

الصحة العقلية وأَسباب الانتحار بالمغرب

تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

إحالة رقم 2022/33

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

الصحة العقلية وأسباب الانتحار بالمغرب

إحالة رقم 2022/33



صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله وأيده

إحالة رقم 2022/33

- طبقا لمقتضيات المادة 7 من القانون التنظيمي رقم 128.12 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، توصل المجلس بإحالة من السيد رئيس الحكومة، بتاريخ 15 يوليوز 2021، من أجل إعداد دراسة حول موضوع الصحة العقلية على المستوى الوطني، بما في ذلك رصد مسببات ظاهرة الانتحار وتحديد آليات التصدي لها.
- وفي هذا الإطار، عهّد مكتب المجلس إلى اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن بإعداد هذه الدراسة.
- وخلال دورتها العادية 132 المنعقدة بتاريخ 31 مارس 2022 صادقت الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالإجماع على الدراسة التي تحمل عنوان «الصحة العقلية وأسباب الانتحار بالمغرب».
- وقد جاءت هذه الدراسة، الذي جرى إعدادها وفق مقاربة تشاركية، ثمرة نقاشات موسعة بين مختلف الفئات المكونة للمجلس، فضلا عن مخرجات جلسات الإنصات المنظمة مع أبرز الفاعلين المعنيين¹.

يقدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي تقريره:

الصحة العقلية وأسباب الانتحار بالمغرب

تم إعداد التقرير من طرف

اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

رئيس اللجنة : عبد الحي بسة

مقرر الموضوع : جواد شعيب

الخبراء الداخليون : نادية السبتى، أحمد بندلة

الفهرس

11	ملخص
13	تقديم
15	أبرز عناصر السياق
18	إ. محددات الصحة العقلية
28	إ.إ. الاضطرابات العقلية بالمغرب
36	إ.إ. الانتحار ومحاولات الانتحار بشكل عام وفي المغرب
	إ. حكامة منظومة الصحة العقلية والسياسات العمومية المتعلقة بالصحة العقلية
41	إ.إ. الصحة العقلية
53	إ.إ. الخلاصات والتوصيات
57	الملاحق
57	الملحق 1 :لائحة الفاعلين الذين تم الإنصات إليهم
60	الملحق 2 : لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن
61	الملحق 3 الخبراء الداخليون الذين واكبوا اللجنة في إعداد هذه الدراسة
62	الملحق 4 : التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية
63	الملحق 5 : إحصائيات حول حالات الانتحار ومحاولات الانتحار
65	الملحق 6: حكامة المنظومة الصحية
67	الملحق 7 : معدل انتشار العنف أثناء الطفولة حسب النوع ووسط الإقامة

ملخص

حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية برسم سنة 2019، فإن حوالي شخص واحد من أصل كل ثمانية أشخاص عبر العالم يعاني من اضطراب عقلي. فيما يُقدّم على الانتحار أزيد من شخص واحد من بين كل مائة شخص. ورغم حجم هذه الظاهرة واعتبار منظمة الصحة العالمية أن الصحة العقلية مكون أساسي من مكونات الصحة بشكل عام ولا يمكن أن ينفصل عنها، إلا أن غالبية المنظومات الصحية بمختلف البلدان لا تولي الأهمية اللازمة للصحة العقلية ولا توفر ما يكفي من العلاجات وأشكال الدعم للأشخاص المعنيين، إذ لا تتجاوز نسبة مخصصات الصحة العقلية في الميزانيات الوطنية للصحة 2 في المائة في المتوسط. ويقدر أن أزيد من 75 في المائة من الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية في البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط، لا يستطيعون الحصول على الرعاية الصحية.

بالمغرب، وفي ظل غياب معطيات شاملة ودقيقة حول الاستثمار العمومي في مجال الصحة العقلية، فإن الخصائص المسجل حاليا على مستوى عرض العلاجات النفسية والعقلية (2431 سرير، و454 مختصا نفسانيا)، يؤشر على ضعف استثمار الدولة في منظومة الرعاية النفسية.

وقد خلص المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي إلى أن موضوع الصحة العقلية يتم تناوله بطريقة قطاعية ومن زاوية المرض العقلي، مع إغفال الدور الأساسي للمحددات السوسيوثقافية للصحة. وتتسم هذه المحددات بتعددتها، إذ تشمل العوامل البيولوجية، والاجتماعية والثقافية (العنف الأسري والاجتماعي، التمييز في حق المرأة، وغير ذلك) والاقتصادية (ظروف العمل في الوسط المهني، البطالة، وغير ذلك). وإذا كانت نسبة تأثير منظومة العلاجات على الوضعية الصحية تتراوح ما بين 20 و 30 في المائة، فإن هذه المحددات قد تؤدي إما إلى تحسين الصحة العقلية للأشخاص أو على العكس من ذلك، إلى تدهورها، وذلك حسب درجة هشاشتهم ومدى حدة المخاطر المرتبطة بالبيئة التي يعيشون فيها.

بالإضافة إلى ذلك، تمت معاينة عدد من أوجه القصور على مستوى الإطار القانوني والخبرة القضائية في مجال الأمراض العقلية والنفسية. يضاف إلى ذلك الصعوبات المرتبطة بالإيداع القضائي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية داخل مؤسسات العلاج إما لأسباب وقائية أو جنائية، ولا سيما في ظل الخصائص المسجل في الطاقة السريرية وبنيات الطب العقلي والنفسي.

وانطلاقا من هذا التشخيص، يقدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي جملة من التوصيات، في ما يلي أبرزها :

- بلورة سياسات وبرامج عمومية منسقة لتعزيز الصحة العقلية والوقاية من الاضطرابات العقلية والمخاطر النفسية-الاجتماعية، على أن تقوم هذه السياسات والبرامج على مؤشرات مرقمة وقابلة للقياس، وعلى دراسات للأثر على المستويين الصحي والاجتماعي.
- تحسين إمكانية الولوج لرعاية نفسية وعقلية ذات جودة، تكون مواكبة لما بلغته المعارف والعلاجات من تطور، ومستجيبة للاحتياجات الخاصة للمرضى، لا سيما تلك المتعلقة بالسن والحالة الاجتماعية والاقتصادية ووسط العيش وأشكال الهشاشة التي يعانون منها.
- مراجعة وتحيين المصنف العام للأعمال المهنية (NGAP) في الشق المتعلق بالتكفل بالاضطرابات العقلية والتعريف الوطنية المرجعية ذات الصلة، وذلك في ضوء التطورات الطبية التي شهدتها مجال العلاج والتكفل بهذا النوع من الاضطرابات، مع الحرص على تطبيق تعريف معقولة.

- النهوض بمهنة الأخصائي النفسي من خلال وضع نظام أساسي خاص بهذه الفئة، ووضع سجل رسمي للأخصائيين النفسيين.
- تعزيز الضمانات القانونية والقضائية للأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية، بما يراعي حالاتهم الصحية، ويوفر لهم حماية أمثل. ولتحقيق هذا الغرض، ينبغي العمل على (1) إعادة النظر في مشروع القانون رقم 71.13 المتعلق بمكافحة الاضطرابات العقلية وبحماية حقوق الأشخاص المصابين بها، قبل المصادقة عليه، وذلك بالتشاور مع ممثلي المهنيين والمرتفقين، و(2) ملائمة أفضل لمقتضيات القانون الجنائي وقانون المسطرة الجنائية مع خصوصيات المرض العقلي وحاجيات المرضى المعنيين.
- الرصد المبكر لحالات الأفكار الانتحارية لدى الأطفال والشباب في الوسط العائلي وداخل المؤسسات التعليمية والتكفل بها، وفق بروتوكول معد سلفاً.
- التدخل على مستوى الأخطار النفسية-الاجتماعية في الوسط المهني، من خلال المصادقة على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 190 بشأن القضاء على العنف والتحرش في عالم العمل؛ وتطوير طب الشغل داخل المقاولات، ومراجعة مدونة الشغل في اتجاه إقرار جريمة التحرش المعنوي؛ ومراجعة لائحة الأمراض المهنية من خلال إدراج الاضطرابات النفسية والعقلية المرتبطة بظروف العمل.

تقديم

تشكل الصحة العقلية مكوناً أساسياً من مكونات صحة الإنسان. وتعتبر منظمة الصحة العالمية الصحة العقلية رهناء رهناءنا أساسياً من رهانات الصحة العمومية.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها «حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز»². وبالتالي فإن مفهوم الصحة العقلية يتجاوز بدوره انعدام الاضطرابات أو حالات العجز النفسية. فالصحة العقلية تعتبر أساس رفاه الفرد وسلامة المجتمع³.

في سنة 2004، عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية على أنها «حالة العافية التي يحقق فيها الفرد قدراته الذاتية، ويستطيع مواكبة ضغوط الحياة العادية، ويكون قادر على العمل الإيجابي والمثمر، ويمكنه الإسهام في مجتمعه»⁴.

ويُعتبر المرض العقلي أو الاضطراب العقلي حالة من التغيير الذي يطرأ على التفكير والمزاج والسلوك للفرد، مما يتسبب له في المحنة والمعاناة⁵.

وقد تم تعريف وتحديد مجموع الأمراض والاضطرابات العقلية في نظامين عالميين للتصنيف هما: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-5) والتصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة (CIM 11). حيث يخصص هذا التصنيف الأخير فصله السادس «للاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات النماء العصبي».

ولا يشكل المرض العقلي والصحة العقلية نقيضين ينتميان إلى نفس السيرورة (continuum)، وإنما يعتبران سيرورتين متميزتين ومتراپطتين في الوقت ذاته⁶.

وقد أظهر المسح الوطني لتطور منتصف العمر في الولايات المتحدة (MIDUS)⁷ الذي أنجز في الفترة من 1995 إلى 2005 في الولايات المتحدة في صفوف أشخاص بالغين تتراوح أعمارهم بين 25 و74 سنة، أن 75 في المائة من المشاركين لا يعانون من اضطرابات عقلية، بينما 20 في المائة فقط من المشاركين يتمتعون «بصحة عقلية مزدهرة»، والتي تعتبر المستوى الأعلى في مستويات الصحة العقلية⁸.

2 - تم إقرار دستور منظمة الصحة العالمية من لدن مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في نيويورك من 19 يونيو إلى 22 يوليو 1946

https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-ar.pdf#page=7

3 - <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

4 - <https://www.emro.who.int/ar/health-topics/mental-health/index.html>

5 - <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-men>
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux/taux> ; Micoulaud-Franchi J-A, Quiles C, Falissard B. Commentaire du texte de Spitzer et Endicott 1978: «Troubles médicaux et mentaux: proposition d'une définition et de critères», un article clé du débat sur la nosographie psychiatrique. Ann Med Psychol.2018;176(7):678-685.

6 - Corey L. M. Keyes, "The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 43, No. 2, Selecting Outcomes for the Sociology of Mental Health: Issues of Measurement and Dimensionality (Jun., 2002), pp. 207-222.

7 - Mid Life Development in the United States (<https://midus.colectica.org/>)

8 - Corey L. M. Keyes, "Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2005, Vol. 73, No. 3, pp.539-548.

وتكشف نتائج هذه الدراسة عن ثلاث ملاحظات رئيسية:

1. غياب الاضطرابات العقلية لا يعني بالضرورة التمتع بصحة عقلية جيدة؛
2. وجود اضطرابات عقلية لا يعني بالضرورة وجود صحة عقلية سيئة؛
3. كل حالة نفسية أدنى من مستوى الصحة العقلية الجيد يدل على أداء نفسي منخفض، سواء كان الشخص يعاني من اضطرابات عقلية أو لا .

وقد أظهرت هذه الدراسة أن وجود مستوى منخفض للصحة العقلية، حتى عند غياب أي اضطراب عقلي، له تداعيات سلبية على أداء ووضعية الفرد، بنفس القدر الذي قد ينجم عن الاضطرابات العقلية: مشاكل عاطفية ومعرفية مختلفة، مشاكل صحية، اللجوء المتكرر للخدمات الصحية، تراجع المردودية في العمل.

من جهة أخرى، تفيد غالبية الدراسات أن التدخلات العلاجية تساهم بنسبة تتراوح بين 20 في المائة و30 في المائة فقط في الحالة الصحية، بينما تتوقف النسبة المتبقية، أي ما بين 70 و80 في المائة على المحددات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية للصحة⁹.

لذلك، فإن تعزيز الصحة النفسية اليوم يقتضي اعتبارها موردا أساسيا يجب حمايته ورعايته ودعمه¹⁰، والنظر إليها كمسألة يجب مقاربتها على المستويات الفردية والجماعية والمجتمعية، وكذا من الجانب الجسدي والنفس والاجتماعي.

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد حاليا مؤشر دولي موحد لقياس الصحة العقلية، كما أنه ليس هناك إطار مرجعي عالمي لمؤشرات الصحة العقلية. لكن، وبالنظر إلى وجود تقارب بين مفهومي الصحة العقلية والرفاه¹¹، فقد يكون من المفيد الإشارة إلى بعض مؤشرات قياس مستوى الرفاه المعمول بها في عدد من البلدان¹².

استنادا إلى هذه المقاربة التي تميز كما تربط بين محددات الصحة العقلية والاضطراب العقلي، يرمي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي من خلال هذه الدراسة إلى تحديد الاختلالات والعقبات الرئيسية التي يتعين معالجتها وتجاوزها في مجال سياسة الصحة العقلية، والتكفل بالاضطرابات العقلية والوقاية من الانتحار.

كما تسعى إلى المساهمة في بناء مقاربة متجددة للتعاطي مع الصحة العقلية، وبلورة توصيات نابعة من الإنصات الموسع إلى الفاعلين المعنيين، وتتضمن تدابير فعالة في مجالات الوقاية والحماية والرعاية والتحسين المستمر للصحة العقلية.

9 - Institut national de santé publique du Québec, Déterminants de la santé, 2017 : <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>

10 - Isabelle Doré et Jean Caron : Santé mentale : concepts, mesures et déterminants dans Santé mentale au Québec, 2017, XLII, no 1, 125-145)

11 - Corey Lee M. Keyes, "Social Well-Being", Social Psychology Quarterly, Vol. 61, No. 2, Jun. 1998, pp. 121-140.

12 - من قبيل : المؤشر الأسترالي الموحد لقياس مستوى الرفاه (The Australian Unity Wellbeing)، والذي يقيس جودة الحياة من خلال الرفاه على الصعيد الشخصي وكذا الرفاه على المستوى الوطني؛ مقياس الرفاه النفسي (Psychological well-being scale)، الذي يعمل على تقييم الوضع النفسي الإيجابي؛ مقياس الرفاه الاجتماعي (The Social Well-Being Scale)، الذي يقيس ازدهار الأفراد في حياتهم الاجتماعية من خلال مؤشر الرفاه المعتمد في إطار المسح الاجتماعي الأوروبي (ESS)، والذي يتضمن 54 مؤشرا يتعلق بالرفاه العاطفي والنفس والاجتماعي

أ. أبرز عناصر السياق

انعكاسات شديدة للأزمة الصحية الناجمة عن جائحة كوفيد-19 على الصحة النفسية

لقد كانت لجائحة كوفيد-19 تداعيات سلبية شديدة الوطأة على الصحة العقلية للأفراد، لا سيما الأطفال الذين تترك أعراض القلق والتوتر آثارا طويلة الأمد على نفسياتهم، ويعزى ذلك لمختلف التدابير التي جرى اتخاذها في إطار التصدي للجائحة (الحجر الصحي، تقييد التنقل، إغلاق المدارس والأماكن العمومية، وقف مختلف الأنشطة)، مع ما أسفر عنه ذلك من مناخ من الشكوك وعدم اليقين وشعور بالخوف، وكذا بالنظر لحالات الوفيات التي تسببت فيها الجائحة. كما أدت هذه الأخيرة إلى أزمة اجتماعية واقتصادية تفاقمت في ظلها التفاوتات وأشكال التمييز والفوارق الاجتماعية.

ورغم أن المعطيات المتوفرة حاليا على الصعيد العالمي¹³ تظل أولية، إلا أن التدابير المتخذة للتصدي لانتشار فيروس كوفيد-19 وكذا الانعكاسات الاجتماعية والاقتصادية لهذه الجائحة أدت بالتأكيد إلى زيادة مظاهر الهشاشة وأشكال العنف، لاسيما في حق النساء والأطفال، فضلاً عن انتشار الاكتئاب والانتحار ومحاولات الانتحار. وفي هذا السياق، تم تسجيل المعطيات التالية :

- 142 مليون طفل إضافي سقطوا في الفقر سنة 2020؛
- 160 مليون طفل عبر العالم أجبروا على العمل سنة 2020، فيما هناك ملايين آخرون مهددون بالمصير نفسه خلال السنوات القادمة؛
- 243 مليون امرأة وفتاة (تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاماً) تعرضن للعنف الجنسي أو الجسدي من لدن شركائهن أو أزواجهن؛
- 10 مليون فتاة معرضة لخطر الزواج المبكر خلال العقد المقبل؛
- مليون و134 ألف طفل فقدوا أحد والديهم أو ولي أمرهم نتيجة لجائحة -كوفيد19 ما بين فاتح مارس 2020 و30 أبريل 2021؛
- 114 مليون شخص فقدوا وظائفهم بسبب الأزمة الصحية¹⁴.

من جهة أخرى، أشارت منظمة الصحة العالمية، إلى أن التدابير الرامية إلى مكافحة جائحة كوفيد-19 أدت إلى «زيادة عزلة الأشخاص المصابين بحالات نفسية (...)» كما أصبح الأشخاص المودعون في مستشفيات الطب النفسي أكثر عزلة مما كانوا عليه». وأضافت المنظمة أن القيود الاجتماعية المرتبطة بالجائحة يرجح أن تكون قد زادت من معدلات تعاطي الكحول وغيره من مواد الإدمان، كما تعددت الشدائد خلال الجائحة

13 - انظر :

Policy & practice COVID-19 and violence against children Bull World Health Organ 2021;99:730-738| doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.283051>

UNICEF: UNICEF : La situation des enfants dans le monde 2021 « Dans ma tête »: Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants

14 - « Observatoire de l'OIT : le COVID19 et le monde du travail », 7ème édition, 25 janvier 2021

وكان من بين أكثرها شيوعا البطالة وعدم الاستقرار المالي، العزلة الاجتماعية، والعنف الأسري...»¹⁵. وقد شجع قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة حول «اتخاذ تدابير شاملة ومنسقة لمواجهة جائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)»¹⁶ «الدول الأعضاء على معالجة مسألة الصحة العقلية في تدابيرها لمواجهة الجائحة والتعافي من آثارها، وذلك بكفالة اتساع نطاق توافر خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ».

وفي المغرب، كشفت نتائج بحث أنجزته المندوبية السامية للتخطيط¹⁷ في أبريل 2020 أن 49.4 في المائة من المستجوبين صرحوا بأنهم عانوا من القلق خلال فترة الحجر الصحي، فيما عانى 40.9 في المائة من الخوف، و29.6 في المائة من الشعور برهاب الأماكن المغلقة، و24.4 في المائة من تعدد أنواع الرهاب، و23.7 في المائة من اضطراب النوم، و8.5 في المائة من الملل، و7.5 في المائة من فرط الحساسية/العصبية، و5.9 في المائة من الاكتئاب. من جهة أخرى، أبرزت نتائج بحث ثان (يونيو 2020) هم العلاقات الاجتماعية في ظل الجائحة¹⁸، أنه مقارنة مع فترة ما قبل الحجر الصحي، خصص 51.5 في المائة من المستجوبين المزيد من الوقت لاستخدام الوسائل الإلكترونية (الهاتف والألواح الإلكترونية والحواسيب). كما أن 18.1 في المائة من الأشخاص الذين شملهم البحث عانوا أثناء الحجر الصحي من الازدحام داخل المسكن أو انعدام الخصوصية، فيما عاش 11 في المائة مشاكل مع الجيران، وعاش 25 في المائة حالات صراع مع الأشخاص الذين قضوا معهم فترة الحجر. وسلط البحث الضوء على المشاكل التي اعترت الولوج إلى الخدمات الصحية جراء الحجر الصحي، مبرزا أن 45.2 في المائة من الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة تطلبت فحصا طبيا أثناء الحجر لم يستطيعوا الولوج إلى الخدمات الصحية. من جهة أخرى، أنجزت المندوبية السامية للتخطيط بحثا حول تأثير الجائحة على الوضعية الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للاجئين بالمغرب (يونيو 2020)¹⁹. وقد كشف هذا البحث أن القلق أو الاكتئاب أو الخوف يشكل الأثر النفسي الرئيسي للحجر الصحي على اللاجئين بنسبة 52.5 في المائة، يليه الشعور بالحرمان من حرية التصرف (50.8 في المائة). وينضاف إلى ذلك تأثيرات أخرى منها اضطرابات النوم (29.7 في المائة)، والحساسية المفرطة أو العصبية (14.4 في المائة)، أو مشاعر الوسواس (8.1 في المائة).

وقد أشار تقرير للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا إلى التداعيات الصحية لأزمة كوفيد-19 على الساكنة²⁰. كما أثار الانتباه بشكل خاص إلى المخاطر الناجمة عن الحجر الصحي والتدابير الاحترازية التقييدية الأخرى على الصحة العقلية للساكنة، لا سيما على الأشخاص ذوي الهشاشة: الأطفال، الأشخاص في وضعية إعاقة، النساء ضحايا العنف.

15 - منظمة الصحة العالمية، «التأهب والاستجابة في مجال الصحة النفسية أثناء جائحة كوفيد-19»، الدورة 48 للمجلس التنفيذي، 8 يناير 2021، تقرير المدير العام (م ت 148/20)

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_20-ar.pdf

16 - قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 11 سبتمبر 2020 (A/RES/74/306)

<https://undocs.org/ar/A/RES/74/306>

17 - المندوبية السامية للتخطيط، بحث حول تأثير فيروس كورونا على الوضع الاقتصادي والاجتماعي والنفسي للأسر، أبريل 2020

<https://www.hcp.ma/file/215949/>

18 - المندوبية السامية للتخطيط، العلاقات الاجتماعية في ظل جائحة كوفيد-19، المرحلة الثانية من البحث حول تأثير فيروس كورونا على الوضع الاقتصادي والاجتماعي والنفسي للأسر، يوليوز 2020

<https://www.hcp.ma/file/217073/>

19 - المندوبية السامية للتخطيط، تأثير كوفيد-19 على الوضعية الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للاجئين بالمغرب، شتنبر 2020

<https://www.hcp.ma/file/217997/>

20 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا «كوفيد 19» والسبل الممكنة لتجاوزها، إحالة 2020

الصحة العقلية: الحلقة الأضعف في السياسات العمومية

يعاني أزيد من مليار شخص عبر العالم من اضطراب عقلي. وينتحر شخص كل 40 ثانية. ويعد الانتحار رابع أهم سبب للوفاة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 سنة²¹.

هذا، ورغم إدراك تأثير المعاناة النفسية والاضطرابات العقلية على الأفراد والأسر والمجتمع، فإن الاستثمار في الصحة العقلية على الصعيد العالمي يظل دون مستوى الاحتياجات في هذا المجال. ويقدر أن 75 في المائة من الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية في البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط، لا يستطيعون الحصول على الرعاية الصحية²².

وحسب منظمة الأمم المتحدة، تعدّ الصحة العقلية «من مجالات الصحة العمومية الأكثر إهمالا في العالم»، إذ لا تتجاوز النسبة التي تنفقها البلدان في المتوسط من ميزانياتها الصحية على الصحة العقلية 2 في المائة. أما حصة المساعدات الإنمائية الدولية المقدمة في مجال الصحة النفسية، فإن نسبتها لا تتجاوز 1 في المائة من إجمالي المساعدات الإنمائية المقدمة في مجال الصحة²³.

النهوض بالصحة العقلية أمر أساسي من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة 2030

إن البلدان مدعوة، في إطار تنزيل أهداف التنمية المستدامة في أفق سنة 2030، إلى «تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين» (الغاية 3.4، المؤشر 3.4.2). ويتعين على البلدان «تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي مواد الإدمان وتناول الكحول عل نحو يضر بالصحة، وعلاج، ذلك» (الغاية 3.5، المؤشران 3.5.1 و3.5.2) و«تحقيق التغطية الصحية الشاملة» (الغاية 3.8، المؤشران 3.8.1 و3.8.2)، بما فيها الصحة العقلية²⁴.

21 - <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

22 - جلسة إنصات مع منظمة الصحة العالمية، 15 شتبر 2021

23 - <https://www.who.int/ar/news/item/18-02-1442-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

24 - <https://apolitical.co/solution-articles/fr/efforts-du-gouvernement-en-matiere-de-sante-mentale-sdgs>

II. المحددات الصحة العقلية

إن محددات الصحة العقلية متعددة وتشمل العوامل البيولوجية الفردية، والعوامل الاجتماعية والثقافية (العلاقات الاجتماعية اليومية، والجانب الروحي، والتعليم، وأشكال التمييز، والإقصاء الاجتماعي، وجميع أشكال العنف، والشعور بالأمان أو عدمه...)، والعوامل المتعلقة بالبيئة بمعناها الواسع (وسط العيش : أي الحي، والأسرة، والمدرسة، والعمل، إلخ) والعوامل الاقتصادية، وكذا المنظومة الصحية المتاحة²⁵.

لا تتجاوز نسبة تأثير منظومة العلاجات على الوضعية الصحية ما بين 20 و 30 في المائة.

وقد تؤدي مختلف هذه المحددات الاجتماعية إما إلى تحسين الصحة العقلية للأشخاص أو على العكس من ذلك، إلى تدهورها، وذلك حسب درجة هشاشتهم ومدى حدة المخاطر المرتبطة بالبيئة التي يعيشون فيها. كما أن تأثيرها يرتبط بطبيعة وسائل الحماية التي يتمتع بها الأشخاص في مختلف بيئات العيش وكذا بقدراتهم الدفاعية الخاصة. هكذا، فإن الفقر، والهشاشة، والتفاوتات، والحيث الاجتماعي، ومدى فعالية الحقوق، والتمييز القائم على الجنس، والمناخ الاجتماعي غير السليم، والإعاقة، وحادّة الإجهاد، والشغل الناقص، وعدم الاستقرار المادي، وضبابية الأفق، والمس بالسلامة الجسدية، وسوء التغذية أو نقص التغذية، والسكن الضيق و / أو العشوائي، والصعوبات في الاستفادة من الرعاية الصحية، والتعرض المفرط للسلوكيات المنطوية على مخاطر الإدمان، والتوريث الجيلي للفقر، وغير ذلك، كلها عوامل تنال من الصحة العقلية، لأنها تضعف حماية الأفراد وقدرتهم على الدفاع عن أنفسهم (القدرة على الصمود).

1. استمرار النظرة الاجتماعية السلبية

الوصم الاجتماعي للمرض العقلي

يقوم الوصم في مجال الطب النفسي والصحة العقلية على إصاق صفة تمييزية بالشخص المصاب، تحيل إلى وضع مخجل اجتماعيا، وعلى جعل المرض العقلي هوية اجتماعية جديدة مميزة لصاحبها²⁶.

هذا، ويظل وصم الأمراض العقلية والانتحار ومحاولات الانتحار سلوكا موجودا في مختلف المجتمعات²⁷. ولهذا الوصم أثر سلبي على التكفل بالأمراض العقلية، لأنه يؤدي إلى العدول عن العلاج الطبي، بما في ذلك بالنسبة للحالات الأكثر خطورة، أو يؤدي إلى اللجوء إلى أساليب موازية، قد تعرض المرضى لأشكال مختلفة من الإساءة والاستغلال والمعاملة اللاإنسانية من قبيل التكبيل بالسلاسل، والإخضاع لممارسات تعذيب يُعتقد أنها ذات نفع علاجي، والإجبار على عدم الأكل وغير ذلك من أشكال العنف، وطقوس أخرى غير عقلانية، بحيث ينظر للمريض على أنه شخص به مس وبالتالي يشكل خطرا على محيطه. وقد شكل صريح «بويا عمر» الذي تم إغلاقه سنة 2015 لفترة طويلة أبرز فضاء غير استشفائي للاحتفاظ بالمرضى العقليين في المغرب²⁸.

25 - المنظمة العالمية للصحة، تقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة «تضييق الفجوة في المجال الصحي في غضون جيل واحد» 2008
file:///C:/Users/DELL-20%7420/Downloads/9789242563702_fre.pdf

26 - Jean-Yves Giordona « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale », ELSEVIER-MASSON, 2010

27 - أشار معهد الصحة العمومية بالكيبك (كندا) سنة 2008 إلى أن حوالي ثلثي الأشخاص المصابين بمرض عقلي لا يستشيرون الطبيب بسبب الأحكام المسبقة التي تحيط بهذه الاضطرابات. انظر الرابط التالي :

<https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/10/f17-xve-formation-ppt.pdf>

28 - Céline Aufauvre, « Des procès en chair et en songe. Sainteté et exorcisme à Bouya Omar et Sidi Chamharouch », Altérités, vol. 6, no 2, 2009 : 93-114

علاوة على ذلك، يهيم الوصم الاجتماعي أيضا الانتحار ومحاولات الانتحار، كما هو الحال في العديد من المجتمعات والثقافات في جميع أنحاء العالم وعبر التاريخ.

وتظل حالات الانتحار والسلوكيات المشابهة للانتحار (كالاتمئاع عن تناول الطعام أو وقف العلاج بوصف ذلك طريقة تؤدي حتما للموت)، لدى الأشخاص المسنين على وجه الخصوص، أمرا يدخل ضمن الطابوهات في المجتمع.

إن وصم الأشخاص المصابين بأمراض عقلية هو في الواقع تمييز في حقهم وإنكار لحقوقهم الأساسية، كما أنه يشكل عقبة كبرى أمام علاجهم وإعادة اندماجهم في المجتمع. وبسبب الوصم أيضا تصعب معرفة العدد الحقيقي لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار بسبب عدول الأسر عن التبليغ بها.

وتؤدي الأحكام المسبقة والوصم في حق المرض العقلي إلى استمرار اللجوء إلى الممارسات والطقوس «التقليدية». وفي الوقت ذاته، فإن اللجوء إلى هذه الممارسات ليس نابعا فقط من الإيمان بالأمور الخارقة²⁹ فحسب، بل إنه يرجع أيضا إلى عدم قدرة فئات واسعة من السكان على الولوج إلى الطرق والبنى الحديثة للرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية.

أشكال التمييز والفوارق القائمة على الجنس تتركس هشاشة النساء

من عوامل الاختطار التي تجعل النساء أكثر هشاشة للإصابة بالاضطرابات النفسية، استمرار مختلف أشكال التمييز وعدم المساواة (في الفرص والدخل والحقوق) بينهن وبين الرجال في أبعادها المختلفة، وكذا العنف الممارس في حقهن وحق الفتيات القاصرات، والتي جرت دراستها بعمق في العديد من آراء المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي ومؤسسات أخرى.

وتتجلى أشكال هذا التمييز وعدم المساواة في عدد من المؤشرات نذكر منها:

- وتيرة تزويج القاصرات التي لا تزال مرتفعة جدا³⁰؛
- معدل عدم التمدد ومغادرة الدراسة أكثر حدة في صفوف الفتيات، خاصة انطلاقا من الطور الإعدادي، (12 سنة فما فوق)³¹؛
- النسبة العالية جدا للإناث ضمن فئة الأشخاص الموجودين خارج دائرة الشغل والتعليم والتدريب (NEET) والتي تبلغ 76.4 في المائة³²؛
- ضعف معدل نشاط النساء، إذ لا يتجاوز 22 في المائة خلال السنوات الأخيرة (المنديبية السامية للتخطيط)³³.

29 - El Ayadi Mohammed, Rachik Hassan, Tozy Mohamed , « L'islam au quotidien : enquête sur les valeurs et pratiques religieuses au Maroc. 2007

30 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، ما العمل أمام استمرار تزويج الطفلات بالمغرب، 2019

31 - UNICEF : Maroc rapport national sur les enfants non scolarisés (2015)

32 - Étude de l'ONDH : «La Situation des jeunes NEET au Maroc»

33 - المنديبية السامية للتخطيط، مذكرة إخبارية حول المميزات الأساسية للسكان النشيطين المشتغلين خلال سنة 2019

https://www.hcp.ma/Les-principales-caracteristiques-de-la-population-active-occupee-en-2019_a2463.html

2. أشكال الهشاشة المرتبطة بمراحل الحياة

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ثلثي الوفيات المبكرة وثلث عبء المرض العالمي لدى الأشخاص البالغين سببهما أمراض أو سلوكيات غير سليمة تم تبنيها خلال مرحلة الشباب.

الهشاشة القصوى للأطفال إزاء العنف داخل الأسرة وفي الوسط التعليمي من فترة الحمل إلى مرحلة المراهقة

يكون الطفل ضعيفاً هشاً لأنه لا يزال في طور التكون البيولوجي والنفسي والاجتماعي، وبصدد تطوير وسائل دفاعه الخاصة في بيئة تعرضه لأشكال مختلفة من الهيمنة غير المتكافئة. ويعتبر الأطفال المتخلى عنهم، والأطفال المحرومون من بيئتهم الأسرية، أو في وضعية إعاقة أو الذين يعيشون في الشارع هم الأكثر هشاشة. بحيث إن احتياجاتهم من الحماية تكون كبيرة وكيفية مواكبتهم معقدة.

وحسب تقديرات منظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسف)³⁴ فإن :

- أكثر من 13 بالمائة من المراهقين من الفئة العمرية 10-19 سنة مصابون باضطرابات عقلية تم تشخيصها وفق معايير منظمة الصحة العالمية لتصنيف الاضطراب العقلي؛

- ثمة 89 مليون فتى من الفئة العمرية 10-19 سنة و 77 مليون فتاة من الفئة العمرية نفسها مصابون باضطرابات عقلية؛

- تصل معدلات انتشار الاضطرابات التي تم تشخيصها إلى أعلى مستوى لها في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ومنطقة أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية (نسبة الانتشار في صفوف الفتيان تبلغ 17.3 في المائة و 16.8 لدى الفتيات)؛

- تشكل اضطرابات القلق والاكتئاب حوالي 40 بالمائة من الاضطرابات العقلية التي تم تشخيصها. أما الاضطرابات الأخرى فتشمل اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط، والاضطرابات السلوكية، والإعاقات الذهنية، والاضطراب الثنائي القطب، واضطرابات الأكل، وطيف التوحد، والفصام، ومجموعة من اضطرابات الشخصية.

وحسب المندوبية السامية للتخطيط، يُظهر تحليل معدلات انتشار العنف خلال الطفولة حسب الفئة العمرية للرجال أن 52 في المائة من الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 34 سنة قد تعرضوا لشكل من أشكال العنف الجسدي و/أو الجنسي قبل سن 15، منهم 4 في المائة تعرضوا لاعتداء جنسي، وتصل هذه النسبة إلى 45 في المائة في صفوف الرجال الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فأكثر، (2 في المائة منهم تعرضوا لاعتداء جنسي)³⁵. وهكذا، تشير هذه النتيجة، إلى ارتفاع نسبة انتشار العنف ضد الأطفال في المجتمع، بما في ذلك الاعتداء الجنسي³⁶.

لقد أضحى من الثابت اليوم أن أول 1000 يوم من حياة الطفل، بما في ذلك فترة ما قبل الولادة، تعتبر مرحلة حاسمة بالنسبة للسنوات الموالية على مستوى تطوره الحسي والمعرفي والحركي وتنشئته الاجتماعية. وفي هذه المرحلة، يكون الطفل محتاجاً أكثر ما تكون الحاجة إلى بيئة آمنة لينمو بشكل مناسب³⁷.

34 - منظمة اليونسيف، حالة أطفال العالم 2021

https://www.unicef.org/media/115606/file/SOWC_20_20%21_20%full_20%report_20%Arabic.pdf

35 - المندوبية السامية للتخطيط، مذكرة حول العنف ضد النساء والفتيات، البحث الوطني حول العنف ضد النساء والرجال 2019

36 - انظر الملاحق

ومن المؤكد أن العنف الجسدي والنفسي ضد المرأة الحامل ينطوي على خطر إصابة الجنين بأذى مباشر جراه، غير أن ضرر هذا العنف يكمن أساسا في تأثيره غير المباشر على الجنين بسبب التغيرات الفيزيولوجية والبيولوجية التي تحدث للأم المعنفة³⁸، بحيث يعيش الجنين الضغط والتوتر الذي يطال أمه.

وبعد الولادة، يؤثر أي اضطراب في العلاقة بين الأم والطفل تأثيرا سلبيا على الطفل. ومن بين تلك الاضطرابات نذكر اكتئاب ما قبل الوضع وبعده، الذي يطال نسبة تتراوح بين 10 و15 في المائة من الأمهات في العالم، والذي له تأثير كبير على رفاه الأمهات وأطفالهن³⁹. وقد كشفت دراسة مغربية أجريت على عينة من 144 امرأة، أن معدل انتشار اكتئاب ما بعد الوضع في صفوف المستجوبات بلغ 6.9 في المائة بعد 6 أسابيع و11.8 في المائة بعد 6 أشهر و5.6 في المائة بعد 9 أشهر⁴⁰.

ولا تزال هذه الأشكال من الاكتئاب غير معروفة ولا يتم تشخيصها بشكل جيد وبالتالي لا تحظى بما يكفي من الرعاية والتكفل. وحسب المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة برسم 2018⁴¹، فقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي حصلن على رعاية طبية بعد الولادة 22 في المائة فقط. كما أبرز هذا المسح أن السببين الرئيسيين لهذه النسبة الضعيفة هما غياب المضاعفات الصحية (70.9 في المائة) والجهل بأهمية الاستشارة الطبية بعد الوضع (15 في المائة).

خلال سنوات الطفولة، التي تعتبر فترة ذات أهمية قصوى في نمو الشخصية وتطورها، يمكن أن يؤدي العنف الجسدي والنفسي إلى حالة من القلق والاكتئاب لدى الأطفال الصغار، والتي تتجلى في عدد من الاضطرابات في السلوك والمزاج واضطرابات التعلم، وعدم القدرة على تحمل الشعور بالإحباط، والعدوانية، والانطواء على الذات، والسلبية، والخجل المفرط، والخوف من البالغين، والتخوف، واضطرابات التعلق، وغير ذلك. وقد يواجه الأطفال ضحايا العنف أيضا صعوبات في تحديد الانفعالات والمشاعر، وبالتالي صعوبات في العلاقات الاجتماعية، وقد يكونون عرضة لخطر تبني أنماط عنيفة في حل النزاعات والتفاعل الاجتماعي⁴².

ويعتبر العنف داخل الأسرة والعنف في الوسط التعليمي المظهران الرئيسيان للعنف الذي يقع ضحيته الأطفال، ولهما آثار ضارة عليهم. وكشف البحث الوطني حول العنف ضد النساء والفتيات، المنجز من لدن المندوبية السامية للتخطيط أن 58.8 في المائة من حالات العنف الممارس ضد النساء يكون في الفضاء الزوجي⁴³.

وفي حالة العنف الزوجي، وفضلا عن خطر تعرضهم لإصابة مباشرة، فإن الأطفال الذين ينشأون في جو تتعرض فيه ظله أمهاتهم للعنف، لا يكونون شهودا سلبيين لا حول لهم إزاء هذا العنف فحسب، وإنما يصبحون أيضا ضحايا له، وذلك بسبب الضغط والتوتر النفسي الذي يولده لديهم⁴⁴. ويمكن أن يؤدي الضغط الشديد

38 - Roger Henrion , Les femmes victimes conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la Santé. La Documentation française, 2001

39 - Catherine Agbokou; Florian Ferreri; Philippe Nuss et Charles-Siegfried Peretti, « Clinique des dépressions maternelles posnatales », EMC - Psychiatrie, Vol. 8, N° 4, 2011

40 - Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. Archives of Women's Mental Health. 2005 May;Vol 8 N°1:37-43. doi: 10.1007/s00737-005-0069-9. Epub 2005 May 4. PMID: 15868390.

41 - وزارة الصحة، المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة، 2018

[https://www.sante.gov.ma/Documents/2021/05/Enqu%C3%AAt%20Nationale%20sur%20la%20Population%20et%20la%20Sant%C3%A9%20Familiale%202018%20\(%C3%A9dition%20Mars%202020\)\(version%20Arabe\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Documents/2021/05/Enqu%C3%AAt%20Nationale%20sur%20la%20Population%20et%20la%20Sant%C3%A9%20Familiale%202018%20(%C3%A9dition%20Mars%202020)(version%20Arabe).pdf)

42 - « Les 1000 premiers jours, là où tout commence ». Rapport de la Commission des 1000 premiers jours, Septembre 2020. Ministère de la Santé et des Solidarités (France)

43 - المندوبية السامية للتخطيط، مذكرة حول العنف ضد النساء والفتيات، البحث الوطني حول العنف ضد النساء والرجال 2019
https://www.hcp.ma/Note-sur-les-violences-faites-aux-femmes-et-aux-filles_a2627.html

44 - يحيل مفهوم الإجهاد على المجهود الذي يتم القيام به على المستوى العاطفي والعائلي والفيزيولوجي الحيوي من أجل التكيف مع المواقف الصعبة

والمتمكرر إلى حالة من المعاناة الشديدة التي تتجاوز قدرتهم على التأقلم مع الضغوط. وتظهر العديد من الأعمال العلمية⁴⁵ أن الضغط، لا سيما خلال فترة الطفولة، له تأثيرات على تشكيل الهندسة الدماغية على المستوى العصبي وكذا المشبك العصبي، مع تأثيرات كبيرة بعيدة المدى على التطور والسلوك والإدراك والقدرات العلائقية والعاطفية والتعلمية. وقد تطوي على مخاطر الإصابة بأمراض نفسية على المدى الطويل، حسب درجات الهشاشة المكتسبة ومسارات النمو الفردية.

وحسب نتائج البحث الوطني حول العنف ضد النساء والفتيات فقد صرحت حوالي 16 في المائة من النساء ضحايا العنف الزوجي بأن أطفالهن، الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 18 سنة، يعانون من مشاكل صحية، خاصة ذات طبيعة نفسية وسلوكية : العزلة والحزن، الرعشة، نوبات القلق أو الصرع، الكوابيس، التبول اللاإرادي، العدوانية، الانحراف، التراجع الدراسي والتغيب عن المدرسة، الهروب⁴⁶. وهناك أيضا خطر الانتقال الجيلي للصددمات النفسية، بسبب التعرض لسوء المعاملة و/ أو العنف بين الأشخاص والعنف المنزلي⁴⁷.

بعد مرحلة الطفولة، تأتي مرحلة المراهقة والتي تستمر، من منظور نمو الدماغ، حتى سن 25 سنة⁴⁸. وتعتبر هذه الفترة حاسمة بالنسبة لصحة الإنسان. فعلى الصعيد العالمي، تشير التقديرات إلى أن 70 في المائة من وفيات البالغين بسبب الأمراض غير المعدية مرتبطة بعوامل اختطار بدأت في مرحلة المراهقة، وأن 50 في المائة من اضطرابات الصحة العقلية في مرحلة البلوغ تظهر قبل سن 14 سنة، ومعظمها لا يتم تشخيصه ولا معالجته⁴⁹. فهؤلاء «الشباب» مهددون بالمعاناة النفسية. وتزداد حدة معاناة هؤلاء الشباب عندما تكون آفاقهم المستقبلية غامضة وعندما يعيشون حالة من الفراغ الدائم.

تعرض الأطفال للعنف في الوسط التعليمي

ولا يتسبب العنف في الوسط التعليمي أو ما يسمى بالعنف «التربوي»⁵⁰ في التوتر والخوف لدى الطفل فحسب، بل يمكن أن يؤثر أيضاً بشكل مباشر على قدرته على التعلم بسبب فقدانه تقدير الذات والثقة في النفس، والحال أنهما عاملان مهمان لتحقيق النجاح الدراسي والمهني. ويُلحق هذا العنف التربوي دائماً الضرر بالطفل، كما أنه يأتي بنتيجة عكسية للهدف المتوخى منه، لا سيما وأن بعض الأطفال الذين نلمس فيهم تقاعسا عن الدراسة هم يعانون في الواقع من مشاكل حسية أو إدراكية لم يتم تشخيصها⁵¹.

وقد تعرض أكثر من 22% من التلميذات والطالبات لواحد أو أكثر من أشكال العنف في مؤسسات التعليم والتكوين⁵². وحسب المسح العالمي بالوسط المدرسي حول صحة التلاميذ «GSHS»⁵³ (المغرب 2016)⁵⁴ فإن 13.6 في المائة من التلامذة (عينة مكونة من 6745 من التلامذة المتراوحة أعمارهم بين 13

45 - Lupien S J, McEwen B.S., Gunnar MR, Heim C, Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nature Reviews Neuroscience, 2009. 10: p. 434-445

46 - المندوبية السامية للتخطيط، مذكرة حول العنف ضد النساء والفتيات، البحث الوطني حول العنف ضد النساء والرجال 2019 https://www.hcp.ma/Note-sur-les-violences-faites-aux-femmes-et-aux-filles_a2627.html

47 - Anna Maria Nicolò, Eleonora Strinati, « Transmission du traumatisme et défense transpersonnelle dans la famille », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Vol. 38, n° 1, 2007, pp. 61-79.

48 - Joseph Campellone, Raymond Kent Turlay, Understanding the Teen Brain, University of Rochester Medical Center.

49 - جلسة إنصات مع القطاع الوزاري المكلف بالصحة بتاريخ 24 نونبر 2021

50 - UNESCO, Analyse de la situation de la violence en milieu scolaire au Maroc, 2017 : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000261066>

51 - جلسة إنصات لتحالف الجمعيات العاملة في مجال إعاقة التوحد بالمغرب بتاريخ 09 يونيو 2021

52 - المندوبية السامية للتخطيط، مذكرة حول العنف ضد النساء والفتيات، البحث الوطني حول العنف ضد النساء والرجال 2019

53 - Global school-based student health survey (Enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire)

54 - Ministère de la santé : Maroc 2016: Rapport de l'Enquête Mondiale sur la Santé des Elèves (GSHS) Global School-based Student Health Survey

و17 سنة) أقدموا لمرة أو أكثر على محاولة الانتحار خلال الاثني عشر شهرا السابقة لإجراء البحث، و16 في المائة من التلامذة فكروا بجدية في الانتحار خلال الفترة نفسها. وتعتبر هذه النسبة أكثر حدة لدى الفتيات من الفتيان (17.9 في المائة و14 في المائة على التوالي). 64.1 في المائة من المستجوبين الذين سبق وأن تناولوا المخدرات، صرحوا أنهم كانوا في سن 14 سنة عندما قاموا بتعاطي المخدرات لأول مرة. 6.5 في المائة تعاطوا الحشيش مرة واحدة أو أكثر خلال حياتهم. 7.8 في المائة من التلامذة المشمولين بالبحث سبق وأن استهلكوا الأمفيتامينات أو الميثامفيتامينات. 31.6 في المائة من التلامذة أصيبوا بجرح بليغ (37.7 لدى الفتيان و23.7 لدى الفتيات). 23.3 في المائة تعرضوا للمهاجمة لمرة أو أكثر. 38.5 في المائة تعرضوا للمضايقة أو الاستقواء ليوم أو أكثر خلال الثلاثين يوماً السابقة للبحث.

من جهة أخرى، أوضحت التكنولوجيا الرقمية تحتل مكانة بارزة في حياتنا. ويلاحظ أن الأنترنت ووسائل الإعلام الرقمية وشبكات التواصل الاجتماعي ملأى بالمحتويات السلبية، كما أن مضامين وطبيعة التواصل عبر الشبكة العنكبوتية تثير العديد من الإشكاليات بما في ذلك تلك المتعلقة بالعنف الإلكتروني، سواء اللفظي أو المرئي، والتحرش الإلكتروني، والتشهير الإعلامي (أو السحل الإعلامي)، إلخ، والتي يمكن أن تكون لها آثار ضارة بالصحة العقلية ورفاه الأفراد (القلق والاكتئاب، إلخ) خاصة الأطفال.

التقدم في السن ومشاكل الصحة العقلية المرتبطة به

في تحديد فئة الأشخاص المسنين هناك عامل مهم من عوامل الهشاشة ألا وهو سن الخروج من الحياة المهنية مع كل ما يمكن أن يتولد عن ذلك من تبعات اقتصادية واجتماعية ونفسية، في مرحلة معينة من الحياة يتسارع فيها إيقاع الشيخوخة، وما يصاحب ذلك من مشاكل صحية، وتزايد التبعية للغير.

هذا، وتعتبر الاضطرابات العقلية لدى المسنين المسبب الأول للإصابة بالأمراض والمسؤولة عن 6.6 في المائة من مجموع حالات العجز الكلي المرتبط بالتقدم في العمر⁵⁵. كما ينجم عن تدهور الحالة الصحية للمسنين انعكاسات اجتماعية واقتصادية على كل من:

- المساعدين الطبيعيين أو المساعدين العائليين، بحيث إنهم معرضون بشدة إلى الإصابة بالاكتئاب، ويحتاجون من ثمة للمواكبة؛
- ميزانية الأسر؛
- منظومة الرعاية الصحية: للتكفل المادي بشخص مسن، حسب درجة استقلالته، انعكاسات اقتصادية مهمة.

بين سنتي 2004 و2021 تضاعف تقريباً عدد السكان المغاربة الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة، حيث ارتفع من 2.4 مليون إلى 4.3 مليون⁵⁶. وقد انتقلت نسبة السكان البالغين من العمر 60 سنة من إجمالي الساكنة، من 6.3 في المائة سنة 1960 إلى 11 في المائة سنة 2018. ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى 15.4 في المائة سنة 2030⁵⁷.

هذه الدينامية الديمغرافية المتجهة نحو شيخوخة السكان تقتضي اتخاذ تدابير استباقية على المستوى الصحي، ولا سيما الصحة العقلية والحماية الاجتماعية للمسنين.

55 - منظمة الصحة العالمية، الصحة النفسية وكبار السن، 2017

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

56 - الحسابات الوطنية للصحة 2018

57 - Fonds des Nations Unies pour la Population, Population et Développement au Maroc (<https://morocco.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Population%20et%20D%2B%C2%ACveloppement%20au%20Maroc.pdf>).

3. الهشاشة المرتبطة بوضعيات الإعاقة

اعتمد تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول احترام حقوق وإدماج الأشخاص في وضعية إعاقة⁵⁸ المقاربة الحقوقية التي تجعل من الإعاقة تفاعلاً ديناميكياً بين الحالة الصحية والعوامل الظرفية، سواء كانت شخصية أو بيئية. ويشكل هذا النموذج الإطار المفاهيمي الوارد في «التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة»، المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية في سنة 2001. واعتبر التقرير أن النموذج المفاهيمي المعتمد في المغرب أصبح متجاوزاً ويساهم في استمرار الحواجز الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تعرقل تحقيق المشاركة الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة.

بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة، فإن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية إما أن تعزز ولوجهم إلى الحقوق والعدالة والتعليم والشغل والعلاجات الصحية والسكن ووسائل النقل والأماكن العمومية، وإما أن تؤدي، على العكس من ذلك، إلى عرقلة الولوج إلى تلك الحقوق. ويعتمد هذا الجانب بشكل كبير على عمل السلطات العمومية ومضمون السياسات المنفذة في هذا المجال. وقد تمت بلورة القانون الإطار رقم 97.13 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها من أجل الاستجابة لهذه الإشكاليات. وكان المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي قد أصدر رأياً حول هذا القانون الإطار⁵⁹ أوصى فيه بشكل خاص باتخاذ عدد من التدابير في مجال الرعاية الطبية والتغطية الصحية الملائمين لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة. وتجدر الإشارة إلى أن مستوى تفعيل هذا القانون الإطار يظل ضعيفاً، لا سيما وأن نصوصه التطبيقية لم تصدر بعد.

4. المخاطر المرتبطة بشكل خاص بالوسط الأسري

اختلالات العلاقة بين الوالدين والأبناء

يعتبر الوسط العائلي بالنسبة للطفل الفضاء الأول للتعلم والتشئة الاجتماعية، ويكون الوالدان هما المسؤولان الأولان عن تعليم أطفالهما وحمايتهم. لكن، التحولات الاجتماعية والمجتمعية⁶⁰ قد تنعكس على الأسر⁶¹ بحيث لا تترك لها دائماً الوقت للتكيف مع المشاكل والتفاعل بشكل مناسب معها، لا سيما فيما يتعلق بحماية الأطفال وتعليمهم. كما أن تلك التحولات قد تتسبب في تعميق الاضطرابات النفسية والسلوكية في العلاقات بين الوالدين والأطفال (dysparentalité)⁶². ورغم أن هذا الأمر ليس بالظاهرة الجديدة، إلا أن فهمه وتعبده وضرورة إدماجه في السياسات المتعلقة بتعليم وحماية الطفل أصبح اليوم مطروحا بحدّة.

التفكك الأسري

يمكن لأي أسرة أن تعاني من اختلال وظيفي، بمعنى أن تسودها علاقات وتفاعلات من شأنها أن تضر بأفرادها. في هذا النوع من الأسر، تكثر النزاعات، ويسود العنف اللفظي والجسدي والنفسي، ويكثر أن تجد أحد الوالدين أو كلاهما مدمنا على الكحول أو المخدرات، أو قد يعاني من اضطراب عقلي. لذلك، فإن هذه الأسر لا يمكن أن توفر الحماية للأطفال.

58 - تقرير صادر في يوليوز 2012

59 - رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول مشروع القانون رقم 97.13 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها، إحالة رقم 15/2015

60 - Jamal Khalil (dir.), Familles et dynamiques contemporaines, Casablanca, LADSI, 2021; IRES, Rapport de l'enquête nationale sur le lien social au Maroc, 2012.

61 - من قبيل التحول نحو الأسرة النووية، بل وتوجهها نحو نوع من التفكك، وتطور أنماط الحياة والاستهلاك، وتطور العلاقات بين الرجل والمرأة، وتأخر سن الزواج، وآثار الدينامية العمرانية المتسارعة، وضعف أنظمة الحماية الاجتماعية، وعدم الاستقرار المهني، والعمولة، والرقمنة، وتفاقم الفوارق ...

62 - Jean-Pierre CAMBEFORT : DYSPARENTALITE, ALIENATION PARENTALE ET MESALLIANCE A LA REUNION

وغالبا ما يكون لهذه الاختلالات التي تعترى الأسرة تأثير دائم على الصحة العقلية لأفرادها، سواء كانوا ضحايا أو شهودا، ومما يزيد من وطأتها كونها تجري في فضاء خاص، أي خلف الأبواب الموصدة للمنزل.

في المغرب، رغم ان أطباء الأمراض العقلية والمتخصصين في علم النفس السريري والجمعيات العاملة في مجال رعاية أطفال الشوارع والأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم والأطفال ضحايا الاغتصاب وزنى المحارم والنساء ضحايا العنف، وغيرهم، على اطلاع جيد بوجود حالات لاختلالات العلاقات بين الوالدين والأطفال والاختلالات الأسرية، غير أنه لا توجد معطيات وطنية حول حجم ونطاق هذه الإشكاليات.

5. المخاطر النفسية-الاجتماعية في الوسط المهني

يعرّف المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي بفرنسا المخاطر النفسية-الاجتماعية (PSR) على أنها مزيج من عدد كبير من المتغيرات التي تتقاطع فيها الأبعاد الفردية والجماعية والتنظيمية للنشاط المهني، مما يفسر الطابع المعقد والمركب في كثير من الأحيان لتلك المخاطر⁶³.

أما المخاطر النفسية-الاجتماعية الأكثر شيوعا في أماكن العمل فهي: الإجهاد والتحرش المعنوي والإرهاق والعنف والاعتداء. وتتسبب تلك المخاطر، من ضمن عوامل أخرى، في العديد من الأمراض مثل اضطرابات النوم والاكْتئاب والاضطرابات العضلية الهيكلية والأمراض النفسية-الجسدية.

وتختلف طبيعة ونطاق تأثير المخاطر النفسية-الاجتماعية باختلاف القطاعات والأنشطة الاقتصادية، على اعتبار أن لكل قطاع إكراهاته الخاصة: توقيت وساعات العمل، العلاقة مع الزبناء، انعدام الأمان الوظيفي، ونمط التدبير المعتمد، إلخ.

وقد أصدر المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي مؤخرا رأيا حول الصحة والسلامة في العمل⁶⁴، سلط فيه الضوء على عدد من أوجه الهشاشة والقصور التي ينبغي تجاوزها من أجل تقليص المخاطر النفسية-الاجتماعية في الوسط المهني. ومن بين هذه النقاط نذكر ما يلي :

- غياب مقتضيات قانونية حول التحرش المعنوي في أماكن العمل؛

- قلة توفر الموارد البشرية المؤهلة في تخصص طب الشغل

وقد مكنت مخرجات جلسات الإنصات المنظمة في إطار هذه الدراسة مع مكتب العمل الدولي والاتحاد العام لمقاولات المغرب والنقابات، من تأكيد هذه الملاحظات.

وتُعرّف منظمة العمل الدولية إجهاد العمل بكونه الأذى النفسي والبدني الناجم عن اختلال التوازن بين متطلبات العمل وبين ما يملكه الأفراد من قدرات وموارد للتعامل معها. ويكمن الوضع الأمثل في حرص إدارة المؤسسة على جعل متطلبات العمل ملائمة لقدرات وموارد العاملين، وذلك حفاظا على صحتهم العقلية وتعزيزا لرفاههم.

ويمكن أن يؤدي التعرض المتكرر للإجهاد في العمل إلى ظهور الاضطرابات العقلية، كما يمكن أن يؤدي إلى درجات قصوى من الإجهاد، وإلى الإنهاك أو ما يسمى «الاحتراق المهني» (burn-out)⁶⁵. كما يؤدي الإجهاد في العمل إلى انعكاسات سلبية كبيرة على المردودية:

63 - <https://www.inserm.fr>

64 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، إحالة ذاتية، الصحة والسلامة في العمل: دعامة أساسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، 2020.

65 - جلسة إنصات مع منظمة العمل الدولية 15 دجنبر 2021

- التغيب أو الحضور المفرط لمقر العمل؛
- اضطرابات في علاقات الشغل؛
- ضعف الحافز للعمل؛
- تراجع مستوى الرضا والإبداع؛
- عدم استقرار الموارد البشرية؛
- التقليلات الداخلية وإعادة التوجه المهني؛
- تضرر صورة المؤسسة.

تقدر الخسائر التي تتكبدها إنتاجية الاقتصاد العالمي جراء حالات الاكتئاب والقلق في العمل بمليار دولار أمريكي.⁶⁶

وفي سنة 2002، قدرت المفوضية الأوروبية⁶⁷ تكلفة الإجهاد المرتبطة بالعمل في 15 دولة من دول الاتحاد الأوروبي بـ 20 مليار أورو سنوياً.

وفي 2006-2005، كلف الاكتئاب واضطرابات القلق الناجمة عن الإجهاد المرتبط بالعمل بريطانيا أكثر من 530 مليون جنيه إسترليني. وأشار تقرير المخاطر النفسية والاجتماعية بأوروبا⁶⁸ إلى أن:

- 25 في المائة من العاملين يعانون من الإجهاد مرتبطة بالعمل طيلة أو معظم أوقات عملهم؛
- صرح 25 في المائة من العاملين أن للعمل آثاراً سلبية على صحتهم؛
- 80 في المائة من الأطر قلقون من إجهاد العمل؛
- 20 في المائة يعتبرون أن العنف والتحرش يشكلان مشكلة كبرى.

وخلال فترة انتشار جائحة كوفيد-19 كشفت دراسة لمنظمة العمل الدولية⁶⁹ أن 65 في المائة من المقاولات المشمولة بالبحث صرحت أنها وجدت صعوبة في المحافظة على معنويات العاملين في مستوى جيد خلال مدة العمل عن بعد. كما لوحظ أنه ظهرت على عامل واحد من أصل كل خمسة عاملين عبر العالم أعراض الاكتئاب والقلق خلال هذه الفترة.⁷⁰

إن اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 190 بشأن القضاء على العنف والتحرش في عالم العمل، والتوصية رقم 206 اللتان تتضمنان معايير جديدة وتقران بحق كل إنسان في عالم شغل خال من العنف والتحرش، وتحددان إطاراً واضحاً ومشتركا من أجل الوقاية من ظاهرة العنف والتحرش في عالم الشغل والقضاء عليها، وفق مقاربة شاملة ومندمجة ومراعية للنوع الاجتماعي.

وتجدر الإشارة إلى أن المغرب لم يصادق بعد على هذه الاتفاقية، كما لم يصادق على العديد من اتفاقيات

66 - المصدر نفسه

67 - Commission européenne, Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, 2002.

68 - Eurofound and EU-OSHA (2014), Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention, Publications Office of the European Union, Luxembourg

69 - ILO, Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic, 2020: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_748638.pdf

70 - جلسة إنصات مع منظمة العمل الدولية بتاريخ 15 دجنبر 2022

أخرى متعلقة بالسلامة والصحة في أماكن العمل (لا سيما الاتفاقيات رقم 161 و167 و184).

من جهة أخرى، حُصصت مقتضيات الكتاب الثاني من مدونة الشغل إلى ظروف الشغل، مع إيلاء أهمية خاصة للأطفال القاصرين والنساء، لاسيما الحوامل، والأشخاص في وضعية إعاقة، والوقاية من حوادث الشغل، وكذا طب الشغل. وإذا كانت مقتضيات مدونة الشغل تغطي عموماً مسألة حماية سلامة العاملين وصحتهم البدنية، إلا أنها لا تشير صراحة إلى الاضطرابات النفسية ولا إلى التحرش المعنوي.

وعلى غرار الكثير من البلدان الأوروبية⁷¹، فإن الاضطرابات النفسية ليست مدرجة بعد ضمن قائمة الأمراض المهنية الجاري بها العمل في المغرب حالياً⁷².

إشكالية قياس وضعية الصحة العقلية

لا يوجد حالياً مؤشر دولي موحد لقياس الصحة العقلية، كما أنه ليس هناك إطار مرجعي عالمي لمؤشرات الصحة العقلية. لكن، وبالنظر إلى وجود تقارب بين مفهومي الصحة العقلية والرفاه⁷³، فقد يكون من المفيد الإشارة إلى بعض مؤشرات قياس مستوى الرفاه المعمول بها، من قبيل: المؤشر الأسترالي⁷⁴ الموحد لقياس مستوى الرفاه، والذي يقيس جودة الحياة من خلال الرفاه على الصعيد الشخصي وكذا الرفاه على المستوى الوطني؛ مقياس الرفاه النفسي، الذي يعمل على تقييم الوضع النفسي الإيجابي⁷⁵؛ مقياس الرفاه الاجتماعي، الذي يقيس ازدهار الأفراد في حياتهم الاجتماعية من خلال مؤشر الرفاه المعتمد في إطار المسح الاجتماعي الأوروبي (ESS)، والذي يتضمن 54 مؤشراً يتعلق بالرفاه العاطفي والنفسي والاجتماعي⁷⁶.

في المغرب، لا يتم قياس وضعية الصحة العقلية ولا مستوى الرفاه. والحال أن قياس الصحة العقلية مع إدراج مختلف مكونات الرفاه العاطفي والنفسي والاجتماعي، من شأنه أن يمكن من تقييم المستوى العام للصحة العقلية للسكان، وإجراء دراسات وبحوث تسمح بالتعرف بشكل أفضل على المحددات الرئيسية للصحة العقلية والعوامل الكفيلة بتعزيزها، وكذا تقدير مخاطر الإصابة بالاضطرابات العقلية وتقييم تأثير تدابير النهوض والوقاية المتخذة في هذا المجال.

71 - Rapport d'étude Eurogip : Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail? Février 2013. Ref.Eurogip-81F

72 - قرار لوزير التشغيل والشؤون الاجتماعية رقم 160.14 صادر في 19 من ربيع الأول 1435 (21 يناير 2014) بتغيير وتتميم قرار وزير التنمية الاجتماعية والتضامن والتشغيل والتكوين المهني رقم 919.99 الصادر في 14 من رمضان 1420 (23 ديسمبر 1999) المتعلق بتطبيق الظهير الشريف الصادر في 26 من جمادى الأولى 1362 (31 ماي 1943) الممتدة بموجبه إلى الأمراض المهنية مقتضيات القوانين التشريعية المتعلقة بالتعويض عن حوادث الشغل. الجريدة الرسمية عدد 6303 المنشورة بتاريخ 27 أكتوبر 2014 (الصفحة العربية)

73 - Corey Lee M. Keyes, "Social Well-Being", Social Psychology Quarterly, Vol. 61, No. 2, Jun. 1998, pp. 121-140.

74 - <https://www.australianunity.com.au/about-us/wellbeing-index>

75 - <https://sparqtools.org/mobility-measure/psychological-wellbeing-scale/>

76 - <http://www.esswellbeingmatters.org/>

III. الاضطرابات العقلية بالمغرب

تتمثل أعراض الاضطراب العقلي في ما يلي:

1. علامات تغيير، يمكن أن يلاحظها المقربون في سلوك الشخص المصاب؛
2. أعراض يشعر بها الشخص نفسه⁷⁷.

تتعدد أسباب الاضطرابات النفسية وتختلف من اضطراب إلى آخر. وقد تكون تلك الأسباب مجهولة أو مرتبطة بعوامل وراثية أو عوامل بيولوجية عصبية. وتندرج الاضطرابات العقلية اليوم ضمن تصنيفين دوليين، هما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المعروف بالاختصار العلمي (SDSM)⁷⁸ والمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة (CIM-11)⁷⁹. ويعتمد تشخيص الأمراض العقلية على طبيعة الاضطراب وعلى الشخص المصاب وعلى العوامل المرتبطة بالاضطراب. وتتسم بعض الاضطرابات بكونها عابرة، في حين أن البعض الآخر قد يستمر مدى الحياة وقد تتجم عنها إعاقة شديدة. كما أن مستوى القدرة أو العجز قد يختلف باختلاف مجالات الحياة. وعلاوة على ذلك، يختلف تشخيص الاضطرابات التي تعتبر خطيرة وشديدة التعقيد من حالة إلى أخرى.

1. نطاق انتشار الاضطرابات العقلية

يُعتبر «المسح الوطني حول انتشار الاضطرابات النفسية وسط عموم السكان» (2003-2006) الذي أنجزته وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، البحث الوطني الوحيد المتعلق بالاضطرابات العقلية. وأظهر هذا البحث أن 48.9 في المائة من المواطنين والمواطنات الذين شملهم البحث، المتراوح أعمارهم بين 15 عاماً فما فوق، تعرضوا لواحد على الأقل من 25 اضطراباً طفيفاً أو كبيراً جرى فحصه، مع تسجيل معدل انتشار أكبر في صفوف النساء، وكذا وسط الشباب ممن يمتلكون مستوى دراسياً ضعيفاً أو ليس لهم أي مستوى دراسي وممن لا يزالون نشاطاً مهنيّاً قاراً.

وتقدر نسبة انتشار الاكتئاب وسط عموم السكان بـ 26.5 في المائة، بينما تمثل اضطرابات القلق 9 في المائة، والاضطرابات الذهانية 5.6 في المائة، بينما أبدى 6.5 في المائة أفكاراً انتحارية (ذات شدة خفيفة: 84.6 في المائة، متوسطة: 9 في المائة، مرتفعة: 6.5 في المائة).

وقد خلص بحث سابق اشتمل على عينة تمثيلية على مستوى مدينة الدار البيضاء⁸⁰ إلى نفس النسب المئوية المسجلة بالنسبة لاضطرابات القلق.

77 - <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/maladie-mentale>

78 - الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) تُصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وقد بلغ طبعته الخامسة

79 - التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة (CIM) (International Classification of Diseases) : خصص بابه السادس للاضطرابات العقلية والسلوكية واضطرابات النمو العصبي. ويصدر هذا التصنيف من قبل منظمة الصحة العالمية ويُستخدم في جميع أنحاء العالم لرصد أسباب المَرَاضة والوفيات التي تتعلق بمجال الطب، والجدير بالذكر أن المراجعة الحادية عشرة لهذا التصنيف جرى اعتمادها في ماي 2019 ودخلت حيز التنفيذ في فاتح يناير 2022.

80 - N. Kadri et coll. 2007 : <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/6>

ويؤكد الفاعلون (القطاع الوصي، مهنيو الصحة) أن الأرقام الواردة في هذا البحث تتوافق مع الاتجاهات الدولية بهذا الخصوص⁸¹.

يذكر أن السلوكيات الإدمانية، التي تعتبرها التصنيفات الدولية شكلاً من أشكال الاضطرابات العقلية، تعد ظاهرة متفشية ومتعددة الأشكال. وفي هذا الصدد، تبرز المؤشرات⁸² المتعلقة بالمغرب ما يلي :

- حسب معطيات سنة 2005، فإن حجم تعاطي المواد ذات التأثير النفسي والعقلي يقدر بـ 4.1 في المائة، وأن الاستهلاك المفرط للمخدرات والإدمان عليها يقدر بـ 3 في المائة، وأن الإفراط في استهلاك الكحول يناهز 2 في المائة. وحسب دراسة إقليمية أُنجزت في سنة 2016، فإن عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن في المغرب قُدِّرَ بـ 18.500 شخص؛ مع تسجيل معدل انتشار مرتفع في صفوف الأشخاص المصابين بداء فقدان المناعة المكتسب (11.4 في المائة)، والالتهاب الكبدي «ج» (57 في المائة).

- يوجد في المغرب 6 ملايين مدخن، منهم 5.4 ملايين من البالغين ونصف مليون من القاصرين دون سن 18 سنة. ويتم استهلاك 15 مليار سيجارة كل سنة، علماً أن محتوى السجائر في المغرب من النيكوتين والمواد السامة أعلى من الكمية الموجودة في السجائر المرخصة بأوروبا. كما أن 35.6 في المائة من الساكنة معرضة للتدخين.

- إن تعاطي المؤثرات العقلية في صفوف المراهقين المتدربين لا يقل خطورة، بحسب آخر البحوث التي أنجزتها وزارة الصحة حول هذا الموضوع⁸³. وفي هذا الصدد، يبلغ معدل انتشار تعاطي التبغ 9 في المائة⁸⁴، وتبلغ هذه النسبة 7.9 في المائة في صفوف التلامذة المتراوحة أعمارهم بين 13 و17 سنة، علماً أن 63.3 في المائة منهم بدأوا التدخين قبل بلوغ سن 14. وصرح 9 في المائة من المستجوبين أنهم استهلكوا القنب الهندي مرة واحدة على الأقل في حياتهم (64 في المائة بدأوا في استهلاكه قبل بلوغ سن 14). وأفاد 13.3 في المائة من المستجوبين أنه سبق لهم أن جربوا استخدام الكحول، بينما صرح 5 في المائة منهم أنه سبق لهم استهلاك المؤثرات العقلية. كما أن 1.4 في المائة منهم سبق لهم استهلاك الكوكايين.

- حسب تقديرات الفاعلين في مجال ألعاب الرهان، فإن ما بين 2.8 إلى 3.3 مليون شخص يمارسون ألعاب الرهان والقمار في بلادنا، علماً أن 40 في المائة منهم يعتبرون معرضين لخطر الإفراط في اللعب المضربهم.

- تنامي الاستخدام المَرَضِي للشاشات وألعاب الفيديو والأنترنت في بلادنا. لكن لا يزال نطاق وتأثير هذه الإشكالية غير معروف بالقدر الكافي. وقد أظهرت دراسة وبائية تم إجراؤها سنة 2020 على عينة تضم 800 من تلامذة المستوى الإعدادي تتراوح أعمارهم بين 13 و19 سنة بمدينة الدار البيضاء، أن 40 في المائة يستخدمون الأنترنت بشكل يخلق لهم العديد من المشاكل وأن حوالي 8 في المائة يوجدون في وضعية إدمان.

81 - Driss Moussaoui, « La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies », L'Encéphale, (2007) Supplément 4, S125-S126 : <https://www.encephale.com/content/download/86395/1487222/version/1/file/main.pdf>

82 - تقرير أصدره المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي مؤخراً بعنوان «مواجهة السلوكيات الإدمانية: واقع الحال والتوصيات»، 2021
83 - بحث المشروع المدرسي للبحر الأبيض المتوسط حول الكحول والمخدرات الأخرى (MedSPAD) بالمغرب، 2017، المسح الصحي العالمي لطلبة المدارس (GSHS)، 2016.

84 - خلال الاثنتي عشر شهراً التي سبقت إنجاز البحث.

من ناحية أخرى، وعلى الرغم من وجود استراتيجية وطنية لمكافحة الإدمان وتسجيل المملكة لتقدم في هذا الشأن مقارنة بدول المنطقة، فإن التدخلات المنسقة تظل ضعيفة والسياسات العمومية محدودة وغير كافية حيث تهيمن عليها المقاربة الزجرية المرتكزة على إطار تشريعي متقادم ولا يوفر الحماية. ولا يزال مفهوم مكافحة الإدمان متاخلاً بشكل كبير مع مكافحة المخدرات (علماً أن التصدي للمخدرات هو أمر ضروري لكنه غير كاف لوحده). وتظل السلوكيات الإدمانية بدون استخدام مواد مخدرة (ألعاب الرهان، ألعاب الفيديو، الإدمان على الأترنت، هوس التسوق... إلخ) غير مشمولة بسياسات الوقاية والتكفل.

وتتوفر بلادنا على 18 بنية فقط لعلاج الإدمان، مع وجود 15 مركزاً للعلاجات المتقلة بما في ذلك 5 مراكز قادرة على توفير العلاج البديل للمواد الأفيونية (TSO) و3 مصالِح للإبواء في المراكز الاستشفائية الجامعية بالرباط والدار البيضاء وفاس. كما يسجل القطاع نقصاً في الموارد البشرية، حيث لا تتوفر سوى على 64 طبيباً عاماً أو طبيباً نفسياً مكونين في طب الإدمان.

ويواجه مسار العلاجات داخل مصالِح طب الإدمان الموزعة على العديد من مستويات بنيات التكفل (شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية (ESSB))، مراكز طب الإدمان، مستشفيات جهوية، مراكز استشفائية جامعية، مجموعة من الصعوبات المتعلقة بالتكفل وإرجاع المصاريف من طرف هيئات التأمين عن المرض (باستثناء الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)⁸⁵. ويعزى هذا الأمر إلى غياب الاعتراف الواضح بالإدمان بوصفه مرضاً على مستوى الإطار القانوني للتغطية الصحية الأساسية، وعدم الإشارة إلى أعمال التشخيص والعلاج المتعلقة باضطرابات الإدمان في «المُصنَّف العام للأعمال المهنية»، بشكل يتيح إمكانية إرجاع مصاريف الاستشفاء من طرف هيئات التأمين والضمان الاجتماعي. من جهة أخرى، يتسم قرار وزير الصحة رقم 2518.05 الصادر في 5 سبتمبر 2005 بتحديد قائمة الأمراض الخطيرة والأمراض التي يترتب عنها عجز يتطلب علاجاً طويل الأمد أو باهظ الثمن، بصياغة تقييدية وغير واضحة، بحيث يحصر التكفل فقط في حالات «اضطرابات الإدمان الخطيرة» في إطار «الاضطرابات الخطيرة للشخصية». وقد أشارت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي إلى أنه رغم أن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يتكفلان بإرجاع المصاريف الطبية المرتبطة بعلاج اضطراب الإدمان، إلا أن العديد من الأعمال الطبية والعلاجات لا تزال غير مشمولة بهذا التعويض لأن التصنيف المعتمد حالياً للأعمال الطبية المهنية لا يحيل إليها أو لا يدمج التطورات الطبية التي يشهدها هذا التخصص ولا الجيل الجديد للأدوية.

2. تطور التكفل بالأمراض العقلية

في الماضي غالباً ما كان يؤدي الربط شبه الممنهج للصحة العقلية بالمرض العقلي في التمثلات الاجتماعية وفي السياسات العمومية، إلى اعتماد مقاربة «سلبية» للصحة العقلية. لكن هذه المقاربة أضحت تتجه باطراد نحو سياسة للصحة العقلية الإيجابية، مع التركيز على النهوض بالصحة العقلية والوقاية من الاضطرابات العقلية من خلال تعزيز البعد النفسي لدى الأفراد وقدرتهم على الصمود والتأقلم وحسن التعامل مع وضعية الإجهاد، والتحكم في انفعالاتهم وسلوكياتهم بشكل أفضل منذ سن مبكرة. وبالتالي فإن مفهوم الصحة العقلية الإيجابية يحث على العمل، بشكل فردي وجماعي، طيلة أطوار الحياة (الجنين، الطفولة المبكرة، الطفولة، المراهقة، الشباب، الشيخوخة)، على الانتباه إلى مختلف العوامل التي من شأنها أن تحسن الصحة العقلية أو أن تضر بها.

85 - في جوابه على طلب المعلومات الذي وجهه إليه المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، ذكر الصندوق التضامني المهني المغربي (CMIM) أنه «لا يقوم بالتعويض عن تكاليف العلاج طويل الأمد والاستشفاء المتعلق بالإدمان». أما الجامعة المغربية لشركات التأمين وإعادة التأمين، فقد صرحت من جانبها أنه «بالنظر لكون الإدمان ناجم عن سلوك إرادي يقوم به المؤمن، فإنه غير مشمول بعقود التأمين الصحي»

3. الطرق التقليدية لعلاج الأمراض العقلية بالمغرب

تعرف منظمة الصحة العالمية الطب التقليدي بوصفه «حصيلة مجمل المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات المتأصلة في مختلف الثقافات، سواء كانت قابلة للشرح والتفسير أم لا، وتستعمل في صيانة الصحة، وفي الوقاية من الاعتلال البدني والنفسي، وتشخيصه، وتخفيفه ومعالجته»⁹⁰. وتشجع المنظمة الدول الأعضاء على «استغلال المساهمة المحتملة للطب التقليدي والتكميلي في تحقيق الصحة والعافية، وفي الرعاية الصحية التي تركز على الإنسان، وفي تعزيز الاستعمال المأمون والفعال للطب التقليدي والتكميلي».

في المغرب، يتشكل الطب التقليدي من جملة من المعارف والممارسات والمهارات، التي تعتبر نتاج قرون من الملاحظة والتجريب المباشر، مع بقايا العلوم الطبية القديمة وبعض الممارسات الدينية (الرقية الشرعية) والطقوس غير العقلانية: نظريات المزاج، والطبائع، والأحوال المقابلة للأخلاق الأربعة وهي السوداء والبلغم والدم والصفراء والتي يحدد توازنها الحالة الصحية للإنسان، صراع الأضداد، فضلا عن زيارة المواسم والأضرحة، وما إلى ذلك. إن هذه المعرفة العلاجية، التي تنتقل أساسا بشكل شفهي، داخل بعض العائلات أو المجتمعات المحلية (مثل فوائد بعض النباتات الطبية)، أو من المعلم إلى المتعلم، توفر علاجات لمجموعة واسعة من الاضطرابات، وذلك باستخدام كل من المنتجات النباتية (النباتات والجذور والأعشاب ...)، والحيوانات (الدم، البيض، مشتقات الحليب (السمن)...)، المعادن (الملح، الحديد، النحاس، الشبة...) وعناصر مثل (النار، الماء...) وتوظيف معين لرموز نابغة من معارف تقليدية مثل علم الأوقاف والتنجيم⁹¹.

وفي ما يتعلق بالمرض العقلي، فإن العلاجات التقليدية كثيرة ومتنوعة⁹²، بعضها غير ضار، بل قد يكون مفيدا في بعض الحالات، والبعض الآخر قد يكون خطيرا أو غير إنساني أو حاطا من الكرامة.

هذا، وكشف بحث حول القيم والممارسات الدينية بالمغرب⁹³ عن وجود استعداد قبلي لدى المستجوبين، يمكنه في ظروف معينة ويتضافر عوامل أخرى، أن يؤدي بهم إلى اللجوء إلى طرق العلاج التقليدية في مواجهة الاضطراب العقلي. كما يمكن أن يتقوى هذا الاستعداد القبلي بسبب ظهور بعض الاضطرابات العقلية، وتواترها، وانعدام الأمل في العلاج الكامل والنهائي منها. وتجدر الإشارة إلى أن هذه المعتقدات موجودة بنفس القدر لدى مختلف فئات المجتمع، كما كشف البحث المشار إليه عن نسب متقاربة جدا في الآراء حول الموضوع بين الرجال والنساء⁹⁴، وبين ساكنة الوسط الحضري والقروي⁹⁵.

90 - استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2013-2024

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789246506095_ara.pdf?sequence=8&isAllowed=y

91 - Jamal Bellakhdar, Contribution à l'étude de la pharmacopée traditionnelle au Maroc : la situation actuelle, les produits, les sources du savoir. Enquête ethnopharmacologique de terrain réalisée de 1969 à 1992, Thèse de Doctorat en Science de la Vie, Université de Metz, 1997.

92 - Radia El Barkaoui, Le traitement de la maladie mentale par la médecine traditionnelle au Maroc : rituels et pouvoir de guérison, Thèse de Doctorat de l'Université de Lyon, 2020

93 - Mohamed Tozy et al., L'Islam au quotidien. Enquête sur les valeurs et les pratiques religieuses au Maroc, Casablanca, La Croisée des Chemins, 2013.

94 - Croyances aux : Djinns (86,5% femmes et 85% hommes) ; Magie (87,7% femmes et 83,9% hommes) ; Mauvais œil (93,1% femmes et 83,9 % hommes) ; Voyance (41,9% femmes et 32,9% hommes) ; Saints (40,1% femmes et 24,1% hommes).

95 - Croyances aux : Djinns (87,5% rural et 83,8 urbain) ; Magie (89,6% rural et 81,5% urbain) ; Mauvais œil (93,5% rural et 87,9% urbain) ; Voyance (50% rural et 23% urbain) ; Saints (40,6% rural et 23% urbain).

بشكل عام، تركز بعض طرق العلاج التقليدية إلى مجموعة من المعتقدات التي يمكن أن تكون مفيدة وينبغي أخذها بعين الاعتبار في عملية التكفل بالمصابين بالأمراض العقلية. في المقابل ثمة طرق أخرى قد تمس بسلامة الشخص المعني وكرامته الإنسانية لذا وجبت محاربتها.

من جانب آخر، لا ينبغي لهذا الاستعداد الثقافي للساكنة للجوء إلى الأساليب التقليدية في العلاج أن يحجب عنا حقيقة مهمة مفادها أن الصعوبات المادية في الولوج إلى عرض العلاج بالطرق الحديثة تدفع الكثير من الناس إلى العدول عن العلاج⁹⁶ أو إلى اللجوء إلى طرق العلاج التقليدية. وهو توجه تركزه ظاهرة الوصم الاجتماعي للمرض العقلي.

4. العرض المتوفر في مجال العلاجات النفسية

في سنة 2013، أصدر المجلس الوطني لحقوق الإنسان تقريراً حول الصحة العقلية وحقوق الإنسان في المغرب⁹⁷. وتمثل الهدف من هذا العمل في إبراز الروابط القائمة بين الصحة العقلية وحقوق الإنسان وفي تسليط الضوء على وضعية مؤسسات علاج الأمراض العقلية. وأشار التقرير، من بين أمور أخرى، إلى الطابع المتكامل للنصوص التشريعية المؤطرة لهذا المجال، وما يعترى بنيات التكفل الموجودة من أوجه خصائص، بالإضافة إلى النقص الحاد في الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية المختصة.

ورغم جهود وزارة الصحة، من أجل تطوير عرض العلاجات العقلية، إلا أن هذا العرض لا يزال ضعيفاً بشكل عام سواء على مستوى الموارد البشرية المؤهلة أو على مستوى البنيات التحتية والطاقة الاستيعابية. وتشير المعطيات التي قدمها المرصد الجهوي للصحة بجهة طنجة-تطوان-الحسيمة خلال جلسة الإنصات التي نظمت معه⁹⁸، إلى أن متوسط معدل الإيواء بالمؤسسات الاستشفائية في ما يتعلق بالأمراض العقلية يبلغ 115 في المائة، مع تسجيل رقم قياسي على مستوى عمالة طنجة-أصيلة يبلغ 197 في المائة.

ولا تتجاوز الطاقة الاستيعابية الوطنية من الأسرة (القطاع العمومي والقطاع الخاص والطب العسكري) 2431 سريراً، أي ما يعادل 6.2 سريراً لكل 100.000 نسمة، موزعة على 36 مستشفى للأمراض العقلية، و25 مصلحة للأمراض العقلية داخل المستشفيات العمومية، وقسمين للطب النفسي للأطفال، و 18 مركزاً لطب الإدمان (ثلاثة منها مصالح استشفائية).

جدول مقارن للطاقة الاستيعابية من الأسرة لكل 100.000 نسمة

منطقة المغرب	المجموع العالمي	المنطقة الإفريقية	المنطقة الأمريكية	منطقة شرق البحر المتوسط	المنطقة الأوروبية	منطقة جنوب شرق آسيا	منطقة غرب المحيط الهادئ
6.2	14.5	2.6	13.6	5.2	62.7	3	17.2

96 - تداول وسائل الإعلام غير ما مرة العديد من الحالات التي يقال إن أصحابها تعرضوا للاحتجاز في المنزل بسبب إصابتهم بأمراض عقلية انظر بعض الأمثلة:

<https://www.maghress.com/fr/marochebdo/37529>

<https://www.bladi.net/malade-mental-sequestration-maroc.html> <https://fr.le360.ma/societe/sequestre-par-sa-famille-a-cause-de-sa-maladie-10431>

97 - الصحة العقلية وحقوق الإنسان : الحاجة الملحة إلى سياسة جديدة، المجلس الوطني لحقوق الإنسان، 2013

http://cndh.ma/sites/default/files/lsh_lqly-_ltqryr_lkml_0.pdf

98 - جلسة إنصات مع المرصد الجهوي للصحة بجهة طنجة-تطوان-الحسيمة، منظمة بتاريخ 29 يناير 2021

جدول مقارن للموارد البشرية

المهنة	عدد المهنيين لكل 100.000 نسمة ¹⁰⁰										أعداد العاملين (المغرب) ⁹⁹			
	منطقة المحيط الهادئ	منطقة جنوب آسيا	منطقة الأوروپية	المنطقة الإفريقية	المنطقة الأمريكية	المجموع العالمي	منطقة شرق البحر المتوسط	المغرب	الإجمالي الوطني	القطاع الخاص	الطب العسكري	القطاع العام	المهنة	
طبيب متخصص في الأمراض العقلية	0.4	0.4	9.7	0.1	1.9	1.7	1.12	1.23	428	188	18	222		
مختص في الأطفال نفسي	0.1	0.1	3.4	0.1	0.7	0.3	0.1	0.07	26	10	00	16		
مختص في علم النفس	0.7	0.3	5.4	0.1	4.6	1.4	1	0.61	214	200	---	14		
طبيب مختص في العلاج من الإدمان									64	---	---	64		
ممرض الصحة العقلية	5.3	0.9	25.2	0.9	3.6	3.8	3	3.83	1335	---	34	1301		
مختص في تقييم النطق	0.008	0.04	1.1	0.001	0.02	0.01	0.02	0.57		---	29	168		
مختص في العلاج النفسي الحركي										---	14	22		
مساعد اجتماعي	0.7	0.1	2	0.1	1.5	0.7	0.4	---		---	---	12		
معالج وظيفي	0.008	0.1	3	0.004	0.1	0.02	0.1	---		---	---	2.5		
المجموع على المستوى الوطني										398	95	1844		

99 - معطيات تم التوصل بها من لدن وزارة الصحة بتاريخ 1 شتنبر 2021

يذكر أن بنيات التكفل «الوسيط» بمفهومها الواسع، من قبيل مراكز إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي التي تشرف على تدبيرها الجمعيات، لا تزال، رغم اضطلاعها بدور مهم في التكفل بالمرضى بعد استقرار وضعهم طبيا، غير مشمولة بإحصائيات وزارة الصحة والحماية الاجتماعية.

٧. الانتحار ومحاولات الانتحار بشكل عام وفي المغرب

تعتبر منظمة الصحة العالمية الانتحار من أولويات الصحة العمومية. ويهدف أول تقرير عالمي نشرته هذه المنظمة سنة 2014 حول الانتحار بعنوان «منع الانتحار: ضرورة عالمية»¹⁰¹، إلى التحسيس بأهمية الانكباب على موضوع الانتحار ومحاولات الإقدام عليه من منظور الصحة العمومية، وإلى جعل الوقاية من الانتحار أولوية قصوى ضمن المبادرات العالمية ذات الصلة. ويهدف التقرير أيضاً إلى مساعدة البلدان في بلورة أو تعزيز استراتيجياتها للوقاية من الانتحار في إطار مقارنة متعددة القطاعات للصحة العمومية.

وقد التزمت الدول الأعضاء في المنظمة بموجب خطة عمل منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية -2013-2030¹⁰² بالعمل من أجل تحقيق الهدف العالمي المتعلق بخفض معدل الانتحار في البلدان بمقدار الثلث بحلول عام 2030.

1. تعريف الانتحار ومحاولة الانتحار

تشير منظمة الصحة العالمية أنه أثناء عملية إعداد تقريرها حول الموضوع¹⁰³، جرت نقاشات متعددة حول تعريف «الانتحار» و «محاولة الانتحار». لذا، فإن المنظمة تشدد على أنها لا تدعي تقديم تعريف «رسمي»، وهي تعتبر أن الانتحار هو «القتل العمد للنفس»، كما «يستخدم تعبير محاولة الانتحار ليعني أي سلوك انتحاري غير قاتل، ويشير إلى تناول الشخص للسم عمداً أو الإصابة أو إيذاء النفس الذي قد يكون أو لا يكون له نية أو نتيجة قاتلة». ويشير التقرير مع ذلك إلى أنه «يصعب تقييم نية الانتحار حيث إنها قد تكون محاطة بالتناقض أو حتى الإخفاء».

وفي العديد من الأنظمة القانونية، يتم الإقرار بأن الوفاة ناتجة عن انتحار، إذا كانت ظروف وملابسات الوفاة متطابقة مع فعل الانتحار، وإذا ما تم استبعاد حالات القتل والوفاة العرضية والأسباب الطبيعية¹⁰⁴.

وبالنظر لتنوع العناصر التي يجب تقييمها من أجل اعتبار حالة وفاة انتحاراً، فإن المعطيات المتعلقة بسلوك الانتحار هي «نتاج مجموعة من مصادر المعلومات، تشمل الأشخاص الذين يكتشفون الجثة (غالباً أفراد الأسرة) والأطباء والشرطة، والأطباء الشرعيون وخبراء الإحصائيات»¹⁰⁵.

«تشكل معرفة أسباب الوفيات ركيزة أساسية لوضع السياسات والاستراتيجيات والبرامج الخاصة بالصحة العمومية. ومع ذلك، فإن مصداقية الإحصائيات المتعلقة بالوفيات تعتمد على جودة المعطيات التي يتم جمعها وعلى جودة الأنظمة الموضوعية لجمع المعلومات ارتكازاً على عنصري التصديق وترميز الأسباب الطبية للوفاة»¹⁰⁶.

101 - OMS, Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial, 2014 : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

102 - OMS, Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, 2012 : https://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_FR_27_08_2012.pdf

103 - منظمة الصحة العالمية: «الوقاية من الانتحار: ضرورة عالمية»، 2014.

104 - Observatoire national du suicide. 1er rapport 2014

105 - OMS, La prévention du suicide, 2002.

106 - Guide de la certification des causes médicales de décès - Ministère chargé de la Santé

وفي المغرب، يُدعم التصريح بالوفاة بشهادة معاينة مسلمة من طرف الطبيب أو الممرض التابع للصحة العمومية، وإذا تعذر ذلك، بشهادة معاينة مسلمة من طرف ممثل السلطة المختصة¹⁰⁷. وفي إطار تحسين الخدمات المتعلقة بتسجيل أسباب الوفيات، وضعت وزارة الداخلية ووزارة الصحة والحماية الاجتماعية استمارات جديدة، كما تم تكوين مجموعة من الأطباء على مستوى جماعة الرباط. كما يجدر التذكير بأن تعديلاً للمرسوم التطبيقي للقانون رقم 37.99 المتعلق بالحالة المدنية هو حالياً قيد مسطرة الإعداد والمصادقة، وذلك بما يمكن من جعل شهادات الوفاة تصدر حصرياً من طرف أطباء أو ممرضين، والذين يتعين أن يحرصوا على التحديد الدقيق لسبب الوفاة.

2. الانتحار ومحاولات الانتحار في أرقام¹⁰⁸

قُدِّر عدد حالات الانتحار سنة 2019 في جميع أنحاء العالم بـ 703.000 شخص، أي بمعدل 9 أشخاص من بين 100.000 نسمة (12.6 رجل من كل 100.000 رجل، و5.4 امرأة من كل 100.000 امرأة).

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، جاء الانتحار في الرتبة 13 من بين أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم، لدى مختلف الفئات العمرية، كما يعتبر خامس أكثر أسباب الوفيات شيوعاً في صفوف المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و19 سنة. ويعتبر الانتحار رابع سبب رئيسي لوفيات الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 سنة، بعد حوادث السير والسل والعنف بين الأشخاص، كما يعد ثالث سبب لوفيات الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة¹⁰⁹. وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن 45800 مراهق ينتحرون سنوياً، أي ما يمثل أكثر من شخص واحد كل 11 دقيقة.

وعادة ما تقابل كل حالة انتحار حالات أخرى عديدة من محاولات الانتحار. وتقدر محاولات الانتحار بما بين 10 و20 مليون محاولة سنوياً في جميع أنحاء العالم. وبحسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية¹¹⁰، فقد سُجِّلَت في 2019، ما مجموعه 2617 حالة انتحار في المغرب، منها 865 حالة في صفوف النساء و1752 حالة وسط الرجال، وهو ما يجعل معدل انتشار الانتحار يبلغ نحو 7.2 لكل 100.000 نسمة.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن جودة المعطيات المتوفرة عن المغرب تصنف في المستوى 4، أي أنها تعتبر أدنى مستوى على مقياس من 1 إلى 4 درجات، تم اعتماده في التقرير السالف الذكر¹¹¹.

ولا شك أن المعطيات المتوفرة قد لا تعكس الحجم الحقيقي للظاهرة بالنظر إلى الطابوهات التي لا تزال تحيط بالانتحار في العديد من الثقافات، والتي ليس المغرب بمعزل عنها. وغالباً ما يتم إدراج بعض حالات الانتحار ضمن الحوادث المنزلية أو غيرها من أنواع الحوادث¹¹².

107 - المادة 32 من المرسوم رقم 2.99.665 الصادر في 9 أكتوبر 2002 بتطبيق القانون رقم 37.99 المتعلق بالحالة المدنية

108 - <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

109 - UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, 2021 : <https://www.unicef.org/fr/rapports/situation-enfants-dans-le-monde-2021>

110 - Suicide worldwide in 2020: Global health estimates

111 - المعطيات الخاصة بتسجيل الوفيات غير متوفرة أو غير قابلة للاستخدام بالنظر لإشكالات ترتبط بجودة هذه البيانات، يجب تأويل تقدير عدد الوفيات حسب سبب الوفاة بحذر. يمكن الرجوع إلى هذه التقديرات من أجل تسطير الأولويات، غير أنها لن تكون في الغالب مفيدة لتقييم السياسات أو المقارنات بين الدول. انظر :

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000-2016.pdf

112 - جلسة إنصات عقدت مع السيدة بيغديلي (Bigdelli)، ممثلة منظمة الصحة العالمية بالمغرب.

وتتسم الدراسات المتعلقة بانتشار حالات العود في محاولات الانتحار بالمغرب بندرتها، كما أنها لا تهتم سوى بمجموعات محدودة. وحسب دراسة أجريت في جهة فاس على عينة من نزلاء المؤسسات الاستشفائية، فقد بلغ معدل حالات العود 15 في المائة¹¹³.

لا يتوفر المغرب على سجل وطني مركزي لحالات الانتحار، حيث تستند وزارة الصحة والحماية الاجتماعية التي تم الإنصات إليها في هذا الشأن على الأرقام التي نشرتها منظمة الصحة العالمية.

وفي ظل الوضعية الحالية لنظام المعلومات والتصديق على أسباب الوفاة، فإن معدلات الوفيات الخام هي وحدها التي تتسم بدقتها. بالمقابل، تظل المعطيات المتعلقة بالأمراض المصاحبة والأسباب المرضية للوفيات (الاكتئاب، واضطرابات القلق، والسكري، وأمراض القلب والشرايين، والسرطان، وفيروس كوفيد 19، وما إلى ذلك) على المستوى الوطني تقريبية للغاية ولا يمكن تتبعها بشكل دقيق. ومن المؤكد أن المسطرة الجديدة لتسجيل الوفيات، التي اعتمدها وزارة الداخلية في جماعة الرباط، والتي لم يتم تعميمها بعد، ستمكن من تحسين جودة المعطيات ذات الصلة.

3. حالات الانتحار ومحاولات الانتحار في المؤسسات السجنية

تفيد المندوبية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج أن الدراسات الدولية تكشف أن معدلات الانتحار والمس بالسلامة الجسدية في أماكن الاعتقال هي أعلى من المعدلات المسجلة وسط عموم السكان. وفي المغرب، يظل عدد حالات الانتحار في المؤسسات السجنية محدوداً بشكل عام¹¹⁴، لكن محاولات الانتحار والمس بالسلامة الجسدية تعتبر إشكالية توليها المندوبية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج اهتماماً خاصاً¹¹⁵.

4. الأسباب المؤدية للانتحار

«الانتحار ظاهرة معقدة تتحدد معالمها عبر تفاعل عدة عوامل. إذ يشكل فيها الفرد وماضيه ومحيطه المباشر وبيئته الاجتماعية سلسلة يكاد يكون من المستحيل تفكيك عناصرها»¹¹⁶.

ومن المؤكد أن الانتحار يمكن أن يكون نتاج تطور أمراض عقلية معينة مثل حالات الاكتئاب الشديد أو الفصام، أو رد فعل لصدمة نفسية مؤلمة للغاية لا يمكن تحملها، لكن من المؤكد أيضاً أنه مرتبط بتضافر جملة من العوامل الاجتماعية التي يحتمل أن تكون غير موثوقة لتحقيق رفاهية الأفراد.

إن مسببات الانتحار متعددة. وهي مرتبطة بالهشاشة، ومعدل البطالة، وعدم قدرة المرء على تحقيق مشروع حياته، والطابوهات والمحظورات التي تحيط بالجنس والعلاقات الجنسية خارج الزواج والعنف بكل أشكاله لا سيما في حق المرأة والقاصرين، وغياب الدعم المجتمعي أو الدعم الاجتماعي والاقتصادي، إلخ. من هذا المنطلق، يتعين العمل على الرصد الميداني للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تؤدي إلى الانتحار، وتكثيف جهود التوعية والتحسيس، على اعتبار أن محاولة الانتحار تعد عاملاً حاسماً في الإقدام الفعلي على الانتحار¹¹⁷.

113 - Chadya Arab, Fatima Elghazouani, Rachid Aalouane, et Ismail Rammouz : Suivi prospectif sur 5 ans des tentatives de suicide en population clinique dans la région de Fès, Maroc

Pan Afr Med J. 2014; 18: 321.

114 - انظر ضمن ملاحق التقرير الجدول المخصص لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار في المؤسسات السجنية

115 - المندوبية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج: خطوط توجيهية ودليل المساطر: الوقاية من الانتحار ومحاولات الانتحار والمس بالسلامة الجسدية لنزلاء المؤسسات السجنية.

116 - Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, «S'entraider pour la Vie» Stratégie québécoise d'action face au suicide, 1998, Canada.

117 - جلسة إنصات عقدت مع السيدة بيغديلي (Bigdelli)، ممثلة منظمة الصحة العالمية بالمغرب بتاريخ 15 شتنبر 2021

ويبدو أن خطر الانتحار يكون أعلى في حالة العزلة، وعندما يكون الدعم الاجتماعي والأسري ضعيفاً أو منعدماً، وهو الوضع الذي أصبح يعيشه المزيد من الأشخاص المسنين.

وحسب المصلحة المركزية للشرطة القضائية التابعة للدرك الملكي، فمن بين 4553 حالة انتحار ومحاولة انتحار تم تسجيلها بين سنتي 2017 و2021 (في الوسط القروي) :

- 2052 شخصاً كانوا مصابين باضطرابات نفسية (44.93 في المائة)؛

- 1306 أشخاص كانوا يعانون من مشاكل أسرية (28.6 في المائة)؛

- 50 شخصاً كانوا يعانون من مشاكل مالية (1.09 في المائة)؛

- بالنسبة لـ 1159 شخصا المتبقين، فإن السبب غير معروف (25.38 في المائة).

5. الطرق المستعملة في الانتحار

يعد تناول المبيدات الحشرية والشنق واستخدام الأسلحة النارية أكثر طرق الانتحار شيوعاً في العالم.

وحسب معطيات المصلحة المركزية للشرطة القضائية التابعة للدرك الملكي (الفترة 2017-2021)، فإن الانتحار شنقاً هو الطريقة الأكثر استخداماً (58.3 في المائة)، يليه تناول المواد السامة (22.51 في المائة)، وإلقاء النفس من أماكن عالية (7.29 في المائة)، وتناول أدوية (5.45 في المائة) وإيذاء النفس (3.11 في المائة). وتمثل حالات الانتحار بحرق الذات واستخدام الأسلحة النارية والغرق ما يقرب من 3 في المائة. ويسجل استخدام الأساليب العنيفة لدى الرجال أكثر من النساء.

وفي هذا الصدد، ينبغي تسليط الضوء على العمل الذي يقوم به المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، حيث يقدم إحصائيات منتظمة حول حالات الانتحار ومحاولات الانتحار عن طريق تناول مواد سامة على المستوى الوطني. وفي هذا الصدد، تلقى هذا المركز بين سنتي 2000 و2017 ما مجموعه 24530 عملية تبليغ عن حالات انتحار ومحاولات انتحار عن طريق تناول مواد سامة¹¹⁸. وتهم 42.9 في المائة من حالات التسمم المبلغ عنها الفئة العمرية ما بين 20 و40 سنة¹¹⁹، بينما تخص 73.61 في المائة من الحالات النساء. وقد سجل المركز 645 حالة وفاة من بين هذه الحالات التي جرى التبليغ عنها، وهو ما يمثل معدل إماتة يبلغ 2.6 في المائة. وتأتي الأدوية في مقدمة المنتجات المسببة لحالات التسمم بنسبة 53.3 في المائة، تليها مبيدات الحشرات بنسبة 31.9 في المائة¹²⁰.

وحسب التوزيع الجغرافي للحالات المسجلة بين سنتي 2000 و2016، فقد جاءت جهة سوس - ماسة - درعة في المقدمة بنسبة 19.8 في المائة من مجموع الحالات¹²¹.

118 - انظر الرسومات البيانية في الملحق

119 - الرسم البياني رقم 2 في الملحق

120 - الرسم البياني رقم 3 في الملحق

121 - الرسم البياني رقم 4 في الملحق

6. ملاحظات وتوصيات منظمة الصحة العالمية

تشدد منظمة الصحة العالمية على النقص الموجود في المعطيات المتعلقة بالانتحار ومحاولات الانتحار، والنقص في جودة هذه المعطيات على الصعيد العالمي، إذ أن حوالي 80 دولة عضو فقط تتوفر على أنظمة لتسجيل معطيات الحالة المدنية ذات جودة التي يمكن استخدامها بشكل مباشر لتقدير معدلات الانتحار¹²². ولا تقتصر مشكلة جودة المعطيات المتعلقة بالوفيات على الانتحار، ولكن نظراً لحساسية هذا الموضوع - وعدم قانونية السلوك الانتحاري في بعض البلدان - فقد يشكل نقص الإبلاغ وسوء التصنيف مشاكل أكبر بالنسبة لحالات الانتحار مقارنة بمعظم الأسباب الأخرى للوفاة. وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتم سوى عدد قليل من البلدان بإدراج الوقاية من الانتحار ضمن أولوياتها الصحية إذ أفادت 38 دولة فقط بتوفرها على استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن حالات الانتحار يمكن تجنبها مبدئياً، وأنه يمكن اتخاذ تدابير على مستوى السكان والمجموعات السكانية وعلى المستوى الفردي للوقاية من حالات الانتحار ومحاولات الانتحار والتقليل من معدلاتها.

وترتكز المقاربة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية للوقاية من الانتحار على أربعة محاور للتدخل¹²³:

1. تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار (مبيدات الحشرات والأسلحة النارية وبعض الأدوية)؛

2. التفاعل مع وسائل الإعلام من أجل المعالجة المسؤولة لحالات الانتحار؛

3. تعزيز القدرات النفسية والاجتماعية للمراهقين؛

4. رصد الأفكار أو السلوكيات الانتحارية في مرحلة مبكرة وتقييم حالة المعني بالأمر والتكفل به وتتبعه.

وينبغي بالموازاة مع اتخاذ هذه التدابير الحرص على احترام المبادئ الأساسية¹²⁴ التالية:

- إنتاج معطيات موثوقة في هذا المجال ومراقبتها وتتبعها وتقييمها؛

- التعاون والتنسيق بين مختلف الفاعلين المعنيين (القطاعات الحكومية المكلفة بالصحة والتعليم والتشغيل والفلاحة والصناعة والعدل، والمجتمع المدني، والأحزاب السياسية، ووسائل الإعلام، وغيرها)؛

- تعزيز القدرات؛

- التمويل.

122 - منظمة الصحة العالمية، الوقاية من الانتحار: ضرورة عالمية، 2014

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250540/EMROPUB_2014_AR_1731.pdf?sequence=1&isAllowed=y

123 - المصدر نفسه

124 - المصدر نفسه

٧. حكمة منظومة الصحة العقلية والسياسات العمومية المتعلقة بالصحة العقلية

لا يمكن فصل حكمة منظومة الصحة العقلية عن حكمة منظومة الصحة ككل

شكلت حكمة المنظومة الصحية بالمغرب موضوع كتاب أبيض يحمل عنوان «من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة» تم إنجازه سنة 2013 في إطار التحضير للمناظرة الوطنية الثانية للصحة. وقد تضمنت هذه الوثيقة العديد من التوصيات التي تدعو بشكل خاص إلى إحداث قطيعة مع نمط الحكامة المعتمد حاليا، وإعمال التعاقد التكاملي بين القطاعين العام والخاص، ووضع الصحة في صلب السياسات العمومية، والاشتغال المحلي على المحددات الاجتماعية للصحة، ووضع نظام معلوماتي ذكي، والتطوير الكمي والكيفي للموارد البشرية.

وقد جرى تقييم حكمة المنظومة الصحية في ضوء ثلاث محاور¹²⁵ :

حكمة ديمقراطية: تقوم على إرساء مشاركة مباشرة أكبر للمواطنات والمواطنين في عملية صنع القرار، وتعزيز اللامركزية لضمان استفادة أمثل من الكفاءات وتعزيز مسؤوليتها، وملاءمة المنظومة الصحية مع الخصوصيات المحلية، وضمان انفتاح أكبر على صيغ جديدة للتمويل، وتعزيز الالتقائية بين القطاعات وترسيخ مبدأ المساءلة من أجل تقييم أثر السياسات العمومية على المجال الصحي؛

تنظيم عرض العلاجات: الذي يحدد كفاءات الولوج إلى الخدمات، والمسؤوليات وقواعد تدبير مختلف بنيات الرعاية الصحية، وضبط الممارسات المهنية، وأنظمة المعلومات، وطرق الأداء بالنسبة للمؤسسات والمهنيين، وتدبير الجودة، ويقتضي تنظيم العلاجات إزالة العوائق والجمود اللذين يعتريان المنظومة الحالية، والعمل في إطار شبكات، واعتماد آليات للسوق الداخلية، وإرساء لامركزية القرارات، وتعميم أنظمة تقييم الجودة وتحسينها المستمر؛

المنظومة السريرية: تحيل على الجانب المهني الطبي الصرف، وتهم استقبال المرضى، وتشخيص مشاكلهم الصحية والوقاية منها وعلاجها والتخفيف من حدتها ومراقبتها وتوجيههم داخل منظومة العلاجات الصحية.

بخصوص المحور الأول المتعلق بالحكمة الديمقراطية، نلاحظ ما يلي :

أ) لا تزال هناك صعوبات في الإرساء الفعلي للمقاربة التشاركية

استنادا إلى مخرجات جلسات الإنصات المنظمة مع الفاعلين بالمجال، تبين أن ثقافة المشاركة لم تصل بعد إلى مستوى المطلوب.

فقد أشار الفاعلون المعنيون في مداخلاتهم إلى ضعف إشراكهم وأخذ آرائهم بالاعتبار أثناء بلورة مشاريع القوانين. كما أبرزوا ضعف التفاعل مع توصياتهم المتعلقة بالعلاجات الصحية الأساسية، والقطاع التعاوضدي، والقانون المتعلق بمزاولة الطب، والقانون المتعلق بتنظيم مهنة العاملات والعاملين الاجتماعيين، والقانون المتعلق بالإعاقة.

إذ يبدو أن المشاركة، فكريا وممارسة، لا ينظر إليها بعد بالقدر الكافي كحق قائم الذات. لذلك فإن إرساء حوار بين جميع الفاعلين المعنيين أضحى أمرا ضروريا ومفيدا لتعزيز الثقة والشرعية وضمان انسجام وفعالية القوانين والسياسات العمومية في مجال الصحة.

125 - André-Pierre Contandriopoulos, « La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance », Santé Publique, 2008, Vol. 20, n°2, pp. 191-199 : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-191.htm>

(ب) ضعف في تنزيل مقتضيات القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات

منذ سنة 2011، ثمة نصان قانونيان يؤطران المنظومة الصحية بالمغرب، هما:

- **القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات**¹²⁶: يذكر هذا القانون بالمبدأ الدستوري القاضي بأن الحق في الصحة حق من حقوق الإنسان الأساسية. وينص على أن تحقيق الأهداف الأساسية للصحة يقوم على أساس مبادئ التضامن، والمساواة، والإنصاف، والتكامل بين القطاعات، واعتماد مقاربة النوع في الخدمات الصحية. كما يؤكد أن مسؤولية إعمال هذه المبادئ تقع أساساً على عاتق الدولة. ومن جهة أخرى، ينص هذا القانون على المقتضيات التالية:
 - تهدف أعمال الدولة في مجال الصحة إلى الوقاية من الأخطار المهددة للصحة وإلى التربيبة الصحية والتشجيع على اعتماد أنماط عيش سليمة وإلى المراقبة الصحية وتقديم خدمات وقائية أو علاجية أو ملطفة وخدمات إعادة التأهيل؛
 - تتهج الدولة سياسة مشتركة متكاملة ومندمجة بين القطاعات في مجال الوقاية الصحية؛
 - تقع على الدولة مسؤولية ضمان التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية.
- وقد حددت المناظرة الثانية للصحة¹²⁷ سنة 2013، والتي تعتبر ثالث أكبر دينامية إصلاح لقطاع الصحة، محاور النهوض بهذه القطاع.
 - وقد سعت المناظرة إلى إرساء نموذج تنظيم للمنظومة الصحية قائم على الإنصاف والاستدامة والنجاحة، وذلك وفق ثلاثة محاور:
 1. تحسين محددات الصحة؛
 2. التوجه نحو تغطية صحية شاملة؛
 - تغطية توفرها بنيات صحية أساسية وذات جودة؛
 - تغطية ضد المخاطر المالية؛
 3. تحديث حكامه المنظومة الصحية؛
 - إيجاد التوازن بين دور وموقع الأطراف المعنية؛
 - الحرص على أن تعزز السياسات والاستراتيجيات والتشريعات المعتمدة مبادئ الإنصاف، والتغطية الشاملة والولوج، والجودة، وحقوق المرضى.
- **القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب كما تم تغييره وتتميمه**¹²⁸: وقد أصدر المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في إبانه رأياً حول مشروع هذا القانون¹²⁹ الذي جرى بموجبه تحرير القطاع الطبي من أجل تجاوز عدد من الاختلالات، والتخفيف من وطأة ندرة الموارد البشرية، وتحسين التوزيع الجغرافي لعرض العلاجات.

126 - ظهر شريف رقم 1.11.83 صادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليو 2011) بتنفيذ القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد 5962 المنشورة بتاريخ 21 يوليو 2011

127 - مراكش، يوليو 2013

128 - ظهر شريف رقم 1.15.26 صادر في 29 من ربيع الآخر 1436 (19 فبراير 2015) بتنفيذ القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب

129 - رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول مشروع القانون 131-13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، 2014

بعد تسع سنوات من المناظرة الوطنية الثانية للصحة، يلاحظ أنه لم يتم إحراز سوى تقدم طفيف في مجال حكامه المنظومة الصحية. إذ لا يزال تدبير القطاع يتم أساساً من لدن القطاع الحكومي المكلف بالصحة وفق طريقة ممركة، وذلك رغم الجهود المبذولة في ما يتصل بتعزيز التدبير اللامركزي للموارد. كما أن القطاع الخاص لا يزال ينحو نحو التطور وفق منطق مبني على «منافسة» القطاع العمومي وليس التكامل معه، كما أن أنظمة المعلومات لا تزال ضعيفة، فيما يتواصل الخصائص الكبيرة المسجل في الموارد البشرية. من جهة أخرى، لم تسجل عملية التفكير في مختلف آليات تحفيز مهني قطاع الصحة على المستوى المالي والاجتماعي أي تطور. وأخيراً لا تزال غير كافية جهود تنزيل مقتضيات القانون الإطار رقم 34.09 المتعلقة بالخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، والتكامل الفعلي بين القطاعين العام والخاص.

ج) أوجه قصور في مجال تهمين الموارد البشرية والتأطير القانوني لمزاولة المهنة

الإطار المنظم للمهنيين العاملين في تخصص الصحة العقلية، سواء على المستوى القانوني أو المتعلق بأخلاقيات المهنة، لا يزال غير متطور بالقدر الكافي.

- لا يحظى المختصون في علم النفس بنظام أساسي مناسب لتخصصهم. إذ يتم إدراج هذه المهنة ضمن المهن شبه الطبية، كما أنها تخضع لنصوص تنظيمية غير ملائمة لطبيعتها. غير أنه لا بد من الإشارة إلى أن المرسوم رقم 2.21.528 بتطبيق القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والقانون رقم 99.15 بإحداث نظام للمعاشات، الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين، جاء بمفهوم «المختصين في علم النفس دون الأطباء المتخصصين في الطب النفسي»¹³⁰، وهو ما يعتبر تقدماً مهماً على درب الاعتراف بهذه المهنة.

في القطاع العمومي، يعتبر المختص في علم النفس السريري ضمن الأطر الإدارية ويتم إدراج ممارسته ضمن الأعمال شبه الطبية، كما أن دوره لا يزال غير معترف به، وغالباً ما يكون في موقع تبعية لا يتوفر معه على إمكانية اختيار طريقة تدخله وأدوات عمله.

وتخضع مزاولة مهنة المتخصص في علم النفس، كمهنة حرة، لرخصة تمنحها الأمانة العامة للحكومة.¹³¹ وحسب الفاعلين الذين جرى الإنصات إليهم، فإن هذه المسطرة يمكن أن تستغرق وقتاً طويلاً جداً مما يدفع المختصين في علم النفس إلى مزاولة مهنتهم، طالما أن القانون لا يمنع ذلك، من خلال إحداث شركات ذات مسؤولية محدودة أو عيادات لتقديم الخدمات الاستشارية أو عبر نظام المقاول الذاتي. ولا يتوفر المختصون في علم النفس السريري على هيئة مهنية ينضون تحت لوائها كما أنهم غير مدرجين بهذه الصفة ضمن قائمة المهن الخاضعة للضريبة.

- ليس هناك إطار قانوني أو إطار لأخلاقيات المهنة ينظم تسمية «المعالج النفسي». فلكي يصبح الشخص «معالجاً نفسياً» في المغرب، ليس من الضروري أن يكون طبيباً متخصصاً في الأمراض العقلية أو متخصصاً في علم النفس السريري. ويمكن لأي شخص تلقى تكويناً في مجال العلاج النفسي أن يكتسب صفة المعالج النفسي. ومن شأن هذا الفراغ القانوني أن يفتح الباب أمام تجاوزات تتعلق بممارسات الدجل والاحتيال وغير ذلك، وهي انحرافات تم رصدها في بلدان أخرى أيضاً.¹³²

130 - مرسوم رقم 2.21.528 صادر في 23 من ربيع الآخر 1443 (29 نوفمبر 2021) بتطبيق القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والقانون رقم 99.15 بإحداث نظام للمعاشات، الخاصين بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، فيما يتعلق بالقوانين، ومزاولة مهن الترويض والتأهيل وإعادة التأهيل الوظيفي، وصناعات زمامات الأسنان، والمختصين في الحماية والتغذية، والمختصين في علم النفس دون الأطباء المتخصصين في الطب النفسي. الجريدة الرسمية عدد 7043 مكرر

131 - http://www.sgg.gov.ma/Portals/1/profession_reglemente_ar/ProcedureParamedicaleAutreloi.pdf

132 - Bernard Brusset, « Les psychothérapies et la loi : un débat d'actualité », Revue Française de Psychanalyse, Vol. 69, n°2, 2005, pp. 537-560.

- لا يتم الاعتراف بالتحليل النفسي كتخصص قائم الذات، وبالتالي فإن حصص التحليل النفسي لا يتم التعويض عنها من قبل هيئات التأمين.

- لا يتمتع الممرضون المختصون في الأمراض العقلية بحماية كافية في إطار القانون رقم 43.13 المنظم لمهنتهم¹³³. وي طرح غياب الدقة على مستوى النصوص القانونية إشكالية التحديد الواضح لمسؤوليات مؤسسة العلاج من جهة، ومسؤوليات مقدمي الخدمات الصحية من جهة ثانية، لاسيما في حالة وفاة المرضى أو عند وجود دعاوى قضائية.

- يعتبر المختصون في تقويم النطق والمعالجون الوظيفيون والمختصون في العلاج النفسي الحركي فاعلين أساسيين في مجال الصحة العقلية، غير أن قلة قليلة فقط من الناس تعرف بوجودهم كما أن عددهم يظل محدوداً، فضلاً عن أن خدماتهم غير متاحة للجميع. وعلاوة على ذلك، فإن تدخلات المعالجين الوظيفيين والمختصين في العلاج النفسي الحركي غير مدرجة في المصنف العام للأعمال المهنية ولا يمكن بالتالي استرداد مصاريفها في إطار التغطية الصحية.

(د) يعاني تنزيل السياسات العمومية الخاصة بالصحة العقلية من ضعف مشاركة باقي الفاعلين المعنيين، وضعف التقييم وقلة المعطيات

يمكن القول إن الاهتمام بالصحة العقلية في السياسات العمومية بالمغرب قد شهد نوعاً من الدينامية انطلاقاً من سنة 2013، وذلك في ضوء مختلف التدابير التي جرى تنفيذها منذ تلك الفترة. بحيث شكلت الصحة العقلية إحدى أولويات الاستراتيجية القطاعية للفترة 2016-2012، كما تفرع عن تلك الاستراتيجية، مخطط وطني للتكفل بالأمراض النفسية والعقلية، جرى إطلاقه في يونيو سنة 2013، وتم في إطاره تنظيم عملية «كرامة»، وهي مبادرة هدفت إلى تسريع إيجاد حلول لإشكاليات الصحة العقلية ذات الأولوية القصوى.

وقد تم وضع، كما يجري إعداد، عدد من الاستراتيجيات والبرامج، في مجالات الصحة والصحة العقلية ومحاربة الانتحار، سواء من لدن وزارة الصحة والحماية الاجتماعية أو وزارة التربية الوطنية والتعليم الأولي والرياضة، من قبيل البرنامج الوطني للصحة المدرسية والجامعية، الإستراتيجية الوطنية الثانية لتعزيز صحة المراهقين والشباب الممتدة على الفترة 2022-2030، الاستراتيجية الوطنية للصحة بالوسط السجني (2022-2026).

ورغم الجهود التي تبذلها مختلف القطاعات الحكومية على مستوى بلورة الإستراتيجيات والبرامج، يجدر تسجيل الملاحظات التالية:

- عدم تقديم مؤشرات تمكن من تقييم نطاق تفعيل هذه الاستراتيجيات والبرامج على المستوى الوطني، وكلفتها المادية، والنتائج المحققة مقارنة مع الأهداف المسطرة والأفق الزمني المحدد؛

- صعوبة الحصول على المعطيات، إن وجدت، أو عدم نشرها من الأساس.

- في ما يتعلق بتتبع وتقييم منظومة الصحة على المستوى الترابي، تواجه المراسد الجهوية للصحة، التابعة للمديريات الجهوية للصحة، عدة صعوبات في الاضطلاع بمهامها على الوجه الأمثل، نذكر منها¹³⁴ :

• عدم كفاية الموارد البشرية (على مستوى الكم والكفاءات) وضعف الإمكانيات المادية؛

• تجميع المعطيات لا يزال يتم في نسخ ورقية، كما أن نقل تلك المعطيات يتم وفق مسطرة إدارية طويلة، مع كل ما ينجم عن ذلك من حيث هدر الوقت وتوسيع احتمالات الوقوع في الأخطاء؛

133 - القانون رقم 43.13 المتعلق بمزاولة مهنة التمريض، الصادر في 22 يونيو 2016، الجريدة الرسمية عدد 6480 (7 يوليو 2016)

134 - جلسة إنصات مع المرصد الجهوي للصحة بجهة طنجة-تطوان-الحسيمة، منظمة بتاريخ 29 يناير 2021

• كثرة التطبيقات؛

• العديد من مؤسسات الرعاية الصحية الأولية غير متصلة بعد بالإنترنت؛

• بما أن التصديق على الوفاة لا يتم إجراؤه حصرياً من قبل الأطباء عندما تحدث الوفاة في المنزل (والحال أن غالبية الوفيات تحدث في المنزل)، فإن المعطيات المتعلقة بالأمراض المصاحبة وأسباب الوفاة ليست موثوقة بالقدر المطلوب.

ومن جهة أخرى، يظل قطاع الصحة الخاص خارجاً تماماً عن نطاق هذا النظام المعلوماتي.

وحسب قسم علم الأوبئة بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، فإن نظام المعلومات هو ورش مفتوح. لكن لم يتسن الحصول على أي معلومات حول تصميمه ومستوى تقدم إنجازته.

لا يزال تقييم مدى ملاءمة ونجاعة الاستراتيجيات والبرامج ومدى تقدم إنجازها عملية صعبة ومحدودة للغاية. ذلك أن هذه الاستراتيجيات لا توضع لها أهداف كمية دقيقة ومحددة في الزمن، ولا تتضمن ميزانيات مخصصة للصحة العقلية في إطار ميزانية قطاع الصحة، كما أن المعطيات ذات الصلة غير متوفرة و / أو لا يمكن الولوج إليها.

ولا شك أنه قد تم تنفيذ العديد من الإجراءات في هذا المجال، غير أن هذه الاستراتيجيات لم يكن لها حتى الآن ما يكفي من التأثير الإيجابي والهام على المرتفقين من حيث التقليل من التفاوتات المجالية وعدم المساواة في الولوج إلى الخدمات الصحية، والحد من الفساد، وضمان جودة الخدمات الصحية وأسستها، ودعم البحث في المجال الطبي، وغير ذلك.

وبعد مرور حوالي 8 سنوات على اعتماد القانون رقم 13.13، لم تتحسن وضعية منظومة العلاجات بالقدر الكافي، لا من حيث المساواة في الولوج إليها، ولا من حيث الخصائص المسجل في الموارد البشرية، ولا من حيث التغطية المجالية. وهو ما أثبتته الأزمة الصحية الأخيرة. ويلاحظ أنه في ظل سريان هذا النص القانوني تفاقم الخصائص في الموارد البشرية في القطاع العام، حيث توجه مئات الأطباء إلى القطاع الخاص أو اختاروا العمل منذ البداية في القطاع الخاص، لكونه أكثر جاذبية.

هـ) طب الشغل: تخصص يجد صعوبة في التطور

هناك عدد قليل من أطباء الشغل بالمغرب، إذ يبلغ 1400 طبيب على الصعيد الوطني، وهم يتدخلون فقط لدى إجراء القطاع الخاص، علماً أن قلة من المقاولات تتوفر على طبيب شغل. أما موظفو القطاع العمومي، فيمكن القول بأن مستوى حمايتهم من حوادث الشغل والأمراض المهنية يظل ضعيفاً، لا سيما وأن هذا المجال توطئه نصوص مشتتة ومتقدمة. ويجري حالياً إعداد مشروع حول حوادث الشغل والأمراض المهنية¹³⁵.

وكان المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي قد أشار في رأيه حول الصحة والسلامة في العمل إلى أن عدد المقاولات التي تتقيد بمقتضيات مدونة الشغل بشأن إحداث لجنة السلامة وحفظ الصحة لا يتجاوز 17 في المائة. كما أبرز أن عدد الأجراء الذين يشملهم التأمين ضد حوادث الشغل يبلغ 2.6 مليون شخص فقط، من أصل ساكنة نشيطة (عدا القطاع العام) تصل إلى ما يقرب من 10 ملايين شخص¹³⁶.

يشار إلى أن الأخطار النفسية-الاجتماعية، والإجهاد والاحترق المهني لا تؤخذ بعين الاعتبار بالقدر الكافي في الوسط المهني.

135 - جلسة إنصات مع وزارة الانتقال الرقمي وإصلاح الإدارة، نظمتها لجنة الشغل والعلاقات المهنية بتاريخ 30 دجنبر 2021

136 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الصحة والسلامة في العمل: دعامة أساسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، 2020

و) الطب المدرسي

في مجال الطب المدرسي، تم وضع العديد من الاستراتيجيات والبرامج:

- البرنامج الوطني للصحة المدرسية والجامعية؛
- الاستراتيجية الوطنية للصحة المدرسية والجامعية؛
- الاستراتيجية الوطنية لتعزيز صحة المراهقين والشباب؛
- المخطط الاستراتيجي الوطني للنهوض بالصحة العقلية للأطفال والمراهقين والشباب.¹³⁷

غير أن الطب المدرسي لا يضطلع بعد على الوجه الأمثل بدوره في ما يتعلق بانتظام الزيارات الطبية للمؤسسات طيلة المسار المدرسي للتلميذ، والكشف عن الأمراض داخل المؤسسات المدرسية، والكشف المبكر عن اضطرابات الانتباه والتعلم، والتنسيق بين المؤسسة و«طبيب المدرسة»، وتتبع حالة التلاميذ الذين يعانون من مشاكل صحية، واتخاذ القرار بشكل جماعي بخصوص تدرسيهم، إلخ. لذلك، لا يزال هذا المسار برمته على عاتق الوالدين.

ز) لا تمكن القوانين المتعلقة بالصحة العقلية ولا طريقة تنفيذها من توفير الحماية الكافية للأشخاص المصابين باضطرابات عقلية

يعتبر مشروع القانون رقم 71.13 المتعلق بمكافحة الاضطرابات العقلية وبحماية حقوق الأشخاص المصابين بها المعروف حاليا على أنظار البرلمان، نتيجة مسار بدأ سنة 2007 بمشروع حمل حينها عنوان «التشريع المغربي للصحة العقلية». ولم يلق مشروع القانون في صيغته الحالية تجاوبا وانخراطا من لدن جميع أطباء الأمراض العقلية¹³⁸، والحال أن الأمر يتعلق بقانون مهيكّل سوف يُؤطر ممارسة طب الأمراض العقلية وتطوره للسنوات المقبلة.

من حيث التشريع الجنائي، يتمثل الرهان في تحديد مدى القدرة على التمييز لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية عند البت في أعمال إجرامية منسوبة إليهم. وبالتالي، يصبح اللجوء إلى الخبرة الطبية العقلية أمرا حاسما في تحديد المسؤولية الجنائية وترتيب آثارها القانونية¹³⁹.

أما على مستوى التشريع المدني، فإن الرهان يكمن في تحديد الأهلية القانونية لهؤلاء الأشخاص لإعطاء موافقتهم الحرة والمستتيرة.

غير أن الخبرة القضائية النفسية والنفسانية لا تزال غير متطورة بالقدر الكافي في بلادنا، وهو ما يطرح إشكالا حقيقيا. ولا يتجاوز عدد الخبراء القضائيين المسجلين في هذا القطاع 13 خبيرا، وهو ما يؤدي إلى إطالة المسطرة القضائية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية. ينضاف إلى ذلك صعوبة الإعمال الفعلي للقانون في ما يتعلق بالإيداع القضائي¹⁴⁰ داخل مؤسسة لعلاج الأمراض العقلية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات في قدراتهم العقلية وكذا الوضع القضائي¹⁴¹ في مؤسسة للعلاج

137 - جلسة إنصات مع وزارة التربية الوطنية والتعليم الأولي والرياضة بتاريخ 24 نونبر 2021

138 - جلسة إنصات مع جمعيات الأطباء النفسيين بتاريخ 29 شتنبر 2021، جلسة إنصات مع جمعيات عائلات المصابين باضطرابات عقلية ونفسية، بتاريخ 22 دجنبر 2021، الفيدرالية الوطنية للصحة العقلية، مقترحات وتوصيات من أجل ظروف تكلف أفضل بالمرض العقلي وتحسين الصحة العقلية للمواطنين بالمغرب، دجنبر 2020

139 - Mohammed Barrimi, Said Khelafa, Souad Rharabti, Chadia Aarab, Ismail Rammouz, Rachid Aalouane, « La détermination de la responsabilité pénale de l'aliéné mental au Maroc et ses effets sur le déroulement du procès », dans : L'Information psychiatrique, 2014, 90, pp. 843-849.

140 - المادة 75 من القانون الجنائي

141 - المادة 80 من القانون الجنائي

بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الإدمان. ويؤدي الخصاص في بعض الحالات في أسرة مصالح الطب النفسي إلى استمرار اعتقال المتهمين الذين يعانون من أمراض نفسية، وذلك لعدة سنوات، قبل أن تصدر في حقهم أحكام نهائية، أو إلى سجن أشخاص تم اعتبارهم غير مسؤولين عن أفعالهم.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الوضع لا يهم سوى عدد محدود نسبياً من الأشخاص (50 في سنة 2017، و34 في سنة 2020¹⁴²)، غير أن الأمر يشكل انتهاكاً جسيماً لحقوقهم. وقد عبرت كل من رئاسة النيابة العامة ووزارتي العدل والداخلية عن أسفها لهذا الوضع.¹⁴³

وفي السياق ذاته، وعلى الرغم من أن الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.73.282 بتاريخ 28 ربيع الثاني 1394 (21 مايو 1974) المتعلق «بجزر الإدمان على المخدرات السامة ووقاية المدمنين على هذه المخدرات» يخول القاضي إصدار أمر بإجراء علاج لفائدة متعاطي المخدرات بعد قبولهم بالخضوع للعلاج، فإن العدد الكبير للحالات المعروضة يومياً على المحاكم، وضعف إمكانياتها في سياق يشهد خصاصة كبيرة في مراكز الرعاية الصحية، يؤدي إلى عدم تفعيل شبه كلي لإمكانية الاستفادة من أمر بالخضوع للعلاج والوضع القضائي في مؤسسة للعلاج. وأمام هذا الوضع، يميل القضاة إلى إصدار أحكام بالحبس تتراوح بين 6 أشهر وسنة واحدة عوض إصدار أمر بالإيداع القضائي قد تستغرق مسطرته ما يصل إلى سنتين من الانتظار. ومن ناحية أخرى، رغم أن القانون يعاقب على استهلاك مواد إدمانية غير مشروعة بغرامة مالية، فإن الهشاشة التي يعاني منها الأفراد المعينون تجعلهم غير قادرين في الكثير من الأحيان على أداء مبلغ الغرامة التصالحية¹⁴⁴. ومن هذا المنطلق، يتعين التفكير في إضفاء مرونة أكبر على القانون، من خلال إلغاء العقوبات السالبة للحرية بالنسبة للحالات المتابعة بالاستهلاك فقط وتعويضها بإلزامية الخضوع لبرنامج للعلاج وإعادة الإدماج الاجتماعي.

إن مراعاة حقوق الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية في التشريع الجنائي تقتضي الأخذ بعين الاعتبار التقدم العلمي والتطورات التي حدثت على مستوى فهم الأمراض والاضطرابات العقلية والتكفل بها، واحترام حقوق الفرد وصون كرامته، وتوفير الحماية القضائية للأشخاص في حالة خلل عقلي مؤقت أو دائم.

وتبعاً لذلك، فإن الترسنة القانونية المتعلقة بالاضطرابات العقلية - القانون الجنائي وقانون المسطرة الجنائية - ومنظومة القضاء ينبغي حتماً أن تتطور وأن يتم تطويرها في إطار تعاون مؤسساتي وثيق بين أطباء الأمراض العقلية والمختصين في علم النفس السريري والخبراء القانونيين والفاعلين في منظومة القضاء.

وعلاوة على ذلك، يجب تطوير الخبرة القضائية النفسية والعقلية بالنظر إلى أهميتها في القضايا الجنائية والمدنية، وذلك من أجل الحفاظ على حقوق الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية الذين يفترض أنهم «مدانون» بارتكاب مخالفات أو جنح أو جرائم أو من المحتمل أن يكونوا ضحية استغلال أو سوء تصرف أو ابتزاز في حالات الزواج (لا سيما زواج الطفلات) والطلاق واقتسام التركة وإبرام العقود والالتزامات وغيرها...

142 - معطيات قدمتها المندوبية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج

143 - جلسات إنصات عقدت مع وزارة الداخلية بتاريخ 01/12/2021 ومع رئاسة النيابة العامة ووزارة العدل بتاريخ 08/01/2021.

144 - تمكن مسطرة الصلح المشتبه به من إسقاط متابعته أمام القضاء، مقابل دفع نصف مبلغ الغرامة المنصوص عليها في الفصل 8 من ظهير سنة 1974 (التي يبلغ قدرها 5000 درهم، أي أنه سيدفع 2500 درهم)

ح) مسألة التكفل بعلاج الاضرابات العقلية من لدن هيئات التأمين على المرض

تتطلب العلاجات الدوائية والعلاجات النفسية، التي يحتاجها المرضى المصابون باضطرابات عقلية، بروتوكولات رعاية غالباً ما تكون طويلة ومكلفة مادياً. لكن نجد أن هناك العديد من الأعمال العلاجية ذات الصلة بهذا المجال لا يشملها المصنف العام للأعمال المهنية أو لا يأخذها بعين الاعتبار بالشكل المطلوب والحال أنه يشكل الإطار المرجعي الذي تتم على أساسه فوترة الأعمال الطبية من لدن المهنيين وتحديد مبلغ إرجاع مصاريف العلاج من لدن هيئات التأمين عن المرض. كما أن الاختلافات بين التعريفات المرجعية والتعريفات المطبقة فعلياً على أرض الواقع، وفرض شركات التأمين الصحي لحد أقصى لعدد جلسات العلاج القابلة لاسترداد تكلفتها (المدة والوتيرة)، كلها عوامل تحرم العديد من المرضى من الولوج إلى هذه العلاجات أو تحد من استفادتهم منها.

وحسب التقرير السنوي العام لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض برسم سنة 2020، فقد بلغ عدد المنخرطين في هذا النظام المصابين باضطرابات عقلية 18.217 شخصاً، وهو ما يمثل 4.45 في المائة فقط من مجموع المنخرطين المصابين بأمراض مزمنة¹⁴⁵.

ط) هناك غياب للمعطيات حول حجم تمويل النفقات المتعلقة بالصحة العقلية، لا يزال الإنفاق على الصحة يلقي بثقله على الأسر، وضعف استفادة القطاع العمومي من تمويل التأمين الصحي

لا توجد معطيات دقيقة عن النفقات المتعلقة بالصحة العقلية في منظومة العلاجات الصحية، كما يسجل غياب دراسات قياسية متعلقة بالكلفة المالية والاجتماعية لعدم التكفل بعلاج المرض العقلي، خاصة وأنه من المرجح أن ترتفع حالات الاضطرابات العقلية بشكل ملحوظ في السنوات المقبلة.

في سنة 2020، بلغت نفقات نظام التأمين الإجباري عن المرض المرتبطة بالاضطرابات العقلية 73.954.492 درهم، وهو ما يعادل 1.2 في المائة فقط من إجمالي النفقات المنجزة برسم مجموع الأمراض المزمنة¹⁴⁶.

وحسب الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، فقد «ارتفعت النفقات المشمولة بالتأمين المتعلقة باضطرابات الشخصية الخطيرة، بما في ذلك اضطرابات الإدمان، من 20 مليون درهم إلى 30 مليون درهم بين سنتي 2014 و2019 (أي زيادة قدرها 31.2 في المائة). وتشكل النفقات المتعلقة بهذه الفئة من الأمراض 0.62 في المائة من إجمالي النفقات المرتبطة بالأمراض طويلة الأمد (ALD) برسم سنة 2019»¹⁴⁷.

أما في المغرب، فقد ظل استثمار الدولة في المنظومة الصحية خلال العقود الماضية غير كاف على العموم. ويجسد الخصائص التي يسم حالياً منظومة الرعاية النفسية ضعف استثمار الدولة في هذا المجال.

ورغم أن المغرب لا يتوفر على معطيات خاصة بالنفقات المخصصة للصحة العقلية، فإن الحسابات الوطنية للصحة برسم سنة 2018 تتضمن بعض المعطيات الماكرواقتصادية المهمة حول الموضوع :

- في سنة 2018، وعلى غرار السنوات السابقة، شكلت وزارة الصحة الممول الثالث لمجال الصحة بالمغرب (21.4 في المائة، بزيادة قدرها 1.4 نقطة مقارنة بعام 2013) بعد الأسر (45.6 في المائة) والتأمين الصحي (29.3 في المائة).

- انخفضت حصة الناتج الداخلي الإجمالي المخصصة للصحة من 5.8 في المائة سنة 2013 إلى 5.5 في المائة سنة 2018. علماً أن هذه الحصة تعتبر منخفضة جداً بالنظر للمتوسط العالمي الذي يبلغ 10 في المائة¹⁴⁸.

145 - جواب مكتوب من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تم التوصل به بتاريخ 16 فبراير 2022

146 - جواب كتابي من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي متوصل به بتاريخ 16 فبراير 2022

147 - معطيات قدمتها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للمجلس بتاريخ 16 فبراير 2022

- بلغ نصيب الفرد من إجمالي النفقات على الصحة سنة 2018، 1730 درهماً بزيادة 9.6 في المائة مقارنة بسنة 2013. وتتفق بلدان مثل تركيا ولبنان حوالي ضعف ما ينفقه المغرب على الفرد الواحد. أما فرنسا، فتتفق ما يقرب من 8 أضعاف ما ينفقه المغرب، في حين تتفق الولايات المتحدة أكثر مما ينفقه المغرب بـ 16 مرة.

- ويذهب أزيد من 90 في المائة من النفقات التي تؤديها الأسر بشكل مباشر إلى القطاع الخاص، وذلك على حساب القطاع العام الذي لا يستفيد سوى من 6.9 في المائة.

- لا تستفيد المستشفيات العمومية (المراكز الاستشفائية الجامعية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة) والتي تمثل أكثر من 70 في المائة من الأسرة المتوفرة على الصعيد الوطني، إلا من 8.4 في المائة من النفقات في إطار نظام الثالث المؤدي، أي بتراجع بنسبة 9.1 نقاط مقارنة بسنة 2013 (من حيث القيمة، ارتفعت المبالغ المؤداة بنحو 37 في المائة بين سنتي 2013 و2018). ويشير هذا الأمر مسألة جاذبية المستشفيات العمومية ومدى قدرتها على تعبئة المزيد من الموارد من نظام التأمين عن المرض، مع العمل على تحسين مستوى استرجاع مصاريف العلاجات المؤداة من قبل صناديق التأمين الصحي.

إن مشروع تعميم التأمين الإجباري عن المرض يسائل بقوة السلطات العمومية بشأن منحى التمويلات المخصصة له. فإذا استمر المنحى الحالي لاستقطاب الموارد البشرية والمالية من قبل القطاع الخاص، فسيواجه القطاع العام المزيد من المصاعب من أجل النهوض بأوضاعه، وستستمر الفوارق في الولوج إلى العلاجات في التفاقم بشكل كبير، كما ستزيد نفقات صناديق التأمين الصحي بوتيرة أسرع مقارنة بالموارد.

(ي) استثمار غير كاف في التكوين والبحث العلمي الصحي

بناء على الحسابات الوطنية للصحة، بلغت نفقات الاستثمار الخاصة بالقطاع الحكومي المكلف بالصحة سنة 2018 حوالي 1.4 مليار درهم، وهو ما يعادل 10.6 في المائة من إجمالي نفقات الوزارة. وتهم هذه النفقات أساسا الاستثمارات التي تتم لفائدة بنيات وزارة الصحة وتتعلق باقتناء التجهيزات الطبية-التقنية والمعدات التقنية والمعلوماتية ووسائل النقل، والتي تمثل حوالي 47 في المائة من النفقات. تليها النفقات المتعلقة بإنجاز الدراسات وأعمال البناء والتهيئة واقتناء العقارات... بنسبة 42 في المائة من إجمالي نفقات الاستثمار. أما النفقات المخصصة للتكوين والبحث فلا تشكل سوى 11 في المائة.

شهد عرض التكوين في علوم الصحة بالمغرب ارتفاعا ملحوظا، رغم استمرار الخصائص في عدد من المجالات، لا سيما الصحة العقلية. كما تدرج الصحة ضمن المحاور ذات الأولوية في مجال البحث العلمي بالمغرب¹⁴⁹. وقد ساهم إحداث العديد من المراكز الاستشفائية الجامعية خلال السنوات الأخيرة، إضافة إلى تطوير المؤسسات الطبية الجامعية في القطاع الخاص، في تعزيز إمكانات البحث العلمي في المجال الطبي بشكل عام، وفي مجال الصحة العقلية على وجه الخصوص. غير أن الموارد البشرية لا تزال محدودة العدد مما يحول دون تشكيل مجتمع علمي (communauté scientifique) بالنظر إلى أهميته البالغة لهيكل هذا المجال، وتحقيق التراكم والتدافع والتفاعل اللازم، وتوفير آليات التتبع والمصادقة على الإنتاج العلمي من قبل النظراء¹⁵⁰.

وحسب آخر الإحصائيات المتاحة، يشكل الإنفاق على البحث العلمي اليوم ما يقرب من 0.8 في المائة من الناتج الداخلي الإجمالي. ويطمح المغرب إلى تحسين هذا الرقم من أجل بلوغ المتوسط العالمي بحوالي 2.2 في المائة من الناتج الداخلي الإجمالي¹⁵¹.

149 - جلسة إنصات مع القطاع الحكومي المكلف بالبحث العلمي

150 - المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي، «تقييم البحث العلمي: الرهانات والمنهجيات والأدوات»، 2018.

151 - جلسة إنصات عقدت مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والابتكار بتاريخ 29/12/2021.

وعلى الرغم من هذه المعوقات والصعوبات العديدة، يعرف البحث العلمي في مجال الصحة النفسية دينامية مطردة ويستجيب للمعايير الدولية المعتمدة في هذا المجال. وتجري مناقشة العديد من أطروحات الدكتوراه في مختلف كليات الطب والصيدلة بالمملكة حول مواضيع تتعلق بالصحة العقلية، وغالباً ما تكون مصحوبة بأبحاث ميدانية. ويحرص الباحثون المعتمدون على نشر أعمالهم في المَجَلَّات العلمية المُحَكَّمة وكذا لدى أكبر دور النشر العلمية، ويشاركون في مشاريع البحث الدولية والمؤتمرات والندوات التي يبادرون إلى تنظيمها. وتهم هذه البحوث مجموعة واسعة من التخصصات: الطب النفسي، وعلم النفس، والتحليل النفسي، وعلم الاجتماع، والأنثروبولوجيا، والصحة العامة، وغيرها.

ك) بخصوص المحور الثاني المتعلق بتنظيم عرض العلاجات

تعاني منظومة الصحة العمومية من نقص كبير في بنيات التكفل بالاضطرابات العقلية.

يتسم عرض علاجات الأمراض العقلية بكونه غير منظم على المستوى الترابي، إذ لا يوجد هناك تنسيق وربط ترابي رسمي بين البنيات الاستشفائية والمنتقلة والوسيلة، وبين المهنيين، وبين مرحلتي الكشف عن الأمراض والتكفل بها.

ويتم تدبير ما يسمى بالبنيات الوسيطة، بالنظر لموقعها الوسيط بين مستشفى الأمراض العقلية ومجال الرعاية النفسية-الاجتماعية والمجتمعية، أساساً من لدن الجمعيات، بينما يتطلب عملها تدخل مهنيي الصحة. وتهدف هذه البنيات النفسية-الاجتماعية المحلية الوسيطة أساساً إلى منع الانتكاسات والعودة إلى مؤسسات الاستشفاء وإبقاء المرضى مندمجين داخل المجتمع. كما أن الغالبية العظمى من مؤسسات استقبال الأطفال في وضعية إعاقة ذهنية واليا فعيين، هي من إنشاء الجمعيات الناشطة في هذا المجال.¹⁵² كما أن هذه الجمعيات تضطلع بالتكفل النفسي-الاجتماعي بالأشخاص المسنين، والأطفال في وضعية الشارع أو الأطفال المتخلى عنهم.

غير أن هذه البنيات ليس لها إطار قانوني خاص بها. ويبدو أن وزارة الصحة قامت سنة 2018 ببلورة مشروع قانون في هذا الصدد، إلا أنه لم ير النور بعد¹⁵³.

ل) بخصوص المحور الثالث المتعلق بالمنظومة السريية

تشكل الأعمال الإدارية (غير الطبية)، التي تستغرق وقتاً طويلاً، عبئاً على مقدمي العلاجات. وترتبط هذه الأعباء اليومية بأنشطة الدعم ذات الطبيعة اللوجستكية (تدبير المخزون والتموين، وتوثيق الأنشطة والأعمال، وصيانة المعدات، ووضع الجدول الزمني للعمل، والتنظيف، والاستلام، وتوزيع الوجبات)، وكذا التدخلات ذات الطبيعة الطبية (فتح الملف الطبي¹⁵⁴ وأرشفة الملفات الطبية، وكتابة الوصفات الطبية، وأخذ العينات وتوجيه المرضى، ونقل المعلومات إلى الأشخاص المناسبين في الوقت المناسب وتلقي نتائج الفحوصات الإشعاعية والكيميائية الحيوية، وما إلى ذلك).

وتنتج عن هذه الأنشطة تدفقات كبيرة جداً من السلع والأشخاص والمعلومات، التي يعد مستوى تنظيمها عنصراً محدداً لمدى جودة منظومة العلاجات وفعاليتها ونجاحتها. ويقتضي التدبير الأمثل لهذه التدفقات توفر أنظمة رقمية للاتصال والتدبير. غير أنه يسجل تأخر كبير في مجال رقمنة العمليات التنظيمية في

152 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، احترام حقوق وإدماج الأشخاص في وضعية إعاقة، 2012

153 - جلسة إنصات مع الجمعيات بتاريخ 22 دجنبر 2021

154 - تنص المادة 89 من مشروع القانون رقم 71.13 المتعلق بمكافحة الاضطرابات العقلية و بحماية حقوق الأشخاص المصابين بها، المعروف حالياً على مسطرة المصادقة، على ما يلي : «يعاقب بالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 10.000 إلى 50.000 درهم أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط، كل طبيب أغفل فتح ملف طبي لكل مريض من مرضاه أو أغفل تضمينه الوثائق المنصوص عليها (...) أو لم يدون فيه الأعمال الطبية التي قام بها في إطار التكفل بالمريض المعني».

المستشفيات، لاسيما على مستوى نزع الطابع المادي للملفات الطبية، ووضع أنظمة مندمجة للمعلومات، وتبسيط مساطر استرجاع المصاريف من قبل هيئات التأمين.

من جهة أخرى، تجدر الإشارة إلى أنه لا يتم الاستثمار الأمثل للإمكانات التي يتيحها الطب عن بعد.

الطب عن بُعد هو شكل من أشكال الممارسة الطبية التي تقوم على استعمال تكنولوجيايات الإعلام والاتصال. ويسمح الطب عن بعد بالقيام بأعمال التشخيص الطبي وتتبع حالة المريض واستقاء رأي طبيب مختص أو القيام بالمراقبة الطبية. ويمكن أن يؤدي الطب عن بعد إلى تحسين كبير في تنظيم عملية التكفل بالمريض وبمساره العلاجي، وكذا تحسين الولوج إلى العلاجات، وتتبع المريض، والتنسيق بين مهنيي الصحة، وتقليل اللجوء غير الضروري إلى أقسام المستعجلات، وتقليل تكاليف النقل والعمل قدر الإمكان على تجاوز النقص الحاصل في أعداد المعالجين.

ويتمثل الهدف من الاستخدام المكثف لتكنولوجيا الإعلام والاتصال في منظومة الرعاية الصحية في التخفيف من عبء المهام اليومية ذات الطبيعة الإدارية-الطبية عن مقدمي العلاجات حتى يتسنى لهم تركيز جهودهم على تقديم العلاجات بشكل أفضل وبتكلفة أقل، وأن يتم استثمار كفاءاتهم وتدبير تدخلاتهم بشكل أمثل.

قام المرسوم رقم 2.18.378 الصادر بتاريخ 25 يوليوز 2018 في شأن الطب عن بعد، بتأطير أعمال الطب عن بعد من قبيل الاستشارة الطبية عن بعد، وطلب الخبرة عن بعد، والمراقبة الطبية عن بعد، والمساعدة الطبية عن بعد، والإجابة الطبية التي تتجز في إطار الضبط الطبي على مستوى مصالح المساعدة الطبية الاستعجالية. ويشار إلى أن عددا قليلا من المهنيين يعلمون بوجود هذا المرسوم. كما أن مقتضياته غير محفزة للمهنيين، فضلا عن تعقد المسطرة المنصوص عليها للترخيص لمزاولة الطب عن بعد، حسب الإفادات التي أدلى بها المهنيون خلال جلسات الإنصات. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا النص لا يأخذ بعين الاعتبار الجوانب التقنية المتصلة بأداء كلفة الخدمات ولا الجوانب الإدارية المتعلقة بهيئات التأمين/ التعاضديات.

علاوة على ذلك، يلاحظ أنه لم يتم وضع أي إستراتيجية تواصلية لتعريف المهنيين بالطب عن بعد وتشجيعهم على الانخراط فيه ومواكبتهم من الناحية التقنية.

٧١. الخلاصات والتوصيات

بناء على عناصر التشخيص والتحليل الواردة في هذه الدراسة، يجدر التأكيد على الخلاصات التالية :

1. لا يزال تناول موضوع الصحة العقلية يتم بطريقة قطاعية، من زاوية المرض العقلي. وهي مقارنة تغفل الدور الأساسي للمحددات السوسيوثقافية للصحة، كما تحصر التدخل الطبي العمومي بشكل أساسي في عرض العلاجات؛
2. قصور السياسات العمومية في مجال الصحة العقلية على مستوى المعطيات والمؤشرات وآليات التتبع والتقييم؛
3. يعاني عرض العلاجات بشكل عام، وفي مجال الصحة العقلية على وجه الخصوص، من نقص في التنظيم والبنى التحتية الطبية وغير الطبية، بالإضافة إلى نقص كبير في الموارد البشرية المؤهلة؛
4. الموارد البشرية لا تحظى بما يكفي من التثمين والتحفيز، والدعم الخاص بالتكوين المستمر والتكوينات المتخصصة؛
5. عدم ملاءمة الإطار القانوني المؤطر للمهن غير الطبية والجمعيات العاملة في مجال الصحة العقلية؛
6. تطور القطاع الخاص وفق منطق مبني على «منافسة» القطاع العمومي وليس التكامل معه؛
7. تمويل المنظومة الصحية لا يزال بشكل أساسي على عاتق الأسر، كما أن تمويل أنظمة التأمين الصحي يستفيد منه بشكل شبه حصري القطاع الخاص؛
8. يعاني المرضى والأسر والمهنيون بشكل كبير من ثقافة الوصم الاجتماعي للمرض العقلي والانتحار الموجودة داخل المجتمع؛
9. نسبة انتشار الانتحار في المغرب تبقى منخفضة نوعا ما (7.2 حالة لكل 100.000 نسمة) مقارنة مع المعدلات الدولية (9.2 حالة لكل 100.000 نسمة) مع نقص في جودة المعلومات المتوفرة، غير أن أعداد محاولات الانتحار تظل غير معروفة بالقدر الكافي؛
10. يشكل تطوير الطب عن بُعد فرصة حقيقية يجب اغتنامها لا سيما في ظل قلة الموارد البشرية الصحية.

التوصيات

يؤكد المجلس على جعل الصحة العقلية ورفاه المواطن في صلب انشغالات السياسات العمومية، وإعادة توجيه مسلسل بلورة سياسة الصحة العقلية ومقاربتها، بما يسمح بجعلها مكونا جوهريا من مكونات السياسة الصحية.

ولتجسيد هذه الرؤية، يقترح المجلس خمس توصيات كبرى:

1. بلورة سياسات وبرامج قطاعية لتعزيز الصحة العقلية والوقاية من الاضطرابات العقلية والمخاطر النفسية-الاجتماعية، على أن تقوم هذه السياسات والبرامج على مؤشرات مرقمة وقابلة للقياس. وينبغي على كل قطاع توقع ودراسة، بشكل قبلي وبعدي، الآثار الصحية والاجتماعية لما ينفذه من برامج ومبادرات. ولتحقيق هذا الغرض ينبغي:

- تطوير كل قطاع حكومي لمجموعة من المؤشرات الدقيقة والملائمة في مجال الصحة العقلية وتتبع أعمالها.
- تطوير عمل المراسد الجهوية للصحة وتعزيز استقلاليتها حتى تصبح بمثابة «قطب» لإنتاج مؤشرات ومعطيات ودراسات جهوية موثوقة ومنتظمة ومتاحة الولوج

2. ضمان حماية أفضل لحقوق الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية. وفي هذا الصدد ينبغي العمل على:

- إعادة النظر في مشروع القانون رقم 71.13 المتعلق بمكافحة الاضطرابات العقلية وحماية حقوق الأشخاص المصابين بها، قبل المصادقة عليه، وذلك بتشاور مع الجمعيات المهنية والمنظمات النقابية لأطباء الأمراض العقلية والمختصين في علم النفس ومرمزي الصحة العقلية وجمعيات المرتفقين.
- ملاءمة القانون الجنائي وقانون المسطرة الجنائية بما يسمح بمراعاة أفضل للاحتياجات الخاصة للأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية ويكفل حمايتهم في المنظومة القضائية؛
- ضمان حماية قانونية أفضل لمرمزي الصحة العقلية في مزاولة مهامهم
- تطوير الخبرة القضائية في مجال الصحة العقلية والنفسية؛
- تقنين حمل صفة «معالج نفسي» ومكافحة الممارسات الاحتياالية لأساليب علاجية مزعومة مضرة بالصحة وحاطة بالكرامة.

3. الوقاية بشكل مبكر من الاضطرابات العقلية والانتحار، من خلال:

- العمل بشكل مستمر على محاربة الوصم الاجتماعي للاضطرابات العقلية والانتحار، وذلك عبر تعبئة مختلف وسائل الإعلام والتحسيس المتوفرة (البرامج المدرسية، شبكات التواصل الاجتماعي، وسائل الإعلام، الخطب في المساجد، إلخ).
- إعطاء الأولوية لتعزيز الصحة العقلية للأطفال والمراهقين سواء في الوسط العائلي أو المدرسي، من خلال:

- الاهتمام بصحة ورفاه الأم والطفل خلال مرحلة الحمل وطيلة 1000 يوم الموالية للولادة؛

- تطوير الطب المدرسي؛
- الرصد المبكر، في الوسط المدرسي والأسري، لاضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال (مع فرط النشاط أو بدونه)، أو اضطرابات التعلم أو الاضطرابات السلوكية و/أو اضطرابات النمو أو الأفكار الانتحارية، وتقديم المساعدة للأطفال المعنيين؛
- وضع برامج لدعم الوالدين في مجال تربية الأبناء؛
- مكافحة العنف الأسري والمدرسي والوقاية منه؛
- وقاية وحماية الأطفال من التحرش والتحرش عبر الفضاء الرقمي؛
- مكافحة الفراغ والبطالة لدى الشباب والوقاية منهما.
- وضع سياسات عمومية لرصد الأخطار المرتبطة باستعمال الوسائط الرقمية والوقاية منها وحماية الأشخاص من أضرارها؛
- التدخل على مستوى أوجه هشاشة الأشخاص المسنين، من خلال:
 - مكافحة العزلة الاجتماعية والهشاشة في صفوف الأشخاص المسنين؛
 - تطوير علم الشيخوخة.
- التدخل على مستوى الأخطار النفسية-الاجتماعية في الوسط المهني، من خلال:
 - المصادقة على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 190 بشأن القضاء على العنف والتحرش في عالم العمل؛
 - إضفاء دينامية جديدة على جهود النهوض بالصحة في أماكن العمل وحمايتها؛
 - تطوير طب الشغل داخل المقاولات من أجل تعزيز الوقاية من المخاطر النفسية-الاجتماعية؛
 - إدراج التحرش المعنوي في مدونة الشغل؛
 - مراجعة لائحة الأمراض المهنية من خلال إدراج الاضطرابات النفسية والعقلية المرتبطة بظروف العمل؛
- 4. تحسين إمكانية الولوج لرعاية نفسية وعقلية ذات جودة، تكون مواكبة لما بلغته المعارف والعلاجات من تطور، ومستجيبة للاحتياجات الخاصة للمرضى، لا سيما المتعلقة بالسن والحالة الاجتماعية والاقتصادية ووسط العيش ومكامن الهشاشة. ويقتضي هذا الأمر اتخاذ التدابير التالية :
 - تعزيز تكوين الأطباء المختصين في الأمراض العقلية في كليات الطب وتطوير المهن غير الطبية المرتبطة بالصحة العقلية: المختصون في علم النفس، والعلاج بممارسة الأنشطة (أو العلاج الوظيفي)، والعلاج النفسي الحركي، وتقويم النطق، والمساعدون النظراء، سواء في القطاعين العام أو الخاص؛
 - النهوض بمهنة المتخصصين في علم النفس من خلال وضع نظام أساسي خاص بهم واضح ومحفز، بما يمكنهم من التوفر على صفة قانونية وضريبية، وإحداث سجل وطني رسمي لمزاولي هذا التخصص؛

- تعزيز تكوين الأطباء العاميين في مجال الصحة العقلية، بما يسمح بجعلهم نقطة انطلاق تُدرج المريض في مسار علاجي مُنسَّق يتلقى فيه العلاجات النفسية والعقلية الضرورية، لاسيما في ما يتصل بالكشف والتكفل المبكر باضطرابات الاكتئاب والقلق والفصام؛
- وضع شبكة ترابية فعالة للتكفل بحالات الاضطرابات العقلية المستعجلة؛
- تسريع الانتقال الرقمي لمنظومة الصحة وتطوير الطب عن بعد، وذلك بهدف التدبير الأمثل لعمل المكلفين بتقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسين الولوج للعلاجات.
- الارتقاء بعرض العلاجات الذي توفره على المستوى الترابي بنيات العلاجات المتنقلة والبنيات الوسيطة (غير الطبية) والجمعية العاملة في مجال إعادة التأهيل وإعادة الإدماج النفسي-الاجتماعي؛
- مراجعة وتحيين كل من المصنف العام للأعمال المهنية (NGAP) في الشق المتعلق بالتكفل بالاضطرابات العقلية، وكذا التعرف الوطنية المرجعية ذات الصلة، وذلك في ضوء التطورات الطبية التي شهدتها مجال العلاج، والتكفل بهذا النوع من الاضطرابات مع الحرص على تطبيق تعريف معقولة؛
- تعزيز عمل الجمعيات على المستوى الترابي، ومنح الجمعيات العاملة في المجال الطبي-النفسي-الاجتماعي وضعاً قانونياً خاصاً يسمح لها بالعمل بشراكة مع السلطات الترابية في إطار برامج تعاقدية متعددة السنوات وفي ظل احترام معايير التكفل المعمول بها.

5. الوقاية من الانتحار ومحاولات الانتحار لدى جميع الفئات العمرية، من خلال العمل على :

- تحسين نظام المعلومات المتعلقة بحالات الانتحار، وهو ما يقتضي العمل من جهة على تحسين مسطرة التصديق على شهادة الوفاة، والتشريح النفسي، ومراقبة الوضعية الوبائية على المستوى الترابي، ومن جهة أخرى إنجاز دراسات حول هذه الظاهرة.
- التدخل على مستوى المحددات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية المؤثرة في رفاه الأشخاص : التمييز بمختلف أشكاله، العنف، التحرش، الهشاشة، العزلة، الوحدة؛
- الرصد المبكر لحالات الأفكار الانتحارية لدى الأطفال والشباب في الوسط العائلي وداخل المؤسسات التعليمية والتكفل بها؛
- رصد مخاطر الانتحار في أماكن العمل والتكفل بالحالات المعنية؛
- مواكبة الأشخاص الذين سبق وأن حاولوا الانتحار وضمان التتبع الطبي والنفسي والاجتماعي لوضعيتهم من لدن مهنيين مختصين، مع ضمان اشتغال هؤلاء المهنيين في إطار شبكات مهنية ترابية؛
- تطوير ودعم الممارسات الجمعية الفضلى في مجال الوقاية من الانتحار والتكفل النفسي والاجتماعي بالأطفال والبالغين الذين يعانون من مشاكل نفسية، من قبيل إحداث خطوط هاتفية ومنصات رقمية للإنصات، والاشتغال على مستوى شبكات التواصل الاجتماعي .

الملاحق

الملحق 1 : لائحة الفاعلين الذين تم الإنصات إليهم

رئيسة قسم الأمراض غىر المعدية بمديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض	د لطيفة بلخال	وزارة الصحة
مديرية السكان	حفيظة بومروان يوسف العلوي	
قسم الصحة المدرسية والجامعية	هدى العمراني	منظمة الصحة العالمية بالمغرب
ممثلة منظمة الصحة العالمية بالمغرب	د مريم بكدي	
مكلف بالبرامج بمكتب منظمة الصحة العالمية	د . حفيظ هشري	متخصصون في علم النفس الإكلينيكي
ائتلاف الأخصائيين النفسانيين الممارسين بالمغرب	كريم بنكيران	
الجمعية المغربية لعلم النفس الإكلينيكي	كنزة ناجي	أطباء متخصصون في الصحة العقلية
الجمعية المغربية للطب النفسي	د . براهيم بنبراهيم	
الجمعية المغربية للأطباء النفسيين للقطاع الخاص	د . نادية كدري	
الجمعية المغربية للأطباء النفسانيين بالقطاع العام	د . نورالدين بلحنيشي	
الجمعية المغربية للطب النفسي للطفل والمهن المساهمة	د . نوال الإدريسي الخمليشي	
النقابة الوطنية للأطباء النفسيين العاملين بالقطاع الخاص	د . حكيمة ناسلحسن د . محمد ياسين أنور د . هاشم تيال	
النقابة المستقلة للممرضين وتقنيي الصحة	مصطفى جعي	ممرضون متخصصون في الصحة العقلية
الائتلاف الوطني للأطباء العاملين بالمغرب	د . صلاح الدين الوافي	أطباء عامون
الجمعية المغربية للطب العام	د . عبد الهادي بن عبو	

كلية الطب والصيدلة بالرباط	البروفيسور مونة معمور	أطباء متخصصون في طب المسنين
مستشفى الرازي للأمراض العقلية بسلا	البروفيسور مارية صابر	
جمعية أخصائيي تقويم النطق بالمغرب- الدار البيضاء	جيهان زمامة	مختصون في تقويم النطق
الجمعية المغربية للعلاج الوظيفي	سعيد نافع	المعالجون الوظيفيون
	عبد الرزاق حجوي	
الجمعية الوطنية لأخصائيي العلاج النفسي الحركي بالمغرب	طلال الزيتوني	المختصون في العلاج النفسي الحركي
	هناء العلوي	
مدير حماية الأسرة والطفولة والأشخاص المسنين	عبد الرزاق العدناني	وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة
الجامع الوطني لأطباء الشغل	طارق السعيد	أطباء الشغل
	مولاي هاشم مرتجي	
رئيسة وحدة حماية الطفولة باليونيسيف	مليكة العاطفي	اليونيسيف
رئيسة مصلحة تتبع العمل الصحي والبرامج الوطنية للوقاية، قسم تنظيم الحياة المدرسية	د . إيمان الكوهن	وزارة التربية الوطنية
رئيس قسم المستندات بمديرية الأمن والمستندات	محمد عادل زوكاري	وزارة الداخلية
رئيسة مصلحة طب الشغل، المديرية العامة للوقاية المدنية	فاطنة لفحل	
رئيس مصلحة مواكبة المكاتب الجماعية لحفظ الصحة، المديرية العامة للجماعات الترابية	يوسف البوعزاوي	
نائب رئيس المصلحة المركزية للسرطة القضائية	الكولونيل رشيد عطفي	الدرك الملكي
مراقب عام	أحمد آيت الطالب	المديرية العامة للأمن الوطني
رئيس شعبة تتبع تنفيذ السياسة الجنائية وتحليل ظاهرة الجريمة	مراد العلمي	النيابة العامة
رئيسة قسم القضايا الجنائية الخاصة، مديرية الشؤون الجنائية	نادية حديدو	وزارة العدل

مختصة في السلامة والصحة في العمل بمكتب منظمة العمل الدولية للمنطقة المغاربية	عائدة للموم	منظمة العمل الدولية
لجنة خاصة	محمد التوزاني	الاتحاد العام لمقاولات المغرب
الاتحاد المغربي للشغل	فاطمة الإدريسي	النقابات
الاتحاد العام للشغالين بالمغرب	مصطفى مكروم	
الكونفدرالية الديمقراطية للشغل	محمد البندوني	
الاتحاد الوطني للشغل بالمغرب	محمد زكري	
الفدرالية الديمقراطية للشغل	عبد الرحمن لعميري	
الجمعية المغربية لاضطرابات وصعوبات التعلم	زهور لقويدر	المجتمع المدني
مركز استقبال المهاجرين التابع لكاريتاس المغرب، الدار البيضاء	سلمى البهيح	
الجمعية المغربية لمستعملي الطب النفسي	أمال مطران	
جمعية المساعدة بالنظراء على الادمج الاجتماعي	أشرف الشفشاوني	
جمعية آفاق	إيمان بهتي	
جمعية شمس تنسيفت للصحة النفسية	نادية مشتاق	
جمعية آباء وأصدقاء الأشخاص المعاقين ذهنيا (هدف)	حسن هاركون	
جمعية ابتسامة رضا	أمينة لمسفر	
مدير البحث العلمي والابتكار	مريم بوزيدي العراقي	وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والابتكار
	أحمد حموش	

رئيس المرصد الجهوي للصحة بطنجة-تطوان-الحسيمة	قويح بوتمين	المرصد الجهوي للصحة
مدير شؤون الرئاسة والمجلس بإدارة المجلس	سعيد هلالى	المجلس الإقليمي لشفشاون

الملحق 2 : لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

فئة الخبراء
فؤاد ابن الصديق
حكيمه حميش
أمينة العمراني
عبد المقصود راشدي
احجوها الزبير
فئة النقابات
أحمد بهنيس
محمد بنصغير (نائب المقرر)
محمد دحماني (نائب الرئيس)
محمد عبد الصادق السعيدي
لحسن حنصالي (المقرر)
جامع المعتصم
عبد الرحمان قنديلة
مصطفى اخلافة

فئة الهيئات والجمعيات المهنية
محمد حسن بنصالح
عبد الحي بسة (الرئيس)
محمد بولحسن
فئة الهيئات والجمعيات النشيطة في مجالات الاقتصاد الاجتماعي والعمل الجماعي
ليلى بريش
جواد شعيب (مقرر الموضوع)
عبد الرحمان الزاهي
الزهرة زاوي
فئة الأعضاء المعيّنين بالصفة
عبد العزيز عدنان
خالد الشدادي
لطفى بوجندار

الملحق 3 الخبراء الداخليون الذين واكبوا اللجنة في إعداد هذه الدراسة

نادية السبتي أحمد بندلة	الخبيران الداخليان للمجلس
يوسف ستان إبراهيم لساوي	الخبيران المكلفان بالترجمة

الملحق 4 : التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (5DSM)	المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة (CIM-11)
اضطرابات النمو العصبي	اضطرابات النمو العصبي
طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى (الكاتاتونيا)	الفصام أو الاضطرابات الذهانية الأولية الأخرى الكاتاتونيا
الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات ذات الصلة	اضطرابات المزاج (الاضطرابات ثنائية القطب أو الاضطرابات ذات الصلة؛ اضطرابات اكتئابية؛ اضطرابات المزاج الناجمة عن تناول مادة معينة؛ متلازمة المزاج الثنائية)
الاضطرابات الاكتئابية	اضطرابات مرتبطة بخوف
اضطرابات القلق	اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة
اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	الاضطرابات المرتبطة بشكل خاص بالإجهاد
الاضطرابات المتعلقة بالصدمة وعوامل الإجهاد	الاضطرابات التفارقية
الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية)	اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة
اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة	اضطرابات الإطعام أو اضطرابات الأكل
اضطرابات السلوكيات الغذائية والأكل	اضطرابات في التخلص من المفرغات
	اضطرابات ضائقة جسدية أو معاناة جسدية
اضطرابات الإفراغ	اضطرابات اليقظة والنوم (الباب السابع)
اضطرابات النوم واليقظة	اختلالات في الأداء الجنسي
اختلالات الوظيفة الجنسية	عدم التوافق الجندي
الانزعاج من الجندر	اضطرابات التحكم في الاندفاعات
اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك	اضطرابات ناجمة عن تعاطي مواد الإدمان أو سلوكيات إدمانية
الاضطرابات المتعلقة بمادة والاضطرابات الإدمانية	سلوك تخريبي أو اضطرابات الخلل الاجتماعي
	الاضطرابات العصبية المعرفية
الاضطرابات العصبية المعرفية	اضطرابات الشخصية وما يتصل بها من صفات
اضطرابات الشخصية	اضطرابات الولع الجنسي
اضطرابات الولع الجنسي	اضطرابات نفسية أو سلوكية ترافق الحمل أو الولادة أو النفاس

الملحق 5 : إحصائيات حول حالات الانتحار ومحاولات الانتحار

إحصائيات متوصل بها من لدن المندوبية العامة لإدارة
السجون وإعادة الإدماج (بتاريخ 31 أكتوبر 2021).

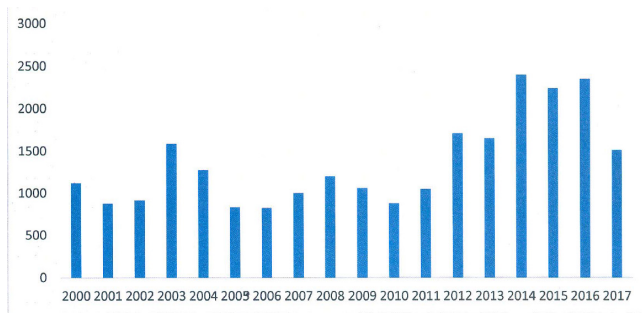
المجموع	المجموع حسب الجنس		البالغون		بين 18 و 20 سنة		أقل من 18 سنة		
	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	
6504	6100	404	5901	381	182	23	17	0	نزلاء يتعاطون المؤثرات العقلية
151	146	5	132	5	11	0	3	0	محاولات الانتحار
13	12	1	11	1	1	0	0	0	حالات الانتحار

وقد عملت المندوبية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج على تكوين مواردها البشرية في التعاطي مع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار

المجموع	موظفو المؤسسات السجنية		المرضى		المتخصصون في علم النفس		أطباء الأسنان		الأطباء		
	رجل	امرأة	رجل	امرأة	رجل	امرأة	رجل	امرأة	رجل	امرأة	
1935	1359	228	109	89	12	15	13	40	30	40	الموارد البشرية التي استفادت من التكوين

إحصائيات تم التوصل بها من لدن المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية

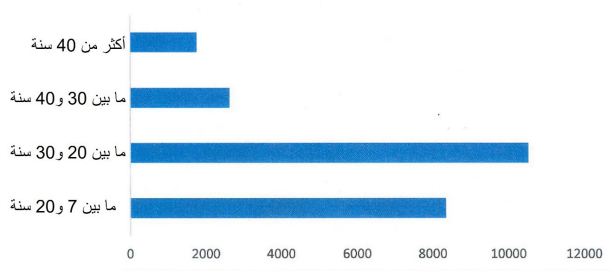
الرسم البياني رقم 1: توزيع الحالات التي تم التبليغ عنها حسب السنوات (2000-2017)



هكذا، نلاحظ زيادة في حالات الانتحار ومحاولات الانتحار بالقيمة المطلقة ابتداءً من سنة 2012، غير أنه لا يمكن الجزم بأن معدل الانتحار قد ارتفع بالفعل دون الأخذ بعين الاعتبار المعطيات الديموغرافية ودون النظر في ما إذا كانت هناك تغييرات طرأت على منظومة التصريح بهذه الحالات وجمع المعطيات.

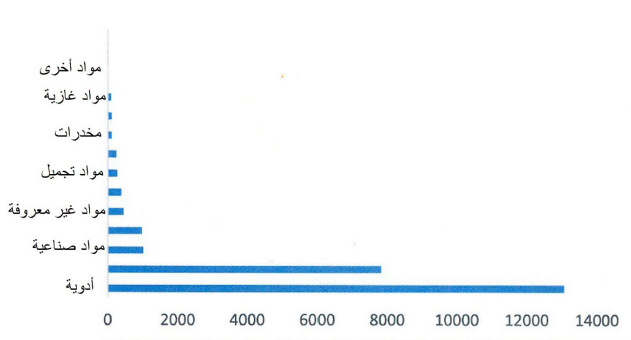
وتهم 42.9 في المائة من حالات التسمم المبلغ عنها الفئة العمرية ما بين 20 و40 سنة (الشكل رقم 2)، بينما تخص 73.61 في المائة من الحالات النساء.

الرسم البياني رقم 2: توزيع الحالات التي تم التبليغ عنها حسب الفئة العمرية



وقد سجل المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية 645 حالة وفاة من بين هذه الحالات التي جرى التبليغ عنها، وهو ما يمثل معدل إماتة يبلغ 2.6 في المائة. وتأتي الأدوية في مقدمة المنتجات المسببة لحالات التسمم بنسبة 53.3 في المائة، تليها مبيدات الحشرات بنسبة 31.9 في المائة (الرسم البياني رقم 3).

الرسم البياني رقم 3: توزيع الحالات حسب المادة المستعملة 2000-2017



وحسب التوزيع الجغرافي للحالات المسجلة بين سنتي 2000 و2016، فقد جاءت جهة سوس - ماسة - درعة في المقدمة بنسبة 19.8 في المائة من الحالات (الرسم البياني رقم 4).

- المهنيون: منطلق مهني «طبي»؛
- المكلفون بالتدبير (المؤدون، التأمين الصحي الإجباري، المكلفون بالتقييم): منطلق تقنوقراطي؛
- الفاعلون في السوق (شركات الأدوية، المستثمرون في عرض العلاجات) منطلق السوق؛
- الفاعلون السياسيون (المنتخبون، الممثلون الشرعيون لمختلف المجموعات): منطلق ديمقراطي.

هكذا، تشكل حكامه المنظومة الصحية فضاء للنقاش والتفاوض الدائم بين مختلف هؤلاء الفاعلين من أجل ضمان انسجام المنظومة بأكملها

على المستوى الكلي (Macroscopique): التقنين الديمقراطي الذي يكفل تحديد المبادئ التنظيمية الرئيسية للمنظومة الصحية. ويشمل ذلك عدة محاور كنطاق تغطية نظام التأمين عن المرض، والساكنة المستفيدة من التأمين، وتوزيع السلطات بين مستويات صنع القرار (درجات اللامركزية)، وتحديد نطاقات تدخل مختلف المهنيين، وصيغ تمويل منظومة العلاجات، والاتقائية بين السياسات الصحية المشتركة بين القطاعات وسياسات العلاجات الصحية. ويحيل مفهوم الحكامة وفق المستوى الكلي، على إرساء مساهمة مباشرة أكبر للمواطنين والمواطنين في عملية صنع القرار، وتعزيز اللامركزية لضمان استعادة أمثل من الكفاءات وتعزيز مسؤوليتها، وملاءمة المنظومة الصحية مع الخصوصيات المحلية، وضمان انفتاح أكبر على صيغ جديدة للتمويل، وتعزيز الاتقائية بين القطاعات وترسيخ مبدأ المساءلة من أجل تقييم أثر السياسات العمومية على المجال الصحي.

على المستوى المتوسط (Mésoscopique): تنظيم عرض العلاجات وفق المنطقين التجاري والتكنوقراطي اللذين يتيحان تحديد كفاءات الولوج إلى الخدمات، والمسؤوليات وقواعد تدبير مختلف البنيات الصحية (المستشفيات، المراكز المحلية للخدمات الاجتماعية (CLSCs)، العيادات الخاصة، ومراكز الإيواء لتقديم العلاجات طويلة الأمد (CHSLDs)، وغير ذلك)، وضبط الممارسات المهنية، وأنظمة المعلومات، وطرق الدفع بالنسبة للمؤسسات والمهنيين، وتدبير الجودة، وما إلى ذلك. وبعبارة أخرى، يحدد هذان المنطقان بنية منظومة تقديم الخدمات وقواعد سيرها. لكن نطاق التقنين الذي يرسمانه يظل محدودا، بسبب المبادئ الكبرى المؤطرة للمنظومة الصحية المستمدة من القرارات التي يتم اتخاذها على المستوى الكلي، وكذا بسبب متطلبات الاستشفاء الطبي الذي يهيمن عليه المنطق المهني. ويقوم مفهوم الحكامة على مستوى تنظيم العلاجات على فكرة مفادها أنه إذا أردنا إزالة العوائق والجمود اللذين يعتريان المنظومة الحالية، يتعين العمل في إطار شبكات، واعتماد آليات داخلية للتعامل مع السوق، وإرساء لامركزية القرارات، وتعميم أنظمة تقييم الجودة وتحسينها المستمر.

على المستوى الدقيق (Microscopique): إخضاع منظومة الاستشفاء بشكل حصري للمنطق المهني.

تقع منظومة الاستشفاء في صلب منظومة العلاجات الصحية، وهي التي تتيح استقبال المرضى، وتشخيص مشاكلهم الصحية والوقاية منها وعلاجها والتخفيف من حدتها ومراقبتها وتوجيههم داخل منظومة العلاجات الصحية. ويتمثل الهدف من منظومة الاستشفاء في تمكين كل مريض من الخدمات التي تستجيب بشكل أمثل لحاجياته الخاصة (الجودة والخصوصيات) بفضل المعارف المتوفرة (الصيغة الكونية) والكفاءات التي يتمتع بها مختلف المهنيين (النجاعة) - من خلال تكامل العلاجات في المكان والزمان وبين المهنيين (الاستمرارية والشمولية والتفاعل). وتضع متطلبات منظومة الاستشفاء المهنيين في مفارقة: فهم من جهة مدعوون إلى اتخاذ القرار الأمثل، بحرية تامة، لملاءمة رصيدهم المعرفي مع الحالة الخاصة لكل مريض، كما أنهم مدعوون في الوقت نفسه إلى التثبت من أن قراراتهم مبنية على

حقائق علمية ثابتة. ذلك أن رفع هذا الرهان هو الكفيل بأن يجعلهم قادرين على تحمل المسؤولية عن القرارات المتخذة وفقاً لضوابط ومعايير ذات طابع عام. ولا بد من الإشارة إلى أن منظومة الاستشفاء تختلف عن جميع القطاعات الأخرى الخدمائية (التأمين، الأبنك، وغير ذلك) بوجود عنصر جوهري غير قابل للاختزال وهو اللايقين المرتبط بحقيقة أنه لا يمكن التنبؤ على وجه اليقين بالتشخيص أو تأثير العلاجات. ويتيح المنطق المهني التوفيق بين الشرطين اللذين تتطلبهما منظومة الاستشفاء: التعامل مع كل حالة على حدة وتحمل المسؤولية وفقاً لضوابط ومعارف ذات طابع عام¹⁵⁵.

إن حكامه منظومة الصحة العقلية لا يمكن فصلها عن حكامه المنظومة الصحية ككل.

الملحق 7 : معدل انتشار العنف أثناء الطفولة حسب النوع ووسط الإقامة

المنذوبية السامية للتخطيط : البحث الوطني الذي أنجزته المنذوبية السامية للتخطيط حول العنف ضد النساء والرجال، 2019

أشكال العنف				
عنف جنسي و / أو جنسي	عنف جسدي	عنف جنسي		
52.5	52.2	4.0	حضري	وسط الإقامة
43.7	43.7	1.7	قروي	
49.3	49.1	3.2	المجموع	

155 - André-Pierre Contandriopoulos, « La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance », Santé Publique, 2008, Vol. 20, n°2, pp. 191-199 : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-191.htm>

