

المستشفى الجامعي يستغيث والتكوين الطبي مهدد

لمؤلفه الدكتور عبد السلام الخليلي

صدر منذ ست سنوات (يونيو 2014) كتاب باللغة الفرنسية تحت عنوان:

CHU EN DÉTRESSE – FORMATION MÉDICALE EN DANGER

توطئة

يتطرق الكتاب إلى وضعية المستشفيات الجامعية بالمغرب، والعوائق التي بدأت تضايق تطورها منذ ثلاثين سنة حتى أصبحت في بداية هذا القرن تواجه صعوبات هيكلية وتنظيمية ومالية أعجزتها عن الاستجابة لعدة جوانب من مهامها الثلاث: العلاج والتكوين والبحث العلمي.

ويعد هذا الكتاب بمثابة دق ناقوس الخطر الذي يهدد المستشفيات الجامعية، وقطاع الصحة بصفة عامة، إذا ما استمرت الأمور على ما هو عليه. وقد اقترح المؤلف بعض الحلول التي رآها مناسبة انطلاقا من تجربته التي تفوق أربعين سنة قضاها في المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط.

للأسف لم يتغير شيء كثير في مستشفياتنا منذ ذلك الحين، بل ازدادت الأمور تدهورا، الشيء الذي أبرزته بوضوح جائحة كوفيد-19 التي بدأت تجتاح المغرب بداية مارس 2020، والتي بينت هشاشة منظومتنا الصحية، وافتقارها إلى الحاجيات الأساسية من تجهيزات، وأطر، وبحث علمي، لمواجهة هذه الجائحة.

وإيماننا من المؤلف بحتمية إصلاح المستشفيات الجامعية كأساس ومقدمة لأي إصلاح للمنظومة الصحية في بلادنا، ارتأى أن يوسع دائرة الإطلاع على الكتاب بجعل قراءته مجانية ومتاحة على شبكة الانترنت. كما قام بترجمة ملخص شامل للكتاب إلى العربية آملا أن يساهم في تنوير الرأي العام، ودفع كل القوى الحية في بلادنا إلى أخذ العبرة من جائحة كورونا، والمبادرة بالقيام بإصلاح جذري للمنظومة الصحية يركز بالأساس على النهوض بالمستشفيات الجامعية كرافعة أساسية لهذا الإصلاح.

ملخص الكتاب

المستشفى الجامعي يستغيث، والتكوين الطبي مهدد

(CHU EN DÉTRESSE – FORMATION MÉDICALE EN DANGER)
Dr. Abdeslam El Khamlichi

تتصدر الكتاب مقدمات تمهيدية كتبها أربعة أساتذة أجراء بكلية الطب والصيدلة بالرباط، أمضوا كلهم ما يزيد على أربعين سنة من حياتهم المهنية بالمستشفى الجامعي بالرباط، أجمعوا فيها على أن المستشفى الجامعي، هو العمود الفقري للمنظومة الصحية في البلاد، وأن التكوين الطبي يتم فعليا داخل المستشفى، أكثر منه داخل كلية الطب والصيدلة، وأن المستشفى الجامعي يعيش حالة حرجة نتيجة نقص التجهيزات وندرة الموارد وهجر الكثير من أطره المؤهلة إلى القطاع الخاص، وأنه بعد أن أمضى فترة من التطور المستمر حتى سار يضاها في الثمانينات المستشفيات الجامعية الأوروبية، أصبح، ابتداء من التسعينات يعيش تقهقرا مستمرا سنة بعد أخرى يتجلى في مستوى التكفل بالمرضى، وجودة التعليم الطبي وتراجع البحث العلمي. وبهذا، بدأ المستشفى الجامعي يتراجع عن دوره المركزي في التكوين والعلاج والإبداع العلمي. واعتبرت هذه المقدمات التمهيدية أن الوضعية التي يوجد عليها المستشفى الجامعي، تستوجب إصلاحا عميقا مستعجلا، إذا أردنا إنقاذ الصحة والتكوين الطبي في بلادنا مستقبلا، لذا أعتبر هذا الكتاب بمثابة دق ناقوس الخطر انطلاقا من روح المسؤولية والدعوة إلى التعبئة.

تلي هذه المقدمات التمهيدية، مقدمة المؤلف التي يُعرف من خلالها بالمستشفى الجامعي (أو المركز الاستشفائي الجامعي) كمستشفى يجمع بين التقنيات الحديثة والكفاءات المهنية، مرتبطا عضويا بكلية الطب والصيدلة وطب الأسنان، ويؤدي بمهنية عالية مهماته الثلاث (العلاج، التكوين، البحث العلمي) محتلا بذلك مكانة الصدارة في المنظومة الإستشفائية الوطنية. نجد في هذه المقدمة أسماء المراكز الإستشفائية الموجودة في المغرب مع ملاحظة تثير الإنتباه، وهي أن المُشرع عندما سمى هذه المستشفيات، حذف كلمة "الجامعي" من أسمائها، وسُميت "المركز الإستشفائي"، مثلا "المركز الإستشفائي ابن سينا" (عوض المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا) بالرباط. بعد هذا، يثير المؤلف في مقدمته الأسباب

التي دفعته إلى تأليف هذا الكتاب، والغاية المتوخاة منه، فذكر أن واجبه المهني كطبيب اشتغل في المستشفى الجامعي منذ ما يزيد على أربعين سنة، عايش وساهم في فطرة بنائه وازدهارها، عاين وتقاسم مشاكله على مختلف المستويات منذ بداية أزمته الحالية، كان يفرض عليه تدوين هذا الكتاب، موضحا "التشخيص السببي" (Diagnostic (étiological) للأزمة ومقترحا حلولا نابعة من أرض الواقع بإمكانها أن تساهم في تخفيف أزمة المستشفى الجامعي وتعيينه على القيام بمهامه. ويختم المؤلف مقدمته قائلا: أملي أن يكون هذا الكتاب أرضية للتفكير لدى الأساتذة الباحثين الأطباء في مستشفياتنا الجامعية ، والوزارات المعنية والمنتخبين وكل القوى الحية ليبادروا جميعا بإصلاح منظومتنا الصحية بدأ بركيزتها الأساسية الممثلة في المستشفيات الجامعية.

بعد المقدمات التمهيدية ومقدمة المؤلف، يأتي جوهر الكتاب المقسم إلى خمسة فصول. يتطرق الفصل الأول إلى تاريخ المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط ودوره الرائد في التكوين الطبي بالمغرب. أحدث هذا المركز في البداية من مؤسستين، أول كلية للطب والصيدلة، ومستشفى ابن سينا، أكبر مستشفى آنذاك بالرباط. كانت السنوات الأولى بعد إنشائه (1962-1970) حاسمة في بناءه على أسس متينة تستجيب للمتطلبات الأساسية لأول مؤسسة وطنية تضطلع بجودة العلاج والتكوين الطبي. ومن أهم ما أنجز خلال هذه المدة اختيار ثلثة من الأساتذة الباحثين الأجانب انتقاهم المرحوم الدكتور عبد المالك فرج أول عميد للكلية خلال هذه المدة، من مختلف الجامعات الفرنسية ومن بين القليل من الأطباء المغاربة المتواجدين إذ ذاك، الذين قبلوا الالتحاق بالكلية أو المستشفى الجامعي، بعد اجتياز مباراة الدخول، التي كانت تنظم وفق ما كان يجري في كليات الطب الفرنسية. وانطلاقا من مبدأ اكتشاف وتشجيع الطلبة الأوائل، وما لهذه الفكرة من أهمية في الطب، نُظمت مبكرا (1967) أول مباراة للأطباء الداخليين للمستشفى الجامعي بالرباط (Concours d'Internat du CHU de Rabat). هذه المباراة كانت ولا زالت، تعتبر أفضل طريقة لاختيار المدرسين، باعتبار أن هذه النخبة من الأطباء الداخليين يُعطى لهم تكوين خاص لعدة سنوات يهيئهم لاجتياز مختلف مباريات أسلاك التدريس في كلية الطب. وسنرى فيما بعد أنه من بين أسباب تفهقر المستشفى الجامعي حذف مباراة اختيار هذه النخبة من الأطباء الداخليين سنة

1997. حرص المؤلف على رواية هذه الفترة الأساسية من تاريخ التكوين الطبي وإنشاء أول مركز استشفائي جامعي في بلادنا بدقة بالغة اعتمد فيها على معاشته لجزء من هذه الفترة كطالب في كلية الطب، وكذا استسقاء المعلومات من أساتذته الذين عاصروا هذه المرحلة، الشيء الذي يعطي لهذا الجزء من الكتاب أهمية الوثيقة التاريخية.

بعد هذه المرحلة التكوينية، عاش المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط عشرين عاما (1970-1990)، سماها المؤلف "فترة المجد"، استطاع خلالها أن يضاعف عشر مرات عدد الأساتذة الباحثين (من 39 أستاذا سنة 1970 إلى 300 سنة 1984، 80% عبر مباراة الأطباء الداخليين) ويضمن بذلك أحسن نسبة للتأطير (أستاذ لكل 10.8 طالب) ما بين 1983-1984. كما ضاعف ثلاث مرات عدد الأسرة الإستشفائية، بإنشاء أكبر المستشفيات التي تكونه اليوم (مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الإختصاصات، المعهد الوطني للأنكولوجيا سيدي محمد بن عبد الله، والمستشفى العسكري محمد الخامس). بفضل هذا التطور الهائل، استطاع المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط الإستجابة المثلى لمهامه الثلاث: العلاج والتكوين والبحث العلمي، بالإضافة إلى إحداث كل التخصصات الطبية المتواجدة آنذاك، والمساهمة في التخطيط للمنظومة الصحية على الصعيد الوطني مع إنشاء مجلتين علميتين، وتسريع وثيرة التبادل مع الجامعات الأجنبية. كل هذا أهل المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط ليكون في صدارة المستشفيات الجامعية على الصعيد القاري وليضاهي العديد من المستشفيات الجامعية الأوروبية.

في أوائل التسعينات، بدأت بوادر الإعياء ومرحلة الركود الناتجة عن نوعين من الأسباب: (1) بعض القوانين المتوخى منها بعض الإصلاحات التنظيمية والهيكلية والتي لم يُنتبه إلى نتائجها على المدى البعيد: القانون المنظم للمراكز الاستشفائية الجامعية (1983) الذي حذف كلمة "الجامعي" من أسمائها، الشيء الذي ألغى ضمنا، في نفس الوقت، علاقتها العضوية مع كلية الطب والجامعة، والقانون الذي ينظم ممارسة الطب الذي رخص للأساتذة الباحثين في كليات الطب بالعمل الحر خارج المستشفى الجامعي، والقانون الذي أدمج الأطباء الداخليين مع الأطباء المقيمين (1997)، وأخيرا القانون التنظيمي للجامعة، الذي يشمل بطبيعة الحال كليات الطب، والذي حدد عدد المنشورات العلمية (Publications

scientifiques) في اثنين كحد أدنى للمشاركة في مباريات اختيار أساتذة الجامعة. (2) تدهور حالة التسيير للمستشفيات الجامعية نتيجة عدم التوازن بين الموارد المالية، وما يتطلبه التطور السريع لكل من العلاج والتكوين والبحث العلمي.

الفصل الثاني يحاول الإجابة على الجزء الأول من عنوان الكتاب: لماذا المستشفى الجامعي يستغيث؟ وكمثال على ذلك يتطرق المؤلف إلى الوضعية التي يوجد فيها المركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط، باعتبار دوره الطلائعي والنموذجي من الناحية التاريخية كما رأينا، وكونه يمثل أكبر المراكز الإستشفائية الوطنية. أهم الأعراض التي يشتكي منها هذا المركز، والتي جعلته في حالة "استغاثة" منذ عدة سنوات هي كالتالي: (1) القراءة التحليلية في التقارير السنوية لحصيلة عمل هذا المركز، خلال عشر سنوات متتالية (2001-2010) تبين بالأرقام ركودا مستمرا وأحيانا تراجعاً في عمل مجمل الوحدات التي تكون المركز. ولا تجد في هذه التقارير أية إشارة إلى ما يميز عادة المستشفيات الجامعية مثل إحداث تقنيات جديدة، أو اكتشاف علاجات، أو إنتاجات علمية أو مخبرية. (2) قدم البنائيات، وعدم العناية المستمرة بترميمها والبناء العشوائي في المساحات الخضراء داخل بعض المستشفيات، وهيمنة الغرف الجماعية (أربعة مرضى فما فوق)، وندرة التدفئة والمياه الساخنة... كل هذا يجعل المرضى يفنقرون إلى أبسط ظروف الراحة النفسية والجسدية أثناء إقامتهم داخل المستشفى. (3) اكتظاظ ممرات هذه المباني بحشد لا ينقطع من مرضى، ومرافقين وزوار، كل في حركة "مرتبكة"، منهم من أتى لعيادة بموعد أو دون موعد، ومنهم من أتى بدواء، أو طعام أو غطاء أو غيره من الحاجيات لقريب مقيم في المستشفى، ومنهم من يترقب مرور أية بذلة بيضاء ليسأل عن مكان الطبيب الذي جاء ليزوره، أو مكان الفحص الذي أتى من أجله، أو حتى باب الخروج. فكيف السبيل للمحافظة على قواعد النظافة؟ وكيف للمرضى المُيسرين، بعد معابنتهم لهذا المشهد، ألا يفروا من المستشفى، واللجوء إلى القطاع الخاص، خصوصا بعد أن رُخص للأطباء الأساتذة بالعمل الحر. (4) ظروف العمل في هذه المستشفيات أصبحت شاقة وأحيانا مؤلمة بالنسبة للأطباء والمرضين وبعض الإداريين الذين يعانون جميعا من ضعف الإمكانيات التي تتجلى في

نقص الأدوية والعقاقير الطبية، وتعطيل آلات الكشف والعلاج المختلفة بصورة متكررة، وتدهور العمل في أقسام حيوية كالمركبات الجراحية، أو المختبرات، أو أقسام الإنعاش. ويرجع هذا النقص في الإمكانيات، الذي يعرفه الخاص والعام، حتى أن الكل يتحدث عن "فقر المستشفى"، إلى ضعف الواردات المالية للمستشفى الناتج عن نزوح المرضى الميسورين أو الذين يتمتعون بالتغطية الصحية إلى المصحات الخاصة. وعندما يصل المريض المغربي إلى المستشفى الجامعي بعد توجيهه من المستوصف، ثم المركز الصحي، ثم المستشفى الإقليمي، حيث سبق أن فحصه ثلاثة أطباء، كلهم فسروا له أن علاج مرضه يقتضي تنقله إلى المستشفى الجامعي، يتنفس الصُعداء ويحمد الله أن محنته قد انتهت، وسيجد علاجاً لمرضه. إلا أن الطبيب الذي سيستقبله يعرف أنه لا يملك إلا أن يفحصه، وأنه سيضطر أن يفسر له، في كثير من الأحيان، وعلى مضض أن الفحص الفلاني، الضروري لمرضه غير متوفر لأن الآلة معطلة أو لا يتوفر عليها المستشفى، أو أن علاجه يتوقف على عملية جراحية، ولكن لا يمكن إجراؤها لأن المركب الجراحي غير مجهز حالياً بما يتطلبه مرضه من حاجيات وأدوات إلخ. كل هذا يفسره الطبيب الأستاذ للمريض بمحضر الطلبة والأطباء المتدربين، مما يجعل هؤلاء يتقاسمون ضيق وحرَج أستاذهم وتعاسة وحظ المريض، ثم يتساءلون بطبيعة الحال عن تكوينهم ومستقبلهم المهني. كل هذا يُضعف معنوية العاملين بالمستشفى الجامعي من أطباء وممرضين وإداريين نتيجة التراكمات اليومية الناتجة عن عجزهم لأداء مهامهم.

في الفصل الثالث، يتحدث الكتاب على النموذج الجديد لممارسة الطب الحر من طرف الأساتذة الباحثين في كلية الطب المعروف بـ "التوقيت الكامل المرتب" المصطلح عليه بالفرنسية: (Temps Plein aménagé ou TPA)، والذي يعتبره المؤلف "علاجاً ناجحاً ولكن أسوأ تطبيقه". تعني عبارة "التوقيت الكامل المرتب" أنه يحق للطبيب أن يعمل بدوام كامل في المستشفى مع تخصيص جزء بسيط منه للعمل الحر. أحدث هذا النموذج من الممارسة الطبية سنة 1994 بقانون 94-10، الذي يُخول للأساتذة حوالي 20% من عملهم الأسبوعي (نصف يوم مرتين في الأسبوع) للعمل الحر مع التأكيد على تخصيص 80% من الوقت

للعلاج والتكوين والبحث العلمي في المستشفى. يبين الكاتب أن إحداث هذا النموذج الجديد من الممارسة الطبية من طرف الأساتذة الباحثين في الطب، كانت له أهداف جد نبيلة منها: (1) تمكين المريض الذي يريد استشارة الطبيب الأستاذ، من القيام بذلك دون إلزامه بقيود المستشفى، مما يكرس مبدأ حرية اختيار المريض لطبيبه، وفتح المستشفى الجامعي للمرضى الميسرين أو الذين يتمتعون بالتغطية الصحية، دون إجبارهم بالتقيد بالمسار التقليدي للوصول إلى المستشفى الجامعي. (2) الهدف الثاني جد مهم، يتجلى في الدعم المالي الذي يخوله هذا النموذج من الممارسة الطبية سواء للأساتذة الأطباء أنفسهم أو للمستشفيات الجامعية، الشيء الذي بينه المشرع حين نص في القانون 94-10، على ضرورة ممارسة هذا العمل الحر الجزئي، داخل مصحات تُقيمها لهذا الغرض، الإدارة أو المراكز الإستشفائية الجامعية أو المؤسسات ذات النفع العام. وطلبُ المشرع من المستشفيات الجامعية إحداث مصحات بداخلها أو تخصيص أجنحة لممارسة الطب الحر، كان يهدف من جهة إلى الإحتفاظ بالأساتذة داخل المستشفى طوال أوقاتهم المهنية، متابعين عن قرب، مهامهم العلاجية والتكوينية والبحث العلمي، ومن جهة أخرى إلى دعم المستشفى الجامعي بمداخل مالية إضافية ناتجة عن الممارسة الحرة للأساتذة الأطباء في هذه الأجنحة الخاصة، علما بأن حوالي ثلثين، على الأقل، من تكاليف العلاج والإستشفاء التي يؤديها المريض في الجناح الخاص يستفيد منها المستشفى، والثلث الباقي، على أكثر تقدير، يخص لرفع راتب أو تعويضات الطبيب المعالج.

هذه هي الأهداف النبيلة المتوخاة من ترخيص الأساتذة الباحثين في كلية الطب لتخصيص جزء من وقت عملهم للعمل الحر، وفتح المستشفى الجامعي جزئيا على القطاع الخاص. وتجدر الإشارة إلى أن هذا النموذج من الممارسة المزدوجة داخل المستشفيات الجامعية، معمول به في البلدان المتقدمة، مما يخلق تكافؤا وتعاوناً بين القطاع العام والخاص يستفيد منه المريض والمستشفى والمنظومة الصحية بصفة عامة. لذا اعتبر المؤلف إحداث هذه الممارسة "علاجاً ناجعاً" لحالة "الإستغاثة" التي تعيشها مستشفياتنا الجامعية.

إلا أنه، إذا نظرنا إلى ممارسة هذا العمل الحر الجزئي خلال السنوات العشر الأولى من تطبيقه، وجدنا أنه أحدث خلافا كبيرا في المستشفى الجامعي سواء على مستوى نوعية

العلاج أو التكوين الطبي أو البحث العلمي، وذلك للأسباب التالية. أولاً، عوض تشجيع المستشفيات الجامعية على خلق مصحات حرة داخل المستشفى، قبل المسؤولين أن يمارس هذا العمل الحر الجزئي، خلال فترة انتقالية تمتد لخمس سنوات، خارج المستشفى في العيادات الخاصة، دون أي تهيئ لأرضية هاذة الممارسة الجديدة والمعقدة . وهكذا، بين عشية وضحاها، أصبح مثلاً في الرباط، ما يزيد على ثلاث مائة أستاذ طبيب من المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا ينتشرون في القطاع الخاص بولاية الرباط، بما تمتلك من مصحات وعيادات ومختبرات. ثانياً رغم سهولة الانتباه إلى ما يمكن لهذه الوضعية الجديدة في ممارسة الطب، أن تُحدث من خلل ومشاكل، اكتفى المسؤولون بتطبيق "التوقيت الكامل المرتب"، بإحداث لجنة للمراقبة تمثل المركز الإستشفائي الجامعي وكلية الطب والهيئة الوطنية للأطباء، لجنة ستجد نفسها، منذ البداية، تتسابق مع الأحداث، وتفتقر إلى العون من الجهات الوصية، مما سيضعف عملها يوماً بعد يوم. ثالثاً، بعد انتهاء المرحلة الإنتقالية (2001) دون تهيئ أي مصحة أو جناح لممارسة الطب الخاص داخل المستشفى الجامعي، استمر الأطباء الأساتذة في عملهم في مؤسسات القطاع الحر. وُضع الجميع أمام الأمر الواقع، وتلاشت المراقبة أكثر، مما دفع بعض الأساتذة إلى عدم احترام الأيام أو الأوقات المخصصة للعمل الحر، وشجع الكثير منهم على الاستثمار في القطاع الخاص، مع مواصلة العمل في المستشفى، مما جعل عدد الأسرة في هذا القطاع يرتفع من 319 في 1994 (تاريخ إحداث "التوقيت الكامل المرتب") إلى 1.100 سنة 2012. بالمقابل، إنخفض عدد الأسرة في المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط من 3.250 سنة 2001 إلى 2.458 سنة 2011. رابعاً، في هذا المناخ الذي عرف انتعاشاً غير مسبوق لقطاع الطب الحر، وتدهوراً بالغاً للمستشفيات الجامعية، قدمت الوظيفة العمومية لكل العاملين بها اقتراح "المغادرة الطوعية" (2005)، فكانت فرصة من ذهب للعديد من الأطباء الأساتذة في المستشفيات الجامعية للهروب من المستشفى والالتحاق بالقطاع الحر. ففي الرباط مثلاً، غادر 27 رئيس قسم في المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا دفعة واحدة، ومع كل واحد منهم تجربة أكثر من خمسة عشرة أو عشرين سنة، وأغلبية الباقيين تشبثوا أكثر فأكثر بازواجية عملهم، مع الاهتمام المتزايد بعملهم في القطاع الخاص، إذ أصبحوا يشتغلون في

أكثر من مصحة خاصة، ويمتلكون أسهما فيها، مع احتفاظهم بمناصبهم كرؤساء أقسام وأساتذة باحثين في المستشفى الجامعي.

وكنتيجة لهذا التطبيق العشوائي لـ"التوقيت الكامل المرتب" ، يعيش الآن المستشفى الجامعي وضعا كارثيا يتجلى فيما يلي: أولاً، غياب الأطباء الأساتذة الباحثين عن أقسامهم في المستشفى الجامعي إما كلياً أو جزئياً وبصفة متكررة، الشيء الذي يؤثر سلباً على أداء مهامهم، خصوصاً إذا علمنا أن أداءهم لهذه المهام يتطلب حضورهم عشر ساعات في اليوم على الأقل، يمضيها الطبيب الأستاذ بين زيارة وعيادة المرضى، والعمليات الجراحية، والمشاركة في التكوين والبحث العلمي. مشكلة الغياب هذه تجعل المرضى ينتظرون في جناح العيادة، والطلبة المتدربون في قاعة المحاضرات، والمرضى المهينون للعمليات أمام المركب الجراحي، فما بالك بالاجتماعات المفروض تنظيمها يومياً وأسبوعياً للتداول في مواضيع البحث العلمي. ثانياً، فقدان المناخ الملائم لتنمية الضوابط الأخلاقية لمهنة الطب لدى الأطباء والطلبة الذين هم في طور التكوين نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطباء الشباب من مصاعب أثناء تكفلهم بالمرضى بمفردهم، خصوصاً في قسم المستعجلات، وما يروونه من تصرفات بعض زملائهم القدامى وهم يلتمسون لأنفسهم أدنى الأعذار لتأجيل عمل ما في المستشفى قصد الالتحاق بعياداتهم الخاصة.

لهذه الأسباب، أصبح "التوقيت الكامل المرتب" كارثة على المستشفى الجامعي، ولا يمكن بتاتا النهوض بالمستشفى الجامعي والتكوين الطبي دون إصلاح هذه المعضلة. وإصلاحها يقتضي تطبيق القانون المحدث لها، والذي ينص على ضرورة ممارسته داخل المستشفيات الجامعية.

يتساءل المؤلف في الفصل الرابع هل المستشفى الجامعي يؤدي مهامه؟ رغم ما يعيشه من نقص في المعدات التقنية، وأزمة في الموارد البشرية، وانعدام المعايير والمراقبة في تنفيذ برامج العلاج والتكوين. ففيما يتعلق بمهمة العلاج، هناك مؤشرات كثيرة تبين قصور المستشفى الجامعي في هذه المهمة: أولاً، غياب المعايير التي تحدد مستوى العلاجات التي يقوم بها المستشفى الجامعي مقارنة مع المستشفيات الجهوية والإقليمية. فتجد حوالي 70%

من المرضى الموجّهين إلى المستشفى الجامعي، بإمكان معالجتهم في المستشفيات الجهوية (50% من العمليات الجراحية التي تجرى في المستشفيات الجامعية تقوم بها أقسام المستعجلات). ثانياً، غياب بعض الاختصاصات الأساسية في كثير من المستشفيات الجامعية، رغم قدمها كأقسام الأمراض التعفننية والمعدية، والأمراض الوراثية، وأمراض الدم، والطب الشرعي، وما يصطلح عليه حالياً بما فوق التخصصات (Sous-spécialités) في العديد من التخصصات الجراحية. ثالثاً، نقصير المستشفى الجامعي في القيام بالعلاجات المتطورة، والذي يتجلى في التأخر الذي يسجله في مجال زرع الأعضاء مقارنة مع العديد من البلدان التي لها نفس المستوى الاقتصادي، فزراعة الكلية مثلا التي تعتبر الآن من الجراحة العادية في هذه البلدان لا يجرى منها في مستشفياتنا أكثر من ثلاثة إلى خمسة في السنة على أكثر تقدير، فما بالك بزراعة الأعضاء الأخرى كالقلب والكبد والرئتين، وغير ذلك من الأعضاء والأنسجة. رابعاً، تزايد عدد المرضى المغاربة الوافدين على أوروبا (فرنسا بالخصوص) للإستشفاء مع كل ما يتطلب ذلك من تكاليف باهظة تؤدي بالعملة الصعبة. هذه الأمثلة تبين بجلاء أن المستشفى الجامعي لم يعد يُكون حالياً المرجع الوطني أو المعلمة الوطنية في العلاجات المعقدة والمبتكرة.

أما فيما يخص مهمة التكوين الطبي في المستشفى الجامعي فتعرف تدهورا أكثر، وعواقبها أعمق، لما لها من تأثير على أجيال الأطباء المكونين سنة تلو الأخرى، الشيء الذي يرهن مستقبل المنظومة الصحية ببلادنا. والنقص في التكوين نتيجة حتمية لما يعانیه المستشفى الجامعي من الأزمات التي ذكرنا وما وصل إليه من قصور في القيام بمهمته العلاجية، ذلك أن جودة الاستشفاء التي تعتمد على التقنية والخبرة والتجربة، هي ركيزة التكوين الطبي الذي يمكن تلقينه للطلبة والأطباء الشباب. فهؤلاء الأطباء المتدربون لا يمكن لهم استكمال نموذجهم الشخصي في ممارسة المهنة إلا انطلاقاً من النماذج التي تعرض عليهم أثناء تدريباتهم بمختلف الأقسام الاستشفائية، ولهذا السبب يلعب المستشفى الجامعي الدور الأساسي في تكوين الطبيب، أكثر بكثير من الدور الذي تلعبه كلية الطب، فالطالب في الطب يمضي حوالي 60% من فترة الدراسة (6 سنوات) في المستشفى، و100% من الوقت في المستشفى أثناء فترة الاختصاص (4 سنوات). والعامل الثاني الذي يوضح أكثر

هذه العلاقة العضوية بين المستشفى الجامعي والتكوين في الطب هو العامل الإنساني، الذي يتجلى في خبرة وتجربة وأخلاق الأستاذ أو "المعلم" الذي يتولى تلقين وتوجيه الطالب المتدرب. فالتكوين في الطب (المعرفة التقنية والبراعة اليدوية: (savoir technique et savoir-faire) لا يمكن فصله عن التربية على آداب المهنة. وتبين طوال تاريخ دراسة الطب، أن الجمع بين الكفاءتين (الكفاءة التقنية والأخلاقية) لا يتأتى إلا بمداومة الإصغاء والتعلم والإقتداء بأساتذة أجلاء، يجمعون بين العلم والإخلاص والأخلاق تجعل منهم مدارس وموسوعات في اختصاصاتهم، لذا يُلقب الأستاذ في الطب من طرف طلبته والمتدربين عليه بـ"المعلم" وما يمكن الاصطلاح عليه بالعامية المغربية "المعلم" (le maître)، ويلقب كذلك بـ"الرئيس" أو القائد (le patron). هؤلاء الأساتذة المخلصون، المتمكنون من مهنتهم، هم الذين يثيرون انتباه الطلبة والأطباء الشباب، ويحبذون لديهم شغف المهنة والميول إلى اختصاص معين. هذا النوع من الأساتذة هم الذين يكونون المعلمة العلمية والأخلاقية في المستشفى الجامعي.

أما المهمة الثالثة للمستشفى الجامعي التي تتجلى في البحث العلمي، والتي تعتبر ضرورية لاستمرارية نوعية العلاج والتكوين، فهي كذلك تعرف ركودا متزايدا سنة بعد أخرى. ويتجلى ذلك في مستوى أطروحات الطلبة سواء في الطب العام أو التخصص، والتراجع الواضح سنة بعد أخرى في عدد المقالات والمنشورات العلمية مما جعل المغرب يتقهقر إلى الدرجة السادسة على الصعيد الإفريقي سنة 2009 بعد أن كان يحتل الدرجة الثالثة عام 2003. والمثال الثالث الذي يوضح تراجع البحث العلمي في المستشفى الجامعي والذي يبين كذلك أن البحث العلمي مرتبط عضويا بالبنية التي يسير عليها المستشفى الجامعي، هو الدور الهزيل الذي تلعبه الأبحاث العلمية في مباراة اختيار الأساتذة الباحثين الذين يعملون في المستشفى الجامعي. فالمطلع على ملفات المرشحين لهذه المباراة سيندهش من الانخفاض المهول في عدد الأبحاث العلمية سنة بعد أخرى منذ حوالي عشرين سنة. إذا أخذنا مثلا أفواج الأساتذة المبرزين في كلية الطب بالرباط الذين نجحوا في المباراة منذ 1980 إلى 2010، وانتقينا منهم فوجا كل خمس سنوات، واحتسبنا متوسط عدد الأبحاث العلمية في كل فوج، نجد أن معدل هذه الأبحاث المنشورة (publications scientifiques) تقهقر من

معدل 23، سنة 1980، إلى 5، سنة 2010. لماذا هذا النقص المدقع في البحوث العلمية؟ ولماذا هذا التقليل من أهمية العناية بالبحث العلمي لدى المرشحين المقبولين للتباري، فبالأحرى نجاحهم في المباراة؟ الأسباب الرئيسية مفصلة في الكتاب لكن النتيجة أن الأستاذ المبرز الذي لم يستطع خلال أزيد من خمسة عشر سنة (7 سنوات في دراسة الطب، 4-5 سنوات في طور التخصص، 4-5 سنوات كأستاذ مساعد) كتابة أكثر من خمس منشورات علمية، ما أظن أنه سينتج أكثر بعد قبوله كأستاذ مُبرز، خصوصا وأنه يعرف أنه سيصبح بالأقدمية (4 سنوات) أستاذا باحثا في الكلية، وربما رئيس قسم في المستشفى الجامعي. هذه هي الثغرات الرئيسية التي تجعل حاليا المستشفى الجامعي يعجز عن أداء مهماته والتي تبين بوضوح انعكاسها الحتمي على التكوين الطبي.

بعد هذا التشخيص، يصل الكتاب في بابه الخامس والأخير إلى اقتراح بعض الحلول التي يعتبرها المؤلف ممكنة ومنخفضة التكلفة. وهي تركز على ثلاثة محاور:

1- تعزيز المركز الاستشفائي الجامعي بإطار قانوني واضح يحدد له الشخصية المعنوية والحكمة المنسقة. على هذا الإطار القانوني أن يجمع كل المستشفيات التي تكون المركز ويحدد لها أهدافها، والعلاقة العضوية التي تجمعها بكليات الطب بمختلف شعبها (الطب، الصيدلة، طب الأسنان...) ويمنحها استقلالية التسيير مع تمكينها من الموارد المالية التي تخول لها تحقيق أهدافها الثلاثة: العلاج والتكوين والبحث العلمي. ولا بد لهذا الإطار القانوني أن يحدث آلية للتنسيق بين المراكز الاستشفائية الجهوية بما فيها العمومية منها والخاصة، وكذا تنسيقا على الصعيد الوطني مما يوحد برامج التكوين في الطب على الصعيد الوطني، سواء على مستوى البرامج أو الامتحانات، أو شواهد التخرج والاختصاص؛

2- إيجاد حل فعال ومستدام لمعضلة نقص الموارد في المستشفيات الجامعية. وهنا يذكرنا المؤلف أن ميزانية الدولة وحدها لن تستطيع مسايرة ارتفاع تكاليف العلاج والتكوين والبحث العلمي مع ما يطالعا به التقدم العلمي والتقني في مختلف ميادين الطب سنة بعد أخرى، لذا وجب البحث عن موارد تكميلية. وهكذا يقترح المؤلف إعادة النظر في تطبيق

"التوقيت الكامل المرتب" لحل معضلة الموارد، كما سبقت الإشارة إلى ذلك. فالقانون الذي أحدث هذا النظام (94/10) اشترط ممارسته في مصحات تُنشئها المستشفيات الجامعية، بمعنى ممارسة "التوقيت الكامل المرتب" داخل هذه المستشفيات، وذلك لما له من انعكاسات إيجابية بما فيها تحسين الموارد المالية. ولتوضيح حجم هذه الموارد والدور الذي يمكن أن تلعبه في تحسين وضعية المستشفى الجامعي، يكفي أن نعطي مثالا بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط، حيث يبلغ عدد الأطباء الأساتذة الذين يزاولون "التوقيت الكامل المرتب" في المصحات الخاصة ما يزيد على 500 طبيب أستاذ، كل منهم يكشف على معدل عشرين أو ثلاثين مريض على الأقل كل أسبوع. والعديد من هؤلاء تجرى له عدة فحوص، ويتلقى علاجات جراحية أو ما يماثلها بطرق أخرى. يؤدي المريض، مقابل هذا كله، تكاليف علاجه إلى المصحة، ويبلغ ما يتقاضاه الطبيب مقابل أتعابه ما يعادل 20 إلى 40% حسب الحالات المرضية، بينما تعود بقية الموارد (60 إلى 80%) إلى المصحة. وممارسة "التوقيت الكامل المرتب" داخل المستشفيات الجامعية، يعني إدخال هذه النسبة إلى المستشفى. الشيء الذي سيمكنه من الاستفادة من مداخيل مالية جد مريحة، خصوصا إذا أضفناها إلى مبالغ الميزانية العامة التي تمنحها الدولة للمستشفى. وممارسة "التوقيت الكامل المرتب" داخل المستشفيات الجامعية لا تتطلب إنفاقا كثيرا، إذ يكفي تحويل مجموعة من الأسرة المتوفرة حاليا (ما بين 20-30% من الأسرة فارغة في المستشفيات الجامعية لقلة الإقبال عليها) وعزلها في جناح خاص، ثم ترميم وتجهيز هذا الجناح ليكون قابلا لاستقبال المرضى الخواص.

ولتوضيح الرؤيا أكثر، يعطي الكاتب مثالا حيا لممارسة "التوقيت الكامل المرتب" داخل أحد المستشفيات الجامعية منذ عدة سنوات، ألا وهو مستشفى الإختصاصات بالرباط. ففي هذا الأخير، يتواجد "المركز الوطني للترويض والعلوم العصبية" الذي أنشئ بتعليمات من جلالة الملك محمد السادس، وقامت ببنائه وتجهيزه مؤسسة الحسن الثاني لوقاية ومكافحة أمراض الجهاز العصبي ما بين 2001-2007. هذا المركز الذي فتح أبوابه للمرضى في 2008، هو عبارة عن جناح مستقل شُيد داخل مستشفى الإختصاصات، مكون من الوحدات الأساسية لكشف وعلاج أمراض الجهاز العصبي، متوفر على كل التقنيات الحديثة وعلى

حوالي ثلاثين سريرا للاستشفاء، ووحدة للعمليات الجراحية والإنعاش. في هذا المركز يمارس بعض الأطباء الأساتذة العاملون في مستشفى الاختصاصات عياداتهم الخاصة منذ أزيد من ست سنوات. تبين هذه التجربة سنة بعد أخرى أن ممارسة "التوقيت الكامل المرتب" داخل المستشفى الجامعي لها فوائد جد إيجابية على نوعية العلاج، ومستوى التكوين وإحياء البحث العلمي: أولا، تُسير المركز مؤسسة الحسن الثاني لوقاية ومكافحة أمراض الجهاز العصبي، وهي مؤسسة ذات النفع العام، مما يخول للمركز ممارسة "الطب الحر غير المستهدف للربح". ثانيا، رغم أن طاقته الإيوائية تمثل حوالي 8% من عدد أسرة مستشفى الاختصاصات وعدد الأطباء الأساتذة الذين يزاولون عملهم الحر في المركز يمثل حوالي 10% من مجموع أساتذة هذا المستشفى، فإن مداخيل المركز الوطني للترويض والعلوم العصبية سنة 2012 مثلت ثلاثة أضعاف موارد مستشفى الاختصاصات بأكمله، فما بالك لو أحدثت هذه الأجنحة الخاصة في كل المستشفيات الجامعية، ومارس فيها كل الأطباء الأساتذة عملهم الحر. ثالثا، فيما يتعلق بنوعية العلاج، فقد أُحدثت في هذا المركز عدة تقنيات للكشف والعلاج لم يكن المستشفى الجامعي يتوفر عليها، وأهمها العلاج بأشعة كاما (Radiochirurgie Gamma Knife). هذه التقنية التي كان المغرب أول بلد إفريقي يقنتنها سنة 2008، والتي تعالج حوالي مائتي مريض سنويا كانوا يذهبون كلهم فيما قبل، إلى أوروبا، إذا ما توفرت لهم الإمكانيات. رابعا، عرف التكوين في ميدان الجراحة والعلوم العصبية، قفزة نوعية أثارت انتباه العديد من المنظمات الدولية. فبالإضافة إلى ما أحدثته التقنيات الجديدة التي يتوفر عليها المركز من تجديد وإضافة في برامج التكوين على الصعيد الوطني، بادرت بعض الجمعيات الدولية، وفي مقدمتها الفيدرالية العالمية لجراحي الدماغ والأعصاب، إلى اعتماد قسم جراحة الدماغ والأعصاب بمستشفى الاختصاصات بالرباط كمركز مرجعي (Centre de référence) لتكوين جراحي الدماغ والأعصاب الأفارقة. وهكذا، وقعت هذه الفيدرالية اتفاقية في هذا الشأن مع جامعة محمد الخامس سنة 2005، تتعهد بمقتضاها بمساعدة هؤلاء الأطباء أثناء تكوينهم بالمنح الدراسية، ودورات تدريبية. خامسا، فيما يتعلق بالبحث العلمي، فيكفي أن نشير إلى تكوين سبع مجموعات متعددة

الاختصاصات للبحث في عدة مواضيع علمية معتمدة من طرف جامعة محمد الخامس تستعمل كلها التقنيات الجديدة المُحدثة في المركز الوطني للترويض والعلوم العصبية. أملنا أن يقتدى بهذه النتائج المشجعة، وتعمم ممارسة "التوقيت الكامل المرتب" داخل المستشفيات الجامعية، ويبرز في بلادنا قطاع "الطب الحر غير الهادف للربح" الذي استطاعت من خلاله الدول المتقدمة أن تخلق توازنا بين فقر الطب العمومي والهيمنة المادية للطب الحر.

3- إصلاح النظام الدراسي في كلية الطب ومراجعة النظام الأساسي للأطباء الأساتذة الباحثين. على هذه الإصلاحات أن تتكبد على عصرنة البرامج وملاءمتها لحاجيات المغرب من الأطباء، وإجبارية التكوين المستمر للأطباء العاملين في كل قطاعات الصحة، وإعادة نظام "الطبيب الداخلي" (Internat du CHU) إلى ما كان عليه، ومراجعة مباراة اختيار الأساتذة الباحثين في كلية الطب، ونظام ترقيتهم وترسيمهم.

هذه باختصار هي الحلول التي يقترحها الكاتب لإغاثة المستشفى الجامعي وإنقاذ التكوين الطبي، وكما نرى، فهي فعلا حلول غير مكلفة وتبدو في متناول المسؤولين على هذا القطاع الحيوي، إلا أن هذه الحلول، وإن كانت غير مكلفة ماديا، فإن تطبيقها يقتضي عزيمة قوية على صعيد الدولة، نرجو أن تتوفر في أقرب الآجال قبل فوات الأوان.