مجلة شهرية، محكمة متعددة التخصصات

تعنى بنشر الدراسات والأبحاث في مجالات العلوم

القانونية، الإنسانية، الاجتماعية، والاقتصادية

المدير المسؤول ورئيس التحرير: انس المستقل

مجلة المقالات الدولية

INTERNATIONAL ARTICLES JOURNAL

العدد التاسع مزدوج The ninth double issue

يناير و فبراير 2026 January and February

الرقم المعياري الدولي : e-ISSN : 3085 - 5039

رقم الصحافة : Press number : 1/2025

9

مجلة المقالات الدولية

العدد تاسع مزدوج، يناير و فبراير 2026

e-ISSN : 3085 - 5039

مجلة المقالات الدولية

INTERNATIONAL ARTICLES JOURNAL

كلمة العدد

بسم الله الرحمن الرحيم

يسعد مجلة المقالات الدولية أن تضع بين أيدي القراء والباحثين العدد التاسع (المزدوج: يناير-فبراير)، وذلك في إطار رسالتها الهادفة إلى دعم البحث العلمي الرصين وتعزيز ثقافة النشر الأكاديمي الموثوق.

ونذكر بفخر بفهرسة المجلة ضمن معامل التأثير العربي (AIF) بما يمثله من اعتراف رسمي ومعيار أكاديمي معتبر، كما نعتز باستمرار إدراجها ضمن International Scientific Indexing (ISI) بما يعكس ثقة المجتمع العلمي في جودة ما ننشره ويسهم في توسيع انتشار بحوثنا وتعزيز أثرها العلمي.

وإذ نقدم هذا العدد بما يزخر به من بحوث ودراساتٍ متنوعة، نؤكد التزامنا الدائم بـتحكيم علمي صارم، وأخلاقيات بحثية راسخة، ومعايير ثابتة للجودة والشفافية.

وقد اخترنا إصدار هذا العدد بصيغة مزدوجة (يناير-فبراير) لإتاحة وقت كاف لاستكمال التحكيم والمراجعات التحريرية بدقة أعلى، وتجميع المواد العلمية المقبولة في إصدار أكثر اتساقا وتوازنا، بما يضمن جودة أفضل وانتظاما أوضح في النشر. والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

e-ISSN : 3085 - 5039

مجلة المقالات الدولية

INTERNATIONAL ARTICLES JOURNAL

IAJ

مجلة علمية، شهرية، محكمة متعددة التخصصات، تعنى بنشر الدراسات والأبحاث في مجالات العلوم الإنسانية، الاجتماعية، والاقتصادية.

الرقم المعياري الدولي: ISSN : 3085 - 5039 رقم الصحافة : Press number: 2025 / 1 العدد 9، مزدوج يناير و فبراير 2026

اللجان العلمية

أنس المستقل

المدير المسؤول ورئيس التحرير

الهيئة الإستشارية

د. يونس وحالو

نائب العميد المكلف بالبحث العلمي والتعاون الجامعي كلية العلوم القانونية والسياسية جامعة ابن طفيل بالقنيطرة

د. المختار الطبطبي

نائب العميد المكلف بالشؤون البيداغوجية كلية العلوم القانونية واالقتصادية والاجتماعية بعين السبع جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

د. رشيد المدور

أستاذ جامعي جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء عضو المجلس الدستوري سابقا مدير مجلة دفاتر برلمانية

د. سعيد خمري

أستاذ جامعي جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء مدير مختبر القانون العام وحقوق الإنسان

د. كمال هشومي

أستاذ جامعي جامعة محمد الخامس بالرباط المنسق البيداغوجي لماستر الدراسات السياسية والمؤسساتية المعمقة

د. مهند العيساوي

مستشار رئيس مجلس النواب العراقي لشؤون الصياغة التشريعية أستاذ القانون العام الدولي في الجامعة العراقية

د. المهدي منشيد

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية واالقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

Riccardo Pelizzo

نائب العميد المكلف بالشؤون الأكاديمية بجامعة نزاربايف بكازاخستان

دة. وفاء الفيلالي

أستاذة جامعية كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سويسي جامعة محمد الخامس بالرباط

دة. صليحة بوعكاكة

أستاذة جامعية كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سيدي محمد بن عبد الله بفاس

لجنة التقرير والتحكيم

د. طه لحميداني

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سويسي محمد الخامس بالرباط

د. عبد الحق بلفقيه

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سيدي محمد بن عبد الله بفاس

د. بدر بوخلوف

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة مولاي إسماعيل بمكناس المدير التنفيذي للمركز الوطني للدراسات القانونية والحقوقية

دة. حكيمة مؤدن

أستاذة جامعية كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء مديرة مجلة إصدارات

د. احمد ميساوي

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

د. إبراهيم رضا

أستاذ جامعي كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة القاضي عياض بمراكش

د. زكرياء أقنوش

أستاذ جامعي كلية العلوم بالكلية المتعددة التخصصات الرشيدية

د. أحمد أعراب

أستاذ جامعي كلية العلوم بالكلية المتعددة التخصصات بالناضور

د. إبراهيم أيت وركان

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة شعيب الدكالي بالجديدة

د. محمد ملاح

أستاذ جامعي كلية العلوم بالكلية المتعددة التخصصات بالناضور

د. عبد الحي الغربة

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

محتويات العدد

إصدار العقوبات لدى هيئات التقنين ومبدأ فصل السلط أنس الزوين	3-15
حكامة شركة المساهمة ومكافحة تضارب المصالح عبد الكريم ازريكم و بدر اسريفي	16-38
من سيادة النص إلى سيادة القرار: جدلية الدولة والتراب في المغرب : مقاربة سوسيوسياسية للدورات الاستثنائية بجماعة أكادير يوسف دعي و حميد أوفقير	39-65
الفاعلون في تقييم السياسات العمومية الصحية حميد كلة	66-88
التدبير المندمج للساحل الأطلنطي الجنوبي، تطورخط الساحل وسبل المحافظة عليه" إقليم العيون انموذجا" محمد أهل عبد القادر و محمد كارا	89-102
استشراف المستقبل في التصور الإسلامي:من منطق الغيب إلى فقه المآلات عظمي أكرم	103-135
إصدار العقوبات لدى هيئات التقنين ومبدأ فصل السلط عبد الله قرير	136-150
مأزق الوساطة الدولية في الحروب المعاصرة: تعدد الوسطاء وتضارب الأجندات و أثره على فرص التسوية سليمان بولعيد	151-166
حوارحول اللغة بين نورالدين عيوش وعبد الله العروى: تواصل أم تأثير رجاء مسو و هدار مصطفى	167-177
تجسيد ا التحقيق الرقمي و أثره في مكافحة الجر ائم الإلكترونية محمد المهدي الميموني	178-214

تعيين المسير في الشركة ذات المسؤولية المحدودة بشريك وحيد بين التجربة العمانية والمغربية سالم بن سعيد بن خميس الهاشمي	215-228
العلاقة التكاملية بين المجلس الأعلى للحسابات والسلطة التشريعية في منظومة الرقابة المالية هاجر خالص	229-242
لعلاقة دور التحكيم فى تسوية منازعات عقود الاستثمار: الرهانات والتحديات حنان لكحال	243-262
إشكالية العقل في فلسفة الدين: العقل المجرد والنقد التداولي محمد امشيش	263-279
علاقة المؤسسة الملكية بالحكومة على ضوء دستور 2011 المهدي الزوات	280-316
الثـورة الرقميـة وتأثيـرها على مهنة المحامـاة ربيعـة الزعـداني	317-329
المرض بين المعطى الطبيعى والهشاشة السوسيو-اقتصادية: دراسة ميدانية لدور المجتمع المدنى فى التكفل بالمتعايشين مع السيدا بفاس سعيد البدري	330-358
La souveraineté numérique à l'ère des technologies de l'information Achraf BOUMLIK	359-374

International Articles Journal
مجلة المقالات الدولية
A peer-reviewed, multidisciplinary journal
مجلة محكمة، متعددة التخصصات
Issue 9, January and February 2026
العدد 9، مزدوج يناير و فبراير 2026

المرض بين المعطى الطبيعي والهشاشة السوسيو-اقتصادية: دراسة ميدانية لدور المجتمع المدني في التكفل بالمتعايشين مع السيدا بفاس

Disease between Biological Fact and Socio-economic Precarity: A Field Study on Civil Society's Role in Caring for People Living with HIV/AIDS in Fez

سعيد البدري
باحث بسلك الدكتوراه
جامعة سيدي محمد بن عبد الله، فاس

Said ELBADRY
PhD Researcher
Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fez

المستخلص:

تناول هذه الدراسة مسارات التعايش مع فيروس نقص المناعة البشرية في المجال الحضري لمدينة فاس، متخذة من تجربة فرع "جمعية محاربة السيدا" (ALCS) بالمدينة نموذجا للتحليل. وتسعى هذه الورقة لتفكيك العلاقة الجدلية بين المعطى الطبيعي للمرض (كواقعة بيولوجية) والهشاشة السوسيو-اقتصادية (كمحدد بنيوي)، في سياق يتسم بانسحاب الدولة التدريجي من الرعاية الصحية للمتعايشين مع السيدا، وتفريغ عبء هذه الرعاية على كاهل الفاعل المدني. استندت الدراسة إلى مقاربة منهجية مختلطة؛ زاوجت بين مقابلات مع الفاعلين المدنيين، واستبيان كمي لعينة من المتعايشين لقياس مؤشرات الولوج والوصم، ومدى الاعتماد على الجمعية كبديل للمؤسسات الصحية. وقد خلصت النتائج إلى أن الفقر والهشاشة يشكلان المتغيرات المفسرة للإصابة بداء السيدا، كاشفة عن تحول وظيفي للجمعية من شريك للدولة إلى ضامن اجتماعي بديل لحقوق المتعايشين في الرعاية الصحية؛ حيث يعتمد 70% من المبحوثين عليها ماديا. وانتهت الدراسة إلى أن نموذج التدبير الحالي يفرز نمطا من العدالة الصحية الهجينة، يتم فيها اختزال الحق الدستوري في الصحة في خدمة مدنية تطوعية. وتخلص الورقة إلى أن استمرار الدولة في تفريغ أعباء الرعاية الصحية للمتعايشين على فاعل مدني يعترف أهله بالإنهاك المؤسساتي وهشاشة التمويل، يهدد بنسف المكتسبات الوبائية ويعيد إنتاج التفاوتات الاجتماعية بدلا من تفكيكها.

الكلمات المفتاحية:

داء السيدا، المحددات السوسيو-اقتصادية للصحة، المجتمع المدني، السياسة الصحية، الهشاشة البنيوية، فاس.

Abstract :

This study examines the paths of living with HIV in the urban context of the city of Fez, using the experience of the local chapter of the "Association for the Fight Against AIDS" (ALCS) as a model for analysis. The paper seeks to unravel the dialectical relationship between the natural aspect of the disease (as a biological event) and socio-economic vulnerability (as a structural determinant), in a context characterized by the gradual withdrawal of the state from providing healthcare for people living with HIV, and the shifting of this burden onto civil society actors. The study adopted a mixed-methods approach, combining interviews with civil society actors and a quantitative survey of a sample of people living with HIV to measure indicators related to access and stigma, as well as the extent to which the association is relied upon as a substitute for public health institutions. The results indicated that poverty and vulnerability are the key variables explaining the spread of AIDS, revealing a functional transformation of the association from being a state partner to becoming an alternative social guarantor of the healthcare rights of people living with HIV; 70% of respondents rely on the association for material support. The study concluded that the current management model produces a form of hybrid health justice, in which the constitutional right to health is reduced to a voluntary civil service.The paper finds that the state's continued transfer of healthcare responsibilities for people living with HIV to a civil actor—whose staff acknowledge institutional fatigue and precarious funding—threatens to undermine epidemiological achievements and reproduce social inequalities rather than dismantling them.

Keywords :

HIV/AIDS, Socio-economic Determinants of Health, Civil Society, Health Policy, Structural Vulnerability, Fez.

مقدمة:

يشكل داء فقدان المناعة المكتسب (السيدا) في السياق المغربي مدخلا تحليليا لرصد التحولات العميقة التي تمس وظائف الدولة وعلاقتها بالمجتمع. ففي مدينة فاس، التي يتميز مجالها الحضاري بكثافة سكانية وبنية سوسيو-اقتصادية تتسم باتساع مجالات الهشاشة، لا يمكن تحليل هذا المرض كمعطى طبيعي معزول؛ أي كمجرد خلل فيروسي يصيب العضوية البيولوجية بمحض الصدفة. بل إن المسار العلاجي والاجتماعي للمرض، بداء السيدا من لحظة التعرض للإصابة وصولا إلى استراتيجيات التعايش، يظل محكوما بمتغير رئيسي هو الهشاشة الاقتصادية والاجتماعية.

ويحيل مفهوم الهشاشة في هذا الإطار، على الوضعية المركبة التي تتسم بضعف الموارد المادية وتآكل شبكات الدعم الاجتماعي، بشكل يقلص من قدرة المتعايشين مع السيدا على الولوج إلى الخدمات الصحية ويزيد من تعرضهم للمخاطر.

وتتفاعل هذه الدينامية الاجتماعية مع التحولات التي تعرفها السياسات العمومية الصحية، المتسمة بإعادة تكييف أدوار الدولة في مجال الرعاية الصحية، مما يضع الفئات المعوزة من المتعايشين أمام إكراهات تجعلهم أكثر عرضة للمخاطر الصحية.

ضمن هذه السيرورة، برز المجتمع المدني كفاعل محوري في معادلة التوازن المجتمعي عبر التكفل بالمعايشين مع السيدا. فالمؤسسات الجمعوية في المدينة لم تعد تقتصر على وظائف التحسيس والتأطير، بل انتقلت إلى ممارسة أدوار موسعة بحكم الضرورة تهدف إلى تدارك النقص الحاصل في العرض الصحي الرسمي، والتكفل بالأبعاد الاجتماعية والنفسية والمادية للمرضن، الناجمة عن اختلالات السياسات العمومية الصحية. والمساهمة في احتواء الكلفة الاجتماعية للمرض عبر تقديم خدمات الرعاية والدعم.

بيد أن هذا الانتقال الوظيفي يواجه إكراهات تنظيمية ومادية تحد من فعاليته. إذ يواجه الفاعل المدني مفارقة بنيوية تتمثل: في تزايد الأعباء الموكولة إليه في رعاية فئات المتعايشين الفقيرة والهشة من جهة، ومحدودية الموارد المالية وعدم استقرارها من جهة ثانية. وهو وضع يفرز توترات عميقة تستدعي المساءلة العلمية حول مآلات هذا النموذج التدبيري، ومدى قدرة الجمعية على ضمان الأمن الصحي للمتعايشين في ظل هشاشة شروط الاستدامة.

- **إشكالية الدراسة**

إذا كان المرض في العلم الاجتماعي المعاصر لم يعد شأنا طبيا بيولوجيا خالصا، بل يندرج ضمن الواقعة الاجتماعية الكلية وفق تعبير مارسيل موس. فإن داء السيدا في المجال الحضري لمدينة فاس يطرح إشكالية مركبة تتقاطع فيها محددات إشكالية مركبة تتقاطع فيها محددات الهشاشة السوسيو-اقتصادية مع تحولات السياسات العمومية الصحية.

تتمحور هذه الإشكالية حول فهم طبيعة العلاقة الجدلية بين الإنتاج الاجتماعي للمرض، وبين إعادة تشكيل منظومة الرعاية الصحية. وعليه، تروم هذه الدراسة مساءلة طبيعة العلاقة التي تربط بين المحددات السوسيو-اقتصادية والمعطى البيولوجي لداء السيدا بمدينة فاس، وتقييم قدرة فرع "جمعية محاربة السيدا" على ضمان استدامة الرعاية الصحية للمتعايشين، في ظل التحولات الراهنة في أدوار الدولة ونماذج التمويل.

لتفكيك هذه الإشكالية وجعل الرؤية البحثية أكثر وضوحا، يمكن طرح مجموعة من الأسئلة الفرعية تشمل الجوانب التفسيرية والتقييمية كالتالي:

كيف تسهم الهشاشة السوسيو-اقتصادية في الإنتاج الاجتماعي لداء السيدا، وفي تعزيز القابلية للإصابة لدى الفئات الفقيرة والهشة بمدينة فاس؟

كيف يؤدي الوصم الاجتماعي والمؤسساتي إلى الدفع بالمتعايشين نحو الاعتماد على الجمعية، وما تأثير ذلك على قدرتها في ضمان الوساطة العلاجية والاعتراف الاجتماعي بالمرضى؟

إلى أي حد يمتلك نموذج الفاعل المدني مقومات الاستدامة في ظل ديناميات الاقتصاد السياسي للتمويل، وما هي انعكاسات هذا النموذج على واقع الأمن الصحي للمتعايشين؟

- **فرضية الدراسة**

تنطلق هذه الدراسة من فرضية أساسية مفادها أن داء السيدا بمدينة فاس ليس معطى بيولوجيا معزولا، بل هو نتاج لهشاشة بنيوية مركبة، يشكل فيها العامل السوسيو-اقتصادي محددا رئيسيا للقابلية للإصابة.

وتفترض هذه الدراسة أن تدبير هذا الواقع في ظل التحولات النيوليبرالية الراهنة-المتسمة بانسحاب الدولة من الرعاية الاجتماعية، قد أفرزت نموذجا من العدالة الصحية الهجينة؛ حيث تدار الفوارق الصحية عبر آليات تدخل بديلة تقوم على منطق الإحسان واحتواء الهشاشة الصحية للمتعايشين.

ويؤدي هذا النموذج التدبيري إلى انزياح وظيفي لمفهوم الرعاية الصحية؛ من حق دستوري تضمنه الدولة، إلى خدمة مدنية ترتبط بحدود قدرات الجمعية وإكراهاتها المادية والبشرية، بشكل يسهم في استمرار التفاوتات في الولوج للعلاج وإعادة إنتاج وضعية الاقصاء الاجتماعي للمتعايشين بدلا من تفكيك جذورها الهيكلية.

- **البناء المنهجي للدراسة**

تندرج الدراسة الميدانية لدور "جمعية محاربة السيدا" (ALCS) في التكفل بالمعايشين ضمن مقاربة ميكروسوسيولوجية، تروم تفكيك التمثلات الاجتماعية للأشخاص المتعايشين مع الفيروس (PVVIH)، ورصد تجاربهم المعاشة داخل مسارات العلاج بالمركز الاستشفائي وخارجه.

اعتبارا لكون العينة هي المدخل الرئيسي لمثميل مجتمع البحث وبناء التحليل، تم تحديد مجتمع الدراسة في فئة الأشخاص المتعايشين المسفيدين من المتابعة الطبية بالمركز الاستشفائي الجامعي بمدينة فاس. وبالنظر إلى طبيعة الموضوع وما يرافقها من وصم اجتماعي وحساسية الوضع الصحي للمتعايشين، أمكن الوصول إلى عينة عددية متنوعة الخصائص شملت 10مبحوثين، تم انتقاؤهم بشكل يراعي التنوع في الجنس والفئات العمرية. ورغم أن الحجم العددي للعينة يبدو محدودا نتيجة لصعوبات الولوج إلى الميدان، إلا أن قيمتها العلمية لا تكمن في التمثيل الإحصائي الكمي، بل في التمثيل الدلالي (Semantic Representativity) الذي يتيح النفاذ إلى عمق التجربة الإنسانية وفهم الآليات الخفية للظاهرة، وهو ما يتناسب مع أهداف هذه الدراسة الكيفية.

أما على مستوى أدوات جمع المعطيات، فقد جرى توظيف استبيان مفتوح لجمع معطيات كمية ونوعية في آن واحد. خيارا لتجاوز صعوبة إجراء مقابلات مباشرة مع المتعايشين بسبب الوصم الاجتماعي المحيط بهم. مما سمح برصد المؤشرات السوسيو-اقتصادية والصحية المؤثرة في تجاربهم.

اعتمدت الدراسة على تقنية المقابلة النصف-موجهة (5 مقابلات) مع الوسطاء العلاجيين وعدد من الفاعلين الجمعويين، باعتبارهم مشاركين أساسيين في البحث يمتلكون تجربة ميدانية ومعرفة مباشرة بواقع التكفل الصحي بالمتعايشين. ولتعزيز هذه المعطيات، تم توظيف الملاحظة لرصد التفاعلات والسلوكيات داخل فضاء الجمعية والمستشفى. فضلا عن إخضاع هذه البيانات لتقنية تحليل المضمون، بهدف تفكيك الخطاب الظاهر واستنباط البنى الدلالية الكامنة داخله.

وتكمن القيمة الابستيمولوجية لهذه الأدوات في قدرتها على مساعدة الباحث في بناء المعرفة العلمية المستندة إلى الميدان وتأويلها، بما يتيح فهما عميقا لثمثلات وممارسات المبحوثين داخل السياق الاجتماعي المحلي لمدينة فاس.

المحور الأول:
المحددات السوسيو-اقتصادية لداء السيدا: جدلية الفقر والمرض

عند الشروع في استنطاق المعطيات الميدانية المرتبطة بأسباب الإصابة، يبرز منذ البداية أن التفسير الأخلاقي السلوكي الذي يرجع المرض إلى الانحرافات الفردية ليس كافيا لفهم الظاهرة. بل تتجه البيانات نحو إبراز ثقل العوامل البنيوية والمادية في تشكيل قابلية الإصابة، بما يستدعي تعميق التحليل لفهم كيف تتداخل الشروط الاجتماعية والاقتصادية في إنتاج هشاشة صحية تتجاوز الاختزالات الأخلاقية المبسطة.

أولا: الهشاشة السوسيو-اقتصادية كعامل مفسر للإصابة بالسيدا

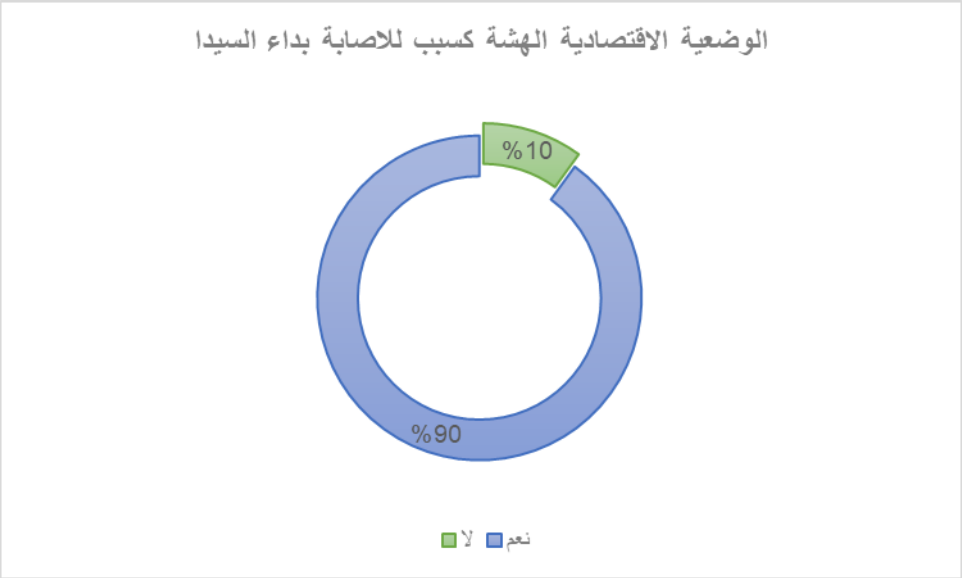
يشكل تفكيك السياق السوسيو-اقتصادي للمتعايشين مدخلا ضروريا لفهم الآليات التي تحدد انتشار الفيروس بالمدينة. فخلافا للتفسيرات السلوكية التي غالبا ما تختزل المرض في بعده البيولوجي أو المسؤولية الشخصية للمريض، تسعى هذه المقاربة إلى تجاوز هذا المنطق، من خلال رصد الكيفية التي تتحول بها مؤشرات الاقتصادية (من فقر وبطالة وظروف السكن) إلى محددات بنيوية رئيسية تزيد من القابلية للإصابة بالسيدا، وتوجه مسار انتشار الفيروس بالمدينة.

1- الهشاشة الاقتصادية والقابلية للإصابة

تؤكد المؤشرات الوبائية الرسمية أن المغرب لا يتعدى نسبة الانتشار 0.08% بين السكان البالغين. بل نحن إزاء وباء مركز يطال غالبا الفئات الفقيرة والهشة[1].وفي هذا السياق تحتل جهة فاس-مكناس الرتبة الرابعة وطنيا، مستحوذة على ما يقارب 6 % بمعدل 900 شخص من مجموع الحالات المسجلة على الصعيد الوطني سنة 2023[2].

وتشكل مدينة فاس، بحد ذاتها، بؤرة حضرية لتمركز الحالات، ويعزى ذلك لتواجد المركز الاستشفائي الجامعي بها، والذي يستقطب أعدادا من المتعايشين القادمين من الأقاليم المجاورة طلبا للتشخيص والتكفل. غير أن التوزيع المجالي للفيروس داخل المدينة يكشف عن نمط طبقي واضح؛ إذ يتركز الوباء في الأحياء الشعبية والهامشية ذات الكثافة السكانية والخدمات المحدودة، مثل بنسودة، عين النقبي، سيدي احرازم، جنان الورد وغيرها، حيث تتقاطع الهشاشة السكنية والاجتماعية مع العوز الاجتماعي ومحدودية الولوج إلى خدمات الصحية والتوعية، مما يخلق بيئة حاضنة للمخاطر الصحية.

[1]- Rapport pour la Journée mondiale du sida, ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Maroc 2024, p. 26, https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/11/Rapport%20SIDA%202024%20VF%20.pdf. Consulté le 10 Décembre 2025.
[2]- Ibid, p 38.



المصدر: معطيات ميدانية، سنة 2025

أفضى التحليل الإحصائي لمعطيات الاستبيان إلى نتائج ذات دلالة عميقة؛ حيث أقر 90% من المبحوثين بأن الوضع الاقتصادي الهش كان المحرك المباشر لانخراطهم في مسارات محفوفة بالمخاطر، وفي مقدمتها اللجوء إلى الجنس التجاري. وتجد هذه النتيجة سندها في إفادات الوسيط العلاجي، الذي أكد أن 80% من ملفات الجمعية تعود لأشخاص من طبقات فقيرة (عاملات جنس، عمال، باعة متجولين).

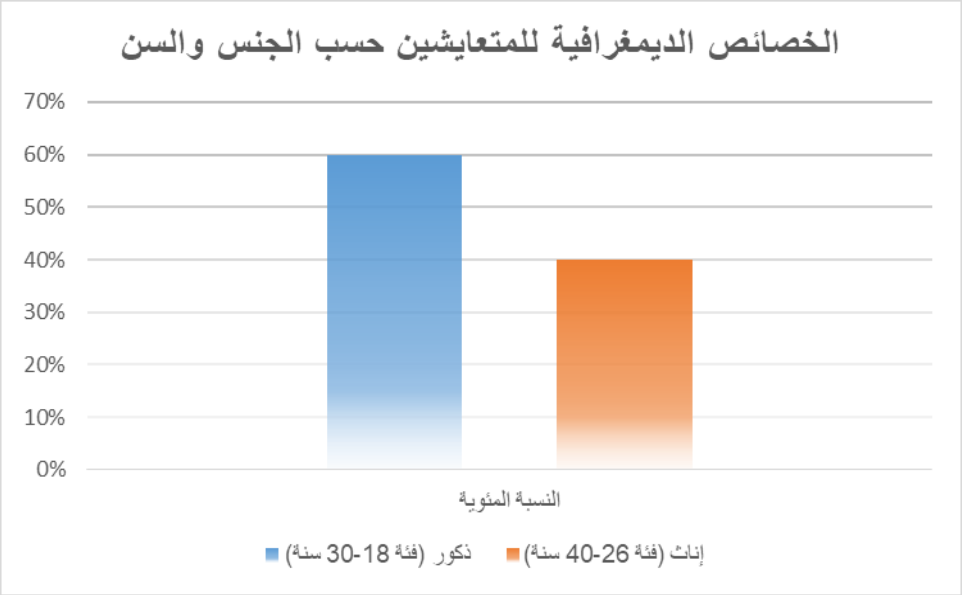
يقودنا هذا المعطى إلى دحض التفسير الأخلاقي للإصابة بداء السيدا في سياق مدينة فاس؛ فالمرض هنا هو نتيجة بنيوية لانسداد الأفاق الاقتصادية، حيث يعتبر الجسد هو الرأسمال المتاح للتداول، وبالتالي الأكثر عرضة للاستهلاك والوباء.

وتؤكد هذه النسب المرتفعة أن فهم الظاهرة لا يمكن اختزاله في التفسيرات الفردية أو السلوكية؛ فالإصابة هنا ليست خيارا حرا بقدر ماهي هي تجسيد مادي لموقع اجتماعي فقير وهش. فالفقر، في كما يتجلى في بعض الأحياء الهامشية بمدينة فاس، لا ينعكس فقط على مستوى الدخل أو أنماط العيش، بل يسلب المتعايشين أيضا آليات مقاومة المخاطر الاجتماعية، إذ يصبح الفقر هو المتغير المستقل الذي يحول الجسد إلى موضوع للوباء.

2- تأنيث الفقر والمخاطر البيولوجية: جدلية الهشاشة وتوريث المرض

تكشف المعطيات عن تحول بنيوي في دينامية انتشار داء السيدا، يتمثل في ظاهرة تأنيث الوباء، حيث تشير الإحصائيات الوطنية لسنة 2023 إلى أن النساء يمثلن 45% من مجموع الحالات المتكفل بها[3]. وينتمي السواد الأعظم منهن إلى فئات اجتماعية فقيرة، من بينهن مطلقات، أرامل، عاملات في القطاع غير المهيكل، عاملات الجنس في الأحياء الهامشية.

وتجدر الإشارة إلى أن الإصابة بفيروس السيدا ترتبط، في جزء مهم منها، بممارسات الجنس التجاري التي تنشأ في العديد من الحالات عن ضغوط الفقر المدقع وضعف البدائل الاقتصادية، مما يجعل ارتفاع نسبة النساء مؤشرا دالا على تقاطع الفقر مع النوع الاجتماعي في تحديد القابلية للإصابة.



المصدر: معطيات ميدانية، سنة 2025

وعند مقاربة تقاطع الإصابات حسب تقاطع متغيري الجنس والسن داخل العينة، تبرز دلالة سوسيولوجية جديرة بالاهتمام. ففي حين يميل مسار الإصابة لدى الذكور إلى التمركز في سن مبكرة (تحت 30 سنة)، فإن الإصابات في صفوف الإناث تميل للتركز في فئات عمرية أكثر نضجا (حوالي 40 سنة).

وإذا كان من الصعب الجزم القطعي بمسببات هذا التباين، فإن الأدبيات حول تأنيث الفقر تطرح فرضية أن المرأة في هذا السن-الذي يمثل غالبا سن تحمل الأعباء الأسرية في الثقافة المحلية لفاس-قد تكون

[3]- Association de lutte contre le Sida, Rapport d'activité 2023, p 13, https://alcs.ma/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-dactivite-ALCS-2023-version-def.pdf. accessed Decembre 4, 2025.

أكثر عرضة لضغوط الإعالة التي تضعها في مواجهة مباشرة مع المخاطر الصحية، مقارنة بالديناميات السلوكية المختلفة لدى الشباب الذكور.

ولا تتوقف الهشاشة عند حدود جسد المرأة، بل تمتد إلى ما يمكن تسميته بالتوريث البيولوجي للمرض، فقد كشفت المقابلات الميدانية مع الوسيط العلاجي عن وقائع لانتقال الفيروس من الأم المتعايشة إلى رضيعها عبر الرضاعة الطبيعية.

ولتفسير هذا المعطى في ظل صعوبة الوصول إلى إحصائيات دقيقة ومفصلة حول مدينة فاس، يمكن الاعتماد على المعطيات الوطنية كإطار مرجعي لتقدير حجم التحدي الذي تواجهه الفئات الهشة محليا.

في هذا السياق، تكشف قراءة الإحصائيات الرسمية عن فجوة كبيرة بين المجهود المؤسساتي وحجم التحدي الوبائي. ففي عام 2021، ولئن سجلت المصالح الصحية خضوع 95,808[4] امرأة حامل لاختبار الفيروس، إلا أن هذا المؤشر يظل محدود الأثر إذا ما قورن بالعدد الإجمالي للولادات الذي ناهز 293,630 ولادة خلال نفس السنة، وبذلك، لم تتجاوز نسبة تغطية الاختبارات حدود 32,6% من إجمالي الولادات السنوية خلال نفس الفترة، مما يعني بقاء شريحة واسعة خارج نطاق الرصد المبكر للفيروس.

وتنعكس محدودية هذه التغطية بشكل مباشر على فعالية البرامج الوقائية، وهو ما تؤكده نسبة الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، التي لم تتعد 44% خلال الفترة ذاتها[5]. ويثير هذا المؤشر تحديات جدية بشأن استمرار انتقال الفيروس إلى الأجيال الجديدة، كما يبرز الحاجة الملحة إلى تعزيز آليات الكشف المبكر، لا سيما بهوامش مدينة فاس التي تعتبر بؤرة حضرية لانتشار الفيروس على مستوى الجهة، إلى جانب توسيع نطاق تدخلات الوقاية خلال فترة الحمل والولادة.

ويتعمق هذا الإشكال حين يتبين أن انتقال الفيروس لا يرتبط بعوامل بيولوجية محضة، بل يتداخل معه عامل اقتصادي حاسم يندرج ضمن المحددات الاجتماعية للصحة، ويتمثل في عجز عدد من الأمهات المتعايشات عن اقتناء الحليب الصناعي الآمن كبديل للرضاعة الطبيعية. وقد استدعى هذا الوضع تدخل الجمعية لمحاولة سد هذا الخصاص.

يتجاوز هذا المعطى فهم الفقر في معناه المادي التقليدي؛ ليلامس إشكالية السلطة الحيوية (Biopolitique) بمفهوم ميشيل فوكو[6]. فإذا كانت الدولة الحديثة تستمد شرعيتها من حماية الحياة

[4] - منشور وزارة الصحة والحماية الاجتماعية بمناسبة تخليد اليوم العالمي لمكافحة السيدا، 2022، https://www.sante.gov.ma/sites/Ar/Pages/actualites.aspx?IDactu=495، تاريخ الدخول 5 دجنبر 2025.

[5] - نفس المصدر.

[6] - Foucault Michel, La Volonté de savoir : Histoire de la sexualité I, Paris, Gallimard, 1976, p 181-188.

وإدارتها، فإن عجزها عن توفير علبة الحليب لمنع كارثة وبائية، قد يقرأ كانزياح نحو ما يمكن تسميته بـ"سياسة حيوية للموت"[7] (Thanatopolitique)[8] تجاه الفقراء؛ أي تحويل حماية الحياة إلى امتياز طبقي.

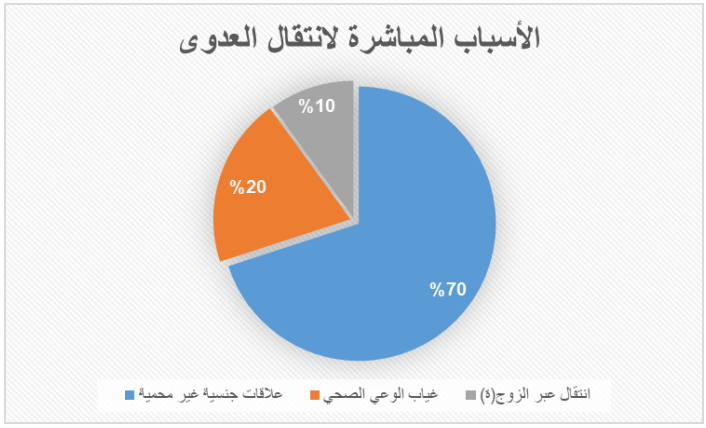
ويربط فوكو بين هذا التخلي الضمني بمفهوم عنصرية الدولة[9] (*Racisme d'État*)، الذي لا يحيل هنا على التمييز العرقي، بل على التمييز الاقتصادي والاجتماعي بين من يستحق أن تدار حياته بعناية ومن يمكن تركه لمصيره. فعندما تسمح المنظومة الصحية والاجتماعية بانتقال الفيروس لجيل جديد من أطفال الأسر الفقيرة، يؤسس لآلية انتقاء اقتصادي ضمنية. وبذلك، لا يرث الطفل فقر أمه اجتماعيا فحسب، بل يرث أيضا فيروسها بيولوجيا. ليصبح الفقر والمرض محددين بنيويين يعيدان إنتاج الهشاشة الصحية والاجتماعية عبر الأجيال.

ثانيا: المحددات الاجتماعية للإصابة بداء السيدا

يقتضي فهم ظاهرة السيدا تجاوز المقاربة البيولوجية الصرفة، نحو استيعاب السياقات الاجتماعية والثقافية الحاضنة للمرض. فالفيروس لا ينتشر في فراغ، بل ينشط داخل بنية مجتمعية توجه مساراته عبر آليات التفاوت في توزيع الرأسمال المعرفي والوعي الصحي، بشكل يعيد إنتاج الهشاشة ويجعل من اللامساواة محددا اجتماعيا للإصابة.

1- انتقال الفيروس عند تقاطع الفرد والمجتمع

يمثل تفكيك مسارات الإصابة بداء السيدا لحظة مفصلية في فهم الظاهرة، لا كواقعة طبية معزولة، بل كمنتج اجتماعي تتداخل فيه المحددات الفردية بالبنى المؤسساتية والقيمية.



المصدر: معطيات ميدانية، سنة 2025

[7]- يعني ذلك ترك الدولة أفراد المجتمع يموتون أو يصابون بالفيروس عبر آلية الترك، هذا الانسحاب أو رفض المساعدة هو ما يسميه جيورجيو أغامبين بالسياسة الحيوية للموت، أي إدارة السكان عبر ترك جزء منهم للفناء أو المرض.

[8] - Agamben Giorgio, Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life, Stanford University Press, 1998, p 122.

[9]- Foucault Michel, Il faut défendre la société : Cours au Collège de France, Paris, Gallimard, 1997, p 214.

استنادا إلى المعطيات الميدانية، تفصح قراءة هذا المبيان، عن تراتب دال في مسببات الإصابة بالفيروس؛ إذ تتصدر الممارسات الجنسية غير المحمية بنسبة مهيمنة بلغت 70%، يليها القصور المعرفي بنسبة 20%، ثم العدوى داخل الإطار الزوجي بنسبة 10%.

تجد هيمنة الجنس غير المحمي (70%) في عينة البحث سندا إحصائيا قويا في المعطيات الرسمية الخاصة بمدينة فاس. حيث نجد أن المدينة تسجل معدل انتشار للفيروس وسط فئة الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال يصل إلى 3.9%[10]، وهو رقم يفوق بكثير المعدل الوطني العام للإصابة بين السكان البالغين (0.08%).

ويتعزز هذا المعطى بتسجيل المدينة لأعلى معدل وطني للإصابة بداء الزهري[11] (Syphilis) بنسبة 7,8%[12]؛ وهو مؤشر بيولوجي واضح يقرأ كدليل مادي على شيوع الممارسات الجنسية غير المحمية في ظل غياب الوعي بالمخاطر الصحية المنقولة جنسيا.

بيد أن المقاربة العلمية تقتضي تجاوز القراءة السطحية لهذه النسب كجزر إحصائية معزولة، للنظر إليها كمتغيرات مترابطة عضويا. إذ لا يمكن فصل السلوك (الجنس غير المحمي) عن محدده البنيوي (غياب الوعي)؛ فالانخراط في علاقات جنسية غير آمنة لا يجب أن يفهم كمجرد خيار فردي حر، بل كمتغير تابع لغياب الثقافة الوقائية.

إن اعتراف خمس المبحوثين (20%) بجهلهم التام بالداء قبل الإصابة، لا تعبر عن مجرد أمية فردية، بل يكشف عن عمق الفجوة المعرفية التي أنتجتها بيئة اجتماعية تفتقر لآليات التثقيف الصحي. ونتيجة لذلك، تشكلت داخل المجتمع المحلي منطقة عمياء حول الوقاية، سمحت للفيروس بالتمدد داخل فراغ لا تملؤه الدولة، ولا المدرسة، ولا الإعلام.

يجد التلازم بين الجهل والمرض تفسيره في مقاربة كلاودين هيرزليش (Claudine Herzlich) حول البناء الاجتماعي للمرض[13]. ففي السياق السوسيو-ثقافي لمدينة فاس، لا ينظر إلى مرض السيدا كواقعة بيولوجية محايدة، بل يتم بناؤه اجتماعيا كمرآة عاكسة لقيم المجتمع وصراعاته. هنا، يصبح الجسد المريض وعاء تسقط عليه المعايير القيمية للمجتمع المحلي، مما يحول المرض من خطر صحي يستوجب المعرفة والعلاج، إلى طابو أخلاقي يستوجب الكتمان والإنكار.

---

[10] - Ministère de la Santé, Résultats d'une enquête de surveillance comportementale et biologique intégrée du VIH, 2020, https://www.sante.gov.ma/Documents/2023/04/Etude%20biocomportementale%20HSH_2020.pdf, Consulté le 4 Octobre 2025.

[11] - مرض الزهري هو عدوى بكتيرية تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ويمكن الوقاية منه وعلاجه. وإذا لم يعالج، فيمكن أن يسبب مشاكل صحية خطيرة، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/syphilis، تاريخ الدخول 4 دجنبر 2025.

[12] Ministère de la Santé, Résultats d'une enquête de surveillance comportementale et biologique intégrée du VIH, 2020.

[13]- Herzlich Claudine, Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale, Hollande, Mouton, 1969, P 14-45.

في ظل هذا الانكفاء الرسمي، يحاول المجتمع المدني –ممثلا في الجمعية موضوع الدراسة– ملء هذا الفراغ عبر حملات التوعية. غير أن هذه الدينامية تصطدم بثقل الوصم الاجتماعي المحيط بالمرض؛ إذ يجد الفاعلون أنفسهم يشتغلون داخل وضع يفرض حواجز رمزية ونفسية، تجعل من تناول الموضوع في الفضاء العام ممارسة معقدة وحساسة. فالحمولة الأخلاقية والثقافية التي ما تزال تؤطر تمثلات داء السيدا بالمدينة تضع حدودا لتحركاتهم الميدانية، وتلزمهم بتدبير تدخلاتهم بحذر بالغ، لتفادي إثارة الحساسيات الاجتماعية.

هذا السياق يجعل صوت المجتمع المدني محدود الأثر أمام هيمنة البنى الثقافية المحافظة، التي ترى في التوعية الصحية بداء السيدا تهديدا للنسق الأخلاقي السائد، وهو ما يحد من إمكانياته في تفكيك التمثلات السلبية المرتبطة بالمرض وإحداث تحول عميق في الوعي المجمعي بالمخاطر الصحية المنقولة جنسيا.

2-الوقاية كامتياز اجتماعي

يخضع داء **السيدا** لعملية إعادة بناء مستمرة داخل المجتمع-بمساهمة ضمنية من سياسة الدولة، يتم فيها تغييب المقاربة العملية القائمة على المعرفة والتربية الوقائية، لصالح ترسيخ حمولة رمزية محاطة بالصمت والرقابة.

ويعد تغييب التربية الجنسية عن المنظومة التعليمية المثال الأبرز على هذه الدينامية؛ فهذا الغياب لا يمكن قراءته كمجرد خيار ثقافي أو بيداغوجي، بل هو في جوهره قرارا سياسيا. يفضي، عمليا، إلى إنتاج أجيال تفتقر إلى الحد الأدنى من الوعي بأساسيات الصحة الجسدية.

وبذلك، تساهم الدولة في الحفاظ على بنية الجهل بالمخاطر المرتبطة بالجسد والسلوك الجنسي، وإعادة إنتاجها. وهو وضع يجعل الوقاية امتيازا طبقيا حصريا لمن يمتلك الرأسمال المعرفي والمادي، بينما يترك الفقراء والفئات الهشة لمصيرهم في مواجهة الجهل المؤسس بمخاطر داء السيدا.

تبلور هذه النتائج طبيعة العلاقة الجدلية بين الفقر المادي والجهل بالفيروس. لا يتجلى هنا موقع البؤس الاجتماعي كمجرد عوز اقتصادي، بل كدائرة سببية متعددة الأبعاد: فتدني الرأسمال التعليمي يؤدي إلى ضمور الوعي الصحي، مما يجرد الأشخاص من آليات الوقاية الصحية والجسدية.

وتكتسب هذه الدينامية خطورة في سياق مدينة فاس، حيث تتظافر قسوة الظروف المعيشية مع غياب المعرفة الوقائية. وبذلك، يتضح أن مستويات المخاطر الصحية ليست قدرا عشوائيا، بل هي نتاج دورة مركبة ومعقدة تتقاطع فيها المحددات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية لتشكل المصير الصحي للمتعايشين مع الفيروس الفقراء.

المحور الثاني:
المؤسسات الصحية والعدالة المجالية: سياسات الضبط والبيروقراطية

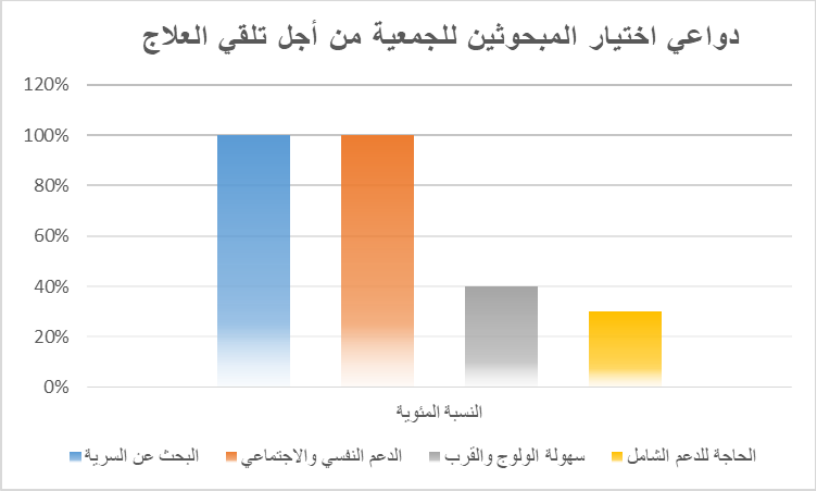
تواجه فئة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية بمدينة فاس أشكالا متداخلة من التهميش، يجتمع فيها البعد الرمزي المرتبط بالوصم داخل المستشفى الجامعي مع الحواجز المادية والهيكلية الناتجة عن ضعف العدالة المجالية وتعقيدات الولوج إلى الحماية الاجتماعية. ويأتي هذا المحور لبحث وضع المتعايشين مع السيدا وأثاره على إمكانية الولوج المتكافئ إلى الرعاية والعلاج، خاصة لدى الفئات الهشة في هوامش فاس.

أولا: تآكل الرمزية المؤسساتية للمراكز الاستشفائية: من الرعاية إلى الضبط البيوسياسي

يتطلب فهم علاقة المتعايشين مع الفيروس بالمستشفى العمومي الانتباه إلى ما يسم هذا الفضاء من شحنة أخلاقية وآليات مراقبة تجعل الرعاية الصحية مصدر قلق بقدر ما هي مورد للرعاية والعلاج. فخشية الوصم قد تدفع العديد من المرضى إلى التواري أو الاعتماد على الوسيط العلاجي الذي يعوض قصور المؤسسة الاستشفائية في التكفل الشامل بالمتعايشين.

1- خصوصية المتعايشين في المستشفيات العمومية بفاس: أي حماية من الوصم؟

يواجه المتعايشون مع فيروس السيدا تحديات جسيمة في تدبير حياتهم اليومية، مما يفرض عليهم اللجوء إلى الكتمان أو السرية للحفاظ على روابطهم الاجتماعية والمهنية. إذ يتحول المريض إلى ممثل يرتدي قناعا اجتماعيا لإخفاء حقيقته عن المحيطين به؛ فالسرية هنا لا تمارس كخيار للخصوصية فحسب، بل هي أيضا شرط لتفادي الطرد والنبذ الاجتماعي.



المصدر: معطيات ميدانية، 2025

يوضح هذا المبيان أن السيدا في المغرب لا يعاش كواقعة بيولوجية صرفة، بل كبناء اجتماعي محمل بالقيم الأخلاقية، وهذا ما يفسر لجوء 100% من المبحوثين في العينة إلى السرية كآلية للتواري عن النظرة الوصمية للمجتمع المحلي، حيث يغدو كتمان المرض شرطا للحفاظ على الروابط داخل النسيج الأسري والمهني.

وقد سجل الاستبيان إجماعا مطلقا (100%) على اختيار المرضى للجمعية باعتبارها فضاء يوفر قدرا من الأمن الرمزي، في مقابل شعورهم بالقلق والوصم داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية. وتتقاطع هذه النتيجة مع إفادات الوسيط العلاجي الذي انتقد الدور الذي يلعبه حراس الأمن بالمستشفيات، واصفا إياه بالدور الأمني الزجري الذي يفتقر إلى البعد التوجيهي الإنساني.

يثير هذا المعطى سؤالا محوريا: لماذا يظل المستشفى، رغم توفيره للرعاية الصحية، فضاء يدفع المتعايشين بالمدينة للاحتماء بالوسيط العلاجي والاجتماعي؟ الجواب يكمن في طبيعة الخدمات؛ فبينما تقدم المؤسسة الاستشفائية خدمة طبية تقنية، توفر الجمعية-عبر الوسيط-رعاية إنسانية شاملة تعوض النقص الحاصل في التكفل النفسي والاجتماعي، وتعمل على تسهيل الولوج للعلاج بعيدا عن التعقيدات الإدارية.

يكتسب هذا القلق مبرراته الموضوعية من السياق السوسيو-ثقافي لمدينة فاس، التي تتسم بإرث ديني ومحافظ يجعل النظرة الوصمية أكثر حدة. ففي المخيال الاجتماعي المحلي، تعد الإصابة بالسيدا شكلا من أشكال العار المزدوج: عار ديني يقرأ بوصفه عقابا إلهيا (وهو ما يفسر الاستخدام المزدوج للدين كأداة للإدانة وكآلية للتوبة والتعايش النفسي مع السيدا)، ووصم اجتماعي يحمل الفرد مسؤولية أخلاقية عن مرضه.

تترجم هذه النظرة ميدانيا إلى أرقام بالغة الأهمية؛ حيث سجلت المدينة أعلى نسبة من العنف تجاه هذه المتعايشن مع السيدا، إذ تعرض 49% من المتعايشين لإهانات لفظية، و16% لاعتداءات جسدية من مجموع الحالات المسجلة على المستوى الوطني[14].

وينعكس هذا المناخ العدائي تجاه المرض على السلوك الوقائي، حيث سجلت المدينة أدنى نسبة فحص وطنية بنسبة 39%، وأضعف استفادة من رزمة الوقاية بنسبة 31.9% مقارنة بنسبة 60% بمدن أخرى كمدينة مراكش، وذلك من مجموع الحالات المسجلة وطنيا سنة 2020[15].

يجد هذا السلوك تفسيره في مقاربة إرفينغ غوفمان (Erving Goffman) حول الوصم، التي ترى أن الوصم يعيد تعريف الفرد اجتماعيا عبر تحويله من شخص سوي إلى كيان ملوث ومنبوذ[16].

[14]- Ministère de la Santé, Résultats d'une enquête de surveillance comportementale et biologique intégrée du VIH, https://www.sante.gov.ma/Documents/2023/04/Etude%20biocomportementale%20HSH_2020.pdf, accessed octobre 4, 2025.

[15]- Ibid.

[16] - Goffman Erving, Stigma, United Kingdom, Prentice hall Inc, 1963, p 205.

فالمستشفى العمومي في مدينة فاس –بما يعرفه من اكتظاظ وضعف في شروط الخصوصية –يتحول إلى فضاء أقرب إلى "محكمة" أخلاقية تعيد إنتاج الهويات الاجتماعية للمتعايشين على نحو وصمي. إذ يشعر المريض بأن حضوره داخل هذه الفضاء يثبت عنه هوية مفسدة أو محل شبهة اجتماعية، يلغى وجوده اجتماعيا قبل موته عضويا، حيث يصبح منبوذا داخل دوائر انتمائه الأولية.

هنا يبرز الدور الحيوي للوسيط العلاجي التابع للجمعية بالمستشفى، فهو لا يقوم فقط بتسهيل إجراءات استفادة المتعايشين من الرعاية الصحية، بل يؤدي وظيفة أشبه بإدارة الوصم من خلال مرافقة المريض وتمكينه من المرور داخل الفضاء الاستشفائي دون أن تنكشف هويته. مما يوفر له حماية من رقابة نظرات الفحص الاجتماعي وبيروقراطية المسارات الإدارية.

2-المؤسسة الاستشفائية بين المر اقبة والإقصاء

تظهر شهادات المبحوثين تكرارا ملحوظا للشكوى من أن دور حراس الأمن في بوابات المستشفى ومحيطه، وهو ما يجسد عمليا تصور فوكو حول ثنائية المراقبة والعقاب[17]. فالمستشفى في هذا الغطار لا يمارس وظيفته كفضاء علاجي محض، بل يميل إلى الاشتغال ك "بانوبتيكون"[18]؛ أي كجهاز مراقبة ينتج الانضباط عبر الحضور الدائم لنظرة السلطة. وضمن هذه الدينامية، يبدو أن اهتمام الدولة ينصب على إحصاء الفيروس لحماية المجتمع السليم أكثر من اهتمامها برعاية المتعايشين مع داء السيدا.

لكن، وخلافا لما يرى فوكو من أن السياسة الحيوية تهدف تقليديا إلى تنمية حياة السكان[19]، تكشف المعطيات الميدانية عن نمط مما يمكن تسميته بـ "السياسة الحيوية السلبية". حيث يتحول المستشفى إلى أداة لإنتاج منطق مناعي، تستخدمه الدولة لعزل الخطر الوبائي، عوض أن يكون فضاء لدمج المتعايشين وتعزيز رعايتهم الصحية والاجتماعية.

ويجد هذا التحليل صداه في مقاربة روبيرتو إسبوزيتو (Roberto Esposito) لمفهوم المناعة؛ إذ يرى أن الدولة تمارس سياسات صحية تقوم على تحصين الجسد الاجتماعي العام عبر إقامة حدود رمزية ومكانية تفصل بين ما ينظر إليه كعنصر سليم وما يعد عنصرا مهددا[20]. فالمناعة، في هذا الإطار، لا تمارس فقط عبر الرعاية الصحية، بل أيضا عبر العزل والضبط بوصفهما آليتين لحماية الكل من الجزء المصاب. ويؤدي هذا المنطق إلى مفارقة جوهرية تتجلى في حماية الحياة العامة عبر تعليق جزء منها؛ أي الجزء المريض.

[17] - Foucault Michel, Surveiller et punir: Naissance de la prison, Paris, Gallimard, 1975, p 233-234.

[18] - هو نموذج مراقبة ابتكره الفيلسوف الإنجليزي جيرمي بنثام وطوره الفيلسوف الفرنسي ميشيل فوكو، ليصف آليات الضبط داخل المؤسسات الحديثة، بحيث تمارس مراقبة دائمة ومحتملة تجعل الأفراد يضبطون أنفسهم ذاتياً. ولا يقتصر هذا المنطق على السجون، بل يشمل المدارس والمستشفيات، لمراقبة المرضى وتصنيفهم، حيث يدفع المتعايشون مع الفيروس إلى الإحساس بالمراقبة المستمرة.

[19]- Foucault Michel, Histoire de la sexualité I, op.cit, p 183.

[20]- Esposito Roberto, translate, Zakiya Hanafi, Immunitas: The Protection and Negation of Life, Cambridge: Polity Press, 2011, p115.

وفي مواجهة هذا المنطق، تتدخل الجمعية، عبر الوسيط العلاجي، لكسر آليات المناعة الإقصائية، محاولة إعادة إدماج المتعايش كإنسان يستحق الحياة والرعاية، وليس مجرد خطر بيولوجي يجب عزله وتحييده.

ثانيا: إكراهات الولوج إلى العلاج بين التفاوتات المجالية والبنية البيروقراطية

لا يقتصر ما يواجهه المتعايش مع الفيروس على الاكراهات النفسية والوصم الاجتماعي فحسب، بل يجد نفسه في مواجهة إكراهات موضوعية تتجلى في التوزيع غير المتكافئ للعرض الصحي على المستوى المجالي، وفي التعقيدات البيروقراطية لأنظمة الحماية الاجتماعية. بما يجعل الحق في الرعاية والعلاج من السيدا مسارا شاقا ومكلفا، يزيد من هشاشة المتعايشين اجتماعيا وصحيا.

1- العدالة الصحية: مركزية العرض وفجوة الهامش

أفرزت المقابلات الميدانية نقدا جوهريا للتقسيم المجالي للمراكز الصحية، باعتباره تقسيما تكريسا لمركزية صحية لا تستند إلى منطق القرب. فتركيز الخدمات العلاجية المتخصصة في تدبير فيروس نقص المناعة البشرية داخل المركز الاستشفائي الجامعي بفاس يرفع بشكل ملموس من كلفة المرض بالمنسبة للمتعايشين القادمين من الأحياء الهامشية أو المناطق النائية المجاورة. يكشف هذا التمركز عن خلل واضح في تفعيل مبدأ العدالة المجالية داخل السياسة الصحية.

يؤدي هذا الاستهداف الجغرافي غير العادل إلى تهميش فئات واسعة من المتعايشين الذين يفتقرون للقدرة المادية على تغطية تكاليف التنقل والإيواء، خاصة وأن المتابعة الطبية تتطلب زيارات منتظمة للمستشفى للرعاية والعلاج. وفي ظل غياب مراكز علاج قريبة من الهوامش المحيطة بالمدينة، يجد خطاب العدالة المجالية نفسه موضع مساءلة، إذ يغدو الولوج إلى العلاج امتيازا مشروطا بالموقع الجغرافي المرتفق المتعايش.

ويبدو أن تصميم الخريطة الصحية تخضع أساسا لاعتبارات إدارية وتنظيمية، التي تغيب عنها الشروط الاجتماعية للمرتفقين المتعايشين، كالفقر، وضعف البنيات التحتية، وصعوبة التنقل. وأمام هذا الوضع، تجد الجمعية نفسها مضطرة إلى تجاوز أدوارها الترافعية التقليدية، لتقوم بمهام التدخل المباشر عبر تحمل تكاليف التنقل والإيواء، وتوفير دعم مالي منتظم لضمان وصول المتعايشين إلى الخدمات الأساسية.

وتكشف المعطيات الميدانية عن الأهمية الحيوية لهذا التدخل؛ حيث اعتبر 80% من المبحوثين أن الدعم المالي يشكل عاملا حاسما في تحسين وضعهم الصحي، إذ أكد 70% من المستفيدين عن تغيرات إيجابية في مسار العلاج من السيدا بفضل تدخل الجمعية.

ينقلنا هذا المعطى إلى فهم تحولات بنية المجتمع المدني؛ فالجمعية هنا لم تعد مجرد فاعل تقليدي، بل تحولت بحكم الضرورة إلى "مؤسسة رعاية اجتماعية بديلة" تقوم بمهام هي في الأصل من صميم اختصاصات المؤسسات الصحية.

لئن كان دستور 2011 نص قد أسس لتعاقد اجتماعي جديد يلتزم الفاعل العمومي بتعبئة الوسائل لتيسير ولوج المواطنين إلى الحق في العلاج (الفصل 31)[21]، ويرسخ مبادئ التضامن والانصاف المجالي في التنظيم الترابي (الفصل 136)[22]؛ وهو التوجه الذي كرسه القانون الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية رقم: 06.22 بالتنصيص على مسؤولية الدولة في تحقيق الأمن الصحي والعدالة في توزيع خدمات الرعاية والعلاج (المادة 2)[23]؛ إلا أن تفكيك واقع التكفل بمرضى السيدا بالمدينة يكشف عن فجوة ملموسة بين هذه الالتزامات القانونية ومستوى تفعيلها العملي، فالمعطيات الميدانية، تؤكد استمرار ما يمكن تسميته باللاتكافؤ المركب في نموذج العدالة الصحية السائد، سواء على المستوى العمودي المرتبط بالطبقات الاجتماعية، أو على مستوى الأفقي المتعلق بالتفاوتات المجالية.

إن العدالة الاجتماعية لا تتحقق إلا من خلال العدالة مجالية، أي ضمان ألا يكون مكان إقامة الفرد سببا في حرمانه من الموارد الحيوية للمجتمع، وهو ما تخرقه آليات المركزية. وبالتالي، فإن تركيز الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي بفاس، وحرمان هوامش المدينة يشكل خرقا واضحا لمبدأ الإنصاف، حيث تتحول الجغرافيا إلى حاجز اقتصادي يوازي تكلفة الدواء، مما يعيد إنتاج الفوارق المجالية داخل المنظومة الصحية.

هذا الوضع، يدفع الجمعية إلى تجاوز وظيفتها الأصلية كشريك مدني إلى فاعل "بديل" يتحمل عبء ترميم ثغرات السياسات العمومية الصحية، ويسعى لضمان الحد الأدنى من الحق الدستوري في رعاية علاج المتعايشين مع السيدا الذين همشتهم جغرافية العرض الصحي ومركزية القرار.

2- الخدمات الصحية بين الحق والاستهداف

تطرح عملية تنزيل ورش تعميم الحماية الاجتماعية مجموعة من الإشكالات العملية عند تقاطع النصوص القانونية مع الواقع المعقد للمتعايشين الفقراء مع السيدا بفاس، فبالرغم من أن الإصلاح يسعى مبدئيا إلى الدمج الشامل، تبرز على أرض الواقع تحديات مرتبطة بآليات الاستهداف وتحديد معايير الاستحقاق.

[21] - المملكة المغربية، دستور 2011، صادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.91، الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر، 30 يوليو 2011.
[22] - المصدر نفسه.
[23] - المملكة المغربية، القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، صادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.22.75 الجريدة الرسمية، عدد 7151، 8 ديسمبر 2022.

وفي هذا الصدد، تكشف المقابلات عن مفارقة كبيرة في تدبير التغطية الصحية الإجبارية (AMO)، حيث تجد الفئات الأكثر هشاشة-مثل عاملات الجنس أو الأمهات العازبات القاطنات بالأحياء المتوسطة- أنفسهن مطالبات بتحمل كلفة العلاج استنادا إلى مؤشر السكن، رغم أن واقعهن الاقتصادي يتسم بالتردي ولا تعكسه المؤشرات الشكلية. ويمكن توصيف هذا الوضع بما يصطلح عليه بـ "العنف البيروقراطي"؛ أي تلك الممارسات الإدارية التي تنتج الإقصاء عبر قواعد تقنية تبدو محايدة ظاهريا لكنها إقصائية في جوهرها.

لقد أفرز الانتقال من نظام المساعدة الطبية (RAMED)، الذي كان يوفر مجانية نسبية قائمة على العوز المادي، إلى نظام إلزامي يفرض مساهمات مالية، فجوة بين الخطاب الرسمي حول تعميم الحماية الاجتماعية والواقع الفعلي للولوج إلى العلاج. هذا التحول يهدد بارتفاع حالات الانقطاع عن العلاج بين المتعايشين مع الفيروس، بما ينذر بانفجار وبائي يضع الأمن الصحي المحلي على المحك، لا سيما إذا استحضرن أن نسبة مهمة (50%) من المتعايشين يفتقرون إلى المعلومة الصحية الأساسية لإجراء الفحص[24].

يجد هذا التحول سنده النظري في نقد لويك واكان (Loïc Wacquant) للنيوليبرالية، حيث يرى أن الدولة اليوم تميل إلى الانسحاب من الميدان الاجتماعي واستبدال الدولة الاجتماعية بدولة الضبط[25]. ويجد هذا التحول تجسيده القانوني في القانون الإطار رقم 21.09 المتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية، الذي أسس لانتقال جوهري من منطق الرعاية الاجتماعية المباشرة إلى منطق تغطية صحية قائمة على الاستهداف والاشتراك (المادة18)[26].

كما أن نظام راميد، رغم نواقصه، يجسد لما يسميه بورديو اليد اليسرى للدولة[27]؛ أي تلك التي تعترف بمسؤوليتها المباشرة تجاه الفقراء. أما في إطار السجل الاجتماعي الموحد، فقد تحول الفقر من حالة اجتماعية تعاين، إلى رقم يحتسب. وهكذا أصبح هذا السجل تجسيدا تقنيا لليد اليمنى للدولة، حيث تدار المساعدة عبر خوارزميات بيروقراطية تقيم وضع الأشخاص بناء على مؤشرات مادية -مثل فاتورة الكهرباء، نوع السكن، اشتراك الهاتف-ما يفضي غالبا إلى حالات من الاستهداف العشوائي.

تتجلى خطورة هذا المنطق حين يتجاوز المؤشر العتبة المحددة بفارق طفيف، ليتم استبعاد المتعايشين من نظام (AMO-TADAMON) المدعم نسبيا، ومطالتهم بالأداء ضمن (AMO-ACHAMIL)، حتى وإن كان فقيرا في الواقع. وينطبق هذا الوضع على فئات هشة كعاملات الجنس المتعايشات، اللواتي يكترين غرفا في

[24] - Ministère de la Santé, Résultats d'une enquête de surveillance comportementale et biologique intégrée du VIH, 2020, https://www.sante.gov.ma/Documents/2023/04/Etude%20biocomportementale%20HSH_2020.pdf, Consulté le 4 Octobre 2025.

[25]- Wacquant Loïc, Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale, Marseille, Agone, 2004, P14.

[26] - المملكة المغربية، القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية، صادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم: 1.21.30 صادر في 23 مارس 2021 الجريدة الرسمية عدد 6975، 5 أبريل 2021.

[27]- Bourdieu Pierre, La main gauche et la main droite de l'État, Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 91-92, mars 1992, p113.

أحياء تصنف إداريا كأحياء كمتوسطة، ما يحرمهن من الدعم المادي الضروري للإقلاع عن الممارسة التجارية للجنس.

إن الانتقال من إلى الاستحقاق المشروط وتحويل المتعايشين الفقراء من مستفيدين إلى منخرطين، يجسد في الواقع تسليع للخدمات الصحية، ويعكس انسحاب الدولة التدريجي من التمويل المباشر لتكتفي بدور المنظم. وفي هذه المعادلة الجديدة، لم يعد الفقير محميا بصفته مواطنا، بل بصفته رقما يستجيب لمعايير الاستهداف.

وبالتالي، تبرز هذه الوضعية كيف يمكن للخيارات البيروقراطية غير الملائمة أن تفاقم الهشاشة الصحية للمتعايشين، ما يهدد استمرارية رعاية وعلاج فئة تتطلب رعايتها الانتظام والديمومة للحد من انتشار الوباء وطنيا ومحليا.

المحور الثالث: تحولات الرعاية الصحية بين تراجع دو الدولة وهشاشة المجتمع المدني

في سياق التحولات التي تعرفها المنظومة الصحية وتقليص أدوار الدولة في الرعاية الصحية، يبرز الفاعل المدني لملء هذا الفراغ المؤسساتي. غير أن هذا الحضور المتنامي للجمعيات المدنية لا يعكس بالضرورة قوة ذاتية للمجتمع المدني، بقدر ما يعبر عن أزمة تفريغ وظيفي لأعباء الرعاية الصحية والاجتماعية على كاهل فاعل مدني يفتقر للموارد الهيكلية المستدامة.

يسعى هذا المحور إلى تفكيك هذه الدينامية، حيث تتحول الجمعيات من شريك للدولة إلى وسيط يدير الفقر والهشاشة نيابة عنها، ضمن شروط محكومة بعلاقات القوة، وبآليات تمويلية تتأرجح بين الزبونية المحلية والتبعية الدولية.

أولا: المجتمع المدني كآلية للترميم الاجتماعي

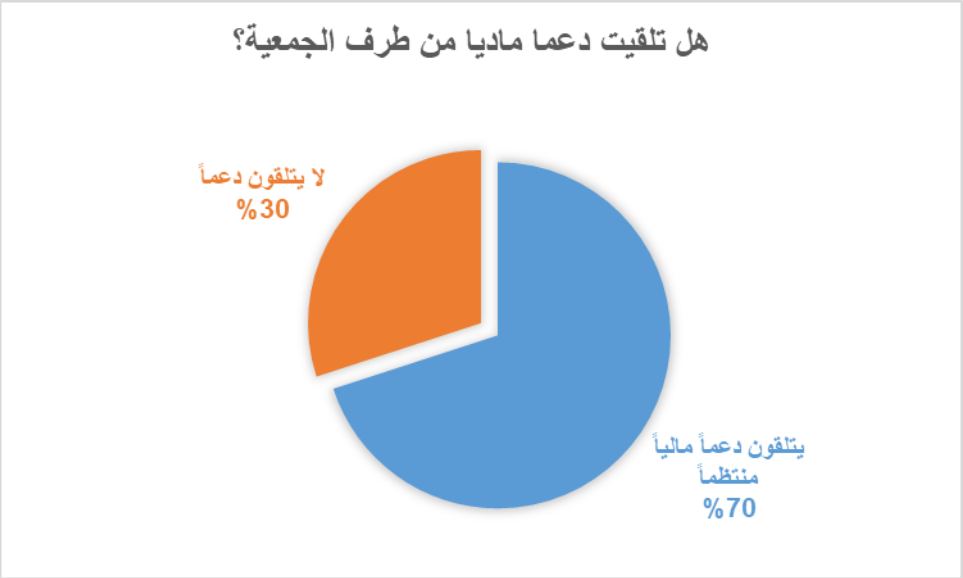
لم تعد الجمعية مجرد شريك يكمل جهود الدولة كما يفترض النص الدستوري، بل تحولت تحت ضغط الحاجة الميدانية إلى آلية للترميم الاجتماعي تسعى إلى لرأب الصدوع التي يحدثها المرض والفقر في حياة المتعايشين. تحاول الدراسة فيما سيأتي تفكيك ميكانيزمات هذا التدخل البديل مع تحليل المفارقات التي تحكم هذا الدور.

1- فعالية المجتمع المدني في سد فجوات الرعاية الصحية

رغم المكتسبات التي جاء بها دستور 2011، الذي ارتقى بالمجتمع المدني إلى مرتبة الشريك في صناعة السياسات العمومية (الفصل12)[28] وكرس الحق في الرعاية الصحية، فإن الممارسة الميدانية تكشف فجوة

[28] - دستور 2011، مصدر سابق.

واسعة بين النص والواقع. فبدلا من شراكة متكافئة، أبانت المعطيات الميدانية عن واقع يتسم بعدم انتظام الدعم العمومي، وارتهانه لمعايير تقنية أو تقديرية، مما يضع الجمعيات في وضعية تبعية دائمة.



المصدر: معطيات ميدانية، سنة 2025

إذ تكشف هذه البيانات عن تحول واضح في موقع الجمعية؛ إذ صرح 70% من المبحوثين باعتمادهم المنتظم على دعمها المالي، بينما أكد جميعهم (100%) حاجتهم المستمرة للدعم المادي والنفسي. تشير هذه النسب إلى أن الجمعية تجاوزت دورها الترافعي لتصبح بمثابة ضامن اجتماعي للحق في الرعاية الصحية، يؤمن الحد الأدنى من شروط المتعايشين الفقراء الذين سقطوا من شبكة الأمان الرسمية.

يمكن قراءة هذه المعطيات باستحضار مفهوم "طوبوغرافيا الهشاشة[29]" عند روبرت كاستيل (Robert Castel). فالمتعايشين في المدينة، تحت وطأة الهشاشة والوصم الاجتماعي، ينزاحون تدريجيا من منطقة الاندماج نحو منطقة التفكك الاجتماعي[30] (Zone de désaffiliation)، حيث تتآكل روابطهم الأسرية والمهنية. لأن الاندماج الحقيقي يتطلب حقوقا مستدامة تضمنها الدولة، لا مساعدات ظرفية تحول المواطن المتعايش إلى مستفيد معلق بخيط الإحسان العمومي.

لأداء هذه الوظيفة الترميمية، تعتمد الجمعية على مقاربة تثقيف النظراء (Éducation par les pairs)، كآلية للتدخل تقوم على إشراك أفراد فاعلين من الفئات المفتاحية ذاتها (مثل عاملات الجنس والرجال

[29]- Castel Robert, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Fayard, 1995, p20.

[30] - تتسم هذا المنطقة بغياب أو انقطاع الروابط الاجتماعية والمهنية – مثل فقدان الوظيفة الثابتة وشبكات الدعم-التي يشكل مجموعها أساس الانتماء للمجتمع.

الذين يمارسون الجنس مع رجال) لاستقطاب الحالات الجديدة لإخضاعها للعلاج مقابل تعويض مادي. وتكتسي هذه الاستراتيجية أهمية بالغة لكونها تملأ فراغا وظيفيا تعجز الدولة عن ملئه.

يمتلك المثقف النظير هنا رأسمالا رمزيا قوامه الثقة والانتماء المشترك؛ فهو القادر على فك شفرات الثقافية الفرعية للفئات المستهدفة وولوج دوائرها المغلقة. وبذلك، يتحول إلى جسر للوساطة يربط الفئات الأكثر هشاشة بخدمات الدعم والعلاج، ضمن مسار يراعي كرامة المتعايشين.

بيد أن هذا التوسع في الأدوار يطرح سؤالا حول أهلية المجتمع المدني للقيام بوظائف هي من صميم أدوار الدولة. إذ تشير المعطيات الميدانية إلى أن الإجابة تميل بوضوح إلى النفي؛ حيث بينت المقابلات محدودية الأطر البشرية المؤهلة، والبنية التحتية والتكنولوجية، فضلا عن الهشاشة المالية للجمعيات.

تكمن المفارقة هنا في انسحاب الدولة التدريجي من قطاع حيوي، مع إفراغ عبء الرعاية الصحية للمتعايشين على كاهل فاعل مدني يقر بأنه يفتقر إلى القدرة التقنية والمالية والتنظيمية للاضطلاع بمهمة حيوية وذات طبيعة مستدامة. ونتيجة لهذا التحول، يغدو الحق الدستوري في الصحة مؤطرا بمنطق الإحسان المدني أكثر مما هو قائم منطق الحق، بما يعمق أزمة المتعايشين ويجعل ولوجهم النسبي للرعاية والعلاج مرهونا باستمرار تدخل الجمعية.

يجد هذا التحول سنده القانوني في طبيعة الالتزام الدستوري الذي يلزم الدولة بتعبئة الوسائل المتاحة لضمان العناية الصحية (الفصل31)، دون إلزامها الصريح بمجانية الخدمات الصحية للفئات المحتاجة، مما يفتح الباب لتنويع مصادر تمويل المنظومة الصحية.

إذ يتم تكريس هذا التوجه في القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية، الذي يتبنى آليات السوق كالتأمين والاستهداف (المواد 5 و11 و12)[31]. ويعكس هذا الإطار توجها نحو ليبرالية اجتماعية تنظم الدعم بدلا من تعميمه، ما يحد من الطابع الشمولي للرعاية الصحية ويحولها إلى سلعة مشروطة بإمكانية المتعايشين أو إدراجهم في منظومة الاستهداف.

2- الوساطة العلاجية: ديناميات تعهيد المخاطر الصحية

يعد الوسيط العلاجي التابع للجمعية العمود الفقري لعملية التكفل بالمتعايشزن مع السيدا في مدينة فاس، إذ يتولى وظائف أساسية تشمل الدعم النفسي، والمرافقة الاجتماعية، وتسهيل الولوج إلى العلاج، وهي مهام غالبا ما تعجز المنظومة الصحية عن تأديتها ضمن بنيتها التقليدية. ورغم محوريته، لا يتمتع هذا الفاعل المدني بأي حماية قانونية داخل مركز التكفل بالمستشفى، ليظل وضعه بحكم الواقع لا بحكم القانون.

[31] - القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية، مصدر سابق.

تعتمد المؤسسات الصحية على الوسطاء العلاجيين لضمان استمرارية رعاية وعلاج المتعايشين، وسد فجوات الرعاية النفسية والاجتماعية لفائدتهم، لكنها تحجم عن مأسسة دورهم. ونتيجة لذلك، يجد هؤلاء الوسطاء أنفسهم في وضعية هشاشة تماثل هشاشة المتعايشين الذين يخدمونهم.

وقد عززت نتائج الاستبيان هذه الحقيقة، حيث أجمع 100% من المبحوثين المتعايشين على لجوئهم للجمعية بحثا عن الدعم النفسي، وهو ما يؤكد أن الوسيط العلاجي هو حائط الصد الأول الذي يتلقى الارتدادات النفسية لحظة اكتشاف الإصابة. ولا يقف دوره عند هذا الحد، بل يمتد لتدبير أزمات اجتماعية شديدة التعقيد والحساسية، مثل احتواء اتهامات الخيانة الزوجية، والحفاظ على التوازن الأسري، وضمان عدم انقطاع المرضى عن العلاج.

انطلاقا من هذه المعطيات، يتضح أن محاربة السيدا بالمدينة تتجاوز البعد الطبي الصرف؛ فالسيدا، في هذا السياق، هو بناء اجتماعي لا ينتقل بيولوجيا فحسب بل ينتقل أيضا عبر قنوات اجتماعية وثقافية محملة بالقيم الأخلاقية والدينية التي تنظر للمرض كخطيئة، في هذا السياق، يتجاوز دور الوسيط العلاجي الدعم النفسي والاجتماعي للمتعايشين، ليساهم في ترميم الهوية المتصدعة التي يحدثها الوصم، وتعزيز فرص إعادة إدماج علاقة المتعايش بذاته ومحيطه.

يقودنا هذا التحليل إلى استنتاج يتعلق بطبيعة السياسات العمومية الصحية: إذ يبدو أننا أمام سيرورة لنقل تكلفة الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للمتعايشين إلى المجتمع المدني، في إطار تفريغ وظيفي لأدوار الدولة الاجتماعية. يجد الفاعل المدني نفسه يمارس وظيفة الدولة، لكن بأدوات وإمكانيات العمل التطوعي.

يجسد هذا الوضع، أن هذا النمط من التفويض غير المعلن يزج بالفاعل المدني في موقع الهشاشة المؤسساتية؛ فهو مطالب بأداء أدوار المرفق العام دون امتلاك أدواته أو ميزانيته، ونتيجة لهذا الواقع إعادة إنتاج رعاية صحية مجزأة وهشة.

إذ يعكس هذا الوضع أحد أعمق التوترات البنيوية في السياسات الاجتماعية النيوليبرالية؛ حيث يتم اعتماد استراتيجية تعهيد المخاطر الصحية والاجتماعية (Externalisation des risques) للمجتمع المدني، وهي استراتيجية لا تضعف الفاعل المدني فحسب، بل تساهم في تعميق اللامساواة، وتحد من فعالية منظومة التكفل بهذه الفئات الهشة.

المصدر: معطيات ميدانية، سنة 2025

وتجد فرضية هشاشة تعهيد المخاطر الصحية هذه سندها الواقعي في قراء معطيات المبيان حول إكراهات الولوج إلى خدمات الجمعية. إذ تكشف الأرقام أن 30% من المتعايشين يشتكون من نقص المتابعة وصعوبة الولوج، بينما صرح 20% منهم بوجود مشاكل تتعلق بالسرية.

لا تعكس هذه النسب بالضرورة تقصيرا في أداء الفاعل الجمعوي بقدر ما تعكس حدود القدرة الاستيعابية لمؤسسة مدنية وجدت نفسها تدبر مجالا حيويا بإمكانيات تطوعية. فنسبة 30% من النقص في المتابعة هي مؤشر على الإنهاك المؤسساتي؛ حيث يفوق الطلب الاجتماعي المتزايد –نتيجة انسحاب الدولة-العرض الخدماتي المحدود للجمعية.

أما نسبة 20% المرتبطة بالسرية، فتوضح أن الأمان الرمزي الذي توفره الجمعية يصطدم أحيانا بضعف البنية اللوجيستية (الاكتظاظ، ضيق الفضاءات)، مما يؤكد أن المجتمع المدني –مهما بلغت فعاليته-لا يمكنه توفير شروط الرعاية المستدامة والآمنة التي تضمنها مؤسسات الدولة الصحية.

وبذلك، تؤكد هذ الأرقام أن سياسة تفريغ وظائف الدولة على الجمعية لا تحل أزمة الرعاية الصحية للمتعايشين، بل تنقل أزمتها فقط إلى ساحة الفاعل المدني، مع فارق جوهري: أن هذا الأخير لا يملك أدوات الدولة لمواجهتها.

ثانيا: الاقتصاد السياسي للمجتمع المدني

يقتضي فهم الدور الذي تضطلع به الجمعيات في مجال الرعاية الصحية للمتعايشين مع السيدا تفكيك البنية المادية التي تؤطر عملها، حيث تغدو استقلالية الفاعل المدني واستدامة أدائه رهينة لمعادلات الاقتصاد السياسي للتمويل. ويتجلى هذا الارتهان عبر مستويين متداخلين: الأول محلي محكوم بمنطق الولاء السياسي للنخب، والثاني دولي خاضع لتقلبات الجيوسياسية وأولويات المانحين الدوليين في مجال الصحة والتنمية.

1- إكراهات التمويل المحلي: الولاء السياسي

عند تتبع مسار اشتغال الجمعية على المستوى المحلي، يبرز بوضوح أن نموذج التمويل الذي يفترض أن يدعم دورها في الرعاية الصحية لا يقوم على أسس مستقرة. فالمقابلات الميدانية تكشف أن جزءا كبيرا من هذا الدعم يتشكل داخل شبكة من العلاقات السياسية والولاءات الانتخابية، الأمر الذي يمس في الصميم باستقلالية الفاعل المدني ويجعل استمرارية خدماته عرضة لتقلبات حسابات النخب السياسية المحلية الضيقة، أكثر مما هي مرتبطة بحاجات المتعايشين الفعلية.

وفي هذا السياق، فإن حرص أعضاء الجمعية محل الدراسة-بحكم خلفيتهم الحقوقية-على التشبث بمبدأ الحياد والاستقلالية، ورفضهم الانخراط في لعبة الولاءات الحزبية أو الاصطفاف وراء النخب المحلية، يؤدي ذلك إلى وضع الجمعية خارج دائرة الاستفادة المنتظمة من الدعم العمومي المحلي. ويبرز هذا الوضع

أكثر حدة في سياق مدينة فاس، حيث ترتفع حالات الإصابة بالسيدا بجهة فاس مكناس إلى ما يفوق 900 حالة، أي ما يمثل 6%[32] من مجموع الحالات المسجلة وطنيا، تتركز أغلبها داخل المجال الحضري للمدنة.

يمكن فهم هذه الدينامية باستحضار تحليل بياتريس هيبو (Béatrice Hibou) حول الاقتصاد السياسي للهيمنة، حيث تؤكد أن السلطة لا تمارس من خلال آليات الضبط المباشر فحسب، بل تتجاوز ذلك لتمارس هيمنتها عبر التحكم في الموارد المالية[33]. وفي سياق مدينة فاس، تتجسد هذه الآلية من خلال شح الدعم العمومي المخصص للجمعيات، إلى حد يجعل الفاعلين المدنيين في حالة تنافس دائم على الموارد المحدودة. وبما أن الجمعية لا تملك لونا سياسيا، فإن ذلك يبقيها خارج دائرة الدعم العمومي المحلي.

وفي ظل هذا الوضع، غالبا ما يحول الفاعل السياسي المحلي عملية تخصيص الدعم العمومي من إجراء قائم على معايير موضوعية –كما هو مفترض في دفاتر التحملات-إلى ما يشبه الهبة التي تستدعي في مقابلها الولاء والتبعية. وتبعا لذلك، قد تجد الجمعيات نفسها مضطرة لتبني استراتيجيات مهادنة، وتفادي أي نقد للوضعية الوضعية الاقتصادية والاجتماعية خشية حرمانها من الدعم.

يزداد هذا الوضع وضوحا عند النظر إلى الإطار القانوني؛ فعلى الرغم من أن النصوص التنظيمية المؤطرة للجهوية المتقدمة تمنح الجماعات الترابية اختصاصات واضحة وصريحة في مجال حفظ الصحة العمومية (المادة 100)[34]، إلا أن الممارسة الواقعية بالمدينة تعرف نوعا من الاختزال التقني لهذه الاختصاصات؛ إذ يتم حصرها في مهام التدبير الحضري، مع تغييب مفهوم الأمن الصحي.

ويعكس هذا التوجه قصورا في الوعي السياسي المحلي، الذي لا زال ينظر إلى محاربة السيدا كشأن طبي وزاري وفقط، بدلا من استيعابه كجزء جوهري من سياسة المدينة وتدبير المجال الترابي، الذي يقتضي تدخلا شموليا يتجاوز المقاربة التقنية الضيقة.

إن الاعتماد على الجمعية (الممولة دوليا) في رعاية المتعايشين مع السيدا شكلا من أشكال تعهيد المخاطر الاجتماعية. في هذا الإطار، يستقيم تحليل غرامشي للمجتمع المدني-بوصفه آلية لامتصاص التوترات الاجتماعية[35]. فمن خلال توفير حد أدنى من الرعاية والدعم، يساهم في تثبيت السلم الاجتماعي عبر إدارة الفقر والهشاشة الاجتماعية، أكثر مما يعمل على تفكيكها.

[32]- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Rapport pour la Journée mondiale du sida 2024, p 35, https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/11/Rapport%20SIDA%202024%20VF%20.pdf. Consulté le 10 décembre 2025.

[33]- Hibou Béatrice, Anatomie politique de la domination, Paris, La Découverte, 2011, p 89.

[34] - المملكة المغربية، القانون التنظيمي رقم 113.14 المتعلق بالجماعات، صادر بتنفيذه الظهير الشريف 1.15.85 بتاريخ 7 يوليوز 2015 الجريدة الرسمية، عدد 6380، 23 يوليوز 2015.

[35]- Gramsci Antonio, Selections from the Prison Notebooks, International Publishers, 1971, p 12-263.

وهكذا، تنزاح مطالب راعية المتعايشين من كونها حقا يستوجب مساءلة الدولة وتموليها، إلى مستوى خدمة اجتماعية تطوعية يؤديها المجتمع المدني، ليس بهدف معالجة جذور الهشاشة البنيوية، بل لضبطها وإدارتها بما يضمن استقرار النظام الاجتماعي.

2- الدعم الدولي: عولمة الهشاشة الصحية

تتجاوز أزمة التمويل بعدها المحلي لتصطدم بواقع جيوسياسي عالمي معقد، يهدد بنسف المكتسبات المحققة في إطار التعهد الأممي الطموح بالقضاء على فيروس السيدا في أفق سنة 2030. ففي الوقت الذي تعتمد فيه الدول النامية، ومن بينها المغرب، بشكل حيوي على آليات التمويل الدولية-وتحديدا الصندوق العالمي لمكافحة الأيدرز والسل والملاريا-بدأت مؤشرات في التراجع الملموس، متأثرة بالتحولات الجيوساسية وسياسات الانكفاء المالي للقوى المانحة.

وقد تجسد هذا التراجع بوضوح في قمة تجديد موارد الصندوق العالمي (جوهانسبورغ، نونبر 2025)، التي شهدت تخفيضا كبيرا في تعبئة التمويل؛ إذ لم تتجاوز المساهمات 11.34 مليار دولار، وهو رقم يقل بـ 4 مليارات دولار عن دورة 2022. ويعكس قرار الدول المانحة الكبرى (الولايات المتحدة، بريطانيا، ألمانيا، فرنسا) بتقليص مساعداتها بشكل متزامن لأول مرة منذ ثلاث عقود.

ورغم بقاء الولايات المتحدة في صدارة الممولين، فإن التخفيضات الأخيرة التي طالت برامج خطة الرئيس الطارئة للإغاثة من الإيدز (PEPFAR) والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية[36] (USAID) قد زادت من حدة الأزمة.

وتأتي هذه الضغوط المالية في سياق سياسي يتسم بصعود التيارات المحافظة وتراجع أولويات مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية في الأجندات العالمية، مما أدى إلى انكماش كبير في التمويلات الموجهة للوقاية والعلاج من داء السيدا.

بدأت الآثار السلبية لهذا التحول تظهر فعليا سنة 2025، مهددة استمرارية عمل الجمعية. وتشير التقديرات الدولية إلى أن استمرار هذا المنحى قد يؤدي إلى 22,6 مليون حالة وفاة إضافية بحلول عام 2030 على المستوى العالمي[37]؛ وهي حصيلة تفوق الوفيات العالمية الناجمة عن جائحة كوفيد-19 (14.9) مليون حالة.

[36]- The Guardian : Rubio says 83% of USAid programs terminated after six-week purge. 10 Mars 2025, https://www.theguardian.com/us-news/2025/mar/10/marco-rubio-usaid-funding#:~:text=8%20months%20old-,Rubio%20says%2083%25%20of%20USAid%20programs%20terminated%20after%20six%2Dweek,forward%20a%20liberal%20global%20agenda. Accessed Decembre 6, 2025.

[37]- Barcelona Institute for Global Health : Global Aid Cuts Could Reverse Decades of Progress in Health and Development. 18 November 2025, https://www.isglobal.org/en/-/global-aid-cuts-could-reverse-decades-of-progress-in-health-and-development. Accessed Decembre 6, 2025.

وهكذا، تتضح مخاطر الاعتماد المفرط على التمويل الخارجي؛ فالواقع الميداني أبان عن هشاشة هذا النموذج. ففي غضون شهر على إعلان قرارات التقليص، عبرت العديد من الجمعيات المدنية عبر العالم عن تأثرها المباشر، مما أدى إلى تقليص، بل وإيقاف خدمات حيوية؛ حيث اضطرت بعضها إلى خفض أنشطة الكشف إلى النصف، وسجلت أخرى نفاذا كاملا لمخزون المستلزمات الطبية[38]، مما يهدد بنسف سنوات من المكتسبات في مكافحة السيدا.

تساءل هذه المؤشرات بشكل مباشر الوضع الوبائي في مدينة فاس. فباعتبار الجمعية المحلية جزءا عضويا من المنظومة المعتمدة على المانحين الدوليين، فإن أي اضطراب في سلاسل الإمداد المالي العالمية ينعكس فورا على الوضعية الوبائية محليا (من نقص الكواشف عن السيدا، عجز في تغطية تعويضات الوسطاء). ويظهر هذا الترابط أن الوضعية الصحية للمتعايشين الفقراء بالمدينة تظل منقوصة ورهينة لتقلبات السياسة الدولية، ويضع العرض الصحي الذي تقدمه الجمعية على المحك.

تتسم بنية التمويل الدولي، إذن، بطبيعة ظرفية وغير مستقرة. ويعد التوجه الحالي للإدارة الأمريكية نحو تجميد المساعدات الخارجية، والبدء في إجراءات تفكيك الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وتقليص مواردها البشرية[39]، مؤشرا ملموسا على خطورة ارتهان حقوق التعايشين الصحية للمساعدات الدولية.

في المحصلة، تبرز هذه المعطيات عمق المأزق الذي تواجهه الجمعية موضوع الدراسة، التي تعتمد ميزانيتها بشكل جوهري على هذه التدفقات المالية. إذ يكشف هذا الوضع عن هشاشة بنيوية في نظام تمويل برامج محاربة السيدا بمدينة فاس؛ حيث أصبحت الرعاية الصحية للمتعايشين معلقة بموارد خارجية غير مضمونة، بدلا من أن تتأسس على التزام سيادي من الدولة، يستند إلى الحق الدستوري الثابت في الرعاية الصحية.

خلاصة

خلصت هذه الدراسة، من خلال تحليل تجربة فرع "جمعية محاربة السيدا" بفاس، إلى أن الواقعة الوبائية ليست حدث بيولوجي معزول، بل هي سيرورة اجتماعية مركبة تتغذى على الفوارق الاجتماعية والاختلالات المؤسساتية. وقد أتاحت المعطيات الميدانية تأكيد الفرضية المركزية للدراسة، والمتمثلة في وجود علاقة طردية بين انسحاب الدولة من التدبير الاجتماعي للمرض، وبين تفاقم أعباء الرعاية الملقاة على كاهل المجتمع المدني.

ويمكن إجمال النتائج الأساسية في النقاط التالية:

[38]- Coalition Plus, Santé mondiale et VIH : les partenaires de Coalition PLUS ébranlés par le gel de l'aide américaine, 16 février 2025, https://www.coalitionplus.org/wp-content/uploads/2025/03/Enquete_reseau_PEPFAR_UNAIDS.pdf. Accessed Decembre 6, 2025.

[39]-United States Agency for International Development : Notification of Administrative Leave. 23 Février 2025, https://www.usaid.gov/. Accessed Decembre 6, 2025.

- أثبتت الدراسة أن الهشاشة السوسيو-اقتصادية تشكل المحرك الأول للقابلية للإصابة بداء السيدا ولصعوبة التعافي منه، حيث يتقاطع الفقر مع ضعف الوعي الصحي لإنتاج بيئة حاضنة للمخاطر الصحية في هوامش المدينة؛
- كشفت الدراسة عن هيمنة المقاربة التقنية والأمنية داخل المركز الاستشفائي الجامعي، أدت إلى خلق حواجز رمزية ومجالية أمام المرتفقين المتعايشين، وعمقت من ظاهرة الوصم المؤسساتي؛
- لقد أحدث تراجع الدولة عن أدوارها في التكفل الشامل بالمتعايشين مع السيدا فجوات كبيرة؛ وهي اختلالات تفوق القدرات التدبيرية والمالية للجمعية، مما يؤكد ميدانيا استحالة تعويض وظائف الدولة الاجتماعية في مجال الصحية بجهود المجتمع المدني مهما بلغت ديناميته؛
- كما أظهرت النتائج أن الجمعية، ورغم دورها الحيوي في التكفل بالمتعايشين مع السيدا بفاس، تعيش مأزقا حقيقيا؛ فهي تواجه تحديات هيكلية ناتجة عن ارتهانها لتمويلات دولية متقلبة، وبيئة سياسية محلية تقايض الدعم بالولاء.

وبناء على هذه النتائج، تقترح الدراسة بعض الأفكارلتعزيزرعاية المتعايشين ومكافحة داء السيدا بالمدينة كالتالي:

- إعادة النظر في التصنيف الوبائي والاجتماعي لداء السيدا، من خلال إدراجه بشكل رسمي وإجرائي ضمن فئة الأمراض المزمنة القابلة للتعايش والتدبير على المدى الطويل، على غرار داء السكري، بهدف تفكيك الوصم الاجتماعي المرتبط بالمرض، وتسهيل إدماج المتعايشين معه في المسارات العلاجية الاعتيادية، بما يسهم في تحسين تدبيره الصحي وضمان تحكم أفضل في الوضعية الوبائية؛
- تجاوز منطق المساعدة الطبية الظرفية، وإرساء منظومة حماية اجتماعية شاملة تأخذ بعين الاعتبار المحددات الاجتماعية والاقتصادية لصحة المتعايشين كمعايير لاستحقاق الرعاية الصحية والعلاج المجانيين؛
- مراجعة بنية نظام التأمين الإجباري عن المرض بما يضمن شمول الطبقات الفقيرة والهشة، وفق نظام استهداف مبني على المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية للمتعايشين، لا على خوارزميات تقنية وإدارية التي تؤدي في كثير من الحالات إلى الاستهداف العشوائي؛
- ضرورة الاعتراف القانوني بدور الوسيط العلاجي وإدماجه ضمن منظومة الحماية الاجتماعية والقانونية، لضمان الموائمة بين العلاج الطبي والدعم النفسي-الاجتماعي للمتعايشين؛
- ضرورة تدخل الدولة لضمان استقرار التمويل الدولي والمحلي، عبر إنشاء صناديق دعم وطنية ومحلية مستقلة متخصصة لبرامج مكافحة السيدا، بما يضمن استقلالية القرار الجمعوي عن التجاذبات السياسية؛

- إلزام الجماعات الترابية بتخصيص دعم مالي ولوجيستي قار للمجتمع المدني، باعتبار مكافحة السيدا جزءا من اختصاصاتها (حفظ الصحة العامة)، وليس مجرد عملا تطوعيا أو إحسانيا؛
- وضع تحفيزات لتشجيع القطاع الخاص على الانخراط في تمويل برامج الوقاية والرعاية في إطار المسؤولية الاجتماعية للمقاولات؛
- ضمان استمرارية وتزويد جمعيات محاربة السيدا بالمستلزمات الطبية-والرفع منها-من طرف وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، لا سيما اختبارات الكشف ووسائل الوقاية والعلاج، لتفادي أي انقطاع قد ينسف سنوات من الجهود المبذولة في مكافحة داء السيدا؛
- إحداث مراكز للقرب في المناطق الهامشية، بهدف تقليص الحواجز المجالية التي تعيق ولوج الفئات الفقيرة والهشة من المتعايشين إلى خدمات الرعاية الصحية؛
- إدراج التربية الجنسية والصحية ضمن المقررات الدراسية، وإطلاق برامج توعوية شاملة لتفكيك الصور النمطية والوصم الاجتماعي المرتبط بالمرض؛

في المحصلة، تؤكد هذه الدراسة أن كسب رهان القضاء على السيدا بمدينة فاس لا تتوقف عند توفير الدواء، بل تستوجب إعادة بناء الثقة بين المواطن والمؤسسة الصحية، ورد الاعتبار للمقاربة الاجتماعية في السياسات العمومية. فالرعاية الصحية للمتعايشين حق كوني وشرط للمواطنة الحقة، ولا ينبغي أن تخضع لمنطق السوق أو تترك لتقلبات الإحسان.

لائحة المراجع

- **الكتب**

- Agamben Giorgio, Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life, Stanford University Press, 1998.
- Castel Robert, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Fayard, 1995Foucault Michel, Il faut défendre la société : Cours au Collège de France, Paris, Gallimard, 1997.
- Esposito Roberto, translate, Zakiya Hanafi, Immunitas: The Protection and Negation of Life, Cambridge: Polity Press, 2011.
- Foucault Michel, Surveiller et punir: Naissance de la prison, Paris, Gallimard, 1975.
- Foucault Michel, Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir, Paris, Gallimard, 1976.
- Harvey David, Social Justice and the City, University of Georgia Press, 2009.
- Herzlich Claudine, Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale, Hollande, Mouton, 1969.
- Gramsci Antonio, Selections from the Prison Notebooks, International Publishers, 1971.
- Goffman Erving, Stigma, United Kingdom, Prentice hall Inc, 1963.
- Wacquant Loïc, Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale, Marseille, Agone, 2004.

- **المقالات**

- Bourdieu Pierre, La main gauche et la main droite de l'État, Actes de la recherche en sciences sociales, vol. 91-92, mars 1992.

- **المو اقع الالكترونية**

- Barcelona Institute for Global Health : Global Aid Cuts Could Reverse Decades of Progress in Health and Development, 18 November 2025, https://www.isglobal.org/en/-/global-aid-cuts-could-reverse-decades-of-progress-in-health-and-development.
- Coalition Plus, Santé mondiale et VIH : les partenaires de Coalition PLUS ébranlés par le gel de l'aide américaine, 16 février 2025, https://www.coalitionplus.org/wp-content/uploads/2025/03/Enquete_reseau_PEPFAR_UNAIDS.pdf.
- Rapport pour la Journée mondiale du sida, ministère de la Santé et de la Protection Sociale du Maroc 2024,

https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/11/Rapport%20SIDA%202024%20VF%20.pdf.

- Ministère de la Santé, Résultats d'une enquête de surveillance comportementale et biologique intégrée du VIH, 2020, https://www.sante.gov.ma/Documents/2023/04/Etude%20biocomportementale%20HSH_2020.pdf.
- Association de lutte contre le Sida, Rapport d'activité 2023, https://alcs.ma/wp-content/uploads/2024/07/Rapport-dactivite-ALCS-2023-version-def.pdf.
- The Guardian : Rubio says 83% of USAid programs terminated after six-week purge. 10 Mars 2025, https://www.theguardian.com/us-news/2025/mar/10/marco-rubio-usaid-funding#:~:text=8%20months%20old-,Rubio%20says%2083%25%20of%20USAid%20programs%20terminated%20after%20six%2Dweek,forward%20a%20liberal%20global%20agenda.
- United States Agency for International Development : Notification of Administrative Leave, 23 Février 2025, https://www.usaid.gov/.
- منشور وزارة الصحة والحماية الاجتماعية بمناسبة تخليد اليوم العالمي لمكافحة السيدا، 2022، https://www.sante.gov.ma/sites/Ar/Pages/actualites.aspx?IDactu=495.
- مرض الزهري هو عدوى بكتيرية تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ويمكن الوقاية منه وعلاجه. وإذا لم يعالج، فيمكن أن يسبب مشاكل صحية خطيرة، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/syphilis.
- مجموعة البنك الدولي، معدل المواليد إجمالي لكل 1000 شخص في المغرب، https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?locations=MA