإمكانية استقبال المرضى الراقدين.[228]وبالاعتماد على المعيار العالمي عند تقييم كفاءة توزيع عدد الأسرة على السكان نجد أن المركز الاستشفائي الجهوي بمستشفياته الثلاثة تصل قدرته الاستيعابية الإجمالية إلى 572 سرير فقط. وبالتالي، فإن معدل السكان لكل سرير على الصعيد الجهوي تتحدد في 7407 نسمة/سرير لعام 2019. هي نسبة تفوق المعيار العالمي بأكثر من المعقول، وهو معدل مرتفع جدا. بينما تزداد حدة هذا المؤشر ارتفاعا على مستوى المستشفيات بحيث يبلغ سريرا واحدا لكل 16947 نسمة بمستشفى الغساني، و15024 نسمة/سرير بمستشفى لسان الدين ابن الخطيب. ثم يرتفع هذا المؤشر بشكل صارخ بمستشفى ابن البيطار ليسجل سريرا واحدا لكل 105.922 نسمة بجهة فاس–مكناس خلال عام 2019.

أما بالنسبة لمستشفى لسان الدين ابن الخطيب (كوكار) الموجه في تقديم خدماته بالدرجة الأولى لمختلف أحياء مدينة فاس، وخاصة الأحياء المحيطة به ذات الوضع الاجتماعي الهش فعدد السكان المخذومين يصل إلى 3943 نسمة/سرير. وهي نسب تفوق المعيار العالمي بشكل كبيرا جدا الموصى به البالغ 10 أسرة لكل 1000 نسمة (أي سرير/100نسمة). وهي معدلات مرتفعة جدا إن على المستوى المحلي بمدينة فاس أو الجهوي، مما يؤشر على تدني كفاءة الخدمات الصحية في المستشفيات لقلة عدد الأسرة المتوفرة بما لا يتناسب مع حجم سكان الجهة، بل حتى على المستوى المحلي لمدينة فاس. وهذا يعني حاجة الساكنة إلى أسرة إضافية تتناسب مع الثقل

---

[227](*) إحتسب المعدل وفق الصيغة الآتية: عدد السكان لسنة 2019 / عدد الأسرة للسنة نفسها.

[228]- المظفر محسن عبد الصاحب (2002)، الجغرافيا الطبية محتوى ومنهج وتحليلات مكانية، ط 1، دار شموع الثقافية للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ص 310.

السكاني. وهذا يؤكد الزخم وافتراش الأرض لبعض المرضى لعدم كفاية الأسرة، بل أحيانا حرمانهم من الولوج إلى المستشفى قبل الخدمة، رغم حقهم في الاستشفاء. هذا يشكل أيضا ضغطا على المستشفيات ويجعلها عاجزة عن تقديم الخدمات لهذا الحجم السكاني الكبير. ويبين خصاصا مهولا يصعب تداركه على المدى القصير، بل قد يتحقق ذلك بمجهود كبير وإرادة قوية. وإذا ما علمنا أن عدد الأسرة بالمركز الاستشفائي الجهوي بمستشفياته الثلاثة تصل إلى 572 سريرا فقط، فإن معدل الأسرة على مستوى جهة فاس–مكناس هو حوالي 0,1 سريرا لكل 1000 نسمة.

معدل عدد السكان لكل طبيب(**)[229]من خلال هذا المؤشر يمكن معرفة مدى تفوق مستلزمات تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، أي كلما كان هذا الرقم للمؤشر منخفضا عبر على إمكانية حصول المواطن على جانب مهم من جوانب الخدمات الصحية بأسلوب أكثر سهولة مما لو كان الرقم مرتفعا.

وإذا ما استعرضنا عدد الأطباء لكل مستشفى على حدة سنتوصل إلى مايلي: يصل معدل السكان لكل طبيب إلى 15445 نسمة بمدينة فاس و58845 نسمة بالجهة بمستشفى الغساني، بينما يبلغ هذا المؤشر إلى 24175 نسمة بفاس و92106 نسمة بالجهة بمستشفى لسان الدين ابن الخطيب، في حين يفوق هذا المعدل 123563 نسمة/طبيب بفاس و470765 نسمة/طبيب بالجهة بمستشفى ابن البيطار لعام 2019. أما فيما يخص معدل عدد الأطباء لكل 1000 نسمة من السكان على المستوى الجهوي فهو 0,02 طبيب/1000 نسمة، و0,1 طبيب/1000 نسمة بفاس. ومن خلال هذه المؤشرات سواء على المستوى المحلي أو الجهوي، نلاحظ أنها نسب متدنية جدا، مما يؤكد بوضوح تدني المستوى الصحي، والذي يعني أن الزيادة السكانية لا يواكبها زيادة في عدد الأطباء.

معدل عدد السكان لكل ممرض وتقني الصحة يوضح هذا المؤشر كفاءة استخدام الممرضين في المستشفيات على ضوء عدد الساكنة التي تقوم بخدمتها. ذلك أن الاستفادة الجيدة من الممرضين العاملين في المستشفيات غير ممكنة مالم يكن هناك توازن بين الممرضين ونسبة الساكنة المخولة لخدمتها. خاصة وأن وظيفة التمريض من الوظائف الإنسانية الفاعلة للمجتمع، والمساعدة في تهيئة ظروف الشفاء للمرضى بما تقدمه من خدمات مختلفة.

---

[229](**) إحتسب المعدل وفق الصيغة الآتية: عدد السكان لسنة 2019 / عدد الأطباء للسنة نفسها.

يبلغ مجموع الممرضين وتقنيي الصحة بالمركز الاستشفائي الجهوي بمستشفياته الثلاثة حوالي 381 إطارا، بمعدل 2918 نسمة لكل ممرضا على مستوى مدينة فاس و11120 نسمة/ممرض على الصعيد الجهوي لعام 2019. وهي نسب جد مرتفعة، وتفوق المعيار العالمي بأكثر من ستة أضعاف بفاس. أما توزيع معدل عدد السكان لكل ممرض وتقني الصحة فهي جد متفاوتة بين مستشفيات المركز الجهوي، حيث تتراوح بين ممرض وتقني الصحة لكل 4856 نسمة بفاس و18501 نسمة بالجهة بمستشفى الغساني بينما يصل المعدل إلى 9755 نسمة/ممرض بفاس و37165 نسمة بالجهة بمستشفى لسان الدين ابن الخطيب، فيما يرتفع المؤشر بمستشفى ابن البيطار إلى 29265 نسمة/ممرض بفاس و111497 نسمة/ممرض على صعيد الجهة. ويكون هذا الواقع غير متوافق، بل بعيد جداً إذا ما قيس بمعيار منظمة الصحة العالمية الذي حدد ممرض واحد لكل 500 نسمة.

3.3. أهمية الطب المتعدد الاختصاصات وتراجع الطب العام مؤشر على دينامية المجتمع

يعد مؤشر عدد الأطباء الاختصاصيين إلى مجموع الأطباء الكلي من المؤشرات التي توضح أهمية الأطباء المختصين والذين يعتبرون العمود الفقري للعملية الصحية داخل المستشفيات. وتعد أهميتهم بأنهم الأساس في مراجعة المرضى للمستشفيات لغرض الاستشارة الطبية أو لإجراء الفحوصات اللازمة لتشخيص المرض بصورة دقيقة وإجراء عمليات خاصة وعالية الدقة.[230]لهذا الاعتبار نجد أن الأطباء المختصين قلة ومكلّفين ماديا، ويصعب تعيينهم في مستشفيات متفرقة؛ مما فرض نظام تجميع المرضى داخل مستشفيات كبرى، وتمركز العمل الاستشفائي، الشيء الذي أثر على تطور وتوسع المستشفيات فيما بعد. فقد تم تجميع المستشفيات حول محور مركزي، تتجمع فيه الإمكانيات التقنية والبشرية المتطورة والتي ستكون في خدمة الفئات الاجتماعية.[231]لذلك يقتصر وجود أغلب المستشفيات المتخصصة في المراكز الاستشفائية الجامعية والتي تمتاز بتخصصها بأمراض معينة وأحيانا نادرة، تتسم بالتعقيد وطول مدة العلاج وتقديم خدمات ذات طبيعة نوعية.

يبلغ معدل عدد الأطباء الاختصاصيين إلى مجموع الأطباء (93%) اختصاصيا، وهو عدد كبير (الجدول أسفله 27)، وكلما كان عدد الأطباء الاختصاصيين كبيرا، كان علاج أكبر عدد ممكن من المرضى. وكلما كان عدد المرضى قليل مقارنة بعدد الأطباء، أصبح بإمكان الأطباء الاهتمام بعلاج المرضى بشكل أفضل لقلتهم، ومن

---

[230]- ضرغام خالد عبد الوهاب أبو كلل (2012)، واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف الأشرف - دراسة في جغرافية الصحة، أطروحة لنيل الدكتوراه في الجغرافيا، كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة البصرة، ص 203.

[231]- زارو عبد الله (2005)، المستشفى العمومي وإعادة الإنتاج الاجتماعي، من خلال دراسة ميدانية مقارنة لثلاثة مستشفيات عمومية: المستشفى الجامعي ابن رشد، المستشفى الجهوي الغساني بفاس، المستشفى الإقليمي محمد الخامس بالجديدة، أطروحة لنيل الدكتوراه في سوسيولوجيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر- المهراز فاس، ص 90.

ثم تزداد إمكانية الفحص الدقيق وعدد العمليات الناجحة والنادرة والتي تكون أكثر فعالية بمساعدة باقي أطباء المستشفى.

جدول رقم 27: توزيع أطباء القطاع العمومي حسب الاختصاص وحسب المستشفيات بفاس (سنة 2019)

	اسم المستشفى	عدد الأطباء الاختصاصيون	عدد الأطباء الإجمالي	معدل عدد الأطباء الاختصاصيون
1	م. التخصصات	699	699	100
2	م. الأم والطفل	211	211	100
3	م. الأنكولوجيا	70	70	100
4	م. عمر الادريسي (باب الحديد)	58	58	100
5	م. ابن الحسن	25	25	100
6	م. الغساني	60	72	83
7	م. لسان الدين ابن الخطيب (كوكار)	36	46	78
8	م. ابن البيطار (سبيطار الزيت)	09	09	100
	المجموع	1108	1190	93

Sources :- Rapport d'Activité de Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II, 2019, p.19-20
-Rapport d'activité de Centre Hospitalier Régional Fès-Meknès.

4.3. القطاع الطبي الخاص تضخم كمي وتحول نوعي وتركز مجالي

يعتبر القطاع الطبي الخاص ميزة المدن الكبرى، بحيث يتركز 55% من أطباء القطاع الخاص في مدينة فاس لوحدها بينما الباقي يتوزع على مجموع تراب الجهة. وقد شهد هذا القطاع تطورا سريعا خاصة خلال العقد الأخير، بحيث تتركز بالمدينة أزيد من 676 عيادة حرة. منها 228 في الطب العام و448 عيادة في التخصصات الطبية المتنوعة، علاوة على 150 عيادة في طب وجراحة الأسنان (48%) وأزيد من 400 صيدلية موزعة على جميع أحياء مدينة فاس و19 مختبرا و18 مركزا لتصفية الدم و26 مصحة خاصة. ويضم هذا القطاع جميع أنواع الخدمات الطبية المتخصصة والتي يفوق تعدادها 40 تخصصا.

ويعتبر توافر أطباء الاختصاص من أهم العوامل الأساسية لجذب المرضى بهذا القطاع لامتلاكهم مهارات وخبرات طويلة وكفاءات عالية تم اكتسابها وتكوينها بالمستشفيات العمومية، كما تعتمد على تقنيات ومعدات متطورة، مما يجعل خدمات القطاع الطبي الخاص منتجة للندرة في العلاج، ينتج عنه عملية انتقاء للفئات التي ستستفيد من هذه الخدمات العلاجية المتميزة. ويستطيع هذا القطاع بطاقمه المتكامل وتجهيزاته الحديثة من تقديم خدمات علاجية وجراحية وإسعافية تتفوق فيه على خدمات المستشفيات العمومية بل ومنافسا للقطاع العمومي. في اجتذاب المرضى خاصة من الفئات العليا والعليا المتوسطة التي تتوفر على تغطية صحية جيدة والتي تجد في

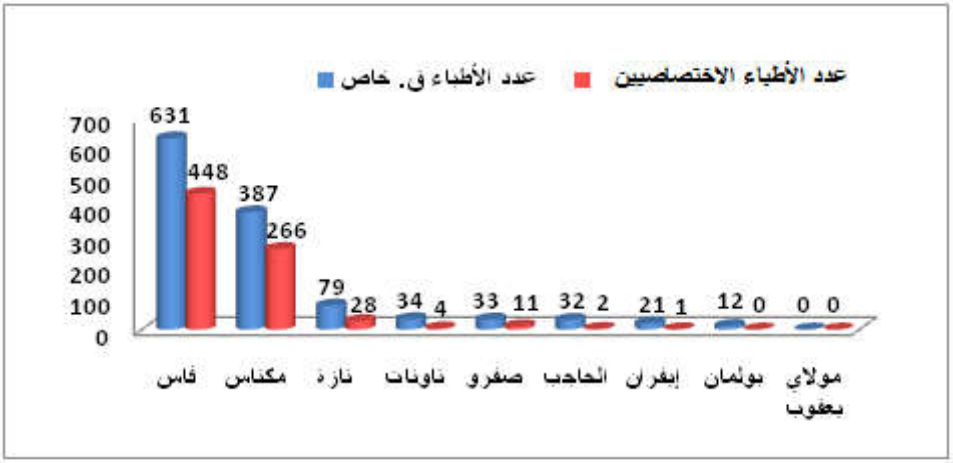
خدمات القطاع الخاص حلا سريعا لمشاكلها الصحية ولتي لا تكلف نفسها عناء الذهاب إلى المستشفيات الصحية العمومية، بسبب تردي خدماتها الطبية. بينما الفئات ذات الدخل المحدود فترتاد هذا القطاع وتستفيد من خدماته الطبية عند احتياجاتها القصوى أو في حالة الطوارئ. وهذا يعتبر مؤشرا على ضعف خدمات المصالح الاستشفائية العمومية وخاصة المستعجلات وكذلك دليلا على ضعف التأطير الصحي بها.

ويجد القطاع الطبي الخاص بمدينة فاس مرتعا خصبا لتركز خدماته الصحية، ويعود هذا إلى عدة عوامل، أولها القرب من المؤسسات الصحية العمومية (المستشفيات الجامعية). كما يمثل القرب من المؤسسات الخدمية الأخرى من بنوك، شركات تأمين، مكاتب محاماة، مكاتب دراسات...عاملا آخر لازدهاره. أدى تركز هذا القطاع في مركز المدينة، وخاصة أطباء الاختصاص الذين يطلبون غالبا تحاليل وصور أشعة وأنشطة طبية أخرى مرتبطة بها كخدمات التحليل الطبي، التصوير بالأشعة، العلاج الطبيعي...لذلك نجد أغلبية هذه الخدمات متركزة في مركز المدينة في بنايات عمودية تضم أطباء ومخابر تحاليل بيولوجية ومراكز أشعة تكوّن عمليا مراكز طبية متعددة الاختصاص.[232]يستفيد من هذا القطاع ساكنة مدينة فاس بالدرجة الأولى ثم ساكنة المدن الأقل هيمنة في سلم التراتبية الحضرية داخل الجهة، وأحيانا من جهات أخرى، مما يساهم في الضغط عليه بشكل كبير وخاصة قطاع المصحات الخاصة.

لقد ساهمت العوامل البشرية على رأسها الثقل السكاني ومجالية الموقع المتميز، من تحديد ملامح الأوضاع الصحية لمدينة فاس وخلق تفاوت في نوعية الخدمات العلاجية التي تبرز إشعاعا كبيرا للعيادات والمصحات الاستشفائية الخاصة. والشكل أسفله يبرز أهمية القطاع الخاص بمدينة فاس وتوزيعه بجهة فاس- مكناس.

[232]- الجراية منير(2008)، جغرافية الأمراض التنفسية والقلب والشرايين – الهياكل الصحية، العلاقة مع المناخ وتخطيط التنمية في جهة صفاقس (تونس)، ورد في كتاب من تنسيق محمد الأسعد، نحو استراتيجية لتخطيط التنمية المجالية في العالم العربي بأبعادها المحلية والقومية والعالمية، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، الجزء 1، ص.664

شكل رقم 19: توزيع أطباء القطاع الخاص حسب الاختصاص بجهة فاس– مكناس (سنة 2019)



Source: Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, Fès-Meknès

يعد القطاع العمومي الأكثر استيعابا لعدد المرضى الذين يرتادونه، ويرتبط بشكل وثيق بالوزراة الوصية. إلا أنه رغم التطور الذي عرفه، ازدادت الحاجة لهذه الخدمات. لذلك بادرت الدولة إلى تشجيع القطاع الطبي الخصوصي بهدف تمكين هذا الأخير من تحمل جزء من المسؤولية إلى جانب القطاع الصحي العمومي في تقريب خدمات الصحة من المواطنين. وإذا كان القطاع العمومي يرتبط في تسييره وتدبيره مباشرة بالوزارة الوصية، فان القطاع الطبي الخاص قد وكل إلى مبادرات الخواص. فارتباط القطاع الطبي الخصوصي بالاستثمار من أجل الربح يحد بشكل كبير من انتشاره في المدن الصغرى والمراكز الحضرية والمجالات القروية. لذلك فهو يشكل قطاعا نخبويا وانتقائيا ومحدودا في توسعه على الصعيد الجهوي. أما القطاع الصحي العمومي فيتوجب عليه استيعاب جميع الشرائح الاجتماعية أينما تواجدت. لذلك يوجه القطاع الخاص استثماراته نحو المدن الكبرى ومنها مدينة فاس باعتبارها قطبا حضريا كبيرا في المنطقة الوسطى الشمالية. وبمواردها البشرية وامكانياتها الاقتصادية تعد قبلة لتركز الخدمات الطبية الخاصة.

ومن خلال تفحص الشكل رقم (19) يتبين بأن التوزيع المجالي لأطباء القطاع الخاص يتميز بالتباين في توسعه مابين مدن ومناطق جهة فاس– مكناس؛ بحيث تتركز ما يفوق 42% من طاقمه بمدينة فاس. ويظهر التفاوت جليا حينما نقارن توزيعه على مستوى نوعيتهم. فالملاحظ أن أطباء الاختصاص يتركزون أساسا بمدينة فاس بنسبة 60% ومكناس ب35%، فيما 5% تتوزع على الباقي مجالات الجهة التي تفتقر للطب الاختصاصي وتركز للطب العام بنسبة 60% بالمجالات القروية فالتفاوت في التوزيع والخدمات المقدمة يبدو جليا، ناهيك على أنها لا تتوفر على اختصاصات طبية، خاصة في ظل التحولات السوسيو–اقتصادية والتحول الوبائي في بروز

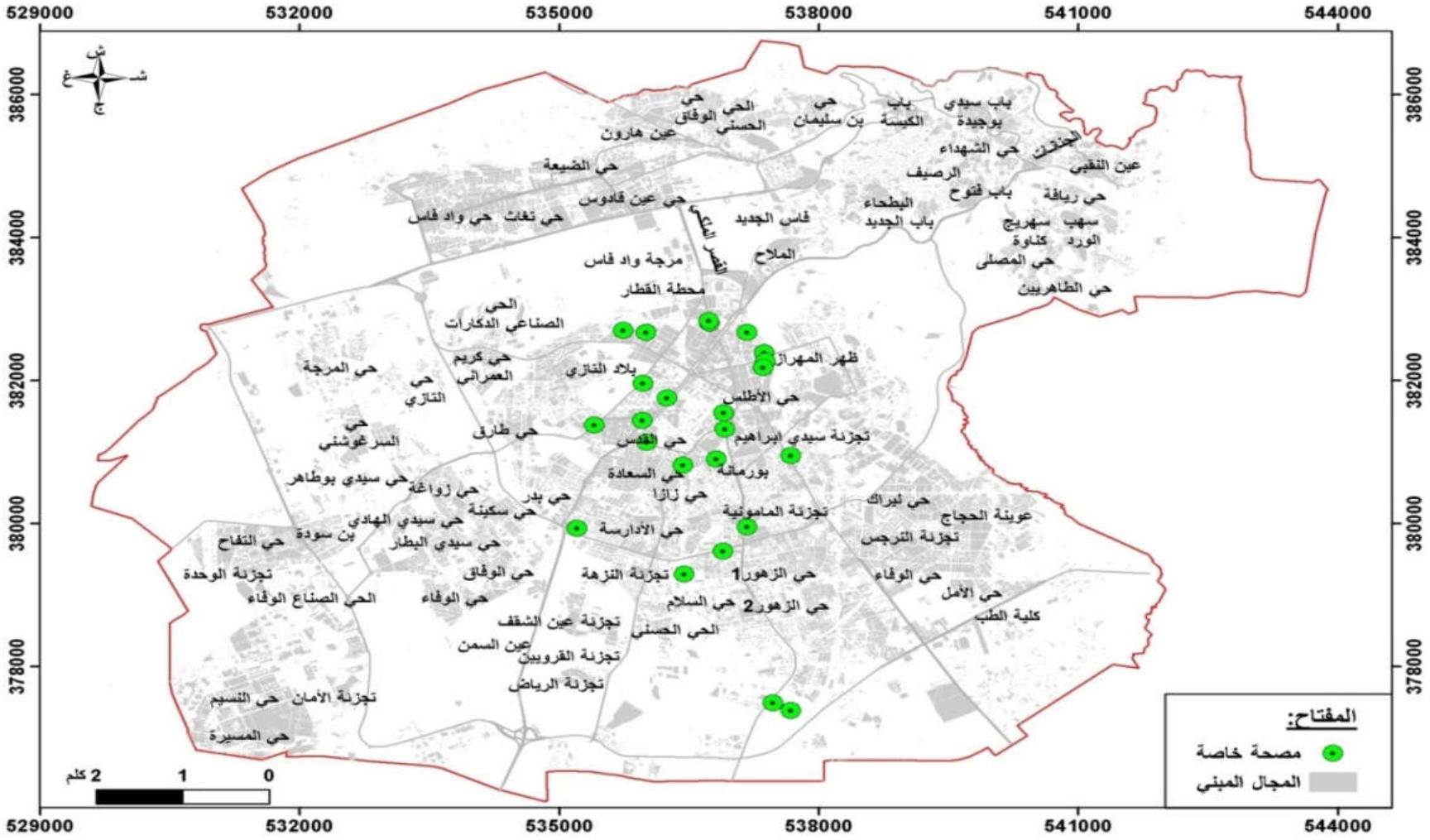
أمراض العصر، مما يفتح المجال للقطاع الطبي الخاص من جهة وتوجيه الحالات المرضية والتي تتطلب تخصصا طبيا أو إقامة استشفائية إلى إحدى المستشفيات الثمانية المتواجدة بمدينة فاس.

1.4.3. تركز مفرط لمصحات القطاع الخاص بمدينة فاس

تتركز عروض العلاجات الصحية بواسطة المصحات الخاصة أساسا في مدينة فاس التي تستحوذ على أكبر عدد من مصحات الخاصة جهويا، البالغ عددها 26 مصحة (أي 62%) من إجمالي 42 على صعيد الجهة. وتغطي هذه المصحات جميع التخصصات، تليها مدينة مكناس ب 13 مصحة فيما 3 مصحات فقط تنتشر على باقي مجموع الجهة. وتعد مظهرا من أهم مظاهر اللاعدالة ترابية لخدمات القطاع الطبي الخاص، بتمركز معظم مصحاته الخصوصية في مدينة فاس مع غياب شبه كلي للمصحات الخصوصية في معظم مدن ومناطق الخارجة عن فاس الكبرى.

إن ما يستشف من خريطة توزيع المصحات الخاصة هو تمركزها القوي في مدينة فاس، وبالضبط في مقاطعة فاس الجديد دار الدبيبغ (أكدال) حيث كانت انطلاقتها الأولى، لتعرف نموا سريعا خلال العقدين الأخيرين (2000-2020) في اتجاه حي بورمانة أو بمحاذاته على طول شارع ابن الخطيب وطريق ايموزار، كما هو الشأن بالنسبة لعدد من المصحات: طيبة، كوثر، النخيل، فاس، السلام، التوأم أو الأحياء المجاورة غير البعيدة عن وسط المدينة، وكما هو الحال بالنسبة لمصحات المجد والسعادة التي تتواجد بحي الأدارسة وحي السعادة. وفي نطاق التوسع السريع الذي شهدته إختارت مصحات أخرى: مثل مصحة أكدال، ريان وميموزا، البحث عن مواقع استراتيجية جديدة في أنحاء متفرقة شمال المدينة الجديدة لخلق أماكن استقطاب بديلة عن القطاع الجنوبي، ومع استمرار إنشاء مصحات أخرى بالجزء الجنوبي الغربي للمدينة الجديدة. وتعزى هذه الانتقائية المطلقة لتوطن المصحات إلى ميل المبادرة الحرة، نحو تحقيق الربح المادي، ارتباطا بالمواقع الاستراتيجية والأحياء السكنية الراقية، مما يضمن لها تدفقا نوعيا من المرضى الذين ينحدرون من الفئات الاجتماعية الميسورة والطبقة المتوسطة العليا المتواجدة بمختلف الوحدات الحضرية المكونة للمدينة.

خريطة رقم 19: توزيع مصحات القطاع الخاص بمدينة فاس



المصدر: – دليل المصحات 2021 (المجلس الجهوي لهيئة الطبيبات والأطباء بفاس) – وضع الخريطة من إنجاز فاطمة الزهراء الدحماني

إن توسع نطاق خدمات القطاع الطبي الخاص من عيادات ومصحات ومخابر ومراكز وغيرها تتحكم فيه عدة عوامل أهمها تزايد الحاجة للخدمات الصحية، ثم تدني مستوى الخدمات الصحية بالقطاع العمومي من إمكانيات العرض الصحي المتجلية في طاقتها الاستيعابية والتأطير للأعداد المتزايدة من المرضى. مما يجعل خدمات القطاع الطبي الخاص تعرف اقبالا متناميا رغم تكاليف العلاج المرتفعة وضعف القدرة الشرائية لفئات عريضة من المجتمع. لذا نجد هذا القطاع ينتعش بفضل الزبائن القادمين بتوجيه إما من القطاع العمومي أو من تلقاء أنفسهم، عندما يكون هناك ضعف في التجهيزات الطبية بالمراكز والمستشفيات التابعة للصحة العمومية.[233] فبالرغم من توسع ولوج المبادرة الحرة في قطاع الصحة، إلا أن ذلك لم يكن لصالح التوزيع العادل للخدمات الصحية المقدمة للسكان وتغطية الحاجيات المتزايدة في هذا الميدان. والقطاع الخاص بدوره زاد من تكريس التفاوتات السوسيومجالية في المجال الصحي لمدينة فاس. وهذا ما توضحه خريطة توزيع مصحات القطاع الخاص.

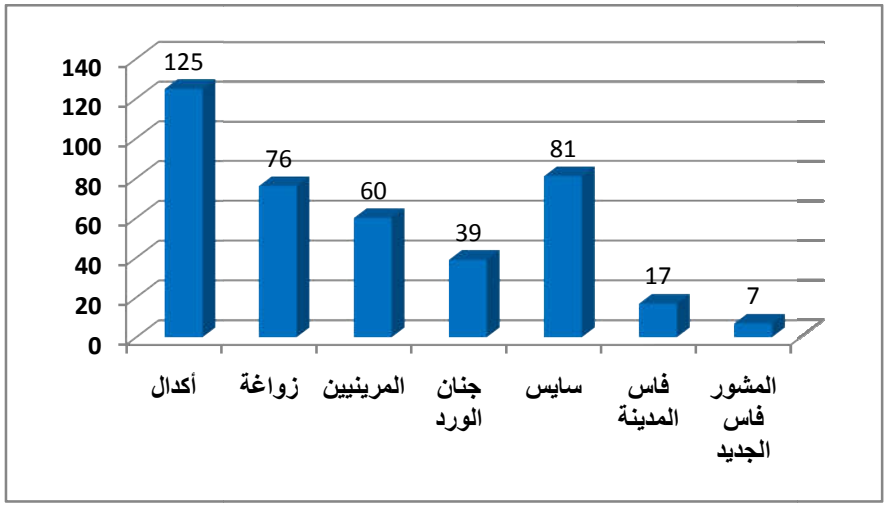
5.3. كثافة عالية للصيدليات وجراحي الأسنان بمدينة فاس يخفي سوء التوزيع الجهوي

يتبين من خلال شكل توزيع الصيدليات بمدينة فاس أن هاته الأخيرة تنتشر بشكل منتظم في كل أحياء المدينة. وحسب معطيات هيئة الصيادلة وصل عدد الصيدليات سنة 2019 على مستوى جهة فاس- مكناس إلى حوالي (420) منها 400 صيدلية تتركز بمدينة فاس لوحدها. كما أن معظمها تقريبا تابع للقطاع الخاص، ويبلغ معدل السكان لكل صيدلية بفاس حوالي 2780 نسمة، وهي نسبة جيدة وفق المعيار الصحي العالمي، صيدلية لكل 10.000 نسمة. وتعتبر خدمات الصيدلة من أهم خدمات القرب التي تتصف بسهولة الولوجية بأقصر مسافة وأقل جهد. وهذا يرجع إلى توافر الصيدليات بحيث تغطي مجموع تراب مدينة فاس. الأمر الذي يكشف عن حركية هذا المرفق الصحي وتوجهه ذي الطابع الليبرالي الحر في اختيار أماكن خدمته. غير أن هذا القطاع يتميز بسوء توزيع وحداته الصحية، ليس على المستوى الجهوي فحسب، بل إن مظاهر اللاعدالة الترابية تتجلى بشكل أكثر وضوحا داخل المجال الحضري الواحد لمدينة فاس. وذلك استنادا إلى ما تبرزه قراءة المعطيات الواردة في الشكل. فوتيرة تزايد عدد الصيدليات بمقاطعة أكدال يسمح لها باحتلال الصدارة، وتليها كل من مقاطعة سايس وزواغة ثم مقاطعة المرينيين. فيما تتذيل المراتب الأخيرة من حيث عدد الصيدليات كل من مقاطعة جنان الورد، فاس المدينة والمشور فاس الجديد. ولعل هذا التفاوت يعود تارة إلى موقعها وسط المدينة وبتوافر خدمات القرب

[233]- المواق سعيد (2017)، البيئة الحضرية والوضعية الصحية بمدينة القنيطرة، تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية والاستشعار عن بعد، أطروحة لنيل الدكتوراه غير منشورة، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية، ص 194.

الأخرى على رأسها الخدمات الصحية ووكالات تأمين وخدمات إدارية وقانونية وغيرها كما الحال بالنسبة لمقاطعة أكدال، وتارة أخرى بفضل ما يشهده ترابهما من حركية سكنية انعكست بشكل جلي على توسع مجالهما، كما هو الأمر بالنسبة لكل من مقاطعتي سايس وزواغة. في حين نجد مقاطعة المرينيين بالرغم من كثافتها السكانية المهمة وقدم التعمير بها بالمقارنة مع المقاطعتين السالفتين الحديثة التعمير (سايس وزواغة) فإنها تحتوي على عدد أقل من الصيدليات. ويفسر في كونه مجالا يضم فئات اجتماعية تتسم بالفقر والهشاشة، وبالتالي فإن مثل هذه المجالات لا تستهوي تمركز القطاع الخاص. بينما المدينة القديمة (مقاطعة فاس المدينة، المشور فاس الجديد، جنان الورد)، تتذيل المرتبة الأخيرة بحكم تراجع النمو الديمغرافي بها، وانحباس الامتداد العمراني بين أسوارها، وسمة الفقر والتهميش التي تميز معظم ساكنتها.

شكل رقم 20: توزيع الصيدليات حسب المقاطعات بمدينة فاس

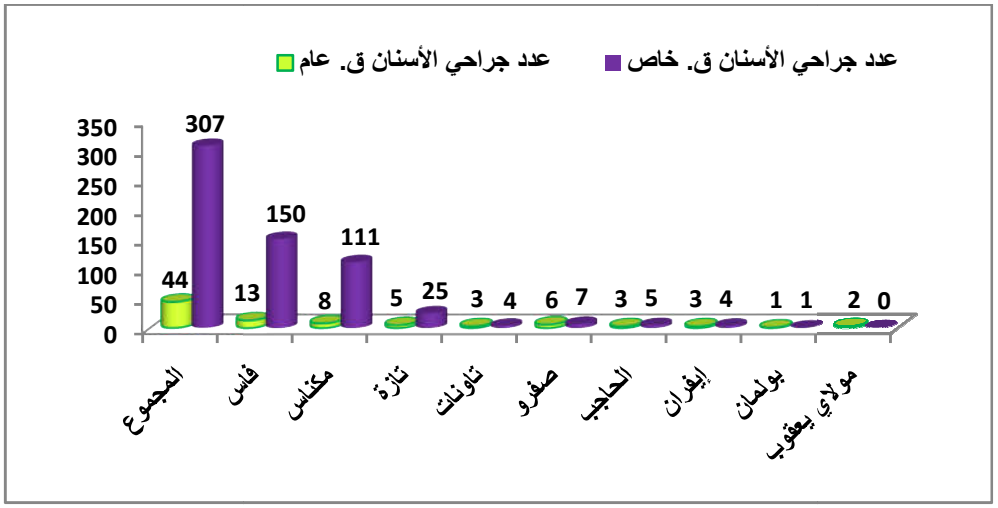


المصدر: إستنادا على بيانات دليل الصيدليات بهيئة الصيادية بفاس والبحث الميداني (2021)

أما أعداد جراحي الأسنان متفاوت التوزيع حسب مدن ومناطق الجهة: يظهر من خلال التوزيع المتمثل في الشكل ووجود تطابق شبه تام مع الأشكال التي تتخذها توزيع الصيدليات. إذ نصادف مستويات التركزات نفسها بالمدن ومناطق الجهة نفسها؛ بحيث نجد مدينة فاس تضم أعداد كبيرة من جراحي الأسنان، إن على مستوى القطاع العام (30%) أو القطاع الخاص (50%) وبالتالي تحتل الصدارة في عدد الأطباء، تليها مدينة مكناس بنسبة 18% من عدد جراحي الأسنان قطاع عام و36% في القطاع الخاص. في حين تتوزع ما يقارب 52% من جراحي الأسنان بالقطاع العام و14% في القطاع الخاص على باقي مجالات الجهة بشكل ضعيف ومتفاوت في التوزيع. ومن هنا نستنتج أن القطاع الخاص يتموقع في المدن الكبرى حيث التمدين السريع

والكثافات السكانية المرتفعة والامكانيات والموارد، مما يزيد من تعميق الاختلالات المجالية والتفاوتات الصحية الترابية، وبالتالي يتنافى والأهداف التي وُجِدَ من أجلها وهي خلق التوازنات الترابية والتوافقات القطاعية بين العام والخاص وفي تسهيل تقديم الخدمات الصحية لسكان الجهة.

شكل رقم 21: توزيع عدد جراحي الأسنان حسب القطاع العام والخاص بجهة فاس– مكناس (سنة 2019)



Sources : - Haut Commissariat au Plan: Annuaire Statistique du Maroc 2020, p.356
- Direction Régionale Fès-Meknès, Conseil National de l'Ordre des Médecins

4. المحددات الاجتماعية والاقتصادية والمجالية وتأثيراتها على الوضعية الصحية بمدينة فاس

إن دراسة الوضع الصحي لساكنة مدينة فاس وأهم محدداته، يعد مطلبا مهما ومفيدا لاستكمال النظرة حول العوامل الكامنة والظروف المتحكمة في التفاوت لولوجية العلاجات الصحية والاستفادة من الخدمات الصحية للساكنة. فإذا كان وضع البنيات والتجهيزات الداخلية لهذه الأخيرة لا يستطيع توفير الظروف المناسبة للمتطلبات والحاجيات المتزايدة لساكنة الجهة على العموم وساكنة مدينة فاس على وجه الخصوص، فإن آدائها يتأثر كذلك بالأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والمجالية والثقافية. ذلك لأن المؤسسة الاستشفائية عبارة عن منظومة مكانية مصغرة، تتعدد مكوناتها وخصائصها الاجتماعية والمجالية وتتباين العمليات المؤثرة فيها.

لذا، تمارس المحددات الاجتماعية التي تعيش فيها ساكنة فاس، تأثيرات قوية على درجة ومستويات الاستفادة من الخدمات الصحية وجودتها. فإلى جانب المؤسسة الاستشفائية التي تؤدي وظيفة التأطير الطبي بشكل أو بآخر، ومن هذا المنطلق يتبين مدى الترابط القوي بين ما يستفيد منه المريض من كثافة الخدمات الصحية المقدمة له والوضع الذي يعيش فيه، فالتفاوت الحاصل في الخصائص السكانية للأسر وفي ظروفها السكنية

ونوع الأنشطة المهنية التي تزاولها وامكانياتها المعيشية، قد أفرزت خريطة صحية متباينة الخدمات الصحية داخل مدينة فاس، تتخذ أبعادا مختلفة بحسب اختلاف المتغيرات.

إن دراسة تأثير مختلف تلك المحددات على الحالة الصحية يتم عن طريق قياس مؤشراتها وعوامل التهديد المؤثرة فيها، وذلك بالنسبة لمختلف الفئات الاجتماعية، وعلى مستويات مجالية متباينة داخل المدينة. ومن ثمة، إبراز الفئات الاجتماعية الأكثر اعتلالا والأكثر حيفا من حيث ولوجها للعلاجات الصحية والمستويات المجالية الأكثر تضررا من جراء الأمراض. وقد يساهم هذا النوع من الدراسات في تحديد أولويات التدخل لتغطية الحاجيات الصحية المستجدة.[234]

1.4 تفاوت في الخدمات الصحية بتفاوت الفروقات الاجتماعية والاقتصادية لساكنة مدينة فاس

إن دراسة الخصائص السوسيو اقتصادية وتوزيعها حسب الفئات الاجتماعية والمستويات المجالية، يروم إعطاء نظرة شاملة عن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسر. لأن الفقر وتدني المستوى الاجتماعي للسكان لهما انعكاس مباشر على الحالة الصحية التي تستند عادة في قياسها على ثلاثة مؤشرات وهي الوفيات والمراضة (la morbidité) والإعاقة. غير أننا سنقتصر على دراسة مؤشر المراضة، لأنها أكثر تعبيراً لرصد الحالة الصحية، خاصة وأنها تشكل حلقة رابطة مابين الصحة الجيدة والاعتلال والوفاة. أما فيما يخص مؤشر الوفيات فلم تسفر محاولاتنا عن نتائج مرضية لعدم توافر الإحصائيات القابلة للمقارنة والمعبرة مجاليا (أنفلوس، 2007).

1.1.4. الفوارق في الامكانيات المادية: الفئات الفقيرة والهشة أكثر اعتلالا والأكثر حيفا في الولوج للخدمات الصحية.

إن توزيع المداخيل الشهرية لأرباب الأسر، لا يعكس مواصفات وظروف عيش هؤلاء فحسب، بل يعمل أيضا على إعطائنا صورة تقريبية عن الواقع المعيشي لساكنة مدينة فاس. فمن خلال تحليل معطيات البحث الميداني المنجز مع الأسر، حيث اتضح أن معظم الأسر تعيش على دخل محدود وقدرة شرائية ضعيفة، إذ يتراوح دخلها الشهري مابين 1000 و1500 درهم. وتمثل الفئة العريضة من مجتمع الدراسة، حيث تضم 510 أسرة (أي 51% من مجموع الأسر)، تعيش على مصادر عيش زهيدة جدا، وبالتالي فهي غير قادرة على تحمل وتغطية المصاريف الضرورية للعيش إلا بصعوبة.تليها الفئة الاجتماعية ذات الدخل المتوسط مابين 3000و5000 درهم،

[234]- أنفلوس محمد، أيت العسري بدر الدين (2013)، "تأثير المحددات البيئية والسوسيواقتصادية على الوضع الصحي بالمنطقة الشمالية الشرقية للدار البيضاء الكبرى"، ورد في مجلة جغرافية المغرب، مجلد 28 عدد 1-2 ، الجزء الأول، السلسلة الجديدة، ص21 ، عدد خاص بأعمال المؤتمر الوطني الثالث للجغرافيين المغاربة" التحولات المجالية والسوسيواقتصادية": المنعقد بكلية الآداب والعلوم الانسانية بالمحمدية في يناير 2013.

وتتشكل من 290 أسرة (29%). أما الفئة الاجتماعية ذات الدخل المرتفع التي يفوق دخلها 5000 درهم، فلا تمثل سوى 150 أسرة (15%). وإن نسبا ضعيفة جدا من الأسر (5%) هي التي تتوفر على مداخيل شهرية عالية، مقارنة مع ظروف عيش الأغلبية من السكان (أكثر من 10000 درهم شهريا). إن تقويم القدرات المادية يبقى نسبيا، ولا يمكن أن يكون موضوعيا إلا إذا تم استحضار باقي المتغيرات الأخرى المساعدة على تحديد الاستهلاك وظروف عيش الأسرة (نوعها، حجمها، انتمائها الاجتماعي، المسكن اللائق، التغدية السليمة...). وهي كلها عوامل تؤدي دورا هاما في رفع مستويات الصحة.

وتكشف نتائج الدراسة أن التفاوت في توزيع الدخل بين الأسر، يطابقه تفاوت في نسبة ونوعية المراضة بين الفئات الاجتماعية الممثلة. بحيث تبرز الترابط القوي بين الأسر الضعيفة الدخل (أقل من 1500 درهم) ومستويات إصابتها بالمرض وذلك بنسبة 48% من مجموع الأسر المصابين بمرض ما. كما أن الإجراءات التي تتخذ لمنع أو معالجة ما يحدث من أمراض في صفوفها تبقى ضعيفة جدا. فهناك حالات كثيرة من التوسع في عدم المساواة في الصحة تنبع من عدم المساواة في الظروف الاقتصادية[235]والتي تتجسد بوضوح في صفوف أفراد الأسر المتوسطة الدخل والتي تصل نسبة إصابتها بالمرض 31%. أما أفراد الفئة الأسرية ذات الدخل المرتفع فيقل بينهم تردد الأمراض، بحيث لا تتعدى نسبة سريانية الأمراض 16% من مجموع الأفراد الذين يشكون من مرض ما، فيما تسجل الفئة الاجتماعية عالية الدخل أقل نسبة في سريانية الأمراض ب(5%).

ويستنتج من ذلك كله، أنه كلما ارتفع دخل الأسر قلت ترددية الأمراض بين أفرادها والعكس صحيح. وإذا انخفض الدخل لدى الأسر فإنه ينعكس سلبا على الحالة الصحية لأفرادها، إذ يصبحون أكثر عرضة للأمراض والاعتلالات. أما إذا تطرقنا إلى مسألة صنف المراضة، فإننا نجد أن الأمراض غير السارية (غير المتنقلة) هي الأكثر استفحالا بين مختلف شرائح الفئات الاجتماعية بمدينة فاس مقارنة مع نظيرتها الأمراض المتنقلة، بحيث بلغت نسبة سريانية هذه الأمراض بين أعداد المصابين إلى حوالي 69,9%، بينما تسجل نسبة المصابين بالأمراض المتنقلة 29%.

ويعزى هذا الترابط الوثيق بين مستوى الدخل ونوعية المراضة وترديتها بالدرجة الأولى إلى التأثير القوي الذي تمارسه الظروف الاقتصادية على حياة الناس. خاصة أن انخفاض الدخل وعدم استقراره تنتج عنه نقائص

---

[235]- منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة، جنيف 2008، ص.15.

كمية ونوعية شتى تتضح معالمها وتتجلى في وجود فئات اجتماعية كبيرة واطئة وعاجزة عن توفير وتلبية الضروريات الأساسية للعيش، من مأكل ومشرب وملبس ومسكن إلى جانب افتقارها لشروط السلامة الصحية، من نظافة وتغذية سليمة. لذا فأكثر من 69% من مجتمع الدراسة تنضوي أُسَرُه تحت وطأة الدخل الضعيف والغير قار. الأمر الذي يجعل من إمكانية ولوج هذه الفئات إلى العلاجات الصحية أمرا صعبا، والتمكن من القيام باستشارات وفحوصات طبية وشراء الأدوية على وجه السرعة أمرا أكثر تعقيدا، في ظل عدم توفرها على تغطية صحية. وهذا لا يعني أن الطبقات الاجتماعية المرتفعة والعالية الدخل لا تتعرض للأمراض ولا تعاني من الاعتلالات، بل على النقيض من ذلك، فقد أثبتت نتائج البحث أنها هي الأخرى معرضة للأمراض، لكن بنسبة سريانية أقل. كما أن دخلها الشهري المرتفع يخولها من توفير إطار حياة كريمة، ويضمن لها جودة في نوعية الحياة، كالسكن اللائق والتغذية المتوازنة ومستوى تعليمي وثقافي جيد والولوج إلى أعلى مستوى من الخدمات الصحية بفضل توافرها على تغطية صحية كفيلة بالاعتناء بصحتها وسريعة الاستفادة من الخدمات الطبية الحديثة والمتطورة. إن التفاوت الكمي والنوعي للأمراض لا يرتبط حتما بتفاوت الدخل بين الفئات الاجتماعية، بل بمؤشرات أخرى تتحكم في العلاقة بين مؤشرين، ربما تتصل بالجنس والسن وبعض المحددات الفردية (محمد أنفلوس،2011) مثل الإدمان الكحولي والتبغ ونظام التغذية والسلوك الجنسي، أو مخاطر أخرى مرتبطة بنمط الحياة العصرية في المدن الحديثة.

2.1.4. الفقر والتهميش محدد رئيس في اعتلال الصحة

من أهم القضايا التي كانت محل بحث ودراسة مستفيضة قضية تأثير الأوضاع الاجتماعية على الأوضاع الصحية، حيث اهتم الباحثون بدراسة هذا التأثير وقدموا بيِّنات عديدة على ذلك من بينها مايلي:

إن تأثير الوضع الاجتماعي على الصحة يبدو واضحا من خلال ما يسببه من أبعاد مادية ونفسية واجتماعية وسياسية، وهو ما يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية. لذلك، فحالة الصحة العامة في الكثير من البلدان النامية والمغرب ليس استثناء، ترتبط بعدد من المشاكل الاقتصادية مثل الفقر وتراكم رصيد الدين وضعف البنية الأساسية الصحية والإدارة غير السليمة للموارد المتاحة.[236]وبذلك يظهر التأثير الهام للمحددات الاقتصادية والاجتماعية على الأوضاع الصحية؛ اذ توصلت الدراسات في مجال الصحة إلى أن أسباب التحسن في الصحة يرجع إلى ثلاث مكونات: هي الزيادة في مستويات الدخل وما يتبعه من تحسن في المستوى المعيشي لأفراد

[236]- عبد المالك محمد عثمان (2007)، "الصحة والتنمية والفقر"، المجلة السودانية للصحة العامة، المجلد الثاني، العدد الرابع، ص. 26

المجتمع، والقدرة على تحسين ظروف العيش[237] (الماء الشروب، الصرف الصحي، السكن اللائق، التغذية، التعليم...) وهي كلها عوامل تؤدي دورا هاما في جودة الحياة والرفع من المستويات الصحية.

لذلك، يعتبر مؤشر الدخل من أهم مؤشرات التنمية البشرية والاجتماعية. كما أن ارتفاعه يعد مظهرا أو نتيجة من نتائجها. فهذا المؤشر يمارس تأثيرا هاما على الوضع الصحي. فالفقر قد يُسهم في اعتلال الصحة، لأنه يمكن أن يكون حاجزا أمام الوصول إلى الخدمات الصحية. والفقراء عموما أقل إتاحة للخدمات الصحية وأقل استخداما لها وأقل صرفا عليها خاصة للحصول على الأدوية وأقل اشتراكا في برامج التأمين الصحي. وهم يواجهون غالبا مشاكل صحية تؤدي إلى انسحابهم بصورة مؤقتة أو دائمة من سوق العمل، بما يؤدي إلى حدوث تراجع إضافي في مداخيلهم. ومع تناقص دخلهم تقل فرص حصولهم على بعض الخدمات كالصحة والتعليم، وهو ما يشكّل ما يسميه المهتمون بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية ب"الحلقة المفرغة للمرض" التي عبّر عنها ونسلو (Winslow) بقوله " أن الفقر والمرض يشكلان حلقة مفرغة، حيث يرجع مرض البشر إلى فقرهم، ويزداد فقرهم لمرضهم، ويزداد مرضهم لازدياد فقرهم"[238] حيث اعتبرت الحالة الصحية المنهارة في كثير من المجتمعات سببا من أسباب التخلف وعاملا معيقا للتنمية.[239] فالفقر يسفر عن حرمان الأسر من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية وعرقلة الجهود التي تتبناها الحكومات لإرساء أنظمة صحية فعالة، ويتجلى ذلك بالملموس من خلال تحليل نتائج البحث الميداني التي خلصت إلى أتساع دائرة أفراد الأسر الفقيرة ذات الدخل المحدود بمدينة فاس مما يؤثر حتما على البنية الاقتصادية والاجتماعية، من خلال ارتفاع معدل البطالة بين السكان الشيء الذي ترتب عنه انتشار العديد من الظواهر السلبية التي تنعكس سلبا على الوضع الصحي للساكنة، وعلى الجهود التي تتبناها الحكومات لإرساء أنظمة صحية فعالة. لذلك فإن الفروقات في المؤشرات الصحية بين أسر المجتمع الفاسي ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وعليه، يتعذر الحفاظ على صحة السكان في ظل غياب جملة من المقومات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية[240]التي اعتبرت مؤشرات قياسية لمخرجات التنمية الشاملة.

---

[237]- صقر أحمد صقر (2000)، "الصحة والتنمية الاقتصادية- العولمة والأخلاق"، الصندوق الكويتي للتنمية، ص.16.

[238]- العلوان قاسم نايف وأبوبكر محمد فتحية (2008)،" قياس وتقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية"، مجلة الاداري، العدد 112، معهد الادارة العامة، مسقط-سلطنة عمان، ص. 14

[239]-VANDER VEN (R.), SMITH (J.), 2011, "The demographic window of opportunity : age structure and sub-national economic growth in developing countries", working paper Nijmegen Center for Economics, Institute for Management Research, The Netherlands, p.221

[240]- بومعراف إياس وعماري عمار (2010)، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، العدد السابع، ص.28.

3.1.4.المستوى التعليمي وأثره على المسار الصحي للأفراد

إن وضع المستويات التعليمية تظهر تجلياتها على الأفراد في سلوكهم، وفي تأثيرها العميق على الدخل والحالة الوظيفية والظروف المعيشية في حياة الأفراد. كما أن المقياس الرئيسي للتقسيم الطبقي بين الأفراد هو التعليم. وعلى هذا الأساس تظهر آثار التعليم على الصحة من خلال خلاصات البنك الدولي، خاصة على مستوى النساء، بحيث أن الأمهات المحرومات من التعليم، لدى أطفالهن الرضع احتمال 100 في الألف للوفاة خلال العام الأول من العمر. وإذا كان للنساء مستوى تعليم ثانوي على الأقل، يصبح معدل وفيات الرضع ربع ذلك (البنك الدولي 2006). أما إذا كانت النساء حاصلات على درجة جامعية فإن نسبة الوفيات تنخفض بشكل كبير. بينما وفيات الرضع للأمهات الحاصلات على درجة الدكتوراه منخفض جدا أو منعدما. ومن المعلوم أن يكون للتعليم غير الكافي دور سببي رئيسي في حدوث عدم العدالة الصحية.

ومن نتائج الدراسة، إقرار أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين متغير المستوى التعليمي وخطر الإصابة بالأمراض. وأحيانا تذهب إلى حد الوفاة في حالات مثل الوضع أثناء الولادات أو تجاهل أعراض مرض ما والعكس صحيح. لكن هذا لا يعني أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات تعليمية عالية بمنأى عن الأمراض، بل إن مستواهم الثقافي يؤهلهم للوقاية من الاعتلالات وتتبع حالتهم الصحية والوعي بخطورة المرض عند الإصابة والولوج السريع إلى الخدمات الصحية للقيام بالاستشارات والفحوصات الطبية اللازمة والاستفادة من العلاج على وجه السرعة. بينما أفراد الساكنة الذين لا يتوفرون على مستوى تعليمي أو لا يتجاوزون الطور الابتدائي، من الأكيد أن مستواهم ضعيف جدا ولا يسمح لهم بأخذ الخدمات الصحية في الوقت المناسب، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة قد تودي بصاحبها إلى الموت.

ويمكن تفسير هذه التوليفة القوية بين مؤشر التعليم وسريانية الأمراض، من منطلق أن انخفاض المستوى التعليمي ينجم عنه تجاهل المرض والتغافل عن أعراضه بسبب ضعف جدية المريض لتلقي العلاج بالشكل الذي لا يحدث له أضرارا، أو للآخرين في حالة الامتناع عن ذلك. وقد يعود هذا الأمر إلى جهله بالمخاطر المحتملة من جراء الامتناع عن العلاج. كما تلعب الأعراف والتقاليد إلى جانب المعتقدات الدينية دورا بارزا في هذا المجال وبخاصة في تعامل الأطباء الرجال مع النساء.

4.1.4. تباين الحالة الصحية للأفراد بتباين نوعية ومستوى السكنى

إن التطرق لدراسة آثار حجم الأسرة وعددها لن يتسنى دون ربطه بظروف السكن الذي تقطنه الأسر، إذ أن هناك عدة عوامل وآليات فاعلة تتحكم في تحديد نوع الظروف الأسرية كنوعية السكن وعدد غرفه؛ فالملاحظ أن المجال الحضري لمدينة فاس تقتسمه قطاعات سكنية غير متشابهة نوعا وشكلا، وغير متساوية عددا وحجما. ومن المعلوم أن التصنيف السكني يختزل أصنافا سكنية فرعية متعددة؛ إذ فيها ما يتصف بالقانوني المنظم في شكل تجزئات مجهزة، وما يناقضه من سكن عشوائي ناقص التجهيز يمثل قطاعا عريضا بمدينة فاس، أو سكن قديم معظمه متهالك نتيجة التكدس المفرط للساكنة وانعدام الصيانة وكثرة الإهمال. ثم ماهو اجتماعي واقتصادي ظهر للوجود نتيجة سياسة الإسكان المتبعة لحل مشكلة السكن بالنسبة للفئات الدنيا بالمدينة. فبقدر ما تطرح هذه الأصناف صعوبات منهجية في تمييزها، فهي تطرح كذلك مشاكل معقدة في التسيير والتدبير، زيادة على أنها تمثل مرآة عاكسة لحدة التباينات والتناقضات المكانية التي طبعت أحياء المدينة وأثرت بشكل كبير في نمط الحياة الاجتماعية بها كذلك.[241]

وتظهر تجليات ذلك التناقض المجالي الحضري على الحالة الصحية للأسر وأفرادها، بحيث نسجل أن هناك علاقة تفاعلية وترابطية قوية بين نوعية السكن ونسبة سريانية الحالات المرضية من جهة، وبين تواتر بعض الأمراض والمجالات التي تتوطن بها بحسب طبيعة السكن ومستواه من جهة ثانية، حيث تكثر وتتردد الحالات المرضية لدى الأسر القاطنة بالمنازل القديمة المتدهورة والمكتظة ودور الصفيح أو غرفا منعزلة، يعانون أكثر من مشاكل صحية ومن انتشار أمراض ذي طبيعة خاصة، تتجسد في الأمراض المعدية وسوء التغذية والسل كما حددت الدراسة عبء الأمراض غير السارية التي تمثل عبئا مرضيا كبيرا للفئات في المستوى الأدنى من التدرج الاجتماعي، كنقص الوزن وفرط ضغط الدم وأمراض القلب والشرايين والأمراض النفسية وغيرها[242]بنسبة 36% من مجموع أمراض المسجلة بالدراسة. هذا، إلى جانب الأمراض المرتبطة بافتقار وافتقاد هذه الأنواع من المساكن لشروط السلامة الصحية، من طرق و شبكة التطهير والكهرباء والمياه النقية والتهوية اللازمة، علاوة على ارتفاع أعداد أفراد الأسر والكثافات السكانية بهذه الأصناف من السكن التي تشكو أصلا من الرطوبة والتشبع بالمياه، مما يساهم في اعتلال صحة المساكن بالقوارض والحشرات والجراثيم والعفن، الذي بدوره يتسبب في مشكلات صحية ونفسية

---

[241]- كيدو إبراهيم (2008)، مرجع سابق، ص 315

[242]- LOPEZ (A.) et al. eds., 2006, "Global burden of disease and risk factors", New York, NY, The World Bank and Oxford University Press, p.52

واجتماعية جسيمة، أبرزها أمراض الجهاز التنفسي و نقص النظر وأمراض العظام والمفاصل و تعاطي التبغ والكحوليات والعادات الشاذة والضارة والعنف والإجرام وغيرها، والتي تكون مرتبطة عادة بالوسط الاجتماعي وبيئته وتأثيراته القوية على صحة ونفسية الساكنين. في مقابل ذلك تقل الحالات المرضية في صفوف أفراد الأسر الذين يتوفرون على السكن المريح، إما فيلات أو شقق في عمارات عصرية أو دور مغربية عصرية. وذلك نظرا لكون هذا النوع من السكن يتيح إلى حد ما شروطا صحية تحقق لقاطنيه السلامة والوقاية.

ومما لا نقاش فيه أن هذا التباين في تواتر الأمراض ونوعيتها تجد تفسيرات لها في التباين الذي يطبع مختلف أصناف السكن، من حيث الحجم وعدد الغرف ومستوى التجهيزات المتوفرة وموقع الحي الذي تتواجد به. كل هذه المتغيرات تحدد في نسق تفاعلي طبيعة الحالة الصحية وسلوكات الأفراد.

5.1.4.مظاهر التفاوت المجالي للدخل والمراضة على صعيد مدينة فاس

يعكس المجال بقوة مدى عمق التحولات التي تخترق مجتمع مدينة فاس، نتاج تمدين سريع بسبب هجرة قوية، لم يسبقه تصنيع حقيقي، فلا استطاع أن يوفر مناصب شغل كافية ليد عاملة غير مؤهلة في كثير من الأحيان، ولا هو قادر على الاستجابة للحاجيات الضخمة والمتزايدة على المرافق والتجهيزات ذات الاستعمال الجماعي، مما أدى إلى قلة التشغيل وانتشار البطالة وتضخم القطاع غير المهيكل، مؤثرة في نفس الوقت على البيئة الحضرية وعلى التشكيلة الاجتماعية لمدينة فاس. وأقوى تمظهرات ذلك، تتجلى من خلال التفاوت في توزيع الدخل بين الفئات الاجتماعية. وتتكرس معالمها بشكل واضح على المستوى المجالي حسب المقاطعات الحضرية المتواجدة بالمدينة.

يتركب المجال الفاسي من تشكيلة اجتماعية متفاوتة تعاني من التجزيء على مختلف المستويات. وانطلاقا من الدراسة حول مداخيل أفراد الأسر نستطيع أن نحمل مختلف التقسيمات الاجتماعية- المجالية فيما يلي:

يتضح أن كل من جماعة فاس المدينة وجماعة جنان الورد وجماعة المشور فاس الجديد التي تشكل المدينة القديمة لفاس تضم أكبر نسبة من الأسر محدودة وضعيفة الدخل مابين (75-90%). لترتفع النسبة إلى ما بين 75و95% في كل من جماعتي المرينيين وزواغة. فيما تحتضن جماعة أكدال (المدينة الجديدة أو الأوربية) وجماعة سايس، الفئات الاجتماعية ذات الدخل المرتفع والعالي. وهناك علاقة وطيدة بين تباين توزيع الدخل بين أفراد

أسر الفئات الاجتماعية مجاليا ومعدلات المراضة. وعليه سنعمد إلى التطرق إلى المستويات المجالية على الشكل التالي:

المستوى المجالي الأول الذي يتكون من المدينة القديمة وجماعة المرينيين التي تتشكل معظم ساكنتها من فئة الأسر ذات الدخل المحدود و الضعيف جدا والتي تمثل أكثر من 90% من مجموع الساكنة التي تعاني من مرض ما، ومعرضة بشكل كبير إلى الأمراض المتنقلة والمزمنة وكذلك إلى الحوادث الناجمة عن الاحتقان الاجتماعي.

ولعل هذا يجد تفسيره في الخصائص التي تميز هذه الجماعات بحيث تعتبر القبلة الأولى للمهاجرين من القرى والمدن المجاورة لمدينة فاس. وتضم أعلى الكثافات السكانية والتساكن. كما تعاني من نقص في التجهيزات والخدمات الأساسية. وتأوي هذه الجماعات فئات فقيرة اجتماعيا لا تقوى على توفير المتطلبات الأساسية للعيش. وهذا ما يجعلها مجالا نشيطا لتواتر الأمراض والحوادث الاجتماعية نتيجة الإجرام والتعاطي للمخدرات والكحوليات ومعرضة أكثر للأمراض المتنقلة.

المستوى المجالي الثاني الذي يتمثل في جماعة زواغة والتي تحتوي هي الأخرى على فئات الأسر ذات الدخل المنخفض، خاصة في الأحياء الحديثة التعمير والتي تصل مابين 30 و70%، إذ تعرف هي الأخرى تواترا للأمراض. وبلغت نسبة المراضة بها مابين 25 و60% من مجموع الساكنة. وتتسم ساكنتها بالتهميش.

أما المستوى المجالي الثالث فيضم كل من جماعتي أكدال وسايس التي تحوي أعدادا مهمة من الأسر ذات الدخل المتوسط والمرتفع، اذ تتكون من الأطر العليا في الوظيفة العمومية والقطاع الخصوصي وكبار التجار والصناع والمنعشين العقاريين وأصحاب المهن الحرة. و تتعرض ساكنتها لترددية الأمراض، لكن بشكل أقل حدة وأكثرا امتيازا وإتاحة لولوج الخدمات الصحية.

يستشف من ذلك كله، أن ارتفاع نسبة المراضة تتسع قاعدتها بشكل كبير بين أفراد الفئات الاجتماعية الفقيرة وضعيفة الدخل، خاصة بجماعات المدينة القديمة والأحياء الهامشية والضاحوية لكل من جماعة المرينيين وزواغة، مما يزيد من تكريس الفوارق الاجتماعية والمجالية التي لها تأثير بالغ عل الحالة الصحية لساكنة هذا المجال التي تعاني الحرمان والعوز وتفتقر لظروف عيش كريم مقارنة مع ساكنة الجماعة الحضرية لمركز المدينة (أكدال) أو الساكنة التي تسكن في أحياء راقية بنيت حديثا بجماعة سايس.

2.4. التفاوتات المجالية في الولوج للخدمات الصحية بمدينة فاس

تعتبر ولوجية العلاجات الصحية من بين أهم الإشكالات التي مازالت تطرح نفسها بقوة داخل النظام الصحي. فهي لم تعد تقتصر فقط على عوائق الايصالية داخل المناطق التي تشكو من العزلة، بل أصبحت تهم جميع مناطق البلاد، بما فيها كثير من المناطق الحضرية التي تحظى بإيصالية جيدة وبنيات صحية أحسن هيكلة وتجهيزا، رغم وجود تباين كبير بين المدن والأرياف في البنيات الطرقية، وكذا في جودة الحياة داخل كلا المجالين. ذلك أن مشكل الولوجية لا يقتصر على البعد المجالي في الولوج إلى العلاجات الصحية، بل تتحكم فيه كذلك الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية للساكنة.[243]

فالولوج إلى الخدمات الصحية هو مفهوم مركب ومتعدد الأبعاد يفسر إمكانية استخدام المرضى للخدمات العلاجية متى وأينما وجدوا. ويتحدد مفهوم سهولة الولوجية بعدة عوامل، بما في ذلك إمكانية الوصول وتوافق العرض مع الاحتياجات. وتعتبر المسافة المقطوعة وإمكانية الوصول مؤشر قوي على اللامساواة الترابية من حيث تركز وكثافة الموارد المادية والبشرية الصحية. فالمسافة يمكن أن تكون محفزا قويا للولوج للخدمات الصحية أو كابح على استخدام العلاج، إذ تظهر من طرف المرضى كعقبة في طريق الوصول عندما تكون المسافة كبيرة جدا، مما يعيق إمكانية الولوج إلى المؤسسات الصحية وعدم الاستفادة من خدماتها.[244]

ومن الواضح أن المسافة مرتبطة في هذه الحالة بالعرض. فغياب العرض أو العكس من ذلك، سيكون لا لوجود المكثف للمؤسسات الصحية في مكان ما تأثير معين على مسافة الوصول إلى الخدمات. كما أن سهولة الولوج ترتبط أيضا بالبعد المادي للولوجية، عن إمكانية انتقال المرضى إلى مواقع الخدمات الصحية حسب ثنائية المسافة/الزمن؛ أي أنها تقيس مجال خدمة تلك المؤسسات، حسب درجة قربها من الساكنة. أما البعد الاجتماعي فيتحدد في الموارد والإمكانيات المادية للأفراد من أجل الاستفادة من الخدمات الصحية، مثل التغطية والتأمين الاجتماعي. كما ترتبط الولوجية نحو الخدمات الصحية بالدرجة الأولى بالمحدد الاقتصادي للسكان وبالمستوى

---

[243]- حافضي يوسف، محمد أنفلوس(2013)، "ولوجية العلاجات الصحية بجهة الشاوية ورديغة من خلال المؤشرات السوسيو-اقتصادية والمجالية"، ورد في مجلة جغرافية المغرب، مجلد 28 عدد 1-2، الجزء الأول، السلسلة الجديدة، ص55-56، عدد خاص بأعمال المؤتمر الوطني الثالث للجغرافيين المغاربة" التحولات المجالية والسوسيواقتصادية": المنعقد بكلية الآداب والعلوم الانسانية بالمحمدية في يناير 2013.

[244]-BEATRICE (P.), 2010, La Géographie de la santé au Liban : espaces, enjeux territoriaux, inégalités, Thèse de doctorat en géographie, Université François Rabelais-Tours, p.72-73.

الثقافي للأفراد وتمثلاتهم للأمراض وطرق العلاج. وكل هذه الأبعاد تشكل محددات قياسية لمستويات جودة وفاعلية الخدمات الصحية.[245] مما يستدعي تحليل الخدمات الصحية وتنظيمها.[246]

1.2.4. توسع انتشار المراكز الصحية الحضرية بمدينة فاس واللامساواة في الولوج لخدماتها

تعتبر مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بكل مكوناتها الحضرية والريفية الوجهة الأولى للمرضى. وتتجلى أهم الخدمات التي توفرها في مراقبة صحة الحامل من حيث التأكد من صحة الحمل ومراقبته بشكل دوري على الأقل ثلاث مرات أثناء فترة الحمل، وقياس الطول والوزن والضغط الدموي، وتحليل الدم للتأكد من الفصيلة وعدم وجود مرض فقر الدم، وتحليل "البول" للتأكد من عدم وجود مرض الملح والسكري، وتلقيح الأم الحامل ضد الكزاز، والتشخيص المبكر للأعراض غير الطبيعية للحمل والتوعية الصحية بما فيها التغذية والنصائح حول الولادة، إضافة إلى دور وأهمية الرضاعة الطبيعية في تقوية مناعة الرضيع وحمايته من الأمراض المعدية، والحث على تناول أقراص الحديد مرة في الأسبوع لحماية الأم من مرض فقر الدم.

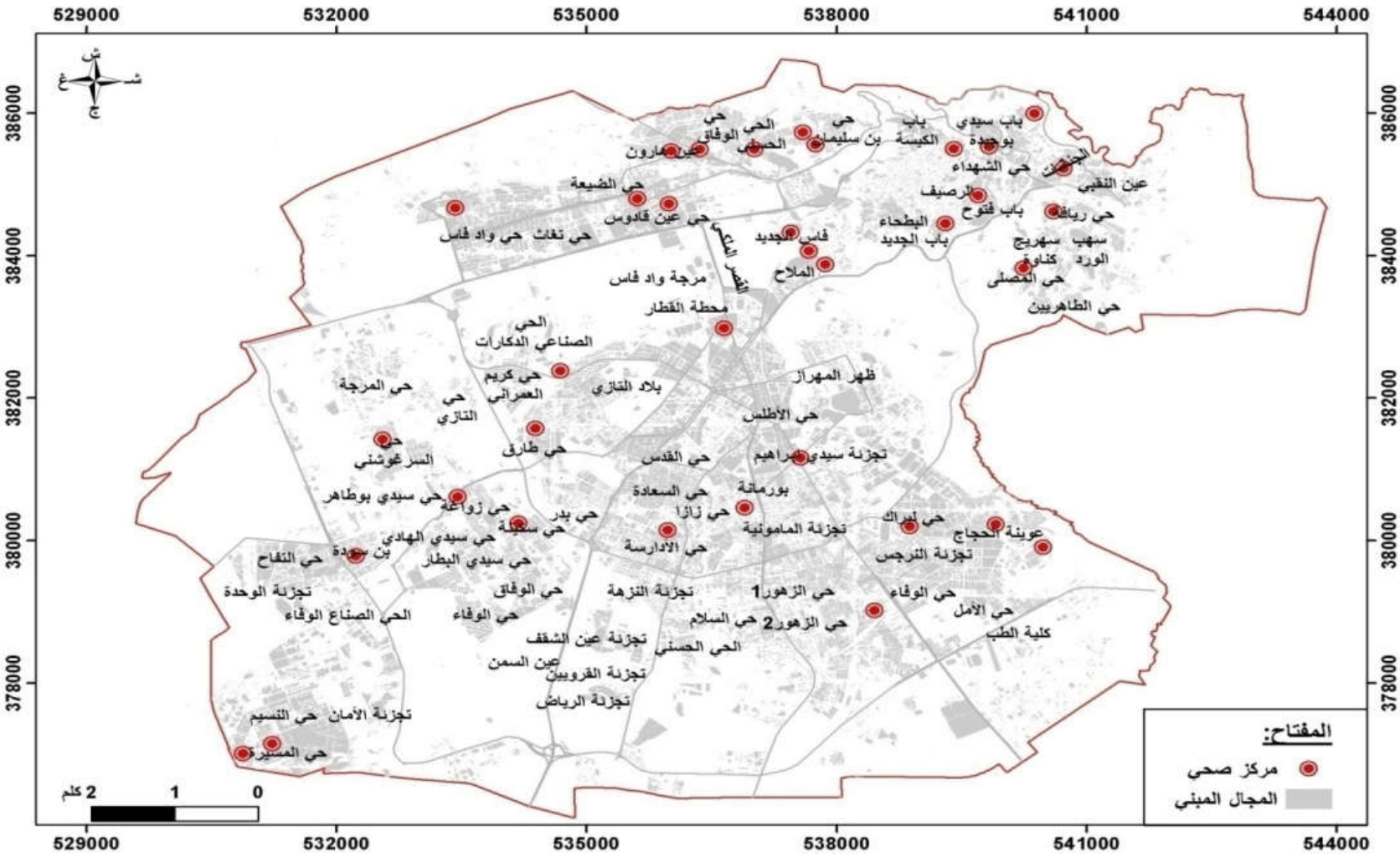
وعموما، يعرف التوزيع المجالي لشبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية تباينات مجالية حسب الوسط، حيث تتوفر جهة فاس–مكناس على 415 مؤسسة منها 114 مراكز صحية حضرية و138 مستوصف قروي و163 مراكز صحية قروية. فالوسط الحضري لمدينة فاس يفرز تفاوتات حسب المقاطعات المكونة للمدينة وحسب الأحياء وكذا حسب مستوى تغطية المراكز الحضرية الصحية للساكنة. إذ تتوفر مدينة فاس على عدد هام وتعرف تطورا ملحوظا في عدد مؤسساتها يصل إلى 38 مركز صحي حضري، يستفيد منها سكان الأحياء السكنية التابعة لها حسب تحديد شبكة الرعاية الصحية الأولية الرسمية. غير أن هذه المراكز الصحية تعرف تفاوتات من حيث التوزيع المجالي ومن حيث عدد الأطر الطبية والشبه الطبية ونوعيتهم، حيث يبلغ عدد الأطر بهذه المراكز 119 طبيبا، منها 88 طبيبا عاما و 31 طبيبا مختصا، 208 ممرضا و ممرضة حسب سنة 2019.[247]يتواجد الطب العام بجل المراكز الحضرية بينما الطب الاختصاصي يقتصر على بعض المراكز كطبيب للصدر بمركز بن دباب وطبيب للأسنان بكل من مركزي الدكارات والنرجس فيما تتوفر مراكز لتشخيص داء السل بكل من المركز الصحي

[245]-BONNET (P.), 2002, Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3, p.5

[246] -SANNI (Y.), 2009, Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le tiers monde, entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande, PUL (Québec) et l'Harmattan (Paris), p. 10

[247] - Source : Ministère de la Santé (Public)
- Service du Réseau des Etablissements de Santé (SRES), Cellule Informatique et Statistiques

الخريطة رقم 20: توزيع شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية حسب الأحياء بمدينة فاس سنة 2021



Source: Service du Réseau des Etablissements de Santé-Fès (SRES),

Cellule Informatique et Statistiques et Epidémiologie.

La carte est réalisée par Dehmani Fatima Zahra

الحضري النرجس والعدوة وبن دباب و15 طبيبا للطب الرياضي موزعين على 13 مركزا فقط. أما معظم المراكز لا تحتوي على الطب الاختصاصي، وبالتالي فالمرضى عند ولوجهم المراكز الحضرية لا يجدون الطبيب المختص، مما يستوجب توجيههم إلى المستشفيات العمومية البالغ عددها 8 مستشفيات بمدينة فاس كما سنرى لاحقا.

غير أن هذه الوضعية ليست متساوية بين مختلف مقاطعات المدينة سواء على مستوى وتيرة تطور هذه المؤسسات أو على مستوى توزيع أعداد الساكنة بها. فمن خلال الخريطة رقم (18) يظهر وجود تفاوت كبير في انتشار وتوزيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بين مختلف المقاطعات؛ إذ أن أعداد المراكز تزداد بالمقاطعات التي تشهد كثافة سكانية مرتفعة، الواقعة أساسا في الضواحي والهوامش أو حديثة التعمير، كما هو الشأن بالنسبة لمقاطعة زواغة. وعلى العموم يصل معدل السكان لكل مركز صحي حضري بمدينة فاس إلى 33021 نسمة، مع العلم أنه ينبغي ألا يتجاوز عدد السكان التابعين لكل مركز للرعاية الصحية الأولية 10000 نسمة، وذلك حسب المعيار التي توصي به منظمة الصحة العالمية لتوفير مستوى تغطية جيدة. وإذا ما تم اعتماد هذا المعيار، فيتأكد بالملموس مدى ضعف التأطير الصحي بالوسط الحضري لمدينة فاس. وتزداد حدة الضعف وتدني مستوى الخدمات التي تقدمها هذه المراكز من خلال ابراز تجليات التفاوت التي لا تتمظهر فقط من خلال الاختلال بين المقاطعات، وإنما تتجلى بشكل أكثر وضوحا ما بين الأحياء المكونة للمدينة بحيث يمكن تصنيف هذه الأخيرة إلى ثلاث مجموعات:

مجموعة الأحياء التي رصد بها ارتفاع كبير جدا لمؤشر أعداد الساكنة لكل مركز، بحيث يتجاوز 50000 نسمة لكل مركز. وتعرف هذه الأحياء نقصا مهولا في عدد البنايات مثل حي جنانات (82860 نسمة) وحي عوينات الحجاج (74852نسمة) حي بنسودة (70051نسمة) حي النرجس (69575 نسمة) حي زواغة (61127) حي منفلوري (58772 نسمة) حي الوفاق (56425 نسمة) وحي واد فاس (51562 نسمة). ممجوعة الأحياء التي سجل بها ارتفاع لمعدل الساكنة لكل مركز ويتعلق الأمر بحي كناوة وحي لمصلى (49395 نسمة) وحي الحجوي وحي باب السيفر (46755 نسمة) وحي النقبي ورياض سايس (38000 نسمة) وحي عين هارون (35312 نسمة).[248]

248 - Source: Service du Réseau des Etablissements de Santé-Fès (SRES), Cellule Informatique et Statistiques et Epidémiologie.p.2

أما المجموعة الأخيرة فتضم باقي الأحياء التي تقل فيها المعدلات عن 30000 نسمة لكل مركز. ومن ثم يتضح أن ارتفاع أو تناقص معدل التأطير الصحي يرتبط بالوزن الديمغرافي المختلف بين المقاطعات، وفي نفس الوقت يتبين مدى الترابط القوي بين التمدين وانخفاض معدل التأطير. كما أن معدل التأطير بالمراكز وحده غير كافي للتعرف بشكل دقيق على خصائص الواقع الصحي داخل هذه المؤسسات. على اعتبار أنه لا يتأثر فقط بحجم المؤسسة، ولكنه يرتبط أيضا بكثافة التجهيزات ونوعية الأطر الطبية. فتوافر عدد الأطباء يعتبر من الحوافز الأساسية للولوج إلى خدمات الرعاية الأولية، اذ تتوفر هذه المراكز بمدينة فاس على 74 طبيب من القطاع العام موزعة على 38 مركز صحي حضري؛ أي أن حصة طبيب واحد يقابلها 17262 نسمة، ويعد هذا عددا متجاوزا للمعيار الصحي المحدد في طبيب واحد لكل 1000 نسمة. أما بالنسبة للمهن التمريضية أو الشبه الطبية فقد بلغ مجموعها 163 موظف، وذلك بمعدل واحد من المهن التمريضية لكل 7837 نسمة، مع العلم أن المعيار الصحي يشير إلى توفر ممرض واحد لكل 400 -500 نسمة.[249]

ويتضح مما سبق، أن الواقع يشير إلى نقص في عدد الأطر الطبية والشبه الطبية، وسوء توزيع مراكز الرعاية الأولية، وعدم مواكبتها للحاجيات الصحية المتزايدة. وما يزيد من الأمر سوءا، حتى وإن وجدت هذه البنايات، فإن المهام والخدمات التي تقوم بها هذه الأخيرة تتسم بمحدودية العلاجات الأساسية، وعدم توفر الأطقم الطبية بها بشكل دائم، وغياب الأدوية. كما استمر وضع الخدمات الصحية دون تغيير في حجم أو نوعية الخدمات المقدمة، في الوقت الذي ارتفع فيه عدد الساكنة وبرزت العديد من الأمراض غير السارية وعودة بعض الأمراض المعدية والسارية.

2.2.4.تحليل الولوجية نحو شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بمدينة فاس

تأتي المراكز الصحية الحضرية في المرتبة الثالثة في الهرم الترتيبي ب 38 مركزا صحيا. يعرف توزيعها المجالي تباينا عبر الجماعات الحضرية المكونة لمدينة فاس، اذ تعرف جماعتي المرينيين وزواغة تمركزا واضحا لعدد مهم من المراكز ب7 مراكز لكل منهما. في حين يتراجع عدد المراكز بكل من جماعتي فاس الجديد المشور وجنان الورد، حيث يتواجد بهما 3 مراكز و4 مراكز، لكل منهما على التوالي. وتتجسد هذه التفاوتات في التوزيع بشكل أكثر وضوحا حسب الأحياء وحسب مستوى تغطية المراكز الصحية الحضرية للساكنة المستهدفة (الخريطة رقم 18). وتنتشر

[249] - Source, (SRES), op.cit, p.3.

المراكز الصحية مجاليا بصورة أوسع من التجهيزات السابقة، وتقدم خدمات ذات نوعية محدودة ومحددة صحيا، يستفيد منها سكان الأحياء السكنية التابعة لها، الذين يلجؤون إلى هذه المراكز الصحية العمومية للتطبيب نتيجة انخفاض كلفة أو مجانية الخدمات في بعض الحالات. لكن هذه المراكز الصحية الحضرية تتباين ولوجيتها حسب الأحياء. ويعزى ذلك إلى وجود ثقل سكاني كبير على بعض المراكز الواقعة في شمال المدينة بتراب مقاطعة المرينيين، وفي الجنوب الغربي لمدينة فاس، وبالخصوص أحياء منطقة زواغة السفلى ثم الأحياء الواقعة على طول طريقي عين الشقف وعين السمن وذلك بتغطيتها لأحياء ذات فئات اجتماعية هشة والتي تعرف كثافات سكانية مهمة، وتفتقر إلى البنيات الأساسية، مما جعل ساكنتها تعيش داخل بيئة مهددة بعوامل الاختطار الصحي. كما أن التقسيم الإداري يفرز ضغطا واضحا على بعض المراكز الصحية الحضرية دون أخرى، وعدم تكافؤ الفرص للاستفادة من العلاجات الصحية المقدمة.

وفي السياق نفسه، لا يمكن إغفال سهولة الولوج إلى الخدمة الصحية، والتي ترتبط عادة بالمسافة التي يقطعها المريض من محل سكناه إلى أي مؤسسة صحية، و بعامل الزمن الذي يؤثر على إمكانية وصول المرضى للمستشفى. ويعتمد على طول المسافة ونوع وسائل النقل.[250]وتعد عملية إيصال الخدمات الصحية للسكان أمر ضروري، فمن خلالها يمكن معرفة مدى كفاءة التوزيع المكاني للخدمات الصحية بشكل يتناسب مع حجم السكان وأماكن تجمعهم. فكلما كانت المؤسسات الصحية في مواقع متناسبة من الأحياء السكنية كلما سُهِّل الوصول إليها وشكلت واحدة من المعدلات الأساسية لكفاءة وفاعلية أي نظام صحي.

أما بصدد الولوجية نحو المراكز الصحية الحضرية فقد تبين من خلال الخريطة أنها مناسبة ومعقولة، إذ أن حوالي75% من مساحة المجال الحضري لها وقت زمني مستغرق إلى المراكز لا يتجاوز 15 دقيقة. بينما يضطر فقط 25% المشي على الأقدام لمدة 30 دقيقة. مما يثبت كون الولوجية نحو المراكز الصحية الحضرية بمدينة فاس يبقى مناسبا باعتباره من القضايا الجوهرية في مجال الرعاية الصحية الأولية، وهي حق من حقوق الإنسان. وأن الوصول بيسر وسهولة إلى المراكز الصحية يساهم في المحافظة على صحة الأفراد، أطفالا ورجالا ونساء.

[250] - MORILL, RICHARD, L. and others, 1970,Factors influencing Distances traveled to Hospitals, Economic Geog. Vol.46. N°2,Clark University, U.S.A., p. 201

3.4. التجهيزات الصحية العمومية، تأثير واضح في تراتبية المدن

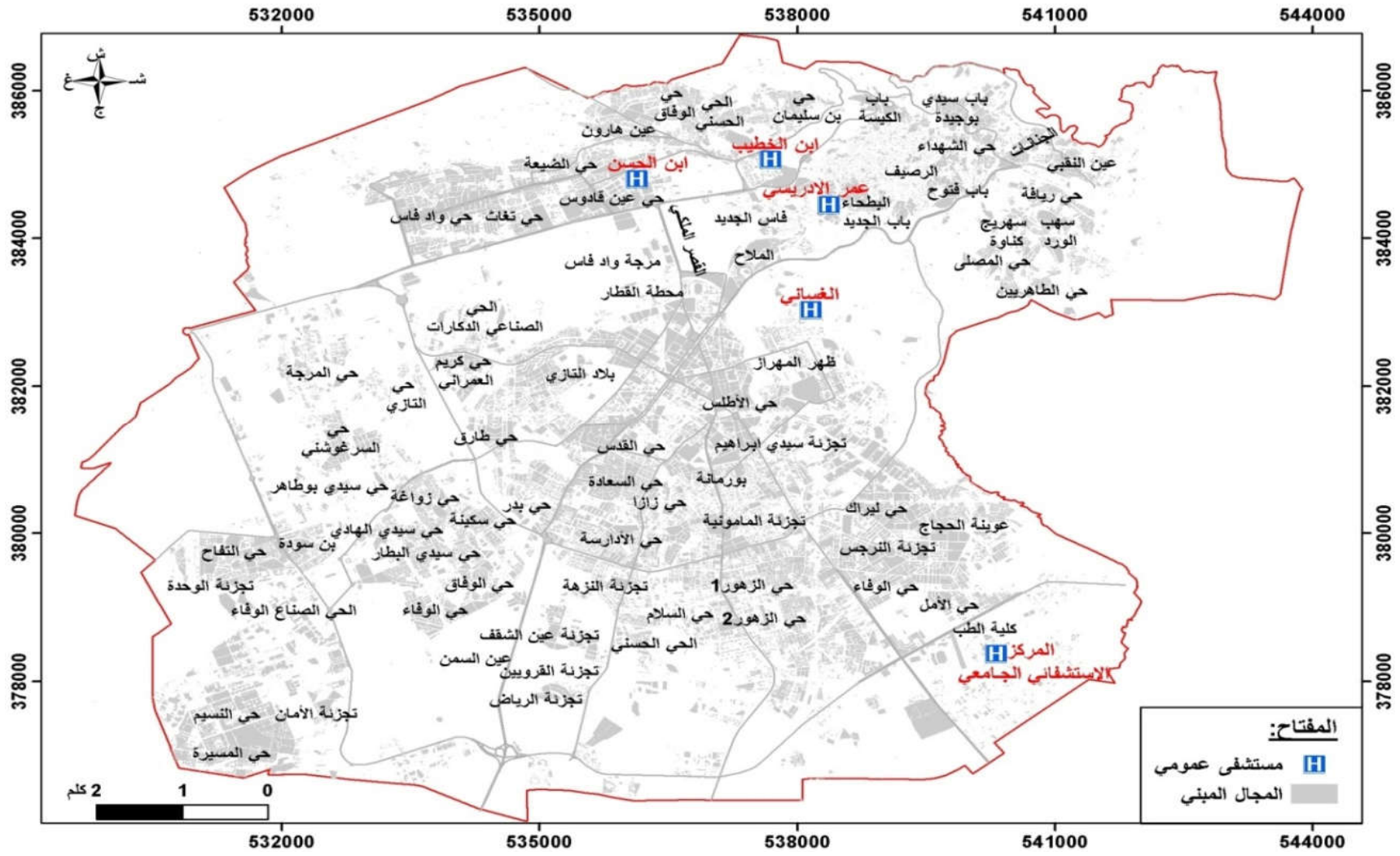
إن تراتبية المستشفيات وطريقة تصنيفها وتوزيعها على التراب الوطني، وهيكلتها إلى أقسام واختصاصات. تتوافق بطريقة متوازية مع مستويات الاستثمارات المحددة لها. من حيث التجهيزات، ونوعية التخصصات، وكلفة الخدمات المقدمة أو من المفترض أن تقدمها، وكفاءة الأطباء والممرضين العاملين بها. يتبين بشكل واضح أن خلفية هذه الملاحظة، هو الكشف على أن تراتبية المستشفيات العمومية، تخفي من ورائها تراتبية في التجهيزات وفي الأطر الطبية. إن المستشفيات التي توجد في أعلى الهرم تتوفر على أطر طبية متخصصة وذات كفاءة عليا، تعتمد تقنيات ومعدات متطورة، مما يجعل هذه المستشفيات منتجة للندرة في العلاج، تنتج عنه عملية انتقاء وسط المرضى الذين سيستفيدون من هذه الخدمات العلاجية المتميزة.[251]

1.3.4. ظهور وتطور متباين للمستشفيات العمومية بمدينة فاس

مما لاشك فيه أن اللبنة الأولى للمؤسسات الصحية قد انطلقت من داخل أسوار المدينة. فالسلطات الفرنسية منذ أن وطأت أقدامها عملت على تهيئ البنى التحتية وذلك بتشييد مجموعة من المرافق الصحية من أجل تقديم الخدمات الصحية للساكنة. إلا أن هذه المرافق كانت جد ضعيفة، ولا ترقى إلى مستوى تطلعات الرعايا، مما أدى بفرنسا إلى محاولة تنظيم هذا القطاع وتشييد المزيد من المستوصفات والمستشفيات والمراكز الصحية الحضرية. غير أن هذه المؤسسات الاستشفائية كانت غير كافية وغير قادرة على التكفل بالمرضى. مما دفع بالسلطات إلى افتتاح مؤسسات أخرى إضافية بالبطحاء (درب الزيات) وهو مستشفى مورا، ويعد من أقدم المستشفيات بفاس (عمر الإدريسي: باب الحديد حاليا) ويتواجد بجماعة الحضرية فاس المدينة. غير أن تطور الشبكة الاستشفائية من أجل تلبية حاجيات الساكنة كان سببا في خلق قطب صحي جديد في اتجاه الضواحي الشمالية للمدينة، حيث تنمو الأحياء الشعبية وتتكاثر التجمعات السكنية، ويتعاظم الطلب الاجتماعي على الخدمات الصحية، فأسست مستشفى كوكار (لسان الدين ابن الخطيب حاليا) ومستشفى ابن الحسن للأمراض العقلية المتواجدان بالجماعة الحضرية المرينيين. ثم توسعت الشبكة الصحية بعد ذلك بشكل متفاوت حسب أصناف المؤسسات لتلبية حاجيات أبناء الجالية المستعمرة بالمدينة الأوربية، حيث أقيم المستشفى المختلط أوفير مدني وعسكري في سنة 1933 على هضبة ظهر المهراز (الغساني حاليا) بالجماعة الحضرية أكدال. غير أن هذه المستشفيات التي أنشأت في أعقاب الحقبة الاستعمارية لم تعد تساير الحاجيات المتنامية لساكنة المجال الفاسي، خاصة في ظل التحولات

[251]- زارو عبد الله (2005)،مرجع سابق، ص.92

خريطة رقم 21: توزيع المستشفيات العمومية بمدينة فاس سنة 2021



المصدر: عمل ميداني 2021، من إنجاز الدحماني فاطمة الزهراء

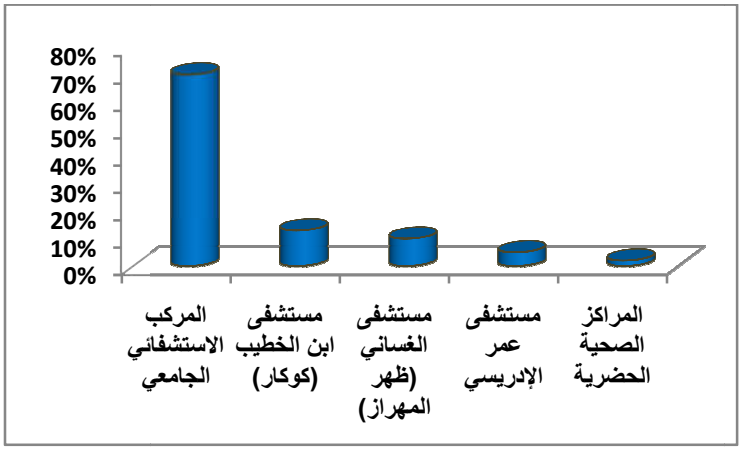
الديمغرافية والديناميات السوسيو–اقتصادية والمجالية التي تعرفها المدينة، مما حدى بوزارة الصحة على الإقدام على إنشاء المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني سنة 2007 بالجماعة الحضرية سايس.

الأمر الذي جعل مدينة فاس تضم بين أطرافها أصنافا مهمة من المؤسسات الاستشفائية والجامعية. وأضحت تضم مركبا صحيا ضخما يوازي حجم المدينة ووظيفتها كعاصمة جهوية؛ فعلى مدى أزيد من ثمانية عقود من الزمن شهد قطاع الصحة تطورا متباينا وفي اتجاهات متشعبة، مما نتج عنه تحديد ملامح التنظيم الحالي للشبكة الصحية داخل تراب المدينة.

2.3.4. الولوجية نحو المستشفيات العمومية بمدينة فاس

بتحليلنا الخريطة (19) والشكل (22) فإن الملاحظة الأولية التي يمكن تسجيلها، هو وجود تباين واضح في توزيع المستشفيات العمومية على مجال مدينة فاس. كما أن غالبيي المستجوبين أقروا بوجود صعوبة في تنقلهم نحو المؤسسات الصحية. على رأس هذه المؤسسات يوجد المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني ب (70%)، والذي يقع أقصى جنوب المدينة، متبوعا بمستشفى لسان الدين ابن الخطيب، أقصى شمال المدينة بنسبة 13%. يليه في المرتبة الثالثة مستشفى الغساني وأخيرا المراكز الصحية الحضرية (CSU) بنسبة 2%.

شكل رقم 22: توزيع المؤسسات الصحية حسب صعوبة الولوج إليها



المصدر: البحث الميداني (2021)، السؤال 37

تستدعي الحاجة إلى الخدمات العلاجية المتقدمة تجاوز المترددين على المستشفى على المستوى المحلي إلى الخدمات الصحية المركزية أو الخدمات الصحية المتخصصة التي تتركز عادة في مواقع مركزية في المناطق الحضرية الكبرى. وفي حالة الحاجة إلى مستوى راق من الخدمة العلاجية يقطع المترددون رحلات أطول إلى مراكز تجمعات الخدمات الصحية التي تتوفر على مجموعات ومستويات للتسهيلات الصحية والتي تستخدم التجهيزات التقنية

الطبية بمعدلات كبيرة والتي تتجمع بالمراكز الاستشفائية الجامعية. ويرجع التباين في توزيع المؤسسات إلى عدة عوامل متداخلة مع بعضها توثر في تباين التوزيع المجالي لمؤسسات. من هذه العوامل حجم السكان وكثافتهم، والعامل الإداري وعامل الموقع الجغرافي للمؤسسة الصحية بالنسبة للسكن وتوافر طرق النقل لتسهيل وصول المريض إلى المؤسسة الصحية والوقت الذي يستغرقه لتحقيق ذلك.[252]فدراسة الولوجية، تقتضي الانتباه، إلى أبعادها الاقتصادية والاجتماعية والفكرية، وتأثير العوامل الأخرى، مثل مستوى الدخل والمستوى الثقافي على تحقيق الولوجية نحو المرافق الصحية، ثم تقييم انعكاساتها الاجتماعية على مختلف الفئات السكانية.[253]

خاتمة الفصل الرابع

دخل المغرب بصفة عامة ومدينة فاس بشكل خاص مرحلة انتقالات كبرى على جميع الأصعدة الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية، تبلورت آثارها على الصحة العامة للسكان، من خلال مؤشرات مقاييس مستوى الصحة والتي تؤكد على أن المغرب كبلد ناشئ يمر الآن بانتقال صحي، وفق المؤشرات الصحية الشاهدة على ذلك، حيث تم تجاوز مرحلة الأمراض المعدية وأمراض الطفولة والأمومة التي تراجعت بصفة معتبرة بفضل تحسن البيئة الحضرية، وخاصة في شقها البيئي المتعلق بالتجهيزات الأساسية من شبكة الماء الصالح للشرب والكهرباء والتطهير. وفي مقابل ذلك عرف المظهر الباثولوجي نشوء الأمراض المزمنة وعودة ظهور بعض الأمراض المراقبة ولكن بشكل أقل.

كما تمكن المغرب من تحقيق تقدم ملموس على مستوى توسع الشبكة الاستشفائية والرفع من الكثافة الطبية والشبه الطبية والتجهيزات الطبية الحديثة. غير أن طبيعة التحولات والديناميات السوسيو–اقتصادية والتغيرات الثقافية التي باتت تشهدها ساكنة المدينة لا تواكبها إمكانيات وموارد مادية وبشرية باستمرار، خاصة في ظل تنامي الحاجيات الصحية المتزايدة للسكان. حيث أظهرت جل مؤشرات مخرجات مكونات القطاع الصحي تأخر التأطير الطبي والصحي، ونقص مهول في الموارد المادية والبشرية، مع سوء التوزيع والتفاوت المجالي لهذه الأخيرة إن على المستوى الوطني، الجهوي أو المحلي بمدينة فاس، مما يُعرِّض فئات عريضة من المجتمع إلى الإقصاء أو ضعف الاستفادة من الخدمات الصحية؛ خاصة مع توسع ولوج المبادرة الحرة في ميدان الصحة. إن ذلك لم يكن لصالح التوزيع العادل للمرفق الصحي، بحيث عمل القطاع الخاص على تكريس التمييز المجالي. فهذا الأخير يعرف تمييزا سوسيومجاليا من حيث استفادة السكان من الإمكانات والخدمات التي يقدمها.

---

[252]- حسين عبد الرزاق عباس، (1980)، الإطار النظري للجغرافية، مطبعة الأيمان، بغداد، ص. 16
[253]- مخلص الدرقاوي العلوي (2014)، مرجع سابق، ص.273.

وتوصلت الدراسة إلى أن هناك ضعفا واضحا في كفاءة ومستويات الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، فضلا عن وجود تفاوتات في الأهمية بحسب التخصصات ونوعيتها وحدتها. وبما أن المؤسسة الاستشفائية عبارة عن منظومة مكانية مصغرة ومرآة عاكسة لمكوناته المجتمعية وخصائصه المجالية وتتأثر بهما، فقد تبين بأن الولوج للخدمات الصحية يتأثر بشكل كبير بالمحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمجالية (الايصالية) للساكنة، بل وتعتبر هذه المؤشرات الأكثر تأثيرا في الولوجية لخدمات المرفق الصحي. بل تشكل محددات رئيسية لولوجية العلاجات الصحية بمدينة فاس. فوجود تباينات في الاستفادة من الخدمات الصحية بالمدينة نابع بالدرجة الأولى وتابع للمستويات السوسيو–اقتصادية والثقافية والمسافة المجالية التي تقطعها الساكنة. كما أن الضغط المتزايد على الخدمات المقدمة يقلص من جودة أداء المنظومة الصحية بسبب ضعف التأطير الطبي في التخصصات ونقص التجهيزات وطول مدة الانتظار.

لذا، فإن الوضع الحالي المتسم بجملة من التحولات والديناميات المتتالية، يستدعي النهوض بالمحددات الاجتماعية للساكنة من تعليم وصحة وشغل. لأنها تمثل ركائز التنمية المستدامة. فالنهوض بالصحة والتعليم لا يتوقف الأمر على هذين القطاعين بشكل منعزل ما لم يتم توفير البيئة المناسبة لتنمية وإقلاع باقي القطاعات الاقتصادية الأخرى.

خاتمة الباب الثاني

شهدت الخدمات التعليمية والصحية بمدينة فاس تطورا هاما، تؤكده جملة من المؤشرات والمقاييس الشاهدة على ذلك، والتي همت توسعا في العرض والأطر والأجهزة والمعدات. مما جعل معه مجموعة من النسب الكمية تعرف نموا ملحوظا. وبالرغم من هذا النمو، تبين أنه لايوازي الحاجيات المتزايدة للسكان ولا يوفر المردودية والجودة في هذه الخدمات، الشيء الذي يحدث العديد من المشاكل والاختلالات في هاتين المنظومتين الحيويتين. والتي ترتبط أساسا بعوامل داخلية تتجلى في نقص وخصاص الموارد البشرية والمادية. وعوامل خارجية لها أبعاد سوسيواقتصادية وثقافية تتعلق بضعف المداخيل، ضعف المستوى الدراسي، فقر، ...، لتفرز واقعا اجتماعيا هشا وينضاف إليه الواقع المجالي المتسم باختلاف خصائصه ومميزاته التي تتباين بين الوحدات الحضرية المكونة للمدينة، وهذا مايجعل الساكنة غير متساوية أمام الاستفادة من الخدمات المقدمة. ويوحي في آن ذاته على غياب العدالة في ولوجية الخدمات ودرجة الاستفادة منها واللامساواة أمام الخدمات المقدمة في قلب مجال المتروبول الجهوي.

وخلصت الدراسة إلى مدى تأثر الخدمات التعليمية والصحية بعدة محددات متداخلة فيما بينها، ومرتبطة أشد الارتباط بتفاوت الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مابين الفئات الاجتماعية والمستويات المجالية، فإنها تتأثر بشكل قوي بضعف مدخلات هذين القطاعين التي لا تواكب مسار الحاجيات المتنامية لساكنة مدينة فاس. وذلك بغض النظر عن المكانة الاجتماعية للأفراد. مما ينعكس بشكل مباشر على مخرجات مكونات هذه القطاعات التي تتسم بالاكتظاظ والتأخر في التأطير والتفاوت في الاستفادة من مستوى هذه الخدمات...، مما يكرس معه مظاهر الاقصاء والتهميش لفئات عريضة من المجتمع الفاسي. وبالرغم من أهمية القطاع الخاص ومزاياه الكبرى في توسيع شبكة الخدمات إلا أنه لم يكن لصالح التوزيع العادل لهاته الأخيرة، بل زاد من تكريس حجم التفاوتات بين الشرائح المجتمعية.

لذا، فإن الأنظمة الداخلية والخارجية لهذه القطاعات تتداخل فيما بينها، ويؤثر بعضها على الآخر لتنعكس نتائجها على أرض الواقع في عدم كفاية وكفاءة هذه الخدمات ومحدوديتها، إن على مستوى الولوج ودرجات استفادة الساكنة من هذه الخدمات أو على مستوى إنتاجية الفرد التي تنعكس بشكل آلي على قطاع الشغل وعلى نوعية فروعه المزاولة والتي تتجه نحو الخدمات البسيطة وغير المهيكلة، وهذا ما سنوضحه في الباب الموالي.

الباب الثالث

دور الفاعلين واستراتيجياتهم للنهوض بقطاع الخدمات

مقدمـــة الباب الثالث

اتسمت السياسات الاجتماعية بالمغرب خلال العقود الماضية بالطابع التجزيئي والظرفي، بحيث لم تدرج البرامج المتخذة ضمن استراتيجية متكاملة، سواء فيما يتعلق بتحسين مؤشرات الحماية الاجتماعية أو فيما يخص توسيع الاستفادة من الدعم الاجتماعي، الأمر الذي أورث تراكم الخصاص والهشاشة لدى فئات واسعة من السكان. وفي الوقت نفسه أفرز جملة من جوانب القصور المتراكمة بالتأخر البارز والمسجل في مجال التنمية الاجتماعية؛ بحيث تنعكس آثاره سلبيا على مجموع ميادين الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية:معضلة البطالة والفقر، تأخر في معدلات التمدرس، ضعف تنافسية الاقتصاد وضعف متطلبات الحكامة...[254]

وفي الإطار نفسه، عمل المغرب على تحسين الأوضاع الاجتماعية للسكان طيلة العقود الماضية، ويرجع هذا التحسن إلى حد كبير إلى برامج الحد من الفقر والزيادات السنوية في الإنفاق العمومي على قطاعي الصحة والتعليم، بحيث شهدت على إثرها مجموعة من مؤشرات الخدمات الاجتماعية تقدما ملحوظا. مقابل هذه المكتسبات التي راكمها المغرب طيلة هذه السنوات، فقد طفحت إلى سطح المنظومة الصحية تحديات جديدة ناجمة أساسا عن مظاهر اللامساواة في الولوج إلى الخدمات الصحية وتدني مستوى جودتها، وغالبية السكان لا يتوفرون على تغطية صحية.

هذا الوضع الذي برز بشكل جلي في أعقاب جائحة كوفيد 19، والتي كشفت عن ضعف ولوج العلاجات والخدمات الصحية وعمق الهشاشة والفقر والبطالة التي تعاني منها فئات واسعة من المجتمع، والتي ازدادت حدتها مع التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لهاته الأخيرة. كما أبانت أيضا عن ضعف بعض القطاعات الحيوية، وكذلك عن عدم وضوح الرؤية الاستراتيجية بسبب ما تطرحه البرامج القطاعية – بغض النظر عما حققته من إنجازات مهمة– من فوارق اجتماعية واختلالات مجالية تحد من تقدم ملحوظ في مجال التنمية البشرية، الأمر الذي دفع إلى مراجعة منظومة الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية.

---

[254]- القانون الإطار رقم09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بتنفيذه الظهير شريف رقم 1.21.30 الصادر في 9 شعبان 1442 (23مارس ،2021) جريدة رسمية عدد 6975-22 شعبان 1442 (5أبريل2021).
- تقرير العام ل 50 سنة من التنمية البشرية آفاق 2025،المغرب الممكن، إسهام في النقاش العام من أجل طموح مشترك، مطبعة دار النشر المغربية -2006- الدارالبيضاء، المغرب، ص. 95

وانطلاقا من هذه المستجدات، سنقوم باستعراض الاستراتيجية الجديدة لاعادة تنظيم وتأهيل قطاع الصحة العمومية وتمويله وتدبيره، بغية تجاوز النقائص التي يعاني منها والارتقاء به إلى مستوى يستجيب لأهداف التنمية المستدامة. كما سنتطرق أيضا إلى دراسة مقومات استراتيجية تعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية التي تم الشروع في تطبيقها مؤخرا، بشكل تدريجي. وسنقوم أيضا بإبراز التدابير المتخذة لتنمية قطاع الخدمات وأهميته على مستوى مدينة فاس، مع تحليل البنية المهنية للسكان النشيطين المشتغلين بالمدينة، بالإعتماد على نتائج الاحصاءات العامة للسكان والسكنى (2004-2014)، وبالاستئناس ببعض نتائج المسوح التي تجرى على المستوى الوطني حول الفقر والأحوال المعيشية والشغل والقطاع غير المهيكل، بهدف توضيح التحولات التي تحدث على مستوى سوق الشغل والأنشطة الاقتصادية التي شهدت تحولا في اتجاه الاقتصاد الخدماتي والقطاع غير المهيكل، الأمر الذي كان له آثار جلية على البنية الاجتماعية والمهنية المرتبطة بمزاولة تلك الأنشطة الخدمية، وأسهم أكثر في تبيان مكانة تلك الأنشطة الخدمية كقناة من قنوات التأثير على الاقتصاد والمجتمع.

الفصل الخامس

تدخلات الفاعلين لتأهيل الخدمات الصحية

وتعميم الحماية الاجتماعية

مقدمة

نظرا لأهمية الصحة في حياة الإنسان، باتت مؤشراتها تحظى بالأولوية في تقارير المنظمات الدولية المتعلقة بالتنمية البشرية في أبعادها الاجتماعية. ولذلك كان الولوج الميسر للعلاج، والتمكين الصحي لكافة شرائح المجتمع من العوامل التي تدل على الوضعية الصحية المرضية لدى الدول بكافة المعمور، مما يؤدي بالمدبرين للشأن العام الصحي إلى التفكير في مداخل صحية استشرافية، والبحث عن الحلول والمقاربات الملائمة لتسهيل ولوج العلاج والتطبيب.[255]

من هذا المنطلق سعت الدولة المغربية إلى تحقيق هذا الهدف خلال العقود الأخيرة، في إطار دولة الحق والقانون وسياسة التنمية الاجتماعية، عبر صياغة وتطبيق العديد من التدابير والإجراءات والآليات القائمة على مبدأ التضامن والأنسنة والتلاحم الاجتماعي والمساواة والإنصاف في استفادة جميع السكان المغاربة من الخدمات الطبية. ومن بينها سن القانون المتعلق بمدونة التغطية الصحية 00-65 الصادر سنة 2002 وقانون التأمين الإجباري عن المرض، ونظام المساعدة الطبية سنة 2005 ومشروع تعميم الحماية الاجتماعية سنة 2021. بإحداث وتأهيل العديد من المؤسسات الإستشفائية والوقائية، وزيادة عدد الأطر الصحية وتشجيع القطاع الصحي الخاص، وكذا انجاز بنايات اجتماعية صحية مرتبطة ببرامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، لتغطية الحاجيات الصحية للسكان في جميع المجالات الترابية، وتبني سياسات ترابية لتذويب الفوارق الترابية، كسياسة إعداد التراب الوطني والجهوية المتقدمة وسياسة المدينة، لخلق توفيق ما بين الحاجيات الصحية للسكان المرتبطة بالتغيرات والانتقالات العامة وعرض العلاجات الصحية.[256]

---

[255]- اضرافات محمد (2013)، "العلاقة بين المجال الاقتصادي والمنظومة الصحية ، نموذج نظام المساعدة الطبية" ورد في كتاب من تنسيق محمد البقصي ومحمد الزرهوني، الاقتصاد الاجتماعي سند للتنمية الترابية، منشورات الجماعة القروية لإغزران رقم3، صفرو، ص.326

[256]- أيت العسري بدر الدين، أنفلوس محمد (2021)، "البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية"، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني، ص.1344

سنتناول في هذا الفصل المسار الذي قطعه نظام التغطية الصحية ببلادنا، والإطار المؤسساتي الساهر على تدبير وتسيير مختلف أنظمة هذه التغطية، مع إبراز مدى محدوديتها في توسيع التأمين الصحي والضمان الاجتماعي. كما سيتم التطرق، كذلك، إلى أهم المحاور الاستراتيجية الفعلية المتخذة لتأهيل الوضع الصحي وبلوغ التغطية الصحية الشاملة لمختلف شرائح المجتمع، بغية تيسير الولوج للخدمات الصحية وتحسين جودتها، مع القيام برصد أهم التحديات التي تحول دون تحقيق الاستفادة واللجوء العادل للخدمات الصحية كحق من حقوق الإنسان، ومحدد أساسي لمستوى التنمية البشرية والاستقرار والسلم. ولقد تم الاعتماد في دراسة هذه العناصر على التقارير الرسمية الصادرة عن المؤسسات الوطنية ووزارة الصحة، والدراسات التي قام بها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والمرصد الوطني للتنمية البشرية. كما تم الاستعانة بالعمل الميداني عبر استثمار استمارة ميدانية وتقصي ميداني من خلال إجراء مقابلات مع مرضى حاملي لبطاقة راميد.

1. تعميم الحماية الاجتماعية تحول استراتيجي نحو تطوير الخدمات الصحية

لقد عرف المغرب بدايات جنينية للحماية الاجتماعية العصرية في الثلاثينيات والأربعينيات من القرن الماضي، عَبْر سن السلطات الاستعمارية لبعض القوانين التي تضمنت ولو في جزء منها "الحماية الاجتماعية" تمخض عنها إنشاء الأنظمة الأولى للتعويض عن حوادث الشغل والمعاشات المدنية والمساعدة الاجتماعية والتقاعد الخاص. فقد استهدفت هذه الإجراءات المتخذة لفائدة الساكنة الأوربية بالأساس. وبعد الاستقلال، تم إدخال مجموعة من الإصلاحات في أفق توسيع التغطية الاجتماعية وتنويع الخدمات، خاصة في ظل تفكك الأشكال التقليدية للتكافل العائلي والمجتمعي عبر سيرورة تاريخية. بادرت الدولة بخلق بنيات مؤسساتية للتضامن، كإحداث الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي سنة 1959.[257]وأخذ موضوع الحماية الاجتماعية يحضى بأهمية بالغة. واعتبار الحماية حقا من الحقوق الأساسية للإنسان، وفي كونها تساهم أيضا في تحقيق الأهداف المجتمعية والاقتصادية الكبرى. كما أنها أداة مهمة لمنع المخاطر وصون التماسك الاجتماعي وكذا تذويب الفوارق الاجتماعية من خلال إعادة توزيع الدخل.

واعتبارا لكون الحق في الصحة وفي توفير الشروط الصحية يعد حقا من حقوق الإنسان الأساسية التي نصت عليه المواثيق الدولية، ولاسيما العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والإعلان

[257] - تقرير العام ل 50 سنة من التنمية البشرية آفاق 2025،المغرب الممكن، إسهام في النقاش العام من أجل طموح مشترك، مطبعة دار النشر المغربية -2006- الدار البيضاء، المغرب، ص. 124-125

العالمي لحقوق الإنسان، ودستور منظمة الصحة العالمية وأهداف الألفية وميثاق الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، والتي تروم إلى حمايه هذا الحق. وهو ما يسعى المغرب لتحقيقه من خلال تعبئة الوسائل المتاحة لتيسير أسباب استفادة المواطنين على قدم المساواة من الحق في العلاج والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية[258]التي أجمعت على حمايته من خلال توفير وتهيئة الظروف التي تتيح لكل فرد إمكانية الاستفادة من أكبر مستوى ممكن من الصحة،[259]ومن تغطية أكبر عدد ممكن من المستفيدين وكذلك ذوي حقوقهم طبقا للقانون 65.00 الصادر سنة 2002 والذي بموجبه تم إحداث، لأول مرة بالمغرب، نظام التغطية الصحية الأساسية، أحدهما قائم على مبادئ وتقنيات التأمين الاجتماعي، وهو"نظام التأمين الإجباري عن المرض" موجه للقطاع العمومي والخاص، والثاني يعتمد على مبدأ المساعدة الاجتماعية و التضامن الوطني وهو "نظام المساعدة الطبية".[260]

1.1. نظم التغطية الصحية الأساسية

1.1.1. نظام التأمين الإجباري عن المرض" AMO "

يقوم هذا النظام على مبدأ المساهمة في التمويل عن طريق واجب الاشتراك. كما أن الدولة تساهم كذلك باعتبارها مشغلة وهو ما يوفر دخلا قارا للفئة المحمية. و هذا النظام لا يهدف إلى تحقيق الربح. إلا أن ما يعاب على هذا النظام أنه لا يوفر الحماية للفئات الضعيفة، لكونه يشترط العمل مقابل الحماية الاجتماعية. ويستفيد من هذا النظام الموظفون وأعوان الدولة والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية، والأشخاص الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي في القطاع الخاص وأصحاب المعاشات بالقطاعين العام والخاص، وكذا العمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة، وجميع الأشخاص الآخرين الذين يزاولون نشاطا غير مأجور وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير. كما أصبح يشمل طلاب التعليم العالي العام والخاص بعد إصلاحات عام 2016. [261] كما يستفيد من هذا النظام أفراد عائلات أشخاص المشار إليهم أعلاه، وهم كل من الزوج أو الزوجة و الأولاد المتكفل بهم إلى غاية سن 21 سنة، والذين يتابعون دراستهم إلى غاية 26 سنة. ويقدم هذا النظام مجموعة من الخدمات، أهمها تتبع الولادة وكذلك تتبع الطفل البالغ أقل من 12 سنة و تتبع الأمراض المزمنة المكلفة الطويلة

---

[258]- القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بتنفيذه الظهير شريف رقم 1.21.30 الصادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021)، جريدة رسمية عدد 6975-22 شعبان 1442(5 أبريل 2021).

[259]- البزاز محمد (2015)، حقوق الإنسان و الحريات العامة، مطبعة سجلماسة، مكناس،223

[260]- ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 من رجب 1423 (3أكتوبر 2002)، بتنفيذ القانون رقم 65.00، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الجريدة الرسمية، عدد 3449، بتاريخ 21 نونبر 2002.

[261] - Bulletin officiel n°5058 du 16 Ramadan 1423 (12 Novembre 2002), loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base, article 114-115.

الأمد، بالإضافة إلى الاستشفاءات الأخرى. وبتفعيل قانون 00-65 المتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية، توخى في مرحلته الأولى توسيع نسبة المستفيدين إلى 30% من الساكنة، أي ما يقرب عن 8 ملايين منخرط، منهم 30% من أجراء القطاعين العام والخاص و18% من الفئات ذات الدخل المحدود. غير أن هذا النظام حسب النتائج المحققة لم يستطع تجاوز سقف 9 ملايين من الساكنة المشمولة بالتغطية.[262]

2.1.1. نظام المساعدة الطبية راميد "RAMED"

لقد خطى المغرب خطوات هامة في اتجاه تفعيل التغطية الصحية الأساسية التي تشمل التأمين الإجباري عن المرض ونظام المساعدة الطبية. وإذا كان الأول دخل حيز التطبيق منذ شتنبر 2005، فإن الشق الثاني من التغطية الصحية الأساسية فهو نظام المساعدة الطبية الذي انطلق مع نهاية سنة 2008 بتجربة نموذجية بجهة تادلة أزيلال، ليتم تعميمه على مختلف جهات البلاد سنة 2012. هذا النظام يعتمد على مبدأ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين والذي من المنتظر أن يغطي 8,5 مليون مستفيد، من بينهم 4 ملايين في حالة فقر و4.5 مليون في وضعية هشاشة، بالإضافة إلى160.000 سيستفيدون من النظام بحكم القانون. هذا النظام يضمن للمستفيدين مجانية الولوج إلى الخدمات الصحية المقدمة داخل المستشفيات والمؤسسات العمومية والمصالح الصحية التابعة للدولة.[263]

يستفيد من نظام المساعدة الطبية الأشخاص غير الخاضعين لأي نظام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وغير المتوفرين على موارد كافية لمواجهة النفقات المترتبة عن الخدمات المشار إليها في المادة 121 من القانون 00-65؛ كما سيستفيد من هذا النظام أزواجهم وأبناؤهم غير المأجورين والموجودين تحت كفالتهم والبالغون 21 سنة من العمر على الأكثر، والذين لا يستفيدون من أي تأمين إجباري أساسي عن المرض. ويمكن تمديد هذا الحد من السن إلى غاية 26 عاما في حالة متابعة الدراسة، شريطة إثبات ذلك، وكذلك أبنائهم المعاقين، كيفما كان سنهم، والذين يستحيل عليهم بصورة كلية ودائمة القيام بعمل مأجور على إثر إصابتهم بعجز جسدي أو ذهني. أما الأشخاص الذين سيستفيدون من المساعدة الطبية بحكم القانون سيشمل نزلاء المؤسسات الخيرية ودور الأيتام والملاجئ أو مؤسسات إعادة التربية وأي مؤسسة عمومية أو خاصة لا تسعى إلى

[262] Bulletin officiel n°5058 du 16 Ramadan 1423 (12 Novembre 2002), loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base, article 115.
[263]-Bulletin officiel n°5058 du 16 Ramadan 1423 (12 Novembre 2002), op cit, p.115

الحصول على ربح. وتعمل على إيواء أطفال مهملين، أو أشخاص بالغين لا أسرة، زيادة على نزلاء المؤسسات السجنية والأشخاص الذين لا يتوفرون على سكن قار.[264]

ويستهدف نظام المساعدة الطبية الفئات الاجتماعية الموجودة في وضعية الفقر بالوسط الحضري، والذين يقل دخلهم عن 3767 درهما للفرد سنويا ولا يتجاوز 5650 درهما سنويا، لكل فرد في وضعية هشاشة. أما بالنسبة للأشخاص القاطنين بالوسط القروي فهم المتوفرون على مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات تفوق 28 نقطة ولا يتجاوز 70 نقطة. على أن تكون الاستفادة من بطاقة المساعدة الطبية مجانية بالنسبة للفئة الموجودة في وضعية الفقر. تؤدي الفئة التي هي في وضعية الهشاشة مساهمة سنوية جزئية جزافية تقدر ب120 درهما للشخص في السنة في حدود سقف 600 درهما للأسرة.

أما على مستوى التمويل، فإن الدولة هي الممول الرئيسي للنظام بحوالي 75% ثم مساهمة المستفيدين في وضعية الهشاشة بما يربو عن 19%، ثم تلي بعد ذلك مساهمة لجماعات الترابية ب 6% في حدود 40 درهما سنويا عن كل مستفيد في وضعية الفقر. ويوفر هذا النظام لهذه الفئة من السكان إمكانية الولوج إلى الخدمات الصحية المقدمة داخل المستشفيات العمومية والتي تتمثل في العلاجات الطبية والجراحية وتتبع الحمل والولادة وتوابعها والاستشارات المتخصصة والتحاليل المخبرية والفحوصات الإشعاعية والتكفل بالأمراض المزمنة والاستشارات الطبية في أقسام الطوارئ، وسيتم تضمينها أيضا في سلة العلاجات.[265]وتجدر الإشارة إلى أن ن الغاية من نظام المساعدة الطبية هو الولوج إلى كافة الخدمات الصحية المتوفرة في المؤسسات العمومية حسب التسلسل في العلاج الذي يبدأ بالمراكز الصحية، مرورا بالمستشفيات العمومية، ثم المراكز الاستشفائية الجامعية تكريسا لمبادئ المساواة والحق في التطبيب والعلاج وضمانا لتوفير عرض صحي متوازن ومتكافئ بين مختلف جهات البلاد.

2.1. الإطار المؤسساتي

1.2.1. الهيئات والأنظمة المكلفة بتدبير التأمين الصحي

لقد أنيطت مهمة التغطية الصحية لمجموعة من المؤسسات والأجهزة والتي تتمثل في الهيئات المكلفة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وأسندت إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وكل من منظمة الاحتياط

[264] - Bulletin officiel n°5058 du 16 Ramadan 1423 (12 Novembre 2002), op.cit., articles n°116—117-118
[265] - AMRANI (Y.), Généralisation du RAMED, le matain.ma, publié le 17-08-2011.

الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وكذلك صناديق التقاعد. أما التغطية الصحية التكميلية فتوفرها التعاضديات وشركات التأمين الخاصة.

2.2.1. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي ANAM

ولتعزيز مجال تدبير التغطية الصحية تم إحداث الوكالة الوطنية للتأمين الصحي طبقا للقانون 00-65 المتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية، وهي مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي خاضعة لوصاية وزارة الصحة،[266] وتتكلف بمهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته في إطار التقيد بالأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة به (المادة 59 من القانون 00-65). كما أنها تشرف على المفاوضات المتعلقة بإعداد الاتفاقيات الوطنية بين الهيئات المكلفة بالتدبير لأنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، من جهة، ومقدمي العلاجات وموردي الأدوات والخدمات الطبية من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك، تعمل الوكالة على تقديم اقتراحات للتحكم في تكاليف التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على احترامها. كما أنيطت بالوكالة أيضا، مهمة تدبير الموارد المرصودة لنظام المساعدة الطبية. وكذلك السهر على تحقيق التوازن المالي الإجمالي بين الموارد والنفقات لكل نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وسن إجراءات الضبط والتحكيم في تقنين نفقات العلاج والاستشفاء، وكذلك النزاعات التي تقوم بين مختلف المتدخلين في ميدان التأمين الصحي. ولتفعيل وتعزيز مجال تدبير التغطية الصحية الإجبارية عن المرض، تم إحداث الصندوقين التاليين:

- **الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي CNOPS**

يختص بتدبير نظام التأمين الإجباري عن المرض بالنسبة لموظفي وأعوان الدولة والجماعات الترابية ومستخدمي القطاع العام والمعاشات بالقطاع العام. ويتولى هذا الصندوق القيام بمجموعة من المهام منها البت، بتنسيق مع جمعيات التعاضدية، في طلبات انخراط المشغلين وتسجيل الأشخاص التابعين لهم. وتحصيل اشتراكات المأجورين ومساهمة المشتغلين، وبإرجاع مصاريف الخدمات المضمونة أو تحملها مباشرة.

[266]-DOROTHEE (C.), 2018, "Morocco's Subsidized Health Insurance Regime for the poor and vulnerable population : achievements and challenges. "Universal Health Coverage Study Series No. 36, World Bank Group, p.19

- **الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS**

تم إحداث هذا الصندوق سنة 1959. والهدف الأساس من هذا النظام توفير الحماية الاجتماعية للأجراء. وهو يعتبر حق من الحقوق الأساسية للإنسان، نصت عليه عدة مواثيق دولية، كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية سنة 1966، وكذلك اتفاقية منظمة العمل الدولية سنة 1982.[267]

3.2.1.صناديق التقاعد تتسم بالتشتت

يعتبر الشغل أهم ظاهرة إنسانية، وذا أبعاد اقتصادية واجتماعية في جميع المجتمعات. ونظرا لفاعلية العنصر البشري في بناء الاقتصاديات الحديثة، توجب على الدول البحث عن عناصر لترغيب و تشجيع العنصر البشري، و ذلك عن طريق ضمان الحق في التقاعد، ليتمكن من تسديد حاجياته ومتطلباته عند نهاية الخدمة. فالإنسان يملك طاقة عقلية و عصبية محدودة تتناقص شيئا فشيئا مع مرور الزمن، حيث يصبح الفرد أكثر عرضة للأمراض المزمنة و التعب العقلي و الفكري و العضلي. لذلك وجب عليه التوقف عن العمل نهائيا، مقابل الحصول على المعاش. ويعتبر هذا الأخير من أهم الآليات التي توفر الحماية الاجتماعية للعامل أو الموظف من جهة، ولذوي حقوقهم من جهة أخرى.[268] تغطي أنظمة التقاعد المغربية حاليا ما يزيد عن 40% من السكان النشيطين المشتغلين. ويغطي نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض النسبة نفسها (أي 40%)، حيث يبلغ عدد الأشخاص المشمولين به ما يزيد عن 8,5 شخص. وهكذا، فإن حوالي 60% من السكان النشيطين محرومون من الحماية الاجتماعية؛ أي 6,2 مليون نسمة، غير مشمولين بأي نظام من أنظمة معاشات التقاعد. إذ تقتصر أنظمة التقاعد الإجباري على موظفي وأجراء القطاعين العام والخاص.[269] وعموما فقد بلغت نسبة الساكنة المغربية المشمولة بنظام من أنظمة التغطية الصحية سنة 2016 ما يناهز 54,6%، بينما لا يتوفر 45,4% من السكان على أي تغطية صحية. مقابل 93,1% في الشيلي سنة 2011. و51,1% في مصر سنة 2008.[270]وعليه، فتح الإصلاح الجديد الباب لفئات اجتماعية ومهنية واسعة للانخراط في صناديق التقاعد والاستفادة من الأنظمة الصحية لتغطية جزء من نفقات العلاج والتطبيب وهذا ما سنراه لاحقا-، ويساهم نظام التقاعد في إعادة توزيع

---

[267]- كرزي عبد اللطيف (2017)، الوجيز في القانون الاجتماعي، مطبعة قرطبة، الطبعة الأولى، ص.192

[268]- إلياس أنسعد و محمود فؤاد (2017)، النظام القانوني للصندوق الوطني للتقاعد، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الحقوق ،جامعة الجيلالي بونعيمة، كلية الحقوق والعلوم السياسية ،الجزائر، ص.1

[269]- الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/34، ص. 13

[270]- الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، مرجع سابق، ص.31

الثروات والحفاظ على السلم الاجتماعي، وتوطيد مبدأ التضامن. ويتضمن قطاع التقاعد بالمغرب مجموعة من الصناديق التي سنقتصر على أهمها:

- **الصندوق المغربي للتقاعد CMR**: تأسس هذا الصندوق بتاريخ 2 مارس 1930، الذي أعيد تنظيمه بمقتضى قانون 95.43 حيث يتكلف بتدبير نظام المعاشات المدنية بالنسبة لموظفي الدولة و موظفي الجماعات الترابية وبعض المؤسسات العمومية بالإضافة إلى نظام المعاشات العسكرية بالنسبة لأفراد القوات المسلحة الملكية و القوات المساعدة، حيث يضمن لفائدة منخرطيه معاشات التقاعد، معاشات العجز (الزمانة)، التعويضات العائلية ومعاشات ذوي الحقوق.
- **النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد RCAR**: أحدث بتاريخ 4 أكتوبر 1977، حيث يتوجه بخدماته لفائدة الأجراء الغير المرسمين والمؤقتين والمياومين والعرضيين العاملين بالإدارات العمومية والمؤسسات العامة والجماعات الترابية والمستخدمين، ويقوم بتسييره صندوق الإيداع و التدبير.[271]

إلى جانب تعدد تشكيلة الأنظمة المتدخلة في تأمين التغطية الصحية نجد العديد من التعاضديات وشركات التأمين الخاصة التي تندرج تحت مسمى نظام التغطية التكميلية:

- **التغطية الصحية التكميلية**: يتم توفير التغطية الصحية التكميلية من لدن القطاع التعاضدي وشركات التأمين الخاصة.

يتألف القطاع التعاضدي من 28 تعاضدية موزعة على الشكل التالي:

11 تعاضدية تم تأسيسها من طرف مستخدمي القطاع العام؛

7 تعاضديات تتعلق بمستخدمي القطاع شبه العمومي؛

5 تعاضديات لفائدة مستخدمي القطاع الخاص؛

5 تعاضديات تشمل الأشخاص الذين يزاولون مهنا حرة.

[271]- المرضي حسن (2015)، النظرية العامة لأنظمة التقاعد و الحماية الاجتماعية؛ دراسة عامة على ضوء إصلاحات أنظمة التقاعد، مطبعة بني ازناسن- سلا، المغرب، ص.65.

2. مقاربة جديدة للمنظومة الصحية المغربية

1.2. تجليات محدودية برامج الحماية الاجتماعية.

لقد باشر المغرب منذ حصوله على الاستقلال إطلاق العديد من البرامج والسياسات الاجتماعية ذات الطابع القطاعي التي تتغيب عنها الالتقائية، في ظل ضعف الإطار التشريعي والتنظيمي والمؤسسي المحدد لضمانات الحكامة والنجاعة والتكافؤ في تدبير وتسيير السياسات الاجتماعية. ولتجاوز هذا النهج المتسم بالارتجالية في معالجة القضايا الاجتماعية، تم إصدار القانون الإطار رقم 09-21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، والذي يؤكد على دور الدولة في تحقيق الحماية الاجتماعية باعتبارها مدخلا أساسيا للنهوض بالعنصر البشري، وحلقة أساسية في التنمية وبناء مجتمع تسوده العدالة الاجتماعية والمجالية.

لقد ظل تعامل الدولة مع المعضلة الاجتماعية خلال العقود الماضية متأرجحا بين سياسات انتقائية تبتغي تصحيح التفاوتات الاجتماعية والمجالية الناجمة عن سوء توزيع الثروات والخدمات الاجتماعية استدراكية للتخفيف من الآثار السلبية لبرنامج التقويم الهيكلي خلال سنوات الثمانينات من القرن الماضي التي عملت على تقليص الاستثمار الحكومي في القطاعات الاجتماعية، مثل الصحة والتعليم. لقد برز جليا ضرورة القطع مع السياسة التي اتبعها المغرب إبان تطبيق تعليمات البنك الدولي بالتخلي عن العديد من الخدمات الاجتماعية بغية استرجاع التوازنات الماكرواقتصادية. إلا أنها أثرت سلبا على التنمية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي والحماية الاجتماعية.

مع بداية الألفية الثالثة دخل المغرب في منعطفات نوعية في التعامل مع القضايا الاجتماعية التي تستجيب لأهداف الألفية للتنمية التي انخرط فيها المغرب، في مقدمتها ورش الإصلاح التربوي، مع اعتماد الميثاق الوطني للتربية والتكوين؛ دخول التأمين الصحي الإجباري حيز التنفيذ؛ برامج السكن الاجتماعي؛ تدابير هادفة إلى فك العزلة عن العالم القروي (الطرق، الكهربة والماء الشروب)[272] وبرنامج دعم تمدرس الأطفال مثل "برنامج تيسير" الذي انطلق سنة 2007 و"برنامج دعم الأرامل"، التي تتوخى تحقيق نوع من التوازن والتكامل بين المساعدة الاجتماعية والضمان الاجتماعي، تعززت بإرساء بنيات مؤسساتية كإحداث وكالة التنمية الاجتماعية ومؤسسة محمد الخامس للتضامن سنة 1999. فضلا عن ذلك تم إطلاق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية في عام 2005 ونظام المساعدة الطبية سنة 2008[273] بهدف تحسين الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفئات الهشة بالمغرب، حيث تركز هذه المبادرة على تشجيع الشراكات المحلية والوطنية والدولية لإصلاح الحكامة وتحسين تقديم الخدمات وتعزيز

---

[272]- تقرير الخمسينية (2006)، مرجع سابق، ص.22

[273]- ديباجة القانون الإطار رقم 09.21 ، المتعلق بالحماية الاجتماعية، مرجع سابق.

التنمية البشرية. كما بدأت الحكومة أيضًا في تنفيذ عدة مراحل من برنامج الجهوية قصد تحسين توزيع الخدمات العمومية والخصوصية، إذ تشكل لامركزية النظام الصحي جزءًا لا يتجزأ من هذا البرنامج. لقد رسخ الدستور المغربي لعام 2011 الحق في الرعاية الصحية وفي تيسير استفادة جميع المواطنين من الحق في الحماية الاجتماعية، من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة التي وضعتها منظمة الأمم المتحدة في 2015 والتي تدعو إلى تعميم الحماية الاجتماعية لفائدة الجميع في أفق 2030.[274]

إن التقدم الكمي الملحوظ في بعض الميادين، من قبيل ولوج التربية والعلاجات الصحية والخدمات الأساسية، يعتبر واقعا لا يقبل الجدل، ويستحق التثمين. غير أن النتائج والأهداف المتوخاة من وراء هذه الإصلاحات كانت محدودة، لكون منظومة الحماية الاجتماعية – رغم كونها منظومة حديثة العهد– مثقلة بتراكمات الماضي، حيث تضم تشكيلة واسعة من الأنظمة غير المترابطة والمجزّأة والممولة أساسا من مداخيل الشغل لفائدة فئة من أجراء القطاع الخاص وموظفي وأعوان الدولة والجماعات الترابية. بينما تظل غالبية السكان النشيطين، إلى اليوم، دون أي حماية اجتماعية. فضلا عن محدودية استفادة الأجراء من الضمان الاجتماعي، حيث لا يتجاوز عدد المستفيدين من التغطية الصحية 40% ولا يستفيد من الحق في التقاعد إلا حوالي 42,5% من الساكنة النشيطة العاملة، إلى جانب العبء الذي يشكله القطاع غير المهيكل في الاقتصاد المغربي الذي ارتفعت حصته من 23% إلى 28% من إجمالي اليد العاملة، وهو وضع يجعل هذه الفئة خارج دائرة الحماية الاجتماعية. وهو الوضع الذي برز بشكل جلي عقب جائحة كوفيد 19، حيث احتاج حوالي 62% من المواطنين للدعم المباشر الذي قدمته الدولة إبان هذه الفترة عبر إحداث الصندوق الخاص بتدبير الجائحة، والتي تسببت في تسريح 950 ألف مستخدم،[275]وتوقف ما لا يقل عن 4,3 ملايين مشتغل بالقطاع غير المهيكل[276]، مع ارتفاع نسبة المواطنين في وضعية فقر وهشاشة لما يفوق 17,1% سنة 2019 إلى حوالي 19,87% سنة 2020؛ أي بزيادة تجاوزت مليون شخص إضافي.[277]

ومن أجل التصدي للآكراهات المرتبطة بتحسين جودة الخدمات والعلاجات الصحية، سعت العديد من الإصلاحات إلى توسيع نطاق التغطية الصحية ليعم كافة المواطنين غير المشمولين بالتأمين الصحي والتي تمثل فئة

---

[274]- آنا جايكويز، هل سيؤدي كوفيد 19 إلى إصلاح القطاع الصحي في المغرب؟، شوهد بموقع المعهد المغربي لتحليل السياسات بتاريخ 27 ماي 2021 على الرابط التالي: https://mipa.institute/7859

[275]- عطوش هشام (2020)،"الآثار الاقتصادية لجائحة كورونا المستجد وإعادة التموقع الاقتصادي بالمغرب"، ورد في كتاب من تنسيق الرحالي ميلود؛ جائحة كورونا والمجتمع المغربي: فعالية التدخلات وسؤال المآلات، منشورات المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، الطبعة الأولى، ص. 7.

[276]- بلاغ وزارة الاقتصاد والمالية، بتاريخ 12 ماي 2020 المتعلق بالمرحلة الثانية لدعم الأسرة العاملة بالقطاع غير المهيكل.

[277] - Haut Commissariat au Plan& Système des Nations Unies au Maroc et Banque Mondiale, Impact social & économique de la crise du covid-19 au Maroc, Juillet 2020, p.6

عريضة من المجتمع المغربي. بينما بلغت أعداد الساكنة المشمولة بنظام التأمين الصحي الإجباري الأساسي وفقا لهيئة الرقابة على التأمين والضمان الاجتماعي ما يقارب تسعة ملايين مواطن منذ عام 2018. أما نظام المساعدة الطبية "راميد" فقد ساهم في زيادة التغطية الصحية بشكل كبير. ولكن بالرغم من توفير التأمين الصحي لما يزيد عن ثمانية ملايين مستفيد إضافي، إلا أنه اصطدم بالعديد من العقبات التي همت مختلف المستويات وتجسدت بالأساس في التأخر في تلقي العلاج وضعف مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

2.2. تعثر نظام المساعدة الطبية "الراميد"

يعد هذا النظام إحدى أهم آليات التغطية الصحية الأساسية إلى جانب التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي تم إحداثه وفق الاستراتيجية القطاعية المعتمدة من لدن الوزارة الوصية برسم الفترة 2008–2012م، التي تهدف إلى تمكين المواطن المغربي من الحصول على خدمات صحية ذات جودة تراعي مبدأ تكافؤ الفرص وحق جميع المواطنين في الحصول على العلاجات الضرورية. لم يف هذا النظام بالأهداف المحددة له، والمتمثلة في الولوج المجاني لكل الفئات المعوزة للخدمات الصحية، وبالجودة المطلوبة طبيا، بالإضافة إلى التعقيدات الإدارية التي تم وضعها أمام المرضى المستفيدين، من بينها ضرورة لجوء المريض المستفيد إلى المؤسسات الصحية التي توجد في الإقليم مقر السكنى ووفق التقطيع الترابي، ناهيك عن طول انتظار المرضى من جراء المواعيد البعيدة الأمد.

إن المعايير التي بنيت عليها طريقة تحديد الفئة المستهدفة والأكثر احتياجا من أجل الاستفادة من نظام المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود أصبحت متجاوزة وتعود لسنة 2004، حيث تم تحديدها بناء على الإحصائيات الصادرة عن المندوبية السامية للتخطيط. وبالتالي وجب مراجعة هذه المؤشرات بفعل ارتفاع الأسعار، وكذا القدرة الشرائية للمواطنين، وحرمان فئة واسعة من المواطنين من التغطية الصحية من أصحاب المهن الحرة والحرفيين والتجار الصغار والمتوسطين[278]، إضافة إلى هزالة الميزانية المرصودة للقطاع، مما يجعلها بعيدة عن معايير المنظمة الصحة العالمية التي حددت الحد الأدنى في 10% من الميزانية العامة للدولة.

ورغم ما حققه نظام المساعدة الطبية "الراميد" من مكتسبات منذ انطلاقته، فإنه تعتريه العديد من النواقص والاختلالات تتجلى أهمها في قلة الموارد البشرية التي لازالت تشكل إكراها كبيراً بالنسبة للنظام الصحي، نظرا للضغط الكبير والزيادة في الطلب على الخدمات الصحية بالمستشفيات العمومية، مما يؤثر على قوائم الانتظار في

[278]- تقرير المجموعة الموضوعاتية المكلفة بالتحضير للجلسة السنوية الخاصة بمناقشة وتقييم السياسات العمومية حول المرفق العمومي، مجلس النواب، أكتوبر 2019، ص.86

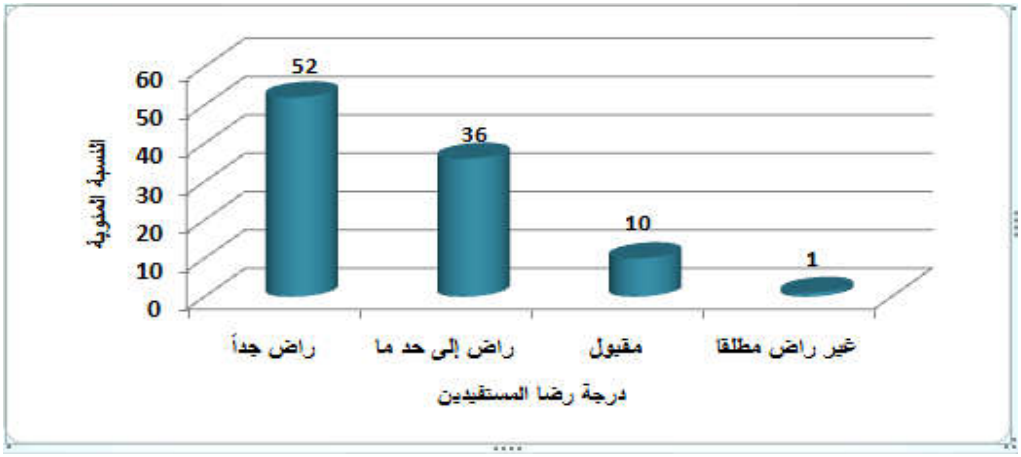
المواعيد وجودة الخدمات. يضاف إلى ذلك، غياب هيئة مستقلة لتدبير نظام المساعدة الطبية تسهر على ضمان ديمومة تمويل النظام وتوازنه المالي.[279] حيث دعا الخطاب الملكي بمناسبة عيد العرش في يوليوز 2020 إلى"...تصحيح الاختلالات التي يعرفها تنفيذ برنامج التغطية الصحية "راميد"، بموازاة مع إعادة النظر، بشكل جذري، في المنظومة الوطنية للصحة، التي تعرف تفاوتات صارخة وضعفا في التدبير..."[280]

3.2. مؤشرات سكانية لتقييم كفاءة نظام المساعدة الطبية "راميد"

1.3.2. معيار درجة رضى المستفيدين من نظام المساعدة الطبية "راميد"

يُمثل رأي المرضى باعتبارهم المستفيدين من الخدمة، مؤشرا مهما في قياس مدى سهولة الولوجية والاستفادة من خدمات الصحة العمومية. فالإنسان هو المقوِّم الأساسي لكفاءة الخدمة الصحية، باعتباره القادر عن كشف مكامن الخلل والضعف فيها. ولقد تبين من نتائج البحث الميداني أن درجة رضى المستفيدين من نظام المساعدة الطبية "راميد"هي المهيمنة، بنسبة بلغت تقريبا 100% بما فيها أزيد من نصف المستفيدين تدرج في خانة "راض جداً". بينما سجلت نسبة ضعيفة للمستفيدين الذين يشعرون بعدم الرضى بشكل مطلق عن الخدمات المقدمة (1%). وهذه النسب تعكس مستوى ارتفاع مؤشر الرضى والقبول بين المستفيدين من نظام المساعدة الطبية عن الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العمومية بمدينة فاس.(شكل 23).

شكل رقم 23: التوزيع النسبي لدرجة رضى المستفيدين من بطاقة "راميد" عن الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية بفاس



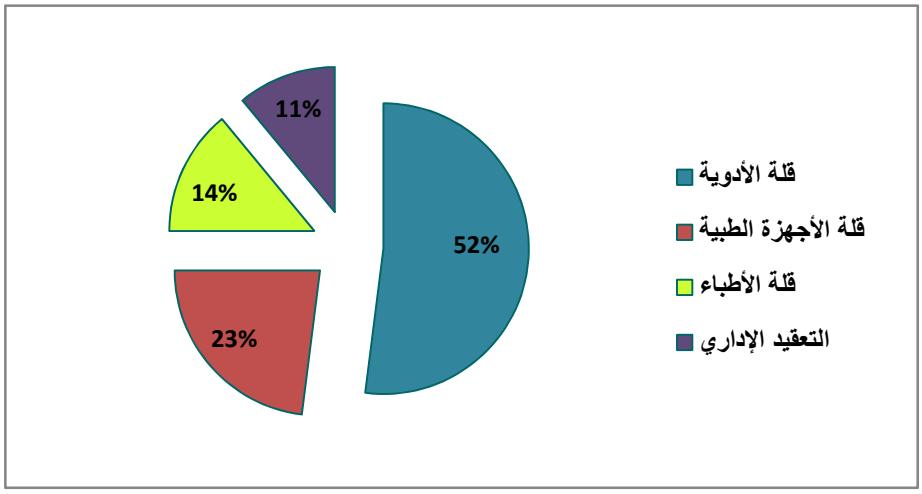
المصدر: الاستمارة الميدانية (2021)، السؤال 15

[279]- المرجع نفسه، ص 95
[280]- تقرير المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية، مجلس النواب، يوليوز 2022، ص. 17

2.3.2. نوعية مشاكل الخدمات الصحية التي تواجه حاملي بطاقة "راميد"

لقد تم استقراء آراء المرضى الحاملي لبطاقة "راميد" عن عدم رضاهم عن مستوى آداء الخدمات الصحية المقدمة لهم، واتضح وجود عدد من المشاكل التي تواجههم في مستشفيات ووحدات الخدمات الصحية، بنسب متباينة. (الشكل 24)، إذ تبين من خلال الدراسة أن قلة ونقص الأدوية قد حظيت بأعلى نسبة بلغت 52%، حيث صرح ما يزيد عن نصف مجموع أفراد العينة عن عدم حصولهم على الأدوية وعدم قدرتهم أيضا على إقتنائها بسبب أوضاعهم السوسيو–اقتصادية. أما قلة الأجهزة الطبية (السونار والأشعة) فجاءت في المرتبة الثانية وقد بلغت نسبتها 23% (حوالي الربع). وهذا يعني أن 3 من 4 مرضى يشتكون من قلة الأدوية والتجهيز. والربع الباقي من المرضى، موزع بين من يشتكي من قلة االأطر الطبية والأسرة والتعقد الإداري الذي يهم مشكل إعادة تجديد بطائق المساعدة الطبية ومشكل التقسيم الاداري، وخدمات أخرى (شكل 24). ومن عواقب هذا الخصاص، طول مواعيد الانتظار وتأخر المريض في الولوج والاستفادة من العلاجات الضرورية.

شكل رقم 24: بعض مشاكل الخدمات الصحية التي يعاني منها حاملي بطاقة "راميد" في المستشفيات العمومية بفاس



المصدر: نتائج فرز الاستمارة الميدانية (2021)، السؤال 16

3.3.2. تقييم كفاءة نظام المساعدة الطبية "راميد" على المستوى المؤسساتي[281]

بعد تعميم نظام المساعدة الطبية ازداد الضغط على المستشفى العمومي، وهو ما كانت له عواقب وخيمة على تنظيم العلاجات وتدهور جودة خدمات الرعاية المقدمة، ليس فقط للمستفيدين من نظام راميد، ولكن أيضا لجميع المرضى. وتتجلى تلك النقائص التي شابت النظام فيمايلي:

- تجاوز الفئة المستهدفة بنظام راميد من 8,5 مليون إلى 11 مليون نسمة؛
- تمويل هذا النظام عرف عدة مشاكل، من حيث عدم ضمان استمرارية الموارد، تعدد التشريعات وتضارب الاختصاصات في التدبير المالي بين وزارة الصحة والوكالة الوطنية للتأمين الصحي؛
- تقسيم المستفيدين حسب الفقر والهشاشة لم يعد ذا موضوع، بحيث ارتفعت نسب الفقر وانتقل المعدل السنوي للتكاليف من 343 درهم إلى 650 درهم، بارتفاع بلغ 90%، مقابل زيادة طفيفة في الموارد غير المتكافئة مع النفقات. مما أحدث عجزاً كبيراً لدى المستشفيات والمراكز الاستشفائية الجامعية، جعلها غير قادرة على أداء مهامها العلاجية؛
- انعدام أو قلة البروتوكولات والمراجع العلاجية للعديد من الأمراض للتأمين الاجباري عن المرض، وانعدامها لدى نظام المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود. مما لا يساعد على تحقيق نفقات تكاليف العلاجات ولا في تطوير جودة هذه الأخيرة؛
- سلة العلاجات: مختلفة المحتوى بين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، وخدمات وعلاجات لا محدودة بالنسبة لنظام المساعدة الطبية بالمؤسسات الصحية العمومية، ولكنها لا تكون دائما متوفرة، مما يضطر المريض إلى البحث عن وسائل التشخيص في حالات عديدة بالقطاع الخاص؛
- الأدوية تمثل من 34% إلى 40% من نفقات صناديق التأمين الصحي، فيما انتقلت ميزانيتها من 500 مليون درهم إلى 2,5 مليار درهم للمستشفيات؛

---

[281]- تقرير المرصد الوطني للتنمية البشرية: تقييم نظام المساعدة الطبية "راميد"، 2017.
- التقرير حول الأنشطة للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، 2016
- منشورات مجلس النواب، المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الإصلاح؛ تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية ، دار أبي رقراق للطباعة والنشر، 2021، ص. 37

- غلاء الأدوية الذي كبد الصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي نفقة 292 مليون درهم خلال سنة 2019؛
- ولوج الدواء الجنيس للسوق الوطنية لا يتجاوز 30% باستثناء الصفقات العمومية؛
- توسيع لائحة الأدوية المبتكرة والغالية الثمن المعوض عنها بالرغم من وجود أدوية أقل ثمن وبفعالية مماثلة. مما يهدد التوازنات المالية للصناديق المدبرة للتأمين الصحي. خاصة بالنسبة للأمراض المزمنة والمكَلِّفة التي يعاني منها من 6% إلى 11% من المؤمنين فقط، تُكلِّف نصف نفقات التأمين الصحي بحيث:
  - انتقل عدد الأدوية المعوض عنها من 1001 سنة 2006 إلى 4430 دواء، سنة 2019؛
  - انتقل عدد المستلزمات الطبية المعوض عنها من 167 إلى 887؛
  - اتسعت لائحة الأمراض طويلة الأمد من 41 إلى 55 مرض بناء على قرارات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي؛
  - استقرار مستوى الموارد منذ سنة 2006، وارتفاع مضطرد للنفقات مما كلف خسارة مالية إجمالية بقيمة 86 مليون درهم للصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي ما بين 2016 و2019 بسبب عدم تخفيض سعر المستلزمات الطبية المتعلقة بجراحة القلب؛
  - تكلفة المستلزم الطبي في عملية زرع الصمام الأبهري للقلب الحاملة لتسمية (TAVI) تساوي 20.000 أورو في فرنسا مقابل 300.000 درهم في المغرب؛
  - ضعف استقطاب مؤسسات الصحة العمومية للمؤمنين والمستفيدين من صناديق التأمين الصحي أقل من 10%.

4.2. الاستراتيجية الصحية 2025 للنهوض بمنظومة الصحة العمومية

تم إحداث استراتيجية وطنية للنهوض بالقطاع الصحي، تعرف باسم "مخطط الصحة 2025". وصف هذا المخطط بأنه استمرار، وليس بديلا لاستراتيجيات الصحية للأعوام 2012-2016 و2017-2021. من الناحية النظرية، خصص لهذا المخطط مبلغ 24 مليار درهم للاستثمارات للخدمات الصحية، منها 14 مليار لتحسين الطاقة الاستيعابية للمستشفيات و10 مليار درهم للصحة الوطنية وبرامج مكافحة الأمراض بين الأعوام 2019-2025. يتطلب هذا المخطط تخصيص مبلغ 37 مليار درهم من ميزانية الدولة لتنفيذها، إضافة إلى ميزانية استثمارية إضافية يبلغ قدرها 24 مليار درهم يتم تمويلها عن طريق الميزانية العامة للدولة، بالإضافة إلى القروض

والشراكات بين القطاعين العام والخاص، والشراكات الوطنية، والسلطات المحلية، وبرامج التعاون الدولي، ومصادر إيرادات الضرائب الجديدة.[282]ترتكز أولويات هذا المخطط على ثلاث ركائز رئيسية:

الركيزة الأولى تتمثل في تأهيل وتنظيم العرض الصحي، بغية تحسين الولوج إلى الخدمات الصحية. ومن أهم محاور هذه الركيزة تعزيز شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية وتطوير الشبكة الاستشفائية العمومية وتطوير صحة القرب وطب الأسرة.

الركيزة الثانية تتمثل في تقوية نظام صحي وفعال، وتكثيف برامج محاربة الأمراض المعدية، وتشمل تعزيز برامج الأمومة والطفل كأولوية وطنية، ومحاربة الأمراض غير السارية، وتحيين المخطط الوطني للصحة النفسية والعقلية، وتعزيز اليقظة والأمن الصحيين.

الركيزة الثالثة : تعزيز الحكامة الجيدة في القطاع الصحي، والاستخدام الأمثل للموارد، ويشمل توسيع التغطية الصحية الأساسية، ومعالجة النقص في الموارد البشرية، وتحسين ظروف عمل المهنيين، وتعزيز التأطير التشريعي والتنظيمي في القطاع الصحي.[283]

1.4.2. محاور استراتيجية تأهيل القطاع الصحي

لتأهيل المنظومة الصحية وعرض العلاجات لتتمكن من استيعاب المستفيدين الجدد من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. هذا الإصلاح، سيشمل أساسا مايلي:

- تأهيل العرض الاستشفائي من خلال تأهيل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية لتعزيز العرض الصحي، وتوجيه المرضى، باعتبارها أول محطة للتواصل والتوجيه؛
- احترام مسار العلاجات من أجل تحسين آجال التكفل والتقليص من التكاليف، عبر إقرار إلزامية ولوج المرضى إلى النظام الاستشفائي عبر مؤسسة الرعاية الصحية الأولية أو طبيب عام؛
- وضع سياسة مبدعة ومحفزة في مجال الموارد البشرية، من خلال إحداث وظيفة عمومية صحية تتضمن نظام جديد للتعويض يقوم على النجاعة والمردودية؛

[282]- آنا جايكويز، هل سيؤدي كوفيد 19 إلى إصلاح القطاع الصحي في المغرب؟، شوهد بموقع المعهد المغربي لتحليل السياسات بتاريخ 27 ماي 2021 على الرابط التالي: https://mipa.institute/7859

[283]- عرض وزير الصحة حول مخطط الصحة في أفق سنة 2025، وذلك خلال اجتماع مجلس الحكومة المنعقد يوم الخميس 19 أبريل 2018.

- إصلاح الإطار المؤسساتي على المستوى الجهوي من خلال إحداث تجمعات استشفائية جهوية حول المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي ستمكن من تسهيل وتجويد عملية التنسيق بين العرض الصحي وحركية الموارد البشرية على المستوى الجهوي؛
- وضع نظام معلومات مندمج يسهل التتبع الدقيق لكل مريض والتعرف على مسار العلاجات وتقييمه؛ بحيث يصبح كل شخص مستفيد يتوفر على بطاقة تضم كل المعلومات الضرورية عليه وعلى ملفه الصحي أيضا.[284]

وتروم هذه الاستراتيجية إلى تعميم الاستفادة من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لمختلف الشرائح الاجتماعية، وتحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية في الولوج إلى الخدمات الصحية وتحسين جودتها وأداء مردوديتها.

5.2. تعميم الحماية الاجتماعية: إرساء دعائم الدولة الاجتماعية عبر تغطية المخاطر الصحية

لقد ظل التطور الحاصل في مجال التغطية الصحية محدودا. وما تزال نسبة التغطية التي توفرها الحماية الاجتماعية النظامية ضعيفة ومتفاوتة حسب أنواع الأنظمة المعمول بها. الشيء الذي استدعى ضرورة التفكير في صياغة إستراتيجية جديدة للتدخل قصد الارتقاء بالمنظومة الصحية وتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتشمل خدماتها مختلف شرائح المجتمع.

على هذا الأساس، تم إطلاق ورش تعميم الحماية الاجتماعية بتاريخ 14 أبريل 2021، ليتم بهذا الصدد المصادقة على قانون الإطار 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية، والذي نص في ديباجته على ضرورة تكثيف الجهود من أجل استكمال بناء منظومة قوية توفر الحماية الاجتماعية لفئات واسعة، وتكون قادرة على الحد من المخاطر الاقتصادية والاجتماعية على ضوء التداعيات التي أفرزتها جائحة كوفيد 19.[285]

تعتبر الحماية الاجتماعية مجموعة من التدابير القائمة على التأمين والتضامن، الهادفة إلى تحقيق الضمان الاجتماعي وتقديم المساعدة، ارتكازاً على المساهمات أو دون الارتكاز عليه، من أجل القدرة على توفير الرعاية والدخل لجميع الأشخاص وعلى مدى جميع مراحل حياتهم. أو أنها مجموعة من البرامج والسياسات التي تروم إعانة الأشخاص على مواجهة آثار المخاطر الاجتماعية كالمرض وفقدان الشغل والشيخوخة. وتستند هاته الحماية الاجتماعية على مبادئ جوهرية تتمثل في التضامن في أبعاده الاجتماعية والترابية وبين الأجيال والبين–مهنية،

---

[284]- تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الدورة الاستثنائية برسم السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة 2021، ص.49

[285]- ديباجة القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، مرجع سابق

الذي يقتضي تظافر مجهودات جميع المتدخلين في هذا المجال، وعلى مبدأ عدم التمييز في الولوج إلى خدمات الحماية الاجتماعية، ثم على مبدأ الاستباق والذي يقوم على تقييم دوري لآثار تدخلات الأطراف المعنية بالحماية الاجتماعية بغية اعتماد أفضل السبل الكفيلة بتثمين النتائج المحققة. وأخير، مبدأ المشاركة من خلال انخراط كل المتدخلين في السياسات والاستراتيجيات والبرامج المتعلقة بالحماية الاجتماعية. وسيتم تنزيل مقتضيات قانون الإطار بعد مراجعة مجموعة من النصوص التشريعية المتعلقة بالتغطية الصحية والضمان الاجتماعي وبالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات. ومن أجل ضمان نجاح إصلاح المنظومة الصحية الوطنية وتأهيلها فقد تم وضع مجموعة من التدابير والآليات التي تستهدف متطلبات الحكامة بالإعتماد على آلية تسيير تتمثل في الهيئة الموحدة للتدبير تمكن من ضمان التقائية مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، وعلى آلية قيادة تسهر على تتبع تنفيذ هذا الإصلاح وتنسيق تدخلات مختلف الفاعلين. الأمر الذي يُؤشِّر على مراجعة عمل الدولة في مجال قيادة السياسات الاجتماعية بغية تكريس المكتسبات وتثمين الانجازات الهامة التي راكمها المغرب في عدة مجالات.

ولهذه الغاية، تم إحداث إستراتيجية وطنية لتأهيل القطاع الصحي برسم الفترة 2021-2025، التي تهدف إلى بلوغ التغطية الصحية الشاملة والحماية الاجتماعية لجميع المغاربة، والتي انطلقت في تفعيلها بناء على نصوص ومقتضيات قانون الإطار الرامي إلى تنفيذها تدريجيا وعبر مراحل وضمن أجندة زمنية محددة، تمتد طيلة الخمس سنوات المقبلة إلى حدود نهاية سنة 2025. بحيث مُنِحَت الأسبقية لتعميم التأمين الصحي الإجباري عن المرض خلال فترة 2021-2022 ليشمل 22 مليون مستفيدا إضافيا وذلك من خلال إدماج الفئات الخاضعة للمساهمة المهنية الموحدة والبالغ عددهم 800 ألف تاجر وصانع، على أن يتم دمج مليون و600 ألف فلاح ونصف مليون (500.000) صانع تقليدي، و220 ألف من حرفيي قطاع النقل و80 ألف من ذوي أصحاب المهن الحرة، على أن يتم الإدماج الكلي للفئات المعوزة والمستفيدة من نظام المساعدة الطبية "راميد" والبالغ عددهم 11 مليون مستفيد في نهاية سنة 2022.[286](الخطاطتين رقم 1-2).

[286]- تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الدورة الاستثنائية برسم السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة 2021، ص.17

1.5.2. الموارد المالية وأهداف استراتيجية تعميم التغطية الصحية

تعتبر الإمكانيات المادية وديمومتها رافعة أساسية لتعميم الحماية الاجتماعية وتوسيع التغطية الصحية، لأنها تشكل اللبنة الأساسية للمنظومة الصحية، وذلك لتوفير امكانية الولوج وتحسين كفاءة وجودة الخدمات العمومية المقدمة وبلوغ التغطية الصحية الشاملة.

وفي هذا السياق فقد تم تخصيص 14 مليار درهم لتعميم التغطية بالتأمين الإجباري عن المرض. وبخصوص تعميم نظام التعويضات العائلية لتشمل ما يقارب سبعة ملايين طفل في سن التمدرس، تستفيد منها ثلاثة ملايين أسرة، فقد رصدت له ميزانية 20 مليار درهم. أما المحور الثالث من الحماية فيشمل توسيع قاعدة المنخرطين في نظام التقاعد لفائدة حوالي خمسة ملايين من الساكنة النشيطة الذين يمارسون عملا ولا يستفيدون من معاش في أفق 2025، من خلال تخصيص مبلغ 16 مليار درهم. وضمن نفس الأفق، يندرج تعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل بالنسبة لكل شخص يتوفر على عمل قار. وقد بلغ عدد المستفيدين من نظام التعويض عن فقدان الشغل خلال الفترة 2016-2020 ما مجموعه 74 ألف مستفيد فقط، بتكلفة مالية تجاوزت 977 مليون درهم. [287] ويعود ذلك بالأساس، للشروط المعقدة التي يفرضها الظهير المنظم للضمان الاجتماعي والذي يحصر خدمة التعويض عن الشغل في حالات ضيقة ووفق شروط تعجيزية تجعل الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل أمرا مستحيلا. [288]

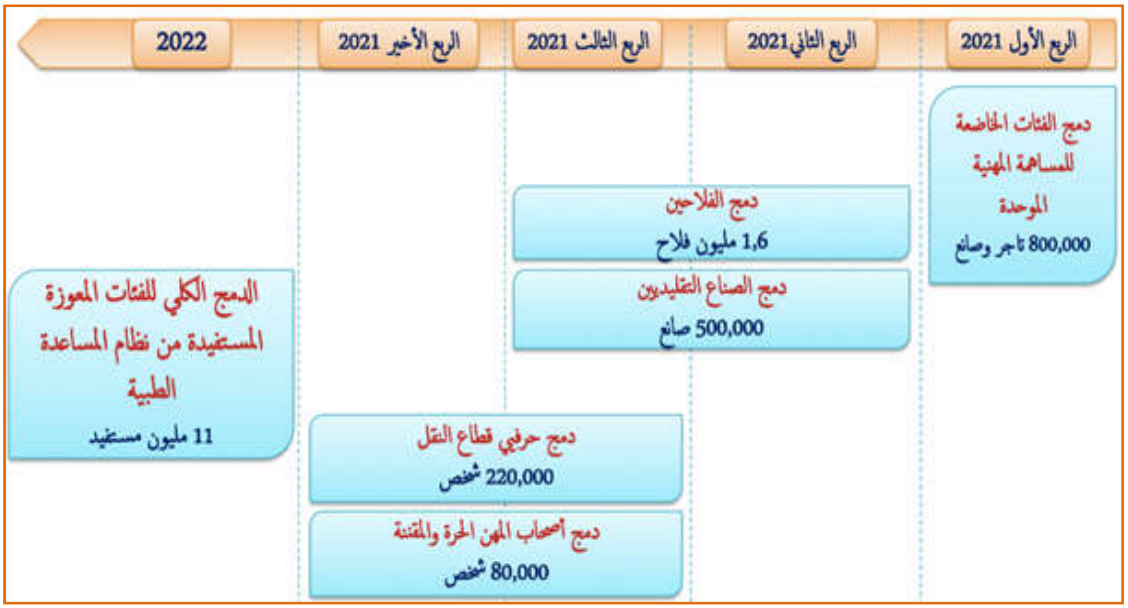
[287]- تعزيز الحماية الاجتماعية ودعم الفئات الهشة، إنجازات العمل الحكومي 2017-2021، رئيس الحكومة ،2021، ص.4-11 .
[288]- الملائمة ومدى توافق برامج الحماية وسياسات الدعم الاجتماعي، مركز الدراسات والبحوث في في الشؤون البرلمانية، مجلس المستشارين،2019، ص. 15.

خطاطة رقم 1: محاور استراتيجية تعميم الحماية الاجتماعية وفق الجدولة الزمنية



المصدر: وزارة الاقتصاد والمالية، 22 فبراير 2021

خطاطة رقم 2: تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وفق الجدولة الزمنية



المصدر: وزارة الاقتصاد والمالية، 22 فبراير 2021

وتجدر الإشارة إلى أن تدبير برامج هذه الاستراتيجية في أفق 2025، يتطلب تخصيص ميزانية سنوية مهمة تقدر بحوالي 51 مليار درهم لتعميم الاستفادة من الحماية الاجتماعية، موزعة ما بين 28 مليار درهم قائمة على آلية الاشتراك بالنسبة للأشخاص الذين تتوفر لديهم القدرة على المساهمة في تمويل التغطية الصحية.(والمستخلصة أساسا من الاشتراكات المستحقة، ومن الواجبات التكميلية التي تفرضها الدولة على بعض الفئات المهنية)، و23 مليار درهم قائمة على آلية التضامن بالنسبة للأشخاص الذين لا تتوفر لديهم القدرة على المساهمة في التمويل. (والمتأتية من المخصصات المالية من ميزانية الدولة و العائدات الضريبية المخصصة لتمويل الحماية الاجتماعية والموارد المتأتية من إصلاح نظام المقاصة وموارد أخرى ترصد بموجب نصوص تشريعية أو تنظيمية خاصة)،[289]وهو ما يعني أن حوالي 45% من الموارد المالية لتعميم الحماية الاجتماعية نابعة من مصادر تضامنية. وستطرح طبيعة هذه المساهمات التمويلية تداعيات عديدة حول استدامة الوعاء المالي لنظم الحماية الاجتماعية، وحول الآفاق المستقبلية لمكانة وموقع الدولة في تدبير السياسات والبرامج الاجتماعية.

3. مظاهر التحديات التي تواجه الولوج المنصف واليسير للخدمات الصحية

إن الوضع الذي أصبحت عليه المنظومة الصحية اليوم، يثير الانتباه لما آلت إليه بعض مكونات هذا القطاع (النقص الكمي والنوعي في عرض العلاج الصحي، تفاوتات جهوية في عرض العلاج، محددات اجتماعية ضعيفة، صعوبة في الولوجية للخدمات والمرافق الصحية، عدم الاستفادة من الحق في الحصول على الأدوية وبعض المعدات الطبية المتطورة، ضعف التغطية الصحية...). وتشكو كذلك من غياب التنسيق والتواصل مع القطاع الاستشفائي ومن غياب خريطة صحية ومن تدبير مغرق في المركزة وغير فعال وغيرها من أوجه الخلل، جعل مسألة التفكير في التدخل لتطوير الخدمات الصحية مسألة ضرورية، وإعادة تأهيل النظام الصحي بمختلف مكوناته وإدماجه في الانتقالات والتحولات العامة التي تشهدها البلاد غاية تنموية. وهو ما دفع بالوزارة الوصية والعديد من الجهات المهتمة بتدبير الشأن الصحي إلى اتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة للنهوض به والعمل على تجاوز مجموعة من الإشكاليات والاختلالات العميقة التي تعاني منها المنظومة الصحية والتي لازالت قائمة وتعيق تقدم والسير العام للنظام الصحي ولعل أهمها:

[289] تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية، مرجع سابق، ص.14

1.3.النقص الحاد في الموارد البشرية

تتسم المنظومة الصحية بالمغرب بالنقص الكبير في الموارد البشرية، والتي تشكل أهم تحديات تأهيل القطاع الصحي، حيث سجل المغرب سنة 2019 معدل 0,7 طبيب و 1,4 ممرضة لكل 1000 نسمة بينما حققت بلدان صاعدة وذات الاقتصاد المشابه مثل البرازيل 2,3 طبيب و7,3 ممرض لكل 1000 شخص بينما حققت ألمانيا أفضل معدل عالمي بنسبة 4,3 طبيب و 13,5 ممرض لكل 1000 مواطن. وتوصي منظمة الصحة العالمية الدول التوفر على نسبة 1,1 طبيب و 1,6 ممرض لكل 1000 شخص[290] من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة. تُعتبر ملاءمة أعداد الموارد البشرية للصحة مع حاجيات الساكنة أحد إشكاليات القطاع الصحي، نظراً لأن توزيع العاملين بقطاع الصحة يتم حسب مصالح الموظفين بَدل حاجيات المواطنين وإن توفرت الموارد البشرية. ويشتغل 40% من أطباء القطاع الخاص في الوسط الحضري. كما أن أغلب أطباء القطاع العام يشتغلون بشكل مزدوج بالقطاعين الخاص والعام في تعارض مع القانون.

إن مشكل الموارد البشرية في القطاع الصحي بالمغرب هو كمي بالأساس. ويقدر العجز حاليا بأكثر من 23374 طبيب و 49876 ممرض حسب معيار منظمة الصحة العالمية.[291] لذلك يجب الرفع من عدد الأطباء والممرضين، لأن عددهم غير كافٍ. كما أن المشكل نوعي كذلك، ويرتبط بتكوين مهنيي الصحة، لأن برامج التكوين الحالية لا تُساعد في تهيئ المهنيين لأعمال صحية ترتكز على طب القرب. لهذا أصبح من الضروري مراجعة برامج ومقررات التكوين. وعلى وزارة الصحة إيجاد حلول لمجموعة من التساؤلات أهمها: إعادة انتشار مهنيي الصحة وكيفية التأثير على هجرة الأطر الصحية من المغرب إلى الخارج ومن الوسط القروي إلى الوسط الحضري ومن المدن الصغيرة إلى المدن الكبيرة، إضافة إلى ضرورة عمل الوزارة الوصية على تقييم المحفزات الحالية ومراجعة الأنظمة الأساسية للمهنيين الصحيين. [292]

2.3.ضعف الملاءمة بين التكوين والممارسة المهنية

يكتسي البحث العلمي في المجال الطبي أهمية قصوى، وذلك بالنظر للمكانة التي تحتلها العلوم الطبية في الحياة اليومية لكافة أفراد المجتمع. وهو التحدي التي تمت ملامسته في ظل انتشار جائحة كوفيد 19 باحتكار بعض الدول للقاح، وحرمان أخرى من حقها في الحصول عليه. وباعتبار البحث العلمي وتكوين الأطر دعامة

---

[290] - The World Bank, World Development Indicators : Health Systems , last updated, date 06/30/2022

[291]- وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المغرب 2013، ص.9

[292]- الأزمي عصام (2022)، "الإطار القانوني لتدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي"، ورد في كتاب من تنسيق محمد النضر ويونس بنان؛ تحت إشراف سناء حواتا وعزوز الهمة؛ الصحة والحماية الاجتماعية بالمغرب- رؤى متعددة، منشورات معهد الدراسات الاجتماعية والإعلامية، الرباط، ص 8.

أساسية لتأهيل القطاع الصحي من أجل الاستجابة لانتظارات المواطنين، والزيادة في الطلب على عرض العلاجات، إلا أن تكوين الأطر الصحية أصبح غير ملائم مع تغير مواصفات الحاجيات والطلب. كما أن برامج التكوين الحالية لا تساعد في تهيئ المهنيين لا لمواجهة مشاكل الصحة الحالية ولا للعمل الجماعي ولا للاشتغال بالآليات التكنولوجية والولوج للمعلومة والتطبيب عن بعد. ورغم التقدم الحاصل في تمويل المنظومة الصحية لم يتحقق الكثير بالنسبة للموارد البشرية. لأن إصلاح وتأهيل المنظومة الصحية يتوقف على تكوين وتعبئة الموارد البشرية وتوفير مهنيين صحيين يتمتعون بكفاءات متنوعة من أجل الاستجابة للحاجيات الراهنة وضمان الولوج إلى علاجات صحية تتسم بالجودة والقرب والتكامل.

وفي هذا السياق، على وزارة الصحة واجب أولا بإعادة النظر في مقررات ومدة تكوين المهنيين الطبيين والممرضين، وإدخال الإطار المتخصص ضمن أنشطة التطبيب عن بُعد ودعم القُرب. كما يفترض اقتراح خيار الاستمرار في العمل على المهنيين الذين وصلوا سن التقاعد، إضافة إلى تشخيص عميق لمشكل تحديد المناصب المالية والتي يجب معالجتها بابتكار آليات إدارية ومالية، استنادا إلى المعلومة الحديثة والدقيقة التي تخص المنظومة الصحية بأكملها وليس فقط مهنيي القطاع العام.[293] وينضاف إلى مشكل عدم ملاءمة المناهج التكوينية للمسالك الطبية إشكالية هجرة الأطر الطبية والشبه الطبية إلى الخارج أو تقديم الاستقالة من الوظيفة العمومية. فقد ارتفع عدد الأطباء الذين يختارون الهجرة ومغادرة البلاد (حوالي 7000 طبيب). ولقد بلغ عدد الأطباء الذين غادروا المغرب سنة 2018 ما يناهز 603 طبيبا، وهو العدد الذي يشكل نسبة 30% من عدد خريجي كليات الطب والصيدلة للسنة نفسها، الشيء الذي يؤدي إلى وجود خصاص حاد في مهنيي الصحة يقدر حاليا هذا النقص ب8442 في الطب العام و14932 في الطب الاختصاصي. كما تتمركز أغلبية الأطر الطبية الخاصة بأطباء وجراحي الأسنان بنسبة 90% بالقطاع الخاص.[294]

3.3. نظام تمويل الصحة: محدود وغير متوازن

إذا كان حجم المشاكل الصحية يختلف من بلد إلى آخر، فإن طبيعتها لا تتغير. ففي مجموع دول المعمور هناك فوارق في الولوج إلى العلاجات وفي الموارد المخصصة لها. ويترجم هذا بشكل أو بآخر على نطاق واسع بنقص في العاملين في المستشفيات وبطول صفوف الانتظار للولوج إلى العلاج وإلى التكنولوجية المتقدمة، وبتدني

[293]- وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المغرب، 2013، ص.40-41

[294]- المملكة المغربية (2021)، تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية: المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الإصلاح، منشورات مجلس النواب، دار أبي رقراق للطباعة والنشر، الرباط، ص.137.

قيمة الرعاية الصحية الأولية. وجودة العلاجات والتكلفة والولوج إلى الأدوية وإلى العلاجات الممنوحة للأشخاص في وضعية هشاشة، وبشكل عام حول قابلية القدرة على تمويل قطاع الصحة.[295]

1.3.3. ضعف تمويل القطاع الصحي

تعتبر إشكالية التمويل من بين العقبات التي تقف حجر عثرة أمام إصلاح القطاع الصحي ببلادنا، وهي إشكالية تتقاطع عندها مجموعة من الإشكاليات الأخرى، إذ لا يمكن الحديث عن الزيادة في عدد الموارد البشرية أو التحسين من البنيات التحتية دون الرفع من الميزانية المخصصة للقطاع الصحي، وذلك قصد بلوغ النسب التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة بتخصيص ما بين 10 و12% من الناتج الخام.[296]وعلى الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع المغرب كمتوسط الدخل الفردي. وفيمايلي عرض لتطور نسبة نفقات الصحة من الناتج الداخلي الخام بالمغرب وبعض الدول ذات الدخل المشابه سنة 2019، جدول 28

جدول رقم 28: نسبة النفقات الإجمالية للصحة من الناتج الداخلي الخام 2019

السنوات	المغرب	تونس	الجزائر	ليبيا
2010	5,86	6,54	5,12	3,05
2011	5,99	7,15	5,29	4,77
2012	6,15	7,18	6,14	4,30
2013	5,94	7,26	7,12	4,33
2014	5,91	7,00	7,21	4,97
2015	6,08	7 ,52	7,65	5,34
2016	6,12	7,70	8,11	5,69
2017	6,17	7,88	8,57	6,05
2018	6,21	8,06	9,03	6,40
2019	6,23	8,06	9,20	6,42

المصدر: تقرير البنك الدولي

– الحسابات الوطنية للصحة بالمغرب 2019

[295]- وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، 2013، ص.5

[296]- المملكة المغربية (2021)، تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، منشورات مجلس النواب، دار أبي رقراق للطباعة والنشر، الرباط، ص.110

وعلى الرغم من التطور الملحوظ الذي عرفته ميزانية التمويل الصحي خلال السنوات الأخيرة، فهي تبقى ضعيفة لا تشكل سوى 6,23% سنة 2019 من نفقات الصحة كنسبة من الناتج الخام. كما أنها لا تستجيب لحاجيات المواطنين بالرغم من تنزيل التغطية الصحية منذ سنة 2005. ورغم الزيادة المطردة التي عرفتها ميزانية الصحة من 10 ملايير سنة 2010 إلى 19,774 مليار سنة 2021، فإن الطلب على الخدمات الصحية كان أكبر من الموارد، بحيث ارتفع عدد المرتفقين بالمستشفيات من 6 ملايين مرتفق سنة 2008 إلى 10,77 مليون سنة 2019. وهذا ما يؤدي إلى نقص مزمن في العلاجات وفي وسائل التشخيص وصيانة وتجديد المعدات والتجهيزات الطبية. بل الأدهى من ذلك، فإن المؤسسات الصحية العمومية التي توفِّر 77% من عدد الأسرة، وتقدم أكبر عدد من الخدمات الطبية لا تستفيد إلا من 27,3% من النفقات الإجمالية للصحة، ولا تستفيد المستشفيات العمومية من الثلث المؤدى للهيآت المدبرة للتأمين الصحي: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي إلا بنسبة 10,3% مقابل 92% للعيادات والمصحات الخاصة سنة 2018.[297]

ومجمل القول ووفقا للتقرير العالمي حول بنية الإنفاق العمومي على الحماية الاجتماعية، جاء المغرب ضمن البلدان الأقل استثماراً في هذا المجال، حيث يمثل حجم الإنفاق العمومي على الحماية الاجتماعية أقل معدل من الدول المذكورة في التقرير العالمي.[298]

2.3.3. ضعف الأطراف المساهمة والأسر أهم مصدر التمويل الصحي

يعتبر تقديم الخدمات الصحية عنصرا أساسيا في التنمية باعتبار أن ما يتم إنفاقه على هذه الخدمات يُوجه إلى أحد عناصر الإنتاج وهو العنصر البشري. فمما لا شك فيه أن العنصر البشري هو أهم الوسائل اللازمة لنجاح كافة الوحدات الإنتاجية والخدمية في تحقيق أهدافها. فالتحسينات الصحية تمارس تأثيرها على النمو الاقتصادي من خلال تأثيراتها على السكان.[299]وفي هذا الصدد أشار برنامج العمل التاسع لمنظمة الصحة العالمية (1996-2001) أن "الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية .. ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية، فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة". وبذلك أصبحت القضايا الصحية تُتناول وتُعالج بوصفها قضايا إنمائية.[300] أما تردي الصحة وعدم إمكانية الاستفادة من الخدمات الصحية فإنه يقلص من قدرات الأفراد، إذ يترتب عن الإصابة بالأمراض خسائر اقتصادية ومالية هامة تؤدي إلى انخفاض

---

[297]- نفس المرجع، ص.115

[298]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص29

[299]- قاسم نايف العلوان وفتحية أبوبكر محمد (2008)، "قياس وتقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية"، مجلة الإداري، معهد الإدارة العامة، مسقط، سلطنة عمان، العدد 112، السنة الثلاثون، ص.78

[300]- الياس بومعراف وعمار عماري (2010)، "من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر"، مجلة الباحث، العدد السابع، 2009، ص.28

الطاقة الإنتاجية للمجتمع بسبب العجز أو الوفاة أو الغياب عن العمل بسبب المرض وارتفاع تكاليف العلاج والتطبيب، في وقت تنخفض فيه دخول الأفراد بسبب انقطاعهم عن العمل أو توجيه جزء منها للإنفاق على المرض. ويسفر ذلك عن حرمان الأسر من تلبية احتياجاتها الضرورية وتدهور مستوى معيشتها. لهذا لا ينبغي التقليل من شأن الموارد المالية المرصودة لحماية الصحة العامة. ومن ثمة، يتبين أن الاستثمار في الصحة ومن خلال انعكاساته على الرأس المال البشري يعد مطلبا أساسيا لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة.

لهذا فإن من أهم مبادئ النظام الصحي العادل والمنصف، أن تكون الولوجية للخدمات الصحية متوفرة وفي متناول سائر أطياف الطبقات الاجتماعية وخاصة الدنيا منها، وأن تكون مساهماتهم على قدر إمكاناتهم المادية ومستوياتهم المعيشية، وفي الآن نفسه، أن تلعب الدولة دور الراعي والمنسق لخلق التوازنات في النفقات الصحية والمراقب الأول لكافة المساهمين.

لقد عرفت ميزانية الصحة ارتفاعا ملحوظا خلال العقد الأخير، بحيث انتقلت من 10 ملايير درهم سنة 2010 إلى 19774 مليار درهم سنة 2021، أي بما يعادل 1578 درهم لكل مواطن مقابل 904 دولار عالميا من متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة. أما عن مصادر تمويل النفقات الإجمالية للصحة فهي تتباين بين مختلف الأطراف المساهمة في التمويل، بحيث تتحمل الأسر العبء الأكبر من المدفوعات المباشرة وتعتبر المساهم الأساسي بما يناهز 51% من مجموع النفقات الصحية. وهي نسبة مرتفعة وتتجاوز ثلاثة أضعاف المعدل العالمي، الذي يوصي بألا تتجاوز نسبة المدفوعات المباشرة التي يتحملها الفرد عالميا 19% من إجمالي الإنفاق على الصحة. أما الممول الثاني فتأتي الدول بحصة 24% من مجموع نفقات الصحة، بالإضافة إلى النسبة التي يتحملها نظام التغطية الصحية والتي تقدر ب23,9%. بينما تظل باقي حصص المساهمين الآخرين جد ضعيفة، بنسبة 1,1% موزعة كالأتي: المشغلين وباقي أرباب العمل 0,4%، التعاون الدولي 0,2%، مصادر أخرى 0,5% سنة 2020.[301]

من الواضح إذن، أن مقابل انخفاض نفقات الدولة (من 26,9% إلى 24% ما بين 2001-2020) هناك ارتفاع في مساهمة الأسر بالرغم من المنحى التنازلي الذي عرفته في العشر السنوات الأخيرة بانتقاله من 53,6% إلى51%. وتشكل النسبة المرتفعة للإنفاق المباشر ضمن المصاريف المخصصة للصحة بالمغرب، إحدى

[301]- وزارة الصحة، الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، مارس 2016، ص.11

الإشكاليات الكبرى في منظومة العلاجات. وقد لوحظ أن نسبة إنفاق المغرب على الصحة تضاعفت ثلاث مرات خلال العقد الأخير. ومع ذلك، لازالت تسجل اختلالات مهمة، حيث أن نسبة هائلة وغير عادية للإنفاق على الأدوية وحدها بلغت 31,7%، في حين تبقى حصة الإنفاق المباشر للأسر من إجمالي الإنفاق الصحي مرتفعة، إذ تصل 51% سنة 2021.[302]ويشكل هذا الإنفاق المباشر عائقا كبيرا أمام الولوج إلى الصحة، كما أنه يفرض على الأسر نفقات باهظة ويساهم في تفقيرها ومن ثمة في تعميق الفوارق مما يؤدي إلى عدم فعالية المنظومة الصحية المغربية.

إن إثقال كاهل الأسر بأعباء نفقات الصحة هذا، يستوجب إعادة النظر في طريقة ووتيرة تطور النفقات، لأن تحسين وزيادة كفاءة الأداء الصحي وزيادة المكاسب الصحية بوجه عام يتم اذا ما أثبتت تلك التدخلات أنّ الفاعلية تناسب التكلفة،[303]وليس بأن تتحقق بأي ثمن، خاصة إذا كان على حساب المستوى المعيشي للأسر. كما تقتضي الضرورة تقوية الاقتصاد ليواكب الصحة والعكس صحيح، لأن حجم تأثير العلاقات التشابكية بين القطاعات الاقتصادية تتبلور وتنعكس بشكل واضح على القطاعات الاجتماعية وخاصة التعليم والصحة. فتجويد الخدمات الصحية والرفع من كفاءة أدائها ومردوديتها يتوقف على قوة القاعدة الاقتصادية والتوازنات التي يحققها.

4.3. خصاص في العرض الصحي لا يواكب ملائمة الحاجيات الراهنة

تشكل البنيات التحتية الصحية البوابة الرئيسية من أجل الولوج إلى الخدمات. وعلى الرغم من التوسع الذي عرفه العرض الاستشفائي في السنوات الأخيرة، تبقى هذه الأخيرة عاجزة عن تغطية مجموع حاجيات الشبكة الاستشفائية. ويزيد من تفاقم المشكل التوزيع الجغرافي غير المتكافئ بين الوسطين الحضري والقروي وبين الجهات. علاوة على النقص المسجل على مستوى البنية التحتية للمستشفيات الصحية فإن عدد منها يوجد في وضعية متهالكة ومتدهورة وتفتقر لأبسط شروط الصحة والسلامة المهنية، كما هو الشأن بالنسبة للمستشفات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية (مستشفى بلحسن بفاس ومستشفى كوكار الذي يعود للحقبة الاستعمارية). كما أن معظمها يعاني من خصاص في التجهيزات الطبية اللازمة والوسائل اللوجيستيكية، إضافة إلى وجود آليات طبية معطلة بسبب غياب الصيانة لتقديم خدمة صحية مقبولة للمواطنين. بالموازاة مع ذلك تعاني من نقص كبير في الأسرة مقارنة بعدد السكان، بحيث يبلغ المعدل 9 أسرة لكل 10000 شخص، في حين توصي المعايير الصحية

---

[302]- وزارة الصحة، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.11.

[303]- مديحة محمود خطاب (2009)،" تحديد أولويات الانفاق العام في مجال الصحة" ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر أولويات الإنفاق في مصر والدول العربية، العدد 23، ص.27.

الوظيفية للمستشفيات من قبل منظمة الصحة العالمية ب10 أسرة لكل 1000 نسمة.[304]ويسجل العجز بما يربو عن 40000 سرير. كما أن الكثافة الصحية تعاني من فوارق شاسعة، ليس فقط بين الجهات، ولكن داخل الجهة الواحدة. والأدهى من ذلك، أن التوزيع الجهوي للمهنيين يمنح امتيازا وافراً للمناطق المكونة للمراكز الحضرية الكبرى كالدار البيضاء الكبرى والرباط- سلا- القنيطرة التي تتمركز فيها 22% من مهني القطاع العمومي و50% من الأطباء المزاولين في القطاع الخاص.[305]

إن التحديات المتعلقة بالتكافؤ في الولوج إلى الخدمات الصحية لا زالت قائمة، سواء بالمدن أو في البوادي والقرى، ويعود السبب الرئيسي لهذا التفاوت بالأساس، إلى المحددات الاجتماعية للولوج إلى الحق في الصحة، والتي يكون لها الوقع الأكبر على غياب العدالة في ولوجية الخدمات الصحية واللامساواة في الحالة الصحية. وقد تم تحديد هذه المحددات في الهشاشة الاقتصادية (بطالة، فقر، سوء التغذية، ضعف المداخيل، حرف ذات دخل هزيل، أعمال غير قارة..)، والثقافية (انتشار الأمية والجهل، ضعف المستويات الدراسية، انعدام الوعي والثقافة الصحية...). فبالرغم من توافر عرض العلاجات في المدن، إلا أن هذه المحددات تقف حائلا دون استفادة شريحة عريضة من الساكنة من حقها في التطبيب والعلاج. وتنضاف إلى كل هذه الاكراهات الاقتصادية والاجتماعية والمالية عوامل أخرى تتعلق بالتمايزات الجغرافية و العزلة المجالية لدى الساكنة القروية المتواجدة في المناطق النائية والمناطق الصعبة الولوج. ويعود ذلك إلى التوزيع الغير متوازن للعرض الصحي بين الوسطين الحضري والقروي وبين الجهات وبين الأقاليم والعمالات بنفس الجهة؛ وهذا نموذج جهة فاس-مكناس قيد الدراسة، حيث أن 20% من الساكنة توجد على بعد 10 كلم من أقرب مؤسسة صحية.

5.3. ضعف الشراكة بين القطاع الصحي العام والخاص

تنضاف إلى الإكراهات السابقة التي تحد من فعالية المنظومة الصحية، غياب جاذبية القطاع الصحي لاستثمارات القطاع الخاص وضعف الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص في المجال الصحي، وارتفاع أسعار الأجهزة والمعدات الطبية وتفاوت حجم الإنفاق الجهوي في المجال الصحي، مما يحد من تطوير العرض الصحي في وجه جميع المواطنين بجميع جهات البلاد. فضلا عن صعوبة نقل وتنزيل طرق التمويل من الخارج وتطبيقها في السياق المغربي الذي يمتاز بمجموعة من الخصائص، مثل تقليص حجم الضرائب في المجال الصحي، وضعف

[305]- وزارة الصحة، الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، مارس 2016، ص.12

الإمكانيات المادية والبشرية المؤهلة لسد مختلف الحاجيات ومواكبة التطورات التي يعرفها الميدان الصحي. يضاف إلى ذلك، مشكل كيفية تنزيل وتحقيق هذه الشراكة على أرض الواقع وإمكانية استفادة الفئات ذوي الدخل المحدود والهشة من سلة العلاجات والخدمات الصحية فالقطاع الخاص بمقدوره المساهمة في تيسير الولوج للعلاجات مقابل، رسوم ضعيفة يستخلصها من المرتفق باعتماد التقنية التعاقدية التي ظهرت لأول مرة بين القطاع العام والخاص تحت لفظ Private Finance Initiative، حيث رخصت الحكومة البريطانية سنة 1990 للقطاع الخاص تصميم وتسيير المستشفيات، شريطة أن تدفع لها مقابلا ماليا طوال مدة العقد.[306]

6.3.غياب سياسة وخريطة جهوية صحية واضحة المعالم

إن الصحة وتحسين نوعية الحياة تعتبران من بين أهم المؤشرات الأساسية لتقدم الشعوب وتطورها، لكون الإنسان محور الموضوع ونبض المجتمع وتقدمه. فالمجتمعات اليوم تسعى جاهدة من أجل الاهتمام بالفرد وتحسين ظروف عيشه من خلال توفير الشروط اللازمة والحاجيات الضرورية للحياة من صحة وتعليم وشغل...الخ. لذا أصبح لزاما على المدبرين للشأن الصحي بلورة سياسة جهوية صحية واضحة المعالم لتيسير الولوج للعلاج والارتقاء بجودة الخدمات الصحية لكافة سكان الجهات.

لقد ظل تدبير النظام الصحي موكول إلى المهنيين. ويشتغل منذ تأسيسه بدون خريطة صحية أو وثيقة مرجعية قانونية وتوجيهية لتنظيم التدخلات والتوزيع الجغرافي للبنيات والتجهيزات الطبية والموارد البشرية، وعرض العلاجات الصحية والاستشفائية. وقد اعتبرنا أن عملية التجديد في هذا المجال تخضع للمبادرات الظرفية حسب توفر الموارد المالية من مساعدات دولية أو غيرها. لكن هناك صعوبات في إرساء أسس الجهوية الصحية بسبب غياب تصور للخريطة الصحية وضعف الإمكانيات المالية والبشرية. ومعلوم أن وضع أسس نظام جهوي للصحة يتطلب القيام بدراسات متعددة الجوانب، وتوفير مجموعة من الوسائل القانونية والآليات والهياكل وبالأخص الأدوات التقنية المرجعية وخاصة الخريطة الصحية.[307]

وفي هذا الإطار، فعلى الرغم من تدخل الدولة في المجال الصحي دون تركز المرافق الاجتماعية، خاصة الصحية والتعليمية في بعض المناطق والجهات من التراب الوطني دون أخرى، فالنتائج تثبت عكس ذلك. فقد تم تسجيل تمركز العرض الصحي على مستوى محور الدارالبيضاء–القنيطرة، وهو ما يفسر غياب خريطة صحية تغطي مختلف حاجيات كافة الجماعات الترابية، وكذا وجود تفاوتات عميقة في الولوج للعلاج حسب المستوى

[306]- بوعشيق أحمد (2009)،الشراكة بين القطاعين العام والخاص، سياسة عمومية حديثة لتمويل التنمية المستدامة بالمغرب، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية: نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، الرياض 1-4، ص.1

[307]- أنفلوس محمد، مرجع سابق، ص 344

الاجتماعي والثقافي، البعد الاقتصادي والبعد الجغرافي، وهي كلها معوقات تحد من أداء ومردودية النظام الصحي من حيث العرض الصحي وعدم تكييف العرض الصحي مع الحاجيات الصحية الجديدة للمواطنين.

واعتبارا لضخامة التحديات الذي يطرحها القطاع، يقتضي الأمر وضع تصور يمكن تحقيقه على أرض الواقع. وعلى الإدارة التوفر على خرائط صحية جهوية شاملة وحديثة تأخذ بعين الاعتبار خصوصية كل جهة، وتشير إلى طبيعة الإمكانات المتوفرة، وتحديد حجم الاحتياجات الصحية بشراكة وتنسيق مع مختلف الفاعلين والمدبرين للقطاعين العام والخاص. وضرورة استحضار المقاربة الوظيفية الاجتماعية في حركية المهنيين. فبناء المجموعات الصحية الترابية يشكل إحدى الإشكاليات العويصة، لأن بلورتها على أرض الواقع يتطلب التوزيع المتوازن لمختلف المرافق والوظائف الحضرية، لما له من انعكاسات ايجابية على استقرار واستقطاب أعداد كبيرة من الأطر الطبية والشبه الطبية وعلى الإنتاج الفردي والجماعي داخل النسيج الجهوي. فضلا عن دمج مخططات ومتطلبات الخدمات الصحية في الخطط المحلية لتعطي تكاملا شموليا مع مخططات الخدمات الأخرى، بما يضمن نجاح جميع المشاريع المستقبلية، وإدراج أعمال ومشاريع وزارة الصحة أيضا مع هذه المشاريع لتعطي تكاملا في الخدمات وأعلى كفاءة مرجوة منها. لان تسهيل العرض الصحي وتوفير سياسة القرب من الخدمات بغية تذليل الولوج اليسير للعلاج والحصول على أكبر قدر ممكن من الخدمات الصحية لكافة المواطنين، يتطلب اعتبار التدخل لتأهيل القطاع الصحي عمليات متنوعة سواء على مستوى طبيعة العمليات ذاتها أو على المستوى المجالي. وهذا يعني تداخل اختصاصات متنوعة بتنوع الهيئات المعنية. فصعوبة التدخل ليست فقط ذات جوانب مالية وتمويلية، بل إنها تكمن في صعوبة التنسيق بين كل الجهات المعنية قصد تناغم التدخلات وتقييمها وتقويمها. وبالرغم من أن الجانب المؤسساتي عرف تحولات إيجابية خلال السنوات الأخيرة، إلا أنه لازلنا نسجل بقاء بعض العوائق، نذكر منها:

- تعدد الفاعلين وتداخل الاختصاصات وصعوبة التنسيق؛
- غياب رؤية شمولية وتشتت التدخلات القطاعية؛
- ضعف التشاور والمشاركة عند اتخاذ القرارات؛
- غياب استراتيجية واضحة المعالم ومتشاور بشأنها.

خاتمة الفصل الخامس

لقد تبين من خلال هذا الفصل أن التغطية الصحية ببلادنا قطعت أشواطا مهمة منذ قيامها، إذ هدفت العديد من الإصلاحات إلى زيادة ولوج المواطنين للتأمين الصحي وتنويع عرض الخدمات الصحية. فمنذ إطلاق التأمين الصحي الإجباري عن المرض سنة 2005، ليشمل كافة المأجورين والمتقاعدين ثم فيما بعد الطلبة والعمال المستقلين، فقد بلغت نسبة الساكنة المستفيدة من هذا التأمين 30%، أي باستفادة حوالي 9 ملايين مغربي من التغطية الصحية عن طريق هذا النظام سنة 2017، وذلك وفقا لهيئة الرقابة على التأمين والضمان الاجتماعي. أما نظام التأمين الصحي الثاني والمعروف بنظام المساعدة الطبية "راميد"، والذي يستهدف المواطنين ذوي الدخل المحدود والمعوزين، فقد ساهم في زيادة التغطية الصحية زيادة كبيرة، وفي توفير التأمين الصحي لأزيد من 8,5 مليون شخص إضافي عن طريق هذا النظام. غير أن الظرفية الاستثنائية التي عرفها المغرب كباقي دول العالم في أعقاب جائحة كوفيد 19 كشفت عن عمق الهشاشة وانتشار الفقر والبطالة بين فئات اجتماعية واسعة، الشيء الذي تأكد من خلال ارتفاع حجم الطلبيات المقدمة للاستفادة من الدعم المباشر الذي خصصته الدولة إبان هذه الفترة عبر صندوق مخصص لذلك. حيث أفرزت هذه الجائحة عن إحصائيات صادرة عن المندوبية السامية للتخطيط تجزم بأن أكثر من نصف المغاربة أي حوالي 62% لا يتوفرون على أي تغطية. كما برز بشكل جلي خلال الأزمة الصحية التي عرفها المغرب، عن الهشاشة التي يعاني منها القطاع الصحي.

وارتباطا بهذه التحديات فقد دفعت الدولة إلى مراجعة منظومة الحماية الاجتماعية، التي يطبعها التشتت، والضعف في مستوى التغطية والنجاعة[308] إلى توسيع أنظمة الحماية الاجتماعية لتشمل خدماتها، كافة شرائح المجتمع.[309] وهذه التوجهات التي تضمنها القانون الإطار 09.21، والذي نص على اعتبار الحماية الاجتماعية من المخاطر المرتبطة بالمرض والطفولة والشيخوخة وفقدان الشغل أولوية وطنية ومسؤولية مشتركة خلال الخمس سنوات المقبلة.[310]

[308]- نص الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى الحادية والعشرين لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز 2020، سوهد في 18 أبريل 2021 في https://bit.ly/3CcEdMB

309- نص الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة، شوهد في 18 أبريل 2021، في https://bit.ly/3BgE3SW .:

[310]- القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، مرجع سابق.

وفي هذا الإطار، تم إحداث استراتيجية وطنية للنهوض بالقطاع الصحي، تعرف باسم "مخطط الصحة 2025" تهدف إلى تنظيم وتطوير الخدمات الصحية وتحسين القدرة على الولوج إلى الخدمات الصحية وكذا تعزيز برامج الصحة الوطنية ومكافحة الأمراض، فضلا على تحسين متطلبات الحكامة والاستفادة المثلى من توزيع الموارد واستخدامها، بغية التخفيف من التفاوتات الاجتماعية والتداعيات التي ترتبت عن جائحة كوفيد وتوسيع الاستفادة من الدعم الاجتماعي، شرعت الدولة في صياغة تصور جديد للحماية الاجتماعية عبر تنزيل القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، كورش مهيكل للتدخل العمومي في المجال الاجتماعي وتعميم التغطية الصحية الشاملة لتشمل مختلف شرائح المجتمع، مستندا على مبادئ جوهرية وتخصيص ميزانية سنوية وقائمة على دعائم حكامة قوية للتدبير والتنسيق بين مختلف المتدخلين في الشأن الصحي.

وعلى ذات الصعيد، فإن تعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية واستدامة تمويلهما لن تستقيم من دون تقوية الاقتصاد الحضري للمدينة، والاهتمام بأكثر القطاعات أهمية في التركيبة الاقتصادية ومدينة فاس تتميز بهيمنة القطاع الخدماتي على مستوى البنية الاجتماعية والمهنية، كمدخل للنهوض بالقطاع في علاقاته بتأهيل وتحديث باقي القطاعات الأخرى المكونة للنسيج الاقتصادي للمدينة وهو ما سنتعرض له بنوع من التفصيل في الفصل الموالي.

الفصل السادس

تدخلات الفاعلين لتطوير قطاع الخدمات

مقدمـة

يشكل قطاع الخدمات مرتكزا اقتصاديا لساكنة مدينة فاس. وتكمن أهميته الفعلية في النسبة الإجمالية التي يحتلها بكل أصنافه داخل القطاعات الاقتصادية وفي خصائصه البنيوية التي تتميز بتنوع وتعدد أنشطته داخل المدينة. ولقد شهدت أنشطة الخدمات، ولاسيما الصغرى وغير المهيكلة، تزايدا ملحوظا في الاقتصاد الحضري خلال السنوات الأخيرة، بحيث أضحت تلعب دورا كبيرا في خلق فرص الشغل بين أعداد العاطلين، أمام عجز القطاع المصنف على استيعاب اليد العاملة المتزايدة إثر التمدين السريع الذي عرفته المدينة.

لذلك، سنقوم ببسط لمكونات قطاع الخدمات، مع تبيان الأنشطة الأكثر تأثيرا على مستوى التشغيل، لأن التركيب الاقتصادي يعد من العناصر الهامة في معرفة نشاط السكان وسوق الشغل. ومن هنا سيكون تركيزنا على تحليل البنية المهنية للسكان النشيطين المشتغلين في المدينة، وذلك بتحديد الحجم الإجمالي للشغل بكل قطاع من القطاعات الاقتصادية وبقطاع الخدمات بشكل خاص، دون أن نخوض في بعض التفاصيل المتعلقة بالخصائص الاجتماعية، كالفوارق بين الجنسين والمستويات التعليمية وغيرها لدى العمالة في قطاع الخدمات.

إن المكانة المتميزة لأنشطة الخدمات داخل مكونات النشاط الاقتصادي للمدينة، جعلت مسألة التفكير في التدخل لتحديث وتنمية قطاع الخدمات والرفع من تنافسيته في ظل احتدام العولمة والمنافسة الداخلية والخارجية، مسألة ضرورية. لذا، سنعالج أهم أشكال التدخل الرامية للنهوض بقطاع الخدمات كمرتكز هام، لفهم الأهمية التي يحظى بها القطاع كحقل لتوزيع العمل وتدعيم سوق الشغل الاقتصادي.

وفي السياق ذاته، نذكر ببعض المشاكل والتحديات التي تعترض تنمية قطاع الخدماتية بمدينة فاس، ونبرز التصور المؤسساتي لآليات تحديث وتطوير قطاع الخدمات بالمدينة من خلال وضع مشاريع تنموية ومهيكلة من الجيل الجديد في إطار منظور ترابي جديد، ورؤية شاملة وإجراءات تروم تحقيق التكامل الوظيفي بين القطاعات الاقتصادية والتماسك الاجتماعي والاندماج الترابي.

1.أثر قطاع الخدمات على التشغيل

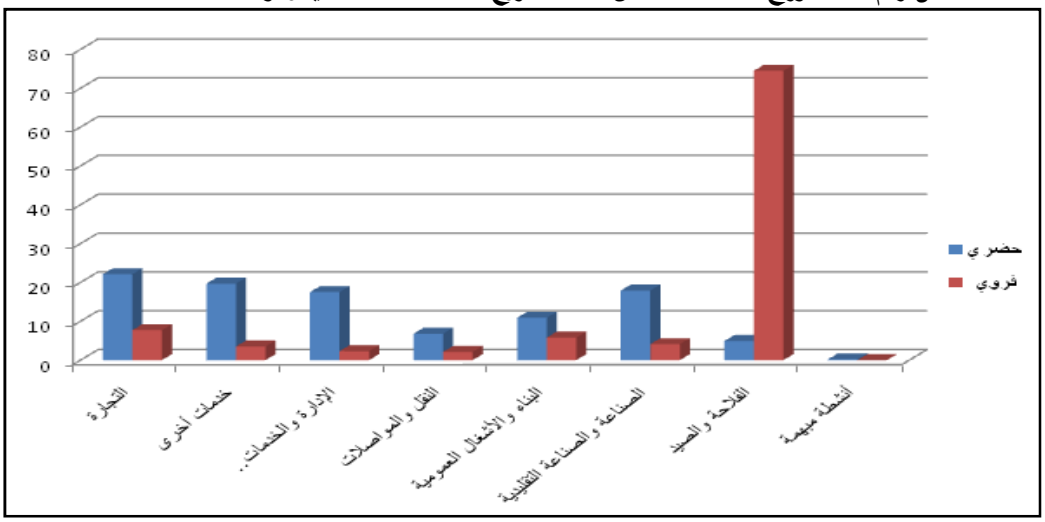
1.1. أنشطة الخدمات في مقدمة فروع الأنشطة الاقتصادية

يعرف الاقتصاد المغربي تحولات نوعية على صعيد بنياته الإنتاجية منذ تسعينيات القرن الماضي، بالتزامن مع الانفتاح التدريجي على الخارج، تناغما مع تيار العولمة، وتحرير السوق وتنوع القطاعات الاقتصادية، وهو ما أفضى إلى إحداث تغيير في التركيبة الاقتصادية في الأوساط الحضرية والقروية على حد سواء.

تحتل أنشطة الخدمات الصدارة في الأنشطة الاقتصادية؛ إذ أصبح الاقتصاد في الوقت الراهن، متسما بالازدواجية والتضخم الكبير للقطاع غير المهيكل، وهو الذي كشفت عنه نتائج الإحصاء الصادرة عن المندوبية السامية للتخطيط لسنة 2020 بتوظيف ما يقارب 4,3 مليون من اليد العاملة النشيطة في هذا القطاع. رغم كون جل الوظائف فيه تعتبر غير قارة وهشة ويسودها التشغيل الذاتي.

يظهر تباين كبير في توزيع نسب النشيطين حسب فروع النشاط على المستوى الوطني، مع هيمنة أنشطة الخدمات التجارية وأنشطة الخدمات الأخرى وأنشطة الإدارة والخدمات الاجتماعية. وبنسبة أقل في أنشطة النقل والمواصلات (شكل25). وتظل هذه الأنشطة ذات الإنتاجية الضعيفة أو غير المنظمة، تحدد بشكل رئيسي بنية الشغل، إذ تشغل لوحدها الثلثين من مجموع اليد العاملة، والثلث الباقي للأنشطة الأخرى (فلاحة، غابة وصيد أنشطة صناعية، بما في ذلك الصناعة التقليدية) وأنشطة البناء والأشغال العمومية. ومن الجدير بالذكر كون أغلب المشتغلين في الوسط الحضري يزاولون أنشطة خدمات التجارة بالدرجة الأولى ثم أنشطة الخدمات الأخرى والخدمات الإدارية والاجتماعية بالدرجة الثانية، على عكس الوسط القروي الذي تهيمن فيه أنشطة الفلاحة، الغابة والصيد، مقابل نسبة ضعيفة لأنشطة التجارة. وأقل من الربع، يشتغل في باقي الأنشطة الأخرى (الشكل رقم25).

شكل رقم 25: توزيع أعداد النشيطين حسب فروع النشاط الاقتصادي والوسط ب% لسنة 2019



المصدر: المندوبية السامية للتخطيط 2019

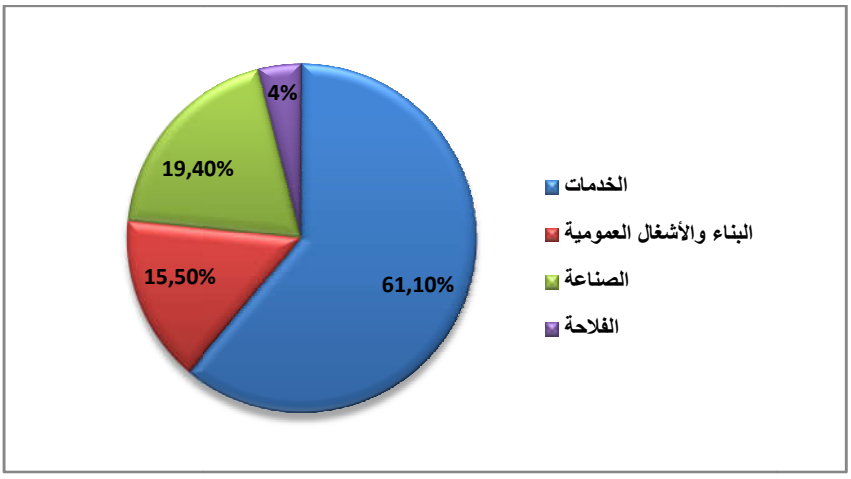
لقد حصل تحول في القطاعات المحدثة لفرص الشغل. وعلى الرغم من كون القطاع الفلاحي يظل من القطاعات المهمة في التشغيل على المستوى الوطني، فإنه بدأ يفقد مكانته تدريجيا في السنوات الأخيرة، لصالح قطاع الخدمات. ويفسر هذا بالاعتماد على القطاع الفلاحي في التشغيل الذي يظل مرتهنا بالتقلبات المناخية و بحجم وانتظام التساقطات المطرية.

2.1. اليد العاملة بمدينة فاس: تحول نحو هيمنة أنشطة الخدمات

بناء على البحث حول التشغيل بجهة فاس–مكناس لسنة 2019، يتضح بأن التطور في التركيب الاقتصادي للعمالة بمدينة فاس، قد ارتبط بشكل أساسي بتزايد أنشطة الخدمات التي ارتبط نموها وتطورها بدينامية وحركية السكان وتنامي أعدادهم داخل الوسط الحضري، وهو ما جعل الاقتصاد الحضري للمدينة يهيمن عليه قطاع الخدمات بكل فروعه (التجارة، الإدارة والخدمات الاجتماعية، النقل والمواصلات، البنوك والمالية والتأمين...) الذي يحتكر ثلثي فرص الشغل، ويستوعب أعدادا كبيرة من خريجي مراكز التكوين المهني ومن المنقطعين عن الدراسة، فضلا عن توظيفه لمعظم النساء العاملات في قطاع الخدمات.

وتُظهر نتائج البحث حول التشغيل أيضا، تباينا كبيرا في توزيع بنية الشغل حسب قطاعات النشاط الاقتصادي. وتبين بأن قطاع الخدمات بشتى أنواعه هو المشغل الرئيسي لساكنة مدينة فاس بحوالي ثلثي من مجموع السكان النشيطين المشتغلين، يليه قطاع الصناعة بما في ذلك الصناعة التقليدية، ثم قطاع البناء والأشغال العمومية وأخيرا القطاع الفلاحي بنسبة ضعيفة (شكل 26).

شكل رقم 26: التوزيع النسبي للمشتغلين حسب قطاعات النشاط الاقتصادي بفاس سنة 2019.



المصدر: المندوبية السامية للتخطيط 2019

يعتبر تراجع أعداد العاملين وضآلة التشغيل في الأنشطة الفلاحية، نتيجة حتمية مترتبة عن الظروف البيئية والتغيرات المناخية التي تمر منها البلاد خلال السنوات الأخيرة. ونفس الشيء ينطبق على القطاع الصناعي الذي شهد هو الآخر تقهقرا نتيجة إغلاق مجموعة من الوحدات الصناعية بالمدينة. ولعل ارتفاع نسب العاملين في الأنشطة الخدماتية، يفسر بتأثير الطفرة العالمية في قطاع الخدمات وانفتاح البلاد على السوق الدولي والأنشطة الحديثة. كما تكمن أهمية نسب النشيطين في الخدمات والتجارة في كونها تعد من أهم الأنشطة الاقتصادية التي دأب سكان المدينة على مزاولتها منذ أمد ليس بقريب، ولا تتطلب شروطا خاصة وعمالة ماهرة أو مؤهلة. في حين أدى التوسع العمراني المتزايد بالمدينة إلى إنتعاش قطاع البناء والأشغال العمومية.

أما على مستوى توزيع نسب النشيطين العاملين حسب مختلف الأنشطة الاقتصادية الرئيسية في مدينة فاس، يتضح من خلال نتائج البحث حول التشغيل، بأن هناك سيطرة مطلقة لنشاط الخدمات والتجارة على مجموع النشيطين العاملين في المدينة، خاصة تجارة التقسيط وإصلاح الآلات المنزلية، الخدمات الخاصة والمنزلية، النقل ثم المطعمة والفنادق التي تحتل المرتبة الأولى من حيث فرص الشغل. فرغم أن فروع هذا القطاع تعتبر الأكثر تشغيلا لليد العاملة، فإنه في المقابل يتميز بكونه القطاع الذي تكثر فيه ما يسمى "البطالة المقنعة"، حيث أن أغلب المشتغلين في التجارة والخدمات الفردية يمارسون أعمالهم في إطار غير مهيكل، وبالتالي يكثر فيه الشغل الناقص وغير القار. وهو ما يؤدي إلى نتائج ضعيفة على الاقتصاد الحضري للمدينة وعلى مستوى خلق القيمة المضافة ودخل الأفراد من العمل.

3.1. تزايد الحاجيات الاقتصادية والاجتماعية لساكنة فاس

رافق التحول الديمغرافي الذي شهدته مدينة فاس نمو على مستوى الحاجيات الاقتصادية والاجتماعية التي تستلزمها حياة السكان. فإذا كانت الخدمات العمومية كالتعليم والصحة والإدارة وغيرها متاحة في المدينة بشكل كبير وتلبي حاجيات حيوية للسكان، فإن الخصاص كبير على مستوى موارد العيش والتي لا يمكن ضمانها إلا من خلال توفير الشغل أي عن طريق الإدماج الاقتصادي للساكنة النشيطة. ونمو الحاجيات على هذا المستوى يرتبط أساسا بتزايد مستوى النشاط بالمدينة بفعل عوامل متعددة.

بلغ عدد السكان النشيطين بمدينة فاس حسب إحصاء 2014 ما يناهز 407310 نسمة (ويمثل نصف ساكنة المدينة). على خلاف ما كانت عليه الحال في سنوات التسعينيات حيث لم تكن تتجاوز ثلث السكان. ترتفع نسبة الساكنة النشيطة سنويا بمدينة فاس مقابل ارتفاع تدريجي في نسبة السكان الغير النشيطين والتي تتجاوز نصف الساكنة ممن لا نشاط لهم، بل هم مجرد مستهلكين، وهذا يدل على ضعف نسبة النشاط بالمدينة وعدم قدرة الاقتصاد الحضري على استيعاب الأعداد المتزايدة عليه من الشباب الراغبين في العمل. وهو ما ترتب عنه ارتفاع في مستوى الطلب على الشغل.

كما عرفت هذه الفترة أيضا ارتفاع معدل النشاط في صفوف النساء. التي أصبحت تشكل ربع مجموع الساكنة النشيطة، بنسبة نمو بلغت 6% حسب إحصاء 2014 في وقت لم تتجاوز فيه هذه النسبة 3,8% بالنسبة لمجموع السكان.[311] بالإضافة إلى ذلك، أحدث الضغط السكاني على المؤهلات الاقتصادية للمدينة واتساع ظاهرة قلة التشغيل عجزاً مستمراً في مداخيل الأسر، مما أجبر هذه الأخيرة على تعبئة أكبر عدد ممكن من عناصرها، من الجنسين ومن مختلف الأعمار، وإلحاقها بقطاعات التشغيل المختلفة لتنمية هذه المداخيل، وهو ما ترتب عنه زيادة في حجم النشاط على مستوى الأسرة الواحدة.

في مقابل ارتفاع مستوى النشاط، أصبح السكان النشيطون يجدون صعوبات كبيرة في الاندماج الاقتصادي، وبالتالي تقلصت حظوظهم في الاندماج الاجتماعي بسبب انتشار ظاهرة البطالة[312] التي تقترب نسبتها بفاس النسبة المسجلة على مستوى الوسط الحضري بالمغرب (12,6% مقابل 13,9% سنة 2021).

---

[311] - Haut – Commissariat au Plan de Rabat, Direction de la Statistique, Activité, Emploi Et Chomage 2014, Résultats Détaillés.p.58

[312]- الهيلوش محمد، (2005)، "القطاع غير المهيكل والإدماج الاقتصادي والاجتماعي بالمدن الجبلية: حالة مدينة صفرو، ورد في مجلة أعمال الدورة الأولى لجامعة آزرو المفتوحة تنمية المدن الجبلية، 25-26 نونبر 2005، ص.116

4.1.بنية السكان النشيطين: مكانة متميزة للأنشطة الخدماتية في مدينة فاس

تساعد معرفة الأوزان الوظيفية لأية مدينة أو تجمع ضمن أي مجال جغرافي في فهم الحركية المجالية للسكان، من وإلى تلك التجمعات. في هذا الإطار تنشأ المدن والتجمعات عادة، لتؤدي الوظائف التي تميزها عن غيرها من التجمعات، وتكون السبب في وجودها ونموها.[313] ومن خلال التركيب الوظيفي للسكان، يسجل التوسع المستمر لفئات الحرفيين باعتبارهم يشكلون ثلثي المهن المزاولة، فيما لا تزال القطاعات الاقتصادية الحديثة ضعيفة أو في طور الانتعاش (جدول 29).

جدول رقم 29: توزيع السكان النشيطين حسب الوضعية السوسيو–مهنية بمدينة فاس لسنة 2019

الوضعية السوسيو– مهنية	%
الهيئات المحلية المنتخبة، المسؤولون في الوظيفة العمومية، مدراء وأطر تسيير المقاولات	1,5
الأطر العليا وأصحاب المهن الحرة	3,8
الأطر المتوسطة	8,6
المستخدمون	15,9
التجار، الوسطاء التجاريون والماليون	12,2
المستغلون الفلاحيون، الصيادون، الغابويون والعاملون المدمجون	1,5
حرفيون وعمال مؤهلون في المهن الحرفية (باستثناء عمال الفلاحة)	24,5
عمال وعمال يدويون في الفلاحة والصيد	3
مسيرو الأوراش والآلات وعمال التركيب	5,9
مستخدمون غير فلاحيين، الحمالون وعمال المهن الصغرى	23
أشخاص لا يمكن تصنيفهم حسب الوظيفة	0,1
المجموع	**100**

المصدر: المندوبية السامية للتخطيط 2019

[313]- محمد علي المختار التقي (2022)، "المكانة الاقتصادية والاجتماعية لقطاع الخدمات في موريتانيا- مثال الخدمات في ولاية الترارزة"، ورد في ورد في كتاب من تنسيق عبد الحق أهندار، دور المرافق والخدمات العمومية في مواجهة الفقر وتحسين مستوى التنمية البشرية، ، منشورات المركز الديمقراطي العربي، برلين- ألمانيا، ص.137

يستنتج من المعطيات السابقة، وجود أغلبية ساحقة من فئة المأجورين، وهو ما يدل على مداخيل محدودة، مما يعطي فكرة ضمنية عن الوضعية المادية الهشة لمختلف الأسر. كما يدل على غياب الرساميل الكافية لتحقيق نهوض اقتصادي حقيقي بالمدينة والذي بإمكانه خلق مناصب شغل كافية (الحمدوني، 2004،ص.145).

انطلاقا من كل هذه الملاحظات السالفة الذكر والمتعلقة أساسا بالبنية السوسيو- مهنية لساكنة مدينة فاس، يظهر تأثير مباشر لهذا الوضع على مداخيل الأسر وموارد عيشهم ومن ثم على الاقتصاد الحضري للمدينة.

1.4.1. الأنشطة الخدماتية بفاس ملجأ للساكنة النشيطة

يعكس ارتفاع نسبة النشيطين في قطاع الخدمات مدى توسع وتنوع الأنشطة الخدماتية داخل المدينة من جهة، ومدى سهولة انخراط الباحثين عن الشغل في الأنشطة الاقتصادية لهذا القطاع من جهة ثانية، كونه لا يتطلب خبرة مسبقة كبيرة ولا رأسمال كبير. بل يشكل ملجأ لكل العاطلين، نظرا للتزايد السكاني في مدينة فاس والذي لم يصاحبه في غالب الأحيان نمو موازي لقطاع إنتاجي.

يعاني سوق الشغل بمدينة فاس من هيمنة طلب يغلب عليه ضعف كبير من حيث مستوى تأهيل اليد العاملة. فمعظم النشيطين يعانون من الأمية أو من مستوى دراسي ضعيف، وبالتالي فإن أغلب المؤهلات المعروضة ترتبط بشكل أساسي بالقدرة البدنية على العمل أكثر منها بمهارات مهنية كفيلة برفع ومجابهة صعوبات الاندماج الاقتصادي التي أصبح يطرحها تحول العرض بعد تحول أنظمة وعلاقات الإنتاج.

فنصف الساكنة بفاس، لا يمكِّنها مستواها التعليمي من ولوج مؤسسات للتكوين لاكتساب مهارات تستجيب للحاجيات الجديدة للمقاولات من حيث الموارد البشرية. فظل بعضها يعتمد على "قوة الساعد" كمؤهل بدائي وحيد لولوج ميدان الشغل، فيما انخرط البعض الآخر في حلقات تكوين تقليدية ببعض المقاولات (وحدات الصناعة التقليدية) مستفيدا من نظام التدرب الذي تقوم عليه علاقات الإنتاج بها.

إن وجود نسبة عريضة من قوة العمل بالمدينة لا تتمتع بأي تأهيل يذكر، أو تتمتع بمؤهلات ضعيفة لا تستجيب للحاجيات الجديدة والمتجددة لسوق الشغل، يضغط بقوة في اتجاه تعميق اللاتلاؤم بين هذه الأخيرة والحصيلة النوعية للطلب، ومنه باتجاه تعميق العجز عن استيعاب جزء كبير من هذا الأخير.[314] بل إن وجود نسبة

[314]- الهيلوش محمد (2005)، مرجع سابق، ص.117.

معتبرة منها (33,4%) تتمتع بمستوى متوسط من التكوين بمجال تتطلب بنيته الاقتصادية مؤهلات خاصة لا تستطيع التأثير في هذه الاتجاهات ما دامت الحصيلة الكمية للطلب تتجاوز الإمكانيات المحلية للعرض أو لا تتناسب معها أحيانا. ويصبح الوضع أكثر خطورة عندما يتعلق الأمر بحملة الشواهد العليا (17,4%) الذين يتزايد حجمهم باستمرار ضمن الساكنة النشيطة.[315]

إن تدني تأهيل القوة العاملة وعدم ملائمة الدينامية الاقتصادية لتطور حاجيات الإدماج، يؤدي إلى انعكاسات سلبية عديدة لعل أهمها ضعف إنتاجية العمل وضعف تنافسية المقاولات المشغلة وبالتالي ضعف دخل الأفراد من العمل وتراجع الاستهلاك والادخار على حد سواء والذي يترجم إلى ضعف النمو الاقتصادي الحضري للمدينة وتقليص فرص الشغل ومن تم تفاقم ظاهرة البطالة .

2. أشكال التدخل لتحديث قطاع الخدمات

يشهد الاقتصادي الوطني بصفة عامة والاقتصاد الحضري بصفة خاصة مجموعة من التحولات العميقة جراء احتدام تيار العولمة وتصاعد المنافسة الاقتصادية، وهو ما دفع بالمغرب إلى تكثيف بنياته الاقتصادية والرفع من قدرة نسيجه الإنتاجي إلى مستوى متطلبات المنافسة التي يقودها ازدهار التكنولوجيات الحديثة وبروز طرق جديدة في الإنتاج. يحدث ذلك عبر تحديث القطاعات في إطار تناسقي وتعميق الإصلاحات في القطاع العقاري و الإداري والمالي من أجل تعزيز تنويع وسائل تمويل النمو الاقتصادي وتحفيز الاستثمارات الداخلية و الخارجية وإنعاش سوق الشغل والدفع بعجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وفي هذا الاتجاه وضع المغرب رزمة من الإجراءات، نذكر منها:[316]

- إحداث صندوق التنمية الصناعية، الذي رصد له غلاف مالي يقدر ب20 مليار درهم في أفق سنة 2020؛
- تخصيص 1000 هكتار كمناطق صناعية موجهة للإيجار من أجل التخفيف من كلفة الاستثمار؛
- تطوير الكفاءات في خدمة حاجيات المقاولات؛
- مصاحبة المقاولات للانتقال من القطاع غير المهيكل نحو القطاع المهيكل؛
- اعتماد الموازنة الصناعية في إطار المشاريع الكبرى من أجل تحسين انعكاساتها الاجتماعية والاقتصادية؛

[315]- المصدر: المندوبية السامية للتخطيط، 2014.
[316]- المصدر: وزارة الصناعة والتجارة والتكنولوجيات الحديثة، 2009

- تحسين تنافسية المقاولات الصغرى والمتوسطة من خلال تسهيل عمليات الولوج إلى التمويل والأسواق.

1.2. قطاع ترحيل الخدمات "الأوفشورينغ"

يكتسي قطاع ترحيل الخدمات أهمية بالغة بالنسبة للاقتصاد المغربي. ويعد هذا القطاع واحدا من "المهن العالمية للمغرب" التي تشكل الأقطاب الرئيسية لمخطط التسريع الصناعي. وقد ساهم البرنامج الجديد، في إعطاء الانطلاقة لستة قطاعات واعدة يُتوقع أن تلعب دور القاطرات الاقتصادية، ويتعلق الأمر بالقطاعات التالية:

- ترحيل الخدمات في الدارالبيضاء والرباط وفاس وطنجة ومراكش.
- صناعة الطيران: على صعيد جهة الدارالبيضاء.
- الصناعات الغذائية: في جهة فاس–مكناس والغرب والجهة الشرقية وتادلة.
- منتجات البحر: سيتم إنشاء القطب الرئيس في مدينة أكادير.
- صناعة السيارات: على صعيد مدينة طنجة.

وبموازاة ذلك، شرع المغرب في تجهيز عدد مهم من القرى والمناطق المخصصة لاستقبال هذه الخدمات والمعتمدة على التكنولوجيات الرقمية والمجهزة بكل المستلزمات والبنى التحتية، مع بناء محلات لتمركز الأبناك وشركات التأمين والأمن والوقاية المدنية والفنادق والمطاعم، سواء بالقرب من المطارات الدولية أو من الموانئ الكبرى أو بالقرب من الجامعات ومعاهد التكوين، "كازنيور شور" بالدار البيضاء و"تيكنوبوليس" بمدينتي الرباط– سلا و"فاس شور". ويتسم هذا القطاع بدينامية متزايدة على مستوى توفير فرص الشغل،[317] بحيث انتقل عدد مناصب الشغل من 57 ألف إلى حوالي 70 ألف منصب شغل على المستوى الوطني مابين 2015- 2018 حسب إحصائيات صادرة عن وزارة الاقتصاد والمالية، وحقق 11 مليار درهم كرقم معاملات في نفس السنة. ويراهن المغرب ضمن برنامج تسريع وتيرة التصنيع 2015-2022 المرتبطة بالصناعات الذكية والمعلوماتية، على إحداث 500 ألف منصب شغل، وتجهيز ألف هكتار بالبنايات المخصصة للإيجار.

[317]- صواب ماجدة (2016)، "المدينة المغربية بين الأمس والحاضر: التحولات والتحديات"، ورد في كتاب من تنسيق لحبيب امعمري وعبد الكريم القنبعي، التراب، المجتمع، التنمية المستدامة، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية أكدال، مطبعة آنفو-برانت، الليدو-فاس ص.121.

2.2. التصور المؤسساتي لمشاريع تحديث قطاع الخدمات بفاس

1.2.2. ترحيل الخدمات بفاس

لقد تم تعزيز الحواضر الكبرى المغربية، ومدينة فاس ليس استثناء، بمخططات مشاريع تنموية ومهيكلة من الجيل الجديد تم تصورها في إطار منظور ترابي جديد. ورؤية شاملة وإجراءات تروم التكامل والتماسك والاندماج. وتمكنها من إعادة تموقعها كفضاءات تنافسية اقتصاديا واجتماعيا، ضمن سياق وطني ودولي في قمة التحول، عبر مجموعة من المشاريع الطموحة، والتي ترتكز على: محاور استراتيجية، كجودة نمط العيش والبنى التحتية والتميز الاقتصادي والتنشيط والترفيه.

لقد ظلت المدن المغربية حبيسة خيارات تنموية كلاسيكية لمدة طويلة. وهي تحاول جلب الاستثمارات التي تراهن على اليد العاملة الرخيصة، وصناعات لا تعتمد مهارات وقدرات وكفاءات عالية بفضل قربها الجغرافي من أوروبا. لكنها اصطدمت بمنافسة الدول الأسيوية كالهند والصين والبانغلادش وتركيا التي حرمت الصناعة الوطنية، وعلى وجه الخصوص قطاع الخياطة والنسيج، من شركائها التقليديين. وبعدما بدأت بعض القطاعات الخدماتية تبحث لها عن مواطن جديدة لترحيل خدماتها من الدول الأوربية إلى بلدان الجنوب، شرعت بعض المدن المغربية في إعداد مجالاتها وتنمية مواردها البشرية وفق تعمير ذكي لاستقبال الخدمات عن بعد.[318]

وفي هذا الإطار تمت تهيئة المنطقة الصناعية "فاس شور"، التي تمتد على مساحة تناهز 20 هكتارا داخل تراب مقاطعة سايس. وتتضمن شطرا مندمجا مخصصا لنشاطات تكنولوجيات المعلومات، تشمل الخدمات المعلوماتية ومعالجة المعلومات. في حين أن الشطر الثاني مخصص للمكاتب والخدمات، على مساحة تصل إلى 131 ألف متر مربع، وتتراوح مساحة المكاتب مابين 200 متر مربع و3 آلاف.

ويندرج المشروع في إطار مخطط الانبثاق الصناعي "إمرجانس"، الذي ترعاه وزارة الصناعة والتجارة. وينجز بشراكة بين الوزارة وولاية جهة فاس مكناس والمركز الجهوي للاستثمار بفاس و"ميد زيد" التي تلتزم بجعل المنطقة موقعا لجلب النشاطات الاقتصادية ذات القيمة المضافة العالية، إذ ستساهم المنطقة الجديدة في تنويع ورفع عدد الأقطاب التنافسية. ويراهن المشروع أن تشكل منطقة "فاس شور" الإطار الميسر والمحفز للتنمية التكنولوجية[319]

---

[318]- صواب ماجدة (2016)، مرجع سابق، ص.121

[319]- المصدر: المركز الجهوي للاستثمار بفاس،2021.

والتنمية الاقتصادية والاجتماعية في المنطقة، من خلال توفير أحدث البنيات التحتية في مجال الاتصالات بأسعار تنافسية.

وفي السياق ذاته، تم وضع مجموعة من التحفيزات الضريبية، وآليات للدعم لضمان تكاليف تساير التنافسية الدولية على الشركات التي ترغب في الاستقرار بالمنطقة. وقد تم تحديد معدل الضريبة على الدخل، الذي سيطبق على الشركات في حدود 20%، إضافة إلى إعفاء كلي من الضريبة على الشركات طيلة خمس سنوات الأولى من انطلاق نشاط الشركة، وتخفيض المعدل إلى 17,5% مع توالي السنوات. وتصل كلفة المشروع إلى مليار و100 مليون درهم. وسيمكن من توفير ما يناهز 15 ألف منصب شغل مباشر. ويراهن أن يصل رقم المعاملات بالمنطقة إلى 4 ملايير درهم.

تعتبر منطقة فاس شور في ترحيل الخدمات عن بعد، ثالث وجهة بعد الدار البيضاء–سطات (57%) والرباط–سلا–القنيطرة (24%)، منذ إحداثها سنة 2009. توفر حاليا ما يقرب عن 11% من الوظائف بهذا القطاع على المستوى الوطني. تمكنت فاس من جذب استثمارات هامة في هذا الميدان بإحداث مجموعة من مراكز النداء عن بعد بحوالي 36 مركزا، وتشغل 4433 أجير سنة 2019. وتتمتع المدينة بإمكانات متميزة، على رأسها وجود رأسمال بشري مؤهل وفعال. وهي أول قطب جامعي بخمس جامعات تشكل 20% من الطلاب على المستوى الوطني. وتحتضن العديد من مؤسسات التكوين المهني .كما تتوفر على معهد متخصص في ترحيل الخدمات عن بعد وتكنولوجيا المعلوميات والاتصالات والوسائل السمعية البصرية والذي قام بتدريب ما يناهز 1500 متدرب في 2019. فضلا على بنية تحتية هامة تستجيب لحاجيات المقاولات الكبرى العالمية،[320]من طرق ومطار دولي بتنويع الوجهات منه وإليه من مختلف المدن الأوروبية، وتخفيض اليد العاملة إلى 50% وتخفيض الضريبة على المقاولات من 30% إلى 10% فقط، وإعفاء كل المقاولات من الضرائب التي تنتقل من القطاع غير المهيكل إلى المهيكل.

[320] -L'économiste, Fès, pôle attractif pour l'offshoring, n°6015, 21/05/2021.

2.2.2. تأهيل الصناعة والصناعة التقليدية بفاس

1.2.2.2. أهمية النشاط الصناعي الإنتاجي رغم التراجع

تكشف دراسة الناتج الإجمالي والتشغيل حسب الجهات في عام 2007م، على كون النسيج الاقتصادي لمدينة فاس يتسم بتعدد أنشطته. مع هيمنة قطاع الخدمات بحصة الثلثين. كما يمثل هذا التنوع نقطة قوة، لأنه يساعد على تحصين الاقتصاد الحضري للمدينة من الأزمات المترتبة عن القطاع الاقتصادي الواحد. كما يمكنه من ضمان التوازن النسبي على المستوى القطاعي والانتشار المجالي. غير أن هذا لا يعني أن مختلف القطاعات توفر شغلا قارا، بل تتأثر في كثير من الأحيان بالظرفية الاقتصادية الوطنية وحتى الدولية. كما أنها لا تعمل على خلق الثروات، على الرغم من كون بعضها يشغل نسبا عالية من اليد العاملة كقطاع الصناعة التقليدية، لأنه يتميز بالهشاشة والعطوبية، مادام يرتبط بالقطاع السياحي الذي لا يمكن ضمان مردوديته نظرا للتقلبات التي يعرفها سوق هذا القطاع. نفس الشيء ينطبق على قطاع الخدمات الذي إذا استثنينا منه الوظائف العمومية والأخرى القارة، فإن الباقي يتشكل من الخدمات البسيطة التي لا توفر دخلا وفيرا لأصحابها.

يظل قطاع الصناعة العصرية عاملا أساسيا في ضمان الشغل القار وإنتاج قيمات مضافة في تحريك عجلة الاقتصاد الحضري؛ بحيث تضم مدينة فاس حوالي 664 وحدة صناعية عصرية تتمركز بأربع أحياء صناعية على مساحة 369 هكتار. مما يجعلها تحتل الرتبة الرابعة وراء كل من الدار البيضاء والرباط وسلا وطنجة، في حين كانت تحتل الرتبة الثانية سابقا. وعلى الرغم من ذلك فإنها لازالت تلعب دورا كبيرا في جلب بعض الصناعات رغم المنافسة التي تعاني منها على الصعيد الوطني، بحيث لازال كل من قطاع الصناعة الغذائية والنسيج والجلد يلعبان دورا مهما في تحقيق قيمات مضافة عالية بما مجموعه 60%، من أصل باقي القيمات التي يحققها قطاع الصناعة العصرية. ويشغل القطاع ما يفوق26 ألف شخص. وتتمركز أزيد من 61% من المقاولات بمدينة فاس وحدها.

أما على مستوى الصناعة التقليدية، ففي الوقت الذي سجلت فيه تراجعا كبيرا خلال العقدين الأخيرين، على المستوى العددي والمجالي، فإن هاته الأخيرة تتميز بتنوع وتعدد الحرف (أكثر من 200 حرفة). كما تتوفر على مهارات ذات صيت عالمي، قادرة على الابتكار والإبداع والتجديد. وتظهر أهمية الصناعة التقليدية في خلق فرص الشغل، بحيث لازالت تشغل حوالي 53 ألف صانع وصانعة حسب أرقام المديرية الجهوية للصناعة التقليدية لسنة 2021، موزعة على 5350 وحدة و197 مقاولة و130 تعاونية و132 جمعية مهنية لصناعة التقليدية.

وتشكل وحدات النسيج والجلد والنحاسيات نصف الورشات، مما يبرز المكانة التي تحتلها القطاعات الثلاث في تشغيل اليد العاملة وكذا الاستثمارات.

2.2.2.2. تنمية الصناعة العصرية وتدعيم قدرات الصناعة التقليدية بفاس

يهدف مشروع تنمية الصناعات إلى:

- إقامة الحظيرة الصناعية بعين الشكاك على مساحة تصل 500 هكتار
- إقامة ثلاث منصات بالحظيرة الصناعية الجديدة، إحداها مخصصة للفلاحة والمنتوجات المجالية، والثانية للنسيج، والثالثة للصناعات التكنولوجية. وسيتم تهيئة الشطر الأول على مساحة 60 هكتارا. وسيمتد الشطر الثاني على مساحة 122 هكتارا، والثالث على مساحة 100 هكتار في أفق 2030.سعيا إلى تحسين جودة منتوجات الصناعة العصرية والرفع من الاستثمارات والنهوض بالتشغيل.

- من ضمن المشاريع التي أنجزت في هذا الإطار، مشروع إنشاء ست دوائر سياحية لإدماج الصناعة التقليدية بفاس، في إطار برنامج "مدينة فاس والصناعة التقليدية"، وإنشاء 308 شارات،228 منها للتوجيه و70 لتفسير التراث، و10 للمعلومات المتعلقة بالتراث. وتكرس هذه الدوائر تقييم التراث الثقافي للمدينة، "الصناعة التقليدية" و"المآثر والأسواق" و"المعارف والمهارات" و"قصر وحدائق الأندلس" و"فاس الجديد" و"الجدران والتحصينات" .

ومن شأن هذا المشروع إحداث تغيير جذري لمظهر وبنية الصناعة بفاس، وتشجيع وتكريس معايير الجودة والتميز في القطاع، إلى جانب الإرتقاء بشكل جلي بظروف عيش الآلاف من الصناع[321].

3.2. إنقاذ وتأهيل المدينة القديمة فاس

منذ إعلان مدينة فاس تراثا إنسانيا عالميا سنة 1981 من طرف اليونسكو، تم البدء في انجاز مشاريع كبرى لإنقاذ ورد الاعتبار للمدينة القديمة. بحيث انصب الاهتمام على إشكالية السكن المهدد بالانهيار، وأيضا على الكثافة السكانية المرتفعة التي تعد من أسباب تدهور المجال المبني، كما شملت هذه المشاريع انقاذ ورد الاعتبار لمختلف مكونات النسيج العتيق (بنيات تحتية، مباني تاريخية، قطاع السياحة، تطوير المشهد الحضري، تقوية الصناعة التقليدية...).

[321] المديرية الجهوية للصناعة التقليدية بفاس، 2021

وموازاة مع حجم التحولات والاختلالات التي تعرفها المدينة القديمة، وتأكيدا على الرغبة في الحد من آثارها السلبية على النسيج العتيق، جاء إحداث وكالة التخفيض من الكثافة وإنقاذ مدينة فاس (ADER-Fes)، كخطوة أولى، شكلت خارطة طريق في مسلسل تأهيل ورد الاعتبار للمدينة القديمة من خلال عدد من البرامج والمشاريع التي قامت بها الوكالة داخل المدينة، بشكل تدريجي نتيجة تزايد الاهتمام بتأهيل المدينة القديمة من طرف كل الفاعلين (الساكنة، الجماعة المحلية، مؤسسات دولية، المجتمع المدني...).

مع تأسيس وكالة التخفيض من الكثافة وانقاذ مدينة فاس، تم إعطاء انطلاقة انجاز مشاريع رد الاعتبار للمدينة القديمة، وشملت هذه الأخيرة مختلف مكونات النسيج القديم. حيث بلغ مجموع الاعتمادات المالية التي تم تخصيصها لانقاذ ورد الاعتبار منذ سنة 1989 إلى حدود سنة 2013 ماينا هز 2546.37 مليون درهم، وخصصت هذه الاعتمادات لتمويل مشاريع وبرامج في مجالات السكن والبنيات التحتية وتجهيزات القرب والصناعة التقليدية والمباني التاريخية.

في إطار الجهود المبذولة لتأهيل المظهر الحضري المعماري العتيق للعاصمة العلمية، والحفاظ على تراثها التاريخي وتحسين ظروف عيش السكان وترميم وإعادة تأهيل البنايات والتجهيزات العمومية، بهدف تنشيط الحركة الاقتصادية والرقي بالأماكن السياحية للمدينة العتيقة، جاء برنامج 2013-2017 والذي يروم ترميم وإعادة تأهيل المآثر التاريخية ومعالجة السكن المهدد بالانهيار والذي خصصت له حوالي 615 مليون درهم.[322]

أما البرنامج الجديد، الذي يمتد إلى حدود 2024، والذي رصد له مبلغ 670 مليون درهم، يهم تأهيل 1197 موقعا تاريخيا، منها 980 مبنى آيلا للسقوط، و171 مرفقا اجتماعيا و33 موقعا، بما فيها متحف بحاجة لتعزيز الجاذبية السياحية والاقتصادية، و 9 مواقع سيشملها أيضا التحديث وإعادة تأهيل المداخل وتهيئة 8 مواقف للسيارات ل 3200 سيارة لتسهيل الولوج لأحيائها وأسواقها، وفي إطار برنامج تكميلي، يهم ترميم 11 معلمة وموقعا تاريخيا و37 مكانا للاستجمام بما فيها حمامات ومرافق صحية وسقايات، و10 أماكن للعبادة أغلبها كتاتيب قرآنية ومساجد عتيقة.

322 - ADER

كما سيخضع 39 موقعا للتجارة والصناعة التقليدية لإعادة التأهيل، وترميم 15 موقعا، بما فيها دار المكينة والسقايات التقليدية. وأخيرا مشاريع للنهوض بالمهن التقليدية بالفنادق العتيقة، وتحسين ظروف عمل الحرفيين.

ويأتي البرنامج في إطار الجهود المبذولة لتأهيل المظهر المعماري العتيق لفاس والحفاظ على تراثها التاريخي، وتحسين ظروف عيش السكان وتمكينهم من الخدمات الضرورية وتثمين الأنشطة الاقتصادية وتعزيز جاذبية المدينة.

4.2. تأهيل القطاع السياحي بفاس

تشكل السياحة إحدى القطاعات الحيوية في الاقتصاد الحضري لمدينة فاس، حيث تعد النواة الأساسية لقطاع الخدمات. وذلك بالنظر إلى المؤهلات التاريخية والحضارية التي تتوفر عليها. وتعد السياحة بمثابة القطاع الثالث بالنسبة لجهة فاس–مكناس بعد الفلاحة والصناعة التقليدية، إذ يساهم بنسبة 8,5% من الناتج المحلي الإجمالي للقطاع. ويبلغ حجم مبيعاته حوالي 349 مليون درهم، ويمثل أكثر من 18% من الاقتصاد المحلي. كما تتوفر على بنية فندقية خدماتية تصل إلى 383 مؤسسة فندقية. وتشهد السياحة بمدينة فاس انتعاشا بسبب تطور الحركة الجوية والبرامج المختلفة لإعادة ترميم المدينة والترويج لها كوجهة سياحية وثقافية متميزة وكتراث عالمي.

كل هذه المميزات مكنت من جذب 1,1 مليون سائح للمرة الأولى في تاريخ المدينة سنة 2019. وتجاوزت 600 ألف زائر بنسبة 2 ليالي مبيت لكل واحد منهم. لكن سرعان ما أتت الجائحة ودخل القطاع في أزمة بسبب تداعيات كوفيد 19 ومنها إغلاق الحدود أمام السياح الأجانب. الشيء الذي كانت له نتائج سلبية على القطاع خلال سنة 2020، حيث انخفضت نسبة الملء ورقم المعاملات بنحو 80%. وأصبحت 169 فندقا ومؤسسة إيواء سياحي مصنف بفاس على وشك الإفلاس. وللإشارة، تبلغ الطاقة الاستيعابية لهذه الوحدات 10 آلاف سرير، وتشغل زهاء 8000 عامل.

وفي هذا الصدد، وضعت الوزارة الوصية مخططا للنهوض بقطاع السياحة، لما بعد جائحة كورونا ترتكز أساسا على ثلاث مرتكزات:

تتمثل في الحفاظ على مناصب الشغل وإعادة الثقة والترويج للمنتوج المحلي والتعميم التدريجي للتغطية الاجتماعية. إضافة إلى هذا المخطط، تم برمجة 56 مشروعا بصدد الدراسة بمبلغ إجمالي قدره مليار و7,5 مليون درهم.[323]

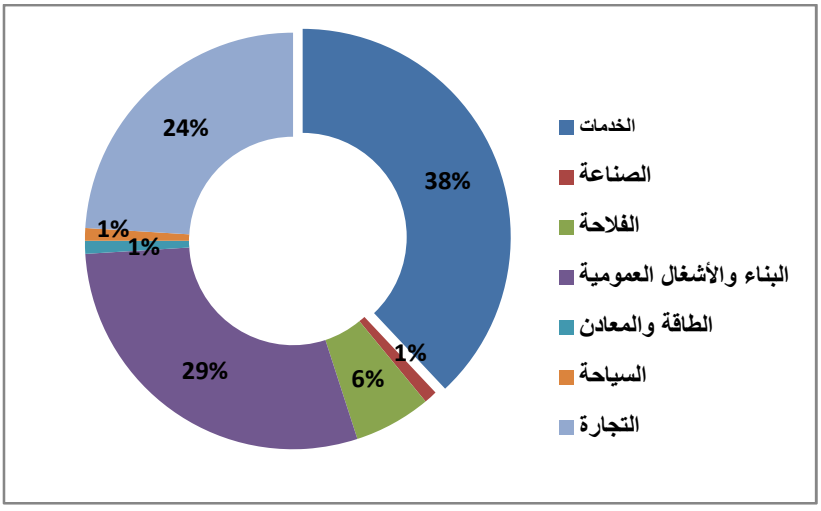
[323]- المديرية الجهوية للسياحة بفاس، 2021

5.2. ترتكز أهمية الخدمات على الاستثمار

يضطلع الاستثمار بدور مهم على صعيد التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وذلك لكونه يعد قناة رئيسية يتدفق عبرها رأسمال مهم وخبرة علمية وتقنية. تهدف إلى بناء شبكات اقتصادية ترابية قادرة على مواجهة عولمة الاقتصاد باختيار مجموعة من القطاعات التي تتميز بنوع من التكامل الوظيفي كقطاعات واعدة. وكذا توحيد القوى الحية حول مشاريع قادرة على تعبئة المجال والمقاولات.

وسعيا من الدولة في جذب المزيد من المستثمرين، قامت بإنشاء مراكز جهوية خاصة بالاستثمار منذ سنة 2003، مهمتها الأساسية فتح شباك وحيد ومخاطب واحد لتلقي طلبات إنشاء المقاولات، نظرا لكون النظام السابق كان يثقل كاهل المقاولين في التنقل بين عدد من المؤسسات، مما كان يستغرق وقتا طويلا للحصول على الموافقة. وقد بسط المركز الجهوي للاستثمار مساطر الترخيص للمقاولات، بحيث أصبح يبت في الطلبات في ظرف وجيز بعد عقد لقاءات تشاورية مع كافة الأطراف المعنية لإبداء الرأي في المشروع المقترح، من خلال لجنة دائمة تضم كافة ممثلي القطاعات الوزارية. كما أصبح يضم بنكا للمعطيات يسهل على المبادر التعرف على كل الحيثيات والمعلومات التي تسهل عملية إنشاء المقاولة. وبفعل ديناميكية المركز تمكن من الرفع من عدد المقاولات المحدثة بالمدينة بشكل هام.[324]

شكل رقم 27: عدد المقاولات المحدثة حسب النشاط الاقتصادي بمدينة فاس سنة 2019



المركز الجهوي للاستثمار بجهة فاس مكناس

[324]- بوشتى الخزان وصواب ماجدة (2013): "مدينة فاس (المغرب) بين التخطيط الحضري ومتطلبات التنمية: أية استراتيجية؟"، ورد في مؤتمر: تخطيط وإدارة النمو العمراني وضغوط الاستثمار في المدن العربية الكبرى، منظمة المدن العربية المعهد العربي لانماء المدن، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ص. 21

يتبين من خلال الشكل أعلاه أن المركز الجهوي للاستثمار تمكن من إحداث 3849 مقاولة في مختلف القطاعات خلال سنة 2019. وتتوزع هذه المقاولات الحديثة النشأة على النحو الآتي: 38% تهم قطاع الخدمات بكل أصنافه، متبوعا بقطاع البناء والأشغال العمومية بسبب الثورة التي يعرفها قطاع العقار في العقد الأخير وبفعل الدينامية التي تعرفها السوق السكنية بالمدينة. كما أن 82% هي عبارة عن شركات ذات المسؤولية المحدودة و16% من فئة الأشخاص الذاتيين. ويبقى قطاع البناء والأشغال العمومية هو المهيمن على مستوى حجم الاستثمارات باحتلاله المرتبة الأولى من حيث عدد المشاريع الاستثمارية.

3.بعض التحديات التي تعترض تنمية الخدمات

1.3. عدم مواكبة وثائق التعمير مع فرص الاستثمار

لقد أضحت العولمة والمنافسة من أجل استقطاب الاستثمارات تحديا ومعركة في كل بلدان العالم، وبدقة أكبر في كل المدن بداخل هذه البلدان، والمدخل الرئيسي لاستقطاب رؤوس الأموال بما تعده المدن من مناخ ملائم للاستثمار ومن مرونة وثائق التعمير وإبداعاتها في تقديم فضاء مثالي للمستثمرين.

إذا كانت وثائق التعمير تخصص مناطق وقطع أرضية خاصة بالتجهيزات العمومية والأنشطة الاقتصادية، فإن عدم احترامها يعرقل الاستثمار ويدفع بالمستفيدين منها في بعض الأحيان إلى المضاربة فيها، ويحول دون استفادة المبادرين الجدد من هذه القطع الأرضية بنفس الأثمنة التي بيعت بها في بادئ الأمر. وهذا ما يمكن ملاحظته انطلاقا من الفارق بين عدد الوحدات الصناعية التي لا تتعدى عتبة 600، بينما عدد البقع الأرضية يقارب 1000. كما تتطلب بعض الاستثمارات أحيانا، مواقع معينة داخل المجال الحضري والتي لا تتلاءم مع وثائق التعمير، مما يحرم المدينة في كثير من المناسبات استقطاب بعض الاستثمارات الهيكلية التي بإمكانها أن تشكل قيمة مضافة لاقتصاد ومجال المدينة.

ووعيا منها بأهمية الاستثمارات وبهدف تخفيف المسالك والمساطر والتقليص من آجال تسليم الرخص وبإمكانية الاستثمار بالمجالات غير المغطاة بوثائق التعمير، عوض رفع المشاريع المتواجدة بها، عمل الفاعلون في تدبير المجال على نهج مسطرة التراخيص الاستثنائية. إلا أن الدراسات التي تناولت قضايا الاستثناءات العمرانية، تجمع على أن هذه الأخيرة أفرزت عدة سلبيات على المنظومة العمرانية، حيث نجم عن كثرة ممارستها تحولها إلى قاعدة أفرغت وثائق التعمير من محتواها ومن قوتها القانونية تحت ذريعة تشجيع الاستثمارات، سيما وأن تواتر الدوريات المنظمة لآلية الاستثناء ينم عن عجز تشريعي لمواكبة التطور العمراني ضمن رؤية شمولية؛ إذ تشكل هذه

الظاهرة إحدى أبرز مظاهر استحضار التصورات القطاعية والحلول الآنية على مستوى تدبير المجال الحضري للمدينة، حيث يتم الترخيص لكل مشروع على حدة وبشكل منعزل، مما يؤدي إلى خلق التنافر وعدم الانسجام الترابي.[325]

2.3.تضخم القطاع الغير المهيكل على أنشطة الخدمات

تزايد دور القطاع غير المهيكل في السنين الأخيرة، أصبح يفرض نفسه على الحياة اليومية للسكان، بفضل ما يقدمه من فرص للشغل، وما يوفره من مداخيل، وكذا للامتيازات التفاضلية التي يقدمها مقارنة بالقطاع المهيكل، ممثلة في انخفاض الأثمنة، وتنوع المعروضات، ومرونة في الأداء،[326]إلى جانب الولوج إلى أنشطته دون الحاجة إلى تأهيل مهني أو رأسمال أساسي، بل يعتمد أحيانا على قوة العمل كرأسمال ضروري. كل هاته الأمور ساهمت في تضخم أنشطة القطاع غير المهيكل. فحسب المندوبية السامية للتخطيط، فقد بلغ عدد المشتغلين في القطاع غير المهيكل بالمدينة ما يمثل 61 في المائة من سوق الشغل. وتظل الحرف والمهن الصغرى أكثر المهن التي تدر الدخل على أصحاب المشاريع غير المهيكلة.[327]وقد نمت في العشرية الأخيرة لتشمل أصحاب الشهادات المعطلين الذين ارتفع عددهم بالوسط الحضري إلى ما يفوق 200 ألف، جعلت المهتمين بالشأن المحلي يعملون على محاولة ايجاد إمكانيات متاحة من وضعية اللاهيكلة إلى وضعية الهيكلة.

4.آليات وسبل تطوير قطاع الخدمات وجعله قادرا على تحقيق تنمية حضرية مندمجة

يهمنا في هذا المحور التنبيه إلى إمكانية إعادة صياغة سياسات قائمة على التخطيط التنموي الناجح المشبع بروح التفكير العلمي المنتج؛ بمعنى السياسة التي يتقوى فيها دور الإنسان والمجتمع على حد سواء، بامتلاكهما مقومات التربية الناجعة القادرة على الابتكار والإنتاج وتطوير المهارات، وبالتالي الاندماج في منظومة الألفية الجديدة بمختلف رهاناتها وتحدياتها المعرفية والتكنولوجية.

– ضرورة العمل على اتخاذ الآليات المناسبة لتوفير فرص العمل ذات الأجور والإنتاجية العالية، وتأخذ بعين الاعتبار تعزيز التكامل والتداخل بين قطاع الخدمات والقطاعات الاقتصادية الأخرى.

---

[325]- هلال عبد المجيد، الدكاري عبد الرحمان، بوجروف سعيد (2015)، "التأهيل الحضري بالمغرب- واقع الحال ومتطلبات الحكامة الترابية"، ورد في التأهيل الحضري بالمغرب، أشغال الدورة السادسة والعشرون للملتقى الثقافي لمدينة صفرو، مطبعة سوجبريس- فاس، ص.78.

[326]- جواد أبوزيد (2016)، القطاع غير المهيكل بالمغرب: الأهمية وإكراهات الهيكلة حالة الباعة المتجولين بمدينة فاس، مجلة جغرافية، عدد مزدوج 2- 3 (قضايا البيئة والتنمية المستدامة)، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس، ص 81.

[327]- جريدة أخبار اليوم، الأنشطة غير المهيكلة خارج الحسابات الوطنية ولا تعطي صورة دقيقة عن الاقتصاد الوطني، العدد 2109، ص 06 ، 2016/10/14

- أن تقوم الجهات المعنية بصياغة السياسات المناسبة والفعالة التي تستند على البيانات والمعلومات التي تغطي كافة الأنشطة الخدماتية من حيث الاستهلاك والاستثمار والإنتاج والاستيراد والتصدير. إن من شأن ذلك، أن يؤدي إلى توسيع دور الخدمات في الأسواق المحلية وأسواق التصدير، حيث أن هناك العديد من الأنشطة التي لم يتم حصرها وتغطيتها وتوثيقها على الرغم من اعتبارها ضمن الاقتصاد غير المهيكل. ومن شأن ذلك أيضا أن يوجه الاستثمارات نحو الخدمات التي تعتمد على الاتصالات والمعلوميات التي يعتمد عليها في تعزيز القدرة التنافسية للقطاعات الاقتصادية السلعية والخدماتية على حد سواء.

- بلورة سياسة تعليمية جديدة تستهدف إعادة هيكلة البرامج في الجامعات لتكون مخرجاتها من الخريجين والأبحاث والخدمات الاستشارية الأخرى، منسجمة ومتوافقة مع احتياجات القطاعين العام والخاص. وأن تكون لدى الخريجين القدرة على مواكبة التغيرات العالمية لاستيعاب التكنولوجيا، وخاصة تكنولوجيا المعلوميات، حيث أصبح توفرها شرطا أساسيا ولازما لتطوير قطاع الخدمات بفروعه المختلفة، من الخدمات الإنتاجية والشخصية والاجتماعية وخدمات التوزيع وغيرها.

- يعتمد تحديث دور قطاع الخدمات في الاقتصاد الحضري على قيام القطاع العام والخاص والجهات الرسمية باتخاذ العديد من الإجراءات التي من شأنها زيادة دور هذا القطاع في استيعاب اليد العاملة من جهة، وزيادة مساهمته في خلق الثروة من جهة أخرى. إلا أن ذلك يعتمد أيضا على مدى قدرته على إحداث تغييرات في التركيب الهيكلي لقطاع الخدمات من خلال التوجه نحو إنتاج الخدمات الحديثة التي تمتاز بارتفاع قيمتها المضافة بدلا من تركزها في الخدمات التقليدية الكثيفة العمل والضعيفة المردودية. إن من شأن ذلك أن يساعد على الرفع من القدرة التنافسية للاقتصاد الحضري للمدينة من خلال استيعاب العنصر البشري المؤهل والمدرب من خريجي المعاهد والجامعات.

- ترسيخ ثقافة الفكر المقاولاتي شرط أساسي لبناء قطاع خدماتي منتج.

إن برامج التعليم المقاولاتي التي تهتم بتنمية القدرة على توفير وظيفة للذات وللغير من خلال إقامة مشروعات ريادية جديدة تقوم بإنتاج سلع/خدمات جديدة. لذلك ونظرا لأن المقاولاتية تسعى لبناء نظام اقتصادي يتسم بالإبداع والابتكار، فقد يكون من الهام للغاية تفعيلها تحت مظلة مؤسسات التعليم العالي ليتمكنوا من استحداث الأفكار الريادية وتبني هذه الأفكار من خلال التعليم المقاولاتي لتصبح مشاريع ريادية منتجة.

ولعل ما يسعى التعليم المقاولاتي إلى تحقيقه يتمثل في:

- توفير المعارف المتعلقة بريادة الأعمال؛
- تنمية المهارات اللازمة لإدارة المشاريع الريادية ولصياغة وإعداد خطط الأعمال؛
- تحديد الدوافع وإثارتها وتنمية المواهب الريادية؛
- العمل على تغيير اتجاهات جميع فئات المجتمع وغرس ثقافة العمل الحر في مختلف مجالاته[328]؛

ولبيان مدى مساهمة ترسيخ ثقافة التعليم المقاولاتي في العديد من جوانب الحياة المهنية والمجتمعية والشخصية نشير إلى مايلي:

أولا: تعلم المقاولاتية خطوة أساسية نحو غرس روح المبادرة وزيادة فرص نجاح الأعمال وصناعة قادة المستبقل لتحمل أعباء النمو الاقتصادي الوطني المتواكب مع التوجهات العالمية.

ثانيا: تعلم المقاولاتية يزيد من القدرات المتميزة لخلق الثروة من خلال الاستقرار على الفرص ذات العلاقة بالتوجه بالمعرفة على المستوى العالمي، بما يحقق مساهمة هامة في بناء مجتمع المعرفة.

ثالثا: تعلم المقاولاتية ينتج مقاولين في الإبداع والابتكار، بما يمكن من التحول نحو إحداث طفرة في بناء الاقتصاد المعرفي من خلال الأفكار المتجددة ذات العلاقة بتنمية مجتمع المعرفة.

رابعا: تعلم المقاولاتية يساهم في زيادة الأصول المعرفية وتعظيم ثروة الأفراد بما يزيد من الثروة والتراكم الرأسمالي في مجال المعرفة على مستوى الوطن، وبما لذلك من أثر في بناء مجتمع المعرفة.

خامسا: تعليم المقاولاتية يكسب العاملين بالمؤسسات القائمة مهارات نادرة ومبتكرة تمكنهم من زيادة معدل نمو المبيعات بنسبة تفوق قرنائهم بشكل كبير.

سادسا: تعليم المقاولاتية يزيد من احتمال تطوير منتجات جديدة نظرا لأن المقاولين يصبحون أكثر إبداعا.

سابعا: تعليم المقاولاتية يؤدي إلى زيادة احتمال امتلاك الخريجين لأفكار مشاريع أعمال تجارية ذات التكنولوجيا العالية، والتي تخدم التوجه نحو بناء مجتمع المعرفة والمساهمة في التغلب على مشكلة البطالة.

ثامنا: تعليم المقاولاتية يؤدي إلى تغيير هيكل تركز الثروة في الأمم، بما يحقق الاستقرار الاقتصادي والتحول من ارتكاز الاقتصاد على عدد محدود من أصحاب رؤوس الأموال، نحو امتلاك أكبر عدد من أفراد المجتمع لثروة، بما يحقق الاستقرار وتحقيق التنوع في مجالات العمل.[329]

---

[328] - أيمن عادل عيد (2014)، التعليم الريادي مدخل لتحقيق الاستقرار الاقتصادي والأمن الاجتماعي، المؤتمر السعودي الدولي لجمعيات ومراكز ريادة الأعمال، جامعة القصيم، ص 154

وعليه فإن التعليم المقاولاتي أصبح أحد الركائز الرئيسية في منظومة التعليم العام والجامعي، فقد حققت برامج تعليم المقاولاتية نموا ملحوظا. وصار التوسع في تدريس وتعليم المقاولاتية من أسرع المجالات نموا. وهذا ما نراه قد تحقق بالفعل وجعلنا حريصين على أن نساير الدول المتقدمة في تعليم المقاولاتية من أجل بناء جيل مبدع ومبتكر، من خلال تقديم منتجات وخدمات جديدة وقادرة على المساهمة في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

خاتمة الفصل السادس

تتمثل أهمية قطاع الخدمات في المكانة المتميزة والمتزايدة التي يحتلها داخل الاقتصاد الحضري لمدينة فاس، وذلك من خلال مساهمته في استيعاب النسبة الأكبر من إجمالي العمالة، مقارنة بالقطاعات الاقتصادية الأخرى. فالتنوع التي تتميز به المدينة على مستوى البنية الخدماتية حسب الأصناف، تُوضِّح الأهمية التي تحظى بها بعض الأصناف الخدماتية الغير المهيكلة دون غيرها، وخاصة على مستوى خلق وتوفير فرص الشغل لعدد هام من الساكنة النشيطة. وهو ما أدى إلى جعل سوق الشغل الخدماتي أحد المرتكزات الرئيسية التي تستند عليها الأسر بمدينة فاس في توفير مداخيل عيشهم وسداد نفقاتهم الضرورية. مما يفسر تدني مستوى عيشهم.

لقد أبان إنتشار وباء كوفيد 19 عن ضعف وهشاشة الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للسكان، بحيث أصبح ثلثي ساكنة مدينة فاس بدون دخل، مما يجعل هذه الفئة خارج دائرة الحماية الاجتماعية، والتي كان من نتائجها احداث استراتيجية لتعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية لتشمل خدماتها كافة الشرائح الاجتماعية. وفي ذات السياق وبغية تحسن الأوضاع السوسيواقتصادية للساكنة التي تعتمد بالدرجة الأولى في مداخيلها على أنشطة الخدمات. اتجه متخذي القرار للنهوض أكثر بمكونات هذا قطاع أهمية في الاقتصاد الحضري وكذا استشراف العديد من المشاريع بالتركيز على الخدمات الحديثة (الأنشطة الصناعية والسياحية، الأنشطة المالية، المعلوماتية والبرمجة والإدارية...)، وذلك من خلال توفير البيئة الحاضنة والمناسبة لجذب الاستثمارات في هذا القطاع عن طريق تقديم العديد من التسهيلات والتحفيزات الهادفة إلى خلق المزيد من فرص الشغل وتقوية الاقتصاد الحضري في إطار تحقيق تكامل بين القطاعات والرفع من جاذبية المدينة وتحسين ظروف العيش.

---

[329]- أيمن عادل عيد، نفس المرجع، ص 156.

خاتمة الباب الثالث

تبين من خلال الباب الثالث أن مسار تعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية الشاملة عرف تطورا بطيئًا، وإن كانت بوادره الأولى ترجع إلى الخمسينيات من القرن الماضي بإحداث أولى دعائم الإطار المؤسساتي لتتوالى بعدها مجموعة من المؤسسات الساهرة على تدبير وتسيير نظم التغطية الصحية التي بدورها عرفت طفرة نوعية منذ بداية الألفية الثالثة، تجسدت في سن قانون مدونة التغطية الصحية الصادر سنة 2002، وهو نظام التأمين الإجباري عن المرض موجه للقطاع العمومي والخاص، ونظام المساعدة الطبية "راميد" لفائدة الساكنة الهشة والمعوزة.

بالموازة مع ذلك، أخذ الاهتمام بالقضايا الاجتماعية منعطفا جديدا يستجيب مع أهداف الألفية للتنمية المستدامة التي توصي بتعزيز التماسك الاجتماعي من خلال توفير مقومات الحياة الضرورية لكافة الشرائح الاجتماعية من تعليم وصحة وشغل وغيرها. وقد تبين من خلال مستوى سوق الشغل والأنشطة الاقتصادية أن غالبية الساكنة بمدينة فاس تمتهن أنشطة تجارية وخدماتية غير مهيكلة وتتسم بضعف مداخيلها مما يجعلها غير قادرة على توفير الحماية الاجتماعية والمساهمة والانخراط في التغطية الصحية.

ترتب عن هذه الوضعية، إحداث إستراتيجية جديدة لتعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية لمختلف الشرائح الاجتماعية وتحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية في الولوج إلى الخدمات خاصة الصحية وتحسين جودة آدائها ومردوديتها لتجاوز النقائص والتحديات التي لازالت تعترضها. .

وفي إطار تخصيص الموارد واستدامة الإنفاق على الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية بهدف مضاعفة مكاسب هذه القطاعات، يتم العمل بالتزامن على قطاعات أخرى لعل إحداها قطاع الخدمات داخل الاقتصاد الحضري، من خلال تطوير وتنمية أصناف هذا القطاع و إطلاق مشاريع حديثة للنهوض بالاقتصاد الحضري لمدينة فاس، مع التركيز على الخدمات الحديثة من خلال توفير البيئة المناسبة لجذب الاستثمارات في هذا القطاع. التي تروم توفير المزيد من فرص الشغل وتحسين جودة الحياة الحضرية بالمدينة.

خاتمـــة عامـــــة

استحوذ قطاع الخدمات على النسبة الأكبر من المساهمة في الناتج المحلي الإجمالي واستيعاب اليد العاملة خلال السنوات الأخيرة، مقارنة بالقطاعات الاقتصادية الأخرى. كما أن تنامي دور قطاع الخدمات لم ينجم عن نمو طبيعي يواكب تطور قطاعات الإنتاج السلعي، وإنما بسبب تعزيز سياسة الانفتاح وتسريع وتيرة الخوصصة.

ويعد التزايد المتواصل لحصة قطاع الخدمات من أبرز مظاهر التحول التدريجي للاقتصاد الوطني بصفة عامة، والحضري لمدينة فاس بصفة خاصة. فهيمنة أنشطة الخدمات على مستوى الاقتصاد الوطني ينطبق بشكل ضمني على ما يعرفه الاقتصاد الحضري لفاس. إذ شهدت الخدمات تزايدا سريعا في مكوناتها وبنياتها الاقتصادية والاجتماعية والمجالية، من حيث الكم والنوع. ويرجع هذا التنوع والتزايد في هذه الأنشطة إلى أهمية التحولات والديناميات التي رافقته على مستوى سوق الشغل والأنظمة الاقتصادية بالمدينة، والذي يحتل فيه قطاع الخدمات بكل أشكاله مراتب الصدارة. وهو ما كان له انعكاس على الوضعية السوسيومهنية المرتبطة بممارسة تلك الأنشطة الخدماتية، وذلك من خلال استقطابها عددا مهما من اليد العاملة النشيطة وتركزها في بعض أصناف الخدمات دون غيرها. لقد أظهرت دراستنا بأن هناك تباينا كبيرا في توزيع نسب النشيطين حسب فروع أنشطة الخدمات وتضخم أعدادهم، خاصة في الخدمات التجارية، باعتبارها المشغل الرئيسي لساكنة فاس بحوالي ثلثي مجموع السكان المشتغلين. وهي في مجملها مهن خدماتية بسيطة (حرفيون، حمالون،...) وأنشطة تجارية صغرى (دكاكين، باعة متجولون...) تتم كلها في إطار غير مهيكل، مما يعطينا صورة ضمنية عن الوضعية المادية لمختلف الأسر. ويبرز ضعف القدرة الشرائية للسكان وتدني مستوى عيشهم.

انطلاقا من دراستنا تبين أن الوظيفة العمومية والخدمات القارة هي مرفق النشاط الأساسي بالنسبة لساكنة المدينة، بحيث تشغل حوالي ثلث السكان النشيطين. وعلى الرغم من توفر فاس على قاعدة إنتاجية تمثل حوالي 9% من العدد الإجمالي على المستوى الوطني، وذلك بأزيد من 61% من المقاولات (أي ما يفوق 697 وحدة)، فقد عرفت تراجعا كبيرا، جراء المنافسة الداخلية والخارجية التي تعاني منها ،وكذلك بفعل تدني تأهيل القوة العاملة وعدم ملاءمة الدينامية الاقتصادية لتطور حاجيات الإدماج. وهذا ما يؤدي إلى انعكاسات سلبية عديدة، لعل أهمها ضعف إنتاجية العمل وضعف تنافسية المقاولات المشغلة؛ وبالتالي، ضعف دخل الأفراد من العمل، وتراجع الاستهلاك والادخار على حد سواء، والذي يترجم إلى ضعف النمو الاقتصادي الحضري للمدينة وتقليص فرص الشغل ومن تم تفاقم ظاهرة البطالة.

ويعزى ذلك إلى عدم توفر مدينة فاس على إمكانيات في عدد من القطاعات الاقتصادية دفعت صانعي القرار إلى التدخل لنهوض بقطاع الخدمات، من خلال إحداث "منطقة فاس شور" لترحيل الخدمات عن بعد، وكذا تأهيل وتثمين أكثر أنشطة الخدمات أهمية في الاقتصاد الحضري للمدينة. وتتميز بنوع من التكامل الوظيفي كقطاعات واعدة، مثل قطاع السياحة والصناعة العصرية والتقليدية وإنقاذ المدينة القديمة. وتحسين إطار عيش السكان بها يعتبر إحدى هذه النماذج، مع التركيز على الخدمات الحديثة في جلب الاستثمارات المرتبطة بقطاع الخدمات عن بعد، والتي احتلت فيها مدينة فاس المرتبة الثالثة وطنيا. حدث ذلك بفضل توفرها على بنية خدماتية، من بنية تحتية هامة، ومركب جامعي ضخم، وموارد بشرية كثيفة، لكن هذه الموارد لم تؤهلها أن تلعب دورا محوريا في خلق القيمة المضافة والثروة، وتحقيق التنمية الحضرية للمدينة.

إن قطاع الخدمات يختلف عن غيره من القطاعات الاقتصادية الأخرى. فهو لا ينتج سلعا، وإنما يقوم بدور آخر لا يقل أهمية عن غيره من القطاعات الإنتاجية. ويتمثل ذلك في تزويد القطاعات الأخرى بالخدمات اللازمة لاستمراريتها ونموها. فهو يتمحور حول تنمية الرأسمال البشري في إنتاجيته التي سوف تنعكس بشكل مباشر على باقي القطاعات الأخرى، وبالتالي على الاقتصاد الحضري ككل. وهذا، مما لا شك فيه، يعتبر سببا لأن يتم التوجه نحو تنمية هذا القطاع من خلال قطاعي التعليم والصحة، كمداخل أساسية لتمكين الساكنة من التأقلم مع التحولات والديناميات السريعة التي يعرفها المجتمع الفاسي.

هكذا، أضحت تنمية الرأسمال البشري من ركائز الدولة الاجتماعية، ومدخلا أساسيا للإرتقاء الفردي والجماعي لساكنة المدينة، باعتباره الدعامة المثلى للإسراع في تحقيق أهداف التنمية. أكدت دراستنا أنه مع بداية الألفية الحالية، قد تحسنت نسبة التمدرس الكمي بكل الأسلاك التعليمية؛ بدليل ارتفاع هاته الأخيرة بطور التعليم الأولي، حيث بلغت نسبة التمدرس به 69% بمدينة فاس (71,9% وطنيا)، وتحقيق طفرة نوعية وصلت إلى 100% بالسلك الابتدائي. كما حقق هذا المعدل تطورا ملموسا بالسلك الثانوي الإعدادي بلغ 81,5% بفاس، وهو معدل يفوق المعدل الوطني البالغ 66,8%. أما بخصوص التعليم الثانوي التأهيلي، فلقد بلغ 50,4% على مستوى مدينة فاس (37,5%وطنيا).

ورغم هذا النمو في نسب التمدرس، تسجل اخفاقات واختلالات على مستوى المردودية والجودة التي يتطلبها ميدان التعليم، وهذا راجع إلى المستوى البنيوي للنظام التعليمي الذي يتطور بشكل غير متساوي. ويظهر ذلك من خلال المقارنة ما بين نمو التعليم العمومي والخصوصي الذي بدأ يستقطب شرائح عريضة من الساكنة

الحضرية، خصوصا على مستوى التعليم الابتدائي. وإذا كان النظام التعليمي تعتريه تفاوتات جوهرية في تطوره ووزنه حسب وحدات المدينة، فإن هذه التمايزات تزداد تعقيدا كلما قارنا ظاهرة انتشار التعليم على مستوى الأسلاك وكذلك الأصناف.

وقد تبين بأن الانطلاقة الأولى لتشكل المجال التعليمي كانت من قلب المدينة القديمة. وتوسع المؤسسات التعليمية يتم بشكل متوازي والتوسع العمراني بفاس ويسير في اتجاهاته. وتوسع مجال المؤسسات التعليمية يتزامن مع تطور عدد السكان وتوسع المدينة، وكذا تزايد فئات المجتمع الفاسي وإقبالها على التعليم. لذلك كانت الاستجابة للطلب على التعليم على هذا الأساس. وكان المجال التعليمي يتوسع بشكل يتلائم وطبيعة الحاجيات. فإذا كانت المؤسسات المدرسية تتوزع بشكل منظم في الأحياء العصرية، فإنها تبدو جد متجاورة وكثيفة بالأحياء التي نمت في ظروف عشوائية. وبما أن الظرفية الذي نشأت فيها مؤسسات التعليم العمومي تختلف كثيرا عن الظرفية والضوابط التي تتحكم في توسع قطاع التعليم العصري، فإن توزيع المؤسسات التعليمية يتميز باختلاف نوعي وعددي. ويعزى ذلك إلى اختلاف في مميزات الوحدات المجالية للمدينة. وهو ما يجعل المجال التعليمي يتسم بعدم التوازن والانسجام، وتفاوت في درجة الاستقطاب الذي تمارسه كل وحدة مجالية. وتتجلى انعكاسات ذلك أساسا، في التباينات المجالية للمسألة التعليمية بالمدينة؛ مما يعني أيضا تفاوت في الأدوار والأهمية التي تحظى بها كل وحدة حضرية داخل المدينة، وتفاوت في مستوى الخدمات التعليمية وبالتالي عدم تكافؤ الفرص.

زيادة على ذلك، تجدر الإشارة، إلى أن أهم مظهر من مظاهر الخلل في النظام التعليمي هو عدم المساواة أمام العملية التعليمية والتربوية بالمجال الفاسي؛ ذلك ما تؤكده ظواهر الحصيلة المدرسية بين المؤسسات التعليمية للمدينة (مدارس، اعداديات، ثانويات)، ليتضح أن هناك العديد من العوامل المكانية التي تسهم في تفشي مشكلات التكرار والرسوب والتأخر الدراسي والهدر المدرسي.

فما يستنتج، هو تقلص هذه الظواهر السلبية خلال العقد الأخير بالمنظومة التعليمية وتراجعها. إلا أنها لازالت حاضرة، خاصة وأنها تشهد تدرجا من المرحلة الابتدائية إلى التعليم الثانوي التأهيلي؛ حيث يرتفع مثلا التكرار بالسنة الأولى والثانية بالطور الابتدائي. وهذا مرده إلى وجود حلقة مفرغة بين التعليم الأولي والابتدائي، وكذلك استفحال ظاهرة الانقطاع بالسنة النهائية للسلك الثانوي الإعدادي. وتبرز هذه الظاهرة بشكل جلي عبر أعداد التلاميذ بالأسلاك، بحيث يتم تسجيل بالطور الابتدائي (102.173 تلميذ) بمدينة فاس سنة 2020، ويبلغ إلى السلك الثانوي الإعدادي فقط ما يناهز نصف العدد المسجل (أي 56.518 تلميذ). بينما يصل إلى السلك

الثانوي التأهيلي حوالي الثلث (38.354 تلميذ). مما بعني أن ثلثي التلاميذ يتم انقطاعهم عن المشوار الدراسي. وهذا يجد تفسيره في تراكم التأخر في الطور الابتدائي وسهولة النجاح. ويعود ذلك أيضا، إلى ضعف حلقة الربط بين التعليم الابتدائي والثانوي. فالتفاوت في الظواهر السلبية التي تصيب مسار المتمدرسين والتباين في النتائج المحصل عليها لا تنحصر في العوامل الداخلية للنظام التعليمي، بل ترتبط بشكل آلي بعوامل المحيط الاجتماعي والثقافي للتلميذ. فاختلاف الخصائص السوسيو-اقتصادية والثقافية لأسرة التلميذ، من انتماء اجتماعي وظروف معيشية وموقع جغرافي وغيرها؛ تختزل عدة متغيرات تعمل في شكل نسيج من التقاطعات والتفاعلات التي تؤثر في حياة التليمذ، بل تساهم كثيرا في تشكيل مشواره الدراسي، وتتحكم بشكل كبير في نتائجه ومردروديته الدراسية. ومن ثم في سمعة وأداء المؤسسة التعليمية، وفي مدى الاستجابة لمستوى الخدمات التعليمية والتربوية التي تقدمها. وبالتالي تؤثر سلبا على الرأسمال البشري وإمكاناته ومهاراته، والتي تنعكس بدورها على إنتاجية وتطور باقي القطاعات الأخرى.

يمر المغرب، ومعه مدينة فاس، باعتبارها إحدى مدنه الكبرى، بانتقال صحي، وفق مجموعة من المؤشرات الصحية الشاهدة على ذلك؛ حيث تم تجاوز مرحلة الأمراض المعدية وأمراض الطفولة والأمومة التي تراجعت بصفة معتبرة بفضل تحسن الوضع المعيشي، وتطور الخدمات الصحية المقدمة. ويرجع تحسن الوضع الصحي أيضا إلى حد كبير، إلى برامج الحد من الفقر والزيادات السنوية في الإنفاق العمومي على قطاعي التعليم والصحة؛ بحيث ارتفع معدل الإنفاق على الخدمات الصحية خلال العقد الماضي ارتفاعا طفيفا، على الرغم من انخفاضه فعليا كنسبة مئوية في الناتج المحلي الإجمالي.

ومدينة فاس لا تخرج عن هذا السياق؛ اذ تعيش اليوم دينامية متميزة على كافة المستويات، على رأسها القطاع الصحي؛ حيث أتاح لها تاريخها الطويل أن تشهد ارتفاعا سكانيا كبيرا تجاوز المليون نسمة. وقد رافق هذا التطور السكاني مركبا صحيا هاما ومتنوعا، جعل المدينة تتربع على قمة الهرم الحضري للمنطقة الوسطى الشمالية ولجهة فاس-مكناس؛ رغم كل هذا، لازالت تعرف العديد من المشاكل والعراقيل فيما يخص الولوج إلى المرافق العلاجية والصحية وتفاوت في درجة الاستفادة من الخدمات في هذا القطاع والتي تتجلى أساسا في نقص عدد ونوعية الأطر الطبية والشبه الطبية والمعدات والتجهيزات والمعدات الطبية خاصة في القطاع العمومي، في حين أن القطاع الطبي الخاص يعرف نموا كبيرا حتى، أضحى إحدى الخصوصيات المميزة للمدينة، على مستوى الخدمات الصحية وأهمية تركزه بها، عرفت على إثرها الخدمات المقدمة للسكان تطورا ملحوظا.لكن مساهمة هذا القطاع

تحدث تفاوتا في الولوج إلى الخدمات الصحية التي تتطلب في بعض الأحيان تكلفة باهظة الثمن لا تستجيب لها القدرة المادية لفئات عريضة من الأسر الفاسية.

إن توسع ولوج المبادرة الحرة في ميدان الصحة لم يكن لصالح التوزيع العادل للمرفق الصحي، بحيث عمل القطاع الطبي الخاص على تكريس الفوارق السوسيومجالية من حيث استفادة السكان من الإمكانات والخدمات التي يقدمها.

وتوصلت الدراسة إلى جانب التأخر في التأطير الطبي والصحي، والنقص المهول في الموارد البشرية والمادية والتجهيزية، مع سوء التوزيع والتفاوت لهذه الأخيرة، إن على المستوى الوطني، الجهوي والمحلي بمدينة فاس، فإنها تسجل أيضا ضعفا واضحا في كفاءة وكفاية مستويات الخدمات المقدمة للمرضى. فضلا عن وجود تفاوتات في الأهمية حسب التخصصات ونوعيتها. كما تبين أيضا بأن الولوج للعلاجات والخدمات الصحية تتأثر بشكل كبير بالمحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. وأن الحالة الصحية ترتبط أشد الارتباط بهذه المؤشرات مابين الفئات الاجتماعية والمستويات المجالية. إلى جانب الضعف في هذه المؤشرات، لازالت العديد من مظاهر عدم العدالة الصحية تتجلى من خلال بعض المعوقات التي تقف حائلا أمام التنمية الصحية، ومن بينها، ضعف الحكامة ومستوى الإنفاق الصحي والتغطية الصحية التي مازالت بعيدة عن الاستجابة للاحتياجات الصحية للساكنة.

وارتباطا بهذه التحديات والتي برزت بالملموس في أعقاب جائحة كوفيد 19 والتي كشفت عن عمق الهشاشة وانتشار الفقر والبطالة في المجتمع. وكان من نتائجها إحداث استراتيجية لتعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الشاملة لتشمل خدماتها كافة الشرائح الاجتماعية، وإصلاح المنظومة الصحية. وتروم إلى تعزيز الموارد البشرية الصحية في أفق 2025 بالوصول إلى حوالي 94 ألف إطار. والارتقاء بمستوى التأطير الطبي وشبه الطبي ليتجاوز العتبة التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة. و سن قانون الوظيفة الصحية من خلال الرفع من أجرة أطر القطاع الصحي وضمان حمايتهم الاجتماعية وتحسين شروط تعويضهم من حيث عدد ونوعية التدخلات والعمليات المنجزة و المداومة. لأن زمن حضورهم وحده ليس معياراً كافيا ومرضيا. وتخصيص منح للأطر الطبية العاملة في المناطق النائية. وتحدد قيمة المنحة بناء على المسافة الفاصلة بين مقر التعيين وأقرب مدينة. وتوسيع قاعدة طلبة الطب والصيدلة وطب الاسنان ومهن التمريض وتقنيات الصحة. وإحداث 3 كليات للطب والصيدلة، وكذا توظيف 4.600 مؤطر جديد في أفق سنة 2030. وتوسيع العرض الصحي بتأهيل مؤسسات الرعاية الأولية والمراكز الاستشفائية. ومن جانب آخر، يتضمن الإصلاح توسيع الانخراط في أنظمة التقاعد،

لتشمل الأشخاص الذين يمارسون عملا ولا يستفيدون من أي معاش والذي يبلغ ثلثي ويمارسون أنشطة صغرى لاتؤهلهم للاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل لتشمل كل شخص متوفر على عمل قار، وذلك في أفق 2025. والشروع في تنزيل إصلاح منظومة التقاعد، ابتداء من سنة 2023. وإرساء آليات الحكامة والرقمنة لتدبير الخدمات وتحسين جودتها.

لقد تبين من خلال هذه الدراسة أن أهمية الخدمات تنبثق من تشكيله علاقة تكافلية وتكاملية بين القطاعات، ولاسيما التعليم والصحة، باعتبارهما محاور وفلكها الذي حوله تدور كل عناصر التنمية البشرية ومقومات الحياة المدنية عموما. مما يعطي مؤشرا على وجود علاقة واضحة وتفاعلية بين هذه العناصر الثلاث. وهو الذي يؤكد الطرح القائل بأن النمو في القطاعات الاجتماعية الحيوية يؤدي بشكل أو بآخر إلى تحقيق النمو في قطاع الخدمات؛ بل في باقي القطاعات الأخرى.

وأخيرا، وليس آخرا لا يرقى هذا العمل المتواضع في نظرنا إلى مستوى ما كنت أطمح إليه منذ بداية بناء الأطروحة، نظرا لعدة صعوبات والعراقيل التي واجهتنا منذ انجاز هذا البحث. لكن حب الإصرار والتحدي لسبر أغوار هذه القطاعات شكل لنا دافعا أساسيا للاستمرار والمواصلة. خاصة وأن هذا النوع من الدراسات تتطلب وقتا طويلا ومجهودا كبيرا للحصول على معطيات، بل مع تخصيص عدة حصص تكوينية لنا من قبل المهتمين لفهم خبايا هذه القطاعات. ناهيك عن صعوبة تحوير المؤشرات والإحصائيات إلى محتوى كتابي والقيام بعمليات حسابية لاستخراج العديد من المؤشرات من قبيل نسب التمدرس ومؤشر طبيب لنسمة ما...، هذا بالإضافة إلى العمل الميداني الذي كانت انطلاقته منذ بداية البحث، و ما اتخاذ سنة 2021 فقط لتتسم المعطيات بالجِدّة وكذا التحقق الدوري للميدان، مما يجعل الدراسة لهذا النوع من القطاعات أمرا صعبا. لذا، نترك المجال مفتوحا للباحثين الآخرين للانخراط في دراسات عميقة لهذا النوع من المواضيع، بغية تزويد الفاعلين والمساهمة في تدبير وتحسين الخدمات والدفع بعجلة التنمية البشرية المستدامة إلى الأمام.

البيبليوغرافيا

مراجـع عامــة

- إسماعيل أحمد علي (1988)، دراسات في جغرافية المدن، دار الثقافة، الطبعة الرابعة، القاهرة.
- بن غضبان فؤاد (2013)، جغرافية الخدمات، دار اليزوري للنشر، عمان–الأردن.
- رويان بوجمعة (2013)، الطب الاستعماري الفرنسي في المغرب (1912-1945)، مطابع نت، ج.12، الرباط
- الشرقاوي بوبكر (2018)، إصلاح منظومة التربية والتعليم كمشروع تنموي في المغرب، الطبعة الأولى، مطبعة الخليج العربي–تطوان.
- شيكر محمد (2015)، الاقتصاد المغربي: السياق العام والوضعية والآفاق، المطبعة دار المناهل، دار النشر والتوزيع حنظله، الرباط.
- عفيفي أحمد كمال الدين (2016)، نظريات في تخطيط المدن، هجر للطباعة و النشر و التوزيع، كلية الهندسة - جامعة الأزهر، مصر.
- غنيم عثمان (2012)، المخططات الإقليمية والعمرانية، الطبعة الأولى، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الفرا محمد علي عمر (1980)، علم الجغرافيا دراسة تحليلية نقدية في المفاهيم والمدارس والاتجاهات الحديثة في البحث الجغرافي، نشرة دورية محكمة تعنى بالبحوث الجغرافية، عدد 22، منشورات الجمعية الجغرافية الكويتية– جامعة الكويت.
- مازن عبد الرحمان الهيتي (2013)، جغرافيا الخدمات– أسس ومفاهيم، الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان–الأردن.
- مزين محمد (2010)، تاريخ مدينة فاس الثوابت والمتغيرات، الطبعة الأولى، مطبعة سيبامـا– فاس.
- ناشيد المكي (2008)، السياسة التعليمية بالمغرب: بين أزمة الإصلاح وإصلاح الأزمة، الطبعة الأولى، مطبعة فارير - سطات.
- هاني حامد الضمور (2008)، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الطبعة الرابعة، عمان، الأردن.

الأطاريح الجامعية

- أنفلوس محمد (2007)، تحولات المجال المغربي والمجتمع، دراسة في جغرافية الصحة بالوسط الحضري، أطروحة لنيل دكتوراه الدولة في الجغرافية، جامعة الحسن الثاني الدارالبيضاء، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.
- أيت العسري بدر الدين (2014)، التباينات الجغرافية للوضعية الصحية حالة الدارالبيضاء، أطروحة لنيل الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن II ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.
- بلمفضل علوي زهير (2013)، المشاريع التعليمية في المبادرة الوطنية للتنمية البشرية بفاس (تقييم سوسيولوجي)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية الآداب ظهر المهراز– فاس.
- بنعمر رشيد (2010)، التعمير والتدبير الحضري بالمغرب على عهد الحماية الفرنسية صفرو نموذجا (1912-1956)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في تاريخ المغرب المعاصر، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز– فاس.
- بوصالح سفيان (2016)، التحكم في جودة الخدمة البنكية دراسة نوعية – كمية في البنك الوطني الجزائري، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية غير منشورة ، جامعة أبو بكر بلقايد– الجزائر.
- زارو عبد الله (2005)، المستشفى العمومي وإعادة الإنتاج الاجتماعي، من خلال دراسة ميدانية مقارنة لثلاثة مستشفيات عمومية: المستشفى الجامعي ابن رشد، المستشفى الجهوي الغساني بفاس، المستشفى الإقليمي محمد الخامس بالجديدة، أطروحة لنيل الدكتوراه في سوسيولوجيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر– المهراز فاس.
- صبرو فهد (2014)، التمدين والمركزية الحضرية حالة مدينة القنيطرة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة ابن طفيل القنيطرة.
- ضرغام خالد عبد الوهاب أبو كلل (2012)، واقع توزيع الخدمات الصحية ومستويات كفاءتها في مدينة النجف الأشرف – دراسة في جغرافية الصحة، أطروحة لنيل الدكتوراه في الجغرافيا، كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة البصرة.
- عبد الحق اهندار (2020)، إشكالية سهولة الولوج إلى المرافق العمومية في المجالات الحضرية بالمغرب، حالة بعض الجماعات الحضرية بإقليمي بني ملال والفقيه بن صالح: دراسة في جغرافية الخدمات، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة السلطان المولى سليمان، كلية الآداب والعلوم الإنسانية بني ملال.
- عبد الحكيم بن عاشور(2014)، المشروع الترابي لكتلة زرهون ومساهمة نظم المعلومات الجغرافية في بنائه، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية سايس – فاس.
- مخلص الدرقاوي العلوي (2014)، النقل بمدينة فاس دراسة حول التنقلات الحضرية والولوجية نحو المرافق العمومية باستخدام نظم المعلومات الجغرافية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية سايس – فاس.

- كيدو ابراهيم (2004)، جغرافية التباينات التعليمية بالمجال المغربي: حالة مدينة فاس، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن الثاني، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.
- المواق سعيد (2017)، البيئة الحضرية والوضعية الصحية بمدينة القنيطرة، تطبيقات نظم المعلومات الجغرافية والاستشعار عن بعد، أطروحة لنيل الدكتوراه غير منشورة، قسم الجغرافيا، جامعة الحسن الثاني، كلية الآداب والعلوم الإنسانية المحمدية.
- اليزيد حمدوني علمي (2004)، التمدين والبيئة الحضرية بمدينة فاس، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في الجغرافيا، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز – فاس.
- داليا موسى الصيرفي،(2017)، أثر قطاع الخدمات على القطاع الصناعي والنمو الاقتصادي في فلسطين، بحث لنيل شهادة ماجستير اقتصاديات التنمية، الجامعة الإسلامية- غزة، كلية التجارة، فلسطين.

مقالات ومجلات

- أبوزيد جواد (2016)، القطاع غير المهيكل بالمغرب: الأهمية وإكراهات الهيكلة حالة الباعة المتجولين بمدينة فاس، مجلة جغرافية، عدد مزدوج 2- 3 (قضايا البيئة والتنمية المستدامة)، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس
- أحرشاو الغالي (2016)، "السياسة التعليمية ورهان التنمية في المغرب"، ورد في كتاب من تنسيق لحبيب امعمري وعبد الكريم القنبعي، التراب، المجتمع، التنمية المستدامة، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية أكدال- فاس، مطبعة آنفو-برانت، الليدو-فاس.
- الأزمي عصام (2022)، "الإطار القانوني لتدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي"، ورد في كتاب من تنسيق محمد النضر ويونس بنان؛ تحت إشراف سناء حواتا وعزوز الهمة؛ الصحة والحماية الاجتماعية بالمغرب- رؤى متعددة، منشورات معهد الدراسات الاجتماعية والإعلامية، الرباط.
- اضرافات محمد (2013)،"العلاقة بين المجال الاقتصادي والمنظومة الصحية ، نموذج نظام المساعدة الطبية" ورد في كتاب من تنسيق محمد البقصي ومحمد الزرهوني، الاقتصاد الاجتماعي سند للتنمية الترابية، منشورات الجماعة القروية لإغزران رقم3، صفرو.
- الأطرقجي عبد الغفور (2017)، "العوامل الاقتصادية في دراسة المستقرات البشرية"، مجلة دنانير، العدد السادس، منشورات كلية الإدارة والاقتصاد، العراق.
- أنفلوس محمد (2008)، "الصحة وإستراتيجية إعداد التراب الوطني بالغرب"، ورد في كتاب من تنسيق محمد الأسعد، نحو استراتيجية لتخطيط التنمية المجالية في العالم العربي بأبعادها المحلية والقومية والعالمية، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، الجزء 1.

- أنفلوس محمد، أيت العسري بدر الدين (2013)، "تأثير المحددات البيئية والسوسيواقتصادية على الوضع الصحي بالمنطقة الشمالية الشرقية للدار البيضاء الكبرى"، ورد في مجلة جغرافية المغرب، مجلد 28 عدد 1-2 ، الجزء الأول، السلسلة الجديدة، عدد خاص بأعمال المؤتمر الوطني الثالث للجغرافيين المغاربة "التحولات المجالية والسوسيواقتصادية"، المنعقد بكلية الآداب والعلوم الانسانية بالمحمدية.
- أيت العسري بدر الدين، أنفلوس محمد (2021)، "البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية"، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني.
- بالهادي عمر (2010):" نماذج توطن الأنشطة الاقتصادية"، منشورات كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة تونس.
- بركان أزرقي محمد (1993)،"التسرب المدرسي: عوامله، نتائجه، طرق علاجه،" مجلة علوم التربية، العدد 5، منشورات عالم التربية، مطبعة النجاح الجديدة، الدارالبيضاء.
- بوصالح سفيان وبوثلجة عبد الناصر (2015)، "دور قطاع الخدمات في التنمية المستدامة"، مجلة البديل الاقتصادي، العدد السادس، منشورات جامعة زيان عاشور بالجلفة- الجزائر.
- بوصفيحة صباح (2018)،"البيئة والصحة بالمغرب: الواقع، التحديات والاستراتيجيات"، ورد في مجلة البحث الجغرافي والبيئة: من الدراسات الموضوعاتية إلى التحليل المندمج، العدد 32، المجلد 16، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز- فاس.
- بوعشيق أحمد (2009)، "الشراكة بين القطاعين العام والخاص، سياسة عمومية حديثة لتمويل التنمية المستدامة بالمغرب"، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية: نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، الرياض 1-4.
- بومعراف إياس وعمار عماري (2010)، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، العدد السابع، الجزائر.
- جنان لحسن (2010)، "العالم القروي في البحث الجغرافي"، مجلة دفاتر جغرافية- العدد السابع، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز — فاس.
- حاج علي ألفة، ضايض حسن (2000)، "التمدرس في إقليم تاونات، مؤشر من أهم مؤشرات الفقر"، مجلة المصباحية، العدد4، كلية الآداب والعلوم الأنسانية سايس- فاس، جامعة سيدي محمد بن عبد الله.
- حافضي يوسف، محمد أنفلوس(2013)، "ولوجية العلاجات الصحية بجهة الشاوية ورديغة من خلال المؤشرات السوسيو-اقتصادية والمجالية"، ورد في مجلة جغرافية المغرب، مجلد 28 عدد 1-2، الجزء الأول، السلسلة الجديدة، عدد خاص بأعمال المؤتمر الوطني الثالث للجغرافيين المغاربة" التحولات المجالية والسوسيواقتصادية": المنعقد بكلية الآداب والعلوم الانسانية بالمحمدية.

- الخزان بوشتى وحمجيق محمد (2007)، "المدينة القديمة بفاس تراث إنساني بين التهميش والإنقاذ"، مجلة دفاتر جغرافية–العدد الثالث– الرابع، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز – فاس.
- الخزان بوشتى وصواب ماجدة (2013)، "مدينة فاس (المغرب) بين التخطيط الحضري ومتطلبات التنمية: أية استراتيجية؟"، ورد في مؤتمر: تخطيط وإدارة النمو العمراني وضغوط الاستثمار في المدن العربية الكبرى، منظمة المدن العربية المعهد العربي لانماء المدن، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- الدريج محمد (1998)، الدعم التربوي وظاهرة الفشل الدراسي، سلسلة دفاتر في التربية، العدد 6، منشورات رمسيس، الرباط.
- سامر عدنان عبد الهادي (2016)، "المهارات الاجتماعية الانفعالية وتحديات التعليم: نحو رؤية معرفية"، مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية سايس– فاس، العدد الثاني، السلسلة الجديدة، جامعة سيدي محمد بن عبد الله.
- الشافعي العلوي الحسن (1986)، "جوانب من الحياة الثقافية والتعليمية بمدينة صفرو قبيل وعلى عهد الحماية"، الملتقى الثقافي الأول لصفرو: صفرو بين غنى الماضي واهتمامات الحاضر.
- الشاوش أيوب و الكيحل أحمد (2018)، "التنمية الترابية بالجماعات الحضرية المحاذية لمدينة الناظور:مقاربة جغرافية"، ورد في مجلة الحكامة الترابية ورهانات التنمية المحلية، العدد العاشر، مطبعة الأمنية، الرباط.
- صديق عبد النور (2019)،"مثال تطبيقي حول مراحل إعداد الأطروحة" ورد في كتاب من تنسيق موسى المالكي؛ تحت إشراف موسى كرزازي، محمد أيت حمزة، محمد الأسعد؛ الدليل المنهجي لإعداد البحوث، منشورات المنتدى حول مناهج وأدوات البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية؛: رقم 1، الرباط.
- صقر أحمد صقر (2000)، "الصحة والتنمية الاقتصادية– العولمة والأخلاق"، الصندوق الكويتي للتنمية.
- عبد المالك محمد عثمان (2007)، "الصحة والتنمية والفقر"، المجلة السودانية للصحة العامة، المجلد الثاني، العدد الرابع.
- عطوش هشام (2020)،"الآثار الاقتصادية لجائحة كورونا المستجد وإعادة التموقع الاقتصادي بالمغرب"، ورد في كتاب من تنسيق الرحالي ميلود؛ جائحة كورونا والمجتمع المغربي: فعالية التدخلات وسؤال المآلات، منشورات المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، الطبعة الأولى.
- العلوان قاسم نايف وأبوبكر محمد فتحية (2008)، "قياس وتقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية"، مجلة الإداري، العدد 112، معهد الادارة العامة، مسقط–سلطنة عمان.
- الغامدي عبد العزيز صقر (1990)، "استخدامات غرف الطوارئ بمدينة مكة المكرمة"، دراسة في الجغرافية الطبية، جامعة أم القرى، مطبوعات نادي مكة الثقافي الأدبي.
- فايز فرحات محمد (1998)، "الاقتصاد الصيني رؤية سياسية، السياسة الصينية"، العدد 132 ، أبريل 1998.

- فجال علي (2010)، "في قضايا التمدين والتعمير الكبرى بالمغرب"، مجلة دفاتر جغرافية- العدد السابع، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز – فاس.
- كرزازي موسى (2004)، "مناهج البحث في الأرياف من خلال تطبيقات حول الهجرة"، ورد في كتاب من تنسيق موسى كرزازي وأيت حمزة، مناهج البحث في الوسط الريفي المغربي، منشورات كلية الآداب بالرباط. سلسلة ندوات ومناظرات رقم 113.
- كرزازي موسى (2008)، "الجغرافية وإعداد التراب: قواسم وانشغالات مشتركة"، مجلة جغرافية المغرب، عدد 1-2 مجلد 24 فبراير 2008 السلسلة الجديدة.
- كيدو إبراهيم (2008)،"جوانب من التحولات الوظيفية للمجال التعليمي بمدينة فاس: محاولة في الجغرافيا التاريخية" ورد في فاس الموارد والتراث والتنمية المحلية، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، سايس – فاس.
- مسعودي محمد (2018)، "إنجاز المرافق والتجهيزات بتصميم التهيئة بين النظرية والممارسة"، ورد في مجلة الحكامة الترابية ورهانات التنمية المحلية، العدد العاشر، مطبعة الأمنية، الرباط.
- مومو أمينة، جنان لحسن (1988)، "النشاط التعليمي بمدينة صفرو: الأهمية والإشعاع"، الملتقى الثقافي الثاني لصفرو: التنمية المحلية وتهيئة المجال بالمغرب، صفرو نموذجا.
- ناصر الدين بن أحسن (2015)، "تقييم جودة الخدمة المدركة من قبل الزبون باستخدام نموذج الأداء الفعلي للخدمة " مجلة الاقتصاد الصناعي، العدد 08 جوان، الجزائر.
- هلال عبد المجيد ، أنفلوس محمد (2017)، "الديناميات المجالية والتفاوتات في ولوجية خدمات الرعاية الصحية بالمغرب: حالة إقليم الجديدة"، مجلة المجال الجغرافي والمجتمع المغربي، العدد 18، المغرب.
- الهيلوش محمد، (2005)، "القطاع غير المهيكل والإدماج الاقتصادي والاجتماعي بالمدن الجبلية: حالة مدينة صفرو، ورد في مجلة أعمال الدورة الأولى لجامعة آزرو المفتوحة تنمية المدن الجبلية، 25-26 نونبر 2005

التقارير والدراسات

- تقرير المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية، مجلس النواب، يوليوز 2022.
- تقرير المرصد الوطني للتنمية البشرية: تقييم نظام المساعدة الطبية "راميد"، 2017.
- الملاءمة ومدى توافق برامج الحماية وسياسات الدعم الاجتماعي، مركز الدراسات والبحوث في في الشؤون البرلمانية، مجلس المستشارين، 2019.
- بلاغ وزارة الاقتصاد والمالية، بتاريخ 12 ماي 2020 المتعلق بالمرحلة الثانية لدعم الأسرة العاملة بالقطاع غير المهيكل.

- تعزيز الحماية الاجتماعية ودعم الفئات الهشة، إنجازات العمل الحكومي 2017-2021، رئيس الحكومة،2021.
- تقرير المجموعة الموضوعاتية المكلفة بالتحضير للجلسة السنوية الخاصة بمناقشة وتقييم السياسات العمومية حول المرفق العمومي، مجلس النواب، أكتوبر 2019.
- تقرير حول أنشطة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، 2016.
- تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الدورة الاستثنائية برسم السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة 2021.
- عرض وزير الصحة حول مخطط الصحة في أفق سنة 2025، وذلك خلال اجتماع مجلس الحكومة المنعقد يوم الخميس 19 أبريل 2018.
- تقرير العام ل50 سنة من التنمية البشرية آفاق 2025، المغرب الممكن، إسهام في النقاش العام من أجل طموح مشترك، مطبعة دار النشر المغربية –2006– الدارالبيضاء، المغرب.
- الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية رقم 2018/34.
- عرض وزير الاقتصاد والمالية وإصلاح الإدارة أمام مجلس النواب بمناسبة التصويت على مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، 15 مارس 2021، على الرابط: https://bit.ly/3c4a8nq
- المملكة المغربية (2021)، تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية: المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الإصلاح؛ منشورات مجلس النواب، دار أبي رقراق للطباعة والنشر، الرباط.
- نص الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة، شوهد في 18 أبريل2021.
- نص الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى الحادية والعشرين لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز2020، شوهد في 18 أبريل 202https://bit.ly/3CcEdMB
- وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، 2013.
- وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المغرب، 2013.
- وزارة الصحة، الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، مارس 2016.
- وزارة الصحة والمندوبية السامية للتخطيط: المغرب بين أهداف الألفية من أجل التنمية وأهداف التنمية المستدامة، المكتسبات والتحديات، التقرير الوطني، 2015-2019.

- آنا جايكويز، تقرير، هل سيؤدي كوفيد 19 إلى إصلاح القطاع الصحي في المغرب؟، شوهد بموقع المعهد المغربي لتحليل السياسات بتاريخ 27 ماي 2021 على الرابط التالي:https://mipa.institute/7859
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير حول النموذج التنموي (راجع "النموذج التنموي الجديد للمغرب" مساهمة المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئيhttp://www.cese.ma/ar/Pages/etudes.aspx).

المؤسسات والمصالح الادارية

- الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين جهة فاس–مكناس، قسم التخطيط التربوي،2020/2019.
- وزارة إعداد التراب الوطني والبيئة والتعمير والإسكان (2000)، المجال المغربي، واقع الحال، مساهمة في الحوار الوطني المتعلق بإعداد التراب الوطني، مديرية إعداد التراب الرباط.
- المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي: الرؤية الإستراتيجية للإصلاح 2030/2015، ما ورد في الرافعة الثانية التي نصت في إحدى فقراتها على اعتماد نموذج بيداغوجي موحد الأهداف والغايات، متنوع الأساليب خاص بالتعليم الأولي.
- مديرية الإحصاء– المندوبية السامية للتخطيط: (2010)، التصنيف المغربي للأنشطة الاقتصادية NMA2010
- المندوبية السامية للتخطيط ، المديرية الجهوية لفاس– مكناس، الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014.
- المندوبية السامية للتخطيط: نتائج البحث الوطني 2014 حول التعليم الأولي.
- المندوبية السامية للتخطيط، الإحصاء العام للسكان والسكنى، 1972-2014.
- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، دليل المؤسسات التعليمية 2000-2008-2019-2020.
- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، قسم التخطيط، مصلحة الإحصاء، الإحصاء المدرسي السنوي الشامل2019-2020
- نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس، مصلحة التخطيط والإحصاء، 2020
- نيابة وزارة التربية الوطنية، فاس، دليل المؤسسات التعليمية العمومية والخصوصية، 2000-2004-2014-2020.
- نيابة وزارة التربية الوطنية، فاس، دليل مؤسسات التعليم العمومي سنة 94-2004-2014-2020.
- وزارة التربية الوطنية:الإطار المنهاجي للتعليم الأولي (2018)، وثيقة مرجعية موجهة للمنهاج التربوي، الطبعة الأولى، مديرية المناهج ، الرباط.
- وزارة التربية الوطنية، مؤشرات التربية لسنة 2020/2019، مديرية الإستراتيجية والإحصاء والتخطيط– الرباط.
- وزارة التوقعات الاقتصادية والتخطيط الإحصاء العام للسكان والسكنى 60-71-82.
- وزارة التوقعات الاقتصادية والتخطيط، النشرة الإحصائية السنوية 2020.

- المديرية الجهوية للسياحة بفاس، 2021
- المديرية الجهوية للصناعة التقليدية بفاس، 2021
- المركز الجهوي للاستثمار بجهة فاس مكناس
- وزارة الاقتصاد والمالية، 22 فبراير 2021
- وزارة الصناعة والتجارة والتكنولوجيات الحديثة، 2009

المنظمات الدولية

- الأمم المتحدة (2009)، التصنيف الصناعي الدولي الموحد لجميع الأنشطة الاقتصادية- التنقيح الرابع.
- الأمم المتحدة (2012)، دليل إحصاءات التجارة الدولية في الخدمات، ورقات إحصائية، السلسلة ميم، العدد 86.
- الأونكتاد (مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية) هو منظمة دولية تهدف إلى زيادة فرص التجارة والاستثمار والتنمية للبلدان النامية إلى أقصى حد ومساعدتها في جهودها الرامية إلى الاندماج في الاقتصاد العالمي على أساس عادل.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD)، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها: التحديث الإحصائي لعام 2018
- منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2013.
- منظمة الصحة العالمية، التقرير لخاص بالمحددات الاجتماعية للصحة، جنيف 13.
- منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية- تقرير الآن أكثر من أي وقت مضى، 2008.
- منظمة الصحة العالمية، المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية: إجراءات مستدامة عبر القطاعات من أجل تحسين الصحة والإنصاف في مجال الصحة، المؤتمر العالمي الثامن بشأن تعزيز الصحة، ماي 2015.
- منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة- تقرير الصحة العالمية، 2013.
- منظمة الصحة العالمية، دعم النظام الصحي للرعاية الصحية الأولية، 1994.
- منظمة الصحة العالمية، نظم الطوارئ الصحية – دور القطاع الصحي للاستعداد للكوارث ومواجهتها، إقليم الشرق الأوسط، 1996.
- منظمة اليونسكو، التقرير الإقليمي للتعليم للجميع الخاص بالدول العربية لعام 2014، مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، بيروت.

ظهائر وقوانين

– ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 من رجب 1423 (3أكتوبر 2002)، بتنفيذ القاون رقم 65.00، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الجريدة الرسمية، عدد 3449، بتاريخ 21 نونبر 2002.

– الجريدة الرسمية، عدد 6106 – 21 محرم 1434 (6 ديسمبر2012)، مرسوم صادر بالموافقة على التصنيف المغربي للأنشطة الاقتصادية NMA2010

– القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بتنفيذه الظهير شريف رقم 1.21.30 الصادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021)، جريدة رسمية عدد 6975-22 شعبان 1442(5 أبريل 2021).

– Bulletin officiel n°5058 du 16 Ramadan 1423 (12 Novembre 2002), loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base, article 114-115.

OUVRAGES GENERAUX

- AKHMISE (M.), 1995, Histoire de la médecine au Maroc, des origines à l'avènement du protectorat, in histoire de la médecine au Maroc et dans les pays musulmans, 1ère édition, imprimerie Najah El Jadida Casablanca.
- Américain Marketing Association, in Eiglier (P.) et Langeard (E.), 1997, servuction le marketing des services, Edition MC Graw-Hill, p.36
- BAILLY (A.), MAILLAT (D.), 1988, Le secteur tertiaire en question-Activités de service, développement économique et spatial, Economic, Paris.
- BEAUJEU- GARNIER (J.), 1971,La Géographie méthodes et perspectives, Masson &Cie, Paris.
- BELFQUIH (M.), FADLOULAH (A.), 1986, Mécanismes et formes de croissance urbaine au Maroc, Cas de l'agglomération de Rabat-Sale", Edition El Maârif Al Jadida, Tome 3, Rabat.
- BOSS (J.), 1997, Les nouveaux visages du marketing, Revue Française du Marketing n° 164, France.
- BRIAN (B.), 1971, Géographie des marchés et du commerce de détail, Armand Colin, Paris.
- CASTELLS (M.), 1981, La question urbaine, François Maspero, Paris
- CHIGUER (M.), 2019, Modèles de développement et expérience marocaine pour que renaisse le phénix, Publication du CERAB, Ed. Handala, Rabat.
- CLARK (C.), (1946), Les conditions du progrès économique, in Revue d'économie politique, n°2, Editions Dalloz.

- CLAVAL (P.), 1966, La théorie des lieux centraux, Revue de géographie de l'Est, N° 1-2, Chronique de Géographie Economique
- DALMASSO (E.), 1978, Les activités tertiaires : leur role dans l'organisation de l'espace, Tome 3, systèmes urbains et activités tertiaires, Ed. SEDES, France.
- FISCHER (A.), 1934, The Clash of Progress and Securities, Economic Record, Londres. Trad.1947, Progrès économiques et sécurités sociales, M.TH. Genin Paris.
- GADREY (J.), 1992, L'économie des services, la decouverte, Paris
- GHOTI (M.), 1995, Histoire de la médecine au Maroc, 20ème siècle (1896-1994), Imprimerie Idéale, Casablanca.
- GUYON (C.) & FITO (A.), 1998, Moderniser les services publics : Mission possible, Guide méthodologique pour la conduite du changement dans les services publics, Ed. Organisation, Paris.
- KHROUZ (D.), 1988, L'économie marocaine-les raisons de la crise, Les éditions Maghrébines.
- KOTLER (P.), et DUBOIS (B.), 2006, Marketing management,12e Edition Pearson Education France.
- LANGLOIS (M.), et TOCQUER (G.), 1992, Marketing des services: le défi relationnel, Edition Gaëtan Morin
- LANGLOIS (M.), et TOCQUER (G.), 1992, Marketing des services: le défi relationnel, Edition Gaëtan Morin, France.
- LOVELOCK (C.), WIRTZ (J.), LAPERT (D.), 2004, Marketing des services, 5e Edition Pearson Education France.
- MAYAUX (F.), cité par DUMOULIN (C.), FLIPO (J.P.), 1991, Entreprises de services 7 facteurs clés de réussite, Editions d'Organisation, France.
- PAULET (J.P.), 2005, Géographie urbaine, 2ème edition, Armand Colin.
- PEGURIER (J.), 1981, Espaces urbains en formation dans le Tensift, Essai de sociologie Régionale, Edition S.M.E.R. Rabat.
- ROCHEFORT (M.), 1976, Les activités tertiaires, Leur rôle dans l'organisation de l'espace, Tome 1- Formes de relation entre activités tertiaires et organisation de l'espace, Edition C.D.U. & SEDE, Paris.
- SANTOS (M.), 1975, L'espace partagé, les deux circuits de l'économie urbaine des pays sous développés, édition Mith Genin, Paris.
- SAOUCHKINE (Y.), 1980, Géographie économique : Théorie et méthodes, Editions du Progrès, Moscow (1ère édition 1973).

- TROIN (J.F.), 1971, Essai méthodologique pour une étude des petites villes en milieu sous-développé: les structures commerciales urbaines du Nord Marocain. Annales de géographie, n° 441, Paris.
- VEYS (P.), 1987, L'industrialisation des services, Edition Harvard Expansion.

THESES DE DOCTORAT ET D.E.S.

- AZMEH (CH.), 2009, Le rôle de la libéralisation du commerce des services dans le développement économique : le cas des services financiers, Thèse de Doctorat en sciences économiques, Université de Paris 1 France.
- BEATRICE (P.), 2010, La Géographie de la santé au Liban : espaces, enjeux territoriaux, inégalités, Thèse de doctorat en géographie, Université François Rabelais-Tours.
- BELAMINE (M.), 1995, Les activités tertiaires dans la Ville Nouvelle de Fès, (Aspects spatiaux et socio-économiques, Thèse de Doctorat de géographie, Université François Rabelais-Tours. (Non publiée).
- BENHALIMA (H.), 1987, Petite villes traditionnelle et mutations socio-économiques au Maroc, Le cas de Séfrou, Thèses et mémoires, n° 14, Publication de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat, Université Mohammed V
- BENSLIMANE (N.), 1997, Les équipements commerciaux (de détail), à Casablanca ; leur rôle dans l'organisation de l'espace, Thèse de doctorat en 3ème cycle, Université de Paris I Panthéon Sorbonne. (Non publiée).
- BONNET (P.), 2002, Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS, Université Paul Valéry Montpellier 3.
- FEJJAL(A.), 1994, Fès : Héritages et dynamique urbaines actuelles, Thèse de Doctorat d'Etat en Géographie (Non publiée), Univ. François Rabelais, Tours.
- HAZOUI (M.), 1991, L'espace urbain Nord de Fès, d'une simple trame d'habitat à une périphérie démesurée, Thèse de Doctorat de géographie,
- JOHANNE (B.), 2002, Fondements et perspectives de l'éducation préscolaire au Québec: Pédagogie en contexte ludique, Thèse de doctorat, Université de Fribourg. Suisse.
  Université François Rabelais-Tours (Non publiée).
- VALLEE (J.), 2008,Urbanisation et santé à Vientiane (LAOS) : Les disparités spatiales de santé dans la ville, Thèse de Doctorat en Géographie de la santé, Université Paris X-Nanterre.

ARTICLES ET REVUES

- BELFQUIH (M.), FADLOULLAH (A.), 1981,"Réorganisation spatiale et reclassement fonctionnel des médinas de Rabat-Salé, in R.G.M., Numéro 5, Nouvelle Série.
- BELHEDI (A.), 2010, Les Modèles de localisation des activités économiques, FSHS, Université de Tunis.
- BREJON DE LAVERGNEE (N.), 1986, La politique de l'état en matière de choix et de localisation des équipements collectifs dans la Région Nord-Ouest : Onze ans d'expérience", in R.G.M., Numéro 1 et 2, Nouvelle Série, Rabat.
- CHESNAIS J.C.,1986, "La transition démographique: étapes, formes, implications économiques",Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays, Présentation d'un Cahier de l'INED, Population, vol., n° 6.
- GERARD (S.), 1995,"Géographie de la santé, santé de la géographie", Publications de l'Université de Lille, L'espace, populations, sociétés, Paris.
- HILAL (A.), ANFLOUS (M.), 2017," Dynamiques spatiales et disparités d'accès aux services santé au Maroc", In Revue Espace Géographique et Société Marocaine n°18.
- LEJEUNE (M.), 1989, Le marketing des services, Revue Française du Marketing, n° 121, France.
- SOUAFI (M), EL IRAKI (A) et SAKROUHI (A), 1981, L'armature urbaine du Maroc: Les équipements et les services, in R.G.M., vol.14, Numéro 1-2, Nouvelle Série, Rabat.
- TOUMI (A.), 2004, La classe de Français : de la pédagogie du contenu à la pédagogie des compétences, Hilal impressions, Oujda.
- XAVIER (R.), 2001, Une pédagogie d'intégration, compétences et intégration des acquis dans l'enseignement, 2ème édit, Deboek Université.
- ZBADI (A.), 2008, La problématique du soutien scolaire au Maroc. Diagnostic et perspectives de méthode, revue n°4, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat.

REFERENCES EN ANGLAIS

- DOROTHEE (C.), 2018, "Morocco's Subsidized Health Insurance Regime for the poor and vulnerable population : achievements and challenges". Universal Health Coverage Study Series No. 36, World Bank Group.

- EICHENGREEN (B.) & GUPTA (P.), 2009, The two waves of services sector growth". National Bureau of economic research, 14968.
- FISCHER (A.), 1934, The Clash of Progress and Securities, Economic Record, Londres. Trad.1947, Progrès économiques et sécurités sociales, M.TH. Genin Paris.
- GORDON (J.), GUPTA (P.), 2005, Understanding India's Services Revolution. International Monetary fund, Paper prepared for the IMF-NCAER conference, Atale of two giants: India's and China's Experiences with reform, New Delhi.
- GRONROWS (C.), 1990,Service Management and Marketing, Lexington Books, Cité dans "Le temps des services " Edition Organisation.
- KEITH (M.), LEWIN, 2015, Educational access , equity, and development : Planning to make rights realities, UNESCO: International Institute for Educational Planning , Paris.
- MATTOO (S.), ZANINI, 2008, Ahandbook of international trade in services", Typeset by SPI Publisher Services Ltd, Pondicherry, India Printed in Great Britain.
- MO'MIN (M.), 2013,Urban Planing from a geographic perspective, Publishing Gaza-Palestine.
- Data Sources: National Bureau of Statistics of china, 2017, Distribution of the Wakforce across economic sectors in china, from 2010 to 2020
- MORILL, RICHARD, and Others, 1970, "Factors influencing Distances traveled to Hospitals", Economic Géog. Vol 46 n° 2, Clark University, U.S.A.
- CPI Detailed Report – Data for Februray 2013, Bureau of Labor Statistics. Retrieved June 1, 2014.
- National Bureau of Statistics of China, China Statistical yearbook, 2020.
- OECD (2000), The service economy, 2000 Edition, Paris.
- OECD Employment Database, www.oecd.org/employment/database
- OECD, (2020), Report of Global Economic trends and prospects.
- OMRAN (A.), 1971," The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change", Milbank Memorial Fund Quartely, vol. 49, n°4.
- OMRAN (A.), 1996,"The epidemiologic transition theory revisited thirty years later ", Pan American Health Organization and the University of Maryland.
- PNUD, Human Development Statistical, Health Systems , last updated, 2018.
- RAHMANI (N.), BEKKOUCHE (N.), 2015, Theoretical Background Create Problems in Scientific Research, (Route Educational and Social Science Journal Volume 2(4), October 2015.

- RONALD (K.), 1981, Beyond Industrialization Ascen Dance, Pareger Bublisher, New York.
- RUTKOWSKI (R.), 2015, Service Sector Reform in China. Peterson Institute for international Economics, P B 15-2.
- CSO et Economic Survey 2019-2020, Gouvernement India.
- Source : Banque Mondial
- Source: www.investopedia.com , The Industries Driving the U.S Economy.
- Source:Distribution of gross domestic product (GDP) across economic sectors in India 2020. Published by Aaron O'Neill, Jul 22,2021.
- The World Bank, World Development Indicators : Health Systems , last updated, date 06/30/2022
- The World Bank, World Development Indicators : Health Systems , last updated, date 06/30/2022.
- U.S. Bureau of Economic Analysis
- UNCTAD Secretariat calculations, based on UNCTAD, 2016a, "World Investment Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.II.D.4, Geneva).
- UNCTAD, (6 June 2017), "The role of the services economy and trade in structural transformation and inclusive development", United nations, Publication, Sales N°. TD/B/C.I/MEM.4/14,
- USITC, (August 2018), "The year in trade 2017", USDOC, BEA, Operation of the Trade Agreements Program 69th Report, Publication Number :4817, Washington.
- VANDER VEN (R.), SMITH (J.), 2011,"The demographic window of opportunity : age structure and sub-national economic growth in developing countries", working paper Nijmegen Center for Economics, Institute for Management Research, The Netherlands.
- World Development Indicators (2004) et (2019) Banque Mondial
- World Trade Organisation Secretariat.
- year book, 2001, p 1939 the Europe world.

SERVICES ADMINISTRATIFS.

- Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, Fès-Meknès.
- Centre Hospitalier Régional Fès-Meknès, Rapport d'activité 2019
- Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II, Rapport d'Activité 2019
- CERED, Rapport national sur la politique de la population au Maroc, 2020

– Direction Régionale Fès-Meknès, Conseil National de l'Ordre des Médecins.

– Haut Commissariat au Plan- Rabat, Annuaire Statistique du Maroc, 2000-2020.

– Haut Commissariat au Plan& Système des Nations Unies au Maroc et Banque Mondiale, Impact social & économique de la crise du covid-19 au Maroc.

– Haut Commissariat au Plan, Enquête nationale sur l'emploi, 2014

– Haut Commissariats au Plan (2005), Les sources de la croissance économique au Maroc.

– Haut Commissariat au Plan& Système des Nations Unies au Maroc et Banque Mondiale, Impact social & économique de la crise du covid-19 au Maroc, Juillet 2020.

– Haut Commissariats au Plan et la Banque Mondiale Novembre 2017, Le marché du travail au Maroc : Défis et Opportunités.

– Haut-Commissariat au Plan, Direction Régionale de Fès-Meknès, 2014.

– Haut-Commissariat au Plan, Direction Régionale de Fès-Meknès, Caractéristiques Démographiques et Socio-économiques de la Région Fès-Meknès, 2014.

– HCP, Rapport National 2020 sur la mise en œuvre par le Royaume du Maroc des Objectifs de Développement Durable.

– HCP-Recensement général de la population et de l'habitat 1982-1994-2014.

– Haut Commissariat au Plan, Direction de la Statistique Rapports détaillés sur l'activité, l'emploi et le chômage (2000,2005,2010,2015 et 2020)

– Haut Commissariat au Plan, Direction de la Statistique, Rapports détaillés sur l'activité, l'emploi et le chômage, 2019-2020.

– Ministère de l'Economie et des Finances, Direction des Etudes et des Prévisions Financières, Sectorieles de l'Economie Marocaine, 2019.

– Ministère de l'Education Nationale (MEN), (2004),Formation des institutions de 6ème année de l'enseignement fondamental (1990), p.25; cité par Abderrahmane Toumi (2004).

-Ministère de la Santé (Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les Maladie), Indicateurs relatifs aux maladies à déclaration obligatoire, santé en chiffres 2019.

–Ministère de la santé publique : Service de l'étude et de l'information sanitaire au Maroc, Résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale, 2018-2019.

–Ministère de la Santé Publique, Service de la Carte Sanitaire, santé en chiffres 2019

–Ministère de la Santé : Annuaire Statistique du Maroc, 2017-2020.

–Ministère de la Santé : Division de la Planification et des Etudes, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. Santé en chiffres 2017-2020.

–Ministère de la santé, Principales causes de décès, Santé en chiffres 2019, Maroc .

–Service du Réseau des Etablissements de Santé-Fès (SRES), Cellule Informatique et Statistiques et Epidémiologie

الملاحـــــق

ملحق رقم (1): الجداول

الجدول رقم (1): التطور التاريخي للخدمة

أفكار حول طبيعة الخدمة	رواد الفكرة	دعائم الفكرة	استنتاجات
الخدمات غير منتجة ولا تحقق الثروة	A.smith	إن نتائج الخدمة هي غير ملموسة	لا تساهم في خلق الثروة
	Hsaint .simca	الصناعة هي المصدر الوحيد للثروة	عمل العلماء والفنانين يعد ضروريا
نشاطات خدمية وأخرى غير خدمية	Marx	تعتبر خدمات كل ما تقدم على أساس الطلب و تشمل الأطباء، المعلمين و موظفو الدولة	النقل، التجارة، بنوك، تأمين لا تعتبر نشاطات خدمية
إنتاجية جزئية للخدمة	H. Storch	نشاطات منتجة	ضرورة تعاون المنتج والمستهلك في إنتاج الخدمة
	J.-B. Say	لها قيمة تبادلية	بعضها يكون أكثر إنتاج من الأخرى
	F. Bastiat	المفهوم الأساسي للنشاط الاقتصادي ونظرية القيمة	المجتمع التجاري عبارة عن مجموعة من تبادل الخدمات
	J. S mill.	ترتب على أساس النفقات	خدمات منتجة مباشرة وأخرى غير مباشرة
	C.Colson	كل نشاط هو خدمة	تدخل في نطاق الإنتاج
الاعتراف بإنتاجية الخدمات	Allan. Fisher	قطاع كبير من نشاطات مخصصة للوازم الخدمات	مشكل الاقتصاد هو صعوبة نمو الهياكل المرتبطة بالخدمات
	Colin Clack	نفس الشيء	هي نشاطات متبقية، معرفة سلبية للقطاعات الأخرى
الخدمات ستحل محل الصناعة	J. Fourastine	ترتب النشاطات على أساس معدل التقدم التقني	صنفت الخدمات على أساس درجة إنتاجيتها
	Fuchs	للخدمات خصائص وميزات خاصة	الخدمات قطاع مستقل
	D.Bell	ارتكاز الخدمات على المعرفة والتحكم في المعرفة	المجتمع بعد الصناعي هو مجتمع الخدمات
	J.Singelman	الخدمات غير متجانسة ولها تصرفات اقتصادية وميزات اجتماعية	وضع تقسيم للخدمات: توزيعية، منتجة، اجتماعية، شخصية

المصدر: سعيداني محمد وبوصالح سفيان (2016)، "قياس أداء الخدمة وفق تطلعات العملاء وتأثيرها على القدرة التنافسية للمؤسسة"، ورد في الملتقى الوطني حول: إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة مولاي الطاهر، الجزائر، ص 4.

الجدول رقم (2): بعض الاختلافات النموذجية بين أنشطة الإنتاج وأنشطة الخدمات

الإنتاج	الخدمات
المنتوج عادة ما يكون ملموسا	الخدمة غير ملموسة
الشراء يضمن نقل الملكية	نادرا ما يتم نقل الملكية
يمكن إعادة بيع المنتوج	الخدمة لا يمكن إعادة بيعها
المنتوج يمكن إثباته	عادة ما يكون من المستحيل عرض الخدمة (الخدمة غير موجودة قبل الشراء)
المنتوج يمكن تخزينه	الخدمة لا يمكن تخزينها
يسبق الإنتاج الاستهلاك	بشكل عام، يتزامن الإنتاج والاستهلاك
الإنتاج، البيع والاستهلاك منفصل	يتم الإنتاج، البيع والاستهلاك في آن واحد
يتم نقل المنتوج	الخدمة لا تنقل
بإمكان المنتج تنميط السلعة يجعلها متماثلة أو متجانسة على الدوام	يصعب على مقدم الخدمة أن يتعهد بأن تكون خدماته متماثلة أو متجانسة على الدوام
المنتج يتحكم في النجاعة والجودة	المنتج والمستهلك مسؤولين عن الجودة والنجاعة

Source: LILIANE (B.), 1997, Introduction à l'économie du service, presse, universitaire de Grenoble, Paris, p.38
-LOVELOCK (C.), WIRTZ (J.), LAPERT (D.), 2004, Marketing des services, 5°Edition Pearson Education France, P.9 -14

جدول رقم (3): خصائص الخدمـات

خصائص	تأثير/مشاكل
الخدمة غير ملموسة/ اللاملموسية تمثل هذه الخاصية حقيقة الخدمات لكونها لا ترى ولا يمكن لمسها قبل الإقدام على شرائها وهي بذلك تخالف المنتجات السلعية	1. لا يمكن تخزين الخدمات. 2. لا يمكن أن تكون الخدمات محمية من براءات الاختراع. 3. لا يمكن عرض الخدمات أو التواصل بسهولة. 4. الأسعار يصعب تحديدها 5. صعوبة تحديد معايير تقييم الجودة من طرف المستهلك 6. عدم إمكانية مراقبة الجودة قبل استهلاك الخدمة
التباين تعكس هذه الخاصية التباين وعدم التجانس في الخدمة، فاختلاف أداء كل من مورد الخدمة أو الزبون في كل مرة تقدم فيه تلك الخدمة.	1. صعوبة فرض تقديم خدمة موحدة لطاقم الخدمات. 2. نقص في التطابق بين ما تريد المؤسسة تطبيقه والخدمة الفعلية المقدمة للزبون. 3. من الصعب تنميط ومراقبة الجودة.
الزوال أو الفناء الخدمة قابلة للفناء والإهلاك بشكل كبير، لأن القدرة القائمة لا يمكن تخزينها أو جردها للاستخدام المستقبلي.	1. لا يمكن جرد الخدمات (مشفرة/ مرقمة).

Source : EUPAN (European public administration network-Institut Européen d'Administration publique), Document d'orientation européen sur la gestion de la satisfaction client, octobre 2008, p.12, [enligne] http://www.eupan.eu/files/repository/20111216161838_EU_Primer_French_FINAL_LR.pdf (page consultée le23 novembre 2013).

المملكة المغربية
وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني
والتعليم العالي والبحث العلمي

ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵣⵔⴼⵜ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ ⴷ ⵜⵙⵡⵉⵔⵉⵜ ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ
ⴷ ⵜⵙⴽⵔⴷⵉⵡⵉⵏ ⵉⵣⵔⴼⴰⵏ ⴷ ⵜⵙⵙⵏⴰⵡⵜ ⵜⵉⵎⵓⵔⴰⵏⵉⵏ

الأكاديمية الجهوية للتربية والتكوين لجهة فاس ـ مكناس

المديرية الاقليمية فاس

مصلحة الشؤون التربوية
مكتب العمل التربوي ثانوي

فاس في : 2020/12/ 02

إلـــــــــى
السيدة: فاطمة الزهراء الدحماني
طالبة باحثة بسلك الدكتوراه تخصص الجغرافيا
بكلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز فاس

الرقـــــم :2020/140
الموضـــوع : **ترخيص للقيام ببحث ميداني جامعي**
المرجـــع : طلبك بتاريخ 2020/11/30

سلام تام بوجود مولانا الإمام المؤيد بالله

وبعد، فعلاقة بالموضوع والمرجع المشار إليهما أعـلاه، يشرفني إخبارك بأنني لا أرى مانعا من السماح لك بالقيام ببحث ميداني جامعي بالمؤسسات التعليمية التابعة للمديرية الإقليمية بفاس (اللائحة رفقته) في موضوع : " **البنية الخدمية بمدينة فاس** " وذلك خلال الفترة الممتدة من 2020/12/14 إلـــى غايـــة 2021/02/28 شريطة التنسيق مـع السادة المديرين وعدم الإخلال بالسير العادي للمؤسسة .

والســـــلام

المدير الإقليمي
ذ. زهير شهبي

الثانوية التأهيلية القرويين
للتعليم الاصيل والمزدوج
ورد بتاريخ 2020/12/14
وسجل تحت عدد 545

ملحوظة: هذا الترخيص لا يخول لك القيام بأي تدريب ميداني داخل المؤسسات المذكورة

لائحة المؤسسات المعنية بالبحث

الجماعة	ر.ث	اسم المؤسسة	اعدادي	الثانوي التأهيلي
أكدال	14	م. 11 يناير ابن خلدون	إع. القدس	ابن حزم
المشور	15	م. عبداللطيف اللعبي (باب ريافة ذكور)	إع. العباس السبتي	علال الفاسي
سايس	30	م. عوينة الحجاج2	إع. الزهور	عبد الرحيم بوعبيد
	35	م.14 غشت (النرجس)		
فاس المدينة	49	م.معركة الدشيرة البليدة	إع.محمد الفاسي	ابن باجة
	60	م. عبد المومن الموحدي		
جنان الورد	69	م. ابن تومرت	إع. المغرب العربي	ع. الله الشفشاوني
	79	م. أنس بن مالك	إع.عبد المالك السعدي	
زواغة	97	م. حمزة بن عبد المطلب زواغة)	ع.الرحمان الفطواكي	ابن سودة
	104	م.بن تيمية ابن سودة 1	إع. الفرح	
المرينيين	142	م.بوجمعة عميرش ظهر الخميس	إع. عين هارون	ثا. القرويين
	130	م.عين هارون	محمد السرغيني(حي السلام)	
	135	م.عبد الكريم برشيد (حي مبروكة)		

1. معطيات حول المؤسسات التعليمية الابتدائية بمدينة فاس

رقم الاستمارة:.....تاريخ الانجاز...../../.....

المقاطعة:.....

الحي:.....

السلك التعليمي	اسم المؤسسة	نوع القطاع		المستوى	عدد التلاميذ		عدد الأطر		عدد الحجرات	عدد الأقسام	معدل التلاميذ بكل قسم	نسبة الاكتظاظ	نسبة الراسبون	نسبة االمنقطعون سنويا	التجهيزات المتوفرة				
		قطاع عام	قطاع خاص		ذكور	إناث	تربوية	إدارية							مرافق صحية	ساحة للعب	ملعب رياضي	مكتبة	آخر
السلك الابتدائي				1															
				2															
				3															
				4															
				5															
				6															
المجموع																			
السلك الثانوي الإعدادي				7															
				8															
				9															
المجموع																			
السلك الثانوي التأهيلي				جدع مشترك															
				أولى باك															
				ثانية باك															
المجموع																			

2. معطيات سوسيو- اقتصادية حول أولياء المتمدرس

1.2- الجنس: ذكر□ أنثى □

2.2- السن:.....

3.2 – الحالة العائلية للأب: متزوج □ مطلق □ أرمل□

4.2- الحالة العائلية للأم: متزوجة □ مطلقة □ أرملة □

5.2- المستوى التعليمي للأب: بدون□ ابتدائي □ إعدادي□ ثانوي□ جامعي□ تكوين مهني□

6.2- المستوى التعليمي للأم: بدون□ ابتدائي □ إعدادي □ ثانوي □ جامعي□ تكوين مهني□

7.2- عدد الأبناء: 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 فما فوق □

8.2- الابن (ة): مسجل (ة) ب: مؤسسة عمومية □ مؤسسة خصوصية □ تكوين مهني □ آخر□

9.2- نوع النشاط الحالي للأب: موظف □ مهنة حرة□ عامل□ تاجر □ صانع تقليدي□

بائع متجول□ مياوم□ عاطل□ عمل آخر□

10.2- نوع النشاط الحالي للأم: ربة بيت□ عاملة□ موظفة□ حرفة يدوية□ مياومة□

11.2- عدد الأبناء المشتغلين داخل الأسرة: 1□ 2□ 3 □ 4 □ لا أحد□

12.2- ما نوع المهنة أو النشاط المزاول للابن (ة).....

13.2- متوسط الدخل الشهري للأسرة .....

14.2- هل تتوفر المدرسة على فصل للهوايات □ الرسم □ التمثيل الموسيقى□ متعددة الأغراض□ آخر□

15.2- وسيلة الوصول إلى المدرسة راجل □ الباص □ دراجة □ سيارة أجرة □ وسيلة أخرى □

16.2- رأي التلاميذ وأوليائهم حول موقع المدرسة بالنسبة لمكان السكن مناسب □ مقبول □ غير مناسب □

17.2- ماهي المسافة أو المدة الزمنية التي تحتاجها للوصول إلى المدرسة مابين 5-0 □ 5- 15□ 5 -20□

18.2- موقع المدرسة على طريق رئيسي □ فرعي□ زراعي□ غير ذلك□

3. <u>معطيات حول مستوى المتمدرس</u>

1.3- هل سبقت وأن دخلت الروض نعم □ لا □

2.3- مستوى الخط والكتابة بالفرنسية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

3.3- مستوى القرائية في الفرنسية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

4.3- مستوى الفهم في الفرنسية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

5.3- تحليل وفهم محتوى الصورة بالفرنسية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

6.3- قراءة الأرقام والأعداد بالفرنسية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

7.3- الإملاء ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

8.3- مستوى الخط والكتابة بالعربية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

9.3- مستوى القرائية في العربية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

10.3- مستوى الفهم في العربية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

11.3- تحليل وفهم محتوى الصورة بالعربية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

12.3- قراءة الأرقام والأعداد بالعربية ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

13.3- الإملاء ضعيف□ متوسط□ لابأس به□ جيد□ جيد جداً□

4.معطيات حول المؤسسات التعليمية الثانوية الإعدادية بمدينة فاس

رقم الاستمارة:..... تاريخ الانجاز...../../.....

المقاطعة:.....

الحي:.....

السلك التعليمي	اسم المؤسسة	نوع القطاع		المستوى	عدد التلاميذ		عدد الأطر		عدد الحجرات	عدد الأقسام	معدل التلاميذ بكل قسم	نسبة الاكتظاظ	نسبة الراسبون	نسبة االمنقطعون سنويا	التجهيزات المتوفرة				
		قطاع عام	قطاع خاص		ذكور	إناث	تربوية	إدارية							مرافق صحية	ساحة للعب	ملعب رياضي	مكتبة	آخر
السلك الابتدائي				1															
				2															
				3															
				4															
				5															
				6															
المجموع																			
السلك الثانوي الإعدادي				7															
				8															
				9															
المجموع																			
السلك الثانوي التأهيلي				جدع مشترك															
				أولى باك															
				ثانية باك															
المجموع																			

5. معطيات سوسيو- اقتصادية حول أولياء المتمدرس

5.1- الجنس: ذكر□ أنثى □

2.5- السن:.....

3.5 – الحالة العائلية للأب: متزوج □ مطلق □ أرمل□

4.5- الحالة العائلية للأم: متزوجة □ مطلقة □ أرملة □

5.5- المستوى التعليمي للأب: بدون□ ابتدائي □ إعدادي□ ثانوي□ جامعي□ تكوين مهني□

6.5- المستوى التعليمي للأم: بدون□ ابتدائي □ إعدادي □ ثانوي □ جامعي□ تكوين مهني□

7.5- عدد الأبناء: 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 فما فوق □

8.5- الابن (ة): مسجل (ة) ب: مؤسسة عمومية □ مؤسسة خصوصية □ تكوين مهني □ آخر□

9.5- نوع النشاط الحالي للأب: موظف □ مهنة حرة□ عامل□ تاجر □ صانع تقليدي□

بائع متجول□ مياوم□ عاطل□ عمل آخر□

5.10- نوع النشاط الحالي للأم: ربة بيت□ عاملة□ موظفة□ حرفة يدوية□ مياومة□

11.5- عدد الأبناء المشتغلين داخل الأسرة: 1□ 2□ 3 □ 4 □ لا أحد□

12.5- ما نوع المهنة أو النشاط المزاول للابن (ة).....

13.5- متوسط الدخل الشهري للأسرة .....

6. معطيات كيفية خاصة بالتلميذ (ة)

الوسيلة المستخدمة مع تحديد عدد المرات والمدة الزمنية والتكلفة

الوسيلة المستخدمة	**عدد المرات في اليوم**	**المدة الزمنية** يكتب مجموع المدة الزمنية بكل وسيلة	**التكلفة** يكتب مجموع التكلفة بالنسبة لكل وسيلة	
			في اليوم	**في الشهر**
1.6- المشي على الأقدام				
2.6- حافلة				
3.6- سيارة شخصية				
4.6- سيارة أجرة صغيرة				
5.6- سيارة أجرة كبيرة				
6.6- دراجة عادية				

7.6- دراجة نارية				
8.6- وسيلة أخرى، أذكرها				

9.6- الجنس: ذكر□ أنثى □

10.6- ما هو المعدل المحصل عليه في الامتحان الإشهادي أذكره .....

11.6- ما نوع المدرسة الابتدائية التي درست فيها: مدرسة عمومية □ مدرسة خصوصية □

أذكر إسم المدرسة الإبتدائية.....

12.6- هل أنت مسجل حاليا بالأقسام الدولية نعم □ لا □

13.6- هل أنت مسجل بالأقسام العامة نعم □ لا □

النقط المحصل عليها / المادة	في الامتحان أو الفرض الأول	في الامتحان أو الفرض الثاني	في الامتحان أو الفرض الثالث	في الامتحان أو الفرض الرابع
اللغة العربية				
اللغة الفرنسية				
الرياضيات				
الفيزياء				
العلوم الطبيعية				

7. ضع علامة x تبعا للنقط المحصل عليها في الجدول

1.7- هل تحصل على نقط متوسطة □ لابأس بها □ جيدة □ جيدة جدا □

2.7- ما سبب حصولك على هذه النقط

3.7- الإعتماد على النفس والاكتفاء فقط بما تتلقاه داخل الفصل نعم □ لا □

4.7- القيام بدروس الدعم خارج الفصل نعم □ لا □

5.7- مساعدة الأسرة داخل المنزل نعم □ لا □

6.7- من يساعدك داخل الأسرة أذكره.....

7.7- إهمال دروسك داخل البيت .....

8.7- صعوبة المقرر أو البرنامج الدراسي نعم □ لا □

9.7- ضعف مستواك الدراسي وبالتالي صعوبة مجاراة المستوى الحالي نعم □ لا □

10.7- سبب آخر أذكره.....

8. معطيات كيفية خاصة بالمدرس (ة)

- **مصاعب ومشاكل تواجه المدرسين**

1.8- النجاح بدون معدل نعم □ لا □

2.8- ضعف المستوى الدراسي للتلاميذ نعم □ لا □

3.8- غياب التلاميذ نعم □ لا □

4.8- غياب بعض اللوازم والكتب عند التلاميذ، (أذكرها.....

5.8- ضعف الوسائل التعليمية نعم □ لا □ (أذكرها.....

6.8- غياب المراقبة الأسرية نعم □ لا □

7.8- رداءة المقررات والمناهج نعم □ لا □ علل جوابك .....

9.معطيات المؤسسات التعليمية الثانوية التأهيلية بمدينة فاس

رقم الاستمارة:.....تاريخ الانجاز...../../.....

المقاطعة:.....

الحي:.....

السلك التعليمي	اسم المؤسسة	نوع القطاع		المستوى	عدد التلاميذ		عدد الأطر		عدد الحجرات	عدد الأقسام	معدل التلاميذ بكل قسم	نسبة الاكتظاظ	نسبة الراسبون	نسبة االمنقطعون سنويا	التجهيزات المتوفرة				
		قطاع عام	قطاع خاص		ذكور	إناث	تربوية	إدارية							مرافق صحية	ساحة للعب	ملعب رياضي	مكتبة	آخر
السلك الابتدائي				1															
				2															
				3															
				4															
				5															
				6															
المجموع																			
السلك الثانوي الإعدادي				7															
				8															
				9															
المجموع																			
السلك الثانوي التأهيلي				جدع مشترك															
				أولى باك															
				ثانية باك															
المجموع																			

10. معطيات سوسيو- اقتصادية حول أولياء المتمدرس

1.10- الجنس: ذكر□ أنثى □

2.10- السن:.....

3.10 - الحالة العائلية للأب: متزوج □ مطلق □ أرمل□

4.10- الحالة العائلية للأم: متزوجة □ مطلقة □ أرملة □

5.10- المستوى التعليمي للأب: بدون□ ابتدائي □ إعدادي□ ثانوي□ جامعي□ تكوين مهني□

6.10- المستوى التعليمي للأم: بدون□ ابتدائي □ إعدادي □ ثانوي □ جامعي□ تكوين مهني□

7.10- عدد الأبناء: 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 فما فوق □

8.10- الابن (ة): مسجل (ة) ب: مؤسسة عمومية □ مؤسسة خصوصية □ تكوين مهني □ آخر□

9.1- النشاط الحالي للأب: موظف □ مهنة حرة□ عامل□ تاجر □ صانع تقليدي□

بائع متجول□ مياوم□ عاطل□ عمل آخر□

10.10- نوع النشاط الحالي للأم: ربة بيت□ عاملة□ موظفة□ حرفة يدوية□ مياومة□

11.10- عدد الأبناء المشتغلين داخل الأسرة: 1□ 2□ 3 □ 4 □ لا أحد□

12.10- ما نوع المهنة أو النشاط المزاول للابن (ة).....

13.10- متوسط الدخل الشهري للأسرة .....

11. معطيات كيفية خاصة بالتلميذ (ة)

الوسيلة المستخدمة مع تحديد عدد المرات والمدة الزمنية والتكلفة

الوسيلة المستخدمة	**عدد المرات في اليوم**	**المدة الزمنية** يكتب مجموع المدة الزمنية بكل وسيلة	**التكلفة** يكتب مجموع التكلفة بالنسبة لكل وسيلة	
			في اليوم	**في الشهر**
1.11- المشي على الأقدام				
2.11- حافلة				
3.11- سيارة شخصية				
4.11- سيارة أجرة صغيرة				
5.11- سيارة أجرة كبيرة				
6.11- دراجة عادية				
7.11- دراجة نارية				
8.11- وسيلة أخرى، أذكرها				

1.12- الجنس: ذكر□ أنثى □

2.12- ما هو المعدل المحصل عليه في الامتحان الإشهادي أذكره .....

3.12- ما نوع المدرسة الابتدائية التي درست فيها: مدرسة عمومية □ مدرسة خصوصية □ أذكر إسم المدرسة الإبتدائية..

4.12- هل أنت مسجل حاليا بالأقسام الدولية نعم □ لا □

5.12- هل أنت مسجل بالأقسام العامة نعم □ لا □

6.12- ما هو المعدل المحصل عليه في شهادة السلك الإعدادي أذكره (القسم 3 إعدادي).....

7.12- ماهو تخصصك بالثانوي التأهيلي أذكره .....

النقط المحصل عليها / المادة	في الامتحان أو الفرض الأول	في الامتحان أو الفرض الثاني	في الامتحان أو الفرض الثالث	في الامتحان أو الفرض الرابع
اللغة العربية				
اللغة الفرنسية				
الرياضيات				
الفيزياء				
العلوم الطبيعية				

13. ضع علامة x تبعا للنقط المحصل عليها في الجدول

1.13- هل تحصل على نقط متوسطة □ لابأس بها □ جيدة □ جيدة جدا □

2.13- ما سبب حصولك على هذه النقط

3.13- الإعتماد على النفس والاكتفاء فقط بما تتلقاه داخل الفصل نعم □ لا □

4.13- القيام بدروس الدعم خارج الفصل نعم □ لا □

5.13- مساعدة الأسرة داخل المنزل نعم □ لا □

6.13- من يساعدك داخل الأسرة أذكره.....

7.13- إهمال دروسك داخل البيت .....

8.13- صعوبة المقرر أو البرنامج الدراسي نعم □ لا □

9.13- ضعف مستواك الدراسي وبالتالي صعوبة مجاراة المستوى الحالي نعم □ لا □

10.13- سبب آخر أذكره.....

14. <u>معطيات كيفية خاصة بالمدرس (ة)</u>

- **مصاعب ومشاكل تواجه المدرسين**

1.14- النجاح بدون معدل نعم □ لا □

2.14- ضعف المستوى الدراسي للتلاميذ نعم □ لا □

3.14- غياب التلاميذ نعم □ لا □

4.14- غياب بعض اللوازم والكتب عند التلاميذ، (أذكرها.....

5.14- ضعف الوسائل التعليمية نعم □ لا □ (أذكرها.....

6.14- غياب المراقبة الأسرية نعم □ لا □

7.14- رداءة المقررات والمناهج نعم □ لا □ علل جوابك .....

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE HASSAN II
HOPITAL DES SPECIALITES
SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

CHU HASSAN II

ATTESTATION DE STAGE

Je soussigné, la Directrice de l'Hôpital des Spécialités, atteste que **Mlle. DEHMANI Fatima zahra (CNI : CD 87268)**, étudiante en doctorat filière: Géographique à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines Dhar El Mahraz de Fès, a effectuée un stage au service du Centre de Consultation, et ce du 17/02/2020 au 16/03/2020.

La présente attestation est délivrée à l'intéressé(e), pour servir et valoir ce que de droit.

Fès, le 03 / 03 / 2022

NB: Il n'est délivré qu'un seul exemplaire de la présente attestation. Il appartient à l'intéressé(e) d'en faire des copies certifiées conformes.

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE HASSAN II
D.R.H.F.C

CHU HASSAN II
HOPITAL DES SPECIALITES
BUREAU D'ORDRE
COURRIER D'ARRIVE
N°...594...DATE...17 Fevr 2020

609
17 Fevr 2020

Autorisation

Melle DEHMANI FATIMA ZAHRA, inscrite au cycle de doctorat (Filière : Géographique) à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines Dhar El Mahraz de Fès, est autorisée à accéder aux informations au niveau Centre de Consultation de l'Hôpital des Spécialités – Enfant, et ce, dans le cadre de la préparation d'un mémoire de fin d'étude sous le thème : interface ressources, sociétés et dynamique territoriales.

Dès réception de la présente note, l'intéressé doit se présenter à Mr le Directeur de l'Hôpital Mère– Enfant, pour toutes instructions utiles quant à son stage.

Fès le 12/02/2020

Ampliations :
- Mr le Secrétaire Général du Centre Hospitalo-Universitaire Hassan II.
- Mr le Directeur de l'Hôpital des Spécialités
- Intéressée.
- Archives.
- Bureau d'ordre.

Nawal [illegible]
Chef de service de la formation
et de la recherche scientifique
Hospitalo-Universitaire Hassan II

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Direction Régionale à la Région
Fès - Meknès

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المديرية الجهوية بجهة فاس مكناس

DRSFMPS/SOS/2022..... 1313

MINISTERE DE LA SANTE
CHU DE FES
HOPITAL AL GHASSANI
15 Mars 2022

Délégation du Ministère de la Santé
Préfectoral de Fès
Arrivée le : 10 MAR 2022
1235

A

10 Mars 2022

Monsieur le Directeur

du Centre Hospitalier Régional Al Ghassani

0669393041
Fatima Zahra

Objet : Autorisation d'une demande d'accès aux données.

Réf : envoi N°08 du 03/01/2022

Suite à la demande déposée par l'intéressé pour la réalisation d'un projet de recherche intitulée « La structure des services ». Je vous demande de bien vouloir accompagner Mdm DEHMANI Fatima Zahra pour la collecte des données selon le canevas ci-joint et la disponibilité d'information.

Prière de s'assurer de la présentation d'une police d'assurance individuelle ou institutionnelle couvrant la période effective du déroulement de l'étude dans les structures relevant de votre hiérarchie.

Ministère de la Santé
Délégation à la préfecture de Fès
Médecin chef SRFS
Signé Dr. Mellou Zahia

PJ :
-Copie de la fiche d'information sur l'étude
-canevas pour la collecte des données.

Ampliation :
-Intéressée

استمارة خاصة بالخدمات الصحية بمدينة فاس

رقم الاستمارة: تاريخ الانجاز...../../.....

المقاطعة:

الحي:

I. بيانات أولية حول المبحوث (المرضى)

1- الجنس: ذكر □ أنثى □

2 - السن

3- مكان الازدياد:

4- مكان الإقامة حاليا

5- الحالة العائلية: عازب □ متزوج □ مطلق □ أرمل □

6- المستوى التعليمي: بدون □ ابتدائي □ إعـدادي □

ثانوي □ جامعي □ تكوين مهني □

7- المهنة أو النشاط.....

8- مكان مزاولة المهنة أو النشاط.....

9- عدد أفراد الأسرة.....

10- متوسط الدخل الشهري للأسرة.....

11- التغطية الصحية:

1.11- نظام المساعدة الطبية (RAMED)

2.11- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS)

3.11- الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS)

4.11- أداء أو أنظمة أخرى.....

12- ما نوع المصلحة التي ترتادها؟ أذكرها.....

13- ما نوع المرض الذي تعاني منه؟ أذكره.....

14- هل مررت أولا بالمركز الصحي؟ نعم □ لا□

15- أين يتواجد وما اسمه؟ أذكره.....

16- ماهي المسافة التي تقطعها للوصول إلى المركز الصحي؟ 0- 5 دقائق □ 5-10 □ 15-30 □

20- كيف تم استقبالك عند دخولك إلى المستشفى .....

21- كيف كانت مدة الانتظار قبل تلقيك التشخيص أوالعلاج.....

22- اذا احتاجت حالتك الصحية إلى القيام بفحوصات بالأشعة هل أجريتها بسهولة نعم □ لا□ خارج المستشفى□

23- اذا احتاجت حالتك الصحية إلى القيام بتحاليل هل أجريتها بسهولة نعم □ لا □ خارج المستشفى □

24- اذا احتاجت حالتك الصحية إلى إجراء عملية جراحية هل تختار القيام بها في المستشفى العمومي□ أو في مصحة خاصة □

ولماذا؟ مهارة الأطباء □ انخفاض التكلفة □ تتبع العلاج □ نجاح العمليات □

25- كيف ترى سمعة المؤسسة الاستشفائية العمومية .....

26- هل تمكنت من مقابلة الأطباء بسهولة؟ نعم □ لا □ أحيانا □

27- ما رأيك في مدى اهتمام الطبيب بحالتك الصحية.....

28- عند حاجتك للمساعدة من طرف الممرضين هل سارعوا لخدمتك.....

29- ما رأيك حول معاملة ولباقة الطبيب أو الممرض.....

30- هل تمكنت من الحصول على سرير بسهولة؟ نعم □ لا □

33- رتب ما يلي حسب الأهمية بالنسبة لك:

الجانب الفني للخدمات الصحية (مهارات الطاقم الطبي والشبه الطبي) □ جانب المعاملة واللباقة □ المعدات والأجهزة المتوفرة □

34- ماهو الوقت المستغرق لوصولك إلى المستشفى؟.....

35- ماهي وسيلة النقل التي تذهب بها إلى المستشفى؟.....

36- ماهي الصعوبات التي تواجهكم أثناء التنقل إلى المستشفى؟ أذكرها.....

37- رتب المستشفيات حسب صعوبة الولوج إليها:

المراكز الصحية□ مستشفى ابن الخطيب□ مستشفى الغساني□ مستشفى عمر الإدريسي□ المركز الاستشفائي الجامعي□

II. قياس كفاءة نظام المساعدة الطبية "راميد"

1- هل تتوفر على بطاقة الاستفادة من نظام المساعدة الطبية نعم □ لا □

2- الجنس: ذكر □ أنثى □

3 - السن :.....

4- الحالة العائلية: عازب □ متزوج □ مطلق □ أرمل □

5- العمالة أو الإقليم.....

6- الملحقة الإدارية.....

7- المهنة أو النشاط.....

8- مكان الإقامة حاليا.....

9- صفة السكن ملك □ رهن □ كراء □ حبوس □

سكن صفيحي □ سكن مجاني □ آخر □

✓ في حالة الكراء أو الرهن ماهو المبلغ الشهري الذي يتم دفعه.....

10- العدد الاجمالي لأفراد الأسرة عدد الأبناء المتحمل نفقتهم□ عدد الأبناء المشتغلون□

11- وسيلة النقل التي ترتادها حافلة□ سيارة أجرة صغيرة □ سيارة أجرة كبيرة □

دراجة □ دراجة نارية □ بدون □

12- ما نوع العلاجات المستفاد منها في ظل نظام المساعدة الطبية؟ أذكرها :

الجراحة □ التحاليل البيولوجية الطبية □ الطب الاشعاعي □ والفحوص الطبية المصورة□ الفحوص الوظيفية□ الأدوية والمواد الصيدلية المقدمة في العلاج□

أكياس الدم□ النظارات الطبية□ علاج الفم والأسنان□ تقويم الأسنان بالنسبة للأطفال□ أعمال التقويم الوظيفي والترويض الطبي□ الأعمال الشبه الطبية□

13- هل يتحمل نظام المساعدة الطبية كافة نفقات العلاج ومصاريف الخدمات الصحية؟

نعم □ لا □

✓ في حالة النفي من يتحمل باقي نفقات العلاج؟.....

15- هل أنت راض على خدمات راميد؟ نعم □ لا □

16- ماهي نوعية مشاكل الخدمات التي تواجه حاملي بطاقة الراميد في المستشفي؟

قلة الأدوية□ قلة الأجهزة □ قلة الأطباء□ التعقيد الإداري□

17- هل هناك تحسن في مستوى الخدمات الصحية المقدمة مقارنة مع السنوات السابقة؟ نعم □ لا □

لائحة الجداول

جدول رقم 1: عدد الاستمارات المعبئة بالمؤسسات التعليمية المبحوثة سنة 2021.....14

جدول رقم 2: توزيع العينة (عدد الأسر) حسب مجال الدراسة سنة 2021.....15

جدول رقم 3: مكونات قطاع الخدمات حسب التصنيف الصناعي الدولي الموحد للأنشطة الاقتصادية ISIC-V4.....28

جدول رقم 4: مكونات أنشطة قطاع الخدمات في الاقتصاد المغربي.....32

جدول رقم 5: مساهمة القطاعات الرئيسية في الناتج المحلي الإجمالي الهندي (1950-2019).....58

جدول رقم 6: نسبة مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الصيني 2010-2020.....63

جدول رقم 7: نسبة مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي المغربي 1960-2019.....69

جدول رقم 8: عدد الأطاريح الجغرافية حول أنشطة الخدمات منذ سبعينيات ق.20م 76

جدول رقم 9: توزيع الأطاريح الجامعية حول الخدمات من 1990م إلى حدود سنة 2020.....79

جدول رقم 10: تطور بنية التعليم الأولي بفاس حسب النوع مابين 2019-2020..... 94

جدول رقم 11: تطور حجم التعليم الابتدائي حسب الصنف بمدينة فاس 2010-2020.....101

جدول رقم 12: توزيع التلاميذ حسب أسلاك التعليم العمومي بمدينة فاس 2010-2020.....104

جدول رقم 13: توزيع نسب التكرار والانقطاع حسب أسلاك التعليم العمومي بمدينة فاس 2018-2019.....149

جدول رقم 14: توزيع نسب الانقطاع حسب النوع والسلك والجماعات بمدينة فاس.....149

جدول رقم 15: مقياس مصاريف الدراسة للمتمدرس الواحد داخل الأسرة.....152

جدول رقم 16: تطور مؤشرات الانتقال الديمغرافي على المستوى الوطني والمحلي (مدينة فاس).....165

جدول رقم 17: تطور مؤشرات تقليص وفيات الأطفال دون سن الخامسة 1982-2019.....166

جدول رقم 18: توزيع عدد حالات الأمراض المراقبة بواسطة التلقيح وطنيا وجهويا ومحليا سنة 2019.....171

جدول رقم 19: تطور لبعض مؤشرات البنية الصحية وطنيا وبجهة فاس-مكناس مابين 2017-2020.....175

جدول رقم 20: توزيع المستشفيات والأسرة حسب الجهات 2019.....179

جدول رقم 21: توزيع المصحات والأسرة بالقطاع الطبي الخاص حسب الجهات 2019.....181

جدول رقم 22: توزيع الأطباء حسب القطاع والجهات 2019 (معدل السكان لكل طبيب).....183

جدول رقم 23: توزيع المهن التمريضية حسب الجهات 2019.....186

جدول رقم 24: تشكيلة المستشفيات بمدينة فاس حسب عدد الأطر الطبية والشبه الطبية والطاقة الاستيعابية لسنة 2019...188

جدول رقم 25: المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس والتخصصات المتوفرة به.....190

جدول رقم 26: توزيع مؤشرات التأطير الطبي بالمركز الاستشفائي الجامعي حسب مدينة فاس والجهة ومنظمة الصحة العالمية..195

جدول رقم 27: توزيع أطباء القطاع العمومي حسب الاختصاص وحسب المستشفيات بفاس لسنة 2019.....200

جدول رقم 28: نسبة النفقات الاجمالية من الناتج الداخلي الخام 2019.....254

جدول رقم 29: توزيع السكان النشيطين حسب الوضعية السوسيو- مهنية بمدينة فاس 2019.....268

لائحة الأشكال

شكل رقم 1: ارتفاع معدلات التوظيف في العقود الأخيرة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية 56

شكل رقم 2: مساهمة القطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي الإجمالي في الولايات المتحدة الأمريكية مابين 2000-2019.....65

شكل رقم 3: مكونات قطاع الخدمات في الولايات المتحدة الأمريكية لعام 2019.....67

شكل رقم 4: تطور نسبة النمو في الناتج الداخلي الخام المغربي للفترة 2000-2020.....70

شكل رقم 5: توزيع العمالة بين القطاعات الاقتصادية مابين 2000-2020.....71

شكل رقم 6: القيمة المضافة للقطاعات الاقتصادية في الناتج المحلي المغربي لعام 2019.....74

شكل رقم 7: أهم المواضيع البحثية التي عالجت مجال الخدمات.....76

شكل رقم 8: أنشطة المهارات اللغوية بالتعليم الأولي.....96

شكل رقم 9: توزيع أعداد التلاميذ بالطور الابتدائي حسب الصنف والجماعات بفاس 2020.....103

شكل رقم 10: توزيع أعداد التلاميذ بالطور الثانوي الإعدادي حسب الصنف والجماعات بفاس 2020 107

شكل رقم 11: تطور حجم التعليم الثانوي التأهيلي العمومي حسب الشعب (2010-2020).....109

شكل رقم 12: توزيع أرباب أسر التلاميذ حسب المستوى التعليمي.....156

شكل رقم 13: توزيع التلاميذ وفقا لهوية فرد العائلة الذي يساعدهم في واجباتهم المدرسية.....158

شكل رقم 14: توزيع أهم أسباب الوفيات بالمغرب لسنة 2019 174

شكل رقم 15: توزيع الأطباء حسب الاختصاص والجهات 2019.....184

شكل رقم 16: توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي فاس حسب الجنس والنوعية الوظيفية.....191

شكل رقم 17: التوزيع العددي لمعدل أيام الاستشفاء السنوي المسجلة بمستشفى التخصصات سنة 2019.....192

شكل رقم 18: توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجهوي فاس-مكناس.....195

شكل رقم 19: توزيع أطباء القطاع الخاص حسب الاختصاص بجهة فاس-مكناس سنة 2019.....202

شكل رقم 20: توزيع الصيدليات حسب المقاطعات بمدينة فاس.....206

شكل رقم 21: توزيع عدد جراحي الأسنان حسب القطاع العام والخاص بجهة فاس-مكناس سنة 2019 207

شكل رقم 22: توزيع المؤسسات الصحية حسب صعوبة الولوج إليها.....224

شكل رقم 23: التوزيع النسبي لدرجة رضى المستفيدين من بطاقة "راميد" عن الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية 242

شكل رقم 24: بعض مشاكل الخدمات الصحية التي يعاني منها حاملي بطاقة "راميد" في المستشفيات العمومية.....243

شكل رقم 25: توزيع أعداد النشيطين حسب فروع النشاط الاقتصادي والوسط لسنة 2019.....265

شكل رقم 26: التوزيع النسبي للمشتغلين حسب قطاعات النشاط الاقتصادي بمدينة فاس سنة 2019.....266

شكل رقم 27: عدد المقاولات المحدثة حسب النشاط الاقتصادي بمدينة فاس 2019.....278

لائحة الخرائط

ثلاثة خرائط لتوطين مجال الدراسة:.....4
خريطة رقم 1: موقع عمالة فاس ضمن جهة فاس مكناس.....4
خريطة رقم 2: موقع جهة فاس مكناس ضمن خريطة المغرب.....4
خريطة رقم 3: مقاطعات مدينة فاس.....4
خريطة رقم 4: توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة فاس المدينة.....115
خريطة رقم 5: توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة فاس الجديد المشور.....118
خريطة رقم 6: توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة جنان الورد.....121
خريطة رقم 7: توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة أكدال.....126
خريطة رقم 8: توزيع مؤسسات التعليم الثانوي الإعدادي بمقاطعة أكدال.....127
خريطة رقم 9: توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة أكدال.....128
خريطة رقم 10: توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة المرينيين.....132
خريطة رقم 11: مؤسسات التعليم الثانوي الإعدادي بمقاطعة المرينيين.....133
خريطة رقم 12: توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة المرينيين.....134
خريطة رقم 13: توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة زواغة.....138
خريطة رقم 14: مؤسسات التعليم الثانوي الإعدادي بمقاطعة زواغة.....139
خريطة رقم 15: توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة زواغة.....140
خريطة رقم 16: توزيع مؤسسات التعليم الابتدائي بمقاطعة سايس.....144
خريطة رقم 17: مؤسسات التعليم الثانوي الإعدادي بمقاطعة سايس.....145
خريطة رقم 18: توزيع مؤسسات التعليم الثانوي التأهيلي بمقاطعة سايس.....146
خريطة رقم 19: توزيع مصحات القطاع الخاص بمدينة فاس.....204
خريطة رقم 20: توزيع شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية حسب الأحياء بمدينة فاس.....218
خريطة رقم 21: توزيع المستشفيات العمومية بمدينة فاس.....223
خريطة رقم 22: توزيع المؤسسات التعليمية العمومية والخصوصية بمدينة فاس سنة 2020 فاس.....الملحق

فهرس الموضوعات

مقدمة عامة.....1
1.تقديم المحال المدروس..... 3
2. اشكالية البحث.....5
3.فرضيات البحث.....7
4.أهداف ودواعي اختيار الموضوع.....8
5. المنهجية وأدوات العمل.....9
1.5.استعمال مناهج متنوعة متكاملة.....9
2.5.أدوات العمل.....11
6. بنية البحث.....17
الباب الاول: المدخل النظري والجغرافي للبحث
مقدمة الباب الاول.....19
الفصل الاول :جغرافية الخدمات : الأسس النظرية
مقدمة.....20

1. جغرافية الخدمات :المفهوم والأهمية والتطور.....20
1.1.السياق التاريخي لتطور مفهوم الخدمات.....20
2.1. أهمية الخدمات في البحت الجغرافي.....23
3.1. تحديد ماهية الخدمة وطبيعة أنشطة الخدمات.....24
4.1.خصائص الخدمات وأنماطها.....27
5.1. توزيع وتصنيف الخدمات.....28
2. أنشطة الخدمات بالمغرب: الصنافة بين التعدد والتعقد 31
1.2. تصنيف أنشطة الخدمات بالمغرب.....31
1.1.2.تصنيف أنشطة الخدمات :تعدد المحاولات وغياب الحسم.....33
أ.تصنيف فرانسو انروان.....33
ب.تصنيف ميلتون سانتوس.....35
ج.تصنيفب بيكوري جان.....36
ح.تصنيف ميشيل روشفور.....36
ث.تصنيف محمد الفقيه وعبد اللطيف فضل الله.....38
د.تصنيف حسن بن حليمة.....38
3.النظريات والنماذج المرتبطة بتخطيط المدينة 39

1.3.الاتجاهات الحديثة في دراسة الخدمات.....40
2.3. تخطيط وتدبير الخدمات.....42
3.3.العلاقة بين التنظيم المجالي والخدمات.....43
1.3.3.نظرية المكان المركزي.....43
2.3.3. توزيع الخدمات ونظرية الأماكن المركزية.....45
3.3.3. نظرية المركز والهامش.....46
4.3. نماذج التنظيم الحضري.....47
خاتمة الفصل الأول.....48
الفصل الثاني: جغرافية الخدمات: السياق والحصيلة
مقدمة.....49
1. التدخل العمومي في مقاربة أنشطة الخدمات من الاستقلال الى حدود السبعينيات من القرن الماضي (ق20) اهتمام متأخر. 50
1.1.مرحلة 1990الى الوقت الراهن: توجيه الاهتمام نحو الخدمات وخاصة الخدمات ذات الطابع الاجتماعي.....52
2. تعاظم مساهمة قطاع الخدمات في الاقتصاديات العالمية.....53
1.2.الأهمية الاقتصادية لقطاع الخدمات في الاقتصاد العالمي.....53
2.2. دور قطاع الخدمات في التوظيف.....55
3.مظاهر قوة قطاع الخدمات في بعض الدول.....57
1.3.الهند تجربة رائدة في قطاع الخدمات.....57
2.3.الصين نموذج للاقتصادات الصاعدة.....61
3.3.قطاع الخدمات ركيزة أساسية للقوة الاقتصادية الأمريكية.....64
4. دور قطاع الخدمات في الاقتصاد المغربي.....67
1.4. مساهمة قطاع الخدمات في الناتج المحلي الإجمالي.....68
2.4.أثر قطاع الخدمات في إنعاش التشغيل بالمغرب.....71
3.4. القيمة المضافة لقطاع الخدمات بالمغرب.....73
2. البحث الجامعي حول أنشطة الخدمات وخاصة الخدمات التعليمية والصحية من الاستقلال الى السبعينيات من القرن 20 اهتمام محدود.....75
1.2.مرحلة 1970 الى 1990.....75
2.2.استحواذ المدن الكبرى والمتوسطة على أكبر قدر من اهتمام الباحثين.....76
3.2.طبيعة المناهج والمقاربات المعتمدة في هده الدراسات.....77
4.2. مواطن القوة والضعف في هده الدراسات.....78

3. ضرورة مواكبة الجغرافيا لتطور الخدمات من 1990 الى الوقت الراهن.....78
1.3. البحث الجغرافي اهتمام متزايد بموضوع الخدمات التعليمية والصحية.....79
2.3. تطور في المقاربات والاشكاليات التي عالجت موضوع الخدمات.....82
3.3. التوزيع الجغرافي لهذه الدراسات والأبحاث.....83
4.3. أهم النتائج المتوصل اليها من قبل هده الدراسات.....84
خاتمة الفصل الثاني.....85
خاتمة الباب الاول.....86
الباب الثاني: الخدمات التعليمية والصحية بمدينة فاس: الديناميات وأشكال التنظيم والتوزيع
مقدمة الباب الثاني.....88
الفصل الثالث: الخدمات التعليمية بمدينة فاس: دينامية متواصلة وتوزيعات مجالية متباينة
مقدمة.....90
1. الخدمات التعليمية بمدينة فاس: تطورات في النمو وتفاوتات في التوزيع.....92
1.1. تعميم الولوج بالتعليم الأولي:تطور مهم لكن غير مكتمل.....92
2.1.1. توسع التعليم الأولي الخصوصي وأفول التعليم التقليدي.....93
3.1.1. آثار التعليم الأولي على المردود الدراسي :تفاوتات بنيوية.....95
4.1.1. اختلافات التعليم الأولي حسب النيابات والصنف والجنس.....98
2.1. التعليم الابتدائي قفزة نوعية وتطور كمي ملحوظ.....100
1.2.1.التعليم الابتدائي بالجماعات الحضرية :تعميم مكتمل وتوزيع مختلف.....102
3.1. التطور العددي للمتمدرسين بالثانوي الاعدادي بمدينة فاس: تزايد مهم.....103
1.3.1. توسع حجم التعليم الثانوي الإعدادي وتفاوت حسب الجماعات الحضرية.....105
4.1. تطور حجم التعليم الثانوي والتقني:نمو ضعيف ومتذبذب.....107
1.4.1. التعليم الثانوي التأهيلي: توزيع متفاوت حسب الجماعات.....109
2.تراتبية مستويات التجهيزات التعليمية والدينامية السوسيومجالية بمدينة فاس.....110
1.2.توزيع التجهيزات التعليمية بمدينة فاس في أبعادها المجالية والمجتمعية.....111
1.1.2.المؤسسات التعليمية بمقاطعة فاس المدينة أو النواة الحضرية الأولى للتجهيزات بفاس.....111
2.1.2.التوزيع المجالي للمؤسسات بفاس المدينة.....111
3.1.2.تحليل الولوجية الى المؤسسات بفاس المدينة وتقييم نطاق الخدمات.....113
2.2. المؤسسات التعليمية بمقاطعة المشور فاس الجديد.....116
1.2.2.التوزيع الجغرافي وانعدام التنوع للتجهيزات التعليمية بفاس الجديد المشوار.....117
2.2.2. قياس الولوجية نحو المدارس التعليمية بفاس الجديد المشور 117
3.2.مستوى تنوع ضعيف للتجهيزات التعليمية بمقاطعة جنان الورد.....119
1.3.2.التوزيع الجغرافي للمؤسسات التعليمية بجنان الورد.....119
2.3.2. قياس سهولة الوصول الى المدارس التعليمية بجنان الورد.....120

4.2.تمركز التجهيزات التعليمية بأكدال أوهيمنة المركزية الحضرية.....122
1.4.2.التوزيع المجالي للمؤسسات التعليمية بأكدال :تركز نوعي وتوسع مجالي.....122
2.4.2.سهولة الولوجية نحو المؤسسات التعليمية بأكدال.....125
5.2.التجهيزات التعليمية بمقاطعة المرينيين أو اللا تكافؤ أمام الخدمة.....129
1.5.2.توزيع المؤسسات التعليمية بمقاطعة المرينيين أو فصل البنيات الاجتماعية.....130
2.5.1.الولوجية نحو المؤسسات بمقاطعة المرينيين :ولوج متفاوت.....131
6.2.نقص وخصاص في التجهيزات التعليمية بمقاطعة زواغة والقطاع الخاص ليس حلا.....135
1.6.2.التوزيع المجالي للمؤسسات التعليمية ببلدية زواغة :سوء التوزيع أم غياب في الاصل.....135
2.6.2.تقييم الولوجية نحو المرافق التعليمية بمقاطعة زواغة 137
7.2.التوزيع المجالي للمؤسسات التعليمية ببلدية سايس: انعكاس للموقع الجغرافي.....141
1.7.2.الولوجية نحو المؤسسات التعليمية ببلدية سايس.....142
3. الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافة وآثارها على جودة ومردودية الخدمات التعليمية بمدينة فاس.....147
1.3.مظاهر وأشكال تدني مردودية النظام التعليمي بمدينة فاس.....147
1.1.3.الفشل الدراسي وأثره على التحصيل الدراسي لدى التلاميذ.....147
2.1.3. الانقطاع الدراسي مؤشر على ضعف مردودية المؤسسة التعليمية.....150
2.3.المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافة وآثارها على الحصيلة التعليمة.....151
1.2.3.المداخيل الشهرية اللأسر ضعيفة ومتفاوتة.....151
2.2.3.المستوى التعليمي لآباء التلاميذ عائق أمام النجاح الدراسي.....154
3.2.3.الدروس الخصوصية ومواكبة التحصيل لذى التلاميذ، دعم أسري هزيل.....156
خاتمة الفصل الثالث.....159
الفصل الرابع: الخدمات الصحية بمدينة فاس : الديناميات والتفاوتات في ولوجية العلاجات الصحية
مقدمة.....161
1. الانتقال الديموغرافي والوبائي: دينامية متواصلة مع استراتيجيات صحية مواكبة 162
1.1.الانتقال الديموغرافي بمدينة فاس.....162
2.1.الدينامية السوسيومجالية وتغير اتجاهات الوضعية الصحية 167
3.1.الوضع الوبائي والانتقالي: من عبء الأمراض السارية الى عبء الأمراض غير السارية.....169
1.3.1.تحول في تركيبة المراضة وبروز حاجيات جديدة.....173
2.مظاهر التفاوتات في عرض الخدمات الصحية واللامساوات الترابية في التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية.....174
1.2.توزيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية: تفاوتات بنيوية.....175
2.2.تفاوتات في توزيع الأسرة بالمستشفيات العمومية وتمركز مطلق بالمدن الكبرى.....178
3.2.هيمنة مطلقة للمدن الكبرى على ارتفاع الكثافة الصحية.....181
4.2.نقص حاد وتباين كبير في توزيع كثافة المهن التمريضية.....185
3. تنوع الشبكة الاستسفائية وهيمنة الوظيفة التأطيرية يجعل فاس في قمة الهرم الحضري.....187

1.3 المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني متروبول ذو اشعاع خارجي في تقديم الخدمات الصحية.....188

1.1.3.الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي: طاقم مهم ذو كفاءة عالية لكن محدود وغير قادر على تأطير متروبول.....190
2.1.3. معدل المعالجين وأيام الاستشفاء السنوي بمستشفيات المركز الاستشفائي الجامعي.....192
3.1.3.مؤشرات التأطير الطبي ضعيف ينذر بتدني مستوى الخدمات الصحية.....194
2.3.المركز الاستشفائي الجهوي فاس مكناس إرث استشفائي ذو إشعاع كبير.....195
1.2.3.مستشفى لسان الدين ابن الخطيب شريان مرتفقي مدينة فاس.....196
2.2.3. المستشفى المختلط الغساني الآن: إرث ذو استقطاب داخلي وجهوي كبير.....196
3.2.3. مستوى التأطير بالمركز الاستشفائي الجهوي يعكس تدني كفاءة الخدمات الصحية.....197
3.3. أهمية الطب المتعدد الاختصاصات وتراجع الطب العام مؤشر على دينامية المجتمع.....199
4.3. القطاع الطبي الخاص: تضخم كمي وتحول نوعي وتركز مجالي.....200
1.4.3. تركز مفرط لمصحات القطاع الخاص بمدينة فاس.....203
5.3. كثافة عالية للصيدليات وجراحي الأسنان بمدينة فاس يخفي سوء التوزيع الجهوي.....205
4.المحددات الاجتماعية والاقتصادية والمجالية وتأثيراتها على الوضعية الصحية بمدينة فاس.....207
1.4.تفاوتات في الخدمات الصحية بتفاوت الفروقات الاجتماعية والاقتصادية لساكنة مدينة فاس 208
1.1.4.الفوارق في الامكانيات المادية: الفئات الفقيرة والهشة أكثر اعتلالا والأكثر حيفا في الولوج للخدمات.....208
2.1.4.الفقر والتهميش محدد رئيس في اعتلال الصحة.....210
3.1.4. المستوى التعليمي وأثره على المسار الصحي للأفراد.....212
4.1.4. تباين الحالة الصحية للأفراد بتباين توعية ومستوى السكن.....213
5.1.4.مظاهر التفاوت المجالي للدخل والمراضة على صعيد مدينة فاس.....214
2.4. التفاوتات المجالية في الولوج للخدمات الصحية بمدينة فاس.....216
1.2.4. توسع انتشار المراكزالصحية الحضرية بمدينة فاس واللامساواة في الولوج لخدماتها.....217
2.2.4.تحليل الولوجية نحو شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بمدينة فاس.....220
3.4. التجهيزات الصحية العمومية ، تأثير واضح في تراتبية المدن.....222
1.3.4.ظهور وتطور متباين للمستشفيات العمومية بمدينة فاس.....222
2.3.4 الولوجية نحو المستشفيات العمومية بمدينة فاس.....224
خاتمة الفصل الرابع.....225
خاتمة الباب الثاني.....227

الباب الثالث: دور الفاعلين واستراتيجياتهم للنهوض بقطاع الخدمات

مقدمة الباب الثالث.....229

الفصل الخامس:تدخلات الفاعلين لتأهيل الخدمات الصحية وتعميم الحماية الاجتماعية

مقدمة.....231

1. تعميم الحماية الاجتماعية تحول استراتيجي نحو تطور الخدمات الصحية.....232

1.1. نظم التغطية الصحية الأساسية.....233

1.1.1. نظام التأمين الاجباري عن المرض.....233

2.1.1. نظام المساعدة الطبية راميد.....234

2.1. الإطار المؤسساتي.....235

1.2.1. الهيئات والأنظمة المكلفة بتدبير التأمين الصحي.....235

2.4.1. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.....236

3.2.1.صناديق التقاعد تتسم بالتشتت.....237

2. مقاربة جديدة للمنظومة الصحية المغربية.....239

1.2. تجليات محدودية برامج الحماية الاجتماعية.....239

2.2..تعثر نظام المساعدة الطبية "راميد".....241

3.2.مؤشرات سكانية لتقييم كفاءة نظام المساعدة الطبية راميد.....242

1.3.2.معيار درجة رضى المستفيدين من نظام راميد.....242

2.3.2.نوعية مشاكل الخدمات الصحية التي تواجه حاملي بطاقة راميد.....243

3.3.2.تقييم كفاءة نظام المساعدة الطبية راميد على المستوى المؤسسي.....244

4.2.الاستراتيجية الصحية 2025 للنهوض بمنظومة الصحة العمومية.....245

1.4.2.محاور استراتيجية تأهيل القطاع الصحي.....246

5.2.تعميم الحماية الاجتماعية، إرساء دعائم الدولة الاجتماعية عبر تغطية المخاطر الصحية.....247

1.5.2.الموارد المالية وأهداف استراتيجية تعميم التغطية الصحية.....249

3. مظاهر التحديات التي تواجه الولوج المنصف واليسير للخدمات الصحية.....251

1.3.النقص الحاد في الموارد البشرية..... 252

2.3.ضعف الملاءمة بين التكوين والممارسة المهنية.....252

3.3.نظام تمويل الصحة، محدود وغير متوازن.....253

1.3.3.ضعف تمويل القطاع الصحي.....254

2.3.3.ضعف الأطر المساهمة والأسر أهم مصدر للتمويل الصحي.....255

4.3.خصاص في العرض الصحي لا يواكب ملاءمة الحاجيات الراهنة.....257

5.3. ضعف الشراكة بين القطاع العام والخاص.....258

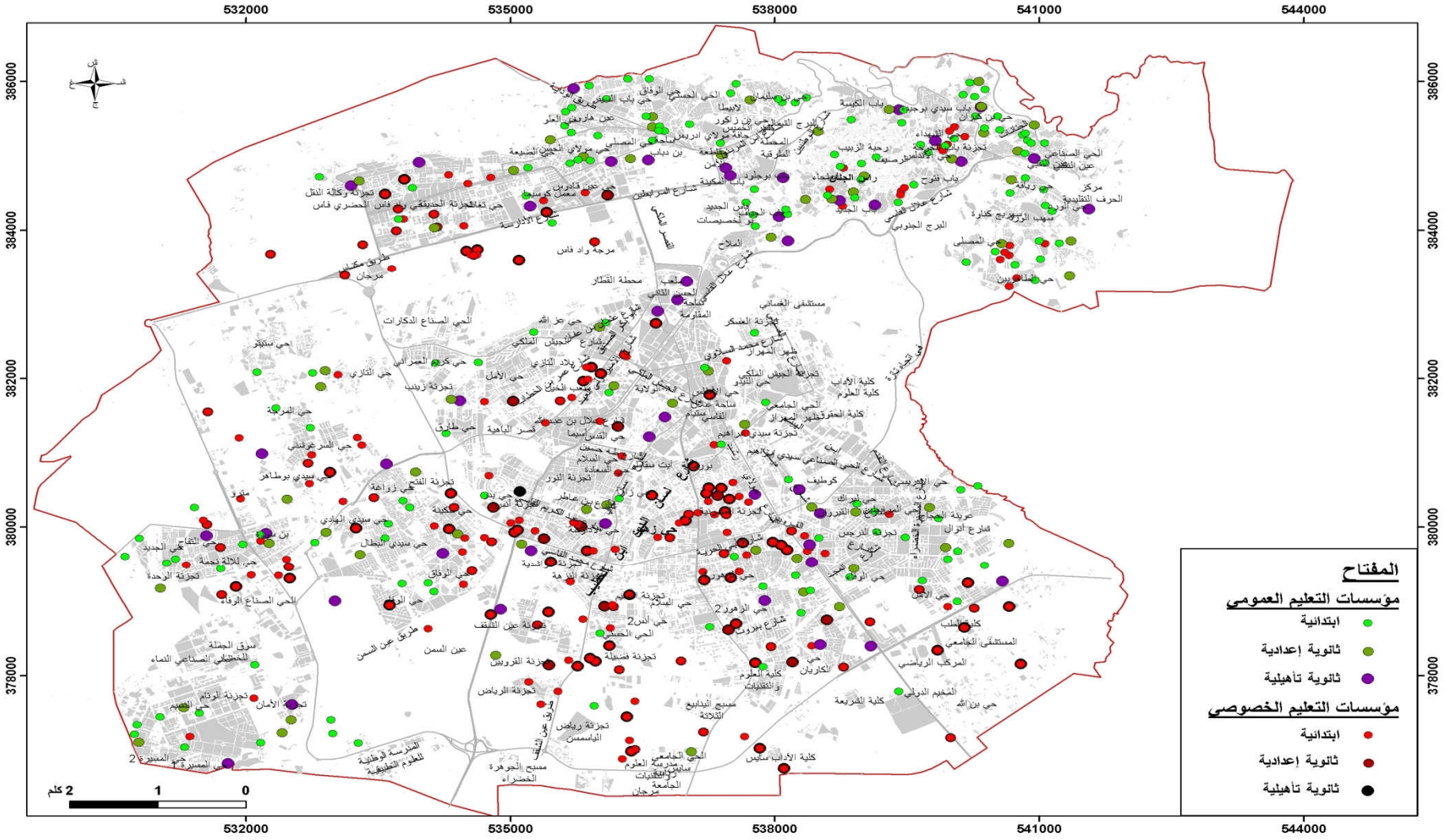
6.3.غياب سياسة وخريطة جهوية صحية واضحة المعالم.....259

خاتمة الفصل الخامس.....261

الفصل السادس: تدخلات الفاعلين لتطوير قطاع الخدمات

مقدمة.....263
1. أثر قطاع الخدمات على التشغيل.....264
1.1.أنشطة الخدمات في مقدمة فروع الأنشطة 264
2.1.اليد العاملة بمدينة فاس: تحول نحو هيمنة أنشطة الخدمات.....265
3.1.تزايد الحاجيات الاقتصادية والاجتماعية لساكنة فاس.....267
4.1.بنية السكان النشيطين : مكانة متميزة للأنشطة الخدماتية في مدينة فاس.....268
1.4.1 الأنشطة الخدماتية بفاس ملجأ للساكنة.....269
2. أشكال التدخل لتحديث قطاع الخدمات.....270
1.2.قطاع ترحيل الخدمات "الأوفشورينغ".....271
2.2.التطور المؤسساتي لمشاريع تحديث قطاع الخدمات بفاس.....272
1.2.2.ترحيل الخدمات بفاس.....272
2.2.2. تأهيل الصناعة والصناعة التقليدية بفاس 274
1.2.2.2.أهمية النشاط الصناعي الانتاجي رغم التراجع.....274
2.2.2.2.تنمية الصناعة العصرية وتدعيم قدرات الصناعة التقليدية بفاس.....275
3.2.إنقاذ وتأهيل المدينة القديمة بفاس.....275
4.2.تأهيل القطاع السياحي بفاس.....277
5.2.ترتكز أهمية الخدمات على الاستثمار.....278
3.بعض التحديات التي تعترض تنمية الخدمات.....279
1.3. عدم مواكبة وثائق التعمير مع فرص الاستثمار.....279
2.3.تضخم القطاع غير المهيكل عبر أنشطة الخدمات.....280
4. آليات وسبل تطوير قطاع الخدمات وجعله قادرا على تحقيق تنمية حضرية.....280
خاتمة الفصل السادس.....283
خاتمة الباب الثالث.....284
خاتمة عامة.....285
البيبليوغرافيا.....291
الاستمارة.....313
لائحة الجداول.....330
لائحة الأشكال.....331
لائحة الخرائط.....332
فهرس الموضوعات.....333

خريطة رقم 22: توزيع المؤسسات التعليمية العمومية والخصوصية بمدينة فاس



المصدر: دليل المؤسسات التعليمية نيابة وزارة التربية الوطنية بفاس 2020+ بحث ميداني وضع وإنجاز الدحماني فاطمة الزهراء