

كلية الآداب و العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم : علم اجتماع

سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر
دراسة ميدانية: بالمؤسسات الإستشفائية للشرق الجزائري: عنابة، قسنطينة وتبسة.

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه -الطور الثالث-
التخصص: علم اجتماع الصحة والمرض

إشراف الأستاذ الدكتور:

يوسف سعدون

إعداد الطالبة:

وفاء قاسمي

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د بوبكر بوخريسة	أستاذ التعليم العالي	باجي مختار - عنابة -	رئيسا
أ.د يوسف سعدون	أستاذ التعليم العالي	باجي مختار - عنابة -	مشرفا ومقررا
أ.د الطاهر جعيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة -03-	عضوا مناقشا
د. بلقاسم نويصر	أستاذ محاضر -أ-	محمد لمين دباغين سطيف-2-	عضوا مناقشا
د. جهيدة زرزوني	أستاذة محاضرة -أ-	باجي مختار - عنابة -	عضوا مناقشا

شكر وتقدير

➤ في البداية الحمد لله رب العالمين، نحمده حمد الشاكرين، والذي وفقني لإنجاز وإتمام هذا العمل المتواضع.

➤ أتوجه بالشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل الدكتور يوسف سعدون على كل المجهودات والنصائح والإرشادات القيمة التي بذلها في الإشراف على هذا العمل، وعلى دعمه المستمر خلال المتابعة الدقيقة للأطروحة، فكان لنا سندا في مختلف خطوات البحث.

➤ كما أتوجه بعظيم شكري وتقديري إلى الأساتذة الأفاضل الذين تفضلوا بقراءة وتقييم هذا العمل.

➤ أشكر أولئك الذين ساهموا من قريب أو من بعيد في إتمام هذا العمل، وعلى الخصوص مدير الصحة والسكان لولاية تبسة، الذي لم ييخل علي بالمعلومات والإحصاءات الهامة عن الوضع الصحي في الجزائر.

➤ كما لا يفوتني أن أقدم شكرا خاصا إلى أفراد أسرتي/ أمي الغالية، أخي جمال الدين و أختي نصيرة على مساعدتهم لي طيلة إنجاز هذا البحث.

فهرس محتويات البحث

	شكر و تقدير
	فهرس محتويات البحث
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	الملخص
(أ-ب-ج)	مقدمة
(55-4)	الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة
05	* تمهيد
06	أولا : الإشكالية
09	ثانيا: أسباب اختيار الموضوع
10	ثالثا: أهمية الدراسة وأهدافها
12	رابعا: مفاهيم الدراسة
12	1 - المفاهيم الأساسية:
12	أ - الإصلاح
16	ب - السياسة الصحية
18	ج - النظام الصحي
20	د - التنمية الصحية
28	هـ - المستشفى
31	2 - مفاهيم ذات علاقة بموضوع الدراسة:
31	أ - الصحة العمومية
35	ب - المرض
38	ج - التحول الوبائي
39	د - التحول الديموغرافي

41	خامسا: الدراسات السابقة
41	1- الدراسات الأجنبية
44	2 - الدراسات العربية
48	3 - الدراسات الجزائرية
55	4- مناقشة وتقييم الدراسات السابقة
(98-56)	الفصل الثاني: المداخل النظرية المقترحة لدراسة سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية
57	* تمهيد
58	أولاً: المداخل النظرية الكلاسيكية:
64	1- مدخل الإدارة العلمية
68	2- مدخل التكوين الإداري
71	3- مدخل التنظيم البيروقراطي
76	4- مدخل العلاقات الإنسانية
79	ثانياً: المداخل النظرية الحديثة :
79	1- المدخل البنائي الوظيفي
91	2- المدخل الثقافي
95	3- المدخل الإداري
96	4- المدخل التفاعلي الرمزي
98	ثالثاً: المقاربة النظرية المقترحة للدراسة
(133-99)	الفصل الثالث: المجتمع الجزائري قبل وبعد الغزو الفرنسي له: نحو قراءة سوسيولوجية تاريخية لظروف إنتاج التخلف الصحي
100	* تمهيد
101	أولاً: المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني
101	1 - البنية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الجزائري خلال العهد العثماني
105	2 - الوضع الصحي والسكاني للمجتمع الجزائري خلال العهد العثماني
108	ثانياً: دخول فرنسا للجزائر وسياساتها الاستعمارية الاقتصادية والاجتماعية

109	1 - آليات تطبيق السياسة الاستعمارية الاقتصادية والاجتماعية
109	أ - السياسة الاستعمارية والبنية الصناعية
111	ب - السياسة الاستعمارية والبنية الزراعية
115	ج - السياسة الاستعمارية والبناء الاجتماعي والثقافي
117	2- آثار السياسة الاستعمارية: تبعية وتكوين شروط التخلف الصحي
117	أ - اختلال البنية الاقتصادية وتبعيتها
119	ب - تدهور الحياة الاجتماعية وتخلفها
120	ج - تكوين شروط التخلف الصحي
121	ثالثا: النظام الصحي الفرنسي في الجزائر و إستراتيجية الاحتواء
122	1 - النظام الصحي العسكري (1830 - 1850)
123	2 - النظام الصحي المدني (1851 - 1945)
127	3 - النظام الصحي الأهلي (1946 - 1962)
129	رابعا: النظام الصحي لثورة التحرير الوطني (1945 - 1962)
129	1- نشأة النظام الصحي للثورة
131	2 - تطور النظام الصحي للثورة بعد 1956
(134-203)	الفصل الرابع: التجربة التنموية في الجزائر ومراحل تطور السياسة الصحية: مساهمة في رصد سياسات إصلاح النظام الصحي
135	* تمهيد
136	أولا: مراحل التنمية الاقتصادية والاجتماعية ولستراتيجيتها في الجزائر
136	1- مرحلة التسيير الذاتي
137	2- مرحلة التصنيع المكثف وفقا للتسيير الاشتراكي
141	3 - مرحلة إعادة الهيكلة واستقلالية المؤسسات العمومية
143	4 - مرحلة الإصلاحات الاقتصادية المفروضة والتمهيد لاقتصاد السوق
146	5 - مرحلة الانفتاح الاقتصادي وتكريس مبادئ اقتصاد السوق
148	ثانيا: مراحل تطور سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري
149	1- الوضع الصحي بعد الاستقلال واستمرار التفاوت الاجتماعي للصحة

151	2- مرحلة تسيير الأزمة الصحية: نحو محاولة لتكييف المنظومة الصحية الموروثة مع الحاجات الصحية (1962-1973)
157	3- مرحلة مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974- 1980)
164	4- مرحلة الاتجاه نحو الانفتاح و ليبرالية العلاج (1981- 1990)
172	5 - مرحلة تقليص دور الدولة في مجال الصحة (1991-2001)
183	6- مرحلة مشروع إصلاح المستشفيات: نحو البحث عن طرق جديدة لمعالجة المشاكل الصحية (2002-2017)
191	ثالثا: تعقد المشكلات الصحية واستمرار إشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية
192	1 - التنمية الصحية وسياسة تطبيب المشكلات الصحية
196	2 - الإصلاحات بين تقليد نسق الاستهلاك الطبي الغربي وغياب رؤية إستشرافية
198	3 - الشركات متعددة الجنسيات لصناعات الصيدلانية وتعميق التبعية الدوائية
201	4 - برامج ومناهج التعليم الطبي (تعليم غير متوازن في تخصصاته وتابع)
202	5 - دور المنظمات الدولية في توجيه السياسات الصحية
(204-252)	الفصل الخامس: الآثار الاجتماعية الصحية لسياسات إصلاح النظام الصحي: نحو تقييم نتائج سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري
205	* تمهيد
206	أولا: تقييم الكفاءة التشغيلية للمنظومة الصحية الجزائرية
207	1- إشكالية تنامي الإنفاق الصحي الوطني
212	2- تقييم تسيير وتطور عدد الهياكل الإستشفائية
216	3 - تقييم تسيير وإدارة الموارد البشرية الصحية
219	ثانيا: تقييم الوضع الصحي العام لسكان المجتمع الجزائري
219	1- تطور مؤشرات التغطية الصحية (المادية، المالية، البشرية)
223	2- تقييم أداء النظام الصحي الجزائري حسب معايير (OMS)
228	3 - قراءة سوسيولوجية في مؤشرات الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري
241	ثالثا: اختلالات المنظومة الصحية الجزائر
241	1- سوء تسيير هياكل الضمان الاجتماعي

246	2-منافسة القطاع الصحي الخاص للعمومي وغياب التكامل الوظيفي
250	3-اختلالات ترتبط ببيئة قطاع الصحة
(273-253)	الفصل السادس: الإطار المنهجي لموضوع الدراسة
254	* تمهيد
255	أولا : منهج الدراسة
257	ثانيا: مجالات الدراسة (وصف مجتمع البحث)
257	1 - المجال المكاني
261	2 - المجال الزمني
262	3 - المجال البشري
263	ثالثا: أدوات جمع البيانات
263	1 - الملاحظة
264	2 - الاستمارة / استمارة عن طريق المقابلة
264	3- المقابلة
266	رابعا: المعاينة وخصائص مفردات البحث
266	1 - عينة البحث
267	2 - خصائص مفردات البحث
(341-274)	الفصل السابع: تحليل وتفسير البيانات الميدانية للدراسة
275	* تمهيد
276	أولا: مدى تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق الاجتماعية للصحة
287	ثانيا: مدى تضمن سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها مراعاة المحددات السوسيوثقافية للصحة
310	ثالثا: مدى قدرة سياسات إصلاح النظام الصحي على تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري
321	رابعا: عرض و تحليل المقابلات
322	1- عرض المقابلات التي أجريت مع بعض الأطباء و الممرضين

337	2- تحليل المقابلات التي أجريت مع بعض الأطباء و المرضى
(369-342)	الفصل الثامن: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
343	* تمهيد
344	أولاً: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء التساؤلات المطروحة
365	ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة
369	ثالثاً: القضايا العامة التي يثيرها الدراسة والموضوعات الجديدة الجديرة بالبحث السوسيولوجي المستقبلي
(389-370)	قائمة المراجع
(439-390)	الملاحق
391	- ملحق رقم (01): الاستمارة / استمارة عن طريق المقابلة
396	- ملحق رقم (02): دليل المقابلة
399	- ملحق رقم (03): قانون قانون 05/85 المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985م المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.
419	- ملحق رقم (04): المشروع التمهيدي لقانون الصحة الجديد أوت 2014

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	نسبة الصناعات الثقيلة في المخططات التنموية للفترة الممتدة (1967-1977)	139
02	حجم المديونية الخارجية للاقتصاد الجزائري للفترة (1990-1999)	144
03	تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة (1974-1980)	157
04	مقارنة نسبة التغطية الطبية في بعض الولايات الجزائرية سنة 1983	161
05	تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة (1980-1990)	165
06	بنية ميزانية التسيير لوزارة الصحة لسنة 1988	171
07	متوسط عدد الأفراد في السكن وفي الغرفة الواحدة (1966-1998)	173
08	تطور التغطية التلقيحية للأطفال ما بين (1989-1999)	174
09	هيئات و هياكل المنظومة الصحية الجزائرية سنة 2008 بعد قرار تعديلها	189
10	توزيع الموارد البشرية الطبية للقطاع العمومي لبعض ولايات الجزائر لسنة 2015	193
11	الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر مقارنة مع بعض دول العالم لسنة 2009	195
12	واردات المواد الصيدلانية في الجزائر خلال الفترة الممتدة (2004-2012)	200
13	تطور معدل النفقات الوطنية للصحة من الناتج المحلي الإجمالي للجزائر مع مقارنتها ببعض الدول المتقدمة والعربية	208
14	تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من النفقات الكلية للصحة في الفترة بين (2000-2010)	209
15	تطور معدل النفقات الصحية الوطنية من الناتج المحلي الإجمالي من 1973 إلى 2014	209
16	تطور عدد السكان وعدد الأسرة للهياكل العمومية الإستشفائية في الجزائر خلال الفترة (1966-2015)	215
17	تطور عدد الهياكل الصحية في الجزائر (2008-2010)	220
18	تطور عدد الممارسين الطبيين حسب الهيكل الصحي في الجزائر لسنة 2015	223
19	ترتيب بعض الدول العربية في المجال الصحي وبعض الدول المتقدمة حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2000	226
20	ترتيب الجزائر حسب منظمة الصحة العالمية لعام 2000	227

قائمة الجداول

232	الأمل في الحياة عند الولادة بالسنوات في الجزائر خلال (1970-2015) (L'espérance de vie à la naissance en années)	21
234	تطور بعض الأمراض المتنقلة في الجزائر خلال الفترة (2000-2015)	22
236	نسب الإصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر لسنة 2006	23
237	توزيع أسباب الوفاة عند الجزائريين بالنسبة المئوية سنة 2006	24
237	توزيع نسب الوفيات نتيجة الأمراض الغير متنقلة في الجزائر (%)	25
239	نسب توزيع التغطية الصحية العمومية بين مختلف جهات الوطن لسنة 2013	26
248	تطور مختلف هياكل القطاع الصحي الخاص خلال (2008-2015)	27
267	توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس	28
268	توزيع المبحوثين حسب متغير السن	29
269	يوضح الحالة العائلية للمرضى	30
270	توزيع المبحوثين (المرضى) حسب المستوى التعليمي	31
271	توزيع المبحوثين (المرضى) حسب منطقة الإقامة	32
272	يوضح طبيعة الحالة المهنية للمبحوثين	33
273	توزيع المبحوثين (المرضى) حسب مدة الإقامة في المستشفى	34
277	مدى تمتع المرضى بالتأمين الصحي والاستفادة منه	35
278	طريقة إلحاق المرضى بالمؤسسة الإستشفائية العمومية	36
279	مدى قرب المؤسسة الصحية من مقر سكن المريض	37
280	إذا كان حصول المريض على العلاج والاستشفاء قد استغرق وقت طويل	38
281	إن كان أحد العاملين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية من معارف المريض	39
282	مدى اهتمام العاملين بالمرضى بالنظر إلى وضعهم الاجتماعي	40
283	إن كانت تتم محادثة المرضى باللغة أو باللهجة التي يعرفونها	41
284	إن كان المريض يفضل الاستشفاء والعلاج في عيادة خاصة بدل العمومية والسبب	42
285	إن كان المريض سبق وأن أجرى عملية جراحية وأين أجراها؟	43
286	سبب إجراء المريض لعملياته بالمستشفى العمومي أو بالعيادة الخاصة	44
288	توزيع المبحوثين حسب الدخل	45

قائمة الجداول

289	رأي المبحوثين حول الجانب الأكثر استهلاكاً للدخل	46
289	يبين ما إذا كان دخل أسرة المريض يكفي لسد حاجاتها	47
291	تقييم المبحوثين لمستواهم المعيشي	48
292	يبين ما إذا كان المرضى يخصصون مبلغاً معيناً لاحتمال الإصابة بمرض ما	49
293	مدى قدرة أسرة المريض على توفير مصاريف العلاج	50
294	نوعية المسكن التي يقطنها المرضى	51
295	طبيعة ملكية السكنات التي يقطنها المرضى	52
296	عدد أفراد أسر المبحوثين	53
297	عدد الغرف التي تتكون منها مساكن المبحوثين	54
298	مدى توفر بيوت المرضى على المرافق الحياة الضرورية:	55
299	مدى استهلاك المرضى لماء الحنفية	56
299	مدى انتشار البعوض والحشرات بمنازل المبحوثين	57
300	مدى توفر بيوت المرضى على الإضاءة والتهوية المناسبة	58
301	رأي المبحوثين حول مدى أريحية سكناتهم	59
302	مدى توفر الأحياء التي يقطنها المبحوثين على مجمع للنفايات	60
303	توزيع المبحوثين حسب الإصابة بمرض مزمن وطبيعته	61
304	توزيع المبحوثين حسب متغير السن و الإصابة بمرض مزمن	62
305	توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس و الإصابة بمرض مزمن	63
306	توزيع المرضى حسب الإصابة بمرض معدي وطبيعته	64
307	مدى ممارسة المبحوثين للرياضة	65
308	مدى تناول المبحوثين للوجبات السريعة	66
309	توزيع المبحوثين حسب الجنس و إيمانهم على التدخين	67
311	رأي المرضى حول ظروف استقبالهم بالمؤسسة العلاجية	68
312	رأي المرضى حول نظافة الغرف والأسرة	69
313	رأي المرضى حول الوجبات الغذائية المقدمة لهم بالمستشفى إن كانت جيدة وكافية	70

قائمة الجداول

313	رأي المرضى حول مدى نظافة دورات المياه وتوفرها على مواد النظافة والتطهير	71
314	رأي المرضى إذا كان هناك احترام لموعد الزيارات بالمؤسسة الإستشفائية	72
314	رأي المرضى حول مدى توفر الهدوء والراحة بغرفهم	73
315	مدى استجابة الطاقم العلاجي للمرضى في حالة طلبهم للمساعدة ليلا	74
316	مدى توفر الرغبة لدى الطاقم الشبه الطبي في مساعدة المرضى	75
317	يوضح إن كان المريض يتحصل على كل الأدوية بالمستشفى	76
318	يوضح إن كان المريض أجرى كل الفحوصات(أشعة وتحاليل) بالمستشفى	77
319	رأي المرضى حول مستوى الخدمات الصحية التي تلقوها	78
320	علاقة وجود المعارف بالمؤسسة الصحية التي يتواجد بها المريض ومستوى الخدمة الصحية التي يتلقاها	79

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
26	محددات الحالة الصحية	01
197	تطور عدد حالات الإصابة بالسرطان في الجزائر خلال الفترة (2000-2013)	02
210	تطور الناتج المحلي الإجمالي والنفقات الصحية الكلية (%) للجزائر خلال (1995-2013)	03
217	تطور عدد الأطباء في الجزائر خلال الفترة (2002-2013)	04
218	تطور عدد الممرضين في الجزائر خلال الفترة (2002-2013)	05

الملخص:

نركز الاهتمام في هذه الأطروحة على دراسة وتحليل سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر، حيث أقامت الجزائر بعد الاستقلال نظاما صحيا يسعى إلى تحقيق تنمية صحية هدفها الحفاظ على الصحة العمومية وترقيتها، وقد عرف هذا النظام الصحي الوطني عدة إصلاحات متعاقبة من حيث البناء والوظيفة، وبالنظر إلى ما تكتسبه الصحة من أهمية ضمن عملية التنمية المجتمعية، وبالرغم من ما سخرته الدولة الجزائرية من إمكانيات مادية وبشرية وحتى مالية في سبيل الرفع من مستوى الوضع الصحي العام لأفراد المجتمع الجزائري، ومن ثمة تحقيق تنمية صحية، إلا أن نمو النسق الصحي لم يكن في مستوى طموح مخططاتها، كونه نوا مؤسساتيا فحسب، بالإضافة إلى استمرار ظهور المشكلات الصحية ذات الصلة بالأبعاد الاجتماعية والثقافية والبيئية. فضلا عن ذلك فإن سياسة الطب المجاني التي انتهجتها الدولة عقب الاستقلال لم تساهم في التقليل من حدتها كما كان متوقعا.

وقد خلصت الدراسة إلى أن سياسات إصلاح النظام الصحي حققت العديد من النتائج الايجابية، كازدياد عدد السنوات المكتسبة بالنسبة لمعدل العمر المتوقع عند الميلاد، في الوقت الذي نسجل فيه تراجع في عدد الوفيات، لكن رغم التطور الذي شهدته مستوى الصحة العمومية إلا أنه لا يزال بعيدا عن ما هو مخطط للوصول له، كما أن ثمة العديد من الأمراض المعدية عادت للظهور مجددا بعد اختفائها من الخارطة الصحية، مع ظهور نمط جديد من الأمراض هي الأمراض المزمنة، نتيجة لعدة عوامل أبرزها: تغير التركيبة السكانية كارتفاع نسبة المسنين، التحضر، أيضا استمرار وجود تفاوت في الحصول على فرص الوقاية والعلاج.

Résumé :

Dans cette thèse, on s'intéresse à l'étude et l'analyse des politiques de réforme de la santé et ses impacts sur le développement de la santé en Algérie, cette dernière a mis en place d'un système sanitaire visant la réalisation d'un développement sanitaire dont l'objectif principal est la préservation et la promotion de la santé publique. Ce système national de santé a subi plusieurs réformes successives, notamment sur les plans structurel et fonctionnel, et a partir de l'importance de la santé dans le processus de développement sociétal, et malgré les ressources financières, humaines et financières déployés par le gouvernement algérien pour améliorer l'état de santé général des citoyens membres de la société algérienne, et réalisant ainsi un développement sanitaire durable, Outre la croissance du système sanitaire n'été pas au niveau des ambitions de leurs planifications et aussi la persistance des problèmes de santé liés aux dimensions sociale, culturelle et environnementale. Ainsi, la politique de médecine gratuite de l'État après l'indépendance n'a pas contribué à sa réduction comme prévu.

Notre étude vient de confirmer que les politiques des réformes du système sanitaire ont réalisé plusieurs résultats positifs, comme l'amélioration de l'espérance de vie et le recul du nombre des décès.

Mais malgré l'évolution du niveau de la santé publique, il n'a pu atteindre le niveau escompté. par ailleurs, de nombreuses maladies infectieuses ont réapparu après avoir disparu de la carte sanitaire. Et aussi l'accroissement considérable des maladies chroniques qui est du aux taux élevés de vieillissement et d'urbanisation, et la persistance des inégalités sociales dans l'accès aux services de santé.

مقدمة:

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق أساسي من حقوق الإنسان وهدف اجتماعي عالمي النطاق، عاملا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية المستدامة، فمن غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو أداة وغاية التنمية، ذلك أن الفرد المكتمل صحيا هو القادر على الإنتاج، لأول مرة تم تناول في اجتماعات مجلس الأمن والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية، فأصبحت الصحة في هذا الصدد عامل يساعد في الوصول إلى الأهداف التنموية الأخرى، ومن جهة ثانية فإنها هدف تنموي في حد ذاتها .

وإذا كانت الصحة حق أساسي للإنسان والرعاية الصحية وسيلة لتحقيق هذا الحق، الواجب توفيره للفرد بدون أي معوقات أو تمييز، فإن النظام الصحي يمثل الإطار الأساسي الذي يضمن توفير الرعاية الصحية ويحدد كفاءتها. لقد اهتمت كل دول العالم بحماية صحة أفرادها وترقيتها، ولكن بأساليب وأنظمة مختلفة وفقا لما تتوفر عليه من إمكانيات مادية وبشرية مراعية في ذلك خصوصيتها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، بذلك اختلف النظام الصحي من دولة لأخرى وإن اشتركت في هدف وهو تحقيق التنمية الصحية. أما الحديث عن المنظومة الصحية في الجزائر فلها خصوصيتها التي استمدتها من خصوصية مختلف التغيرات البنيوية السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي عرفها المجتمع الجزائري والتي تأثر بها، بحيث شهدت المنظومة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات من حيث البناء والوظيفة تحت اسم إصلاحات، وكانت هذه التغيرات عبر مراحل أساسية.

ومن هنا، فإن هذا البحث يحاول تسليط الضوء على واقع تأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على التنمية الصحية في الجزائر، من خلال معرفة إن تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق الاجتماعية للصحة وتحقيق المساواة الصحية من حيث عدالة توزيع الهياكل والموارد الصحية بين جهات الوطن وعدالة الولوج والاستفادة من الرعاية الصحية المقدمة، وأيضا تحليل طبيعة سياسات الإصلاح وما تضمنته برامج الصحة العمومية وإذا كانت قد راعت المحددات السوسيو-ثقافية للصحة، وكذا الوقوف على مدى تحسن مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري.

ومن أجل الإلمام بالموضوع وتغطية كل الجوانب المتعلقة به، تضمنت دراستنا ثمانية فصول، كما يلي:

الفصل الأول: "الإطار التصوري والمفهمي للدراسة"، تضمن طرح الإشكالية، تحديد المفاهيم الأساسية ومفاهيم ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وكذلك عرض ومناقشة عدد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع المنظومة الصحية في كل من البلدان الأجنبية، الوطن العربي والجزائر.

الفصل الثاني: "المداخل النظرية المقترحة لدراسة سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية"، من خلال عرض مناقشة مختلف المداخل النظرية المفسرة لظاهرة الصحة والمرض، ذلك من أجل الوصول إلى تكوين رؤية نظرية، تمكننا من فهم وتحليل مضمون سياسات الإصلاح التي شهدتها النظام الصحي في شكل تغييرات وتأثير ذلك على الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري و على مستوى التنمية الصحية.

في حين تعرضنا في **الفصل الثالث**، إلى المجتمع الجزائري قبل وبعد الغزو الفرنسي له: نحو قراءة سوسيو-تاريخية لظروف إنتاج التخلف الصحي، خصص لدراسة وتحليل طبيعة المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني من حيث البنية الاجتماعية والاقتصادية التي تميزه وكذا الوضع الصحي والسكاني، وأيضاً بعد تعرضه للاحتلال الفرنسي آثار السياسة الاستعمارية عليه من تبعية وتكوين شروط التخلف الصحي.

الفصل الرابع: "التجربة التنموية في الجزائر ومراحل تطور السياسة الصحية: مساهمة في رصد سياسات إصلاح النظام الصحي"، حيث حاولنا فيه رصد وكشف أبرز مراحل تطور السياسة الصحية وما شهدته من إصلاحات، كذا التعرف على مختلف التحولات البنوية والوظيفية المصاحبة لهذا التغييرات.

الفصل الخامس: "الآثار الاجتماعية الصحية لسياسات إصلاح النظام الصحي: نحو تقييم نتائج سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري"، خصص لتناول أهم آثار سياسات الإصلاح من حيث (المدخلات) تقييم الكفاءة التشغيلية للمنظومة الصحية الجزائرية و(المخرجات) بتقييم الوضع الصحي العام لسكان المجتمع الجزائري للوصول إلى أبرز الاختلالات التي سجلت وحالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها، خاصة في ظل المستجدات المعاصرة كمنافسة القطاع الخاص و التحول الوبائي وكذا الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الراهنة.

الفصل السادس: يستكمل فيه، وفيما يلي أيضا، النقاش/ التحليل الذي كنا أثرناه من قبل والذي من خلاله تم طرح ثلاث تساؤلات فرعية، تصعب الإجابة عنها خارج الدراسة الميدانية نتزود من خلالها بمعطيات واقعية، دقيقة جديدة تساعد على استمرار حلقة النقاش/ التحليل.

ولقد رأت الباحثة أنه من الضروري في هذا الفصل التطرق إلى الاعتبارات المنهجية التالية:

- منهج الدراسة.

- مجالات الدراسة (المجال المكاني، المجال الزمني والمجال البشري).

- أدوات جمع البيانات.

- المعاينة وخصائص مفردات البحث.

الفصل السابع: ويتم فيه تحليل وتفسير البيانات الميدانية في شكل عناصر أساسية تخدم الغرض العام للموضوع وتستجيب للتساؤلات المطروحة في الإشكالية.

الفصل الثامن: حاولنا فيه عرض و مناقشة أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، حيث سعت الباحثة إلى عرضها ومناقشتها لتجيبنا عن الأسئلة التي أثارها الدراسة، بالإضافة إلى أهم القضايا والموضوعات التي يثيرها موضوع الدراسة للبحث السوسيولوجي المستقبلي.

الفصل الأول :

الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

تمهيد

أولاً: الإشكالية

ثانياً: أسباب اختيار الموضوع

ثالثاً: أهمية الدراسة وأهدافها

رابعاً: مفاهيم الدراسة

1 - المفاهيم الأساسية للبحث:

أ - الإصلاح

ب - السياسة الصحية

ج - النظام الصحي

د - التنمية الصحية

هـ - المستشفى

2 - مفاهيم ذات علاقة بموضوع الدراسة:

أ - الصحة العمومية

ب - المرض

ج - التحول الوبائي

د - التحول الديموغرافي

خامساً: الدراسات السابقة

1 - الدراسات الأجنبية

2 - الدراسات العربية

3 - الدراسات الجزائرية

4 - مناقشة وتقييم الدراسات السابقة

أولاً: الإشكالية

تعد الصحة أحد الجوانب الأساسية في حياة الأفراد والمجتمعات، فلقد حظيت باهتمام المجتمعات الإنسانية منذ القدم، والتي حاولت البحث في أسباب المرض وكيفية علاجه، ولا تزال إلى اليوم تسعى إلى ذلك، وإن اختلفت تفسيراتها لحالات المرض، وتحديد نوع العلاج الذي يمكن اللجوء إليه أو ممارسته، فالمرض يأخذ مفاهيم ذات دلالات اجتماعية ترتبط بثقافة المجتمع ومعتقداته وقيمه، هذه الثقافة هي التي تعطي للفرد الإطار الذي يتم من خلاله تفسير كل الظواهر التي تمس جسمه وبشكل خاص المرض وأعراضه، ومن ثم أضحت الصحة مكسبا اجتماعيا يضمن البقاء للنوع البشري واستمراره، هذا إلى جانب أنها تشكل إحدى الأنساق الفرعية المشكلة للبناء الاجتماعي، وتلعب دورا أساسيا في توازنه العام.

لهذا الغرض سعت العديد من دول العالم للاهتمام بالصحة والنهوض بها، فاعتبرتها جزءا لا يتجزأ من مخططاتها التنموية، ووطورت من أنظمتها الصحية حتى تستجيب للحاجيات الصحية المختلفة والمتنامية لأفرادها. في ذات السياق ينبغي الإشارة إلى أن العديد من الدراسات والتقارير، كتلك الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (OMS) لسنة 2000 تحت عنوان "الصحة والتنمية"، توصلت أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين دول العالم، ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية بها. ما يعني أن التخطيط من أجل الصحة لا يجب أن يتم كقطاع منعزل، إنما بمراعاة القطاعات الأخرى المكونة للنسق المجتمعي العام، وعلى ضرورة الاعتراف بالعلاقات المتبادلة بين مختلف الأنساق الفرعية للمجتمع، الذي هو الآخر يخضع لتأثيرات أعم وأشمل هو النظام الاقتصادي العالمي. فلا ينبغي أن تفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية، ذلك أن الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية، كما تتأثر هي بذاتها بهذه العوامل، فلم تعد الصحة مفهوما طبييا بحتا بل لها محددات أخرى لا تقل أهمية وتأثيرا عن العوامل البيولوجية، فانتقلنا من الحديث عن سوسولوجيا الطب إلى سوسولوجيا الصحة متجاوزين بذلك الحدود الضيقة للمفهوم، بالتالي فمشكلة الصحة متضمنة علائقيا مع المشكلة العامة للتنمية المجتمعية (Développement sociétal). وهو ما يفسر لنا خصوصية المشكلات الصحية واختلافها بين المجتمعات المتقدمة والمتخلفة، بذلك تعد المشكلات الصحية في المجتمعات المتخلفة ما هي إلا انعكاس لتخلف الأنساق الاقتصادية

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

والاجتماعية وحتى الثقافية فيها بشكل واضح، ومن ضمنه العالم العربي عموما والمجتمع الجزائري خصوصا، فرغم مرور أكثر من نصف قرن من عمليات التنمية بها، إلا أن المشكلات الصحية لا تزال بها مستمرة.

وتأسيسا على ذلك، فقد شكلت قضية تحقيق التنمية الصحية في الجزائر تحديا كبيرا، خاصة أنها ورثت نظاما علاجيا غير ملائم للاحتياجات الصحية للجزائريين من جهة، ومن جهة أخرى، قائما على سيادة اللامعالة الصحية بين الأهالي والمعمرين الفرنسيين، ويتعلق الأمر بهيكل صحية ضخمة متواجدة بالمدن الكبرى، التي كان الاستعمار الفرنسي متمركزا فيها، وبخروجه ترك فراغا في هذه الهياكل، الأمر الذي دفع بالجزائر إلى إقامة نظام صحي يستند في سياسته على الطب المجاني (la médecine gratuite)، أين نص عليه الميثاق الوطني لسنة 1976، واعتبر أن الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية، وتعبيرا عن التضامن الوطني ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج¹. وهو كخطوة يمكن النظام الصحي الوطني من القضاء على معضلة الفوارق الاجتماعية للصحة، ويكرس مبدأ العدالة وتكافؤ الفرص فيما يتعلق بتوزيع الخدمات الطبية جغرافيا بين مختلف جهات الوطن، واجتماعيا بين مختلف الطبقات الاجتماعية للمجتمع الجزائري.

وهكذا، فقد استندت مختلف السياسات الصحية المتعاقبة في فترة السبعينات والسبعينيات على الأيديولوجية الاشتراكية، التي أنتجت مشروع الطب المجاني -الذي أشرنا له سابقا-. وما تجدر الإشارة له، أن التوجه نحو تطبيق المشكلات الصحية، بالإضافة إلى أنه يعكس التوجه الاشتراكي للدولة الجزائرية في تلك الفترة، ولنظرها للعلاقة بين التنمية والصحة. حيث نجد أن التصنيع نال وحده 54.5% من المبلغ الإجمالي للاستثمارات الوطنية². والتي تبدو أنها لم تعتبر الصحة نقطة أولية للفعل التنموي، وأنها تبقى مجرد متغيرا تابعا للتنمية الاقتصادية، وأن سير عجلة التنمية الاقتصادية سيرافقه آليا تحسن في الوضع الصحي العام للسكان، فوظفت واستثمرت الأموال في القطاع الصناعي، ما يؤكد ارتباط الصحة العمومية بالسياسة، التي تبقى متأثرة بالتوجهات الأيديولوجية للنظام السياسي للمجتمع، وللقوى السياسية والاجتماعية الفاعلة، وقبل ذلك توزيع القوة والسلطة فيه. وأيضا للنظرة الطبية الصرفة لقضايا الصحة والمرض، وأن المريض ليس سوى نظام من الأجهزة البيولوجية ينبغي إصلاحه، والصحة تتحقق في أن تنتظم الحياة وفق نظام

¹ أنظر: - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني 1976، ص 179

² محمد بومخلوف: التوطين الصناعي وقضايا التنمية في الجزائر التجربة والآفاق، دار الأمة، الجزائر، 2001، ص 60

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

بيولوجي معين، وهو ما كان له ضررته، حيث لم تؤد تطبيق سياسة الطب المجاني إلى القضاء على الأمراض المتنقلة، وإن سهل من توفير العلاج للمواطنين الجزائريين ورفع العائق المالي لتمويل هذه العملية، إلا أننا نسجل بقاء بعض المؤشرات الصحية دون تحسن، كارتفاع معدلات الإصابة ببعض الأمراض المتنقلة كالتهاب الكبد الفيروسي نوع ب من 2704 حالة إصابة عام 2000 لتصل سنة 2015 إلى 2896 حالة إصابة، والملايا من 541 حالة عام 2000 ترتفع إلى 747 حالة عام 2015، مع ارتفاع معدل وفيات الأطفال والأمهات¹. لأنه تم عزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وحتى الثقافية التي تولدها، وأعطاهما مفهوما عضويا، فكانت الاعتمادات المالية -رغم توفرها في تلك الفترة- المخصصة للطب الوقائي قليلة جدا.

إن السياق الذي جاء فيه تاريخ سياسة الطب المجاني، يتزامن والارتفاع الكبير لأسعار البترول في السوق الدولية المصدر الرئيس في تمويل مشروعات التنمية في الجزائر، لكن تغير الظروف الاقتصادية بانخفاض أسعار البترول وانهاياها نهاية الثمانينات، بدأت بوادر أزمة متعدد الأوجه، شكلت منعطفا في تاريخ الجزائر المستقلة، على مختلف الأصعدة ليشهد بذلك المجتمع الجزائري تحولات عميقة وواسعة النطاق في مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية، لتترك آثارا واضحة على البناء الاجتماعي، والتي بدورها أثرت على السياسة الصحية، خاصة أمام عجز الدولة الجزائرية وعدم قدرتها على تغطية النفقات الصحية المتزايدة. فقد عرفت هذه الأخيرة، عدة تطورات مرحلية تخلصها تبني عدة سياسات إصلاحية، وإعادة النظر في المنظومة الصحية، من حيث البناء والوظيفة، كإشارة إلى ضرورة تكيفها مع وتلك التحولات العميقة نصت عليه المادة 51 من دستور 1989 "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية و المعدية ومكافحتها"². وهذا يعني أن السياسة الصحية أصبحت تعتمد على مبدأ الوقاية من الأمراض ليس علاجها، وبل تم فسح المجال أمام القطاع الخاص للمساهمة في تدعيم الفعل العلاجي على المستوى الوطني.

¹ للمزيد في هذا الصدد أنظر:

-ON: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2009-2011), numéro 42, Alger, Edition 2012, p25

- ONS: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats(2013-2015), numéro 46, Alger, Edition 2016, p27

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: حزب جبهة التحرير الوطني، دستور 1989، ص08

إن القراءة المتأنية في الخطاب الرسمي للدولة الجزائرية حول حق الصحة لكل مواطن، لم تتخلف الجزائر في تقنينها عبر مختلف موثيقها ودساتيرها وقوانينها، واعتبرت الاستفادة من الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، العدالة الصحية، الإنصاف والتضامن الوطني المبادئ الأساسية للسياسة الصحية الوطنية نستشف منها وبوضوح إرادة لحماية الصحة العمومية وترقيتها، غير أن الملاحظة أظهرت أن الإرادة وحدها لم تعد تكفي لتحويل الخطاب إلى فعل ملموس، لأن التنمية الصحية كهدف رئيس للسياسة الصحية، تسعى إلى تحقيقها عبر نظام صحي شهد عدة إصلاحات، لا يقع على عاتق النظام الصحي وحده، فالنهوض بالصحة العمومية تمثل تكامل جهود كل أنساق المجتمع نحو مسألة الصحة مما يجعل منها أهم مقومات التنمية المستدامة والتحديث الاجتماعي بشكل أعم وأشمل، فإن هذا يدفعنا —من ناحية معرفية ومنهجية بالأساس— إلى البحث في جوانبها والإحاطة بعناصرها لنتمكن من تشخيص الوضعية سوسيولوجيا بشكل أكثر عمقا وتحليلا ونتعرف على مستوى وجودها في الواقع وارتباط ذلك بما طرح على المستوى النظري أو الرسمي، لا سيما فيما يتعلق بالجزائر كأحد دول العالم الثالث.

كما تتحدد معالم إشكالية دراستنا في محاولة تحليل وفهم العلاقة والارتباطات القائمة بين سياسات إصلاح التي شهدتها المنظومة الصحية الجزائرية، باعتبارها عملية تغيير مقصودة لها محددات وبرامج ومخططات، وواقع التنمية الصحية في المجتمع الجزائري، في ظل ظروف تاريخية ومعاصرة، وفي مختلف مراحل التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ضمن خصوصية ثقافية، تشمل تغير نمط الأمراض، سواء في الحدوث أو الانتشار، كذا ارتفاع أو انخفاض السن المتوقع للحياة، ومستوى تقديم الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الإستشفائية وعدالة توزيعها.

وعليه، فإن التساؤل المركزي الذي تطرحه الدراسة هو:

— ما هو واقع تأثير سياسات الإصلاح التي شهدتها النظام الصحي على التنمية الصحية في الجزائر؟

و يمكن مفصلة هذا السؤال المركزي إلى تساؤلات فرعية كالآتي:

1- هل تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق الاجتماعية للصحة؟

2- هل تضمنت سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها مراعاة المحددات السوسيوثقافية للصحة؟

3- هل أدت سياسات إصلاح النظام الصحي إلى تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري؟

ثانيا: مبررات اختيار موضوع الدراسة

إن اختيارنا لموضوع: "سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر " يرجع إلى:

1) اقتناعنا بأن تحسين صحة المواطن وحمايتها مرتبط بتوفير خدمات صحية تحظى بقبول المرضى يعتمد بالدرجة الأولى على توفر نظام صحي يتمتع بالكفاءة والفعالية، كونه يشكل الهيكل المؤطر للنشاطات الصحية والبوتقة التي تتمتع فيها مختلف السياسات والاستراتيجيات الموجهة والمنظمة نحو تحقيق أفضل رعاية وأكثر حماية للصحة العمومية.

2) أهمية جمع وتوفير بيانات ومعطيات حقيقية تعكس لنا واقع ما أنجزته السياسة الصحية الجزائرية من أهداف وبرامج، خاصة بالنظر إلى الأرقام التي تشير إلى الأموال التي جندت لذلك مقابل نوعية الرعاية الصحية المتوفرة.

3) أهمية الكشف عن نتائج سياسات إصلاح النظام الصحي على الوضع الصحي العام للجزائريين، ما يمكن أن تمد المخططيين للتنمية الصحية بتصوّر اجتماعي شامل بضرورة تكييف تطور المنظومة الصحية وفقا للمعطيات الديمغرافية والوبائية، بما يحقق التوازن بين الطب الوقائي الخاص بالأمراض المعدية والطب العلاجي الخاص بالأمراض المزمنة، كأمراض القلب والسرطان الآخذة في التزايد، مع حتمية العمل على تنظيم الخدمات الوقائية والعلاجية بما يخفف من التفاوت الاجتماعي للصحة بين جهات الوطن خاصة فيما يتعلق بجنوبنا الكبير، أيضا على خلق نوع من التنسيق والتعاون الفعال بين عمل مختلف قطاعات المجتمع، خاصة إذا علمنا أن للصحة محددات كثيرة مرتبطة بنجاعة عمل مختلف قطاعات المجتمع، من هنا فدور وزارة الصحة لا يقتصر على توفير الخدمات الصحية وتحسينها، إنما ضمن إطار أشمل هو التنسيق ما بين القطاعات.

4) تدعيم الدراسات السوسولوجية حول قضايا الصحة العمومية بالمجتمعات العربية ومنها الجزائر.

5) ندرة الدراسات العلمية في مجال علم اجتماع الطبي بمجتمعنا.

ثالثا: أهمية الدراسة وأهدافها

يستمد هذا البحث المتواضع أهميته من أهمية دور قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأبرز مورد من موارد العملية الإنتاجية والمتمثل في المورد البشري، بالإضافة أنه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية المستمرة في تحسين وتطوير الخدمات الصحية المقدمة، من خلال إصلاح النظام الصحي بكل مكوناته خاصة أمام تزايد اهتمام الدول نحو تقوية نظمها الصحية بإيجاد السبل التي تضمن تحسين الصحة العمومية وترقيتها على أساس أن تطوير أداء خدمات الرعاية الصحية وتحسين جودتها مع ترشيد الإنفاق المالي حيث تعتبر الخدمة الصحية أغلى الخدمات تكلفة يتوقف على كفاءة وفعالية النظام الصحي والسياسة الصحية المنتهجة في تسييره.

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة الراهنة إلى تحقيق جملة من الأهداف التالية إلى :

- 1) تحليل مختلف مراحل تطور النظام الصحي وما عرفه من تغييرات في إطار سياسات الإصلاحات، والتي سعت إلى تحقيق تنمية صحية مستدامة بدءا من تطبيب المشكلات الصحية من خلال الطب المجاني، انتهاء بمرحلة بداية انسحاب الدولة لصالح القطاع الخاص والتوجه نحو ليبرالية العلاج هذا من جهة، من جهة أخرى، إن تمكنت سياسات الإصلاح هذه من إعطاء فعالية للقطاع الصحي و توحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بخصوصية المشكلات الصحية .
- 2) البحث في قضية مدى تكافؤ فرص الوقاية والعلاج بين الجزائريين، والسعي لإبراز حجم التفاوت الاجتماعي في ميدان الصحة.
- 3) البحث عن مدى وجود تكافؤ اجتماعي بين الطبقات الاجتماعية في استخدامها للمؤسسات الصحية الوطنية (دور العلاقات الغير الرسمية في الحصول على الرعاية الصحية)
- 4) الوقوف على اختلالات التنمية الصحية وإبراز مظاهرها وعواملها والتي هي إلا انعكاس لتناقضات بنائية ووظيفية تعرفها السياسة الصحية المنتهجة .

5) البحث في الارتباطات القائمة بين التنمية والصحة، معرفة مكانة الصحة وأهميتها، من خلال برامج التنمية الوطنية ومدى مراعاتها كعامل أساسي في تحقيق التنمية المستدامة والتحديث الاجتماعي بشكل أعم و أشمل في الجزائر.

6) الكشف عن مدى تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية حتى الثقافية التي يعيشها الجزائريين على صحتهم، الأمر الذي يساعد على تطوير أسلوب الوقاية والعلاج والرعاية الصحية بشكل عام.

7) الوقوف على مدى تحقق أهداف إصلاحات السياسة الصحية على أرض الواقع، السعية - كما هو مخطط - نحو الانسجام والتوافق مع التحولات الوبائية الديموغرافية بما يضمن إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية وترشيد النفقات المالية مع الارتقاء بجودة الخدمات لضمان الاستمرارية على المدى البعيد .

8) تقييم سياسات إصلاح النظام الصحي الوطني من حيث مدخلاته ومخرجاته، المدخلات بالكشف عن مدى حسن إستغلال النظام الصحي لمختلف موارده (المالية، المادية والبشرية) وإن كان يحقق الكفاءة التشغيلية أي الاستفادة القصوى لهذه الموارد المتاحة، أما المخرجات بتقييم النتائج المحققة على مستوى الوضع الصحي العام للسكان. بالتالي التعرف على أداء النظام الصحي وتحديد مستوياته.

9) الوصول إلى التعرف على واقع الوضع الصحي العام الذي يعيشه الجزائريين، والذي ما هو إلا نتاج للسياسات الصحية المتبعة والذي يعد أيضا -واقع الصحة العمومية- أحد أهم أشكال ومعايير تقييم السياسات الصحية والنظام الصحي.

رابعاً: مفاهيم الدراسة

1. المفاهيم الأساسية للبحث: من المتعارف لدى الباحثين في مختلف الحقول المعرفية، لاسيما العلوم الإنسانية منها، أن كل دراسة علمية تتناول ظاهرة من الظواهر الاجتماعية تتضمن في الواقع مجموعة من المفاهيم الأساسية. وفي بعض الأحيان تكون هذه المفاهيم مبهمة وغير مطابقة للواقع، ما ينعكس ذلك على التناول العلمي له من حيث تضمنه لصفات وعناصر أقرب إلى مستوى التفكير العامي منها إلى التفكير العلمي، فالمفاهيم لها أهمية قصوى ومكانة متميزة في بناء البحث وتحديد بدقة يعد بمثابة السكة التي يسير وفقها البحث .

فالمفاهيم "هي تصورات مجردة لا تكسب معناها إلا من خلال ظواهر تتحقق في الواقع وهي ألفاظ تعكس تجريدات تلخص العديد من الملاحظات"¹. و بهذا المعنى فإن المفاهيم تشكل حلقة وصل بين النظرية والميدان ودونها تنقطع الصلة بينهما، من هذه التعاريف للمفاهيم يتضح أنها تجريدات لها وجودها الواقعي، و تعبر عن أشياء محسوسة يمكن التعرف إليها، وعلى هذا الأساس اتجهنا إلى تحديد المفاهيم الأساسية والمساعدة للبحث. مستهدفين في النهاية إلى صياغة تعاريف إجرائية لا نرمي من وراء وضعها إلى أن تكون بالضرورة مطلقة، أي تعاريف تنحل فيه كل الاختلافات الدلالية التي يمكن أن توحد بين آراء مختلف الباحثين، ولكننا نود أن نضع تعاريف تكون بمثابة «الآلة» الموجهة للبحث، خاضعة للواقع المراد دراسته، كما سنحاول تبني مقارنة سوسيولوجية تحفظ للتفكير والتحليل اللذان سوف نتعاطاهما في هذه الدراسة - قدر الإمكان - سياقاً موحداً ومتناغماً .

أ- مفهوم الإصلاح: (La Réforme)

يشير لفظ الإصلاح في اللغة العربية معنى ضد الفساد أو ضد الشيء، رجل صالح في نفسه من قوم صلحاء ومصلح نفسه، والإصلاح نقيض الإفساد وأصلح الشيء أي أقامه، صلح صلاحاً وصلوحاً أي زال عنه الفساد، وأصلح ذات بينهما أي زال ما بينهما من عدواة وشقاق².

¹ مصطفى عمر التير: مقدمة في مبادئ وأسس البحث الاجتماعي، منشورات الجامعة المفتوحة، ليبيا، ط2، 1995، ص62

² عمر عبد الله نجم الدين الكيلاني: مفهوم الإصلاح في القرآن الكريم، مجلة ديابي، العدد الثامن والعشرون، 2008، ص1

ما يلاحظ أن معنى الدلالي للفظ الإصلاح في المعاجم العربية لا يخرج في كونه مقابل للإفساد ولا تفرد الكثير من المساحات لشرح هذه المفردة، هذا ذهب إليه المفكر «عابد الجابري» إلى القول: " بأن المعاجم العربية القديمة لا تسعفنا بأي تعريف لـ «الإصلاح» غير قولها الإصلاح ضد الإفساد، وإذا بحثنا فيها عن معنى «الإفساد» ردتنا إلى «الإصلاح» بقولها الإفساد ضد الإصلاح¹". أما في اللغة الفرنسية نجد كلمة «réforme» تتكون من لازمة ré والتي تفيد معنى الإعادة ولفظ forme التي تعني الشكل أو الصيغة، أي أن المعنى الكامل هو إعادة تشكيل أو إعطاء صورة أخرى للشيء. وإذا قمنا بالمقارنة بين اللغة العربية واللغة الفرنسية، نجد أن الحقل الدلالي لكلمة الإصلاح في المرجعية العربية متعلق بحصول فساد في الشيء، مادة وصورة، ومن ثم تؤول قضية الإصلاح فيه إلى الرجوع به إلى الحال التي كان عليها قبل حصول الفساد فيه، أما في اللغة الفرنسية فاللفظ المستعمل في هذا المعنى ليس هو بالضبط معنى الإصلاح في لغتنا أي إعادتها إلى وضعها السابق، إما إذا استخدمنا لفظ réformé فإن المعنى سيصبح إعطاء الشيء صورة جديدة شكلا آخر غير الشكل الذي هو عليه ويكون ذلك في اتجاه الأحسن غالباً².

أما من الناحية الاصطلاحية، فقد اتخذ هذا اللفظ «الإصلاح» عدة دلالات، حيث وردت كلمة الإصلاح في القرآن الكريم في سياقات مختلفة ومعاني ثرية ومتعددة، فجزر «صلح» الذي هو أصل كلمة الإصلاح ذكر في صفحات القرآن الكريم بصورة مختلفة (الصالحات، الصالحين، أصلح، إصلاح...) في مئة وسبعين موضعاً. فالإصلاح قد يتحقق إذا اجتمعت شروط أساسية لا غنى عنها، منها استشارة كل الشركاء داخل المجتمع، وهو ما يمكن أن نسميه الشورى بالمفهوم الإسلامي، قال تعالى: « فاعف عنهم واستغفر لهم وشاورهم في الأمر»³. كما نجد في سورة النساء ذكر لمعنى من معاني الإصلاح، في قوله عز وجل: « لا خير في كثير من نجواهم إلا من أمر بصدقة أو معروف أو إصلاح بين الناس ومن يفعل ذلك ابتغاء مرضات الله فسوف نؤتيه أجراً عظيماً»⁴. والمقصود هنا إصلاح ذات البين وهو وجه من وجوه الإصلاح الاجتماعي الذي يحرص عليه الدين الإسلامي، وفي موضع آخر يقول الله تعالى على

¹ محمد عابد الجابري : في نقد الحاجة إلى الإصلاح، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1، 2005، ص 17

² المرجع نفسه، ص 19

³ سورة آل عمران ، الآية رقم 159

⁴ سورة النساء ، الآية رقم 114

لسان نبيه شعيب: « إن أريد إلا الإصلاح ما استطعت وما توفيقي إلا بالله¹»، والذي يدل على إرادة الإصلاح كمبتغى لما أمر به الله تعالى وفي ما نهي عنه.

لقد ورد لفظ الإصلاح في قاموس أكسفورد بأنه "تغيير أو تبديل نحو الأفضل في حالة الأشياء ذات النقائص، وخاصة في المؤسسات والممارسات السياسية الفاسدة أو الجائرة، إزالة بعض التعسف أو الخطأ²". والإصلاح يوازي فكرة التقدم، وينطوي جوهريا على فكرة التغيير نحو الأفضل، وخاصة التغيير الأكثر ملائمة من أجل تحقيق الأهداف الموضوعية من قبل أصحاب القرار في حقل معين من حقول النشاط الإنساني.

الإصلاح هو "سلسلة الإجراءات والتدابير التي يتم إدخالها على بنية الهيكل التنظيمي القائم، بهدف تحسين النمط الوظيفي لعناصر النظام، والرفع من فعالية الأدوار التي تؤديها الأنظمة الفرعية بطريقة مطردة ومنظمة³". نلاحظ على هذا التعريف، تأكيداً على أن الإصلاح يكون مجسداً في مجموعة الإجراءات التي لا ينبغي أن تؤدي إلى إحداث تغيير نوعي في تفاعل النظام وتربطه وانسجام عناصره، لأن مضمون الإصلاح يمكن أن ننظر إليه بأنه تغيير للمنطق الذي يسير العلاقات بين الفاعلين في النظام، وهدفه الجوهري هو رفع مستوى أداء النظام بما يحقق التوازن والتآزر والتحالف بين أعضاء النظام وفروعه .

عملية الإصلاح تتضمن تطوير مجتمعي مستمرة تتعلق بتحسين أداء مختلف مؤسسات المجتمع، وللاصلاح أنماط متعددة، قد يكون شاملاً يمس المجتمع ككل، وقد يقتصر على حقل واحد أو أكثر من حقول النشاط الاجتماعي، كالقول مثلاً: إصلاح قطاع العدالة، إصلاح تربوي...، ويندرج موضوع دراستنا ضمن نمط الإصلاح القطاعي الذي يخص قطاع الصحة وإن كانت ضمن عملية الإصلاح الشامل الذي اتخذته السلطات الجزائرية الذي مس كل القطاعات.

¹ سورة هود، الآية رقم 88

² سفيان فوكة ومليكة بوضياف: الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر: واقع وتحديات، فرع العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم القانونية والإدارية، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف،

16 و 17 ديسمبر 2008، ص 03

³ M. Crozier et E. Friedberg: L'acteur et le système Les contraintes de l'action collective, édition du seuil, collection, Paris, 1977, p84

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

«إصلاح النظام الصحي» الذي يعتبر موضوع دراستنا، يشير إلى تغيير إيجابي ويعتبر مسار مخطط يوجه الأبعاد الإستراتيجية للنظام الصحي، ويشمل مجموعة من المقاييس و التدخلات المستهدفة، ويوجد اتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، والتي تشمل مايلي²:

✓ يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلي Structurel و ليس سطحي Incrémental

✓ يجب أن تصاحب أهداف التغيير بتغيير في المؤسسات وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.

✓ لا بد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.

✓ يجب أن يشمل عددا كبيرا من المقاييس المتناسقة.

✓ يجب أن يكون المسار موجهها من طرف سلطات وطنية.

كما تجدر الإشارة، هنا أننا يمكن أن نميز بين نوعين من الإصلاح حتى وإن مس قطاع بعينه (قطاع الصحة)، إصلاح كلي، إصلاح جزئي، حيث يصيب الإصلاح الجزئي جزء من النظام (مركز استشفائي جامعي، مركز صحي...) أو نوع من الفئة المستهدفة من السكان (حضري، شبه حضري) أو نوع من الخدمات (استعجالات، تطعيم...)، بالتالي فهو يتعلق بإجراءات جزئية بدون برنامج موسع، أما الإصلاح الكلي أو الشامل فهو ليس جمع بسيط لعمليات التجديد القليلة، إنما هو مسار قطيعة مع النظام القديم، والسعي إلى تحقيق حركية جديدة، يفترض وجود تحليل قبلي للمشاكل والقيود والإمكانات المتاحة و الآثار المحتملة.

هكذا، يتضح من التعاريف السابقة أن إصلاح النظام الصحي - كتعريف إجرائي - هي "عملية تغيير تمس مختلف مكونات النظام الصحي الوطني (المالية، البشرية، المادية والهيكلية)، تحدد كفاءات هذا الإصلاح ومراحله وأهدافه السياسة الصحية، بحيث تتضمن عملية تطوير للقطاع الصحي بتحقيق الاستفادة القصوى من موارده المتاحة، ما ينعكس على تحسن مؤشرات الوضع الصحي العام للجزائريين، ومستندة إلى مراعاة خصوصيات وميزات واقع المجتمع العام وما يعرفه من تحولات."

² Miloud Kaddar : les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tires des expériences dix dernières années ,<http://www.santé.gov.ma/sm.sm/cmm-web/les-réformes-des-système.htm>. (Site consulté le: 24/12/2014)

ب- مفهوم السياسة الصحية: (La Politique de la Santé)

من المهم جدا قبل تحديد مفهوم «السياسة الصحية» - كمفهوم مركب - توضيح الحقل الدلالي لمصطلح السياسة، لذلك يجب تقديم تعريف لمفهوم السياسة، فمن الناحية اللغوية فالسياسة كما ورد في لسان العرب تعني الرياسة، يقال ساس الأمر سياسة أي قام به، والأمر هنا يرتبط بمبدئيا بما يتعلق بأمر الناس عندما نقول سوسه القوم أي جعلوه يسوسهم يرأسهم ويتولى أمرهم¹. فتقابلها كلمة Politique في اللغة الفرنسية التي تدور بشكل عام حول شؤون الحكم والسلطة.² هذا المعنى الأخير يقودنا إلى أن للصحة بعدها السياسي الشامل بحكم كونها موضوع مرتبط في جزء منه بالسلطة القائمة في مرحلة تاريخية معينة وضمن إطار جغرافي محدد وكذلك بالرهانات الموجودة بين مختلف القوى الاجتماعية.

إذا كانت السياسة الصحية جزء من السياسة العامة، فهي بذلك تعكس الأهداف الاجتماعية والاقتصادية للحكومة والمجتمع على هذا النحو تكون إستراتيجيات القطاعات المختلفة متداخلة فيما بينها وتسهم في بلوغ الأهداف النهائية التنموية للمجتمع، فإنه من المنطقي أن نخرج أولا لتقديم تعريفا للسياسة العامة ثم الانتقال لتعريف السياسة الصحية، ومن الناحية الاصطلاحية فالسياسة العامة اتخذت دلالات كثيرة تعددت وتباينت حسب المدارس البحثية والخلفية الفكرية لكل باحث. السياسة العامة "هي التعبير عن إرادة الحكومة في الفعل (أو عدم الفعل) ويمكن أن نعرفها كمجموعات مهيكلية متماسكة، من النوايا والقرارات والانجازات تقوم بها سلطة عمومية (محلية أو وطنية أو دولية)³". بمعنى أن السياسة العامة هي مجموعة النوايا المحددة وكذا الأهداف الواضحة والتي تسعى الحكومة لتحقيقها وفق خطط وبرامج المعدة لذلك.

ويشير في السياق نفسه، كلا من الباحثان لازويل وكابلان بأن السياسة العامة "برنامج مقترح لتحقيق الأهداف والقيم المرغوبة". أما عملية وضع السياسة "فهي صياغة هذا البرنامج (مجموعة البرامج) ووضعها موضع التنفيذ ومتابعتها وتقييمها⁴". والملاحظ أن هذا التعريف ميز بين السياسة العامة وعملية صياغة السياسة العامة، كون السياسة العامة

¹ مجمع اللغة العربية: المعجم الوجيز، دار التحرير للطبع والنشر، القاهرة، ط1، 1989، ص 328

² Dictionnaire Encyclopédique Auzou, éditions Philipe Auzou, paris, 2005, p 1566

³ Philippe Breau: Sociologie Politique, éditions casbah, Alger, 2004, p 54

⁴ محمد عاطف غيث وآخرون: قاموس علم اجتماع، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2006، ص306

عبارة عن خطة عمل لتحقيق أهداف محددة مسبقاً، أما عملية الصياغة تتضمن تحديد نط الأعمال التي يتم اتخاذها ووضعها موضع تنفيذ دون إهمال الآثار المترتبة على تنفيذ السياسة مع إمكانية تعديلها عبر الزمن حسب ما تتطلبه الظروف والمستجدات. على العموم يمكن القول بأن السياسة العامة تعد في جوهرها عمل حكومي يبرز توجهات الدولة بوضعها للأطر الفكرية والمناهج العملية لتوجهات وأساليب عمل المؤسسات في سبيل الوصول بالمجتمع إلى تنمية مستدامة.

لقد أكدت منظمة الصحة العالمية (OMS) إلى كل دول العالم، عبر العديد من مؤتمراتها على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، ويجب أن تكون في متناول جميع سكان العالم، ولا يمكن بلوغ هذا الهدف دون أن يكون في إطار سياسة صحية، بذلك تعد السياسة الصحية " تعبيراً عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها"¹. ما يشير إلى أن السياسة الصحية ناتجة عن دراسة شاملة للاحتياجات وتحديد الأولويات وترتيبها وخطة عمل مع التنسيق بين الأنشطة ذات الصلة. كما عرفت الباحثة «مارجريت ستاسي Margaret Stacey» السياسة الصحية "هي تلك القرارات التسييرية الجماعية أو الفردية التي تؤثر على كيفية التي تقدم بها الرعاية الصحية"². إن هذا التعريف يجعل من السياسة الصحية هي مجموع الأهداف والبرامج المسطرة والمترجمة على شكل قرارات منظمة لجهود الفاعلين والتي من شأنها أن تحدد الكيفية التي تقدم بها الرعاية الصحية، مستندة في ذلك كله على الفعل المنظم الذي يوفره النظام الصحي.

بينما يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسة الصحية "هي مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعنلة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي، بغية تحقيق

¹ محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، د ط، دس، ص 42

² Margaret Stacey : medical sociology and health policy, an historical overview, , edited by jonathan gabe, Michael calnan and Michael bury, this edition published in the taylor & francis e-library, 2003 simultaneously published in the USA and Canada by routledge 29 west 35th street , New York, p 14

الأهداف العامة بكفاءة وفعالية¹. يشير هذا التعريف، إلى أن السياسة الصحية هي مجموع الأهداف والبرامج المسطرة والتي من شأنها أن تحدد الكيفية التي تقدم بها الرعاية الصحية والموجهة إلى حماية الصحة العمومية للمجتمع وترقيتها.

وكتعريف إجرائي لمفهوم السياسة الصحية هي "جملة الإجراءات والخطط بعد تحديد الأولويات وترتيب الأهداف لتحقيق تنمية صحية متكاملة وشاملة، التي يتم إعدادها اعتمادا على توفر المعرفة العلمية الدقيقة لمحمل المعطيات الديموغرافية والوبائية الخاصة بالبلد المعني، إضافة إلى القيم والمعايير التي تحكم المجتمع بما فيها المعتقدات الخاصة بالصحة والمرض، كذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية المميزة للمرحلة المزعم وضع سياسة صحية خلالها، مستندة في ذلك كله على الفعل المنظم الذي يوفره النظام الصحي."

ج- مفهوم النظام الصحي: (Le Système de la Santé)

يعرف النظام بأنه " مجموعة من العناصر المترابطة والتي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما² ". وبهذا يمكن تعريف النظام الصحي " أنه مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي، والمتمثل ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار³ ". نجد أن هذا التعريف ركز على مقوم النظام الصحي في إطار هدفه الأساسي الذي أقيم من أجله وهو تحقيق أعلى مستوى صحي لكل أفراد المجتمع مع العمل على المحافظة على هذا المستوى وتحسينه باستمرار.

¹ مريم بركان: السياسة الصحية في الجزائر بين الواقع والتنمية، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الشاذلي بن جديد الطارف، يومي 21 و 22 أفريل 2014، ص

² فريد توفيق النصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط 1، 2008، ص 54

³ المرجع نفسه، ص 54

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

كما عرف النظام الصحي بأنه "مجموع المنظمات والمؤسسات و الموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية¹". وفي السياق نفسه، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) في تقريرها لعام 2000 النظام الصحي "مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية²".

فالمتضمن في كلا التعريفان يجد أنهما يشتركان في تعريف النظام الصحي بذكر مكوناته التي تشكله وهي مختلف المؤسسات الصحية والموارد المادية (التجهيزات الطبية والمالية) والبشرية (من أطباء، ممرضين، الطاقم الفني والإداري) تلك التي تتطلبها التدخلات الطبية بهدف تحسين الصحة العمومية، وإن كان التعريف الأول قد أشار بأن هذا الهدف يتضمن أن تكون التغطية الصحية ذات جودة وعادلة فيحق لجميع المواطنين الحصول عليها دون أي تمييز ديني أو عرقي. كما تتفاوت النظم الصحية فيما بينها من حيث التعقيد والترابط بين أجزائها، تبعاً لطبيعة النظام السياسي السائد، وتبعاً تنظيم المجتمع نفسه³.

كما يعرف النظام الصحي بأنه "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات، من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة⁴". ما يلاحظ على هذا التعريف أن النظام الصحي يراعى فيه معرفة وتحديد احتياجات السكان الصحية ما يضمن أن يجعل من هذا النظام يستجيب لمتطلبات الواقع الصحي للمجتمع، وهكذا، يرتبط النظام الصحي بمستوياته وعلاقاته وتركيبته التنظيمية وأهدافه أن يكون متفاعلاً مع البيئة الخارجية لتحديد مدخلاته مع ترشيد استغلالها بهدف

¹ أنظر: - مرزوق محمد عدنان: مداخل في الإدارة الصحية، دار الراجية للنشر والتوزيع، عمان ، ط 1، 2011، ص 15

² OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, **Pour un système de Santé Plus Performant**, Genève 2000, p9

³ منظمة الصحة العالمية: تطوير النظم الصحية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الثامنة والأربعون، البند 9 من جدول الأعمال، تموز/يوليو 2001، ص 5

⁴ مرزوق محمد عدنان: دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية الصادرة عن جامعة محمد خيضر، بيسكرة، الجزائر،

العدد 25، ماي 2012، ص 47

محافظة وترقية الصحة العامة، على أن تقوم هذه الخدمة لتضمن استمرار توفير تغطية صحية شاملة مع سهولة الحصول عليها و ذات تكلفة معقولة.

بينما يعرف القانون الجزائري النظام الصحي من خلال المادة الرابعة من قانون 05/85 المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، "المنظومة الوطنية للصحة هي مجموعة الأعمال و الوسائل التي تضمن حماية صحة السكان و ترقيتها. و تنظم على كيفية توفر حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً و منسجماً و موحداً في إطار الخريطة الصحية¹". نلاحظ أن المشرع الجزائري يذهب لتعريف للنظام الصحي الوطني يجعله مجموعة من الوسائل والنشاطات الهادفة لإنتاج الصحة.

«ليني A. Lévy» "النظام الصحي مجموع الوسائل التنظيمية، البشرية، الهيكلية، المالية والموجهة لتحقيق أهداف سياسة صحية ما²"، عرف هذا المفهوم النظام الصحي بذكر مختلف مكوناته، الموجهة لتحقيق أهداف سياسة صحية ما، فيشكل النظام الصحي بذلك الفعل المنظم، الذي تستند عليه السياسة الصحية لتحقيق برامجها المسطرة والتي من شأنها أن تحدد الكيفية التي تقدم بها الرعاية الصحية والموجهة إلى حماية الصحة العمومية للمجتمع وترقيتها. وعلى كل يمكن التعاطي إجرائياً (أنطولوجيا) في هذا البحث مع مصطلح النظام الصحي من حيث أنه "نظام فرعي من النظام المجتمعي (الاجتماعي والثقافي والسياسي...) يتكون من مجموع المؤسسات الصحية والموارد المادية والبشرية والمالية والوسائل التنظيمية والهيكلية الموجهة لتحقيق أهداف سياسة صحية ما."

د- مفهوم التنمية الصحية: (Le Développement Sanitaire)

قبل التطرق لتحديد الحقل الدلالي لمفهوم التنمية الصحية رأينا أنه من الضروري تبيان مفهوم التنمية ومفهوم الصحة، لنصل إلى تقديم مفهوم التنمية الصحية، وعليه فالتنمية من الناحية اللغوية مصطلح يشير إلى النمو، أي ارتفاع الشيء عن موضعه إلى موضع آخر، وفي مجال المال بمعنى زاد وكثر³.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية: قانون 05/85، المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985 م المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 08، الجزائر، ص 177.

² A. Lévy et autres : **Santé Publique**, 3 édition, Masson, S .A-120, bd Saint- Germain, 75280 paris Cedex 06, France, 1998, p 32

³ محمد منير حجاب: الإعلام والتنمية الشاملة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص 33

أما من الناحية الاصطلاحية، فقد برز مفهوم التنمية Développement بصورة أساسية منذ الحرب العالمية الثانية، حيث لم يستعمل هذا المفهوم منذ ظهوره في عصر الاقتصادي البريطاني البار «آدم سميث Adam Smith» في الربع الأخير من القرن الثامن عشر وحتى الحرب العالمية إلا على سبيل الاستثناء، فالمصطلحات اللذان استخدمنا للدلالة على حدوث التطور المشار إليه في المجتمع كانا التقدم المادي Progresse Matériel، أو التقدم الاقتصادي Progresse Economique وحتى عندما ثارت مسألة تطوير بعض اقتصاديات أوروبا الشرقية في القرن التاسع عشر كانت الإصلاحات المستخدمة هي التحديث Modernisation، أو التصنيع Industrialisations.

برز مفهوم التنمية بداية في علم الاقتصاد، وكانت تركز في البداية على البعد الاقتصادي وإنماء الثروة والدخل وقوى الإنتاج في المجتمع، حيث استخدمت للدلالة على عملية إحداث مجموعة من التغيرات الجذرية في مجتمع معين، بهدف إكساب ذلك المجتمع القدرة على التطوير الذاتي المستمر بمعدل يحسن المتزايد في نوعية الحياة لكل أفراد. بمعنى زيادة قدرة المجتمع على الاستجابة للحاجات الأساسية والحاجات المتزايدة لأعضائه بالصورة التي تكفل زيادة درجات إشباع تلك الحاجات، عن طريق الترشيد المستمر لاستغلال الموارد الاقتصادية المتاحة. أي أنه تم التركيز على الجانب الاقتصادي فقط إلى حد اعتباره العنصر الوحيد لعملية التنمية، وإن ذكرت الجوانب الاجتماعية والثقافية فإنما كانت توضع بصورة ضمنية كنتائج للتقدم الاقتصادي رغم أهميتها في المحافظة على مقومات المجتمع ومقدراته العامة.

عرفت هيئة الأمم المتحدة التنمية عام 1956 "أنها تشير إلى تلك العمليات التي يمكن بها توحيد جهود المواطنين والحكومة لتحسين الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في المجتمعات المحلية، لمساعدتها على الاندماج في حياة الأمة، والمساهمة في تقدمها بأقصى قدر مستطاع¹". بمعنى أن التنمية عملية مرسومة مخطط لها لتقدم المجتمع اقتصاديا واجتماعيا وسياسيا معتمدا أكبر اعتمادا على مساهمة جميع أفراد المجتمع بجهودهم ككل مترابط ومتكامل مع جهود حكومتها.

¹ للمزيد أنظر في هذا الصدد :

- حسين عبد الحميد أحمد رشوان: التنمية الاجتماعية، اقتصاديا وسياسيا وثقافيا، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ط1، 2008، ص8

- خيرى خليل الجميلي: التنمية الإدارية في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص13

بينما يذهب العالم «كيم Kim» ليعرف التنمية على أنها "علاج للتخلف وأن التنمية قواعد وأركان بصرف النظر عن مسمياتها سواء كانت تنمية ريفية أو تنمية حضرية أو تنمية سياسية أو تنمية اقتصادية أو اجتماعية¹". فهذه كلها كما يقول كيم مسميات خاطئة حيث يقول أيضا: "لا يوجد على ظهر الأرض مجتمع بلغ التنمية هي وضع مثالي وبالتالي فمصطلح المجتمع النامي مصطلح خاطئ فالمجتمعات يمكن فقط أن تقارن بين بعضها فيما يتعلق بالمتغيرات أو الخصائص البنائية التي تحدد درجة مرونتها البنائية وعلى أساس هذه المرونة يمكن تسميتها أو تقسيمها إلى مجتمعات أكثر أو أقل تقدما في عملية التنمية²".

نجد الباحث «إحسان حفطي» في كتابه علم اجتماع التنمية يشير إلى أن التنمية "هدف عام وشامل لعملية ديناميكية تحدث في المجتمع، ونجد مظاهرها في سلسلة من التغيرات البنائية والوظيفية التي تصيب مكونات المجتمع، تعتمد على التحكم في حجم ونوعية الموارد البشرية والمادية المتاحة للوصول بها إلى أقصى استغلال ممكن في أقصر فترة مستطاعة، ذلك بهدف تحقيق الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية المنشودة للغالبية من أفراد المجتمع³". بتعبير آخر فإن هذا التعريف الأخير ركز على مفهوم التنمية في إطارها الشامل، تتمظهر في صورة سلسلة من التغيرات التي تمس مختلف الأنساق الفرعية للمجتمع كنسق عام، تتم بعد تخطيط مسبق لها تتجلى برصد مختلف الإمكانيات.

يعرف «عاطف غيث محمد» التنمية "هي التحريك العلمي لمجموعة من العمليات الاجتماعية والاقتصادية من خلال أيديولوجية معينة لتحقيق التغيير المستهدف من أجل الانتقال من حالة غير مرغوب فيها إلى حالة مرغوب الوصول إليها⁴". يتضح من هذا التعريف أنه انصب على تحديد التنمية على أنها إحداث تغيير الذي يكون مخططا للوصول إلى وضع أفضل، كما أن أهدافها يجب أن ترتبط بثقافة المجتمع وقيمه وطموحاته.

¹ محمد نبيل جامع: التنمية في خدمة الأمن القومي (الطاقة البشرية والطاقة النووية في الميزان)، منشأ المعارف، الإسكندرية، ص 49

² المرجع نفسه، ص 49-50

³ إحسان حفطي: علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص 32

⁴ حسين عبد الحميد أحمد رشوان: التنمية اجتماعيا، اقتصاديا وسياسيا وثقافيا، مرجع سابق، ص 10

ويمكن أن نستخلص كتعريف إجرائي للتنمية هي "عملية تغيير مقصودة تهدف إلى صياغة بناء حضاري اجتماعي متكامل يؤكد فيه المجتمع هويته وذاته، بذلك ترتبط التنمية بإحداث التغيير المخطط كعملية يمكن التحكم فيها وتوجيهها، مع توفر مناخ اقتصادي واجتماعي وسياسي وثقافي يسرع من خطواتها كمقدمات أساسية لتحقيق التنمية، انطلاقاً من الإمكانيات الذاتية المحلية وتوفر إرادة شعبية تدعم التنمية وتعززها (المشاركة الشعبية) بفكر يتوافق مع الواقع بأبعاده ومتغيراته المختلفة ."

- التمييز بين مفهوم التنمية وبعض المفاهيم المشابهة لها:

إن الكثير من الباحثين و الأكاديميين والمتابعين لموضوع التنمية يشيرون أنه كثيراً ما يقع خلط بين مفهوم التنمية ومجموعة من المصطلحات المشابهة له، لذا كان لا بد من الإشارة لذلك وتمييز مفهوم التنمية عن غيره بتوضيح أبرز الفروقات.

التنمية والنمو: إن اصطلاح النمو (la croissance) يشير إلى عملية الزيادة الثابتة أو المستمرة التي تحدث في جانب معين من جوانب الحياة، أما التنمية فهي عبارة عن تحقيق زيادة سريعة تراكمية ودائمة خلال فترة من الزمن¹.

التنمية والتغير الاجتماعي: هنا أشار روب فليب إلى أن التنمية تختلف عن التغير الاجتماعي، هذا الأخير الذي يشير إلى حدوث تحولات اجتماعية في اتجاهات متعددة بينما التنمية هي تغيير مقصود وهادف من حالة إلى حالة أخرى مرغوب فيها أكثر، أو هي إحداث تغيير منهجي على مستوى النسق العام بما في ذلك القيم². إن التغير لا يؤدي بالضرورة إلى الارتقاء، فقد يحدث التغير نحو السالب بينما هدف التنمية هو التغير نحو الأفضل بوتيرة متصاعدة.

التنمية والتطور: إن التطور مفهوم يعتمد بالأساس على التصور الذي يفترض أن كل المجتمعات تمر خلال مراحل محددة ثابتة في مسلك يندرج من أبسط الأشكال إلى أعقدها.

التنمية والتقدم: يأتي كمرحلة أخيرة ونهائية بعد حدوث التنمية الشاملة .

¹ عبد الرزاق محمد الدليمي: الإعلام والتنمية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2012، ص 27

² نبيل السمالوطي: علم اجتماع التنمية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 1981، ص 120

التنمية والتحديث: كما رأينا سابقا التنمية تركز في جوهرها على الإمكانيات والقدرات الذاتية لذلك المجتمع المراد إحداث له عملية التنمية بينما التحديث هو جلب رموز الحضارة الحديثة وأدوات الحياة العصرية مثل التجهيزات التكنولوجية والمعدات الآلية والسلع الاستهلاكية، بمعنى أن يتحدد هدف الدول المتخلفة في أن تصل إلى أن تكون نسخة مكررة من المجتمع الغربي والحضارة الغربية .

مفهوم الصحة: (La Santé)

من الناحية اللغوية، جاء في معجم الوجيز مجمع اللغة العربية، البرئ من كل عيب أو ريب فهو صحيح، أي سليم من العيوب والأمراض¹. وجاء في لسان العرب لابن منظور: الصح الصحة والصحاح خلاف السقم وذهاب المرض². وبالتالي فالصحة في اللغة العربية تشير إلى كل ما خلا من مرض أو علة. أما في القاموس الموسوعي لاروس فالصحة تعني " حالة الشخص الذي يعمل نظامه العضوي بشكل طبيعي دون وجود مرض"³

" Etat de celui dont l'organisme fonctionne normalement en absence de maladie"

نجد هذا التعريف يدور حول المعنى البيولوجي للصحة وبأنها تشير إلى عدم وجود أي قصور في أداء وظائف أي عضو من أعضاء الجسم وبأنها تعمل في حالة تناغم وانسجام متكاملة. بهذا يصبح المفهوم البيولوجي غير كافٍ لرسم حدود ما هي الصحة.

أما من الناحية الاصطلاحية، فمفهوم الصحة يعتبر مفهوما مجردا، "فمفهوم الصحة يشكل نظاما من التمثلات الاجتماعية (représentations)، حيث يأخذ هذا النظام من التمثلات معنى يختلف باختلاف المرجعية الثقافية والاجتماعية لكل جماعة إنسانية"⁴. ونفهم من هذا أن الصحة والمرض هما من المصطلحات التي يجري تعريفها ثقافيا واجتماعيا، ذلك أن الثقافات تختلف في تعريفها لما هو صحي أو سوي والذي يتغير أيضا من حيث الزمان والمكان، الأمر الذي يجعل محاولة تقديم مفهوم واضح ومحدد للصحة أمرا صعبا، خاصة مع تحول الحديث من سوسولوجيا الطب

¹ مجمع اللغة العربية: **معجم الوجيز**، مرجع سابق، ص 257

² ابن منظور: **لسان العرب**. بيروت، دار لبنان العرب. د.ت. ص 432 (قرص مضغوط CD)

³ **Dictionnaire Encyclopédique Larousse**, librairie Larousse 17rue de Montparnasse et 114 boulevard Raspail, paris, 1979, p 1267

⁴ (_____) : La Santé et la Maladie concept, déterminants et mesure UNFPA, Tunisie, p1, [http:// www.unfpa-tunisie.org](http://www.unfpa-tunisie.org). (Site consulté le:17/05/2014)

إلى سوسولوجيا الصحة و تحول مفهوم الطب من مفهوم فن العلاج من الأمراض إلى وظيفة المحافظة على الصحة، ومن هنا قيل الصحة ملكة La santé est reine، وأصبح مفهوم الصحة أكثر صعوبة في تحديد محتواه وخاصة عندما يرتبط بمفهوم آخر وهو الرفاهية Bien- être، وهذا ما أدى ببعض الباحثين إلى التكلم عن انفجار مصطلح الصحة كحقيقة لها عدة معاني .

لقد حاول « نيومان Neumann » تعريف الصحة بأنها "عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وإن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، كما أن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوة الجسم للمحافظة على توازنه"¹. إن هذا التعريف اقتصر فقط بالتركيز على الجانب العضوي المنطوي على التوازن النسبي لوظائف الجسم، والصحة بهذا المعنى تصبح حالة الخلو من المرض ما يجعل هذا التعريف ضيق لرسم حدود ما هي الصحة. ويشاركه نفس الرؤية العالم «بركنز Perkins» الذي عرف بدوره الصحة بأنها "حالة التوازن بين وظائف الجسم وأن هذا التوازن ينتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، عملية إيجابية مستمرة تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة على حالة التوازن"². بمعنى الصحة تتمثل في توازن وظائف الجسم وقدرته على التكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها .

كما عرفت الصحة أيضا "مركب من القرائن الاجتماعية والبيئية تفضي إلى الصحة والسلوك الفردي والاختيار المتوافق مع تلك القرائن"³. نجد أن هذا التعريف يختلف عن سابقه بتركيزه على الجوانب الاجتماعية والبيئية ودورها في تشكيل صحة الفرد مع إهمال العوامل النفسية والسلامة البدنية والعقلية.

ذهب « تالكورت بارسونز Taloc Parsons » إلى تعريف الصحة بقوله: "هي حالة من الطاقة الكاملة للفرد يتمكن في ظلها من أداء أدوار التي تمت تنشئته على تأديتها بصورة مثالية، فالصحة مطلب ضروري إذا أردنا للنسق الاجتماعي أن يقوم بوظائفه على الوجه الأمثل"⁴. هنا تم تعريف الصحة من منظور وظيفي بالتالي تمت الإشارة إلى

¹ أحمد رشيد عبد الرحيم زيادة: علم اجتماع الصحة المجتمعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012، ص80

² أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000، ص13

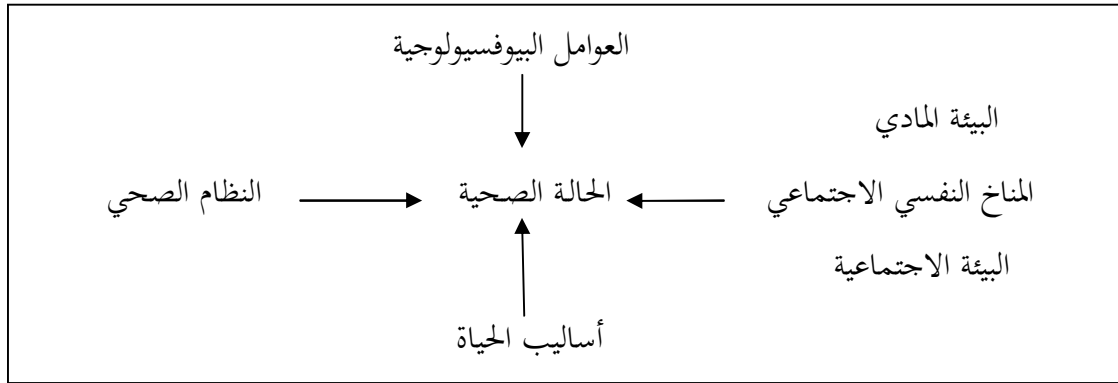
³ عبد المجيد الشاعر ويوسف أبو الرب و رشدي قطاش: علم اجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للطباعة والنشر، عمان، 2000، ص63

⁴ نداء الخميس: مبادئ التربية الصحية، منشورات ذات السلاسل، الكويت، ط1، 1998، ص11

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

الصحة من حيث دورها في المحافظة على النسق الاجتماعي، إطلاقاً من قدرة الفرد الذي يتمتع بالصحة على أداء دوره متجاهلاً كيفية حدوث الصحة. ضمن هذا المسار المنهجي سيكون لتحديد منظمة الصحة العالمية (OMS) لمفهوم الصحة دور مهم في تجاوز النظرة الاختزالية للطب، كونه يعطي معنى أشمل وأيضاً أعمق لمفهوم الصحة، إذ حددتها على أنها "حالة الاكتمال والسلامة البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العاهة¹". كما يشير «دوركهايم Durkheim» أن المرض يلزم الإنسان بنسب متفاوتة، ولا يوجد إنسان خال من الأمراض وأن معنى الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض وأن الإنسان الخالي من الأمراض غير موجود². أما «جيوفاني Giovanni» عرف الصحة باقتراحه نموذج يبين فيه محددات الحالة الصحية، إذ يوجد هناك تفاعل بين عدة عوامل لتحديد هذه الحالة، فبالإضافة إلى العوامل البيولوجية نجد العوامل البيئية كذلك العوامل المرتبطة بأسلوب الحياة دون أن نهمّل تأثير ما يمكن أن نسميه منظومة صحية والتي تتضمن الموارد المالية والتقنية والبشرية، وأخيراً تتأثر الحالة الصحية أيضاً بالنماذج التنظيمية وتعلق بكيفية سير الخدمات الصحية وهو أمر ضروري لتحويل الموارد المالية إلى خدمات صحية ملموسة والرسم التالي يوضح ذلك :

الشكل رقم (1): يوضح محددات الحالة الصحية



المصدر: عبد الحفي محمود حسن صالح: الصحة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص

41

¹ عبد السلام بشير الدويبي : علم اجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، ط1، 2006، ص 53

² نجلاء عاطف خليل: علم اجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، 2006، ص30

هكذا، نجد أنه تم تعريف الصحة كل حسب وجهة نظره، فمثلا نجد « جولديبرغ Goldberg » يصنفها وفق لمداخل ثلاث، يركز كل مدخل على جانب معين، بالتالي يؤدي إلى تصورات مختلفة، فهناك المدخل الإداري الذي يركز على الأفراد ونظرتهم لحالتهم الصحية، وهناك المدخل الوظيفي الذي يأخذ في الحسبان قدرة الفرد على الاشتغال بطريقة مثلى وهذا تبعا لخصائصه كالعمر مثلا، هذا فضلا على المدخل التكيفي الذي يركز على قدرة الفرد على التلاؤم مع متطلبات البيئة.

وكتعريف إجرائي للصحة هي "حالة السلامة الجسمية، بأن يؤدي النظام العضوي بشكل طبيعي وظائفه، والسلامة النفسية، من خلال قدرة الفرد أن يعيش متوافقا مع ذاته متمتعا بالاستقرار الداخلي قادرا على التوفيق بين رغباته وأهدافه، وكذا السلامة الاجتماعية، بأن له القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس والاندماج في أنشطة الحياة الاجتماعية".

التنمية الصحية: فلقد نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن "البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، وبحق لهم أن يحيا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة¹". فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة، كما يتعذر الحفاظ على صحة الإنسان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية، في هذا الإطار أكدت الدكتورة مارغرين تشان المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية (OMS) "بأن التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية²".

بذلك يمكن القول بأن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية، فإذا كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، في هذا الإطار تظل الأهداف التنموية للألفية الثالثة لها علاقة بالتنمية الصحية. فتصبح التنمية الصحية ما هي إلا نسق فرعي متكامل وظيفيا مع مختلف الأنساق الأخرى المشكلة للبناء الاجتماعي العام، وعاملا محوريا في توازنه العام، مما يجعل منها أهم مقومات التنمية المستدامة وللتحديث الاجتماعي بشكل أعم و أشمل.

¹ إلياس بومعارف وعماري عمار: من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر ، مجلة الباحث الصادرة عن جامعة قاصدي مرباح، بورقلة، الجزائر، العدد

السابع 2010، ص 28

² المرجع نفسه، ص 28

وكتعريف إجرائي للتنمية الصحية انطلاقاً من كونها تشكل هدف نهائي لأي سياسة صحية "تهدف إلى حماية الصحة العمومية وترقيتها ببناء أنظمة صحية تتمتع بالفعالية والكفاءة قادرة على توفير رعاية صحية شاملة ومتكاملة تضمن للفرد المواطن حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، على أن تكون الخدمات الصحية المقدمة ذات نوعية وتكلفة معقولة مع سهولة الوصول لها وعدالة الانتفاع بها."

هـ - مفهوم المستشفى: (L' hôpital)

يعتبر المستشفى العمود الفقري لأي نظام صحي، وذلك لقدرته على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية وهو ما تعجز عن تقديمه أي مؤسسة صحية أخرى كالوحدات الصحية، فالمستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمريض لتلقي العلاج، ومكان العمل المفضل للطبيب وباقي القوى العاملة الإستشفائية الأخرى، كما اعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي. قبل التعرض للحقل الدلالي لمصطلح المستشفى لغة واصطلاحاً، ينبغي الإشارة إلى تطور مفهوم المستشفى تاريخياً ولو بشكل مختصر، فالمستشفى قد مر بالكثير من التطورات حتى وصل إلى هذه المرحلة أو شكله الحالي، و نشوءه كان تبعاً لحاجات وقيم ومعتقدات المجتمع، هذه المؤسسة التي تلعب أدوراً وظيفية وشرعية تكتسب قوتها من الشرعية القانونية والاجتماعية التي منحها لها المجتمع، وفي هذا الصدد أشار كل من « بارسونز وفوكس Parsons & Fox » أن المستشفى يحمي الأسرة من الآثار الضارة الناشئة عن العناية بالمرض، علاوة على ذلك اقترحوا أن المستشفى يعمل كوسيلة إرشادية للمرضى ليعالجوا في مؤسسات طبية ذات إشراف محكم¹. بهذا نفهم أن المستشفى تقوم بدور الضبط الاجتماعي لسلوك المرضى كما ترى الوظيفية .

لقد أطلقت على المستشفى مسميات عديدة عبر العصور المختلفة، وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد، حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية على وجود ما يطلق عليه « معابد الشفاء » في مصر سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد، حيث أطلق على الأماكن المخصصة

¹ عايد الوريكات : علم اجتماع الطبي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط 1، 2011، ص 141

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم «السيكيستا» أي معابد الشفاء¹. في مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين، وكانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي²:

(1) علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.

(2) الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم.

(3) اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم.

وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ «البيمارستان» أي «دور المرضى» والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين بيمار بمعنى مريض أو عليل وستان بمعنى دار³.

اشتقت كلمة مستشفى من الناحية اللغوية: من فعل (شفى) وشفاه الله من المرض، يشفيه شفاءً، وأشفى على الشيء أشرف عليه، أشفى المريض على الموت واستشفى طلب الشفاء، ويصح استخدام الكلمتين مشفى أو مستشفى⁴. وبذلك تكون كلمة مستشفى في اللغة العربية تعني الشفاء أي البرء من العلة.

أما من الناحية الاصطلاحية، فقد اتخذ دلالات كثيرة وتعددت بتعدد وسائل وأهداف المستشفى و باختلاف نوع المستشفى وملكيته وعوامل كثيرة أخرى كتطور المستشفى وزيادة دورها. حيث عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) المستشفى بأنه "جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجياً ووقائياً، وتمتد عياداته الخارجية إلى البيوت، كما يعمل كمركز لتدريب القوى العاملة الصحية والقيام ببحوث اجتماعية حيوية⁵". من هنا فإن هذا التعريف يعتبر المستشفى نظام فرعي من نظام صحي واجتماعي كبير ومعقد، يقوم بالعديد من الأنشطة والفعاليات المختلفة والمتكاملة لتحقيق أهداف النظام المختلفة والتي تأتي رعاية المريض في مقدمة هذه الأهداف، فالمستشفى نظام مفتوح يتفاعل مع بيئته الخارجية وتمتد خدماته للبيوت، بالتالي حدد هذا التعريف وظائف المستشفى .

¹ عبد العزيز جميل مخيمر ومحمد محمود الطعانة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق) ص 04

<http://www.neelwafurat.com> (تم تصفح الموقع بتاريخ: 2014/02/11)

² المرجع نفسه، ص 04

³ المرجع نفسه، ص 04

⁴ محمد الصيرفي: إدارة المستشفيات العامة والخاصة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط 1، 2009، ص 5

⁵ صلاح محمود ذياب: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، ط 1، 2009، ص 207

بينما عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية American Hospital Association المستشفى "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، ذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين¹". ما يلاحظ على هذا التعريف أنه اختزل وظيفة المستشفى كمجرد تنظيم يؤوي المرضى من أجل تشخيص أمراضهم وتحديد العلاج وتقديمه فقط. من جهة أخرى تم تعريف المستشفى أيضا "نظام شامل يتكون من مجموعة من الكوادر البشرية المتخصصة، والمعدات والأجهزة المصنفة على أساس الأقسام أو المهام التي كل واحد منها تمثل بحد ذاتها نظاما يتكون بالوقت نفسه أنظمة فرعية أخرى، تضطلع بواجبات ومسؤوليات مختلفة عن بعضها البعض، فالمستشفى لم يعد مكان لإيواء المرضى فقط، بل أصبح أبعد من ذلك بكثير سواء في تقديم الخدمة الصحية أو تطوير العمليات التي يمارسها، فضلا عن قيامه بالانفتاح على المجتمع سواء كان لأسباب دافعية له (واجبة) أو لأسباب محفزة (الربح، التوسع، المنافسة)²". بتعبير آخر فإن هذا التعريف ركز على أن المستشفى نظام شامل يتكون بحد ذاته من أنظمة فرعية مختلفة ومتكاملة في آن واحد، مختلفة في أداء المهام متكاملة في تحقيق هدف تقديم الخدمة الصحية، والذي تتجاوزه بالانفتاح على المجتمع الذي يعمل في إطاره، أين تتأثر مدخلاته ومخرجاته بطبيعة هذا المجتمع، الأمر الذي يمنحه المرونة اللازمة التي تتطلبها المنافسة وتحقيق الربح. و الأمر نفسه عند الباحث «محمد أمين» الذي رأى أنه قبل إعطاء تعريف متكامل للمستشفى لابد من الإجابة عن السؤال التالي: ما هي المستشفى وما مضمونها والأهداف التي تسعى إليها؟ و يجب على هذا السؤال كالتالي: "المستشفى منظمة اجتماعية فنية معقدة (نظام رئيسي مركب)، تحتوي على أسرة للتنويم وتتألف من مجموعة من النشاطات الجزئية (المنظمة الجزئية) أهمها: نشاط التشخيص، نشاط العلاج، نشاط التمريض، نشاط الخدمات الطبية المساعدة، نشاط الخدمات العامة، نشاط خدمات شؤون المرضى، نشاط الوحدات الإدارية، ونشاط الوحدات الاستشارية التي تأثر بعضها على بعض ويتأثر بعضها ببعض ويعمل بعضها مع بعض لتحقيق أهداف تقديم الرعاية

¹ عرابة الحاج: ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث الصادرة عن جامعة قاصدي مرباح، بورقلة، الجزائر، العدد 7،

2009-2010، ص 234

² تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار البيروزي العلمية لنشر والتوزيع، عمان، د ط، دس، ص ص 22-23

الصحية¹. " وهو تقريبا المحتوى الدلالي ذاته الذي ضمنه التعريف السابق، الذي يوضح أن المستشفى نظام رئيسي مركب يتألف من مجموعة من الأنظمة الفرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة.

هكذا، يتضح من التعاريف السابقة أن المستشفى - كتعريف إجرائي - "هو تنظيم معقد متميز، تعدد وتختلف فيه الهياكل والمسؤوليات مع نظام الخدمة المستمرة على مدار الساعة، ولا يقتصر على استقبال المرضى وتقديم العلاج فقط، بل أصبح مكان لتدريب القوى العاملة الصحية ومركزاً للأبحاث والدراسات الطبية، من المهم في هذا السياق الإشارة، أن هذا ما جعل المستشفيات في العصر الحديث مميزة من حيث التسيير والتنظيم والخدمات و الأهداف متفاعلة مع طبيعة قيم ومعتقدات وحاجات الواقع الاجتماعي".

2- مفاهيم ذات علاقة بموضوع الدراسة:

يقتضي التحليل المعمق في الدراسة السوسيولوجية فهم بعض المصطلحات واكتشاف الأبعاد السوسيولوجية المتضمنة في الدلالات الحقيقة لها، وهذا خدمة لأهداف البحث. ومن بين هذه المصطلحات نجد كل من مصطلحات التالية: «الصحة العمومية»، «المرض»، «التحول الوبائي» و«التحول الديموغرافي».

أ- مفهوم الصحة العمومية: (La Santé Publique)

بالنظر إلى مصطلح الصحة العمومية نجد أنه يتكون من كلمتين إحداهما هدف وهو الصحة والثاني هم المستهدفين الناس أي أفراد المجتمع، وهذا يؤكد ضرورة دراسة هؤلاء الأفراد حتى يمكن تحقيق أعلى مستوى صحي لهم. وقبل الشروع في توضيح المعنى الدلالي لمصطلح الصحة العمومية لا بد من الإشارة ولو بشكل مقتضب إلى تطور معناه كرونولوجيا (تاريخيا)، فلقد بدأ الاهتمام بالصحة العمومية في العصر اليوناني، حيث اهتم علم الصحة في ذلك الوقت بالصحة الشخصية للفرد من حيث التغذية السليمة، النظافة الشخصية، تنظيم أوقات النوم وفترات الراحة، ثم اتجه مفهوم الصحة العمومية بعد ذلك في العصر الروماني نحو تحسين البيئة التي يعيش فيها الفرد، والعمل على حل مشاكلها وأهم مقومات البيئة الصحية هي المسكن الصحي بجميع مواصفاته كمقاومته للحشرات...، و ظهر مفهوم الصحة العمومية بشكل

¹ علي سنوسي: تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا،

الصادرة عن جامعة حسنية بن بوعلي، بالشلف، الجزائر، العدد السابع، 2011، ص 292

بارز مع السعي للرفي بمستوى صحة البيئة والاهتمام بالصحة الشخصية ومقوماتها واكتشاف الميكروبات كمسبب للأمراض المعدية ومعرفة طرق انتشارها وعلاقتها بالبيئة والعمل على التخلص منها عن طريق الأمصال واللقاحات. مما أدى إلى وقاية الإنسان من الإصابة بالمرض، وبالتالي زيادة متوسط عمر الفرد في المجتمع، مع مرور الوقت اتسع مفهوم الصحة العمومية فأصبحت جزء لا يتجزأ من النظام الصحي الذي يمثل المدخلات التي تتخذ في المجتمع يكون هدفها الرئيس المحافظة والرفي بالصحة العمومية وتحسينها.

يرتبط علم الصحة العمومية بالعلوم الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً، هذا ما جعل الكثير من علماء الصحة العمومية يعتبرونه علماً من العلوم الاجتماعية وكأساس ضروري لدراسة الصحة العمومية نظراً لأهمية دراسة العلوم الاجتماعية، فالدراسة التفصيلية للمشكلات الصحية تؤكد أن الكثير منها تنتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من العوامل الغير طبية بل من ثقافة وعادات وتقاليد، كما أن هذه الأخيرة تعمل على توطين هذه المشاكل الصحية واستمرارها في المجتمع، لهذا وتفادياً للمشكلات الصحية التي تنتج من عوامل غير طبية يمكن الاستعانة بشكل كبير بالعلوم الاجتماعية وهذا ما أشار إليه الباحث «حسين عبد الواحد الشاعر» بقوله: "جدير بالذكر أن علاج المرضى لكي يكون مثمراً... فلا بد أن يراعي فيه الاعتبارات الجديدة في المجال الاجتماعي التي يمكن استغلالها في العلاج، فالمرضى والوسط الاجتماعي الذي يحيا ويعمل ضمنه، ومجتمع المستشفى الذي يصبح عضواً مؤقناً فيه، كلها عوامل هامة تتفاعل ويؤثر أحدهما على الآخر¹". على هذا أصبح علم الصحة العمومية يعني أنه "علم تشخيص وعلاج المجتمع²". وهذا ما دعى العاملين في مجال الصحة العمومية إلى دراسة تركيب المجتمع، بينما يعرف علم الطب بأنه "علم تشخيص وعلاج الفرد³".

¹ حسين عبد الواحد الشاعر: الطب الاجتماعي و الأمراض المهنية، الدار القومية للنشر والطباعة، مصر، دس، ص 21

² أنظر: - إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002،

ص ص 89 - 90

³ بهاء الدين إبراهيم سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، دت، دس، ص 24

وهكذا، فإنه في ضوء ما سبق يمكننا الآن الاقتراب من فهم واستيعاب دلالات مصطلح «الصحة العمومية»، حيث عرفت الصحة العمومية بأنها "علم وفن ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة". مثل هذا التعريف ركز بالأساس على أن الصحة العمومية علم وفن في آن واحد فهي كعلم يتضمنها برامج مخطط لها ومناهج وطرق وأساليب علمية تهدف مجملها في النهاية إلى الوصول بصحة أفراد المجتمع إلى أرقى المستويات الترقية الصحية، والتي تختلف من مجتمع لآخر كون كل مجتمع له ظروف الخاصة به والتي تميزه عن باقي المجتمعات، هذا التميز يعطيه خصوصية ينفرد بها وتجعل له متطلبات وفعاليات وبرامج خاصة هنا يظهر الجانب الفني في كيفية التعامل مع هذا الواقع الاجتماعي وفهم العادات والقيم والتقاليد لذلك اختلفت برامج الصحة العمومية من مجتمع لآخر، مع ضمان العدالة الاجتماعية وإزالة الفوارق الاجتماعية في الحصول على خدمات الرعاية الصحية لكل أفراد المجتمع.

أما « وينسلو Winslow » عام 1923 عرف الصحة العمومية بأنها "منهج جماعي إداري للمشاكل الصحية للسكان، مع الأخذ بعين الاعتبار الجانب السياسي والاقتصادي والقانوني والمؤسسي، وهي مجموعة الوسائل المستخدمة لتعزيز صحة السكان¹". بمعنى أن الصحة العمومية ذات طابع جماعي وليس فردي تتمثل في دراسة الحالة الصحية للمجتمع بتحليل المشكلات الصحية التي يعاني منها أفراد ذلك المجتمع، على أن يراعى في تصميمها الجانب القانوني وطبيعة النظام السياسي والاقتصادي المعتمد في المجتمع. إلى جانب هذا، وضمن السياق نفسه عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) في عام 1952 الصحة العمومية هي "علم وتقنية الوقاية من الأمراض وتمديد الحياة وتحسين الصحة العقلية والجسدية للأفراد، عن طريق عمل جماعي مبني على الحوار لتطهير الوسط ومكافحة الأمراض، ذو البعد الاجتماعي، تعليم قواعد النظافة الشخصية وتنظيم الخدمات الطبية وشبه الطبية قصد التشخيص المبكر والعلاج الوقائي من المرض، وكذا وضع إجراءات اجتماعية التي تمكن كل عنصر من الجماعة الاستفادة من مستوى معيشي يتطابق مع مبدأ المحافظة على الصحة، فالهدف الأساسي هو تمكين كل فرد من التمتع بحقوقه الطبيعية في الصحة وطول العمر²".

¹ Philippe Perrin: **Santé Publique**, <http://www.eco-infirmier.fr>. (Site consulté le :07/12/2014).

² Ibid, p01

تجدر الإشارة، أن هذا التعريف بدوره ألح على ضرورة التعاون والتنسيق بين كافة الفاعلين بالمجتمع للقضاء على مشاكله الصحية وارتبط هنا مفهوم الصحة العمومية بالوقاية بالتركيز على العادات الصحية السليمة التي تضمن لأفراد المجتمع وقاية مناسبة للأمراض، كتعليم قواعد النظافة الشخصية مع اتخاذ إجراءات تحسين نوعية وكمية الإمكانات المهنية والمادية التي تخدم المجتمع وتنهض بصحته وتحسينها وفق متطلبات تمكن من المحافظة والديمومة مع التأكيد على أن الصحة هي حق للجميع.

تعرف الصحة العمومية "بأنها تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة والصحة الاجتماعية، ومكافحة الأمراض المعدية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية ذلك بمجهودات منظمة في المجتمع من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة¹".

فالملاحظ لهذا التعريف أنه يتقاطع مع التعاريف السابقة في جملة من النقاط وهي تنظيم جهود أفراد المجتمع وتعاونهم التي تعتبر شيء جوهري في الصحة العمومية كونهم هم المستهدفين، الوقاية من الأمراض، ترقية الصحة والمحافظة عليها، لكن ما يميز هذا التعريف أنه عرف الصحة العمومية بناءً على مكوناتها والتي تتمثل حسب ما ذكر في التعريف الصحة الشخصية، يعتمد هذا المكون على تقوية صحة الفرد ذلك من خلال الاهتمام بكل ما يتعلق بصحته كالغذية والنظافة، صحة البيئة بتوازن الفرد مع بيئته وتحسينها وحمايتها من مختلف أشكال التلوث، الطب الوقائي يرتبط هذا المكون بتشخيص ومكافحة الأمراض المعدية والتي تفتك بمقدرات وموجودات المجتمع وتعطل عملها.

هكذا، يمكن أن نستخلص - كتعريف إجرائي - بأن الصحة العمومية "تعد ما يقوم به المجتمع من جهود منظمة عبر مختلف أنظمتها الفرعية لدعم تحسين صحة العدد الواسع من السكان، و زيادة عدد سنوات حياتهم."

¹ أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط 1، 2005، ص 13

ب- تعريف المرض: (La Maladie)

ينال موضوع المرض اهتمام البشرية جمعاء، حتى في المحادثات اليومية لأن حياة الناس تعتمد على حالتهم الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية ودورهم في تنمية مجتمعاتهم، لذا يعتبر المرض من بين المفاهيم الأكثر شيوعاً واستخداماً في الحياة اليومية، وكذلك الأكثر تناولاً في أدبيات العلوم الاجتماعية، خاصة علم النفس وعلم اجتماع والأنثروبولوجيا، ولقد أدت تعددية تناول هذه إلى ظهور تيارات ونظريات متنوعة أضفت على مفهوم المرض نوعاً من الغموض خاصة أنه لم تعد قضايا الصحة والمرض موضوعاً طبياً بامتياز بل موضوع منافسة بين الطب والعلوم الاجتماعية. إذن يتطلب الأمر البدء من قواميس اللغة :

لغة: المرض في اللغة العربية هو من فسدت صحته فضعف أو من به نقص أو انحراف. وإن كتب التفسير كانت أكثر اهتماماً من معاجم اللغة بتعريف المرض والمريض، إذ يقول الأصفهاني: إن المرض هو الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان و هو نوعان الأول جسمي و الثاني: عبارة عن الرذائل كالجهل و الجبن و النفاق و غيرها من الرذائل الخلقية. أما في اللغة الفرنسية: *Maladie* يحوي دلالات تشير إلى حدوث محسوس يصيب فرداً ما، فكرة عامة و مجردة عن حالة نقيضة للصحة الجيدة¹.

أما في اللغة الإنجليزية، توجد ثلاث مصطلحات تشير إلى المرض هي²: *Disease*: تشير إلى اضطرابات عضوية لها سبب أو عدة أسباب و لها أعراض يمكن التعرف عليها بمعنى تعبر عن حالة اللإرتياح *mal- être* ويلاحظ على هذا المصطلح أنه يأخذ بعين الاعتبار المعارف البيوطبية للاختلالات الوظيفية و الفسيولوجية لأعضاء جسم الإنسان.

Illness: يستعمل للإشارة إلى الخبر الذاتية للمريض و التي قد لا يقابلها بالضرورة إصابة قابلة للملاحظة بمعنى تستعمل من طرف الفرد للتعبير عن حالة داخلية يعترف هو ذاته أنها تختلف عن الحالة العادية. *Sickness*: و التي تعبر عن الواقع السوسيو ثقافي للمرض، فهي تمثل عجز في الأداء.

¹ بيارت بونت وميشال إيزار، ترجمة: مصباح الصمد: معجم الأنثولوجيا والأنثروبولوجيا، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ط1،

2006، ص 839

² Marc Gentilini et autres: sociétés, Développement et santé, Edition marketing ELLIPSES, Canada, 1990, p 39

ومن الناحية الإصطلاحية، كما سبق و أشارنا فمحاولة إعطاء تعريف دقيقا للمرض في غاية الصعوبة نظرا لاختلاف العلوم و المداخل في تفسيرها للمرض من حيث أسبابه و أنواعه و مراحلہ ...، فهناك نظرة عضوية بيولوجية، وهناك من يرجعه إلى أثر العوامل الاجتماعية أو الثقافية أو البيئية، فيعرف المرض حسب القاموس الطبي (petit Larousse médicale) أنه "اعتلال أو عجز في الصحة، حيث أن هذه العلة تحمل عدة خصائص، أسباب، علامات و أعراض تدل على أن الجسم غير قادر على القيام بوظائفه¹". في السياق نفسه نجد «سناو Snow» يعرف المرض بأنه " يحدث عن قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام في أداء و وظائفها²". فالمتعن في كلا التعريفان يجد أنهما عرفا المرض على أنه مجرد حالة بيولوجية مختلة كعضو من ذلك الجسم اضطربت وظائفه أو عدم قيام جسم الإنسان ككل بأنشطته المعتادة، وبالتالي فكلا التعريفان للمرض ركزا على البعد الطبي البيولوجي له فقط و تم تجاهل البعد الاجتماعي و الثقافي .

إن مفهوم المرض -من خلال رؤية علماء الاجتماع- تحكمه مجموعة من القيم الاجتماعية التي تنبثق عن خبرة الناس نتيجة لعضويتهم في جماعات مختلفة، إضافة لمتغيرات كالسن و الجنس و الظروف الأسرية و الأصول الاجتماعية و الطبقة ...، استنادا إلى ذلك ذهب علماء الاجتماع في النظر إلى أن المرض يعني في أحد جوانبه "مدى اتفاق ثقافة المجتمع على أن المعاناة من شيء ما تعد مرضا أولا تعد كذلك، فعندما يتفق أفراد المجتمع على شيء ما بأنه مرض، فإنهم يشكلون أفكارهم و سلوكياتهم و توقعاتهم بناء على هذا الاتفاق³". يشير هذا التعريف إلى المرض هو ظاهرة اجتماعية معقدة ترتبط بالعديد من المتغيرات الاجتماعية و الثقافية و ليس حدثا عضويا فقط و اختزال مفهوم المرض في بعده البيولوجي فقط، ينتج فهما مشوها وقاصرا لتلك الظاهرة.

¹ André Domart et Jacques Bourneuf: **Petit Larousse médicale**, librairie Larousse, Paris, 1983, p555

² فيروز صولة: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، الصادرة عن جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، العدد 08، ديسمبر 2013، ص ص 133-134

³ سامية مصطفى الخشاب: النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، مؤسسة المعارف للطباعة، القاهرة، 2003، ص 41

يمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية "انحرافا ضارا و مؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية لكائن الحي، حيث تظهر عليه عدة علامات و أعراض تدل على أنه حالته غير طبيعية، لذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض، رغم ذلك فإن الخطوط الفاصلة والقاطعة بين المرض والصحة غير واضحة دائما¹."

يتضمن هذا التعريف أن المرض يحدث عندما يتعرض أو يعرف التوازن الفسيولوجي لجسم الإنسان اختلالا تصاحبه علامات توحى بذلك ما يجعل المرض نتيجة مترتبة عن تعطل الميكانيزمات التي تتحكم في الحالة الطبيعية للكائن الحي، ويؤكد أنه ليس هناك حدود فاصلة بين الصحة والمرض بمعنى أن المرض يصيب الإنسان بنسب متفاوتة وليس هناك إنسان خالي من الأمراض، و هذا التعرف بدوره يركز على الجانب البيولوجي للمرض فقط. وهي نظرة اختزالية قاصرة تستبعد تأثير العديد من العوامل الاجتماعية و الثقافية و حتى البيئة، فالأبعاد الايكولوجية أصبحت تمثل إحدى تحليلات العلاقة المعقدة بين الإنسان و البيئة ذلك أنها تمثل مؤشرا حاسما لذلك التفاعل بين الإنسان والواقع المحيط به بأبعاده الطبيعية و الاجتماعية و الثقافية، الذي يعتبر جانبا مهما لا يمكن إغفاله بأي حال من الأحوال من أجل المفهم العلمي الصحيح للمرض. أما عالم الاجتماع «تالكورت برونز Talot Parsons» في إطار دراسته السوسيولوجية لدور المريض فقد أشار إلى أن مفهوم المرض "يعني انحرافا بيولوجيا أو اجتماعيا لأدوار الأفراد بوجه الخصوص عن المعايير المتعارف عليها²." هنا يمكن القول أن تعريف برونز للمرض كان من وجهة نظر اجتماعية، حيث فسر معنى المرض كانحراف، باعتباره ظرفا غير مرغوب فيه، فبالنسبة للمريض يؤدي إلى عدم راحته واضطراب دائم أو مؤقت في وظائفه الاجتماعية و البيولوجية، كذلك الحال بالنسبة للمجتمع إذ يعني المرض إنقاص قدرات الجماعة الاجتماعية أو النسق الاجتماعي، وهذا يراه أصحاب النظرية البنائية الوظيفية أن المرض يعتبر خلل وظيفي يهدد استقرار النسق الاجتماعي العام.

¹ نجلاء عاطف خليل: مرجع سابق، ص 30

² محمد طویل: مقارنة سوسيولوجية لانتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض السكري والقلب، رسالة دكتوراه علوم في الديموغرافيا، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 02، إشراف مصطفى بوتفوشيت، (2011-2012)، (بحث غير منشور)، ص 17

وكتعريف إجرائي، يمكن القول بأن المرض هو "الحالة اللاتوازن العضوي لجسم الإنسان العقلية أو الفسيولوجية أو النفسية واللاتوازن الإنسان و الوسط الذي يعيش فيه اجتماعيا، وثقافيا، سياسيا وبيئيا، و المرض يعكس واقع اجتماعي معين و يمكن أن يكون المرض مؤقتا، كما يمكن أن يكون مستمرا مزمنًا."

ج- تعريف التحول الوبائي: (La Transition Épidémiologique)

وقبل الحديث عن التحول الوبائي فلا بد من أن نشير إلى أنه لا يكتمل الحديث عن التحول الوبائي في سياقه الاجتماعي بدون الحديث عن علم الوبائيات (épidémiologie)، الذي يعتبر من العلوم الأساسية للصحة العمومية باعتباره "علم يركز على دراسة توزيع الأمراض بين السكان والعوامل المفسرة لهذا التوزيع"¹. ومن الناحية التاريخية فإن اهتمام الدراسات الوبائية بنطاق المرض وتوزيعه قد عرف توسعا تماشيا مع عملية الانتقال من الأمراض المعدية في السابق إلى الأمراض المزمنة (الغير السارية) في الحاضر، بمعنى أن معظم الدراسات الوبائية كانت تتركز حول الأمراض المعدية إبان انتشار الوباء، إلا أنها حسب تعريف «ماكسي Maxy» المعاصر لعلم الوبائيات الذي يشير إلى "أن مجال هذا العلم يتناول العلاقات بين مجموعة من العوامل المتنوعة التي تحدد تكرارات وتوزيعات عملية العدوى أو المرض أو الحالة الفسيولوجية في المجتمع الإنساني"². يوضح هذا التعريف بأن هناك انتقال في الدراسات الوبائية لتشمل الأمراض الأخرى كالأضرار المزمنة والحالات المرضية الأخرى كالأضرار العقلية والانتحار والحوادث وغيرها مما يتطلب هذا النوع من الدراسات، ومن هنا تظهر أهمية علم الوبائيات حيث يقدم المعلومات والبيانات الضرورية لانتشار الأمراض في المجتمع والأهمية النسبية لكل منها والمجموعات التي تكون أكثر عرضة للخطر للإصابة بالأمراض في المجتمع الواحد.

¹ عبد السلام بشير الدويبي: مرجع سابق، ص 26-27

² محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم اجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2011، ص 187

نقصد بالتحول الوبائي، انتقال أنماط المراضة في المجتمع من مرحلة سيطرة الأمراض المعدية (Les Maladies Transmissibles) إلى مرحلة جديدة تهيمن فيها الأمراض غير المعدية (Les Maladies non Transmissibles)، حيث يعد الدكتور «عمران عبد الرحيم»^{*} أول من ابتكر مفهوم التحول الوبائي، في دراسته التي أجراها عام 1969، ونشرت عام 1971 حول فهم ديناميات أسباب وفيات السكان في المجتمعات الغربية، حيث لاحظ أن انخفاض الوفيات هو العامل الأول في الانفجار السكاني، ويكون هذا الانخفاض نتيجة حتمية لتغيرات تدريجية ومنظمة في أنماط الأمراض السائدة في المجتمع، لكن الدراسات التي جاءت بعد دراسة عمران عمقت مفهوم التحول الوبائي وأضافت له أبعاد جديدة، ومن ثم ظهر مفهوم التحول الوبائي الذي قدمه «فرانك Frank» وآخرون سنة 1989 الذي أضاف البعد الاجتماعي التنظيمي للصحة، وأصبح الآن مفهوم التحول الوبائي أكثر استخداما في الدراسات السوسولوجية والذي يعني تحول أنماط المراضة المصاحبة لاستجابات التنظيمات الاجتماعية الصحية.

ما اصطلاحنا عليه في دراستنا الحالية - كتعريف إجرائي - بمصطلح «التحول الوبائي الغير مكتمل» "والذي يشير إلى ذلك التحول الذي مس نمط الأمراض في الجزائر، من مرحلة غلبة وسيطرة الأمراض المعدية، إلى مرحلة باتت فيه تحل الأمراض المزمنة المراتب الأكثر أهمية بين أسباب وفاة الجزائريين، أي تحول صحي غير مكتمل ذو اتجاهين استمرار الإصابة بالأمراض المعدية وظهور نمط جديد من المرض (الأمراض المزمنة)."

د- تعريف التحول الديموغرافي: (La Transition Démographique)

لقد كان هناك محاولات مبكرة لتحليل الظواهر السكانية في الكتابات الكلاسيكية لابن خلدون ومالتوس وماركس وغيرهم، غير أن أصل مفهوم الانتقال الديموغرافي يعود إلى العالم الديموغرافي الفرنسي «أدولف لاندريه Adolphe Landry» عام 1934، لكن صياغته المتكاملة وضعها الاقتصادي الأمريكي «نوتستين Notesteinn» عام 1945

^{*} - الدكتور عبد الرحيم عمران الطبيب الأمريكي من أصل عربي (مصري)، عمل كأستاذ للوبائيات بمدرسة الصحة العامة، وشغل منصب مدير المركز المتعاون بجامعة كارولينا الشمالية في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث شارك في إعداد العديد من الأبحاث العلمية، كما أن له عدة أبحاث نُشرت من قبل منظمة الصحة العالمية. في العام 1971م صاغ نظريته التي ذاع صيتها في العالم أجمع، وأطلق عليها مسمى نظرية التحول الوبائي، كما أعاد عمران النظر في نظريته في العام 1999م، مستفيدا من النقد الذي وجه له وكان ذلك قبيل وفاته مباشرة .

يشير اصطلاح التحول الديموغرافي "على تقدم أي مجتمع واجتيازه نمط ديموغرافي كان يتميز بوفيات عالية وخصوبة عالية جدا، وبلوغه نمط جديد والذي تكون فيه الخصوبة منخفضة ووفيات أكثر انخفاضا، فاستعمال هذا المصطلح -التحول الديموغرافي- يدل على الاعتماد في وصف التطور والتحول في نمو السكان في العالم بتقسيمه إلى أنماط ومراحل¹". ويقصد أيضا بالتحول الديموغرافي "الانتقال من نظام تقليدي للتوازن الديموغرافي، حيث تكون معدلات الوفيات والولادات في مستويات أعلى إلى نظام عصري للتوازن الديموغرافي، حيث تكون معدلات الولادات والوفيات في مستويات أدنى²".

نلاحظ أن التعريفان يشيران بأن التحول الديموغرافي هو عملية تتضمن وجود تغير في معدل النمو الطبيعي للسكان (معدل الولادات - معدل الوفيات)، يعكس بدوره تزايد غير متعادل من حيث التغير في معدلات المواليد والوفيات، والذي يتم عبر مراحل ما يسمح بوصف الوضعية الديموغرافية للسكان في كل مرحلة، من خلال عرض أهم المؤشرات الديموغرافية التي كان لمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الأثر الكبير في تطورها.

وقد أشار السيد الحسيني إلى التحول الديموغرافي أثناء حديثه عن النمو الحضري، حيث أكد بأنه يرتبط عموما بزيادة السكان بوجه عام، وإلى منتصف القرن 17م لم يكن عدد سكان في العالم يزيد بأكثر من 0.4% سنويا وبقدوم القرن 18م تضاعف عدد سكان العالم مرة واحدة، ولم يكن مصدر هذه الزيادة ارتفاع معدلات المواليد فقط، بل أيضا انخفاض معدلات الوفيات وهو ما دفع ببعض الباحثين إلى استخدام مصطلح «التحول الديموغرافي» للإشارة إلى الانتقال من مرحلة ارتفاع معدلات المواليد والتي كان يقابلها ارتفاع معدلات الوفيات إلى مرحلة انخفاض معدلات الوفيات والولادات التي تنتهي بتحقيق نوع من التوازن النسبي بين نسب الميلاد ونسب الوفاة³.

¹ INED: **la transition démographique en accident, populations et société**, n 127, septembre 1979, p1

² البشير عبد الكريم: **التحول الديموغرافي في الجزائر سياسات مواجهة عرض الاستخدام**، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي حول البطالة

أسبابها وأثرها على المجتمع، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، بجامعة سعد دحلب، البلدة، يومي 12 و 13 أبريل 2016، ص 03

³ السيد الحسيني: **دراسة في علم اجتماع الحضري**، دار المعارف، القاهرة، ط3، 1985، ص 32

وعلى كل، فإننا في هذه الدراسة سنتعامل إجرائيا (انطولوجيا) مع مصطلح «التحول الديموغرافي» باعتباره ظاهرة ناجمة عن تطور السكان و تأثير مختلف العوامل السياسية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية ومرور المجتمع بمرحلة التحديث الاجتماعي، "تمثل في الانتقال من مرحلة ديموغرافية قديمة إلى مرحلة ديموغرافية جديدة تختلف عن سابقتها، من حيث معدل الولادات ومعدل الوفيات، أي من مرحلة ذات خصوبة ووفيات عاليتين إلى مرحلة ذات خصوبة ووفيات منخفضة خلال مدة زمنية ووفقا لمراحل".

خامسا: الدراسات السابقة

يعتبر موضوع سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية من المواضيع الهامة التي استحوذت على اهتمام عدد كبير من الباحثين في مختلف الحقول العلمية كعلم الاجتماع، الأنثروبولوجيا الطبية، الاقتصاد...، قصد الاستفادة من هذه البحوث والدراسات عمدت الباحثة إلى اختيار عدد منها على اعتبار أن لها علاقة بموضوع البحث، وقامت بتصنيفها حسب البيئة والمجال الجغرافي الذي أجريت فيه حتى تتمكن من تقديم صورة واضحة عن هذه الظاهرة موضوع الدراسة .

بناء على ما سبق، ستقوم الباحثة بعرض ومناقشة عدد من البحوث والدراسات التي تناولت موضوع النظام الصحي وسياسات إصلاحه وتأثير ذلك على التنمية الصحية للمجتمع أو التي اهتمت بشكل أو بآخر بأحد متغيرات موضوع دراستها مع محاولتها نقد وتحليل هذه الدراسات ما قد يساعدها في إعادة صياغة وتقديم رؤية جديدة للموضوع .

1- الدراسات الأجنبية:

هناك العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت قضايا الصحة والمرض في البلدان الغربية، حيث تستهدف هذه الدراسات معرفة المستوى الصحي للمجتمع، خصوصا ما يتعلق بمسألة المساواة الصحية انطلاقا من كون الصحة حق عالمي لكل إنسان ولا بد من حصول عليها بصورة منصفة وعادلة، والتي سوف يتم من خلالها رسم سياسات الإصلاح والتخطيطات الملائمة، وسنحاول عرض مختلف الدراسات المتاحة حول الموضوع.

أ- الدراسة الأولى: بعنوان "الصحة، الطبقات الاجتماعية وسياسات إعادة التوزيع"

"Santé, classes sociales et politiques Réedistributives"، من إعداد الباحث «أندري بليت

«¹ Andre Billette

انطلقت هذه الدراسة من إشكالية اللامساواة الاجتماعية -الصحية في قضايا الحياة والموت، وكانت قضايا الدراسة مركزة حول البحث عن الاستراتيجيات الجديدة للسياسة الصحية في كندا، على توزيع العلاج الطبي ودراسة وتحليل مختلف السياسات المنتهجة لتقليل وتخفيض هوة اللامساواة الاجتماعية -الصحية. كما اعتمد الباحث على مستويين لفهم وتحليل الإستراتيجية الكندية لمحاربة الفقر، وهي كما يلي:

- المستوى الأول: يتعلق بالتأمين ضد المرض، وقد بين الباحث أن 50 % من التأمين الصحي في مقاطعة مونترال مخصصة للأطفال الأقل من 9 سنوات للفئات الاجتماعية المهنية العليا، والتي تشكل 10% فقط من سكان الولاية .

- المستوى الثاني : يتعلق بتوزيع الإنفاق الحكومي على الصحة، حيث كشفت الدراسة أن الفئات الاجتماعية المهنية الدنيا (ذات الدخل 2000 دولار كندي) تساهم في الضرائب بنسبة 49 %، في حين تبلغ مساهمة الفئات الاجتماعية المهنية العليا (ذات الدخل 15000 دولار كندي) بنسبة 40% فقط. ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة، على أنه من الرغم أن السياسات الاجتماعية الجديدة قد ساهمت في تخفيض معدلات الفقر، إلا أنه استمرت معها اللامساواة الصحية-الاجتماعية، وأن تلك السياسات هدفت بالدرجة الأولى إلى التخفيف من حدة المشاكل الصحية، سعياً منها لرفع المستوى الصحي العام للمجتمع، بما يعود ذلك من فائدة على النظام الاقتصادي والسياسي في الوقت ذاته.

¹ Andre Billette: Santé, classes sociales et politiques Réedistributives

- ملخص الدراسة منشور في المجلة

Sociologie et sociétés: Vol. 9 N.1 .Avril . 1977. PUM, Canada, pp 87 -91

ب - الدراسة الثانية: دراسة «إيليو كروز Elliot Krause» بعنوان "السياسة الصحية: النضال في الولايات المتحدة الأمريكية"¹، هدفت هذه الدراسة إلى تحليل طبيعة الخدمات الصحية، من خلال التعرف على الوضعية الصحية للسكان، وتحليل الاجراءات المتخذة في مجال العلاج، وأعتبر الباحث دور الدولة غير محايد، فهي تلعب دور المنظم لسلطة قطاع الاحتكارات، وأن الدولة هي ليست الأداة البسيطة التي تستعملها الطبقات المهيمنة على المجتمع حسب ما تشاء، إذ تقضي كل مرحلة من مراحل تطور عالمية رأس المال ظهور حركة تأميم فورية للدولة بطريقة آلية، فالدولة التي تحتفظ بوحدة وترباط التشكيلة الاجتماعية هي التي تعمل على التقليل حدة التناقضات الاجتماعية، من خلال جعل مصالح الطبقات المسيطرة شيئاً فشيئاً مصالح مشروعة وجب الدفاع عنها، في مواجهة باقي طبقات التشكيلة الاجتماعية ذاتها، مع تقبل تناقضات طبقية عالمية.

ضمن هذا الإطار النظري، حاول الباحث دراسة وتحليل نشاط العمال في مجال الصحة، ودور منظمات العلاج في الولايات المتحدة، وأيضاً تتبع عملية التخطيط والرقابة التي تقوم بها الدولة في مجتمع رأسمالي متقدم، وهو المجتمع الأمريكي، وقد انصب جهد الباحث حول ثلاث مستويات كان العمال يناضلون من أجل تحقيقها :

1_ النضال ضد دور الدولة في المجال الصحي.

2_ النضال من أجل تسيير وتسهيل عمل خدمات العلاج .

3_ النضال ضد رقابة العمل .

أشار الباحث إلى أن الدولة الرأسمالية بعد الحرب العالمية الثانية، استجابت لمطالب العمال الصحية ولما كانت الطبقة العاملة مستمرة في المطالبة بمزيد من الخدمات الصحية وتخفيض أسعارها، فإن الطبقة الرأسمالية الاحتكارية (بما في ذلك قطاع التأمينات) اتجهت إلى تغيير أشكال وأساليب دفع رسوم الخدمات العلاجية، غير أن ذلك لم يحل من مشاكل العمال الصحية، نتيجة تعارض مصالح الطبقة الرأسمالية التي تمتلك مختلف مؤسسات قطاع الصحة التي تبيعها

¹ Elliot Krause : **Politique de Sante / La Lutte Aux Etats – Unis**, pp 107_125

- ملخص الدراسة منشور في نفس المجلة

للمستهلكين وتجنّي أرباح هائلة منها. وطبقا للباحث، فإن هذا الوضع أدى إلى تناقص عناية الدولة بالوقاية من الأمراض، بحيث تندعي الطبقة الرأسمالية أن اهتمام الدولة بالوقاية يثقل كاهلها بأثمان باهضة. لأنها تحتاج إلى تجهيزات الأمن ووسائل مقاومة التلوث... وأن الوقاية سوف تؤدي إلى انخفاض معدلات المراضة مما يقلص سوق الخدمات العلاجية التي تعتبر سلعا في المجتمع الرأسمالي.

ضمن هذا السياق التحليلي، طرح إيليو كروز تصور مستقبلي جديد لحل مشكلات صحة العمال في الولايات المتحدة، وذلك وفق أسلوبين الأول هو إنشاء مشروع الضمان الاجتماعي الاجباري الشامل ضد المرض، بينما الثاني يقوم على إنشاء نظام صحي حكومي .

ما يلاحظ على هذه الدراسات التي تمت في المجتمعات الغربية، أنه طرحت قضية اللامساواة الاجتماعية - الصحية مع محاولة توضيح دولة الدولة في مجال السياسة الصحة والتي كشفت أن تدخل الدولة في المجال الصحي في مرحلة من مراحل تطور الدولة الرأسمالية طرح صراعات اجتماعية ومصالح متناقضة .

2- الدراسات العربية:

أ- الدراسة الأولى: بعنوان "دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سوريا ودورها في التنمية"¹

من إعداد مجموعة من الباحثين من جامعة تشرين السورية « عبد الهادي الرفاعي، وليد عامر و سنان علي ديب»
تمثل الهدف الأساسي للدراسة في التعرف على واقع الخدمات الصحية ومدى التوزيع غير المتساوي لهذه الخدمات بين المحافظات السورية خلال الفترة الزمنية الممتدة (1970-2004)، بتسليط الضوء على المشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي العام من خلال دراسة وتحليل أداء النظام الصحي السوري والوقوف على أبرز اختلالاته، لأن القضاء على مثل هذه الاختلالات يعد عملية هامة ذات مردودية عالية على عملية التنمية. وقد طرحت الدراسة مجموعة من التساؤلات حاولت الإجابة عنها:

1. هل موازنة الصحة في سورية متناسبة مع أهمية هذا القطاع وكافية للوصول إلى الخدمات الصحية المثلى

وبشكل يحفز الكوادر الصحية على العمل بشكل فاعل؟

¹ عبد الهادي الرفاعي، وليد عامر و سنان علي ديب: دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سوريا ودورها في التنمية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، الصادرة عن جامعة تشرين سورية، المجلد 28، العدد الأول 2006، ص- ص 20-26

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

2. هل تتناسب مؤشرات الصحة في سورية مع مثيلاتها من البلدان العربية والأجنبية ؟

3. هل تتوزع الخدمات الصحية بشكل متواز و متساو بين المحافظات السورية ؟

4. هل الكوادر الصحية السورية مؤهلة بالشكل الكافي للقيام بالمهام الملقاة على عاتقها ؟

وقد انطلقت الدراسة في تحليل أداء النظام الصحي والخدمات الصحية والوقوف على حجم التطورات اعتمادا على

عدد من المؤشرات الصحية التالية :

1. تطور موازنة الصحة ونسبتها من الموازنة العامة للدولة ونصيب الفرد من الموازنة.

2. تطور عدد المستشفيات والمصحات والأسرة.

3. تطور عدد ذوي المهن الطبية (طبيب صحة، أطباء أسنان، صيادلة، ممرضين وقابلات)، بالإضافة إلى

معدل الوفيات بالنسبة للرضع، ومعدل العمر المتوقع.

حيث خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الهامة من أبرزها:

- انخفاض موازنة الصحة كجزء من الموازنة العامة في سورية وكجزء من الناتج المحلي الإجمالي خاصة إذ ما قورنت هذه الموازنة ببعض البلدان العربية والغربية.

- تطور في المؤشرات الصحية كعدد الأسرة لكل ألف مواطن، وعدد الأطباء لكل ألف مواطن وكذلك عدد أطباء الأسنان والممرضين والقابلات والصيادلة.

- يلاحظ اختلاف بالمؤشرات الصحية بين محافظة وأخرى خاصة بالنسبة للمحافظات الشرقية والشمالية الشرقية.

- تركز الكفاءات الصحية المتميزة في محافظات دمشق وحلب الأمر الذي يجعل هاتين المحافظتين مركزا استقطاب للمرضى من المحافظات كافة ويصبح هناك ضغط وينعكس سلبا على نوعية الخدمات المقدمة.

- سوء الخدمات الصحية بالمستشفيات العمومية على حساب القطاع الخاص بسبب عدم وجود سياسة مالية ومادية تحفيزية جيدة للكوادر الطبية وكذلك عدم توفر سياسة رقابية جيدة، الأمر الذي يجعل الكثير من هذه الكوادر الطبية في القطاع العام يعملون لصالح القطاع الخاص.

وبذلك، تكون هذه الدراسة قد استطاعت كشف أبرز الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي السوري، والذي بدوره انعكس على مستوى أداء الخدمات الصحية، كما تلتقي هذه الدراسة مع دراستنا الحالية في العديد من الجوانب التي تم التركيز عليها في دراسة تطور النظام الصحي الجزائري وما عرفه من إصلاحات في سبيل الرفع من مستوى أدائه ومن مستوى التنمية الصحية وأبرز اختلالاته ومشاكله التي يعاني منها، إلا أن هذه الدراسة اعتمدت على عدد من المؤشرات الصحية لتحليل مستوى أداء الخدمات الصحية وهي غير كافية، دون التطرق لمؤشرات أخرى لا تقل أهمية وكانت قد أشارت إليها منظمة الصحة العالمية كمعدلات الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة وكيف توزيعها من حيث الفئات العمرية وبين مناطق البلاد، ولم يتم البحث في مدى تكيف عروض العلاج والاستشفاء المتوفرة مع نمط الأمراض المنتشرة في المجتمع، بالإضافة إلى عدم إشارتها أن تدهور مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة لا يرتبط بالنظام الصحي وما يعانيه من مشاكل واختلالات بل أيضا لارتباطه باختلالات تخص عمل مختلف قطاعات المجتمع كالقطاع الاقتصادي (طرق توزيع الدخل بين أفراد المجتمع، السكن، التهوية، الماء الصالح للشرب، الصرف الصحي) القطاع الثقافي والتعليمي (الوعي بالصحة والنظام الغذائي) ...، كون أن أزمة الصحة هي في الواقع أزمة مجتمع في مختلف قطاعاته.

ب- الدراسة الثانية: بعنوان "التباين المكاني لبعض مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية -دراسة في

جغرافية التنمية¹ GIS - " للباحث « حسين عليوي ناصر الزبادي»

تنطلق الدراسة من الإشكالية التالية: ما هي المحددات المؤثرة على تباين مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية؟ وقد افترض البحث أن هناك تباين في توزيع المؤشرات الصحية، وأن تلك المؤشرات لا تتناسب والحجم السكاني لتلك المحافظات.

¹ حسين عليوي ناصر الزبادي: التباين المكاني لبعض مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية - دراسة في جغرافية التنمية GIS ، مجلة جامعة

ذي قار، العراق، المجلد السادس، العدد الثاني 2011، ص- ص 03- 18

تندرج هذه الدراسة ضمن خانة البحوث والدراسات النظرية التحليلية (Etudes théoriques et analytique)، فهي تسعى للوقوف على مستوى التباين المكاني بين محافظات العراق في بعض المؤشرات الصحية، فضلا عن معرفة العوامل والمحددات السياسية والاقتصادية والاجتماعية ذات التأثير المباشر على ذلك التباين. من خلال اعتماد منهج الإحصائي الوصفي التحليلي يعتمد على ما هو متوفر من إحصائيات رسمية، وبإتباع إستراتيجية منهجية تسمح بتناول الموضوع على مستوى كمي وكيفي.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج نذكر أهمها:

- هذه المؤشرات الصحية أظهرت بأن الوضع الصحي العام في العراق بعيد عن المعايير الدولية للصحة.
- كشفت الدراسة بأن عدد المستشفيات المتوفرة في العراق لا يغطي حجم السكان واحتياجاتهم الصحية المتزايدة، ما يعني ضرورة إنشاء أعداد أخرى للمستشفيات أمر جد ضروري.
- كشفت الدراسة على عدم وجود عدالة في توزيع المستشفيات بين مختلف محافظات العراق.
- أظهرت الدراسة أن هناك تركيز للأطباء في العاصمة بغداد، حيث تحتوي العاصمة على أكثر من ثلث أعداد الأطباء في العراق، وهو أمر يشير إلى هجرة الأطباء تجاه العاصمة بسبب توفر المستشفيات الحكومية والعيادات ومختلف المراكز الطبية والعلمية.

تعتبر النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في غاية الأهمية، يمكن الاستعانة بها في تحليل و مناقشة النتائج المتوصل إليها في بحثنا، حيث كشفت العديد من مظاهر الاختلالات التي تعانيها الأنظمة الصحية في الدول المتخلفة ومستوى أدائها وواقع الوضع الصحي العام بها، خاصة في ظل تضاعف التحديات المعاصرة من تزايد الاحتياجات الصحية للسكان و تزايد نسب الإصابة خاصة بالأمراض المزمنة. وما أغفلته الدراسة هو عدم تحديد الباحث للفترة الزمنية التي تم فيها إجراء البحث، كذا عدم تأكيدها على أن النظام الصحي ليس وحده القادر على رفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع، لكن يشترك في ذلك العديد من النظم الاجتماعية الأخرى، وعلى ضرورة مراعاة المحددات الاجتماعية للصحة، ذلك أن تحقيق تنمية صحية تقتزن بعمل قطاعات أخرى ذات العلاقة المباشرة والتأثير القوي على المستوى الصحي العام، وترتبط هذه القطاعات أساسا بالجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد.

3- الدراسات الجزائرية: في الواقع أن الدراسات السوسولوجية الطبية في الجزائر حديثة العهد ولا تزال قليلة، وربما يرجع ذلك إلى أن علم اجتماع الطبي كتخصص حديث النشأة هو الآخر، ومن بين الدراسات التي تمت في الجزائر والمتاحة لنا نجد:

أ- الدراسة الأولى: بعنوان "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة

العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف"¹، من إعداد الباحث «خروبي بزارة عمر»

ركزت هذه الدراسة على تناول سياسات إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية والمراحل التي مرت بها بالتحليل والتفسير، ذلك في الفترة الممتدة من 1999 إلى غاية 2009، وكشف الرهانات السلطوية لهذه السياسة، وإبراز مدى الاهتمام الذي توليه السلطات العمومية لقطاع حساس كقطاع الصحة، والمجهودات المبذولة في سبيل تحقيق الأهداف الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية للسكان، و ذلك من خلال إصلاح المنظومة الصحية و جعلها تتماشى والتغيرات التي طرأت على المجتمع الجزائري في كل المجالات السياسية و الاقتصادية والاجتماعية.

انطلقت الدراسة من التساؤل المركزي التالي: ما مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة في الجزائر، وهل حققت الأهداف المرجوة منها؟ والهدف العام لهذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر، من خلال دراسة تحليلية لعملية الإصلاح المنتهجة في الفترة الممتدة (1999-2009).

أما منهجية الدراسة، فلقد تم استخدام المنهج الوصفي والتاريخي والإحصائي، والأدوات المنهجية المستخدمة في جمع البيانات فهي الملاحظة والمقابلة والاستمارة، حيث تم إجراء دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، والتي تضم 276 مستخدم موزعين على جميع الأسلاك المهنية المكونة للمؤسسة، بناء على ذلك كانت العينة تقدر بـ 128 مفردة طبيعة هذه العينة عينة عشوائية طبقية بشكل متناسب، فقد تم اختيار عدد من أفراد كل فئة على حدى بشكل يتناسب مع حجمها.

¹ خروبي بزارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم سياسة عامة، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر -03-، إشراف نور الدين حاروش، (2010-2011)، (بحث منشور)، ص ص 13-148

ومن أهم ما خلصت إليه الدراسة، عدم تقييم الخريطة الصحية الحالية حال دون ضبط الاختلالات والتناقضات، سياسات إصلاح النظام الصحي تتم دون القيام بدراسة قبلية ورؤية استشرافية للواقع المجتمعي ما جعل منها مجرد سياسات وقتية تنم عن قرارات ارتجالية فوقية، وجود صراعات بين المستخدمين خاصة بين السلك الطبي والشبه الطبي من جهة، والإدارة المسيرة للمستشفى من جهة أخرى. تدهور نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وتدهور الظروف العمل لدى المستخدمين في قطاع الصحة خاصة ضعف الراتب الشهري خلق عدم الرضا الوظيفي لديهم، أيضا قانون الصحة 85/05 لا يتماشى و الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية الحالية.

ما يؤخذ على هذه الدراسة هي اعتمادها في دراسة تطور النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال بتقسيمها إلى أربع مراحل أساسية دون تسمية أو عنوان كل مرحلة بما يميزها عن غيرها من المراحل، كذلك المرحلة الرابعة لم يعطيها الباحث حقها من التحليل والنقاش، والتي تم فيها ما يسمى بإصلاح المستشفيات، دون الحديث عن تأثير هذا الإصلاح على مستوى الوضع الصحي العام، وإن أدى إلى تحسنه من خلال الاعتماد على المؤشرات الصحية كمعدل الوفيات العامة وبالنسبة للرضع والأمهات وكذا معدل الأمل في الحياة للذكور والإناث، كما أن هذا الإصلاح تضمن الإشارة إلى ضرورة تنظيم العلاج في الجنوب لكن لم يوضح الكيفية والآليات الكفيلة بتحقيق ذلك للحد من تحويل المرضى من الجنوب إلى الشمال وضمان توفير تكفل صحي جيد لهم. وما أغفلته الدراسة هو عدم تحديد الباحث للفترة الزمنية التي أجرى فيها البحث.

ب- الدراسة الثانية: بعنوان "تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، آفاق 2010" للباحث «علي سنوسي»¹.

ركزت هذه الدراسة على أنه بالرغم من الاهتمام المتزايد بالقطاع الصحي في الجزائر، إلا أن هذا الأخير لا زال يواجه العديد من المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأهداف المسطرة، وكذا تصاعد الانتقادات الموجهة إلى المنظومة الصحية في الجزائر لعجزها وعدم قدرتها على مواجهة الطلب المتزايد على خدماتها مما أدى إلى عدم رضا المواطنين المتزايد

¹ علي سنوسي: تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، إشراف العربي العمري، (2009-2010) (بحث غير منشور)، ص ص

على مستوى نوعية الخدمات التي يحصلون عليها. وعليه تعد الإصلاحات في القطاع الصحي من أهم التحديات التي تواجه الجزائر اليوم، لما يعانيه النظام الصحي من مشاكل وصعوبات تفاقمت بسبب عدم الاهتمام بجودة الخدمة الصحية بالشكل الكافي، وقلة الحلول المتبعة والإمكانيات المسخرة لتحسين وضعية المؤسسات الصحية وترقية القطاع الصحي.

وقد طرحت الدراسة مجموعة من التساؤلات حاولت الإجابة عنها:

كيف يمكن تحسين أداء تقديم الخدمات الصحية في ظل إصلاح المنظومة الصحية العمومية في الجزائر؟ كسؤال رئيسي، والذي تتفرع عنه جملة من التساؤلات الفرعية وهي:

- 1) ما هو واقع السياسة الصحية في الجزائر؟
 - 2) كيف يمكن أن نخفض من تكلفة العلاج الضروري وتحسين مردودية الموارد المخصصة لذلك؟
 - 3) ما مدى التنسيق والتكامل بين مكونات القطاع الصحي في تقديم الخدمات الصحية؟
 - 4) ما هي الإصلاحات الصحية التي تم اعتمادها لتحقيق النجاعة والفعالية في تسيير المؤسسات الصحية في الجزائر من خلال تحليل بعض التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية؟
- وتهدف الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في الجزائر، مع استعراض بعض التجارب الدولية في إصلاح نظمها الصحية من أجل الاستفادة منها في النهوض بالقطاع الصحي في الجزائر، للوصول إلى تقديم بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية وتطوير الأداء في المنظومة الصحية في الجزائر وتدعيم قدراتها على تقديم خدمات صحية متميزة أو عالية الجودة تتفق مع أهداف وتوقعات المرضى واحتياجاتهم العلاجية والصحية.
- وفيما يتعلق بالمنهجية المتبعة في الدراسة، فقد تم الاعتماد على منهج الوصفي التحليلي للتمكن من وصف الظاهرة وتحديد العلاقات السائدة داخلها، إضافة إلى استخدام المنهج الاستقرائي من أجل استقراء الواقع السائد في مجال المنظمات التي تعمل في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية في الجزائر، واعتمد الباحث في جمع البيانات على تصميم ثلاث أنواع من الاستمارات: الأولى موجهة للمرضى، الثانية للإداريين والثالثة للطواقم الطبي، والطواقم الشبه الطبي

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

والبيانات الإحصائية الصادرة عن الجهات الرسمية. رغم عدم ذكره للفترة الزمنية التي استغرقها البحث بشقيه (النظري والميدان) ولا حتى تحديدها بدقة.

وأجري البحث على المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية البويرة نظرا لتماثل الظروف البيئية السائدة التي تعمل في ظلها هذه المستشفيات رغم تنوعها. و خلصت هذه الدراسة إلى النتائج الهامة التالية :

- غياب التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية ذات العلاقة بالخدمات الصحية .
 - لم تؤد إصلاحات النظام الصحي إلى توزيع الخدمات الصحية وفقا للحاجة الفعلية ومبدأ عدالة التوزيع.
 - منظومتنا الصحية تفتقد لكفاءة وفعالية الإنفاق الصحي (سوء التسيير المالي).
 - عدم توفر بدائل مناسبة لتمويل الخدمات الصحية، كالتركيز على تأمين صحي تعاوني شامل.
 - عدم الرضا المرضى على الخدمات الصحية المقدمة لهم، فهناك حالة من الاستياء التي يشعر بها غالبية المرضى بسبب تدني مستوى ما يقدم إليهم من خدمات طبية وعلاجية وعدم قدرة إدارة المؤسسات الصحية على اتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجة شكواهم وضمان عدم تكرارها.
 - ضعف التكوين وعدم كفايته، فالعاملين بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة بحاجة إلى تكوين على كيفية العمل المطلوب بكفاءة وعلى حسن استغلال الأجهزة التكنولوجية المتوفرة في هذه المستشفيات.
- وفي الأخير خلص الباحث إلى نتيجة هامة هي أن عملية إصلاح القطاع الصحي عملية شاملة متكاملة لا تقتصر على القطاع الصحي العمومي بل تتعداه إلى القطاع الصحي الخاص والتنسيق والتكامل في هذا الصدد أساس التغيير الناجح، كون هذا الأخير كان من بين أسباب تدهور أداء قطاع الصحة العمومية.
- و قد استفادت الباحثة من هذه الدراسة خاصة في جانبها النظري، فموضوع الصحة يتطلب قراءات واسعة ومعقدة وجهد كبير لفهمه والتحكم فيه من الناحية العملية. فلا يخفى عن أحد أنه كلما زادت سعة قراءات الباحث زاد إدراكه وتمكنه من موضوعه.

ج- الدراسة الثالثة: بعنوان: "السياسة الصحية في الجزائر: دراسة حالة ولاية وهران"¹، من إعداد الباحث « بملولي أحمد سفيان »

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل السياسة الصحية انطلاقاً من تحليل أوضاع القطاع الصحي على مستوى ولاية وهران، وانطلقت الدراسة من ثلاثة فروض هي:

- 1) الإمكانيات المادية والبشرية والهياكل الصحية متوفرة لكن تعاني من سوء توزيع.
- 2) الموارد المالية متوفرة، لكنها تعاني من غياب العقلانية في إنفاقها.
- 3) التفاعل بين مختلف الفاعلين في إعداد السياسة الصحية غائب، ما جعل سياسة الإصلاح غير وظيفية.

وفيما يتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة، فقد تمت من حيث فضائها المكاني بمختلف الهياكل الصحية المتواجدة على مستوى ولاية وهران، بتركيز خاص على مؤسسات الصحة الجوارية (EPSP) والتي تضم عيادة متعددة الخدمات ابن داود وقاعات العلاج، والمركز الإستشفائي الجامعي (CHU) لوهران والاستعجالات الطبية الجراحية، وامتدت الدراسة الميدانية من الناحية الزمنية بداية شهر فيفري 2011 إلى غاية نهاية شهر جوان من نفس السنة، كما اعتمد الباحث في جمع البيانات على مجموعة من الأدوات المنهجية كالملاحظة والمقابلة مع بعض مسؤولي المؤسسات الصحية، كذا الاستمارة، أين تم تصميم استمارتان واحدة موجهة لفئة الأطباء (100 طبيب) وضمت 40 سؤالاً، والأخرى موجهة لطلبة الطب في مرحلة التدرج وما بعد التدرج (40 طالب)، ضمت 13 سؤالاً .

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج الهامة التالية:

- النظام الصحي في الجزائر يعاني من اختلالات وظيفية عديدة أفقدته التمتع بالفعالية والكفاءة.

¹ BAHLOULI Ahmed Sofiane: **La politique de santé en Algérie- le cas de la wilaya d'Oran** - Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de magistère en sciences politiques et relations internationales, Département de Sciences Politiques et Relations Internationales, Faculté de Droit, Université d'Oran, Encadré par REMAOUN Hassan, (2011-2012), (recherche publié), pp 13-148

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

- عرف القطاع الصحي في الجزائر إصلاحات عديدة متتالية وعميقة، سعت لتغيير تنظيم العلاجات في الجزائر - الاعتماد على سياسة التكثيف من الهياكل الصحية واستمرار استيراد الأجهزة الطبية باهظة الثمن، لم يحل المشاكل الصحية.

- المبالغ المالية الضخمة المرصودة للاستثمار في القطاع الصحي لم تؤدي لتحسين الوضع الصحي العام. لقد استطاعت هذه الدراسة الكشف عن بعض المشاكل التي يعاني منها النظام الوطني للصحة، وبأن تركيز سياسات الإصلاح على الجانب المادي (زيادة عدد الهياكل الصحية، استيراد الأجهزة الطبية) وحده غير كافٍ لحل مشكل الصحة العمومية والرفع من مستوايتها، وحتى الرفع من مستوى الإنفاق المالي لم يحقق الأهداف المرجوة والموجهة أساساً نحو تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة، خاصة في ظل غياب سياسة واضحة وتقوم على الشفافية في ترشيد النفقات الصحية .

د- الدراسة الرابعة: من إعداد الباحث «نور الدين حاروش» والموسومة ب: "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"¹

تناول الباحث في هذه الدراسة بالتحليل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر وما عرفته من تغييرات منذ الاستقلال إلى غاية 2007، لمعرفة البرامج والسياسات المسطرة وكذا النتائج المحققة ومقارنتها بالإمكانات المتوفرة، ذلك بعد عرضه لمختلف المراحل التي عرفت الأوضاع الصحية في الجزائر خلال العهد العثماني وأثناء الاحتلال الفرنسي، للوقوف على طبيعة الأمراض السائدة والتي كانت تصيب الجزائريين في ذلك الوقت بالإضافة إلى معرفة مدى اهتمام الحكام برعاية صحة السكان بالدرجة الأولى، ثم تعرض الباحث بنوع من التفصيل إلى السياسة الاستعمارية لفرنسا في الجزائر وانعكاساتها خاصة على الوضع الصحي العام للجزائريين، والتي قسمها بناءً على ذلك إلى ثلاث مراحل أساسية فالمرحلة الأولى تمتد من (1830-1850) حيث اتسمت هذه المرحلة بتغطية صحية عسكرية مطلقة، ومرحلة (1850-1945) والتي تميزت بمحاولات تنظيمية على مستوى المناطق المحتلة. بينما المرحلة الأخيرة التي تغطي الفترة

¹ نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفهمي للدراسة

الزمنية الممتدة (1945-1962) وهي تمثل الشروع في إصلاحات واستعمال الطب كوسيلة لإخماد الثورة التحريرية واحتواء الجزائريين وحماية المشروع الاستعماري . وكذا نشأة النظام الصحي الجزائري أثناء الثورة.

ليتضح أن الباحث اعتمد على المنهج التاريخي في دراسته، ليضمن تسلسل الأفكار والمفاهيم والأحداث وليحقق الفهم العميق والدقيق حول تطور الوضع الصحي في الجزائر.

توصل هذه الدراسة إلى عدة نتائج واستنتاجات من أهمها: أن الرهانات التي رفعتها الدولة الجزائرية قد تحقق جزء كبير منها خاصة فيما يخص حماية الأمومة والطفولة وكذلك مكافحة الأوبئة، غير أن سنوات التسعينات شهدت تحولا جذريا في الخلفية الأيديولوجية لصناع السياسة الصحية في الجزائر كان له بالغ الأثر على مسار وتوجهات هذه السياسة بعد ذلك. كذلك توصلت الدراسة أن المنظومة الصحية الوطنية تعيش مشاكل مالية تسييرية وتنظيمية وقانونية وعملية إصلاحها أكثر من ضرورة حتى تتماشى والتحول العميقة التي تشهدها الجزائر. كما أشار الباحث أنه وجب الاعتراف أن الكثير من المؤشرات الصحية كمعدل الوفيات ومعدل العمر المأمول عند الولادة ومعدل وفيات الرضع الأقل من خمس سنوات، نسبة التلقيحات شهدت تطورا وتحسنا لكنه غير كاف مقارنة بالإمكانات المسخرة لذلك.

تجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة استطاعت أن تكشف لنا عن مراحل تطور السياسة الصحية الجزائرية وأبرز التغيرات التي عرفتتها، وهو ما يشكل سند مرجعي لكشف طبيعة الإصلاحات التي مست المنظومة الصحية الوطنية ونتائجها، التي نلمسها في عدة مؤشرات صحية كمعدل الوفيات ومعدل الإصابة بالأمراض...، كذلك نجد هذه الدراسة لم تغفل أن تتناول بالتحليل والنقد أيضا طرق وآليات تمويل نفقات النظام الصحي الجزائري والعوائق والاختلالات المالية التي يعانيها.

4- مناقشة وتقييم الدراسات السابقة:

لقد كانت الدراسات الواردة في هذا البحث، بمثابة الدراسات المرجعية التي انطلقت منها الباحثة، إذ تم الاستفادة منها في تكوين رؤية واضحة نحو مختلف جوانب مشكلة الدراسة، فضلا عن النتائج التي توصلت إليها، أيضا فإن الدراسة الحالية تحاول بلورة إطار منهجي ونظري يتناسب مع القضايا التي أغفلتها الدراسات السابقة.

فمن خلال الدراسات التي تناولت موضوع الصحة في البلدان العربية المتقدمة، نجدها اهتمت بتحليل قضية التوزيع العادل لفرص الوقاية والعلاج، وتوصلت أن مسألة اللامساواة الصحية بين مختلف الطبقات الاجتماعية المشكلة للمجتمع توجد لكن بنسب قليلة جدا، وهناك تدخل وسعي من طرف الدولة للقضاء على هذا التفاوت، في حين ترتفع نسبة اللامساواة الصحية في الاستفادة من الخدمات الصحية في العديد من المجتمعات العربية المتخلفة.

أما بالنسبة للدراسات العربية، فهي تكشف لنا أن البلدان العربية تشترك في العديد من المشكلات الصحية كقضية نقص وسوء توزيع الهياكل الصحية والموارد البشرية الصحية، فالجهود المبذولة لزيادة أعدادها لم يكن مناسب لحجم احتياجات السكان المتزايدة وتوزيعهم، فرغم ما حققته من تحسن إلا أنها مازالت بعيدة جدا عن المؤشرات الصحية الدولية و عن ما حققته الدول المتقدمة في مجال الرقي وتعزيز الصحة العمومية.

أخيرا اتضح من خلال عرضنا للدراسات السوسولوجية التي تناولت قضايا الصحة وسياسات إصلاح النظام الصحي في الجزائر، أن حجم هذه الدراسات يبقى قليلا، خاصة إذا علمنا أن أغلب هذه الدراسات لم تقم بها مراكز بحث علمية متخصصة، بالتالي فإن المشكلات الصحية لم تنل قدرا كبيرا من الاهتمام من طرف الجهات المعنية، رغم أنه هناك جهود حثيثة من طرف وزارة الصحة في السنوات الأخيرة للوقوف عليها وتدارك الاختلالات التي أصبح يعيشها النظام الصحي.

الفصل الثاني :

المداخل النظرية المقترحة لدراسة

سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية

تمهيد

أولاً: المداخل النظرية الكلاسيكية:

1- مدخل الإدارة العلمية

2- مدخل التكوين الإداري

3- مدخل التنظيم البيروقراطي

4- مدخل العلاقات الإنسانية

ثانياً: المداخل النظرية الحديثة:

1- المدخل البنائي الوظيفي

2- المدخل الثقافي

3- المدخل الإداري

4- المدخل التفاعلي الرمزي

ثالثاً: المقاربة النظرية المقترحة للدراسة

تمهيد

يشتمل هذا الفصل على مناقشة وتحليل التراث السوسيولوجي المتضمن متغيرات الظاهرة محل الدراسة، انطلاقاً من كون قضايا الصحة والمرض محل اهتمام العديد من الحقول العلمية، فقد حرصت الباحثة على عرض ومناقشة مختلف المداخل النظرية المفسرة لسياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية، حيث سوف تتطرق إلى كل من المداخل الكلاسيكية والمداخل الحديثة وبشيء من التفصيل من باب التأسيس النظري ولإبراز أوجه التباين بين هذه المداخل، والتي في ضوئها تتناول الظاهرة محل الدراسة.

وفي ذات السياق لابد لنا من الإشارة، أن نظريات علم اجتماع الطبي لا تزال في بدايتها هذا من جهة، ومن جهة أخرى، نجد عدة دراسات حول التنظيمات و النظم الصحية قد ارتبطت في بداياتها الأولى بتطور دراسات علم اجتماع التنظيم، هذه المحاولات كانت الإطار الفكري الذي انطلقت منه الرؤى الأولى لدراسة التنظيمات الصحية، والتي ظلت ملتصقة بعلم اجتماع التنظيم باستعمال نفس المناهج والأدوات، لذلك عمدت الباحثة على تناول هذه الدراسات والتي لا يمكن إغفالها بعرضها وتحليلها وفق تصنيفات علم اجتماع التنظيم كمداخل كلاسيكية، كما حاولت استقراء التراث النظري العلمي العالمي الذي ينظر للصحة والمرض باعتبارهما نتاجاً لواقع اجتماعي متجاوزين النظرة الطبية البحتة، كمداخل نظرية حديثة المدخل البنائي الوظيفي، المدخل الثقافي، المدخل الإداري والمدخل التفاعلي الرمزي، لنصل لتحديد المقاربة النظرية المقترحة للدراسة التي تساعدنا على تفسير إصلاحات النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر. كما أنه في الواقع لا يمكن فصل المداخل السوسيولوجية التي تدرس ميدان الصحة عن المداخل السوسيولوجية الكبرى التي طورها رواد علم الاجتماع.

أولاً: المداخل النظرية الكلاسيكية:

قبل التطرق للحديث عن المداخل النظرية الكلاسيكية التي حاولت تقديم أطر تصورية لفهم وتحليل وتفسير قضايا الصحة والمرض والنظم الصحية والتنظيمات الصحية المرتبطة أساساً بإسهامات علم اجتماع التنظيم، سوف نحاول التطرق إلى البدايات الأولى لسوسيولوجيا الصحة لكي نؤسس لفهم عميق للظاهرة محل الدراسة. لقد ظل الاهتمام بقضايا الصحة والمرض لعقود طويلة من الزمن حكراً على الأطباء، لكن في العقود الأخيرة من القرن الماضي، ونظراً لتعدد الحياة وصعوبتها وظهور ظواهر جديدة استدعت الضرورة تدخل علم الاجتماع من أجل فهم شامل ومتكامل لهذه القضايا المصاحبة للتطور الاقتصادي والاجتماعي، وهذا بغية إيجاد الحلول المناسبة التي تساهم في راحة الإنسان ورفاهيته، هذا الأخير الذي أصبح محور اهتمامات كل المداخل المعرفية ومن بينها علم الاجتماع الذي أسهم بشكل فعلي وجاد في توضيح مختلف أبعاد ومحددات الصحة والمرض.

وإن كانت قضايا الصحة والمرض من ميادين البحث الجديدة نسبياً في علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية عموماً. فإنها وجدت اهتماماً كبيراً، فالجسد البشري ليس كياناً فيزيقياً مادياً يعيش في الفراغ أو خارج السياق الاجتماعي أو التجارب التي نمر بها في تفاعلاتنا غير المحدودة مع منظومة التجارب والبيئات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والطبيعية التي تكتنف وجودنا الإنساني.

ورغم أن المصادر الغربية ترجع ظهور علم الاجتماع الطبي كفرع متميز من فروع علم الاجتماع في كل من أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية إلى الفترة التي تلت مباشرة الحرب العالمية الثانية، فإن المصادر العربية الإسلامية تحوي إشارات عميقة وعديدة عن علم الاجتماع الطبي عند العرب (القرن التاسع ميلادي)، حيث نجد المفكرين و الكتاب العرب أمثال ابن سينا والبيروني وإخوان الصفا... قد تطرقوا إلى تناول موضوعات ذات الصلة الوثيقة بما يسمى الآن "علم اجتماع الطبي". فقد تناولوا صورة الطبيب الاجتماعية والطابع الاجتماعي للممارسة الطبية والأخذ بعين الاعتبار العلاقة بين الطبيب والمريض والظروف الاجتماعي والاقتصادية لهذا الأخير، نظام الصحة الوقائية أين انصب اهتمامهم على دراسة الجوانب الصحية الوقائية للحياة الاجتماعية من حيث نسق التغذية وشروطها وكفائيتها وقواعد الاغتسال

والنظافة، وبينوا أهميتها في حفظ الصحة العامة، وضرورة تعويد الإنسان على ممارسة الأنماط السلوكية والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الوقائي الصحي¹. كما اهتمت هذه الدراسات والأبحاث أيضا بتصنيف أمراض الجسم حسب فصول السنة، بتوضيح العلاقة الوثيقة بين كل فصل وما يسببه من أمراض، الذي يدخل الآن تحت مبحث مسببات المرض وعلم الأوبئة². وهذه الدراسات صدرت في زمن يخلو من الأجهزة والتكنولوجيا الطبية الحديثة.

وفي ذات السياق تجدر بنا الإشارة، بأن دراسة ابن خلدون جاء في أحد فصول مقدمته الشهيرة متحدثا عن أهمية الطب أو كما سماه "صناعة الطب" وتأثير البيئة على ظهور الأمراض وتوزيعها "... هذه الصناعة ضرورية في المدن، لما عرف من فائدها، فإن ثمرتها حفظ الصحة للأصحاء ودفع المرض عن المرضى بالمداواة حتى يحصل لهم البرء من أدوائهم... فكان وقع الأمراض كثيرا في المدن وعلى قدر وقوعه كانت حاجاتهم على هذه الصناعة فأما أهل البادية فتكون أمزجتهم أصلح وأبعد عن الأمراض فتقل حاجتهم إلى الطب ولهذا لا يوجد طبيب في البادية³."

هكذا يتبين لنا أن جذور علم الاجتماع الطبي تمتد إلى بداية العصر الإسلامي الأول وأن ازدهاره كان واضحا منذ القرن التاسع الميلادي، في حين لم يبدأ الاهتمام به في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية إلا في القرن التاسع عشر - أي بعد عشرة قرون - وبدأ في الازدهار بعد الحرب العالمية الثانية⁴.

وهناك من المهتمين من يرى أنه يوجد اهتمامات ودراسات في الدول الأوربية، التي تؤكد على النشأة المبكرة نسبيا لعلم اجتماع الطبي قبل الحرب العالمية الثانية. ففي بريطانيا تجسد المفهوم الاجتماعي للطب فاعتبره العلماء علما اجتماعيا. لعل دراسة «إدوين شادويك E.Chawic» عن أسباب الوفيات الناجمة عن الأوبئة في عام 1842م، كذا دراسة «جون سنو John Snow» في عام 1854 عن مرض الكوليرا في لندن⁵، مثالان يؤكدان ذلك. أما في ألمانيا نجد أبرز كتاب "علم الاجتماع الخاص بالمعاناة" لمؤلفه مولر لاير عام 1914م والذي يصنف ضمن أدبيات علم اجتماع الطبي.

¹ علي مكاوي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1990، ص - ص 30-31

² المرجع نفسه، ص 34

³ عبد الرحمان بن محمد بن خلدون: المقدمة، الجزء الثاني، موفم للنشر، 1991، ص - ص 131-132

⁴ نجلاء عاطف خليل: مرجع سابق، ص 128

⁵ علي مكاوي وفهد عبد الرحمان الناصر ووسام أحمد العثمان: دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1،

وفي بلجيكا فقد ازداد الاهتمام بالمفهوم الاجتماعي للطب والصحة، من خلال دراسات «مين Meynne» حول الطبوغرافيا الطبية للبلجيكيين، وتأكيداته على علاقة الأمراض بالتربة والتغذية والجو والفقر والإسكان، إضافة على توضيحه للعوامل الاجتماعية التي ترتبط بالمشاكل الصحية وبالأعراض¹.

وترى الباحثة الفرنسية «كلودين هيرزليتش Hérzliet Claudine» أن الاهتمام السوسيولوجي بالصحة وظهر ما يسمى بـ "سوسيولوجيا الصحة" لم يتأسس علميا إلا خلال الخمسينات من القرن الماضي بالولايات المتحدة الأمريكية، وفي الستينات داخل فرنسا، حيث اتجه الأمريكيون إلى دراسة الصحة باعتبارها سلوكا اجتماعيا من خلال البحث في "مكانة المريض ودوره في المجتمع، المتغيرات التي تحدد سلوكه والمعايير التي تعطيه شكلا، علاقات المريض داخل المؤسسة العلاجية، مكانة المعرفة الطبية ودورها في تعريف المرض، السياق التنظيمي والعلائقي للمرض، دور الطبيب، التأويل الاجتماعي للمرض...". ولا تخفي هيرزليتش في هذا الصدد المكانة التي تحتلها أعمال برونز، كذا التمييز الشهير لـ «ستروس Strauss» بين نوعين من الممارسة السوسيولوجية الخاصة بالطب²:

✓ علم اجتماع دراسة الطب أو سوسيولوجية الطب (Sociologie de la Médecine) تهتم بدراسة الطب كنظام بمنهج وأساليب علم الاجتماع، بالإضافة إلى مجموعة من الموضوعات كالمؤسسات الطبية من حيث أدوارها وقيمها والوظائف التي تقوم بها والظروف التي تتم فيها العملية العلاجية.

✓ علم الاجتماع في ميدان الطب أو السوسيولوجية في الطب (Sociologie dans la Médecine) يهتم بدراسة الظروف والشروط الاجتماعية للصحة والمرض، غايتها دراسة السيرورات المرضية العلاجية بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بها، وهو بذلك يمثل ميدانا للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والأطباء في نفس الوقت. اهتمت هيرزليتش بدراسة التصورات الاجتماعية للصحة والمرض وأصدرت دراسة سنة 1969 بعنوان: "الصحة والمرض: تحليل لتصور اجتماعي". كما استعملت الباحثة صيغة المفرد لتحليل التصور الاجتماعي لظاهرتين متضادتين أساسا وملازمتين، فكأنها تريد بذلك التوحيد بينهما ضمن إطار التصورات الاجتماعية، لعل السبب في ذلك يعود

¹ المرجع نفسه، ص 14

² محمد الجوهري وآخرون: الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط3، 2005، ص16

للمجمع بين المفهومين لعدم انفصالهما عن بعضهما في المخيال الجماعي الذي يجعل منها وحدة مركبة في ثنائية الأضداد، مثل: الليل والنهار - الخير والشر...، المرض عند هيرزليتش ظاهرة اجتماعية، ليس لأنه يبنى اجتماعيا بموازاة بناءه علميا، بل لأنه طبيعته وتوزيعه يختلفان بين العصور والمجتمعات والأوضاع الاجتماعية، فإذا كانت الأوبئة والحمى والسل الرئوي الهاجس الصحي الأول للمجتمعات الغربية في الماضي، فإن اختفاء هذه الأمراض تقريبا من الخريطة الصحية لهذه المجتمعات عوض بظهور أمراض جديدة كأمراض القلب والأمراض المزمنة كالسرطان والسيدا، كما أن بعض الأمراض التي أصبح علاجها ممكنا داخل المجتمعات الغربية ما تزال تعتبر قاتلة داخل مجتمعات أخرى خاصة دول العالم الثالث¹.

أما ظاهرة الصحة فالباحثة ترفض الفهم الطبي لها، وترى هيرزليتش أن الصحة تأخذ ثلاثة أشكال كبرى: إما فراغ Santé -vide أو رأسمال Fond de Santé أو توازن équilibre، ففي الحالة الأولى تظهر الصحة في وعي الناس من خلال غياب المرض، وعدم وعي الشخص بجسده أو على الأقل عدم إحساسه بانزعاج بناءه العضوي لحظة القيم بمجهود ما، أما الحالة الثانية فتتكشف الصحة كحالة من القوة وكقدرة على تحمل كل ما يكمن أن يعترض الفرد من تعب أو إرهاق...، أما الصحة باعتبارها توازنا فتتحقق داخل قدرة الشخص على بناء علاقات جيدة مع الآخرين، وعدم الإحساس بالتعب¹.

تظهر الصحة وبطريقة أكثر إلحاحا، باعتبارها واحدة من المتطلبات الوظيفية لأي نظام اجتماعي. فمستوى عال من انتشار المرض، ومستوى متدن للصحة يمثل خللا وظيفيا بالنسبة لوظائف النظام، إن المرض يمنعنا في المقام الأول من الوفاء بالأدوار الاجتماعية المنوطة بنا، بهذه الجمل التي كتبها «تالكوت بارسونز Taloc Parsons» سنة 1951، فتح مجالا جديدا في سوسيولوجيا الواقع الصحي وهو الميدان الذي أهمله الرواد الأوائل في علم الاجتماع، ويعتبر هذا النص المؤسس لما يعرف بعلم الاجتماع الطبي. لأن تحليل بارسونز لم يقف عند حد الاعتراف بالبعد الاجتماعي للمرض بل يدعونا لدراسة المكانة المركزية التي يحتلها الطب في المجتمعات الحديثة بعيدا عن الوظائف التقنية التي يضطلع بها الطب، وكذلك تحليل دوره في التنظيم الاجتماعي.

¹ راضية بوزيان: التمثل الاجتماعي للصحة والمرض : مقارنة سوسيولوجية تحليلية لأعمال كلودين هيرزليتش نموذجا، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الطارف، يومي 21 و 22 أفريل 2014،

فالبدايات الأولى إذن ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث برز مجال علم الاجتماع الطبي وبدأت تتبلور ملاحظته في سنوات الخمسينات، ففي بداية القرن العشرين حاول الأطباء إيجاد علاقة مع علماء الاجتماع وجرهم للاهتمام بميدان الطب، أطباء ومختصون في العلوم الاجتماعية ارتبطوا بعلاقات وثيقة في الجامعات، والمثال المعروف الطبيب «هنريسون L.G.Henderson» الذي أسس مخبرا لدراسة ظاهرة "الإجهاد" بجامعة هارفارد، حيث تَكُون في العلوم الاجتماعية وأصبح ينشط لقاءاً سماه "لقاء باريتو" (Séminaire Pareto) حيث كان يرتادها «بارسونز» و«ميرتون» وكان تأثير «هنريسون» واضحا على بارسونز، حيث دفعه لإنجاز التحقيق الإمبريقي الأول والوحيد حول "الممارسات الطبية في مستشفى" بيوسطن¹. أما في فرنسا فقد بدأت البوادر الأولى لدراسة الجسد والموت خاصة مع «مارسيل موس» سنة 1926 حول فكرة الموت وتصوراتها عند قبائل استراليا وزيلندة الجديدة وفي سنة 1936 تكلم عما سماه "تقنية الجسد" (Les techniques du corps) حيث اعتمد على ملاحظة مختلف المواقف في الحياة اليومية من الولادة، الرشد، النوم، النشاط والعناية بالجسد.

غير أن الفيلسوف الفرنسي «كونغلهام Canguilhem» كان أول من درس سنة 1943 في أطروحة الدكتوراه في الطب من خلال اهتمامه بالصحة كمفهوم معياري وضرورة البحث في معناه ومختلف أبعاده خاصة في مجال العلاقات الاجتماعية للأفراد، وبأنه يجب النظر خارج الجسد لكي نستطيع تقدير ما هو طبيعي وما هو مرضي للجسم، ومن هنا فتح المجال للعلوم الإنسانية والاجتماعية لاقتحام المجال الطبي والمساهمة في تفسير الأسباب الاجتماعية للمرض. ومع تطور وتوسع مجال السوسيولوجيا واستقلالها خاصة في الجامعات عن باقي العلوم الاجتماعية والإنسانية، فكانت أهم المجالات الرئيسية التي استقطبت اهتمام علم الاجتماع ميادين العمل خاصة منها الصناعي، الجريمة، الدين، عالم الريف، الترفيه، أما مجال الطب فلم يكن يعتبر مؤسسة اجتماعية جديدة بالاهتمام وأيضا مجال الصحة وذلك لكونها قضية تتعلق بالفرد والطبقة. وليس واقعا يتطلب تفسيراً سوسيولوجيا.

¹ Hérzlicht Claudine et Pierret Janine : **Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985)**, Revue française de sociologie, Vol 51, 2010 pp121-128

لكن عرف هذا المجال مزيدا من الزخم بعد قيام بعض المؤسسات الخاصة بتمويل أبحاث إمبريقية حول الطب كمؤسسة اجتماعية من طرف «بارسونز وهيوكس» (Persons et Hughes) في سنة 1955 أو ميرتون وزملاؤه سنة 1957. كما أنه لا بد من الإشارة في هذا الصدد إلى أن الدراسات التاريخية الفلسفية التي قام بها «ميشال فوكو M. Foucault» بين سنة 1961 و 1963 حول الجنون، مستشفى الطب الإكلينيكي والذي تنبّه لهذه المشكلة من خلال ربطه لظاهرة الجنون وممارسات الطب الإكلينيكي.

ولعل مساهمة عالم النفس الاجتماعي الفرنسي «جان ستوتزل J.Stoetzel» في دراسته بعنوان "الفرنسي وأطبائه" من خلال تحقيق رسم ملامح حقل الأبحاث في علم النفس الاجتماعي وبين رؤيته من خلال مقال نشره في مجلة الديمغرافيا سنة 1960، حيث بدأ بملاحظة تعقد مفهوم المرض ثم قام بتحليل التنوع الثقافي لمفهوم المرض وأسبابه وارتباطه بمفاهيم أخلاقية، وأخذ كثيرا من مفهوم بارسونز لدور المريض ودور الطبيب وهو ما سوف نتعرض له لاحقا بشيء من التفصيل.

لقد بدأت محاولات دراسة قضايا الصحة والمرض خاصة ما يتعلق بالتنظيمات الصحية مع تطور علم اجتماع التنظيم، ومحاولته تنميط التنظيمات الاجتماعية ووضع أطر نظرية للدراسات التنظيمية، منها ما قام به «دافيد سيلفرمان» عندما أشار لمحاولات تقوم على اختيار متغير من المتغيرات باعتباره صفة مميزة للتنظيم (تكنولوجيا، بناء السلطة...)، ومحاولات أخرى تركز على جانب واحد من العلاقات الاجتماعية داخل التنظيم أو خارجه وتستخدم في ذلك في تفسير الملامح الأخرى للتنظيم، ومحاولات أخرى تستخدم علاقة التنظيم ككل ببيئته، ويفسر بذلك المشاكل التي تحدث داخل التنظيم، ومنها ما أشار له «موزيليس» عندما قال: "أن التنظيم كنسق اجتماعي يتضمن مجموعة من المكونات كالأفراد والجماعات والإدارات الرسمية واللوائح والتعليمات والسلطات، أيضا يتضمن مجموعة من الجماعات غير الرسمية، لهذا فدراسته لا تتم بالاعتماد على دراسة الجماعات المكونة له فقط، بل تدرس مستوى الجماعة الرسمية، إلى مستوى التنظيم وإلى مستوى المجتمع¹".

¹ أنظر: - محمد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر، عمان، ط1، 2009، ص- ص 28-29.

بذلك، تكون قد ارتبطت محاولات دراسة التنظيمات الصحية والنظم الصحية في بداياتها الأولى بتطور دراسات علم اجتماع التنظيم، هذه المحاولات كانت الإطار الفكري الذي انطلقت منه الرؤية الأولى لدراسة التنظيمات الطبية، والتي ظلت ملتصقة بعلم اجتماع التنظيم باستعمال نفس المناهج والأدوات. في هذا الصدد نجد « المونت لدنساي Almont Lindsey » سنة 1962، تحدث عن تنظيم وإدارة خدمات المستشفى، ودور السلطات الصحية المحلية وأطباء العائلة وأدوارهم المهنية الجديدة، والضرورة الصحية للسياسة الطارئة وغيرها. أيضا المحاولة التي قام بها «هوارد إي. فريمان وآخرون» (Howard E. Freeman et autre) 1963 عندما قاموا بتحليل تنظيمات العمل الطبي، خاصة فيما يتعلق بالتماسك في السلطة المهنية وتجزئ المسؤولية الطبية، ونمو مشكلات التعاون بين الهيئات الطبية والإدارية في المستشفى، والعمل البيروقراطي فيها، وشكل العمل الذي يشبع حاجات المرضى فيها ويشبع حاجات الأطباء الوظيفية ... وغيرها، ومحاولة «ريتشارد م. ماجرو» و«دنيال ب. ماجرو» (Magraw Richard M. & Magraw Daniel B.) في تحليل المستشفى ودوره في التعاون الطبي، ودور الطبيب ودور المريض والمهن الطبية وتدعيم الأعمال الفنية المطلوبة للمستشفى وغيرها وأخيرا نسجل رؤية «آن كارتريت» (Anne Cartwright 1967) للعلاقة بين الأطباء والمرضى، رؤية المرضى للمستشفى ووسائل الاتصال بين الأطباء والمرضى، وبنية الخدمة الصحية المجانية والخاصة¹. والملاحظ في هذه الدراسات السابقة - فيما عدا دراسة هوارد إي فريمان وآخرون - وقوفها بين علم اجتماع التنظيم وعلم اجتماع الطبي، فهي تستخدم مناهج وأدوات الأولى، وتعالج موضوعات تخص الثانية، إضافة لعدم وضع تحليلاتهم تحت عنوان للتنظيمات الصحية.

1- مدخل الإدارة العلمية

ظهر هذا المدخل كاستجابة للمشاكل التي تعاني منها الصناعة الأمريكية في ذلك الوقت، والمتثلة أساسا في ضعف الإنتاجية ووجود نزاع مستمر بين الإدارة والعاملين، يعتبر فريدريك تايلور المنظر الأساسي لها، يعد هذا المدخل أول مدخل علمي منظم في مجال التنظيم، لأنه قام على أساس علمي تجريبي تحليلي (بغض النظر عن مدى صوابها) فقد اتبع فيها فريدريك تايلور ومعاونوه أسلوبا يقوم على الملاحظة وتسجيل الوقائع ثم التجربة وتحليل النتائج.

¹ المرجع نفسه، ص 28

تعتبر الثورة الصناعية المحرك الأساسي للإبداع في مجال علوم الإدارة و التنظيم والحاجة الماسة لإيجاد السبل الكفيلة بتحقيق تنظيم فعال للنشاط الصناعي يسمح بتحقيق مستويات أداء عالية، وذلك بتوفير المهارات والسلوكيات الموازية لهذه النهضة وغير متوفرة لدى طبقة الملاك الصناعيين باعتماد أساليب تنظيم تقليدية لا تتوافق ومتطلبات العمال ولا تشجع على تحسين إنتاجيتهم، فالرواتب ضعيفة والتنظيم والتسيير يخضع لأهواء الملاك وغياب الدافع لزيادة الإنتاج كل ذلك ساهم في تسريع وجود إطار نظري يحتوي هذه الظاهرة والمتمثلة في مدخل الإدارة العلمية التي ساهمت في تقليل ظاهرة التبذير داخل المصانع وازدياد الأرباح للملاك وزيادة رواتب العمال وظهور طبقة جديدة بين الملاك والعمال وهي طبقة الإداريين.

لاحظ تايلور من خلال التحاقه بمعمل الحديد والصلب في الولايات المتحدة الأمريكية بعد تجربة دامت عشر سنوات الإسراف في المواد الأولية وضياح الوقت وضعف الإنتاجية وعدم ربط الأجر بالجهد الشخصي المبذول، كما لاحظ أيضا أن الطرق التي يتبعها العمال في أداء عملهم طرقا عقيمة في أغلب الأحيان، مما يترتب عليها خسارة وتبذير في الجهد والأموال، لأن الاعتقاد في زمنه كان ينصب على أن الخبرة والتمرن كفيلا بأن يصل العامل من تلقاء نفسه إلى الطرق المثمرة والحركة الصحيحة اللازمة لعمله.

بناء على ذلك، عمد تايلور بمحاولة القيام بدراسة دقيقة للعمل الصناعي في كل مراحله، بحث دعا إلى أن تتناول تلك الدراسة كل مرحلة من مراحل العمل سواء كان بسيطا أو مركبا، آليا أو حركيا، أي تحليل العمل إلى حركاته وعملياته الأولية التي يتكون منها، وتحليله إلى أبسط منها ثم استبعاد الحركات الزائدة وتقدير الزمن اللازم ولكل حركة من الحركات تقديرا دقيقا، وأخيرا التأليف بين الحركات الأولية الضرورية في مجموعات تكون أنسب طريقة وأسرعها لأداء العمل، وهي الطريقة المثلى الوحيدة التي يجب أن يتبعها كل عامل في أداء عمله.

لقد كان إسهام هذا المدخل موجه لتحقيق الفعالية التنظيمية بتحقيق أعلى مستوى من الكفاءة الإنتاجية من خلال التوصل إلى طريقة واحدة مثلى للأداء باستخدام الزمن والحركة، وقد استنتج تايلور ثلاث مبادئ أساسية تمثل بعض الإجراءات المحددة التي يجب على الإدارة أن تتبعها لتحقيق الفعالية التنظيمية، وهذه المبادئ هي¹:

1. ضرورة التوصل إلى أعلى درجة من تقسيم العمل، ويمكن استخدام دراسات الزمن والحركة بهدف التوصل إلى الطريقة المثلى والوحيدة لأداء العمل.

2. التأكد من سلامة أداء العمل على نحو مناسب عن طريق الإشراف الدقيق للعمال مع وجود إدارة للتخطيط لضبط عملية الإشراف.

3. يجب وضع نظام للحوافز على أساس الأجر بالقطعة، فكلما زاد عدد الوحدات التي ينتجها العامل ارتفع أجره، فالأجر هو الحافز الرئيسي الذي يحفز الفرد على العمل.

لم تقف جهود ودراسة على الحركة والزمن، بل اهتم أيضا بدراسة الأدوات والمواد التي يستخدمها العامل في عمله ووضعها وشكلها وترتيبها، حيث يجنب العامل القيام بمجهود لا داعي له فيزيد إنتاجه، ومن هذه الزاوية يعتبر تايلور منشئ حركة الهندسة البشرية في ميدان علم النفس الصناعي².

ومن وجهة نظر الإدارة العلمية يتم اتخاذ القرارات الهامة والتخطيط لكل ما يؤثر في العملية الإنتاجية بعيدا عن العمال، حيث تتخذ القرارات من طرف الإدارة ويتولى العمال تنفيذها، فوظيفتهم الأساسية هي الانصياع للأوامر والتعليمات الصادرة عن السلطة التنظيمية دون مناقشة، فالإدارة العلمية تسعى للوصول إلى القرار المثالي باختيار أحسن بديل من بين جميع البدائل المقترحة لحل المشكلة. كما ترى أن الاهتمام يجب أن ينصب على رفع مستوى أداء العامل إلى أقصى الحدود³.

¹ Roger Aim: L'essentiel de la théorie des organisations, Gualino éditeur, EJA-Paris, 2006 p-p 27-28

² حسان الجليلاني: التنظيم والجماعات، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008، ص-ص 21-22

³ Michel Foudriat: sociologie des organisations, édition Pearson éducation, Paris, 2007, p77

كما اهتمت الإدارة العلمية بالتنظيم الهرمي للسلطة وبالاتصال العمودي الرسمي كوسيلة لتنفيذ القرارات وتطبيق الإجراءات المتعلقة بالعمل، ولم ترع الاتصال بين العمال أنفسهم. فالاتصال النازل هو السائد أين يتم من خلاله نقل الأوامر والتعليمات من أعلى إلى أسفل، وبينما تعد التقارير الخاصة بإنجاز الأعمال هي الشكل الأوحى للاتصال الصاعد. كذلك نلاحظ أن تايلور قد بنى نظريته لدوافع التنظيم والعاملين على أساس مادي بحت، وهو أن كليهما يطمع في الحصول على عائد مالي أكبر، وفيه تكمن المصلحة المشتركة بينهما، لذلك فقد نادى بأن يشترك الطرفان في تضخيم وتأمين هذا العائد عن طريق الزيادة في الإنتاج، وهذا لن يتحقق حسب رأيه إلا إذا توقف الطرفان عن التنازع على اقتسام العائد، وأن يوجها اهتمامهما وطاقتيهما أولاً نحو زيادته، فإذا تمت الزيادة زاد نصيب كل منهما.

وعليه، فإن هذا المدخل يبحث عن الطريقة التي تتحقق الفعالية التنظيمية من خلال مبادئ تقسيم العمل والتخصص وتحليل العمل بطريقة علمية ودراسة الحركة والوقت والاقتصاد في التكاليف والقضاء على الإسراف والأجور من الخواطر الأساسية للعامل على زيادة إنتاجه. ومن الدراسات التي انطلقت واعتمدت هذا المدخل نجد -فهذه المداخل كانت الإطار الفكري الذي انطلقت منه الرؤى الأولى لدراسة موضوعات علم اجتماع الطبي كالتنظيمات الطبية والنظام الصحي والسياسات الصحية...، أي دراسات تستخدم مناهج وأدوات الأولى (علم اجتماع التنظيم) تعالج بها موضوعات تخص الثانية (علم اجتماع الطبي)-.

يعد مفهوم الفعالية التنظيمية من المفاهيم التي ما زالت محل اهتمام الدراسات الحديثة للتنظيمات الصحية خاصة فيما يتعلق بدور أفراد الهيئة الإدارية والصحية الذين يديرون ويقدمون الخدمة الصحية بهذه التنظيمات، فمن يدير التنظيمات الصحية لابد لهم من سمات مهارية تميز إدارتهم لهذه النوعية من الخدمة، والذي يتفق إلى ما ذهب إليه هذا المدخل، فنجد دراسة أجراها بولدي وآخرون بعنوان "الصفات المقارنة لمديري الخدمات الصحية وتعريفات الفعالية التنظيمية في استراليا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية"، عموماً استخدم هؤلاء الباحثون استبياناً يحوي تساؤلات حول السمات الشخصية والمهارات، إضافة لمحددات خاصة بالفعالية التنظيمية، وهي ما تميز التنظيمات

الصحية عن غيرها من التنظيمات الأخرى، وقاموا بتطبيق هذا الاستبيان على 855 مديرا و1452 طالبا يرسون مثل هذه المهارات والتدريبات للقيام بهذا الدور، وتم التوصل إلى أن هناك صفات تكاد تتماثل بين مديري التنظيمات الصحية في استراليا و الولايات المتحدة منها بين المديرين في المملكة المتحدة، خاصة ما يتعلق بالمهارات الشخصية والمهارات الكلاسيكية للإدارة¹.

2-مدخل التكوين الإداري

جاء هذا المدخل تقريبا كفكرة متلازمة لأفكار مدخل الإدارة العلمية، أسسه المهندس الفرنسي «هنري فايول H.Fayol» محاولا تطوير بعض أفكار الإدارة العلمية، وقد ساعد فايول خبرته الطويلة التي فاقت الخمسين عاما قضاها في ممارسة العمل الإداري بالكثير من الشركات الفرنسية خاصة شركة للمناجم، في وضع أربعة عشر مبدأ سماها مبادئ التنظيم، حيث اعتقد أن هذه المبادئ صالحة ويمكن تعميم تطبيقها على جميع المواقف الإدارية، بمعنى أن تطبيقها والالتزام بها يضمن فعالية الإدارة ومن خلالها التنظيم ككل، كما بين أن عناصر العملية الإدارية تضم الوظائف الخمس الآتية: التخطيط، التنظيم، التوجيه، التنسيق والرقابة.

وضع فايول مبادئ الإدارة الأربعة عشر والتي كانت ولا تزال إلى حد كبير مصدرا يستند إليه المديرون في الأجهزة الحكومية والتنظيمات الصناعية وحتى الصحية، وهذه المبادئ هي²:

1. مبدأ التخصص وتقسيم العمل: يمكن تحسين العمل من خلال تقسيم العمل بين الناس بحيث يكونون متخصصين فيه.

2. مبدأ السلطة والمسؤولية: وتعني أن للسلطة الحق في إصدار الأوامر، أما المسؤولية فتعني مقدار المساءلة الناجحة عن التمتع بحق إصدار الأوامر.

3. مبدأ الضبط: إن أفضل الطرق للحصول على الضبط، أن يطبق المدير أنظمة الجزاء والعقاب على أن يتم بصورة عادلة.

¹ محمد الجوهري وآخرون: الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مرجع سابق، ص36

² كامل بربر: الإدارة عملية ونظام، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1996، ص 34

4. مبدأ وحدة الأمر: حيث يتلقى كل مرؤوس التعليمات الخاصة من الرئيس أو من مشرف واحد، وكان فايول يعتقد أن تلقى الأوامر من أكثر من مسؤول واحد يؤدي إلى نوع من التضارب والتعارض.
5. مبدأ وحدة الهدف: بمعنى أم وحدات التنظيم لا بد أن تساهم أنشطتها في تحقيق أهداف المشروع.
6. الأولوية لمصلحة التنظيم: من الضروري إخضاع المصالح الشخصية للعاملين للمصلحة العامة للتنظيم وليس العكس.
7. مبدأ عدالة العوائد: يجب أن يكون الأجر والمستحقات مناسبة بين كل من العاملين والتنظيم على حد سواء.
8. المركزية: إن تخفيض دور العاملين في اتخاذ القرارات تعني المركزية، ويعتقد فايول أنه على المديرين أن يتحملوا المسؤولية النهائية والكاملة، وفي نفس الوقت ينبغي أن يفوضوا إلى مرؤوسيهم قدرًا كافيًا من السلطة تمكنهم من إنجاز أعمالهم. والمشكلة هي في تحديد درجة المركزية واللامركزية لكل حالة.
9. التسلسل الرئاسي: لا بد من وضوح التابعيات الرئاسية باعتبارها خططًا للسلطة والاتصالات بين الرؤساء والمرؤوسين.
10. النظام: يؤكد فايول على أن الموارد والأفراد يجب أن نكون في مكانها في الوقت المناسب لكي توفر استخدامًا أفضل.
11. العدالة والمساواة: لا بد من توفر معاملة عادلة بين كل العاملين.
12. استقرار العمالة: إن ارتفاع معدل دوران العمل يؤثر سلبًا على كفاءة وفعالية التنظيم، لذلك يجب توفير العمال بطريقة سليمة حتى يمكن التقليل من احتمال تسريحهم.
13. المبادأة: ضرورة تشجيع العمال على الابتكار لضمان تطوير المشروع.
14. تنمية روح الجماعة بغرض التعاون: يجب تنمية روح الجماعة والتوافق بين العاملين لتحقيق استقرار ووحدة التنظيم أو المؤسسة.

يؤكد فايول على التدريب المنهجي المنظم والمستمر لكل الموظفين في كل المستويات، كما يرى أن الإدارة ليست موهبة شخصية ولكنها مهارات يمكن تعلمها عن طريق التدريب والتعليم.

ومن الدراسات التي انطلقت واعتمدت هذا المدخل نجد «دافيد تاكيت» يحلل تنظيمات المستشفيات من خلال بنائها وعلاقتها بالتغير التكنولوجي، والتنظيم الفعلي للسلطة، والذي يرتبط به صناعة القرار في المستشفى، ونظام تقسيم العمل في المستشفى. بالإضافة لتأكيد على أهمية تكوين وتدريب أفراد الهيئة الطبية، خاصة مع تغير المواقف العلاجية التي يتعرضون لها واختلاف أنماط الأمراض، وأهمية استجابة أفراد هيئة التمريض للمرضى الذين يعالجون لفترات طويلة، ويراها في نمطين أولهما اللامبالاة والاعتراب، هذا يحدث عندما يفتقدون القدرة على مساعدة مرضاهم، والثانية الانسحابية وهذا ما يجهلهم يؤدي دورهم كما لو كن مجبرين عليه أي بشكل أوتوماتيكي، وهذا ما يحدث لأفراد الهيئة الطبية وكلاهما يعيق تقدم الرعاية الصحية ويفقد النظام الصحي فعاليته في الاستجابة للاحتياجات المتغيرة والمتزايدة المرضى¹.

وفي بحث آخر لـ «جورج إفراير George E Fryer» بعنوان: "المهن الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية: شكل غير طبيعي لنظام تقسيم العمل"²، درس التنظيمات الطبية الأمريكية من خلال التغيرات التي طرأت على نظام تقسيم العمل فيها، حيث يشير جورج أن المهن الطبية في القرن الأخير كانت غالبيتها تحت مسمى "الممارس العام"، ولكنها الآن تحولت إلى مهن طبية عالية التخصص، كما صار أعداد هؤلاء الأطباء الدقيقي التخصص أكثر عما هو مطلوب، في الوقت ذاته هناك حاجة ماسة لأولئك الممارسين، إضافة إلى سوء توزيع كليهما في مختلف التنظيمات الصحية، مما جعل أحدهما يقوم بأدوار الآخر، وسبب ذلك حسب جورج عدم وجود توافق في العمل بين الممارس العام والطبيب المتخصص الذي أهمل منذ البداية احتياجات السكان، ويضيف بأن الطب الأمريكي قد تحول من نظام الرعاية الأولية إلى الرعاية المتخصصة، ويرى للتعليم الطبي عبر الجامعات والمدارس الطبية دوراً في تشكيل هذه النظرة، فهو الذي نقل مبدأ المنافسة من المجتمع الرأسمالي إلى العاملين في المجال الطبي.

¹ محمد الجوهري وآخرون: الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مرجع سابق، ص 31

² المرجع نفسه، ص 35

3- مدخل التنظيم البيروقراطي

يعتبر «ماكس فيبر Max Weber» عالم الاجتماع الألماني أحد أهم الذين طوروا النظرية التقليدية للتنظيم، والذي تنسب إليه البيروقراطية كمفهوم تنظيمي، حيث اعتقد فيبر أن البيروقراطية تمثل النموذج التنظيمي المثالي، وتصدر الإشارة إلى أن فيبر ينحدر من عائلة برجوازية بروتستانتية، كما كان ضابطاً في الجيش الألماني عايش التنظيم العسكري، حيث الأوامر والسلطة الصارمة التي لا يمكن معارضتها، والكل يتحرك وفق أوامر وتعليمات صارمة محدد مسبقاً، وهذه البيئة أثرت في تفكيره.

ويرى معظم علماء الاجتماع أن ماكس فيبر هو أول من حاول تقديم نظرية شاملة حول التنظيمات البيروقراطية، فاتصفت أطروحته بالاتساق المنطقي، وميز مفهوم السلطة من مفهوم القوة والتأثير، فالقوة عموماً تشير إلى القدرة على التأثير في سلوك الآخرين، بينما السلطة تشير إلى القوة المشروعة في المجتمع، معتبراً أن لصاحب السلطة كل الحق في ممارسة سلطته على المرؤوسين، وعليهم الطاعة والامتثال للأوامر عن قناعة ورضا بسبب شرعية السلطة التي ميز بين ثلاثة أنواع لها، السلطة الروحية، السلطة التقليدية والسلطة القانونية¹:

1) السلطة الروحية أو الملهمة أو الكاريزمية: هي نمط من السلطة الشرعية يعتمد على الولاء المطلق لقدسية معينة استثنائية، مثل نموذج من الشخصيات لديه صفات غير عادية.

2) السلطة التقليدية: وهي نمط من السلطة يركز على الاعتقاد في قدسية العادات والتقاليد، وشرعية المكانة التي يحتلها هؤلاء الذين يشغلون الأوضاع الاجتماعية الممثلة للسلطة المستندة إلى التقاليد، أي أن هذه السلطة التقليدية تستمد من المكانة الاجتماعية للقائمين بالسلطة، وتستمد شرعيتها من القيم التقليدية.

3) السلطة القانونية: وهي نمط من السلطة التي تقوم على أساس عقلي رشيد مصدره الاعتقاد في المعايير والقواعد الموضوعية الغير شخصية، ومصدره أيضاً تفويض الذين يملكون مقاليد السلطة الحق في إصدار أوامره بهدف إتباع هذه القواعد والحفاظ عليها، و أن هذا النمط من السلطة يقوم على أسس عقلانية، وهذا النمط من السلطة يشيع في المجتمع الغربي الحديث.

¹ للمزيد في هذا الصدد أنظر:

-فيليب جونز: ترجمة: محمد ياسر خواجه: النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية، مصر العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2010، ص 130 - لوران فلوري: ترجمة: محمد علي مقلد: ماكس فيبر، دار الكتاب الجديد المتحدة، بيروت، ط1، 2008، ص 87-88

تعتبر دراسة فيبر عن البيروقراطية من أهم إسهاماته، وتنسب إليه مفهوما ونظرية واضحة المعالم، ترتبط بكتاباته وبأفكاره التصورية، التي أسهم بفضلها في وضع أسس علم اجتماع التنظيم، كما تكمن أهمية تحليلات فيبر عند وضعه لنظرية البيروقراطية من خلال استخدامه للمنهج التحليلي المقارن من ناحية، ومقولة الفهم النسبي في دراسة تطور النظم الاجتماعية عبر العصور التاريخية، ولقد طرح فيبر في إطار تحليلاته للتنظيمات التقليدية ثم التنظيمات الكاريزمية وأخيرا العقلانية التي تظهر بفضل ظهور البيروقراطية، والتي اعتبرها فيبر أعلى مراحل التطور العقلي للفعل الاجتماعي في المجتمعات البشرية. ويرى فيبر أن أهم ما يحقق التوازن في التنظيمات الاجتماعية هو وجود تسلسل رئاسي يحقق الاستقرار في التنظيم وفق نظام متكامل من الحقوق والواجبات، وضمن قواعد موضوعية تتم من خلالها ممارسة الضبط الاجتماعي الذي يحمل طابع الشرعية من أجل تحقيق أعلى معدلات للأداء والإنتاجية وصولاً إلى الكفاية الإنتاجية المطلوبة، ويحدث ذلك عندما يتكيف العامل مع وضعه التنظيمي بوجود التخصص ونظام تقسيم العمل بحسب المؤهلات والخبرات لدى العامل، ويصبح كل رئيس مسؤولاً عن رؤوسيه بشكل واضح بالاعتماد على النسق الثابت نسبياً من الأنظمة والقواعد المحددة لأبعاد البناء التنظيمي ونشاطاته بغية تحقيق أعلى درجات الفاعلية والكفاية، فممارسة الضبط على أساس المعرفة هو الأصل في تحقيق فاعلية التنظيم الاجتماعي.

رغم أن مفهوم البيروقراطية حالياً يمثل صورة سلبية للتنظيم في عقول الكثير من الناس من تأخير في تنفيذ الأعمال وتضارب التعليمات والأوامر...، سنحاول بداية تعريف كلمة البيروقراطية من الناحية اللغوية هي مركبة من شقين هما bureau وتعني المكتب و cratie وتعني الحكم أو السلطة أو القوة وهي مشتقة من الأصل الإغريقي kraty . والكلمة في مجملها تعني سلطة المكتب.

ومن جهة أخرى لا يعد ماكس فيبر الأول أو الوحيد الذي اهتم بالبيروقراطية كأداة للتنظيم، حيث يتفق كتاب الإدارة العامة على أن استعمال مصطلح بيروقراطية ورد لأول مرة عام 1745 في مؤلفات الاقتصادي الفرنسي «فانسان دي غورني Vincent de Gournay» الذي تنسب إليه أيضاً عبارة "دعه يعمل دعه يمر" وهو أول من نظر إلى المكاتب العامة باعتبارها الأداة العاملة في الحكومة وتحدث عنها باسم بيروقراطي bureaucrats أي فئة من العاملين في المكاتب الإدارية¹.

¹علي سعدان: بيروقراطية الإدارة الجزائرية، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، دط، 1981، ص19

وفي ذات السياق، فمصطلح البيروقراطية قد شاع استخدامه عند بعض الدارسين الأوروبيين وبخاصة الألمان منهم، وذلك في القرن التاسع عشر حينما زاد تدخل الدولة وسيطر الموظفون على أجهزة الدولة، وفي إنجلترا استخدام هذا المصطلح منذ عام 1820 عندما كان على الدولة أن تضع بعض برامج الرعاية الاجتماعية للفقراء ورفع مستوى الصحة العامة. في حين قد وسع «روبرت ميشلز Robert Michels» مفهوم البيروقراطية لكي تشمل الدولة والأحزاب السياسية، وذهب إلى أن نشأة البيروقراطية ترجع إلى بعض المتطلبات الإدارية الخاصة بتنظيم وتدعيم قوة الأوليغاركية.

إن الوضع الجديد الذي آلت إليه المجتمعات الغربية بعد الثورة الصناعية على وجه التحديد والتغيرات الجذرية التي مست مجال العلاقات الاجتماعية المختلفة أدت إلى ضرورة وضع نظام جديد يتحكم في هذه العلاقات، هذا النظام أطلقوا عليه اسم النظام البيروقراطي، لكن يبدو الاختلاف واضحاً بين المفكرين في نظرهم لهذه الظاهرة، فروبرت ميشلز مثلاً: نظر إليها على أنها ظاهرة برزت من أجل حماية مصالح الأقلية الحاكمة من المجتمع.

أما عند فيبر فتعني شيئاً مختلفاً، فقد استعملها ليصف تنظيم مثالي يركز على العقلانية والرشد¹. وقد حدد فيبر خصائص وسمات التنظيم البيروقراطي وهي²:

1- درجة عالية من التخصص الوظيفي والعمل: تتميز التنظيمات البيروقراطية بتقسيم الأعمال، ويتم اختيار من يشغلونها حسب درجة تخصصهم في الأعمال المطلوب القيام بها، ما يجعل كل فرد مسؤولاً عن الأداء الفعال لواجباته.

2- التسلسل الهرمي للسلطة (نظام حاسم ودقيق من الرئاسة): وجود بناء هرمي للسلطة، هذا البناء يتضمن سلسلة تحدد التوزيع الرسمي للسلطة، كما تظهر حدود السلطة الممنوحة لكل مركز، فتتضمن الوحدات الإدارية يتبع مبدأ الهرمية بمعنى أن الوحدة الإدارية السفلى تخضع لمراقبة وإشراف الأعلى منها، كما أن كل موظف يخضع إدارياً ووظيفياً للموظف الذي يعلوه ويفوقه في المرتبة الوظيفية.

¹ Max Weber, traduit : Julien Freund et autres : **économie et société**, partie2, publié par la Librairie Plon en 1971, p73

² للمزيد في هذا الصدد أنظر:

- طلعت إبراهيم لطفي: **علم اجتماع التنظيم**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2007، ص- ص 98- 99
- عبد الله محمد عبد الرحمن: **النظرية في علم الاجتماع النظرية الكلاسيكية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2006، ص277

3- توفر نسق مستقر نسبيا من اللوائح والقواعد: أصبحت التنظيمات تحكم بواسطة قواعد بيروقراطية رشيدة تهدف إلى تحقيق أقصى درجات الفعالية كما تخضع العمليات التنظيمية لنظام من الإجراءات والقواعد الصارمة التي تحكم و تنظم قرارات الفرد و أعماله، وفي نفس الوقت تضمن أداء نشاطات التنظيم، وتحقيق الاستمرار في العمل.

4- سيادة العلاقات الموضوعية (الاشخصية في اتخاذ القرارات): يعتبر فيبر أن الموظف المثالي هو ذلك الشخص الذي لا تؤثر مشاعره الشخصية واعتباراته الذاتية على القرارات التي يصدرها، وعلى هذا الأساس ارتبط إضفاء الطابع الرسمي على العلاقات التنظيمية بتحقيق الفعالية الإدارية.

5- اختيار أعضاء التنظيم على أساس المقدرة والمعرفة الفنية: يستند التوظيف في التنظيم البيروقراطي إلى المؤهلات العلمية و الفنية، حيث يعهد إلى الشخص بواجبات وظيفية معينة بناء على العلاقات الفنية التي يمكن التحقق من وجودها من خلال إجراءات رسمية كالامتحان مثلا، كما أن هذا الاختيار يتماشى مع الخاصية البيروقراطية الأولى القاضية بتقسيم العمل وتحديد طرق و أساليب أدائه، الأمر الذي يتطلب تعيين الأفراد على أساس المقدرة والمعرفة الفنية والتعليم الرسمي وذلك حتى يتمكنوا من تنفيذ المهام الموكلة إليهم بالطرق المحددة.

ويضيف فيبر مؤكداً، أنه يمكن الاسترشاد بهذا النموذج المثالي للتنظيم البيروقراطي في دراسة التنظيمات المعقدة أو التنظيمات الخاصة كالكنائس والأحزاب والمدارس، فالنموذج المثالي قادر على التطبيق بسهولة في التنظيمات بأنواعها، حتى في المستشفيات، ونظرا لطبيعة العلاقات بين أفراد التنظيم أنفسهم، ولخصائص الجهاز الإداري التي يتميز بها، من التخصص والطابع الاشخصي، وأهمية الخبرة الفنية والقواعد المكتوبة، كل ذلك يجعله قادرا على التطبيق في أي نوع من التنظيمات.

يعتبر المستشفى ركيزة أساسية للنظام الصحي، ففيه يتجمع مختلف فئات الأطباء والمرضى وغيرهم من مختلف الاختصاصات لتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للمرضى. فهو تنظيم بيروقراطي معقد وفقا لمبادئ هذا المدخل، موجه نحو تنفيذ المهام، يتركز على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية والتي تحدثنا عنها - سمات التنظيم البيروقراطي - فهو يعتمد على مستوى عال من تقسيم العمل والتخصص و إلى حد كبير على سياسات ولوائح وقواعد رسمية وعلى خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين فيه وتنظيم علاقات العمل بينهم، وإن هذا التركيز على الوسائل الرسمية للتنظيم وعلى الإجراءات المحددة للعمل وعلى الرقابة التوجيهية المباشرة أكثر منها على الرقابة الديمقراطية تعطي المنظمة الصحية شخصيتها البيروقراطية التسلطية، وأن مثل هذه الشخصية هي واضحة من خلال الأنماط الحادة نسبيا لعلاقات الرئيس المرؤوسين لتحقيق النظام والطاعة من جانب العاملين ومن خلال الفروق الواضحة في المراكز الوظيفية والاجتماعية بين العناصر العاملة فيه¹.

تعرض هذا المدخل لعدد الانتقادات من جانب العلماء كإغفاله للنواحي الإنسانية الهامة والمؤثرة للتنظيم وسيطرة النظرة الميكانيكية، منه ما ذكره مارش سايمون كما يلي²:

- 1- عدم كمال ودقة الافتراضات المتعلقة بحفز العناصر البشرية في التنظيم.
- 2- تجاهل الصراع بين عناصر التنظيم بشكل عام.
- 3- إن الضغوطات المؤثرة على الإنسان كنظام معقد حظيت باهتمام قليل.
- 4- إعطاء قدر قليل من الاهتمام والانتباه لدور المعرفة والتخصص في تحديد المهام وفي اتخاذ القرارات.

¹ فريد توفيق النصيرات: مرجع سابق، ص 171

² المرجع نفسه، ص - ص 182 - 183

4- مدخل العلاقات الإنسانية

ظهر مدخل العلاقات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية قبل الحرب العالمية الثانية، ذلك بعد التجارب والبحوث التي أجراها إلتون مايو وفريقه خاصة في مصنع الغزل والنسيج بفيلا دلفيا وتجارب مصانع هاوثورن التابعة لشركة وسترن إليكتريك الأمريكية، حيث سعى هذا المدخل إلى فهم الأسباب المتعلقة بعدم رضا العمال عن العمل والنضال النقابي، الصراع الصناعي. وقد اشتهر منظرو العلاقات الإنسانية في بحوثهم على التقليل من أهمية دور الدوافع الاقتصادية داخل مكان العمل، والتأكيد في مقابل ذلك على العلاقات الإنسانية وما يرتبط بها من معايير لجماعة العمل تخلق بناء غير رسمي قد تكون له أهداف تختلف عن أهداف البناء الرسمي¹. ومرت دراسات مايو بأربع مراحل وهي:

المرحلة الأولى: طبقت التجربة على مجموعتين، المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة، وفي هذه المرحلة درس تأثير الضوء في مستوى الإنتاجية، فعند زيادة الضوء في مجموعة التجريبية، وثباته في المجموعة الضابطة، زادت الإنتاجية في المجموعتين (التجريبية-الضابطة)، وعند تدني مستوى الضوء وانخفاضه بقي إنتاج المجموعتين مستمراً في الزيادة، حتى وصل الضوء إلى درجة ضعيفة جداً، عندئذ بدأت إنتاجية المجموعتين بالتناقص.

المرحلة الثانية: درس فيها مدى تأثير ظروف العمل المادية في مستويات الأداء والإنتاجية لدى العاملين، وطبقت هذه المرحلة على عاملات الهاتف، فقد أجريت عمليات تبديل وتغيير في ظروف العمل المختلفة من أوقات الراحة وأيام العمل والعطل وتقدم المرطبات والوجبات الغذائية والخوافز المادية للعمال، وقد تبين في نهاية الدراسة أن ظروف العمل المادية لم تؤثر تأثيراً ملحوظاً وواضحاً في مستوى الأداء والإنتاجية.

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة قام فريق العمل البحثي بإنشاء نظام للخوافز يتم من خلاله إعطاء حوافز للجماعات التي تنجز وحدات عمل إضافية، وتم قياس الإنتاجية قبل وبعد تطبيق الحوافز، ولم يلاحظ فريق البحث أيضاً فروقا حقيقية في مستويات الإنتاجية، ولقد شكلت هذه النتائج في التجارب الثلاث مفاجأة لفريق البحث جعلها توجه اهتمامها إلى وجهة جديدة وهي التوجه نحو العاملين مباشرة للتعرف على سر هذه النتائج.

¹ Sabine Erbes-Seguin : **La sociologie du travail**, éditions la découverte 9bis, rue Abel-Hovelacque, Paris, 2004, pp 24-25

المرحلة الرابعة: توجه فريق البحث في هذه التجربة مباشرة للعاملين ممن تم إجراء التجارب السابقة عليهم للتعرف على السر الذي يكمن وراء الثبات النسبي لوتيرة الإنتاج رغم التغير في العوامل المتصلة بالإضاءة والإجهاد الجسمي والأجور التي كانت تبرر وجود اختلاف في الإنتاجية، وقد بينت المقابلات مع العاملين أن العوامل المسؤولة عن الثبات في الإنتاجية هي عوامل نفسية ومعنوية تتصل بما كان يدور في أذهان العمال من أفكار وتوقعات.

لقد انتقد مايو مدخل الإدارة العلمية من خلال تأكيده على ثلاث مسلمات أساسية وهي¹:

1. لا تعد الحوافز المادية، العامل الوحيد الذي يستجيب له الفرد العامل ويتأثر به في حصول العمل الإنتاجي،

حيث أن لجماعة العمل أثر كبير في تحقيق الإنتاجية المراد إنجازها.

2. أن الأفراد في حقول العمل لا يواجهون المواقف المختلفة بنزعة فردية، إنما يشكل الإطار الجماعي الأسلوب

الذي يواجهون به المواقف المختلفة سيما وأن التنظيم وحدة اجتماعية هادفة.

3. لا يحقق التخصص الوظيفي في العمل بالضرورة مستوى أداء عالي للتنظيم، حيث أن التفاعل الاجتماعي

للأفراد يشكل الأثر الكبير في كفاءة وفاعلية التنظيم.

يرى العالمان «ميللر Miller و فورم Form» أنه يمكن أن نخرج من دراسات مايو وفريقه بعدة نتائج من أهمها²:

1. العمل نشاط جمعي.

2. أن الحاجة إلى التقدير والأمن، والشعور بالانتماء لهما أهمية كبيرة في تحديد الروح المعنوية للعمال وإنتاجيتهم من

الظروف الفيزيائية التي يعملون في ظلها.

3. الشكوى لا تكون بالضرورة تقريراً موضوعياً للحقائق، فهي في الغالب عرض يفصح عن اضطراب في مكانة

الفرد.

4. تمارس الجماعات غير الرسمية داخل مكان العمل، ضبطاً اجتماعياً قوياً على عادات العمل واتجاهات العامل

الفرد.

¹ حمود خيضر كاظم: السلوك التنظيمي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 30

² طلعت إبراهيم لطفي: مرجع سابق، ص 102

من خلال ما سبق، يتضح لنا أن مدرسة العلاقات الإنسانية اهتمت بالجانب النفسي والاجتماعي للعامل، حيث أكدت على وجود ما أصبح يعرف باسم التنظيم غير الرسمي وأهميته، وإن تجاهل التنظيمات غير الرسمية وما يسودها من قيم ومعايير قد يؤدي بدوره إلى انخيار الاتصال بين قمة التنظيم وقاعدته، لذلك يجب على الإدارة تحقيق درجة معينة من الاتساق والانسجام بين الأهداف الخاصة لهذه التنظيمات غير الرسمية مع الأهداف العامة للتنظيم الرسمي ومن هنا تصبح التنظيمات غير الرسمية بمثابة قوة دافعة تساهم في تحقيق أهداف التنظيم ككل بطريقة فعالة. كما شكلت التجارب التي قام بها مايو مع زملائه الباحثين تأثيراً كبيراً على تطور نظرية التنظيم، التي أصبحت تقوم على "أنسنة" التنظيم أيضاً لفتت أنظار الباحثين والإداريين إلى أثر القيم والاتجاهات ونمط العلاقات على الإنتاج، وأصبح هناك تأكيد على النواحي الإنسانية التي أصبح على المديرين والمشرفين إعطاؤها مزيداً من الاهتمام، و أصبح الحديث والعمل على ضرورة إعادة تصميم الوظائف بشكل يتناسب مع رغبات وقدرات العاملين. إلا أنها نظرت للتنظيم باعتباره نسقاً مغلقاً وتجاهلت تأثير البيئة الخارجية المحيطة.

وتأكيداً لما أوردناه في الملاحظة السابقة نجد مثالين أولهما ما طرحه «روندي Rodney» في كتابه "الدراسة الاجتماعية للطب عن المستشفى الحديث"، حيث يرى أن البناء الاجتماعي لأي مؤسسة صحية يتغير على الدوام، لأن أعضائه وصانعي قراراته يحاولون دائماً أن يكيّفوا أهدافهم وأنشطتهم تبعاً للحالات المتغيرة التي ترد إليهم، لهذا فالسلوك التنظيمي داخل هذه التنظيمات يبدأ داخل إطار من الدلالات الموروثة من الماضي كالتعاون بين البشر، ومن ثم فالتنظيمات في عمومها تسعى لتنظيم الأنشطة التعاونية لجماعة ما حتى تصبح جهودهم منسقة بفعالية للوصول على غرض مشترك، وتختلف التنظيمات في درجة ثبات هذه الأبنية الاجتماعية، واحتياجات الأفراد لها¹. والمثال الثاني «مارجريت هاردي وماري كونواي» في كتابهما "نظرية الدور: توقعات للمهن الطبية" وفيه حددت المؤلفتان رؤيتهما للتنظيمات الطبية باعتبارها كيان اجتماعي قد تم تصميمه لأغراض إنسانية، ولأن هذه التنظيمات تختلف في أهدافها وكيفية اتخاذها لقراراتها ولأسس السلطة فيها، لابد لنا من فهم جوانب من الحياة التنظيمية لها ولدور العاملين فيها حتى نستطيع تحليل ما يتم داخلها².

¹ محمد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 28

² المرجع نفسه، ص 28

وما لوحظ عن هذه الدراسات بالرغم من تركيزها على التنظيمات الصحية إلا أنها لم تتحرر من تأثيرات وسيطرة البعد المرتبط بعلم اجتماع التنظيم، حيث نجدتها تختار متغير من المتغيرات باعتباره صفة مميزة للتنظيم كالتغير التكنولوجي، بناء السلطة ونوعية الوظائف، وعلاقة التنظيم بالبيئة الخارجية، والتنظيمات والجماعات الرسمية والغير الرسمية.

ثانيا: المداخل النظرية الحديثة:

تمثل محاولات حديثة لجهود باحثين - كما سبق وذكرنا- أن نظريات علم اجتماع الطبي لا تزال في بدايتها، سنتطرق في هذا المحور من بحثنا، لأبرز المداخل النظرية التي تناولت الموضوع وهي: المدخل البنائي الوظيفي، الثقافي والإداري والتفاعلي الرمزي، وسنحاول إبراز إسهامات كل من هذه المداخل.

1- المدخل البنائي الوظيفي

تمتد المفاهيم الأساسية والأفكار المرتبطة بالمدخل البنائي الوظيفي إلى أعمال الآباء المؤسسين لعلم الاجتماع، والتي ظهرت بوضوح أكبر في مؤلفات «دور كايم E. Durkheim» و«باريتو Pareto»، وقد حقق هذا المدخل تقدما سريعا وأخذ مكانه، كما استفاد من العلوم الطبيعية والبيولوجية في استخدام مفهوم البناء وعلاقته بالوظيفة، ذلك عندما وظف «هربرت سبنسر H. Spencer» ومجموعة من كتاب القرن التاسع عشر هذه المفاهيم في سياق المماثلة بين الكائن العضوي والبناء الاجتماعي، بمعنى تصور الوحدة الاجتماعية ككائن حي يتألف من أجزاء تؤلف مجتمعة بناء متماسكا يتحدد لكل وحدة منها في هذا البناء وظيفة محددة تهدف على حفظ كيان هذا البناء واستقراره، كما ينطلق من مسلمة أساسية، هي فكرة ترابط وتكامل أجزاء النسق في كل واحد، والاعتماد المتبادل بين عناصر المجتمع. "أي أنه ينظر إلى التنظيمات بصفاتها أبنية اجتماعية تتكون من أبنية فرعية، وهي بدورها تعتبر عنصرا بنائيا في بناء اجتماعي أكبر وأشمل هو المجتمع¹."

¹ محمد بومخلوف: مرجع سابق، ص 64

يعتمد الأساس الفكري للبنائية الوظيفية على التصور النسقي للمجتمع. أي أن المجتمع يفهم بوصفه نسقا يتسم بسمات أساسية هي التوازن والتحديد والترابط، بحيث ينظر للمجتمع على أنه نسق متماسك ومؤلف من أجزاء متساندة وظيفيا يتجه باستمرار نحو التوازن¹. وأن أي تغيير يحدث في أي جزء من أجزاء المجتمع يصاحبه بالضرورة تغير مماثل في الأجزاء، وفي النظم الأخرى وفي المجتمع ككل، على أن أجزاء النسق الاجتماعي تعد كلها مترابطة بعضها مع بعض، وأن المجتمعات عموما تتجه نحو التوازن، كما أن القوى المكونة للنظام الاجتماعي تعمل على التخفيف من حدة الانحرافات والتوترات داخل النظام، كما يصنف رواد هذا المدخل النظم الاجتماعية في ضوء الوظائف الرئيسية التي تؤديها، فالنظام الاقتصادي يؤدي وظائف الإنتاج والأسرة تؤدي وظائف التوالد والتنشئة الاجتماعية، أما النظم التعليمية فإنها تؤدي وظيفة نقل الميراث الثقافي من جيل إلى جيل والنظام الصحي يؤدي وظيفة حماية صحة السكان والمحافظة عليها من الأمراض...، بالتالي لا يمكن تصور الحياة الاجتماعية دون نظم اجتماعية.

كما تقوم البنائية الوظيفية على مجموعة من الفرضيات المنهجية تلخص فيما يلي²:

- ✓ المجتمع هو نظام ويتكون من أجزاء يعتمد كل منها على الآخر.
- ✓ يأتي الكل النظامي قبل الأجزاء بمعنى أنه لا يمكن فهم أي جزء قبل فهم الكل.
- ✓ إن فهم الجزء بإرجاعه إلى الكل يتم باعتبار أن ذلك الجزء يقوم بوظيفة المحافظة على توازن الكل (علاقة وظيفية).

✓ الاعتماد المتبادل بين الأجزاء هو نفسه اعتماد متبادل وظيفيا.

✓ الاعتماد على مفاهيم البناء والوظيفة ومماثلة المجتمع بالكائن العضوي.

وعليه، فإن هذا المدخل ينظر إلى النظام الصحي بوصفه بناء كلي يتكون من مجموعة من الأنظمة الفرعية الفعالة، التي تتفاعل مع فيما بينها لتحقيق الهدف، فالنظام الصحي نسق اجتماعي يعمل ضمن نسق أكبر، ويحتوي في نفس الوقت على أنساق فرعية تعاونية تتفاعل فيما بينها لتحقيق وظيفة في بنائية النسق الأكبر، كذا فالنظام الصحي نظام

¹ محمود عوده: أسس علم الاجتماع، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، دط، دس، ص 92

² علي غربي: علم الاجتماع والثنائيات النظرية (التقليدية - المحدث)، منشورات مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة، قسنطينة، 2007، ص 97

أساسي لكل المجتمعات شأنه شأن النظام القانوني أو الأسري أو النظام السياسي، أو النظام الديني، وجد ليخدم أغراضا مجتمعية، يتكيف مع الظروف السكانية والاقتصادية والاجتماعية. وقد تطور المدخل البنائي الوظيفي بفضل أعمال كل من تالكوت بارسونز الذي قدم تحليلا سوسيولوجيا لدور المريض، كذلك نجد كل من اليوت فرا يدسون وديفيد ميكانيك اللذان قدما دراسات حول سلوك المريض وعلاقة الطبيب بالمريض وما يحكم هذه العلاقة.

يعتبر « بارسونز Talot Parsons » الممثل النموذجي لعلم الاجتماع الأمريكي المعاصر، وهو يمارس تأثيرا واسعا وعريضا على تطور مجمل العلوم الإنسانية، وينتظم عمله الذي يضم قرابة حوالي اثني عشر مجلدا، حول فكرة موجهة في منح علم الاجتماع مركز علم، بإدراجه ضمن إطار مفهومي يحدد ميدان صدقه بين العلوم الإنسانية، واستطاع بارسونز من خلال أربعين عاما من النشاط الجامعي، إلى محاولة بناء تفكير سوسيولوجي نسقي شامل. ويحدد بارسونز أن الفعل الاجتماعي يعد موضوعا لعلم الاجتماع، من خلال نظريته العامة للفعل الاجتماعي، كما يتصور أن هناك تلقائية في نشأة الأنساق الاجتماعية، والفرد ليس هو المكون الرئيسي للنسق الاجتماعي، بينما ما يقوم به الفرد من أدوار هي مكونات هذا النسق، لذا نجد أن النسق الفرعي في الأنساق الاجتماعية هو الفاعل أو القائم بالفعل الاجتماعي وذلك باعتباره عنصر من عناصر النسق الاجتماعي، وأن المركز الاجتماعي الذي يشغله الفاعل الاجتماعي، هو وضع بنائي داخل النسق الاجتماعي، لأن الدور الذي يقوم به الفاعل الاجتماعي يأتي من خلال المركز الذي يحتله في إطار البناء والوظيفة¹.

انطلق « بارسونز Talot Parsons » من فكرة أن التنظيم عبارة عن نسق اجتماعي يتكون من مجموعة أنساق فرعية، وهو نفسه يعتبر نسقا فرعيا لنسق أكبر هو المجتمع، ويرى أن استمراره يلزمه مجموعة متطلبات وظيفية هي²: المواءمة والتكيف: وهي القدرة على بناء العلاقة مع البيئة ومواردها، فكل نسق اجتماعي عليه أن يتكيف مع البيئة التي يوجد فيها.

¹ شحاته صيام: النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، مصر العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2009، ص 78
² محمد عبد المعهود وأحمد رأفت عبد الجواد: علم الاجتماع عند تالكوت بارسونز بين نظريتي الفعل والنسق الاجتماعي دراسة تحليلية نقدية، مكتبة العلمي الحديثة، القصيم، المملكة العربية السعودية، ط1، 2001، ص-ص 10-11

تحقيق الهدف: وهذا يتطلب تحديد الأهداف بوضوح ثم برجة الطرق والوسائل الجماعية التي تمكن الجماعة من تحقيق تلك الأهداف، وأن يتحقق الإجماع على هذه الأهداف.

التكامل: يفترض برسوزن ضرورة بناء قاعدة ثقافية مشتركة كأساس رمزي معياري مشترك وكإطار مشترك في بناء أنماط شخصية متماثلة ومتفقة في توجهاتها مع ثقافة الجماعة وتوقعاتها، لضمان علاقة تكاملية بين المستوى الفردي والجماعي.

الكمون: أو ما يطلق عليه بإدارة التوترات والمحافظة على النظام.

وبالنظر للمتطلبات الوظيفية التي حددها برسوزن نجد اثنان منها يهتمان بفعالية التنظيم وهما المواءمة لتحقيق الهدف، أما التكامل و الكمون يهتمان باستقرار التنظيم وثباته. وفي تحليله للنماذج الأربعة، يؤكد برسوزن أن مطلب التكيف والمواءمة في التنظيم تعبر عنه مشكلة تدبير كل الموارد البشرية والمادية لتحقيق الأهداف، هذه الموارد التي يكون قد تم تدبيرها في تحقيق مطلب المواءمة والتكيف، فإن النجاح في تحقيق الهدف يعتمد بدرجة كبيرة على ملائمة الوسائل للغايات والأهداف، إذ ركز أيضا بصفة أساسية على مسألة التوازن والاستقرار، والوسائل التي تمكن من تحقيق الأهداف، حيث اعتبر التغير والصراع هما بمثابة مرض عرضي يصيب النسق، ومادام النسق قد حقق قدرا الاستقرار فهو يميل إلى عدم التغير.

بالتالي، فالنظام الصحي وفقا لهذا التحليل السوسولوجي هو نسق فرعي من المجتمع (النسق الأكبر)، لا يمكنه تدبير كل موارده الضرورية لأداء وظائفه— توفير خدمات وقائية وعلاجية— لوحده، فهو يتلقى من المجتمع موارده المادية (أبرزها التكنولوجيا الطبية والمعرفة العلمية مع عملية تحيينها) والبشرية (من الناحية الكمية يمكن التعبير عنها بعدد المستخدمين بقطاع الصحة والكيفية من حيث التخصص) والمالية (يمكن التعبير عنها بمعدل الإنفاق الصحي التي يخصصها كل مجتمع لقطاع الصحة من الدخل الوطني الخام(PIB) ، وتحقيق الأهداف لعل أبرز هدف هو تحقيق تنمية صحية، لا تصل بطريقة أوتوماتيكية دون نظام تقسيم العمل وخريطة صحية و طريقة فعالة في إدارة الموارد التنظيمية التي تم حشدها وملائمة لقيم ومعايير المجتمع ولنظامه الاقتصادي والسياسي. كما أن التدهور المستوى الصحي العام يعتبر خللا وظيفيا في النسق، فالمرض يؤدي إلى عجز في القدرة على الأداء الأمثل للأدوار الاجتماعية، ومن هنا فإن الممارسة الطبية تصبح إحدى الميكانزمات في النسق للتوافق مع الحالات مرض.

الصحة عند « تالكوت بارسونز Talco Parsons » "هي حالة الطاقة الكامنة للفرد، يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشئته على تأديتها بصورة مثالية، والمرض يمثل عبئا على المجتمع ولذلك يجب أن يظل تحت السيطرة¹". وهو ما يفسر لنا تركيزه واهتماماته على كيفية تقليل حجم المرض، على أن الصحة مطلب ضروري إذا أردنا للنسق الاجتماعي أن يقوم بوظائفه على الوجه الأمثل. لكنه كان يرى أن النظام الصحي هو نموذج تقني، ليس له صفة اجتماعية، حيث يقول أيضا: "إن الاهتمام البالغ الذي يمنحه المجتمع الأمريكي للصحة إنما يرجع لارتباطها بعدد من القيم المحورية في هذا المجتمع، مثل قيم النشاط والمشاركة في الحياة العامة، وفي أنشطة المحافظة على البيئة، وقيم الاهتمام بالحياة الدنيوية، والمصالح غير الدينية، لذلك فإن حرص الأفراد على حالتهم الصحية يعد مطلباً وظيفياً لأنه يساعد المجتمع على أداء وظائفه، ويتوافق مع قيم السعي وراء التفوق والإنجاز²". لذلك كان واضحاً في اهتماماته بصحة أفراد المجتمع والعلاقة بين حالتهم الصحية ونجاحهم في أدائهم لأدوارهم المطلوبة منهم، كما كان يرى أيضاً « بارسونز » أن هذا الاهتمام له مكانته في زمن الحرب بصفة خاصة، وذلك لأن الكشف الطبي على المجندين يظهر لياقتهم الصحية وقابليتهم للخدمة العسكرية.

بذلك يكون قد طرح زعيم المدرسة الوظيفية «تالكوت بارسونز Talco Parsons» فكرة "دور المريض" لتفسير أنماط السلوك التي يسلكها المريض لتخفيف الآثار الضارة المربكة التي يخلفها المرض. ويرى الوظيفيون عموماً أن المجتمع في العادة يؤدي وظائفه بطريقة سلسلة وشبه اجتماعية، ومن هنا فإن المرض يمثل نوعاً من الخلل الذي يؤدي إلى اضطراب انسياب هذه الحالة الاجتماعية الاعتيادية. فالمريض على سبيل المثال، قد لا يستطيع أن يؤدي أدواره/أدوارها المتوقعة، أو ربما لا يكون أدائه على ما عهد فيه من كفاءة، ونظراً لأن المرضى لا يستطيعون القيام بأدوارهم المعتادة، فإن حياة من حولهم من الناس يعتريها الاضطراب والارتباك، فمهمات العمل خارج البيت تظل تبحث عن يؤديها والواجبات والمسؤوليات داخل المنزل تظل ناقصة غير مكتملة.

¹ طارق السيد: أساسيات في علم اجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ط1، 2007، ص 47

² المرجع نفسه، ص 47

ويرى بارسونز أن الناس يتعلمون دور المريض خلال تنشئتهم الاجتماعية الأولى، ثم يمارسونه بمساعدة الآخرين عندما يصيبهم المرض. وهناك ثلاثة عناصر أساسية لهذا الدور¹:

(1) إن الفرد المريض ليس مسئولاً بصفة شخصية عن حالة المرض التي يعانيها، فالمرض وفق هذا المفهوم إنما هو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقته، ولا علاقة بين بدايات المرض وسلوك الإنسان وأفعاله الشخصية.

(2) إن للشخص المريض حقوقاً وامتيازات معينة، من بينها حقه في التخلي عن مسؤولياته الاعتيادية، وهو/ هي بالتالي يستحق الإعفاء من واجبات أو أدوار أو أنماط سلوك معينة، فالمريض على سبيل المثال قد يعفى من بعض الواجبات التي كان يقوم بها في العادة داخل المنزل. وأيضاً قد يتسامح معه الآخرون في تصرفات مستهجنة أو غير مقبولة في الأحوال العادية، كما أنه يكتسب الحق في أن يلتزم الفراش أو أن يتغيب عن العمل بسبب أو بدعوى المرض.

(3) ينبغي على المريض أن يعمل على استعادة صحته باستشارة خبير طبي، و يقبل بأن يتحول إلى مريض. ودور المريض دور مؤقت ومشروط بسعي المريض إلى الشفاء واستعادة العافية، وينبغي عليه على هذا الأساس أن يعطي مرضه طابع الشرعية بشهادة أو تقرير يعطيه له خبير طبي مهني بعد الكشف عليه، ويجب على المريض في هذه الحالة أن يبدى التعاون مع الطبيب بإتباع ما يحدده الأخير له من تعليمات ووصفات للمعالجة والدواء، أما المريض الذي يرفض استشارة الطبيب أو لا يخضع لسلطته الطبية، فإنه يقوض الأساس الذي يقوم عليه دور المريض.

يرى أيضاً بارسونز أن دور الطبيب يتميز بأربعة خصائص هي²:

(1) العمومية: فالطبيب يكون مستعداً دائماً لخدمة كافة المرضى.

(2) إن دور الطبيب متخصص وظيفياً: بمعنى أن الطبيب يؤدي دور الخبير فقط في ميدان الرعاية الطبية، فهو لا يقوم بدور عام أو غير محدد لتحقيق صحة المريض، كالدور الذي يقوم به الأب أو رجل الدين أو الأخصائي الاجتماعي...

¹ أنتوني غدنز، ترجمة: فايز الصياغ: علم اجتماع، المنظمة العربية للترجمة، بيروت، ط1، 2005، ص 241

² محمد الجوهري وآخرون: الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مرجع سابق، ص - ص 17-18

3) يتعين على الطبيب أن يكون محايدا من الناحية العاطفية.

4) يختلف دور الطبيب عن دور رجل الأعمال أو التاجر، من حيث أنه موجه أساسا لخدمة الآخرين وراحتهم.

وعليه، يتوصل بارسونز بأنه يمكن ضبط دور المريض من خلال تعيين أطباء يكونون بمثابة أدوات للضبط الاجتماعي، وهنا يستطيع المريض الحصول على الاعتراف الاجتماعي بأعراض المرض التي يشعر بها، وفي الوقت نفسه يستطيع المجتمع عزل حالة مرضية تكون سببا لانتشار المرض المعدي، لذا فدور المريض يمنحه الحق بأن يعفى من واجباته مدة مؤقتة مع مباشر العلاج الرسمي، وهكذا، يواجه المريض بهدوء نحو بلوغ الشفاء بسرعة لأن استقرار المجتمع يعتمد على الدور الوظيفي الذي يلعبه الفرد الذي وقع في المرض.

وقد أسهم عدد من علماء الاجتماع في تطوير وتعديل نظرية بارسونز عن دور المريض. ويرى واحد من هؤلاء «فريدسون Freidson» أن هناك ثلاثة أنواع من المرض يرافق كل منها دور متميز:

الأول هو الدور الشرعي الذي ينطبق على أفراد يعانون أمراضا وعللا مؤقتة سرعان ما يستعيدون عافيتهم بعدها، ويتوقع من المريض في هذه الحالة أن يكتسب حقوقا وامتيازات تتناسب وحدة مرضه.

أما الدور الشرعي اللامشروط فيؤديه المرضى المصابون بالأمراض المستعصية كالسرطان أو مرض «الزهايمر» التي لا يستطيع المرضى بأنفسهم بذل أية محاولة لتلافيها أو معالجتها ولهم في هذه الحالة الحق في أن يمارسوا أو يتخلوا عن أي دور متوقع منهم بحسب مشيئتهم.

أما دور المريض الأخير فهو غير الشرعي الذي يكتسبه المرء عند إصابته بمرض معين "موصوم" اجتماعيا (والوصم هو فصل الفرد أو عزل فئة عن بقية المجتمع وإصاق خصائص وصفات -حقيقية أو موهومة بهم- مما يجعل فئات أو قطاعات أخرى من المجتمع تنظر إلى هؤلاء "الموصومين" نظرة الشك أو العداء). وعلى هذا الأساس، فإن جانبا من المجتمع على الأقل، يعتبر أن المريض هو المسؤول الأول عما أصابه. ويصدق ذلك على أكثرية المرضى بنقص المناعة المكتسبة (الإيدز) الذين لا يمنحون في أغلب الأحيان، الحقوق والامتيازات التي ينطوي عليها دور المريض العادي، كما يصدق ذلك، مع اختلاف الأسباب، على من كانوا يصابون بالجذام في أوروبا في العصور الوسطى.

المرض عند ديفيد ميكانيك هو "الطريقة التي يدرك بها الشخص الأعراض وقيمها ويتصرف بناء على إدراك وجود بعض الألم أو عدم الراحة أو إشارات أخرى متعلقة بالوظيفة العضوية"¹. "نلاحظ أن هذا التعريف جمع بين البعدين الذاتي والموضوعي في تحديد معنى المرض، البعد الذاتي يتعلق بإدراك الشخص و تقييمه لحالته، أما الحديث عن وجود أعراض على علاقة بوظيفة الجسم العضوية فهو البعد الموضوعي. كما قام ميكانيك بمحاولة تحديد العوامل التي تدفع الأفراد نحو طلب المساعدة الطبية، وبأن هذه العوامل متنوعة فهي ثقافية واجتماعية واقتصادية، موضوعية وذاتية، لكنه لم يحدد العوامل الأهم في نظره. وأشار أيضا أن الناس يختلفون في ردودهم نحو المرض، بناء على كثير من المتغيرات كالجنس والعمر والدين ومكان الإقامة، الثقافة والخبرات وهو ما يسمى بالفروق الفردية بين الناس، فكما هو معروف بأن السلوك الإنساني هو محصلة التفاعل بين الإنسان وإطاره الاجتماعي والثقافي والبيئي.

كما قد بين ميكانيك مدى تدخل العادات الفردية والجماعية في تقييم درجة المرض وخطورته وبالتالي تحديد طريقة العلاج. وهل يستوجب الأمر الاستعانة بالخدمات الصحية العصرية؟ وهذا ما يكشف لنا دور العوامل الثقافية والاجتماعية. وكمثال على ذلك في إفريقيا الاستوائية كان الناس يتطببون بالطب التقليدي وهم على ثقة بذلك، فأراد فريق من الخدمات الصحية هز تلك الثقة وجلبهم إلى العلاج الحديث، فباءت المحاولة بالفشل والسبب في ذلك هو ارتباط نسق الطب التقليدي بسلسلة من العادات الاجتماعية والمعتقدات الشعبية، وبذلك تغلب أسلوب العلاج التقليدي لارتباطه بالعادات التي لعبت دورا في توجيه سلوك الأفراد.

ومن أبرز ممثلي هذا المدخل نجد «إميل دور كايم Émile Durkheim»، لقد كان دور كايم متأثرا بالمذهب العقلاني وبفلسفة عصر التنوير، ووضعية أوجست كونت التي أنارت الطريق لوجود علم جديد للمجتمع بمنهج ومداخله واتخاذ مكانا بين العلوم الأخرى في قدرته على اكتشاف القوانين واستخلاص التعميمات والقيام بالتنبؤ، والمرتبطة أساسا بظروف الأوضاع الجديدة للمجتمع الفرنسي، فبعد الثورة الفرنسية أين انهارت النظم الاجتماعية و ظهرت تغيرات اجتماعية، حاول كونت تتبع حالة النظام الاجتماعي فيما أسماه "الاستاتيكا والديناميكا الاجتماعية" و استنتج قانونه المشهور بقانون المرحل الثلاث لتاريخ الإنسانية. وإلى جانب هذه التأثيرات لم تفشل نظرية التطور في أن تترك بصمة على تفكير دور كايم، فقد ساعدته على رؤية المجتمع في ضوء النمو العضوي وتشابك الأجزاء.

¹ عايد الوريكات: مرجع سابق، ص 95

والقول بأن دوركايم تأثر بكونت هذا لا يعني أنه ردد آراءه، حيث استلهم من الوضعية عندما ركز على أهمية تحليل العلاقات القائمة بين النظم الاجتماعية، وجعل من نظريته محاولة لاستعادة التوازن والاستقرار بين عناصر المجتمع، كما كان يرى دوركايم في علم الاجتماع علما يمكن استخدامه لإيضاح الأسئلة الفلسفية التقليدية بتمحيصها على أسس إمبيريقية. وكان دور كايم يشارك كونت حول قضية دراسة الحياة الاجتماعية بموضوعية مثلما يفعل العلماء عند دراستهم للعالم الطبيعي، لذا كان المبدأ الأول الذي وضعه لعلم الاجتماع دراسة الحقائق والوقائع الاجتماعية باعتبارها أشياء¹.

تكتسي إسهامات إميل دوركايم أهمية كبيرة، حيث يعد كتابه "Le Suicide الانتحار" من أهم مؤلفات علم الاجتماع الطبي، نشر هذا الكتاب سنة 1897 وهو عبارة عن دراسة سوسيولوجية تجريبية ميدانية اعتمدت المبادئ التي وضعها - دور كايم- في مؤلفه "قواعد المنهج في علم الاجتماع"² (Les règles de la méthode sociologiques). كعالم اجتماع لم يكن دور كايم مهتماً بدراسة لماذا أن شخصاً محدداً ينتحر؟ وبأن هذا يجب أن يترك لعالم النفس. لكن دور كايم كان مهتماً بتوضيح التباين في معدلات الانتحار، أي أنه كان مهتما بـ : لماذا نجد أن مجموعة معينة لها معدل انتحار أعلى من الأخرى؟ وإذا كانت هنالك اختلافات في معدل الانتحار من مجموعة لأخرى أو من وقت لآخر يرى دور كايم أن الاختلاف يرجع إلى الاختلاف في العوامل الاجتماعية.

وقد أجريت قبل دراسة دوركايم دراسات كثيرة عن الانتحار، غير أنه هو الذي أصر على تقديم تفسيرات سوسيولوجية لهذه الظاهرة، حيث اعترفت الكتابات السابقة بتأثير العوامل الاجتماعية على الانتحار، غير أنها تطرقت إلى اعتبارات من نوع العرق والمناخ، الاضطرابات العقلية لتفسير ميل فرد ما إلى الإقدام على الانتحار، أما بالنسبة لدوركايم، فالانتحار هو حقيقة اجتماعية لا يمكن تفسيرها إلا بحقائق اجتماعية أخرى.

¹Hélène Vandeveld: **Introduction a la sociologie**, office des publications universitaire Hydra, Alger, p41

* ينظر دوركايم إلى علم الاجتماع من حيث كونه يهتم بدراسة المجتمع وما ينبعث عنه من ظواهر اجتماعية دراسة علمية. ولكي يتحقق هذا فانه لابد من منهج علمي يستطيع بفضل الوصول إلى قوانين تحكم حدوث الظواهر، ومن هذه القواعد: ضرورة تحرر الباحث الاجتماعي بصورة كلية من كل فكرة سابقة يعرفها عن الظاهرة موضوع الدراسة والبحث، ضرورة تخصيص مبحث أو فصل من البحث لتحديد معنى المصطلحات والمفاهيم العلمية التي يستخدمها الباحث في دراسته العلمية وهذه المصطلحات تعبر عن الظواهر الاجتماعية التي يدرسها الباحث، كذا عند قيام الباحث بدراسة الظواهر الاجتماعية المحددة في دراسته عليه ملاحظة هذه الظواهر على أنها أشياء. أنظر:

- إميل دور كايم، ترجمة: محمود قاسم والسيد محمد بدوي: **قواعد المنهج في علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط2، 1988، ص 71

تعتبر دراسة دروكايم عن الانتحار محاولة للربط بين معدلات الانتحار والفروق في التضامن الاجتماعي بين الجماعات المختلفة، فالتضامن عنده بمثابة متغير مستقل للأنماط المختلفة للفعل الاجتماعي، فإذا كان التضامن الاجتماعي ضعيفا ينتج عنه مجموعة من النتائج الباثولوجية يعد الانتحار واحد منها، والمعدلات المرتفعة منه يمكن أن تكون مؤشرا على ضعف الاتساق العام في المجتمع ككل، ولقد استطاع أيضا أن يربط من خلال استخدام الإحصاء بين التباين في معدلات الانتحار وبين درجات التضامن في ثلاث جماعات دينية: الكاثوليك، البروتستانت واليهود، فانخفاض معدلات الانتحار بين اليهود أقل من البروتستانتين والكاثوليكين يرجع إلى شعورهم بالتضامن كونهم أقلية. بذلك، خلص دوركايم إلى قضايا عامة تفسر الانتحار في علاقاته بالتضامن في الجماعات الأسرية والدينية والسياسية ردها إلى قضية واحدة هي: ارتباط الانتحار عكسيا بدرجة التكامل في الجماعة الاجتماعية¹.

عرف دوركايم ظاهرة الانتحار " كل حالة موت التي تكون نتيجة مباشرة أو غير مباشرة لفعل إيجابي أو سلبي قام به الشخص المنتحر وهو يعلم أنه سيؤدي إلى هذه النتيجة"². وقد استخدم دوركايم هذا التعريف للتمييز بين الانتحار والوفيات المفاجئة، كما درس كثيرا من العوامل التي تكون سببا وراء الانتحار، توصل إلى أن أسباب الانتحار هي أسباب اجتماعية، فبالرغم من أن عملية الانتحار عملية شخصية بحتة إلا أنها لا تخرج عن نطاق المجتمع الذي يعيش فيه المنتحر إذ أن القوى الاجتماعية المحيط به وليس حالته النفسية هي التي تدفعه إلى قتل وتدمير ذاته.

يضيف دوركايم قائلا بأن التناقضات والأخطاء التي قد تظهر في البناء الاجتماعي لا بد أن تكون عاملا من عوامل تفاقم مشكلة الانتحار، فكلما كان الأفراد منسجمين مع المجتمع ومتكيفين لعاداته وتقاليده وظروفه كلما تنخفض فيه نسبة الانتحار والعكس هو الصحيح. لهذا السبب يرى بأن نسبة الانتحار عالية في المجتمعات لصناعية المعقدة ومنخفضة في المجتمعات الزراعية البسيطة التي تتكون من جماعات تربط أفرادها علاقات إيجابية ومتكاملة، لهذا يشير

¹ للمزيد في الصدد أنظر:

- أحمد زايد: علم الاجتماع النظريات الكلاسيكية والنقدية، دار المعارف، القاهرة، ط2، 1983، ص90

- كريستيان بودلو و روجيه استابليه: ترجمة: أسامة الحاج: دوركايم والانتحار، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 1999،

دوركايم إلى أن نسب الانتحار تكون عالية في المدن ومنخفضة في القرى والأرياف، وتكون عالية بين العزاب ومنخفضة بين المتزوجين لاسيما هؤلاء الذين لديهم أطفال، وتكون عالية بين المسيحيين البروتستانت ومنخفضة بين اليهود والمسلمين، وأخيراً تكون نسبة الانتحار بين العسكريين أعلى من المدنيين، أيضاً نفى دور كايم وجود أية علاقة بين الانتحار و العوامل الفردية والتكوين النفسي والعنقي والعوامل الوراثية والعوامل الطبيعية (المناخ والموقع الجغرافي).

حدد إميل دور كايم للانتحار عدة أنماط وهي: الانتحار الأناني و الانتحار الإيثاري، الانتحار الأنومي. ويربط بين كل نمط من هذه الأنماط بدرجة التكامل السائدة في المجتمع ومقدار النظام فيشير مفهوم التكامل السائدة في المجتمع ومقدار النظام إلى درجة المشاركة في المشاعر الجمعية، فيرتبط الانتحار الإيثاري بدرجة عالية من التكامل، ويرتبط الانتحار الأنومي بدرجة منخفضة من التكامل. ويرى دوركايم أن تفكك المجتمع يؤدي إلى وجود تيارات من الإحباط وخيبة الأمل فيكون الفرد أكثر ميلاً إلى الانتحار.

(1) الانتحار الأناني: يظهر هذا النوع من الانتحار نتيجة لانعزال الفرد عن المجتمع لسبب ما يتعلق بالفرد نفسه أو يتعلق بالمجتمع الذي ينتمي إليه الفرد ويتفاعل معه، فهذا الفرد لا يستطيع تكوين علاقات اجتماعية مع المجتمع لعدم تذوقه لقوانين وعادات المجتمع وسخطه على نظامه ووضعه العام، والمجتمع من جانبه لا يعطي المجال للفرد للتفاعل معه والانسجام مع مؤسساته البنيوية نظراً لتناقض ميوله واتجاهاته ومصالحه وأهدافه وقيمه مع تلك التي يتمسك ويؤمن بها الفرد، لذا يشعر الفرد بالبعد والافتراق عن المجتمع، بعد ذلك يصاب بمرض نفسي خطير قد يؤدي به إلى الانتحار¹. وهذا النمط من الانتحار غالباً ما يصيب الأشخاص المعدمين والمحرومين والذين يعانون من الأمراض النفسية والعقلية.

(2) الانتحار الإيثاري: إذا كان الانتحار الأناني غالباً ما يحدث عندما يكون الاندماج الاجتماعي ضعيف جداً، فإن الانتحار الإيثاري يحدث عندما يكون الاندماج الاجتماعي قوي جداً، فالفرد يجبر حرفياً على ارتكاب فعل الانتحار، فهو ناتج عن شدة تماسك واندماج الفرد مع جماعته وقوة علاقته الاجتماعية معها ذلك أن جماعته كما يعتقد لها أهميتها وفعاليتها في وجوده وكيانه فهو لا يستطيع العيش دون وجودها ويكون معتمد

¹ Émile Durkheim: **Le Suicide : Étude de sociologie**, Livre I : Les facteurs extra-sociaux, Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, <http://pages.infinit.net/sociojmt>, (Site consulté le: 20/07/2016)

عليها ومتأثر بتعاليمها وفلسفتها وأساليبها السلوكية كما يكون مستعدا على التضحية بماله ونفسه من أجل بقائه واستمرارها. يظهر هذا النمط في المجتمعات التي تكون فيها العادات والتقاليد راسخة وقوية، فالفرد يقتل نفسه من أجل الغير.

(3) الانتحار الأنومي: يظهر هذا النوع من الانتحار عندما تختل المعايير والقيم الاجتماعية وتضعف العادات والتقاليد وتعم الفوضى والفساد في ربوع المجتمع وهنا يفقد الفرد آماله وطموحاته وتضعف أو تنعدم عنده الرغبة في التفاعل مع الآخرين والانسجام معهم، وعندما يشعر الفرد بعدم قدرته على وضع حد لهذه الحالة المتفسخة والشاذة وعجزه عن تغيير المجتمع نحو الأحسن فانه يصاب باليأس والقنوط وانعدام الآمال والأهداف¹.

إذن حالة اللامعيارية (Anomie) نتاج البناء الاجتماعي أكثر من كونها حالة البناء الاجتماعي، تعبر عن ارتباك موازين الحياة الاجتماعية واضطراب قيمها ومقاييسها وتشتت آمال وأهداف الفرد وتناقض مصالحه مع مصالح المجتمع لا بد أن يدفع عدد غير قليل من أبناء المجتمع إلى الانتحار.

لقد تعرض مؤلف دور كايم حول الانتحار لعدة انتقادات ومن ذلك، نجد ما أشار له تلميذه «هلفاكس Halbwachs» أن الجزء الثاني من الكتاب - أسباب الانتحار - كان تنظيرا أكثر من الفصول الأولى، وأقل صرامة، من الناحية المفاهيمية والمنهجية، بالإضافة إلى ذلك، أن الانتماء إلى جماعة كاثوليكية أو بروتستانتية، بالنسبة لهلفاكس، هو تعبير عن وجود مجموعة من المتغيرات، التي لها علاقة بأسلوب الحياة، فالكاثوليك يعيشون في غالبيتهم في الوسط الريفي، الذي هو البيئة التي تكون فيها العادات والتقاليد أقوى، بالمقابل، فإن البروتستانت هم أكثر حضرية، ويحملون أكثر القيم الفردانية، وعليه، فإن نوعية الحياة وطابع الاندماج في البيئة الجغرافية، هما أكثر أهمية ليؤخذا بعين الاعتبار في تفسير ظاهرة الانتحار، نظرا أيضا لأنهما عاملان مختلفان من بلد إلى آخر.

¹ Ibid, p 07

بينما وجه « جاك.د. دوجلاس J.D.Douglas » نقداً منهجاً حاداً إلى دوركايم، ذلك في مؤلفه "المغزى الاجتماعي من الانتحار، The social meaning of suicide" عام 1967، حيث لاحظ أنه لا وجود لتعريف وحيد وعام عن الانتحار، وأن هذا الأخير، مبني اجتماعياً ويتنوع بحسب الزمان والمكان، ويضيف دوجلاس أنه من أجل تحليل الانتحار، لابد من القيام ببحوث سيرية أو بيوغرافية، مع الاهتمام بكل حالة انتحار وبالأسباب الدقيقة التي أدت إلى ذلك.

2- المدخل الثقافي:

يهتم هذا المدخل بدراسة العلاقة بين المضمون الثقافي أي أساليب الحياة الثقافية ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الاستجابات للمرض، ويقوم ذلك على افتراض مبدئي مؤداه، أن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة الاجتماعية تؤثر تأثيراً كبيراً في تصورنا للمرض واستجابتنا له وتعبيرنا عنه، فالمناخ الثقافي يحدد بدرجة ما، ما نعتبره حالات مرضية والأسباب التي ننسبها إلى هذه الحالات. وهنا يشير « رالف لينتون R.Linton » أنه إذا عرفنا مضمون الثقافة أمكننا التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها هذه الحالة المرضية. والواقع أن هذه الوجهة من النظر تكشف عن حقيقة هامة وهي أن المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع، ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة¹. كذلك يحرص أصحاب هذا المدخل على تتبع تطور المرض وتوزيعه الجغرافي، والوسائل والأساليب التي اكتسبتها المجتمعات للتعامل معه وعلاجه، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث وتطويره خاصة في المجتمعات التقليدية. يعرف «جراهام والاس» الثقافة "بأنها تراكم الأفكار والقيم والأشياء أي أنها التراث الذي يكسبه الناس من الأجيال السابقة عن طريق التعلم وتحتوي الثقافة مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها فهي تخلق معظم صور السلوك الإنساني من العادات الاجتماعية، عادات النظافة والتربية، المعارف والأمثال، الحكم والمفاهيم والتصورات الشعبية، القيم والطقوس الدينية، علاوة على آداب الحديث والمعاشرة والتحية، وغيرها من العناصر التي تحض على الصحة ومعالجة المرض"².

¹ سناء حسنين الخولي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط2، 2011، ص 66

² عبد المجيد الشاعر: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان، ط1، 2000، ص 96

كما تتضمن الثقافة أيضا تصورات عن كل عضو من أعضاء جسم الإنسان وبالتالي إذا أصيب بمرض تصرف صاحبه بأسلوب يختلف من عضو لآخر، وتأثير الثقافة يؤثر على الخدمات الصحية للمريض بالمرض المزمن قد يلجأ إلى الأساليب العلاجية الطبية المعروفة أو قد يذهب إلى الطب الشعبي، كذلك نجد الثقافة الفرعية تؤثر على الإنسان فنجد قاطن المدينة صاحب الثقافة الحضرية والتي تسودها التعامل السطحي المعقد والعلاقات النفعية غير الودية، وهذه تسهم في زيادة المشكلات الحياة اليومية وبالتالي تكثر الأمراض النفسية والعصبية، حيث تمارس العادات والتقاليد دورها في الصحة والمرض سواء بزيادة معدلاتها انتشارها ومضاعفتها وتفاقمها أو الحد منها، مثل زواج الأقارب، عادات التدخين...، وبالتالي فإن صحة الأفراد تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة.

وفي هذا الصدد يؤكد كل من «ليتون Leighton» و «سكوت Scott» على أهمية تدارك وفهم المرض في إطاره الثقافي خاصة في المجتمعات التقليدية، حيث يتعامل سكان هذه المجتمعات مع المرض باعتباره إعجازي تعلق عن مستوى الطبيعة وأن اختبارهم لأنماط المعالجين يكون في إطار تمسكهم بالمعتقدات والممارسات الصحية التقليدية النابعة من ثقافتهم. وهو ما ذهب إليه أيضا «ريس Risse» بأن الصحة والمرض مفهومان مرتبطان بموضوعات مثل القيم الثقافية والدينية والبناء الاجتماعي والمعرفية والبيولوجية وخاصة في نطاق المجتمعات المحلية. أكده الباحث «أكسولا» أن مفهوم المرض يختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات وأنه ما يمكن أن يكون مرضا في مجتمع ما قد يكون كذلك في مجتمع آخر¹.

دلت الدراسات الأنثروبولوجية الطبية على أن اختلاف الثقافات يؤدي إلى اختلاف التعبير عن الألم، وفي تفسير أعراض المرض والتجاوب معها. حيث نجد دراسة حملت عنوان "الطب والسحر والدين" قام بها «أيدي ريفرز Rivers» ركز فيها كطبيب وكأنثروبولوجي على دراسة الطب كنسق ثقافي².

¹ محمد عباس إبراهيم وآخرون: الأنثروبولوجيا مداخل وتطبيقات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، دط، 2008، ص 276

² علي مكاوي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، مرجع سابق، ص 613

والدراسة الميدانية التي قامت بها «ماكليين Maclean» في إحدى الجهات من نيجيريا حول "الطب السحري"، ناقشت فيها العلاقة بين المعتقدات الشعبية وتصورات قضايا الصحة والمرض¹. وسعى باحثون أنثروبولوجيون آخرون إلى القيام بالعديد من الدراسات ميدانية تأخذ في عين الاعتبار دور متغيرات كالطبقة الاجتماعية والفروق البيئية، والفروق العمرية، وكانت نتائج هذه الأبحاث أن المعتقدات السائدة في الوسط الاجتماعي لها تأثير كبير على تقييم أعراض المرض، وعلى تفسير أسبابه، و بالتالي اللجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية أو الشعبية.

لعل تأثير الإطار الثقافي في النواحي الصحية يتضح بشكل أكثر في برامج الصحة العمومية وهياكل النظام الصحي، التي كشفت على ضرورة الاهتمام بالعوامل الثقافية خاصة إذا كنا نسعى لإقناع الناس في ثقافة تقليدية ببعض الممارسات الصحية، فمن الملاحظ أنه بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يعتبرون الأسرة والألفة الاجتماعية قيمة كبرى، نجدهم يتصورون الإقامة في المستشفى للعلاج من المرض سببا أساسيا في العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة، ولهذا يتحفظون تماما على إجراءات عزل المريض، والقواعد الخاصة بالزيارات، أيضا كثيرا ما يجد مسؤولي الصحة العمومية صعوبة كبيرة في إقناع الناس بتغيير عاداتهم الغذائية (مثل الإكثار من تناول السكريات) ذلك لارتباطها بقيم ثقافية، ومن ثم يجدون ضرورة اتساق العادات الغذائية الجديدة مع الثقافة السائدة في الجماعة.

كذلك ركز أصحاب هذا المدخل في دراساتهم الحديثة على الاشتغال بمحور بحث أساسي هو علاقة المنظومة الصحية بالثقافة الصحية لجماعات اجتماعية معينة، ومنها نجد دراسة «ستيفن فيرمان وجون جانزن» (Steven Feierman & Gohn Janzen) حول فشل المنظومة الصحية الحديثة في أداء وظيفتها في المجتمعات الأفريقية، وهو الأمر الذي دعمهما للدراسة والبحث في أسس الثقافية الشعبية للصحة والشفاء في هذه المجتمعات، فتشكيل هذه المفاهيم اجتماعيا يؤثر كثيرا على استجاباتهم لتلك الرعاية. وترى المؤلفتان في كتابهما المعنون بـ "الأسس الاجتماعية للصحة والشفاء في أفريقيا" أن النظر للنظام الصحي بمكوناته خاصة الهياكل الصحية يلزمه النظر عبر صورة طبية تتضمن

¹ المرجع نفسه، ص 613

المداوين الشعبيين، والمرضى، وأقاربهم، فجميعهم يشكلون أو يعيدون تشكيل هذه التنظيمات العلاجية الشعبية، وهي ما تشكل - عبر علاقتها بالتنظيم الطبي الحديث - أنماط استجابات الأفراد للعلاج وتغير مفاهيمهم للصحة، هنا تتدخل "اللغة" و"المعرفة" كمكونين يتغيران عبر الوقت ليصبغا المشكلين المهمين لتلك التنظيمات الشعبية في مقابل التنظيمات الحديثة¹.

كما نجد أيضا « ديرفين » الذي قام بدراسة في منطقة جاحارات الهندية، درس فيها مشكلات النظام الصحي وأسباب انصراف سكان المنطقة عن مؤسساته الطبية والتوجه إلى المعالجين الشعبيين وإمكانية إصلاح النظام الصحي. وقد تبين له أن هناك علاقة بين هذه الممارسات وثقافة شعب المنطقة. وقد انتهت الدراسة إلى أن الفقر الشديد وانتشار البؤس، انخفاض مستوى الطبي هو السبب في ممارسات سكان تلك المنطقة، أيضا فإن العلاقة بين المريض الهندي والطبيب هي علاقة أحادية البعد، تركز على العوامل المادية وتغفل العوامل الثقافية. لذلك فإن العلاقة تعتبر غير متوازنة، فعدم وضع البعد الاجتماعي والثقافي في بناء النظام الصحي ووظيفته والتي لا بد من أخذها أثناء تطبيق أي إصلاح كان هو السبب في انصراف سكان المنطقة عن مؤسسات الصحية.

كذلك نجد دراسة أخرى تدعم طرح هذا المدخل، المعنونة بـ "تحليل العمل الطبي: الممارسون العموميون، مرضى تعاطي الأفيون" للباحث «نيل ماك كيجاني Neil Mc Keganey» فيه ينبه الباحث لطريقة علاج هؤلاء المرضى داخل المستشفيات، الذي يتعامل معهم باعتبارهم مرضى بمرض مزمن، لذا يمتد مرضهم لفترة طويلة ولا يتم شفائهم نهائيا حتى الآن². بذلك أثبت هذه الدراسة أن هناك جماعات معينة من المرضى لها خصوصية مرضية واجتماعية معينة (سواء كانت خصوصية ثقافية أو علاجية)، هذه الخصوصية تحدد شكل التنظيم الطبي ونمط الأدوار التي تقدم عبره وفي كيفية التعامل مع هؤلاء المرضى.

¹ محمد الجوهري وآخرون: الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مرجع سابق، ص 47

² المرجع نفسه، ص 48

3- المدخل الإداري

ساهمت العلوم الإدارية بشكل فعال "في دراسة التنظيمات المختلفة ومنها التنظيمات الطبية، وهناك مساهمات بحثية عديدة حول إدارة التنظيمات الصحية، والبنية التنظيمية الطبية، والهياكل الإدارية للتنظيمات الطبية، وغيرها من المحاور التي استفاد بها علم اجتماع الإدارة وعلم الاجتماع الطبي في دراسة التنظيمات الطبية. وقد اهتم هذا الاتجاه بالصراع بين الهيئة الإدارية والطبية في المستشفى، والعلاقات التفاعلية بين أفراد الهيئة الإدارية والطبية.

لقد أضاف هذا الاتجاه أيضا في دراسة النظام الصحي أدوات منهجية جديدة تساعد في تحسين أدائه، كالاستعانة ببطاقات الرعاية الطبية خارج المستشفى، وبيانات الصحف عن الوفيات، فتحليل هذه البيانات لم يكن متاحا أمام الباحثين لدراسة كيفية استجابتهم للرعاية المقدمة لهم أو لمعرفة أسباب الوفيات بينهم. ففي بحث أجرته «مارجريت هيجنز راداني وهارولد لوفت» (Margret Higgins Randany & harlod Luft) أشارت إلى أنه من الضروري لأبحاث الخدمة الصحية وإصلاح النظام الصحي ضمن التخطيط الإستراتيجي للصحة أن نصف النماذج الجغرافية لدخول المرضى في المستشفيات المتعددة الغرض، وهذا يلزمه بيانات يتم الحصول عليها من إدارة هذه المستشفيات، وهذا غير متاح وقد تحدث مشكلات مع إدارات هذه المستشفيات عند طلبها، لهذا استخدم الباحثان تذاكر متابعة ورعاية المرضى طبيا خارج المستشفى، لإدارات هذه المستشفيات لا تراها ضمن مسؤولياتها، ومع استخدامهما لمعامل الارتباط الإحصائي بين نماذج تقديم الرعاية الصحية لثلاث نوعيات من المرض في أقسام الأطفال والنساء والتوليد، وأقسام البالغين، استطاعا أن تجدا علاقة بين السمات المميزة لكل مستشفى، ودرجة الارتباط السابقة، وأثبتت الدراسة ارتفاع معدلات الارتباط بين تقديم الرعاية الطبية ونمط الإدارة في هذه التنظيمات ونوعية المرضى فيها، في المستشفيات الريفية وغير المتخصصة، والمستشفيات الصغيرة والمتوسطة. وحديثا ظهرت دراسات حول دخول الكمبيوتر إلى إدارة التنظيمات الصحية، ومدى التقدم الذي سيحدثه في تطوير النظام الصحي، رغم هذا فمازال أصحاب هذا المدخل ينظرون للتنظيمات الصحية عبر الموضوعات الأولى لدراسته، ونعتقد أن الجديد فيها هو تغير أنماط هذه التنظيمات فبدلا من اختيارهم للمستشفيات اختاروا المراكز والأقسام الصحية المحلية، وبدلا من أن تكون مؤشراتهم كلها تنظيمية وإدارية، يضعون معها مؤشرات اجتماعية وصحية كالاحتياجات الصحية للمجتمع.

من ذلك نجد البحث الذي قام به «جيمس ستاندنكي وآخرون Games Studnicki et autre» أين حللوا العمل التنظيمي في الأقسام الصحية المحلية، متخذين أنشطة الصحة العامة كمعيار لتقدير العمل التنظيمي داخل هذه الأقسام، ويعود اختيارهم لهذه الأنشطة إلى أن مراكز التحكم في المرض ومكتب الصحة العامة والوقائية قد حددت عشرة أعمال تنظيمية يتم استخدامها حتى يتم التأكد من وصول برامج الصحة العامة للأفراد، ووجدوا أن جزءا كبيرا من مصادر القوة البشرية تركز جهودها في توصيل هذه البرامج، ونسبة قليلة هي التي تختص بتحليل الاحتياجات الصحية للمجتمع المحلي. وهذه مساهمة تعد هامة في سبيل تطوير النظام الصحي تعتمد كإصلاح أساسي وهو ضرورة تحليل الاحتياجات الصحية للمجتمع المحلي، من شأنه تطوير خطط وسياسات هذه الإدارات لتنفيذ برامج الصحة العامة ومواجهة الأمراض.

4- المدخل التفاعلي الرمزي

يعنى رواد التفاعلية الرمزية بصورة عامة بالسبل التي يفسر بها الناس عالمهم الاجتماعي وما يسبغون عليه من معان وإيحاءات، وقد طبق بعض علماء الاجتماع هؤلاء المقاربة على قضايا الصحة والمرض، في محاولة لفهم تجربة الناس للمرض وطريقة إدراكهم له، ومحاولة الإجابة على بعض الأسئلة التالية: ما هو رد الفعل واستجابة الناس عند سماعهم عن مرض خطير؟ وكيف يؤدي المرض إلى تشكيل حياة الناس اليومية؟ وما هو الأثر الذي يتركه العيش مع مرض مزمن على هوية الفرد الذاتية؟ ومن المنطقي الحديث عن ظهور التفاعلية الرمزية وأهم الأفكار التي تطرحها وأهم منطلقاتها النظرية التي تعتمد عليها في التحليل.

ظهر هذا المدخل في بداية الثلاثينات من القرن العشرين، وهي تبدأ بمستوى تحليل الوحدات الصغرى منها للوحدات الكبرى، أي تبدأ بالأفراد وسلوكهم كمدخل لفهم النسق الاجتماعي، فأفعال الأفراد تصبح ثابتة لتشكل بنية من الأدوار، ويمكن النظر إلى هذه الأدوار من حيث توقعات البشر بعضهم تجاه بعض من حيث المعاني والرموز، وأن المجتمع هو عبارة عن حجم معين من تفاعلات التي تجري بين أفراد، وركزت اهتمامها على التفاعل الرمزي المشكل عبر اللغة والمعاني والصور الذهنية، وعلى التنشئة الاجتماعية فهي ليست كما يتصورها منظرو المدخل البنائي الوظيفي بوصفها العملية التي يتم من خلالها نقل وتعلم القواعد الثقافية للأفراد بصفة عامة، إنها نتيجة عملية التفسير - توزيع المعنى بين الناس - والموجودة في كل تفاعل اجتماعي، فشخصياتنا يتم بناؤها من خلال ما تعنيه عملية التفسير.

ومن أبرز مؤسسي هذا المدخل «جورج هربرت ميد George H Mead» عالم اجتماع أمريكي، والذي ينطلق من مسلمة أساسية هي أن الإنسان شأنه شأن الأنواع الحيوانية الأخرى فهو كائن نشط وفعال، وأن جميع الأنواع الحيوانية تمارس حركات وإشارات وتصدر أصواتا في استجابتها لبعضها البعض، لكن النوع الإنساني فقط الذي هو سرعان ما يحول تعبيرات الوجه أو الإشارات إلى رموز وأصوات وأفعال تنطوي على معنى، وحينما يصبح للرمز معنى مشتركا تسمى رموزا اجتماعية تكتسب من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين¹. بالتالي فالتفاعلية الرمزية يؤكد بأن المجتمع يشكل الأفراد ويكون سلوكهم، كون أن التفاعل مع الآخرين هو أكثر العوامل أهمية في تحديد السلوك الإنساني. لقد طور هذا المدخل «هربرت بلومر H. Blumer» ومن أبرز مؤلفاته كتاب حمل عنوان "التفاعلية الرمزية"، حيث عرف التفاعل الرمزي بأنه "خاصية مميزة وفريدة للتفاعل الذي يقع بين الناس، وما يجعل هذا التفاعل فريدا هو أن الناس يفسرون ويؤولون أفعال بعضهم بدلا من الاستجابة المجردة لها، إن استجابتهم لا تصنع مباشرة وبدلا من ذلك تستند إلى المعنى الذي يلصقونه بأفعالهم"².

لقد اهتم أصحاب هذا المدخل عموما بتحليل المرض باعتباره "حالة معاشة"، ذلك بدراسة الأساليب التي يتكيف بها المرضى مع حالتهم خاصة الذين يعانون من أمراض مزمنة، فبعض الأمراض تتطلب معالجات ومتابعات منتظمة قد تؤثر على الروتين اليومي لحياة الناس حولهم، كحالات غسيل الكلى وتناول الأدوية و الأنسولين...، كما أن هناك أمراضا أخرى قد تكون بعض أثارها مفاجئة وغير متوقعة، أو تكون أعراضها السلوكية مثيرة للحرج لدى أهل المريض وحتى على المريض نفسه، مما يتطلب من أهل المريض اتخاذ خطط واستراتيجيات معينة لمواجهة مثل هذه المواقف من جهة، وإعادة هيكلة حياتهم اليومية من جهة أخرى. كما حاولوا تحليل ومناقشة الكيفية التي يتمكن بها المرضى المزمنون من إدارة مرضهم أو التعامل معه في سياق حياتهم الشخصية والاجتماعية³.

¹ محمود عوده: مرجع سابق، ص 96

² محمد عبد الكريم الحوراني: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع التوازن التفاضلي صيغة توليفية بين الوظيفية والصراع، دار مجدلاوي، عمان، ط1،

2008، ص 29

³ أنتوني غدنز: مرجع سابق، ص 243

ثالثا: المقاربة النظرية المقترحة للدراسة

رغم أننا عاجلنا في هذا الفصل كل مدخل من المداخل السابقة، فإن اللجوء إلى نظرية بعينها لتفسير وتحليل ظاهرة سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر من شأنه أن يحد من نظرة الباحثة إليها ويقلل من مصداقية تفسيرها لها، وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى الوقوع في نزعة اختزالية ضيقة.

إن التركيز على مقارنة نظرية واحدة في البحث لا يمكن إلا من رؤية جزئية للمشكلة المدروسة، فثمة حاجة ماسة لتجاوز إطار الرؤية الذي تقدمه نظرية من النظريات، بغية الوصول إلى نظرة أشمل وأكمل، وهو الأمر الذي يفرض نفسه خاصة عندما يتعلق الأمر بدراسة المشكلات الاجتماعية الكبرى، كمشكلة الصحة والمرض، فهي ذات وجوه متعددة.

وللاعتبارات السابقة، سنتبنى في دراستنا لموضوع سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر مقاربة نظرية متعددة المداخل*، كون الطبيعة المعقدة والمتشعبة للمنظومة الصحية وتعدد واختلاف محددات الصحة (اجتماعية، اقتصادية، ثقافية وتربوية)، تتطلب منظورا متكاملا لفهم وتفسير إصلاحات النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية بمختلف مؤشراتهما، كما أن اللجوء إلى أكثر من نظرية في دراسة الظاهرة له فائدة كبيرة، إذ يسمح تعدد النظريات للباحث باختبار البيانات والمعلومات المجموعة في الدراسة عن طريق أكثر من نظرية، ويساعد على تفسير النتائج عن طريق أكثر من منظور، مما يجعل التفسير المتوصل إليه أقرب إلى الدقة والصواب، فضلا عن ذلك فإن توظيف أكثر من نظرية في دراسة الظاهرة نفسها يجعل الدراسة والتحليل أكثر عمقا ويزيد من مصداقية النتائج المتحصل عليها، ويمنع الباحث من التحيز إلى نظرية معينة وتجاهل نظريات أخرى.

* تشكل المقاربة النظرية متعددة المداخل أحد أنواع التعدد المنهجي الذي يتكون من خمسة أنواع رئيسة وهي: تعدد النظريات، تعدد المناهج، تعدد الملاحظين، تعدد أدوات جمع البيانات وتعدد مصادر البيانات. فيسمح تعدد النظريات بتفسير الظاهرة والنظر إليها زوايا مختلفة، مما يجعل التفسير المتوصل إليه أقرب إلى الدقة والصواب، فرغم وجود الكم الضخم من النظريات، فإنه ليس هناك نظرية تغطي بقبول كافة المتخصصين في أي فرع من فروع العلوم الاجتماعية، كما يساعد تعدد المناهج وأدوات جمع البيانات أيضا تعدد مصادر الحصول عليها، في تلافي القصور الموجود في كل منهج، أداة، مصدر. للمزيد في هذا الصدد أنظر: - عبد العزيز عبد الله الدخيل: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية انجليزي عربي، دار المناهج للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، ط1، 2014، ص64

- سامي عبد العزيز الدامغ: التعدد المنهجي: أنواعه ومدى ملائمته للعلوم الاجتماعية، مجلة العلوم الاجتماعية، الصادرة عن مجلس النشر العلمي للجامعة الكويت، الكويت، مجلد 24، عدد 04، 1996، ص-ص 108-109

الفصل الثالث :

المجتمع الجزائري قبل وبعد الغزو الفرنسي له : نحو قراءة سوسيو- تاريخية لظروف إنتاج التخلف الصحي

تمهيد

أولاً: المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني

1 - البنية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الجزائري خلال العهد العثماني

2 - الوضع الصحي والسكاني للمجتمع الجزائري خلال العهد العثماني

ثانياً: دخول فرنسا للجزائر وسياساتها الاستعمارية الاقتصادية والاجتماعية

1 - آليات تطبيق السياسة الاستعمارية الاقتصادية والاجتماعية:

2 - آثار السياسة الاستعمارية: تبعية وتكوين شروط التخلف الصحي:

ثالثاً: النظام الصحي الفرنسي في الجزائر وإستراتيجية الاحتواء

1 - النظام الصحي العسكري (1830- 1850)

2 - النظام الصحي المدني (1851- 1945)

3 - النظام الأهلي (1946- 1962)

رابعاً: النظام الصحي لثورة التحرير الوطني (1945- 1962)

1 - نشأة النظام الصحي للثورة

2 - تطور النظام الصحي للثورة بعد 1956

تمهيد:

حتى نفهم التاريخ الوبائي والوضع الصحي للمجتمع الجزائري، لابد من تحليل العملية التاريخية التي بموجبها ولد التخلف الصحي. في هذا الإطار، فإن محاولتنا التحليلية في هذا الفصل، تسعى لإعادة التفكير في الإشكالية الصحية في الجزائر من منظور بنائي تاريخي، من خلال ربط تكوين بنية التخلف الصحي والوضع الوبائي وتراكمه بالعوامل التاريخية التي أنتجته، هذا يعني أن الفصل مكرس لدراسة وتحليل القضية الأساسية المتعلقة بدراسة كيفية تكوين شروط التخلف الصحي والآثار الاجتماعية الصحية المترتبة عن ذلك، أين تأثرت البنيات التقليدية للمجتمع الجزائري بالسياسة الاستعمارية التي طبقتها فرنسا، وفقدانها للكثير من الوظائف الاجتماعية التي كانت تقوم بها.

وبناء على ذلك، فإننا في هذا الفصل خصصنا العنصر الأول للتعرف على البناء الاجتماعي للمجتمع الجزائري قبل الغزو الفرنسي، قصد فهم ورصد حجم التغيرات التي حدثت على هذه البنية بعد عملية الاحتلال الاستيطاني الفرنسي، ثم نتناول في العنصر الثاني عملية دخول الاستعمار الفرنسي في الجزائر وشروط إنتاج التخلف الصحي، ذلك من خلال التعرف على مختلف الآليات التي استخدمها هذا الاستعمار في المجال الاقتصادي (الصناعي والزراعي) والاجتماعي وحتى الثقافي، وما ترتب عن ذلك من تدهور للمستوى الاجتماعي الصحي وتخلفها مع تبعية اقتصادية، وكيف حاولت السياسة الصحية الفرنسية استخدام الطب كوسيلة لتكريس الهيمنة الاستعمارية وكإستراتيجية لاحتواء الجزائريين للقضاء على الثورة التحريرية، وأخيرا، سنحاول إبراز ملامح النظام الصحي الجزائري وكيفية ظهوره أثناء الثورة التحريرية والذي كان لبنة أساسية لتطوره بعد الاستقلال.

أولاً: المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني

إذا كان لا بد علينا أن نفهم التغييرات البنائية التي حدثت على بنية المجتمع الجزائري بعد عام 1830 أي بداية الحملة العسكرية الفرنسية على الجزائر، وفهم ظروف الاستعمار وما نتج عن تغلغل الرأسمالية في المجتمع الجزائري على بنياته الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية، أفقد هذا المجتمع الآليات التقليدية التي كانت تسمح له بالحفاظ على مستوى معين من الصحة وتحقيق توازن ديموغرافي، لذلك تعرض لانهيئات ديموغرافية كبيرة بسبب الأمراض والمجاعات التي كانت تهدد بقاءه، فإنه يتعين علينا أولاً أن نوضح في البداية، كيف كانت البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري قبل الدخول الفرنسي؟ وما هو نمط المرض الذي كان يعرفه المجتمع الجزائري؟ وهل كان في ذلك الوقت ما يمكن أن نسميه نظام صحي؟ وإذا كانت الإجابة بنعم كيف كان هذا النظام الصحي؟.

إن الإجابة على هذه الأسئلة تعطي لنا صورة كيف كانت البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وكيف أصبحت في هذه المرحلة التاريخية. وبالتالي ستسمح لنا بتتبع حلقات تكوين حالة التخلف خاصة التخلف الصحي والتبعية البنائية التي تميز المجتمع الجزائري.

1- البنية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الجزائري خلال العهد العثماني

تميز المجتمع الجزائري قبل مرحلة الغزو الفرنسي بوجود بنية اجتماعية متميزة، حيث كانت الجزائر مقسمة إلى أربع ولايات إدارية (بايلك) وهي¹: - دار السلطان - التيطري - بايلك الغرب - بايلك الشرق وكان كل «بايلك» مقسماً إدارياً إلى عدة مناطق وكل منطقة يترأسها «قايد» وكل قايد له سلطة على قبيلة يترأسها شيخ من مجلس الشيوخ يسمى «الجماعة»، وكل مجمع يتشكل من عدة عائلات.

كما كان التنظيم الاجتماعي أثناء العهد العثماني يضم عدة طبقات، الطبقة الأولى هي الطبقة الأرستقراطية تضم الجيش الانكشاري، والأفراد المنحدرين من آباء أتراك وأمهات جزائريات (الكراغلة)، أما الطبقة الثانية تتشكل من الجاليات الغير مسلمة من مسيحيين ويهود، فقد شكلوا فئة التجار الوسطاء يضاف إليهم النازحون من الأندلس ومن

¹ Jean-Claude Vatin: L'Algérie politique: histoire et société, édition MAARIFA, Alger, 2010, p 91

محاكم التفتيش الاسبانية ليشكلوا برجوازية احتكرت الصناعة المحلية، أما الطبقة الثالثة تضم الجزائريون الذين أسندت إليهم الوظائف الحقيرة من خدم للبيوت إلى حمالين ومنظفي الشوارع¹. أيضا تميز الواقع الاجتماعي للمجتمع الجزائري بازدواج نمط الحياة الحضري والبدوي، غير أن الحياة الحضرية ليست مدينية بوجه الحضر بل ريفية إلى حد كبير، إلا أنها توفرت على بعض التجمعات السكنية المدينية أكبر من تلك التي كانت في الريف، كما كان العدد الأكبر من سكانها حوالي 95% بالريف فيما توزعت 5% الباقية على المدن. عرفت المدن توزيعا جغرافيا غير متكافئ للسكان، إذ تركز العدد الأكبر من السكان بالجهات الغربية على عكس الناحية الشرقية، كما ضمت عائلات حضرية عرفت بالعائلات البلدية، وهي العائلات التي تعود أصولها إلى الفترة الإسلامية، وما انظم إليهم من أندلسيين وأشراف، يؤلف هؤلاء فئة ميسورة أطلق عليها اسم الأعيان، وظهر فيها ملاك الأرض والصناع المهرة²...، أما بالريف الذي يضم معظم السكان، فإن البناء الاجتماعي القبلي هو المسيطر، فقد ظلت القبيلة هي الوحدة الأساسية، حيث تخضع كل قبيلة لشيخها رئيس القبيلة، وأهل الرأي فيها (مجلس الشيوخ)، تفرعت كل قبيلة على عدد من الدواوير (القرى)، وضم كل دوار عددا من العائلات، تقوم كل منها على رابطة الدم.

وفي ذات السياق تجدر الإشارة، أنه لم يكن للجزائر في عهد الأتراك اقتصاد مبني على أساس سليم يمكن تنميته بخطط ومشاريع زراعية أو صناعية، ولم يشجع الأتراك أية حركة اقتصادية منتجة، ولم يوظفوا الثروات التي جنوها من الصراع البحري ضد المسحيين ومن الضرائب والجبايات لتطوير البلاد وتنمية أوضاعها الاقتصادية والاجتماعية، بل اعتبروا الجزائر قاعدة للغزو وحياسة الغنائم، ومصدرا لتحصيل الضرائب والمغرم³. كانت الزراعة في الجزائر تعتمد على الطرق التقليدية (المحراث، المنجل)، أما الإرواء الزراعي فكان يعتمد على مياه الأمطار لعدم توفر الخزانات والقنوات الاروائية، فضلا عن أن معظم الأنهار موسمية الجريان لذلك دأبت القبائل على حرث جزء من أراضيها، بينما تترك

¹ رشيد زوزو: الهجرة الريفية في ظل التحولات الاجتماعية الجديدة في الجزائر (1988-2008)، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الدولة في علم اجتماع التنمية، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة منتوري قسنطينة، إشراف راجع كعباش، (2007-2008)، ص 133 (بحث غير منشور)

² ناصر الدين سعيدوني والشيخ المهدي بوعبدلي: الجزائر في التاريخ: العهد العثماني، ج4، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984، ص 97

³ بشير بلاح: تاريخ الجزائر المعاصر (1830-1989)، ج1، دار المعرفة، الجزائر، 2006، ص 24

الباقى بورا وفقا لطريقة المناوبة¹. أما تربية الماشية، فكان يجري الاهتمام بها بشكل كبير، ولاسيما الأغنام، إذ كانت تعد الإنتاج الأساسي للبلد، وتدر على الفلاح والبلد ثروة كبيرة، تقدر بنحو (7 - 8) ملايين رأس، مع توفر الماعز والأبقار والجمال والخيول².

لقد تميزت البنية الاقتصادية للمجتمع الجزائري بمظاهر النمو الاقتصادي، ذلك أن الجزائر كانت تتصف بأنها بلد زراعي، إذ كان اقتصادها يستند إلى نشاطين أساسيين هما: زراعة الحبوب وتربية الماشية، وكانت نسبة هذين النشاطين تتغير تبعا للاتجاه شمالا أو جنوبا للبلاد، أما في السهول الداخلية المرتفعة فقد كان النشاطان متشابكين يدعم الواحد منهما الآخر، كما كانت الجزائر تعد من بين البلدان الرائدة في تصدير القمح لأوروبا مما جعلها تقدم قروضا ومساعدات لفرنسا نفسها.

كما تشير دراسات التاريخ الاقتصادي للمجتمع الجزائري أثناء تلك الفترة إلى أن وسائل الإنتاج كانت مكونة من أدوات العمل الزراعي في الأرياف، أما في المدن فشملت الأدوات الحرفية والورش العامة، وبعض الوسائل الأخرى في المشاغل. وإذا قمنا بتحليل علاقات الملكية لتتعرف على طبيعة النظام الاقتصادي خلال الحكم العثماني في الجزائر والذي دام من 1518 إلى 1830، فلا بد أولا من أن نشير إلى الواقع الأيديولوجي في الجزائر قبل سنة 1830، حيث كانت الرابطة الإسلامية التي تربط الجزائر بالباب العالي (تركيا)، وهي رابطة الخلافة الإسلامية والملكية في الإسلام هي «الله» في المقام الأول وفي المقام الثاني للخلافة الإسلامية، وانطلاقا من هذه القاعدة يمارس خليفة المسلمين ملكية فوقية على كل الأرض في البلاد الإسلامية، وكان الداى هو ممثل الباب العالي للخلافة الإسلامية في الجزائر ما قبل الاستعمار، ولقد كان لهذا كله آثار على نطاق نظام الملكية في الجزائر الأمر الذي أفرز أنماطا جديدة من الملكية تتمثل في ما يلي³:

¹ مؤيد محمود حمد المشهداني وسلوان رشيد رمضان: أوضاع الجزائر خلال الحكم العثماني (1518-1830)، مجلة الدراسات التاريخية والحضارية،

الصادرة عن جامعة تكريت، العراق، المجلد 05، العدد 16، 2013، ص 422

² المرجع نفسه، ص 422

³ Abdellatif Benachenhou: Formation du Sous Développement en Algérie: Essai sur les limites du développement du capitalisme (1830-1962), Office des Publications Universitaires, sixième édition, Alger, 2009, p 29, 30, 31

أ- أراضي القبيلة أو العرش: هي الأراضي التي يعود التصرف فيها إلى أفراد القبيلة أو العرش، حيث يقومون باستغلالها جماعيا وعلى نحو مشاع بين أفرادها، إذ لكل بيت نصيب حسب الإمكانيات والحاجة، مع ترك جزء من الأرض للاستغلال الجماعي في شكل مراعي أو تركه بورا لتحدد خصوبتها.

ب - أراضي الوقف: وهي الأراضي التي أوقفت للإنفاق على الأعمال الخيرية، أو لرعاية المؤسسات الدينية أو الخاصة بالمساجد والزوايا والأضرحة.

ج- أراضي الملك: هي الأراضي التي يستغلها أصحابها بشكل مباشر، ولهم حق التصرف فيها بكل حرية، سواء ببيعها أو تأجيرها أو إهدائها أو تركها للورثة.

د- أراضي العزل: هي تلك الأراضي التي يصادرها أو يشتريها الباي من القبائل أو يتنازل عنها لصالح كبار الموظفين وزعماء القبائل الموالية له وتدعى « قبائل عزل »، كذلك المزارعين الذين يدفعون الإتاوات المفروضة عليهم¹.

بناء على ما سبق، فإننا نجد أن اهتمام الحكم العثماني في الجزائر كان منصب على التفكير في كيفية زيادة حصص اقتطاع الضرائب، سواء على الأراضي أو المواشي أو على المحاصيل أو العقارات أو مختلف الأنشطة الحرفية، كما انحصر النشاط الاقتصادي للعثمانيين في الجزائر على النشاط التجاري، وذلك بتصدير بعض المنتجات الجزائرية من القمح والمرجان...، وفتح الجزائر أمام الشركات الأجنبية رأس المال التجاري الأوربي، حيث عقدت الإدارة العثمانية في الجزائر عدة اتفاقيات تجارية مع عدة دول أجنبية خاصة مع الحكومة الفرنسية، سمحت للشركات الأجنبية بصيد المرجان في العديد من المدن الساحلية الجزائرية، وبذلك تكون الإدارة العثمانية قد كرست وجود الرأسمالية التجارية الأوربية في الجزائر، وهو ما نستشفه فيما ورد في تقرير وزير الحرب الفرنسي الجنرال « كليرمون تونير Clermont Tonnerre » إلى شارل العاشر في سبتمبر 1827 "... توجد مراسي عديدة على السواحل الجزائرية الطويلة التي يعتبر الإستلاء عليها مفيدا لفرنسا، وتحتوي أراضي الجزائر مناجم غنية بالحديد والرصاص، وتزخر بكميات هائلة من الملح والبارود، إلى جانب الكنوز المكسدة في قصر الداوي وتفوق قيمتها 150 مليون فرنك² ... ". وفي نفس الوقت قال وزير الحربية الفرنسية

¹ Ibid, p 29

² بشير بلاح: مرجع سابق، ص 49

الجنرال «جيرار» Gérard « فور نزول القوات الفرنسية بالجزائر: "إن هذا الاحتلال يستند إلى ضرورات هامة، ويرمي إلى فتح منفذ واسع لتصريف بضائعنا.¹ " لقد تطلب تحقيق أهداف الاستعمار الفرنسي، تبني سياسة اقتصادية واجتماعية وثقافية استعمارية استيطانية، هدفها تدمير بنية المجتمع الجزائري والقضاء على شروط إعادة تكوينه، واحتواءه في نطاق علاقات اقتصادية رأسمالية، حيث تمثل تجربة الاستعمار الاستيطاني أسوأ التجارب الاستعمارية، وظلت ترمز إلى فترة من الاستغلال ومحاولات طمس الهوية الوطنية عبر السعي إلى تغيير الواقع المحلي القائم بكل الوسائل أبرزها تمسك المستوطنين بالأراضي والثروات، وعرقلة مسار تحرر الشعوب وإفشال كل مشروع تنموي موجه لها، وفرض نمطا جديدا من الحياة المستوردة.

2- الوضع الصحي والسكاني للمجتمع الجزائري خلال العهد العثماني

في البداية، لا بد من الإشارة إلى أن هناك قلة في المعطيات التاريخية المتعلقة بالوضع الصحي والسكاني للمجتمع الجزائري قبيل الاحتلال، لكن بالرغم من ذلك، فإن المعطيات التاريخية المتاحة تسمح لنا بتكوين صورة عن الوضع السكاني والصحي العام.

بالنسبة لعدد سكان الجزائر خلال العهد العثماني - كما سبق وأشرنا - لا يوجد رقم يحدد عدد سكان الجزائر بدقة، بحيث يكون هذا العدد محل إجماع المؤرخين، لكن أغلب المؤرخين يتفقون على أن عدد سكان الجزائر خلال العقد الأخير من العهد العثماني يقدر بـ 3 ملايين نسمة². أما لقد كان الوضع الوبائي في الجزائر قبل عام 1830، اعتمادا على تقارير بعض الرحالة من الأطباء الأوربيين، الذين تعرفوا في تلك الفترة على أحوال المجتمع الجزائري، بأن الجزائر كانت تعتبر بيئة صحية خالية من الأمراض والأوبئة المعدية، وأن بعض الأوبئة التي كانت منتشرة آنذاك كانت نتيجة علاقة الجزائر بأقطار بلاد المشرق العربي وبلاد السودان وجنوب المغرب الأقصى وبعض المناطق بأوروبا التي تنتقل منها الأمراض والأوبئة المهلكة³.

¹ المرجع نفسه، ص 49

² Salah Ferkous: Aperçu de l'Histoire de l'Algérie des phéniciens à l'indépendance, Dar El-Ouloum, Annaba, 2007, p 130

³ ناصر الدين سعيدوني: النظام المالي في أواخر العهد العثماني، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ط2، 1985، ص ص 53-54

ومع هذا فإن الجزائر تعرضت لأوبئة وأمراض فتاكة في العديد من المرات، لعل أبرزها وباء الطاعون الذي أصبح متجذرا في البلاد خاصة في القرن الثامن عشر، فقد تسلط على سكانها بشدة وتواتر ظهوره الذي يتميز بانتشار سريع، مما أدى إلى شمولية الأوبئة وانتشارها الجغرافي محدثا كارثة ديموغرافية مست كل الشرائح الاجتماعية، الحكام المحكومين، إضافة إلى الأجانب و الأسرى الموجودين بالبلاد¹. غير أن هذا المرض عرف جمودا نسبيا أثناء العشرية الأخيرة من الحكم العثماني للجزائر، إذ تحسن الوضع الصحي مؤقتا نتيجة بعض الإجراءات الاحترازية المتخذة من طرف بعض الحكام، وقد تسببت أوبئة الطاعون في تراجع ديموغرافي لا يستطيع تقدير حجمه لانعدام الأرقام الموثوق بها².

وعليه يمكننا القول، أن تفحص التاريخ الوبائي والديموغرافي للمجتمع الجزائري قبل الاحتلال، يبين أن الجزائر كانت تعرف سلسلة من الأوبئة والمجاعات نتيجة الكوارث الطبيعية كزحف الجراد، اشتداد الضائقة الاقتصادية بفعل إتلاف المحاصيل الزراعية، والتي كانت تحتاحه على شكل دورات وبائية، مما كان يؤدي إلى ارتفاع معدلات المراضة والوفيات. لكن الأمر الآخر الذي يهمنا هو البحث عن طبيعة النظام الصحي الذي كان سائدا في تلك الفترة، ومدى اهتمام الحكام برعاية وحفظ صحة السكان والمرافق الصحية المسخرة لذلك، فحسب بعض المصادر التاريخية، فإن النظام الصحي الذي كان سائدا خلال تلك الفترة، كانت تشرف عليه الدولة وتموله الأوقاف الإسلامية و كان يعرف باسم « الطب العربي»، وقد ذهبت أيضا «لاكوست Y. Lacoste» إلى القول: «إن النظام الصحي في الجزائر قبل عام 1830، لم يكن منظم بشكل دقيق، وكانت الزوايا هي التي تقوم بتحقيق وظائفه، حيث أخذت على عاتقها مهمة جمع التبرعات والزكاة لإعانة الفقراء والمرضى والعجزة، وكذا المرضى الذين لم تستطع أسرهم على علاجهم، وكانت مؤسسات الأوقاف عمدت في إنقاذ من لا يجدون قوتهم، وكان العديد من شيوخ الزوايا يعالجون المرضى بالطرق البدائية باسم البركة³».

¹ فلة موساوي القشاعي: الصحة والسكان في الجزائر أثناء العهد العثماني وأوائل الاحتلال الفرنسي (1518-1871)، أطروحة دكتوراه دولة في

التاريخ الحديث والمعاصر، قسم التاريخ، كلية العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر إشراف ناصر الدين سعيدوني ودانيال بانزاك، (2003-2004)، ص 24، (بحث غير منشور)

² المرجع نفسه، ص 24

³ عياش وهوا: التنمية والتحول الصحي- الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة (1830-2002)، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، إشراف خليفة بوزيرة، (2004-2005)، ص 234 (بحث غير منشور)

ومن ناحية أخرى، فإن الإدارة العثمانية كانت تلجأ لحفظ صحة الأفراد إلى الحجر الصحي عند تفشي الطاعون والأمراض المعدية الأخرى، بينما يتمتع كبار الموظفين في الدولة برعاية طبية، حيث يتخذون لأنفسهم أطباء خاصين بهم يستقدمونهم من أوروبا أو من الأسرى. وهو ما يعكس حرص الحكم وجهود السلطة العثمانية على الحد من خطورة تلك الأوبئة، والتقليل من أضرارها بمختلف الوسائل، كإتباعهم نظام الحجر الصحي كما أشرنا له ولمدة أربعين يوما، وكذلك بالنسبة للحجاج والمسافرين على حد سواء، مع فرض الرقابة الصارمة على المناطق المصابة بمثل هذه الأمراض المعدية بغية عزلها عن باقي الجهات¹. لكن ما يلاحظ أيضا أن الحكام اهتموا كثيرا بصحتهم الخاصة وصحة حاشيتهم مع أنهم لم يشجعوا دراسة الطب في المدارس ولم ينشؤا أكاديميات طبية للبحث، لكنهم انتدبوا أطباء أوريين مسحيين من الأسرى من أجل العلاج والرعاية الصحية، حيث روي أنه كان للباشا بابا علي طبيب جراح يدعى «لوجي دي تاسي R.de Thassi» والذي وقع أسيرا، كما كان للباشا حسين طبيب انجليزي يدعى «بودوين Boudouine»، وقد عرف صالح باي أنه اشترى طبيبا إيطاليا «باسكال قاميزو P.Camiso» فالأمر الذي يتضح أن الباشاوات والبايات يؤمنون بقيمة الطب الأوربي كونهم يجلبون الأطباء لأنفسهم، تاركين العامة للطب التقليدي².

أما بالنسبة لعدد الأطباء وتوزيعهم، فيذكر المؤرخ الجزائري «أبو القاسم سعد الله» أن عددهم غير كاف، ويشير إلى وجود محلات خاصة لعلاج المرضى وهي محلات متواضعة كما يفهم من عبارة «دكان طبيب»³. وفيما يخص المعطيات المتعلقة بعدد المستشفيات، نجد أن مدينة الجزائر كانت بها بعض المؤسسات الطبية المتواضعة والتي كانت خاصة بالأسرى المسيحيين، ومنذ النصف الثاني من القرن السادس عشر سمح حكام الجزائر للمنظمات الدينية المسيحية بإنشاء مستشفيات لرعاية الأسرى، هكذا ففي عام 1551 أنشأ الراهب «سيبستيان Sebassetein» أول مستشفى في الجزائر، ثم أنشأ بعده الراهب «كبوشي Kaboushi» مستشفى آخر عام 1575، وظلت المؤسسات الدينية المسيحية

¹ محمد الزين: نظرة على الأحوال الصحية بالجزائر العثمانية في أواخر عهد الدييات، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، الصادرة عن جامعة غرداية،

بغرداية، الجزائر، العدد السابع عشر، 2012، ص 132

² نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص-ص 94-95

³ أبو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ط1، 1998، ص 417

تعتني برعاياها، حيث وقع الداوي شعبان على ميثاق المستشفيات المسيحية بينه وبين الراهب « جوزيف كيرا لت Josef K. » عام 1694 المسير لتلك المستشفيات والتي أقيمت حيث وجد الأسرى المسيحيون، فكان هناك مستشفيات بسجن الباشا، وثالث بسجن الديوان ورابع بسجن شبلي، ورغم ما اتصفت به هذه المرافق الصحية من تواضع في السعة ومحدودية الإمكانيات، إلا أنها قامت بخدمة الأسرى المسيحيين خاصة في فترات الأوبئة¹.

ثانيا: دخول فرنسا للجزائر وسياساتها الاستعمارية الاقتصادية والاجتماعية

في الواقع أن احتلال فرنسا للجزائر وسياساتها الرامية إلى جعل الجزائر فرنسية، كانت لها تأثيرات على البنية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري، مستخدمة في ذلك كل الأساليب والوسائل العسكرية والاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية والدينية، هذه الآليات كان من شأنها، ومس الوحدة الاجتماعية وخلخلت النسيج الاجتماعي، وأقام في مقابل ذلك نظاما رأسماليا استعماريًا، يقوم أساسا على الاستغلال والنهب، حيث أن هذا الاستعمار الاستيطاني لم يكتف بنهب موارد الثروة الوطنية، بل ضرب بشكل عنيف إمكانية التطور، أي أن عدم تصنيع المجتمع الجزائري المستعمر، لم يكن من قبيل الصدفة بل فرض عمدا بمنع تزويدها بالآلات والمهارات التي قد تفضي إلى منافسة الصناعة الأوربية، إنما إلى توفير إنتاجا يلبي حاجات النمو الاقتصادي للمستعمر (فرنسا)، ولعل أبرز ما نتج عن هذه السياسة الاستعمارية، فقدان المجتمع الجزائري لبنيته الداخلية الحيوية وأدمج في علاقات اجتماعية واقتصادية جديدة ذات طابع كولونيالي، لا يمتلك القدرة على السيطرة عليها وإنما أصبح خاضعا وتابعا.

كل هذه العوامل وغيرها، ساهمت في تكوين شروط اقتصادية واجتماعية جديدة كرسّت علاقات غير متكافئة بين نظام رأسمالي كولونيالي دينامي، ونظام اجتماعي تقليدي يتعرض للتغيير وإعادة بناء وفق أهداف رأسمالية كولونيالية معلنة بذلك بداية تكوين التخلف خاصة منها التخلف الصحي، سنحاول توضيح آليات السياسة الاستعمارية الاجتماعية والاقتصادية التي استخدمها الإدارة الاستعمارية وإبراز الآثار الاجتماعية الصحية وغيرها المترتبة عنها.

¹ نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 95 - 96

1- آليات تطبيق السياسة الاستعمارية الاقتصادية والاجتماعية

اتبعت فرنسا سياسة الاحتلال الجزئي من 1830 حتى سنة 1840، حيث بدأت هذه السياسة تفسح المجال لسياسة الاحتلال الشامل، كما أصدرت فرنسا قرار 22 يوليو 1834 الذي نص على اعتبار "الجزائر هي ممتلكات فرنسية في إفريقيا الشمالية"، وحدد ذلك دستور 12 نوفمبر 1848 اعتبار "الجزائر فرنسية" وهنا اتخذت فرنسا كل الإجراءات الخاصة بخلق مجتمع استيطاني في الجزائر، وهو الأمر الذي تطلب خلخلة توازن مختلف بنیان المجتمع الجزائري، فمن الآليات الاقتصادية هو إدخال الملكية الفردية وتفتيت البنية الاقتصادية للمجتمع، والتي توالى معها صدور القرارات والقوانين المغتصبة لأموال الجزائريين وتحويلها إلى المعمرين الوافدين عليها ذلك بهدف تفجير الجزائريين وإجبارهم على الهجرة وترويضهم سياسيا عن طريق الاقتصاد، أما الآليات غير الاقتصادية، فقد تمثلت في القوة العسكرية، طرق القمع، النهب والإبادة الجماعية. والتي سنتناولها بالتفصيل كما يلي:

أ. السياسة الاستعمارية و البنية الصناعية

تشير الكتابات التاريخية إلى أن النشاط الصناعي في الجزائر كان يتمركز في العديد من المدن الجزائرية، والتي كانت مزدهرة آنذاك مثل وهران، الجزائر، قسنطينة، عنابة وتلمسان، فلقد كانت مدينة قسنطينة وحدها فقط عام 1840 حسب ما ذكره المؤرخ «روزيت Rozete»، تحتوي على 33 معملا لصناعة الجلود و75 مصنعا للسراجين، و167 مصنعا للإسكافيين. ويمكن أن نعطي صورة واضحة عن الإنتاج الصناعي في الجزائر قبل المرحلة الاستعمارية، حيث يمكن أن نميز بين ثلاث أشكال :

✓ شكل الإنتاج الحرفي.

✓ شكل الإنتاج البيلكي .

✓ شكل الإنتاج ما قبل المانيفكتوري.

فالنسبة للإنتاج الحرفي والتي تمثلت في الصناعات اليدوية والتي ندلل على مدى تطورها من خلال الأعداد الهائلة من الأيدي العاملة في المجال الحرفي، والتي بلغ بها الأمر إلى حد انتظامهما في شكل طوائف مهنية، حيث نجد طوائف مهنية

للمحاسين وأخرى لصناعة الأحذية...، أما شكل الإنتاج البيليكي، ومعناه أن هذا النشاط الصناعي الإنتاجي يخضع للمراقبة المباشرة من طرف الدولة في الجزائر، وهو قطاع مملوك للدولة ويتركز هذا الشكل من الإنتاج في تلك الفروع الإنتاجية التي تخدم سلطة البيليك، مثل بناء السفن خاصة منائي جيجل وشرشال. وشكل الإنتاج الصناعي ما قبل المانيفكتوري فكان ينتشر في كل المناطق الحضرية وحتى في المرتفعات الجبلية، وكان يمارس كنشاط منزلي، فنجد كل أفراد العائلة يباشرون العمل الإنتاجي من آباء وأمهات وحتى الأطفال .

لقد كانت هذه الأشكال الإنتاجية قبل المرحلة الكولونيالية تحقيق الاكتفاء الذاتي لسكان الجزائر، والذي كان ليتطور بشكل أفضل لولا تدخل الاستعمار الفرنسي ليجهز على العديد من تلك الصناعات من خلال مجموعة من التشريعات التي بدأ في إصدارها، فقد أصدر عام 1868 قانونا ألغى بموجبه نظام الطوائف المهنية التي كانت منتشرة عبر الجزائر. وهكذا فقد نتج عن إلغاء الطوائف المهنية اختفاء العديد من الصناعات فنجد مثلا على سبيل الذكر لا الحصر أن عدد الخياطين كان يعد سنة 1848 في مدينة تلمسان وحدها فقط 500 خياط، لم يبق منها سوى 160 خياط عشية الحرب العالمية الأولى، أما في مدينة قسنطينة والتي كانت تضم سنة 1840 حوالي 33 ورشة لصناعة الجلود، فلم يبق منها سوى ورشة فقط سنة 1912.¹

بذلك تكون قد تمكنت السلطات الفرنسية من القضاء على تلك التنظيمات الحرفية، وتفريق الحرفيين والصناع وتحويل المواد الأولية التي كانت تصنع داخليا باتجاه المصانع الفرنسية، وإغراق السوق الجزائرية بالمنتجات الفرنسية المصنعة، وهذا كله يوضح عملية القضاء الشاملة والمنظمة التي لحقت بالإنتاج الصناعي في الجزائر، خاصة إذا علمنا أنه تم ضم الجزائر جمرها إلى فرنسا بموجب قانون 21 سبتمبر 1851 واكتمل بقانون 17 يوليو 1867 وفتح أسواق الجزائر أمام السلع والمنتجات الفرنسية، وفي المقابل أقامت فرنسا في الجزائر صناعة كانت مهيلكة مع الصناعة الأم، والتي تمثلت في الصناعات التحويلية البسيطة، والتي تدخل في إطار تغطية الاحتياجات اليومية للمعمرين بالخصوص، والصناعات المركبة

¹ عياش وهواه: مرجع سابق، ص 240

فقد كانت موجودة بيد الاستعمار والتي تتكون من القطاع المنجمي، بحيث كان استغلاله الكلي يهدف إلى رفع مستوى إنتاج وتغطية العجز الحاصل في المواد الأولية بالمجتمع الفرنسي، بمعنى أن معظم إنتاج المناجم الموجودة من حديد وصلب

وفوسفات كلها كانت موجهة لخلق ثروة للدولة الفرنسية. و كان الشروع في استغلال المعادن كالحديد والنحاس منذ خمسينيات القرن التاسع عشر، ومن أهم المناجم نجد منجم الحديد (مقطع الحديد) غربي عنابة الذي افتتح عام 1860،

ومنجم الرصاص والنحاس (كاف أم الطبول) شرقي القالة الذي بدأ استغلاله عام 1858 وقد بلغ إنتاج الرصاص مثلا 8000 طن سنة 1858.¹ علما أن هذه المواد تصدر خاما لتلبية احتياجات الصناعات الفرنسية، وبالتالي فإن استغلال مخرجاتها بالمجتمع الجزائري لم يكن له أي وجود.

وهكذا، تكون قد عملت فرنسا على ربط الاقتصاد الجزائري بالاقتصاد الفرنسي، ولم تكن مهمة بإنشاء قاعدة صناعية في الجزائر بعد سعيها للقضاء على بنيتها الصناعية السابقة، إنما عملت على استغلال مواردها الاقتصادية الأولية وحتى البشرية الموجودة فيها، ولأجل ذلك قامت بإنشاء الطرق والسكك الحديدية وبناء الموانئ من أجل تسهيل عملية نقل المواد الأولية اللازمة لتلبية احتياجات الصناعة الفرنسية. حيث بلغت الصادرات عام 1857 ما قدره 4205 طن من الحديد، و 1413 طن من النحاس و 5424 طن رصاص². وبذلك نفهم أن فرنسا لم تكن حريصة على أن تصبح الجزائر بلدا صناعيا بالرغم من أنها تتوفر على العناصر والمؤشرات الحقيقية لعملية النمو الصناعي قبل الاستعمار.

وكنتيجة مباشرة لهذه السياسة الاقتصادية الاستعمارية، فقد أصبح هيكل وبنية الاقتصاد الجزائري يقوم على أساس التبعية الخارجية لفرنسا وبشكل كامل، بحيث أصبح يخضع الاقتصاد الجزائري لسيطرتها وتلبية حاجاتها، فهي لم تعمل على خلخلة توازن وظائف بنيانه فقط بل سعت للقضاء على إمكانية تطوره وربطه بآليات التبعية.

ب- السياسة الاستعمارية و البنية الزراعية

¹ بشير بلاح: مرجع سابق، ص 160

² المرجع نفسه، ص 160

لقد كان من الآليات التي استخدمها الاستعمار الفرنسي في تشويه بنية الزراعة في الجزائر تغيير علاقات الملكية وكذا المصادرة والاستيلاء بالقوة على الأراضي الزراعية (كمصادرة أملاك الأوقاف، علما أنها كانت تعد المصدر الرئيسي لتمويل النظام الصحي الجزائري)، مع إصدار القوانين والمراسيم من أجل تسهيل وتسريع عملية نقل الملكية من الجزائريين إلى المستوطنين الفرنسيين و الأوربيين.

لما كان النظام الاجتماعي الجزائري قائم على البنية القبلية، التي ترتبط بنظام الملكية - كما أشرنا إلى ذلك سابقا- فقد قامت الإدارة الفرنسية بإصدار مجموعة من القوانين لتحقيق جملة من الأهداف أولها تفتيت الملكية وثانيها خلخلة العلاقات الاجتماعية القبلية، كما قامت بإتلاف ما أمكنها من وثائق ملكية الأراضي وصكوك الأوقاف، وعمدت إلى مصادرة الأراضي وتأميمها ونقل ملكيتها بواسطة جملة من الإجراءات أهمها :

- قرار كلوز يل (القائد العام الفرنسي) في 8 سبتمبر 1830 الموافق لـ 20 ربيع الأول 1246هـ، والذي ينص على أن كل الدكاكين والمخازن و الحدائق والأراضي والأوقاف والمحلات مهما كانت، والتي يشغلها الدايات والبايات الأتراك أو يشغلها الناس باسمهم يجب أن تستمر لحساب فرنسا، وفي أغرب ما نص عليه القرار إعطاؤه فقط مهلة ثلاث أيام لأصحاب الأملاك لاستظهار إثبات الملكية وإلا فإن السلطات الفرنسية ستصادرها مباشرة.

كما كونت فرنسا من أملاك العثمانيين « مصلحة أملاك الدولة Domaine»، ولابد من الإشارة في هذا السياق، أن الجزائر تميزت خلال أواخر العهد العثماني بكثرة الأوقاف وتعدد مؤسساتها وتنوع أدوارها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، حيث أصبحت تشكل موردا اقتصاديا وأداة فعالة في تنمية العلاقات الاجتماعية، ومقوما هاما من مقومات الحياة العلمية والثقافية للمجتمع الجزائري، ولما كانت الإدارة الفرنسية تدرك أهمية هذه الأوقاف بالنسبة للجزائريين فقد عملت جاهدة على محاربتها منذ الوهلة الأولى للاحتلال، والذي يتضح من خلال أول قرار فرنسي اتخذ في هذا المجال الذي كان يوم 8 سبتمبر 1830 يعني بعد مرور أقل من شهرين على سقوط الجزائر والذي أتبع بقرار آخر بتاريخ 7 ديسمبر 1830 مدعم للقرار السابق، متهكة بذلك البند الخامس من معاهدة تسليم الجزائر والذي ينص على عدم التعرض للأوقاف، حيث كانت فرنسا ترى في الأوقاف إحدى العقبات الكبرى التي تحول دون نجاح أهدافها الاستعمارية بالجزائر، كما هدفت أيضا من وراء محاربة الأوقاف على أن نزع الحصانة عن الأملاك الوقفية يسهل إدخالها في نطاق التعامل التجاري مما يسمح للمستوطنين والأوربيين بامتلاكها.

بالإضافة إلى جملة من القرارات الأخرى نذكر منها¹:

- قرار كلوزيل 7 ديسمبر 1830: المكمل للقرار السابق، ونص على ضم كافة الأوقاف الإسلامية التي شملت أوقاف المساجد، الزوايا وسبل الخيرات وأوقاف الأندلس والطرق والمياه، إلى قطاع أملاك الدولة.
- القرار الشهير الذي صدر عام 1839 الأمر بمصادرة أراضي الجزائريين الذين ساندوا الأمير عبد القادر عند استئنافه الجهاد في ذلك العام.
- أمرية وزير الحرب المؤرخ في 24 مارس 1843، القاضي بدمج الأوقاف في أملاك الدولة.
- أمرية أول أكتوبر 1844: التي أجازة بيع أراضي الأوقاف ونقل ملكيتها إلى المستوطنين وقضت بشغور الأراضي غير المستغلة التي لم يثبت الجزائريون ملكيتها بالوثائق في مدة ثلاث أشهر وضمها إلى أملاك الدولة، ما أدى إلى فقدان الجزائريين 200.000 هكتار دفعة واحدة.
- أمرية 21 يوليو 1846: التي أكدت الأمر السابق بفرض حيازة وثائق ملكية على كل مالك أرض جزائرية وإلا ضمت أرضه إلى أملاك الدولة، وأوكلت أمر التحقق من الوثائق إلى مجلس المنازعات .
- قانون 16 يونيو 1851: نص على حق الدولة في حيازة أراضي العروش إذا اقتضت خدمة الصالح العام والاستيطان ذلك.
- قرار 30 أكتوبر 1858: الذي أخضع الأوقاف للأحكام والمعاملات العقارية، وبذلك أدخل الوقف نهائيا في مجال التبادل العقاري حسب أحكام القانون الفرنسي، فسهل ذلك ظهور المستعمرات الأوربية الأولى بالقبة والشرافة ودالي براهيم وحسين داي.

¹ Jean Pierre Peyroulou et autres : **Histoire de L'Algérie à la Période Coloniale (1830-1962)**, éditions la découverte et éditions barzakh, Paris, 2012, p 45,46, 47

وباعتبار أن فرنسا هي وريثة الدولة العثمانية، فأعلنت الإدارة الفرنسية مصادرة جميع الأراضي غير المستثمرة من قبل الأهالي، كما استولت على أملاك الأوقاف ومن أجل استكمال عملية تفتيت الملكية القبلية ونقلها للفرنسيين، وصدر مرسوم مجلس الشيوخ في 22 نيسان 1863 والذي كان يهدف إلى إحلال الملكية الفردية على مراحل، حيث نصت المادة الأولى والثانية منه على ما يلي :

- الإعلان على أن قبائل الجزائر هي مالكة للأراضي التي توحزها بشكل مستمر وتقليدي وسيعمد إداريا في أقرب وقت ممكن إلى:

✓ تعيين حدود أراضي القبائل.

✓ توزيعها بين مختلف الدواوير DOUAR

✓ إحلال الملكية الفردية بين أعضاء الدواوير وفي كل مكان يعتبر فيه هذا الإجراء ممكنا ومناسبا.

كما شكل قانون 26 تموز 1873 إجراء آخر، قصد به تحديد الملكية الفردية لرجال القبائل وتعزيز استخدام القانون الفرنسي في جميع مبادلات الأراضي ليس فقط بين الجزائريين والأوربيين إنما أيضا بين الجزائريين أنفسهم. مما لا شك فيه أن هدف هذه القوانين سالفه الذكر، هو القضاء على كل أشكال الملكية الجماعية للأراضي وإحلال الملكية الفردية محلها، من خلال فرض تقسيمها على الدواوير وعلى الأفراد لتفتيتها وتحويلها إلى ملكيات فردية، ويعني هذا في نهاية الأمر تسهيل نقل الملكية من الجزائري إلى المستوطن الأوربي عن طريق بيع الأراضي، لأن المالك الجزائري لم يكن بعد قد تعود على استغلال الأرض بمفرده بدون دعم القبيلة له. بذلك انتقلت مساحات هائلة من الأراضي إلى السلطات الاستعمارية التي بلغت حوالي 6 ملايين هكتار سنة 1866، وتحول الكثير من الجزائريين من ملاكين إلى خماسين في حقولهم لا يحصلون على سوى ما يسد رمقهم، واضطر الكثير ممن احتفظ ببعض الملكيات الصغيرة إلى الاستدانة لشراء البذور من الأوربيين أو اليهود بفوائد بلغ بعضها 20 % شهريا أي 240 % سنويا¹. كما كانت نتيجة لذلك هبوطا حادا في تربية الماشية، حتى أن الأهالي اضطروا إلى التخلي عن هذا الشكل من النشاط.

¹ بشير بلاح: مرجع سابق، ص 159

ج- السياسة الاستعمارية والبناء الاجتماعي والثقافي

لقد رأينا بأن السياسة الفرنسية في الجزائر التي ترجمت في سلسلة من القوانين والمراسيم والقرارات الصادرة التي كانت تهدف إلى فرنسة الأراضي الجزائرية والقضاء على النظام العقاري المحلي، بما يسمح بانتقال الأراضي الجزائرية من أيدي أصحابها إلى أيدي المعمرين الأوربيين، الذين وجدت فيهم -المعمرون الفرنسيون والأوربيين- الإدارة الفرنسية بأنهم يشكلون أفضل وسيلة لتثبيت الهيمنة الاستعمارية على الجزائر وكلها تعكس بأن هناك رغبة في خلق مستعمرة استيطانية كمنطقة مأهولة فعلا بالسكان ولدعم أركانها، أرفقت فرنسا قراراتها السابقة بإجراءات تحفيزية لصالح المعمرين شملت القروض البنكية والمساعدات التقنية وضمان تسويق منتجاتهم.

وبالتالي، أدت سياسة الاستعمار الاستيطانية إلى خلخلة توازنات مجمل وظائف البنى الاجتماعية والاقتصادية التقليدية التي حفظت كيان الشعب الجزائري لعهود طويلة وإفقادها لاستقرارها، وأقام مكانها نظام استعماري لم يكن فيه للفرد الجزائري أية مكانة بل وضع له قانون جائر وهو قانون الأهالي الذي صنف الفرد الجزائري في خانة المواطن من الدرجة الرابعة أو الخامسة، مما جعل الشعب الجزائري يعاني من ويلات الفقر والجوع والجهل ومن مختلف الأمراض الفتاكة من ملاريا وسل وكوليرا...، أضف إلى ذلك انعدام التغطية الصحية التي وإن وجدت فإنها تتمركز في المدن أين تعيش الأغلبية العظمى من المعمرين -وهذا ما سنتطرق له لاحقا- .

وبذلك، عملت فرنسا واتخذت كل الإجراءات الخاصة بخلق مجتمع استيطاني في الجزائر، حيث عرفت حركة الاستيطان في العقدين الأولين من القرن العشرين عصره الذهبي، فوصل عددهم حتى سنة 1930 عن 880 ألف معمر¹، وفي سبيل تشجيع الهجرة الأوربية إلى الجزائر عملت فرنسا على بناء المرافق الضرورية للاستيطان كالمساكن والمستوطنات التي أنشئ منها خلال الفترة الممتدة (1851-1857) 35 مركزا استيطانيا، و68 قرية استيطانية مع مد الطرق 3600 كلم عام 1851 وسكك حديدية وإقامة السدود و قنوات للرأي...، في المقابل عملت على النفي والتهجير والتجهيل لأفراد المجتمع الجزائري، وإضرام نار الفتنة بين القبائل من أخطر مظاهر هذا التقسيم، تقسيم

¹ المرجع نفسه، ص ص 156-157

السكان إلى سكان أصليين هم البربر وغزاة دخلاء هم العرب وبث التفرقة بينهم، وتشجيع استهلاك الخمر ونشر الفساد، بث النزاع والفوضى، والذي كرسه ودعا إليها الكثير من الساسة الفرنسيين أمثال الكاردينال لا فير جري وحتى رجال الدين، أضف إلى كل ذلك سياسة فرنسا التي أدت إلى أزمة عميقة مست النسيج الاجتماعي للمجتمع الجزائري لعل أخطرها هو تقسيم القبيلة وإضعافها، التي تعد الخلية الأساسية للمجتمع الجزائري، بتفتيتها وتحويلها إلى دواوير، لذلك نجد أن الإدارة الاستعمارية قد أنجزت هذه العملية وفق ما يخدم المصالح العليا للاستعمار الفرنسي في الجزائر، فأحيانا نجدها تقوم بتقسيم القبيلة الواحدة إلى مجموعة من الدواوير وأحيانا تقوم بجمع أقسام من قبائل مختلفة ودمجها في دوار واحد، بينما تلجأ في حالات أخرى إلى إلحاق بعض القبائل بالمراكز الاستيطانية مباشرة، دون أن تقوم بتقسيمها إلى دواوير، بهذا الشكل تم السعي للقضاء على القبيلة كوحدة أساسية واجتماعية متماسكة وتم معها إضعاف روابط الوحدة والتضامن والتكافل بين أفراد المجتمع الجزائري.

ولم تكن آثار هذه السياسة لتتحصر في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية فحسب، بل تعدتها إلى جانب آخر أشد خطورة على مستقبل الشعب الجزائري وهو الجانب الثقافي، خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار بأن السياسة الاستعمارية الفرنسية كانت تهدف إلى ضرب هوية الشعب الجزائري، ويهدم الأسس الفكرية والحضارية التي كان يقوم عليها المجتمع بما يسمح بإخضاعه بشكل نهائي وتذويب الجزائر وجعلها في النهاية جزء لا يتجزأ من فرنسا.

وهكذا، أضمحلت الحياة الاجتماعية التقليدية وتأثرت جوانب حيوية للثقافة على نحو معاكس دون أي يحل شيء أفضل، ولم يتبق إلا بنية اجتماعية واقتصادية وثقافية بلا حياة، نتيجة تجريد الحياة الاجتماعية التقليدية من قوة عملها وأنماطها المألوفة، فإنها لم تعد تقليدية كما كانت، ولا هي رأسمالية. وأدى إلى ظهور ما يسمى «الثنائية» أي وجود إطارين مرجعيين على المستوى الثقافي، والذي يؤدي حسب «ألان توران Alain Tourain» إلى ما يسميه «بالوعي المتجزأ Conscience Segmentaire». هذا الأخير الذي يعده الكثير من العوائق التي تعترض أداء المثقف ودوره في المساهمة في بناء و تنمية المجتمع الجزائري بعد الاستقلال، فازدواجية المرجعية السوسيوثقافية (عربي - إسلامي، فرنسي

— غربي) في فضاء الإنتاج الثقافي الجزائري، هي الازدواجية الفكرية التي لا تسمح ولم تسمح بتكوين مجموعة أو كتلة من الأفكار والاتجاهات الفكرية المنسجمة تتبناها مجموعة منسجمة من المثقفين، وقد أدت هذه الازدواجية دور التشتت أكثر منها دور التوحيد¹.

2 - آثار السياسة الاستعمارية: تبعية وتكوين شروط التخلف الصحي

لقد كان لآثار الدخول الفرنسي في الجزائر، وبالنظر إلى مختلف السياسات والآليات التي اعتمدها في سبيل تحقيق أهدافها الكولونيالية، عاملا تاريخيا يجسد مرحلة تمثل بداية تخلف الجزائر كبلد مستعمر، ذلك أن السيطرة القصوى للمجتمعات الرأسمالية على المجتمعات المستعمرة، تفرض تخلفا لبنية هذه المجتمعات على المستويين الاجتماعي والاقتصادي، مقابل إحداث تطور مطرد لقوى الهيمنة والسيطرة للمجتمعات الرأسمالية المستعمرة، التي أشار إليها «غوندرفرانك Gunder Frank» بأن خريطة الاستعمار هي نفسها خريطة التخلف، الناجمة عن الاستغلال وعن البيئة الاستعمارية². حيث ساهمت ثروات الجزائر المادية والبشرية في التراكم الرأسمالي في فرنسا، الذي استخدم في التنمية الصناعية لها فيما بعد، وفي نفس الوقت أنتفت فيها فرصة التقدم الاقتصادي وتوقف فيها التطور الداخلي وكبح، وكان لها الأثر الحاسم في تشكيل بنية التقهقر على مختلف المستويات لعل أبرزها تخلف المستوى الصحي.

أ - اختلال البنية الاقتصادية وتبعيتها

إن سياسات الاستعمار الاقتصادية (الصناعية والزراعية) أدت إلى دخول الجزائر في الاقتصاد النقدي، حيث كانت سياستها الثابتة هي جعل الجزائر خاصة للصناعات الفرنسية، وجعل الشعب الجزائري لا يفعل سوى زراعة المنتجات الأولية فحسب، لكي يوفر الموارد اللازمة للصناعات الفرنسية، أين وجد الفلاح الجزائري نفسه مرغما على الدخول دائرة الاقتصاد الموجه للزراعات النقدية. الزراعات المخصصة لإنتاج محاصيل معينة كالكروم* والقطن، السكر

¹ عبد الحميد قربي: دور المثقف في فهم وتفسير الواقع المجتمعي، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة عن جامعة محمد خبضر، بيسكرة، الجزائر، العدد الثالث والعشرين، نوفمبر 2011، ص 149

² أندري غوندرفرانك، ترجمة: الهيثم الأيوبي وأكرم ديري: البرجوازية الرثة والتطور الرث، دار العودة، بيروت، 1973، ص 28

* لقد تحولت الأرض الجزائرية من أرض منتجة للحبوب لأرض منتجة للخمور، التي صارت تدر أرباحا على الاقتصاد الفرنسي، حيث تم تخصيص مساحات هائلة من الأراضي الخصبة لزراعة الكروم، خاصة منذ بداية 1880، في ظل الكارثة التي حلت بزراعة الكروم بفرنسا بسبب إصابتها بمرض الفيلوكسيرا، قد بلغ إنتاج الخمور ذروته نحو 14 مليون هكتولتر سنة 1928 والذي تزامن مع ارتفاع أسعارها بشكل مطرد من 82 فرنك فرنسي سنة 1925 إلى 193 فرنك سنة 1930، بذلك صار إنتاج الخمور في الجزائر موردا ماليا هاما للاقتصاد الاستعماري الفرنسي.

والبن... والصناعات الإستخراجية لاستخراج الحديد والفوسفات وغيرها وتصدير ذلك إلى مصانع فرنسا، بدلا من دائرة الإنتاج الموجه للاستهلاك الذاتي، ولقد اتبعت ذلك فرنسا بتصميم منظم لا يتزعزع ونجاح.

هكذا، فإن النشاط الاقتصادي الاستعماري كالتعدين وزراعة المحاصيل النقدية وجه إلى التعجيل بتنمية المجتمع الفرنسي، مقابل تخلف البنيات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للجزائر، والتي أصبحت بنيات تابعة ومشوهة، فالإنتاج المحلي الذي كان يغطي الجزء الأكبر من حاجات الاستهلاك المحلي استبدل بإنتاج آخر يغطي حاجات نمو الاقتصاد الفرنسي، فقد تعرضت الزراعة الأهلية إلى تدهور وانخفاض في محصولها، مع ازدياد معدلات الهجرة التي وسعت في عملية الاستيطان الذي يعني الطرد المستمر للسكان الجزائريين إلى الأراضي الجبلية شحيحة العطاء، مما يعني مزيد من التضرر لقطاع عريض من السكان الذين كانوا يعتمدون على حياة الزراعة، كما تراجع نشاط الرعي هو بدوره، هذا النشاط الذي لم يكن مجرد نشاط ثانوي بالنسبة للاقتصاد الجزائري قبل الاحتلال كما أشرنا، بل كان نشاطا أساسيا إلى جانب الزراعة خاصة زراعة الحبوب وحتى أنهما في كثير من الأحيان نشاطان متلازمان ومكملان لبعضهما البعض، ونتيجة للممارسات الاستعمارية والتي أدت في مجملها إلى حرمان الجزائريين من المراعي التي ظلوا يستغلونها منذ عهود، ما أدى إلى نقص أغذية الحيوانات من جهة، وارتفاع أسعار كراء الأراضي الرعوية من جهة أخرى، وكانت النتيجة المباشرة لكل هذا هي تراجع الثروة الحيوانية في الجزائر. حيث انخفض عدد الأغنام من 8 مليون رأس سنة 1865 إلى 7.7 مليون رأس سنة 1885 ثم إلى 6.3 مليون رأس سنة 1900 لتصل سنة 1927 إلى 5 ملايين رأس من الغنم¹.

وبناء على ما ورد يمكننا القول، أن الاقتصاد الجزائري في ظل الاحتلال الفرنسي أصبح اقتصادا تابعا بشكل شبه مطلق لفرنسا وذات بنية متخلفة، فقد تم تحويل بنية الزراعة إلى إنتاج نوع واحد أو نوعين من السلع الزراعية لتغذية الصناعات الزراعية وحاجيات السوق الفرنسية، في مقابل تدهور الشروط الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الجزائري. كما تم تحويل بنية الصناعة من صناعات حرفية كانت قد حققت إنجازات عظيمة قبل الاستعمار في مجالات تتراوح بين الصناعات النحاسية و المنتوجات الصوفية، إلى صناعة إستخراجية تقوم على نهب الثروات الوطنية المنجمية.

¹ صالح حيمر: السياسة العقارية الفرنسية في الجزائر (1830-1930)، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في التاريخ الحديث والمعاصر، قسم التاريخ وعلم الآثار، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، إشراف علي آجقو، (2013-2014)، (بحث غير منشور)، ص 268

بحيث كان استغلاله الكلي يهدف إلى رفع مستوى إنتاج وتغطية العجز الحاصل في الموارد الأولية بالمجتمع الفرنسي، فمعظم إنتاج المناجم من حديد وصلب وفوسفات... كلها كانت موجهة لخلق ثروة بالمجتمع الاستعماري فرنسا، وإن استغلال مخرجاتها بالمجتمع الجزائري لم يكن له وجود ما يعني أنه لم يبق سوى التأكد على أن سمة النمو في المجتمع الجزائري في ظل التغلغل الرأسمالي الفرنسي كانت على نحو يجعلها لا تشكل تنمية حقيقية، بل هو تطور للرأسمالية الفرنسية، ويتأكد هذا المعنى بشكل واضح في عدم سعي فرنسا على بناء قاعدة صناعية بالجزائر وجعلها مستعمرة ذات تكامل اقتصادي يمكن أن يسمح ذلك بتحقيق اقتصاد معتمد على ذات أو مهياً لتحقيق أهدافه المحلية، إنما جرى تعديل البنيات الزراعية والصناعية لتحقيق أهداف النمو في المركز الاستعماري (فرنسا).

ب- تدهور الحياة الاجتماعية وتخلفها

من نتائج السياسة الاستعمارية وسياسة تشجيع الاستيطان ومختلف طرق القمع الإنسانية مع النهب والاستغلال التي أدت إلى اختلال البناء الاجتماعي للمجتمع الجزائري، ما أفقده توازنه. لقد تنفنت الكتابات الفرنسية في وصف حالة البؤس التي آل إليها المجتمع الجزائري، منذ النصف الثاني من القرن التاسع عشر، والأمر الذي يجدر بنا الإشارة له حول هذا الموضوع و التي سكتت عنه هذه الكتابات -نعني بها أسباب هذا البؤس الذي دفعت إليه الأغلبية الساحقة من الجزائريين وأصبحت تعيشه- هو أن الفرنسيين ركزوا على نتائج هذه الظاهرة وتجاهلوا البحث عن أسبابها، فنجد « لا فيجري Lavigerie » يصف لنا الحالة المروعة التي كان عليها الجزائريون سنة 1867 فيقول: "منذ عدة أشهر والعرب لا يجدون ما يقتاتون به إلا الأعشاب في الحقول أو أوراق الأشجار التي يرعون فيها الحيوانات، والآن مع شدة فصل الخريف ضعفت أجسادهم فماتوا جوعاً، فهم عراة، يرتدون لباساً رثاً، فهم ينتظرون جمع النفائات للصراع حولها، ويحفرون الأرض للقوت من الحيوانات والجيفة...، و الأفطع في كل ذلك موت الكثير عبر الحقول وتناثرهم كل صباح دون حركة حياة¹."

¹ المرجع نفسه، ص 281

ج- تكوين شروط التخلف الصحي

إذا كان الوضع الصحي للمجتمع الجزائري في مرحلة ما قبل الاستعمار لم يكن يخلو تماما من الأمراض لكن مما لا شك فيه أن هذا الوضع الصحي في تلك المرحلة، كان انعكاسا لمستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، فعلى الرغم من تفشي الأوبئة وحدوث المجاعات الدورية، إلا أن المجتمع الجزائري كان متكيفا مع الظروف البيئية والمناخية، ومن خلال تطوير نظم الطب الشعبي التقليدي الذي يعكس ثقافتها وتصوراتها الاجتماعية لقضايا الصحة والمرض، لكن بمجرد خضوع المجتمع الجزائري للسيطرة الاستعمارية الفرنسية، حولت الحالة الدورية للأوبئة والمجاعات إلى وضع متأصل في بنية المجتمع الجزائري، وأصبح الاستعمار في حد ذاته خطرا صحيا رئيسيا على السكان الجزائريين.

إن سياسات الاستعمار الاقتصادية (الزراعية والصناعية) أدت إلى إفقار المجتمع الجزائري، وأنتجت حلقة المفرغة: فقر، مرض وموت، فالاقتصاد الجزائري الذي أصبح يقوم على الزراعات النقدية وهي زراعات أحادية المحصول والتي تعد من السمات المميزة للمجتمعات المستعمرة، حيث كانت تجرى زراعة محاصيل نقدية لاستبعاد محاصيل الغذاء الأساسية، وكانت لهذه السياسات الاستعمارية نتائج ضارة على صحة السكان، بحيث أدت إلى ظهور مجاعات مزمنة وانتشار أمراض سوء التغذية، مما نتج عنه ارتفاع كبير في معدل الوفيات، والتي عبر عنها المؤرخ الجزائري «بوعزيز يحيى» قائلا: حالة يرثى لها في أحوال السكان الصحية، فكثر الأمراض والأوبئة وانتشرت الوفيات بشكل خطير جدا، بحيث "ارتفعت مثلا بين عامي (1945-1954) إلى 30 بالآلاف¹ ...". وتأكيذا لما ذكر، نجد دراسة طبية متخصصة أجريت سنة 1953 حول أمراض الصدر في الجزائر بين سنوات (1947-1953) وأن معدلها تضاعف ثلاث إلى أربع مرات عند الجزائريين مقارنة مع الأوروبيين، وأن مرض الصدر كان هو الداء الأول المنشور بين الجزائريين².

¹ لعوج لصر الدين: الوضع الصحي العام في الجزائر قبيل الثورة - بين الإحصائيات الفرنسية الرسمية والواقع التاريخي-، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية، الصادرة عن فريق البحث لمخبر الجزائر تاريخ ومجتمع في الحديث والمعاصر، بجامعة جيلالي لياس سيدي بلعباس، الجزائر، العدد السادس،

جوان 2013

² المرجع نفسه، ص 23

فتفشي أمراض الصدر أو الالتهاب الرئوي ما هو في الواقع إلا انعكاس مباشر للحالة الاقتصادية والاجتماعية العامة المرتبطة بظروف العيش والسكن وانعدام التدفئة وطبيعة مياه الشرب، هذه الظروف التي ازدادت تدهورا بعد الحرب العالمية الثانية والتي تلتها إجراءات تعسفية للسلطات الاستعمارية ساهمت جميعها في توسع انتشار الأوبئة واتساع سوء التغذية. وهذه حقيقة لا يمكن تجاهلها كبداية لتكوين شروط التخلف الصحي. كما يجدر لنا في هذا السياق الذكر، أن التاريخ الوبائي يشير أنه في الوقت الذي بدأت فيه أوروبا تخلص نفسها من ماضيها الوبائي الخاص (أمراض الكوليرا والطاعون...) و تزايد قضاءها والسيطرة عليها، نجد ذلك النمط من المرض يتجه إلى المستعمرات ليصبح جزءا متأصلا فيها.

ثالثا: النظام الصحي الفرنسي في الجزائر و إستراتيجية الاحتواء

لا شك أن كل استعمار استيطاني يتطلب قوة عسكرية ضرورية لضمان استقراره وبقاؤه في البلاد المحتلة، ويدخل ضمن هذه القوات، القوة العاملة الصحية التي تسهر على الحفاظ على صحة الجيش وأفراد الإدارة الاستعمارية المستوطنين. و كان الوضع بالنسبة للحملة العسكرية الفرنسية على الجزائر سنة 1830، حيث كانت تتألف من جنود كان بعضهم ممرضين وأطباء ورجال دين، وبالتالي كان بعضهم له علاقة بالجال الطبي. أين وظف الطب وتم تكييفه وفق الأهداف الاستعمارية وأن يبق ضد الجزائريين¹. وما إن تم إخضاع الجزائر تحت السيطرة الفرنسية اتجهت الإدارة الاستعمارية إلى إقامة نظام صحي كان في مرحلة من مراحل تطور العملية الاستعمارية يأخذ شكل معين يتطابق مع أهداف الاستعمار الاقتصادية الاجتماعية السياسية و حتى الثقافية، عموما فإن دخول فرنسا إلى الجزائر حددت غايات ذات أولوية مقارنة بغايات و أهداف أخرى و يتعلق الأمر بالأهداف التالية²:

✓ الهدف العسكري لتحقيق أهداف أخرى

✓ المعمر للاستيطان و تعمير المناطق المحتلة

✓ الأهالي لخدمة المستعمر

¹ Frantz Fanon: **L'An V de la Révolution algérienne**, éditions ANEP, Rouïba, 2009, p 144

² نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 112

ومهما يكن من أمر، فإن الحقائق التاريخية تشير إلى أن عملية بناء نظام صحي و الذي قامت به الإدارة الفرنسية في الجزائر، مر بثلاث مراحل أساسية، كانت تعكس في مجموعها تطور السياسة الاستعمارية في الجزائر، ويمكن تتبع المراحل على النحو التالي :

1- النظام الصحي العسكري (1830-1850)

وهي فترة عسكرية ماعدا مناطق الجنوب (لم تحتل بعد)، في هذه المرحلة كان توزيع العلاج يتم من طرف المصلحة الصحية العسكرية، أي بواسطة العسكريين، حيث تم وضع عيادات و سيارات إسعاف ثابتة وهذه الهياكل كانت توضع في المناطق الآهلة بالعسكريين وهذا لخدمتهم. وعليه فإن الاستعمار الفرنسي لم يكن مهتما مطلقا بتطوير النظام الصحي التقليدي إنما كان هدفه الأساسي في المرحلة المبكرة من الاستعمار هو العمل على بسط قواته العسكرية و نفوذه على كامل التراب الجزائري، قصد إكمال السيطرة عليها و إخماد أية محاولة للمقاومة أو الثورة يقوم بها الجزائريون، من أجل تسهيل عملية الاستيطان و استغلال ثروات الجزائر.

لقد زاد تدهور النظام الصحي التقليدي في الجزائر خاصة بعد قرار 17 ديسمبر 1830، الذي سمح للإدارة بمصادرة أراضي و أملاك الأوقاف الإسلامية، وبذلك أصبح المصدر الرئيسي للنظام الصحي التقليدي تحت السيطرة الفرنسية، التي حولت عديد المساجد إلى مستشفيات و كنائس لتصبح مراكز لتنصير أطفال الجزائر¹. حيث تم في سنة 1832 إقامة مستشفى في كل من الجزائر، وهران، عنابة (بونة سابقا)، في سنة 1834 مستشفى في بجاية و آخر في البويرة و في مستغانم سنة 1835، وفي سنة 1837 آخر في قالمة، و البلدية سنة 1839، في سنة 1845 كانت الجزائر برمتها تعد 38 مستشفى². فلقد كان وجود هذه المستشفيات من مستلزمات الحرب بالفعل، لكن جميعها كانت تخصص ملاحقات بها للمدنيين الموالين للنظام الاستعماري.

¹ أبو القاسم سعد الله : أبحاث وآراء في تاريخ الجزائر، ج2، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1986، ص112

² إخنون تيران، ترجمة، محمد عبد الكريم أوزغلة: المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، دار القصة، الجزائر، 2007، ص17

وهكذا، فإن إقامة نظام صحي عسكري في المرحلة الأولى كان يتناسب من أهداف المشروع الاستعماري، و يستجيب للحاجات الصحية لقواته العسكرية، غير أن تطور المشروع الاستعماري جعل الإدارة الفرنسية تستجيب لهذا التطور من خلال إقامة نظام صحي جديد يتطابق مع المرحلة الجديدة التي تميزت بتدفق المستوطنين الفرنسيين و الأوروبيين خاصة بعد سنة 1851، حيث أصبح الطلب على العلاج و الصحة يتزايد من قبل المستوطنين الجدد و هو ما أدى إلى إقامة نظام صحي مدني .

2- النظام الصحي المدني (1851 - 1945)

قبل الخوض في تفصيل هذه المرحلة، يجب علينا الإشارة، بأنه لم يكن مفهوم الصحة العمومية قبل منتصف القرن التاسع عشر على المستوى العالمي له محتوى علمي عقلائي فيها يخص تنظيم و توزيع العلاج، و الصحة في هذه الحقبة من الزمن يختصر مفهومها على معرفة الأمراض و محاولة علاجها فقط وكان هذا التصور مرتبط بالمستوي المعرفي الموجود آنذاك، غير أنه ابتداء من الربع الأخير من القرن التاسع عشر بدأت الاكتشافات العلمية المتعددة المتعلقة بالجال الطبي تتزايد في أوروبا*، و الكتابات التاريخية حول تلك الاكتشافات تبين أهمية الحركة الاستعمارية في الاكتشافات الطبية. مهما يكن من أمر، فإن التطورات التي حدثت في مجال اكتشاف الميكروبات و طرق القضاء عليها أو الوقاية منها، ساهمت كلها في استقرار قوى الاستعمار في القارات المستعمرة، وكذا تطوير النظام الصحي فيها.

تميزت هذه المرحلة بمجموعة من المحاولات التنظيمية على مستوى المناطق المحتلة، وعلى مستوى القطاعات وبعدها على مستوى المدن الكبيرة، عكس المرحلة الأولى التي لم تدوم سوى فترة قصيرة ولم تعرف تطورا كبيرا من ناحية الرعاية الصحية للسكان، فإن هذه المرحلة عرفت تطورا كبيرا، حيث شهدت ميلاد مؤسسة صحية تخدم مصالح الاحتلال الفرنسي بالجزائر. وما ميز هذه المرحلة أيضا هو المقاومة الكبيرة للشعب الجزائري في شكل مقاومات شعبية للاحتلال الفرنسي، مما دفع بالاحتلال الفرنسي إلى اتخاذ سياسة أخرى أكثر عدوانية ولكن إنسانية في ظاهرها، وهي إنشاء نظام

* اكتشاف باستور Pasteur للميكروبات عام 1878 مع اكتشافه لمصل التلقيح ضد وباء الكلب عام 1885.

- اكتشاف كوك Coch جرثومة مرض السل عام 1851، الذي وجه البحث العلمي إلى اكتشاف التلقيح عام 1921.

- اكتشاف جراثيم كل من البلهارسيا عام 1851، حمى المستنقعات 1880 والتيتانوس عام 1886 والطاعون 1895، الحمى الصفراء عام 1905...

صحي يهتم بصحة الجيش الفرنسي والسكان المدنيين من الأوربيين والجزائريين، وفقا لسياسة طبية دعائية مغرضة شعارها « فرنسا العسكرية هي فرنسا الإنسانية أيضا » .

وعليه، - كما سبق وأشرنا- فإن هذه المرحلة عرفت مجموعة من الإجراءات التنظيمية، حيث تم إنشاء مستشفيات عديدة ومراكز صحية ثم تنظيمها في قطاعات صحية في المناطق المحتلة وخصوصا في المدن الكبرى أين يتركز أغلب المستوطنين، وبدأت في جلب الأطباء من فرنسا وأصبحت المستشفيات العسكرية مختلطة، وتم تعديل قانون المستشفيات المدنية لتستقبل المرضى بدون تمييز عرقي أو ديني ووضع شاحنات للآباء والأخوات البيض المخصصة للعلاج. وهكذا تكون قد اهتمت الإدارة الفرنسية في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ عدة إجراءات كان أهمها :

- تشجيع الأطباء الفرنسيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية.

- إنشاء دوائر طبية سنة 1853 وفي سنة 1907 تم إنشاء العيادات الأهلية.

- إنشاء مستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوربيين.

- تدعيم وجعل المستشفيات الموجودة مفتوحة خاصة للأوربيين.

- تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية مختلطة.

- إنشاء مؤسسات وهيئات مساندة، حيث بلغ المدارس الخاصة بتدريس الطب سنة 1851 إلى 815 مدرسة منها

299 مدرسة متواجدة بالعاصمة و 278 مدرسة بوهرا و قسنطينة يتواجد بها 274 مدرسة¹ .

فمن خلال هذه الإجراءات تكون قد اهتمت الإدارة الفرنسية أثناء هذه المرحلة بتطوير النظامين الصحيين العسكري والمدني تحت ما يسمى بطب المستعمر. كما أدركت الإدارة الفرنسية بأن صحة الجنود والمستوطنين الأوربيين لا يمكن تأمينها من خلال إجراءات توجه لحماية صحتهم وحدهم، فتوفير الوقاية والعلاج للجنود والمعمرين وحده لا يكفي، لذلك لابد من صحة الأهالي المحيطين بالمعمرين، فصحة الجنود لا يمكن أن تقف عند أبواب الثكنات العسكرية، إنما عليها أن تمتد إلى المناطق الأخرى المجاورة للمدينة من أجل ضمان عدم انتقال المرض الوبائي.

¹ Yvonne Turin: **affrontements culturels dans L'Algérie coloniale écoles, médecine, religion (1830- 1880)**, Editions Houma, Alger, 2009, p 132

ومن أجل تحقيق هذا الهدف قامت الإدارة الاستعمارية بإنشاء هيئات علمية ومستشفيات تتولى جمع المعلومات عن الأمراض والأوبئة في شكل إحصائي وعلمي لتوفير قاعدة بيانات تسهل لها مهمة توطين الاستعمار في الجزائر عن طريق الطب وسياسته، لعل هذا ما عبر عنه أحد الأطباء الفرنسيين «Bousin بوزين» بقوله: "إن الطب عمل تحضري وتقدمي من جهة، ومن جهة أخرى يشكل مؤسسة سياسية يمكننا من استقطاب العرب إلينا، والمساهمة في توسيع نفوذنا وتأثيرنا على قبائل المناطق الداخلية، وبالتالي التحكم فيهم فيما بعد¹".

وفقا للتحليل السوسيولوجي، فكل هذه التطورات التي حدثت خلال المرحلة الثانية من تطور للنظام الصحي في الجزائر المستعمرة، تبين الأهمية القصوى التي أعطيت للطب الاستعماري ليكون أحد المناهج أو الطرق التي استخدمها الاستعمار لمعرفة المجتمع المحلي وتفكيك رموزه الثقافية والتأثير في بنية القيم الاجتماعية الاقتصادية والثقافية، مما يسهل فيما بعد السيطرة على المجتمع الجزائري، وبدأت تناقضات الاستعمار كلها واضحة جدا، فبينما كان الاستعمار مسؤولا وبشكل كبير عن زيادة تدهور الظروف الصحية فإن القوى الاستعمارية اتخذت تدابير من شأنها تلطيف الظروف التي اعتقدت أنها الأكثر تهديدا للمشروع الاستعماري هي الأوبئة.

ونشير أيضا هنا، أن أغلب الجزائريين رفضوا العلاج في المؤسسات الصحية الفرنسية لأسباب، ومن هذه الأسباب ما أرجعتها الباحثة الفرنسية «تورين Turin» إلى دور شيوخ الزوايا في القبائل الذين كانوا يفسرون عملية التلقيح بأنها ستؤدي إلى التحكم في مستقبل حياة الشخص المريض، وهذا أمر يحرمه الدين الإسلامي...، كما أنهم -الجزائريين- ينظرون إلى دور الخدمة الطبية الاستعمارية في إطار سياسي وأيديولوجي، فقد كانوا يعتبرون أن هدف النظام الصحي الاستعماري إخضاع الجزائريين، وسلب عنصر قوتهم واستغلالهم، ولم يكن التلقيح يدرك كعملية ذات مفعول فيزيولوجي، وإنما كعملية ذات مغزى أيديولوجي وسياسي. وهناك من أرجعها إلى قوة تمسك الشعب الجزائري بوجوده الوطني ضد العمل الطبي الاستعماري، وردود فعله الثورية ضد كل مقومات النظام الاستعماري، بعدما فقد كل ثقة وسيطر عليه

¹ إخون تيران، ترجمة، محمد عبد الكريم أوزغلة: مرجع سابق، ص 34

الشك إلى درجة اليقين من لا إنسانية الطبيب المسيطر، وبدأ يتصرف إزاء مختلف القطاعات الاستعمارية تصرفاً عنيفاً مرددا عبارات الرفض بشعار " لم يطلب أحد منا شيئا منكم، فمن ذا الذي دعاكم ؟ خذوا مستشفياتكم وتجهيزاتكم في المرفأ وعودوا إلى بلادكم . " كما ذهب المفكر والطبيب «فرانز فانون»¹. والبعض أرجع ذلك إلى أسباب حضارية وهو ما ذهب إليه المؤرخ الجزائري «الزيري محمد العربي» بقوله: "... مرتبطة بإيمان الجزائريين المسلمين بفعالية الطرق التقليدية مثل استعمال العشب باختلاف أنواعه وسائر الحبوب النشوية واللجوء في كثير من الأحيان إلى الرقية والنار والتمائم أكثر من إيمانهم بالطب الحديث²..." و يمكن القول عموماً، أن رفض المريض الجزائري للتلقيح ضد الأوبئة في بادئ الأمر، كان يعني رفض للاستعمار الفرنسي نفسه، ومن جهة أخرى، حقيقة فإن المجتمع الجزائري لم يكن على دراية كافية بالتطورات العلمية والاكتشافات الطبية التي حدثت في أوروبا.

لا شك أن التطورات التي حدثت للنظام الصحي في الجزائر المستعمرة، جاءت في الواقع لتحقيق مطالب المستوطنين الفرنسيين والأوربيين، باعتبار الجزائر حسب الدستور الفرنسي لسنة 1848 جزءاً من فرنسا، وعليه، فإنه لا بد لهذا الجزء من الوطن الفرنسي -حسب مطالب المستوطنين - أن يأخذ حقه من الخدمات الصحية والاجتماعية، بالمساواة كما هو الشأن في الوطن الأم فرنسا، من ناحية أخرى، فإن التحسينات التي أدخلت على النظام الصحي كان من ورائها أيضاً المبشرون ورجال الكنيسة الذين أدركوا الفرصة الفريدة التي يقدمها الطب لإرساء الاتصال بالأهالي وكسب الثقة وتحقيق النفوذ، لكن على الرغم من محاولة كسب ثقة الأهالي من خلال الطب إلا أن الجزائريين كانوا حذرين ومتخوفين من العلاج الغربي، ولم يكونوا يعالجون إلا إذا تفاقم المرض، ولم تستطع أسرته علاجه، ويعتبر العلاج عند المستشفيات الفرنسية مجازفة خطيرة يتحمل مسؤوليتها المريض نفسه، فضلاً عن هذا فإن العلاج عند الفرنسيين . الكافرون حسب التصور الديني . يعتبر تدنيس لشرف الأسرة وكرامتها .

¹ فرانز فانون، ترجمة: دوقان قرقوط: العام الخامس للثورة الجزائرية، دار الفارابي، لبنان، 2004، ص - ص 129 - 130

² محمد العربي الزيري: الثورة الجزائرية في عامها الأول، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984، ص 47

ومن أجل القضاء على هذه العوائق الدينية والثقافية والاجتماعية، اتجهت الإدارة الفرنسية إلى استعمال استراتيجيات جديدة من أجل تحطيم الحاجز النفسي الاجتماعي، وكسب ثقة المرضى الجزائريين واستقطابهم نحو المشروع الرأسمالي الفرنسي، ومن الوسائل المستخدمة لذلك، السماح للطلبة الجزائريين بالدراسة في كلية الطب بجامعة الجزائر، قصد تكوين وتدريب مساعدين طبيين وممرضات جزائريات بغية تشغيلهم في المصالح الطبية المتنقلة، كذلك في المستشفيات التي تعالج المرضى الجزائريين، بهدف تسهيل عملية الاتصال بين الطبيب والمريض وجعل العلاقة بينهما أكثر تفاعلا لإحداث التأثيرات المناسبة والمهذبة .

لقد سمحت هذه السياسة الجديدة لبعض الطلبة الجزائريين أن تتاح لهم فرصة دخول كلية الطب لأول مرة، فقد بلغ عددهم سنة 1959 حوالي 100 طالب وطالبة، ومما لا شك فيه، أن الإدارة الفرنسية لجأت إلى استعمال هذه الإستراتيجية من أجل تحقيق الأهداف التالية:

- تحقيق استقطاب اجتماعي نحو المشروع الرأسمالي الفرنسي.
- كسب الثقة وتحطيم الحواجز النفسية الاجتماعية بين الجزائريين والمشروع الاستعماري.
- تحقيق التفوق الحضاري، وتأكيد أهداف المشروع الاستعماري الذي كان يدعي أنه جاء لنقل الحضارة إلى الجزائر. وعليه، فقد سمحت هذه الإجراءات التي اتخذت في هذه المرحلة بظهور نظام صحي آخر.

3- النظام الصحي الأهلي (1946-1962)

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور الذي مس الشعب الجزائري كنتيجة للسياسة الاستعمارية العنصرية التي أخذت فرنسا في تطبيقها في الجزائر (باستثناء البعض من الجزائريين الذين كانوا محظوظين لمعاملتهم بنفس المعاملة لدى الأوربيين)، ساهم وبشكل كبير في تدهور الوضع الصحي للأهالي جراء انتشار الأمراض والأوبئة والفقر والمجاعة، وهذا ما أدى إلى ظهور حركة وطنية تدافع على حقوق الجزائريين السياسية منها والاجتماعية والاقتصادية، كان نتيجة لانبعاث الوعي الوطني لدى الشعب الجزائري الذي عرف حقيقة الاحتلال ما يدعيه من سياسات.

ما ميز هذه المرحلة هو أن الاحتلال الفرنسي أدخل بعض التحسينات على النظام الصحي القائم وتقدم خدمة صحية ذات نوعية لفائدة العسكريين والمعمرين والخدم من الجزائريين للحفاظ على صحتهم، و بالتالي زيادة في مروهم الإنتاجي واستغلال أفضل لمستعمراتهم.

إن ظهور الحركة الوطنية بتنظيماتها وتشكيلاتها المختلفة (نجم شمال إفريقيا سنة 1926، جمعية العلماء المسلمين سنة 1931 وحزب الشعب الجزائري سنة 1937)، جعل الشعب الجزائري يطالب بحقوقه بطريقة قانونية منظمة، ومن بين ما كانت تنادي به، العدالة والمساواة في استفادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من خدمات صحية وامتيازات الضمان الاجتماعي، ولم يكن لهذه الأحزاب والجمعيات تأثير واضح على التنظيم الصحي الاستعماري، الذي واصل تدعيمه للعمل على الاستجابة لصالح المستوطنين الأوروبيين، وساعد الحظ القلة من الجزائريين المثقفين مما كانوا أعضاء في المجالس الانتحائية وفي الإدارة الاستعمارية والعمال في القطاعات الصناعية، من الاستفادة من امتيازات الضمان الاجتماعي ومن مصالح الطبية المخصصة للأوروبيين.

وبالتالي، فقد أدت الممارسات غير الإنسانية المستمرة من طرف الاحتلال الفرنسي في حق نشطاء الحركة الوطنية من قتل وتعذيب وسجن ونفي إلى تغيير هذه الأخير من مطالبها، حيث أضحت تنادي بالاستقلال وما أدى إلى إعلان الثورة التحريرية في أول نوفمبر من سنة 1954. بعد أربع سنوات من بداية الثورة التحريرية الوطنية ومع استمرار العمليات العسكرية، اعترفت الإدارة الاستعمارية بقوة الثورة وعمق جذورها في المجتمع الجزائري، لذلك اتجهت إلى استخدام إستراتيجية جديدة لمحاولة إخماد الثورة التحريرية، لذلك تبنت الإدارة الفرنسية مشروعا تنمويا كبيرا، كان يعرف باسم «مشروع قسنطينة»^{*}. و قد كان الهدف المعلن من هذا المشروع هو جعل الجزائر تستدرك تأخرها عن أوروبا، حيث كان الفرنسيون يشبهون هذا التأخر بذلك الذي يتصف به جنوب إيطاليا. إلا أن الهدف الحقيقي هو القضاء على الثورة التحريرية.

^{*} مشروع قسنطينة جاء به الرئيس الفرنسي ديغول، حيث وعد الجزائريين بمستقبل اقتصادي واجتماعي وسياسي زاهر، بحيث تعطي فرنسا للجزائريين على مدى خمس سنوات 250000 هكتار من الأراضي و200000 مسكن و400000 وظيفة جديدة، ورفع أجور العمال الجزائريين إلى مستوى مماثل للأجور والرواتب في الوطن الأم فرنسا. أنظر:

-Mahfoud Kaddache et Djilali Sari: **L'Algérie pérennité et résistances (1830- 1962)**, office des publication universitaires, Alger, 2009, p 193

وعليه، فإن مشروع قسنطينة التنموي كان محاولة أخيرة من الإدارة الفرنسية لكسب ثقة الأهالي الجزائريين وإحداث قطيعة بينهم وبين الثورة قصد إخمادها هذا من جهة، ومن جهة أخرى، إيهام الأهالي بجذرية الإصلاحات وإغرائهم ببعض الفرص الاقتصادية والاجتماعية والصحية. فبعد 124 سنة (منذ 1830 إلى غاية 1954) من محاولات التغيير المنظم لبنية المجتمع الجزائري، وإعادة إدماج هذه البنية وفق أهداف رأسمالية استعمارية، لم يكن أمام المجتمع طريقة أخرى لإعادة بناء بنيته والحفاظ عليها ورعايتها إلا بإنشاء نظام صحي يتلاءم والمرحلة التاريخية الجديدة للعمل المسلح وبذلك تم إنشاء نظام صحي للثورة .

رابعاً: النظام الصحي لثورة التحرير الوطني (1945-1962)

لقد ازداد تدهور الوضع الاجتماعي والاقتصادي الذي مس الشعب الجزائري كنتيجة للسياسة الاستعمارية التي أخذت في تطبيقها فرنسا داخل الجزائر، ساهم وبشكل كبير في تدهور الوضع الصحي للشعب الجزائري، جراء انتشار الأمراض والأوبئة والفقر و المجاعة، خاصة في ظل عدم توفر الأطباء الجزائريين من جهة، ونظراً لغلاء تكاليف العلاج لدى الأطباء الفرنسيين، وكان التداوي الشائع لدى الجزائريين هو ما يعرف بالطب الشعبي التقليدي الذي يعتمد أساساً على وصفات علاجية من الأعشاب، وإن كان قد أثبت فائدته في علاج العديد من الأمراض، إلا أنه لا يفي بالمطلوب في علاج غالبية الأمراض التي تفتك بالناس الناتجة معظمها عن سوء التغذية وعدم صلاحية ونظافة مياه الشروب، فانتشرت الأوبئة الفتاكة والتي أودت بحياة أعداد كبيرة من الجزائريين، وبالتالي لم يكن أمام المجتمع الجزائري طريقة أخرى سواء إنشاء نظام صحي يتلاءم والمرحلة التاريخية الجديدة للعمل المسلح، وهكذا تم إنشاء نظام صحي للثورة.

1- نشأة النظام الصحي للثورة

إن النظام الصحي للثورة الجزائرية كان يتميز بصفيتين هما: أنه كان نظاماً ثورياً وشعبياً : فهو نظام ثوري في تكوين الإطارات، أما الصفة الثانية التي هي الشعبية، فتظهر في كون الطب والعلاج لم يكن خاصاً بوحدة جيش التحرير الوطني فقط، بل كان شاملاً لكافة أفراد الشعب وكان مجانياً، وهذا لإضفاء الطابع الشعبي للثورة بالمفهوم الواسع لها.

لقد كان يتميز النظام الصحي للثورة التحريرية أيضا خلال الفترة الأولى التي تمتد من 1954 إلى 1956 بالعشوائية وعدم التنظيم، حيث كان النظام الصحي قائما على العلاج الأولي أو الإسعافات الأولية وكان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية، وحتى الإطارات الطبية في هذه المرحلة كان تكوينها في معظمه بسيطا جدا، لذلك فإن المرحلة الأولى من عمر الثورة عانت كثيرا في هذا الميدان الحساس والأساسي .

فبيان أول نوفمبر، بحكم الظروف الصعبة التي اندلعت فيها الثورة، لم يشير من بعيد ولا من قريب إلى مسألة الصحة خلال الثورة التي دعا إلى تفجيرها، لكنه ترك المجال للاجتهاد بضرورة تكييف الوسائل لتكون منسجمة مع العمل الثوري ومحقة للهدف والغاية المرسومة والمعلنة. حيث ورد فيه ما يلي: " استمرار الكفاح بكل الوسائل إلى أن تتحقق أهدافنا، وذلك طبقا للمبادئ الثورية¹ ... ". هذا يعني النظام الصحي لثورة التحرير كان في بدايته يتكون من ممرضين وممرضات دخلوا في جيش التحرير الوطني منذ بداية الثورة، حيث صعدوا إلى الجبال مسلحين بسلاح المهنة الطبية، والأدوات والمعدات الطبية الأخرى وشيء من الأدوية وبمبسطات الكتب في ذلك، كما تم توزيعهم في مختلف الجهات وكونت بهم مراكز ثابتة في أول الأمر وكلما جرح مجاهد نقل إلى ذلك المركز للعلاج. ومما لاشك فيه، أن جيش التحرير الوطني في المرحلة الأولى للثورة، كان يركز في إستراتيجيته العسكرية - السياسية، على توسيع العمليات العسكرية عبر كامل التراب الوطني، وتوسيع قاعدته العسكرية بمزيد من التجنيد العسكري، لذلك كما أشرنا سابقا، كان النظام الصحي الذي أنشأه عام 1954 غير مكتمل ويفتقر إلى العاملين الطبيين، وتنقصه الوسائل ولكن مع هذا فقد أدى خدمات جليلة للجرحى من جنود جيش التحرير الوطني خصوصا خلال العام الأول والثاني من عمر الثورة .

¹ يحي بوعزيز: ثورات الجزائر في القرنين التاسع عشر والعشرين، من وثائق جبهة التحرير الوطني الجزائرية (1954 - 1962)، دار البصائر للنشر

والتوزيع، الجزائر، 2009، ص 12

2- تطور النظام الصحي للثورة بعد 1956

إن أبرز ما يميز النظام الصحي للثورة التحريرية خلال الفترة الممتدة من سنة 1956 إلى سنة 1962 انعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956.¹ الذي نظم الثورة، بما في ذلك قطاع الصحة ومنحه طابع المؤسسة، فإذا جاء مؤتمر الصومام عام 1956 ليتمكن الثورة من التزود ببني تنظيمية ومؤسساتية من خلال تقسيم العمل وتنظيم الصلاحيات، وبناء سلطة ذاتية مستقلة للثورة تجسيدا للقضية مع النظام الاستعماري، فإنه أيضا أشار إلى القطاع الصحي وأقر به عندما أدرج مراتب الممرضين والأطباء والأطباء المساعدين²، وعندما تأسست الحكومة المؤقتة سنة 1958، حظي القطاع الصحي باهتمام كبير عندما أدرج ضمن وزارة الشؤون الخارجية. لقد بدأ النظام الصحي للثورة يشهد تطورا واسع النطاق، سواء في البنيات القاعدية الصحية أو في الإطارات الطبية، خاصة بعد إضراب الطلبة في 19 ماي 1956 والذي دعت إليه جبهة التحرير الوطني والتحاقهم بصفوف الثورة، حيث أعطوا نفسا قويا لقطاع الصحة من خلال التحاق العديد من الطلبة خاصة منهم طلبة الطب والصيدلة وكذلك طلبة التمريض، فكان دافعا قويا للنهوض بهذا الجانب المهم، وتشكلت بذلك النواة الأولى للقطاع الصحي التابع لجيش التحرير الوطني. وبفضل التحاق الأطباء والجراحين والصيدلة وطلاب الطب تم تنظيم المستشفيات على مستوى الأقسام أولا ثم على مستوى الناحية ثانيا، وأصبحت كل فرقة عسكرية لها ممرضها الخاص بها والملازم لها في الحرب والسلم، حيث يقدم العلاج في عين المكان، ثم يتم نقل المصاب إلى أقرب مستشفى.

تمثلت المؤسسات الصحية غالبا من بنايات على شكل كوخ أو بيوت من الطين ومخابئ مهيأة على شكل مستشفى، كما كانت التجهيزات والوسائل الطبية المستعملة بسيطة جدا تأتي أغلبها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء وممرضين جزائريون يعملون بالمستشفيات الأوربية، ولكنهم ينتمون لجبهة التحرير الوطني ويعملون لصالحها.

¹ Sylvie Thénault : **Histoire de la guerre d'indépendance Algérienne**, édition EL MAARIFA, Alger, 2010, p 75

² أزغيد محمد حسن: مؤتمر الصومام وتطور ثورة التحرير الوطني الجزائري (1956 - 1962)، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1989، ص 266

كما عرف النظام الصحي للثورة التحريرية سلك المرشادات الاجتماعية، حيث كانت لجنة المرشادات الاجتماعية ولم يقتصر دورهن على الناحية الطبية، بل تعداه ليشمل أيضا الناحية الاجتماعية والسياسية، ومجال عمل هؤلاء المرشادات الاجتماعية هو الشعب، إذ تم توزيعهن على مختلف النواحي ليقمن بإرشاد الشعب الجزائري وتوعيته سياسيا واجتماعيا وتوجيهه توجيها ثوريا، بالإضافة إلى مهمة علاج المرضى¹.

إن ديناميكية الثورة التحريرية الجزائرية، طورت نظاما صحيا يتلاءم مع طبيعة العمل الثوري العسكري، فقد كان الطبيب يعمل في مجال التطبيب ويساعد الطلبة المتقدمين في دراسة الطب لسنة أو سنتين كمساعدين أو كممرضين في حالة السلم، ولكن في حالة الحرب يتحول الطبيب إلى ممرض والعكس صحيح، وفي بعض الأحيان يحمل السلاح للرد على القوات العسكرية الفرنسية، شأنه في ذلك شأن جميع الهيئات التنظيمية لثورة التحرير الوطني، وبشأن التنظيم الداخلي للنظام الصحي للثورة التحريرية فكان منظما كما يلي:

- يلحق النظام الصحي رأسا إلى النظام العسكري، كل الذين يقومون به يخضعون إلى النظم العسكرية التي يخضع لها جيش التحرير، عدا نظام المرشادات الاجتماعية فإنه كان يتبع إلى الميدان السياسي.
- يمنع على القائمين على المستشفى أن يتجولوا أو يتصلوا بأي شخص، يمنع عليهم أن يخبروا بمكان المستشفى، كما يمنع أن يصل بهم أي شخص أو يعرف مكانه.
- بالمستشفى فرقة خاصة بالحراسة، ويجلب التموين والاتصال بإدارة القسم والناحية والمسؤول العسكري بصفة خاصة.
- يمنع على الممرضين أن يظهروا أنفسهم بأن مهنتهم هي التمريض أو الطب إلا عند الحاجة.
- أن لا يحمل الممرض من الدواء إلا أقل كمية، أما الباقي فهو مخزن تحت الأرض.
- كل ما يخص المستشفى من تموين وأدوات ودواء يجب أن يخزن في أماكن خاصة لا يعلم بها إلا اثنان أو ثلاثة.

¹ نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 118

خلاصة القول، أن الوضع الصحي الحرج للشعب الجزائري الذي ميز الفترة الاستعمارية كان عبارة عن سياسة مدروسة من طرف الاحتلال الفرنسي الذي حرب كل الطرق والوسائل في سبيل القضاء على الوجود الجزائري، وما الإصلاحات التي قام بها في فترات متباعدة سوى إستراتيجية من أجل القضاء على المقاومة الشعبية التي تعرض لها منذ بداية الاحتلال، فالإصلاحات التي مست النظام الصحي والتي باشرتها الإدارة الفرنسية في الجزائر، كانت في الواقع لصالح الفرنسيين والأوروبيين ولم يستفد منها الشعب الجزائري إلا القليل ممن كان موالي لهذه الإدارة الاستعمارية، ومن ناحية أخرى فإن ظهور نظام صحي مؤسس وإنساني في طبيعته وثورتي في أهدافه، ألا وهو النظام الصحي لجهة التحرير الوطني، فمهما كانت نقائص النظام الصحي لثورة التحرير الوطني، إلا أنه استطاع أن يثبت فعاليته ووجوده بإسعاف آلاف الجرحى من الجنود جيش التحرير الوطني وعلاج مئات المرضى حتى من المدنيين ما زاد من التفاف الشعب الجزائري حول الثورة، وهو الأمر الذي عقد من مهمة الإدارة الاستعمارية الفرنسية، وأن يؤسس النواة الأولى للهيئة الطبية وللنظام الصحي بعد الاستقلال. كما ينبغي الإشارة إلى أن الاحتلال الفرنسي حارب المنظومة الصحية خلال الثورة بجرمان الجزائريين من الدواء والعلاج، بل تعداه إلى نشر الخطر المزمن الذي يؤسس لانتشار الأمراض المستعصية بين الجزائريين عندما لجأ إلى تفجير القنابل النووية في الجنوب الجزائري، حيث ظهرت أمراض كانت مجهولة لدينا مثل مرض سرطان الجلد والعيون، الإعاقات والتشوهات الخلقية.

الفصل الرابع :

التجربة التنموية في الجزائر ومراحل تطور السياسة الصحية : مساهمة في رصد سياسات إصلاح النظام الصحي

تمهيد

أولا : مراحل التنمية الاقتصادية والاجتماعية وإستراتيجيتها في الجزائر

- 1 - مرحلة التسيير الذاتي
- 2 - مرحلة التصنيع المكثف وفقا للتسيير الاشتراكي
- 3 - مرحلة إعادة الهيكلة واستقلالية المؤسسات العمومية
- 4 - مرحلة الإصلاحات الاقتصادية المفروضة والتمهيد لاقتصاد السوق
- 5 - مرحلة الانفتاح الاقتصادي وتكريس مبادئ اقتصاد السوق

ثانيا : مراحل تطور سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري

- 1 - الوضع الصحي بعد الاستقلال واستمرار التفاوت الاجتماعي للصحة
- 2 - مرحلة تسيير الأزمة الصحية: نحو محاولة لتكييف المنظومة الصحية الموروثة مع الحاجات الصحية (1962-1973)
- 3 - مرحلة مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974-1980)
- 4 - مرحلة الاتجاه نحو الانفتاح و ليبرالية العلاج (1981-1990)
- 5 - مرحلة تقليص دور الدولة في مجال الصحة (1991-2001)
- 6 - مرحلة مشروع إصلاح المستشفيات: نحو البحث عن طرق جديدة لمعالجة المشاكل الصحية (2002-2017)

ثالثا : تعقد المشكلات الصحية واستمرار إشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية

- 1 - التنمية الصحية وسياسة تطبيب المشكلات الصحية
- 2 - الإصلاحات بين تقليد نسق الاستهلاك الطبي الغربي وغياب رؤية إستشرافية
- 3 - الشركات متعددة الجنسيات لصناعات الصيدلانية وتعميق التبعية الدوائية
- 4 - برامج ومناهج التعليم الطبي (تعليم غير متوازن في تخصصاته وتابع)
- 5 - دور المنظمات الدولية في توجيه السياسات الصحية

تمهيد:

إن فهم موضوع التنمية الصحية وتشخيص الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري، بمؤشرات المختلفة ومعرفة ما طرأ عليه من تغييرات، لا بد من أن يتم في ضوء البناء الاجتماعي والاقتصادي والثقافي التي نشأت وتطورت في نطاقه، وأن عزلها عن الشروط التي أنتجت وتطورت ضمنها، يعني بكل تأكيد تسطير في فهمها وتشويها لحقائق التاريخ الاجتماعي. وعليه سوف نهتم بدراسة التجربة التنموية التي قامت بها الدولة الجزائرية وعاشتها لبناء مشروع مجتمعي متكامل، ومعرفة مكانة قطاع الصحة وأولوياته في إستراتيجياتها التنموية وكذا الآثار المترتبة عن عملية التنمية هذه، خاصة إذا علمنا أن الصحة العمومية تمثل تكامل كل جهود المجتمع بكل أنساقه الفرعية (قطاعاته) التربوية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية نحو مسألة الصحة.

هكذا، سوف نقوم بتحليل نموذج التنمية الذي اتبعته الجزائر منذ الاستقلال، والذي كان يهدف إلى عمل قطيعة مع النظام الرأسمالي، قصد تحقيق تنمية شاملة وفق النهج الاشتراكي المختار، والذي يضيف على التنمية بعدا اجتماعيا، يركز على توفير مقاييس الحياة الكريمة للمواطن من صحة، سكن، تعليم وعمل للجميع....، ثم نحاول التعرف على إخفاق هذا النموذج التنموي، وسعي الجزائر للاندماج في النظام الرأسمالي من خلال استنجاحها بصندوق النقد الدولي والبنك العالمي للإشراف على الإصلاحات الاقتصادية، بذلك نكون قد تعرضنا لمختلف مراحل هذه التجربة التنموية والتي تمت أثناء هذه الفترة، وفي ذات السياق ثم نحاول التعرف مراحل تطور السياسة الصحية وما شهدته من إصلاحات ضمن إشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية، وكل ذلك سوف نتعرض له بالمناقشة و التحليل السوسيولوجي.

أولاً: مراحل التنمية الاقتصادية والاجتماعية وإستراتيجيتها في الجزائر

إذا أردنا أن نؤسس لفهم معرفي متكامل الأبعاد والجوانب بعيدا عن الحدود الضيقة وتجنب الوقوع في منزلق المنظورات الاختزالية الضيقة، وتجنبنا لتسطيح فهمنا، حول التغيرات والتحويلات التي طرأت على السياسة الصحية و النظام الصحي في الجزائر بعد الاستقلال وآثارها على مستوى الوضع الصحي العام للجزائريين، فإنه يتعين علينا، أن نعرف أولا مختلف مراحل التنمية الاقتصادية والاجتماعية وإستراتيجيتها التي طبقت في الجزائر، وتقييم الآثار المترتبة على تنفيذها، لأن تحقيق تنمية صحية وفق إستراتيجية معينة، لا يمكن أن يحدث مخالفا لإستراتيجية التنمية الاقتصادية والاجتماعية وتوجهاتها، عليه سوف نقوم بعرض هذه المراحل لكي نستطيع فهم كيفية ترابط مراحل التنمية الصحية وما عرفته من تغيرات -التي تعكسها سياسات إصلاح النظام الصحي- وفق تسلسلها مع التحويلات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري، ومراحل عملية التنمية هذه بها بدءا من فشل النموذج التنموي الذي تم وفقا للنهج الاشتراكي وصولا إلى الانفتاح والاندماج في اقتصاد السوق.

1- مرحلة التسيير الذاتي

تمتد هذه المرحلة من (1962- 1967)، فعلى إثر الرحيل الجماعي للمعمرين أيما بعد الاستقلال عرفت المؤسسات الجزائرية فراغا كبيرا، الأمر الذي دفع بالعمال الجزائريين إلى التجند والانتظام بصورة تلقائية وجماعية لمواصلة العملية الإنتاجية، حماية للاقتصاد الوطني الذي أصبح مشلولا، ومن أجل إضفاء صبغة شرعية على هذه المبادرة واستجابة للأمر الواقع الذي فرضته القاعدة، أصدرت الحكومة مراسيم تنظيمية أقرت من خلالها نظام التسيير الذاتي، وينبغي الإشارة أنه منذ اليوم الأول من الاستقلال، برز صراع حاد حول التوجهات والخيارات الاقتصادية، مما أفرز حالة انسداد وارتباك، فالاختلاف الإيديولوجي وغياب إستراتيجية تنمية واضحة حالا دون بلورة مشروع اقتصادي يحظى بتأييد مختلف القوى الاجتماعية في الساحة السياسية الوطنية، ولعل أحسن من عبر عن هذا الوضع «عبد اللطيف بن أشنهو» بقوله: "فمنذ صبيحة الاستقلال وخلال أكثر من ثلاث سنوات، بقيت موازين القوى الاجتماعية في الجزائر دون أن تسمح لأي واحدة منها أن تعطي للتنمية الاقتصادية اتجاها مطابقا لمصالحها الخاصة¹."

¹ إدريس بلكعيات: تجربة الجزائر في التنمية، قراءة في الانتقال من نموذج إلى نموذج مضاد، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة بقسنطينة عن جامعة

وعليه، فإن التجربة الجزائرية في التسيير الذاتي، لم تكن وليدة دراسة وتفكير عميق، إنما كانت استجابة للظروف السائدة أثناء الاستقلال، لهذا ظهرت عدة مشاكل وصعوبات وتناقضات عند تطبيق هذا النظام مما حال دون تحقيق الأهداف المسطرة وبلوغ الغايات التي وجد من أجلها. فلم يلق التسيير الذاتي تحالف كل الطبقة السياسية الوطنية بمختلف تشكيلاتها، بل أن اختلاف المشاريع الإيديولوجية والسياسية للطبقة السياسية، عرقل تطور هذا الأسلوب من تنظيم العمل، كذلك نقص الخبرة لدى العمال وحداثة عهدهم بالعمل الصناعي نتيجة أصولهم الريفية وانتشار الأمية، كلها عوامل أدت إلى فشل المؤسسات المسيرة ذاتيا، ولم تسمح بتحقيق النجاح والفعالية.

2- مرحلة التصنيع المكثف وفقا للتسيير الاشتراكي

تمتد هذه المرحلة من (1967-1979)، إن الأساس النظري للتنمية في الجزائر خلال هذه المرحلة يعود إلى ما يسمى « بنظرية الصناعات الرائدة أو الصناعات المصنعة* » Industries Industrialisantes والتي ترجع أصولها النظرية والمنهجية إلى النموذج السوفييتي الماركسي، الذي يعتمد في تقسيم القطاع الصناعي إلى قسمين: إنتاج وسائل الإنتاج، وإنتاج السلع الاستهلاكية.

لقد ساهم في بلورة النموذج الجزائري في التنمية مجموعة من العلماء الاقتصاديين منهم : دي برنيس

DE BERNIS وعبد اللطيف بن أشنهو A. BEN ACHNHOU وبوب روسكي BOB ROWSKI، هذا النموذج التنموي قائم على فكرة « الصناعات المصنعة »، أي الصناعات التي تمارس تأثيرا من شأنه أن يؤثر في حجم وهيكل الأنشطة الاقتصادية الأخرى. وفي هذا السياق قدم دي برنيس لوزارة الصناعة الجزائرية دراسات ضخمة بموجب عقود مهمة، تستند على تحليل تعتبر تزايد المبادلات بين مختلف فروع الاقتصاد الوطني الصناعية، بهدف تأمين الدينامية

* طبقا للتاريخ الاقتصادي للتنمية، فإنه ظهرت بعد الحرب العالمية الثانية ثلاث أنماط كبرى من التنمية، وهي التصنيع بإحلال الواردات، التصنيع بتنمية الصادرات والصناعات المصنعة.

- التصنيع بإحلال الواردات، وتهدف إلى تشييد مشاريع صناعية قصد إنتاج المواد التي كانت تستورد من قبل، وقد ظهرت هذه الإستراتيجية وانتشرت في دول أمريكا اللاتينية، ويرجع هذا التوجه إلى تعاظم العجز التجاري للدول النامية ذلك لانخفاض أسعار موادها الأولية المصدرة، أدى تزايد هذا العجز إلى الحد من استيراد المواد الاستهلاكية وقيام صناعات محلية لإنتاج هذه المواد كليا أو جزئيا.

- التصنيع بتنمية الصادرات: تهدف إلى تكفل الدول النامية بإجراء بعض عمليات التصنيع على صادراتها حتى تزداد قيمتها في السوق العالمية. الحد من استيراد المواد الاستهلاكية وقيام صناعات محلية لإنتاج هذه المواد كليا أو جزئيا.

- التصنيع بتنمية الصادرات: تهدف إلى تكفل الدول النامية بإجراء بعض عمليات التصنيع على صادراتها حتى تزداد قيمتها في السوق العالمية.

التصنيعية يتم بفضل الاستخدام الداخلي للإنتاج الصناعي المتزايد في القطاع الصناعي بالذات، وهكذا تعتبر صناعة الحديد والصناعات المعدنية والميكانيكية والبتروكيماوية والإلكترونية (مفاعل جذب) قوية، ليس فقط في القطاع الصناعي، حيث يستخدم ما ينتجه فرع ما كمواد إنتاجية لفروع صناعية الأخرى، بل في قطاعات اقتصادية أخرى كالزراعة والنقل¹. تقوم هذه الإستراتيجية على ثلاث وسائل أو أساليب رئيسية هي كما يلي :

أ- ضخامة الحجم: في هذا الصدد نجد المركبات الصناعية الضخمة

✓ مركب الحديد والصلب بعنابة (شرق الجزائر).

✓ مركب قسنطينة (شرق الجزائر) لصناعة الجرارات والعتاد الزراعي.

✓ مركب روية (وسط الجزائر) لصناعة العربات والشاحنات.

✓ مركب أرزيو (غرب الجزائر) لصناعات البتروكيماوية.

ب- كثافة رأس المال

ج- تكنولوجيا معقدة أو متقدمة جدا.

ويشترط الاقتصادي دي برنيس DE BERNIS وأنصاره لتحقيق هذا النموذج توفر بعض الشروط أهمها:

✓ إشراف الدولة مباشرة على مختلف المشروعات الصناعية.

✓ التخطيط المركزي لمختلف المشروعات الصناعية.

✓ أن تساهم التجارة الخارجية بما تحقّقه من عائدات من العملة الصعبة لتمويل المشروعات الصناعية في مراحلها

الأولى.

¹ عبد الحميد براهيم: في أصل الأزمة الجزائرية، مركز الدراسات الوحدة العربية، بيروت، 2001، ص 142

والملاحظ في هذه الإستراتيجية هو الأهمية الكبرى التي أعطيت للصناعة خاصة الصناعة الثقيلة ويظهر هذا واضحا من خلال حجم الاستثمارات المخصصة للصناعة في مختلف المخططات التنموية، فقد كان نصيب الصناعة في المخطط الثلاثي الأول (1967-1969) حوالي 51.6% من الميزانية، وبلغت النسبة في المخطط الرباعي الثاني (1974-1977) 43.4% والجدول التالي يبين ذلك¹، وإذا تمعنا جيدا في المعطيات الواردة في الجدول سوف نلاحظ أن الاهتمام كان منصبا على الصناعات الثقيلة بدلا من الصناعات التحويلية الخفيفة، فالجزائر رفضت منذ البداية الاعتماد على الصناعة الخفيفة، ذلك أن هذا النمط من التصنيع لا يحقق المهام والطموحات المرجوة وهي إعادة هيكلة الاقتصاد الوطني بشكل كلي.

الجدول رقم (01): نسبة الصناعات الثقيلة في المخططات التنموية خلال الفترة الممتدة (1967-1977)

المخططات	نصيب القطاع الصناعي من جملة الاستثمارات	نصيب الصناعات الثقيلة من الميزانية المخصصة للقطاع
الثلاثي الأول (1967-1969)	51.6 %	88.7 %
الرباعي الأول (1970-1973)	44.7 %	86 %
الرباعي الثاني (1974-1977)	43.4 %	88 %

المصدر: محمد بومخلوف: التوطين الصناعي وقضايا التنمية في الجزائر التجربة والآفاق، دار الأمة، الجزائر، 2001، ص 60

مما لاشك فيه أن هذا التوزيع اللامتوازن لحجم الاستثمارات بين قطاعي الصناعة والزراعة، أدى إلى جملة من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية وحتى الصحية، كالهجرة الريفية لعمال الزراعة مما أدى إلى نقص العاملين بالزراعة واتساع حجم الأحياء الفقيرة المحيطة بالمدن الكبرى، هذه المدن التي عرفت نموا كبيرا ترتب عنه اختلال توازنها، كونها لم تكن مستعدة ومهيأة لتقبل هذه التحولات والتغيرات السريعة. وهو ما يؤكد اهتمام الدولة الجزائرية بالقيام بتنمية اقتصادية وبتقديم الخدمات إلى المراكز الحضرية الكبيرة والمتوسطة، وأهملت التجمعات السكانية الصغيرة خصوصا تلك

¹ محمد بومخلوف: مرجع سابق، ص 60

التي تعتمد على الزراعة والثروة الحيوانية، الأمر الذي أدى إلى تقلص القطاع الريفي وتضخم القطاع الحضري، فالمعطيات الإحصائية تبين أنه من خلال عشرين سنة تغيرت نسبة الريف إلى نسبة الحضر من 79% سنة 1956 إلى 59% سنة¹ 1976.

ونظرا للفقر المدقع الذي ميز حالة المجتمع الجزائري بعد الاستقلال، فقد كان ينظر إلى كل المشكلات الاجتماعية وحتى الصحية على أنها نتاج له، وعليه سارعت الطلائع الثورية إلى رسم سياسة تنموية هدفها في المحل الأول تطوير البنية الاقتصادية للمجتمع، من خلال القضاء على كل أشكال التبعية والانطلاق نحو وضع الشروط الموضوعية اللازمة للتصنيع وفق أسس تقنية حديثة، لذا كان الهدف من التصنيع المكثف وفقا للمنهج الاشتراكي هو تحقيق صناعة سريعة وكذا استقلالية تكنولوجية من خلال الربط الديناميكي بين الصناعة والزراعة. بذلك يجب أن تكون الثورة الصناعية قادرة على وضع الأسس لصناعة رئيسية قادرة في حد ذاتها على خلق صناعات جديدة تسمح بتنشيط الاقتصاد.

هكذا، اعتمدت السلطة الحاكمة إستراتيجية التصنيع المكثف وفقا للمنهج الاشتراكي، هذا المنهج يمثل التوجه الأكثر انسجاما مع الواقع الوطني، ومن أجل خلق قاعدة صناعية ثقيلة، ويبدو أن هذه الإستراتيجية من الناحية النظرية، شاملة وعلى مستوى التصور قادرة على التخلص من حلقة التخلف وتوفير أرضية من شأنها تسهيل قيام عملية تنموية، غير أنه عند تطبيقها واجهت عدة صعوبات انتهت بأزمة مسدودة.

إن سياسة التصنيع أدت إلى تبعية متعددة الأعباء والأشكال، بحيث نجد أن الاستثمارات الصناعية الضخمة تتطلب موارد مالية ضخمة، كانت الجزائر في ذلك الوقت لا تتوفر لديها، لذلك لجأت إلى الاقتراض من سوق المال العالمي من أجل تمويل مشروعات التنمية، وبذلك نجد أن الديون بدأت تتراكم بدءا من المخطط الثلاثي الأول (1967-1969)، بحيث بلغت 4.9 مليار دولار سنة 1974، وارتفعت إلى 10.5 مليار دولار سنة 1976، ووصلت إلى 26 مليار دولار سنة 1990 وبلغت خدمة الديون سنة 1982 حوالي 3850 مليون دولار، وارتفعت إلى 5240 مليون دولار سنة 1990 لتصل إلى 9 مليار دولار سنة 1992، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى لا

¹ محمد السويدي: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري: تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغير في المجتمع الجزائري المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990، ص 87

ننسى أن الجزائر بعد الاستقلال ورثت تركة استعمارية ثقيلة، كانت بمثابة نتيجة منطقية لطبيعة الاستعمار الاستيطاني الهمجي، الذي سعى إلى خلخلة توازن واستقرار بنيت المجتمع الجزائري الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، رغم محاولة هذه الدولة الناشئة بعد الاستقلال والساعية لإعادة بناء مجتمعا ومختلف مؤسساته، وإعطاء الاستقلال مضمونه الاجتماعي لتجنب مسائل التبعية الاقتصادية، وبنقل المثال الصناعي الأوربي للقرن التاسع عشر إلى الجزائر المعاصرة، ومماهة الرأسمالية الصناعية في أوروبا مع رأسمالية الدولة في الجزائر ينطويان على أخطاء منهجية كبيرة، فتطبيق سياسة تصنيع غير ملائمة تقوم على تقليد الغرب، هو تقليد ناجم عن الافتقار إلى النقد السوسيولوجي، والوقوع في فخ التبعية من جديد هي تبعية تكنولوجية، فاللجوء إلى ممارسات صناعية لا تأخذ بعين الاعتبار ظروف البلد وتمهل الاستخدام السليم لموارده البشرية والمادية المتوفرة، والقناعة بأن تحقيق التقدم والتكنولوجيا يمكن شراؤها، هذه الرؤية المادية الأحادية والضيقة ساهمت في تعثر النموذج الجزائري في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وإن لم نقل فشلها.

3- مرحلة إعادة الهيكلة واستقلالية المؤسسات العمومية

لقد بينت النتائج المستخلصة من عملية المراجعة والتقييم للاقتصاد الوطني التي شرع فيها سنة 1979، أن الاستثمارات الضخمة في سبيل التصنيع في الفترة ما بين 1968 و 1978 لم تحقق الأهداف المرجوة منها، حيث بينت المؤشرات الاقتصادية وجود هوة بين الأهداف المعلنة للتخطيط وبين النتائج المحققة في الميدان، فلم يستطع الاقتصاد الجزائري تحقيق الاكتفاء الذاتي والاستغناء عن الاستيراد، بل طفت إلى السطح عدة اختلالات ونقائص أدت إلى ضعف الأداء والمروية الاقتصادية للمنشآت والتجهيزات التي كلفت المجتمع أموال ضخمة.

بدأت في مطلع الثمانينات، مرحلة من البراغمية تطبع الاقتصاد الجزائري عبر سلسلة من التغييرات والتي عرفت في الخطاب الرسمي باسم « الإصلاحات »، حيث تم التخلي عن إقامة المركبات الصناعية الضخمة، وتوجيه مداخل الريع النفطي نحو قطاع الخدمات والاستهلاك الداخلي، هذا ما يعني توقيف الاستثمارات خصوصا في القطاع الصناعي، والذي يقابله نمط استهلاك غير رشيد، الذي شجعه النظام آنذاك في إطار مكافحة الندرة. مما عمق الأزمة.

ومن أجل ضمان التسيير المحكم والفعال للمؤسسات العمومية الاقتصادية، قامت الحكومة الجزائرية بإصلاح سمي «إعادة الهيكلة العضوية للمؤسسات العمومية» بموجب مرسوم 80-242 الصادر في 1980/10/04، حيث تم تقسيم 50 مؤسسة عمومية كبيرة الحجم إلى 300 مؤسسة جديدة، ثم القيام بإصلاح آخر سمي «إعادة الهيكلة المالية» ابتداء من سنة 1983. لكن عملية إعادة الهيكلة العضوية والمالية لم تؤدي إلى النتائج المرجوة بقدر ما كانت لها تأثيرات سلبية، والتي زعزعت استقرار القاعدة الاقتصادية بأكملها، مؤدية إلى إضعاف درجة التكامل وإن كانت ضئيلة من قبل. بسبب استمرار الاعتماد شبه المطلق على مداخيل الربيع النفطي فالحروقات كانت تستحوذ على 93 % من مجمع الصادرات، نتج عن ذلك نتائج سلبية على الاقتصاد الجزائري، خاصة عقب انهيار أسعار البترول في منتصف ثمانينات القرن العشرين. ليصل سعر البرميل من النفط سنة 1986 إلى أقل من 13 دولار، بعد أن كان يتراوح سعره بين 27 و40 دولار للبرميل خلال سنوات (1980-1985).

وفي ظل هذه الظروف الاقتصادية الصعبة، قامت السلطة الحاكمة بتبني سياسة أخرى للإصلاح سميت بـ«استقلالية المؤسسات العمومية الاقتصادية»^{*} والتي تزامنت مع شح الموارد المالية للاقتصاد الجزائري، وانخفاض معدلات المدرودية الاقتصادية للمؤسسات العمومية، رغم الإصلاحات التي أدخلت عليها في إطار سياسة إعادة الهيكلة العضوية والمالية المشار إليها سابقا. إن استقلالية المؤسسات العمومية الاقتصادية التي اعتمدتها السياسة الاقتصادية في الجزائر كحركة إصلاح في نهاية الثمانينات من القرن الماضي، تعتبر بمثابة فرصة جديدة لهذه المؤسسات الوطنية لتجاوز مشاكلها التي تفاقت بسبب تفعيل واقع اقتصادي معين أجبرها على العمل في إطار اللاكفاءة، مما جعلها تتخبط في أزمة هيكلية مستمرة، لكن الواقع يشير إلى فشل سياسة الإصلاح هذه.

* استقلالية المؤسسات الاقتصادية العمومية هي أداة لإعادة تنظيم المؤسسات العمومية تبعا لقواعد جديدة، تقوم الدولة بالتخلي عن وظيفة التسيير لهذه المؤسسات مع بقائها المالك الأساسي، وتهدف إلى منح هذه المؤسسات مزيدا من المبادرة في إطار العمل على تجسيد الفعلي للامركزية من خلال إعادة القانون الأساسي للمؤسسة الذي يجعلها تأخذ فردية المبادرة والتسيير من أجل استغلال طاقاتها الذاتية، كما تتيح الاستقلالية إمكانية التعاقد بحرية وفق القانون التجاري، لاسيما وأن المؤسسة الاقتصادية أخذت شكلا آخر في تعريفها فأصبحت تتمتع بشخصية معنوية مسؤولة عن نشاطها تخضع لمبادئ الربحية. أنظر:

- ناصر دادي عدون: اقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة، الجزائر، ط2، 1998، ص 170

بهذا أثبتت الواقع العملي فشل كل الإصلاحات المتخذة، يحدث كل ذلك في جو يتميز بالتدهور المستمر للنسيج الاقتصادي وتفاقم الديون الخارجية، وأخطر ما فيها أن القروض قصيرة المدى تشكل جزءا كبيرا منها، وي طرح ذلك طبعا مشكلة خدمة الديون التي أصبحت تمتص الجزء الأكبر من العائدات النفطية، وفي ظل انخفاض مستويات الاستثمار والاستهلاك وبالتالي إلغاء مشاريع استثمارية هامة كانت مسطرة وتنتظر التنفيذ مع انخفاض القدرة الشرائية للمواطن الجزائري، دفع هذا الواقع الاقتصادي المتأزم إلى التفكير نحو إيجاد آليات متطورة تعمل على تحقيق الاستقرار للفعاليات الاقتصادية، ذلك بإدخال مفاهيم جديدة تجعل من الاقتصاد الوطني أكثر حرية وتنافسية وهذا ما سعت إلى تحقيقه المرحلة اللاحقة والتي جاءت بإجراءات عملية هيأت طرعا اقتصاديا جديدا كان هدفه التوجه نحو اقتصاد السوق.

4- مرحلة الإصلاحات الاقتصادية المفروضة والتمهيد لاقتصاد السوق

لقد تميزت الفترة الممتدة خاصة ما بين (1989-1993) بوضع اللبنة الأولى للإصلاحات الهادفة لإرساء قواعد اقتصاد السوق، حيث تم صدور سلسلة من القوانين ابتداء من بداية التسعينيات، من أهمها نجد قانون القرض والنقد الصادر يوم 1990/04/14، الذي منح للبنك الجزائري مسؤولية المراقبة النقدية والمصرفية بعد أن كان يحمل اسم البنك المركزي، مع طرح إمكانية إنشاء بنوك خاصة سواء وطنية أو أجنبية، وتبني قانون يهدف إلى تقليص احتكار الدولة للتجارة الخارجية 1991، وقانون الاستثمارات في 1993/10/05، كما عرفت الجزائر تحولا مس بنيتها الاجتماعية بموجب التعديل الدستوري لسنة 1989.

بذلك، كانت الدولة الجزائرية مهيأة للانسحاب من الأجهزة الاقتصادية لصالح فاعلين من القطاع الخاص الذي تم الاعتراف بدوره، وما أصبح يميز المنظومة الصحية في الجزائر أيضا خلال هذه الفترة خضوعها للخصوصية جزئيا. فلقد أدت أزمة 1986 (انخفاض أسعار البترول) إلى جعل الجزائر تهتز تحت وطأة عجز ميزان المدفوعات، وتفاقت الاختلالات في التوازنات المالية الكبرى، حيث زاد ضغط المديونية الخارجية والتي بلغت خدماتها مستويات حرجية، إذ وصلت خدمة المديونية سنة 1993 نسبة 87.5% من إجمالي الصادرات وهو كما توضحه المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): حجم المديونية الخارجية للاقتصاد الجزائري للفترة (1990-1999)

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1997	1998	1999
حجم الدين	26.7	27	26.1	26.4	29.5	31.6	31.2	30.5	28.3
خدمة الدين	8.6	9.2	8.8	9.1	4.5	4.2	4.5	5.2	5.1
نسبة خدمة الدين من إجمالي الصادرات %	66.7	74.2	76.5	<u>87.5</u>	47.2	38.8	31.7	47.5	39.2

الوحدة : مليار دولار

المصدر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، جامعة الشلف، العدد التجريبي 2004، ص 200

أمام هذا الاختلال في التوازن المالي، لم يعد للجزائر من خيار سوى اللجوء للهيئات المالية العالمية الممثلة في صندوق النقد الدولي (FMI) والبنك العالمي (BM)، لإعادة جدولة ديونها وبالتالي تبني سياستهما الإصلاحية وقبول شروطهما¹، وذلك من خلال إبرام اتفاقيتين وهما (Stand-by1) في 1989/05/30 و (Stand-by2) في 1991/06/03. حيث تم الشروع في تطبيق برنامج الاستقرار الاقتصادي الذي يمتد من أبريل 1994 إلى مارس 1995، ثم برنامج التعديل الهيكلي الذي يمتد من 22 ماي 1995 إلى 21 ماي 1998.

لقد كانت تهدف الدولة الجزائرية من وراء تلك الاتفاقيتين إلى تصحيح الأوضاع الاقتصادية على المستوى الكلي، على إثر ذلك باشرت السلطات بجملة من الإصلاحات، كالشروع ابتداء من نهاية نوفمبر 1996 في حل المؤسسات العمومية التي تعاني من عجز، حيث تشير الأرقام إلى حل 815 مؤسسة اقتصادية نهاية جوان 1998، والشروع في خصوصية هذه المؤسسات العمومية، ترشيد القطاع العام من خلال تجميد رفع الرواتب والحد من التوظيف، أيضا التحرير الجزئي للاقتصاد، ذلك بقيام السلطات الجزائرية بإصدار قانون ضبط الأسعار في جويلية 1989، والذي يرمي إلى

¹ Daniel Mercure et autres: **Culture et gestion en Algérie**, édition Harmattan, Paris, 1997, p 23

تطبيق الأسعار الحقيقية مع التخلي التدريجي لدعمها بعض السلع. هذا الإجراء الأخير إذا أردنا أن نتخذ موقفاً سوسولوجياً منه، فنجد أن عملية رفع الدعم من السلع قد مست المواد الاستهلاكية ذات الاستهلاك الواسع ابتداءً من سنة 1996 بهدف تخفيض نسبة الإنفاق العام، لكن حقيقة هذا المطلب كان يهدف إلى مس نمو الطلب الداخلي من خلال الضغط على استهلاك ذوي الدخل المحدود، وفي هذا الصدد يلاحظ أن كل من صندوق النقد الدولي (FMI) والبنك العالمي (BM) لا يطالبان بكبح نمو الاستهلاك الترفي، هنا بدأت الاختلالات الاجتماعية تتفاقم، والذي نتج عنه تهديد صريح للقدرة الشرائية للمواطنين، مما هدد مستوى معيشة الفئات الاجتماعية الدنيا، وبذلك اتسع نطاق الفئات الفقيرة وازدادت الفوارق بين الطبقات الاجتماعية.

إذا قمنا بمحاولة تحليل الوضع الاقتصادي للجزائر على مستوى التحليل السوسولوجي، فالنتائج كلها تجمع وتشير إلى فشل برنامج إعادة الهيكلة في تحقيق الإنعاش الاقتصادي الذي كان متوقعاً بلوغه حسب ما خطط له، حيث أصبح يشهد الاقتصاد الجزائري اختلالات هيكلية، وبالتالي، فإن نموذج التنمية الجزائري الذي حاول أن يعمل قطعة مع آليات التبعية للنظام الرأسمالي، ساهم عند تنفيذها على إعادة إستدخال هذه الآليات من جديد، بحيث وجد نفسه وقع في فخ المديونية التي صاحبت نمو عمليات التصنيع، الأمر الذي يجعلنا نقف عند حقيقة سياسة المؤسسات المالية العالمية كصندوق النقد الدولي والبنك العالمي، التي لم تعرف نجاحاً في أي بلد في العالم على الإطلاق. فالشواهد التاريخية تؤكد على أن البرامج و الشروط الإصلاحية للصندوق والبنك الدوليين هي مجرد ضغوط تندرج من منظور سياسي دولي لبناء نظام اقتصادي وسياسي دولي جديد ذو قطب واحد هي الولايات المتحدة الأمريكية، فما حققه برنامج التعديل الهيكلي في الجزائر من الناحية الاقتصادية نجد¹ :

✓ تحقيق نمو 3.9%، 4% و 4.5% خلال سنوات 1995 و 1996 و 1997 على التوالي.

✓ انخفاض في عجز الميزانية من 8.7% سنة 1993 إلى 4.4% سنة 1994.

✓ انخفاض معدل التضخم من 21.7% إلى 7% خلال سنوات 1995 و 1996 و 1997. ويعود هذا

الانخفاض إلى التعديلات التي مست أسعار بعض السلع المدعومة وانخفاض قيمة العملة الوطنية.

¹ كرابلي بغداد: نظرة عامة على التحولات الاقتصادية في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة عن جامعة محمد خيضر، بيسكرة، الجزائر، العدد 08،

هذه الآثار التي تبدو إيجابية يمكن أن نسميها مجرد نجاحات ظرفية مؤقتة، لأنه في المقابل أدت عملية الخصخصة كإجراء مهم لا بد من تبنيه لتجسيد برنامج التعديل الهيكلي، والتي شرع فيها في أبريل 1996 مست 200 مؤسسة عمومية وتسارعت وتيرة حل الشركات وخصصتها لتمس أكثر من 800 مؤسسة محلية سنة 1998 وبيع 250 مؤسسة كبرى، فكان القطاع الصناعي هو المتضرر الأول من تلك العملية بـ 54%، إضافة إلى ظاهرة تسريح العمال التي صاحبت عملية الخصخصة آنذاك، حيث تم تسريح آلاف العمال أغلبهم من القطاع الصناعي، لتبرز ظاهرة البطالة وتزايد بمعدلات مخيفة، إذ انتقلت نسبة البطالة من 23.25% سنة 1993 لتصل نسبتها في أقل من ستة سنوات إلى 29.2% أي سنة¹ 1999.

فعواقب هذه السياسة كانت وخيمة على مجالين حيويين هما : تدهور مستوى معيشة خاصة بالنسبة للطبقات الفقيرة ومحدودة الدخل ما يعني تعرض النظام الاجتماعي السائد لاضطرابات وضغوط داخلية مختلفة، واستياء حالة التنمية، وهي تضحيات تخدم تقدم المجتمعات المتقدمة وتدفع الدول النامية إلى المزيد من التخلف والتبعية، بالتالي أن الجزائر أصبحت تتوفر على آليات تكريس التبعية وترسيخها وهو حال لا يختلف كثيرا عن حال مجتمعات العالم الثالث .

5- مرحلة الانفتاح الاقتصادي وتكريس مبادئ اقتصاد السوق

تميزت هذه الفترة التي تنطلق من سنة 1999، بمحاولة الدولة الجزائرية اتخاذ إجراءات من شأنها التخفيف من حدة الآثار السلبية المترتبة عن الإصلاحات المفروضة من طرف الهيئات المالية العالمية، قد ساعد على ذلك ارتفاع أسعار النفط في الأسواق الدولية ابتداء من سنة 2000، واستقرار الأوضاع الأمنية أين تم انتخاب عبد العزيز بوتفليقة رئيسا للجمهورية الجزائرية سنة 1999، الذي بادر بجملة من الإصلاحات الشاملة، وقد تم تجسيد هذه السياسة من خلال تنفيذ ثلاثة برامج تنموية :

البرنامج الأول: برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي المطبق في الفترة (2001-2004)، خصص له مبلغ 525 مليار دينار جزائري أي حوالي 7 مليار دولار أمريكي.

¹ Tahar Haffad : quelques conséquences économiques et sociales de l'évolution démographique en Algérie, Revue des sciences économiques et des gestions, N°3, 2004, p 98

البرنامج الثاني: البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي نفذ في الفترة (2005-2009)، خصص له مبلغ يفوق 130 مليار دولار أمريكي. أما البرنامج الثالث: البرنامج الخماسي (2010-2014)، يعد أضخم برنامج تنموي يطبق في الجزائر منذ استرجاع الاستقلال بمبلغ يصل إلى 286 مليار دولار أمريكي.

عموما ما يمكن قوله، كمحاولة لتقييم إستراتيجية التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر، وما عرفت من إصلاحات (ذاتية ومفروضة) وآثار ذلك على بنية المجتمع الجزائري الاجتماعية والاقتصادية وحتى على سلمه القيمي وتحليلها وفقا للمنظور السوسيولوجي التكاملي، فالاقتصاد الجزائري عرف عدة تحولات يمكن تحديدها في مراحل متميزة، بحيث تنفرد كل مرحلة منها بخصائص تميزها عن غيرها من المراحل - كما رأينا - لتصل في الأخير وتحدد طبيعة الاقتصاد الجزائري وترسم معالمه بأنه اقتصاد ريعي -تبعية الاقتصاد الوطني للمحروقات- هذا الأخير يعتمد في مدى استقلاليته وفي تحديد سياساته واتجاهاته على أسعار النفط في السوق الدولية.

هذا الوضع المربك الذي يعيشه الاقتصاد الجزائري جعله اقتصادا يعاني من اختلالات بنائية ووظيفية بين سياسات اقتصادية فاشلة واختيارات اقتصادية متناقضة في ظل هيمنة القرار السياسي على الجانب الاقتصادي، فهذا الوضع الاقتصادي انعكس على الوضع الاجتماعي للمجتمع الجزائري، فنتيجة لارتفاع معدلات البطالة وسياسة برنامج التعديل الهيكلي المفروض من صندوق النقد الدولي والبنك العالمي مع انسحاب الدولة من المجال الاجتماعي، التي أدت في مجملها إلى تدهور اجتماعي من غلاء المعيشة وانتشار ظاهرة الفقر، بل وتزايد الفئات الفقيرة والطبقة الوسطى تعرضها للإفقار بالتالي وضوح التمايز الاجتماعي بين طبقات المجتمع وفئاته، حيث بدأت تضمحل الطبقة المتوسطة التي تعتبر صمام أمان للمجتمع، بينما نلاحظ أن بعض الفئات فجأة تزداد ثراء نتيجة انتشار الرشوة والفساد وغياب آليات المراقبة، كل ذلك مس حتى سلم القيم التي كانت تسود المجتمع وتحافظ على تناغمه، كالشعور بالاغتراب عن الوطن الذي ترجم في هجرة الكفاءات الجزائرية للعمل بالخارج التي عدها الجميع كفاءات من ذهب، وسيادة القيم الاستهلاكية على حساب الإنتاج في إطار مبدأ «من أجل حياة أفضل» المعتمدة أساسا على الاستهلاك الواسع للسلع الكمالية المستوردة -بداية من حكم الشاذلي-، أيضا فقدان الكثير من المواطنين ثقتهم بالدولة وبحقيقة ما يطرح وما يتم الإعلان عنه من انجاز للمشاريع التنموية التي يتغنى بها عديد المسؤولين، فالكثير منها لم تنجز في مواعيدها المحددة.

إذا كانت الجزائر قد دخلت إلى اقتصاد السوق، فإن ذلك تم دون إستراتيجية محددة المعالم واضحة الأهداف في ظل غياب مشروع مجتمعي متفق عليه من طرف الخبراء وأهل الاختصاص وكل أطراف المجتمع، إضافة إلى غياب نقاش وحوار حقيقي حول هذا المشروع التنموي، أظهر تخطيط الدولة الجزائرية في طريق غير واضح، تظهر فيه بوادر الانتقال إلى اقتصاد السوق تارة وهيمنة الدولة وتواجدها المكثف في كثير من المرات. فإشراك الخبراء والباحثين الاقتصاديين وحتى علماء الاجتماع بإمكانهم تقديم الكثير لسؤال التنمية في الجزائر، والذي لا يمكن التصدي له بالمقاربات السياسية فقط، بل يكون التمكن منه معرفيا بالاستثمار الوعي لأدوات التحليل والفهم التي تتيحها العلوم بصفة عامة وفي مقدمتها علم الاجتماع، خاصة في ظل الاختلال الذي أصبح يسجل باستمرار في مشاريع التنمية المستدامة والتحديث الاجتماعي بشكل أعم وأشمل في الجزائر، مع وجود مناخ سياسي مستقر يعمل على إعادة الثقة بين مختلف المستويات التي يتشكل منها المجتمع وإفساح المجال لممارسة ديمقراطية ذات مرجعية مؤسسية (دولة تقوم على المؤسسات لا على الأشخاص).

ثانيا: مراحل تطور سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري

يمكننا أن نميز بين ستة مراحل مرت بها السياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال 1962 إلى وقتنا الحالي، ومبرر هذا التقسيم كما سبق وأشرنا على أساس أيديولوجية التنمية وإستراتيجيتها، بحيث نقف عند كل مرحلة ونحلل المبادئ الأساسية التي ارتكزت عليها السياسة الصحية ورصد كل حركة إصلاح للمنظومة الصحية وكيف أثرت على مخرجات التنمية الصحية، ذلك بتسليط الضوء بالدراسة والتحليل على كل مرحلة وفق ما يميزها من ناحية كل من :

✓ الوضعية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية.

✓ الوضعية الصحية.

✓ تنظيم وتمويل النظام الصحي.

لنصل إلى تشخيص واقع الصحة العمومية للجزائريين في كل مرحلة التي تغطي فترة زمنية معينة، ما يسمح برصد الإصلاحات التي عرفتها - السياسة الصحية - ومظاهرها وتحديد عواملها ونتائجها .

1- الوضع الصحي بعد الاستقلال واستمرار التفاوت الاجتماعي للصحة

تميزت الجزائر بعد الاستقلال تاريخيا، بأنها تعرضت إلى حدثين هامين مازالت آثارهما الاجتماعية ماثلة حتى يومنا هذا، وهو استعمار فرنسي همجي استيطاني دام ولفترة طويلة (1830-1962)، وحرب تحريرية مدمرة (1954-1962). وكان من نتائج الاحتلال الفرنسي للجزائر، أنه أحدث خلخلة في مجمل البنى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي حفظت كيان الشعب الجزائري لعهود طويلة، وأقام مكانها نظام يخدم مصالحه لم يكن فيه للفرد الجزائري أية مكانة، بل وضع له قانون جائر هو قانون الأهالي الذي صنف الفرد الجزائري في خانة المواطن من الدرجة الرابعة أو الخامسة.

بذلك، تكون الجزائر قد ورثت عن الاستعمار الفرنسي ظروف التخلف الاقتصادي والاجتماعي، وإذا كان استقلال الجزائر بمقتضى اتفاقيات إيفيان* 1962، كان في الواقع استقلالا سياسيا مع تبعية اقتصادية ثقافية لفرنسا، على الرغم من أن هذه الاتفاقية لم تدوم طويلا بعد انقلاب 1965، واستيلاء الاتجاه الاشتراكي العسكري على الحكم، الذي قام بتأميم المحرقات...، فإن ذلك لم يغير من الحقيقة الاقتصادية وحتى الثقافية. فلقد ورثت الجزائر أيضا عثيث الاستقلال ظروفًا صحية صعبة، نتيجة إفلاس قطاع الصحة العمومي وتعرض الشعب الجزائري لمجاعة حقيقية، كما خلفت الحرب عدد كبيرًا من الأرمال واليتامى ومئات القرى المدمرة، فضلا عن سياسة الأرض المحروقة التي طبقها الاستعمار الفرنسي بقيادة منظمة الجيش السري (O.A.S) قبل مغادرته الجزائر، كذلك الإبادة وتدمير المؤسسات الاقتصادية مع حرق العتاد والآلات التي كان يستعملها الاستعمار نفسه، وهذا حتى لا تجدد الثورة عند استيلائها على الحكم سوى أرضا محروقة ومصانع مخربة ومستشفيات محطمة.

* كانت تنص على بعض النقاط تجعل من الجزائر تابعة ومرتبطة بالمتربول الفرنسي منها :

- حرية دخول وخروج الأموال الفرنسية من الجزائر وإليها.

- ارتباط النقد الجزائري بالنقد الفرنسي.

- حماية أموال ومصالح الفرنسيين بالجزائر.

- ربط التجارة الخارجية بفرنسا...، للمزيد أنظر: بن يوسف بن خدة: اتفاقيات إيفيان، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، دت، 1987، ص -ص

وعليه، يمكن تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال كما يلي¹ :

- هجرة جماعية للأطباء والمرضى الفرنسيين حوالي 4900 طبيب وممرض.
 - ارتفاع معدلات حدوث وانتشار الأوبئة بين السكان، مما نتج عنه استمرار معدلات الإصابة بالمرض في مستوياتها العالية والتي عبر عنها معدل وفيات الأطفال المرتفع 168 في الألف.
 - نقص فادح في الإطارات الطبية الجزائرية، حيث بلغ عدد الأطباء العاملين في الجزائر بعد هجرة الأطباء الفرنسيين حوالي 600 طبيب منهم 280 طبيب جزائري، هذا يعني أن نسبة التغطية الصحية آنذاك كانت 1 طبيب لكل 100.000 نسمة.
 - كان عدد الصيدالة 50 صيدلي 30 طبيب أسنان فقط.
 - نقص كبير في الأدوية وبطء توزيعها.
 - نقص الإطارات الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
 - سوء التغذية.
 - سوء توزيع المؤسسات والمراكز الصحية الموروثة عن الاستعمار.
- والملاحظ أن الأزمة الصحية الموروثة عن المرحلة الاستعمارية، كانت أزمة بنائية عميقة الجذور نتيجة تراكمات الممارسة الاستعمارية، والتي تميزت بالاستغلالية واللامساواة في توزيع فرص الوقاية والعلاج بين الفرنسيين والجزائريين، والتي أيضا أنتجت الظروف المواتية للتخلف الصحي، هذا التخلف الصحي لا يمكن إيجاد حلول له من خلال الإجراءات السريعة والآنية كما كان يتصور.

¹ للمزيد في هذا الصدد أنظر :

- MOSTEPHA KHIATI : **quelle santé pour les Algériennes?** Edition Maghreb, Alger, 1990, P 3
- Fatima-Zohra Oufriha : **Cette Chère Santé :une analyse économique du système de soins en Algérie.** O.P.U, Alger, 1992, P89

ومهما يكن من أمر، فإن التساؤل السوسيولوجي الذي كان مطروحا عشية الاستقلال، أين سينتهي صراع القوى الاجتماعية نتاج التاريخ الكولونيالي، وهل سيؤدي إلى إصلاحات بنيوية وتحولات اقتصادية واجتماعية، أكثر من مجرد إعادة تحسين آليات الرأسمالية الاستعمارية الموروثة والمشوهة بديناميكية جديدة؟ أم العكس من ذلك سيؤدي إلى تحولات جذرية في الاقتصاد والثقافة تقود نحو بناء مجتمع اشتراكي؟.

وبالفعل، فقد كان صراع القوى الاجتماعية محتدما بعد الاستقلال بين اتجاه اشتراكي منفتح -حزبي- يسعى لتعزيز البورجوازية الصغيرة واتجاه اشتراكي ذو نزعة عسكرية شعبية، انتهى هذا الصراع بانقلاب 19 جوان 1965، الذي أطاح فيه الاتجاه العسكري (هوارى بومدين) بالاتجاه الحزبي (أحمد بن بلة) عام 1965، وقد حاول الاتجاه الاشتراكي ذو النزعة العسكرية أن يعمل قطيعة مع النظام الرأسمالي الكولونيالي من خلال تبنيه لتجربة تنمية، كان يعتقد أنه بإمكانها أن تحدث التغيرات الضرورية لإعادة بناء مجتمع جديدة، يقضي على مخلفات الاستعمار التاريخية، وينشأ وضع جديد يمكنه من تحقيق تحول صناعي وما صاحب ذلك من تغيرات على المستوى الاجتماعي والثقافي، الصحي وحتى السكاني.

2- مرحلة تسيير الأزمة الصحية: نحو محاولة لتكييف المنظومة الصحية الموروثة مع الحاجات

الصحية (1962-1973)

كما سبق وأشرنا، فلقد عانت الجزائر من وضعية صحية حرجة بعد الاستقلال، نتجت عن ظروف اجتماعية واقتصادية صعبة اتسمت بسوء التغذية والفقر وظروف صحية رديئة، زاد من حدتها مغادرة الأطباء الفرنسيين الذي خلق نقصا كبيرا في التأييد الطبي وتوفير الرعاية الصحية، كما أن الهياكل الصحية التي كانت آنذاك قليلة وتواجدها محصور خاصة في المناطق الحضرية الكبرى أين كان يتواجد المعمرون كالجزائر العاصمة، وهران وقسنطينة.

أ- الوضعية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية :

بلغ عدد سكان الجزائر المستقلة حوالي 10 مليون نسمة، أغلبيتهم شباب (50% أقل من 15 سنة)، كما اتصفت مرحلة ما بعد الاستقلال بارتفاع النمو الديموغرافي (معدل الولادات 48.5%) نتيجة الاستقرار والأمن، أما بالنسبة لأمل الحياة عند الولادة فلم يتعدى 50% سنة بسبب الأوضاع الصحية المزرية، خاصة فيما يخص وفيات

الأطفال فقارب 200 وفاة في كل 1000 ولادة، وحسب معطيات المنظمة العالمية اليونسكو (UNESCO) فإن 80 % من الشعب الجزائري في ذلك الوقت أمي. كما لا بد من الإشارة، أنه في ظل الوضعية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية السائدة في الجزائر عشية الاستقلال، لم تكن المسألة السكانية مطروحة ولم يتم الإشارة إلى النمو الديموغرافي في المخططات التنموية والتي بدأ العمل بها ابتداء من 1967.

ب- الوضعية الصحية:

بعد الاستقلال مباشرة لم تكن المؤشرات الصحية للشعب الجزائري محددة، أما فيما يخص الأمراض التي انتشرت في تلك الفترة أغلبها أمراض معدية فطرية والتهابات، نتيجة عن عدم توفر النظافة الكافية لتفادي هذا النوع من الأمراض، وما زاد في تعقيدها هو حالة سوء التغذية التي مست جزءا كبيرا من أفراد المجتمع الجزائري، ومن بين الأمراض الالتهابية التي انتشرت بين الأطفال وأعتبرت من أهم أسباب وفياتهم هي الكزاز (Tétanos) والسعال الديكي (Coqueluche)، سبب انتشار هذه الأمراض هو عدم توفر اللقاحات بالشكل الكافي إن لم نقل انعدامها. وإذا علمنا أنه كانت نسبة 37 % من السكان مزودة بالمياه الصالحة للشرب، كما أن نسبة 23 % لهم قنوات تصريف المياه القدرة¹. إذا أخذنا بعين الاعتبار هذين العنصرين ندرك مباشرة النتائج التي تترتب عنهما خاصة في انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، وهو الشيء الذي كان سائدا في هذه المرحلة. إضافة إلى هذه الأمراض فقد خلفت الثورة التحريرية أشخاص معاقين ذهنيا، حاولت الدولة التكفل بهم، لكن ندرة الأطباء الجزائريين المختصين حال دون ذلك.

ج- تنظيم وتمويل النظام الصحي:

لقد عرفت الجزائر غداة الاستقلال وضعاً صحياً متريدا (فقر مدقع، ارتفاع معدل الوفيات، سوء التغذية وأمية مرتفعة...) ولمواجهة هذه الظروف لجأت الجزائر إلى طلب المساعدة الدولية (روسيا، مصر وبلغاريا...)، كان من الضروري إعادة تنظيم قطاع الصحة الموروث عن الاستعمار الفرنسي ليتلاءم مع متطلبات الوضع الجديد.

¹ نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 135

وفي هذا السياق تم صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات لتسيير الأزمة الصحية والتخفيف من وطأتها، ذلك

كما يلي:

- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية.
 - مجانية الاستفادة من خدمات مراكز حماية الأمومة والطفولة.
 - تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا وحمى المستنقعات والتراخوما 1965.
 - إجبارية التطعيم ومجانيتها لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري) عام 1969، ذلك من خلال مرسوم رقم 96/69 المؤرخ¹ في 1969/07/09.
 - تتحمل الدولة أعباء الكوارث الطبيعية 1969.
 - الحملة الوطنية للتطعيم ضد شلل الأطفال² سنة 1969-1970.
 - إنشاء لجنة النظافة ومجلس الأمراض المهنية .
- كما كانت من أولويات السياسة الصحية أيضا إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كانوا أغلبهم من الفرنسيين، وزادت الحرب التحريرية من تدهورها. تعبئة الموارد البشرية المحلية بتكوين أطباء في الصحة العمومية والاستعانة بالكفاءات الأجنبية، فقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1279 طبيا منهم 342 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 7835 ساكن، أما عدد المستشفيات فيقدر بـ 163 مستشفى، بمعدل سرير لكل 38418 ساكن³. إلا أن هذا المتوسط الوطني في الحقيقة ليس صحيح، لأنه يخفي فروقات وتباينات، ففي المناطق الحضرية عدد الأطباء مرتفع والمستشفيات متعددة، بينما في المناطق الريفية والجنوبية فإن شبكة الصحة العمومية ضعيفة⁴.

¹ République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret n° :69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, **Journal Officiel**, n° 59, du 11 juillet 1969, p 560

² Jean Paul Grangaud et autres : **Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie Défis nationaux et enjeux**, IPEMED, 2012, p 48

³ Yves Guilleumou: **Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne**, revue Sciences sociales et santé, Volume 21, n°2, Paris, juin 2003, pp. 85-86

⁴ Philippe Chaulet et D.Larbaoui: **Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie 1970**, SNED, Alger, 1971, p52

أما الإجراءات التي اتخذت على المستوى التنظيمي أثناء هذه المرحلة، إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965، للقضاء على المعوقات القانونية التي كانت تحول دون أدائها لوظائفها بسبب أن إدارة الصحة كانت مندمجة قبل ذلك ضمن وزارات أخرى. وقبل الحديث عن ما تضمنته المخططات التنموية من برامج ومشروعات صحية وبناء للهياكل الصحية نشير إلى أنه لم يتم تنفيذ أي برنامج أو مشروع تنموي صحي، نتيجة الصراع على السلطة، وبعد انفراج الأزمة السياسية 1965 نسجل بداية تبلور مشروع اجتماعي واقتصادي واضح، خاصة بعد سنة 1967 أين نسجل بداية المخطط الثلاثي الأول كقاعدة انطلاق لبناء المجتمع الاشتراكي.

وعليه، نجد ضمن المخطط الثلاثي الأول (1967-1969) الأهداف التالية: إنشاء 10 مستشفيات، 109 عيادة صحية متعددة الخدمات، 82 مركز صحي، ومن بين العشرة مستشفيات تم الانتهاء من إنجاز 6 مستشفيات فقط ذلك سنة¹ 1976. وهي غير كافية لمواجهة وضع صحي متردي. ولابد من أن نشير، إلى أن المخطط الثلاثي الأول (1967-1969) لا يعتبر مخطط بالمعنى الحقيقي للكلمة، لكنه يبقى أول محاولة لتخطيط الاقتصاد الوطني، فقد مثل هذا المخطط انطلاقة مشاريع صناعية هامة، تعبر عن بداية تصنيع الجزائر². أما البرنامج الصحي للمخطط الرباعي الأول (1970-1973)، فقد تضمن مشروعات لتجهيز المؤسسات الصحية قصد تطوير النظام الصحي وسد العجز المسجل في عدد الأسرة الإستشفائية.

وما يمكن أن نستنتجه من هذه المخططات وما تضمنته من أهداف تسعى إلى تحقيقها، أنها تركز على الجانب المؤسساتي (المادي) أكثر منه على الجانب الوقائي التربوي، بحيث لم تتضمن المخططات السابقة أي برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال مثلا واكتفت بزيادة عدد الهياكل الصحية، وهو ما يوحي بالنظرة الاختزالية الضيقة في النظر للمشكلات الصحية آنذاك، والتي تنحو إلى طرح القضايا التقنية والتنظيمية وإهمالها للجوانب الأخرى خاصة الجوانب

¹ يوسف سعدون: محاضرة بعنوان: السياسات الصحية و الصحة العمومية في الجزائر، أقيمت ضمن الأيام التكوينية لفائدة طلبة الدكتوراه أيام 8 و9

و10 جوان 2014، مخبر التنمية والتحويلات الكبرى في المجتمع الجزائري، عنابة، الجزائر

² Mostafa Boutefnouchet: Les travailleurs en Algérie, ENAP, Alger, 1984, p35

السوسيوقافية والبيئية والتي تعد من محددات الصحة* (Les Déterminants de la santé)، ما جعل هذه التصورات النظرية وما تضمنته من حلول هي تصورات جزئية لا تعالج مشكلات التنمية الصحية إنما تعالج مظاهر تلك المشكلات، مع العلم حتى أن الجانب المؤسسي لم يعرف تقدما كبيرا.

أصدرت السلطة الحاكمة أمر رقم 65/73 المؤرخ 28 ديسمبر 1973 الذي يعتبر أول نص قانوني تتخذه الحكومة الجزائرية في الميدان الصحي، وجاء مكرسا لمبدأ مجانية العلاج في القطاعات الصحية، أي نظام صحي وطني تتكفل فيه الدولة بنفقات العلاج، وهو ما أكدته مضمون المادتين الأولى والثانية من الأمر 65/73 سالف الذكر على "أن أعمال الصحة العمومية والتشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات تكون مجانية في جميع القطاعات الصحية، على أن تتكفل الدولة بتمويل الميزانية المستعملة للقطاعات الصحية¹". وكأحد أدوات تحقيق استفادة الجميع من الموارد الريعية الناتجة عن الطفرة المالية التي حققتها الدولة بفضل ارتفاع أسعار النفط في بداية السبعينات.

أما فيما يخص طرق تمويل النظام الصحي خلال هذه الفترة، نجد ثلاث مصادر أساسية فهو تمويل مختلط تميز بتنوع مصادره وتطور آلياته مع صعوبات في تحصيل الإيرادات، وهذه المصادر هي :

- 1- المساهمة العمومية: تشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، حيث تقدر بـ 60% من مجموع النفقات على الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لديهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات -بطاقة محروم- المصدرة من طرف مصالح البلدية لكي يستفيدوا من العلاج.
- 2- مساهمة الضمان الاجتماعي: تخص مساهمة الضمان الاجتماعي التكفل بالمؤمنين و ذوي الحقوق، وتقدر بنسبة 30 % من مجموع نفقات صحة.

* للصحة محددات اجتماعية وثقافية وبيئية لها علاقة سببية بصحة الأفراد أو السكان لا بد من مراعاتها، للمزيد في هذا الصدد أنظر:

-PICIS : **cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, résultat d'une réflexion commune**, Edition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada, 2010, p 06

- Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur : **Glossaire Education pour la santé, promotion de la santé et santé publique**, février 2011, p 08

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: **الجريدة الرسمية**، الأمر رقم 65/73 المؤرخ في ذي الحجة عام 1393هـ الموافق لـ 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، العدد 1، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974م، ص02

3- مساهمة بعض الفئات من المرضى: تتأتى هذه المساهمة من طرف الأشخاص ذوي المهن الحرة والذين لا يخضعون لأي نظام تأمين، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من طرف الهياكل الصحية العمومية، يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند المغادرة، إلا أن هذه المشاركة كانت ضعيفة جدا مقارنة بالفئات السابقة، لأنه لم يتم تحصيل جزء كبير منها أبدا بسبب عدم التزام المرضى بالدفع مباشرة عند خروجهم من المستشفى، بل كانت ترسل الفواتير بعد مدة إلى مقر إقامتهم التي صرحوا بها، فلم يتم تحصيل تلك الفواتير في كثير من الأحيان بسبب تصريح العديد من المرضى بعناوين كاذبة للتهرب من دفع المصاريف، أو تغيير كثير منهم مقر إقامتهم بسبب الوضعية الانتقالية التي سادت بعد الاستقلال.

والخلاصة التي نستخلصها من هذه المرحلة الأولى، أنه لم يتم تكييف جهاز العلاج الموروث عن الاستعمار في مجمله مع متطلبات المجتمع الصحية، حيث أن المؤسسات الصحية الموروثة عن العهد الاستعماري كانت في حقيقة الأمر مصممة للاستجابة للحاجيات الصحية لأقلية فرنسية وأوربية في المدن الكبرى، والتي يقدر عددها بحوالي مليون مستوطن، هذه المؤسسات الصحية التي أفرغت من مستخدميها أصبحت غير قادرة على تلبية الحاجات الصحية المتزايد لحوالي 10 مليون جزائري أغلبهم يتامى وأرامل فقراء يعانون من الأمية وسوء التغذية وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض لديهم، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالبرامج والمشروعات الصحية التي تم تنفيذها في المخططين الثلاثي الأول والرابعي الأول لم تستطع أن تقضي على الفجوة الكبيرة بين عرض الخدمات الصحية والطلب الكبير على الوقاية والعلاج، إضافة إلى كل ذلك فالتغطية الصحية المتوفرة لم تكن منصفة وعادلة بين المناطق الحضرية والريفية، فلقد تركزت الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية وحتى الهياكل القاعدية في المدن الكبرى وغياها تقريبا في المناطق الريفية، هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان شبه طبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض وهذا يعني استمرار اللامساواة الصحية.

3- مرحلة مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974-1980)

لقد تميزت هذه المرحلة بتنفيذ قرار مجانية العلاج في القطاع الصحي الوطني، إضافة إلى قرارات وإنجازات عديدة هامة على مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والتي سنتعرض لها بنوع من التفصيل والتحليل.

أ- الوضعية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية :

تميزت العشرية الثانية بتضاعف حجم السكان، وبنمو ديموغرافي سريع، حيث انتقل عدد السكان سنة 1974 من 15.16 مليون نسمة ليصل سنة 1980 إلى 18.66 مليون نسمة - كما هو موضح في الجدول رقم (03)-، ما يعني زيادة الطلب على الخدمات الصحية، ويرجع سبب هذا النمو الديموغرافي السريع في المقام الأول إلى سياسة الدولة في تلك الفترة حول المسألة السكانية وفي ظل الأيديولوجية المتبناة، فالخطاب السياسي لم يكن يشعر بالقلق إزاء التزايد السكاني حيث اعتبره رأسمال وطني. أما على المستوى الاقتصادي الذي عرف تحسنا انعكس بدوره على الجانب الاجتماعي، فعرف المستوى المعيشي تحسنا ملحوظا عن المرحلة السابقة ، وتم:

- ✓ تنفيذ المخطط الثلاثي الأول والرابعي الأول.
- ✓ إصلاح التعليم العالي 1970 وقرار ديمقراطية التعليم ومجانيته.
- ✓ تأميم المحروقات (البترول والغاز) 1971.
- ✓ الثورة الزراعية (أو ما يسمى بالإصلاح الزراعي) 1972.

الجدول رقم(03): يوضح تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة (1974-1980)

السنوات	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
عدد السكان بالملايين	15.16	15.76	16.45	17.05	17.60	18.12	18.66

Source : - Office National des Statistiques, ONS: Série statistiques rétrospectives
(1962 - 1990)

ب- الوضعية الصحية: شهدت الوضعية الصحية خلال هذه الفترة تطورا ملحوظا، حيث أصبح من السهل اكتشاف الأمراض في مراحلها المبكرة، كما أصبح في استطاعة المرضى الاستفادة من العلاج في الخارج. و المؤشرات الصحية لسنة 1979 مثلا والتي تؤكد بعض التطور كما يلي¹:

✓ نسبة الوفيات الإجمالي: 15.1 من الألف.

✓ نسبة وفيات الأطفال: 122 من الألف.

✓ متوسط العمر: 52.5 سنة .

كما أنه لم تخطى القطاعات الاجتماعية الأخرى بقدر كبير من الاستثمارات، حيث تم التركيز على البنية الاقتصادية والتجهيزات والهياكل القاعدية، خاصة عندما نتكلم عن قطاع السكن الذي لم يساير احتياجات المجتمع بسبب النمو الديموغرافي السريع، نفس الشيء بالنسبة لقطاع المياه الذي أهمل بصفة فعلية حتى بداية الثمانينات، الأمر الذي أدى لانتشار بعض الأمراض بسبب عدم توفر قنوات الصرف الصحي وشبكات التزويد بالمياه الصالحة للشرب.

ج- تنظيم وتمويل النظام الصحي:

تم تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974، كذا إصلاح النظام التربوي وبالأخص الدراسات الطبية ذلك تحسین جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات، أيضا إنشاء القطاع الصحي الذي يعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، و الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية². وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني 1976، حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء فيه "الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج³."

¹ نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق، ص 140

² Abdelhak Saihi: **le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives**, Revue Gestions hospitalières, la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006, p 241

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني (1976)، ص 179

كما دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي تنص صراحة بأن "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وتوسيع الطب الوقائي¹". لقد تطلبت سياسة الطب المجاني مجموعة من الوسائل والإجراءات والمشروعات وهذا ما تضمنه المخطط الرباعي الثاني (1974-1977)، فتم برجة 12 مؤسسة للتكوين الطبي سعة كل منها 200 مقعد بيداغوجي، كذلك إنشاء (معهد باستور*) لإنتاج أمصال التطعيم والمضادات الحيوية بدالي براهيم، سنة 1975 تميزت بتبني البرمجة الصحية للدولة (PSP) La programmation sanitaire du pays، إنشاء القطاعات الصحية (Secteurs Sanitaires) التي كانت لها مهمة العلاج والوقاية في آن واحد والقطاعات الصحية الفرعية (Sous-secteurs Sanitaires).

ومن ثمار إصلاح التعليم الطبي وإعادة ترتيب التكوين الشبه الطبي والتي بدأت تظهر بوضوح، حيث نلاحظ ارتفاعا محسوسا للسلك الطبي الجزائري بمختلف رتبهم أستاذ (Professeur) أستاذ محاضر (Maitre de Conférence) والأستاذ المساعد (Maitre Assistant) والطبيب المختص (Médecin Spécialiste)، الطبيب العام (Médecin Généraliste)، بالإضافة إلى الأعوان الشبه طبيين. ففي سنة 1979 وصل عدد الهيئة الطبية الجزائرية إلى 3761 طبيبا، مقابل 2320 طبيبا أجنبيا، وهذا المجموع من الأطباء 6081 يضمون تغطية صحية، تعادل طبيبا واحدا لكل 2960 ساكنا، كما وصل عدد أعوان الشبه الطبي إلى 46669 ممرضا وعونا بمختلف الفروع والتخصصات، وهذا ما يمثل تغطية شبه طبية تتمثل في عون شبه طبي واحد لكل 386 ساكنا².

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور (1976)، ص 30

* تجدر الإشارة إلى أن معهد باستور بعد 26 سنة من تسجيل المشروع، فإن الأشغال فيه متوقفة منذ سنة 1985، وقد عملت على إتمام إنجازها عدة شركات أجنبية دون أن تنهي وقد تضاعفت كلفت هذا المشروع حوالي عشر مرات على الأقل، وتم استئناف إكمال هذا المشروع سنة 2005 وأشرف على تدشينه رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة يوم 15 أبريل 2007.

² نور الدين حاروش: الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012، ص199

لكن رغم ما سعت إلى تحقيقه السياسة الصحية خلال هذه الفترة إلا أنها عرفت عدة مشكلات أبرزها:

- تركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى، فرغم الجهود المبذولة حول تحقيق العدالة الصحية بضمان تغطية صحية عادلة على كل ربوع الوطن، إلا أن تغطية الصحية اقتصرت على المدن الكبرى، أما باقي المناطق الريفية فهي لا تزال تعاني من سوء التغطية الصحية. ففي سنة 1977، نجد أن هناك 71.4% من الأطباء الجزائريين متمركزين في ثلاثة مدن كبرى، وهي الجزائر العاصمة، وهران وقسنطينة، بينما 28.6% فقط منهم 100 طبيب في إطار الخدمة الوطنية موزعين عبر الولايات الأخرى¹.

- عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية.

- استمرار المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل، كتنظافة السكن ومعالجة المياه القذرة وتصريفها، التزود بالمياه الصالحة للشرب، تلوث الجو والنظافة الغذائية، كما أن مشكل السكن كان أولوية الأولويات، إلا أنه بقي دون حل جذري لأسباب عديدة أقل ما يقال عنها أنها بدون إستراتيجية واضحة المعالم والأهداف من جهة، ووجود مافيا تتلاعب بالعقارات والسكنات الاجتماعية من جهة أخرى.

إن التحليل السوسيولوجي للميثاق الوطني (1976) والمكانة التي احتلها الصحة في هذا الميثاق والجديد الذي أتى به، نجده اعتبر الصحة عاملاً أساسياً في التنمية الشاملة للمجتمع، ولم يخصص لها في الميثاق إلا القليل، مقارنة بقطاعي الصناعة والزراعة، بل إنها اعتبرت عاملاً لتنميتها، حيث لم يتم الاهتمام بها إلا من جانب الكفاف الغذائي الذي تسعى لبلوغه الثورة الزراعية، أو من ناحية تكثيف إنشاء مخابر في المناطق الريفية لفائدة توسع الفلاحة والصناعة معاً، وكذلك محاولة تحليل مقولة الطب المجاني (La Médecine gratuite) وسياستها تبين عدم صحتها، باعتبار أن صندوق الضمان الاجتماعي كان يساهم في ميزانية وزارة الصحة بنسبة هامة تصل إلى 62.4% وهي نسبة معتبرة بينما تبلغ نسبة مساهمة الدولة بـ 34.2% ونسبة مشاركة القطاعات الأخرى 1.6%. هذا يعني أن مجانية العلاج كانت تتحمل أعباءه الطبقة العاملة.

¹ Benachenou.A: planification et développement en Algérie(1962-1980), imprimerie commerciale, Alger, 1980, p237

ومن ناحية أخرى، فإن السياق الذي جاء فيه تطبيق سياسة الطب المجاني يتزامن مع الارتفاع الكبير لأسعار البترول في السوق الدولية - وهو المصدر الرئيسي إن لم نقل الوحيد في تمويل مشروعات التنمية في الجزائر-، وما يتضح لنا أن التنمية الصحية كانت قائمة على الربح البترولي المقتطع من السوق الدولية خاصة مع بداية سنة 1974 وهي السنة التي عرفت فيها ميزانية الصحة ارتفاع محسوس نتيجة ارتفاع أسعار البترول.

والجدير بالذكر في هذه المرحلة، هي أن هناك اختلافا بين الأهداف المعلنة في المواثيق الرسمية، وبين الواقع الموضوعي، خاصة فيما يتعلق بديمقراطية العلاج وعدالة التوزيع. والذي يدل على الجدول التالي الذي يوضح لنا اللاعادلة الصحية في توزيع التغطية الوطنية بين ربوع الوطن، رغم الخطابات السياسية المنادية بسياسة التوازن الجهوي والمساواة الصحية.

الجدول رقم (04): مقارنة نسبة التغطية الطبية في بعض الولايات الجزائرية سنة 1983

الولاية	عدد الأطباء	طبيب مقابل كل مريض
الجزائر	1730	1396
وهران	319	1676
قسنطينة	395	2361
البليدة	454	2361
تبسة	44	9743
تمنراست	16	3750

المصدر: علي سنوسي: تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، آفاق 2010، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، إشراف العربي العمري، (2009-2010)، ص 129 (بحث غير منشور)

في هذا الصدد كشفت دراسة «أني ثيو A. THEBAUD» أن برجوازية الدولة لها فرص متعددة للحصول على فرص الوقاية والعلاج سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص أو شبه طبي، بينما الطبقات الفقيرة غير متاح لها هذا الاختيار فهي تتجه إلى القطاع العام مباشرة¹. هذا يعني أن الذي استفاد من الطب المجاني هي الطبقة البرجوازية، خاصة إذا علمنا أن السياسة الصحية مرتكزة حول المستشفيات والخدمات العلاجية، أدت إلى تهميش الرعاية الصحية الأولية والوقاية، كما أن الاكتظاظ والازدحام داخل هذه المستشفيات بالقطاع العمومي أبرز ما ميزها مع ندرة الأدوية، ومن أهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي، وهذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص، حيث أن هذا الأخير وجد الفرصة لنمو والارتقاء بخدماته كما ونوعا، لكن يبقى المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من العلاج في القطاع الخاص بسبب التكلفة الكبيرة، حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبرالي). ذلك أن الدولة لم تتخل نهائيا عن الطب الليبرالي الذي كان مقتصرًا على قاعات الفحص وتسويق المواد الصيدلانية، فقد اتخذت الحكومة الجزائرية عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976 التي تترك المجال مفتوحا لممارسة الطب الحر، والاختيار بين الوقت الكامل ونظام نصف الوقت، والاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص، كذلك القرارات الصادرة سنة 1979 الناتجة عن حركات الإضراب لسنة 1977، ذلك للسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الاستشفائية الاختيار بين القطاع العام أو القطاع الخاص، كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980 الباب مفتوحا أمام الممارسة الخاصة للطب، ذلك بالنسبة للأطباء الذين استجابوا للخدمة الوطنية.

كما تجدر الإشارة في هذه المرحلة، أنه إذا كانت التنمية الصحية، قد همشت في المرحلة الأولى من عملية التنمية (1962-1969)، فإن الطب الوقائي (La Médecine Préventive) هو الآخر أهمل وهمش في هذه المرحلة (1974-1980) -كما رأينا-، حيث وجهت الاستثمارات نحو الطب العلاجي (La Médecine Curative) هذا يعني أن التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة أعطى للصحة مفهوما تقنيا ومحدد طبي ما جعل المشكلات الصحية

¹ يوسف سعدون: مرجع سابق

تعزل عن الأبعاد الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي أنشأت في ظلها، وينظر إليها على أنها مشكلات عضوية، و أن الحلول ينبغي أن تكون تقنية. وربما هذا ما يفسر لنا اهتمام المخطط الرباعي الثاني (1973-1977) بالجانب المادي (Matérialisation) والتطبيقي (العلاجي) (Médicalisation)، فأصبح المستشفى هو العنصر المركزي في عملية التنمية الصحية، رغم أن الخطاب الاشتراكي السياسي يحاول إظهار عكس ذلك، حيث يستفيد بثلاثة أرباع الموارد المالية المخصصة للقطاع الصحي .

خلاصة القول بالنسبة لهذه المرحلة، أن عمليات الإصلاح التي تضمنتها السياسة الصحية في سبيل تحقيق تنمية صحية التي تمت في هذه الفترة في الجزائر، ركزت في برامجها على الطب العلاجي، والتي لا تتلاءم مع نمط الأمراض الوبائية المعدية، والتي تتطلب طب وقائي وتكنولوجيا بسيطة، ما يعني أن السياسة الصحية أثناء هذه المرحلة كانت تستجيب لباثولوجية الطبقة معينة (الغنية) (لأن حاجياتها الصحية علاجية) أكثر من استجابتها للحاجيات الصحية للطبقات الفقيرة (لأن حاجياتهم الصحية وقائية). فلم يؤد تطبيق الطب المجاني إلى تحقيق تحول وبائي مكتمل هو القضاء على الأمراض المعدية، لأنه عزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تولدها، وأعطاهها مفهوما عضويا (بيوطي)، مما انعكس ذلك على المشروعات والبرامج الصحية، والتي طغت عليها النزعة التطبيقية العلاجية وأهملت الجوانب السوسيوثقافية للصحة والمرض، خاصة إذا علمنا أن وضع قضايا الصحة والمرض في إطار سوسيولوجي من شأنه أن يوفر أرضية مناسبة لتعزيز قدرات الطب على العلاج، ذلك نتيجة تهميش الجانب الاجتماعي في برامج التنمية، حيث كانت الاعتمادات المالية للطب الوقائي والسكن والكهرباء والتزود بالمياه الصالحة للشرب وقنوات الصرف الصحي... قليلة جدا ما أثر ذلك على استمرار حدوث الأمراض المعدية وانتشارها.

4- مرحلة الاتجاه نحو الانفتاح و الليبرالية العلاج (1981-1990)

إن أبرز ما يميز هذه المرحلة أنها تمثل في الواقع، بداية التحولات والتغيرات الجذرية في إستراتيجية التنمية وأيديولوجيتها، أين نسجل تغير في الاتجاه السياسي والأيدولوجي للقيادة والحكومة الجزائرية*، بدأت في سنة 1980، انعكس هذا التحول على المجال الاقتصادي، حيث بدأ في الاتجاه نحو سياسة الانفتاح الاقتصادي والليبرالية.

أ- الوضعية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية:

تميزت بداية الثمانينات بظهور توجه جديد حيال القضية الديموغرافية، من خلال إدراج السياسة السكانية ضمن السياسات التنموية، برزت رغبة السلطة السياسية في التحكم في النمو الديموغرافي، وتم الاعتراف الرسمي لأول مرة بالمشكلة السكانية في الجزائر عام 1980، حيث جاء في تقرير الأمين العام لحزب جبهة التحرير الوطني في المؤتمر الاستثنائي للحزب مايلي: "إن النسبة العالية من النمو الديموغرافي التي تعرفها الجزائر تلغي مفعول كل التحسينات النوعية التي تطمح إلى تحقيقها عبر برامج التنمية... إن تجاهل النمو السكاني وعدم محاولة تطويقه يجعل جزءا هاما من أنشطتنا تذهب سدى... إن المشكلة الآن مطروحة وبصورة استعجالية حتى لا نترك للأجيال القادمة الأعباء المترتبة على هذا الوضع¹". وقد تجلّى بوضوح في المخططتين الخماسيين (1980-1984) و(1985-1989)، أين تم هنا الإشارة بصراحة إلى أن النمو الديموغرافي يشكل عقبة في وجه التنمية، ويعيق الجهود المبذولة في سبيل رفع مستوى المعيشة وتحسن حياة المواطنين. وتجييدا لهذا التوجه الجديد تم إعداد برنامج حكومي لتباعد الولادات سنة 1983، أطلق عليه (Programme national de maitrise de la croissance démographique)PNMCD، ولإنجاحه جندت له حملة إعلامية واسعة (ومضات إشهارية في الإذاعة والتلفزيون، خطابات سياسية ودينية...)، كما تم فتح العديد من مراكز حماية الأمومة والطفولة والتي عرفت تطورا سريعا، حيث بلغ عدد المراكز 444 مركزا عام 1984 وارتفع 749 مركزا عام 1985 وتضمن هذه المراكز خدمات تنظيم النسل.

* يمكن أن نتبع هذا التحول على مستوى القوانين التي أصدرت بعد عام 1980 والتي منها :

- في مارس 1982، تم صدور قانون الاستثمار لتشجيع القطاع الخاص في مجالات الخدمات الاجتماعية والصناعية الصغيرة، وفي نفس السنة صدر

قانون تم بمقتضاه تسهيل إجراءات الاستيراد من الخارج.

- في مارس 1983، صدر قانون ينظم الاستثمارات الخاصة والمشاركة بين رؤوس الأموال الجزائرية والأجنبية.

- في ديسمبر 1991 صادق البرلمان على قانون يسمح للشركات الأجنبية باستغلال آبار النفط الجزائرية.

¹ عياش وهواه: مرجع سابق، ص 332

وكنتيجة لهذه السياسة وللظروف الاقتصادية السائدة، شهدت الجزائر سنة 1986 نقطة تحول ديموغرافي، حيث تم تسجيل انخفاض محسوس في المواليد بنسبة 9.5% في سنة واحدة، إذ انتقل عدد المواليد من 845381 سنة 1985 إلى 764537 سنة 1986، بذلك عرفت فترة الثمانينات انخفاضا في معدل النمو الديموغرافي إلى 3.4%. ومع ذلك استمر ارتفاع عدد سكان الجزائر من 18.6 مليون نسمة سنة 1980 إلى 25 مليون نسمة سنة 1990. كما هو موضح في الجدول الآتي .

الجدول رقم (05): تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة (1980-1990)

السنوات	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
السكان بالملايين	18.66	20.52	21.18	21.86	22.51	23.14	23.78	24.40	25.02

Source : - Office National des Statistiques ONS: Série statistiques rétrospectives 1962- 1990.

لقد تعرضت الدولة الجزائرية لضغوطات كثيرة من المجتمع نتيجة عدم تمكنها من إدماج الملايين من المواطنين الجدد الذين أتوا خلال هذه الفترة فالنمو الديموغرافي كان كبير، رغم سياسة تحديد النسل التي اعتمدها الدولة، حيث بلغ عدد السكان في الجزائر 25 مليون نسمة 1990. كما كان يضم هذا التعداد السكاني 6 ملايين شاب، لا بد أن تنشأ لهم مدارس للتعليم، ومناصب عمل وأماكن للترفيه...، كل هذه المتطلبات لم تتماشى مع النمو الديموغرافي. خاصة فيما يتعلق بالسكن، فحظيرة السكنات لم تتضاعف كما تضاعف حجم السكان، زيادة على ذلك أكد التعداد السكاني لسنة 1987 على أن 58 % فقط من السكنات تملك شبكة مياه، و 52.4% مجهزة بقنوات صرف صحي، 72.7% من السكنات ممدودة بالكهرباء¹. وإذا أخذنا بعين الاعتبار هذه المؤشرات والتي توحى بالتردي في ظروف المعيشة والمحيط العام ندرك مباشرة النتائج المترتبة عنها خاصة انتشار الأمراض المتنقلة عن طرق المياه.

¹ خيرة شرفي: دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر 2004، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص سبر الآراء، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، إشراف محمد صالح، (2006 - 2007)، (بحث غير منشور)، ص 30

ب- الوضعية الصحية:

في هذه المرحلة، من حيث بناء الهياكل القاعدية كان هناك سعي لمضاعفة قاعات العلاج في محاولة لإعطاء أولية العلاج الأولي. وجاءت هذه الجهود ضمن العمل بتوصيات المتعمدة من منظمة الصحة العالمية بعد مؤتمر ألما آتا (Alma-Ata) في كازاخستان، أين تمت مناقشة قضايا الصحة في العالم وكان من أهم توصياتها ضمان "الصحة للجميع" قبل سنة 2000 اعتمادا على إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية¹. كما أن البرامج الصحية التي وضعت في العشرية الأولى بعد الاستقلال والتي طورت في سنوات السبعينات والثمانينات بدأت تعطي أولى مؤشراتها الإيجابية، ومن بين هذه المؤشرات نجد:

- تسجيل نتائج إيجابية فيما يخص مرض السل والذي كان يمثل الخطر الوبائي الثاني على صحة الجزائريين، فقد تمكنت عمليات التلقيح الإجباري منذ 1969 إلى تقليص حالات الإصابة بهذا الداء. فسجلت الإحصائيات هبوطا في عدد الإصابات، فبعدما كان سنة 1975 تواجد 150 حالة إصابة لكل 100 ألف نسمة انخفض العدد عام 1981 إلى ما يقارب 53 حالة إصابة².

- شهدت معدلات انتشار أمراض الكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال انخفاضا متواصلا ومحسوسا، ذلك بفضل حملات التلقيح الإجباري الموسع، فتقلصت حالات الإصابة بمرض الدفتيريا، فسجلت 3.97 حالة لكل 100 ألف ساكن خلال الفترة الزمنية (1963-1969) لتتخف تدريجيا إلى أن وصل 0.09 حالة إصابة أواخر 1989، أما فيما يخص مرض الكزاز، فقد سجل انخفاضا محسوسا هو بدوره، لينتقل من 0.45 حالة لكل 100 ألف نسمة سنة 1980 إلى 0.26 حالة بحلول سنة 1989³.

¹ Stéphane Tizio: **trajectoires socio-économiques de le régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle**, Mondes en développement, 2005/3 - no 131, p46.
<http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-3-page-45.htm>, (Site consulté le: 10/02/2017)

² المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: **التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 1989**، الدورة العامة العادية الثالثة عشرة، 1999، ص 50

³ المرجع نفسه، ص 50

عموما يمكن القول، أن المؤشرات الصحية عند نهاية هذه المرحلة، عرفت نوعا من التحسن والإيجابية، وهو الأمر الذي ترجمه الانخفاض المحسوس للأمراض التي لها تلقيحات إجبارية ومجانية، إلا أن هناك العديد من الأمراض المعدية بقيت مستمرة وبنسب مرتفعة وهي تلك الأمراض التي لها علاقة بنظافة المحيط العام والحالة السكنية السيئة، كمرض حمى التيفوئيد والتهاب الكبد الفيروسي والكوليرا، ما يعني استمرار وجود مصادر الأوبئة.

ج- تنظيم وتمويل النظام الصحي:

في هذه المرحلة هناك من يرى أن التغطية الصحية للسكان لا تزال غير كافية، والذي تؤكدته معدلات التغطية الصحية لسنة 1985 والتي صلت إلى¹:

✓ 1 طبيب لكل 2521 ساكن.

✓ 1 جراح اسنان لكل 7822 ساكن.

✓ 1 صيدلي لكل 15331 ساكن.

أما طريقة تمويل النظام الصحي في هذه المرحلة قد حددها قانون 83-11 المؤرخ في 2 جويلية 1983، والذي بموجبه سعت الدولة الجزائرية لتمويل النظام الصحي إلى صناديق الضمان الاجتماعي بملبغ جزائي دون تحديد قبلي لاحتياجات القطاع ووضعه في ميزانية الصحة، أو تقويم بعدي يسمح بترشيد النفقات، حيث نصت المادة 65 منه على "أن مبلغ المساهمة الجزافية لصناديق الضمان الاجتماعي في نفقات القطاعات الصحية يحدد بمرسوم وحسب تكلفة الصحة وعدد المؤمنين اجتماعيا²". ما ميز النظام الصحي في هذه المرحلة، هو إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية³ (CHU) سنة 1986 الذي وصل عددها إلى 13 مركز استشفائي جامعي بحلول سنة 2010. لكن هذا المرسوم أعطى الاستقلالية التامة للمراكز الإستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندمجة مع باقي القطاعات الصحية، وكان لهذا القرار أثارا سلبية على المرضى بأن حدثت انقطاعات في مسارات علاجهم، كذا على طلبة الطب الذين حرموا من التدريب في القطاعات الصحية التي تعج بالحالات المرضية.

¹ Rachid Hamidou: **le logement un défi**, entreprise nationale du livre, Alger, 1989, p 21

² Jean Paul Grangaud et autres, op cit, p50

³ أنظر: - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادر بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986، ص115

صدور أهم نص قانوني أرسى قواعد تنظيم النظام الصحي في الجزائر، وهو قانون 05/85 المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، يحتوي هذا القانون على 269 مادة، موزعة على تسعة أبواب وكل باب يحتوي على عدة فصول وأقسام. حيث يقوم هذا القانون 05/85 على مبدأ أساسي هو حماية الصحة العمومية وترقيتها كعماد للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، والذي أكدته المادة الثانية من القانون، من جهة أخرى أكد القانون 05/85 أيضا على الاستمرار في اعتماد مبدأ العلاج المجاني معتبرا بأن القطاع العمومي يشكل إطارا أساسيا يتوفر ضمنه مجانية العلاج. ونواصل في سياق المواثيق الرسمية، فقد نص الميثاق الوطني 1986، على اعتبار أن الصحة حق، بحيث تتكفل الدولة برعاية صحة المواطنين وتحسينها، "وإذا كانت التنمية بجميع أبعادها تساهم مساهمة شاملة في تحسين صحة الجماهير الشعبية، فإن صحة المواطن أحد الشروط الأساسية لإنجاح عملية التنمية الشاملة، وعلى هذا الأساس يعتبر الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية، وتعبيرا عمليا عن التضامن الوطني ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج"¹. وعلى هذا الأساس، فقد أورد الميثاق الوطني 1986 جملة من الإجراءات التي تستهدف دعم المنظومة الصحية الوطنية، تتمثل فيما يلي:

- رفع مرد ودية الهياكل الموجودة، وبذل مجهود خاص لدعم الهياكل القاعدية المكلفة بتقديم العلاج الصحي الأولي، قصد تحقيق الضغط على المراكز الصحية الجامعية والمستشفيات الكبرى المتخصصة.
 - اعتماد سياسة نشطة في مجال الوقاية والتربية الصحية.
 - مواصلة حماية الأمومة والطفولة والرقابة الصحية في المدارس والأنشطة المتعلقة بالتغذية وطب العمل.
- وحقيقة لأول مرة في تاريخ السياسة الصحية الجزائرية، يتم استبعاد المفهوم التقني، الذي يعرف الصحة بأنها « مجرد الخلو من المرض » فقد استبعد ابتداء من مقررات المؤتمر الإستثنائي لسنة 1980، وتبني المفهوم السوسولوجي ، الذي يعتبر الصحة جزء من الأنشطة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية ذات البعد الوقائي، إذ ثمة إشارة إلى عملية التثقيف الصحي من خلال توظيف مفهوم التربية الصحية ضمن الإجراءات المستحدثة على المنظومة الصحية، هكذا نكون قد سجلنا في هذه الفترة بعض التغيرات في السياسة الصحية.

¹ حزب جبهة التحرير الوطني: الميثاق الوطني (1986)، طبعة مجلة الوحدة، الجزائر، ص 90

إذا كان الميثاق الوطني لسنة 1976-1986 وكذلك دستور 1976 قد تضمنت مواد التأكيد على "الطب المجاني"، فإن الذي حدث في دستور 1989 هو استبعاد الطب المجاني وإسقاط مواده، فقد جاء في المادة (51) من دستور 1989 أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها"¹. بذلك، يكون قد اختفى مفهوم «الطب المجاني» في دستور 1989، الذي كانت مواده بارزة في دستور 1976، وأن الدولة تتكفل بالوقاية من الأمراض و مكافحتها وليس علاجها. وأصبح مجال تدخل الدولة في المجال الصحي، بعد الإصلاحات الجديدة التي عرفتها السياسة الصحية محصورا في المجالات التالية، وهو الأمر الذي أكد عليه التقرير العام للنظام الصحي الوطني في جانفي 1990.

✓ تحديد السياسة الصحية وترتيب أهدافها على ضوء المشاكل الصحية المطروحة وتحديد أفضل السبل لحلها.

✓ تهيئة الخطة الوطنية للتنمية الصحية متوسطة وبعيدة المدى وتحديد إستراتيجية تنفيذها.

✓ إنشاء هياكل وطنية ما بين الأقاليم للتطعيم والوقاية.

✓ إعطاء القطاع الصحي والمستشفيات صلاحيات تنفيذ وبرمجة أنشطتها الطبية.

كما تجسدت هذه التحولات في الجانب القانوني من خلال تلك التعديلات التي مست بعض مواد قانون الصحة 05/85، وانصب الأمر على تعديل المادة 208، وإضافة مادتين جديدتين هما المادة 208 مكرر و208 مكرر 01، تدور حول الترخيص لإنشاء عيادات خاصة، وبذلك تراجع السياسة الصحية عن مبدأ أساسي في تسيير المنظومة الصحية وهو بداية التخلي عن سيطرة القطاع العام على مجال الصحي.

و الجدير بالتحليل هنا، أن هذه المفاهيم - كالمفهوم السوسيولوجي للصحة - لم ترق إلى التطبيق على أرض الواقع، وهذا في تقديرنا يرتبط بالتوجه التكميمي الذي تبنته الدولة الجزائرية، حتى توجه السياسة الصحية نحو الاهتمام بالجوانب الوقائية لم تعكسه ميزانية التسيير لوزارة الصحة، التي خصصت للوقاية 1.88% فقط من ميزانية وزارة الصحة -أنظر جدول رقم (06) -، كما أن التقرير العام لإعادة إصلاح النظام الوطني للصحة لعام 1990، تضمن مفهوماً جديداً

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: حزب جبهة التحرير الوطني، دستور 1989، ص08

للمؤسسة الصحية والنظام الصحي فهو يحددها من وجهة نظر عضوية. كما وجدت الدولة الجزائرية في أزمة الربيع (الانخفاض الكبير لأسعار البترول) سنة 1986، مبررا لمراجعة المشروع التنموي والتخلي عنه، حيث صادق المجلس الشعبي الوطني سنة 1987 على منح استقلالية إدارة القطاع العام، وإعادة تنظيمه كمرحلة أولى لخصوصته، وكانت فرصة للتوجه نحو المشروع الليبرالي، وهذا يعني من الناحية النظرية والعملية، فشل نموذج التنمية الجزائري، الذي كان يسعى لعمل قطيعة مع النظام الرأسمالي العالمي. إذن فقد بدأ الاتجاه نحو الانفتاح الاقتصادي، وقد رأينا - فيما سبق - مؤشرات هذا التحول على مستوى القوانين والمواثيق الرسمية التي صدرت أثناء هذه المرحلة، أما على مستوى المؤشرات الإمبريقية التي تدل على هذا التحول هو السماح بفتح 500 عيادة طبية خاصة بعد عام 1981 وتشجيع القطاع الخاص.

لقد اتخذت السياسة الصحية أربع أساليب لتحقيق تنمية صحية، وكلها تعكس وتعمل على تكريس ليبرالية العلاج وتهيئة ظروف توسيعه، بفتح المجال للقطاع الخاص للمساهمة في تدعيم الفعل العلاجي على المستوى الوطني، لكن دون تأطير قانوني واضح ومحدد، هذه الإصلاحات التي عرفتھا السياسة الصحية في الواقع جعلت من المنظومة الصحية في الجزائر تتخبط في تناقضات بنائية. تنامي قطاع صحي ليبرالي تستفيد منه طبقة اجتماعية محددة مقابل تدهور الخدمة الصحية على مستوى هياكل القطاع العام بفعل استنزاف طاقاته وخبراته الطبية وتحويلها للقطاع الخاص تحت تأثير الإغراءات المادية، وبداية التخلي عن الطب المجاني، مع استمرار التركيز على الطب العلاجي والذي يبدو واضحا في القيمة المخصصة للطب الوقائي.

- **الأسلوب الأول:** اهتم بالتكوين المكثف للإطارات الطبية والشبه طبية، حيث ارتفع عدد الطلبة المسجلين في كليات الطب للسنة الجامعية 1987/1988 إلى 28500 طالب، في التخصصات الطبية التالية: طب عام صيدلة و جراحة الأسنان.

- **أما الأسلوب الثاني:** ركز على الجانب المؤسساتي، حيث تم بناء عشرات المستشفيات ومئات العيادات الطبية المتعددة الخدمات، وعدد كبير من مخابر النظافة، ومدارس التكوين شبه الطبي.

- و الأسلوب الثالث: فتمثل في الاتجاه نحو الاستيراد المكثف للتكنولوجيا الطبية المتقدمة، وحسب شهادة بعض الأطباء الجزائريين فإن الكثير من المؤسسات العلاجية تبين أنها لم تستخدم هذه التكنولوجيا الطبية المستوردة بالمرّة، وكأنها وسائل للديكور في المستشفيات. وهذا الأسلوب أيضا يعكس التوسع في مجال الطب العلاجي .

- الأسلوب الرابع: فتمثل في الطب الوقائي، حيث تم لأول مرة منذ الاستقلال وضع برنامج للطب الوقائي، و تم إقرار برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال والبرنامج الوطني للتطعيم، بحيث ارتفعت نسبة التلقيح من 30% سنة 1984 إلى 80% سنة 1989.

الجدول رقم(06): يوضح بنية ميزانية التسيير لوزارة الصحة لسنة 1988

نسبة الإنفاق	مجالات الإنفاق
1988	
70.80%	المستخدمون الطبيون
4.37%	التدريب والتكوين الطبي
3.99%	التمويل (التغذية)
2.99%	التجهيز والفندقة
2.45%	البنيات القاعدية والتجهيزات
0.19%	البحث العلمي
1.88%	الوقاية
4.64%	قطاعات أخرى
100%	المجموع

المصدر: عياش وهواه: التنمية والتحويلات الصحية - الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة (1830 - 2002) رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، إشراف خليفة بوزيرة، الجزائر، (2005 - 2006)، (بحث غير منشور)، ص 293

5- مرحلة تقليص دور الدولة في مجال الصحة (1991-2001)

في هذه المرحلة عرفت الجزائر تحولات كبيرة في عدة مجالات أساسية (سياسية، اقتصادية، ديموغرافية ووبائية)، فقد تم الانتقال من الحزب الواحد إلى التعددية الحزبية، اقتصاديا فقد تم الانتقال من اقتصاد مركزي موجه إلى اقتصاد أكثر انفتاحا عبر تفعيل آليات الحرية الاقتصادية، في حين يكمن التحول الديموغرافي في تغير التركيبة السكانية الناتج عن التراجع المحسوس لمؤشرات الخصوبة ومعدلات الوفيات مقابل الارتفاع المحسوس الذي عرفه مؤشر أمل الحياة عند الولادة، أما على مستوى الخريطة الصحية، فيكمن في ظهور وتنامي الأمراض المزمنة مع استمرار تواجد الأمراض المتنقلة.

أ- الوضعية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية :

مثلت هذه المرحلة بداية انسحاب الدولة من المجال الاجتماعي، حيث أدى الفشل الكبير لنموذج التنمية الجزائري إلى إسناد جوهر الوصاية الاقتصادية للدول المهيمنة على البنك العالمي وصندوق النقد الدولي، ومنذ ذلك الوقت فصاعدا أصبحت المساعدات المالية مشروطة بقبول الدولة المعنية لإعادة بناء بنيتها الاقتصادية العامة وفقا لرؤى وخيارات تلك المؤسسات المالية، هكذا تمثل هذه السياسة عاملا في استمرار التخلف وتكريس التبعية الأجنبية، بحيث تعمل على تدخل القوى الخارجية في الحياة الاقتصادية والاجتماعية وحتى السياسية للمجتمع الجزائري، بصورة متزايدة الوضوح وبطريقة أكثر قسوة خاصة على تدهور الجانب الاجتماعي.

وكان من نتائج تطبيق برنامج التعديل الهيكلي في المجال الاقتصادي والاجتماعي، تدهور الوضع العام، فالجانب الاقتصادي عرف ركودا خاصة خلال الفترة الممتدة من (1990-1995) والتي تميزت بمعدل نمو سلبي، أما على الجانب الاجتماعي، فإن هذه الإجراءات كان لها تأثير مباشر على ظروف الحياة الاجتماعية، فقد تم تسريح ما يقارب 500.000 عامل سنة 1995، وغلق أكثر من 503 مؤسسة تضم 96000 عامل، بذلك بدأت ظاهرة البطالة وانعدام فرص العمل تطفو على السطح مشكلة العامل الأساسي في بروز ظاهرة الفقر في الجزائر.

وهو الأمر الذي أكدته التقرير الصادر عن البنك العالمي من خلال دراسته لظاهرة الفقر في الجزائر عام 1995، ذلك لإعداد أول قياس للفقر حسب التصنيف الدولي المعترف به. ومن نتائجه المتوصل إليها نجد¹:

✓ 14 % من السكان يعيشون دون عتبة الفقر.

✓ 5.7 % منهم يشكلون فئة السكان الذين يعانون الفقر المدقع.

✓ 22.6 % من الجزائريين شديدين التأثير بأبسط تراجع في الظروف الاقتصادية.

هذه المؤشرات كلها تعكس تراجع المستوى المعيشي للمجتمع الجزائري، وما صاحبه من ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض سوء التغذية خاصة لدى الأطفال الأقل من خمس سنوات التي انتقلت من 9 % سنة 1992 لتصل إلى 13 % سنة 1995. إضافة إلى كل هذا، استمرار تدهور المحيط العمراني وبروز أزمة السكن والتي تعد من أبرز المشاكل التي أفرزها النمو الديموغرافي السريع في الجزائر، التي لم تكن تعرف تطورا بنفس وتيرة النمو السكاني، وتزداد أزمة السكن حدة خاصة في المدن الكبرى، نتيجة عوامل عديدة في مقدمتها ظاهرة النمو الحضري جراء النزوح الجماعي من الريف خاصة أثناء موجة الإرهاب التي شهدتها البلاد في فترة التسعينيات وانعدام الأمن. وهو ما يوضحه الجدول التالي.

الجدول رقم (07): يمثل متوسط عدد الأفراد في السكن وفي الغرفة الواحدة (1966-1998)

السنوات	1966	1977	1987	1998
متوسط عدد الأفراد في السكن الواحد	6.10	6.83	7.54	7.10
متوسط عدد الأفراد في الغرفة الواحدة	2.78	3.17	2.65	2.3

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني للتنمية البشرية لسنة 2000، ص 175

يتضح لنا من خلال هذا الجدول أعلاه، عدم وجود تحسن محسوس في مجال السكن في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1966 إلى 1998، كما يمكن تفسير الارتفاع النسبي لمتوسط عدد الأفراد في السكن الواحد إلى طبيعة الحظيرة السكنية في الجزائر، يضاف إلى ذلك صغر المساحة في السكنات الاجتماعية و قلة عدد الغرف في المسكن الواحد.

¹ عبد الوهاب بن بركة و ليلي بن عيسى: سياسات التشغيل في الجزائر منذ الإصلاحات: عرض وتحليل، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول سياسات التشغيل ودورها في تنمية الموارد البشرية، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر بسكرة، يومي 13 و 14 أبريل 2011، ص 03

حيث تشير الإحصائيات إلى أن المساكن التي لا تتجاوز عدد ثلاث غرف تمثل الأغلبية الساحقة بنسبة 65.14 % من إجمالي السكنات سنة 1998، بينما تمثل المساكن ذات الغرفتين نسبة 35.08 % . كل هذه العوامل أدت إلى عودة ظهور الأمراض المعدية التي كان من المفروض أنها تحت السيطرة كداء السل والكوليرا وحمى التيفوئيد.

ب- الوضعية الصحية:

عاشت الجزائر خلال هذه المرحلة أزمة متعددة الأبعاد أمنية اقتصادية وسياسية، حتى عرفت بالعشرية السوداء، وهذا كله كان له الأثر الواضح على تدهور المستوى الصحي العام للجزائريين، فالنسبة لتطور الوضعية الوبائية (La situation épidémiologique) خاصة ما بين سنتي 1992 و 1997، انخفاضاً محسوساً في نسب التغطية التلقيحية للأطفال، ونتيجة ذلك عودة انتشار بعض الأمراض كداء السل، والجدول التالي يوضح تطور التغطية التلقيحية للأطفال.

الجدول رقم (08): يمثل تطور التغطية التلقيحية للأطفال ما بين (1989- 1999)

السنوات	1989	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999
BC6	% 96	% 92	% 93	% 94	% 94	% 94	% 95	% 97
DTCP3	% 81	% 78	% 75	% 74	% 77	% 79	% 80	% 83
NAR	% 73	% 68	% 69	% 69	% 75	% 74	% 75	% 78

المصدر : المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني للتنمية البشرية لسنة 2000، ص 82

BC6 التلقيح ضد السل - **DTCP3** التلقيح ضد الدفتيريا - **NAR** التلقيح ضد مرض الحصبة

فمن خلال استقرار المعطيات الكمية التي يحتويها الجدول، يظهر بأن التغطية التلقيحية عرفت انخفاضاً تدريجياً في بداية التسعينيات إلى غاية 1998، بالرغم من النسب الإيجابية التي تحققت خلال سنة 1989 والذي انعكس سلباً في إعادة انتشار بعض الأمراض المتنقلة على صحة المواطنين، مثلاً بعد أن كانت نسبة التغطية التلقيحية ضد مرض السل سنة 1989 تقدر بحوالي 96 %، شهدت هذه النسبة انخفاضاً متتالياً بداية من 1992 إلى غاية سنة 1998.

ففي سنة 1993 سجلت 32.12 حالة مصابة بمرض السل لكل 100 ألف ساكن، وفي عام 1994 ارتفعت نسبة انتشار هذا المرض إلى 36.39 حالة، ثم استمرت في الارتفاع سنة 1995 مقارنة 39 حالة، لتصل في نهاية سنة 1996 إلى 43.15 حالة بعدد إجمالي للمصابين يقدر بـ 12541 مريض¹. إضافة إلى تصريحات مكتب البرنامج الوطني لمكافحة مرض السل سنة 2000 بـ 18294 حالة جديدة لمرض السل، الذي يشكل 60.7 لكل 100 ألف ساكن، وفي سنة 2001 عدد الحالات المصرح بها 18328 حالة، أي نسبة 59.9 لكل 100 ألف ساكن. من جهة أخرى شهدت هذه المرحلة ارتفاعا باديا في حالات الإصابة بالأمراض المتنقلة عن طريق المياه مثل التيفوئيد والكوليرا، حيث كان المؤشر الإجمالي للأمراض المتنقلة عبر المياه يمثل نسبة 27.3 حالة بالنسبة لـ 100 ألف ساكن خلال سنة 1999، لينخفض قليلا إلى 26.9 حالة لكل 100 ألف ساكن، هذا ما يمثل إجمالا 8125 حالة مصرح بها خلال سنة² 2000.

كل هذه المؤشرات توحى بنقص التغطية الصحية خلال عشرية التسعينيات والذي أثر بدوره على تدهور الوضع الصحي العام للجزائريين، فهذه المرحلة عرفت بداية حدوث **تحول وبائي** تمثل في عودة العديد من الأمراض والأوبئة المتنقلة كما لاحظناها، إلى جانب ظهور الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والتنفس. أما بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 فهي كما يلي³:

- ✓ نسبة الزيادات 25.3 من الألف.
- ✓ نسبة الوفيات العامة 6.04 من الألف.
- ✓ نسبة وفيات الأطفال 44 من الألف.
- ✓ متوسط مدة الحياة 68 سنة.

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني للتنمية البشرية لسنة 1998، 1999، الجزائر، ص 49

² Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, **la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001**, Rapport annuel, édition ANEP, Alger, 7 avril 2002, p33.

³ OMS: **Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement**, Genève, 1999, pp 100-101

ج- تنظيم وتمويل النظام الصحي:

عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) التي بلغت 31 مؤسسة استشفائية متخصصة والقطاعات الصحية (SS) التي وصلت إلى 185 قطاع صحي*، كما سجل القطاع الصحي الخاص نمو كبيرا وسريعا خلال هذه الفترة، فالإصلاحات التي عرفتها السياسة الصحية جعلت منها تشجع القطاع الخاص، خاصة بعد قبول الدولة الجزائرية لشروط صندوق النقد الدولي والبنك العالمي، اللذان بدورها ينصان على تشجيع القطاع الخاص ورفع كل العراقيل التي من شأنها أن تقف كعائق أمام تأسيس هياكل صحية خاصة، لكن هذا الإجراء أدى إلى تسرب مهم للأطباء الاختصاصيين من القطاع العام إلى الخاص، حيث سلبت مناطق بكاملها من الاختصاصيين الذين فضلوا العمل والاستقرار في المدن الكبرى بالقطاع الخاص.

أما ما يخص التجهيزات الطبية، فكانت تسجل بها أعطال كثيرة، فقد عرفت المعدات الطبية تطورا ملحوظا، خصوصا في بداية الثمانينات أين تم استيراد آلاف المعدات التكنولوجية المتطورة، ووصل العدد الإجمالي للأجهزة الطبية سنة¹ 1999 إلى 18950 جهازا، وتقدر نسبة تعطل الأجهزة الطبية بأكثر من 30%. وذلك لأسباب متعددة منها: الإهمال، نقص قطع الغيار، الاستخدام الزائد وانعدام سياسة صيانة المعدات الطبية. فقد ارتفع هذا العدد خصوصا ما يتعلق بأجهزة الاستغلال الوظيفي بـ 393 جهاز معطل، أما أجهزة التعقيم والتطهير بنجد 374 جهازا معطلا، و147 جهازا معطلا خاص بأجهزة الإنعاش والعلاج المكثف لسنة² 2015. فهذه الوضعية غالبا ما تجبر المرضى للذهاب إلى القطاع الخاص للحصول على التحليل الطبية والتصوير بالأشعة.

* القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات والتابعة لوزارة الصحة. ولمزيد من المعلومات أنظر: الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 مؤرخ في 2 شعبان 1418هـ الموافق لـ 2 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997، ص 19

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2000، نوفمبر 2001، الجزائر، ص 80

² Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: Santé en Chiffres 2015, Alger, Edition Juillet 2016, p77

إن عملية استيراد الأجهزة الطبية تستحق التحليل من المنظور السوسولوجي التكاملي، فهي كظاهرة اجتماعية تعكس لنا مدى التبعية التكنولوجية في مجال الطب، والنظرة التقنية الضيقة والأحادية لمفهوم الصحة، واعتبار المرض هو مجرد خلل فيزيولوجي يعالج بالدواء ولم ينظر له كظاهرة اجتماعية بقدر ما هي ظاهرة بيولوجية باعتباره ناتج عن عدة عوامل كالتدهور البيئي وغياب الثقافة الصحية وغيرها، وهو الأمر الذي يفسر لنا توجه الدولة نحو تطبيق المشكلات الصحية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، تشكل سياسة استيراد التكنولوجيا الطبية سياسة مظهرية، كون التزود بالتكنولوجيا الطبية المتقدمة وظف سياسيا واجتماعيا في بداية الثمانينات (قبل تعطلها)، قصد كبح التناقضات الاجتماعية وإخفائها والتي كانت تتطلب على الأقل إظهار نوع من العدالة الاجتماعية -الطب المجاني- فيما يخص الاستفادة من عائدات التنمية الريعية، أمام عدم إنجاز تلك التكنولوجيا المستوردة لأية وظيفة صحية حقيقية لأغلب فئات المجتمع الجزائري الفقيرة والتي تعاني من أمراض وبائية معدية كالحصبة والسل والشلل الأطفال وحمى التيفوئيد ...، هذه الأوبئة الفتاكة تتطلب تكنولوجيا بسيطة -أمصال تلقيحات- وما يتم استيراده يستجيب لنمط أمراض طبقة معينة. لكي نؤسس لفهم شامل متكامل نحو تلك الإصلاحات التي مست سياسة الصحية وما نتج عنها من تغييرات بنائية ووظيفية للمنظومة الصحية في الجزائر، في هذا الإطار علينا أن نحلل أولا سياسة البنك الدولي في مجال الصحة، خاصة بعد قبول الجزائر لشروطها، كما هو معروف البنك الدولي هو أكبر مؤسسة في العالم التي تقدم القروض وتقوم بدور مستشار للسياسات الوطنية في مجال الصحة. تقوم سياسة البنك الدولي على مجموعة من المبادئ التي دافع عنها، هي:

- وقف بناء المستشفيات الحضرية أو توسيع المستشفيات القائمة.
- تطوير أساليب لتحديد معدل الأسعار، وتحمل تقاضي نفقات وفقا للتكلفة الحقيقية للخدمة الصحية.
- إن مسألة تمويل الخدمات الصحية لا بد أن تتعامل مع سياسة التسعير في قطاع الصحة، و أن النفقات العامة ينبغي أن تقتيد و تقتلص.
- إعادة تنظيم القطاع العام ليكون أكبر فعالية واكتفاء ذاتيا من الناحية المالية .

وبذلك، يبدو واضحاً أن سياسة البنك الدولي، من خلال برامج التعديل الهيكلي، تدعو إلى إعادة هيكلة النظام الصحي العام، ذلك بتقليص الإنفاق على قطاع الصحة العمومي، وأن يتحمل تكاليف الخدمة الصحة أولئك الذين لهم دخل كاف في القطاع الخاص، و أن ترفع أسعار الخدمات الصحية في القطاع العام، وفقاً للتكلفة الحقيقية للخدمة، على أن تبقى خدمات الرعاية الصحية الأولية متاحة للفقراء.

كما تجدر الإشارة، بأن النتائج التي أظهرتها عمليات التقييم للمشروعات الصحية والتي مولها البنك الدولي في الدول المتخلفة، تبين أن أغلب قروضه من أجل استيراد الأجهزة الطبية باهضة التكاليف و الاستثمارات في الأجهزة الطبية المتقدمة، هي في الواقع لخدمة أمراض الطبقة الغنية، في حين التدخلات الصحية ضئيلة التكاليف من أجل نمط أمراض الفقر و هي النسبة الغالبة لا تحصل على التمويل الكافي. خاصة إذا عملنا أن الطبقة الغنية متاح لها بشكل أفضل كل من الخدمات الطبية الخاصة، لأنهم يستطيعون تحمل نفقاتها وأيضاً الخدمات الطبية الحكومية، لأن يعيشون في المناطق الحضرية ولهم من النفوذ و العلاقات ما يجعلهم يستفردون بأحسن خدماته، بينما فقراء الحضر و الريف ينتفعون بالقليل من الرعاية الصحية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الإصلاح الذي يمس المنظومة الصحية ضمن برامج التعديل الهيكلي، يعزز دور القطاع الخاص، و يقلص من تدخل الدول في المجال الصحي.

وعليه، باشرت الجزائر خلال هذه المرحلة بإصلاحات عميقة مست المؤسسات الاقتصادية و المالية و الخدمات الاجتماعية وفقاً لشروط صندوق النقد الدولي ولعل أهم بند في هذه الشروط هو التقشف في الإنفاق العام - كما أشرنا سابقاً- حيث أصبح قطاع الصحة العمومية يعاني من نقص الموارد المالية فقد كانت ميزانية القطاع سنة 1987 تمثل 3.6% من الدخل الخام انخفضت لتصل إلى 1,3 % سنة 2000. وأدت سياسة التقشف المفروضة على القطاع الصحي العمومي إلى أزمة مالية خانقة، حيث أصبح يعاني من نقص الأدوية و أمصال التلقيح الأساسية ضد الأوبئة الفتاكة، مع قلة المواد الطبية الأخرى ذات الاستهلاك اليومي كالحقن و وجبات الغذاء المتدهورة، هذا الوضع المزري، أدى إلى تراكم حجم ديون القطاع الصحي العمومي، حتى وصلت إلى 14 مليار دينار جزائري، وتمثل هذا الديون ما نسبة 21 % من ميزانية الصحية ذلك حتى تاريخ 31 ديسمبر 2000¹.

¹ <http://www.Algerie 2003.org/devadurable/ Santé Algérie> (Site consulté le: 20/07/2015)

رغم الجهود المبذولة من طرف الحكومة الجزائرية في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة، هذا ناتج عن سوء التخطيط والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والاستعمال العشوائي للموارد المرصودة مع غموض العلاقة بين النظام الصحي والضمان الاجتماعي. عليه لجأت الدولة الجزائرية إلى سياسة إصلاح أخرى للنظام الصحي، وقد مس هذا الإصلاح في هذه المرحلة البعد التنظيمي والتمويلي للسياسة الصحية، فيما يخص الناحية التمويلية تمثل في انتهاج الدولة سياسة بديلة بدأ التحضير لها منذ سنة 1992، من خلال إتباع نظام أطلق عليه « النظام التعاقدي»، ذلك لتفادي عيوب التمويل الجزائي. كذا من أجل السيطرة على أموال التأمينات الاجتماعية بشكل أكبر، وبناء الشفافية والسرعة في إدارة ملف المؤمن عليه¹. أما الجانب التنظيمي فتمثل في وضع «ميثاق الصحة 1998».

هذا النظام التعاقدي الذي جاء كبديل لنظام التمويل الحالي للمنظومة الصحية، الذي تم الإشارة إليه في قانون المالية لسنة 1992 الذي يعتبر أول نص تشريعي نص على إقامة علاقات تعاقدية بين مختلف هيئات نظام الضمان الاجتماعي والمؤسسات العمومية للصحة، بحيث تصبح العلاقة بين الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي علاقات تعاقدية فيما يتعلق بالجانب التمويلي. نصت المادة 174 منه "يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كلياته عن طريق التنظيم"². كما تم التأكيد على هذا النهج في قانون المالية لسنة 1993 المادة 128 "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان عن طريق أساليب تحدد بموجب طرق تنظيمية"³.

¹ BRAHMIA. BRAHIM: **Mettre fin aux inégalités d'accès aux soins**, <http://www.algerie360.com/algerie/la-santecouterat-elle-plus-cher-en-2010/> (site consulté le 24/08/2014)

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 174 من القانون رقم 48 76 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 المتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، عدد 65، ص 78

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 128 من قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية عدد 09، ص 54 بسبب تأخر انطلاقته في كل مرة

قبل الحديث عن مفهوم التعاقد (La contractualisation) وأهدافه، وجب الإجابة على السؤال التالي: لماذا تم اختيار التعاقد كنظام جديد لتمويل المنظومة الوطنية للصحة؟ مع تسليط الضوء على الترتيبات القانونية المنتهجة لتطبيقه. يعرف نظام التمويل الحالي للمنظومة الصحية اختلالات كبيرة، تمثلت في الارتفاع المتزايد للنفقات الصحية بوتيرة أكبر من الناتج المحلي الخام (PIB) لمنظومة صحية يهيمن عليها الطابع العمومي، ذلك دون تحسن في مستوى الخدمات الصحية المقدمة، إضافة إلى العلاقات الغامضة التي تربط بين مختلف الفاعلين في ميدان الصحة، بسبب عدم تخصص كل جهة في نشاط محدد، إما تمويل أو تقديم العلاج، حيث تؤدي وزارة الصحة في الجزائر كل الأدوار، فنجدها مسؤولة عن وضع السياسة الصحية وممولا، ووصية على المؤسسات العمومية للصحة التي تقدم العلاج، ليقصر دور هيئات نظام الضمان الاجتماعي على المساهمة المالية السنوية في تمويل ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة بمبلغ إجمالي يحدد في إطار قانون المالية السنوي يسمى جزافي المستشفيات دون الحق في النظر في استعمالاته ودون أية علاقة بالخدمات المقدمة للمؤمن لهم اجتماعيا. علما أنه يعاب على نظام جزافي المستشفيات تمويله الهياكل الصحية بغض النظر على حجم نشاطها أو نوعيته فهو ليس على أساس نشاطها الحقيقي.

وعليه، فإن الفشل الذي أصاب نظام التمويل الحالي للمنظومة الصحية، تم الشروع في إقامة علاقات تعاقدية تربط بين مختلف الفاعلين بدافع الرغبة في تصحيح الاختلالات التي تسبب فيها نظام جزافي المستشفيات، لاسيما الارتفاع الكبير لمساهمة الضمان الاجتماعي في تغطية النفقات الصحية.

فمفهوم التعاقد هو "اتفاق طوعي إرادي بين طرفان أو عدة شركاء مستقلين ينتج عن هذا التحالف التزامات وواجبات متبادلة ويتوقع استفادة لطرفي العلاقة معا"¹. وتم إدخال التعاقد في الميدان الصحي، فقد دعت منظمة الصحة العالمية (OMS) دول العالم بضرورة تطبيق النظام التعاقدي في أنظمتها الصحية لما له من دور في تحسين مخرجات النظام الصحي والرفع من مستوى أدائه، حيث قامت هذه المنظمة أيضا لتضمن التطبيق السليم لهذا النظام، بإعداد نموذج مثالي لكيفية تطبيقه وذلك بإصدار بيانات ودلائل، كذا سعت إلى عقد اجتماعات وتنظيم ندوات.

¹ Foudi Brahim et Guettaf Lila : **La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain**, Revue des Sciences Humaines – Université Mohamed Khider Biskra No 23, Novembre 2011, p 34

النظام التعاقدية يفرض ظهور فاعلين جدد بالنظام الصحي كالدولة من جهة ممثلة في وزارة الصحة ومن جهة أخرى نجد القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني المعنية بشؤون الصحة والمرض، وهو قائم على الترابط بين مختلف الجهات الفاعلة مع إعادة النظر في طبيعة العلاقة بين مختلف الفاعلين وأصحاب المصلحة في المجال الصحي. كما يشارك الضمان الاجتماعي في تمويل تنفيذ خطة صحية يندرج ضمن التنمية الصحية، فيقوم بتغطية المخاطر المرضية، الأمومة، الوفاة، حوادث العمل والأمراض المهنية¹. كذا إعادة النظر في دور الدولة ضمن هذه العلاقة التعاقدية، بذلك يصبح التعاقد وسيلة للتوافق بين مختلف الفاعلين والدولة طرف في هذه العلاقة التعاقدية التي تقيمها مع الجهات الفاعلة².

عموما، فالنظام التعاقد يعني أداء خدمة صحية وبذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع تكاليف الخدمة المقدمة، ويمثل تحولا في نظام تمويل المؤسسات العمومية للصحة والذي سيتم حسب نشاطها الحقيقي من طرف هيئات الضمان الاجتماعي، ليتم التواصل مباشرة بين هيئات الضمان الاجتماعي بصفتها جهة التمويل ووزارة الصحة بصفتها الجهة الوصية عن المؤسسات العمومية للصحة، تتويجه بعقود تحدد التزامات كل طرف، بعيدا عن القرارات الفوقية التي تصدرها وزارة المالية والتي تحددها سنويا كم يجب على هيئات الضمان الاجتماعي أن تدفع للمؤسسات العمومية للصحة دون حتى حق مراقبة مصير أموال المؤمن لهم اجتماعيا، ما يحقق الشفافية وتحكم أفضل للنفقات الصحية وتسيير عقلاني للموارد المالية.

أما «ميثاق الصحة» وهو مجموعة من التوصيات التي أقرتها الدولة في إطار الجلسات الوطنية المنعقد بقصر الأمم بالجزائر العاصمة أيام 26 و 27 و 28 ماي 1998، وتتخذ هذه التوصيات شكل مخطط طويل المدى تتحد مدته بسبعة سنوات ابتداء من سنة 1998 إلى 2005، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة، كإشارة إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية

¹ Khadir Mohamed et Hannouz Mourad: **La médecine de contrôle et d expertise**, O.P .U, Alger, 2003, p19

² Perrot. J, De Roodenbeke .E : **Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée**, édition KHARTALA 22-24 boulevard arago, Paris, 2005.p 447

والاجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد. ولقد احتوى ميثاق الصحة على المبادئ الأساسية التالية للسياسة الصحية من أهمها¹:

- إن حماية الصحة وترقيتها تسعى على وجه الخصوص للحد من اللامساواة، وهذا يتطلب مبدئيا إعداد وتنفيذ إستراتيجيات وسياسات ملائمة في مجال السكن، والتشغيل وتطهير الوسط وحماية المحيط وتحسين التغذية وكذا نشاطات صحية تستهدف الفئات الضعيفة بالدرجة الأولى بما فيها الفئات الوسطى، كما أكد هذا الميثاق على إعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة، و تتطلب نجاعة المصالح الصحية مراجعة الإطار التنظيمي وإعداد وتنفيذ إستراتيجيات ملائمة وإعادة الاعتبار للموارد البشرية والمادية وإزالة الفوارق الجهوية وذلك من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة*، وتكريس التعددية القطاعية، علما بأن مشكل الصحة ليس مشكلة وزارة الصحة فقط، وترقية نظام ناجع للإعلام وكذا التكوين المتواصل والاتصال.

- إن التعددية القطاعية تشكل محورا إستراتيجيا، كما أن حماية الصحة وترقيتها لا تخص قطاع الصحة لوحده، إذ تستوجب شروطا وموارد ضرورية كالاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن والتشغيل وحماية المحيط، كما يجب أن تكون هذه التعددية القطاعية في كل المستويات المحلية والجهوية والوطنية، كما تجدر الإشارة إلى وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل وغيرها.

حقيقة لأول مرة يتم النظر إلى تلك الاختلالات التي تعاني منها وتتخط فيها منظومتنا الوطنية للصحة كظاهرة سوسيولوجية متعددة الأبعاد والعوامل، وبعد أزيد من خمسة وثلاثين عاما منذ فجر الاستقلال، بأنها ليست في الواقع كمشكلة تعبيرا عن أزمة قطاعية تخص قطاع الصحة لوحده معزولة عن باقي القطاعات الأخرى، والذي يتضح لنا من خلال نمط التخطيط للصحة العمومية وفق المبادئ الأساسية للسياسة الصحية والتي حددها ميثاق الصحة 1998، قد بدأ يأخذ بالتكامل الوظيفي فيما بين القطاعات دخل المجتمع، و تبعا لذلك أخذ مفهوم الصحة يتجاوز حدوده الضيقة وبالتالي تصبح مشكلة الصحة متضمنة علائقيا مع المشكلة العامة للتخطيط للتنمية المجتمعية.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة و السكان، ميثاق الصحة، الجزائر: الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم 28، 27، 26 ماي 1998م، ص05

* المنطقة الجهوية: هي وحدة جغرافية صحية تتكون من عدة ولايات تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة، ومهمة هذا المجلس تتمحور خصوصا في ضمان وبصورة عقلانية وناجعة حماية وترقية صحة المواطنين، وهناك خمسة مناطق صحية جهوية وهي: الجزائر-قسنطينة-وهران- ورقلة-بشار.

6- مرحلة مشروع إصلاح المستشفيات: نحو البحث عن طرق جديدة لمعالجة المشاكل الصحية (2002-2017)

فبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات الصحية، إلا أنه لوحظ أن لتوزيع وتقديم الخدمات الصحية وحتى إنفاق الموارد المادية والبشرية المرصودة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبني مشروع إصلاحي جديد سمي بمشروع «إصلاح المستشفيات»، والذي كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد، الذي وقع بداية من سنة 2002، وتم تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر والتي مست العديد من القطاعات. وقبل الحديث في هذه المرحلة عن تطور السياسة الصحية وما عرفته من تغييرات في إطار سياسة الإصلاح هذه، فلابد من التعرض إلى شرح مشروع إصلاح المستشفيات، أهدافه وأهم ما تضمنه من ملفات.

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي¹:

✓ إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

✓ ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية

✓ التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص.

✓ إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

✓ توفير الإمكانيات الضرورية لمخترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر

فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

✓ تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات : الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي 2003

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:¹

1- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج: تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي.

2- ملف الهياكل الإستشفائية: تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية.

3- ملف الموارد البشرية: اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترفيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

4- ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

5- ملف التمويل: اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيّر المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière <http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm> (Site consulté le: 20/07/2013)

6- ملف اشتراك القطاعات: نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجال على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية.

أ. الوضعية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية: عرفت الوضعية الاقتصادية والاجتماعية خلال هذه الفترة تحسنا ملحوظا، والذي يمكن أن نلمسه من خلال المرتبة التي احتلها الجزائر في تقرير الأمم المتحدة للتنمية البشرية لعام 2014، حيث احتلت الجزائر المرتبة 93 عالميا من بين 187 دولة شملها المسح¹، بهذا تأتي الجزائر في المرتبة 11 عربيا، وفي المرتبة الثالثة في منطقة المغرب العربي وراء ليبيا التي احتلت المرتبة 64 متبوعة بتونس في المرتبة 94، الجزائر جاءت في مركز متقدم مقارنة ببعض الدول العربية الأخرى كالمغرب التي احتلت المرتبة 129 ومصر التي احتلت المرتبة 110. هذه الانجازات المحققة لا ترقى إلى مستوى الطموحات المنشودة، مقارنة بالإمكانات الضخمة التي تتوفر عليها الجزائر، خاصة في استمرار على الربيع البترولي كمصدر رئيس للدخل الوطني.

ب- الوضعية الصحية:

إن الحالة الصحية التي اتجهت نحو التحسن التدريجي غداة الاستقلال مباشرة، قد عرفت تدهورا خلال فترة التسعينات بسبب الأزمة متعددة الأبعاد (سياسية، اقتصادية وأمنية) التي عرفت الجزائر، وقد سعت السلطات الحاكمة من خلال مشروع إصلاح المستشفيات إعطاء دفع للسياسة الصحية، كما جندت كل الوسائل من أجل تنفيذ ما خطط

¹ أنظر: - تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة لسنة 2014 : المضي في التقدم - بناء المناعة لدرء المخاطر - نيويورك، 2014، ص - ص 158 -

له، اتسمت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة، بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول، فنجد :

- معدل الإنفاق على الصحة العمومية انتقل من 3.65% من الدخل الوطني الخام (PIB) سنة 2002 إلى 7.4% سنة 2013.

- ارتفاع عدد الأطباء من طبيب لكل 1177 نسمة سنة 2000 إلى طبيب لكل 830 نسمة سنة 2007 و786 نسمة سنة 2008، مع محاولة إعادة التوازن لتوزيع الأطباء عبر التراب الوطني بفضل الخدمة المدنية، فبعدما كان عدد الأطباء المختصين الممارسين في الهضاب العليا والجنوب 387 سنة 1999 أصبح 3174 سنة 2007. وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

- تراجع معدل وفيات الأطفال خاصة الرضع*، وقد استطاعت الجزائر أن تهبط بمؤشر وفيات الأطفال الرضع من 39 حالة في سنة 1999 إلى حدود حوالي 22 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 2013.

لكن تبقى نسب وفيات الأمهات مرتفعة، إذ لا تزال مشكلة وفيات الأمهات بسبب الحمل أو الولادة مشكلة الصحة العمومية، فحسب الإحصائيات الوطنية، فقد انتقل هذا المؤشر من 215 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في سنة 1992 لينزل إلى حدود 117 وفاة، وهذا حسب التحقيق الوطني المتعلق بوفيات الأمهات في سنة 1999، مع تسجيل تفاوت كبير حسب الولايات والمناطق، خصوصا ولايات الجنوب الجزائري، والهضاب العليا. حيث تراوح هذا المعدل بين 23.37 في ولاية عنابة، وهو أخفض معدل، و239 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في أدرار بالجنوب، هذا المعدل انتقل لا حقا على المستوى الوطني إلى حدود 99.5 في سنة 2004، ثم إلى 92.4 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية سنة¹ 2006، وبالرغم من التراجع المسجل يبقى هذا المعدل مرتفعا، فوفيات الأمهات تشكل لوحدها 38.4% من مجموع وفيات النساء في الفئة العمرية بين 15 - 49 سنة.

* **معدل وفيات الأطفال الرضع**: عدد الوفيات سنويا من الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة، لكل طفل يولدون أحياء والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الأولى من العمر بالضبط في ألف.

¹ للمزيد في هذا الصدد أنظر :

- République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, **Population et développement en Algérie, CIOD + 10, Rapport National**, Algérie Décembre 2003, p15
- C.N.E.S, et PNUD, **Rapport National sur le développement humain**, Algérie, 2007, p 94

- ارتفاع معدل الأمل في الحياة عند الولادة والذي وصل إلى 77.0 سنة للجنسين لسنة 2013. مع انخفاض كبير في مؤشر نسبة الوفيات العامة إلى معدل 4.39 ‰ لنفس السنة¹. وهو الأمر الذي نتج عنه تغير في هرم الأعمار، وظهور بوادر ملامح الشيخ في المجتمع الجزائري مع ما يرافقها من تناقص في الفئات العمرية النشطة وارتفاع عدد المسنين، إضافة إلى التحولات الوبائية والاقتصادية ترجمت على التوالي بظهور الأمراض المزمنة الثقيلة التي أثرت بشكل كبير على الطبقة الوسطى بانحلالها ومن جهة التوجه نحو اقتصاد السوق².

بالرغم من تحسن صحة السكان والقضاء على العديد من الأمراض المتنقلة بفضل توسيع البرامج الوطنية للقاحات، واستمرار البعض منها في الظهور كالسل والتفثويد، إلا أن الصحة العمومية أصبحت تشهد مؤخرا تهديدا حقيقيا بسبب ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة التي غيرت كما قلنا الخارطة الصحية للوطن. فاستنادا لآخر تحقيق أجرته مصالح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سنة 2007، فإن ما مجموعه 10.5% من مجموع سكان الجزائر مصابون بهذه الأمراض، في مقدمتها أمراض ضغط الدم بنسبة 38.4% تليها أمراض القلب بأكثر من 26% ثم أمراض السكري بـ 10.2%، ثم تأتي السرطانات بأنواعها وفي صدارتها سرطان الثدي وعنق الرحم لدى المرأة بتسجيل معدل 30 ألف حالة سرطانية سنويا بالجزائر³.

ج- تنظيم وتمويل النظام الصحي:

إن التشخيص الذي تم إعداده سنة 1999 قد أظهر أن نظام الصحة المعمول به كان يعاني من عديد الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تحد من أدائه، في إطار هذا المفهوم، عمد قطاع الصحة على انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات الهادفة إلى دفع المنظومة الصحية الوطنية نحو العصرية، وذلك بتحسين أدائها المتعلق بالتسيير والتكفل الكامل بالمريض. فمن الناحية التنظيمية عملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع

¹ ONS: Office National des Statistique: **Démographie Algérienne 2013**, données (1990-2013), p03

² Lamri Larbi: **Changeons le système de santé**. Revue de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INFPF), Alger, édition 2001, p 41

³ Ministère de la Santé, Office National des Statistiques, **Suivi de la situation des Enfants et des Femmes, Rapport 2007**, p.32.

الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي¹ 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الإستشفائية، ليتم استبدال القطاعات الصحية (SS) بمؤسستين هما: مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) وعددها 192 ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) ويبلغ عددها 271 مؤسسة. أين تم اعتماد تنظيم صحي جديد يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية كان الهدف تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن والتخفيف من ضغط العمل داخل المستشفيات، علاوة على ذلك تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العاميين والمتخصصين وشبة الطبيين بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهياكل الجديدة المرتقبة تسليمها. وهو الأمر الذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية. وتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية *Etablissement public de santé proximité* من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة والذي شرع في تطبيقه منذ جانفي 2008.

وهكذا، يمكن القول بأن الهدف الرئيسي لهذا التغيير في إطار سياسة الإصلاح توفير مناخ ملائم داخل المؤسسة الصحية وتخفيف من ضغوط العمل داخل المستشفيات مما يرفع مستوى الفعالية التنظيمية بها، وباعتبارها أبرز مكونات النظام الصحي ومصدر تقديم الخدمات الطبية وتوفير الرعاية الصحية وانبثق عن الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في:

- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.
- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة وذات المستوى العالي.
- تقريب الخدمات الصحية من المواطن.
- ترقية العلاج القاعدي النوعي.
- وخلق نوع من التسلسل في طلب الخدمات الصحية.

¹ République Algérienne Démocratique et Populaire :Décret n° 76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité **Journal Officiel**, n° 33, du 20 mai 2007, p 9.

الجدول رقم (09): هيئات و هياكل المنظومة الصحية الجزائرية سنة 2008 بعد قرار تعديلها

القطاع الصحي	المستوى	الهيئات و الهياكل الصحية
العمومي	الوطني	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)
		المؤسسات والمعاهد الوطنية تحت الوصاية
		مدارس تكوين شبه الطبي
		معاهد وطنية للتكوين العالي المتخصص في مجال شبه الطبي
		معاهد وطنية للتكوين العالي للقابات
	الجهوي	المناطق الصحية
		مديريات الصحة والسكان
المحلي		المؤسسات الإستشفائية الجامعية (EHU)
		المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)
		المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)
		المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)
		المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)
		المؤسسات الإستشفائية (EH)
		العيادات الإستشفائية الخاصة (Cliniques Privé)
	الخاص	المؤسسات الإستشفائية الخاصة (Cabinets Privé)
		مدارس تكوين شبه الطبي
	الوطني	

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

لقد بادرت الحكومة الجزائرية بتقديم مشروع تمهيدي لتعديل قانون 85/05 المؤرخ في 16/02/1985 والمتعلق بحماية الصحة العمومية وترقيتها، والذي يقضي -أي التعديل- السماح بإنشاء مستشفيات وعيادات صحية خاصة، بالإضافة إلى فتح السوق الصيدلانية أمام الخواص المؤهلين. فقد أشار وزير الصحة في تلك الفترة عمار تو في خضم عرض أسباب المبادرة بمشروع تعديل القانون 85/05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، إلى كونه أصبح من الضروري والجزائر تلج الألفية الثالثة أن يتكيف نظامها الصحي والتطورات الاقتصادية الحاصلة في العالم، نتيجة لذلك تم الإعلان عن رفع الاحتكار الذي كانت تمارسه الدولة في عقد الثمانينات على النشاط الطبي والصيدلاني، إذ أقر الأمر الرئاسي رقم 07/06 المؤرخ في 15/07/2006 المعدل للقانون 85/05 سابق الذكر¹، أحكاما تشجع مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الطبية من علاج وتوفير الدواء، حيث أقرت المادة الثانية منه والتي عدلت المادة التاسعة من القانون 85/05، على أنه يمكن أن تنشأ هياكل إقامة تدعم الهياكل الصحية تتحكم في تسييرها قواعد القانون التجاري، على أن تكون هذه الهياكل إما عمومية أو خاصة، كما تم تعديل المادة 208 من القانون 85/05 أيضا، وبأنه تم اعتبار المؤسسات الإستشفائية الخاصة مؤسسات علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والعمليات الجراحية، بالإضافة إلى طب النساء والتوليد.

أما فيما يخص مصادر تمويل المنظومة الصحية في ظل هذا الإصلاح، تضمنها ثلاث مصادر أساسية متمثلة في مساهمة الدولة، الضمان الاجتماعي والأسر. وتلعب النفقات العمومية دورا كبيرا في مجال التمويل الصحي في الجزائر والتي وصلت سنة 2003 بـ 42.5% و 55.1% سنة 2008 لتصل سنة 2010² إلى 49.9%، وهي نسب معتبرة والتي تصل إلى ثلاث أرباع النفقات، كما أن النفقات الصحية التي تتحملها الأسر الجزائرية فهي تعتبر كبيرة ببلوغها 20.1%، وقد سجلت هذه الأخيرة مستوى قياسي، في فترة الأزمة الاقتصادية والصعوبات المالية، التي عرفت بها الجزائر في التسعينيات. بحيث وصلت إلى حدود 25.2% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 1999. في هذا الإطار كان هناك سعي لتعميم تطبيق النظام التعاقدي، الذي عرف جهود حثيثة وتوفير الآليات لتطبيقه.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر الرئاسي رقم 07/06، مؤرخ في 15/07/2006 يعدل ويتمم القانون 85/05 مؤرخ في 16/02/1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريد الرسمية، العدد 47، الصادرة في 19/07/2006، ص 15

² Brahim Brahania: **Transition Sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**, colloque international sur les politiques de santé, Université Constantine 2, 18-19 janvier 2014, P 35

من المؤكد أن أي إستراتيجية إصلاحية تحتاج لوسائل بشرية، مادية وقانونية، هذه الأخيرة التي ستعرف تغييرا بوضع قانون جديد للصحة، أين تم تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد في سنة 2010، لكن هذا القانون لم يتم الانتهاء منه كمشروع تهميدي إلا في أوت 2014 -أنظر ملحق رقم 04- والجدير بالذكر في هذا السياق، أن القانون 05/85 المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم مازال ساري المفعول لغاية اليوم (جانفي 2018)، وحتى نكون موضوعيين في طرحنا، فإن هذا القانون لم يبق على حاله منذ أن صدر سنة 1985، فقد تعرض لعدة تعديلات تطرقنا لها في كل مرحلة من مراحل تطور السياسة الصحية وما عرفته من إصلاحات، لكن هناك الكثير من الخبراء دعوا إلى ضرورة وضع قانون جديد للصحة كون الجزائر عرفت عدة تحولات سياسية واقتصادية، ديموغرافية ووبائية، تلزم بوضع إطار قانوني جديد مناسب يتواءم مع تلك التحولات وأيضا مع حركة إصلاح قطاع الصحة.

ثالثا: تعقد المشكلات الصحية واستمرار إشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية

تعتبر الأزمة الصحية في الجزائر امتدادا لأزمة بنائية عميقة ترجع إلى تراكمات الممارسة الاستعمارية في الماضي، والتي تميزت بالاستغلالية واللامساواة في توزيع فرص الوقاية والعلاج بين الفرنسيين والجزائريين، والتي أيضا أنتجت الظروف المواتية للتخلف الصحي، الذي لا يمكن إيجاد حلول له من خلال الإجراءات السريعة والآنية كما كانت تتصورها الدولة. زيادة على ذلك، فإن أزمة النظام الصحي حاليا ترتبط بعدم وجود رؤية واضحة المعالم لأهدافه وتوجهاته ووظائفه الوقائية والعلاجية تتلاءم مع نمط المرض السائد فيه، وإنما نشأ في ظل شروط عدم التبلور الواضح لهذا المعطى الفكري والسياسي العام، فاتجهت التنمية الصحية إلى تطبيب المشكلات الصحية، من خلال توجيه الاستثمارات الصحية نحو الطب العلاجي المجاني، ما يعني عزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تولدها، والنظر على أنها مشكلات عضوية يمكن علاجها في حدود المستشفى.

1- التنمية الصحية وسياسة تطبيق المشكلات الصحية

بداية ينبغي أن نشير أن الفائض الذي تستخدمه الدولة الجزائرية في تمويل مشروعات وبرامج التنمية المجتمعية ومنها مشروعات التنمية الصحية، غير ناتج عن استغلال القوى المنتجة وإنما ناتج عن الربح النفطي كمصدر لتراكم رأسمال الدولة، حيث تمثل قيمة هذا الربح حوالي 85 % بالنسبة لتمويل خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

إن السياسة الصحية القائمة على مجانية العلاج رغم تأخر تطبيقه إلى غاية 1974، باعتبار أن مشروع برنامج طرابلس 1962 كان ينص على ذلك، فإن الدولة الجزائرية كانت تسعى إلى القضاء على التناقضات الاجتماعية وتحقيق العدالة الاجتماعية فيما يخص الاستفادة من عائدات الربح النفطي، لذلك سارعت إلى تطبيق سياسة الطب المجاني، وقد نجحت - الدولة الجزائرية- في توظيف خطاب سياسي، مفاده أن التنمية الصحية الاشتراكية هي في خدمة الطبقات المحرومة والفقيرة، واستطاعت أن تحقق الاستقرار والسلم الاجتماعي وإن كان لفترة محدودة.

وإذا قمنا بتحليل مضمون الخطاب الرسمي السياسي حول التنمية الصحية، يتبين لنا بوضوح أنه يحاول التأكيد على العدالة الاجتماعية وديمقراطية العلاج، غير أن ذلك كان مجرد شعارات لم يتحقق على أرض الواقع، باعتبار أن المشروعات التنمية الصحية القائمة على الطب العلاجي و مجانية العلاج لم تقضي على التفاوتات الاجتماعية (حضر- ريف)، إنما أدت إلى إعادة إنتاج اللامساواة الاجتماعية فيما يخص قضايا الصحة والمرض. ويمكن أن نستشهد على ذلك بتقرير البنك العالمي عند تقييمه لقطاع الصحة بالجزائر لسنة 2006، ومن أهم نتائجه المتوصل إليها، نوعية الخدمات الصحية التي توفرها المؤسسات الصحية غير فعالة وضعيفة، مسجلا في السياق ذاته عدم المساواة في التغطية الصحية، خاصة بين الشمال والجنوب، حيث تشهد الجزائر اختلالا كبيرا في توزيع المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني خاصة المراكز الإستشفائية الجامعية، فنسجل دائما استحواذ الشمال على الجزء الأكبر من هذه الهياكل الصحية خاصة المراكز الإستشفائية الجامعية، فنجد أن سكان الجنوب الجزائري محرومون من الرعاية الصحية المتخصصة لعدم توفر بها أي مركز إستشفائي جامعي (CHU) ومؤسسة إستشفائية¹ (EH). إضافة إلى ذلك هناك فوارق كبيرة في توزيع الموارد

¹ Brahamia Brahim et Khoukha Mekalt : **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, pp 19-20, <http://www.eiseverywhere.com>, (site consulté le 13/10/2015)

البشرية، إذ نجد تركز الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية في المدن الكبرى، وغياها تقريبا في المناطق الريفية، هذه الأخيرة تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين. و معطيات الجدول التالي توضح ذلك.

الجدول رقم (10): توزيع الموارد البشرية الطبية للقطاع العمومي لبعض ولايات الجزائر لسنة 2015

الولايات	الجزائر	أدرار	وهران	سطيف	تمنراست	قسنطينة
التغطية الصحية						
عدد السكان	3456008	487498	1875596	1781597	226576	1082460
أطباء أخصائيون	1414	60	2585	257	64	244
طبيب أخصائي / ساكن	2444	8124	725	6932	3540	4436
أطباء عامون	2081	277	2164	693	127	756
طبيب عام / ساكن	1660	1759	866	2570	1784	1431
طبيب أسنان	785	65	502	189	34	273
طبيب أسنان / ساكن	4402	7499	3736	9426	6664	3965

- **Source:** Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: **Santé en Chiffres 2015**, Alger, Edition Juillet 2016, p61

تشير المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، إلى عدم وجود توازن في التغطية الصحية بالموارد البشرية الطبية بين مختلف ولايات الوطن، حيث نجد ولاية الجزائر العاصمة على سبيل المثال: طبيب أخصائي واحد لكل 2444 نسمة، بينما في أدرار طبيب أخصائي واحد لكل 8124 نسمة، هذا يعكس لنا التوزيع الغير العادل للموارد البشرية الطبية خاصة المتخصصة منها على المستوى الوطني، مما يؤدي بالضرورة إلى تدني مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في المناطق النائية والمحرومة، إلى جانب عدم التكفل الجيد بالمرضى ومنه زيادة عدد المرضى المحولين إلى الشمال من أجل التشخيص والعلاج. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، لم تستطع أيضا القضاء على الأمراض المتنقلة نهائيا، بوسائل علاجية التي اعتمدتها، فهذه الرؤية العضوية التقنية لأيدولوجية يدعمها كبار أساتذة الطب وعلى رأسهم الوزراء الذين تولوا قطاع الصحة، والذين غالبا ما كانوا من الأطباء.

والتي تحمل الأبعاد الاجتماعية والثقافية وحتى البيئية للمرض، وتحصره في بعده البيولوجي فقط، فعملية التشخيص والعلاج والتي تعتبر المهمة الأساسية للطبيب، تتضمن عدة جوانب أعمق مما تتضمنه النظرية العلمية للمرض، وأن جزء كبير من الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى هي في الحقيقة، محاولات لمعاونتهم على التوافق بطريقة أفضل مع ظروفهم الاجتماعية أكثر منها علاجا لأمراض عضوية. ونتيجة لذلك، كانت الاستثمارات في المجال الصحي يغلب عليها الطابع العلاجي أكثر من الطابع الوقائي، وحتى بعد سياسات إصلاح التي عرفها النظام الصحي و التوجه نحو الطب الوقائي -المادة (51) من دستور 1989- لكن ما ينفق في هذا المجال لا يمثل سوى 5% من ميزانية الصحة، على العكس فإن الأدوية تمثل 13%¹.

عليه، نفهم بأن التنمية الصحية ينظر على أنها -حسب توجهات السياسة الصحية- تتحدد في صورة سلع ومعدات طبية يجب استيرادها والتي تتكلف مبالغ مالية هائلة، وهو الأمر الذي لم تأكده الدراسات العلمية التي أجريت في هذا المجال، حيث يستحيل تحقيق تنمية صحية شاملة ومتكاملة بتطبيق المشكلات الصحية بالحلول التقنية العلاجية، إنما من خلال تنمية مجتمعية تأخذ بعين الاعتبار الأبعاد المختلفة للصحة العمومية، كالسكن الصحي، التغذية والمياه الصالحة للشرب والتطعيم والوقاية، توفر شبكة الصرف الصحي وغيرها من العوامل المحددة للصحة مع ضرورة التنسيق بين عمل مختلف قطاعات المجتمع، فالمعاناة في قطاع الصحة له علاقة بتلك الاختلالات الناجمة عن قطاعات أخرى من المجتمع.

كما أن حديثنا عن إشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية، يحيلنا إلى ضرورة تسليط الضوء على ظاهرة تفشت في ظل هذه السياسة وكان لها الدور الأساسي والمؤثر على أداء المنظومة الصحية، هو الفساد، إن كان كظاهرة اقتصادية واجتماعية تتعدد صوره وأساليبه ومستوياته، فإن أشد أنواع الفساد تلك المتجذرة في دول العالم الثالث ومنها الجزائر. إذ كشف تقرير البنك العالمي رقما مخيفا عن الفساد في الجزائر، وأن الفساد يلتهم 20% من ميزانية الصحة، فلقد حذر التقرير العالمي للصحة، الصادر مؤخرا عن البنك العالمي، من أن الجزائر تضيع حوالي 20% من النفقات على قطاع الصحة بسبب سوء التسيير و التكاليف المرتفعة لفاتورة الأدوية، ويبلغ بذلك حجم إنفاق الدولة الجزائرية على الرعاية

¹ نور الدين حاروش: الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سابق، ص 203

الصحية نسبة 8% من ميزانيتها في مقابل 17% بالنسبة للدول المتقدمة¹. مع العلم أن حجم الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية استمر في الزيادة، ففي سنة 2005، كان معدل الإنفاق الصحي 3.5% من الناتج المحلي الإجمالي ليرتفع إلى 5.7% سنة 2009 ليصل إلى 7.21% سنة 2014². ومع ذلك استمرت معاناة المواطن الجزائري وعدم رضاه لمستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة له ولا استمرار رداءتها و ضعفها مثلما توضحه معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم (11) الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر مقارنة مع بعض دول العالم لسنة 2009

البلد	الجزائر	تونس	السعودية	الأردن	فرنسا	بلجيكا	اسبانيا	سويسرا
نسبة المجيبين بالرضا(%)	52	80	69	66	84	88	84	81

المصدر: تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013: نهضة الجنوب، تقدر بشري في عالم متنوع، صـ ص 178_180

تشير المعطيات المتوفرة، بأن نسبة الرضا على الخدمات الصحية في الجزائر بلغت 52%، وهي نسبة ضعيفة إذا ما قورنت حتى بالدول المغاربية المجاورة كتونس، والتي بلغت نسبة الرضا عندها 80%. كما نلمس أيضا صور الفساد في الجزائر و الذي يعاني منه قطاع الصحة، هو تعطل الأجهزة الطبية المستوردة، فالكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها، فالمعدات و التجهيزات الطبية المستوردة غير مستعملة كما ينبغي، لعدة أسباب، لعل أبرزها غياب سياسة صيانة واضحة المعالم. و حسب شهادة أحد الخبراء، فإن 50% من الأجهزة الطبية المستوردة في المستشفيات الجزائرية معطلة أو غير صالحة للاستعمال، فضلا عن ذلك فإن عقود استيراد أجهزة رسم الدماغ لا تتضمن الصيانة³. وهذا يعني أن وجود هذه الأجهزة الطبية المستوردة و المكلفة بأموال طائلة من الخزينة العمومية مجرد ديكور داخل المستشفيات، و استمرار لتكريس التبعية للشركات الأجنبية المنتجة لهذه الأجهزة واستمرار تعقد المشكلات الصحية.

¹ عبد الحكيم ملياني ودلال وساتة: تقييم كفاءة الإنفاق الصحي بالجزائر وانعكاساته على صحة المواطن دراسة قياسية (2002-2013)، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات المنتدى الدولي الأول حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، يومي 24 و 25 نوفمبر 2015، ص 10

² أنظر:

- [http:// perspective.usherbrooke.ca/](http://perspective.usherbrooke.ca/)

- [http:// data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP](http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP)

³ Lamri Larbi: Diffusion et Evolution des nouvelles technologies dans le secteur de la santé en Algérie, revue de GREAD, N=19,1989, p61

2- الإصلاحات بين تقليد نسق الاستهلاك الطبي الغربي وغياب رؤية إستشرافية

إن تبني نظام المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) الذي هو في الأصل نظام فرنسي، وإلى فرض نوع معين من

التكنولوجيا الطبية وإلى تحديد نمط معين من الحاجيات الصحية. وستعرض لهذه العنصرين بالتفصيل :

- تبني نظام المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) لم يحقق تلك النتائج المتوقعة منه، وهو نظام فرنسي بالأساس، اعتمدته الدولة الفرنسية في سياق تاريخي خاص بها، واستجابة لإمكانياتها المادية والبشرية، ومع أنه أصبح في السنوات الأخيرة مثارا للنقد بين الكثير من الخبراء والمختصين في فرنسا، وبالتالي فإنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية في الجزائر كفكرة تم نقلها من فرنسا دون دراسة جدواها وفعاليتها، وفقا للوضعية الباثولوجية للمجتمع الجزائري، وإنما بحثا عن تلك المكانة التي عرفت في فرنسا من حيث الضخامة وتعدد الاختصاصات ووجود كليات عريقة للطب داخلها أو بالقرب منها، وتلك الشهرة العالمية التي أخذتها. لكن نقلها إلى الجزائر لتطوير الرعاية الصحية في المدن الكبرى، لم يكن بعد دراسة معمقة لجدوى هذا النوع من المؤسسات الإستشفائية.

- استيراد التكنولوجيا الطبية، اتضح في اختيار الطب العلاجي كطريقة لتوزيع فرص الصحة، وهذا الطب العلاجي لا يستجيب لباثولوجية الطبقات الاجتماعية الفقيرة، والتي تتطلب حاجاتها الطب الوقائي، ولذلك فاختيار الطب العلاجي هو اختيار لتدعيم نسق الاستهلاك الطبي العلاجي الرأسمالي، ويؤشر على ذلك استيراد الجزائر لأكثر من ألف طاولة أشعة و7 أجهزة سكانير والعديد من أجهزة الإيكوغرافي، 1225 أجهزة تصوير بالأشعة وغيرها من الأجهزة الطبية التي تستجيب للحاجات الصحية لفئة خاصة هي الطبقة البرجوازية¹. هكذا أصبحت الجزائر سوق رائجة للتكنولوجيا المستوردة.

لقد أدى تقليد نسق الاستهلاك الطبي الرأسمالي إلى طرح تناقضات اجتماعية صحية خطيرة، ترتب عنها تعقيد للمشكلات الصحية، وإعادة إنتاج اللامساواة الصحية واستمرار التبعية، فإذا كانت التكنولوجيا الطبية حلا لمشكلات المجتمعات الرأسمالية التي تعاني من أمراض يصلح لها الطب العلاجي، فإنها لن تكون حلا للمشكلات الصحية التي يعاني

¹ عياش وهواه: مرجع سابق، ص 302، نقلا عن :

F.Z. OUFRIHA: **La Diffusion de nouvelles Technologie dans le Secteur de la Santé en Algérie**, Revue de CREAD, N° 19, 1989. P 61.

منها المجتمع الجزائري وفي زمن ولظروف خاصة كانت الأمراض التي تنتشر فيها هي السل والدفتيريا وشلل الأطفال غيرها من الأوبئة والأمراض المتنقلة.

تعيش الجزائر الآن تحول وبائي غير مكتمل وخاص، تمثل في تغير واضح للهيكل المرضية، بارتفاع حالات الإصابة بالأمراض المزمنة، لعل أبرزها السرطان الذي أصبح يمثل أحد الأسباب الرئيسة للوفاة لدى الجزائريين، فهو يحتل مكانة متقدمة من بين الأمراض الغير متنقلة بتزايد نسب الإصابة به—كما هو موضح في الشكل رقم (01)—، حيث سجل أكثر من 80 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة سنة 1990 لترتفع سنة 2010 إلى 130 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة¹، أي بزيادة قدرها ب 50.000 حالة جديدة و هي زيادة سريعة. وحسب رأي الخبراء فإن هذا العدد يتطلب ما لا يقل على 20 مركزا للعلاج خاصة العلاج الكيميائي (Chimiothérapie) والعلاج بالأشعة (Radiothérapie)، وهي من العلاجات التي لا تنتظر المريض، ويمكن أن تُجهز عليه قبل موعد العلاج و الذي قد يمتد إلى ستة أشهر أو أكثر. وما تجدر الإشارة إليه، أنه يوجد في الجزائر حاليا 06 مراكز لمكافحة السرطان عبر الوطن، وهي غير كافية. دون أن ننسى أن هناك استمرار ارتفاع الإصابة بالأمراض المتنقلة، والتي فشلت مختلف سياسات إصلاح النظام الصحي في القضاء عليها نهائيا، وهذا ما يشكل تحدي كبير للمنظومة الصحية الوطنية.

الشكل رقم (02): تطور عدد حالات الإصابة بالسرطان في الجزائر خلال الفترة (2000 – 2013)



Source: République Algérienne Démocratique et populaire: **plan national Cancer (2015-2019)**, Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade, Edition & Publication – ANDS, Alger, Octobre 2014, p 18

¹ République Algérienne Démocratique et populaire : **plan national Cancer (2015- 2019)**, Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade, Edition & Publication – ANDS, Alger, Octobre 2014, p 18

3- الشركات متعددة الجنسيات لصناعات الصيدلانية وتعميق التبعية الدوائية

يعتبر الدواء منتجا إستراتيجيا بالنسبة لأي مجتمع، فهو من بين وسائل تحقيق الأمن الصحي والاجتماعي، كما تعد صناعة الأدوية واحدة من أهم الصناعات في العالم ليس فقط بسبب أهمية الدواء كسلعة تتعلق بصحة الإنسان وحياته، وإنما في الأساس بسبب تكاليف وأسرار أنشطة البحوث والتطوير وما يتبع ذلك من أرباح هائلة وقيمة مضافة عالية تحققها هذه الصناعة، والتي أصبحت في الوقت الحالي تقارن بصناعة الأسلحة من حيث أسرارها وأرباحها. وحقيقة الأمر، أن دول العالم الثالث ومنها الجزائر قد وضعت مخططا وبرامج لتصنيع المستحضرات الصيدلانية محليا، وكان يحدها الأمل في تحقيق تغطية صحية مناسبة لحاجتها من الدواء، مع الإشارة بأن التجربة الجزائرية في مجال الصناعات الصيدلانية صغيرة مقارنة بغيرها من الدول كمصر مثلا، ويعتبر القطاع العام هو المسيطر على هذه الصناعة إذا ما قورن بالقطاع الخاص الذي لم يدخل هذا المجال إلا مع مطلع التسعينات.

تعد صناعة الأدوية أحد المنتجات الإستراتيجية كما سبق وأشرنا، إضافة إلى ذلك، تسيطر على هذه الصناعة شركات متعددة الجنسيات، من خلال احتكار إنتاجها وتوزيعها، تعمل هذه الشركات على بسط نفوذها على مجمل الأسواق العالمية مستعملة كل الوسائل القانونية وحتى الغير قانونية، لجعل دول العالم الثالث بشكل خاص تابعة لها في مجال الدواء، وتعتبر قوانين حماية الملكية أحد الأسلحة الفتاكة في أيدي الشركات المنتجة للدواء. فاتفاقية حقوق الملكية الفكرية مرتبطة بمنظمة التجارة العالمية، والتي تجد الجزائر نفسها ملزمة بتطبيق بنودها إثر انضمامها المرتقب إلى هذه المنظمة، فإنها ستكون ملزمة بتطبيق كل الاتفاقيات التي جاءت بها جملة واحدة ومنها اتفاقية حماية حقوق الملكية الفكرية، هذه الاتفاقية تطبقها يطرح تحديا جديدا أمام صناعة الأدوية الجزائرية، فقد نصت هذه الاتفاقية على حماية كل من المنتج النهائي وكذا طريقة التصنيع لمدة زمنية قدرها عشرون عاما، كما قدمت الاتفاقية حماية لكافة أنواع براءات الاختراع ولكافة حقوق التكنولوجيا والمعرفة الفنية.

بناء على ذلك، فإن صناعة الأدوية في الجزائر لن تستطيع أن تركز إلى حماية الدولة، بعد أن يبدأ سريان تطبيق الاتفاقية، كما أنها ستعرض لمنافسة قوية من طرف المنتجات الأجنبية المنتجة في مخابر عالمية معروفة، مع تأكيد الإعلان الرسمي للدولة الجزائرية بعدم حماية وتشجيع الصناعة الدوائية الوطنية، إذ جاء هذا في تصريح السيد: عبد الحميد تمار

وزير الصناعة وترقية الاستثمارات عندما أعلن بأنه "لا توجد حماية أو إجراءات مرتقبة من قبل الدولة لتشجيع الصناعة الدوائية الوطنية أمام الالتزامات الدولية التي تنتظر الجزائر، خاصة مع انضمامها إلى منظمة العالمية التجارة، ويبقى الحل الوحيد من أجل تنمية الصناعة الدوائية هو الاندماج، والوزارة مستعدة لتوفير مجلس قانوني للمساعدة في هذا الإطار¹". هذا من جهة، ومن جهة أخرى، يعرف سوق الجزائر للأدوية فوضى كبيرة أكدها الرئيس المدير العام السابق لمجمع صيدال بأن "مؤسسته تكبدت خسارة 13 مليون دولار جراء فوضى سوق استيراد الأدوية في الجزائر سنة 2008²".

لكي تكون لنا صورة واضحة عن الدور الذي تقوم به الشركات متعددة الجنسيات في تكريس التبعية الدوائية وتشويه عملية التنمية الصحية بالمجتمعات المتخلفة ومنها الجزائر، هذه الأخيرة التي دخلت بها الشركات متعددة الجنسيات في عقد التسعينيات، ويجري الآن إقامة عدة شركات مختلطة بين شركة صيدال وعديد الشركات متعددة الجنسيات، هناك شركات تسعى إلى الاستحواذ على سوق الدواء الواسع في الجزائر، نورد هنا تلخيصا موجزا لنتائج تقرير شامل أعدته منظمة الأمم المتحدة، حول موضوع الشركات متعددة الجنسيات ومشكلات العالم الثالث³:

- أنه من المستحيل توافق إستراتيجية الشركات متعددة الجنسيات مع إستراتيجية تنمية مجتمعات العالم الثالث، بحكم أن هذه المجتمعات لها ظروفها النوعية الخاصة بها، فتضارب المصالح بين هذين الطرفين بصورة جذرية.

- إن الشركات متعددة الجنسيات تتدخل في توجيه سياسات للعالم الثالث في اتجاه لا يحقق التنمية للمجتمع برمته.

وهكذا، نفهم أن دور الشركات متعددة الجنسيات للصناعات الصيدلانية هو تكريس التبعية الدوائية، أين توجد في الجزائر تبعية خطيرة للمخابر الأجنبية تعكسها نسبة استيراد التي بلغت 65.46% سنة 2008 والجدول الآتي يوضح ذلك، في ظل وجود صناعة دوائية محلية عبرت عن جهاز إنتاجي ضعيف، لم تتعد نسبة استغلاله 30%⁴.

¹ تصريح السيد الوزير أثناء المؤتمر العلمي الذي نظمه الاتحاد الوطني للمتعاملين الصيدلة بعنوان: أية رؤية تنموية للصناعة الصيدلانية الجزائرية في ظل الظروف الدولية الجديدة، يومي 22 و 23 أكتوبر 2007، بفندق الأوراسي.

² عبد السلام مخلوفي: عوائق تنمية الصناعة الصيدلانية في الجزائر، مجلة حوليات، الصادرة عن جامعة بشار، بشار، الجزائر، العدد 05، 2009، ص ص

³ للمزيد في هذا الصدد أنظر:

- أحمد عبد العزيز وآخرون: الشركات المتعددة الجنسيات وأثرها على الدول النامية، مجلة الإدارة والاقتصاد، الصادرة عن كلية الإدارة والاقتصاد،

بجامعة بغداد، العراق، العدد 35، 2010، ص 128

- سمير كريم: الشركات متعددة الجنسية، المعهد الإنمائي العربي، بيروت، 1981، ص 70

⁴ عبد السلام مخلوفي: مرجع سابق، ص 58

الجدول رقم (12): يوضح واردات المواد الصيدلانية في الجزائر خلال الفترة الممتدة (2004-2012)

السنوات	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
واردات المواد الصيدلانية	978.05	1065.65	1189.98	1448.83	1852.77	1745.18	1677.27	1967.75	1829.8

Source: www.andi.dz/index.php/ar/secteur-de-sante

الوحدة: مليون دولار

وبالتالي، لا يمكن الحديث عن تنمية صحية في ظل وجود تبعية للمواد الصيدلانية التي تتركسها شركات متعددة الجنسيات و تدعمها سياسات السلطة الحاكمة و التي و إن سعت إلى محاولة تنمية و تطوير الصناعات الصيدلانية، فإنها لم تنجح في وضع سياسة دوائية وطنية تعمل على حماية و ترقية الإنتاج الوطني. والذي نستشفه في استمرار استيراد المواد الصيدلانية وبل في تزايد هذا الاستيراد، إذ تعتبر الجزائر أول سوق للمواد الصيدلانية في جنوب حوض البحر الأبيض المتوسط بـ 1967,75 مليون دولار من الواردات في عام 2011. أيضا تراجع الدولة الجزائرية عن منشور 2003 الذي ينص على منع استيراد 128 نوع من الدواء ينتج محليا، حيث أن هناك مجموعة معتبرة من الأدوية التي يتم استيرادها بإمكان مصنعين محليين إنتاجها و بكميات كبيرة في مقدمتهم صيدال، وكمثال على ذلك دواء Tamiflu الجنيس* المضاد للأنفلونزا (الزكام الحاد)، فقد أنتجت الجزائر كمية معتبر منه سنة 2006، وفي نفس الوقت استوردت هذا الدواء من شركة Suisse Roche مما أثر على مبيعات المنتج المحلي. كما طالبت اتحادية مرضى السكري في الجزائر الحكومية بإلغاء رخصة استيراد دواء الأنسولين مع المخبر الدانمركي NOYO NORDISK على أساس أن مجمع صيدال بإمكانه تغطية الحاجات الوطنية، إلا أن الجزائر لم تعهد لها بوقف الاستيراد و لازالت تستورد مادة الأنسولين¹.

* هناك الدواء الأخلاقي (Ethique) وبشمل الأدوية التي لا يحصل عليها المريض إلا بوصفة طبية، أما الأدوية الجنيسة (Générique) والتي تباع للجمهور دون قيد، وهو يسمى أيضا بالدواء البديل وهو نسخة عن الدواء الأصيل، أي دواء يكافئ منتجا دوائيا ذات علامة تجارية من حيث الشكل الدوائي وشدة فعاليته وخصائص الأداء له، وغالبا ما يتم تسويقه باسمه الكيميائي بدلا من الاسم التجاري، عادة ما يتم الموافقة على طرح دواء جنيس (مشابه) للبيع في الأسواق عندما تنقطع أحد الأدوية ذات العلامة التجارية.

¹ المرجع نفسه، ص 56

4- برامج ومناهج التعليم الطبي (تعليم غير متوازن في تخصصاته وتابع)

يعتبر التعليم الطبي أحد العناصر الأساسية في السياسة الصحية، لكن هل برامج ومناهج التعليم الطبي في المجتمع الجزائري يؤدي الغرض المطلوب منه؟ بمعنى هل يستجيب للنمط الوبائي لهذا المجتمع؟. غير أنه من الملاحظ في ظل نظم التنمية التابعة، فإن نظام التعليم الطبي يمضي متأثراً بأسس إنشائه في ظل المرحلة الاستعمارية، حيث تم تعميم على المستوى الدولي مقاييس معينة للتفوق الطبي، وإنشاء سوق دولية للطب بهيمنة الطب الغربي الرأسمالي، الذي أصبح المنهج الأساسي في دراسة الطب في مجتمعات العالم الثالث.

وبالتالي، فالتعليم الطبي في الجزائر كثيراً ما يبعد تعريف الطلاب بنظم الطب التقليدي، ويتم تحقير الطب التقليدي ونعته بالخرافة والسحر، كما يتم إهمال الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض. بهذا التحديد يتم حجب الأسس السوسيوثقافية والاقتصادية عن التعليم الطبي، ما يساهم في استمرار المشكلات الصحية. هنا نجد «ستيفن Stevin» أحد خبراء التعليم الطبي، يوضح سبب فشل كليات الطب في حل المشكلات الصحية في مجتمعات العالم الثالث، إلى النقائص الموجودة في التعليم الطبي نفسه، خاصة فيما يتعلق بنقص برامج الرعاية الصحية الأولية في الكليات الطبية في هذه المجتمعات، بحيث لا نجدها تزود الخريجين بالمعارف اللازمة لحفظ صحة المجتمع بناء على مشكلاته الصحية¹.

إن ما تنتجه الجزائر من إطارات طبية لا تتناسب مع الاحتياجات الصحية الحقيقية المحلية، إنما تنتج إطارات طبية تناظر ما تنتجه كليات الطب في المجتمعات الرأسمالية المتقدمة، هذا النظام التكويني الذي لا يأخذ في اعتباره الحاجيات المطلوبة من قطاع الصحة وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع العملي، بالإضافة إلى عدم قدرة قطاع الصحة في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية والواقعية في مجال التكوين، وهذا بسبب عدم الدراية الكافية وعدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان على العلاج والوقاية، مع عدم التوازن في العديد من التخصصات أو بعض التخصصات لا نجدها في مخطط تسيير الموارد البشرية كالفيزيائيين الطبيين وأعاون النظافة والصيانة الإستشفائية.

¹ عياش وهواه: مرجع سابق، ص 154

مما لاشك فيه، أن تحقيق تنمية صحية يقتضي أن تتوافق برامج ومناهج التعليم الطبي مع الخريطة الصحية للمجتمع، خاصة في ظل ما يعرفه المجتمع الجزائري من تحولات ديموغرافية وصحية، فإن التنمية الصحية ستبقى مشوهة وهدف صعب التحقق، وستؤدي إلى تعقيد المشكلات الصحية بما يكرس التخلف والتبعية الصحية، وما يزيد أيضا في استمرار استنزاف الخبرات والإطارات الطبية وهجرتها إلى الخارج، وهنا جدير بنا أن نشير إلى أن المستشفيات الجزائرية تعاني من نزيف كبير للكفاءات الطبية، ففي المركز القومي للبحوث العلمية في فرنسا يعمل 7000 طبيبا جزائريا من ذوي الكفاءات العالية، ويؤثر هذا النزيف بشكل سلبي على نوعية الخدمات الصحية، وأنشطة التكوين والبحث العلمي، إذ تعاني المستشفيات الجامعية من قلة الإستشفائيين الجامعيين في العديد من التخصصات الطبية، مما أثر سلبا على تأطير الطلبة وعلى مستوى تكوينهم.

5 - دور المنظمات الدولية في توجيه السياسات الصحية

تعتبر المنظمات الدولية إحدى أهم الفاعلين في السياسات الصحية في أغلب دول العالم، بحكم أن قضايا الصحة والمرضى أو قضايا البيئة أو مجمل القضايا الإنسانية لم تعد من صلاحيات الدول وحدها، بل استدعت وجود منظمات دولية تنسق الجهود وتنظيم تدخلات الدول للحد من المخاطر الصحية، فالمخاطر الصحية يمكنها أن تحدث اضطرابات في التبادلات التجارية وتكلفة الوقاية منها جد مرتفعة، وقد ساعدت حركة النقل المكثفة عبر العالم على سرعة انتشار هذه المخاطر. ومن المنظمات الدولية نجد منظمة الصحة العالمية (OMS)، التي انبثقت عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع لهيئة الأمم المتحدة، تأسست سنة 1948، ويتواجد مقرها في جنيف، تسعى بصفتها سلطة شرعية موجهة ومنسقة للصحة على مستوى عالمي إلى مساعدة المجتمعات المتخلفة، حيث سعت هذه المنظمة إلى وضع برامج صحية لهذه المجتمعات، من خلال تحديد مقاييس للتغذية والتنظيم العائلي ومكافحة الأمراض كالبرامج التي تخص الرعاية الصحية الأولية.

بدأت السياسات الصحية في دول العالم الثالث تتبنى توصيات المنظمات الدولية، «كالمقاربات التعاقدية» (Approches Contractuelles) للتأسيس للحكم الراشد للأنظمة الصحية في دول العالم الثالث باعتماد التعاقد في تمويل أنظمتها الصحية، وكذلك «الإستراتيجيات القطاعية للصحة» (Stratégies sectorielle de la sante)، والتي تتبنى مقاربة تدخل الدولة كمنظم لقطاع الصحة وهو طريق ثالث بين التحرير الكامل للنشاط الصحي واحتكار الدولة لهذا النشاط، وتسعى هذه المنظمات كذلك إلى تثبيت أربعة محاور كبرى لإصلاح المنظومات الصحية في الدول النامية وهي:¹

- ✓ تصنيف التدخلات الصحية: العلاج الأولي، العلاج المتخصص، الوقاية ...
- ✓ تنوع الخدمات التي تقدمها المصالح الصحية.
- ✓ وضع آليات لتحفيز مهنيي الصحة على تطوير أدائهم.
- ✓ إعادة تحديد دور الدولة في المجال الصحي.

¹ Tizio Stéphane: **Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement** ? In: **Tiers-Monde**. 2004, tome 45 n°179, p 643

الفصل الخامس :

الآثار الاجتماعية الصحية لسياسات إصلاح النظام الصحي: نحو تقييم نتائج سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري

تمهيد

أولاً: تقييم الكفاءة التشغيلية للمنظومة الصحية الجزائرية

- 1- إشكالية تنامي الإنفاق الصحي الوطني
- 2- تقييم تسيير وتطور عدد الهياكل الإستشفائية
- 3- تقييم تسيير وإدارة الموارد البشرية الصحية

ثانياً: تقييم الوضع الصحي العام لسكان المجتمع الجزائري

- 1- تطور مؤشرات التغطية الصحية (المادية، المالية، البشرية)
- 2- تقييم أداء النظام الصحي الجزائري حسب معايير (OMS)
- 3- قراءة سوسيولوجية في مؤشرات الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري

ثالثاً: اختلالات المنظومة الصحية الجزائرية

- 1- سوء تسيير هياكل الضمان الاجتماعي
- 2- منافسة القطاع الصحي الخاص للعمومي وغياب التكامل الوظيفي
- 3- اختلالات ترتبط ببيئة قطاع الصحة

تمهيد:

إن محاولة تقييم نتائج سياسات إصلاح النظام الصحي الجزائري من شأنه أن يكشف لنا عن مدى حسن استخدام هذا النظام لموارده؟ و معرفة ما هو واقع الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري و الوقوف على أبرز النتائج المحققة أي مخرجات النظام الصحي؟، حيث تعكس مؤشرات الوضع الصحي العام للسكان مدى حجم النتائج المحققة بالنسبة للسياسة صحية ما وكذا مستوى التنمية الصحية في بلد ما، كما أن هذا التقييم يمكن أن يزيد من الضغوط على صانعي السياسة الصحية الوطنية، للبحث عن طرق أكثر كفاءة وفعالية في توفير الرعاية الصحية وتحسينها، ما يجعل من الإصلاح عملية إلزامية لتعزيز أداء قطاع الصحة، لعل أبرزها ضرورة احتواء التكاليف الصحية التي يجب أن تكون شعار وهدف المرحلة الراهنة والمقبلة، علما أن الدولة الجزائرية منذ مرحلة الاستقلال بلورة سياسة صحية بقي للقطاع العام فيها النسبة الأكبر في التعامل مع موضوع الصحة داخل المجتمع، وإن كنا لا ننكر ما حققته سياسات إصلاح النظام الصحي من نتائج إيجابية على مستوى الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري كإزدياد عدد السنوات المكتسبة بالنسبة للعمر المأمول عند الولادة، في الوقت الذي نسجل فيه تراجع في معدل الوفيات العامة.

سنحاول في هذا الجزء من دراستنا التركيز بنوع من التحليل والتفسير السوسيولوجي على الآثار الاجتماعية الصحية لسياسات إصلاح النظام الصحي الوطني، بتقييم الكفاءة التشغيلية للمنظومة الصحية الوطنية (المدخلات)، كذا تقييم النتائج المحققة على مستوى الوضع الصحي العام للسكان (المخرجات)، مما يمكننا من الوقوف على أبرز الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي من حيث البناء والوظيفة، و تجدر بنا الإشارة، أن عدم تقييم سياسات إصلاح النظام الصحي يعد من أكبر العوائق التي تحول دون تحسينه والرفع من أدائه، كما أن مسؤولية ترقية وتعزيز صحة السكان لا تقع على عاتق القطاع الصحي وحده.

أولاً: تقييم الكفاءة التشغيلية للمنظومة الصحية الجزائرية

تعد مسألة تحقيق نتائج صحية جيدة بأقل الموارد أهم تحدي تواجهه السلطات العمومية في الجزائر، خاصة في ظل تزايد حاجيات المجتمع الصحية من خلال النمو السكاني السريع وارتفاع الطلبات لتوفير أحدث الخدمات الصحية مع تزايد خطر الإصابة بالأمراض أمام محدودية الموارد المسخرة لذلك. بالتالي فإن التوفيق بين الطلب المتزايد على الرعاية الصحية والموارد المحدودة لقطاع الصحة تعد إشكالية تواجه صناع السياسة الصحية الوطنية، حيث توصلت العديد من الدراسات التي ركزت على التخصيص والاستخدام الكفء للموارد المحدودة إلى إمكانية تحسين كفاءة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة من أجل الوصول إلى آثار إيجابية على المستوى الصحي للسكان.

إن تحقيق الكفاءة التشغيلية للنظام الصحي يضمن توفير خدمات صحية جيدة مع وفورات كبيرة في الموارد - مدخلات النظام الصحي - من شأنها أن تسمح بالتوسع في تقديم خدمات إضافية للمجتمع، كون الكفاءة التشغيلية تمثل " المجال الذي يحدد التوليفة المثلى بين الأفراد والموارد والتكنولوجيا التي تعزز الإنتاجية وتزيد من قيمة الخدمات المقدمة¹ ". فالكفاءة التشغيلية تشير إذن إلى الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة والمحدودة للوصول إلى أفضل نتائج ممكنة وهو خدمات صحية ذات جودة عالية وبالتالي فالشيء الغير كفء أنه بإمكان الحصول على نفس النتائج بتكلفة أقل.

سنحاول في العنصر من الدراسة أن نتناول بالتحليل السوسيولوجي والمناقشة العلمية المفتوحة بعيداً عن أي اختزال، تقييم مدخلات النظام الصحي الجزائري، من حيث معدل الإنفاق الصحي وتسيير موارده البشرية الصحية وهياكله الإستشفائية، والذي تبين أن هناك سوء في استخدام واستغلال النظام الصحي لمختلف موارده، ما أثر بشكل كبير على المستوى الصحي العام للسكان، فتنامي الإنفاق الصحي والذي تعكسه أرقام هذا القطاع أثر على توازن بعض قطاعات المجتمع الأخرى وأرق السلطات العمومية خاصة وأن الحجم الأكبر من هذه النفقات ممولة من قبل الدولة ، كما يلاحظ أن مسألة النمو السريع لنفقات الرعاية الصحية لم يصاحبه تحسن في نوعية الخدمات الوقائية والعلاجية المقدمة، وبل

¹ إلياس بومعروف: تقييم الكفاءة التشغيلية لقطاع الرعاية الصحية الوطنية -دراسة تطبيقية- مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، الصادرة عن جامعة محمد

خيضر، ببسكرة، الجزائر، عن كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، العدد الخامس عشر، جوان 2014، ص 33

تعتبر نسبة مساهمة العائلات الجزائرية في تمويل نفقات الصحة مرتفعة مقارنة بما توصي به منظمة الصحة العالمية والبنك العالمي، بحيث يجب أن لا يتجاوز معدل مساهمة العائلات في النفقة الصحية 10% لأن ذلك سيعمل على تفكير هذه الأخيرة، كذا نجد أن سوء التسيير مس حتى الموارد البشرية الصحية و الهياكل الصحية هذه الأخيرة التي تعاني من إختلالات كان لها الأثر البالغ في التقليل من نشاطها.

1- إشكالية تنامي الإنفاق الصحي الوطني

تمثل الحالة الصحية إحدى أهم دعائم التنمية المجتمعية، فضعف الحالة الصحية للأفراد يؤثر تأثيرا مباشرا على المجتمع بأكمله من حيث القدرات الإنتاجية وإمكانات التطور، كون أن توفير وإيصال خدمات صحية إلى كافة أرجاء البلاد ولكل شرائحه مرهون بشكل أساسي بتطوير الإنفاق المالي على قطاع الصحة.

النفقة الصحية هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية (نفقة صحية عامة) من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض، حيث يشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه، ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم. وقبل إثارة إشكالية تنامي الإنفاق الوطني على الصحة العمومية فمن المنطقي الشروع بداية في الإجابة على الأسئلة التالية: كيف تطور الإنفاق الصحي في الجزائر؟ وهل هذا التطور في الإنفاق على الصحة يستجيب لاحتياجات المواطنين المتزايدة باستمرار؟ وهل مستوى الإنفاق الصحي الوطني يبقى بعيدا عن المستويات المعتمدة في الدول المتقدمة وبعض الدول العربية؟.

* مقارنة مستوى النفقات الصحية للجزائر ببعض الدول المتقدمة وبعض الدول العربية:

الجدول رقم (13): يوضح تطور معدل النفقات الوطنية للصحة من الناتج المحلي الإجمالي للجزائر مع مقارنتها ببعض الدول المتقدمة والعربية

السنوات	الدول	1999	2001	2003	2010
الجزائر	3.7	3.8	3.5	3.2	
تونس	5.5	5.7	5.4	3.4	
لبنان	11.3	11.7	10.2	2.8	
المغرب	4.6	4.9	5.1	2.0	
العراق	1.9	1.6	2.7	6.8	
الولايات المتحدة الأمريكية	13.1	14	15.2	9.5	
ألمانيا	10.8	10.8	11.1	9.0	
فرنسا	9.3	9.4	10.1	9.3	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2006, OMS, Genève, PP 199-201.

- تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013، نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع، ص 174 - 176.

يتضح من معطيات الجدول أعلاه، أن الإنفاق على الخدمات الصحية في الجزائر ضعيفة مقارنة بالدول المتقدمة وبالعديد من بعض الدول العربية، فمعدل الإنفاق على الصحة في الجزائر لم يتجاوز 3.8% من الناتج المحلي الإجمالي، وهو أقل من مما هو لدى الجارتين تونس والمغرب، وفي الوقت نفسه نجد أن النفقات الصحية في الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية، ألمانيا وفرنسا مرتفعة تعادل ثلاثة أضعاف ما تنفقه الجزائر، وهو ما يعكس اهتمام هذه الدول بصحة مواطنيها.

* ارتفاع نسبة مساهمة العائلات الجزائرية من النفقات الكلية للصحة: إن نسبة مساهمة العائلات الجزائرية من النفقات الكلية للصحة كانت معتبرة إذ بلغت 26.7% سنة 2000 وكانت متذبذبة خلال السنوات اللاحقة حتى وصلت 20.1% سنة 2010، وتعتبر نسبة مساهمة العائلات الجزائرية في تمويل نفقات الصحة مرتفعة مقارنة بما توصي به منظمة الصحة العالمية والبنك العالمي، بحيث يجب أن لا يتجاوز معدل مساهمة العائلات في النفقة الصحية 10% لأن ذلك سيعمل على تفكير هذه الأخيرة - كما سبق وأشرنا -.

الجدول رقم (14): تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من النفقات الكلية للصحة في الفترة بين (2000-2010)

(2010)

السنوات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2008	2009	2010
مساهمة الدولة %	37.8	44.1	39.6	42.5	39.3	43.2	55.1	48.2	49.9
مساهمة الضمان الاجتماعي %	35.5	33.3	35.7	34.9	33.2	31.6	31.0	31.1	30.0
مساهمة العائلات %	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2	13.9	20.7	20.1

Source: Brahim Brahamia: **Transition Sanitaire en Algérie et défis de financement de L'assurance maladie**, colloque international sur les politiques de santé, Université Constantine 2, 18-19 janvier 2014, P35

* تطور معدل الإنفاق الصحي الوطني من الناتج المحلي الإجمالي (PIB):

أبرز ما يلاحظ على تمويل قطاع الصحة في الجزائر أنه ضعيف، و مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، على الرغم من أن مستوى الإنفاق الوطني للصحة عرف منحنى تصاعديا. ويمكن توضيح ذلك من خلال عرض الجدول التالي:

الجدول رقم (15): تطور معدل النفقات الصحية الوطنية من الناتج المحلي الإجمالي من 1973 إلى 2014

السنوات	1973	1980	1991	2000	2005	2007
معدل الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)	1.60	3.74	2.21	3.49	3.54	4.36
السنوات	2009	2010	2011	2012	2013	2014
معدل الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)	5.79	6.60	7.31	7.35	7.12	7.21

Source: - [http:// www.perspective.usherbrooke.ca/](http://www.perspective.usherbrooke.ca/) (Site consulté le: 27/10/2017)

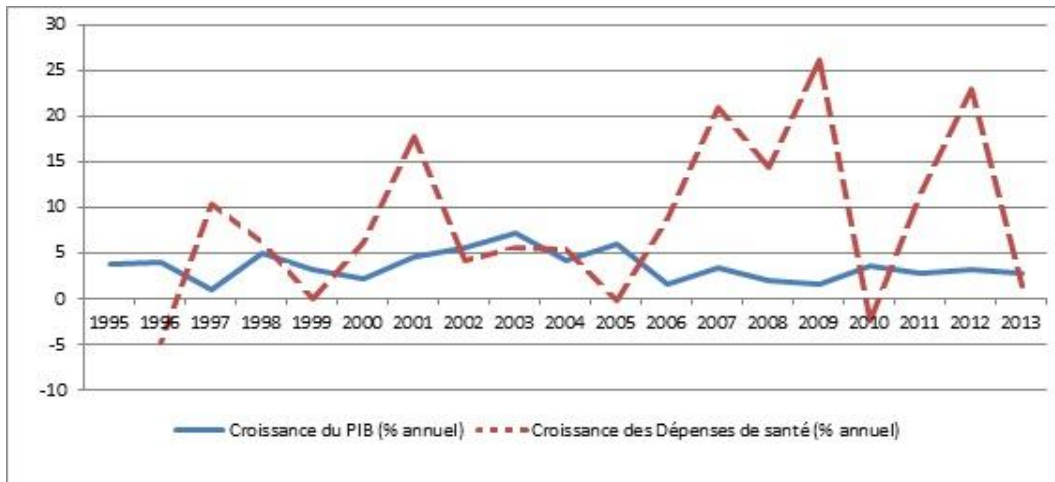
إن القراءة الأولية للجدول أعلاه تجعلنا نقول: أن هناك تطور في الميزانية المخصصة للصحة، غير أن إنفاق الدولة الجزائرية على الصحة كان جد ضعيف في السبعينات، بالرغم من أنها في تلك الفترة خصصت مبالغ مالية ضخمة للاستثمار بلغت 453 مليار دينار جزائري، نال التصنيع وحده 54.5% من المبلغ الإجمالي للاستثمارات. وهذا الأمر يشكل انعكاسا للتوجه الإشتراكي للدولة الجزائرية في تلك الفترة، ولنظرها للعلاقة بين التنمية والصحة، والتي تبدو أنها لم

تعتبر الصحة نقطة أولية للفعل التنموي، وأنها تبقى مجرد متغيرا تابعا للتنمية الاقتصادية، وأن سير عجلة التنمية الاقتصادية سيرافقه آليا تحسن الوضع الصحي العام للسكان، فوظفت واستثمرت الأموال في القطاع الصناعي واعتبرت القطاع الصحي بذلك مجالا غير إنتاجي ومستهلك كبير للأموال، فبقيت عملية الاستثمار في القطاع الصحي ضعيفة. كما أن ارتفاع الإنفاق الحكومي على الصحة في فترة الثمانينات، والذي بلغ 3.74%، ما هو أيضا إلا تجسيدا لتوجه السياسي للدولة في تلك المرحلة، بتوجيه مداخيل الربيع النفطي نحو الاستهلاك الداخلي وزيادة نسبته على نسبة الاستثمار في الميزانية العامة، تحت شعار "من أجل حياة أفضل". ما يؤكد ارتباط الصحة العمومية بالسياسة و التي تبقى متأثرة بالتوجهات الأيديولوجية للنظام السياسي للمجتمع.

أما انخفاض الإنفاق الوطني في مجال الصحة إلى 2.2% في بداية التسعينات، مرده الأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر وهي انهيار أسعار البترول في السوق الدولية. وبالرغم من عودة ارتفاع أسعار البترول مع بداية الألفية الثانية، فإن معدل الإنفاق الصحي بقي في مستويات متدنية، وشهد نوع من الاستقرار خلال الفترة الممتدة (2002 – 2005)، رغم أن الطلب على العلاج لم يتوقف عن الزيادة، كما نلاحظ أيضا من خلال المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن نسبة النفقات الصحية الإجمالية تشهد اعتبارا من سنة 2006 منحا تصاعديا مستمرا بلغ 4.36% سنة 2007 و 5.32% سنة 2008، والأكثر من ذلك تجاوز النسبة المقترحة والمحددة ب 6% سنة 2010 من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS) إذ ارتفعت ووصلت سنة 2014 إلى 7.21% من الناتج المحلي الإجمالي الخام (PIB).

الشكل رقم (03): تطور الناتج المحلي الإجمالي والنفقات الصحية الكلية (%) للجزائر خلال (1995-

2013)



Source: [http:// www. data.worldbank.org/countru/algeria](http://www.data.worldbank.org/countru/algeria). (Site consulté le: 11/06/2016)

إن الشكل رقم (03)، يوضح لنا حقائق أخرى تثير إشكالية تنامي الإنفاق الصحي الوطني مقارنة بنمو الناتج المحلي الإجمالي (PIB)، فمعدل الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية استمر في الزيادة بمعدل أعلى من معدل الزيادة في الناتج الوطني الإجمالي. خلال الفترة الممتدة من (1995-2013) ارتفع الناتج المحلي الإجمالي من 67.626 مليون دولار أمريكي إلى 127.191 مليون دولار أمريكي بارتفاع يقدر بـ 88%، في حين نجد أن معدل النفقات الوطنية الصحية ارتفعت بأكثر من ثلاث مرات (316%)، فقد بلغت 30.507 مليون دولار أمريكي سنة 2013 بعدما كانت لا تتجاوز 7.400 مليون دولار أمريكي سنة¹ 1995.

هذا ما يسمح لنا بالقول، أن نمو النفقات الصحية في الجزائر كان أعلى من نمو الدخل المحلي الإجمالي (PIB)، وهذا يمثل تهديدا كبيرا لمستقبل المنظومة الصحية الوطنية التي تعتمد على مبدأ مجانية العلاج و تصر على التمسك به. وفي ذات السياق تجدر بنا الإشارة، إلى أن البعض يرى أنه كلما زاد حجم الإنفاق الصحي العام كانت الخدمات الصحية المقدمة أفضل وأحسن، وهذا القول غير صحيح على الإطلاق، إذ أن تخصيص اعتمادات مالية أكبر في الميزانية لا يعني بالضرورة تقديم خدمات أفضل، فالخدمات الصحية المقدمة داخل المصالح الإستشفائية الجزائرية لا ترقى إلى مستوى الأموال الكبيرة التي يتم ضخها في قطاع الصحة.

وعليه، فإن منظومتنا الصحية تفتقد لكفاءة وفعالية الإنفاق الصحي في ظل استمرار الزيادة في معدل الإنفاق العمومي على الخدمات الصحية بمعدل أعلى من معدل الزيادة في الناتج الوطني الإجمالي. ويعد التحكم في هذا الارتفاع المذهل في النفقات الصحية من أهم تحديات سياسات إصلاح النظام الصحي عن طريق معرفة أسباب هذا النمو، والتي عادة ما تكون متعددة ومعقدة نظرا لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وحتى السياسية، كما أن كفاءة الإنفاق الصحي يعني ترشيد النفقات الصحية وليس تخفيضها أو الحد منها. والإشكالية التي يجب إدراكها لدى صانعي السياسة الصحية هو البحث عن سياسة لترشيد و التحكم في الإنفاق، بدل تخفيض الإنفاق أو التركيز على القطاع الخاص، خاصة في ظل الأزمة الاقتصادية الحالية التي تمر بها الجزائر منذ بداية سنة 2013

¹ بومعروف إلياس وخلفاوي عمر: اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة (1995-2013)، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، يومي 24 و 25 نوفمبر 2015، ص 8

بسبب استمرار تهاوي أسعار البترول المصدر الوحيد للدخل الوطني وخسارة الجزائر لنصف عائداتها، والعاكسة لمشاريع التنمية الفاشلة الرامية لتنويع الاقتصاد الوطني.

2- تقييم تسيير وتطور عدد الهياكل الإستشفائية

يعتبر المستشفى ركيزة أساسية للنظام الصحي، ففيه يتجمع مختلف فئات الأطباء والمرضى والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الصحية لتقديم الخدمات الصحية الضرورية للمرضى، وهو يعد تنظيم اجتماعي به شبكة من العلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين مختلف الفاعلين، ومن جهة أخرى تعتبر المستشفيات من أبرز المؤشرات الأساسية لقياس مستوى التطور الحضاري لأي بلد، وهو أشار له «جون أباد Jean Abbad» بقوله: "تعتبر المستشفى مقياس تقدم الشعوب والأمم ومجالا متميز للاندماج وتطور القدرات الاجتماعية¹". لذا توصي العديد من الدراسات العلمية على ضرورة تحسين كفاءة وفعالية تسيير الهياكل الإستشفائية، باعتبار أن المستشفيات أيضا هي تنظيمات تستهلك الحجم الأكبر من الموارد (المالية والبشرية خاصة المتخصصة منها).

عرفت الهياكل الصحية الجزائرية من حيث العدد تزايد بشكل معتبر، وإن لم يكن هذا التزايد مماثل للارتفاع المتزايد في عدد السكان. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الهياكل الصحية تشهد سوء توزيع على مستوى التراب الوطني - هذا سوف نتعرض له بنوع من التحليل السوسيولوجي في عنصر المساواة الصحية-. أما على مستوى تسيير الهياكل الصحية، فهناك العديد من المؤشرات التي توحى بأن الهياكل الصحية ومنها الإستشفائية تعاني من أزمة تسيير، فهذه المؤسسات الإستشفائية أصبحت محط انتقادات عديدة سواء من قبل المرضى، أو من طرف المستخدمين الصحيين بما فيهم مسؤولين سامين في وزارة الصحة، هذه الانتقادات مؤسسة حول الإهمال الكبير التي منه المؤسسات الإستشفائية التي تكون قطاع غير منظم، مع الاستعمال السيئ لموارده البشرية المؤهلة، خاصة إذا علمنا أن المستشفى في الأساس تنظيم بشري، وبالتالي فهو نظام اجتماعي إنساني معقد، مادته الخام هو الإنسان وإنتاجه إنساني وعمله ينفذ بشكل رئيس بواسطة الإنسان، هدفه إنساني. ويمكن أن نلمس بعض أوجه أزمة التسيير هذه والتي هي متعددة ومتنوعة فيما يلي:

¹ Jean Abbad: **Organisation et Management Hospitalier**, Edition Berger-levrauts, juin2001, p 25

- **الجانب التنظيمي:** إن عملية التنظيم عموما تهدف إلى تجنيد الطاقات البشرية والمادية وتوجيهها نحو الطريق الصحيح حتى يتسنى للأفراد والجماعات أن يحققوا الأهداف المنشودة. وعليه فإن الوضعية الصعبة التي تمر بها المستشفيات العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير، وفي اتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور الميسيرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم المراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المستشفيات، وإن قامت بها فهي شكلية، فنوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور، وما فاقم المشكلة هو غياب ميسيرين أكفاء، إلى جانب اتهامهم بعقد صفقات مشبوهة.

- **غياب الصيانة:** لقد عرفت المعدات الطبية تطورا ملحوظا، خصوصا في بداية الثمانينات أين تم استيراد آلاف المعدات التكنولوجية المتطورة، ووصل العدد الإجمالي للأجهزة الطبية المستوردة سنة 1999 إلى 18950 جهازا. رغم أن الأجهزة الطبية تعد أهم وسيلة مادية تساعد على تقديم الخدمات الطبية في المستشفيات، فالعديد من مؤسساتنا الصحية تشتغل أقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيا الطبية الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ تعاني من تعطلات متواترة والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما يجعلها غير مستغلة لفترات قد تصل إلى عدة أيام أو شهور، مما زاد أيضا في مشكل الصيانة بالمؤسسات الصحية خاصة المستشفيات كثرة استعمال تلك الأجهزة في ظل غياب سياسة صيانة واضحة المعالم مع عدم وجود مختصين في ذلك. حيث تقدر نسبة تعطل الأجهزة الطبية بأكثر من 30%. و ارتفع هذا العدد خصوصا ما يتعلق بأجهزة الاستغلال الوظيفي بـ 393 جهازا معطلا، أما أجهزة التعقيم والتطهير نجد 374 جهازا معطلا، و147 جهازا معطلا خاص بأجهزة الإنعاش والعلاج المكثف لسنة¹ 2015. فهذه الوضعية غالبا ما تجبر المرضى للذهاب إلى القطاع الخاص للحصول على التحاليل الطبية والتصوير بالأشعة.

¹ Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la Planification: **Santé en Chiffres 2015**, Alger, Edition Juillet 2016, p77

- التباين بين معدل النمو السكاني ومعدل تطور الهياكل الإستشفائية: طالما شكل معدل النمو السكاني

هاجسا فعليا لدى عدد كبير من دول العالم، التي ترى في المعدلات المرتفعة للنمو السكاني ضغطا وطلبا إضافيا على الخدمات الصحية، ما يجعل تطور التغطية الصحية غير مساير للنمو السكاني الحاصل في المجتمع. إذا كان هناك تزايد في عدد الهياكل الصحية، وهو الأمر الذي لا ننكره والذي يعكس الجهود المبذولة من طرف وزارة الصحة، لكن إذا ما قيمت في ضوء ما يلزم لتحقيق الصحة للجميع، الأمر الذي جعلها غير قادرة على تلبية الاحتياجات المتنامية للسكان، حيث بذلت الدولة الجزائرية بعد الاستقلال جهودا جبارة لتوفير خدمات صحية ملائمة لكافة أفراد الشعب، خاصة بعد سنة 1967 أين نسجل بداية المخطط الثلاثي الأول كقاعدة انطلاق لبناء المجتمع الاشتراكي. وركزت في مختلف المخططات التنموية على تشييد الهياكل الصحية بدأ من المخطط الثلاثي الأول (1967-1969) مروراً بالمخطط الرباعي الأول (1970-1973)، كما لم تكن المسألة السكانية مطروحة ولم يتم الإشارة إلى النمو الديموغرافي في المخططات التنموية والتي بدأ العمل بها ابتداء من سنة 1967. فالخطاب السياسي لم يكن يشعر بالقلق إزاء التزايد السكاني، حيث اعتبره رأسمال وطني خلال هذه الفترة. وعموما فقد عرفت الجزائر نموا ديموغرافيا سريعا، حيث ارتفع عدد السكان سنة 1970 إلى 13.309 مليون نسمة بعدما كان 10.458 مليون نسمة سنة 1962، أي بزيادة قاربت 3 ملايين نسمة في ظرف 8 سنوات فقط، وحسب تقديرات الديوان الوطني للإحصائيات فإن عدد سكان الجزائر سوف يبلغ 41.2 مليون نسمة بحلول سنة¹ 2017. ما يعني أن النمو الديموغرافي في الجزائر ظل يرتفع باستمرار وإن كان بوتائر مختلفة. هذا الارتفاع المتزايد في عدد السكان يعني استمرار زيادة الطلب على العلاج، الذي لم يصاحبه ارتفاع مماثل في تطور معدل التغطية الصحية من حيث عدد الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة، وهو ما تكشفه الأرقام الإحصائية الواردة في الجدول التالي:

¹ ONS: Office National des Statistique : **Démographie Algérienne 2015**, N°740, Alger, 2015, P 01

الجدول رقم (16): تطور عدد السكان وعدد الأسرة للهياكل الإستشفائية العمومية في الجزائر خلال الفترة

(1966-2015)

السنوات	1966	1974	1989	1998	2000	2007	2011	2013	2014	2015
السكان بالملايين	11.75	15.16	24.40	29.50	30.39	33.90	36.71	38.29	39.11	39.96
عدد الأسرة	39418	41728	65000	59000	53315	57630	59130	63207	64108	64762
سرير/ساكن	298	363	375	500	570	588	620	605	610	617

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, La santé des algériennes et des algériens, Ed ANEP, avril 2002, P 60.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la population, Situation Démographique et Sanitaire (2000-2014), Alger, Juillet 2014, P 21
- ONS: Office National des Statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2013-2015), numéro 46, Alger, Edition 2016, p26

يتضح لنا من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، أن عدد الأسرة لم تشهد خلال فترة التسعينات أي تطور بسبب الأزمة المتعددة الأوجه التي شهدتها الجزائر في تلك الفترة، بل بالعكس نسجل انخفاضا في عددها، فانتقل العدد من 65000 سريرا سنة 1989 إلى 59000 سريرا سنة 1998، كذا المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) لم يتغير عددها لمدة 09 سنوات، والتي بلغت 13 مركزا إستشفائيا جامعيا منذ 2002 حتى سنة 2010، كما أن الطلب على العلاج والاستشفاء لم يتوقف خلال هذه السنوات بل هو في تزايد، وحتى إن سجلنا ارتفاعا في عدد الأسرة بين سنتي 2014 و 2015 فهو يعد ارتفاعا نسبيا إذ هي زيادة تقدر بـ 654 سريرا مقابل زيادة سكانية طبيعية تقدر بـ 858000 نسمة. ونتيجة لذلك، تدهورت التغطية الصحية من حيث عدد الأسرة للهياكل الصحية العمومية وأصبحت ضعيفة وغير مسايرة للنمو السكاني الحاصل، حيث انتقلنا من سرير لكل 375 ساكن سنة 1989 إلى سرير لكل 617 ساكن سنة 2015.

في ظل هذه الأوضاع وأمام سعي السلطات العمومية لإصلاح قطاع الصحة ، عملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007¹ المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الإستشفائية، تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية إستشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية والتي هي بدورها تتكون من عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج.

لكن ما تجدر الإشارة له، هل أدى هذا الإصلاح إلى تحقيق النتائج المراد الوصول إليها؟ يجمع الكثير من المهتمين بقضايا الصحة وترقية المستشفيات أن هذه التغييرات البنائية والوظيفية التي تم إحداثها تحت اسم إصلاحات لم تحقق العوائد المرجوة منها، ذلك أن المؤسسات الإستشفائية أخذت عدد كبير من الأطباء وخاصة المسيرين ذوي الخبرة وزادت من مشكلة ضعف التسيير لدى المؤسسات الجوارية، بالتالي أن التنظيم الصحي الجديد قد أتى على المكتسبات التي حققتها المنظومة الصحية، خاصة في مجال التكفل الشامل بالمسار العلاجي للمرضى، فبعدما كان المريض يستفيد من مسار علاجي مستمر لا يوجد فيه انقطاع في مرحلة من مراحله بحكم أن الإمكانيات البشرية والمادية المتوفرة سواء في المستشفى أو العيادات المتعددة الاختصاصات أو المراكز الصحية توجد تحت وصاية إدارة واحدة، وهناك سهولة في انتقال الأطباء والمرضى من مصلحة إلى أخرى حسب احتياجات المرضى أو احتياجات المصالح التي قد تعاني من اختلال في توزيع الأطباء والعمال يمكن إصلاحه بأمر من الإدارة الموحدة . ويجد المرضى أنفسهم ضائعين بين مصالح وإدارات مختلفة، بل تصبح حالة المريض الحرجة محل تنازع بين المؤسسات.

3- تقييم تسيير وإدارة الموارد البشرية الصحية

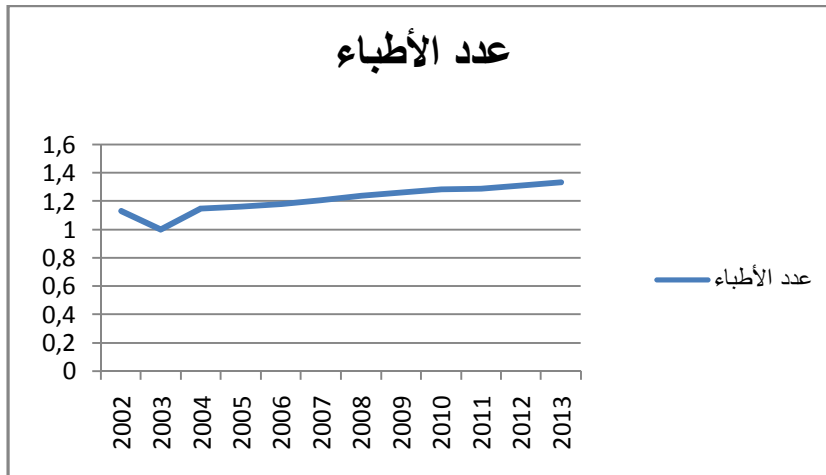
من أسس تحقيق تنمية صحية، تعزيز قدرة الأنظمة الصحية على توفير الخدمات الصحية الأساسية للجميع بما يتماشى مع حقوق الإنسان والحريات الأساسية ويتفق مع القوانين المحلية والقيم الثقافية والدينية، وهو الأمر الذي يستدعي تحقيق مجموعة من التدابير، أبرزها تحسين وتطوير إدارة الموارد البشرية العاملة في خدمات القطاع الصحي، ونظرا

¹ République Algérienne Démocratique et Populaire: Décret n° 76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité **Journal Officiel**, n° 33, du 20mai 2007, p 9.

لطبيعة العمل في المؤسسات الصحية والاحتكاك المباشر والمستمر بأفراد المجتمع، فإن الموارد البشرية لها أهميتها الخاصة، كون توفير هذا النوع من الخدمات يعتمد بصفة أساسية على هذه الموارد، ومع تنوع التكنولوجيا الطبية وتطورها وتقدمها، ازدادت الحاجة إلى الموارد البشرية، و لا تزال هذه الحاجة في ارتفاع مستمر نظرا لتطور العلوم الطبية واستمرار تقدم وتطور التكنولوجيا في أساليب التشخيص والعلاج، مما أدى إلى زيادة الطلب على الموارد البشرية ولاسيما المتخصصة منها وأصحاب الخبرات المميزة.

عرفت الموارد البشرية الصحية في الجزائر تطورا وتم التركيز عليها، سواء تعلق الأمر بتأهيلهم أو تكوينهم وفق متطلبات ومعايير تهدف لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية للمواطنين، وهو ما يعكس جهود وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتوفير تغطية صحية تقدمها يد عاملة مؤهلة، حيث انتقل عدد الأطباء من طبيب واحد لكل 1000 ساكن سنة 2003 ليصل إلى 1.264 طبيب لكل 1000 ساكن سنة 2009 ثم انتقل إلى 1.291 طبيب لكل 1000 ساكن سنة¹ 2011. ويواصل ارتفاعه سنة 2012 إلى 1.312 طبيب لكل 1000 ساكن ووصل بحلول سنة 2013 إلى 1.334 طبيب لكل 1000 ساكن². ويمكن توضيح ذلك من خلال الشكل البياني التالي:

الشكل رقم (04): يوضح تطور عدد الأطباء في الجزائر خلال الفترة (2002 – 2013)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

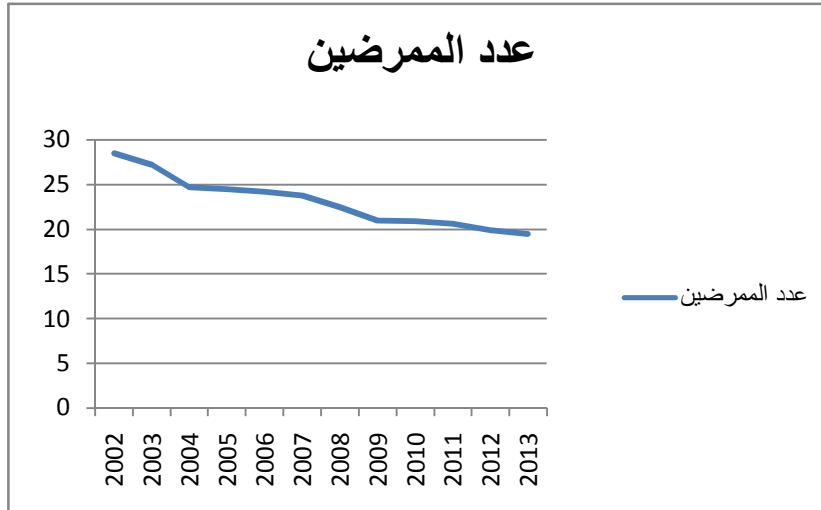
- Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, statistiques Sanitaires Nationales, www.msrh.dz. (Site consulté le: 13/06/2014)
- <http://www.ons.dz/-Sante-.html>

¹ Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, statistiques Sanitaires Nationales, www.msrh.dz. (Site consulté le: 13/06/2014)

² <http://www.ons.dz/-Sante-.html> (Site consulté le: 13/06/2015)

في حين عرف مؤشر عدد الممرضين انخفاضا ملحوظا، حيث كان عدد الممرضين 28.5 ممرض لكل 1000 ساكن سنة 2002، ثم انخفض إلى 23.5 ممرض لكل 1000 ساكن سنة 2007 ويواصل انخفاضه 20.67 ممرض لكل 1000 ساكن سنة 2011، في سنة 2013 وصل 19.5 ممرض لكل 1000 ساكن.

الشكل رقم (05): يوضح تطور عدد الممرضين في الجزائر خلال الفترة (2002 – 2013)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, statistiques Sanitaires Nationales, www.msrh.dz. (Site consulté le: 13/06/2014)
- <http://www.ons.dz/-Sante-.html>

عند تحليلنا للإمكانيات البشرية العاملة في قطاع الصحة التي تتوفر عليها منظومتنا الصحية، نجد أنه رغم التطور الحاصل الذي تعرفه إلا أن توزيع هذه التغطية على المستوى الوطني تبقى متفاوتة، حيث يتركز هؤلاء في المنطقة الشمالية من الوطن وخاصة بالجزائر العاصمة، فيما تبقى مناطق الجنوب محرومة من خدمات الأطباء خاصة الأطباء الأخصائيين.

- عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية: يعتبر العنصر البشري في التنظيم من العناصر التي يتوقف عليها نجاح وفعالية أية مؤسسة في تحقيق أمان أفرادها وطموحاتهم، أو في فشلهم وخيبة أملهم. حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات قطاع الصحة، فتمثل ما بين 80-90% من ميزانية هذه المؤسسات الصحية. لكن هذا المورد الهام غير مستخدم بفعالية وبدون تحفيز وآفاق، والذي يؤثر عليه الإضرابات المتكررة لهؤلاء العمال، كما شهدت المستشفيات

العمومية نزيها للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي إلى آفاق إغنائهم السريع في القطاع الخاص.

ثانيا: تقييم الوضع الصحي العام لسكان المجتمع الجزائري

لمعرفة ما هي النتائج المحققة على مستوى الصحي العام للمجتمع الجزائري؟ يتطلب منا إجراء عملية تقييم لنتائج السياسة الصحية، هذه الأخيرة التي عرفت عديد الإصلاحات فيما يخص ترقية وتعزيز الصحة العمومية للمجتمع الجزائري، علما أن الوضع الصحي العام لمجتمع ما بمؤشراته المختلفة أحد أهم أشكال تقييم السياسات الصحية ولأداء المنظومة الصحية.

1- تطور مؤشرات التغطية الصحية (المادية، المالية، البشرية): من أجل تحقيق تنمية صحية شاملة ومتكاملة

تحسن الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري بكل فئاته، تقوم المنظومة الصحية الجزائرية بكل إمكانياتها بما تحتويه من هياكل إستشفائية وطاقات بشرية ومالية ومادية، إلى ضمان الرعاية الصحية لأزيد من 38.7 مليون نسمة¹ لسنة 2014.

أ- تطور الموارد المادية: عرفت التغطية الصحية تطورا من حيث عدد الهياكل الصحية خاصة خلال الفترة (2008-2010)، وهو ما يوضحه الجدول التالي. وفي إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010-2014 المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2010. استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدره 619 مليار دينار جزائري، وسيخصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و45 مركبا متخصصا في الصحة و377 عيادة متعددة الاختصاصات و1000 قاعة علاج و24 مدرسة للتكوين الشبه طبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين².

¹ حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2015، www.ons.dz

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، بيان مجلس الوزراء المنعقد بتاريخ 24 ماي 2010 المتعلق ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014

الجدول رقم (17): تطور عدد الهياكل الصحية في الجزائر (2008-2010)

2010		2009		2008		الهياكل الصحية
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
37775	194	37565	192	37185	190	المؤسسة العمومية الإستشفائية
11889	13	12342	13	12115	13	مراكز استشفائية جامعية
612	01	700	01	700	01	مؤسسة استشفائية جامعية
10824	64	10475	61	9932	57	مؤسسة استشفائية متخصصة
-	271	-	271	-	271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
3272	1491	2704	1436	1988	1419	عيادات متعددة الخدمات
-	5350	.	5258	-	5077	قاعات العلاج
-	9264	-	8837	-	8477	الصيدليات
-	8322	-	7876	-	7509	منها الخاصة
-	6208	-	5904	-	5621	عيادة طبيب مختص
-	6315	-	6206	-	6202	عيادة طبيب عام
-	5105	-	4909	-	4717	عيادة طب أسنان خاص
-	376	-	335	-	301	عيادة ممارسة مجموعة من الأطباء

Source: ONS: Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats (2009-2011), numéro 42, Alger, Edition 2012, pp 23-24

وعموما بناءا على المعطيات الإحصائية المتوفرة لدينا، فإن عدد الهياكل الصحية لسنة 2015 كما يلي¹:

- 15 مركز استشفائي جامعي (CHU) بطاقة استيعاب تقدر بـ 13050 سرير استشفائي.
- 09 مؤسسات استشفائية (EH) بطاقة استيعاب تقدر بـ 960 سرير استشفائي.
- 75 مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS) بطاقة استيعاب تقدر بـ 11637 سرير استشفائي.

¹ Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la Planification: **Santé en Chiffres 2015**, Op cit, PP 14 -25

- 200 مؤسسة استشفائية عمومية (EPH) بطاقة استيعاب تقدر بـ 36684 سرير استشفائي.
 - 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، وتجمع (العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج) كيانان إداريان مستقلان في تسييرهما، الأولى للاستشفاء (l'hospitalisation) والثانية للأنشطة العلاجية والاستشارات والوقاية.
 - 1257 عيادة متعددة الخدمات بطاقة استيعاب تقدر بـ 2048 سرير.
 - 5762 قاعة علاج.
- أما فيما يخص تطور الهياكل الصحية الخاصة بالقطاع الصحي الخاص لسنة 2015، فنجد¹:
- 352 8 عيادة متخصصة (cabinets de spécialistes)
 - 910 6 عيادة عامة (cabinets de généralistes)
 - 144 6 عيادة جراحة الأسنان (cabinets de chirurgie dentaire)
- في سباق مع الزمن، أعلن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عبد المالك بوضياف عن عزم الحكومة الجزائرية إنجاز 18400 سريرا في ظرف سنتين، كما برمجت الحكومة الجزائرية استحداث 15 مركزا جديدا لمكافحة السرطان في القريب العاجل وإطلاق مشروع بناء خمسة مستشفيات جامعية عبر الوطن، هذه المستشفيات الجامعية التي لم يعرف ما مصيرها لأنه يتم حتى اليوم (جانفي 2018) لم تنطلق بها عمليات الأشغال، خاصة مع دخول الجزائر في سياسة التقشف وإن صرح وزير الصحة بأنه قطاعه غير معني بها.
- ب - تطور الموارد المالية:** لا يخفى على أي دارس أنه من أكثر قضايا التخطيط والتنمية إثارة للجدل قضية الرعاية الصحية للمواطن، وما ينبغي أن يخصص له من ميزانية الدولة وذلك لسببين هما²:
- ✓ الأول: الإنسان هو هدف التنمية ووسيلتها، والصحة هي أول متطلبات الإنسان وأهم مقومات حياته
 - ✓ الثاني: الخدمة الصحية تعد أعلى الخدمات تكلفة، لذا كما يقولون أن الصحة ليس لها ثمن لكن لها تكلفة، على أصحاب القرار حسابها بدقة دون الإخلال بمبدأ العدالة والمساواة.

¹ Ibid, p 15

² عايد الوريكات: علم اجتماع الطبي، مرجع سابق، ص 34

لذلك، تتمثل أهم التحديات التي تحول دون تطوير قطاع الخدمات الصحية هي نقص الموارد المالية المتاحة لتمويل الإنفاق على الصحة العمومية، خاصة في ظل الارتفاع المطرد لتكاليف تقديم الخدمات الصحية وغياب نظام فعال قائم على الشفافية والمسائلة لتقويم أداء النظام الصحي. وأبرز ما يلاحظ على تمويل قطاع الصحة في الجزائر هو أنه ضعيف، على الرغم من أن مستوى الإنفاق الوطني للصحة عرف منحى تصاعديا، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة - كما أشرنا إلى ذلك سابقا- وحتى الدول المجاورة كالمغرب وتونس، فنسبة النفقات الوطنية للصحة قد بلغت في سنة 2005 نسبة 3.5% من الناتج الداخلي الخام في الجزائر، وهي نسبة ضعيفة إذا ما قورنت بالدول المغاربية المجاورة، أين بلغت نسبة هذه النفقات 5.5% من الناتج الداخلي الخام في تونس، ونسبة 5.3% في المغرب خلال نفس السنة¹.

ج - تطور الموارد البشرية: من بين المدخلات التي يجب التركيز عليها في تقديم أفضل الخدمات الصحية، هي الاهتمام بالعنصر البشري المنتمي للقطاع، سواء تعلق الأمر بتأهيلهم أو تكوينهم وفق متطلبات ومعايير تضمن تقديم خدمات ذات جودة عالية للمواطنين. وبالنسبة للقوى العاملة في هذا القطاع في الجزائر، فقد شهدت هي الأخرى تطورات متزايدة بسبب توسع المنشآت الطبية والمرافق الصحية وحرص الوزارة المعنية، حيث تزايد عدد الأطباء العاملين في القطاع العام من 12717 طبيب سنة 2006 مقابل 6575 طبيب في القطاع الخاص لنفس السنة إلى 18475 طبيب سنة 2009 في القطاع العام و 6598 طبيب في القطاع الخاص، أما الأطباء الأخصائيين انتقل من 5290 طبيب مختص في القطاع العام و 5913 طبيب مختص في القطاع الخاص سنة 2006 إلى 7339 طبيب مختص في القطاع العام و 7032 طبيب مختص في القطاع الخاص لسنة 2009². ونجد تطور في عدد الممارسين شبه الطبيين بمختلف هياكل المنظومة الصحية الجزائرية العمومية، حيث بلغ عددهم الإجمالي سنة 2009 بمختلف المؤهلات 97773 بعد أن كان عددهم لا يتجاوز 88345 سنة 2006، أي بزيادة قدرها 10.67% خلال ثلاث سنوات³.

¹ نور الدين عياشي: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، الصادرة عن جامعة منتوري، بقسنطينة، الجزائر، المجلد ب،

العدد 31، جوان 2009، ص 300

² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification et de la normalisation, statistique année 2006, sanitaire année 2008, année 2009, sous direction des systèmes d'information et de l'informatique, Février 2008, Mars 2010, Avril 2011

³ Ibid

الجدول رقم (18): يوضح تطور عدد الممارسين الطبيين حسب الهيكل الصحي في الجزائر لسنة 2015

القطاع الخاص	EPSP	EHS	CHU/EHU	EH/EPH	الهيكل التخصص
11001	1803	1378	1960	7273	الأطباء الأخصائيين
7477	16305	888	1169	6402	الأطباء العامين
6384	6559	58	98	243	أطباء جراحة الأسنان
9974	578	174	183	524	الصيدالة

Source: Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: **Santé en Chiffres 2015**, Alger, Edition Juillet 2016, pp 23-29

2- تقييم أداء النظام الصحي الجزائري حسب معايير (OMS)

قبل الحديث عن معايير المعتمدة، والتي يمكن من خلالها قياس أداء النظم الصحية، فلا بد بداية من تعريف أداء النظم الصحية، فإذا حاولنا تحديد مفهوم كلمة الأداء (La performance)، والتي تعني "الكيفية التي يبلغ بها التنظيم أهدافه"¹. أو التأكد من مطابقة نتائج العمل للأهداف المحددة. كما أن مفهوم الأداء في المجال الصحي لا يتوقف فقط على كمية الخدمات الصحية المقدمة بقدر ما هو مرتبط بدرجة تأثير هذه الخدمات على المستوى الصحي العام للمجتمع، فالأداء يمثل "درجة استجابة النظام الصحي للاحتياجات البيئية"². فمفهوم الأداء في المجال الصحي إذن يعكس مجهودات القطاع الصحي لبلد معين في مجال تحسين الصحة للسكان مقارنة بالبلدان الأخرى والاستجابة البيئية المتغيرة والمتزايدة.

¹ Khemakhem Abdelatif : **la dynamique du contrôle de gestion**, 2eme Edition, Paris, 1970, p310

² علي سنوسي : **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، آفاق 2010**، مرجع سابق، ص 183

إن العديد من الدول قد أخذت على عاتقها مبادرات لقياس أداء نظمها الصحية، بهدف توجيه وتوضيح جهودها التحسينية، علما بأن أداء النظم الصحية يختلف فيما بينها، وحتى الدول التي لها نفس المستوى الاقتصادي تختلف قدرتها على تحقيق أهداف السياسة الصحية، وقد استخدمت المنظمة العالمية للصحة (OMS) في تقريرها الصادر سنة 2000 تحت عنوان «من أجل أنظمة صحية أكثر أداءاً» خمسة مؤشرات لتقييم أداء الدول من ناحية أداء نظمها الصحية والتي شملت 191 بلدا وهذه المؤشرات هي¹:

1- الاستجابة: أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في احترام الأشخاص، بما في ذلك صون كرامة الأفراد وحفظ أسرارهم ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم، ويكمن الثاني في توجيه المرضى. وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفر الموارد.

2- عدالة المساهمة المالية: التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي، تكون موزعة حسب قدرة كل عائلة على السداد وليس حسب درجة خطورة المرض، بمعنى أن هذا المعيار يقيم العدالة في توزيع الصحة حسب القدرة التمويلية للفرد وليس على أساس حالته المرضية.

3- مستوى الصحة العام: كون النظام الصحي الجيد يساهم في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول باحتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم.

4- توزيع الانتفاع: يرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة السكان أو تحسينها، فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد من التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن أي النهوض بالجودة من جهة، والقضاء على التباينات بين الأفراد والجماعات أي تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

¹ OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, **Pour un système de Santé Plus Performant**, Genève 2000, pp125-134

5- توزيع التمويل: نبه التقرير إلى وجود طرق جيد وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية، إلا أنها قد تكون جيدة

إلى حد ما إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لاسيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل.

في هذا السياق الجدير بالذكر، أنه إذا كان لا يوجد خلاف حول مبدأ تحقيق تنمية صحية مستدامة والرفع من مستواها، فإن الاختلاف يكمن حول الأساليب المستعملة في تحقيقها وتقييمها، لذلك اختلفت السياسات الصحية التي تطورها وتبناها مختلف المجتمعات لتحقيق تنمية صحية بها، والتي تختلف باختلاف نظمها وبيئاتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية، كما تتأثر أيضا بالقيم والمعتقدات المجتمعية السائدة وبالموارد والإمكانات المتاحة لها في هذا المجال، حيث تتفاعل مع بعضها وتؤثر على تحديد المعالم النظرية والرؤى التي تنتهجها السياسة الصحية، بما في ذلك الفلسفة التي تقوم عليها عملية التخطيط، إضافة إلى أسلوب إدارة النظام الصحي وتركيبته التنظيمية وطرق تمويله، وعليه نفهم أن النظم الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات المواطنين هذا من جهة، من جهة أخرى، فإن الطريقة المثلى لتقييم أداء أية منظومة صحية غير موجودة، فكل طريقة لها خصائصها المميزة ولها نقاط ضعفها، فعادة ما تكون طرق التقييم شمولية وليست تفصيلية وتركز كثيرا على الجانب الاقتصادي والصحي ولا تولي أهمية بالغة للغطى الصحية (كالعادلة في الحصول على فرص الوقاية والعلاج)، فالتركيز على المعايير الكلية يغطي كثيرا على المكونات التفصيلية والتي عادة ما تكون مهمة، فمثلا معدل الأمل في الحياة يغطي على طبيعة الأمراض الموجودة في المجتمع، لأن هناك فرقا واضحا بين السكان الأصحاء والسكان غير الأصحاء، لهذا عادة ما يتم استخدام العديد من المتغيرات للحكم على مدى صحة مجتمع ما، حيث نجد معدل الأمل في الحياة المصحح من العجز، والذي يقيس متوسط عمر السكان الأصحاء، معدل المواليد الأحياء، معدل الوفيات الإجمالي، معدل الوفيات للأطفال الأقل من خمسة سنوات.

الجدول رقم (19): ترتيب بعض الدول العربية في المجال الصحي وبعض الدول المتقدمة حسب تقرير المنظمة

العالمية للصحة لسنة 2000

النظام الصحي			المستوى الصحي		
العلامة	البلد	الرتبة	العلامة	البلد	الرتبة
0.994	فرنسا	1	0.992	عمان	1
0.961	عمان	8	0.984	فرنسا	4
0.916	سويسرا	20	0.936	العربية السعودية	10
0.902	ألمانيا	25	0.907	الإمارات العربية المتحدة	16
0.894	العربية السعودية	26	0.906	المغرب	17
0.886	الإمارات العربية المتحدة	27	0.879	سويسرا	26
0.882	المغرب	29	0.867	البحرين	30
0.838	الولايات المتحدة الأمريكية	37	0.836	ألمانيا	41
0.824	البحرين	42	0.829	مصر	43
0.812	قطر	44	0.829	الجزائر	45
0.810	الكويت	45	0.824	تونس	46
0.785	تونس	52	0.813	قطر	53
0.701	الجزائر	81	0.774	الولايات المتحدة الأمريكية	72
0.698	الأردن	83	0.770	العراق	75
0.683	ليبيا	87	0.761	اليمن	82
0.664	لبنان	91	0.733	سوريا	91
0.637	العراق	103	0.723	ليبيا	94
0.628	سوريا	108	0.719	لبنان	97
0.524	السودان	134	0.519	السودان	149

Source: OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, **Pour un système de Santé Plus Performant**, Genève 2000, pp174-175

حسب تقرير منظمة الصحة العالمية لتقييم أداء النظم الصحية لبعض دول العالم، خلص إلى أن فرنسا وإيطاليا، اسبانيا واليابان وعمان يقدمون أفضل رعاية صحية شاملة، من خلال مؤشر كلي يشمل أهداف تحسين الصحة العمومية، وتعزيز القدرة على الاستجابة لاحتياجات السكان الصحية والإنصاف في المساهمة في تمويل قطاع الصحة، و أيضا فحسب ذات التقرير، فقد احتلت الجزائر المرتبة 81 في مجال النظام الصحي، والمرتبة 91 في معيار الاستجابة لحاجات السكان، والمرتبة 75 بالنسبة لعدالة تمويل القطاع الصحي، والمرتبة 110 بالنسبة لمعيار توزيع الخدمات الصحية. والجدير بالذكر، أن في الوقت الذي احتلت فيه الجزائر مراتب متأخرة، نجد دول عربية استطاعت بإمكاناتها المتواضعة أن تحتل مراتب متقدمة مقارنة بالجزائر، حيث احتلت تونس المرتبة 52 واحتل المغرب المرتبة 29 في مجال النظام الصحي، وهو ما يعكس الوضعية المتأزمة التي تعيشها المنظومة الصحية في الجزائر.

الجدول رقم (20): ترتيب الجزائر حسب منظمة الصحة العالمية لعام 2000

الأداء		مصاريف الصحة لكل فرد بالدولار	إنجاز الأهداف					
ترتيب الأداء الكلي للنظام الصحي	الترتيب حسب المستوى الصحي		الإنجاز الكلي للأهداف	العدالة في المساهمة المالية	درجة الاستجابة		الصحة	
					التوزيع	الدرجة	التوزيع	معدل الأمل في الحياة
81	45	114	99	75 - 74	52 - 50	91-90	110	84

Source: OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, **Pour un système de Santé Plus Performant**, Genève 2000, p 175

3- قراءة سوسيولوجية في مؤشرات الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري:

نسعى في هذا العنصر من الفصل الخامس، إلى محاولة القيام بقراءة موضوعية لجملة من المؤشرات التي تتعلق بالوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري وفقا للمنظور السوسيولوجي الذي نعتد كخلفية للتحليل والتفسير في مختلف خطوات دراستنا الحالية. ولمعرفة المستوى الصحي لبلد ما، يمكن استخدام معاملات خاصة بالوفيات والحالات المرضية كمعدل الأمل في الحياة (يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الأفراد، فكلما ارتفع معدل الأمل في الحياة كلما دل ذلك عن ارتفاع في مستوى التنمية الصحية، وإن كان وحده غير كافي)، معدل الوفيات حسب السن، معدل الإصابة بالأمراض¹، بالإضافة إلى مؤشرات أخرى نعتقد أنها سوف تسمح لنا وتساعدنا على عملية القراءة، وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال التطرق إلى مايلي:

1- المؤشرات الديموغرافية العامة للمجتمع الجزائري: شهد النمو الديموغرافي في الجزائر بعد الاستقلال منحى

متغير، إذ ظل يرتفع باستمرار وبوتائر مختلفة، ففي فترة السبعينات عرفت الجزائر انفجارا سكانيا غير مسبوق، حيث وصلت معدلات النمو الديموغرافي خلالها إلى 3.2%، فتضاعف سكان الجزائر مرتين في ظرف 20 عاما، حيث ارتفع عدد السكان من 10.45 مليون نسمة سنة 1962 إلى 20.52 مليون نسمة سنة 1983. في سنة 1986 عرفت الجزائر **تحولا ديموغرافيا** تمثل في انخفاض معدل النمو الديموغرافي أين تم تسجيل انخفاض محسوس في المواليد بنسبة 9.5% في سنة واحدة، وفي فترة التسعينات انعكست الأزمة المتعدد الأبعاد التي عاشتها الجزائر على معدل النمو الديموغرافي، الذي انخفض معدله إلى 2.8%، إلا أنه يبقى مرتفعا مقارنة بمعدل النمو الطبيعي لكل من تونس والمغرب الذي يقدر بـ 1.7%.

¹ Julio Castro: **Déterminants de santé : quelques éléments pour nourrir la réflexion**, <http://www.cadtm.org/Déterminants-de-santé-quelques> (site consulté le: 17/05/2017)

ابتداء من سنة 2000 عرف النمو الديموغرافي في الجزائر استقرارا نسبيا، حيث بلغ 1.48% و وصل معدل المواليد 20 ‰ بعدما كانت 50 ‰ سنة 1970 و 31 ‰ سنة 1990، كما انتقل العدد الإجمالي للسكان من 30.4 مليون نسمة سنة 2000 إلى 39.9 مليون نسمة حسب إحصاء للسكان سنة 2015 بمعدل نمو طبيعي يقدر¹ بـ 2.15%. وحسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء أن عدد سكان الجزائر سوف يبلغ 41.2 مليون نسمة بحلول سنة 2017².

في هذا السياق الجدير بالذكر، أنه من بين النتائج المترتبة عن التحولات الديموغرافية في الجزائر، تلك التغييرات التي حدثت للهيكلة العمرية للسكان، والتي تعكس بشكل واضح تطور معدل الولادات من جهة، وارتفاع أمل الحياة من جهة أخرى، وهذا ما يترتب عليه بالضرورة عرض أهم الخصائص الديموغرافية التي ميزت سكان الجزائر حسب آخر الإحصائيات المتوفرة لدينا كما يلي³:

- عرف المعدل الخام للولادات استقرار بين سنتي 2013 و 2014، حيث انتقل من 25.14 ‰ إلى 25.93 ‰، كما عرف ارتفاعا نسبيا سنة 2015 ووصل إلى 26.03 ‰ وبالمثل عرف المعدل العام للخصوبة ارتفاعا من 2.9 سنة 2013 إلى 3.1 طفل لكل امرأة خلال سنة 2015، كما واصل متوسط السن عند الإنجاب استقراره بنفس الوتيرة خلال الفترة الممتدة من 2012 حتى إلى سنة 2015 بـ 31.8
- كثافة سكانية غير متوازنة كذا التحضر السريع، ففي منطقة الشريط الساحلي تتميز بكثافة سكانية مرتفعة التي تشكل 04% فقط من مساحة الجزائر يتركز فيها 80% من السكان ، تليها منطقة الهضاب العليا وهي أكبر مساحة من السابقة، أما الباقي فتمثله الصحراء الكبرى التي تتربع على ثلاثة أرباع مساحة الجزائر وهي منطقة غنية بالثروات وتتميز بانخفاض الكثافة السكانية.

¹ ONS: Office National des Statistique: **Démographie Algérienne 2015**, N°740, Alger, 2015, p 05

² Ibid, p 05

³ Ibid, p 02

• تواصل ارتفاع نسبة فئة الأعمار التي تقل عن خمس سنوات، حيث انتقلت من 11.6% إلى 11.7% ما بين سنتي 2014 و2015، كما عرفت فئة السكان التي تقل أعمارهم عن 15 سنة ارتفاعا، انتقلت من 27.9% إلى 28.1% خلال نفس الفترة السابقة.

• واصلت نسبة الفئة العمرية في سن النشاط الاقتصادي (15-59) انخفاضها، حيث تراجعت من 63.1% إلى 62.5% بين سنتي 2014 و2015.

• ارتفعت نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة فما فوق، ففي سنة 2008 تقدر بـ 7.3% من مجموع سكان الجزائر، وفي عام 2015 وصل إلى حوالي 8.7% من مجموع السكان ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة لتصل إلى 12 مليون شخص مسن عام¹ 2045.

هذه الأرقام توحى لنا ب بروز ظاهرة اجتماعية لا تقل أهمية لإعداد سياسة صحية لبلد ما، وهي بؤادر الشيخوخة في المجتمع الجزائري، ما يعني تغير في الهيكلة المرضية، كون أن السن من أهم المتغيرات التي لها تأثير على الإصابة بالأمراض المزمنة مع استمرار الإصابة بالأمراض المتنقلة، حيث نجد تباين في الجماعات العمرية وتمايزات أخرى بشأن نطاق المرض، فحسب التحقيق الذي جرى سنة 2006 حول صحة المرأة والطفل، اتضح أن الفئات المسنة هي الأكثر معاناة من هذه الأمراض. فمعدل الإصابة بالأمراض المزمنة لدى الفئة التي تتراوح أعمارها 60 سنة فما فوق بلغ 51% ما يقابل 13038 حالة مصابة بأمراض مزمنة، بالنسبة للإناث نجد 6362 حالة و6676 حالة للذكور خلال نفس السنة².

وعليه يمكن القول، وهذا التحول الوبائي الغير مكتمل يتزامن و التحول الديموغرافي، المتمثل في تناقص الفئات العمرية النشطة وارتفاع نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة فما فوق. ما يؤدي لبروز ظاهرة اجتماعية لا تقل أهمية عن التحول الوبائي الغير المكتمل هي بؤادر الشيخوخة في المجتمع الجزائري، فالتحول الديموغرافي الذي أخذ في أوروبا مدة من الزمن فاقت الأربعة قرون، في حين دولة مثل الجزائر لم يستغرق فيها هذا التحول أكثر من 50 سنة،

¹ Ibid, p 02

² Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Office National des Statistiques, **Suivi De la situation des Enfants et des Femmes**, Rapport préliminaire, Alger, juillet 2007, p.32

ستكون له عواقب وخيمة، إذا لم يكن هناك تخطيط سواء على مستوى الإمكانيات المادية والبشرية، ومن دون قفزة نوعية في مجال الوقاية التي من الواجب أن تصبح أولوية الأولويات، لا يمكن للدولة مواجهة شيخوخة السكان مع ما يرافقها من تناقص في الفئات العمرية النشطة، وفي نفس الوقت مواجهة الانفجار الكبير لحملة من الأمراض خاصة المزمنة والتي تتطلب علاجات باهظة الثمن لا يقدر عليها الغالبية العظمى من المواطنين، كل هذه المعطيات تترتب عنها بالضرورة التحول في البرامج الصحية والتحول في الأولويات في جميع المجالات، انطلاقا من التحول في بنية الهياكل الصحية أي في هندسة بنائها إلى المسارات العلاجية التي تختلف اختلافا واضحا بين الأمراض المتقلة والمزمنة، بل أن الأمر يتطلب مراجعة البرامج التكوينية للأطباء والشبه طبيين وكل هذا يستدعي نظم تسيير حديثة ومختلفة وطرق تمويل مغايرة عن تلك التي كانت سائدة في المراحل الأولى للاستقلال.

2- معدل الوفيات بالنسبة للمجتمع الجزائري: بشكل عام تراجع المعدل الخام للوفيات خاصة بين سنتي 2012 و2013، من 4.53‰ إلى 4.39‰ أي بانخفاض نسبي قدره 1.1‰، و إن عرف ارتفاعا نسبيا سنة 2015 والذي وصل إلى 4.57‰. علما أن المعدل الخام للوفيات سنة 1997 كان يقدر بـ 6.12‰¹. بذلك نسجل أن المعدل الخام للوفيات في المجتمع الجزائري في انخفاض مستمر. أيضا لا بد من التعرف على معدل وفيات الأطفال خاصة الرضع، والذي يعد مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية، فمنظمة اليونسيف مثلا تعتمد معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية وتحقيق التنمية الصحية لبلد ما. فقد استطاعت الجزائر أن تخفض مؤشر وفيات الرضع، إذ انتقل معدل الوفيات من 36.9‰ لسنة 2000 إلى 25.5‰ سنة 2008 ووصل إلى 23.7‰ سنة 2010، ليصل سنة 2015 معدل وفيات الرضع للإناث بـ 20.7‰ و 23.7‰ للرضع الذكور ليقدر إجمالي الوفاة للرضع لنفس السنة أي 2015 بـ 22.3‰². وهو يعتبر ترجمة للجهود المبذولة والبرامج الصحية المعتمدة من قبل الجزائر لتحسين المؤشرات الصحية العامة، وصحة الطفل والأم بصفة خاصة.

¹ ONS: Office National des Statistique: **Démographie Algérienne 2015**, Op cit, P05

² Ibid, p 05

3- توقعات الحياة بالنسبة للجزائريين: عرفت توقعات الحياة* بالنسبة لسكان الجزائر بحسب ما تعرضه التقارير أنه في تزايد، مع العلم أن معدل الأمل في الحياة يعكس فقط متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد ولا يظهر طبيعة الأمراض التي يعيشها مجتمع ما. فمعدل الأمل في الحياة انتقل من 52.6 سنة عام 1970 إلى 75.5 سنة عام 2008 ويواصل الارتفاع من 76.4 إلى 77.1 سنة بين عامي 2012 و 2015 للجنسين.

الجدول رقم (21): الأمل في الحياة عند الولادة بالسنوات في الجزائر خلال (1970 – 2015)

(L'espérance de vie à la naissance en années)

السنوات	رجال	نساء	المجموع
1970	52.6	52.8	52.6
1980	55.9	58.8	57.4
1991	66.9	67.8	67.7
2000	71.5	73.4	72.5
2004	73.9	75.8	74.8
2005	73.6	75.6	74.6
2006	74.7	76.8	75.7
2009	74.7	76.3	75.7
2010	76.3	76.3	76.3
2012	76.4	76.4	76.4
2013	76.7	76.5	77.0
2014	76.6	77.8	77.2
2015	77.8	76.4	77.1

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Jean Paul Grangaud: **Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés**, Ipmed, 2012, p 7
- Conseil National Économique et Social, Rapport National sur le **Développement Humain**, Alger, 2008, p20
- ONS: Office National des Statistique : **Démographie Algérienne 2014**, données (1990- 2014), Alger, p03
- ONS: Office National des Statistique : **Démographie Algérienne 2015**, N°740, Alger, 2015, P5

* **العمر المتوقع عند الولادة:** يتمثل في عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة، في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي طوال حياته.

4- خصائص أمراض الجزائريين: (الوضعية الوبائية (La situation épidémiologique)

بحسب تقرير التنمية البشرية هناك ميزتان أساسيتان لطبيعة الأمراض التي تصيب الفرد الجزائري، من جهة، الوجود المتزايد والمقلق للأمراض الغير سارية (Les maladies non transmissibles) ومن جهة ثانية هناك استمرارية لبعض الأمراض السارية (Les maladies transmissibles) المرتبطة بنقص التنمية على وجه الخصوص¹.

وهذا ما أكدته عديد الدراسات التي خلصت بأن الجزائر لا يزال بها أمراض دول العالم الثالث، مع ظهور نمط أمراض الدول المتقدمة². وهو ما اصطلاحنا عليه في دراستنا الحالية بمصطلح «التحول الوبائي الغير مكتمل» ، والذي يشير إلى ذلك التحول الذي مس نمط الأمراض في الجزائر، من طور غلبة وسيطرة الأمراض المعدية، إلى طور باتت فيه تحل الأمراض المزمنة المراتب الأكثر أهمية بين أسباب وفاة الجزائريين، أي تحول صحي غير مكتمل ذو اتجاهين استمرار الأمراض المتنقلة ظهور نمط جديد من المرض (الأمراض المزمنة)، خلافا إلى ما هو سائد في الدول المتقدمة، هو تحول صحي مكتمل، حيث نجد النمط السائد حاليا هو الأمراض المزمنة أما الأمراض المتنقلة تمثل المرحلة الأولى، وإن كانت مرحلة طويلة جدا امتدت من نشأة المجتمعات الغربية إلى العصور الوسطى، أين كان النظام الإقطاعي سائدا وكانت الزراعة تهيمن على مجمل النشاط الاقتصادي، أين سادة مختلف الأوبئة والأمراض المتنقلة التي كانت تقضي على آلاف السكان، ثم مرحلة انحسار الأوبئة والتي تزامنت مع المرحلة الصناعية، فقد بين عديد الباحثين التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في أوروبا والتي ساهمت في تخفيض معدلات حدوث الأوبئة، وأخيرا مرحلة الأمراض المزمنة أثناء القرن العشرين والمرتبطة بأساليب الحياة الحضرية الناتجة عن ارتفاع مستوى الرفاهية الاجتماعية ونمط التغذية. هذه المعطيات، تؤكد على أن نموذج التحول الصحي في الجزائر لا يشبه الذي حدث في الدول الأوروبية مطلقا، فهو « نموذج خاص ».

¹ Conseil National Économique et Social, **Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD)**, Algérie 2006, p20

² Rachid bougharbal : **la transition épidémiologique en Algérie**, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef – Alger, 2010.p7

أ- الأمراض المتنتقلة (Les maladies transmissibles): يمكن توضيحها من خلال الجدول الآتي

الجدول رقم(22): تطور بعض الأمراض المتنتقلة في الجزائر خلال الفترة (2000- 2015)

السنوات	2000	2003	2006	2009	2012	2013	2014	2015
الأمراض المتنتقلة								
الدفثيريا Diphthérie	3	7	5	0	0	0	0	0
الحصبة Rougeole	1601	12688	932	2248	1891	3544	154	197
السل Tuberculose	17827	19322	20594	18526	21413	21973	22449	23562
الملاريا Paludisme	541	427	117	94	887	603	266	747
حمى التيفويد Fièvre typhoïde	2805	1110	945	781	232	177	123	97
التهاب الكبد الفيروسي ب Hépates virales B	2704	2080	2932	1985	1797	2342	2576	2896
الليشمانيا Leishmanioses	4450	13749	14714	12097	8390	6171	4543	6542
الحمى المالطية Brucellose	3933	2783	7812	6655	4500	3936	3933	3262

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Conseil National Economique et Social: **Rapport National sur le Développement Humain**, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie 2007, p95.
- ON: Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2009-2011)**, numéro 42, Alger, Edition 2012, p25
- ONS: Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres, résultats (2013-2015)**, numéro 46, Alger, Edition 2016, p27

إن قراءة ما تشير إليه الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه، تجعلنا نقول بأن هناك اهتمام كبير ومتزايد من قبل الدولة الجزائرية في إطار القضاء على الأمراض المتنتقلة بانخفاض معدلات الكثير من الأمراض مثل: الدفثيريا (Diphthérie) الذي تم القضاء عليه، في المقابل نجد مرض السل (Tuberculose) وصل إلى مستويات مخيفة والذي

ارتفع من 17827 حالة سنة 2000 إلى 22449 حالة سنة 2014، ووصل سنة 2015 إلى 23562 حالة، والذي يسمى مرض الفقر وهو يوحى لنا بمدى تدهور المستوى المعيشي للسكان. كما نجد أن مرض إلتهاب الكبد الفيروسي ب (Hépatites virales B) والليشمانياز الجلدي (Leishmanioses) والحمى المالطية (Brucellose) هذه الأمراض لم يتم حتى التخفيف من حالات الإصابة بها، بل هي في تزايد مستمر، وإن كان مرض حمى التيفويد (Fièvre typhoïde) و مرض الحصبة (Rougeole) عرفا انخفاضاً واضحاً، لكنه لا يعد تقدماً محرزاً بالنظر إلى الأهداف المسطرة والإمكانات المسخرة، وهي يحملها أمراض متنتلة إما عبر المياه أو عن طريق الحيوان بالإضافة إلى تدهور المحيط المعيشي. وهو ما يجسد توجهات السياسة الصحية الجزائرية آنذاك والمتمثلة في التوجه نحو تطبيب المشكلات الصحية وتطبيق سياسة الطب المجاني، والمتبينة كما يبدو للمنظور الطبي، ويعكس أيضاً ضعف التنسيق ما بين قطاعات عمل الحكومة، كون تحسين مستوى صحة المواطنين لا يتوقف على عمل قطاع الصحة لوحده. أما فيما يتعلق بالأمراض المتنتلة جنسياً، يضيف برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، الجزائر كبلد ذو انتشار وبائي منخفض، حيث أنه منذ اكتشاف هذا المرض في الجزائر سنة 1985 إلى غاية 31 ديسمبر 2008 تم تسجيل 897 إصابة بالسيدا، و3495 شخص حامل للفيروس حسب إحصائيات المخبر الوطني المرجعي (LNR) Laboratoire National de Référence، وتشير الإحصائيات أنه إلى غاية 31 مارس 2011، بلغ عدد المصابين 1198 حالة مؤكدة، إلى جانب تسجيل 5087 حامل للفيروس، بتسجيل 50 حالة إصابة جديدة كل سنة¹.

¹ Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention Comité National de Lutte contre les IST/VIH/Sida, **Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/Sida 2008-2012**, Elaboré en juillet 2008, Révisé en mars 2009, p19.

ب- الأمراض غير منتقلة (Les maladies non transmissibles): وتأتي في صدارة هذه الأمراض الغير منتقلة بالوطن، السكري وارتفاع الضغط الدموي وأمراض القلب والأوعية، السرطانات وأمراض الرئة المزمنة، حيث أصبحت الصحة العمومية في الجزائر تشهد مؤخرا تهديدا حقيقيا بسبب ارتفاع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة التي غيرت الخارطة الصحية للوطن.

الجدول رقم (23): نسب الإصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر لسنة 2006

الأمراض المزمنة	النسبة المئوية
ضغط الدم	24.58
السكري	12.33
الربو	9.00
الروماتيزم	8.15
أمراض الأوعية والقلب	6.80
الأمراض العقلية	5.44
الإعاقات السمعية والبصرية	6.40
أمراض الجهاز العصبي	3.66
الالتهابات التحسسية للأنف	3.03

Source : Institut National de la Santé Publique: **Enquête nationale de santé**, projet TAHINA (Transition and health impact in north Africa) novembre 2007, p59

إن الحديث عن الأمراض المزمنة، على أرسها الأنواع المختلفة للسرطانات التي أضحت تمثل ها جسا للمرضى وأهاليهم، بالإضافة لخطر الموت الداهم، فإنهم يواجهون خطر آخر وهو معاناة البحث عن مركز يعالجهم ويخفف ألامهم. في ذات السياق يؤكد الدكتور إلياس مرابط رئيس نقابة مستخدمي الصحة العمومية بالجزائر، بأن هناك تأخير للمواعيد الطبية خاصة للمصابين بالسرطان، وآلاف المرضى يموتون قبل حلول موعدهم الطبي، وبأنها مسؤولية متعلقة

بضعف أداء منظومتنا الصحية الوطنية، وأضاف الدكتور مرابط أن الطبيب يحدد الموعد وعدم احترامه لا يعود إليه، إنما إلى تعطل الأجهزة الطبية وندرة الأدوية خاصة بالنسبة للمصابين بداء السرطان¹.

5- أهم أسباب الوفيات بالنسبة للجزائريين: إذا نظرنا إلى أهم أسباب وفيات الجزائريين حسب التحقيق الوطني للصحة سنة 2006، نجد الأمراض المزمنة بنسبة 85.80% أولها أمراض ارتفاع الضغط الدموي ومضاعفاته كأمراض القلب والشرابين بـ 44.5% ليأتي بعدها السرطان بنسبة 16.0%.

الجدول رقم (24): يبين توزيع أسباب الوفاة عند الجزائريين بالنسبة المئوية سنة 2006

الأمراض المتنقلة	32.80%
الأمراض الغير متنقلة	85.80%
الإصابات (الحوادث)	8.40%
المجموع	100%

Source : Institut National de la Santé Publique: **Enquête nationale de santé**, projet TAHINA (Transition and health impact in north Africa) novembre 2007, p45

الجدول رقم (25): توزيع الوفيات نتيجة الأمراض الغير متنقلة في الجزائر(%)

ارتفاع الضغط الدموي ومضاعفاته (الأزمات القلبية، الجلطة الدماغية...)	44.5%
السرطانات	16.0%
العجز التنفسي المزمن (الربو، الإلتهابات الرئوية المزمنة)	7.6%
مرض السكري	7.4%
أمراض الجهاز الهضمي	5.1%
أمراض أخرى	19.4%
المجموع	100%

Source : Institut National de la Santé Publique: **Enquête nationale de santé**, projet TAHINA (Transition and health impact in north Africa) novembre 2007, p 48

¹ جريدة الشروق: العدد 4749 الصادر بتاريخ: 2015/05/26، ص 17

6- المساواة الصحية: نظرا لقلّة المعلومات عن حجم عدم المساواة الصحية على مستوى المجتمع الجزائري، وما يتوفر لنا من معلومات في الوقت الحالي يرتبط على وجه الخصوص بطابعها الأفقي والجغرافي.

من خلال التقسيم الجغرافي والتقني للتهيئة العمرانية، نجد فروقات واضحة بين مناطق الجنوب ومناطق الشمال. حيث أشار التقرير الوطني حول التنمية البشرية الصادر عن المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2008 أنه إذا كان مأمول الحياة عند الولادة بالنسبة لمنطقة الجزائر لكلا الجنسين هو 80.04 سنة فإنه يقل تقريبا بـ 5 سنوات بالنسبة لمنطقة الجنوب إذ يبلغ 74.7 سنة لمدن مثل تلمسان و إليزي و أدرار وتندوف¹. كذلك بالنسبة للاستفادة من التلقيح على اختلافاته هي 94.9 % بالنسبة لمنطقة الجزائر، نجد أن هذه الاستفادة تقل تدريجيا إلى أن تصل إلى 63.6 % بالنسبة لمناطق الجنوب².

- **سوء توزيع الهياكل الصحية والموارد البشرية الصحية بين أنحاء الوطن:** تشهد الهياكل الصحية سوء توزيع بين مختلف مناطق الوطن، الذي يعني تفاوت نسب التغطية الصحية، ما يمس بالمساواة الصحية ويحقق اللامعادلة في توزيع فرص الوقاية والعلاج بين المواطنين الجزائريين، ونسجل دائما استحواد الشمال على الجزء الأكبر من هذه الهياكل الصحية خاصة المراكز الإستشفائية الجامعية، هذه الأخيرة التي تغيب في مناطق الجنوب، فتبقى سياسة التوازن الجهوي في تحقيق التنمية والاستفادة من عائدها مجرد شعارات. وهو ما تؤكد المعطيات الإحصائية للجدول التالي:

¹ Conseil National Économique et Social, op cit , pp 55 -57

² Ibid, p 60

الجدول رقم (26): نسب توزيع التغطية الصحية العمومية بين مختلف جهات الوطن لسنة 2013

الجنوب الغربي	الجنوب الشرقي	الشرقية	الغربية	الوسطى	المناطق الهياكل الصحية
0	0	4	3	7	عدد المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)
0	0	4112	3756	5386	عدد الأسرة (CHU)
0	0	2447.1	2360.7	2308.9	سرير/ساكن (CHU)
0	0	3	2	0	عدد المؤسسات الإستشفائية (EH)
0	0	439	410	0	عدد الأسرة (EH)
0	0	22921.7	21626.4	0	سرير/ساكن (EH)
7	1	20	21	20	عدد المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)
764	150	2772	3018	4248	عدد الأسرة (EHS)
1743.6	22848.8	3630,1	2937.9	2927.4	سرير/ساكن (EHS)
14	25	66	35	55	عدد المؤسسات الإستشفائية العمومية (EPH)
2337	5911	10841	7833	11234	عدد الأسرة (EPH)
570	579.8	928.2	1131.9	1106.9	سرير/ساكن (EPH)
23	50	76	56	66	عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)
43	115	350	258	365	عدد عيادات متعددة الخدمات
289	445	880	662	1038	عدد الأسرة / عيادات متعددة الخدمات
4609.5	7701.8	11434.8	13393.9	11980.5	ساكن / سرير عيادات متعددة الخدمات
351	538	1751	1422	1483	عدد قاعات العلاج
3795.3	6370.5	5746.8	6235.4	8385.6	الساكن / قاعات العلاج

Source: Brahamia Brahim et Khoukha Mekalt: **Le système de santé Algérien face à la transition Sanitaire: prise en charge et financement**, pp 19-20,
<http://www.eiseverywhere.com>, (site consulté le 13/10/2015)

تعكس الإحصائيات الواردة في الجدول أعلاه حجم الانجازات المحققة في مجال تشييد الهياكل الصحية في الجزائر، كما تعكس لنا حجم سوء توزيعها بين مختلف مناطق الوطن. وهذا يؤشر على أن المنظومة الصحية الجزائرية كما أنها لم تستطع أن تقضي على التفاوت الموجود بين عرض المؤسسات الصحية لفرص الوقاية والعلاج وبين الطلب على الوقاية والعلاج، أيضا عدم قدرتها على تحقيق التوزيع العادل لهذه الفرص، ما يجعل من تأكيدها على العدالة الاجتماعية من خلال مجانية العلاج وديمقراطيته كهدف معلن وبين الواقع العملي اختلافا. فساكن الجنوب الجزائري محرمون من الرعاية الصحية المتخصصة لعدم توفر بها أي مركز استشفائي جامعي (CHU) ومؤسسة إستشفائية (EH)، ما يجبر المرضى للسفر لتلقي هذه الرعاية بالشمال، والملاحظ أن معدل التغطية الصحية في الشمال والتي يمكن اعتبارها جيدة. فعدد تواجد المراكز إستشفائية الجامعية والمؤسسات الإستشفائية في الشمال يوفر معدل تغطية مرتفعة جدا تتجاوز 2 مليون نسمة لكل هيكل مع الغياب التام في الجنوب، هذا النقص الذي يؤدي إلى طول انتظار موعد لإجراء عملية جراحية تتجاوز أكثر من شهرين، فيما يخص توفر المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) في منطقة الجنوب الشرقي تعد تغطية جد ضعيفة، حيث نجد مؤسسة إستشفائية متخصصة واحدة لأكثر من 3 ملايين نسمة، أما ما يتعلق بعدد تواجد مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH) نسجل تغطية غير كافية تتوزع في وسط وغرب ومنطقة الجنوب الشرقي. بالإضافة إلى نجد أن هناك فوارق كبيرة في توزيع الموارد البشرية، إذ نجد تركز الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية في المدن الكبرى، وغياها تقريبا في المناطق الريفية، هذه الأخيرة تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين.

ثالثا: اختلالات المنظومة الصحية الجزائرية

بعد عرض مختلف الإمكانيات التي تتوفر عليها منظومتنا الصحية، والقيام بعملية تقييمها يتضح لنا أن هذه الأخيرة تعاني من اختلالات، والتي طالما شكلت تحديات ومعوقات وظيفية للتنمية الصحية في مجتمعنا، التي سنحاول رصدها - بشكل مركز - بنوع من التحليل في هذا العنصر من دراستنا المتواضعة.

اختلالات المنظومة الصحية الجزائرية هي مجموعة التناقضات التي أصبحت تعيشها منظومتنا الصحية عبر مختلف التحولات التي عرفتھا، والتي جعلت منها تتخبط في تناقضات بنائية ووظيفية ترتبط بمفهوم تكريس مبدأ العدالة وتكافؤ الفرص فيما يتعلق بتوزيع الخدمات الصحية بين مختلف الأقاليم واجتماعيا بين مختلف شرائح المجتمع، والسعي نحو جودة الخدمات الصحية التي يكرسها تنامي قطاع ليبرالي تستفيد منه فئة اجتماعية محدودة، وهي في الواقع ليست كمشكلة تعبيراً عن أزمة قطاعية تخص قطاع الصحة معزولة عن باقي القطاعات الأخرى تفهم في إطاره وتحل انطلاقاً منه، إنما هي في الأساس جزء من وضع اجتماعي وتربوي وثقافي وسياسي ضمن سياق تاريخي معين، إنها إذن تعبير عن أزمة مجتمع في قطاعاته المتعددة، لا عن أزمة قطاع منفردة ومحدودة بعينه دون سواه. سنحاول إبراز أهم هذه الاختلالات وإن كان بعضها يتعلق بقطاع الصحة - أشرنا لها ضمن عنصر تقييم الكفاءة التشغيلية للمنظومة الصحية - وبعضها الآخر يرتبط بعمل قطاعات المجتمع الأخرى والتي سنذكرها.

1- سوء تسيير هياكل الضمان الاجتماعي

يعتبر الضمان الاجتماعي أحد أعمدة السياسة الاجتماعية المنتجة من قبل الدولة، وهي تعكس درجة الاهتمام الذي توليه لأفراد المجتمع، وهو يشكل أحد صور الحماية الاجتماعية أيضاً، بحيث أنه يشكل كل الميكانيزمات التي تمكن من التعويض عن الضرر، واندماج الفرد في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، كما أنه يؤمن للفرد أداءات ويمكنه من تغطية التكاليف الناتجة عن عواقب الأخطار كالمريض، العجز والشيخوخة...، إذا كان الضمان الاجتماعي يشكل طرف أساسي في عملية تمويل الصحة في الجزائر، فإنه يعد من أهم النقاط الواجب التطرق إليها، نظراً لوزن الضمان الاجتماعي كعمود رئيسي، بالتطرق إلى أهم مراحل تطوره، وإن كان بشكل مختصر للوقوف على أهم منافذ تمويله والإجابة على السؤال التالي: مدى قدرة الضمان الاجتماعي على الحفاظ على سلامته المالية؟

إن أول ظهور لنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر يرجع إلى سنة 1949 أي قبل الاستقلال، والنتائج عن توسيع هذه الهيئة من فرنسا، شكل قمة التطور في مجال الحماية الاجتماعية، الذي ظهر سنة 1920 حتى وإن لم يستفيد منه إلا المواطنين الأوروبيين. وبعد الاستقلال خلال الفترة الممتدة (1962-1983) اعتمدت الجزائر نظام الضمان الاجتماعي يعتبر كامتداد للنظام الفرنسي في البداية، إلا أنه بعد ذلك بدأ يعرف عدة تغييرات و تطورات تماشيا الاتجاهات المختارة من طرف الدولة الجزائرية. تميزت المرحلة الممتدة ما بين (1970-1983) بارتفاع الربح البترولي، وتنفيذ أول مخطط وطني للتنمية، الذي بموجبه استطاع الضمان الاجتماعي أن يوسع بشكل هام من قاعدته الاجتماعية والمالية، نتيجة ارتفاع نسبة التشغيل، كما كان يتسم الضمان الاجتماعي أنه نظام معقد سواء من حيث التنظيم أو التسيير.

مرحلة ما بعد 1983: سنة 1983 هي سنة الإصلاحات الكلية لنظام الضمان الاجتماعي، وتم حل وإلغاء كل الأنظمة التي كانت موجودة قبل 1983، وتأسيس نظام موحد في مجال الضمان الاجتماعي، يتميز بتوحيد الإشتراكات والامتيازات بالنسبة لكل العمال، حيث تم أيضا صدور كم هائل من التشريعات تمثلت في¹:

- ✓ الضمان الاجتماعي (القانون رقم 83-11)
- ✓ التقاعد (القانون رقم 83-12)
- ✓ حوادث العمل والأمراض المهنية (القانون 83-13)
- ✓ التزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي (القانون رقم 83-14)
- ✓ المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي (القانون رقم 83-15)

¹ محمد زيدان ومحمد يعقوبي: فعالية الموارد التمويلية المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملقى الدولي السابع حول: الصناعات التأمينية الواقع العملي وآفاق التطوير تجارب الدول، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة حسينية بن بوعللي، الشلف، الجزائر، يومي 3 و4 ديسمبر 2012، ص 09

وتطبيقا لهذه القوانين ومحاولة من المشرع إعطائها أكثر نجاعة وفعالية، فقد تم إنشاء صناديق للضمان تشمل الفئات وذلك بموجب المرسوم التنفيذي رقم 92-07، وجاء أيضا بتوحيد نظام هذه الصناديق هي :

✓ الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعي العمال الأجراء (CNAS)

✓ الصندوق الوطني للتقاعد (CNR)

✓ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS)

✓ الصندوق الوطني للتأمين عن البطالة (CNAC)

✓ الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الأجر والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية في قطاعات البناء

والأشغال العمومية والري (CACOBATH)

وتتطلع هذه الصناديق بتوفير خدمات التأمين الاجتماعي والصحي للمواطنين وحمايتهم من المخاطر التي قد تلحق بهم، تماشيا مع الحاجيات الملحة للحماية والمعبرة عنها من طرف العمال من جهة، وكذا جميع فئات المجتمع النشطة في جميع المستويات وإن كان هذا التنظيم يشبه إلى حد بعيد النظام الفرنسي.

الآن سوف نتطرق إلى الحديث عن التوازن المالي للضمان الاجتماعي الجزائري، حتى نتعرف على الحالة المالية للضمان الاجتماعي الجزائري وإن كان يعاني من عجز مالي أولا ؟ وإذا كان يعاني من عجز مالي سوف نسلط الضوء على أسباب هذا العجز والمشاكل الحالية التي يعيشها.

كثير من الدول تعتبر عملية الموازنة بين نفقات وموارد مؤسسات الضمان الاجتماعي مشكلة حقيقية، نتيجة للارتفاع المستمر لتعويضات ومستحقات المؤمنين اجتماعيا، مقابل محدودية مصادر التمويل، خاصة في أوقات الاضطرابات الاقتصادية. في سنة 1989، كان الضمان الاجتماعي يمول أكثر من 62 % من النفقات الاجتماعية للأعوان الاقتصاديين (خارج العائلات¹)، هذا يعني أنه كانت هناك إرادة في إبعاد الدولة عن دورها الاجتماعي، وجعل الضمان الاجتماعي هو المتكفل الرئيسي بتمويل النفقات الاجتماعية العامة، خاصة مع تطبيق إعادة الهيكلة ثم استقلالية

¹ محمد جمعي: استقلالية التسيير عنصر أساسي من أجل نظام صحي فعال - حالة الجزائر -، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، معهد العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، إشراف العمري العربي، (2000-2001)، (بحث غير منشور)، ص 58

المؤسسات العمومية زاد في تأكيد وتكريس هذه النظرة، التي يمكن أن تكون إيجابية لو رافقها نمو في مجال التشغيل، وزيادة في كتلة الأجور التي تشكل مصدر موارد الضمان الاجتماعي، الشيء الذي لم يتحقق (1985-1986) بسبب الارتفاع السريع لمعدلات البطالة، مما أدى إلى ضغوطات كبيرة على التوازنات المالية لهيئات الضمان الاجتماعي وزاد العجز المالي بين سنتي (1987-1988) مع تراجع الفائض المالي للبلاد.

هنا توقف الأخصائيون لدراسة أسباب هذا العجز المالي واتفقوا على ثلاث أسباب رئيسية هي¹:

- 1- تأخر نمو الشغل، الأجور والاشتراكات المنسوبة لظاهرة التأخر الاقتصادي الذي تعرفه البلاد.
 - 2- الاستمرارية في تدعيم النفقات، منها النفقات الصحية خاصة نفقات التقاعد.
 - 3- زيادة التكاليف التي تتحملها ميزانية الضمان الاجتماعي: تمويل القطاعات الصحية، الاستثمارات الاجتماعية للصحة العمومية، العلاج في الخارج لغير المؤمنين، العلاج للمصابين بحوادث المرور، إجراءات خاصة لفئة المجاهدين فيما يخص التقاعد خاصة.
- بينما يذهب البعض الآخر إلى غموض العلاقة التمويلية ما بين المؤسسات الصحية والدولة وصناديق التأمينات الاجتماعية، أدى هذا إلى نتيجة موضوعية تتمثل في اختلال التوازن ما بين العرض والطلب وإلى عجز في تغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين. هذا ما يقودنا للحديث عن أنماط التمويل المعتمدة لتمويل المنظومة الصحية.
- إذا كانت مجانية العلاج قد منحت نظام الصحة الجزائري الطابع التضامني في تحمل المصاريف، إلا أن هذا التمويل القائم على مجانية العلاج قد أثقل كاهل صناديق الضمان الاجتماعي والتي كانت تغطي نسبة معتبرة من نفقات المؤسسات الصحية منذ تطبيق مجانية العلاج، فبعد إقرار مبدأ مجانية العلاج لم تعد هناك أية آلية لتنظيم النفقات وأصبحت مصاريف الهيئات الصحية خاصة المستشفيات مصاريف ثابتة مهما كان حجم النشاطات وهذا ما أدى إلى عدم الرشادة المالية. فمنذ بداية تطبيق الطب المجاني سيطرة الدولة على تمويل النفقات بنحو 75%، ثم بدأت تتحول

¹ جميلة بار: أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، معهد العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، إشراف أوفريجة بوزينة فاطمة الزهراء، (1993-1994) (بحث غير منشور)، ص 65

تدرجيا لكي تمثل ما مقداره 34% في عام 1987، في المقابل تشهد نسبة مساهمة الحماية الاجتماعية ارتفاع من 23.5% عام 1974 إلى 64.2% في عام 1987، مما جعل مجانية العلاج ممولة بنسبة كبيرة من طرف الضمان الاجتماعي، هذا ما أثر سلبا على وضعيته المالية خاصة بعد انخفاض أسعار البترول وعجزه عن تمويل مجانية العلاج التي أقرتها الدولة الجزائرية¹.

ما تجدر الإشارة له، عند محاولة تفسيرنا هذا العجز أيضا، القول أن هذا العجز يفسر هيكليا ووظيفيا بأساليب تسيير نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر، فلم تنل هيئات الضمان الاجتماعي رضا مموليهها، ونقصد بهم المؤمن لهم اجتماعيا الذين يدفعون الاشتراكات الاجتماعية، دون أن يلاحظوا لها أثرا على تحسين الخدمات التي تقدمها الهياكل الصحية، بل كثيرا ما تتهم هيئات الضمان الاجتماعي بسوء استعمال أموال المؤمن لهم اجتماعيا، كما أن الضمان الاجتماعي لم يتمتع إطلاقا بتسييره كمؤسسة مستقلة، بل كان وسيلة تستعملها الدولة لتمويل جزء من سياستها الاجتماعية، حيث تأخذ الدولة من أموال الضمان الاجتماعي لتمويل نفقات هي من مهامها، والمقصود هنا نفقات الصحة والتكفل بمجانية العلاج، كما يتحمل الضمان الاجتماعي أيضا بعض النفقات الاجتماعية التي لا تعد من اختصاصاته مما يستوجب إعادة النظر في مسألة استقلاليته خاصة من الناحية المالية، فالدولة تفرض عليه الكفل بالمصاريف الطبية لغير المؤمنين من أجل العلاج في الخارج وأيضاً النفقات الخاصة ببعض الفئات الخاصة (المجاهدين)، وهذا مالا ينطبق مع منطق الاستقلالية.

وبالتالي، فسوء تسيير هياكل الضمان الاجتماعي ستبقى مستمرة طالما لم يتمتع هذا الأخير بالاستقلالية في تسييره، رغم سعي الدولة الجزائرية إلى تبني جملة من السياسات والحلول التي من شأنها أن تعيد للضمان الاجتماعي الدور الأساسي المنوط له في التأمين الصحي، كافتراح علاقات جديد تربط الضمان الاجتماعي بالمؤسسات العمومية الصحية، تتمثل في إقامة علاقات تعاقدية، وإن عرفت تأخرا كبيرا في تطبيقها أبريل 2008 والذي جاء في قانون المالية

¹ عديلة العلواني: تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية: دراسة حالة الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، قسم الاقتصاد، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، إشراف تومي ميلود، (2010-2011) (بحث منشور)، ص 188

لسنة 1993، حيث يتمثل نظام التعاقد في اتفاقية مبرمة بين صندوق الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية العمومية والخاصة ووزارة التضامن الوطني يتكفل بموجبها كل قطاع بعلاج الفئة التي تنتمي إليه. يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط وزارة الصحة و الضمان الاجتماعي و تحديد كفاءاته عن طريق التنظيم، وجاء أيضا في قانون المالية لسنة 1995 المادة 132 الفقرات 2، 3، 4 يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان، وحسب الكفاءات التي تحدد عن طريق التنظيم، وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، وتكفل ميزانية الدولة بنفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا، ولعل أبرز ما يؤشر على هذا التوجه تطبيق نظام برنامج بطاقة الشفاء، كأداة لتكنولوجيا الإعلام، حيث يتم التكفل بمصاريف العلاج للمؤمنين اجتماعيا وفق منظومة برمجيات تسمح بتحسين قاعدة البيانات حول الملف الطبي.

2- منافسة القطاع الصحي الخاص للعمومي وغياب التكامل الوظيفي

إن الحديث عن العيادات الخاصة في الجزائر (Les cliniques privées) يعتبر بالشيء الحديث نسبيا، فرغم أن ظهور هذه العيادات يعتبر حديث العهد، إلا أن الممارسة الطبية الحرة كانت موجودة في الجزائر منذ الاحتلال ومع وجود العيادات الطبية، وعموما فإن ظهور القطاع الصحي الخاص في الجزائر كان منذ سنة 1988 بعدما تم إصدار الترخيص بفتح عيادات خاصة من خلال المرسوم رقم 88-204 الصادر بتاريخ 1988/10/18، الذي يضع شروط إنشاء وفتح وتسيير العيادات الخاصة¹. وقد جاء المرسوم رقم: 92-380 والصادر بتاريخ 1992/10/13 يعدل ويكمل المرسوم الأول، حول شروط فتح هذه العيادات والمعايير التقنية والصحية التي يجب احترامها لإنشاء مثل هذه الهياكل².

¹ République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret n° 88-204 fixant les conditions de réalisation, D'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées, Journal Officiel, n° 33, du 18 octobre 1988, p 9.

² République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret exécutif n° 92-380 modifiant et complétant le Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées, Journal Officiel, du 13 octobre 1992, p 1583

وفي ذات السياق ينبغي الإشارة، أن الأزمة الاقتصادية (المالية) المتمثلة في انهيار أسعار البترول وانخفاض الموارد المالية، مما جعل الدولة تراجع الكثير من المشاريع والبرامج وتخلّى عن الكثير منها، والذي كان بداية للتوجه نحو اقتصاد السوق ومبررا له، وقد لاقت السلطات آنذاك صعوبات كبيرة في الاستجابة لكثير من متطلبات قطاع الصحة كأجور العمال وصيانة التجهيزات الموجودة، أمام التدهور الواضح الذي عرفته الأداءات الطبية، سعت الدولة الجزائرية على تشجيع القطاع الخاص لكن دون تأطير قانوني أو تخطيط عقلائي للاستثمارات في هذا القطاع، إنما رأت في فتح المجال للقطاع الخاص فرصة لمشاركة القطاع العام والتكفل بالمرضى والتخفيف من الحمل الذي أثقل كاهل الدولة. هذه العيادات الخاصة كانت في بادئ الأمر خاصة بالتوليد ثم توسعت لتشمل مختلف الاختصاصات حتى شملت الجراحة، وهذه الهياكل الطبية الخاصة متمركز بالمناطق الحضرية وتوزع غير ولايات الوطن توزيع غير عادل، ذلك بمجرد أن سمحت الدولة الجزائرية لقطاع الخاص بالنشاط، الأمر الذي فتح آفاق كبيرة أمام المستثمرين للولوج إلى ميدان الصحة الغني بالفرص لما يمثله المرض من هاجس عند جميع فئات المجتمع -أنظر جدول رقم (27)-، فالتوجه نحو اقتصاد السوق ورفع القيود على حرية المبادرة، حتى شهدت أغلب المدن خاصة الكبرى منها عيادات جراحية وطبية منها المتخصصة في العلاج ومنها المتخصصة في الكشف وعيادات أخرى شاملة تكاد تغطي كل احتياجات المريض منذ دخوله حتى خروجه من العيادة، لكن عدم وجود تأطير قانوني لهذا القطاع، كانهدام وجود نظام لتسعير الأداءات، أو تخطيط مركزي للتوزيع الجغرافي لمؤسسات القطاع الخاص والذي أثر سلبا على الدور المنتظر منه في التكفل الفعلي بالمرضى.

حيث توجد بالعاصمة ما يقارب 2207 عيادة متخصصة و1051 عيادة عامة، أما ولاية قسنطينة تحتوي على 383 عيادة متخصصة و152 عيادة عامة، ولتنخفض في ولايات الجنوب لتصل بأدرار إلى 9 عيادة متخصصة و27 عيادة عامة، وتمنراست 7 عيادة متخصصة و22 عيادة عامة، أما في تندوف تصل إلى حد 2 عيادة متخصصة و5 عيادة عامة، ولا وجود لعيادة متخصصة وواحد عيادة عامة فقط بولاية إليزي¹. وهو ما يوحي أيضا بمدى سوء توزيع هياكل القطاع الصحي الخاص بين مختلف ولايات الوطن.

¹ Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la Planification: **Santé en Chiffres 2015**, Op cit, p 61

الجدول رقم (27): تطور مختلف هياكل القطاع الصحي الخاص خلال (2008-2015)

السنوات	2008	2010	2011	2013	2015
الهياكل					
عيادة متخصصة	5621	6208	6457	7226	8352
عيادة عامة	6202	6315	6334	6482	6910
عيادة جراحة الأسنان	4717	5105	5249	5587	6144
عيادة جماعية	301	376	402	446	600

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على :

- Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2009-2011**, numéro 42, Alger, Edition 2012, p25
- Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2013**, numéro 44, Alger, Edition 2014, Alger, p25
- Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la Planification: **SANTE EN CHIFFRES 2015**, Alger, Edition Juillet 2016, p15
- Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2009-2011**, numéro 42, Alger, Edition 2012, p25

تشير معطيات الجدول أعلاه، إلى أن هناك نموا سريعا للقطاع الخاص بمختلف هياكله، لكن كان لهذا النمو تأثير سلبي على قطاع الصحة العمومي والذي كان من المفروض أن يكونا في حالة تكامل وظيفي، في سبيل الرفع من مستوى الصحة العمومية أي التساوق في الحركة والوحدة في الهدف، وهو الأمر الذي لم يتحقق بانتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصة منها نحو القطاع الصحي الخاص بحثا عن ظروف عمل أحسن وراتب أفضل، مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي وزاد من صعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام. فعلى سبيل المثال وصل عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في القطاع الخاص سنة 2006 من 5913 طبيب أخصائي إلى 7032 طبيب أخصائي سنة 2009، إلى 11001 طبيب أخصائي سنة¹ 2015.

¹ للمزيد هذا الصدد أنظر:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification et de la Normalisation, statistique année 2006, sanitaire année 2008, année 2009, sous direction des systèmes D'information et de l'informatique, Février 2008, Mars 2010, Avril 2011
- Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: **Santé en Chiffres 2015**, Op cit, p29

لم يتوقف الأمر على استنزاف الكفاءات الطبية لقطاع الصحة العمومي، التي تتميز بندرتها في ظل تزايد الطلب على العلاج، فقد أدى ظهور ما يسمى لوبيات العيادات الخاصة (Lobby des cliniques privées) وهم أصحاب العيادات الطبية الخاصة الذين أصبحوا يشكلون جماعة مصالح، كانت لها أدوار حساسة في الكثير من القرارات التي تتعلق بالسياسة الصحية في الجزائر، ومن هذه الأدوار ما قاموا به من ضغط لأجل إفشال مشروع التعاقد بين وزارة الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي، هذا المشروع الذي حقق نجاحات كبيرة في العديد من الدول، وساعد على إيجاد حلول جذرية لمشاكل التسيير التي تعاني منها المنظومات الصحية لعل أبرزها ترشيد النفقات الصحية، حيث شكل نظام التعاقد في الجزائر محاولة لترشيد النفقات الصحية المتزايدة والتخفيف من ديون المستشفيات، لكن البيروقراطية والأدوار الغامضة التي قام بها لوبي العيادات الخاصة أخر تطبيق نظام التعاقد إلى أبريل 2008، علما أن الدولة الجزائرية قد لجأت إلى انتهاج سياسة النظام التعاقدي كسياسة بديلة بدأ التحضير لها منذ عام 1992، حيث تم الإشارة إليه . نظام التعاقد في قانون المالية لسنة 1992 و سنة 1993. ومن الأسباب التي جعلت لوبي العيادات الخاصة يعمل بكل قواه على إفشال مشروع التعاقد، أنه في حال تكريس المشروع وتطبيقه كنظام فإنه سيكشف ماهو مخفي، فمن المعلوم أن الدولة سعيها منها للحد من عمليات نقل المرضى إلى الخارج من أجل العلاج التي أثقلت ميزانية الصحة، قامت بعقد اتفاقيات مع العيادات الخاصة من أجل التكفل بعلاج المرضى داخل الوطن، وتقوم هيئات الضمان الاجتماعي بدفع تكاليف العلاج للمؤمنين، لكن في غياب تأطير قانوني للقطاع الخاص، فإن أسعار العمليات والفحوصات لم يتم الفصل فيها وبقيت من صلاحيات أصحاب العيادات الخاصة، ومن هنا فإن اعتماد نظام التعاقد بين المصالح الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي التي تكون ملزمة بتطبيق أسعار السوق الحقيقية، سيضع أصحاب العيادات الخاصة في قفص الاتهام ويضع عليهم أرباح خيالية من وراء العمليات التي تدفع من جيوب المؤمنين.

كما لا بد من الإشارة، أن سماح الدولة الجزائرية للممارسين الطبيين في الصحة العمومية والإستشفائيين الجامعيين للعمل بصفة خواص، جاء نتيجة لضغوط قامت بها هذه الفئة، و يعد تغييرا في السياسة الصحية يقلص من تدخل الدولة في المجال الصحي، كاشفة عن الرهانات الموجودة بين مختلف القوى الاجتماعية، وعن مصالح مختلف الطبقات الاجتماعية للمجتمع.

إن التحليل السوسيولوجي لإصلاح المنظومة الصحية بتوجيه أهداف السياسة الصحية نحو ليبرالية العلاج وتقليص دور الدولة وتداخلاتها في المجال الصحي، لا يستند إلى رؤية اجتماعية ثقافية تأخذ بعين الاعتبار طبيعة الأمراض السائدة في المجتمع، إنما مرتبطة بهيمنة رؤية نخبة الأطباء، والذين يبررون ذلك بتوجيه الانتقادات لعدم فعالية القطاع الصحي العمومي، وهم يخفون مصالحهم المادية بمبررات الفعالية الطبية. إذن فظهور القطاع الصحي الخاص ونموه السريع طرح إشكاليات جديد أمام النظام الصحي الجزائري¹.

3- اختلالات ترتبط ببيئة قطاع الصحة

تجدر الإشارة في هذا السياق -من ناحية ابستمولوجية- إلى أن وضع المنظومة الصحية وعمل مختلف قطاعات المجتمع يعد - من منظور سوسيولوجي للعلاقة التفاعلية القائمة بين مختلف القطاعات ومكونات المجتمع- جزء من كل، من وضع اجتماعي واقتصادي و تربوي وسياسي عام، تفهم في إطاره وتحل انطلاقا منه أيضا. إذا كان لا يجب أن يساءل قطاع الصحة لوحده عن واقع الصحة العمومية للسكان وعن حجم الأمراض المتفشية في المجتمع، وحتى وإن كانت مسؤوليته كبيرة في معالجة المرض والوقاية منه، بمعنى أن تحقيق تنمية صحية تقتزن بعمل قطاعات أخرى ذات العلاقة المباشرة والتأثير القوي على المستوى الصحي للجزائريين، وترتبط هذه القطاعات أساسا بالجوانب الاقتصادية والبيئية والتغذية والتعليم والتشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد. عليه، فإن قطاع الصحة يعاني بشكل مضاعف من اختلالات على مستواه ومن اختلالات ترتبط بقطاعات أخرى للمجتمع لها التأثير القوي على مستوى صحة السكان خاصة في ظل غياب مبدأ تعاون القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالشأن الصحي.

وهي يمكن تقسيم الاختلالات التي ترتبط ببيئة قطاع الصحة إلى أربع عوامل أساسية مع الإشارة، بأن تطرقنا إلى هذه العوامل منفصلة عن بعضها ليس سوى إجراء منهجي عملي الغاية منه التوضيح مع المراهنة على الوعي بما بينها من علاقات تداخل وتشابك، وهي عوامل اقتصادية، عوامل اجتماعية وثقافية وسياسية، العوامل البيئية، والتي سنتناولها بنوع من التحليل والتفصيل:

¹ ZEHNATI AHCÈNE : **Les Cliniques Privées en Algérie: L'émergence d'un Nouvel Acteur Dans Le Paysage Sanitaire**, Les cahiers du CREAD n°105/106-2013, p 203

أ- العوامل الاقتصادية: وتشمل ارتفاع في معدل الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل، حيث تحتل الجزائر حسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2016 تحت عنوان « تنمية للجميع » المرتبة 83، بمعدل تنمية بشرية يبلغ 0.745، بعدما كانت تحتل المرتبة 93 عام 2013 بمعدل يبلغ 0.713. إن كان هناك تحسن في التنمية البشرية في الجزائر فهو غير كاف لما خطط للوصول إليه، إن كان هناك تحسن في التنمية البشرية في الجزائر فهو غير كاف لما خطط للوصول إليه، أما فيما يخص الفقر فسجل فوارق كبيرة في التنمية بين الشمال والجنوب، رغم الخطاب السياسي المناهض لسياسة التوازن الجهوي لمناطق الوطن وعدالة الاستفادة من برامج التنمية الوطنية. تحتل الجزائر المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني سنة 2005 بنسبة¹ 21.5%. أما معدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولار واحد فقد بلغ 2% خلال الفترة الممتدة (1990-2005) و14.4% بالنسبة للسكان الذين يعيشون بـ 2 دولار في اليوم لنفس الفترة²، أما بالنسبة لتوزيع الدخل، فقد دلت إحصائيات الأمم المتحدة على وجود فوارق كبيرة في توزيع الدخل، كما يظهر بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي، مما يرفع من مسؤولية القطاع الصحي اتجاه هذه الفئات الهشة.

ب- العوامل الاجتماعية والثقافية: وتشمل المستوى التعليمي، السكن والتهوية، الصرف الصحي، الماء الصالح للشرب، بالإضافة إلى الوعي بأهمية الصحة وكيفية المحافظة عليها كممارسة الرياضة وتجنب التدخين والكحول. وهذه العوامل تعاني الجزائر نقصا منها وهو مرتبط بنقص التنمية المجتمعية واضطراب خططها والذي يؤثر على ذلك، ما أظهرته الدراسة المسحية للحركات الاحتجاجية في الجزائر لسنة 2003، أين أصبح يعيشها الشارع الجزائري في السنوات الأخيرة وإن لم نقل بصفة دورية احتجاجات وقطع الطرقات العمومية وأحيانا أعمال تخريبية وأن 87.49% من المشاكل المطروحة من خلال هذه الاحتجاجات ذات علاقة بالوضع الاقتصادي والاجتماعي كالسكن وتوزيع المياه، تعبيد الطرقات والاستفادة من الخدمات التعليمية وغيرها³.

¹ **Human Development Report (2007-2008)**, United Nations Development Programme (UNDP), New York, p245.

² Ibid, p245

³ عبد الناصر جابي: تقييم وطني لمشاركة المواطنين والمجتمع المدني في إصلاح القطاع العام في الجزائر، ص20، <http://pogar.org/localuser/pogarp/civil/assessments/algeria-a.pdf> (تم تصفح الموقع بتاريخ: 2015/11/10)

ج- العوامل السياسية: مثل الديمقراطية وممارسة الحريات ومشاركة المجتمع المدني بمختلف تنظيماته...، السعي لإشراك فئات المجتمع المختلفة في عمليات تخطيط وتنفيذ وتقييم النشاطات الصحية، وهذا ما تفتقده السياسة الصحية الجزائرية فهي سياسات غير ديمقراطية، حيث نجد أنه يتم احتكار مجمل العمليات والمراحل المتعلقة بقضايا الصحة المجتمعية، فنجد الدولة الجزائرية تريد أن تحوز على ثلاثة أدوار من غير السهل أن تفي بها كلها في نفس الوقت، فهي المقرر الوحيد في تقسيم الميزانية بين الهياكل الصحية، والمسير الوحيد لقطاع الصحة أي أنها هي التي تضع القواعد والمعايير والمراسيم التي تضبط العمل اليومي للقطاع، والفاعل الوحيد المسئول على التغيرات التي تمس التكوينات الصحية.

د- العوامل البيئية: تتصف البيئة في الجزائر بالتدهور المستمر، رغم كل الجهود والنوايا للحفاظ على البيئة التي حددتها في إستراتيجيتها الوطنية للبيئة (2001-2010) ويمكن ذكر بعض خصائص الوضع البيئي في الجزائر:

- انحسار الغلاف النباتي زيادة التصحر، حيث خسرت الجزائر منذ الاستقلال حتى سنة 2000 ما يقارب 25000 هكتار من الأراضي الصالحة للزراعة، و30 مليون هكتار من الأراضي القابلة للزراعة في كامل التراب الوطني أصبحت مهددة بالتصحر¹.
- نجم عن عملية التصنيع غير المتحكم فيها، التلوث الصناعي والحضري فانبعاث الغاز من وسائل النقل والمصانع، التي بدأت تتقادم هي التهديد الأساسي لجودة الهواء، فمعظم الجزائريين المصابين بمرض الربو وبسرطان الرئة متواجدون ويعيشون في المناطق التي تتوطن فيه الأنشطة الملوثة للبيئة، كعناية، سكسكدة، العاصمة وهران.
- محدودية أماكن تجميع النفايات الصناعية وقدرات معالجتها، حيث نجد 7 ملايين طن في السنة من النفايات الصناعية ترمى مباشرة في الطبيعة دون معالجتها، 325000 طن من النفايات الخطيرة ترمى من طرف المصانع في الوديان وحتى السدود².
- الزيادة المفرطة في البناء والتعمير نتيجة الضغط الديموغرافي وما نتج عنه من مشاكل حضرية.

¹ Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, **rapport sur l'état et l'avenir de L'environnement en Algérie**, Alger, 2000, PP, 25-26

² Ibid, P, 87

الفصل السادس :

الإطار المنهجي لموضوع الدراسة

تمهيد

أولا : منهج الدراسة

ثانيا: مجالات الدراسة (وصف مجتمع البحث)

1-المجال المكاني

2-المجال الزمني

3-المجال البشري

ثالثا : أدوات جمع البيانات

1-الملاحظة

2-الاستمارة / استمارة عن طريق المقابلة

3-المقابلة

رابعا: المعاينة وخصائص مفردات البحث

1- عينة البحث

2- خصائص مفردات البحث

تمهيد:

من المسلمات الفكرية التي تقوم عليها نظرية المعرفة (الإبستمولوجيا) أن الفرق الأساسي بين المعرفة العلمية والمعرفة العامة يكمن عموماً في الخطوات المنهجية المتبعة في امتلاك المعرفة العلمية، أي في إتباع خطوات وقواعد المنهج العلمي في الكشف عن حقائق الظواهر والأشياء، ولهذا فإن نتائج البحث العلمي لا يمكن لها أن تقترب من الموضوعية والحقيقة العلمية إلا إذا كانت الإجراءات المنهجية المعتمدة في هذا البحث تتسم بالدقة والملائمة لموضوع البحث وظروفه.

وفي هذا الفصل سنحاول توضيح الإجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة الميدانية ، بدءاً بالمقاربة المنهجية و التعرف على مجالات الدراسة (المكانية، الزمانية والبشرية)، وكذا الأدوات المعتمد عليها في جمع البيانات مع تبرير كل ذلك، بالإضافة إلى العينة وخصائص مفردات البحث.

أولا : منهج الدراسة

لعل من أصعب المهمات، في مجالات التنظير و البحث العلميين، توجيه الفكر نحو الزاوية المنهجية في التحليل والمقاربة، ذلك نظرا لما للمنهج من تأثير على سيرورة إنتاج المعرفة في أي بحث علمي نظريا كان أو تطبيقيا، وفي كافة الحقول العلمية خاصة منها حقل علم اجتماع، اعتبارا لما يتميز به موضوعه (دراسة الإنسان من حيث تفاعلاته في المجتمع الإنساني)، من فرادة، وخصوصية، وتعقيد في المكونات والأبعاد والدلالات...

ولما كانت طبيعة الموضوع في جزئياته و كلياته هي التي ترسم بالأساس ملامح المقاربة المنهجية التي ينبغي اعتمادها في الدراسة من أجل تحقيق الأغراض المطلوبة فيها¹، وعليه بناء على متطلبات هذه الدراسة -التي تصنف ضمن الدراسات الوصفية- نتوخى مقارنة منهجية تعتمد أساسا على منهج دراسة الحالة بوصفه منهجا يركز على الوصف الدقيق لكافة المتغيرات والعوامل التي تنطلق من داخل الحالة المدروسة ذاتها، وتلك المؤثرة فيها والتي لها علاقة وثيقة بها، وهو ما يمنح الباحث إمكانية التوغل العميق والدقيق في دراسة كافة جوانبها وعناصرها المكونة لها²، وهذا تتطلبه الدراسة التي نحن بصدد إنجازها، و التي تسعى إلى وصف وتحليل سياسات إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية يومنا، بالتطرق للمبادئ الأساسية لهذه السياسة و مدى ارتباطها بالمنهج السياسي الأيديولوجي للسلطة السياسية، وتناول المراحل الأساسية التي مرت بهذه السياسة الصحية للوقوف واقع الصحة العمومية وبتالي التعرف على ما تم تحقيقه في التنمية الصحية.

¹ فضيل دليو: مناهج علم اجتماع بين الحداث والواقع الاجتماعي المعقد، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة عن جامعة منتوري، بقسنطينة، الجزائر، العدد 06، 1995، ص92

² عبد الله محمد عبد الرحمن و محمد علي بدوي : مناهج وطرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2000، ص 294

وهنا تجدر الإشارة، إلى أن المقاربة المنهجية المعتمدة تبقى مفتوحة على تقنيات منهجية أخرى (Méthode Multidimensionnelle)، كالمناهج التاريخية، وهنا يشير «رايت ميلز Wright Mills»¹ أنه من العسير عزل أي ظاهرة اجتماعية عن سياقها التاريخي، فإن الفهم التاريخي يزود الباحث ببصيرة سوسيولوجية ثابتة¹. فهي لا تغفل على البعد التاريخي الذي اغتنى به المسار التحليلي لموضوع البحث، لاسيما من جانب تعقل السيرورة التاريخية لتتبع نشأة القطاع الصحي الجزائري و تحليل مختلف المؤسسات المشكلة له. وكذا التطور التاريخي للسياسة الصحية المعتمدة في تسيير وتنظيم النظام الصحي الوطني والتغيرات التي طرأت على توجهاتها. فكل مرحلة شكلت تحديات كبرى لصانعي السياسة الصحية بفعل التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية وحتى الديموغرافية وتغير هرم الأعمار، والتي كان لها الأثر الكبير في قدرة مسايرة هذه الإصلاحات لتلك التحولات، كفتح المجال للقطاع الخاص لتقديم خدمات تشخيصية وعلاجية مما شجع الأطباء على فتح عيادات طبية، كذلك رفع احتكار الدولة للاستيراد الدواء الذي أنتج اختلالات في السياسة الدوائية لم تستطع الدولة ضبطها، فضلا عن الإحصاء ك تقنية (جداول، نسب) تستخدم عند تبويب وتحليل البيانات والمعطيات المستقاة -من منظور منهجي إجرائي- عبر أدوات جمع البيانات، وهذا دائما في حدود متطلبات إشكالية البحث .

1 حسان تريكي: التحولات في نسق القيم الاجتماعية في المجتمع الجزائري دراسة سوسيولوجية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص إدارة أفراد والعلاقات الإنسانية، قسم علم اجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار عنابة، إشراف يوسف سعدون، (2013-2014)، (بحث غير منشور)، ص 52 نقلا:

- Wright Mills : **sociological imagination**, oxford Uneversity press, New York, 1996, pp1-24

ثانيا: مجالات الدراسة (وصف مجتمع البحث)

1- المجال المكاني:

تماشيا مع طبيعة الموضوع ومتطلبات التعمق في التحليل والتفسير التي تقتضيها المقاربة السوسولوجية لواقع انعكاسات سياسات إصلاح النظام الصحي على التنمية الصحية في الجزائر، فقد تم إجراء هذه الدراسة - من حيث فضائها المكاني - في بعض المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) للشرق الجزائري وهي بولايات: عنابة، قسنطينة و تبسة، ذلك عبر المؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي - الحجار - (عنابة)، المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف - الخروب - (قسنطينة)، المؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس (تبسة). وتجدد الإشارة في هذا السياق، أن ظهور المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) كان نتيجة إحدى سياسات الإصلاح التي شهدتها المنظومة الصحية الوطنية، والتي فرضت حدوث تغييرات واللجوء إلى خريطة صحية جديدة -بدلا من القطاعات الصحية- والتي جاءت وفق المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تنظيمها وسيرها، حيث سعى هذا الإصلاح إحداث تغيير هيكلي للنظام الصحي الوطني المتمثل في الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية، واستجابة للعمل على تطوير مرفق الصحة، حيث يتمثل هدفه الأساسي في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أحسن خدمة وأفضل تغطية صحية.

التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي -الحجار - (عنابة)

تتواجد المؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي ببلدية الحجار التابعة لولاية عنابة - هذه الولاية تقع بالجهة الشرقية على الساحل الجزائري على بعد 600 كلم عن العاصمة، تبلغ مساحتها 1.412 كلم² وهو ما يمثل 0.06% من المساحة الإجمالية للجزائر، يحدها من الشمال البحر المتوسط ومن الشرق ولاية الطارف والجنوب ولاية قالمة أما من الغرب ولاية سكيكدة، وتشكل تنظيما من 12 بلدية هي: عنابة، البوني، سيدي عمار، سرايدي، برحال، شطايب، عين الباردة، واد العنب، الشرفة، التريعات، العلمة، الحجار -.

أما عن بلدية الحجار، أو بالأحرى إقليم بلدية الحجار الذي بدوره تتواجد فيه المؤسسة الاستشفائية المعنية بالدراسة الميدانية (المؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي)، فيحده شمالا بلدية البوني و سيدي عمار، شرقا ولاية الطارف، غربا بلدية الشرفة، جنوبا بلدية عين الباردة، يبعد هذا الإقليم عن مركز الولاية بـ 11 كلم، ويوجد به مصنع الحجار للحديد والصلب. حيث أنشأت هذه المؤسسة الصحية العمومية بموجب مرسوم تنفيذي رقم 2683 الخاص بإنشاء وتنظيم عمل المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية المؤرخ في 20 جانفي 2008 والملحق بالمرسوم التنفيذي رقم 92 المؤرخ في 22 أوت 2013، كما انطلقت الأشغال في بناء هذه المؤسسة الصحية بتاريخ 2005/05/10، وكان تاريخ الافتتاح يوم 21 فيفري 2010.

المؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي تضم عددا من المصالح الطبية وبطاقة استيعابية تقدر بـ 120 سرير تقني، وتمثل المصالح الطبية فيمايلي:

1. مصلحة الطب الباطني تحتوي على 50 سريرا.
 2. مصلحة الجراحة العامة تحتوي على 20 سريرا.
 3. مصلحة جراحة العظام تحتوي على 20 سريرا.
 4. مصلحة طب الأعصاب تحتوي على 10 أسرة.
 5. مصلحة الإنعاش تحتوي على 10 أسرة.
 6. مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية (Urgences médico-chirurgicales) تحتوي على 10 أسرة.
- كما تحتوي أيضا على مصلحة للأشعة والصور الصينية وصيدلية و خمسة (05) قاعات للعمليات الجراحية، بنك للدم، وكذا مخبر مركزي للقيام بتحليل الطبية. تتمثل مهمة هذه المؤسسة العمومية الإستشفائية في الاستجابة لمختلف الحاجات الصحية، حيث يغطي احتياجات سكان بلدية الحجار وبعض البلديات المجاورة لها.

* تحصلنا على هذه المعلومات أثناء مقابلتنا مع الإدارة بتاريخ: 2016/04/12

التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف - الخروب - (قسنطينة)

تتواجد المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ببلدية الخروب التابعة لولاية قسنطينة - هذه الولاية تسمى مدينة الجسور المعلقة وعاصمة الشرق الجزائري، وتعتبر من كبريات مدن الجزائر تعدادا، يطلق عليها عدة تسميات منها مدينة الصخر العتيق نسبة للصخر المبني فوقه المدينة وسيرتا اسمها الأمازيغي، تحدها شرقا ولاية قلمة وغربا ولاية ميلة وشمالا ولاية سكيكدة وجنوبا ولاية أم البواقي. وتضم ولاية قسنطينة عددا من البلديات منها بلدية الخروب.

أما عن بلدية الخروب، أو بالأحرى إقليم بلدية الخروب الذي بدوره تتواجد فيه المؤسسة الاستشفائية المعنية بالدراسة الميدانية (المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف)، يبعد هذا الإقليم عن مركز الولاية بـ 16.505 كلم. حيث أنشأت هذه المؤسسة الصحية العمومية بموجب مرسوم تنفيذي رقم 2683 الخاص بإنشاء وتنظيم عمل المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوية المؤرخ في 20 جانفي 2008 بعدما كانت قطاع صحي أنشأ عام 1990 يضم خمس ملحقات صحية. المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف تضم عددا من المصالح الطبية وبطاقة استيعابية تقدر بـ 228 سرير تقني، وتمثل المصالح الطبية فيما يلي:

1. مصلحة طب الأطفال تحتوي على 30 سريرا.
 2. مصلحة أمراض النساء والتوليد تحتوي على 30 سريرا.
 3. مصلحة الطب الداخلي تحتوي على 60 سريرا.
 4. مصلحة الأنف والأذن والحنجرة تحتوي على 30 سريرا.
 5. مصلحة الجراحة العامة 60 سريرا.
 6. مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية 14 سريرا.
 7. مصلحة الطب الشرعي تحتوي على 04 أسرة.
- كما تحتوي أيضا على مصلحة لطب العمل وعلم الأوبئة، ومصلحة للأشعة والصور الصينية وصيدلية وكذا مخبر مركزي، بالإضافة إلى مصلحة طب العيون تحتوي على 30 سريرا لكنها مغلقة لعدم توفر الأطباء الأخصائيين.

* تحصلنا على هذه المعلومات أثناء مقابلتنا مع الإدارة بتاريخ: 2016/05/11

التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس (تبسة)

أنشأت المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) بوقرة بولعراس بولاية تبسة - تقع مدينة تبسة في الشرق الجزائري، وهي واحدة من مدن الهضاب العليا الشرقية وتبلغ مساحتها 13878 كيلومتر مربع، تنقسم إداريا إلى 12 دائرة و28 بلدية، يحدها من الشرق تونس، كما أن موقع مدينة تبسة متاخم للحدود التونسية، حيث تبعد عن العاصمة التونسية بـ289 كيلومتر ما جعلها تحتل موقعا استراتيجيا مهما، ومن الغرب خنشلة وأم البواقي ومن الشمال سوق أهراس ومن الجنوب الوادي. - بتاريخ 01 جانفي 2009، ذلك بموجب مرسوم تنفيذي رقم 61/ 08 المؤرخ في 2008/02/24 يتم و يعدل قائمة المؤسسات العمومية الإستشفائية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 الخاص بإنشاء وتنظيم عمل المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

تضم المؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس المصالح التالية:

1. مصلحة الاستعجالات الطبية

2. مصلحة الأمراض المعدية تحتوي على 12 سريرا.

3. مصلحة الطب الباطني تحتوي على 66 سريرا.

4. مصلحة أمراض الرئة والصدر تحتوي على 21 سريرا.

5. مصلحة الأمراض العقلية تحتوي على 40 سريرا.

كما تم تزويد المؤسسة العمومية الإستشفائية بوحدة جديدة وهي وحدة طب الأورام للكشف عن السرطان والأورام، توجد ضمن مصلحة الطب الباطني تحتوي على 20 سريرا، ومصلحة التكييف الوظيفي (Rééducation fonctionnelle) ، وكذا تحتوي هذه المؤسسة الصحية أيضا على صيدلية وبنك حقن الدم، مخبر مركزي ومصلحة للأشعة* . وحاليا بصدد فتح مصلحة جديدة للجراحة العامة.

* تحصلنا على هذه المعلومات أثناء مقابلتنا مع مدير المستشفى بتاريخ: 2016/05/22

2- المجال الزمني:

لقد تم إجراء الدراسة بشقيها النظري والميداني على عدة فترات زمنية كالتالي:

- الفترة الأولى: كانت البداية إعداد الجانب النظري ابتداء من جوان 2014 حيث شملت عملية مسح بيبولوجرافي لمختلف التراث النظري الخاص بموضوع الدراسة والذي له علاقة بالمنظومة الصحية وسياسات الإصلاح والقطاع الصحي بشكل عام في مختلف المكتبات الوطنية (الجزائر العاصمة، تبسة وعنابة)، كما قامت الباحثة بإجراء عدد من الزيارات الاستطلاعية لمعرفة مدى ملائمة موضوع الدراسة مع الميدان الذي تم اختياره، كان أولها بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس (تبسة) بتاريخ 03 جانفي 2016، ثم بالمؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي -الحجار- (عنابة) بتاريخ 17 جانفي 2016، المؤسسة العمومية الإستشفائية علي منجلي -الخروب- (قسنطينة) بتاريخ 24 جانفي 2016.

- الفترة الثانية كانت ما بين 10 أبريل لسنة 2016 إلى 13 جوان 2016: خلال هذه الفترة تم تكثيف الزيارات الاستطلاعية لمختلف المؤسسات الصحية ميدان الدراسة، أين تنقلت الباحثة من ولاية لأخرى، وهي تعد بمثابة استكشاف مركز لهذه المؤسسات، حيث قامت الباحثة في هذا السياق بالاتصال بمصالح المنشآت والنشاطات الطبية بمديريات الصحة والسكان لكل من ولايات تبسة، عنابة وقسنطينة، من أجل تزويدها بالمعطيات الضرورية، كما تم توجيهها نحو مقر الإدارة الخاصة بكل مؤسسة إستشفائية للتزود أكثر بالمعلومات والمعطيات التي تحتاجها (بطاقة تقنية للمؤسسة وما تحتويه من مصالح وعدد المخابر و القاعات والتخصصات الطبية والأسرة، عدد الأطباء والمرضى وفق تخصصاتهم)، كذا اللقاء مع بعض رؤساء المصالح بتلك المؤسسات الصحية.

- الفترة الثالثة من 05 سبتمبر 2017 إلى 09 أكتوبر 2017: وهي فترة مراجعة وتدقيق للمعلومات المأخوذة عن المؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة ونظامها الداخلي، وهذا بالاستعانة ببعض الموظفين الإداريين و بعض المرضى وحتى الأطباء، فضلا عن التأكد من صدق البناء والمحتوى لدليل الاستمارة/ استمارة عن طريق المقابلة من خلال عرضه (تجريبه) على بعض المرضى (07 مفردات من كل مؤسسة صحية).

- الفترة الرابعة امتدت من 24 ديسمبر 2017 إلى 25 فيفري 2018: وهي الفترة الزمنية التي تم فيها جمع البيانات بصورة نهائية من المستجوبين (المرضى) عبر الأماكن المشار إليها أعلاه، وهذا عن طريق دليل الاستثمار/ استثمار عن طريق المقابلة، كأداة أساسية في هذا النوع من البحوث العلمية، أيضا جمع البيانات من الفريق الطبي والشبه الطبي (الأطباء والممرضين) مقدمي الخدمات الصحية عن طريق المقابلة.

3- المجال البشري:

يتمثل المجال البشري للدراسة في مجتمع البحث المشكل في إطاره العام من:

المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية العمومية ببعض ولايات الشرق الجزائري وهي عنابة، قسنطينة وتبسة، ويرجع ذلك إلى أن مشروع البحث يدور أساسا حول واقع تأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على التنمية الصحية في الجزائر، وكون المستشفى تعد أهم مكونات هذا النظام الصحي، خاصة المؤسسة الإستشفائية العمومية التي كان ظهورها من أبرز نتائج سياسات إصلاح لسنة 2002 (إصلاح المستشفيات)، الذي تضمن تغيير للهيكل التنظيمي للنظام الصحي، أيضا فإن هؤلاء المرضى يمثلون في النهاية الفئة المستهدفة من سياسات إصلاح النظام الصحي في مجال تحقيق تنمية صحية وإشباع حاجاتهم الصحية المختلفة والمتزايدة، ولأنهم مستقبلي الخدمات الصحية والمستهدفين فضاء توفير رعاية صحية مناسبة لهم من شأنها المساهمة في حماية الصحة العمومية وترقيتها وتحسين الوضع الصحي العام للسكان في المجتمع (المستفيدين من الخدمة الصحية)، والتي ستأخذ بالتحديد عينة البحث - كما سنعرف فيما بعد-. وقد فضلت الباحثة في هذا الإطار الاتصال وجمع المعلومات أيضا من بعض أعضاء الطاقم الطبي والشبه الطبي (أطباء وممرضين) العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وذلك كونهم جزء مهم من مكونات النظام الصحي بل وأهم جزء فيه فهم مقدمي الرعاية الصحية وفي اتصال مباشر بالمرضى واحتياجاتهم المتنوعة والمختلفة والمتزايدة أيضا، والأكثر اطلاعا بظروف عملهم والمشاكل التي يواجهونها في سبيل مساعدة المرضى على الشفاء.

ثالثا: أدوات جمع البيانات

يسعى علم الاجتماع على غرار الحقول المعرفية الإنسانية المجاورة، إلى فهم طبيعة السلوك الإنساني بدوافعه، ونتائجه، وإيجاد الارتباطات بين الظواهر والنظم والجماعات والمجتمعات، ولتحقيق ذلك يستخدم الباحثون والعلماء مجموعة من الأدوات للإلمام بالظاهرة الاجتماعية ميدانيا، وفهم طبيعتها ومتغيراتها وارتباطاتها المختلفة، إلا أن طبيعة الموضوع وخصوصيته، أهداف الدراسة، البيانات المراد الحصول عليها من الأفراد الذين يشملهم البحث تفرض على الباحث انتقاء الأداة و الأدوات الملائمة لذلك. " فقد يتطلب موضوع ما استخدام الملاحظة كأداة رئيسة، وقد يفترض موضوع آخر الاعتماد على المقابلة، وهكذا يستخدم الباحث أكثر من أداة لجمع المعلومات والبيانات التي تخص بحثه¹. " وبالنسبة لهذا البحث فقد تمت الاستعانة بالأدوات التالية:

1- الملاحظة:

تعد الملاحظة من أهم وسائل جمع البيانات الميدانية، ومن المهم في هذا الصدد الإشارة إلى أنه "عند استعمال أداة الملاحظة أثناء ميدان البحث، لا بد أن نعلم مسبقا أننا سنلاحظ أشياء كثيرة ومتنوعة تتطلب منا الفرز لما يستحق فعلا ملاحظته من جملة الأشياء الأخرى². " كما يتعين عدم التوقف عند مستوى الملاحظة البسيطة العامة (العادية) التي يتعاطاها عامة الناس، بل لا بد من اعتماد الملاحظة العلمية الهادفة إلى معرفة الواقع الاجتماعي بطريقة منظمة وضرورة التحقق مما تم أخذه على المستوى النظري، وذلك عبر تعقل وإدراك الوقائع والظواهر الاجتماعية على حالها، أي يقوم فيها العقل بدور كبير من خلال ملاحظة الظواهر وتفسيرها وإيجاد ما بينها من علاقات وهذا في إطار الحدود المعرفية والمنهجية الموضوعة للبحث.

¹ فضيل دليو وآخرون: أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، 1999، ص185

² Maurice Angers: Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaine, CASBAH université, Alger, 1997, p 172

ضمن هذا الخط المنهجي، اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الملاحظة العلمية كأداة أساسية في عملية جمع البيانات واستقاء المعلومات المطلوبة من الميدان، على اعتبار أن ذلك يسهم بشكل كبير في معرفة مدى رضا المرضى في المستشفيات اتجاه خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم، وطبيعة العلاقات السائدة بين المرضى والفريق الطبي والشبه الطبي من جهة، ومن جهة أخرى بين المرضى أنفسهم المتواجدين في الغرفة الواحدة، فالمرضى هم المستفيدين من هذه الخدمات وخاصة أن هذه المؤسسات الصحية عرفت تغييرات في إطار سياسات إصلاح النظام الوطني للصحة في سبيل تحسين مستوى أدائها للخدمات الصحية، و هو ما يمكننا يفيدنا من ناحية منهجية ومعرفية في الاقتراب العلمي أكثر من الموضوع وزيادة تعقل الظروف المجتمعية الواقعية المرتبطة بمستوى الوضع الصحي العام الذي يعيشه الجزائريون.

وقد تم تركيز الملاحظة أيضا في هذا الصدد على المؤسسات الصحية المعنية بالدراسة في عين المكان، ومدى توفرها على مختلف المعدات والتجهيزات الطبية الحديثة ودرجة استعمالها، كذا مدى حرص إدارة هذه المستشفيات (محل الدراسة الميدانية) على توفير الهدوء التام للمرضى ونظافة دورات المياه، وكمية وجودة الطعام المقدم للمرضى، ومدى ملائمة واحترام توقيت مواعيد زيارة المرضى، العلاقات الإنسانية بين المرضى والطواقم الطبي والشبه الطبي الذي يسهر على رعايتهم وكذا بين العمال (الأطباء والمرضى) أنفسهم .

2- الاستمارة/ استمارة عن طريق المقابلة:

لقد تم استخدام استمارة عن طريق المقابلة كأداة لجمع البيانات الميدانية، والذي يتفق في إجراءاته وإمكاناته مع المنهج الأساس المعتمد في هذا البحث (دراسة حالة) ومع طبيعة البيانات المستهدفة وخصائص مفردات البحث (الحالات التي شملتها الدراسة).

لقد تضمنت عددا من الأسئلة التي تستهدف الحصول على البيانات التالية، و تتوزع على أربعة محاور:

- المحور الأول: بيانات أولية ويضم (07) أسئلة.
- المحور الثاني: يتناول مؤشر تأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على تقليص الفوارق الاجتماعية للصحة، و يتضمن (14) سؤالا.

- المحور الثالث: يتناول مؤشر مدى مراعاة المحددات السوسيوثقافية للصحة في سياسات إصلاح النظام الصحي، ويتضمن (25) سؤالاً.

- المحور الرابع: يتناول مؤشر تقييم مستوى الخدمات العلاجية المقدمة حسب رأي المريض، ويتضمن (12) سؤالاً. وقد راعت الباحثة في صياغة العبارات البساطة والسهولة قدر المستطاع، بحيث تكون مفهومة لكافة المبحوثين، وأن تكون شاملة مغطية لموضوع الدراسة، كما سوف تكون إجابات المبحوثين مغلقة ومفتوحة ونصف مفتوحة. تعتبر استمارة المقابلة من أكثر أدوات جمع البيانات استخداماً في البحوث الاجتماعية ويرجع ذلك إلى المميزات التي تحققها هذه الأداة سواء بالنسبة لاختصار الجهد أو سهولة معالجة بياناتها الإحصائية، وهذه السهولة الظاهرة تخفي وراءها عدداً كبيراً من الصعوبات المنهجية التي يتعين مواجهتها حتى يتمكن الباحث من صياغة أسئلة استمارة وفق ما يساعد على تحقيق أهداف الدراسة وتمكينه من الإجابة عن التساؤلات الأساسية للبحث.

وقد تم التأكد من صدق المحتوى والبناء لأداة الدراسة وبأنها تستهدف ما وضعت من أجله، قامت الباحثة بعرض استمارة المقابلة في صورتها الأولية على الدكتور المشرف الذي أبدى موافقته المبدئية عليها بعد أن تفضل بإبداء ملاحظاته حول بعض الأسئلة، وتم إجراء التعديلات والإضافات التي أوصى بها الأستاذ المشرف. كما تم عرض الاستمارة بعد تعديلها حسب توجيهات الأستاذ المشرف، على مجموعة من الأساتذة، وتمت الاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم، ثم عرضها مرة أخرى على المشرف للوصول إلى المسودة الثانية من الاستمارة، أين تم تجريب هذا الأخير على عدد محدود من مفردات البحث تقدر بـ 21 مفردة (07 مفردات من المرضى من كل مستشفى) للتأكد من وضوح العبارات، وأن استمارة المقابلة تحقق الأهداف المراد الوصول إليها.

3- المقابلة:

تماشياً مع طبيعة الدراسة وأهدافها، اعتمدت الباحثة على أداة أخرى في جمع البيانات وهي المقابلة الموجهة (المقننة)، حيث أجرت الباحثة مقابلات مع بعض أعضاء الطاقم الطبي والشبه الطبي من أطباء وممرضين بكل من المؤسسات الصحية مجال الدراسة الميدانية، أين أعدت الباحثة دليلاً للمقابلة إعداداً مسبقاً انطلاقاً من تساؤلات البحث و مؤشراتته -أنظر ملحق (رقم 02)-.

حيث اشتملت المقابلة على 22 سؤالاً وزعت حسب المحاور، فالمحور الأول يتعلق بالبيانات الأولية والتي تضم الجنس والسن والوظيفة وعدد سنوات الخبرة، والمحور الثاني يتعلق بتأثير إصلاحات النظام الصحي على أداء المنظومة الصحية ضم 07 أسئلة، أما المحور الثالث والخاص بتأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل بالمستشفى انطوت تحته 06 أسئلة، في حين نجد المحور الرابع الخاص بالصعوبات والعوائق التي يواجهها الطاقم الطبي والشبه الطبي في أداء مهامهم صيغت له 05 أسئلة، ما يمكننا من توجيه المبحوث إلى المسائل التي نريده أن يتحدث عنها، وتوجهه إليها كلما ابتعد عنها. وكان عدد المقابلات التي تمكنا من إجرائها- العديد رفض إجراء مقابلة بحجة أنه ليس لديه وقت- 10 مقابلات، منها 04 مقابلات تمت مع الأطباء و06 مقابلات كانت مع ممرضين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، البعض منهم يشغل منصب رئيس مصلحة طبية.

رابعاً: المعاينة وخصائص مفردات البحث

1- عينة البحث

وبما أن المجتمع الإحصائي في دراستنا هم المرضى (مجتمع البحث متجانس) والمتواجدين بثلاث مؤسسات إستشفائية عمومية، تمثلت في المؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي -الحجار- (بغابة)، بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف -الخروب- (بقسنطينة)، المؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس (بتبسة). لذلك فإننا لم نوظف في داستنا هذه، نوع معين من العينة إنما قمنا بمسح شامل لمجتمع البحث أية كافة المرضى المتواجدين فقط بالمؤسسات الصحية محل الدراسة وخلال فترة زمنية محددة (امتدت 24 ديسمبر 2017 إلى 25 فيفري 2018). لكن تجدر الإشارة، أن طبيعة هذا المجتمع الكلي متغير باستمرار من جهة، ومن جهة أخرى نظراً لصعوبة الاتصال بجميع المرضى، فإن الباحثة أقصت من المرضى فاقد الوعي، ومرضى مصلحة طب الأمراض العقلية، كذا المرضى الذين يترددون إلى مصلحة الاستعجالات، والذين دخلوا قسم الاستعجالات بعد حادث مرور أو حادث حريق كبير أو أي حادث آخر، الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة.

2- خصائص مفردات البحث:

إن معرفة خصائص أفراد أي مجتمع مهم في الدراسات التي تعنى بقضايا الصحة والمرض في المجتمع، فالإصابة بالمرض تختلف باختلاف الأجناس واختلاف الزمان والمكان، حيث نجد أن لكل فئة عمرية (أطفال، شبابا، مسنين، ...) مجموعة من الأمراض التي تصيبها بصورة احتمالية أكثر من غيرها من الفئات العمرية مما يدعوا إلى وجود نمط خاص من الرعاية الصحية المطلوبة، كذلك فإن جنس الفرد ذكرا أو أنثى يؤثر على استخدام الرعاية الصحية، كما نجد أيضا أن الأمراض السابقة والمشاكل الصحية التي واجهت الفرد في الماضي تجعله يقبل على طلب الخدمة الصحية في المستقبل فضلا عن استخدامها الحالي، فهي تفاعل بين عوامل عديدة داخلية وخارجية، موروثة ومكتسبة، بيئية وثقافية واجتماعية، ومن هنا اتسع الاهتمام للعديد من الدراسات خاصة الدراسات الابداعية التي اكتشفت أن معدل الإصابة بالأمراض ونوعها (الأمراض المزمنة والأمراض المعدية) وتوزيعها، بخاصة المزمنة التي أصبحت سمة العصر، والتي تتميز بالتعقيد كونها تلازم المصاب بها مدى حياته، والمتلازمة أيضا لعدة خصائص ديموغرافية كالسن والطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد، المنطقة الجغرافية، وهذه جميعا خصائص تمثل المحك الرئيسي المساعد على تفسير النتائج والحقائق المتوصل إليها. وفي إطار هذا البحث من الفصل السادس المخصص في هذه الدراسة الميدانية نعرض أهم الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لأفراد مجتمع البحث .

من خلال تحليلنا لمحور البيانات الأولية من استمارة المقابلة للبحث الميداني، تمكنا من التعرف على بعض خصائص المبحوثين (المرضى) والمتمثلة فيما يلي:

- الجنس:

الجدول رقم (28): توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس

النسبة %	التكرارات	جنس المريض
42.59	115	ذكر
57.41	155	أنثى
100	270	المجموع

المصدر: السؤال رقم (01) في الاستمارة.

يلاحظ من البيانات الإحصائية المدونة في الجدول أعلاه، أن فئة الإناث هي الفئة الأكثر طلباً للعلاج والاستشفاء، فمن بين مجموع المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة (270 مريض)، قدرت نسبة الإناث بـ 57.41% وهي تعد أكبر تقريبا مقارنة بنسبة الذكور التي قدرت بـ 42.59%، و هو يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس أن الإصابة بالمرض بدوره يتوزع بين الجنسين بشكل مختلف، إذ يلاحظ أن الجنس الأنثوي هو الأكثر عرضة للإصابة بمختلف الأمراض وتدهور صحتهم والذي يتطلب دخولهم للمستشفى مقارنة بالجنس الذكوري.

– السن:

الجدول رقم (29): توزيع المبحوثين حسب متغير السن

النسبة %	التكرارات	الفئة العمرية
5.55	15	17-أقل من 25 سنة
10.74	29	25-
13.33	36	34-
14.81	40	43-
21.86	59	52-
29.26	79	61-
4.45	12	71 فأكثر
100	270	المجموع

المصدر: السؤال رقم (02) في الاستمارة.

إن التعرف على سن المبحوث يكتسي أهمية كبيرة، لما له من دلالات تؤثر على أن السن من العوامل التي تحدد نسب الإصابة بالأمراض وطبيعتها (المزمنة أو المعدية) وأي فئة عمرية عرضة لخطر الإصابة بالمرض ودخول المستشفى، وهو ما أكدته العديد من علماء الاجتماع أن هناك الكثير من السمات الديموغرافية مثل العمر التي تتأثر وتتأثر في صحة الأفراد.

فمن خلال ملاحظة البيانات الإحصائية المتضمنة في الجدول السابق، نجد أن أفراد العينة المدروسة يتفاوتون من حيث متغير السن، حيث نلاحظ أن فئة كبار السن ما بين 61- أقل من 71 سنة تأتي في مقدمة الأفراد بنسبة 29.26% الطالبة للعلاج والاستشفاء، تاليها الفئة العمرية 52 سنة- أقل من 61 سنة بنسبة 21.86% ثم الفئة العمرية 43- أقل من 52 سنة بنسبة 14.81%، ثم الفئة العمرية 34- أقل من 43 سنة بنسبة 13.33%، والفئة العمرية من 25- أقل من 34 سنة بنسبة 10.74% والفئة العمرية التي تتراوح أعمارها بين 17 سنة وأقل من 25 سنة بنسبة 5.55%.

على العموم من خلال ما لوحظ حول الأرقام السالفة الذكر، يمكن القول أن الفئات المسنة تمثل الفئات العمرية الأكثر طلباً على العلاج والاستشفاء، ويمكن تفسير هذا التفاوت في النسب المسجلة نتيجة لتفاعل عدة عوامل منها ما يتعلق بالعوامل البيولوجية والاجتماعية، فتقدم الفرد في السن يزيد شيئاً فشيئاً من احتمال أكثر الإصابة بمختلف الأمراض، حيث تتناقص فاعلية مختلف أعضاء الجسم وتفقد مرونتها مع مرور السنين، وتبدأ في العجز تدريجياً عن تأدية وظائفها المعتادة. أما فيما يخص العوامل الاجتماعية تتمثل في مختلف المشاكل الأسرية والضغط الاجتماعي، بالإضافة إلى المشكلات النفسية الناتجة عن الانطواء والعزلة الاجتماعية، والأعباء المادية.

– الحالة العائلية:

الجدول رقم (30): يوضح الحالة العائلية للمرضى

النسبة %	التكرارات	الحالة العائلية
16.67	45	أعزب
75.92	205	متزوج
2.97	08	مطلق
4.44	12	أرمل
100	270	المجموع

المصدر: السؤال رقم (03) في الاستمارة.

يلاحظ من البيانات الإحصائية المدونة في الجدول أعلاه، ويتضح أن الفئة الأكثر طلباً للعلاج والإستشفاء هي فئة المتزوجين، حيث بلغت نسبتهم 75.92% مقابل فئة العزاب التي جاءت بنسبة 16.67%، بينما جاءت نسب

الأرامل والمطلقين قليلة وقدرت بـ 4.44% و 2.97% وهذا قد يرجع أن تلك الفئة – المتزوجين – هي الأكثر تعرضا للمشكلات الصحية الناجمة عن متاعب الحياة الزوجية وأعبائها، فهم يتحملون المسؤوليات الاجتماعية ويتقيدون بأدوارهم كآباء أو أمهات تجاه عائلاتهم، ويزداد الأمر تعقيدا بعمل الزوجة وصراع الأدوار، كما أن المشكلات اليومية التي تحيط بالأزواج تعرضهم أكثر من غيرهم إلى الضغوط والاضطرابات النفسية.

- المستوى التعليمي:

يعتبر متغير المستوى التعليمي من المتغيرات الأساسية المرتبطة بالبيئة الاجتماعية والمؤثرة في مجال حماية الصحة العمومية وترقيتها وخطر الإصابة بمختلف الأمراض السائدة، حيث أظهرت عديد الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع من المجتمعات، فكلما ارتفع مستوى التعليم لدى الفرد ارتفع المستوى الصحي وانخفضت نسبة الإصابة بالمرض لديه، وبالعكس فإن المجتمعات المتخلفة هي المجتمعات التي يوجد بها مستوى صحي منخفض وتنتشر فيها الأمراض¹. ويؤثر أيضا على مدى تعاون أفراد المجتمع مع السلطات المعنية بحماية الصحة العمومية وترقيتها، وفي مساهمتهم لإنجاح برامج حماية الصحة والسيطرة على الأمراض أو الحد منها. والجدول الآتي: يوضح توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي.

الجدول رقم (31): توزيع المبحوثين (المرضى) حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرارات	المستوى التعليمي
46.67	126	أمي لا يجيد القراءة والكتابة
4.45	12	مستوى ابتدائي
22.22	60	مستوى متوسط
15.18	41	مستوى ثانوي
11.48	31	مستوى جامعي
100	270	المجموع

المصدر: السؤال رقم (04) في الاستمارة.

¹ محمود لله بيرامه السالك: المداخل السوسولوجية والإصابة بالمرض (دراسة نظرية في علم الاجتماع الطبي)،

بينت نتائج الدراسة بعد تفريغ البيانات، أن الفئة الأكثر طلباً للعلاج والاستشفاء بالمؤسسات الإستشفائية العمومية هي فئة الذين لا يعرفون القراءة والكتابة، حيث بلغت نسبتهم 46.67%، تليها نسبة تقدر بـ 22.22% لذوي المستوى التعليمي المتوسط، ثم ما نسبته 15.18% لأصحاب المستوى التعليم الثانوي، ثم فئة التعليم الجامعي والتي تقدر بـ 11.48%، كما نسجل نسبة ضعيفة لأصحاب المستوى الابتدائي و التي تقدر بـ 4.45%.

ما يمكننا قوله حول النسب المسجلة، أن المستويات التعليمية الدنيا هي التي قاربت نصف مجموع النسب المخوية الكلية، ما يؤشر على أن هذه الشريحة من المجتمع هي الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض ودخول المستشفى، وعلى أن هناك علاقة وثيقة موجودة بين المستوى التعليمي للأفراد وتدهور صحتهم، فكلما تدنى المستوى التعليمي للأفراد كلما زادت نسبة إصابتهم بالأمراض. فالأفراد ذوي المستويات التعليمية الدنيا هم أقل وعياً بمخاطر الإصابة بالأمراض وكيفية حماية صحتهم وهو ما يعد أحد العوامل التي تؤدي إلى تعطيل أو عدم نجاح خطط برامج حماية الصحة العمومية بالمجتمع. وهو ما أشار له الباحث روس Ross من خلال أبحاثه التي قام بها، توصل إلى أن الناس الذين يتمتعون بتعليم عالي يتمتعوا بصحة أفضل مقارنة مع من هم أقل تعليماً، فنتائج التعليم العالي تكون ذات آثار إيجابية على الصحة¹.

– منطقة الإقامة:

الجدول رقم (32): توزيع المبحوثين (المرضى) حسب منطقة الإقامة

منطقة الإقامة	التكرارات	النسبة %
حضرية	199	73.70
ريفية	71	26.30
المجموع	270	100

المصدر: السؤال رقم (05) في الاستمارة.

¹ عايد الوريكات: مرجع سابق، ص 70

نسعى من خلال هذه البيانات التي تم جمعها وتفرغها إلى معرفة منطقة إقامة المبحوثين، حيث يتضح لنا أن أغلبية المبحوثين وذلك بنسبة 73.70% يقيمون في المناطق الحضرية، بينما نجد ما نسبته 26.30% من المرضى يقيمون بالمناطق الريفية، وهذا يشير إلى أن الخدمات الصحية موجهة للجميع دون تمييز بين سكان الحضر و سكان الريف، لكن يبقى تأثير منطقة الإقامة في مدى قرب أو بعد المؤسسة الإستشفائية من مقر إقامة المريض، و مدى سهولة الوصول لها في الوقت المناسب.

__ الوظيفة:

إن الكشف عن الحالة المهنية التي يشغلها الفرد في المجتمع، تمكننا من التعرف على مؤشرات عديدة كمعدل الدخل، الذي هو بدوره يمثل محددًا لنوعية المسكن و مستوى المعيشي أيضا المكانة الاجتماعية والاقتصادية التي يشغلها الفرد في مجتمعه، كما أن ضعف الاستثمار الوطني في تنشيط الدورة الاقتصادية لبعث مناصب العمل من أجل تنمية شاملة توفر للفرد الصحة الجسدية والنفسية السليمة حتى يندمج في العملية التنموية كفاعل إيجابي (منتج)، لا كعائق متفاعل (مستهلك)، فاستفحال البطالة داخل المجتمع، دور حاسم في إفشال السياسة الصحية وإخفاق العديد من برامج حماية الصحة العمومية وترقيتها.

الجدول رقم (33): يوضح طبيعة الحالة المهنية للمبحوثين

النسبة %	التكرارات	الحالة المهنية
19.26	52	بطال
8.52	23	موظف
10.74	29	متقاعد
1.11	03	طالب
37.41	101	ربة بيت
22.96	62	عامل يومي
100	270	المجموع

المصدر: السؤال رقم (06) في الاستمارة.

من خلال بيانات هذا الجدول الذي يمثل توزيع المرضى حسب الحالة المهنية، تبين أن أعلى نسبة قدرت بـ 37.41% سجلت لحالة النساء الماكثات بالبيت، تاليها عامل يومي بنسبة تقدر بـ 22.96%، ثم جاءت حالة البطالين بنسبة تقدر بـ 19.26%، وبالمقارنة البسيطة تبدوا النسب المتبقية ضعيفة، تعلوها حالة متقاعد تقدر بـ 10.74%، ثم تأتي حالة موظف بنسبة تقدر بـ 8.52% وأخيرا حالة طالب بنسبة تقدر بـ 1.11%.

مما سبق ذكره، يمكن ملاحظة أن النساء الماكثات في البيت هن الأكثر تعرضا للمرض والدخول للمستشفى وطلب العلاج والاستشفاء، كون المرأة التي تعيش في المنزل تعيش كل الأحداث والمشكلات الأسرية الصعبة ومع الأفراد المحيطين بها، وأيضا قد يرجع إلى محدودية دخل الشهري لهذه الفئة نظرا لتوجهها لمؤسسة إستشفائية عمومية بدلا من الخاصة.

– مدة الإستشفاء

الجدول رقم (34): توزيع المبحوثين (المرضى) حسب مدة الإقامة بالمستشفى

النسبة %	التكرارات	مدة الإقامة في المستشفى
30	81	أقل من 5 أيام
52.96	143	من 5 إلى 10 أيام
17.04	46	أكثر من 10 أيام
100	270	المجموع

المصدر: السؤال رقم (07) في الاستمارة.

من خلال بيانات الجدول أعلاه الذي يمثل توزيع أفراد مجتمع البحث (المرضى) حسب المدة التي يمضيها المريض بالمستشفى، يتضح أن الذين أقاموا في المستشفى لأكثر من خمسة أيام جاءت بنسبة 52.96 %، وهي أعلى نسبة، تاليها فئة التي أقامت بالمستشفى لمدة أقل من خمسة أيام جاءت بنسبة 30 %، بينما المرضى الذين أقاموا لأكثر من 10 أيام بنسبة 17.04 %، وهي أقل نسبة. ومحاولة تحليل ذلك، يرجع حسب الحالة الصحية للمريض، فالطبيب يقرر بناء على ذلك مدة مكوث المريض بالمستشفى، والتي عادة ما تكون لصالحه.

الفصل السابع : تحليل وتفسير البيانات الميدانية للدراسة

تمهيد

أولاً: مدى تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق

الاجتماعية للصحة

ثانياً: مدى تضمن سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها مراعاة المحددات السوسيو_ثقافية للصحة

ثالثاً: مدى قدرة سياسات إصلاح النظام الصحي على تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري

رابعاً: عرض وتحليل المقابلات

1- عرض المقابلات التي أجريت مع بعض الأطباء و الممرضين

2- تحليل المقابلات التي أجريت مع بعض الأطباء و الممرضين

تمهيد:

يتم في هذا الفصل متابعة ما تم الانتهاء إليه في الفصل السابق من انشغالات أساسية للبحث يستوجب تسليط الضوء عليها بأكثر تفاصيل ممكنة، وذلك عبر تحليل البيانات الميدانية التي تم الحصول عليها وتفسيرها، لما في ذلك من أهمية كبيرة في البحث العلمي، على اعتبار أنه يوجه الباحث ليسلط بالتحليل والتفسير على بعض الحقائق والمعالم المهمة عن موضوع الدراسة، فضلا عن أنه يثري حلقة النقاش العلمي ويحقق الترابط والتجانس مع البعد النظري للبحث (الفصول السابقة).

وضمن هذا السياق، سنعمد إلى تحليل وتفسير البيانات التي تم الحصول عليها ميدانيا، والتي تتمثل في النقاط التالية:

- مدى تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق الاجتماعية للصحة.

- مدى تضمن سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها مراعاة المحددات السوسيو_ثقافية للصحة.

- مدى قدرة سياسات إصلاح النظام الصحي على تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري.

بالإضافة، إلى محاولتنا إجراء مقابلات مع بعض أعضاء الطاقم الطبي و الشبه الطبي من الأطباء والمرضين، والذين يحتك بهم المريض مباشرة أثناء مدة استشفائه بالمؤسسات الصحية محل الدراسة الميدانية، وذلك بعرض تلك المقابلات ثم تحليلها.

أولاً: مدى تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق الاجتماعية

للصحة

في البداية لابد لنا من التذكير بأن الأنظمة الصحية في مختلف المجتمعات تواجه عدة قضايا رئيسة، حول نوعية الخدمات الصحية، وتحسين مستوى أداء هذه الخدمات وتغطية كلفتها المالية المتزايدة، وللتعامل مع هذه القضايا وظفت الدول استراتيجيات مختلفة، وقد أدركت الكثير من دول العالم وبشكل خاص الدول المتقدمة أن المشكلة الحقيقية التي تواجه أنظمتها الصحية رغم ما عرفته من سياسات إصلاح وتعيق تحقيق تنمية صحية بها، ليست تتعلق فقط بمشكلة إمكانات وموارد وبكيفية توظيف والاستخدام الأمثل لهذه الموارد المتاحة بالإضافة إلى المشاكل الإدارية والتنظيمية، إنما حول كيفية توفير رعاية صحية تغطي احتياجات المجتمع الصحية المختلفة والمتزايدة بشكل يحد من اللامساواة الصحية، ويتيح لكل فرد الحق في التمتع بصحة جيدة دون أي تمييز.

و يستفاد في هذا الإطار، أهمية دور النظام الصحي في تحسين مستوى الوضع الصحي العام للسكان وعلى ضرورة تنفيذ إصلاحات السياسة الصحية الرامية إلى التكيف مع التغيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية، في إطار خطة وطنية واضحة المعالم لأهدافها وتوجهاتها ووظائفها الوقائية والعلاجية تتلاءم مع نمط المرض السائد في المجتمع، تهدف إلى القضاء على الأمراض ورفع المستوى الصحي وتقلص حجم التفاوت الاجتماعي في ميدان الصحة، وتحقيق تكافؤ الفرص في الحصول على فرص الوقاية والعلاج بين مختلف الطبقات الاجتماعية المشكلة للمجتمع. خاصة إذا علمنا أن الجزائر ورثت نظاما صحيا متمركزا بالأساس في كبريات المدن، مما خلق فوارق اجتماعية كبيرة في ميدان الصحة.

وتبدأ في الواقع نجاعة هذا الدور (تقليص حجم التفاوت الاجتماعي في ميدان الصحة) المنتظر من سياسات إصلاح

النظام الصحي من توفير تأمين صحي لأفراد المجتمع.

الجدول رقم (35): يوضح مدى تمتع المرضى بالتأمين الصحي والاستفادة منه

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة البدائل
70.37	190	نعم
29.63	80	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 08)

التأمين الصحي يكفل أعلى حد ممكن من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الصحية، كما يعد التأمين الصحي أيضا آلية من آليات التكافل الاجتماعي لتحقيق شمولية التغطية السكانية والخدمات الطبية لكافة شرائح المجتمع بجميع فئاتهم العمرية ومقدراتهم الاقتصادية وتركيباتهم الاجتماعية وأحوالهم الصحية المتباينة لتحقيق التكافل والعدالة والمساواة في المجتمع، وهو وسيلة لتخفيض العبء المالي عن المتفعين به، لهذا حاولنا من خلال هذا الجدول معرفة ما إذا كان للمبحوثين تأمين صحي والاستفادة منه وقد جاءت النتائج كالتالي:

صرح أغلبية المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة أن لهم تأمين صحي وذلك بنسبة 70.37% وهم يستفيدون منه، بينما صرح ما نسبته 29.63% من المرضى أن ليس لديهم تأمين صحي. أين استفاد قطاع الضمان الاجتماعي الجزائري في السنوات الأخيرة من أنظمة عمل حديثة سهلت على المستفيدين من خدماته مهمة دفع واسترجاع مستحقاتهم دون الوقوف لساعات طويلة في الطوابير، وتتمثل هذه الآليات في البطاقة الالكترونية بطاقة الشفاء، حيث عرفت خدمة بطاقة الشفاء كبطاقة للتأمينات الاجتماعية توسعا كبيرا بسبب إقبال المؤمنين على الخدمة الجديدة وذلك لسهولة استعمالها ومزاياها العديدة، فمثلا تحول الدفتر الذي كان يمنح للمصابين بأمراض مزمنة

إلى بطاقة آلية يتعاملون بها مع الصيدلي، كما تسهل عمل الصيدلي بخصوص التعويضات التي يدفعها صندوق الضمان الاجتماعي نيابة عن المرضى في استعمال بطاقة الشفاء.

يتبين لنا أن نسبة الذين لديهم تأمين صحي بالمقارنة مع الذين ليس لديهم تأمين صحي مرتفعة عموماً وهو يعكس جهود الدولة الجزائرية في هذا المجال (70.37% مقابل 29.63%)، وذلك بامتلاكهم للبطاقة الإلكترونية "الشفاء"، الأمر الذي ساعدهم في التخفيف من أعباء تكاليف الرعاية الصحية خاصة فاتورة اقتناء الأدوية (يستفيدون من تعويضات تصل إلى 80%) وتكون مجانية بالنسبة للأشخاص البطالين والذين يعانون من أمراض مزمنة على أن تكون هذه الأدوية خاصة بالمرض المزمن المصاب به، مع أنه ليس لهم الحق في كل الأدوية، فهذه الفئة مدعمة من طرف الدولة الجزائرية، خاصة إذا علمنا أن نسبة معتبرة من المبحوثين بطالين ويعانون من أمراض مزمنة، أما الذين صرحوا بأن ليس لديهم تأمين صحي والتي قدرت بنسبة 29.63%، وهي نسبة يمكن عدها معتبرة. وحسب المعلومات التي جمعناها أثناء مقابلتنا معهم عن سبب ذلك، إلى كونهم بطالين فهم لا يعملون من جهة، ومن جهة أخرى الكثير منهم يعاني من أمراض مزمنة ولم يحصلوا على شهادة صادرة من البلدية ليتقاضوا منحة جزافية شهرية تقدر بـ3000 آلاف دينار جزائري، ليحصل بعد ذلك على بطاقة الشفاء، وهؤلاء الفئة ما اصطلح عليهم بمرضى مزمن ذوي الحقوق وهو المريض المصاب بمرض مزمن غير مؤمن أي ليس له تأمين اجتماعي، ولكن له الحق في الاستفادة من الدواء الخاص بالمرض المصاب به، وليس له الحق في كل الأدوية، بعد أن يستفيد هذا المريض من شهادة إثبات صادرة من البلدية التي يقطنها مع شهادة طبية تثبت أن هذا الأخير مصاب بمرض مزمن.

الجدول رقم (36): يبين طريقة التحاق المريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
24.07	65	بتوجيه من طبيب خاص
63.71	172	بتوجيه من مصلحة الاستعجالات
12.22	33	بتوجيه من مستشفى الولاية التي تقطن بها
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 09)

نهدف من هذا الجدول إلى معرفة ما إذا كان المبحوثين قد اختاروا الالتحاق بالمؤسسة الصحية المتواجدين بها أم أنه هناك ظروف حتمت عليهم ذلك، حيث نجد 24.07% من المرضى تم توجيههم من طبيب خاص وبأن حالتهم الصحية تتطلب الدخول للمستشفى، بينما المرضى الذين صرحوا بأنهم التحقوا بها بناء على توجيه من مصلحة الاستعجالات، وأن حالتهم الصحية متدهور تتطلب ذلك، هي النسبة الأكبر والتي قدرت بـ 63.71%، بينما الذين صرحوا أن دخول المؤسسة الصحية الذين يتواجدون بها حالياً بتوجيه من مستشفى البلدية التي يقطنون بها أين تم تحويلهم، والتي جاءت بنسبة 12.22% .

الجدول رقم (37): يبين مدى قرب المؤسسة الصحية من مقر سكن المريض

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
73.70	199	نعم
26.30	71	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 10)

تعتبر المؤسسة الصحية أبرز مكونات النظام الصحي والعاكسة لأدواره المرتبطة أساساً في الاستجابة للاحتياجات الصحية المشروعة للسكان، فتطور عدد المؤسسات الصحية وحدها لا تكفي لتحقيق العدالة الصحية إنما يرتبط أيضاً بعدالة توزيعها بين مختلف جهات الوطن، فالمنظومة الصحية الجزائرية تواجه تحدي القضاء على التفاوت الموجود بين عرض المؤسسات الصحية لفرص الوقاية والعلاج وبين الطلب المتزايد على الوقاية والعلاج، أيضاً مدى قدرتها على تحقيق التوزيع العادل لهذه الفرص.

وبذلك، يعد مدى قرب أو بعد المؤسسات الصحية من المواطن من المؤشرات التي تدل على مدى وجود الفوارق الاجتماعية للصحة، حيث صرح أغلب أفراد العينة بنسبة قدرت بـ 73.70% بأن المؤسسة الصحية المتواجدين بها تعتبر إلى حد ما قريبة من مقر سكنهم، كون يقطنون بالمدينة أين تتواجد هذه المؤسسة الصحية، بينما صرح ما نسبته 26.30% أن المؤسسة الصحية التي يتلقون بها العلاج والإستشفاء تعتبر بعيدة عن مقر سكنهم، وهذا يرجع أن هؤلاء أصلا يقطنون خارج المدينة أي بالأرياف، كما صرح العديد منهم أن هناك - أين يقطنون - مؤسسة إستشفائية عمومية لكن حالتهم الصحية المتدهورة تطلبت نقلهم إلى مستشفى آخر بالمدينة. وهو ما يعكس جهود الدولة الجزائرية الرامية إلى رفع مستوى التغطية الصحية، و التقليل من الفوارق الاجتماعية في ميدان الصحة، وسعيا منها في تجسيد حق المواطن في العلاج المنصوص عليها في الميثاق والدستور.

الجدول رقم (38): يبين إذا كان حصول المريض على العلاج والاستشفاء قد استغرق وقت طويل

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	إذا كانت الإجابة بـ لا هل يعود ذلك إلى: المحابة والواسطة	ت	%
لا	99	36.67	نعم	99	100
			لا	00	00
نعم	171	63.33	/	/	/
المجموع	270	100	المجموع	99	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 11 و12)

إن الطلب على الخدمات الصحية لا يتطلب التأجيل، فضلا عن ضرورة الصحة للجميع وعدم خصوصيتها لفئة دون أخرى. حيث توضح بيانات الجدول أعلاه، أن أغلب المرضى استغرق حصولهم على العلاج والإستشفاء بالمؤسسات الصحية المتواجدين بها وقت طويلا إلى حد ما الذي جاء بنسبة 63.33%، بينما ما قدره 36.67% من المرضى صرحوا أن حصولهم على العلاج والاستشفاء بالمؤسسة الصحية لم يستغرق وقت طويل، وهذا يعود حسب

تصريحاتهم إلى الواسطة والمحابة، وهو ما يؤشر أن للواسطة والمحابة تلعب دورا في الاهتمام بالحالة المرضية للأفراد المتواجدين بالمؤسسات الصحية التابعة للقطاع العمومي، كما يعكس لنا دور العلاقات غير الرسمية المتبعة في الحصول على الخدمات العلاجية بقطاع الصحة العمومي، وهذا يدعوا إلى ضرورة الاهتمام بدراسة وبحث العلاقات الرسمية وغير رسمية في الحصول على الخدمات العلاجية بالقطاع العمومي، نظرا لعلاقتها بالمنطق الاجتماعي العام المتبع من قبل المجتمع الجزائري الذي يسيطر عليه منطق الممارسات غير رسمية.

الجدول رقم (39): يبين إن كان أحد العاملين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية من معارف المريض

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بنعم هل هو:	ت	%
نعم	99	36.67	طبيب	28	28.28
			ممرض	22	22.23
			يعمل في الإدارة	10	10.10
			زملاء	17	17.17
			حارس	12	12.12
			عامل نظافة	10	10.10
لا	171	63.33	/	/	/
المجموع	270	100	المجموع	99	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 13 و 14)

جاء هذا الجدول لتوضيح ما إذا كان أحد العاملين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية من معارف المريض، وتحصلنا

على النتائج التالية:

جاءت أكبر نسبة لدى المرضى الذين ليس لديهم معارف يعملون بالمستشفى المتواجدين بها وهي تقدر بـ 63.33%، أما نسبة الذين صرحوا بأن لديهم معارف يعملون بالمستشفى المتواجدين بها فتقدر بـ 36.67%، وهي أقل بكثير من نسبة الذين ليس لديهم معارف. كما أن أغلب هؤلاء المعارف أطباء بنسبة 28.28%، و ممرضين

بنسبة 22.23 %، تاليها الأصدقاء بنسبة 17.17 %، لتتقارب نسبة وجود معارف المريض عندما يتعلق الأمر بحارس أو عامل نظافة (12.12 %، 10.10 %)، أما وجود معارف المريض ممن يعمل بإدارة المستشفى جاءت بنسبة 10.10 %.

إن وجود أحد المعارف بالمستشفى قد يكون حافزاً للمريض للالتحاق بها، لأن وجود أحد معارف قد يسهل للمريض الحصول على موعد أو سرير بسرعة وبدون التعرض إلى العراقيل البيروقراطية، كما أنه قد يدخل الاطمئنان في نفسية المريض، وبأنه سوف يتلقى رعاية صحية مقبولة ولن ينقصه شيء، وبالرغم من أن المستشفى مؤسسة عمومية لا بد من أن تكون هناك مساواة وعدالة اجتماعية في الحصول على فرص الرعاية الصحية الجيدة، إلا أنه يبدو أن للوساطة والمعارف دور.

الجدول رقم (40): يبين مدى اهتمام العاملين بالمرضى بالنظر إلى وضعهم الاجتماعي

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
35.93	97	نعم
64.07	173	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 15)

توضح لنا المعطيات الوارد في الجدول أعلاه، إذا كان العاملون من أفراد الطاقم الطبي أو الشبه الطبي بالمؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة، يهتمون بالمرضى الذين يسهرون على رعايتهم بالنظر إلى وضعهم الاجتماعي أو لا. فنجد ما نسبته 64.07 % من المرضى صرحوا بأنهم يتلقون رعاية صحية من طرف الأطباء والمرضى دون أن يهتم كلاهما بوضعهم الاجتماعي، بينما صرح عديد المرضى خلاف ذلك أي أن الأطباء والمرضى يهتمون بالوضع الاجتماعي للمريض ويتعاملون معهم على أساسه، ذلك بنسبة تقدر بـ 35.93 %.

الجدول رقم (41): يبين إمكانية التكلم مع المرضى باللغة و باللهجة التي يعرفونها

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
88.52	239	نعم
11.48	31	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 16)

تعتبر العلاقة الاجتماعية التي تنشأ بين الفريق العلاجي (الطبي، الشبه الطبي) والمريض من العوامل المساعدة على شفاء المريض وشعوره بالراحة النفسية أثناء تواجده بالمستشفى، فالفريق العلاجي الذي يظهر اهتمامه وتعاطفه مع المريض، اجتماعي ويبعث الثقة والأمل في المريض، كثيراً ما تكون له نتائج علاجية جيدة. و ما كشفتنا لنا معطيات الجدول أعلاه، أن الفريق العامل بالمؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة من أطباء وممرضين يقومون بمحادثة المريض عن حالته الصحية باللغة التي يعرفها وما يجب القيام به من تناول للأدوية ومواعيدها وتمارين رياضية مساعدة على الشفاء من مرضه وحماية صحته خاصة المصابين بأمراض مزمنة كالسكري نوع النظام الغذائي الذي يجب أن يتبعه وإبداء العديد من النصائح الصحية ومتى يسمح لهم مغادرة المستشفى، والتي جاءت بنسبة 88.52%، وهو من شأنه أن يضفي الطابع الإنساني للعلاقات السائدة في المستشفى وهو ما يسمى بأنسنة المستشفيات، مما يخفف من معاناة المريض البعيد عن أسرته وقلقه وتوتراته وتجعله يشعر بالارتياح أثناء إقامته بالمستشفى، بينما الذين صرحوا بأنه لا يتم شرح حالتهم الصحية جاءت بنسبة 11.48% من مجموع المرضى، والذي قد يرجع ذلك حسب ما لاحظناه هو كبر سن هؤلاء الفئة أين أصبح فهم وسمعمهم ثقيلًا، إضافة إلى تدني مستواهم التعليمي مما صعب الأمر على الفريق الطبي والشبه الطبي التواصل معهم.

الجدول رقم (42): يبين إن كان المريض يفضل الاستشفاء والعلاج في عيادة خاصة بدل العمومية والسبب

الإجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بنعم لماذا إذن توجهت للمؤسسة الصحية العمومية؟	ت	%
نعم	201	74.44	تكاليف العيادة الخاصة جد مرتفعة	92	45.77
			إمكانياتي المادية لا تسمح	109	54.23
لا	69	25.56	/	/	/
المجموع	270	100	/	201	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 17 و 18)

مما لا شك فيه أن سماح الدولة الجزائرية للعيادات الطبية الخاصة بالظهور والعمل جاء لكي يدعم الفعل العلاجي على المستوى الوطني - بعدما كان محتكرا ولفترة من طرف القطاع الصحة العمومي - وبشكل يكون في حالة تكامل وظيفي مع القطاع العمومي، يبدو أن هذا لم يتحقق، فأغلب المرضى يفضلون العلاج بالعيادات الخاصة والتي جاءت بنسبة كبيرة لتقدر بـ 74.44% من مجموع المرضى، لذلك لعدة أسباب منها ما يتعلق أن الرعاية الصحية المقدمة هناك أفضل بكثير من العمومي، و لوجود اهتمام كبير براحة المريض ومستوى النظافة العام بها جيد جدا وذلك حسب ما صرح به الكثير منهم أثناء إجراء المقابلة معهم، كما صرحت أيضا أن سبب عدم التحاقها بالعيادة الخاصة هو أن إمكاناتهم المادية لا تسمح لهم نظرا لضعف دخلهم في المقام الأول والتي جاءت بنسبة 54.23% تاليها تكاليفها المالية المرتفعة بنسبة 45.77%، بينما الذين صرحوا أنهم يفضلون العلاج بالمؤسسة الصحية العمومية قدرت نسبتها بـ 25.56% وهي نسبة تقل كثيرا عن النصف.

مما يسمح لنا بالقول، أن ظهور العيادات الطبية الخاصة وأعدادها المتزايد، ما يعني أنها عرفت توسعا كبيرا في نشاطها، كما أن توفر العديد منها على الإطارات الطبية المتخصصة، واهتمامها بتحسين خدمات الصحة التي تقدمها بشكل مستمر وفقا لاحتياجات المريض، الأمر الذي لم تواكبه المؤسسات الصحية العمومية التي أصبحت تعاني من هجرة الكثير من إطاراتها الطبية خاصة ذات الكفاءة المهنية والمتخصصة نحوه، الأمر الذي نجم عنه ازدياد فجوة التفاوت بين الأشخاص في الحصول على الخدمات الصحية، فالذي يملك نقودا يتوجه إلى العيادات الطبية الخاصة أين يتلقى رعاية صحية جيدة، والذي يفتقر لذلك يكون مجبرا للتوجه نحو المؤسسات الصحية العمومية، في حين لا بد من توفر رعاية صحية تحظى بالقبول في كلاهما (العام والخاص)، لتبقى الحرية للمواطن في الوجهة التي يريد.

الجدول رقم (43): يبين إن كان المريض سبق وأن أجرى عملية جراحية وأين أجراها؟

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بنعم أين أجريتها؟	ت	%
نعم	94	34.81	ب - مستشفى عمومي	21	22.34
			عيادة طبية خاصة	73	77.66
لا	176	65.19	/	/	/
المجموع	270	100	المجموع	94	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 19 و 20)

تكشف لنا المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن هناك عديد المرضى ممن أجروا عمليات جراحية والتي كانت بنسبة 34.81 % من مجموع المرضى المتواجدين بالمستشفيات محل الدراسة، منهم فقط 22.34 % أجرى العملية على مستوى مستشفى عمومي، وهي نسبة ضئيلة، بينما نجد الأغلبية أجروا عملياتهم الجراحية في عيادة طبية خاصة، والتي جاءت بنسبة 77.66 % وهي نسبة يمكن عدّها كبيرة جدا، ويعود سبب ذلك كما توضحه بيانات الجدول التالي رقم (44):

- حسب تصريحات المرضى أن عملياتهم كانت معقدة ويرونها تتجاوز إمكانيات المستشفى المقيمين بها ولضمان نجاحها فضلوا إجرائها بعيادة خاصة أين وجدوا عناية ومعاملة جيدة جاءت بنسبة تقدر بـ 46.57%، وأنهم اضطروا حتى لاقتراض النقود من أجل العملية لإجرائها بالقطاع الخاص، ومنهم من صرح أنه في كل مرة يتم تأخير العملية لذا قرر القيام بها في عيادة خاصة وذلك بنسبة 38.35%، أما نسبة الذين صرحوا أنهم أجروا عملية جراحية بالعيادة الطبية الخاصة بعدما تقرر إرسالهم لمستشفى آخر وبأنهم وجدوا أنفسهم بين أخذ ورد وفي تنقل من مستشفى لآخر جاءت بـ 15.08%. والجدير بالإشارة أن كل الذين أجروا عملياتهم الجراحية بالمستشفى العمومي التي تواجدون بها كان ضروريا وبطلب من قسم الاستعجالات، وهي عمليات تتعلق بنزع الزائدة الدودية أو المرارة.

الجدول رقم (44): يبين سبب إجراء المريض لعملياته بالمستشفى العمومي أو بالعيادة الخاصة

إجابات أفراد العينة	ت	%	سبب إجرائها	ت	%
أجريتها - بمستشفى عمومي	21	22.34	بمستشفى عمومي	/	/
			لأن - حالتي كانت مستعجلة	21	100
			المجموع	21	100
أجريتها - بعيادة طبية خاصة	73	77.66	بعيادة طبية خاصة	/	/
			-لضمان نجاحها والعناية الجيدة	34	46.57
			- التأخير المستمر لعمليتي	28	38.35
			- إرسالي لمستشفى آخر	11	15.08
			المجموع	73	100
المجموع	94	100	المجموع	94	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 21)

ثانيا: مدى تضمن سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها مراعاة المحددات السوسيو- ثقافية للصحة

إن تحقيق تنمية صحية وترقية المستوى الصحي العام للسكان في أي بلد من بلدان العالم، لا يتوقف على ما تمتلكه و تتوفر عليه من الهياكل الصحية وأحدث التجهيزات الطبية والكفاءات الطبية وإن كانت متخصصة، رغم أهمية ذلك في مواجهة المشكلات الصحية، وإنما ترتبط أيضا بدرجة تقدم المجتمع بمختلف أنساقه الفرعية المكونة له وتطوره، فهناك علاقة وثيقة بين مستوى تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض ومستوى التنمية المجتمعية، فارتفاع مستوى معيشة أفراد المجتمع وزيادة درجة وعيهم بمظاهر الصحة وعوامل المؤدية لخطر الإصابة بالأمراض، وأسس التغذية الصحية وحماية البيئة وغيرها، من العوامل التي تساعد على مقاومة العديد من الأمراض وتحسن أوضاعهم الصحية. فلا بد من أن تتضمن سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها وأن تراعي مختلف محددات الصحة (الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية).

إن الصحة لا تنحصر في جانبها البيولوجي فقط بل تعدد إلى الجانب الاجتماعي، الثقافي والاقتصادي والبيئي، من خلال العلاقة القائمة بين نمط العيش وشروط الحياة وطبيعة الأمراض المتواجدة ومعدلاتها، كذلك من خلال التصور الاجتماعي للمرض وطرق معالجته، كما أن الصحة لا تعني الخلو من المرض فهي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا ونفسيا حسب تعريف قدمته المنظمة العالمية للصحة، ما يوحي أن مسؤولية الصحة تقع على عاتق قطاعات كثيرة علاوة على قطاع الصحة، وهو مبرر كافٍ يدعوا إلى ضرورة إشراك كل أنساق المجتمع (قطاعات) وتكامل جهودها بشكل يجعل من الصحة جزءا لا يتجزأ من التنمية ويحسن نوعية الحياة.

الجدول رقم (45): يوضح توزيع المبحوثين حسب الدخل

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
67.41	182	أقل 18000 دج
17.03	46	[18000 دج - 25000 دج]
8.51	23	[26000 دج - 33000 دج]
4.09	11	[34000 دج - 41000 دج]
2.96	08	أكثر من 42000 دج
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 22)

لقد دلت العديد من الدراسات على أن هناك علاقة بين ارتفاع معدل الوفيات في الدول النامية وارتفاع معدل السكان الذين تعجز دخولهم عن الوفاء بحاجاتهم الضرورية. فعندما يكون الدخل ضعيفا يؤدي إلى انتشار الفقر وارتفاع معدلاته وهو ما سيكون له آثار سلبية على الصحة.

تبين المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن الفئة التي دخلها أقل من 18000 دج بلغت 67.41 % وهي أعلى نسبة، ما يوحي بمدى ضعف دخل المواطن الجزائري، تاليها الفئة التي دخلها يتراوح ما بين [18000 دج - 25000 دج] جاءت بنسبة 17.03 % وتشكل نسبة ضعيفة، وأيضا الفئة التي دخلها يتجاوز 42000 دج جاءت هي بدورها ضعيفة جدا لتقدر بنسبة 2.96 % .

الجدول رقم (46): يبين رأي المبحوثين حول أي جانب أكثر استهلاكاً للدخل

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
22.59	61	المأكل
18.52	50	الملبس
29.26	79	المسكن
15.19	41	الصحة
14.44	39	التعليم
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 23)

احتياجات الأسرة كثيرة ومتزايدة، يبدو أن المسكن أكثر استهلاكاً للدخل بنسبة 29.26%، وهو أمر منطقي إذا عرفنا أن الكثير من أفراد مجتمع بحثنا لا يملكون بيتاً خاص بهم، ويدفعون شهرياً مبلغاً من دخلهم لتسديد الإيجار الذي هو في تزايد، ثم المأكل كثاني جانب أكثر استهلاكاً للدخل بنسبة 22.59%، والملبس بنسبة 18.52% والصحة بنسبة 15.19%، التعليم بنسبة 14.44%. تكشف لنا المعطيات أن السكن اللائق لحياة كريمة مازال حلم الكثير من الجزائريين، فرغم الجهود التي تبذلها الدولة الجزائرية و مختلف الصيغ السكانية التي وضعتها لحل أزمة السكن لكن يبدو أنها مازالت قائمة. وجاء التعليم كأقل نسبة لاستهلاك الدخل، لعل هذا يرجع إلى مجانيته في كل الأطوار التعليمية.

الجدول رقم (47): يبين ما إذا كان دخل أسرة المريض يكفي لسد حاجاتها

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
30.74	83	نعم
69.26	187	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 24)

من العوامل الاجتماعية المؤثرة على قضايا الصحة والمرض في المجتمع نجد الأسرة، للأسرة دور إيجابي في الصحة والمرض، فالتمتع بالصحة الجيدة أو الإصابة بالمرض قد تكون أحد مسبباتها الأساسية هي الأسرة، حيث تعتبر الأسرة اللبنة الأولى المكونة مع مثيلاتها للمجتمع وتحدد ملامح هذا المجتمع مستقبلا حسب العلاقة ونمط الحياة في الأسرة الواحدة ومن ثم عند باقي الأسر وعملية التفاعل مع المجتمع والانخراط والتأثير والتأثر من أهم عوامل تقدم المجتمع وتطوره، وللأسرة مهام كثيرة لعل أبرزها الإنفاق المالي، فمن مسؤوليات الأسرة تأمين النواحي الاقتصادية لأفرادها، كما أن المستوى الاقتصادي للأسرة دور في مدى قدرتها على الإيفاء باحتياجاتها خاصة الصحية. إن المرضى المستجوبين يعيشون مع أسرهم، وقد يلعب بها المريض دور الزوج أو الأب المعيل، الابن أو البنت، وحاولنا من خلال هذا الجدول معرفة ما إذا كان دخل أسرة المريض يكفي لسد حاجياتها، فهناك أسر يعمل بها شخص واحد وقد يكون المريض نفسه أو زوج المريضة أو أب المريضة، وقد تكون الزوجة ربة البيت هي المريضة، وكانت النتائج كالآتي:

- صرح أغلبية المرضى أكثر من النصف بأن دخلهم لا يكفي لسد حاجياتهم المختلفة والمتزايدة وقدرت نسبتهم بـ 69.26% من مجموع المرضى المتواجدين بالمستشفيات العمومية محل الدراسة، ثم تنخفض لدى الذين صرحوا بأن دخلهم يغطي حاجاتهم ومصاريفهم لتصل إلى ما نسبته 30.74%، ومحاولة تحليل تلك المعطيات الإحصائية المتوصل نجد أن ما نسبته 30.74% يمكن أن نعتبرها قليلة ممن صرحوا بأن دخلهم يكفي لسد حاجاتهم وهذا نظرا لارتفاع معدل دخلهم عموما وأيضاً لامتلاكهم بعض العقارات التي ورثوها عن أهلهم كمصدر آخر للدخل وهذا حسب تصريحاتهم أثناء المقابلة، بينما نجد نسبة كبيرة 69.26% صرحوا بعدم كفاية دخل الأسرة للإيفاء بالحاجيات الأساسية، وتكشف لنا عن مدى تدهور المستوى الاقتصادي لأسر هؤلاء المرضى المتواجدين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة وهذا نظرا لضعف دخلها، وأيضاً لعدد أفراد أسرتها أين أكد الكثير من المرضى أن التكاليف تتزايد عندما يكون أفراد الأسرة من الأطفال الصغار هذه الفئة لها خصوصيتها واحتياجاتها، وهو ما سوف ينعكس بدوره على مستواها الاجتماعي، فتدني المكانة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة المرتبط بشكل أساسي بانخفاض كلا من مستوى الدخل ومستوى التعليم لأفرادها يؤدي إلى التعرض للضغوط الحياتية التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى الأمراض وقلة عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها الفرد.

إن معرفة المستوى المعيشي للسكان الذين يقطنون منطقة جغرافية معينة، يعد مطلباً ضرورياً لإنجاح برامج حماية الصحة العمومية وترقيتها، فالمرض وعلاجه مجرد عمليات بيولوجية في ظاهرها، أما كيف يصيب المرض الفرد وأي أنواع المرض هي التي تصيبه ومعدل انتشاره بين باقي أفراد ذلك المجتمع، فهي ترجع بشكل أساسي إلى عوامل اجتماعية وثقافية ومنها المستوى المعيشي. حاولنا من خلال هذا الجدول معرفة المستوى المعيشي لهؤلاء المرضى (حسب تقييمهم)، وتحصلنا على ما يلي:

الجدول رقم (48): يبين تقييم المبحوثين لمستواهم المعيشي

الاحتمالات	إجابات أفراد العينة	التكرارات	النسبة %
جيد	00	00	00
مقبول	102	37.78	
متدني	168	62.22	
المجموع	270	100	

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 25)

صرح العديد من المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة حسب ما تعكسه المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، بأنهم يرون بأن مستواهم الاجتماعي متدني بنسبة تقدر بـ 62.22 % وهي نسبة جد مرتفعة تجاوزت النصف، بينما المرضى الذين صرحوا بأن مستواهم المعيشي يعد مقبولا جاءت بنسبة 37.78 %، أما نسبة الذين يرون بأن مستواهم المعيشي جيد منعدمة. وهو ما يوحي بمدى تدهور المستوى المعيشي لهذه الفئة. تحليل ذلك يقودنا للحديث عن إستراتيجية التنمية الاقتصادية في الجزائر والتي عرفت العديد من الإصلاحات وأقل ما يمكن أن يقال عنها أنها لم تحقق النتائج المرجوة منها كما كان مخططا، والتي طغى عليها الطابع السياسي بعيدا عن منطق الفعالية الاقتصادية، هذه الإصلاحات التي لم تكن وليدة دراسات معمقة فكانت بمثابة وصفات علاجية لحل المشاكل الآنية، مما حال دون

تحقيقها لأهدافها، فلم تحسن من المستوى المعيشي للمواطن الجزائري، أين عرف تدهورا كبيرا بعد تطبيق برنامج التعديل الهيكلي، هذا الأخير -برنامج التعديل الهيكلي- الذي كان له تأثيرا سلبيا على الجبهة الاجتماعية، ويعود ذلك أساسا إلى تدهور الحد الأدنى من السياسة الاجتماعية التي كانت توفرها الدولة الجزائرية بتخفيض الإنفاق الحكومي العام وارتفاع أسعار المواد الاستهلاكية ورفع الدعم عنها، وحتى بعد الشروع في تطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي أعلن عنه في 2005 والمتزامن مع ارتفاع أسعار النفط في السوق الدولية -المصدر الرئيسي للتمويل للتنمية المجتمعية- حيث تحسنت وتيرة النمو الاقتصاد الوطني وشهدنا انجاز العديد من المشاريع الضخمة كالطريق السيار شرق - غرب، انجاز عدد كبير من السدود وتحديد شبكات التزود بالمياه الصالحة للشرب ومحطات لحلية مياه البحر، وبناء الآلاف من الوحدات السكنية الاجتماعية، لكن الانخفاض الكبير لأسعار البترول في السوق الدولية منذ سنة 2013 واستمرارها لغاية سنة 2018 يرهن بمحمل المشاريع التنموية، ومنها عودة تراجع المستوى المعيشي للسكان وتدهورها، حيث مازال الاقتصاد الجزائري يعاني من فجوات واختلالات، فلم يستطع إلى اليوم تحقيق الاكتفاء الذاتي والاستغناء عن الاستيراد والتخلص من التبعية المطلقة للنفط -اقتصاد ريعي- .

الجدول رقم (49): يبين ما إذا كان المرضى يخصصون مبلغا معيناً لاحتمال الإصابة بمرض ما

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
30.74	83	نعم
69.26	187	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 26)

عادة ما يحتاط الإنسان ضد حوادث الحياة المختلفة التي قد تصادفه والتي لا تحتمل التأجيل خاصة إذا تعلق الأمر بالحياة أو الموت، وذلك من خلال تخصيص مبلغ من المال، حاولنا من خلال هذا الجدول معرفة ما إذا كان المرضى يخصصون مبلغا معيناً لاحتمال الإصابة بمرض ما، وتحصلنا على ما يلي:

صرح الأغلبية من المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة بنسبة قدرت بـ 69.26% أنهم لا يخصصون مبلغا معيناً من المال احتمالاً للإصابة بمرض ما، وهي تقريبا النسبة نفسها التي صرحت بعدم كفاية دخل أسرهم لحاجياتها، بينما صرح ما نسبته 30.74% من مجموع المرضى بأنهم يخصصون جزءا من دخلهم لاحتمال الإصابة بمرض ما، وهي تقريبا النسبة نفسها التي صرحت بكفاية دخلهم لاحتياجاتهم.

إن تخصيص مبلغ معين لاحتمال الإصابة بمرض ما، فإنما يدل هذا على أن الفرد الجزائري لديه نظرة مستقبلية وهو يحتاط لحالات المرض، الذي لا يعرف يقع في أي وقت، ليكون الاحتمال أكبر مع التقدم في السن، كما أن هذا لا يعني بالضرورة أن الذين لا يخصصون مبلغ من المال ويدخرونه لاحتمال لحالات المرض وتغطية تكاليفه، ليست لديهم هذه النظرة المستقبلية لكن ظروفهم المادية لا تسمح لهم بالاحتياط، وخاصة في ظل الظروف الاقتصادية التي تمر بها الدولة الجزائرية واستمرار تهاوي أسعار البترول في السوق الدولية، وسياسة التقشف التي اتبعتها الجزائر وما صاحبه من تدهور للقدرة الشرائية.

الجدول رقم (50): يبين مدى قدرة أسرة المريض على توفير مصاريف العلاج

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
18.52	50	دائما
16.30	44	أحيانا
65.18	176	نادرا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 27)

للمرض تأثير على الأسرة، فيزيد من أعبائها من الناحية الاقتصادية خاصة إذا كان المرض خطيرا أو مرض طويل الأمد في العلاج ويحتاج المريض أحيانا إلى نفقات مالية تفوق قدرة الأسرة على تحملها أو توفيرها، مما يخلق لدى الأسرة أزمة اقتصادية خانقة، أما من الناحية الاجتماعية، فقد تضطرب العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة، كانشغال الأسرة في علاج المريض والتفرغ له كأن تترك الأم وظيفتها لذلك.

يتضح من بيانات الجدول أعلاه، أن المرض مازال يشكل عباً كبيراً على كاهل الأسر الجزائرية خاصة من الناحية الاقتصادية، رغم مجانية العلاج كأحد مبادئ السياسة الصحية المنتهجة في الجزائر، وفي محاولة منها لتحقيق العدالة الصحية، الذي اعتبره الكثير مكسباً اجتماعياً خاصة للأفراد المعوزين والفقراء، بغية تمكين كل أفراد المجتمع من الاستفادة من الرعاية الصحية اللازمة، وقد سخرت من أجل ذلك ميزانيات كبيرة، حيث كان ولا يزال قطاع الصحة يحتل المراتب الأولى ضمن أولويات الدولة الجزائرية من أجل النهوض بالقطاع وتوفير خدمات صحية تتناسب وطلب الفرد الجزائري عليها. حيث صرح أغلب المرضى بنسبة قدرت بـ 65.18% أنه في عديد المرات أمام مرض أحد أفرادها تجد الأسرة نفسها عاجزة عن توفير مصاريف العلاج وشراء الأدوية خاصة عندما يتعلق الأمر بإجراء تحليل طبية وصور الأشعة خاصة السكانير و (IRAM) كثيراً ما تكون غير متوفرة بالمؤسسة الصحية العمومية، بينما صرح ما نسبته 16.30% من المرضى أن أسرهم تجد نفسها أحياناً قادرة على تغطية مصاريف العلاج هذا بعد مساعدة الأقارب لهم حسب تصريحاتهم أثناء المقابلة، وما نسبته 18.52% من المرضى صرحوا أنهم بفضل إمكاناتهم المادية الجيدة تجد الأسرة نفسها بشكل دائم قادرة على توفير مصاريف العلاج لأفراد عائلتها.

الجدول رقم (51): يوضح نوعية المسكن التي يقطنها المبحوثين

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
0.74	02	فيلا
31.48	85	شقة
63.70	172	بيت تقليدي
4.08	11	بيت قصديري
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 28)

عرفت منظمة الصحة العالمية المسكن على أنه "البناء المادي الذي يستعمله الإنسان كمأوى، وما يحيط بهذا البناء من خدمات ضرورية ومرافق ووسائل يحتاجها الإنسان أو يرغب فيها من أجل الراحة والطمأنينة البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد والأسرة¹".

وعليه، فالمسكن لا يعني البيت الذي يعيش فيه الإنسان فقط، وإنما يتعداه ليشمل البيئة الخارجية المحيطة بالبيت، بما فيها من مرافق عامة كالمدارس والخدمات الإدارية والصحية وغير ذلك. و هناك علاقة وثيقة بين نوعية المسكن والصحة أو نوعية الإصابة بالأمراض، حاولنا من خلال هذا الجدول معرفة نوعية المسكن الذي يعيش هؤلاء المرضى (أفراد مجتمع بحثنا)، وتحصلنا على ما يلي:

63.70% من المرضى (الأغلبية) يسكنون بيوت تقليدية عادة ما تكون بأحياء شعبية، و31.48% من المرضى يسكنون بشقق، و4.08% من المرضى يسكنون بيوت قصديرية، أما الذين يسكنون بفيلا جاءت نسبتهم بـ0.74%، وهذا حسب ما كشفته المعطيات الواردة في الجدول أعلاه .

الجدول رقم (52): يوضح طبيعة ملكية السكنات التي يقطنها المرضى

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
31.48	85	ملك خاص
12.22	33	سكن وظيفي
40.37	109	سكن مؤجرا
15.93	43	مع الأهل
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 29)

تكشف معطيات الجدول التي توضح طبيعة ملكية السكنات التي يقطنها المرضى، أن 31.48% من مساكن المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة هي ملكية خاصة، وهي نسبة ليست بالمرتفعة، وحتى

¹ محمود خليل الشاذلي وآخرون: مرجع سابق، ص 312

إذا أضفنا إليها نسبة من يقيمون مع الأهل 15.93% وهي نوع من أنواع الملكية بشكل ما، وتبقى نسبة 40.37% من الذين لا يملكون بيتا خاصا بهم والتي تعد نسبة كبيرة إلى حد ما، وخاصة إذا علمنا أن ثمن الإيجار لن يقل عن 15000 دينار جزائري شهريا، وكلما انخفض ثمن الإيجار كلما كان المسكن غير لائقا للعيش فيه وتنقصه عديد الأشغال، كما يعرف ثمن الإيجار تزايدا سنويا، هذه الزيادة ستكون مقتطعة من ميزانية الغذاء والصحة والتعليم، وعلى حساب احتياجات الأسرة الضرورية، بالإضافة إلى الشعور بالاستقرار الذي يخلقه هذا الوضع في نفس المستأجر فهو مهدد في أية لحظة بالرحيل من البيت حتى دون سابق إنذار، كما لا يخف أن كل مستأجر عند اضطراره لهذا الوضع يقبل بكل ظروف الإسكان السيئة كضيق المسكن وقدمه، وهو ما يعد من العوامل المؤثرة على الصحة والمساعدة على الإصابة بالأمراض خاصة المعدية.

الجدول رقم (53): يوضح عدد أفراد أسر المبحوثين

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
35.92	97	(3-1)
58.52	158	(7-4)
4.45	12	(11-8)
1.11	03	أكثر من 11 فردا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 30)

تكشف معطيات الجدول على أن أغلب أسر المبحوثين يتراوح عدد أفراد أسرتها ما بين أربعة إلى سبعة أفراد وذلك بنسبة 58.52 %، لتتخف قليلا وتصل إلى 35.92 % بالنسبة للأسر التي عدد أفرادها لا يتجاوز ثلاث أفراد، أما الأسر التي عدد أفرادها أكثر من 11 فردا فقد جاءت نسبتها ضعيفة وهي تقدر بـ 1.11 %.

إن محاولة تحليل ذلك، فالمعطيات التي تحصلنا عليها تتفق ما توصلت إليه دراسات كثيرة أقيمت حول القيمة المتعلقة بالإنجاب في المجتمع الجزائري، بأنها تراجعت، حيث أصبحت الأسرة الجزائرية تحت تأثير عوامل عديدة يأتي في مقدمتها الظروف الاقتصادية، لا تفضل إنجاب أطفالا كثيرين، فإنجاب الكثير من الأطفال يشكل عبئ مالي على كاهل الأسرة في ظل تدهور القدرة الشرائية.

الجدول رقم (54): يوضح عدد الغرف التي تتكون منها مساكن المبحوثين

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
78.52	212	(3 - 1)
19.63	53	(6-4)
1.85	05	أكثر من سبع غرف
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 31)

من العوامل التي تأثر على مدى أريحية البيت هي عدد غرفه ومدى تناسبها مع عدد ساكنيها، حيث نهدف من خلال هذا الجدول إلى معرفة عدد الغرف التي تتكون منها بيوت المرضى المتواجدين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وتحصلنا على النتائج التالية:

- صرح أغلب المرضى بأن بيوتهم تتكون من غرفة إلى ثلاث غرف بنسبة 78.52 %.
 - نسبة المرضى الذين صرحوا بأن عدد الغرف ببيوتهم من أربعة غرف إلى ستة غرف تقدر بـ 19.63 %.
 - أما المرضى الذين يمتلكون بيوت تتجاوز عدد غرفها سبعة غرف جاءت بنسبة 1.85 %.
- إن محاولة التحليل تكشف لنا عن مدى تدهور بيوت المرضى وبأنهم يعانون من ضيق المسكن كما صرح عديد المرضى بذلك، فنسبة الذين بيوتهم تقل عن أربعة غرف كبيرة تجاوزت النصف، أما المرضى الذين بيوتهم تتجاوز أربع غرف جاءت بنسبة ضئيلة.

الجدول رقم (55): يوضح مدى توفر بيوت المرضى على المرافق الحياة الضرورية:

الاحتمالات	إجابات أفراد العينة	التكرارات	النسبة %
بالكهرباء	270	100	
بالغاز	251	92.96	
بقنوات الصرف الصحي	270	100	
بالمياه الصالحة للشرب	270	100	
المجموع	270	100	

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 32)

هناك ارتباط وثيق بين ظروف البيت وصحة الأفراد المقيمين فيه، رغم أن البيت هو مكان خاص بأصحابه، إلا أنه في نفس الوقت جزء من البيئة المحيطة ومن المجتمع، بعبارة أخرى تلعب ظروف البيت دوراً أساسياً في صحة أفرادها وفي صحة البيئة، ويوجد مقاييس أساسية لصحة المنازل كمدى توفرها على مرافق الحياة الضرورية من ماء صالح للشرب والغاز وقنوات الصرف الصحي والكهرباء وغيرها، تعتمد للإيفاء بحاجات الإنسان الأساسية وتوفير الوقاية له من الأمراض وإعطائه الحماية ضد المخاطر الصحية والحياتية. حيث تكشف لنا المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، عن مدى توفر بيوت المرضى على المرافق الحياة الضرورية من كهرباء وغاز وربط بقنوات الصرف الصحي، المياه الصالحة للشرب، حيث أكد لنا كل المرضى المتواجدين بالمستشفيات محل الدراسة بأن بيوتهم مزودة بكل مرافق الحياة الضرورية بنسبة 100 %، ماعدا الغاز ففيهم ما أكد بأن بيته مازال لم يتم وصله بغاز المدينة، وهي نسبة ضعيفة لا تتعدى 7.04 %.

تحتاج كل الكائنات الحية بما فيها الإنسان إلى المياه، فهي تستخدم في الشرب والنظافة الشخصية ونظافة البيئة المحيطة وفي إعداد الطعام، وكذلك في الري والصناعة، وكلما تزايد عدد السكان تضاعفت احتياجاتهم إلى المياه، لذلك يجب أن تكون كمية المياه كافية لاستعمالات الإنسان وخالية من التلوث والرواسب، حيث ينتج عن شرب الماء الملوث كثير من الأمراض والمشكلات الصحية، كذلك يعتبر الماء وسيلة عدوى ببعض الأمراض مثل التيفوئيد والكوليرا...، ويقع على الدولة مسؤولية حماية المياه من التلوث مع الحرص على تنقيتها قبل توزيعها على الناس. وبالنسبة لمدى استهلاك المرضى لماء الحنفية كانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (56): يوضح مدى استهلاك المرضى لماء الحنفية

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بلا السبب	ت	%
نعم	52	19.25	/	/	/
لا	218	80.75	الماء به طعم	82	37.61
			لون الماء غير طبيعي	136	62.39
المجموع	270	100	المجموع	218	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 33 و 34)

صرح عديد المرضى حسب ما تكشفه لنا معطيات الجدول أعلاه، أنهم لا يستهلكون ماء الحنفية، وبأنهم يشتركون الماء الصالح للشرب، ذلك بنسبة 80.75 %، وهي نسبة معتبرة تجاوزت النصف، أما الذين صرحوا بأنهم يستهلكوا ماء الحنفية جاءت بـ 19.25 %، وهي نسبة ضئيلة، سبب عدم استهلاكهم لماء الحنفية راجع إلى أن الماء غالبا ما يكون به طعم غريب بنسبة 37.61 % أو لونه غير طبيعي مائل للاحمرار بنسبة 62.39 %، وصرح بعض المرضى بأنهم رفعوا شكواي إلى الجهات المعنية لكم دون جدوى، وهم يفضلون شراء الماء الذي يباع من الشاحنات كون السعر معقول ولحماية صحتهم، التي عرفت رواجا في السنوات الأخيرة.

الجدول رقم (57): يبين مدى انتشار البعوض والحشرات بمنازل المبحوثين

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
40.74	110	لا
59.26	160	نعم
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 35)

هناك علاقة متبادلة بين الفرد والبيئة المحيطة به، حيث تتأثر صحة الفرد البدنية والاجتماعية وحتى الذهنية تأثيراً مباشراً بالبيئة المحيطة ولا يستطيع الإنسان أن ينفصل عن هذا المحيط، وإذا توافرت الشروط الصحية في البيئة المحيطة ساعد ذلك على تحسن صحة الفرد، ويعد انتشار الحشرات والقوارض بالإضافة إلى تلوث الماء والهواء والأغذية وغيرها من أنواع التلوث إلى غياب بيئة صحية وعدم توفرها.

يؤكد الكثير من المبحوثين وجود حشرات والبعوض داخل مساكنهم بنسبة تقدر بـ 59.26%، و هي نسبة تجاوزت النصف، وهذا راجع إلى موقع مساكنهم التي تقع بأحياء غير مخططة وبعضها يقع بمحاذاة محيطات لرمي النفايات، يخترقها مجرى للمياه القذرة، وأنهم يستخدمون المبيدات للتخلص من تلك الحشرات خاصة الناموس ويزداد الوضع سوءاً في فصل الصيف أي ترتفع درجة الحرارة و الذي يشكل الظروف المواتية لتكاثرها، أما الذين صرحوا بأن مساكنهم لا تنتشر بها الحشرات جاءت بنسبة 40.74%. وهو ما يوحي بمدى تدهور البيئة المحيطة وضعف العناية بها، علماً أن الحشرات والقوارض توجد في جميع أنحاء العالم، وهي تتسبب بعدد كبير من الأمراض التي تصيب الإنسان والحيوان عن طريق تلويثها للأطعمة، وقد تنقل الحشرات عن طريق أجسامها الأمراض، كما أن لدغات هذه الحشرات يسبب الكثير من المضايقات للإنسان، وعلى الرغم من الجهود التي تبذلها الدول ومنها الجزائر لمنع الأمراض التي تلعب فيها الحشرات دور الوسيط، لم تنته هذه المشكلة، ومما فاقم من مشكلة الحشرات أنها بدأت تقاوم أنواعاً كثيرة من المبيدات.

الجدول رقم (58): يوضح مدى توفر بيوت المرضى على الإضاءة والتهوية المناسبة

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
60	162	نعم
40	108	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 36)

يتضح من بيانات الجدول أن كل من عاملي الإضاءة والتهوية المناسبة يتوفران بشكل مقبول في مساكن المبحوثين والذي جاء بنسبة 60 %، بينما الذين صرحوا خلافاً لذلك جاءت بنسبة أقل لتقدر بـ 40% وهذا لا يقلل من قيمتها. فتوفر الإضاءة والتهوية بالبيوت من شأنه أن يساعد على توفير بيئة صحية، ويقلل من عوامل احتمال الإصابة بالمرض، وهو الأمر الذي أكدت عليه تقارير منظمة الصحة العالمية في العديد من مؤتمراتها العالمية، وبأن الكثير من الأشخاص يصابون بالأمراض التي قد تؤدي إلى الموت، نتيجة عدم توفر مساكنهم على التهوية والإضاءة المناسبة كمرض الربو، فتواجد الضوء يعمل على تغيير الهواء الملوث، كما تعمل أشعة الشمس على الجراثيم .

الجدول رقم (59): يوضح رأي المبحوثين حول مدى أريحية سكناتهم

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بلا هل يعود:	ت	%
نعم	99	36.67	/	/	/
لا	171	63.33	ضيق المسكن	91	53.22
			موقع المسكن	50	29.24
			المسكن تنقصه أشغال	30	17.54
المجموع	270	100	المجموع	171	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 37 و38)

يمكننا القول حسب ما توضحه بيانات الجدول، أن أغلب المبحوثين يرون أن مسكنهم غير مريح، والذي جاء بنسبة تقدر بـ 63.33 %، بينما 36.67 % فقط يرون أن مسكنهم مريح، أما عن سبب عدم أريحية سكناتهم، فقد ترجع حسب تصريحات المبحوثين بالدرجة الأولى إلى ضيق المسكن بنسبة 53.22 %، تاليها موقع المسكن الذي يتواجد بحي غير مخطط (حي شعبي) والذي تنتشر فيه العديد من الآفات الاجتماعية كالسرقة والإدمان على المخدرات... بنسبة تقدر بـ 29.24 %، وأخيرا المسكن تنقصه أشغال بنسبة 17.54 %.

إن محاولة التحليل للمعطيات المتحصل عليها، تكشف لنا أن مشكلة الإسكان في الجزائر مستمرة ولم تتوقف عند عدم توفره بما يناسب عدد السكان (أزمة السكن)، بل تتعداه إلى وجود مساوئ للسكن، كالموقع غير الصحي الذي يشجع على انتشار الأمراض، نقص الإمداد بالمياه النقية، أو الغرف المظلمة والأزقة القذرة، وعدم كفاية وسائل التخلص من النفايات، والأمراض الناجمة عن توالد الحشرات، وفي ارتفاع معدلات التزاحم وازدحام المباني وتلاصقها، فأريحية السكن من العوامل الاجتماعية المساعدة على الوقاية من الأمراض وبل في رفع وتحسين مستوى الصحة، فالسكن ليس هو مجرد مكان يقيم فيه الفرد إنما هو أمر حيوي مهم يدخل في تكوين شخصيته، وعاملا مؤثرا على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية.

الجدول رقم (60): يبين مدى توفر الأحياء التي يقطنها المبحوثين على مجمع للنفايات

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
32.59	88	نعم
67.41	182	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 39)

صرح العديد من المبحوثين بأنهم يتخلصون من نفاياتهم المنزلية بوضعها أمام منازلهم وليس في حبيهم مجمع للنفايات بنسبة 67.41%، بينما 32.52% فقط من المبحوثين صرحوا بوجود مجمع للنفايات بحبيهم الذي يقطنون به ويضعون فيه نفاياتهم المنزلية. إن محاولة تحليل المعطيات التي كشفها الجدول أعلاه، تؤكد مدى تدهور المحيط البيئي، وهو الأمر سوف ينجر عنه انتشار البعوض والحشرات والروائح الكريهة، وظهور مساكن موجودة في مناطق تتكدس فيها القمامة، وعلى غياب الوعي الصحي لدى المواطنين، وأيضا غياب روح المسؤولية لدى عمال البلدية.

لقد عرفت الخاطئة الصحية في العالم تغيرات جذرية من خلال تغير أنماط الأمراض من المعدية إلى الأمراض مزمنة، والجزائر ليست بعيدة عن هذه التحولات، أين أصبحت الأمراض المزمنة تشكل السبب الرئيسي للوفيات، فهي أمراض وليدة التغير الاجتماعي والتحديث الصناعي. وهذا ما تكشفه لنا معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم (61): توزيع المرضى حسب الإصابة بمرض مزمن وطبيعته

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بنعم هل هو ؟	ت	%
نعم	155	57.41	مرض السكري	48	30.97
			مرض ارتفاع الضغط الدموي	23	14.83
			مرض القلب	21	13.54
			الربو	20	12.90
			مرض السكري و مرض ارتفاع الضغط الدموي	30	19.35
			مرض القلب و مرض ارتفاع الضغط الدموي	08	5.19
			مرض ارتفاع الضغط الدموي و الربو	05	3.22
لا	115	42.59	/	/	/
المجموع	270	100	المجموع	155	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 40 و 41)

يظهر من معطيات هذا الجدول الذي يوضح توزيع المبحوثين حسب نوعية الإصابات المرضية، أن نسبة المصابين بالأمراض المزمنة بلغت نسبة 57.41%، وهي نسبة مرتفعة، كما نسجل نسبة عالية للمصابين بالسكري تقدر بـ 30.97%، وبعد الداء السكري من أخطر الأمراض لما له من تأثيرات تؤدي للإصابة بأمراض أخرى كتصلب الشرايين والقصور الكلوي...، الواقع المعاش ثبت خطورته، ولابد من أن نشير، على أنه من الرغم من التطور والتقدم الطبي في مجال الأدوية والمعالجات الخاصة به، والتي قللت من نسبة ارتفاع الوفيات بهذا المرض، إلا أن عدد الأشخاص الذين يصابون به في تزايد مستمر. ولتقدر بـ 14.83% للذين يعانون من ارتفاع الضغط الدموي، ثم مرض القلب بنسبة 13.54% و مرض الربو بـ 12.90%. في حين نسجل أن عدد المصابين بأكثر من مرض مزمن، نجد الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري وارتفاع الضغط الدموي معا جاء بنسبة 19.35%، أما الذين يعانون من مرض القلب و مرض ارتفاع ضغط الدم جاءت لتقدر بنسبة 5.19%، وبنسبة 3.22% بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مرض ارتفاع ضغط الدم و الربو معا.

إن محاولة تحليل هذه المعطيات المتحصل عليها، تؤكد لنا مدى انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة وارتفاع معدلاتها في الجزائر، وتغير الخارطة الوبائية بظهور نمط جديد من الأمراض هي الأمراض المزمنة ما يعني تنامي الأعباء، والتي باتت تشكل اضطرابات صحية تأرق صحة وحياة الأفراد في المجتمع، في الوقت الحاضر أكثر مما مضى، فهي أمراض أصبحت تمثل العدو الأول للصحة العمومية وتشكل عبء مالي كبير يثقل كاهل ميزانية الدولة، بالإضافة إلى أنها أمراض جد خطيرة، وترجع خطورتها كونها توصف بأن المريض بهذا النوع من المرض لا يشفى منه ويبقى يعاني طوال مدة حياته، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى، عادة ما تسبب هذه الأمراض المزمنة إلى مضاعفات صحية أخرى تؤدي إلى الرفع من احتمال الإصابة بأمراض مزمنة أخرى.

الجدول رقم (62): يبين توزيع المبحوثين حسب متغير السن و الإصابة بمرض مزمن

المرض المزمن		مصاب بمرض مزمن		غير مصاب	
الفئة العمرية		ت	%	ت	%
17-أقل من 25 سنة		00	00	15	13.07
25-		02	1.30	27	23.47
34-		06	3.87	30	26.08
43-		24	15.48	16	13.91
52-		37	23.87	22	19.13
61-		74	47.74	05	4.34
71 فأكثر		12	7.74	00	00
المجموع		155	100	115	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 02 و 40)

تمثل التركيبة العمرية للأفراد كمتغير ديموغرافي سببا رئيسا وراء الإصابة بالأمراض المزمنة كضغط الدم وداء السكري الربو وأمراض القلب...، وهو ما أكدته علماء الاجتماع أن كثيرا من السمات الديموغرافية مثل العمر تتأثر و تؤثر على صحة الأفراد، وأن للصحة والمرض محددات اجتماعية و لا يعتبران ظاهرة بيولوجية فقط، والأمر الذي يمكن تأكيده من خلال معطيات الجدول أعلاه، الذي يبين لنا ما هي الفئة العمرية الأكثر عرضة للإصابة بهذه النوعية من الأمراض.

يتضح من بيانات هذا الجدول أن هناك تباين في الفئات العمرية وتمايزات أخرى بشأن نطاق المرض المزمن، أين اتضح أن الفئات المسنة هي الأكثر معاناة بهذه الأمراض، فمعدل الإصابة بالأمراض المزمنة لدى الفئة التي سنها 62 سنة فما فوق فقد قاربت النصف 47.74%، حيث تعتبر الأمراض المزمنة من المسببات الرئيسة للوفيات في مجتمعنا الجزائري. ومحاولة التحليل تسمح لنا بالقول أن هناك علاقة بين العمر والإصابة بالأمراض المزمنة، فالتقدم في السن يزيد

من احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة. وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات¹ لسنة 2003، لمعرفة ما هي العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض غير المتنقلة بواسطة تطبيق برنامج المنظمة العالمية للصحة "Step Wise" على عينة مكونة من 4136 شخص في مدينتي مستغانم وسطيف، اتضح أن معدل انتشار الأمراض المزمنة يكون حسب السن، فهو ينتشر لدى فئة السن 60 سنة فأكثر.

الجدول رقم (63): يبين توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس و الإصابة بمرض مزمن

الجنس	ذكور		إناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
مصاب بمرض مزمن	58	50.43	97	62.58	155	57.41
نعم	57	49.57	58	37.42	115	42.59
لا	115	100	155	100	270	100
المجموع						

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 01 و 40)

تدل معطيات الجدول أعلاه الذي يمثل توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس والإصابة بمرض مزمن، أن المرض بدوره يتوزع بين الجنسين بشكل مختلف، إذ يلاحظ أن النساء هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة مقارنة بالرجال، فقد قدرت نسبة الإصابة لدى الإناث بـ 62.58% لتقل عند الذكور وتصل إلى 50.43%، وعليه فإن المرض المزمن لا ينتشر بين أفراد المجتمع الواحد بنفس الدرجة أو في اتجاه واحد، بل لكل فئة من السكان نسبة معينة من الوضع الصحي ونوع المرض، حيث أن هذه الأمراض تتفاوت حسب النوع أيضا وليس حسب العمر فقط - كما سبق ولاحظنا ذلك في الجدول السابق رقم 62-، فتكون درجة الإصابة بالأمراض المزمنة بنسبة أكبر لدى المسنين، أما من حيث النوع نجد ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة عند الإناث أكثر من الذكور، فيعود لكثرة الضغوطات الحياتية والتي تكون بشكل كبير عند المرأة من الرجل، وارتباط المرأة بازواجية الدور وتعدد المسؤوليات المنزلية والمهنية يرفع من احتمال الإصابة لديها بهذه الأمراض.

¹ أنظر:

- Ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalier, Direction de la prévention : **Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles (approche step Wise de L OMS)**, Rapport préliminaire, Alger, 2004, p 03

الجدول رقم (64): يوضح توزيع المرضى حسب مدى الإصابة بمرض معدي ونوعه

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة بنعم هل هو ؟	ت	%
نعم	78	28.89	السل	36	46.16
			الحصبة	26	33.33
			الالتهاب الكبدي أ	16	20.51
لا	192	71.11	/	/	/
المجموع	270	100	المجموع	78	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 42 و 43)

يتضح من بيانات هذا الجدول أن الأمراض المعدية ما تزال منتشرة بين الجزائريين، فنسبة المرضى المصابين بالأمراض المعدية تقدر بـ 28.89 % من مجموع المرضى المتواجدين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، تأتي في مقدمتها المصابين بمرض السل بنسبة 46.16 % ثم الحصبة 33.33 % أما الالتهاب الكبدي أ جاء بنسبة 20.51 %، وهي أمراض في مجملها ناتجة تلوث البيئة وتدهور المستوى المعيشي.

إن تحليل المعطيات السابقة تكشف لنا تزايد التحديات التي بات يواجهها النظام الصحي الوطني، بالإضافة إلى دوره المنوط في مواجهة تنامي خطر الإصابة بالأمراض المزمنة، مازال يواصل سعيه في سبيل القضاء على الأمراض المعدية التي كانت السبب الأول في وفاة الجزائريين عقب الاستقلال، وذلك لظروف معينة أدت إلى انتشار هذا النمط من الأمراض، وإن تمكنت الجزائر من القضاء على العديد من الأمراض المعدية وتحسين الوضع الصحي العام المزري الذي كان سائدا في السنوات الماضية عقب الاستقلال، وإن كان هناك تراجع في حالات الإصابة بالأمراض المعدية، وبـل هناك أمراض تم القضاء عليها كالدفتيريا والكزاز، وهي جهود لا يمكن إنكارها، لكنه لا يعد تقدما محرزاً بالنظر إلى الأهداف المسطرة والإمكانات المسخرة، أين تستمر في الظهور بعض الأمراض المتنقلة كالسل والحصبة والالتهاب الكبدي. وهي مجملها أمراض متنقلة إما عبر المياه أو عن طريق الحيوان بالإضافة إلى تدهور المحيط المعيشي، ويكشف لنا أن للصحة محددات اجتماعية وثقافية وحتى بيئية لا بد من مراعاة حتى تحقق التنمية الصحية.

الجدول رقم (65): يوضح مدى ممارسة المبحوثين للرياضة

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة
		الاحتمالات
28.15	76	نعم
71.85	194	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 44)

تعد ممارسة الرياضة من أحد السلوكيات المؤدية إلى تعزيز الصحة عند الفرد، -تعزيز الصحة هي مجموعة من النشاطات الخاصة برفع وتحسين الصحة وتتعدى الوقاية من الأمراض، من أجل الوصول إلى قمة السلامة الصحية¹- وللرياضة تأثير عظيم، لأنها تقوي الجسم بشكل عام، ويؤدي عدم ممارسة الرياضة إلى ضعف العضلات، وخمول الدورة الدموية، وإلى السمنة وأحياناً ببطء الهضم، ودرجة ممارسة الرياضة هي موضوع نسبي يعتمد على حالة الفرد وظروف حياته، وعمره وجنسه ونوع عمله، وعندما تتم مزاولة الرياضة فإن الجسم يتدرب على القيام بوظائفه بأعلى كفاءة ممكنة وعلى أكمل وجه ويتعود على تحمل الضغط والإجهاد. ولقد كشفت إجابات المرضى حول إن كانوا يمارسون الرياضة أو لا، فهم يبدون حبا للرياضة ويؤكدون على أهميتها على صحتهم وهذا حسب تصريحات الكثير منهم أثناء المقابلة لكن وجدنا القليل فقط مما يمارسون الرياضة بشكل مستمر إما بقاعات خاصة بذلك، أو بالمركبات الرياضية ودار الشباب، والتي جاءت بنسبة 28.15%، بينما ما نسبته 71.85% من المرضى صرحوا بأنهم لا يمارسون الرياضة ولا حتى المشي صباحاً لمدة نصف ساعة على الأقل.

¹ هدية السيد وآخرون: **تمريض صحة المجتمع**، أكاديميا انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ط1، 2006، ص 92

الجدول رقم (66): يوضح مدى تناول المبحوثين للوجبات السريعة

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
37.78	102	دائما
62.22	168	أحيانا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 45)

يمثل الغذاء من أكل وشرب أول حاجة من حاجات الإنسان للبقاء على قيد الحياة، وقد أثبت علميا أن هناك علاقة وثيقة بين الغذاء و نمط الأمراض التي يمكن الإصابة بها، فما يعرف في الطب بأمراض الأغنياء مرده إلى نوعية وكميات مأكولاتهم، في حين تعود أسباب أمراض سوء التغذية إلى ظاهرة الفقر، هذا الأخير الذي يحرم ملايين الأشخاص حتى من الضروريات الغذائية لسد رمقهم وتخليصهم من أمراض تعالج أساسا بكميات قليلة وضرورية من الغذاء. لكن ما يلاحظ في الآونة الأخيرة هو كثرة المطاعم التي تقدم الوجبات السريعة أو ما يسمى "fast food" وكثرة زبائنها من كبار وصغار في مختلف الأعمار، فهذه الوجبات عادة ما تكون غير صحية فهي مشبعة بالدهون والدهن والسكريات، إضافة إلى تأثيراتها الصحية فقد امتدت إلى الجانب الثقافي أين ساهم في إرباك الطقوس الغذائية للأسر الجزائرية، كاجتماع الأسرة حول مائدة الطعام في مواعيد يومية مضبوطة، تنم على وحدة الأسرة والمجتمع، فظاهرة تناول الوجبات الغذائية السريعة خارج البيت شجع على انتشار النزعة الفردية في المجتمع، وفي خلق الفتور العاطفي بين أفراد الأسرة الواحدة. وإن صرح العديد من المرضى بنسبة قدرت بـ 37.78% بأنهم يتناولون بشكل دائم للوجبات السريعة على الأقل يوميا إما وجبة غداء أو عشاء، وإن كانت نسبة منخفضة لكنها تدعو إلى القلق، بينما صرحوا ما نسبته 62.22% من المرضى بأنهم يتناولون أحيانا للوجبات السريعة.

الجدول رقم (67): يوضح توزيع المبحوثين حسب الجنس و إدمانهم على التدخين

الجنس		ذكور		إناث		المجموع	
إدمانهم على التدخين		ت	%	ت	%	ت	%
نعم		104	90.43	16	10.32	120	44.44
لا		11	9.57	139	89.68	150	55.56
المجموع		115	100	155	100	270	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 01 و 46)

يمثل التدخين أشد ضرر وأعظم تأثير على صحة الفرد عامة وإصابته بالأمراض المزمنة بوجه الخصوص، والتدخين له عديد الآثار السلبية على مستوى جميع فئات الأعمار، غير أنه يزداد خطورة إذا بدأ الفرد بممارسة هذه العادة في سن مراهقته، حيث أصبح التبغ واحدا من أكبر المسببات المؤدية إلى الموت في مختلف مناطق العالم.

فبحلول عام 2030، من المتوقع أن يقتل التدخين 10 ملايين شخص في العالم، نصفهم ما بين سن 35 و 69 سنة فهذا الوباء يصيب بصورة متزايدة بلدان العالم النامية حيث يعيش معظم المدخنين في العالم (82% أي 950 مليوناً)¹. بالإضافة، إلى أن تقرير المنظمة العالمية للصحة لعام 2002 حول عوامل الخطر المسببة للأمراض المزمنة وضعها في ثمانية عوامل، يأتي التدخين على رأسها.

يلاحظ من البيانات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، أن فئة الذكور هي أكثر فئة إدمانا على التدخين مقابل فئة الإناث (90.43% مقابل 10.32%)، وما تجدر الإشارة له، وهو ما يجعل فئة الذكور أكثر عرضة للإصابة بالأمراض التنفسية كسرطان الرئة، أما الفئة التي صرحت أنها لا تدخن جاءت بنسبة 9.57% بالنسبة للذكور وهي نسبة جد منخفضة، لترتفع عند الإناث وتصل إلى 89.68%.

¹ محمد هيثم خياط و آخرون: الإدارة الصحية، أكاديمية انترناشيونال للنشر والتوزيع، بيروت ، 2007، ص478

ثالثا: مدى قدرة سياسات إصلاح النظام الصحي على تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري

تعد حماية الصحة العمومية وترقيتها من أبرز أهداف النظام الصحي، حيث تشكل المنظومة الصحية أحد الاهتمامات الكبيرة للدولة، ذلك لأنها تتعلق بقطاع خدماتي ليس كمنظيره من الخدمات لعدة اعتبارات لعل أبرزها توفير خدمات صحية في مستوى طموحات الفرد والمجتمع، بهذا الخصوص عمدت الدولة الجزائرية إلى تبني جملة من سياسات إصلاح بغيت القضاء على المشاكل المالية والتنظيمية وغيرها التي تتخبط فيها المنظومة الصحية بكل مكوناتها. ومهما اختلف طرق تسيير النظام الصحي بين دول العالم وتركيبته، وإن كان ليس هناك نظام صحي مثالي، لكن يبقى في الأخير أن النظام الصحي المثالي ذلك الذي يقدم خدمات صحية (الوقائية والعلاجية) تعد مقبولة في رأي الأشخاص المعنيين به من جهة، ومن جهة أخرى، مرنا يمكن تعديله وتغييره لكي يتكيف مع الحاجات الصحية المختلفة والمتزايدة وفي الوقت المناسب.

ونبدأ في الواقع بتقييم مدى نجاعة سياسات إصلاح النظام الصحي الوطني حول مدى تحسينها لمستوى الصحة العمومية و مدى استجابة النظام الصحي لاحتياجات المرضى وتحقيق رضاهم.

الجدول رقم (68): يوضح رأي المرضى حول ظروف استقبالهم بالمؤسسة العلاجية

الاحتمالات	إجابات أفراد العينة	التكرارات	النسبة %
جيدة	55	20.37	
مقبولة	120	44.45	
دون المستوى	95	35.18	
المجموع	270	100	

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 47)

مما لا شك فيه أن أي مؤسسة صحية في أداء وظيفتها الإنسانية، وعلاج المرضى وتحقيق شفائهم، لا يتوقف على جودة الممارسة الطبية في التشخيص والعلاج، فالخدمة الصحية التي تحظى بقبول أغلبية المرضى نتاج عملية شاملة متعددة الأطراف داخل المستشفى، بدءا من طريقة الاستقبال وظروفها.

نسعى من خلال معطيات هذا الجدول إلى محاولة معرفة كيف كان استقبال المرضى بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة من قبل أعوان الاستقبال. فالمرضى عادة عندما يدخل المستشفى يكون تائها خاصة إذا كانت المرة الأولى، وإذا قدم من مكان بعيد فهو في أشد الحاجة إلى شخص يوجهه ويرشده بالرغم من وجود لافتات، فهناك مرضى أميين ليس بإمكانهم قراءتها ويحتاجون للمساعدة، ومن خلال تحليل بيانات الجدول أعلاه تحصلنا على النتائج التالية:

أغلبية المرضى صرحوا بأن استقباليهم من أعوان الاستقبال كان مقبولا وكان هناك توجيه وذلك بنسبة بـ44.45% وبالإضافة إلى أن هناك من صرح بأنها جيدة والتي جاءت بنسبة بـ 20.37%، أما نسبة المرضى الذين صرحوا بأن استقباليهم كان دون المستوى وسيئا ويمكن عدّها معتبرة تقدر بـ 35.18% من مجموع المرضى بالمستشفيات محل الدراسة. و تحليل تلك المعطيات تكشف لنا أنه مازال هناك نقص من ناحية استقبال المرضى وتوجيههم بالمؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام، فبعض المرضى وعائلاتهم يتعرضون لسوء المعاملة وعدم التفهم ليس من قبل الأطباء والمشرفين على المستشفى وإنما من الأعوان المكلفين بالاستقبال عند مدخل المؤسسات الإستشفائية، والأمر الذي يستدعي الشروع في تكوين هؤلاء الأعوان والموظفين في مجال حسن المعاملة وعلى الخصوص تلقينهم مبادئ الأنسنة التي لا بد منها في قطاع الصحة أكثر من قطاع آخر لأن الأمر يتعلق في هذا القطاع الحساس بحياة وصحة المواطنين، ولما من حسن الاستقبال من أهمية في تحسين نفسية المرضى.

الجدول رقم (69): يوضح رأي المرضى حول نظافة الغرف والأسرة

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة
		الاحتمالات
00	00	نظيفة
62.22	168	متوسطة
37.78	102	غير نظيفة
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 48)

تعتبر الظروف الفيزيائية من العوامل الأساسية لخلق الراحة والطمأنينة لدى المريض، فالتهوية الجيدة وخلو المكان من الضوضاء، نظافة الغرف والأسرة وملائمة الأغذية من شأنها التخفيف من معاناة المريض وتجعله يشعر بالارتياح أثناء إقامته بالمستشفى. تشير البيانات التي جمعت في هذه الدراسة أن الظروف الفيزيائية من حيث عامل نظافة الغرف والأسرة متوسطة ذلك بنسبة 62.22%، لتكشف لنا إجابات المرضى حول مؤشر النظافة أن المستشفيات العمومية تولي اهتماما لنظافة القاعات التي يقيم بها المرضى، بينما صرح ما نسبته 37.78% من المرضى بأن مستوى نظافة الغرف والأسرة سيئة، ويتجلى هذا الشأن في بعض الأحيان في غياب التنظيف لدورات المياه بصفة مستمرة ودائمة، كما أن بعض الأجنحة من المستشفيات تتواجد بها الحشرات والصراصير، وهذا حسب تصريحات المرضى المقيمين بالمستشفيات محل الدراسة.

الجدول رقم (70): يوضح رأي المرضى حول الوجبات الغذائية المقدمة لهم إن كانت جيدة وكافية

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
57.04	154	نعم
42.96	116	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 49)

تشير المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن خدمات الإطعام أو التغذية التي توفرها المؤسسات العمومية الإستشفائية جيدة وكافية والتي جاءت بنسبة 57.04% النصف، بينما صرح ما نسبته 42.96% من المرضى بأن الوجبات الغذائية المقدمة لهم بالمستشفى غير جيدة وغير كافية، وهي نسبة يمكنها أن نعتها معتبرة، فهم يرون أن المستشفى تقدم للمرضى أكالات أو وجبات غير متنوعة وليست ذات نوعية جيدة، فضلا عن أنها غير كافية من حيث الكمية، ويمكن أن نفسر هذه الردود لعدة أسباب، منها ضعف الرقابة بالقطاع العام بالشكل المقبول من قبل المشرفين عليه، لذلك لاحظنا أن أهل المريض يحضرون معهم عند زيارة مرضاهم الأكل وبعض الأصناف من الأغذية من البيت كما لا يجب أن ننسى أن هناك فكرة مسبقة حول طعام المستشفيات بأنه يبقى دائما سيئ تدور في أذهان الكثير من المرضى.

الجدول رقم (71): يوضح رأي المرضى حول مدى نظافة دورات المياه وتوفرها على مواد النظافة والتطهير

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
60	162	نعم
40	108	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 50)

صرح المرضى المتواجدين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ما نسبته 40 %، وهي أقل من النصف بأن دورات المياه غير نظيفة كما يجب وحتى إن وجدناها نظيفة في مرة فإنه في العديد من المرات نجدها غير نظيفة، بينما صرح المرضى أن دورات المياه نظيفة جاءت بنسبة تقدر بـ 60 %، ورغم ذلك فهي لا تحتوي على مواد النظافة والتطهير.

الجدول رقم (72): يوضح رأي المرضى إذا كان هناك احترام لموعد الزيارات بالمؤسسة الإستشفائية

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
97.78	264	نعم
2.22	06	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 51)

تكشف لنا معطيات الجدول، أن هناك احترام لموعد الزيارات بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وهو ما أكدته المرضى بنسبة تقدر بـ 97.78 %، ما ينشر الراحة والهدوء في أروقة المستشفى، وأن هناك احترام لنظام الداخلي للمستشفى. بينما صرح بعض المرضى بنسبة لا تتجاوز 3 % وهي نسبة ضعيفة جداً، بأنه ليس هناك احترام لموعد الزيارات.

الجدول رقم (73): يوضح رأي المرضى حول مدى توفر الهدوء والراحة بغرفهم

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
97.78	264	نعم
2.22	06	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 52)

إن المستشفى كتنظيم له أهدافا متعددة فهي مكان للإقامة ومكان للعلاج في نفس الوقت، عموما تنحصر الأهداف المتعددة للمستشفيات في تقديم الرعاية الصحية، التعليم والتدريب والبحث، وتبقى المستشفيات بالأساس تسعى إلى تقديم خدمات طبية ملائمة وعناية صحية للمرضى ما يعزز صحة المجتمع، ولضمان تحقيق مستوى مقبول من الرعاية الصحية للمرضى، أمر يرتبط بمدى توفر وسائل الراحة والتسهيلات التي يجدها المريض في المستشفى مثل مدى توفر الهدوء والراحة بغرف المرضى، حيث كشفت إجابات المرضى أن هناك هدوء بغرفهم ما يشعرهم بالراحة والذي جاءت بنسبة 97.78% وهي نسبة مرتفعة، في المقابل نجد ممن صرحوا بعدم توفر الراحة والهدوء بغرفهم جاءت بنسبة 2.22% وهي نسبة ضعيفة، وعادة ما يكون سبب عدم أريحية غرفهم حسب تصريحات المرضى أثناء إجراء المقابلة معهم لوجود أشخاص معهم في الغرفة يتألمون خاصة عندما يتعلق الأمر بكبار السن.

الجدول رقم (74): يبين مدى استجابة الطاقم العلاجي للمرضى في حالة طلبهم للمساعدة ليلًا

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
79.63	215	نعم
20.37	55	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 53)

غالباً ما نسمع أن الطاقم العلاجي في الوسط الإستشفائي العام بخاصة الممرضين لا يستجيبون للمرضى و المرضى يشتكون من هذه الظاهرة، وقد جاء هذا الجدول لمعرفة ما إذا كان الطاقم العلاجي يستجيب للمرضى خاصة في حال طلب المساعدة خاصة ليلاً، وتحصلنا على النتائج التالية:

- من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن أغلبية المرضى أجابوا بـ "نعم" أي أن الفريق العلاجي يستجيب لهم عند الضرورة وقدرت نسبتهم بـ 79.63%، أما الذين صرحوا بـ "لا" وهي منخفضة ولا يمكن عدها ضعيفة وتقدر بـ 20.37% من مجموع المرضى المتواجدين بالمستشفيات محل الدراسة، فمنهم من صرح أيضاً بأن المرضى يساعدون بعضهم البعض.

من خلال ما سبق نلاحظ أن معظم المرضى بالمستشفيات محل الدراسة صرحوا أن الفريق العلاجي يستجيب لهم عند الضرورة بخاصة في الليل، بينما نسجل نسبة منخفضة يمكننا أن نعدّها معتبرة من المرضى الذين صرحوا بأنهم لم يتم الاستجابة لهم بعد نداءهم وطلبهم للمساعدة (كتغيير ملابس، دخول الحمام أو تخفيف من ألم حاد) وأن من ساعدهم هو زميله المريض النائم بجانبه، ومنهم من صرح أنه تعرض لمضاعفات بعد إجرائه للعملية الجراحية نتيجة عدم تلقيه للمساعدة للذهاب للحمام ما تسبب في حل الخيط والتهاب الجرح وإعادة خياطته. ما يؤشر على أن الوسط الإستشفائي العمومي لا يخلو من مظاهر الإهمال واللامبالاة التي قد تؤدي إلى فقدان حياة المريض.

الجدول رقم (75): يوضح مدى توفر الرغبة لدى الطاقم الشبه الطبي في مساعدة المرضى

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة
		الاحتمالات
75.93	205	نعم
24.07	65	لا
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 54)

لقد أشارت عديد الأبحاث التي أقيمت حول مدى تأثير العلاقات الاجتماعية بين الفريق العلاجي (الطبي والشبه الطبي) والمرضى داخل المستشفى على تحسن الحالة الصحية للمريض وكعامل مساعد لامثاله للشفاء، بأنها تأثر بطريقة غير مباشرة على استجابة المريض نفسيا وفيزيولوجيا تجاه إقامته بالمستشفى، منعزلا عن جماعة الأسرة وعلى استجابته للعلاج والشفاء، وهو ما يؤكد على أهمية ودور العلاقة الإيجابية بين الفريق العلاجي والمريض. وهو ما توصلت إليه الدراسة التي قام بها سكيبر وليونارد Skipper and Lenoard على أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والتأييد العاطفي يمكن أن يخفف إلى حد كبير من عبأ التجربة التي يمر بها، وهذا بدوره ستكون له آثار عميقة غير مباشرة على استجاباته الاجتماعية والنفسية بل والجسمانية أيضا، كما تعجل بشفائه إلى حد كبير¹.

وتكشف لنا المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن هناك رغبة في تقديم المساعدة من طرف المرضى الذين يعدون أكثر الممارسين احتكاك بالمرضى بحكم مهنتهم وواجبهم الذي يفرض عليهم ذلك للمرضى المتواجدين بمختلف المستشفيات محل الدراسة وذلك بنسبة 75.93%، وتحليل ذلك يشير بأن نوعية العلاقة بين المرضى وأفراد الطاقم الشبه الطبي يمكن عدها حسنة، أما الذين صرحوا خلافا لذلك جاءت بنسبة تقدر بـ 24.07%، ومحاولة التحليل تكشف لنا أن علاقة هؤلاء المرضى بالمرضى تبدو ليست حسنة، كما أنهم صرحوا بأن الممرض أو الممرضة عادة يبدون غير مهتمين بهم قلقين أو متوترين ولا يوحون بالثقة ويبدون أنهم مرغمين فيما يقومون به.

إن تطور الطب وتطور المستشفيات يسيران جنبا إلى جنب في تركيبهما العام، ويتغيران في آن واحد، وعندما نقول الطب، فإنه يشمل الأدوية وكل ما يتعلق بمفرداتها، حيث يوجد هناك الكثير من الاكتشافات في عالم الأدوية التي أدت إلى تغيير نوعية العلاج وبالتالي تطوير وتقديم الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، كما أن توفر الأدوية بالمستشفى بصفة كافية إلى جانب مدى جاهزية المعدات الطبية عامل مهم في تقديم الخدمة العلاجية للمرضى بل وفي تحسينها، وبالنسبة لمدى توفر الأدوية بالمستشفيات محل الدراسة كانت النتائج كالتالي:

¹ محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط3، 2014، ص 282

الجدول رقم (76): يوضح إن كان المريض يتحصل على كل الأدوية بالمستشفى

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
28.15	76	دائماً
71.85	194	أحياناً
00	00	غير متوفرة
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 55)

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه، حول إن كان المريض يتحصل على كل الأدوية بالمستشفى بشكل دائم، جاء بنسبة 28.15 % من مجموع المرضى المتواجدين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، أما الذين صرحوا بأنهم لم يحصلوا على كل الأدوية التي يحتاجونها، وأنهم اضطروا لشرائها من الصيدلية جاءت بنسبة 71.85 %، وهي نسبة مرتفعة وتحتاج لدراسة أخرى للوقوف على أسباب ذلك .

الجدول رقم (77): يوضح إن كان المريض أجرى كل الفحوصات (أشعة وتحاليل) بالمستشفى

النسبة %	التكرارات	إجابات أفراد العينة الاحتمالات
64.44	174	لا
35.56	96	نعم
100	270	المجموع

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 56)

تعد الأجهزة الطبية أهم وسيلة مادية تساعد على تقديم الخدمات الطبية في المستشفيات، فالكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل أقل بكثير من قدراتها وهو ما دلت عليه معطيات الجدول أعلاه، حيث نجد أن نسبة المرضى الذين أجروا فقط بعض التحاليل والأشعة بالمستشفى التي يتواجدون بها قصد العلاج والاستشفاء كانت 64.44 %، وهي

نسبة يمكن عدها كبيرة كونها تجاوزت النصف، وبأن العديد من التحاليل والأشعة كالكسكانير والرسم التخطيطي للقلب والدماغ التي طلبت منهم من طرف الطبيب المشرف على علاجهم قد اضطروا لإجرائها بالقطاع الخاص، لعدم توفرها بالمستشفى وحتى إن توفرت كالكسكانير فهو معطل، وهذا ما يكلفهم مبالغ مالية باهضة، ويضيف عبأ مالي على كاهل الأسرة، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيا الطبية الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ تعاني من تعطلات متواترة والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما يجعلها غير مستغلة لفترات قد تصل إلى عدة أيام أو شهور، مما زاد أيضا في مشكل الصيانة بالمؤسسات الصحية خاصة المستشفيات كثرة استعمال تلك الأجهزة في ظل غياب سياسة صيانة واضحة المعالم مع عدم وجود مختصين في ذلك. وقد يرجع ذلك أيضا ليس لتعطل الأجهزة بل قد نجد بعضها متوفر وفي حالة جيدة إنما إلى عدم وجود من يستطيع العمل بها وتشغيلها. بينما صرح ما نسبته من 35.56% مجموع المرضى المتواجدين بالمستشفيات محل الدراسة أنهم أجروا كل التحليل والأشعة بالمستشفى المتواجدين بها، وعموما وحسب مقابلتنا فإن الذي أجروه ما هو إلا تحاليل و أشعة بسيطة، كمعرفة فصيلة الدم وأشعة على مستوى الصدر.

الجدول رقم (78): يوضح رأي المرضى حول مستوى الخدمات الصحية التي تلقوها والسبب

إجابات أفراد العينة الاحتمالات	ت	%	في حالة الإجابة سيئة هل يعود ذلك إلى:	ت	%
جيدة	00	00	/	/	/
مقبولة	112	41.49			
سيئة	158	58.51	نقص الأطباء المتخصصين	32	20.25
			كثرة المرضى	10	6.33
			نقص التجهيزات الطبية الحديثة	10	6.33
			التسيب واللامبالاة	57	36.07
			-سوء المعاملة	49	31.02
المجموع	270	100	المجموع	158	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 57 و 58)

نهدف من خلال المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، إلى محاولة تقييم مستوى الخدمة الصحية المقدمة حسب رأي المريض، فهو المستفيد والمستهدف الأول من هذه الخدمة، كما لا بد لنا الإشارة في ذات السياق، أنه لا يوجد نظام صحي مثالي، لكن في النهاية النظام الصحي الأفضل هو النظام الذي يعد مقبول في رأي الأشخاص المعنيين به وتوصلنا إلى مايلي:

- لم يصرح أي أحد من المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة بأن مستوى الخدمة الصحية المقدمة له والتي تلقها أثناء إقامته يمكن عدها جيدة.

- صرح عدد من المرضى بأن مستوى الخدمة الصحية التي تلقوها يمكن عدها مقبولة، وذلك ما نسبته 41.49%، ولا يمكن عدها نسبة كبيرة وحتى إن قاربت النصف.

- صرح عدد من المرضى بأن مستوى الخدمة الصحية التي قدمت لهم ضعيفة، وذلك ما نسبته 58.51%، وهي نسبة كبيرة ومعتبرة فقد تجاوزت النصف تقريبا، ما يوحي أن الخدمات الصحية المقدمة داخل المصالح الإستشفائية الجزائرية لا ترق إلى مستوى طموحات المواطن الجزائري، أي أن هناك فرق بين ما يرجوه ويتمناه المريض الجزائري أن يكون عليه مقر الذي يتوجه إليه للاستشفاء وما هو موجود في الواقع.

أما عن أسباب القصور في الخدمات الصحية المقدمة حسب رأي المرضى الذين صرحوا بأنها ضعيفة، فنلاحظ من خلال الجدول السابق أن هناك اختلافا بين المرضى في تحديد سبب هذا القصور، حيث جاءت أكبر نسبة لدى الذين صرحوا بأن هذا النقص راجع إلى "التسيب واللامبالاة" وقدرت بـ 36.07% من مجموع المرضى بالمستشفيات محل الدراسة والذين صرحوا بأن الخدمة الصحية المقدمة ضعيفة، ثم تاليها سوء المعاملة خاصة من طرف الممرضين بنسبة 31.02%، ثم تنخفض النسبة عند الذين أرجعوا هذا القصور إلى "نقص الأطباء المتخصصين" وهي 20.25%، أما الذين صرحوا بأن سبب ضعف مستوى الخدمات الصحية المقدمة راجع إلى "كثرة المرضى" و "نقص التجهيزات الطبية الحديثة" فقد جاءت نسبتهم متساوية وهي 6.33%.

الجدول رقم (79): يبين علاقة وجود المعارف بالمؤسسة الصحية التي يتواجد بها المريض و مستوى الخدمة

الصحية التي يتلقاها

وجود معارف		يوجد (نعم)		لا يوجد (لا)		المجموع	
مستوى الخدمة الصحية المقدمة		ت	%	ت	%	ت	%
جيدة		00	00	00	00	00	00
مقبولة		99	100	13	7.60	112	41.48
سيئة		00	00	158	92.40	158	58.52
المجموع		99	100	171	100	270	100

المصدر: بيانات استمارة المقابلة (السؤال رقم 13 و 57)

من خلال البيانات التي يتضمنها الجدول أعلاه حاولنا معرفة ما إذا كان لوجود أحد المعارف للمريض بالمؤسسة الصحية المتواجد بها تأثير على مستوى الخدمة الصحية ونوعية العلاج التي يتلقاها، ومن خلال تحليل الجدول أعلاه تحصلنا على مايلي:

- يتبين لنا أن كل المرضى الذين صرحوا بأن لهم معارف بالمستشفى التي يتواجدون بها أكدوا جميعهم بأن مستوى الخدمة والرعاية الصحية التي تلقوها يمكن عدها مقبولة ذلك بنسبة 100%.

- المرضى الذين صرحوا بأن ليسهم لهم معارف بالمستشفى التي يتواجدون بها أفروا ما نسبته 7.60% فقط بأن مستوى الخدمة الصحية التي تلقاوها مقبولة، بينما أكد ما نسبته 92.40 % أي الأغلبية من المرضى بأن مستوى الرعاية الصحية مقدمة لهم بالمستشفى ضعيفة.

إن محاولة تحليل تكشف لنا عن مدى دور العلاقات الغير رسمية (المعارف والمحابة والواسطة) في المستشفى وفي الولوج للخدمات الصحية بالقطاع العمومي، وأن هناك اختلاف في كيفية استجابة المؤسسة الصحية للمرضى المتوافدين إليها وهو ما يتعارض مع مبدأ المساواة في الحصول على الرعاية الصحية وبأن الهياكل الصحية يجب أن تكون في متناول جميع السكان، فوجود أحد العاملين من معارف المريض بالمؤسسة الصحية المتواجد بها يؤثر على نوعية العلاج والرعاية

الصحية المقدمة وهذا التأثير يبدو واضح بالمؤسسة الصحية العمومية، كما سيشكل عامل جوهري في تفضيل المرضى بين مختلف المؤسسات الصحية العامة والخاصة.

رابعاً: عرض وتحليل المقابلات التي أجريت مع بعض أعضاء الطاقم الطبي والشبه الطبي

تماشياً مع تساؤلات الدراسة وأهدافها، أجرت الباحثة مقابلات موجهة (مقننة) مع بعض أعضاء الطاقم الطبي والشبه الطبي من أطباء وممرضين عاملين بالمؤسسات الصحية مجال الدراسة الميدانية، وفي هذا الصدد حاولت أخذ المعلومات الممكنة والآراء والمواقف المشكلة حول واقع سياسات إصلاح النظام الصحي ودورها في حماية الصحة والعمومية وترقيتها والرفع من مستوى التنمية الصحية، فضلاً عن محاولة معرفة مواقفهم من سياسات إصلاح النظام الصحي في مجال تطوير قطاع الصحة وتحسينها لظروف عملهم، كذا تحديد أهم الصعوبات والعوائق التي يواجهونها -الطاقم الطبي والشبه الطبي- أثناء أدائهم لمهامهم بالنظر إلى ما تضمنته سياسات الإصلاح خاصة إصلاح المستشفيات بخصوص ترقية أوضاع مستخدمي قطاع الصحة العمومي، وفيما يخص الاقتراحات لتحسين الخدمات الصحية، وكذا تدعيمها لإجابات المرضى ومحاولة التعمق في بعض الإجابات المتعلقة باستجابة المؤسسة الإستشفائية للمريض.

1- عرض المقابلات التي أجريت مع بعض الأطباء

1-1 عرض المقابلة رقم (01)

أجريت المقابلة يوم 24 ديسمبر 2017 مع طبيبة عامة تبلغ من العمر 35 سنة التقينا بها بمصلحة الطب الباطني، أما عن عدد سنوات عملها فهي 08 سنوات، بالمستشفى العمومي قرين العياشي الحجار-عنابة-. وجاء تصريحاتها كما يلي:

بالنسبة للسؤال الأول المتمثل: إن كان هناك داعي للقيام بإصلاح المنظومة الصحية الوطنية؟ ولماذا؟ فتعتقد أنه ليس هناك داعي للقيام بما يسمى إصلاحات النظام الصحي الوطني، لأنها مجرد حلول مؤقتة فهي لم تقض على مشاكل قطاع الصحة والتي يتخبط فيها ولسنوات عديدة، بالإضافة، إلى عدم اقتناعها بها. أما رأيها حول نظام الإعلام الصحي فهو غير فعال، كما ترى بكل تأكيد أن الموارد البشرية هي الأهم في أي نظام صحي، رغم ذلك فإن الإصلاحات لم تهتم به كما يجب. كما أنه بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات، صرحت الطبيبة أنه حدثت زيادات في الطاقات البشرية والمادية

للمستشفى لكنها غير كافية بالنظر للأعداد المتزايدة من المرضى الوافدين إلى مستشفى، أيضا ترى بأن هذه الإصلاحات لم تتمكن من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي والخاص، ويبقى القطاع الخاص الوجهة المفضلة للمرضى الذين يملكون المال ويبحثون عن خدمات صحية جيدة. أكدت بأن المستشفيات العمومية تعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص السبب حسب رأيها هو الراتب المرتفع .

أما بالنسبة للمحور الثاني، فتعتقد الطبية أن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تؤد إلى تحسين ظروف عملهم بالمستشفى، خاصة من حيث ارتفاع مستوى الاكتظاظ، كذلك نجد بعض التجهيزات الطبية الموجودة داخل المستشفى تعاني من تعطلات، السبب عدم وجود شخص مؤهل ليصلحها. وأما عن تقييمها لمستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى ذلك بقولها متوسطة وليست كما يجب، أما الحديث عن التكوين المستمر فصرحت ما فاده، التكوين الذي يلي ما نحتاجه ويجعلنا على اطلاع بالجديد يكون بالخارج ويكون على حسابنا الشخصي وهو مكلف بالعادة لأنه بالعملة الصعبة، أما ما يتم تنظيمه من دورات تكوينية على المستوى الوطني لا تتعد دروس نظرية. فقط ولم ترد إضافة أي شيء آخر، وبخصوص الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية فهي ترى أنها تغطي احتياجات المرضى إلى حد ما، أيضا أكدت موافقتها بكل صراحة للعمل بعيادة طبية خاصة إذا عرض عليها ذلك، والسبب الراتب المرتفع.

وفيما يخص الصعوبات، صرحت قائلة: "لا، ليست هناك أية صعوبات أو مشاكل مع المرضى."، أما في العمل فيوجد أبرزها: نقص في عدد الممرضات، فهو غير كاف بالمصلحة، مما يؤثر على خدمة المريض. وبأن القوانين التي تسير حقوقهم غير منصفة، وأسباب فشل الإضرابات يعود حسب رأيها إلى فشل ممثلي نقابة الصحة فهم غير مؤهلين لتمثيلهم، و الاقتراحات التي تقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية، فهي ترى في المقام الأول هو تحسين الظروف الاجتماعية للمستخدمين بقطاع الصحة من خلال رفع الراتب الشهري، وتوفير سكن وظيفي يليق بهم.

1-2 عرض المقابلة رقم (02)

أجريت المقابلة يوم 08 جانفي 2018 مع طبيبة عامة تبلغ من العمر 39 سنة، التقينا بها بمصلحة الطب الباطني لديها 12 سنة خبرة، تعمل حاليا ولسنوات في المؤسسة العمومي محمد بوضياف الخروب - قسنطينة-.

حيث كانت إجابتها على الأسئلة الموجهة لها كما يلي:

ليس هناك داع للقيام بإصلاح المنظومة الصحية الوطنية، لأن تلك الإصلاحات لن تطبق كما هو مخطط له وستبقى مجرد حبر على ورق ولن تنفذ، أما رأيها حول نظام الإعلام الصحي هي بدورها ترى بأنه غير فعال، و ترى أن الموارد البشرية الموجود في أي مؤسسة صحية هي الأهم رغم أهمية توفر التجهيزات الطبية، وبأن الإصلاحات لم تهتم به ولم تسع لترقيته وتثمينه، كما أنه بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات، صرحت الطبية بأنه حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى لكنها غير كافية بالنظر للطلب المتزايد على العلاج، أكدت أيضا أنه لا يوجد أي تنسيق بين مستشفى عمومي وعيادة خاصة من أجل مصلحة مريض، لكل منهما مرضاه، وذلك بقولها:

" ces réformes ont réussi pas à créer une complémentarité fonctionnelle entre le secteur de la santé, public et privé "

وأكدت بأن المستشفيات العمومية تعاني حقيقة من انتقال للكفاءات الطبية ليست المتخصصة فقط بل أن الأمر يمس حتى المرضى، نحو القطاع الخاص السبب حسب رأيها هو البحث عن ظروف العمل الجيدة بالدرجة الأولى من حيث توفر العتاد الطبي (من أشعة وتحاليل) والنظافة.

أما بالنسبة لتأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على تحسين الظروف العمل بالمستشفى، فهي ترى لا وجود لأي تأثير لهذه السياسات، أما الحديث عن التجهيزات الطبية الموجودة داخل المستشفى فهي ليست تعاني من تعطلات بل أن الأمر يتعدى ذلك إلى عدم توفر العديد من التجهيزات الطبية الضرورية، الأمر الذي يجبر المرضى لإجراء التحليل والأشعة بالعيادات الخاصة، وسماع تذرهم فهم يرون بأنها متوفرة وبأن العاملون بالمستشفى لا يريدون القيام بذلك. وتقييمها مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى ترد بقولها: أنها تبقى دون المستوى خاصة دورات المياه، مع عدم توفر

المياه بالحنفيات في العديد من المرات، أما رأيها عن التكوين المستمر بغرض رفع مستوى أدائهم للخدمة الصحية فصرحت بأن فرص التكوين قليلة، وبخصوص الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية فهي لا تغطي احتياجات المرضى خاصة عندما يتعلق الأمر بالأطباء المتخصصين، أيضا أكدت موافقتها بكل صراحة للعمل بعيادة طبية خاصة إذا عرض عليها ذلك، والسبب ليس الراتب الشهري المرتفع فقط بل حتى ظروف العمل تعد جيدة من حيث توفر الأمن والتنظيم.

وفيما يخص إذا كانت هناك صعوبات تواجهها مع المرضى، تقول الطبيبة "في أغلب الأحيان ليست هناك أية مشاكل مع المرضى، إلا قليلا عندما نتلقى مرضى وعادة ما يكونون برفقة أهاليهم غير مؤدبين، وعدوانيين، وهذا غالبا ما يكون بمصلحة الاستعجالات." أما في العمل فيوجد العديد من الصعوبات كنقص الأطباء خاصة المتخصصين، وأيضا نقص في عدد الممرضين، نقص العتاد و اللوازم لممارسة الآداءات العلاجية على أكمل وجه. وبأن القوانين التي تسير حقوقهم غير منصفة، وأسباب فشل الإضرابات يعود حسب رأيها إلى تماطل الوزارة الوصية وعدم صدق نيتها في حل مشاكل القطاع، و الاقتراحات التي تقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية، فهي ترى في المقام الأول هو تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمستخدمين بقطاع الصحة.

1-3 عرض المقابلة رقم (03)

تمت هذه المقابلة يوم 29 جانفي 2018 مع طبيب عام يبلغ من العمر 36 سنة، التقينا به بمصلحة الأمراض المعدية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس تبسة، وأما عن عدد سنوات عمله فهي تسعة سنوات. وبالنسبة لإجاباته عن الأسئلة المقدمة فكانت كما يلي:

عن السؤال الأول والخاص بالمحور الأول والذي تعرضنا فيه إلى رأيه حول محاولات تطوير قطاع الصحة وإيجاد حل لمختلف المشاكل التي يتخبط فيه، من خلال سياسات الإصلاح النظام الصحي الوطني، فيعتقد بأنه ليس هناك داعي لسياسات إصلاح المنظومة الصحية الوطنية، والسبب حسب رأيه كما قال:

"Réformes sur papier ne sont pas appliquées"، أي إصلاحات على ورق لا تنفذ، وأن نظام الإعلام الصحي غير كاف، ويرى بأن كل من الموارد البشرية، التجهيزات الطبية والهياكل الصحية عوامل ذات تأثير على أداء النظام الصحي وكلها جد مهمة وليس هناك عامل أهم من الآخر. وبأنه حقيقة بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات،

حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى، لكنها ليس بالشيء الكبير، معبرا عن ذلك بقوله: " petite amélioration"، وبأن هذه الإصلاحات لم تتمكن من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي والخاص والذي نلمسه أنه عادة ما يطلب من المريض إجراء صور أشعة IREM مثلا عادة ما يكون غير متوفرة بالمستشفى عمومي فيضطر المريض للذهاب إلى عيادة طبية خاصة يتنقل بوسيلة خاصة دون استعمال سيارة إسعاف ويدفع المريض المستحقات نقدا لتلك العيادة دون استفادة من تعويضات التأمين الاجتماعي، وأن أهل المريض يبقوا حلقة وصل بين المريض والطبيب المعالج بالمستشفى العمومي فهم من يبحثون الطبيب الذي طلب صور الأشعة وإعطائه تلك الصور. وكذا لا أحد ينكر بأن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص هذا بحثا عن راتب مرتفع يضمن تحقيق مستوى معيشي جيد لأفراد أسرته.

أما بالنسبة للمحور الذي يدور حول تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل، فإن إجابة الطبيب عن السؤال الأول وهو هل ترى أن سياسات إصلاح النظام الصحي أدت إلى تحسين ظروف عملكم بالمستشفى، من حيث انخفاض مستوى الاكتظاظ، مدى توفر الأمن خاصة ليلا، مدى توفر التجهيزات والوسائل الطبية ؟ رد بأن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تحقق تحسن كبير في ظروف العمل بالمستشفى، فظاهرة الاكتظاظ في المستشفى في تزايد مستمر، كما صرح بأنه تعرض للعنف أكثر من مرة من قبل أهل المريض ذلك بمصلحة الاستعجالات، وأن هذا يشعره بعدم الأمان في مكان العمل، أما الحديث عن التجهيزات الطبية فهي من تعطلات أحيانا، والسبب حسب رأيه يعود إلى عدم وجود عمال صيانة مؤهلين.

صرح بأن الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية التي يعمل بها لا تغطي احتياجات المرضى خاصة من حيث نقص الأطباء المتخصصين وغياب العمل الجماعي كفريق طبي بين الأطباء العاملين بالمستشفى هدفه مساعدة المريض على الشفاء، أما تقييمه لمستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى، فهي متوسطة بقوله:

" le niveau d'hygiène dans l'hôpital moyen"، و أن الإصلاحات التي عرفها قطاع الصحة، لم تسمح للأطباء والمرضى بتحيين معارفهم والانفتاح على الخبرات والتجارب العالمية من خلال فرص التكوين المستمر، وحتى إن كانت هناك التكوينات بالخارج فهي ليست مجانية، صرح عموما أنه جاءته مؤخرا فرصة للتكوين بالخارج بالضبط في

الهند وأكد لي بأنه لن يذهب لسبيين الأول أن لغة التكوين هي الإنجليزية وهو درس باللغة الفرنسية، السبب الثاني الطبيب لا بد له أن يقدم مساهمة مالية وحسب نظره هي تعد معتبرة، كم أكد موافقته للعمل بعيادة طبية خاصة دون تردد لكن ليس في الجزائر بل بالخارج، ذلك أن وضع العيادات الطبية الخاصة لا تختلف عن المستشفى العمومي. وعن الصعوبات التي يواجهها فأكد أنه لا يجد صعوبات مع المريض، وبأنه من خلال خبرته أصبح يجيد التعامل معه ولم يعد يجد أي مشاكل، أما في العمل فهو يعاني من عديد الصعوبات وتمثل حسب قوله:

- عدد الأطباء الأخصائيين قليل وغير كاف.

- نقص في التجهيزات الطبية.

- نقص في الأدوية الطبية.

ورأيه في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، صرح بأنها حتى وإن كانت منصفة فهي لن تطبق، وبشأن الاقتراحات التي يقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية، فأكد أن الأمر لا يتوقف عند زيادة الراتب لمستخدمي قطاع الصحة والأمر يتجاوز ذلك، كضرورة توفير نظام تقييم موضوعي وشفاف لأداء المنظومة الصحية، وتحفيز العمال مع تشجيع إنشاء نوادي علمية.

1-4 عرض المقابلة رقم (04)

أجريت المقابلة يوم 04 فيفري 2018 مع طبيب مختص في الجراحة العامة يبلغ من العمر 40 سنة التقينا به بمصلحة الجراحة العامة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية قرين العياشي الحجار -عنابة-. وبالنسبة للأسئلة التي طرحت عليه في المحور الأول فكانت إجاباته كما يلي:

عن رأيه إزاء الإصلاحات التي شهدتها قطاع الصحة في سبيل تطويره، يقول عرف النظام الوطني للصحة عديد الإصلاحات، لكن ليست ضرورية أو مهمة، والسبب أنها إصلاحات شكلية لا تعالج مشاكل واقعية، وأن نظام الإعلام الصحي غير كاف، بقوله: "Système d'information sanitaire est il insuffisant"، و يرى أن الموارد البشرية الموجود في أي مؤسسة صحية هي الأهم، وبأن الإصلاحات لم تركز على الاهتمام بالموارد البشري.

وبالنسبة للسؤال التالي: بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات، هل حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى؟ فكانت إجابته، لقد حدثت زيادات في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى كزيادة عدد الأطباء والمرضى ومحاولة فتح مصالح جديدة بالمستشفى، وأكد أن هذه الإصلاحات لم تتمكن من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي والخاص، والسبب حسب رأيه غياب نصوص تشريعية تحدد كيفية هذا التكامل وتدعمه في سبيل الرفع من مستوى الصحة العمومية للمواطنين كهدف مشترك بينهما، ويرى أن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص والسبب هو الاحترام الذي يجده سواء من طرف الزملاء أو من المرضى المتوافدين إليها، بالإضافة إلى توفر الوسائل وكل ما يحتاجه للقيام بعمله على أكمل وجه.

أما المحور الثاني، والخاص مدى تحسن ظروف عملهم نتيجة لسياسات إصلاح المنظومة الصحية، فيقول:

"le phénomène de surcharge de malades au sein l'hôpital continue d'augmenter et cela affecte le niveau de performance de mon travail "

أي أن ظاهرة الإكتظاظ داخل المستشفى في تزايد مستمر وأن هذا يؤثر على مستوى أدائه لأعماله، كذا فالتجهيزات الطبية الموجودة داخل المستشفى تعاني من تعطلات ليس دائما لكن أحيانا، كما أن التخصصات الطبية المتوفرة بمؤسسة الإستشفائية التي يعمل بها لا تغطي احتياجات كل المرضى، خاصة من حيث العدد، و تقييمه لمستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى، فهي متوسطة ولا يمكن عدها جيدة، وبالنسبة للتكوينات، فصرح بأن التكوينات التي يرى أنها سوف يستفيد منها في عمله وتلبي احتياجاته عادة ما تكون بالخارج وهي ليست مجانية وبل مكلفة و باهضة، أما تلك التكوينات التي يتم تنظيمها على مستوى الوطني، فهي دروس نظرية أي لا تلبي احتياجاتي وليست تطبيقية وتقام أيام العطل (وهي فترة راحة بالنسبة لنا)، مع غياب نظام لتقييم هذه التكوينات لذا من أراد ذهب ولم يرد لا يذهب. و أما إذا عرض عليه العمل في مؤسسة صحية خاصة فقد أكد رفضه ويفضل البقاء والعمل في مستشفى عمومي.

و بالنسبة لطبيعة الصعوبات التي يواجهها فأكد أنه يجد صعوبات مع بعض المرضى وليس كلهم وبالضبط مع المرضى الذين لا يلتزمون لأوامره الطبية خاص مرضى السكري، أما في العمل فهو يعاني من عديد الصعوبات ولم يحددها قائلاً:

لا أريد التحدث عنها. ورأيه في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، صرح بأنها فقط واجبات بقوله: " juste des obligatoires"، وبشأن الاقتراحات التي تقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية، فأكد أن زيادة الراتب وحدها تكفي لتجاوز هذه الصعوبات، ولا بد من توفر نية صادقة لتحسين قطاع الصحة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

2- عرض المقابلات التي أجريت مع بعض المرضى

2-1 عرض المقابلة رقم (01)

تمت المقابلة يوم 24 ديسمبر 2017 مع ممرض يبلغ من العمر 42 سنة التقينا به بمصلحة الطب الباطني، ولديه خبرة 19 سنة في ميدان التمريض، بالمستشفى العمومي -قرين العياشي الحجار- عنابة. وبالنسبة لإجاباته عن الأسئلة المقدمة فكانت كما يلي:

عن الأسئلة الخاص بالمحور الأول والذي تعرضنا فيه إلى تأثير إصلاحات النظام الصحي على أداء المنظومة الصحية، فيعتقد أن النظام الوطني للصحة عرف العديد من الإصلاحات، وأن هناك داعي لهذه الإصلاحات، هذا من أجل المساهمة في حل مشاكل قطاع الصحة والحد من معاناة العاملين به، وبالنسبة لنظام الإعلام الصحي فهو يرى بأنه لا يوجد ما يمكن أن نسميه إعلام صحي، أما بالنسبة لأهم مكون من مكونات نظام صحي في رأيه هو المورد البشري المؤهل والمدرّب، وأن سياسات الإصلاح أعطت له أهمية لكنها غير كافية، في حين نجد إجابته عن السؤال التالي: إن حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات؟، فيقول بأنه لم يحدث أي من هذا. ويضيف بالقول أن هذه الإصلاحات لم تتمكن من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي والخاص أن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص، أما عن سبب وجود فجوة بين المستشفيات العمومية والعيادات الخاصة فيرد ذلك حسب رأيه لغياب منظومة تشريعية تهدف لتحقيق ذلك.

وعن تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل، فيقول بأن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تؤد إلى تحسين ظروف عملهم بالمستشفى، خاصة من حيث عدم توفر الأمن خاصة ليلاً، وبالنسبة لوجود تجهيزات طبية داخل المستشفى فهي تعاني من تعطلات بشكل مستمر نتيجة كثرة الاستعمال رغم حداثة العديد منها، لذا تبقى الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية لا تغطي كل احتياجات المرضى وكما نتمنى نحن أيضاً، ويقول أن مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى متوسطة لكن تبقى دون المستوى المطلوب توفره بمستشفى موجود بإحدى الدول المتقدمة، أما حديثه عن التكوين المستمر، فأكد خضوعه لعدة دورات تكوينية وبأنها أفادته في أدائه للخدمة الصحية، أما قبوله للعمل في عيادة خاصة فصرح قائلاً: أفضل العمل بعيادة خاصة، لكنني لن أقبل العمل بها، لأن صاحب العيادة الطبية الخاصة قادر على تسريحي بكل سهولة من عملي وفي أي وقت على خلاف المستشفى العمومي.

وعن الصعوبات والعوائق التي يواجهها أثناء عمله، هو شعوره بالقلق والضغط لكثرة المرضى وعدم استيعاب المصلحة لهذا العدد، وأما رأيه في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، فيقول أن حقوقهم مهضومة خاصة فيما يتعلق بالترقية، وفشل الإضرابات يعود إلى فشل ممثلي النقابة وبأنهم ليسوا في المستوى، وفيما يخص الاقتراحات التي يقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية حسب وجهة نظره هو زيادة عدد الممرضين والرفع من مستواهم من خلال التكتيف من فرص التكوين المستمر وتوفير الوسائل المادية.

2-2 عرض المقابلة رقم (02)

تمت المقابلة يوم 31 ديسمبر 2017 مع ممرض يبلغ من العمر 50 سنة التقينا بها بمصلحة طب الأعصاب وأما عدد سنوات عمله فهي 29 سنة بالمستشفى العمومي الحجار -عنابة-.
وبالنسبة لإجاباته عن الأسئلة المقدمة فكانت كما يلي:

عن الأسئلة الخاصة بالمحور الأول والذي تعرضنا فيه لتأثير إصلاحات النظام الصحي على أداء المنظومة الصحية فيعتقد أن النظام الوطني للصحة عرف العديد من الإصلاحات، وأن هناك داعي لهذه الإصلاحات، لكن هذه الإصلاحات تبقى تعبر عن مجرد قرارات فوقية ارتجالية أي وجهات نظر تفتقر لنظرة و رأي الخبراء خاصة أصحاب الميدان وبالنسبة لنظام الإعلام الصحي فهو يرى بأنه غير فعال، أما رأيه حول أهمية مكونات النظام الصحي، فيرى أن

أهم مكون من مكونات نظام صحي في رأيه هو المورد البشري، وأن سياسات الإصلاح لم تعط له الأهمية الكافية، في حين نجد إجابته عن السؤال إن حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات؟، فيقول بأنه لم يحدث أي من هذا فقط زيادة في عدد مساعدي التمريض (ATS)، وهم غير مؤهلين لتقديم العلاج رغم أهمية تواجدهم بالمستشفى، حيث يقول: "إنني لا أقلل من شأنهم لكن وجودهم لا يلبي ما نحتاجه من أجل تحقيق جودة العلاج *qualité de soins*". ويضيف بالقول أن هذه الإصلاحات لم تتمكن من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي والخاص، وأن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص، أما عن السبب هو الراتب المرتفع.

وعن تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل، فيقول بأن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تخفف حتى من ظاهرة الاكتظاظ والضغط داخل المستشفيات، وهذا أثر بشكل سلبي في التكفل بالمرضى، وأدى إلى عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، كما سبق له أن تعرض للعنف من قبل أهل المريض، رغم ذلك يقول أن هذا لم يشعره بعدم الأمان في مكان العمل، وبالنسبة لحالة التجهيزات طبية المتوفرة داخل المستشفى، فيقول: فهي تعاني من تعطلات أحيانا وليس دائما، ويقول أن مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى متوسطة (*moyen*)، أما حديثه عن التكوين، فأكد خضوعه لعدة دورات تكوينية وبأنها لم تكن ذات فائدة بالنسبة له، السبب أنها كانت استجابة لقرار مركزي، كما قال: "Cette formation a été faite Suite à une décision centrale"، أما أكد عدم قبوله العمل في عيادة خاصة.

وعن الصعوبات والعوائق التي يواجهها أثناء أدائه للخدمة الطبية، فقد صرح ليس لديه مشاكل مع المرضى، لكن هناك العديد من الصعوبات في العمل أولها غياب تحفيز العمال، لذا نلاحظ أن أغلب العمال يبدون مجبرين فيما يقوم به من أعمال، وأما رأيه في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، فيقول: "القوانين لم تمنحنا حقوقنا كاملة خاصة في مجال الترقية". وفشل الإضرابات يعود إلى فشل ممثلي النقابة، وفيما يخص الاقتراحات التي يقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة صرح بضرورة رفع الراتب الشهري خاصة مع ارتفاع الأسعار الذي مس كل متطلبات الحياة أولها الإيجار.

2-3 عرض المقابلة رقم (03)

تمت المقابلة يوم 09 جانفي 2018 مع ممرضة تبلغ من العمر 47 سنة، التقينا بها بمصلحة الجراحة العامة، ولديها خبرة 24 سنة في ميدان التمريض، حاليا تعمل ولسنوات طويلة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف الخروب - قسنطينة-.

وقد أجابت أن أسئلة المحور الأول فصرت بأن النظام الوطني للصحة شهد عدة إصلاحات ضرورية بقولها:

Le système national de santé a connu de nombreuses réformes à mon avis nécessaires"

وبالنسبة لنظام الإعلام الصحي فهي ترى بأنه لا غير فعال، أما بالنسبة أهم مكون من مكونات نظام صحي في رأيها هو المورد البشري وأيضا التجهيزات الطبية، في حين نجد إجابتها عن السؤال إن حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات؟، فتقول لتأكد بأنه لم يحدث. وتضيف بالقول أن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص لتحسين مستواهم المعيشي (من سكن راقى، رحلات ترفيهية لعائلته بالخارج ...) وأيضا بحثا عن ظروف عمل أفضل.

وبالنسبة للسؤال الخاص بمدى تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل، فتقول بأن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تؤد إلى تحسين ظروف عملهم بالمستشفى، فنحن نعاني من كثرة المرضى والضغط في العمل مما أدى إلى شعورنا بالإرهاك في آخر اليوم، وبالنسبة لوجود تجهيزات طبية داخل المستشفى فهي تعاني من تعطلات والسبب كما ترى عدم تجديد هذه التجهيزات، بالإضافة إلى أن هناك نقص في الأدوية، كما أن الإمكانيات المادية والبشرية فهي متوفرة بالمؤسسة الإستشفائية لكن لا تغطي احتياجات المرضى كما يجب، وتقول عن مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى لا يمكن عدها جيدة، أما حديثها عن التكوين المستمر، فأكدت خضوعها لبعض الدورات تكوينية أفادتها وتستجيب لاحتياجاتها لكن تبقى غير كافية، أما بشأن مدى قبولها العمل بعيادة خاصة فتقول: "أقبل العمل في عيادة خاصة."

وعن الصعوبات والعوائق التي تواجهها أثناء تقديمها للعلاج المرضى، فقد صرحت ليس لدي أية مشاكل مع المرضى، لكن هناك العديد من الصعوبات في العمل منها: نقص الإمكانيات التقنية و الأدوية و عدد الأطباء والمرضى قليل مقارنة بعدد المرضى المرتفع، وأما رأيها في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، فتقول: "القوانين تعسفية ولم تمنحنا حقوقنا كاملة خاصة في مجال الترقية". وفشل الإضرابات يعود إلى فشل ممثلي النقابة، وفيما يخص الاقتراحات التي تقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات، صرحت بضرورة رفع الراتب الشهري أمر ضروري ولا بد منه، أيضا تفعيل دور وسائل الإعلام من إذاعة وتلفزيون بكيفية الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض المعدية من جهة، ومن جهة أخرى، نشر الوعي بكيفية التعايش مع الأمراض المزمنة خاصة المصابين بداء السكري، فالمستشفى ليست هي المسؤولة وحدها على شفاء كل مريض دخل لها .

2-4 عرض المقابلة رقم (04)

تمت المقابلة يوم 15 جانفي 2018 مع ممرضة تبلغ من العمر 34 سنة، التقينا بها بينك حقن الدم، وأما عن عدد سنوات عملها تتجاوز سبع سنوات، بالمؤسسة الإستشفائية العمومية محمد بوضياف الخروب - قسنطينة-.

وقد أجابت أن أسئلة المحور الأول والمتعلق بتأثير إصلاحات النظام الصحي على أداء المنظومة الصحية، فتقول: "النظام الوطني للصحة لم يشهد أية إصلاحات فلم ألمس أي تغيير منذ عملي بالمستشفى". وبالنسبة لنظام الإعلام الصحي فهي ترى بأنه لا يوجد ما يمكن أن نسميه إعلام صحي، أما بالنسبة أهم مكون من مكونات نظام صحي في رأيها هو المورد البشري، في حين نجد إجابتها عن السؤال إن حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات؟، فتقول لتؤكد بأنه لم يحدث أي من هذا. وتضيف بالقول أن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص بحثا عن ظروف عمل أفضل.

وعن تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل، فتقول بأن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تؤد إلى تحسين ظروف عملهم بالمستشفى، وبالنسبة لوجود تجهيزات طبية داخل المستشفى فهي تعاني من تعطلات بالإضافة إلى أن هناك نقص في الأدوية، كما تبقى الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية لا تغطي احتياجات

المرضى، وتقول عن مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى يمكن اعتبارها في تحسن ملحوظ، أما حديثها عن التكوين المستمر، فأكدت خضوعها لبعض الدورات تكوينية، أما بشأن قبولها العمل بعيادة خاصة فتقول: "أقبل العمل في عيادة خاصة دون تفكير." وصرحت بأنها تعمل بعيادة خاصة خارج أوقات العمل الرسمية بالمستشفى.

وعن الصعوبات والعوائق التي تواجهها أثناء أدائها للخدمة الطبية، فتقول ليس لدينا مشاكل مع المرضى، لكن هناك بعض الصعوبات نتلقاها مع الزوار الذين لا يحترمون أوقات الزيارة ويحاولون الدخول بكل الوسائل، رغم أنه لدينا توقيت محدد وهذا يزعجنا في العمل. وأما رأيها في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، فيقول: "القوانين المعمول في قطاع الصحة لم تمنحهم حقوقهم كاملة". وفشل الإضرابات يعود إلى فشل ممثلي النقابة واستمرار التضيق على الحريات، وفيما يخص الاقتراحات التي تقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين الخدمات الصحية صرحت هذا الممرضة بأنه "لتحسين هذه الأوضاع الإجابة صعبة على هذا السؤال، لكن أعتقد بأن إدارة المستشفى هي التي تتكفل بهذه المشاكل."

2-5 عرض المقابلة رقم (05)

أجريت المقابلة يوم 04 فيفري 2018 مع ممرض يبلغ من العمر 51 سنة، وهو رئيس وحدة طب الأورام التابعة لمصلحة الطب الباطني بمستشفى بوقرة بولعراس تبسة، وأما عدد سنوات عمله فهي 28 سنة. وقد قدم إجابته عن السؤال الأول، بأنه لا يوجد هناك تغييرات بقطاع الصحة تسعى للارتقاء به ونطلق عليها تسمية "إصلاحات"، وبأنها مجرد قرارات فوقية ارتجالية. وأنه لا يوجد ما يمكن تسميته نظام الإعلام الصحي، ويرى أن الهياكل الصحية كما قال: "Infrastructures sanitaires" هي أهم العوامل تأثيرا على أداء أي نظام صحي حسب وجهة نظره، كما أكد حدوث زيادة في الطاقات البشرية والمادية بالمستشفى العامل به بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات لكنها تبقى غير كافية، وفي نفس الوقت ينتقد هذا الإصلاح، السبب أنه أدى إلى حدوث انقطاعات في علاج المرضى، فقد كان المريض يستفيد من مسار علاجي مستمر لا يوجد فيه انقطاع في كل مرحلة من مراحله بحكم الإمكانيات البشرية والمادية المتوفرة في القطاع الصحي وسيولة انتقال الأطباء من مصلحة لمصلحة حسب

احتياجات المرضى، والآن أصبح المريض يجد نفسه ضائعاً بين مصالح طبية ومستشفيات و ينتقل من مستشفى لأخر. ويواصل حديثه عن عدم وجود أي تنسيق بين المستشفى العمومي والعيادات الطبية الخاصة، وأن الكثير من الأطباء المختصين يعملون بالعيادات الخاصة، وهو السبب الذي أدى على وجود نقص في عددهم بالمستشفيات العمومية، وهذا بحثاً عن راتب أفضل وظروف عمل جيدة.

وعن مدى تأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على ظروف العمل، وإن كانت قد أدت إلى تحسينه، حيث يرى أن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تحسن من ظروف العمل من حيث استمرار ارتفاع عدد المرضى بشكل يفوق قدرات المستشفى وعدد أسرته، وأيضاً نقص التجهيزات الطبية وعدم توفر الكثير منها، وإن كانت هناك محاولات لرفع مستوى النظافة لكننا تبقى بعيدة عن المعايير العالمية الواجب توفرها بأي مستشفى، وعدم توفر فرص التكوين بالخارج، أما عن التكوين الذي يتم تنظيمه على المستوى الوطني فقد أكد أنه استفاد فعلاً من عدة دورات تكوينية وكانت تلي ما يحتاجه، أيضاً أكد رفضه القاطع العمل في العيادات الطبية الخاصة، والسبب أن صاحب العيادة عادة يجبر العاملين عنده على إحضار وسائل من المستشفى إلى العيادة الخاصة، من جهة، ومن جهة أخرى، قال: أنا لا أريد العمل تحت إمرة أحد.

بالنسبة للعوائق التي تواجهه، فهو يجدها في العمل وليس مع المرضى والمتمثل أساساً حسب رأيه كما قال: عدد الأخصائيين قليل، وعن القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم فصرح بأنها تحتاج لإعادة نظر، أما عن سبب فشل الإضرابات التي قامت بها نقابات الصحة العمومية فيعود حسب رأيه إلى عدم وجود إضراب بمعنى الكلمة تم القيام به، ويرى أن زيادة الراتب من أهم الاقتراحات التي يقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات.

2-6 عرض المقابلة رقم (06)

تمت المقابلة يوم 13 فيفري 2018 مع ممرض يبلغ من العمر 26 سنة، التقينا بها بمصلحة الأمراض الصدرية وحدة رجال، وأما عن عدد سنوات عمله فهي أربع سنوات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بوقرة بولعراس - تبسة - . وبالنسبة لإجاباته عن الأسئلة المقدمة فكانت كما يلي:

يعتقد أن النظام الوطني للصحة عرف العديد الإصلاحات، وأنه ليس هناك داع لهذه الإصلاحات، فهي لا تأخذ بعين الاعتبار المشاكل الحقيقية والتي نواجهها يوماً، وبالنسبة لنظام الإعلام الصحي فهو يرى بأنه غير كاف حتى مشروع قانون الصحة الجديد لم يتمكن من الإطلاع عليه، أما بالنسبة لأهم مكون من مكونات نظام صحي في رأيه هو كل مكونات النظام الصحي مهمة وضرورية ولا يمكن الاستغناء عن أي مكون، من موارد بشرية ومادية، هيكل صحية وحتى المالية، وأن سياسات الإصلاح أعطت أهمية متفاوتة و لكنها غير كافية، في حين نجد إجابته عن السؤال التالي: إن كانت قد حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات؟، فيقول: رغم عدد سنوات عملي القليلة، إلا أنني لاحظت هناك زيادة في عدد مساعدي التمريض في المقابل توظيف عدد جد قليل لأطباء مختصين وهو ما نحتاجه. ويضيف بالقول أن هذه الإصلاحات لم تتمكن من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي والخاص أن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص، أما عن السبب هو الراتب الشهري الجيد ووجود جو مشجع على العمل.

وهنا يقدم إجابة عن السؤال الموالي والمتعلق بمدى تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل، فيقول بأن سياسات إصلاح النظام الصحي لم تؤد إلى تحسين ظروف عملهم بالمستشفى، خاصة من حيث كثرة المرضى الوافدين مع عدم توفر الأمن خاصة ليلاً، وبالنسبة لوجود تجهيزات طبية داخل المستشفى فهي تعاني من تعطلات أحياناً، ليؤكد لنا أنه تبقى الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية لا تغطي احتياجات المرضى مئة بالمئة، خاصة من حيث التخصصات الطبية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية التي تعمل لا تغطي احتياجات المرضى الذين عادة ما يكونوا يعانون من أمراض مزمنة التي تتطلب كفاءات طبية متخصصة فالطبيب العام لا يستطيع تقديم أي شيء، ويقول أن مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى متوسطة، أما حديثه عن التكوين المستمر، فأكد غيابه وبأنها مجرد أيام دراسية ذات الطابع النظري، أما هل تقبل العمل في عيادة خاصة، فصرح قائلاً: لا أقبل.

عن الصعوبات والعوائق التي يواجهها أثناء عمله، مع المرضى وهو كثرة تدمرهم فهم يرون أننا نحن لا نريد أن نخدمهم، أما في العمل يبقى أبرز صعوبة هي: إمكانات المؤسسة لا تغطي عدد المرضى المرتفع.

وأما رأيه في القوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، فيقول أن القانون لا يوفر لنا الحماية، وفشل الإضرابات يعود إلى ممثلي النقابة ليسوا مؤهلين لتمثيلنا وكثرة صراعاتهم الداخلية، وفيما يخص الاقتراحات التي يقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية حسب وجهة نظره هو لا بد أن يكون هناك ضمير وحب لهذا العمل.

3- تحليل المقابلات التي أجريت مع بعض الأطباء

تم إجراء مقابلات مع بعض الأطباء العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية محل الدراسة الميدانية. حيث تبين من خلال البيانات الأولية أن الأطباء يتوزعون بين الذكور والإناث بشكل متقارب، ما يؤكد أن الممارسة الطبية ليست حكراً على الرجال أو النساء، بالإضافة إلى ذلك نجد متغير السن، حيث يوجد تقارب كبير بينهم فأغلبهم تتأرجح أعمارهم في الثلاثينات، بينما طبيب واحد يبلغ 40 سنة وهو طبيب جراح لإكمالته دراسة التخصص، نجد كذلك أن الأقدمية في العمل تتقارب، ونلاحظ أن جميع المبحوثين لديهم خبرة مهنية لا تقل عن ثماني سنوات، ما يدل إلى حد ما على طول سنوات عملهم، كما نجد من خلال إجاباتهم المقدمة للأسئلة التي تم طرحها مدى تقارب أفكارهم، وكانت إجاباتهم على الأسئلة الخاص بالمحور الأول الذي يدور حول تأثير إصلاحات النظام الصحي على أداء المنظومة الصحية، فيعتقدون أن المنظومة الصحية الوطنية عرفت عدة تغييرات تحت اسم إصلاحات أدت حتى إلى حدوث تغيير هيكلي وتنظيمي، في سبيل القضاء على مختلف المشاكل التي يعاني قطاع الصحة والرفع من مردوديته، وتسعى إلى إضفاء صفة تحسين الأداء الوقائي والعلاجي وتحقيق جودة الخدمة الصحية، ما يبعث على الرضا للمريض، فهناك إجماع على أنها ليست ضرورية -الإصلاحات- أو لا داع لها، وإن اختلف سبب ذلك، فمنهم من يرى بأنها إصلاحات شكلية لا تعالج

مشاكل واقعية، أو إصلاحات على ورق لا تنفذ، وهناك من ذهب إلى القول تلك الإصلاحات لن تطبق كما هو مخطط له، أو مجرد حلول مؤقتة. ليبقى نظام الإعلام الصحي المتوفر غير فعال، وأن الموارد البشرية الموجود في أي مؤسسة صحية هي الأهم رغم أهمية توفر التجهيزات الطبية والهياكل الصحية والموارد المالية لضمان عمل أي نظام صحي، كما يؤكد جميعهم أنها لم تحض بالاهتمام الذي تستحقه.

كذلك بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات، كأبرز إصلاح عرفته المنظومة الصحية سنة 2002 تغير على إثرها اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، أكدوا حدوث زيادات في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى لكنها غير كافية، لأنها لا تغطي الاحتياج الحقيقي، أيضا لا أحد منهم صرح بوجود أي تنسيق بين مؤسسات الصحة العمومية والعيادات الخاصة من شأنه تدعيم الفعل العلاجي على المستوى الوطني، ويساهم في تحقيق تنمية صحية للمجتمع، ما يؤشر على الإصلاح الذي يقضي بفتح المجال للقطاع الخاص بالعمل، لم يحقق النتائج المرجوة منه وطرح إشكالات أخرى، كانتقال الكفاءات الطبية المتخصصة للعمل به، لأسباب تأتي في المقام الأول كما صرح الأطباء الأجر المرتفع، الذي سوف ينعكس إيجابا على مستواه المعيشي، تاليها ظروف العمل الجيدة (توفر الوسائل الطبية للقيام بالفعل العلاجي على أكمل وجه).

وإذا حاولنا قراءة إجابات الباحثين في المحور الثاني والمتعلق بمدى تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل السائدة بالمستشفى، نجد أغلب الباحثين لديهم إجابات مشتركة، فعن السؤال الخاص برأيهم في مدى تحسين ظروف العمل التي يعملون في ظلها من حيث مستوى الاكتظاظ، توفر الأمن خاصة ليلا وجاهزية العتاد الطبي، فقد أكدوا كلهم بأن هناك تزايد في عدد المرضى الوافدين إلى المستشفى بشكل يفوق قدرات المستشفى وهذا له تأثير سلبي على مستوى أدائهم لعملهم ولن يضمن توفر تكفل علاجي يحظى بقبول المريض ورضاه، وانتشار العنف بمصلحة الاستعجالات التي أصبحت حلبة حراك بين الأطباء وأهل المريض، أما الحديث عن التجهيزات الطبية وحتى الأدوية التي تعد أكثر من ضرورة للعمل العلاجي، فأكدوا بأنها تعاني من تعطلات وإن كان ليست دائمة، وذلك لغياب نظام للمراقبة والصيانة بالمستشفى، هذا حسب تصريحات الباحثين، وحتى التخصصات الطبية المتوفرة بالمؤسسات

الإستشفائية محل الدراسة تبقى تسجل نقصا وإن كان بنسب متفاوتة إلا أنه يبقى هناك نقص في عدد الأطباء الأخصائيين، ما يجعل من الفريق الطبي الموجود لا يغطي احتياجات كل المرضى خاصة المصابين بالأمراض المزمنة، الذي يتطلب وضعهم تدخلات طبية متخصصة، وهو الأمر الذي أكدته كل المبحوثين، وتقييمهم لمستوى نظافة المستشفيات أجمعوا بأنها متوسطة، ما يعكس وجود جهود من طرف مسؤولي المستشفيات لتحسينها، أما الحديث عن التكوين المستمر، فقد أجابوا أن التكوين الذي يلي احتياجاتهم يكون بالخارج وليس مجاني، من أراد الذهاب يكون على حسابه الشخصي، أما تلك التكوينات التي يتم تنظيمها على مستوى الوطني، فهي دروس نظرية وليست تطبيقية. بالتالي هي غير كافية، ويبدو أن هناك غياب لنظام تقييم نتائج هذه التكوينات معمول به بالمستشفى وهو ما أقره كل المبحوثين. وعن قبولهم العمل في عيادة طبية خاصة، البعض يوافق من أجل تحسين مستواه المعيشي بالدرجة الأولى من خلال الراتب الشهري المرتفع الذي سوف يحصل عليه، وهناك من رفض، ويفضل العمل بالمستشفى العمومي.

وفي محور حديثنا أثناء إجراء المقابلات مع المبحوثين، وفي المحور المتعلق بالصعوبات والعوائق التي يواجهها الطاقم الطبي في أدائهم لمهامهم، أولا مع المرضى الذي يمثل المستهدف الأول من الخدمات الصحية، أكد الجميع أن ليس لديهم مشاكل مع المرضى عموما، ثانيا في العمل، أكدوا جميعهم دون استثناء وجود صعوبات في العمل بالمستشفى، تتمحور حول نقص في الكوادر الصحية (أطباء وممرضين)، تجهيزات طبية حديثة والأدوية، كما أن القوانين التي تحكم قطاع الصحة غير منصفة ولا توفر حماية للعمال، وعن سبب فشل الإضرابات التي عادة ما يلجؤون إليها للمطالبة بتحسين أوضاعهم وحلولا لمشاكلهم المهنية يعود أساسا إلى فشل النقائيين فهم ليس مؤهلين لذلك، وما يمكن ملاحظته بالنسبة إلى الاقتراحات التي يقدمونها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية، كلهم أشاروا إلى أن زيادة الراتب الشهري وحده غير كافي، لكن لابد منه.

4- تحليل المقابلات التي أجريت مع بعض الممرضين

تم إجراء مقابلات مع بعض أعضاء الطاقم الشبه الطبي العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية محل الدراسة الميدانية. وما يمكن ملاحظته أنهم يتفاوتون في العمر، لكن سنهم يتجاوز الثلاثين سنة ويحملون خبرة تفوق 19 سنة في ميدان التمريض، ماعدا ممرض واحد عمره 26 سنة وله أربع سنوات خبرة كونه التحق مؤخرا إلى العمل. تبين أسئلة المحور الأول رأي أعضاء فريق الطاقم الشبه الطبي حول مسألة تأثير الإصلاحات على تطوير قطاع الصحة عموما، وكانت النتائج التالية:

- إجماع كلي بأن نظام الإعلام الصحي الحالي غير كاف، وغير فعال.
- أكدوا على أهمية كل مكون من مكونات النظام الصحي، ويبقى المورد البشري المؤهل والمدرّب هو الأهم، وأن سياسات الإصلاح لم تعط له الأهمية التي يستحقها.
- حدثت زيادات في الإمكانيات المادية والبشرية على مستوى المستشفيات لكن لا تعد معتبرة.
- وجود فجوة بين مؤسسات قطاع الصحة العمومي والخاص، واستنزاف هذا الأخير لإطاراته الطبية المتخصصة لتوفره على ظروف عمل جيدة أولها الراتب الشهري المرتفع.
- أما عن تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل بالمستشفى، فقد كانت النتائج كما يلي:
- أكدوا جميعهم أن ظروف العمل بالمستشفى لم تتحسن رغم سياسة إصلاح المستشفيات.
- استمرار تعرض العاملين بالمستشفى خاصة بمصلحة الاستعجالات للعنف سواء اللفظي وحتى الجسدي من قبل أهل المريض.
- هناك جهود نلمسها في السعي لرفع من مستوى النظافة بالمستشفى التي أقر الجميع بأنها متوسطة.
- دورات التكوين للرفع من أداء العامل تبقى قليلة، يغلب عليها الطابع النظري.

كما أكد أغلبهم على عدم رغبتهم في العمل بعيادة طبية خاصة، في حين صرح البعض خلافا لذلك، بأنهم يفضلون العمل بالعيادات الخاصة، ليعتدوا بالراتب المرتفع وظروف العمل الجيدة عوامل جذب.

أما فيما يخص الأسئلة المتعلقة بالمحور الذي يدور حول العوائق والصعوبات التي يواجهها الطاقم الشبه الطبي أثناء أدائهم لمهامهم، فقد أكدوا وجودها، وأن لها تأثير على مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، تتمثل أغلبها أن عدد أعضاء الطاقم الطبي والشبه الطبي غير كاف من حيث العدد مقارنة بعدد المرضى المرتفع، مع وجود نقص في الإمكانيات التقنية و الأدوية، كذا فالقوانين التي تسير حقوقهم وواجباتهم، يرونها قوانين تعسفية ولم تنصفهم خاصة في فيما يخص الترقية. وفشل الإضرابات يعود إلى فشل ممثلي النقابة، وفيما يخص الاقتراحات التي تقدمونها من أجل تجاوز هذه الصعوبات:

- رفع الراتب الشهري.
- تحسين ظروف العمل بزيادة عدد الممرضين بما يناسب عدد المرضى المتواجدين بالمستشفى.
- توفير الوسائل الطبية من تجهيزات مع ضمان الصيانة الدورية لها ومحاربة ندرة الأدوية.
- تفعيل دور وسائل الإعلام في نشر الثقافة الصحية وكشريك للرفع من مستوى الوعي الصحي ومن ثم المساهمة للترقي بالصحة العمومية .

الفصل الثامن :

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء التساؤلات المطروحة

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة

ثالثاً: القضايا العامة التي يثيرها الدراسة والموضوعات الجديدة الجديدة بالبحث السوسيولوجي المستقبلي

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، حيث سعت الباحثة إلى عرضها ومناقشتها لتجيبنا عن السؤال الرئيسي والأسئلة الفرعية التي أثارها الدراسة، كما ندرج خلال هذا الفصل أيضا مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة، من خلال المقارنة بين نتائج الدراسة الراهنة والدراسات السابقة، والتي سبق عرضها في الفصل الأول، ونختتم هذا الفصل بتوجيه النظر نحو قضايا جديدة، واكتشاف مجالات جديدة في البحث السوسيولوجي، سواء تلك القضايا التي لم تتمكن الدراسة من معالجتها بعمق، أو تلك القضايا التي بلورتها اتفاق نتائج الدراسة الحالية ونتائج تراث البحث العلمي العالمي، أو تلك القضايا التي أثارها الاختلاف وتحتاج إلى تحليلات معمقة من جانب الدارسين السوسيولوجيين، كل هذا بهدف ربط نتائج الدراسة بمقدماتها، وتأكيد خاصية الاستمرار والتواصل في البحث العلمي.

أولاً: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء التساؤلات المطروحة

بناء على كل المعطيات الواردة في البحث، وفي ترابط تام مع تساؤلاته الفرعية، يمكن استخلاص عدد من النتائج الهامة في شأن أهم القضايا المثارة في هذا الموضوع، على أنه قد يكون من المناسب، أولاً: تأكيد عدد من الملاحظات المرتبطة بالفصول النظرية، وثانياً: تقديم بعض النتائج الخاصة بالإطار الميداني للبحث على النحو التالي:

❖ الإجابة عن السؤال الفرعي الأول:

بالنسبة للسؤال الفرعي الأول الذي طرحته الدراسة وهو: هل تمكن النظام الصحي الجزائري عبر ما عرفه من

سياسات إصلاح من القضاء على الفوارق الاجتماعية للصحة ؟

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

➤ تمكن النظام الصحي الجزائري من تقليص الفوارق الاجتماعية للصحة ولكنه لم يتمكن من القضاء

عليها كما هو مخطط له ضمن سياسات الإصلاح.

- إن المقاربة "الماكرو-سوسيولوجية والتاريخية" لظاهرة الفوارق الاجتماعية للصحة تفيد بأن ظهورها ونشوءها في الجزائر لم يتم في الواقع بالصدفة، وإنما حدث كحقيقة تاريخية فرضتها السياسة الاستعمارية الفرنسية حيث:

1- أدت السياسة الاستعمارية الفرنسية المطبقة في الجزائر إلى إنتاج الظروف المادية المشجعة لظهور وانتشار الفقر والجماعة، والشروط الاجتماعية والثقافية المولدة للتخلف ومنها التخلف الصحي.

2- وظفت فرنسا الطب كوسيلة سلمية لتحقيق أهدافها الاستعمارية بالجزائر، حيث بينت الدراسة أن السياسة الصحية الاستعمارية كانت تؤدي مجموعة من الوظائف تحمي المصالح الاستعمارية، كالسهر على حماية الجيش الفرنسي، والعمل أيضاً على تكريس اللامساواة الاجتماعية الصحية بين الجزائريين والمستوطنين، فأقامت المؤسسات الصحية و وزعتها بطريقة غير عادلة أين يتواجد المستوطنين فقط.

3- كان الاستعمار الفرنسي مسؤولاً بشكل كبير جداً عن تدهور الظروف الصحية لدى الجزائريين وارتفاع نسب الوفيات والإعاقات، كما أن هذا الاستعمار اتخذ تدابير معينة (طبية) لتلطيف الظروف التي اعتقد أنها الأكثر تهديداً للمشروع الاستعماري وهي الأوبئة، وليس لتحسين صحة الجزائريين وحمايتهم من الأمراض كما كانت تدعي فرنسا وذلك تحت شعار "فرنسا إنسانية".

- 4- كشفت الدراسة أن نمط المرض السائد بين الجزائريين أثناء الفترة الاستعمارية هي الأمراض الوبائية المعدية كالمالاريا والسل والتيفوئيد ...، التي كانت نتاج لهذه السياسة المطبقة.
- 5- ورثت الجزائر نظاما صحيا غير ملائم للجزائريين، يتميز بوجود الفوارق الاجتماعية للصحة واتساعها، ويتعلق الأمر بمؤسسات صحية متركزة في المدن الكبرى في الشمال، وكذا بالمناطق الفلاحية التي كان الاستعمار متمركزا فيها.
- 6- سعت الدولة الجزائرية منذ مرحلة استرجاع الاستقلال إلى انتهاج وبلورة سياسة صحية بقي فيها القطاع العام النسبة الأكبر في التعامل مع موضوع الصحة العمومية داخل المجتمع.
- 7- سخرت الجزائر منذ مرحلة استرجاع الاستقلال لحماية الصحة العمومية وترقيتها موارد كبيرة مادية وبشرية، هدفت في الأساس إلى العمل على تحسين مستوى الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري، أيضا تحقيق العدالة في توزيع الصحة والتي تمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.
- 8- لم يتم التركيز بالأساس بعد الاستقلال ولسنوات عديدة على تبني إستراتيجية تطوير سياسة صحية وإقامة نظام صحي وطني يتلاءم ونمط المرض السائد بين الجزائريين يراعي خصوصية مشكلاتهم الصحية في تلك الفترة.
- 9- في مرحلة السبعينات والثمانينات تميزت بتوفر الأمن وبنمو سكاني كبير مع تحسن ملحوظ في المستوى المعيشي للجزائريين، وتم تسطير سياسة الاستثمارات الكبرى التي أعطت أهمية كبيرة للصناعة خاصة الثقيلة على حساب القطاع الزراعي، ما أدى إلى ظهور جملة من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية، كالهجرة الريفية لعمال الزراعة نحو المدن وظهور واتساع حجم الأحياء الفقيرة بالمدن الكبرى. كما سعت الدولة الجزائرية من خلال انتهاجها لسياسة صحية تعتمد على إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار مع محاولة زيادة عددها، وتبني سياسة الطب المجاني الأمر الذي سهل من إيصال العلاج للمواطنين ورفعت العائق المالي لتمويل هذه العملية (تزامن والارتفاع الكبير لأسعار البترول)، رغم ذلك لم تتمكن سياسات إصلاح النظام الصحي في تلك الفترة من القضاء على التفاوت الموجود بين عرض المؤسسات الصحية لفرص الوقاية والعلاج والطلب الكبير والمتزايد لفرص الوقاية والعلاج، وأيضا سوء توزيعها بين الريف والحضر،

نتيجة العجز المسجل في عدد الكوادر الطبية في تلك الفترة ، ونسجل بقاء بعض المؤشرات الصحية دون تحسن، مثل: ارتفاع وفيات الأطفال والأمهات، وهذا يعود إلى عدم تركيز سياسات إصلاح النظام الصحي على الجانب الوقائي التربوي، وإلى عدم الأخذ بعين الاعتبار المحيط العام (المياه الصالحة للشرب، السكن الصحي، التعليم...).

10- أما في مرحلة نهاية الثمانينات و التسعينات وبداية الألفية الثانية: ما يمكن ملاحظته في هذه الفترة حول ما خطط للنهوض بالصحة وترقيتها باعتبارها نسق هام في العملية التنموية، هو استمرار التركيز على الجوانب المادية لها، فحسب المعطيات الإحصائية حول الهياكل الصحية التي تم إنجازها الصادر عن وزارة الصحة الجزائرية لسنة 2001 نجد:

✓ 13 مركز استشفائي جامعي

✓ 31 مؤسسة إستشفائية متخصصة

✓ 224 مستشفى عام

وعلى الرغم من تطور الهياكل القاعدية الصحية وكذا عدد المستخدمين، إلا أغلبها يتركز في المدن الكبرى، حيث يجد سكان الأرياف صعوبة في الحصول على الخدمات الصحية، لتبقى اللامساواة في توزيع هذه الهياكل القاعدية مستمرة، وحتى إن كان هناك تنصيب في الموانئ الرسمية الوطنية، حول مسألة التوزيع العادل للمؤسسات الصحية، فإن المناطق الريفية والصحراوية، لم تحظ بأي مؤسسة صحية متخصصة.

11- إن فسح الدولة الجزائرية المجال للقطاع الخاص بالظهور والعمل لتدعيم الفعل العلاجي على المستوى الوطني، كأحد سياسات إصلاح النظام الصحي، لكن بروز القطاع الخاص وتوسعه السريع لم يؤد إلى تحقيق النتائج المرجوة منه كأن يكون في حالة تكامل وظيفي مع القطاع العمومي ما من شأنه ترقية صحة المجتمع، كاستقطابه لإطارات والخبرات الطبية خاصة المتخصصة منها من القطاع العام، التي وجدت فيه ظروف عمل جيدة وراتب أفضل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، أدى أيضا إلى تكريس اللامساواة الصحية، بازدياد فجوة التفاوت بين الأشخاص في الحصول على الخدمات الصحية. (باعتبار أنه ليس كل الطبقات الاجتماعية متاحة لها الفرصة للاستفادة من خدمات هذا القطاع التي طالما عرفت بالجودة، فالفقراء ليس متاح لهم الاختيار بين القطاع الخاص والعام فهم يتوجهون مباشرة نحو القطاع العام)، في حين لا بد من توفر رعاية صحية تحظى بالقبول في كلاهما (العام والخاص) لتبقى الحرية للمواطن في الوجهة التي يريدها.

12- استمرار التفاوت في توزيع الخدمات الصحية، كما ونوعا بين جهات الوطن لصالح تركز شديد في المدن الكبرى، فالمرافق الإستشفائية الجامعية التي وصل عددها إلى 15 مركزا سنة 2015، فلا وجود لمركز إستشفائي جامعي بالجنوب ما يؤدي إلى غياب الرعاية الصحية المتخصصة بها.

13- غياب التوزيع العادل والعقلاني للأطباء والمتخصصة منها خاصة في المناطق النائية المحرومة.

يمكن أن نلاحظ، من خلال النتائج المستقاة من الميدان، بأن السعي لتحقيق العدالة في الولوج للخدمات الصحية التي توفرها مختلف مؤسساتنا الصحية العمومية - لاسيما في مجال العلاج والاستشفاء- قد عرفت محاولات لتجسيدها عمليا، ولم تخلوا طبعاً من جهة أخرى من بعض التعثرات، في بعض النواحي والنشاطات المنتظر القيام بها والاستجابة الفعلية والفورية لاحتياجات المريض، مما يحد ذلك منطقياً -في ظل ظروف العمل التي يشتغل فيها الطاقم الطبي والشبه الطبي التي سنشير إليها لاحقاً- من تجسيد الدور الفعلي الكامل لها في المجتمع، ومع ذلك يمكن القول: أن أغلب المرضى (أي ما نسبته 70.37%) أكدوا على أنهم تأمين صحي ويستفيدون منه، وذلك بامتلاكهم للبطاقة الإلكترونية "الشفاء"، الأمر الذي ساعدهم في التخفيف من أعباء تكاليف الرعاية الصحية خاصة فاتورة اقتناء الأدوية، وفيما يخص طريقة التحاق المرضى بالمؤسسة الإستشفائية العمومية فقد جاءت بتوجيه من مصلحة الاستعجالات وهي النسبة الأكبر والتي قدرت بـ 63.71%، بذلك تعتبر المؤسسة الإستشفائية العمومية أبرز مكونات النظام الصحي والعاكسة لأدواره المرتبطة أساساً في الاستجابة للاحتياجات الصحية المشروعة للسكان، وفيما يخص مدى قرب المؤسسة العلاجية من مقر سكنهم فقد أكد ما نسبته 73.70% من المرضى بأن المؤسسة الصحية المتواجدين بها تعتبر إلى حد ما قريبة من مقر سكنهم، كونهم يقطنون بالمدينة أين تتواجد هذه المؤسسة الصحية، بينما صرح ما نسبته 26.30% أن المؤسسة الصحية التي يتلقون بها العلاج والإستشفاء تعتبر بعيدة عن مقر سكنهم، وهذا يرجع أن هؤلاء أصلاً يقطنون خارج المدينة أي بالأرياف، كما صرح العديد منهم أن هناك - أين يقطنون- مؤسسة إستشفائية عمومية لكن حالتهم الصحية المتدهورة تطلبت نقلهم إلى مستشفى آخر بالمدينة. كما تبقى الواسطة تلعب دوراً في الاهتمام بالحالة المرضية للأفراد

المتواجدين بالمؤسسات الصحية التابعة للقطاع العمومي، حيث أكد عدد من المرضى وهو ما نسبته 36.67% أن حصولهم على العلاج والاستشفاء بالمؤسسة الصحية لم يستغرق وقت طویل، وهذا يعود حسب تصريحاتهم إلى الواسطة والمحابة، كما أن أغلب هؤلاء المعارف أطباء بنسبة 28.28%، و ممرضين بنسبة 22.23%، تاليها الزملاء بنسبة 17.17%، لتتقارب نسبة وجود معارف المريض عندما يتعلق الأمر بحارس أو عامل نظافة (12.12%)، أما وجود معارف المريض ممن يعمل بإدارة المستشفى جاءت بنسبة 10.10%. وهو ما يؤشر على أن المؤسسة الصحية لا تستجيب بنفس الطريقة مع كل المرضى، وأيضاً على وجود عدم تكافؤ اجتماعي في استخدام هياكل العلاج، حيث أن الفئات المحظوظة اجتماعياً فرصة الاتصال المباشر بالطبيب، أو الأخصائي دون المرور بالمستويات المختلفة للتنظيم.

فضلاً عما سبق، فقد تبين من خلال النتائج المستقاة من الميدان، أن الفريق العامل بالمؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة من أطباء وممرضين لا يهتمون بالمرضى الذين يسهرون على رعايتهم بالنظر إلى وضعهم الاجتماعي ولا يتعاملون معهم على أساسه، ذلك بنسبة تقدر بـ 64.07%، كما يقوم الفرق الطبي والشبه الطبي بمحادثة المريض عن حالته الصحية باللغة التي يعرفها وما يجب القيام به من تناول للأدوية ومواعيدها وتمارين رياضية مساعدة على الشفاء من مرضه وحماية صحته خاصة المصابين بأمراض مزمنة كالسكري نوع النظام الغذائي الذي يجب أن يتبعه وإبداء العديد من النصائح الصحية ومتى يسمح لهم مغادرة المستشفى، والتي جاءت بنسبة 88.52% (حسب إجابات المرضى)، وهو من شأنه أن يضفي الطابع الإنساني للعلاقات السائدة في المستشفى ويساعد في شفاء المريض، علاوة عن ذلك، فقد أكد أغلب المرضى بأنهم يفضلون العلاج بالعيادات الخاصة والتي جاءت بنسبة 74.44% (حسب إجابات المرضى)، لذلك لعدة أسباب منها:

أ- ما يتعلق أن الرعاية الصحية المقدمة بالعيادة الخاصة هناك أفضل بكثير من العمومي.

ب- وجود اهتمام كبير براحة المريض.

ت- مستوى النظافة العام بها جيد جداً، بالإضافة إلى حسن معاملة المريض.

وإذا دققنا أكثر نجد أن هذه الفئة هي نفسها التي صرحت بأن العلاج بالمؤسسة الإستشفائية العمومية أخذ وقتا وكما صرحت أيضا أن سبب عدم التحاقها بالعيادة الخاصة هو تكاليفها المالية المرتفعة الذي يفوق دخلهم وإمكاناتهم المادية، بينما الذين صرحوا أنهم يفضلون العلاج بالمؤسسة الصحية العمومية قدرت نسبتها بـ 25.56% (حسب إجابات المرضى) وهي نسبة تقل كثيرا عن النصف، وسبب ذلك أنها وجدت في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العمومي رعاية صحية جيدة وأفضل من تلك المقدمة في العيادات الخاصة والتي هدفها الوحيد الربح المالي، وهي الفئة نفسها التي صرحت أن وقت حصولهم على العلاج بالمؤسسة الصحية العمومية لم يستغرق وقت طويل بفضل الوساطة. ومن المهم الإشارة أيضا، إلى أن هناك العديد من المرضى ممن أجروا عمليات جراحية منهم فقط 22.34% أجرى العملية على مستوى مستشفى عمومي، وهي نسبة ضئيلة، بينما نجد الأغلبية قد أجروا العملية الجراحية في عيادة طبية خاصة، والتي جاءت بنسبة 77.66% وهي نسبة يمكن عدها كبيرة جدا، ويعود سبب ذلك حسب تصريحات المرضى أن عملياتهم معقدة ويرونها تتجاوز إمكانات المستشفى المقيمين بها ولضمان نجاحها فضلوا إجرائها بعيادة خاصة أين وجدوا عناية ومعاملة جيدة (46.57%)، التأخير المتكرر لموعد العملية الجراحية (38.35%)، تقرر إرسالهم لمستشفى آخر وبأنهم وجدوا أنفسهم بين أخذ ورد وفي تنقل من مستشفى لآخر (15.08%).

ما يسمح لنا بالقول عموما: أن فتح المجال للقطاع الخاص كأحد سياسات إصلاح النظام الصحي الوطني لم يحقق الهدف المرجو منه كفرصة لمشاركة القطاع العام في التكفل بالمرضى وتدعيم الفعل العلاجي والرفع من مستوى الصحة العمومية. أيضا أدى إلى ازدياد فجوة التفاوت بين الأشخاص في الحصول على الخدمات الصحية، فالذي يملك نقودا يتوجه للخاص أين يتلقى رعاية صحية جيدة، والذي يفتقر لذلك يكون مجبرا للتوجه نحو المؤسسات الصحية العمومية. وللعلاقات الغير الرسمية (الواسطة) دور في الولوج للخدمات الصحية المقدمة بالقطاع العمومي.

❖ الإجابة عن السؤال الفرعي الثاني:

بالنسبة للسؤال الفرعي الثاني الذي أثارته الدراسة وهو: هل تضمنت سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها

مراعاة المحددات السوسيوثقافية للصحة ؟

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

➤ لم تتضمن سياسات إصلاح النظام الصحي في توجهاتها مراعاة المحددات السوسيوثقافية للصحة.

1- ارتكزت سياسات إصلاح النظام الصحي منذ الاستقلال إلى بداية الثمانينات على الجانب المؤسساتي (المستشفيات)، وعلى المفهوم البيولوجي للصحة وهي أن الصحة تعني الخلو من المرض، وعلى أن القطاع الصحي كأحد قطاعات المجتمع هو وحده المسؤول عن حماية الصحة العمومية وترقيتها، ولم يتم النظر للمشكلات الصحية من منظور شمولي كلي أي بوصفها قضايا أو مشكلات مجتمعية.

2- لم يؤد تطبيق سياسة الطب المجاني (مجانبة العلاجية) إلى القضاء على المشكلات الصحية للمجتمع الجزائري فاستمرت في الظهور العديد من الأمراض المعدية ولم يتم القضاء عليها أو حتى التخفيف من حالات الإصابة بها، حيث نجد أن مرض السل (Tuberculose) وصل إلى مستويات مخيفة والذي ارتفع من 17827 حالة سنة 2000 إلى 22449 حالة سنة 2014، ووصل سنة 2015 إلى 23562 حالة، والذي يسمى مرض الفقر وهو يوحى لنا بمدى تدهور المستوى المعيشي للسكان، كما نجد أن مرض إلتهاب الكبد الفيروسي ب (Hépatites virales B) والذي انخفض ووصل إلى 1797 حالة سنة 2012 بعدما كان سنة 2000 نسجل 2704 حالة ليرتفع مجددا سنة 2015 ليصل إلى 2896 حالة، وأما الليشمانياز الجلدي (Leishmanioses) هو بدوره في ارتفاع من 4450 حالة سنة 2000 ليصل سنة 2015 إلى 6542 حالة، وإن كان مرض حمى التيفويد (Fièvre typhoïde) و مرض الحصبة (Rougeole) عرفا انخفاضاً واضحاً، من 2805 حالة سنة 2000 إلى 97 حالة سنة 2015، ومن 1601 حالة سنة 2000 لتخفض وتصل سنة 2015 إلى 197 حالة. لكنه لا يعد تقدماً محرزاً بالنظر إلى الأهداف

المسطرة والإمكانات المستخرجة، وهي يحملها أمراض متنقلة إما عبر المياه أو عن طريق الحيوان بالإضافة إلى تدهور المحيط المعيشي. وهو ما يجسد توجهات السياسة الصحية الجزائرية آنذاك والمتمثلة في التوجه نحو تطبيق المشكلات الصحية وتطبيق سياسة الطب المجاني، والمتبنية كما يبدو للمنظور الطبي، والتي يدعمها كبار أساتذة الطب وعلى رأسهم الوزراء الذين تولوا قطاع الصحة، والذين غالبا ما كانوا من الأطباء، يرون في أن المريض ليس سوى نظام من الأجهزة البيولوجية ينبغي إصلاحه، والصحة تتحقق في أن تنتظم الحياة وفق برنامج بيولوجي معين، وهو ما كان له ضريبته، بالتالي لم يؤد تطبيق سياسة الطب المجاني إلى القضاء على الأمراض المتنقلة، لأنه تم عزل المشكلات الصحية عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية التي تولدها، وأعطاهما مفهوما عضويا، مما انعكس ذلك على المشروعات والبرامج الصحية، التي طغت عليها النزعة التطبيقية العلاجية وأهملت الجوانب الاجتماعية والأبعاد الثقافية لمفهومي الصحة والمرض، فكانت الإعتمادات المالية المخصصة للطب الوقائي قليلة جدا.

3- إن التوجه بعد الاستقلال إلى إقامة نظام صحي يركز على الجانب الطبي (العلاجي) في القضاء على المشكلات الصحية، فيه تقصير لأدور مهمة يجب أن يقوم بها النظام الصحي حتى يضمن تحقيق الاستجابة المشروعة والعادلة لأفراد المجتمع الجزائري، كما يعني تحويله (النظام الصحي) من نظام للرعاية الصحية إلى نظام للرعاية الطبية.

4- بالتالي لم تعط سياسات إصلاح النظام الصحي التي انتهجت منذ الاستقلال إلى بداية الثمانينات الاعتبار ولا الاهتمام اللازم والكافي للمحددات السوسيوثقافية للصحة، هذه المحددات التي تمثل مجمل الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والثقافية التي يعيش الأفراد تحتها وتحدد صحتهم، وهي تلعب دورا كبيرا في الوقاية من الأمراض أو الحد منها أو زيادة أو نقصان الإصابة بمرض ما، فمعرفة أمر ضروري من شأنه أن يساعد في تحديد كيفية التعامل مع قضايا الصحة والمرض وفق لخصوصية المجتمع.

5- اتجهت السياسة الصحية نحو الانفتاح وليبرالية العلاج خاصة بعد صدور دستور 1989 تماشيا والتحول والتغيرات في إستراتيجية التنمية المجتمعية، والذي حدث في دستور 1989 هو استبعاد الطب المجاني وأن الدولة تضمن الوقاية من الأمراض وليس علاجها. بعدما أورد الميثاق الوطني لسنة 1986 جملة من الإجراءات التي تستهدف دعم

المنظومة الصحية الوطنية تركز على تنشيط المجال الوقائي والتربية الصحية والتثقيف الصحي، أين نلاحظ استبعاد المفهوم الضيق للصحة تبني مفهوم جديد لها وذلك باعتبارها من الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية وحتى الثقافية، ذات البعد الوقائي. لكن ما تجدر الإشارة له، أن هذه المفاهيم لم ترق إلى التطبيق على أرض الواقع، حيث نجد أن القيمة للطب الوقائي كانت تبلغ سنة 1965 حوالي 5% من ميزانية الصحة، وارتفعت إلى 6.7% سنة 1974، ثم اتجهت إلى الانخفاض إلى 3.2% سنة 1980 وتواصل انخفاضها لتصل إلى 1.88% سنة 1988.

6- عدم تماشي البرامج التعليمية في مجال تكوين الأطباء مع السياسة الصحية، بحيث نلاحظ فيها المحور الأساسي هو الوقاية، لكن تكوين الأطباء هو يقصد العلاج وليس الوقاية.

7- ما يميز المنظومة الصحية خلال فترة التسعينات بما عرفته من إصلاح هو فسخ المجال للقطاع الخاص واتساعه، والذي أصبح محددًا وواضحًا في المواثيق الرسمية وفي مضمون الخطاب السياسي، كما أن أبرز ما أورده التقرير العام لإصلاح النظام الصحي الوطني لسنة 1990 هو التعاون مع الأقاليم الصحية حول الأهداف والوسائل دون إشارة إلى ضرورة توافر التعاون المشترك ما بين قطاعات المجتمع المختلفة، ذلك أن تحقيق تنمية صحية للمجتمع الجزائري لا يمكن أن يتحقق إلا بتوفر التعاون الفعال والمتكامل بين مختلف قطاعات المجتمع (أنساقه الفرعية)، فتحقيق الصحة لكل أفراد المجتمع وفقا لاحتياجاتهم والمتزايدة والمختلفة هدف أكبر من أن يحاول ويسعى القطاع الصحي بلوغه بمفرده، فالقطاع الصحي لا يمثل إلا جزءا صغيرا من مجموع الاهتمامات الصحية.

8- توجهت سياسات إصلاح النظام الصحي في بداية سنة 2002 إلى تبني إصلاح سمي إصلاح المستشفيات، حتى تغير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ما يعني استمرار النظر للمستشفى كعنصر مركزي في التنمية الصحية كأنها تعزل المشكلات الصحية عن العوامل الاجتماعية، والنظر إليها على أنها مشكلات عضوية، تحل في إطار المستشفى.

9- استمرار التأكيد على الجوانب المادية للنهوض بالصحة فحسب، ففي 13 أبريل 2008 درس مجلس الوزراء وصادق على مرسوم يتضمن إصلاح المنظومة الصحية من خلال وضع معالم سياسة صحية تتضمن العديد من البرامج رسمت جملة من الأهداف على المدى الطويل منها: زيادة عدد المراكز الإستشفائية الجامعية، عدد المستشفيات، العمل على تحسين الخدمات الطبية ...

10- إعادة هيكلة المنظومة الصحية في ظل غياب رؤية إستشرافية : فمن الناحية التنظيمية عملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع الصحي، ليتم استبدال القطاعات الصحية (SS) بمؤسستين هما: مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، كما تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة والذي شرع في تطبيقه منذ جانفي 2008. وهو إجراء جسده السياسة الصحية مدعمة بذلك فكرة تخليها عن عبء الأدوار العلاجية وتوجهها نحو الاهتمام بالجوانب الوقائية ومن جهة، ومن جهة أخرى هو تنظيم صحي جديد يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية كان الهدف تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن والتخفيف من ضغط العمل داخل المستشفيات.

11- هذا التعديل الهيكلي الجديد لم يحقق النتائج المرجوة منه، فلم يؤد إلى تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمريض بالإضافة إلى استمرار ارتفاع في النفقات المالية المخصصة لقطاع الصحة دون النجاح في ترشيدها كما كان مخطط له، تم اللجوء إلى العمل بما يسمى المقاطعات الصحية والذي تضمنه مشروع قانون الصحة الجديد 2014.

فضلا عما سبق، فقد تبين من خلال النتائج المستقاة من الميدان، أن للعوامل السوسيو- ثقافية عامل أساسي من بين العوامل التي لها دور في زيادة الإصابة بمختلف الأمراض أو تجنبها والوقاية منها، فهناك علاقة بين دخل الأسرة ومستوى التمتع بالصحة أو الإصابة بالمرض، حيث أكد ما نسبته 84.43% من المرضى أن دخل أسرهم يقل عن 25000 دج، (الفئة التي دخلها أقل من 18000 دج بلغت 67.41% تاليها الفئة التي دخلها يتراوح ما بين

[18000 دج - 25000 دج] جاءت بنسبة 17.03 %، أما الفئة التي دخلها يتجاوز 42000 دج جاءت هي بدورها ضعيفة جدا لتقدر بنسبة 2.96 %، ما يوحي بمدى ضعف دخل المواطن الجزائري. أما بالنسبة لرأي المبحوثين حول أي جانب الأكثر استهلاكاً للدخل فيبقى المسكن (الإيجار) أكثر استهلاكاً للدخل بنسبة 29.26 %، وهو أمر منطقي إذا عرفنا أن الكثير من أفراد مجتمع بحثنا لا يملكون بيتاً خاص بهم، ويدفعون شهرياً مبلغاً من دخلهم لتسييد الإيجار الذي هو في تزايد، ثم المأكل كثاني جانب أكثر استهلاكاً للدخل بنسبة 22.59 %، والملبس بنسبة 18.52 % والصحة بنسبة 15.19 %، التعليم بنسبة 14.44 %. فالصحة جاءت كرابع جانب مستهلك لدخل الأسرة، لعل هذا يعكس جهود الدولة الجزائرية في تحمل أعباء تكاليف الصحة العمومية وسياسة الطب المجاني والتخفيف على كاهل الأسر.

والجدير بالذكر في السياق ذاته، أن هناك نسبة معتبرة من المبحوثين أكثر من النصف أكدوا بأن دخلهم لا يكفي لسد حاجيات الأسرة المختلفة والمتزايدة وقدرت نسبتهم بـ 69.26 % (حسب إجابات المرضى)، وكل هذه المعطيات تكشف لنا عن مدى تدهور المستوى الاقتصادي لأسر هؤلاء المرضى وهذا نظراً لضعف دخلها الشهري، وهو ما سوف ينعكس بدوره على مستواها الاجتماعي، وهو الأمر الذي أكدته العديد من المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة بأنهم يرون بأن مستواهم الاجتماعي متدني بنسبة تقدر بـ 62.22 % وهي نسبة جد مرتفعة تجاوزت النصف، بينما المرضى الذين صرحوا بأن مستواهم المعيشي يعد مقبولا جاءت بنسبة 37.78 %، أما نسبة الذين يرون بأن مستواهم المعيشي جيد منعدمة. وهو ما يوحي بمدى تدهور المستوى المعيشي للمبحوثين. فتدني المكانة الاقتصادية والاجتماعية المرتبطة للأسرة المرتبط بشكل أساسي بانخفاض كلا من مستوى الدخل ومستوى التعليم لأفرادها يؤدي إلى الضغوط الحياتية التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى الأمراض وقلة عدد السنوات التي يمكن أن يعيشها الفرد.

كما جاءت نسبة المرضى الذين يخصصون مبلغا معيناً من المال لاحتمال الإصابة بمرض ما 30.74%، وهي تقريبا النسبة نفسها التي صرحت بكفاية دخلهم لاحتياجاتهم، بينما نجد بنسبة قدرت بـ 69.26% من المرضى أكدوا بأنهم لا يخصصون جزءاً من دخلهم احتمالاً للإصابة بمرض ما، وهي تقريبا النسبة نفسها التي صرحت بعدم كفاية دخل أسرهم لحاجياتها.

علاوة على ما تقدم، فقد اعتبر أغلب المبحوثين (65.18%) أنهم غالبا ما تجد أسرهم نفسها غير قادرة على توفير مصاريف العلاج وشراء الأدوية خاصة عندما يتعلق الأمر بإجراء تحليل طبية وصور الأشعة خاصة السكانير و (IRAM) عادة كثيرا ما تكون غير متوفرة بالمؤسسة الصحية العمومية، بينما صرح ما نسبته 16.30% من المرضى أن أسرهم تجد نفسها أحيانا قادرة على تغطية مصاريف العلاج هذا بعد مساعدة الأقارب لهم حسب تصريحاتهم أثناء المقابلة، وما نسبته 18.52% من المرضى صرحوا أنهم بفضل إمكاناتهم المادية الجيدة تجد الأسرة نفسها بشكل دائم قادرة على توفير مصاريف العلاج لأفراد عائلتها.

هناك علاقة وثيقة بين نوعية المسكن الذي يعيش فيه الفرد و مستوى الصحة التي يتمتع أو نوعية الأمراض التي يمكن أن يصاب بها، حيث أكد أغلب المبحوثين (63.70%) أنهم يسكنون بيوت تقليدية عادة ما تكون بأحياء شعبية، (31.48%) من المبحوثين يسكنون بشقق أي بأحياء مخططة، ونجد (4.08%) من المبحوثين يسكنون بيوت قصديرية، أما الذين يسكنون بفيلا جاءت نسبتهم بـ 0.74% وهي نسبة جد ضعيفة، وإذا علما أن هذه البيوت ليست ملك للكثير فهم مستأجرون (40.37%) فكلما انخفض ثمن الإيجار كان المسكن غير لائقا للعيش فيه وتنقصه عديد الأشغال، كما يعرف ثمن الإيجار في الجزائر تزايدا سنويا، هذه الزيادة ستكون مقتطعة من ميزانية الغذاء والصحة والتعليم، وعلى حساب احتياجات الأسرة الضرورية، إضافة إلى ذلك، نجد ضيق هذه المساكن وعدم تناسب عدد الغرف مع عدد سكنيهم، والذي كان السبب الرئيسي لعدم أريحية سكناتهم حسب تصريحات المبحوثين (53.22%)، فنسبة الذين يوتهم ثقل عن أربعة غرف كبيرة تجاوزت النصف (78.52%)، وخاصة أن أغلب أسر المبحوثين يتراوح عدد أفراد أسرتها ما بين أربعة إلى سبعة أفراد وذلك بنسبة 58.52%.

ويظهر أنه على الرغم من إجماع الباحثين (100%) أن بيوتهم مزودة بكل مرافق الحياة الضرورية من كهرباء وربط بقنوات الصرف الصحي وبالمياه الصالحة للشرب، بغاز المدينة - ماعدا الغاز ففيهم ما أكد بأن بيته مازال لم يتم وصله بغاز المدينة، وهي نسبة ضعيفة لا تتعدى 7.04%، إلا أنهم لا يستهلكون ماء الحنفية وبأنهم يشترون الماء الصالح للشرب (80.75%)، وهي نسبة معتبرة تجاوزت النصف، في المقابل الذين يستهلكون ماء الحنفية (19.25%) وهي نسبة ضئيلة، سبب عدم استهلاكهم لماء الحنفية راجع إلى أن الماء غالبا ما يكون به طعم غريب (37.61%) أو أن لونه غير طبيعي مائل للاحمرار (62.39%)، كما أكد بعض الباحثين بأنهم رفعوا شكاوي إلى الجهات المعنية لكم دون جدوى. أما بالنسبة لمدى توفر كل من عاملي الإضاءة والتهوية المناسبة بشكل مقبول في مساكن الباحثين (60%) وهذا من شأنه أن يساعد على توفير بيئة صحية، ويقلل من عوامل احتمال الإصابة بالمرض، بينما الذين صرحوا خلافا لذلك جاءت بنسبة أقل لتقدر بـ 40% وهذا لا يقلل من قيمتها.

لا تتأثر صحة الفرد فقط بالمسكن الذي يعيش فيه بل تتعداه لتشمل البيئة المحيطة بذلك المسكن، إذ نجد أن هناك علاقة متبادلة بين مستوى صحة الفرد ونوعية المسكن وأيضا بالبيئة الخارجية المحيطة به، حيث لا يستطع أن ينفصل الفرد عن هذا المحيط، وإذا توافرت الشروط الصحية في البيئة المحيطة ساعد ذلك على تحسن صحة الفرد، ويعد انتشار الحشرات والبعوض والقمامة وظهور مساكن موجودة في مناطق تتكدس فيها القمامة مؤشرا على غياب بيئة صحية وعدم توفرها. لنجد عددا معتبرا من الباحثين تقريبا تجاوز النصف (59.26%) يؤكدون وجود حشرات والبعوض داخل مساكنهم، وهذا راجع إلى موقع مساكنهم التي تقع بأحياء غير مخططة وبعضها يقع بمحاذاة محيطات لرمي النفايات، يخترقها مجرى للمياه القدرة، وأنهم يستخدمون المبيدات للتخلص من تلك الحشرات خاصة الناموس ويزداد الوضع سوء في فصل الصيف أي ترتفع درجة الحرارة و الذي يشكل الظروف المواتية لتكاثرها، كذلك عن مدى توفر الأحياء التي يقطنها الباحثين على مجمع للنفايات، صرح العديد منهم (67.41%) بأنهم يتخلصون من نفاياتهم المنزلية بوضعها أمام منازلهم وليس في حبيهم مجمع للنفايات، وكلها مؤشرات تؤكد على تدهور البيئة المحيطة وضعف العناية بها.

ومن المهم الإشارة أيضا، أن أغلب المبحوثين (ما نسبته 57.41%) يعانون من أمراض مزمنة، أين أصبحت الأمراض المزمنة تشكل السبب الرئيسي للوفيات في الجزائر، فهي أمراض وليدة التغير الاجتماعي والتحديث الصناعي. يحتل الداء السكري الصدارة (30.97%)، ولتقدر ما نسبته بـ 14.83% من المبحوثين الذين يعانون من ارتفاع الضغط الدموي، ثم مرض القلب (13.54%) و مرض الربو بـ (12.90%)، لنسجل ما نسبته 27.76% من المصابين بأكثر من مرض مزمن. كما أكدت لنا المعطيات المستقاة من الميدان أن الفئة العمرية الأكثر عرضة للإصابة بهذه النوعية من الأمراض، هي الفئات المسنة، فمعدل الإصابة بالأمراض المزمنة لدى الفئة من المبحوثين التي سنها 62 سنة فما فوق فقد قاربت النصف 47.74%.

ما يسمح لنا بالقول، أن هناك علاقة بين العمر والإصابة بالأمراض المزمنة، فالتقدم في السن يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة، كما أن هذه الأمراض تتفاوت حسب النوع أيضا وليس حسب العمر فقط، فالمرض بدوره يتوزع بين الجنسين بشكل مختلف، إذ يلاحظ أن النساء هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة مقارنة بالرجال، فقد قدرت نسبة الإصابة لدى الإناث بـ 62.58% لتقل عند الذكور وتصل إلى 50.43%. ليستمر النظام الصحي الوطني في مواجهة التحديات، فالإضافة إلى تنامي الإصابة بالأمراض المزمنة، والتي تزداد -التحديات- باستمرار خطر الإصابة بالأمراض المعدية، وإن كان تم القضاء على العديد منها، فهناك من الأمراض التي عاودت الظهور وهي تلك الأمراض المرتبطة بتلوث البيئة وتدهور المستوى المعيشي، كمرض السل كما يسمى أيضا بمرض الفقر، فقد قدرت الإصابة به (46.16%)، كما نجد أيضا الحصبة 33.33% و الالتهاب الكبدي أ الذي جاء بنسبة 20.51%.

وعلى الرغم من أهمية المستشفيات (بما تحتويه من أجهزة طبية وموارد بشرية مؤهلة ومدرية) فإن الصحة لن تتحقق بتوفرها هي فقط، فالصحة أيضا سلوك ثقافي، وممارسة الرياضة من أحد السلوكات المؤدية إلى تعزيز الصحة عند الفرد إلا أن أغلب المبحوثين (71.85%) أكدوا على عدم ممارستها ولا حتى المشي صباحا لمدة نصف ساعة على الأقل لنجد القليل منهم فقط (28.15%) ممن يمارسون الرياضة بشكل مستمر وهي نسبة ضعيفة.

أيضا أكد العديد من المرضى بنسبة قدرت بـ 37.78% بأنهم يتناولون بشكل دائم اللوجبات السريعة على الأقل يوميا إما وجبة غداء أو عشاء، بينما أكد أغلبية المرضى ما نسبته 62.22% بأنهم يتناولون أحيانا اللوجبات السريعة. أما بالنسبة للتدخين نجد أن فئة الذكور هي أكثر فئة إدمانا على التدخين مقابل فئة الإناث (90.43% مقابل 10.32%)، وما تجدر الإشارة له، وهو ما يجعل فئة الذكور أكثر عرضة للإصابة بالأمراض التنفسية كسرطان الرئة، أما الفئة التي صرحت أنها لا تدخن جاءت بنسبة 9.57% بالنسبة للذكور وهي نسبة جد منخفضة، لترتفع عند الإناث وتصل إلى 89.68%.

❖ الإجابة عن السؤال الفرعي الثالث:

بالنسبة للسؤال الفرعي الثالث الذي أثارته الدراسة وهو: هل أدت سياسات إصلاح النظام الصحي إلى تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري؟ يمكننا هذا السؤال من معرفة النتائج المحققة على مستوى الوضع الصحي العام للمجتمع الجزائري، ومن إجراء عملية تقييم للنتائج المحققة من قبل النظام الصحي وما عرفه من سياسات إصلاح فيما يخص حماية الصحة العمومية للمجتمع الجزائري وترقيتها. خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

➤ لم تؤد سياسات إصلاح النظام الصحي إلى تحسين مستوى الصحة العمومية للمجتمع الجزائري كما هو مخطط لتحقيقه.

1- حسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2000 تحتل عمان كدولة عربية الوحيدة المرتبة الأولى في مجال المستوى الصحي، في حين تحتل الجزائر المرتبة 45 من مجموع 192 دولة عضوة في منظمة الصحة العالمية، وبالنظر إلى مستوى توزيع الخدمات الصحية الذي يتواجد في مستويات متدنية حيث احتلت الجزائر المرتبة 110، كذلك بالنسبة لمعيار الاستجابة لحاجات السكان، حيث نجدها تحتل المرتبة 91. وهو ما يعكس أن الجهود المبذولة لتحسين مستوى الوضع الصحي العام للسكان لم تحقق الكثير ضمن ما خطط للوصول له، وحتى مؤسساتنا الصحية العمومية لا زلت بعيدة عن مستويات الأداء المقبول. خاصة إذا علمنا أن معدل الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي قد ارتفع من

3.49% سنة 2000 ليصل إلى 7.21% سنة 2014، والذي طالما جعله الكثير من الباحثين في قضايا الصحة العمومية هو السبب الرئيس في تدهور الوضع الصحي ومستوى الرعاية الصحية المقدمة بمؤسساتنا الصحية.

2- هناك تحسن ملحوظ على مستوى الوضع الصحي للمجتمع الجزائري كما يعكسه مؤشر مأمول العمر المتوقع عند الولادة، وحتى إن كان غير كافٍ، فاحتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة الإجمالي (العام للذكور والإناث) كان سنة 2000 هو 72 سنة ليرتفع سنة 2015 ليصل إلى 77 سنة، والجدير بالذكر أن الجزائر سجلت خلال 51 سنة -من الفترة 1960 إلى غاية 2011- معدل نمو موجب متوسط أمل حياة السكان قدره 53%، في حين سجلت تونس كدولة مجاورة لنا خلال نفس الفترة معدل نمو موجب متوسط أمل حياة السكان قدره 78%، ووصل معدل الأمل في الحياة عند الولادة لسنة 2014 إلى 71.17 سنة في الجزائر بينما في تونس خلال نفس السنة وصل إلى 75.21 سنة، وهذا حسب إحصاءات وتقديرات المنظمة العالمية للصحة.

3- نلمس أيضا تحسن الحالة الصحية للمجتمع الجزائري في مؤشر انخفاض معدل الوفيات العامة خاصة بين سنتي 2012 و 2013، من 4.53% إلى 4.39% أي بانخفاض نسبي قدره 1.1%. و إن عرف ارتفاعا نسبيا سنة 2015 والذي وصل إلى 4.57%. كما استطاعت الجزائر أن تحفض مؤشر وفيات الرضع، إذ انتقل معدل الوفيات من 36.9% لسنة 2000 إلى 25.5% سنة 2008 ووصل إلى 23.7% سنة 2010، ليصل سنة 2015 معدل وفيات الرضع للإناث بـ 20.7% و 23.7% للرضع الذكور ليقدر إجمالي الوفاة للرضع لنفس السنة أي 2015 بـ 22.3%. كما تجدر بنا الإشارة، أنه مع الانخفاض المحسوس في نسبة وفيات الأطفال إلا أن هذه النسبة تبقى نوعا ما مرتفعة مقارنة ببعض الدول كتونس والمغرب (مثلا: نجد أن معدل وفيات الأطفال الرضع بتونس قدرت في التسعينيات بـ 31.7% لتصل إلى 16% سنة 2011). وهذه النتائج تخفي الفوارق الجهوية المسجلة بين مختلف مناطق الوطن، بحيث نسجل تفاوت كبير على مستوى الولايات خصوصا ولايات الجنوب الجزائري والهضاب العليا.

4- معدل وفيات الأمهات في الجزائر: مؤشر هام يعطي فكرة واضحة إلى حد ما عن الوضع الصحي العام، بحيث يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات في مجال الاهتمام بصحة الأمهات، إن معدل وفيات الأمهات، سواء الناتجة عن ظروف الحمل أو الولادة، يبقى مرتفعا في الجزائر، بالإضافة إلى ذلك، تواجه الأمهات الحوامل ثلاث مرات خطر الوفاة جراء الحمل والولادة باختلاف وجودها في الريف والحضر الشمال والجنوب، خاصة بالنظر للهيكل الصحية المتوفرة والإمكانات البشرية التي تم تكوينها وتسخيرها لهذا الغرض. فمن خلال المعطيات الإحصائية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لسنة 2010 عن دول العالم ومنها الجزائر، نلاحظ انخفاض ملحوظ في معدل وفيات الأمهات، إذ انخفضت من 230 وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 1989 إلى 86.2 وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 2008. وهو معدل بعيد عن ما حققته السياسة الصحية التونسية، فقد كان للبرنامج الذي تبنته الحكومة التونسية "البرنامج الوطني للسلامة الأم والوليد" دور كبير في تقليص وفيات الأمهات والأطفال، إذ وصل معدل وفيات الأمهات سنة 2010 إلى 44.8 وفاة لكل 100.000 ولادة حية (حسب تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان، تقرير الأهداف الإنمائية 2012). وهو الأمر الذي لم تستطع السياسة الصحية الجزائرية تحقيقه.

فضلا عما سبق، فقد تبين من خلال النتائج المستقاة من الميدان، وجود انخفاض في نسبة رضا المرضى حول الرعاية الصحية المقدمة لهم بالمؤسسات الصحية العمومية، وإن كان هناك جهود في سبيل تحسينها ومن ثم الرفع من مستوى الصحة العمومية. فقد عبر أغلب المرضى (44.45%) أكدوا بأن ظروف استقبالهم من طرف أعوان الاستقبال كان مقبولا وكان هناك توجيه، وبالإضافة إلى أن هناك من أكد بأنها جيدة والتي جاءت بنسبة بـ 20.37%، أما نسبة المرضى الذين عبروا بأن استقبالهم كان دون المستوى وسيئا جاءت بنسبة يمكن عدها معتبرة 35.18%. ليتبين لنا أن هناك نقص من ناحية استقبال المرضى وتوجيههم بالمؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام فبعض المرضى وعائلاتهم يتعرضون لسوء المعاملة وعدم التفهم ليس من قبل الأطباء والمشرفين على المستشفى وإنما من الأعوان المكلفين بالاستقبال عند مدخل المؤسسات الإستشفائية.

والجدير بالذكر، أن الظروف الفيزيائية السائدة بالمؤسسات الصحية العمومية تتصف من حيث عامل نظافة الغرف والأسرة بالمتوسطة، وذلك بنسبة 62.22% حسب تصريحات المرضى، بينما صرح ما نسبته 37.78% من المرضى بأن مستوى نظافة الغرف والأسرة سيئة، أما من حيث مدى نظافة دورات المياه وتوفرها على مواد النظافة والتطهير، فقد أكد الكثير (60%) من المرضى أن دورات المياه نظيفة ورغم ذلك فهي لا تحتوي على مواد النظافة والتطهير.

فضلا عن ذلك، لا تحرص المؤسسات الصحية العمومية على تقديم التغذية المناسبة (وجبات غداء وعشاء) متنوعة وذات نوعية جيدة للمرضى المقيمين بها، وهو أكدته العديد من المبحوثين (42.96% حسب تصريحات المرضى) بأن الوجبات الغذائية المقدمة لهم بالمستشفى غير جيدة وغير كافية، وهي نسبة يمكنها أن نعتها معتبرة نوعا ما، فهم يرون أن المستشفى يقدم للمرضى أكالات أو وجبات غير متنوعة وليست ذات نوعية جيدة، فضلا عن أنها غير كافية من حيث الكمية.

أما مدى توفر وسائل الراحة والتسهيلات التي يجدها المريض في المستشفى مثل مدى توفر الهدوء والراحة بغرف المرضى وأن هناك احترام لموعد الزيارات، حيث كشفت إجابات المرضى أن هناك هدوء بغرفهم ما يشعرهم بالراحة وأن هناك احترام لنظام الداخلي للمستشفى والذي جاءت بنسبة 97.78% وهي نسبة مرتفعة. و من حيث متغير العلاقات الإنسانية بين الفريق العلاجي والمريض، نجد أن هناك (75.93% حسب إجابات المرضى) رغبة في تقديم المساعدة من طرف المرضى الذين يعدون أكثر الممارسين احتكاك بالمرضى بحكم مهنتهم وواجبهم الذي يفرض عليهم ذلك، وهو ما يشير بأن نوعية العلاقة بين المرضى وأفراد الطاقم الطبي يمكن عدها حسنة، أما الذين صرحوا بخلاف ذلك جاءت بنسبة تقدر بـ 24.07%، وأكدوا بأن الممرض أو الممرضة عادة يبدون غير مهتمين بهم قلقين أو متوترين ولا يوحون بالثقة ويبدون أنهم مرغمين فيما يقومون به.

علاوة على ما تقدم، فقد أكد معظم المرضى بالمستشفيات محل الدراسة (79.63%) أن الفريق العلاجي يستجيب لهم عند الضرورة بخاصة في الليل، بينما نسجل نسبة (20.37%) هذا لا يقلل من قيمتها، من صرح بخلاف لذلك وبأنهم لم يتم الاستجابة لهم بعد نداءهم وطلبهم للمساعدة. ما يؤشر على أن الوسط الإستشفائي العمومي لا يخلو من مظاهر الإهمال واللامبالاة التي قد تؤدي إلى فقدان حياة المريض.

والجدير بالذكر في السياق ذاته، أن المؤسسة الإستشفائية العمومية تعمل على الاستجابة لاحتياجات المرضى وفقا على ما تتوفر عليه من إمكانيات، ومن حيث توفر الأدوية التي يحتاجوها المرضى، أكد الكثير تجاوزت النصف من المبحوثين (71.85%) أنهم لم يحصلوا على كل الأدوية التي يحتاجونها و اضطروا لشرائها من الصيدلية، وبأنها لم تكن متوفرة بالمستشفى، أما من حيث اجراء المريض لكل الفحوصات (أشعة وتحاليل) بالمستشفى، فقد أكد أيضا الكثير من المبحوثين (64.44%) بأنهم أجروا فقط بعض التحاليل والأشعة بالمستشفى التي يتواجدون بها قصد العلاج والاستشفاء، وهي نسبة يمكن عدها كبيرة كونها تجاوزت النصف كما صرحوا بأنهم وأجروا العديد من التحاليل والأشعة كالكسكس أو الرسم التخطيطي للقلب أو الدماغ التي طلبت منهم من طرف الطبيب المشرف على علاجهم قد اضطروا لإجرائها بالقطاع الخاص، لعدم توفرها بالمستشفى وحتى إن توفرت كالكسكس فهو معطل، وهو ما يؤثر على من مؤسساتنا الصحية الوطنية تشتغل أقل بكثير من قدراتها.

فضلا عما سبق، يظهر وبخاصة من خلال النتائج المستقاة من الميدان، أن هناك إجماع (100%) من قبل كل المرضى المتواجدين بالمؤسسات الإستشفائية الثلاث محل الدراسة أن مستوى الخدمة الصحية المقدمة لهم لا يمكن عدها جيدة. وأكد الكثير منهم (58.51%) بأن مستوى الخدمة الصحية التي تلقوها سيئة، ما يوحي أن الخدمات الصحية المقدمة داخل المصالح الإستشفائية الجزائرية لا ترقى إلى مستوى طموحات المواطن الجزائري، أي أن هناك فرق بين ما يرحوا ويتمناه المريض الجزائري أن يكون عليه مقر الذي يتوجه إليه للاستشفاء وما هو موجود في الواقع، وتتمثل أسباب هذا القصور والتدهور في مستوى الخدمة الصحية المقدمة بمستشفياتنا -حسب إجابات المرضى المتواجدين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة- يتضح ذلك كما يلي:

- أ- التسبب واللامبالاة جاءت نسبة كبيرة قدرت بـ 36.07%.
- ب- سوء المعاملة خاصة من طرف الممرضين بنسبة قدرت بـ 31.02%.
- ج- نقص الأطباء المتخصصين بنسبة 20.25%.
- د- كثرة المرضى و نقص التجهيزات الطبية الحديثة، فقد جاءتا نسبتهما متساوية وهي 6.33%.

والجدير بالإشارة، أن كل المرضى الذين صرحوا بأن لهم معارف بالمستشفى التي يتواجدون بها أكدوا جميعهم بأن مستوى الخدمة والرعاية الصحية التي تلقوها يمكن عدها مقبولة، في حين نجد الأغلبية (ما نسبته 92.39 %) من المرضى ممن أكدوا أن الخدمة الصحية التي قدمت لهم ضعيفة صرحوا بأنهم ليسهم لهم معارف بالمؤسسة الصحية التي يتواجدون بها، ما يؤشر على أن هناك اختلاف في كيفية استجابة المؤسسة الصحية للمرضى المتوافدين إليها، وبأنها لا تستجيب بنفس الطريقة مع كل المرضى.

فضلا عما سبق، فقد تبين أيضا من خلال النتائج المستقاة من الميدان (من خلال المقابلات التي أجريت الأطباء والممرضين):

1. إجماع الأطباء والممرضين تقريبا شبه كلي على أن هناك محاولات لتحسين وتطوير قطاع الصحة تجسدت في سياسات إصلاح النظام الصحي.
2. استمرار ضعف الاهتمام بالموارد البشري رغم أنه أبرز جزء من أجزاء النظام صحي.
3. استمرار وجود فجوة بين المؤسسات الصحية العمومية والعيادات الخاصة وهي في اتساع، وغياب أي تكامل وظيفي بينهما.
4. تبقى العيادات الخاصة المكان المفضل -لتوفرها على عوامل جذب- للأطباء الأخصائيين للعمل من المستشفى العمومي، ما يفسر وجود الكفاءات الطبية المتخصصة بعدد غير كاف بالمستشفيات.
5. ضعف نظام الإعلام الصحي المعمول بها حاليا.
6. هناك زيادات في الطاقات البشرية والمادية داخل المستشفيات، لكن تبقى غير كافية.
7. ظروف العمل بالمستشفيات لم تعرف تحسنا كبيرا، من حيث ارتفاع مستوى الاكتظاظ و وضعية التجهيزات الطبية المتوفرة مع تسجيل نقص توفر العديد منها.
8. مستوى النظافة داخل المستشفيات متوسطة -وهو ما يتفق مع رأي المرضى- وأن هناك جهودا للارتقاء بنظافة المستشفى.

9. وجود جهود لتحسين مستوى أداء مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والمرضى)، وأن التحسين المستمر لمعارفها ومهاراتها له الأثر الكبير في تحقيق رضا المستفيد من الخدمة (المريض)، من خلال فرص التكوين المستمر، لكنها تبقى غير كافية.

10. معظم المبحوثين من أطباء و ممرضين يتفقون بأن المستشفى لا تستجيب لكل حاجيات المرضى، نظرا للنقص التي يعيشها، التي أبرزها عدد الأخصائيين غير كاف وحتى عدد الممرضين أمام العدد الهائل للمرضى الوافدين، نقص في الأدوية والتجهيزات الطبية والعدد المحدود للأسرة.

11. إقرار الجميع من أطباء وممرضين بوجود عوائق وصعوبات تعترضهم في العمل. هذه العوائق لها تأثير سلبي من شأنها أن تؤدي إلى انخفاض رضا المرضى تجاه الرعاية الصحية المقدمة لهم بالمستشفى.

12. تحسين ظروف العمال الاجتماعية من رفع للراتب الشهري من أبرز الاقتراحات التي قدموها لتحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة.

بعد عرضنا للنتائج العامة التي توصلت إليها الدراسة، والتي قد أجابنا عن الأسئلة الفرعية الثلاثة التي طرحتها الدراسة نجب بناء على ذلك على السؤال الرئيسي الذي تمحورت حوله دراستنا وهو:

➤ ما هو واقع تأثير سياسات الإصلاح التي شهدتها النظام الصحي على التنمية الصحية في الجزائر؟

من خلال ما توصلنا إليه من نتائج، أن الدولة الجزائرية سعت بعد الاستقلال إلى إقامة نظام صحي تسعى من خلاله إلى تحقيق تنمية صحية هدفها الحفاظ على الصحة العمومية وترقيتها مع العمل على إرساء مبدأ العدالة في توزيع فرص الوقاية والعلاج بين الجزائريين بعيدا عن أي تمييز، حيث عرف هذا النظام الصحي الوطني عدة إصلاحات متعاقبة من حيث البناء والوظيفة، التي تأخذ بعين الاعتبار العوائق المالية والتسييرية والتنظيمية وحتى القانونية بطرح مشروع قانون الصحة الجديد، الاقتناع أخيرا بضرورة تنسيق العمل ما بين قطاعات المجتمع خاصة ذات التأثير المباشر على صحة السكان خاصة في ظل تنامي مشاكل القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالصحة - وأن للصحة محددات اجتماعية وثقافية ولا تنحصر في وجود مرض والبحث عن علاج-، والسعي لتحسين الظروف الاجتماعية والمهنية للعاملين بقطاع الصحة.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة

على ضوء النتائج المتوصل إليها في الدراسة الراهنة، يمكننا مناقشتها وعقد مقارنات بينها وبين نتائج الدراسات السابقة المشابهة التي تعرضنا إليها في الفصل الأول، وعليه سوف نناقش هذه النتائج وفقا للآتي:

1- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات الأجنبية:

بالرغم من اختلاف الزمان والمكان، إلا أن الدراسة الحالية تتفق مع ما توصلت إليه الدراسات الأجنبية في العديد من النتائج المتوصل إليه، إذ تلتقي الدراسة الحالية مع تلك الدراسات في العديد من القضايا.

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الراهنة من نتائج، نلاحظ وجود نقاط توافق مع دراسة التي أجراها الباحث «أندري بليت» والتي تناولت موضوع الصحة، الطبقات الاجتماعية وسياسات إعادة التوزيع، في النقاط التالية:

- تم إحداث عدة تغييرات في السياسة الصحية كإصلاحات تسعى لتجسيد الصحة والرعاية الاجتماعية الصحية كحق للجميع، ومكانتها في أولويات السياسة الاجتماعية.
- رغم مختلف السياسات المنتهجة للقضاء على اللامساواة الصحية، إلا أن هناك استمرار للامساواة الاجتماعية في وصول الخدمات الصحية إلى جميع فئات المجتمع.
- التأكيد على العلاقة المتبادلة بين التنمية والصحة، فتوجهات السياسة الصحية تسعى للتخفيف من مشكلات المجتمع الصحية سعيا منها لرفع المستوى الصحي العام للمجتمع، بما يعود ذلك من فائدة على النظام الاقتصادي والسياسي في الوقت ذاته.

أما «دراسة إيليوت كروز» التي حملت عنوان: السياسة الصحية: النضال في الولايات المتحدة الأمريكية، فتتوافق نتائجها مع ما توصلت إليه دراستنا، في طرحها لقضية اللامساواة الاجتماعية - الصحية والتي توصلت أن مسألة اللامساواة الصحية بين مختلف الطبقات الاجتماعية المشكلة للمجتمع توجد لكن بنسب قليلة جدا، وهناك تدخل وسعي من طرف الدولة للقضاء على هذا التفاوت، في حين ترتفع نسبة اللامساواة الصحية في الاستفادة من الخدمات الصحية في العديد من المجتمعات العربية المتخلفة ومنها الجزائر.

2- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات العربية:

لقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متقاربة إلى حد كبير مع نتائج الدراسات العربية التي تم تناولها، من حيث التشابه في الكشف عن مستوى أداء النظام الصحي ومدى استجاباته لاحتياجات أفراد المجتمع الصحية، وأبرز مظاهر الاختلالات التي يعاني منها (أوجه القصور)، وكذا واقع الخدمات الصحية ومدى عدالة توزيعها بين مناطق الوطن. فالدراسة التي قام بها مجموعة من الباحثين من جامعة سورية «عبد الهادي الرفاعي، وليد عامر و سنان علي ديب»، تتفق مع ما توصلت إليه دراستنا الراهنة في تحديد مظاهر اختلالات النظام الصحي والمشاكل التي يتخبط فيها، لعل أبرزها:

- غياب التكامل الوظيفي للقطاع الخاص مع العمومي في حماية الصحة العمومية وترقيتها، أين أصبح نمو وتطور القطاع الخاص على حساب العمومي.

- ضعف القيمة المالية المخصصة لقطاع مهم ومكلف كقطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي، وإن كانت عرفت ارتفاعا في الجزائر في السنوات الأخيرة.

- هناك تطور في المؤشرات الصحية كعدد الأسرة لكل ألف مواطن، وعدد الأطباء لكل ألف مواطن وكذلك عدد أطباء الأسنان والمرضى والقابلات والصيدلة لكنها غير مواكبة للطلب المتزايد عليها من طرف السكان.

- بالإضافة إلى أن هناك تأكيد على وجود تفاوت اجتماعي في الحصول على الرعاية الصحية وهو ما يؤثر عليه تركيز كل من المؤسسات الصحية خاصة المتخصصة منها وكذا الكفاءات الصحية المتميزة في محافظات الكبرى الأمر الذي يجعل منها مركز استقطاب للمرضى من المحافظات كافة وما ينتج عنه من ضغط وينعكس سلبا على نوعية الخدمات المقدمة.

كما اتفقت الدراسة الراهنة إلى حد كبير مع ما توصلت إليه دراسة التي قام بها الباحث «حسين عليوي ناصر الزبادي» وتمثلت أساسا في:

- التباين بين معدل النمو السكاني ومعدل تطور التغطية الصحية: وهو أن تطور التغطية الصحية غير مساير للنمو السكاني الحاصل في المجتمع، وبأن هذا الارتفاع المتزايد في عدد السكان يعني استمرار زيادة الطلب على العلاج، الذي لم يصاحبه ارتفاع مماثل في تطور معدل التغطية الصحية خاصة من حيث عدد الهياكل الصحية.

- وجود تفاوت اجتماعي في الحصول على الخدمات الصحية أي استمرار اللامساواة الصحية: ذلك من خلال التقسيم الجغرافي والتقني للتهيئة العمرانية، أين نجد فروقات واضحة بين مناطق البلاد.

3- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات الجزائرية:

لابد لنا من الإشارة في هذا السياق، أن الجهود البحثية الجزائرية التي تعاملت مع موضوع السياسات الصحية والتنمية الصحية قليلة، ولم تتعد بعض الدراسات والكتابات النظرية، وتعاني النقص في الجوانب الإمبريقية، إلا أن دراستنا تتفق مع هذه الدراسات في العديد من الأهداف والنتائج، حيث نجد الدراسة التي قام بها الباحث « خروبي بزاره عمر » وكذا دراسة الباحث « علي سنوسي »، تتوافق نتائجهما مع ما توصلت إليه دراستنا في كون أن إصلاحات النظام الصحي لم تؤد إلى توزيع الخدمات الصحية وفقا للحاجة الفعلية ومبدأ عدالة التوزيع، مع استمرار انخفاض نسبة رضا المرضى على الخدمات الصحية المقدمة لهم بالمؤسسات الصحية العمومية من حيث تدهور ظروف الاستقبال والمعاملة والاستشفاء، كذلك مازالت منظومتنا الصحية رغم ما عرفته من سياسات إصلاح تفتقد لكفاءة وفعالية الإنفاق الصحي خاصة في ظل استمرار الزيادة في معدل الإنفاق العمومي على الخدمات الصحية بمعدل أعلى من معدل الزيادة في الناتج الوطني الإجمالي. فتخصيص اعتمادات مالية كبيرة لم تؤد إلى تقديم خدمات أفضل ورعاية صحية ذات نوعية. كما نسجل ضعف التكوين وعدم كفايته، فالعاملين بالمؤسسات الإستشفائية العمومية محل الدراسة بحاجة إلى تكوين على كيفية العمل المطلوب بكفاءة وعلى حسن استغلال الأجهزة التكنولوجية المتوفرة في هذه المستشفيات و صيانتها.

أكدت الدراسة الراهنة ما توصلت إليه دراسة الباحث « بهلولي أحمد سفيان » المتمثلة في أن الدولة الجزائرية سخرت في مجال حماية الصحة العمومية وترقيتها موارد بشرية ومادية كبيرة، لكن ذلك لم يقض على المشاكل الصحية، أين تم الاعتماد على سياسة التكتيف من بناء الهياكل الصحية واستمرار استيراد الأجهزة الطبية باهظة الثمن، والتي لم تتمكن حتى في التحكم في هذه التكنولوجيا الطبية المستوردة، مما أدى إلى تعميق التبعية التكنولوجية للخارج، وعدم تحقيق النتائج المنتظرة والمسطرة من خلال السياسة الوطنية للصحة من جهة، ولا التحكم في النفقات المالية الضخمة المرسودة للاستثمار في القطاع الصحي من جهة أخرى.

كما أكدت دراسة الباحث « نور الدين حاروش » على تأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على التنمية الصحية وفي تحسن المستوى الصحي العام للمجتمع الجزائري، و بأن الكثير من المؤشرات الصحية كمعدل الوفيات ومعدل العمر المأمول عند الولادة ومعدل وفيات الرضع الأقل من خمس سنوات، نسبة التلقيحات شهدت تطورا وتحسنا لكنه غير كاف مقارنة بالإمكانات المسخرة لذلك.

من خلال ما تقدم نصل إلى نتيجة هامة مفادها وجود تشابه وتقارب في النتائج التي توصلت إليها الدراسة الراهنة والدراسات السابقة، ذلك من حيث توجهات سياسات إصلاح التي شهدتها النظام الصحي وأهدافها الرامية لتحقيق تنمية صحية، من خلال السعي لتحسين مستوى الصحة العمومية والرفع منها من مستوياتها، والحد من المشكلات الصحية المختلفة والمتزايدة، خصوصا ما يتعلق بكيفية ضمان تحقيق مسألة المساواة الصحية انطلاقا من كون الصحة حق عالمي لكل إنسان ولا بد من حصول عليها بصورة منصفة وعادلة، ليبقى هناك سوء في توزيع الموارد الصحية سواء من حيث القوى البشرية خاصة المتخصصة منها والتي تعاني ندرة والهيكل الصحية جغرافيا بين مختلف جهات الوطن واجتماعيا فهناك دور للعلاقات الغير الرسمية في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف الطبقات الاجتماعية للمجتمع، مازال ينظر للصحة كمفهوم طبي بحت وأن تحققها يكون في إطار المستشفى، رغم محاولات إظهار عكس ذلك في الخطابات السياسية والمواثيق الرسمية، وهناك تحسن في العديد من المؤشرات الصحية لكنها بعيدة عن ما خطط للوصول إليه... وهو ما يؤكد على أن المشكلات الصحية لا تزال بها مستمرة (بالدول المتخلفة ومنها الجزائر)، رغم مرور أكثر من نصف قرن من عمليات التنمية بها، وعلى الرغم من سياسات الإصلاح النظام الصحي التي أريد فيها الوقوف على مشكلات الصحة العمومية لهذه المجتمعات، والملاحظ فيها أنها تركز على معالجة القضايا التقنية والتنظيمية والمالية، والجوانب الطبية الصرفة، أكثر من اهتمامها وتركيزها على الجوانب السوسيوثقافية والأبعاد السياسية والاقتصادية والتاريخية، هذا ما جعلها لا تعالج مشكلات التنمية الصحية في سياقاتها التاريخية التي أنتجت في نطاقها وفي ضوء علاقاتها بالقطاعات الأخرى المكونة للمجتمع، إنما تعالج مظاهر تلك المشكلات وصور انتشارها عبر ضالة الموارد المالية ونقص التغطية بالكوادر الطبية.

ثالثا: القضايا العامة التي يثيرها الدراسة والموضوعات الجديدة الجديدة بالبحث السوسولوجي المستقبلي

تشير الدراسة الراهنة آفاقا واسعة للبحث وإلى بعض القضايا التي تحتاج إلى تعميق وإلى مزيد من الدراسات والبحوث المستقبلية في علم الاجتماع، وعليه نطرح عدد من القضايا التي نراها جديدة بالدراسة والبحث مستقبلا وهي:

- ✓ العوامل السوسيو ثقافية والاقتصادية وعلاقتها بقضايا الصحة والمرض.
- ✓ السن وواقع الأمراض المزمنة في الجزائر: في ظل التركيبة العمرية وارتفاع نسبة كبار السن في المجتمع الجزائري، بالإضافة إلى كون السن متغير أساسي في الإصابة بهذا النوع من الأمراض.
- ✓ واقع الرعاية الصحية لكبار السن في الجزائر: قراءة في البرامج الصحية المسطرة ضمن السياسة الصحية.
- ✓ توزيع الخدمات الصحية واللامساواة في المجال الصحي.
- ✓ واقع الرعاية الصحية للتكفل بالمصابين بالسرطان.
- ✓ التلوث البيئي وأثره على الصحة العمومية.
- ✓ العيادات الخاصة وعملية الاتجار بالصحة.
- ✓ الصحة والتنمية : أية علاقة؟.
- ✓ السياسة الصحية وعودة الأمراض المتنقلة.

أولاً: المراجع باللغة العربية

أ- الكتب:

1. أبو القاسم سعد الله: أبحاث وآراء في تاريخ الجزائر، ج2، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1986
2. أبو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ط1، 1998
3. إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي: الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002
4. إحسان حفطي: علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006
5. إحسان محمد الحسن: مناهج البحث الاجتماعي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2005
6. أحمد رشيد عبد الرحيم زيادة: علم اجتماع الصحة المجتمعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012
7. أحمد زايد: علم الاجتماع النظريات الكلاسيكية والنقدية، دار المعارف، القاهرة، ط2، 1983
8. أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2005
9. إخوان تيران، ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة: المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، دار القصة، الجزائر، 2007
10. أزغيد محمد لحسن: مؤتمر الصومام وتطور ثورة التحرير الوطني الجزائري (1956-1962)، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1989
11. أندري غوندرفرانك، ترجمة: الهيثم الأيوبي وأكرم ديري: البرجوازية الرثة والتطور الرث، دار العودة، بيروت، 1973
12. إميل دور كايم، ترجمة: محمود قاسم والسيد محمد بدوي: قواعد المنهج في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط2، 1988
13. أنتوني غدنز، ترجمة: فايز الصياغ: علم اجتماع، المنظمة العربية للترجمة، بيروت، ط1، 2005
14. أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2000

15. بشير بلاح: تاريخ الجزائر المعاصر (1830-1989)، ج1، دار المعرفة، الجزائر، 2006
16. بهاء الدين ابراهيم سلامة: الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، دط، د س
17. ثامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية لنشر والتوزيع، عمان، د ط، د س
18. حسان الجيلاني: التنظيم والجماعات، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008
19. حسين عبد الحميد أحمد رشوان: التنمية اجتماعيا، اقتصاديا وسياسيا وثقافيا، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ط1، 2008
20. حسين عبد الواحد الشاعر: الطب الاجتماعي و الأمراض المهنية، الدار القومية للنشر والطباعة، مصر، د ط، د س
21. حمود خيضر كاظم: السلوك التنظيمي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2002
22. خيرى خليل الجميلي: التمية الإدارية في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998
23. ذوقيات عبيدات وعبد الرحمان عدس وكايد عبد الحق: البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان، ط1، 2001
24. سامية مصطفى الخشاب: النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، مؤسسة المعارف للطباعة، القاهرة، 2003
25. سمير كريم: الشركات متعددة الجنسية، المعهد الإنمائي العربي، بيروت، 1981
26. سناء حسنين الخولي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط2، 2011
27. السيد الحسيني: دراسة في علم اجتماع الحضري، دار المعارف، القاهرة، ط3، 1985
28. شحاته صيام: النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، مصر العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2009
29. صلاح محمود ذياب: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2009

30. طارق السيد: أساسيات في علم اجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ط1، 2007
31. طلعت إبراهيم لطفي: علم اجتماع التنظيم، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2007
32. عايد الوريكات : علم اجتماع الطبي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2011
33. عبد الحميد براهيمى: في أصل الأزمة الجزائرية، مركز الدراسات الوحدة العربية، بيروت، 2001
34. عبد الرحمان بن محمد بن خلدون: المقدمة، الجزء الثاني، موفم للنشر، 1991
35. عبد الرزاق محمد الدليمي: الإعلام والتنمية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2012
36. عبد السلام بشير الدويبي: علم اجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، ط1، 2006
37. عبد الله محمد عبد الرحمان: النظرية في علم الاجتماع النظرية الكلاسيكية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2006
38. عبد الله محمد عبد الرحمن و محمد علي بدوي: مناهج وطرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2000
39. عبد المجيد الشاعر ويوسف أبو الرب و رشدي قطاش: علم اجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للطباعة والنشر، عمان، 2000
40. عبد المجيد الشاعر: علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان، ط1، 2000
41. علي سعدان: بيروقراطية الإدارة الجزائرية، الشركة الوطنية للنشر و التوزيع، الجزائر، د ط، 1981
42. علي غربي: علم الاجتماع والثنائيات النظرية (التقليدية- المحدثه)، منشورات مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة، قسنطينة، 2007
43. علي مكايي وفهد عبد الرحمان الناصر ووسام أحمد العثمان: دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1998
44. علي مكايي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1990
45. عبد الحفي محمود حسن صالح: الصحة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003

46. فرانز فانون، ترجمة: دوقان قرقوط: العام الخامس للثورة الجزائرية، دار الفارابي، لبنان، 2004
47. فريد توفيق النصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2008
48. فضيل دليو وآخرون: أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، 1999
49. فيليب جونز: ترجمة: محمد ياسر خواجة: النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية، مصر العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2010
50. كامل بربر: الإدارة عملية ونظام، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1996
51. كريستيان بودلو و روجيه استابليه، ترجمة: أسامة الحاج: دوركايم والانتحار، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 1999
52. لوران فلوري، ترجمة: محمد علي مقلد: ماكس فيبر، دار الكتاب الجديد المتحدة، بيروت، ط1، 2008
53. محمد الجوهري وآخرون: الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط3، 2005
54. محمد الجوهري وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر، عمان، ط1، 2009
55. محمد السويدي: مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري: تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغير في المجتمع الجزائري المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990
56. محمد الصيرفي: إدارة المستشفيات العامة والخاصة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط1، 2009
57. محمد العربي الزيري: الثورة الجزائرية في عامها الأول، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984
58. محمد بومخلوف: التوطين الصناعي وقضايا التنمية في الجزائر التجربة والآفاق، دار الأمة، الجزائر، 2001
59. محمد عابد الجابري: في نقد الحاجة إلى الإصلاح، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، ط1، 2005
60. محمد عباس إبراهيم وآخرون: الأنثروبولوجيا مداخل وتطبيقات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د ط، 2008

61. محمد عبد الكريم الحوراني: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع التوازن التفاضلي صيغة توليفية بين الوظيفية والصراع، دار مجدلاوي، عمان، ط1، 2008
62. محمد عبد المعبود وأحمد رأفت عبد الجواد: علم الاجتماع عند تالكوت بارسونز بين نظريتي الفعل والنسق الاجتماعي دراسة تحليلية نقدية، مكتبة العلمي الحديثة، القصيم، المملكة العربية السعودية، ط1، 2001
63. محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم اجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2011
64. محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، ط3، 2014
65. محمد منير حجاب: الإعلام والتنمية الشاملة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998
66. محمد هيثم خياط و آخرون: الإدارة الصحية، أكاديميا انترناشيونال للنشر والتوزيع، بيروت، 2007
67. محمود خليل الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، د ط، دس
68. محمود عوده: أسس علم الاجتماع، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، دط، دس
69. مرزوق محمد عدمان: مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان ، ط1، 2011
70. مصطفى عمر التير: مقدمة في مبادئ وأسس البحث الاجتماعي، منشورات الجامعة المفتوحة، ليبيا، ط2، 1995
71. ناصر الدين سعيدوني: النظام المالي في أواخر العهد العثماني، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، ط2، 1985
72. ناصر الدين سعيدوني والشيخ المهدي بوعبدلي: الجزائر في التاريخ: العهد العثماني، ج4، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984
73. ناصر دادوي عدون: اقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة، الجزائر، ط2، 1998
74. نبيل السمالوطي: علم اجتماع التنمية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 1981

75. نجلاء عاطف خليل: علم اجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، الإسكندرية، 2006
76. نداء الخميس: مبادئ التربية الصحية، منشورات ذات السلاسل، الكويت، ط1، 1998
77. نور الدين حاروش: الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012
78. نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008
79. يحي بوعزيز: ثورات الجزائر في القرنين التاسع عشر والعشرين، من وثائق جبهة التحرير الوطني الجزائرية (1954-1962)، دار البصائر للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009
80. هدية السيد وآخرون: تمريض صحة المجتمع، أكاديميا انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ط1، 2006
- ب- المجالات و الدوريات:**
81. أحمد عبد العزيز وآخرون: الشركات المتعددة الجنسيات وأثرها على الدول النامية، مجلة الإدارة والاقتصاد، الصادرة عن كلية الإدارة والاقتصاد، بجامعة بغداد، العراق، العدد 35، 2010
82. إدريس بلكعبيات: تجربة الجزائر في التنمية، قراءة في الانتقال من نموذج إلى نموذج مضاد، مجلة العلوم الإنسانية الصادرة بقسنطينة عن جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد 17، جوان 2002
83. إلياس بومعروف وعماري عمار: من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث الصادرة عن جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد السابع، 2010
84. إلياس بومعروف: تقييم الكفاءة التشغيلية لقطاع الرعاية الصحية الوطنية -دراسة تطبيقية-، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، الصادرة بجامعة محمد خيضر بسكرة، عن كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، العدد الخامس عشر، جوان 2014
85. حسين عليوي ناصر الزيادي: التباين المكاني لبعض مؤشرات التنمية الصحية في المحافظات العراقية : دراسة في جغرافية التنمية GIS ، مجلة جامعة ذي قار، العراق، المجلد السادس، العدد الثاني، 2011

86. عبد الحميد قرني: دور المثقف في فهم وتفسير الواقع المجتمعي، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة ببسكرة عن جامعة محمد خيضر، العدد الثالث والعشرين، نوفمبر، 2011
87. عبد السلام مخلوفي: عوائق تنمية الصناعة الصيدلانية في الجزائر، مجلة حوليات، الصادرة ببشار، عن جامعة بشار، العدد 05، 2009
88. عبد الهادي الرفاعي، وليد عامر و سنان علي ديب: دراسة تحليلية لتطور مؤشرات الخدمات الصحية في سوريا ودورها في التنمية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، الصادرة عن جامعة تشرين سورية، المجلد 28، العدد الأول 2006
89. عدنان مرزوق محمد: دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية الصادرة عن جامعة محمد خيضر، ببسكرة، الجزائر، العدد 25، ماي 2012
90. عرابية الحاج: ازدواجية السلطة في المستشفيات : المفهوم والإشكالية، مجلة الباحث الصادرة عن جامعة قاصدي مرباح، بورقلة، الجزائر، العدد 7، 2009 - 2010
91. عمر عبد الله نجم الدين الكيلاني: مفهوم الإصلاح في القرآن الكريم، مجلة ديامي، العدد الثامن والعشرون، 2008
92. علي سنوسي: تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الصادرة عن جامعة حسيبة بن بوعلي، بالشلف، الجزائر، العدد السابع، 2011
93. فضيل دليو: مناهج علم اجتماع بين الحدس والواقع الاجتماعي المعقد، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة عن جامعة منتوري، بقسنطينة، الجزائر، العدد 06، 1995
94. فيروز صولة: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، الصادرة عن جامعة محمد خيضر، ببسكرة، الجزائر، العدد 08، ديسمبر 2013
95. كربالي بغداد: نظرة عامة على التحولات الاقتصادية في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، الصادرة عن جامعة محمد خيضر، ببسكرة، الجزائر، العدد 08، جانفي 2005

96. محمد الزين: نظرة على الأحوال الصحية بالجزائر العثمانية في أواخر عهد الديات، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، الصادرة عن جامعة غرداية، بغرداية، الجزائر، العدد السابع عسر، 2012

97. مؤيد محمود حمد المشهداني وسلوان رشيد رمضان: أوضاع الجزائر خلال الحكم العثماني (1518-1830)، مجلة الدراسات التاريخية والحضارية، الصادرة عن جامعة تكريت، بالعراق، المجلد 05، العدد 16، 2013

98. نور الدين عياشي: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، الصادرة عن جامعة منتوري، بقسنطينة، الجزائر، المجلد ب، العدد 31، جوان 2009

ج- القواميس والمعاجم

99. ابن منظور: لسان العرب. بيروت، دار لبنان العرب. د.ت. (قرص مضغوط CD)

100. بيارت بونت وميشال إيزار، ترجمة: مصباح الصمد: معجم الأنتولوجيا والأنتروبولوجيا، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ط1، 2006

101. مجمع اللغة العربية: المعجم الوجيز، دار التحرير للطبع والنشر، القاهرة، ط1، 1989

102. محمد عاطف غيث وآخرون: قاموس علم اجتماع، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية، ط2، 2006

103. محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر، الإسكندرية، 2002

د- الملتقيات والسندوات العلمية

104. البشير عبد الكريم: التحول الديموغرافي في الجزائر سياسات مواجهة عرض الاستخدام، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي حول البطالة أسبابها وأثرها على المجتمع، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، بجامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر، يومي 12 و 13 أبريل 2016

105. بومعروف إلياس وخلفاوي عمر: اتجاهات الإنفاق الصحي في الجزائر خلال الفترة (1995-2013)، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، بجامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر، يومي 24 و 25 نوفمبر 2015

106. سفيان فوكة ومليكة بوضياف: الحكم الراشد والاستقرار السياسي ودوره في التنمية، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية التنمية في الجزائر: واقع وتحديات، فرع العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم القانونية والإدارية، بجامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، الجزائر، 16 و 17 ديسمبر 2008

107. عبد الحكيم ملياني ودلال وساتة: تقييم كفاءة الإنفاق الصحي بالجزائر وانعكاساته على صحة المواطن دراسة قياسية (2002-2013)، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي الأول حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، بجامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، يومي 24 و 25 نوفمبر 2015

108. محمد زيدان ومحمد يعقوبي: فعالية الموارد التمويلية المتاحة لمؤسسات التأمين الاجتماعي الجزائري في تحقيق السلامة المالية لنظام الضمان الاجتماعي، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الدولي السابع حول: الصناعات التأمينية الواقع العملي وآفاق التطوير تجارب الدول، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، الجزائر، يومي 3 و 4 ديسمبر 2012

109. مريم بركان: السياسة الصحية في الجزائر بين الواقع والتنمية، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، بجامعة الشاذلي بن جديد الطارف، الجزائر، يومي 21 و 22 أبريل 2014

110. راضية بوزيان: التمثل الاجتماعي للصحة والمرض: مقارنة سوسيولوجية تحليلية لأعمال كلودين هيزلتيش نموذجاً، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الطارف، الجزائر، يومي 21 و 22 أبريل 2014

هـ المذكرات والرسائل

111. جميلة بار: أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، معهد العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، إشراف أوفريجة بوزينة فاطمة الزهراء، (1993-1994) (بحث غير منشور)
112. حسان تريكي: التحولات في نسق القيم الاجتماعية في المجتمع الجزائري دراسة سوسيولوجية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص إدارة أفراد والعلاقات الإنسانية، قسم علم اجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار عنابة، إشراف يوسف سعدون، (2013-2014)، (بحث غير منشور)
113. خروبي بزاره عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص رسم سياسة عامة، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر-03، إشراف نور الدين حاروش، (2010-2011)، (بحث منشور)
114. خيرة شرفي: دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر 2004، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص سبر الآراء، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، إشراف محمد صالح، (2006-2007)، (بحث منشور)
115. رشيد زوزو : الهجرة الريفية في ظل التحولات الاجتماعية الجديدة في الجزائر (1988-2008)، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الدولة في علم اجتماع التنمية، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة منتوري قسنطينة، إشراف رابح كعباش، (2007-2008)، (بحث غير منشور)
116. صالح حيمر: السياسة العقارية الفرنسية في الجزائر (1830-1930)، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في التاريخ الحديث والمعاصر، قسم التاريخ وعلم الآثار، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، إشراف علي آجقو، (2013-2014)، (بحث غير منشور)
117. عديلة العلواني: تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية: دراسة حالة الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، قسم الاقتصاد، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، إشراف تومي ميلود، (2010-2011)، (بحث منشور)

118. علي سنوسي: تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، آفاق 2010،

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، إشراف العربي العمري، (2009-2010)، (بحث غير منشور)

119. عياش وهواه: التنمية والتحويلات الصحية- الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة (1830-2002)،

رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، إشراف خليفة بوزيرة، (2004-2005)، (بحث غير منشور)

120. فلة موساوي القشاعي: الصحة والسكان في الجزائر أثناء العهد العثماني وأوائل الاحتلال الفرنسي

(1871-1518)، أطروحة دكتوراه دولة في التاريخ الحديث والمعاصر، قسم التاريخ، كلية العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر إشراف ناصر الدين سعيدوني ودانيال بانزاك، (2003-2004)، (بحث غير منشور)

121. محمد جمعي: استقلالية التسيير عنصر أساسي من أجل نظام صحي فعال - حالة الجزائر -، رسالة

مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، معهد العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، إشراف العمري العربي، (2000-2001)، (بحث غير منشور)

122. محمد طويل: مقاربة سوسيولوجية لانتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية لعينة

من المرضى المصابين بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض

السكري والقلب، رسالة دكتوراه علوم في الديموغرافيا، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 02، إشراف مصطفى بوتفنوشت، (2011-2012)، (بحث غير منشور)

ع- المواثيق الرسمية و الجرائد

123. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، الأمر رقم 65/73 المؤرخ في ذي الحجة عام

1393 هـ الموافق لـ 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، العدد 1، الصادرة بتاريخ

1 جانفي 1974م

124. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية: قانون 05/85 المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405

هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 08، الجزائر

125. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر الرئاسي رقم 07/06، مؤرخ في 15/07/2006 يعدل ويتمم القانون 05/85 مؤرخ في 16/02/1985 والتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة في 2006/07/19

126. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 174 من القانون رقم 48 76 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 المتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، عدد 65

127. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 مؤرخ في 2 شعبان 1418هـ الموافق لـ 2 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997

128. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الإستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادر بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986

129. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني 1976

130. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: حزب جبهة التحرير الوطني، دستور 1989

131. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني (1976)

132. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور (1976)

133. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، حزب جبهة التحرير الوطني: الميثاق الوطني (1986)، طبعة مجلة الوحدة، الجزائر

134. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: حزب جبهة التحرير الوطني، دستور 1989

135. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة و السكان: ميثاق الصحة، الجزائر: الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم أيام 26، 27 و 28 ماي 1998 م

136. جريدة الشروق: العدد 4749 الصادر بتاريخ: 2015/05/26

غ- تقارير وطنية ودولية

137. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 1989، الدورة العامة العادية الثالثة عشرة، 1999

138. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2000، نوفمبر 2001

139. تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة لسنة 2014 : المضي في التقدم -بناء المناعة لدرء المخاطر- نيويورك، 2014

140. تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013: نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع

141. منظمة الصحة العالمية: تطوير النظم الصحية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، اللجنة الإقليمية للشرق المتوسط، الدورة الثامنة والأربعون، البند 9 من جدول الأعمال، تموز/يوليو 2001

و- مواقع الأنترنت

142. عبد العزيز جميل مخيمر ومحمد محمود الطعانة: الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم

والتطبيق) <http://www.neelwafurat.com> (تم تصفح الموقع بتاريخ: 2014/02/11)

143. عبد الناصر جابي: تقييم وطني لمشاركة المواطنين والمجتمع المدني في إصلاح القطاع العام في الجزائر، <http://pogar.org/localuser/pogarp/civil/assessments/algeria-a.pdf> (تم تصفح الموقع بتاريخ: 2015/11/10)

144. محمود لله بيرامه السالك: المداخل السوسيوولوجية والإصابة بالمرض (دراسة نظرية في علم الاجتماع

الطبي)، <https://platform.almanhal.com/Reader/Article/85872?> (تم تصفح الموقع

بتاريخ: 2018/03/30)

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

I – Ouvrages:

145. A. Lévy et autres : **Santé Publique**, 3 édition, Masson, S .A-120, bd Saint-Germain, 75280 paris Cedex 06, France, 1998

146. Abdellatif Benachenhou : **Formation du Sous Développement en Algérie : Essai sur les limites du développement du capitalisme (1830-1962)**, Office des Publications Universitaires, Alger, édition 6, 2009
147. Abdellatif Benachenhou : **planification et développement en Algérie 1962-1980**, imprimerie commerciale, Alger, 1980
148. Daniel Mercure et autres : **Culture et gestion en Algérie**, édition Harmattan, Paris, 1997
149. Frantz Fanon: **L'An V de la Révolution algérienne**, éditions ANEP, Rouïba, 2009
150. Hélène Vandeveld: **Introduction a la sociologie**, office des publications universitaire Hydra, Alger
151. Jean Abbad: **Organisation et Management Hospitalier**, Edition Berger-levrauts, juin 2001
152. Jean Paul Grangaud et autres : **Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie Défis nationaux et enjeux**, IPAMED, 2012
153. Jean Pierre Noreck et Gilles Ferréol: **Introduction a la sociologie**, Armand Colin/HER, Paris, Cinquième édition, 2000
154. Jean Pierre Peyroulou et autres : **Histoire de L'Algérie à la Période Coloniale (1830-1962)**, éditions la découverte et éditions barzakh, Paris, 2012
155. Jean-Claude Vatin: **L'Algérie politique : histoire et société**, édition MAARIFA, Alger, 2010
156. Khadir Mohamed et Hannouz Mourad: **La médecine de contrôle et d expertise**, O.P .U, Alger, 2003
157. Khemakhem Abdelatif : **la dynamique du contrôle de gestion**, 2eme Edition, Paris, 1970
158. M .Crozier et E.Friedberg: **L'acteur et le système Les contraintes de l'action collective**, édition du seuil, collection, paris, 1977
159. Mahfoud Kaddache et Djilali Sari : **L'Algérie pérennité et résistances (1830-1962)**, office des publication universitaires, Alger, 2009

160. Marc Gentilini et autres: **sociétés, Développement et santé**, Edition marketing ELLIPSES, Canada, 1990
161. Margaret Stacey : **medical sociology and health policy, an historical overview**, , edited by jonathan gabe, Michael calnan and Michael bury, this edition published in the taylor & francis e-library,2003 simultaneously published in the USA and Canada by routledge 29 west 35th street , New York
162. Max Weber, traduit : Julien Freund et autres : **économie et société**, partie2, publié par la Librairie Plon en 1971
163. Michel Foudriat: **sociologie des organisations**, édition Pearson éducation, Paris, 2007
164. Mostafa Boutefnouchet: **Les travailleurs en Algérie**, ENAP, Alger, 1984
165. MOSTEPHA KHIATI: **quelle santé pour les Algériennes?** Edition Maghreb, Alger, 1990
166. Maurice Angers: **Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaine**, CASBAH université, Alger, 1997
167. Perrot. J, De Roodenbeke .E: **Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée**, édition KHARTALA 22-24 boulevard arago, Paris, 2005
168. Philippe Breau: **Sociologie Politique**, éditions casbah, Alger, 2004
169. Philippe Chaulet et D.Larbaoui: **Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie 1970**, SNED, Alger, 1971
170. Rachid Hamidou : **le logement un défi**, entreprise nationale du livre, Alger, 1989
171. Roger Aim: **L'essentiel da la théorie des organisations**, Gualino éditeur, EJA-Paris, 2006
172. Sabine Erbés-Seguin: **La sociologie du travail**, éditions la découverte 9bis, rue Abel-Hovelacque, Paris, 2004
173. Salah Ferkous : **Aperçu de l' Histoire de l'Algérie des phéniciens à l' indépendance**, Dar El-Ouloum, Annaba, 2007

174. Sylvie Thénault : **Histoire de la guerre d indépendance algérienne**, édition EL MAARIFA, Alger, 2010

175. Yvonne Turin : **affrontements culturels dans L' Algérie coloniale écoles, médecine, religion (1830- 1880)**, Editions Houma, Alger, 2009

II- Dictionnaires et Encyclopédies:

176. Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur : **Glossaire Education pour la santé, promotion de la santé et santé publique**, février 2011

177. André Domart et Jacques Bourneuf : **Petit Larousse médicale**, libraire Larousse, paris, 1983

178. **Dictionnaire Encyclopédique Auzou**, éditions Philipe Auzou, paris, 2005

179. **Dictionnaire Encyclopédique Larousse**, librairie Larousse 17rue de Montparnasse et 114 boulevard Raspail, paris, 1979

III. LES REVUES

180. Abdelhak Saihi : **le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives**, Revue Gestions hospitalières, la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006

181. Foudi Brahim et Guettaf Lila : **La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain**, Revue des Sciences Humaines – Université Mohamed Khider Biskra No 23, Novembre 2011

182. Hérzlitch Claudine et Pierret Janine : **Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985)**, Revue française de sociologie, Vol 51, 2010

183. Lamri Larbi : **Diffusion et Evolution des nouvelles technologies dans le secteur de la santé en Algérie**, revue de GREAD, N=19,1989

184. Lamri Larbi. : **Changeons le système de santé**. Revue de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INFPF), édition 2001

185. Tahar Haffad : **quelques conséquences économiques et sociales de l évolution démographique en Algérie**, Revue des sciences économiques et des gestions, N°3, 2004

186. Tizio Stéphane. Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ?. In: Tiers-Monde. 2004, tome 45 n°179

187. Yves Guillerrou: Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne, revue Sciences sociales et santé, Volume 21, n°2, juin 2003, paris

188. ZEHNATI AHCÈNE: Les Cliniques Privées en Algérie : L'émergence d'un Nouvel Acteur Dans Le Paysage Sanitaire, Les cahiers du CREAD n°105/106-2013

IV. LES THESES

189. BAHLOULI Ahmed Sofiane : La politique de santé en Algérie- le cas de la wilaya d'Oran - Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de magistère en sciences politiques et relations internationales, Département de Sciences Politiques et Relations Internationales, Faculté de Droit, Université d'Oran, Encadré par REMAOUN Hassan, (2011-2012), (recherche publié)

V. Conférences et événements scientifiques

190. Brahim Brahamia: Transition Sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, colloque international sur les politiques de santé, Université Constantine 2, 18-19 janvier 2014

191. Rachid bougharbal: la transition épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef –Alger, 2010

VI. Rapports nationaux et mondiaux

192. C.N.E.S, et PNUD: Rapport National sur le développement humain, Algérie, 2007

193. Conseil National Économique et Social, Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie, 2006

194. Human Development Report (2007-2008), United Nations Development Programme (UNDP), New York

195. INED : la transition démographique en accident, populations et société,

N°127, Alger, septembre 1997

196. La ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement, **rapport sur l'état et l'avenir de l'environnement en Algérie**, Algérie, 2000

197. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Direction des études et de la planification: **Santé en Chiffres 2015**, Alger, Edition Juillet 2016

198. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Office National des Statistiques, **Suivi de la situation des Enfants et des Femmes**, Rapport préliminaire, Alger, juillet 2007

199. Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Prévention Comité National de Lutte contre les IST/VIH/Sida, **Plan National Stratégique de Lutte Contre les IST/VIH/Sida 2008-2012**, Elaboré en juillet 2008, Révisé en mars 2009, Algérie

200. Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, **la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001**, Rapport annuel, édition ANEP, Alger, 7 avril 2002

201. Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, **Population et développement en Algérie, CIOD + 10, Rapport National**, Décembre 2003

202. Ministère de la Santé, Office National des Statistiques, **Suivi de la situation des Enfants et des Femmes**, Alger, Rapport 2007

203. OMS : **Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement**, Genève, 1999

204. OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2006, OMS, Genève

205. OMS: Rapport Mondial sur la Santé dans le Monde, **Pour un système de Santé Plus Performant**, Genève 2000

206. ONS: Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats (2009-2011), numéro 42, Alger, Edition 2012

207. ONS: Office National des Statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats (2013-2015), numéro 46, Alger, Edition 2016
208. ONS: Office National des Statistique : **Démographie Algérienne 2015**, N°740, Alger, 2015
209. ONS: Office National des Statistique : **Démographie Algerienne2013**, données (1990-2013), Alger, 2013
210. Ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalier ,Direction de la prévention : **Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles (approche step Wise de L OMS)**, Rapport préliminaire, Alger,2004

VII. Documents officiels

211. République Algérienne Démocratique et populaire : **plan national Cancer (2015- 2019)**, Nouvelle vision stratégique centrée sur le malade, Edition & Publication – ANDS, Alger, Octobre 2014
212. République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret n° :69-96 du08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, **Journal Officiel**, n° 59, du 11 juillet 1969
213. République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret n° 88-204 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées, **Journal Officiel**, n° 33, du 18 octobre 1988
214. République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret exécutif n° 92-380 modifiant et complétant le Décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de Fonctionnement des cliniques privées, **Journal Officiel**, du 13 octobre 1992
215. République Algérienne Démocratique et Populaire, Décret n° :76-140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité **Journal Officiel**, n° 33, du 20mai 2007

VIII. Sites d'internet

216. (____,____) : La Santé et la Maladie concept, déterminants et mesure UNFPA, Tunisie, [http:// www.unfpa-tunisie.org](http://www.unfpa-tunisie.org).(Site consulté le:17/05/2014)
217. BRAHMIA. BRAHIM : **Mettre fin aux inégalités d'accès aux soins**, <http://www.algerie360.com/algerie/la-santecouterat-elle-plus-cher-en-2010/> (site consulté le 24/08/2014)
218. Brahamia Brahim et Khoukha Mekalt: **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire: prise en charge et financement**, <http://www.eiseverywhere.com>, (site consulté le 13/10/2015)
219. Émile Durkheim: **le suicide : Étude de sociologie**, Livre I : Les facteurs extra-sociaux, Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, [http:// www pages.infinet.net/sociojmt](http://www.pages.infinet.net/sociojmt), (Site consulté le: 20/07/2016)
220. Julio Castro: **Déterminants de santé: quelques éléments pour nourrir la réflexion**, [http:// www.cadtm.org/Déterminants-de-santé-quelques](http://www.cadtm.org/Déterminants-de-santé-quelques), (Site consulté le:17/05/2017)
221. Miloud Kaddar :**les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tirent des expériences dix dernières années** ,[http://www .santé.gov.ma/sm.sm/cmm-web/les-réformes-des-système.htm](http://www.santé.gov.ma/sm.sm/cmm-web/les-réformes-des-système.htm).(Site consulté le: 24/12/2014)
222. Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, statistiques Sanitaires Nationales, [http:// www.msrh.dz](http://www.msrh.dz). (Site consulté le: 13/06/2014)
223. Philippe Perrin: **Santé Publique**, [http:// www.eco-infirmier.fr](http://www.eco-infirmier.fr). (Site consulté le :07/12/2014)
224. Stéphane Tizio: **trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle** , Mondes en développement, 2005/3 - no 131 <http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-3-page-45.htm>, (Site consulté le: 10/02/2017)

الملاحق

- ملحق رقم (01): الاستمارة / استمارة عن طريق المقابلة
- ملحق رقم (02): دليل المقابلة
- ملحق رقم (03): قانون قانون 05/85 المؤرخ في 27 جمادى الأولى 1405 هـ الموافق لـ 17 فبراير 1985م المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.
- ملحق رقم (04): المشروع التمهيدي لقانون الصحة الجديد أوت 2014

الملحق رقم: 01

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة باجي مختار - عنابة -

كلية الآداب و العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم : علم اجتماع

استمارة / استمارة عن طريق المقابلة لإجراء بحث حول موضوع:

سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر
دراسة ميدانية بالمؤسسات الإستشفائية للشرق الجزائري: عنابة، قسنطينة وتبسة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه -الطور الثالث-

التخصص: علم اجتماع الصحة والمرض

ملاحظة: بيانات هذه الاستمارة/ استمارة عن طريق المقابلة سرية ولا تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي
مع جزيل الشكر على قبولكم مساعدتنا

إشراف الأستاذ الدكتور :

يوسف سعدون

إعداد الطالبة :

وفاء قاسمي

السنة الجامعية: 2017-2018

أولاً - بيانات أولية:

- 1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- 2- السن: ☐
- 3- الحالة العائلية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
- 4- المؤهل العلمي: أمي لا يجيد القراءة والكتابة ☐ مستوى ابتدائي ☐ مستوى متوسط ☐ مستوى ثانوي ☐ مستوى جامعي ☐
- 5- منطقة الإقامة: ريفية ☐ حضرية ☐
- 6- الوضعية المهنية: موظف ☐ بطل ☐ متقاعد ☐ طالب ☐ ربة بيت ☐ عامل يومي ☐
- 7- مدة إقامتك في المستشفى: أقل من 5 أيام ☐ من 5 إلى 10 أيام ☐ أكثر من 10 أيام ☐

ثانياً: تأثير سياسات إصلاح النظام الصحي على تقليص الفوارق الاجتماعية للصحة:

- 8- هل لديكم تأمين صحي: نعم ☐ لا ☐
- 9- هل تم إلحاقك بهذه المؤسسة العلاجية:
- بتوجيه من طبيب خاص ☐
 - بتوجيه من مصلحة الاستعجالات ☐
 - بتوجيه من مستشفى البلدية التي تقطن بها ☐
 - أخرى تذكر.....
- 10- هل المؤسسة العلاجية التي التحقت بها قريبة من مقر سكنك؟ نعم ☐ لا ☐
- 11- هل حصولكم على العلاج والاستشفاء بالمؤسسة العلاجية استغرقت وقت طويلاً؟ نعم ☐ لا ☐
- 12- إذا كانت الإجابة "لا" - هل يعود إلى المحابة والواسطة؟ ☐ ☐
- أخرى تذكر.....

الملاحق

- 13- هل يوجد أحد العاملين هنا من معارفك؟ نعم ☐ لا ☐
- 14- إذا كانت الإجابة "نعم" هل هو: طبيب ☐ ممرض ☐ يعمل في الإدارة ☐
- أخرى تذكر.....
- 15- هل ترى أن العاملون بالمستشفى يهتمون بالمرضى بالنظر إلى وضعهم الاجتماعي؟ نعم ☐ لا ☐
- 16- هل تتم محادثتك باللهجة واللغة التي تعرفها؟ نعم ☐ لا ☐
- 17- هل تفضل الاستشفاء والعلاج في عيادة خاصة بدل العمومية؟ نعم ☐ لا ☐
- 18- إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، لماذا إذن توجهت للمؤسسة الصحية العمومية؟
-
- 19- هل سبقت وأجريت عملية جراحية؟ نعم ☐ لا ☐
- 20- إذا كانت الإجابة "نعم"، هل أجريتها بمستشفى عمومية أو خاصة؟
-
- 21- لماذا؟
-
- ثالثا: مدى مراعاة المحددات السوسيوثقافية للصحة في سياسات إصلاح النظام الصحي:
- 22- هل بإمكانك إفادتنا براتبك الشهري؟
- أقل 18000 دج ☐
- [18000 دج - 25000 دج] ☐
- [26000 دج - 33000 دج] ☐
- [34000 دج - 41000 دج] ☐
- أكثر من 42000 دج ☐
- 23- ماهو الجانب الأكثر استهلاكاً للدخل: المأكل ☐ الملبس ☐ المسكن ☐
- الصحة ☐ التعليم ☐
- أعباء أخرى.....
- 24- هل دخل الأسرة يكفي لسد حاجاتها: نعم ☐ لا ☐
- 25- هل مستواكم المعيشي للأسرة؟ جيد ☐ مقبول ☐ متدني ☐
- 26- هل تخصصون مبلغاً معيناً لاحتمال الإصابة بمرض ما؟ نعم ☐ لا ☐
- 27- هل تجد الأسرة نفسها قادرة على توفير مصاريف العلاج؟ دائما ☐ أحيانا ☐ نادرا ☐

- 28- هل تسكن في: شقة ☐ فيلا ☐
- منزل تقليدي ☐ بيت قصديري ☐
- 29- ملكية المسكن: ملك خاص ☐ مسكن مؤجر ☐
- مسكن وظيفي ☐ مع الأهل ☐
- 30- عدد أفراد أسرتك:
- 31- عدد الغرف: (1-3) ☐ (4-6) ☐ (7-9) ☐
- 32- هل المسكن مزود بمرافق الحياة الضرورية: بالكهرباء ☐ بالغاز ☐
- بقنوات الصرف الصحي ☐ بالمياه الصالح للشرب ☐
- 33- هل تشربون من ماء الحنفية؟ نعم ☐ لا ☐
- 34- إذا كانت الإجابة "لا"، لماذا؟
- 35- هل تعاني من انتشار البعوض والحشرات بالمنزل؟ نعم ☐ لا ☐
- 36- هل يتوفر بيتك على الإضاءة والتهوية؟ نعم ☐ لا ☐
- 37- هل ترى أن مسكنك مريح؟ نعم ☐ لا ☐
- 38- إذا كانت الإجابة "لا"، هل يعود: - ضيق المسكن ☐
- موقع المسكن ☐
- المسكن تنقصه أشغال ☐
- أخرى تذكر.....
- 39- هل يوجد في حييك مجمع للنفايات؟ نعم ☐ لا ☐
- 40- هل تعاني من مرض مزمن؟ نعم ☐ لا ☐
- 41- إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، هل هو - مرض السكري ☐
- مرض ضغط الدم ☐
- مرض القلب ☐
- أخرى تذكر.....
- 42- هل سبق وتعرضت للإصابة بمرض معدي؟ نعم ☐ لا ☐
- 43- إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، ما هو؟

- 44- هل تمارس الرياضة؟ نعم ☐ لا ☐
- 45- هل أنت من متناولي الوجبات السريعة (fast food)؟ دائما ☐ أحيانا ☐
- 46- هل تدخن؟ نعم ☐ لا ☐
- رابعا: تقييم مستوى الخدمات العلاجية حسب رأي المريض:
- 47- كيف كان استقبالكم بهذه المؤسسة العلاجية؟ جيد ☐ مقبول ☐ دون المستوى ☐
- 48- هل الغرفة والأسرة؟ نظيفة ☐ متوسطة ☐ غير نظيفة ☐
- 49- هل الوجبات الغذائية المقدمة بالمستشفى جيدة وكافية؟ نعم ☐ لا ☐
- 50- هل دورات المياه نظيفة وتتوفر على مواد النظافة والتطهير؟ نعم ☐ لا ☐
- 51- هل ترى أن هناك احترام لموعد الزيارات؟ نعم ☐ لا ☐
- 52- هل يتوفر الهدوء والراحة بغرف المرضى؟ نعم ☐ لا ☐
- 53- هل يستجاب لكم في حالة طلب المساعدة ليلا؟ نعم ☐ لا ☐
- 54- هل ترى أن للممرضين رغبة في مساعدتك؟ نعم ☐ لا ☐
- 55- هل الأدوية متوفرة بالمستشفى؟ دائما ☐ أحيانا ☐ غير متوفرة ☐
- 56- هل أجريت كل التحاليل و صور الأشعة بالمستشفى؟ نعم ☐ لا ☐
- 57- هل ترى في مستوى الخدمات الصحية التي تلقيتها؟ جيدة ☐ مقبولة ☐ سيئة ☐
- 58- إذا كانت ضعيفة، حسب رأيك يعود إلى :
- نقص الأطباء المتخصصين ☐
 - كثرة المرضى ☐
 - نقص التجهيزات الطبية الحديثة ☐
 - التسريب واللامبالاة ☐
 - أخرى تذكر..... ☐

- شكرا على تعاونكم معنا -

الملحق رقم: 02

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة باجي مختار-عناينة-

كلية الآداب و العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم اجتماع

عنوان الدراسة:

سياسات إصلاح النظام الصحي وانعكاساتها على التنمية الصحية في الجزائر
دراسة ميدانية بالمؤسسات الإستشفائية للشرق الجزائري: عناينة، قسنطينة وتبسة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه - الطور الثالث -

التخصص: علم اجتماع الصحة والمرض

دليل مقابلة

إشراف الأستاذ الدكتور :

سعدون يوسف

إعداد الطالبة :

قاسمي وفاء

السنة الجامعية: 2017-2018

أولاً- بيانات أولية:

1- الجنس :

2- السن:

3- الوظيفة:

4- الأقدمية:

ثانياً: تأثير إصلاحات النظام الصحي على أداء المنظومة الصحية

5- عرف النظام الوطني للصحة عديد الإصلاحات، حسب رأيك هل هناك داعي لهذه الإصلاحات ؟ ولماذا؟

6- ما هو رأيك في نظام الإعلام الصحي ؟

7- في رأيك، ما هي العوامل الأكثر تأثيراً على أداء النظام الصحي، ولماذا ؟

8- هل ترى أن الإصلاحات ركزت على الاهتمام بالموارد البشري، ولماذا ؟

9- بعد تنفيذ إصلاح المستشفيات، هل حدثت زيادة في الطاقات البشرية والمادية للمستشفى؟

10- حسب رأيك، هل ترى أن هذه الإصلاحات مكنت من خلق تكامل وظيفي بين القطاع الصحة العمومي

والخاص؟ لماذا؟

11- هل ترى أن القطاع الصحة العمومي يعاني من هجرة كبيرة للكفاءات الطبية المتخصصة نحو القطاع الخاص ؟

لماذا في رأيك؟

ثالثاً: تأثير إصلاحات النظام الصحي على ظروف العمل

12- في رأيك، هل ترى أن سياسات إصلاح النظام الصحي أدت إلى تحسين ظروف عملكم بالمستشفى، من حيث

انخفاض مستوى الاكتظاظ، مدى توفر الأمن خاصة ليلاً، مدى توفر التجهيزات والوسائل الطبية ؟

13- هل التجهيزات الطبية الموجودة داخل المستشفى تعاني من تعطلات بشكل مستمر؟ إذا كانت الإجابة بشكل

مستمر، لماذا؟

14- هل ترى بأن الإمكانيات المادية والبشرية المتوفرة بالمؤسسة الإستشفائية التي تعمل بها تغطي احتياجات المرضى؟ ولماذا؟

15- كيف تقيم مستوى النظافة الموجودة داخل المستشفى؟

16- حسب رأيك، هل ترى أن الإصلاحات التي عرفها قطاع الصحة، جعل من تنظيم المستشفى يسمح للأطباء والمرضى بتحيين معارفهم والانفتاح على الخبرات والتجارب العالمية من خلال فرص التكوين المستمر؟ ولماذا؟

17- إذا عرض عليكم العمل في مؤسسة صحية خاصة هل توافقون؟ لماذا؟

رابعاً: الصعوبات والعوائق التي يواجهها الطاقم الطبي والشبه الطبي في أداء مهامهم

18- هل لديكم صعوبات في العمل؟ فيما تتمثل؟

19- هل لديكم صعوبات مع المرضى؟ فيما تتمثل؟

20- ما رأيك في القوانين التي تسير حقوقك وواجباتك؟

21- إذا كانت الإضرابات التي قامت بها نقابات الصحة العمومية تعرضت للفشل، دون استجابة للمطالب من طرف السلطات العمومية، فما هي أسباب هذا الفشل؟

22- ما هي الاقتراحات التي تقدمها من أجل تجاوز هذه الصعوبات وتحسين مستوى أداء تقديم الخدمات الصحية؟



الجمهورية الجزائرية
الديمقراطية الشعبية

الجريدة الرسمية

اتفاقات دولية . قوانين . أوامر ومراسيم
قرارات مقررات . مناشير . إعلانات وسلاغات

الادارة والتحرير الامانة العامة للحكومة الطبع والاشتراكات ادارة المطبعة الرسمية 7 و 9 و 13 شارع عبد القادر بن مبارك - الجزائر الهاتف : 15 . 18 . 65 الى 17 حجج 50 - 3200	خارج الجزائر	تونس داخل الجزائر المفسر مورثانيا	الاشتراك سنوي
	سنة	سنة	النسخة الاصلية
	150 د.ج 300 د.ج بما فيها نفقات الارسال	100 د.ج 200 د.ج	النسخة الاصلية وترجمتها

نمن النسخة الاصلية 250 د.ج نمن النسخة الاصلية وترجمتها 300 د.ج نمن العدد للسنين السابقة : حسب التسعيرة . وتسلم الفهارس
مجانا للمشاركين . المطلوب منهم ارسال لفائف الورق الاخيرة عند نجد يد اشتراكاتهم والاعلام بمطالبهم . يؤدي عن تغيير العنوان 300 د.ج نمن
النشر على اساس 20 د.ج للسطر .

فهرس

قوانين وأوامر

قانون رقم 85 - 05 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام

1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية

176

الصحة وترقيتها.

قَوَانِين وَأَمْر

- وبمقتضى الامر رقم 73 - 65 المؤرخ فى 3 ذى الحجة عام 1393 الموافق 28 ديسمبر سنة 1973 والمتضمن تأسيس الطب المجانى فى القطاعات الصحية،

- وبمقتضى الامر رقم 75 - 9 المؤرخ فى 6 صفر عام 1395 الموافق 17 فبراير سنة 1975 والمتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات،

- وبمقتضى الامر رقم 75 - 58 المؤرخ فى 20 رمضان عام 1395 الموافق 26 سبتمبر سنة 1975 والمتضمن القانون المدنى، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الامر رقم 76 - 12 المؤرخ فى 20 صفر عام 1396 الموافق 20 فبراير سنة 1976 والمتضمن انشاء مراكز استشفائية جامعية،

- وبمقتضى الامر رقم 76 - 35 المؤرخ فى 16 ربيع الثانى عام 1396 الموافق 16 أبريل سنة 1976 والمتعلق بتنظيم التربية والتكوين،

- وبمقتضى الامر رقم 76 - 79 المؤرخ فى 20 شوال عام 1396 الموافق 23 أكتوبر سنة 1976 والمتضمن قانون الصحة العمومية،

- وبمقتضى الامر رقم 76 - 81 المؤرخ فى 29 شوال عام 1396 الموافق 23 أكتوبر سنة 1976 والمتضمن قانون التربية البدنية والرياضية،

- وبمقتضى القانون رقم 78 - 02 المؤرخ فى 3 ربيع الاول عام 1398 الموافق 11 فبراير سنة 1978 والمتعلق باحتكار الدولة للتجارة الخارجية،

قانون رقم 85 - 05 مؤرخ فى 26 جمادى الاولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

ان رئيس الجمهورية،

- بناء على الدستور، لاسيما المادتان 151 - 20 و 154 منه،

- وبمقتضى الامر رقم 66 - 133 المؤرخ فى 12 صفر عام 1386 الموافق 2 يونيو سنة 1966 والمتضمن القانون الاساسى العام للوظيفة العمومية، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الامر رقم 66 - 154 المؤرخ فى 18 صفر عام 1386 الموافق 8 يونيو سنة 1966 والمتضمن قانون الاجراءات المدنية، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الامر رقم 66 - 155 المؤرخ فى 18 صفر عام 1386 الموافق 8 يونيو سنة 1966 والمتضمن قانون الاجراءات الجزائية، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الامر رقم 66 - 156 المؤرخ فى 18 صفر عام 1386 الموافق 8 يونيو سنة 1966 والمتضمن قانون العقوبات، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الامر رقم 67 - 24 المؤرخ فى 7 شوال عام 1386 الموافق 18 يناير سنة 1967 والمتضمن القانون البلدى، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الامر رقم 69 - 38 المؤرخ فى 7 ربيع الاول عام 1389 الموافق 23 مايو سنة 1969 والمتضمن قانون الولاية، المعدل والمتمم،

المادة 3 : ترمى الاهداف المسطرة فى مجال الصحة الى حماية حياة الانسان مع الامراض والاططار وتحسين ظروف المعيشة والعمل، لاسيما عن طريق ما يأتى :

- تطوير الوقاية،

- توفير العلاج الذى يتماشى وحاجيات السكان،

- أسبقية الحماية الصحية لمجموعات السكان المعرضة للاخطار،

- تعميم ممارسة التربية البدنية والرياضية والتسلية،

- التربية الصحية.

المادة 4 : المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الاعمال والوسائل التى تضمن حماية صحة السكان وترقيتها.

وتنظم على كيفية توفر حاجيات السكان فى مجال الصحة توفيراً شاملاً ومنسجماً وموحداً، فى اطار الخريطة الصحية.

المادة 5 : تتميز المنظومة الوطنية للصحة بما يأتى :

- سيطرة القطاع العمومى وتطويره،

- تخطيط صحى، يندرج فى السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية،

- اشتراك القطاعات فى اعداد البرامج الوطنية المحددة فى مجال الصحة وفى تنفيذها،

- تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية المتطابقة مع الاهداف الوطنية المحددة فى مجال الصحة،

- تكامل أعمال الوقاية والعلاج واعادة التكيف،

- وبمقتضى القانون رقم 78 - 12 المؤرخ فى أول رمضان عام 1398 الموافق 5 غشت سنة 1978 والمتضمن القانون الاساسى العام للعامل،

- وبمقتضى القانون رقم 80 - 04 المؤرخ فى 14 ربيع الثانى عام 1400 الموافق أول مارس سنة 1980 والمتعلق بممارسة وظيفة المراقبة من قبل المجلس الشعبى الوطنى،

- وبمقتضى القانون رقم 80 - 05 المؤرخ فى 14 ربيع الثانى عام 1400 الموافق أول مارس سنة 1980 والمتعلق بممارسة وظيفة المراقبة من طرف مجلس المحاسبة، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 80 - 07 المؤرخ فى 28 رمضان عام 1400 الموافق 9 غشت سنة 1980 والمتعلق بالتأمينات،

- وبمقتضى القانون رقم 83 - 03 المؤرخ فى 22 ربيع الثانى عام 1403 الموافق 5 فبراير سنة 1983 والمتعلق بحماية البيئة،

- وبمقتضى القانون رقم 83 - 17 المؤرخ فى 5 شوال عام 1403 الموافق 16 يوليو سنة 1983 والمتضمن قانون المياه،

- وبناء على ما أقره المجلس الشعبى الوطنى،

يصدر القانون التالى نصه :

الباب الاول

مبادئ وأحكام أساسية

الفصل الاول

المبادئ الاساسية

المادة الاولى : يحدد هذا القانون الاحكام الاساسية فى مجال الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية صحة السكان وترقيتها.

المادة 2 : تساهم حماية الصحة وترقيتها فى رفاهية الانسان الجسمية والمعنوية وتفتحه ضمن المجتمع ومن ثم تشكيلان عاملا أساسيا فى التنمية الاقتصادية والاجتماعية فى البلاد.

المادة 13 : تمارس أعمال التكوين والبحث العلمى التى تجرى فى الهياكل الصحية، مع الاحترام الكامل للمريض.

المادة 14 : يحدد تنظيم مختلف الهياكل الصحية ومهامها وتسمياتها وكيفيات تسييرها عن طريق التنظيم.

المادة 15 : يمكن أن تعد هياكل ذات طابع صحى تسمى «مراكز استجمام»، جميع الهياكل التى تتوفر على وسائل علاجية طبيعية أو حمامات معدنية أو حقول وحل علاجى أو نباتات بحرية أو شروط مناخية مواتية للعلاج الشافى والوقائى.

المادة 16 : تعد هياكل ذات طابع صحى تسمى «مراكز اعادة التكييف»، جميع الهياكل التى توفر الفحص الطبى والعلاج الخاص باعادة التربية الوظيفية الجسمية أو العقلية.

المادة 17 : يخضع انشاء أى هيكل صحى أو ذى طابع صحى وتوسيعه وتغيير تخصيصه واغلاقه المؤقت أو النهائى، لرخصة قبلية من الوزير المكلف بالصحة.

غير أن الاغلاق المؤقت للهياكل المذكورة أعلاه، مدة لا تتجاوز ثلاثة أشهر، يخضع لرخصة قبلية من الوالى.

المادة 18 : تتولى الهيئات والمؤسسات التى تحوز احتكار الوظائف الاقتصادية انتاج الادوية والامصال واللقاح والدم والمواد المشتقة والتجهيزات والمعدات الطبية، كما تتولى توزيعها حسب الشروط التى يحددها التشريع الجارى به العمل.

المادة 19 : تنشأ الهيئات والمؤسسات المنصوص عليها فى المادة 18 أعلاه، عن طريق التنظيم.

الفصل الثالث مجانية العلاج

المادة 20 : يعد القطاع العمومى الاطار الاساسى الذى يوفر مجانية العلاج، طبقا للمادة 67 من الدستور.

— مصالح صحية لامركزية، قطاعية وسلمية، قصد التكفل بكل حاجيات السكان الصحية،

— تنظيم مشاركة السكان النشيطة والفعالة فى تحديد برامج التربية الصحية وتطبيقها،

— اندماج أعمال الصحة، كيفما كان نظام ممارستها.

الفصل الثانى

أحكام عامة تتعلق بمصالح الصحة

المادة 6 : تشكل الخريطة الصحية التصميم التوجيهى للمنظومة الوطنية للصحة.

المادة 7 : يكون تصور الشبكة الصحية الوطنية بكيفية تمكن من توفير علاج صحى كامل.

المادة 8 : يشمل العلاج الصحى الكامل ما يأتى :

- الوقاية من الامراض فى جميع المستويات،
- تشخيص المرض وعلاجه،
- اعادة تكييف المرضى،
- التربية الصحية.

المادة 9 : تنشأ مختلف أنماط الهياكل الصحية، حسب حاجيات صحة السكان والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لمختلف مناطق التراب الوطنى والمقاييس المحددة، فى اطار الخريطة الصحية.

المادة 10 : تخضع جميع الهياكل الصحية أو ذات الطابع الصحى للصيانة التقنية للوزير المكلف بالصحة أو لرقابته، طبقا للتنظيم الجارى به العمل.

المادة 11 : يجب أن تكون الهياكل الصحية فى متناول جميع السكان، مع توفير أكبر درجة من الفعالية والسهولة واحترام كرامة الانسان.

المادة 12 : تدعى الهياكل الصحية الى القيام بأعمال التكوين والبحث العلمى، طبقا للتنظيم الجارى به العمل.

العوامل أو القضاء عليها، وكذلك تحديد المقاييس الصحية التي تستهدف توفير ظروف سليمة في الحياة والعمل.

المادة 27 : تستهدف الوقاية العامة تحقيق المهام الثلاث التالية :

- اتقاء الامراض والجروح والحوادث،
- الكشف عن الاعراض المرضية في الوقت المناسب لمنع حدوث المرض،
- الحيلولة دون تفاقم المرض لدى حدوثه،
- تفاديا للآثار المزمنة وتحقيقا لاعادة تكييف سليم.

المادة 28 : ينشأ دفتر صحي قصد متابعة الحالة الصحية للسكان متابعة أحسن وتسجيل أدق للتطعيم والعلاج الطبي المتقدم.

تحدد كفايات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 29 : تلزم جميع أجهزة الدولة والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات والسكان بتطبيق تدابير النظافة، ومكافحة تلوث المحيط، والأمراض الوبائية، ومكافحة تلوث المحيط، وتطهير ظروف العمل، والوقاية العامة.

المادة 30 : تحدد عن طريق التنظيم، القواعد والمقاييس التي تطبق على جميع قطاعات البلاد، في ميدان النظافة والنظافة والوقاية والتربية الصحية.

المادة 31 : تترتب على مخالفة قواعد النظافة والنظافة والوقاية العامة ومقاييسها عقوبات تأديبية أو إدارية دون المساس بالاحكام الجزائية.

الفصل الثاني

تدابير حماية المحيط والبيئة

المادة 32 : يجب أن تتوفر في مياه الشرب والاستعمال المنزلي والنظافة الجسمية المقاييس التي يحددها التنظيم، كما وكيفا.

المادة 21 : تسخر الدولة جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها، مع خلال توفير مجانية العلاج.

المادة 22 : تقدم مجانا، في جميع الهياكل الصحية العمومية، خدمات العلاج التي تتمثل في جميع أعمال الصحة العمومية والفحوص التشخيصية ومعالجة المرضى واستشفائهم.

الفصل الرابع

التخطيط الصحي

المادة 23 : يندرج التخطيط الصحي في المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. ويضمن التوزيع المتناسق المحكم للموارد البشرية والمادية، في اطار الخريطة الصحية.

المادة 24 : يرسم التخطيط الصحي الاهداف ويحدد الوسائل المطلوب استخدامها في مجال ما يأتي :

- الهياكل الاساسية،
- التجهيز،
- الموارد البشرية،
- برامج التكوين،
- برامج الصحة.

الباب الثاني

الصحة العمومية ومكافحة الاوبئة

الفصل الاول

أحكام عامة

المادة 25 : يعنى مفهوم الصحة العمومية مجموع التدابير الوقائية والعلاجية والتربوية والاجتماعية، التي تستهدف المحافظة على صحة الفرد والجماعة وتحسينها.

المادة 26 : يعنى مفهوم مكافحة الاوبئة مجموع الاعمال التي تستهدف معرفة عوامل البيئة ذات التأثير السلبي في الانسان، قصد التقليل من هذه

المادة 33 : يخضع ايصال مياه الشرب والاستعمال المنزلى لقواعد الحماية الصحية ومقاييسها بغية توفير نوعية الماء الملائمة.

تحدد كميّات اعداد هذه المقاييس والقواعد عن طريق التنظيم.

المادة 34 : يجب أن تزود التجمعات السكنية بالمياه الصالحة للشرب وبشبكة المجارى والطرق المعبدة والمساحات الخضراء ونظام التنظيف وشبكة المراوح العمومية.

المادة 35 : يخضع انتاج المواد الغذائية وتصبيرها ونقلها وبيعها وتجهيزات تحضيرها ومواد تغليفها للرقابة الدورية الخاصة بالنقاوة والنظافة.

وتضبط كميّات هذه الرقابة وأشكالها عن طريق التنظيم.

المادة 36 : يمنع استعمال مواد التغليف والتعليب التي تثبت خطورتها علميا.

المادة 37 : يتعين على الشركات والمؤسسات والقائمين بالخدمات فى ميدان التغذية، أن يجروا الفحوص الطبية الملائمة الدورية على عمالهم.

وتحدد كميّات تطبيق أحكام هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 38 : يحدد، عن طريق التنظيم، استخدام المواد الكيميائية فى الانتاج والتصبير الغذائى والنباتى ومواد الصحة النباتية والمواد الاصطناعية.

المادة 39 : يجب أن يكون الاطعام الجماعى مطابقا لمقاييس النظافة وقواعد التغذية.

المادة 40 : يتوقف شغل المساكن والمباني ذات الطابع العمومى وتشغيل المؤسسات الصناعية وجميع التركيبات الاخرى على رخصة تسلمها المصالح المؤهلة لهذا الغرض، مراعية فى ذلك مقاييس النظافة والامن.

المادة 41 : يتعين على مسؤولى الهيئات والمؤسسات والمقاولات أن يوفرُوا صيانة محلات الانتاج والحياة، طبقا لقواعد النظافة والنقاوة ومقاييسها التى يحددها التنظيم.

المادة 42 : تتولى الجماعات المحلية تطبيق الاجراءات الرامية الى ضمان مراعاة القواعد والمقاييس الصحية فى كل أماكن الحياة.

المادة 43 : تراقب مصالح الصحة تنفيذ القواعد الصحية المطبقة على صيانة جميع أماكن الحياة.

المادة 44 : يتوقف تشغيل أية مؤسسة على احترام التشريع الجارى به العمل فى مجال حماية البيئة.

المادة 45 : يحق للسلطات المختصة أن تمنع، مؤقتا، استغلال المؤسسات أو المصالح التى قد تلحق ضررا بالصحة العمومية.

لا يسلم قرار اعادة فتح هذه المؤسسات أو المصالح واستغلالها الا بعد توفر الشروط المطلوبة.

المادة 46 : يلزم جميع المواطنين بمراعاة قواعد الوقاية من مزار الضجيج.

المادة 47 : تحدد تدابير الحماية من مزار الضجيج، فى محال السكن والعمل وفى الانهج والشوارع ومدن البلاد، طبقا للتشريع والتنظيم الجارى بهما العمل.

المادة 48 : تتم مراقبة تنفيذ قواعد مكافحة الضجيج طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

المادة 49 : يجب أن يتم انتاج المواد المشعة والمواد السامة والمحافظة عليها ونقلها واستخدامها وردمها، طبقا للتشريع الجارى به العمل وحسب الكميّات التى تحدد عن طريق التنظيم.

المادة 50 : يجب أن تتوفر الشروط التقنية التى لا تلحق ضررا بالصحة العمومية فى انتاج

المادة 56 : تستهدف الرقابة الصحية في الحدود الوقاية من تفشى الامراض المعدية برا أو جوا أو بحرا، تطبيقا للقوانين والتنظيمات الجارى بها العمل.

المادة 57 : تمارس مصلحة الرقابة الصحية في الحدود عملها بواسطة مراكز صحية مقامة في السوانىء والمطارات والمواقع التى تراقب منافذ الطرق أو السكك الحديدية فى التراب الوطنى.

توضع مصالح الرقابة الصحية فى الحدود تحت سلطة الوزير المكلف بالصحة.

المادة 58 : يقوم أطباء مصلحة الرقابة الصحية وأعوانها فى الحدود بالتحريات الصحية، ويمكنهم أن يحرروا محاضر فى شأن المخالفات المرتكبة، كما يؤدون اليمين لدى مباشرتهم مهامهم أمام محكمة الجهة التى عينوا فيها أول مرة.

المادة 59 : يجب على أى مواطن جزائرى يتجه الى الخارج ويقصد بلدا فيه أحد الامراض الخاضعة للنظام الصحى الدولى، أن يتلقى قبل ذهابه، التلقيحات المطلوبة وأن يتزود، ان اقتضى الامر، بالعلاج الكيميائى الوقائى الملانم.

المادة 60 : عملا بالاتفاقيات الدولية السارية، يتعين أن يجرى على الاشخاص ووسائل النقل، وعمالها وحمولاتها، القادمين من بلد أجنبى تفشى فيه أحد الامراض العفنة المعدية المنصوص عليها فى القانون، فحص طبي، أو صحى، ان اقتضى الامر. كما يتحتم أن تتخذ تبعا لنتيجة هذا الفحص التدابير اللازمة لتفادى انتشار العدوى المحتمل.

ويمكن أن يفرض العزل الصحى على الشخص المصاب بمرض معد أو المظنون اصابته به. كما يمكن، ان دعت الضرورة، اتلاف الاشياء أو المواد التى انتقلت اليها العدوى، ولا يترتب على هذا الاجراء أى تعويض.

المواد والمستحضرات المشعة ومعالجتها واعدادها وحيازتها ونقلها واستخدامها، وكذلك حيازة الفضلات التى تحتوى على مادة مشعة وجمعها ونقلها ومعالجتها واعدادها، ومثل ذلك صنع الادوات والتجهيزات التى تحتوى على مصدر اشعاع أيونى أو التى ترسل مثل هذه الاشعاعات، واستخدامها واستغلالها.

المادة 51 : اذا ظن أن شخصا أو حيوانا أو شيئا قد أصيب بضرر ناتج عن اشعاعات أو تلوث بمادة اشعاعية، وجب على المصالح الصحية أن تتخذ التدابير الضرورية لابعاد الخطر حفاظا على فائدة الحماية الصحية للسكان.

الفصل الثالث

الوقاية من الامراض المعدية ومكافحتها

المادة 52 : يتعين على الولاة ومسؤولى الهيئات العمومية والمصالح الصحية ورؤساء المجالس الشعبية البلدية أن يضبقوا، فى الوقت المناسب، التدابير اللازمة للوقاية من ظهور الوباء والقضاء على أسباب الامراض فى أصلها.

المادة 53 : يتلقى الاشخاص المصابون بأمراض معدية والذين يشكلون مصدر العدوى علاجا استشفائيا أو حرا. ويخضع الاشخاص المتصلون بالمرضى لمراقبة طبية وصحية كما يمكن أن يتلقوا علاجا وقائيا.

تحدد قائمة الامراض المعدية عن طريق التنظيم.

المادة 54 : يجب على أى طبيب أن يعلم فورا المصالح الصحية المعنية بأى مرض معد شخصه، والا سلطت عليه عقوبات ادارية وجزائية.

المادة 55 : يخضع السكان للتطعيم الاجبارى المجانى قصد الوقاية من الامراض العفنة المعدية.

تحدد عن طريق التنظيم، قائمة الامراض العفنة المعدية التى تستوجب التطعيم الاجبارى.

الفصل الرابع

الوقاية من الامراض غير المعدية المتفشية
والآفات الاجتماعية ومكافحتها

المادة 61 : تنظم الهياكل الصحية والمستخدمون الصحيون، بمشاركة السلطات والهيئات العمومية ومساعدتها، حملات وأعمال وقائية من الامراض المعدية والآفات الاجتماعية.
وتشارك مصالح الصحة كذلك فى أعمال الوقاية من الحوادث.

المادة 62 : تعد وزارة الصحة قائمة الامراض غير المعدية التى تتطلب مسك ملف لكل مريض، حتى يضمن له علاج متخصص وملائم فى الهياكل ذات الطابع الصحى المهيأة لهذا الغرض وكذلك اعادة تكييفه وادماجه اجتماعيا.

المادة 63 : يمنع تعاطى التبغ فى الاماكن العمومية.

وتحدد قائمة هذه الاماكن وكيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 64 : تسهر جميع الجهات المعنية على معاربة تعاطى التبغ والكحول بالتربية الصحية والاعلام.

المادة 65 : يمنع الاشهار لانواع التبغ والكحول.

المادة 66 : يخضع بيع أنواع التبغ لاثبات لصيقة على العلبة تحمل عبارة «التدخين مضر بالصحة».

الفصل الخامس

تدابير حماية الامومة والطفولة

المادة 67 : تستفيد الاسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة على سلامة صحة أفرادها وتوازنهم النفسى العاطفى وترقية ذلك.

المادة 68 : تتمثل حماية الامومة والطفولة فى جميع التدابير الطبية والاجتماعية والادارية التى تستهدف على الخصوص ما يأتى :

— حماية صحة الام بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلالها وبعده،
— تحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركى — النفسى.

المادة 69 : يجب أن تعمل المساعدة الطبية المقدمة للمحافظة على الحمل واكتشاف الامراض التى يصاب بها فى «الرحم» وضمان صحة الجنين ونموه حتى الولادة.

المادة 70 : يكون تباعد فترات الحمل موضوع برنامج وطنى يرمى الى ضمان توازن عائلى منسجم ويحفظ حياة الام والطفل وصحتهما.

المادة 71 : توضع وسائل ملائمة تحت تصرف السكان لضمان تنفيذ البرنامج الوطنى فى مجال تباعد فترات الحمل.

المادة 72 : يعد الاجهاض لغرض علاجى اجراء ضروريا لانقاذ حياة الام من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجى والعقلى المهدد بخطر بالغ. يتم الاجهاض فى هيكل متخصص بعد فحص طبي يجرى بمعية طبيب اختصاصى.

المادة 73 : تحدد عن طريق التنظيم كيفيات المساعدة الطبية الاجتماعية، التى تستهدف الوقاية الفعالة للاطفال من الاهمال.

المادة 74 : تحدد مصالح الصحة كيفيات التكفل بالاطفال فى مجال المتابعة الطبية والوقاية والتطعيم والتربية الصحية والعلاج.

المادة 75 : يتوقف فتح دور الحضانة ورياض الاطفال وعملها على احترام مقاييس النظافة والامن طبقا للتشريع والتنظيم الجارى بهما العمل.

الفصل السادس

تدابير الحماية فى وسط العمل

المادة 76 : تستهدف الحماية الصحية فى وسط العمل رفع مستوى القدرة على العمل والابداع،

المادة 81 : يخضع أى نشاط رياضى في مؤسسات التعليم والتكوين لرقابة طبية دورية.

المادة 82 : يحدد الوزراء المعنيون، كل في مجال اختصاصه، شروط تطبيق الاحكام المذكورة في مواد هذا الفصل وكيفيات ذلك.

الفصل الثامن

حماية الصحة وترقيتها بواسطة التربية البدنية والرياضية

المادة 83 : يجب على جميع قطاعات النشاط الوطنى أن تنظم أنشطة بدنية ورياضية، قصد حماية صحة السكان وتحسينها.

تكيف برامج هذه الانشطة حسب السن والجنس والحالة الصحية وظروف حياة السكان وعملهم.

المادة 84 : يتعين على الجماعات المحلية والهيئات والمؤسسات أن تدرج في مشاريع البناء، اقامة هياكل وتجهيزات مناسبة للتربية البدنية والرياضية في التجمعات السكنية والمؤسسات الخاصة بالاطفال ومعاهد التكوين والمؤسسات الاخرى وأية جماعة منظمة أخرى.

المادة 85 : يخضع الراغبون في ممارسة رياضة النخبة للمقاييس والقواعد الطبية المتعلقة بالتربية البدنية والرياضية، قصد تحديد أهليتهم الطبية والبيولوجية ومتابعة قابلية تكيفهم النفسى - البدنى مع المشاق الكثيفة المتكررة وتحسين نتائجهم الرياضية.

المادة 86 : يمنع استخدام مواد التنشيط بفية رفع مستوى النتائج الرياضية رفعا اصطناعيا.

المادة 87 : يقام جهاز اسعاف للتغطية الصحية للتظاهرات الرياضية.

المادة 88 : تعدد كيفيات تطبيق احكام هذا الفصل عن طريق التنظيم.

و ضمان تمديد الحياة النشيطة للمواطنين والوقاية من الاصابات المرضية التى يتسبب فيها العمل وتخفيض فرص وقوعها، وتقليل حالات العجز، والقضاء على العوامل التى تؤثر تأثيرا سيئا فى صحة المواطنين.

وتبين بدقة عن طريق التنظيم كيفيات تطبيق هذه المادة.

الفصل السابع

تدابير الحماية الصحية فى الوسط التربوى

المادة 77 : تستهدف الحماية الصحية التكفل بصحة التلاميذ والطلبة والمعلمين فى وسطهم التربوى أو المدرسى أو الجامعى أو المهنى من خلال ما يأتى :

- مراقبة الحالة الصحية لكل تلميذ أو طالب أو معلم أو أى شخص آخر على اتصال مباشر أو غير مباشر بهم،

- أعمال التربية الصحية،

- مراقبة مدى نقاوة المحلات والملحقات التابعة لاية مؤسسة تعليمية أو تكوينية.

المادة 78 : تعد أعمال النظافة والوقاية والاسعاف الاولى من المهام الرئيسية للهياكل التربوية والعاملين فيها.

تنفذ مصالح الصحة الاعمال الصحية بالتنسيق مع المؤسسات التربوية والجماعات المحلية.

المادة 79 : ينبغى أن تشجع ممارسة التربية البدنية فى جميع مؤسسات التعليم والتكوين.

المادة 80 : يجب أن تكون ممارسة التربية البدنية منتظمة ومتوازنة وملائمة لسن الشباب وبنيتهم الجسدية.

يخضع المشاركون فى المنافسات الرياضية لفحص الاهلية البدنية وللرقابة الطبية المنتظمة.

الفصل التاسع

تدابير حماية الاشخاص المعوقين

- المادة 89 : يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يأتي :
- اما نقص نفسى أو فيزيولوجى،
 - واما عجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشرى،
 - واما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها.

المادة 90 : يتمتع الاشخاص المعوقون بالحقوق فى الحماية الصحية والاجتماعية طبقا للتشريع الجارى به العمل.

المادة 91 : يجب أن تتسم الاعمال التى تكون فى فائدة الاشخاص المعوقين باحترام شخصيتهم الانسانية ومراعاة كرامتهم وحساسيتهم الخاصة.

المادة 92 : ينتفع الاشخاص المعوقون بالعلاج الملائم واعادة التدريب والاجهزة المعدة لاجلهم.

المادة 93 : تحدد عن طريق التنظيم التدابير الملائمة للوقاية مع العجز، ولاعادة تدريب الاشخاص المصابين بنقص عقلى أو عجز أو عاهة، واعادة تكييفهم واندماجهم فى الحياة الاجتماعية.

المادة 94 : يمارس المستخدمون الطبييون والاشخاص الآخرون الضروريون للتكفل بالاشخاص المعوقين أعمالهم فى المؤسسات المناسبة، وفقا للاحكام التى تحدد عن طريق التنظيم.

المادة 95 : توفر مصالح الصحة، طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما، التغطية الصحية، وتسهر بالاتصال مع المصالح المعنية، على احترام مقاييس النظافة والامن فى المؤسسات المتخصصة المعدة لاشخاص المعوقين.

الفصل العاشر

التربية الصحية

المادة 96 : التربية الصحية واجب منوط بالدولة، طبقا لاحكام هذا القانون.

المادة 97 : تستهدف التربية الصحية المساهمة فى رفاهية السكان مع خلال اكتسابهم المعلومات الضرورية لذلك، لاسيما ما يأتى :

- النظافة الفردية والجماعية،
- حماية البيئة،
- التغذية السليمة والمتوازنة،
- الوقاية من الامراض والحوادث،
- استهلاك الادوية،
- مكافحة الممارسات الضارة،
- ترقية التربية البدنية والرياضية.

المادة 98 : ترمى التربية الصحية فى عالم الشغل الى توفير شروط النظافة والامن الضرورية للوقاية من الاخطار والامراض المهنية.

المادة 99 : المجالات الرئيسية للتربية الصحية هي :

- تربية الاطفال والشباب فى مجال النظافة والوقاية والاسعاف الاولى،
- ادراج التربية الصحية فى البرنامج العام للتعليم،
- ترقية حملات التربية الصحية التى تهم المجموعات المعرضة للاخطار.

المادة 100 : تمارس أعمال التربية الصحية على أساس خطة موحدة للتربية الصحية، تعدها وتطبقها الوزارة المكلفة بالصحة بالتعاون مع الهيئات المعنية.

المادة 101 : تطبق ترقية الصحة تطبيقا شاملا ومندمجا من خلال برنامج وطنى للتربية الصحية المعدة للجماهير، يعتمد على استخدام كل وسائل الاعلام.

المادة 102 : تحدد عن طريق التنظيم شروط تطبيق برنامج التربية الصحية وكيفية.

القسم الثالث

وضع المريض رهن الملاحظة

المادة 106 : يتم وضع المريض مرضا عقليا رهن الملاحظة في مصلحة للأمراض العقلية.

المادة 107 : يمكن أن يحال المريض على المصلحة الطبية المتخصصة حسب الآتى :

- أما بحضور المريض نفسه،

- وأما بمبادرة من أسرة المريض أو ممثله الشرعى لدى السلطة الطبية فى احدى المصالح المتخصصة،

- أو بمبادرة أى شخص عمومى يراعى مصلحة المريض فيقدمه الى السلطة الطبية فى مصلحة للأمراض العقلية، وهذا الشخص العمومى هو : الوالى، رئيس المجلس الشعبى البندى، محافظ الشرطة، مسؤول الدرك أو أحد ممثليهم المفوض قانونا.

المادة 108 : يجب على الشخص الذى يقدم المريض أن يرافقه فى جميع المراحل الطبية والإدارية لاستشفائه، قصد اعطاء جميع المعلومات المفيدة.

المادة 109 : يتوقف وضع المريض رهن الملاحظة فى جميع الاحوال على قرار طبيب الأمراض العقلية فى المؤسسات التى يقدم إليها، وذلك حسب الاشكال المبينة أعلاه.

ولا يمكن وضع المريض رهن الملاحظة فعليا الا بعد أن يحرر طبيب الأمراض العقلية فى المصلحة باسم المريض ورقة الدخول قصد وضعه رهن الملاحظة.

المادة 110 : يتعرض للمتساهبات والمقوبات الجزائية أى شخص طبيعى عمومى أو خاص وضع غير رهن الملاحظة لغرض يتنافى ومصلحة المريض.

المادة 111 : لا يحق الا للنائب العام لدى المجلس القضائى أو الوالى أن يتخذ قرارا باجراء فحص اجبارى فى الأمراض العقلية.

الباب الثالث

الصحة العقلية

الفصل الاول

معالجة المصابين بالامراض العقلية

القسم الاول

الهياكل

المادة 103 : يتكفل بالمصابين عقليا أحد الهياكل التالية :

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة فى الأمراض العقلية،

- مصالح الأمراض العقلية ومصالح استمجلات الأمراض العقلية فى المستشفيات العامة،

- وحدة الشبكة الصحية القاعدية.

المادة 104 : تنشأ وحدات استشفائية أو مؤسسات خسارج المستشفيات تخصص للوقاية واكتشاف الأمراض، والمعالجة أو التكفل بالأطفال والمراهقين من الجنسين البالغين من العمر أقل من السادسة عشرة (16) سنة الذين تمثل اضطراباتهم أو اختلالاتهم العقلية المرض الوحيد أو المرض الرئيسى.

القسم الثانى

الاستشفاء فى مصلحة مفتوحة

المادة 105 : لا يخضع استشفاء مريض فى مصلحة للأمراض العقلية مفتوحة ولا خروجه منها لآى تنظيم خاص.

يتم الاستشفاء فى مصلحة مفتوحة، بعد تحرير طبيب الأمراض العقلية فى المصلحة المذكورة ورقة الدخول وفق قواعد القبول المعمول بها فى هذا المجال.

تجسد موافقة أسرة المريض في طلب الترتيب الارادى الذى يسجل مضمونه في دفتر خاص.

ويتسلم نسخة هذا الطلب الخاص بالترتيب الارادى طبيب الامراض العقلية في المؤسسة ويوقعه ويكتب موافقته عليه، ثم يودعه في مديرية المؤسسة، قصد الاحتفاظ به وتقديمه استجابة لاي التماس من السلطات المختصة.

المادة II7 : يمكن المريض أن يحرر بنفسه طلب الترتيب الارادى الذى يعنيه، اذا لم تكن له أسرة، وكان راشدا ومتمتعا بالاهلية المدنية.

واذا لم تكن للمريض أسرة، وكان قاصرا أو غير متمتع بالاهلية المدنية، أمكن وكيل الجمهورية القيم أو الوصى على هذا المريض، أن يعين أى شخص يسهر على مصلحة المريض ليتولى باحدى هاتين الصفتين تحرير طلب الترتيب الارادى، ما عدا طبيب الامراض العقلية في المؤسسة أو أى مأمور يعمل فيها.

المادة II8 : يرسل طلب الترتيب الارادى والقرارات المحتمل صدورها من النائب العام لدى المجلس القضائى ويحتفظ بها وفقا للاجراء المبين فى هذا الفصل، فى الحالات المنصوص عليها فى المادتين II6 و II7 أعلاه.

المادة II9 : يتخذ اجراء الترتيب الارادى لمدة زمنية غير محددة.

المادة I20 : يخضع اجراء الترتيب الارادى لتدابير الرقابة المنصوص عليها فى الفصل الثانى من هذا الباب.

المادة I2I : يسمح بخروج المريض الموجود فى الترتيب الارادى حسب ما يأتى :

— اما بمبادرة طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة،

— واما بطلب المريض نفسه، اذا كان راشدا ومسؤولا مدنيا،

وعلا باحكام المادة II3 أدناه، يجب أن يرفق طلب الفحص الاجبارى فى الامراض العقلية بشهادة طبية يحررها أى طبيب يبين فيها الاضطرابات العقلية التى يعاينها المريض والخطر الذى يمثله.

المادة II2 : اذا ارتأت السلطة العمومية اتخاذ قرار باجراء الفحص الاجبارى فى الامراض العقلية لا سيما فى حالة وجود خطر محقق بالمريض نفسه أو بغيره بسبب المرض، أمكنها أن تتخذ هذا القرار بوضع عبارة «فحص اجبارى فى الامراض العقلية» على مطبوع طلب الفحص المذكور.

المادة II3 : يجب أن تختتم الشهادة الطبية المذكورة فى المادة III أعلاه، والموجهة الى الوالى أو النائب العام لدى المجلس القضائى، بالعبارة التالية :

«يجب أن يفحص هذا المريض فحوصا اجباريا فى احدى المصالح أو المستشفيات الخاصة بالامراض العقلية».

المادة II4 : لا يجوز لاحد أن يشهد بضرورة اجراء الفحص الاجبارى على قريب من الاصول أو الفروع أو على الزوج أو الزوجة أو على أحد العواشى، أخا كان أو أختا، خالا أو خالة، عما أو عمة، أو على زوجات هؤلاء أو أزواجهن تباعا.

المادة II5 : لا يجوز لاحد أن يقرر اجراء الفحص الاجبارى على قريب من الاصول أو الفروع أو العواشى، أخا كان أو أختا، خالا أو خالة، عما أو عمة، أو على زوجات هؤلاء أو أزواجهن تباعا.

القسم الرابع الترتيب الارادى

المادة II6 : يمكن أن يوضع المريض تحت نظام الترتيب الارادى فى نهاية فترة الوضع رهق الملاحظة أو خلالها، بناء على اقتراح طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة.

وتعد موافقة أسرة المريض أو ممثلها المخول قانونا مطلوبة وضرورية وكافية لتحويله من الوضع رهق الملاحظة الى الترتيب الارادى.

الاسباب التي جعلته يمتنع أن هذا الاجراء ضرورى، ويبين ردود الفعل الخطيرة، الماضية أو الحالية، الصادرة عن المريض والاطار التي قد يتسبب فيها خروجه.

واذا اتضح للوالى، بعد اجراء خبرة طبية على المريض، أن التماس الاستشفاء الاجبارى لا داعى له، أخبر بذلك طبيب الامراض العقلية، وأحال المسألة وجوبا على لجنة الصحة العقلية المنصوص عليها فى المادة 126 أدناه.

المادة 126 : تتكون لجنة الصحة العقلية من :

- ممثل الوالى،

- قاض بدرجة رئيس غرفة فى المجلس القضائى، رئيسا للجنة،

- طبيبين اختصاصيين فى الامراض العقلية.

تنظر اللجنة فى قرار الوالى وتبت فى صحته أو عدم صحته وتكون قراراتها نافذة.

تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 127 : يتخذ قرار الاستشفاء الاجبارى لمدة أقصاها ستة أشهر، ويمكن تمديدتها بقرار من الوالى، حسب الكيفيات المنصوص عليها فى المادتين 124 و 125 أعلاه.

المادة 128 : لا يجوز لطبيب الامراض العقلية فى المؤسسة، أن يلتمس الاستشفاء الاجبارى لمريض عضو فى أسرته خاصة، أو قريب، أصل أو فرع، أو زوج، أو زوجة، أو واحد من الحواشى، أخا كان أو اختا، عما أو عمه، خالا أو خالة، وان حصل ذلك عد قرار الوالى باطلا، دون المساس بالمتابعات والعقوبات الجزائية التى تنجر عن ذلك.

كما أنه لا يجوز لهذا الطبيب أن يلتمس الاستشفاء الاجبارى لازواج الاشخاص المبيينين فى الفقرة السابقة أو زوجاتهم.

- واما أن يكون الخروج معتما بمجرد ما يقدم الشخص الذى طلب الترتيب الارادى أول مرة التماسا بالخروج يكتبه ويوقعه ويسلمه أو يرسله الى طبيب المؤسسة،

- يمكن أحد الاشخاص الآتى ذكرهم، أن يطلب خروج المريض الموجود فى الترتيب الارادى ويحصل على ذلك تلقائيا، ما لم يعارض المريض الراشد المتمتع بالاهلية المدنية ذلك، وهؤلاء الاشخاص هم :

★ أحد أصول المريض المباشرين،

★ أحد فروع المريض الراشدين المباشرين،

★ زوجة المريض أو زوج المريضة،

★ أحد أقرباء المريض الراشدين من الحواشى، أخا كان أو اختا،

★ عم المريض أو عمته، وخاله أو خالته المباشرين الراشدون،

★ القيم أو الوصى على المريض.

القسم الخامس

الاستشفاء الاجبارى

المادة 122 : يمكن أن يحول اجراء الترتيب الارادى الى استشفاء اجبارى وفقا لاحكام هذا القسم.

المادة 123 : يمكن طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة أن يبادر بطلب الاستشفاء الاجبارى فى نهاية فترة الوضع رهن الملاحظة أو خلالها.

المادة 124 : يتخذ الوالى قرارا بالاستشفاء الاجبارى، بناء على التماس مسبب يقدمه طبيب المؤسسة، عندما يرى فى خروج المريض خطرا على حياته أو على النظام العام أو على أمن الاشخاص، مع مراعاة احكام المادة 29 أدناه من هذا القانون.

المادة 125 : يرسل طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة التماسا الى الوالى، قصد وضع المريض فى الاستشفاء الاجبارى، يفصل فيه

المادة 129 : لا يجوز لاحد أن يتخذ قرارا بالاستشفاء الاجبارى يتعلق بقريب مع الاصول أو الفروع، أو زوج، أو زوجة، أو واحد مع الحواشى، أختا كان أو أختا، عما أو عمة، خلا أو خالة، أو زوجات هؤلاء أو أزواجهن تباعا.

المادة 130 : يتم خروج المرضى الخاضعين للاستشفاء الاجبارى حسب الشروط الآتية.

إذا رأى طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة أن الوقت قد حان لخروج المريض الخاضع للاستشفاء الاجبارى، أرسل الى الوالى طلبا معللا يلتمس فيه تحرير المريض من الاستشفاء الاجبارى.

يجب أن يصل طلب تحرير المريض من الاستشفاء الاجبارى الى الوالى قبل انتهاء الاجل المحدد فى آخر قرار الاستشفاء الاجبارى الذى يعنى هذا المريض.

يتم خروج المريض فوراً ودونما تعطيل بعد صدور موافقة الوالى أو بمجرد اشعار طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة بتسلم طلب تحرير المريض من الاستشفاء الاجبارى.

يحرر طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة لهذا الغرض ورقة خروج المريض، حسب القواعد المعتادة فى تحرير ورقة الخروج المستعملة فى مصالح الصحة.

المادة 131 : لا يمكن أن يخرج المريض الخاضع للاستشفاء الاجبارى قبل انتهاء الفترة الاخيرة الواردة فى قرار الاستشفاء الاجبارى، اذا رفض الوالى خروجه وأرسل رفضه الى طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة.

ويحق لطبيب الامراض العقلية فى المؤسسة، عند انتهاء هذا الاجل، أن يأذن بخروج المريض الخاضع للاستشفاء الاجبارى.

المادة 132 : يمكن الوالى وطبيب الامراض العقلية فى المؤسسة أن يقدم كل منهما على حدة،

طعنا الى لجنة الصحة العقلية، وفقاً للشروط المبينة فى الفقرة الاولى من المادة 131 أعلاه، على أن تبت هذه اللجنة فى الامر، بعد اجراء خبرتين طبييتين على المريض، فى ظرف لا يتجاوز شهريين، ابتداء من تاريخ تقديم الطعن أو الطعنين.

تستطيع أسرة المريض أن تقدم الطعن الى لجنة الصحة العقلية.

ولا يوقف الطعن لدى لجنة الصحة العقلية تطبيق أحكام الفقرة الثانية من المادة 126 أعلاه.

المادة 133 : اذا فر مريض خاضع للاستشفاء الاجبارى من المؤسسة التى يمالج فيها، وجب على طبيب الامراض العقلية فيها أن يعلم الوالى فوراً ويرسل اليه شهادة خاصة بوضعية هذا المريض، تبين مدى الاخطار المحتملة، الحقيقية منها أو المفترضة المتولدة عن تطور ردود فعله.

المادة 134 : لا يتم خروج المريض الخاضع للاستشفاء الاجبارى حسب الشروط المنصوص عليها فى المبادى 130، 131 و 132 أعلاه، ما عدا الحالات التى تقررها لجنة الصحة العقلية.

المادة 135 : يمكن أن يحول، بقرار من الوالى، الاستشفاء الاجبارى فى أى وقت كان الى ترتيب ارادى، بناء على التماس معلل يقدمه طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة.

المادة 136 : لا يجوز اجراء الفحص الاجبارى فى الامراض العقلية ولا الترتيب الارادى ولا الاستشفاء الاجبارى على الاطفال والمراهقين غير المتعرفين البالغين من العمر أقل من ست عشرة (16) سنة.

المادة 137 : لا يجوز اجراء الفحص الاجبارى فى الامراض العقلية ولا الترتيب الارادى ولا الاستشفاء الاجبارى، على الاشخاص المسنين الذين يعانون ضعفاً فى قدراتهم العقلية، ويمثل هذا الضعف مرضهم الرئيسى.

طبيب الامراض العقلية فى المؤسسة، شهادة مع
وضعية المريض الخاضع للاستشفاء الاجبارى.

المادة 144 : يتابع ويراقب المؤسسات المذكورة
فى هذا الباب الوالى أو الاشخاص الذين ينتدبهم
خصيصا لهذا الغرض، والنائب العام لدى المجلس
القضائى الذى تكون بلدية مقر المؤسسة تابعة له
ورئيس المجلس الشعبى البلدى للبلدية التى يوجد
فيها مقر المؤسسة ومدير الصحة فى الولاية التى
يتبعها مقر المؤسسة، وأى شخص ينتدبه قانونا
لهذا الغرض، الوزير المكلف بالصحة.

ويكلف هؤلاء بزيارة المؤسسات المذكورة
مرتين فى السنة على الاقل لتلقى شكاوى الاشخاص
الموضوعين فيها، وجمع المعلومات الخاصة بهم
بغية الاطلاع على وضعيتهم أو تحسين حالهم.

ويتعين عليهم، لدى قيامهم بهذه الزيارات،
أن يظلموا على السجل وعلى الملفات الفردية،
وأن يستقدموا أى مريض لمقابلته.

الفصل الثالث

الوضع تحت المتابعة الطبية

المادة 145 : تعد المتابعة الطبية للمرضى
الذين قد يكونون خطرا بسبب انعدام العلاج
المتواصل أو المنتظم، اجراء يستوجب متابعة
خارجية وعلاجا دوريا منتظما.

ويمكن أن يطبق هذا الاجراء التحفظى
الوقائى على كل مصاب بمرض عقلى، مهما تكن
طبيعة اصابته.

المادة 146 : يحزر طبيب الامراض العقلية
المعالج التماس الوضع تحت المتابعة الطبية.

المادة 147 : يرسل طبيب الامراض العقلية
المعالج الى الوالى، التماس الوضع تحت المتابعة
الطبية.

يشعر الوالى المريض بقرار وضعه تحت المتابعة
الطبية، ويبلغ هذا القرار الى طبيب الامراض
العقلية المعالج.

المادة 138 : يقبل المرضى المذكورون فى المادتين
136 و 137 السابقتين، فى المؤسسات المنصوص عليها
فى المادة 103 أعلاه، حسب القواعد الاستثنائية
المشتركة، المعمول بها فى مصالح الصحة.

الفصل الثانى

تدابير الرقابة خلال الاستشفاء

المادة 139 : يتعين على طبيب الامراض العقلية
فى المؤسسة أن يحزر شهادة وصفية عندما يحول
الوضع رهن الملاحظة الى ترتيب ارادى أو
استشفاء اجبارى .

المادة 140 : يبلغ مضمون الشهادة الطبية
المتعلقة بالمرضى الخاضعين للاستشفاء الاجبارى
دونما تعطيل، الى الوالى الذى أصدر الامر بذلك
والى السلطتين القضائيتين التاليتين :

— النائب العام لدى المجلس القضائى الذى
تتبعه البلدية، التى يقيم المريض فيها عادة،

— النائب العام لدى المجلس القضائى الذى
تتبعه البلدية، التى يوجد بها مقر مؤسسة الامراض
العقلية التى يعالج فيها المريض.

المادة 141 : يمنع استخدام المريض عقليا فى
اشغال كيفما كان شكلها ونوعها طوال استشفائه،
وفى جميع الاحوال لا يحق الا لطبيب الامراض
العقلية فى المؤسسة ان يأمر تحت مسؤوليته الكاملة
بأشغال ذات طابع علاجى لاعادة ادماجه فى الحياة
الاجتماعية.

المادة 142 : يمسك سجل مرقوم وموقع عليه من
رئيس المحكمة فى كل مؤسسة تحتوى على مصلحة
للفحص الاجبارى فى الامراض العقلية أو الترتيب
الارادى أو الاستشفاء الاجبارى.

وتحدد عن طريق التنظيم البيانات التى تدون
فى هذا السجل.

المادة 143 : يمكن الوالى والنائب العام لدى
المجلس القضائى أن يطلبها، فى أى وقت كان، من

العاجزين عن التمييز، أو الذين يستحيل عليهم التعبير عن ارادتهم، ويتمذر الحصول على رضا الاشخاص المخولين أو موافقتهم في الوقت المناسب.

وإذا رفض العلاج الطبي فيشترط تقديم تصريح كتابي لهذا الغرض، وعلى الطبيب أن يخبر المريض أو الشخص الذي خول اعطاء الموافقة، بعواقب رفض العلاج.

لا تطبق أحكام هذه المادة في الحالات التي تستوجب، بمقتضى القانون، تقديم العلاج الطبي لحماية السكان.

المادة 155 : يتعين على جميع الوحدات الصحية الاستعجالية أن تقدم العلاج الطبي المستعجل باستمرار، في أى ساعة من ساعات النهار أو الليل، الى أى مريض بقطع النظر عن مكان سكناه.

يجب على جميع الهياكل الصحية أن تقدم الاسعافات الأولية مهما يكن تخصصها.

كما يجب أن تقدم الاسعافات الأولية فى مكان الحوادث أو الامراض الوبائية على يد فرق الوحدات الصحية بالتعاون مع المصالح والهيئات المعنية.

المادة 156 : تتحمل الوحدة الصحية المعنية مسؤولية النقل الاستعجالي للجرحى والمرضى والنسوة الحوامل باستعمال جميع وسائل النقل.

المادة 157 : يعد اكتساب المعارف الخاصة بالاسعافات الأولية واجبا يقع على عاتق الدولة، ولا سيما فى الوسط التربوي ووسط العمل.

الفصل الثانى

العلاج بالدم ومصله «البلازما» ومشتقاته

المادة 158 : تتم فى الوحدات الصحية المتخصصة عمليات التبرع بالدم لاغراض علاجية وتخصير مصل الدم «البلازما» ومشتقاته والمحافظة على ذلك.

المادة 148 : يتخذ قرار الوضع تحت المتابعة الطبية لمدة أقصاها ستة أشهر، ويمكن تجديدها، عند الاقتضاء، بطلب من طبيب الامراض العقلية للمعالج.

الفصل الرابع

طرق الطعن

المادة 149 : يمكن الطعن فى جميع القرارات المنصوص عليها فى هذا الباب حسب الشروط والاجراءات المحددة فى التشريع الجارى به العمل.

الباب الرابع

أحكام تتعلق ببعض الاعمال الوقائية والعلاجية

الفصل الاول

الاستشفاء والعلاج الطبى المستعجل

المادة 150 : يقدم العلاج الطبى للسكان فى الهياكل الصحية وأماكن العمل والتكويين وفى المنزل أو فى أماكن وقوع الحادث.

المادة 151 : يقبل المرضى فى المستشفى بأمر من طبيبهم المعالج، بعد موافقة الطبيب رئيس المصلحة.

المادة 152 : يتعين على المستشفى الذى لا يستطيع تقديم العلاج الطبى الضرورى للمريض الذى يوجه اليه، أن يستعمل جميع الوسائل ليقبل هذا المريض فى مستشفى آخر أو فى وحدة متخصصة.

المادة 153 : يجب على المستشفيات أن تبلغ الاطباء المعالجين جميع الملاحظات الضرورية لمتابعة علاج مرضاهم.

المادة 154 : يقدم العلاج الطبى بموافقة المريض أو من يغولهم القانون اعطاء موافقتهم على ذلك.

يقدم الطبيب العلاج الطبى، تحت مسؤوليته الخاصة، اذا تطلب الامر تقديم علاج مستعجل لانتقاذ حياة أحد القصر أو أحد الاشخاص

المصابين بأمراض من طبيعتها أن تضر بصحة المتبرع أو المستقبل.

تحدد كينيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 164 : لا يجوز انتزاع الانسجة والاعضاء من الاشخاص المتوفين، الا بعد الاثبات الطبي والشرعى للوفاة، حسب المقاييس العلمية التي يحددها الوزير المكلف بالصحة.

وفى هذه الحالة، يجوز الانتزاع بناء على الموافقة الكتابية للشخص المعنى، وهو على قيد الحياة، أو موافقة أحد أعضاء أسرته الراشدين، حسب هذا الترتيب الاولى : الاب أو الام، الزوج أو الزوجة، الابن أو البنت، الاخ أو الاخت.

وإذا لم تكن للمتوفى أسرة يطلب الاذن من الولي الشرعى.

المادة 165 : يمنع انتزاع الانسجة أو الاعضاء قصد زرعها، اذا كان الشخص المعنى قد رفض ذلك كتابيا، وهو على قيد الحياة، أو اذا كان الانتزاع يعوق التشريح الطبي الشرعى.

المادة 166 : لا تزرع الانسجة أو الاعضاء البشرية الا اذا كان ذلك يمثل الوسيلة الوحيدة للمحافظة على حياة المستقبل أو سلامته البدنية، وبعد أن يعرب هذا المستقبل عن رضاه بحضور الطبيب رئيس المصلحة الصحية التى قبل بها وحضور شاهدين اثنين.

وإذا كان المستقبل غير قادر على التعبير عن رضاه، أمكن أحد أعضاء أسرته، حسب الترتيب الاولى المبين فى المادة 164 أعلاه، أن يوافق على ذلك كتابيا.

وإذا تعلق الامر بأشخاص لا يتمتعون بالاهلية القانونية، أمكن أن يعطى الموافقة الأب أو الأم أو الولي الشرعى، حسب الحالة.

يتولى الاطباء أو المستخدمون الموضوعون تحت مسؤوليتهم جمع الدم، وتحصين المتبرعين الفعال وتحليل مصل الدم «البلازما فيريز» وكذلك العلاج بواسطة الدم ومصله «البلازما» ومشتقاته.

يمنع القيام بجمع الدم من القصر أو الراشدين المحرومين من قدرة التمييز أو لاغراض استغلالية.

المادة 159 : تسجل فصيلة الدم وجسوبا على بطاقة التعريف الوطنية، و/أو رخصة السياقة.

المادة 160 : تحدد عن طريق التنظيم كينيات تحديد فصيلة الدم وتسجيلها.

الفصل الثالث

انتزاع أعضاء الانسان وزرعها

المادة 161 : لا يجوز انتزاع أعضاء الانسان ولا زرع الانسجة أو الاجهزة البشرية الا لاغراض علاجية أو تشخيصية حسب الشروط المنصوص عليها فى هذا القانون.

ولا يجوز أن يكون انتزاع الاعضاء أو الانسجة البشرية ولا زرعها موضوع معاملة مالية.

المادة 162 : لا يجوز انتزاع الانسجة أو الاعضاء البشرية من أشخاص أحياء، الا اذا لم تعرض هذه العملية حياة المتبرع للخطر. وتشترط الموافقة الكتابية على المتبرع بأحد أعضائه وتحرر هذه الموافقة بحضور شاهدين اثنين، وتودع لدى مدير المؤسسة والطبيب رئيس المصلحة،

ولا يجوز للمتبرع أن يعبر عن موافقته الا بعد أن يخبره الطبيب بالاطار الطبية المحتملة التى قد تتسبب فيها عملية الانتزاع، ويستطيع المتبرع فى أى وقت كان أن يتراجع عن موافقته السابقة.

المادة 163 : يمنع القيام بانتزاع الاعضاء من القصر والراشدين المحرومين من قدرة التمييز، كما يمنع انتزاع الاعضاء أو الانسجة من الاشخاص

الباب الخامس

المواد الصيدلانية والأجهزة الطبية التقنية

الفصل الأول

أحكام عامة

المادة 169 : تشمل المواد الصيدلانية، في مفهوم هذا القانون، على الادوية، والكواشف البيولوجية، والمواد الكيميائية الخاصة بالصيدليات، والمسودات، والفالينية، وأشياء التضميد وجميع المواد الأخرى الضرورية للطب البشري والبيطري.

المادة 170 : تعنى كلمة «الدواء» كل مادة أو تركيب يعرض لكونه يحتوى على خاصيات علاجية أو وقائية من الأمراض البشرية أو الحيوانية، وكل المواد التى يمكن تقديمها للإنسان أو الحيوان، قصد القيام بالتشخيص الطبى أو استعادة وظائفها العضوية أو تصحيحها أو تعديلها.

المادة 171 : يدخل فى حكم الادوية أيضا، ما يأتى :

— مواد النظافة ومنتجات التجميل التى تشمل على مواد سامة بمقادير وكثافة تفوق ما يحدده بقرار الوزير المكلف بالصحة،

— المواد الغذائية الحيوية أو المخصصة للتغذية العميوية أو المخصصة لتغذية الحيوان، التى تحتوى على مواد غير غذائية، تمنحها خاصيات مفيدة للصحة البشرية.

المادة 172 : كل دواء يحضر مسبقا ويقدم حسب توضيب خاص ويميز بتسمية خاصة، يوصف بأنه «اختصاص صيدلانى».

المادة 173 : تشمل الأجهزة الطبية التقنية على الأجهزة المستعملة فى الفحوص والعلاجات الطبية والأعمال الأخرى المرتبطة بالعلاج الطبى وأجهزة ترميم الأسنان وتقويم الأعضاء والمعينات البصرية والسسمية وكذلك الأجهزة المساعدة على التحرك.

أما القصر فيعطى الموافقة التى تمنحهم الأب وان تعذر ذلك فالولى الشرعى.

لا يمكن التعبير عن الموافقة إلا بعد أن يلمس الطبيب المعالج الشخص المستقبل أو الأشخاص المذكورين فى الفترة السابقة بالاحطار الطبية التى تنجر عن ذلك.

يجوز زرع الأنسجة أو الأعضاء البشرية، دون الموافقة المذكورة فى الفقرتين الأولى والثانية أعلاه، إذا اقتضت ذلك ظروف استثنائية، أو تعذر الاتصال فى الوقت المناسب بالأسرة أو الممثلين الشرعيين للمستقبل الذى لا يستطيع التعبير عن موافقته، فى الوقت الذى قد يسبب أى تأخير فى وفاة المستقبل. ويؤكد هذه الحالة الطبيب رئيس المصلحة بحضور شاهدين اثنين.

المادة 167 : لا ينتزع الأطباء الأنسجة أو الأعضاء البشرية ولا يزرعونها إلا فى المستشفيات التى يرخّص لها بذلك الوزير المكلف بالصحة.

تقرر لجنة طبية تنشأ خصيصا فى الهيكل الاستشفائى ضرورة الانتزاع أو الزرع وتأذن بأجراء العملية.

يجب أن يثبت الوفاة طبيبان على الأقل عضوان فى اللجنة وطبيب شرعى وتدون خلاصاتهم الإثباتية فى سجل خاص، فى حالة الأقدام على انتزاع أنسجة أو أعضاء من أشخاص متوفين.

المادة 168 : يمكن إجراء تشريح الجثث فى الهياكل الاستشفائية، بناء على ما يأتى :

— طلب من السلطة العمومية فى إطار الطب الشرعى،

— طلب من الطبيب المختص قصد هدف علمى.

ويتم إجراء تشريح الجثث من أجل هدف علمى، مع مراعاة الأحكام المنصوص عليها فى الفقرتين 2 و 3 من المادة 164 من هذا القانون.

الفصل الثالث

اقتناء الادوية والاجهزة الطبية التقنية

المادة 180 : تسلم الهياكل الصحية العمومية، مجاناً، الادوية التى يصفها أطباء القطاعات الصحية للمرضى الذين يقيمون فى هذه الهياكل.

وتضبط عن طريق التنظيم، مدونة خاصة لكل صنف من الهياكل الصحية.

المادة 181 : لا يسلم أى دواء الا بتقديم وصفة طبية، ما عدا بعض المواد الصيدلانية التى تضبط قائلتها عن طريق التنظيم.

المادة 182 : تعوض مصاريف الادوية التى يشترىها المريض، بناء على وصفة طبية، وفق الشروط والنسب المحددة فى التشريع والتنظيم المعمول بهما فى مجال التأمينات الاجتماعية، مع مراعاة أحكام المادة 181 أعلاه.

وتعد عن طريق التنظيم قائمة الادوية القابلة للتعويض وكذلك الادوية التى لا تعوض مصاريفها.

المادة 183 : تحدد عن طريق التنظيم شروط تسليم الاجهزة الترميمية والاجهزة المساعدة التى تسلمها الهياكل الصحية العمومية.

الفصل الرابع

صنع الادوية واستيرادها وتوزيعها

المادة 184 : تختص المؤسسات الوطنية بما يأتى :

— تصنع المواد الصيدلانية، مع مراعاة الاستثناءات المنصوص عليها فى المادة 187 أدناه،

— تصنع الاجهزة الطبية التقنية، ما عدا طاقم الاسنان.

يسند الى مؤسسة وطنية التحضير والاستيراد والتوزيع على الصيدليات للفيروسات (أصول

الفصل الثانى

المدونة الوطنية

المادة 174 : لا يجوز للأطباء أن يصفوا أو يستعملوا الا المواد الصيدلانية الواردة فى المدونات الوطنية التى تعدها لجنة المدونة الوطنية، قصد حماية صحة المواطنين أو استعادتها وضمان تنفيذ الحملات الوقائية وتشخيص الامراض ومعالجة المرضى، وحماية السكان من استعمال الادوية غير المرخص بها.

المادة 175 : تعدد لجنة المدونة الوطنية، ويحدد تكوينها وعملها عن طريق التنظيم.

المادة 176 : لا يجوز أن تسوّج على الجمهور أو تصنع عبر التراب الوطنى الا الادوية المستعملة فى الطب البشرى أو الاجهزة الطبية التقنية الواردة فى مدونة المواد الصيدلانية أو فى مدونة الاجهزة الطبية التقنية التى يعتمدها الوزير المكلف بالصحة بناء على موافقة لجنة المدونة الوطنية المنصوص عليها فى المادة 175 أعلاه.

المادة 177 : يستطيع الوزير المعنى ادراج الادوية المخصصة للطب البيطرى فى المدونة الوطنية، بعد موافقة لجنة المدونة الوطنية.

وتحدد عن طريق التنظيم كفاءات تطبيق هذه المادة.

المادة 178 : يمنع تسويق الادوية والمواد البيولوجية ذات الاستعمال البشرى واستعمالها أو تجربتها فى الانسان دون ترخيص من الوزير المكلف بالصحة.

ويماقب على أية مخالفة لاحكام هذه المادة طبقاً للقانون.

المادة 179 : يحدد استيراد الادوية والمواد البيولوجية المخصصة للبحث العلمى وضمنها عن طريق التنظيم.

وتحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

الفصل السادس

المواد السامة والمخدرات

المادة 190 : يحدد، عن طريق التنظيم، إنتاج المواد أو النباتات السامة المخدرة وغير المخدرة، ونقلها، واستيرادها، وتصديرها، وحيازتها، وهداؤها، والتنازل عنها، وشراؤها واستعمالها، وكذلك زراعة هذه النباتات.

المادة 191 : لا يجوز تحضير العناصر المشعة الاصطناعية واستعمالها، بأى شكل كان، إلا للهيئة أو الأشخاص الطبيعيين أو المعنويين المرخص لهم بذلك.

المادة 192 : يمنع على أى مستورد أو منتج أو صانع المستخلصات التى يمكن استخدامها فى صنع المشروبات الكحولية أن يبيع هذه المواد أو يقدمها مجانا، لاي شخص كان ما عدا صانعى المشروبات، الذين لهم صفة المستودعين فى نظر ادارة الضرائب غير المباشرة، والصيدالة والعطاريق والهيئات المصدرة المباشرة.

يمنع بيع هذه المواد على حالتها فى السوق الداخلية لهذه الفئات، ما عدا الصيدالة، وهؤلاء لا يمكنهم تسليمها الا مقابل وصفة طبية، ويجب عليهم تسجيل مضمونها فى سجل الوصفات الطبية.

المادة 193 : تحدد، عن طريق التنظيم، قائمة شاملة لجميع المنتجات أو المواد التى تستوجب أسباب الصحة العمومية، موافقة الوزير المكلف بالصحة عليها.

الفصل السابع

الاعلام الطبي

المادة 194 : يتولى الوزير المكلف بالصحة اعلام مستخدمى الصحة بالمواد الصيدلانية، وجميع المنتجات والاشياء والاجهزة والمناهج التى تتعلق بالصحة.

الجراثيم) المخففة وغير المخففة، وأمصال المداواة، والسّمينات (التوكسين) المعدلة أو غير المعدلة، وعلى العموم مختلف المواد المحددة التى أصلها جراثيمى أو كيميائى ويمكن استعمالها بأى شكل كان فى التشخيص والمعالجة الوقائية والمداواة، وكذلك كواشف الحساسية،

المادة 185 : تحدد عن طريق التنظيم، الشروط التى تصنع وفقها اشياء التضميد ولواحق الصيدلة والمواد الغالبية وكواشف المخابرة.

المادة 186 : تختص الدولة باستيراد المواد الصيدلانية وتوزيعها بالجملة.

المادة 187 : لا تخضع لاحكام المواد 184 و 185 و 186 أعلاه، مستحضرات الصيدليات والمستحضرات التى يصفها الطبيب، والاختصاصات الصيدلانية التى تصنع فى الصيدليات.

الفصل الخامس

الشبكة الصيدلانية

المادة 188 : تنفرد بتوزيع المواد الصيدلانية بالتفصيل وحدات التوزيع المتخصصة التى تحدد مواقعها عبر التراب الوطنى، فى اطار الخريطة الصحية.

وفى جميع الاحوال، توضع أية وحدة لتوزيع المواد الصيدلانية بالتفصيل، تحت مسؤولية صيدلى.

أما الوحدات التى تختص بتوزيع المواد الصيدلانية ذات الاستعمال البيطرى بالتفصيل، فتوضع تحت مسؤولية بيطرى.

وبالنسبة الى الصيدليات الخاصة، يجب، زيادة على ذلك، أن يكون الصيدلى هو المالك الوحيد والمسير الوحيد للمحل التجارى للصيدلية التى يتولى مسؤوليتها.

المادة 189 : يتمتع على الصيدالة أن يجرؤا بعض التحاليل البيولوجية.

– المشاركة فى البحث العلمى فى الهياكل المتخصصة لهذا الغرض، طبقا للتنظيم الجارى به العمل.

الفصل الثانى

شروط ممارسة مهن الصحة ونظامها

القسم الاول

الشروط المتعلقة بالاطباء والصيدالة وجراحي الاسنان

المادة 197 : تتوقف ممارسة مهنة الطبيب والصيدلى وجراح الاسنان على رخصة يسلمها الوزير المكلف بالصحة، بناء على الشروط التالية :
– أن يكون طالب هذه الرخصة حائزا، حسب الحالة، احدى الشهادات الجزائرية : دكتور فى الطب أو جراح أسنان أو صيدلى، أو شهادة أجنبية معترفا بمعادلتها،

– أن لا يكون مصابا بعاقة أو بعملة مرضية منافية لممارسة المهنة،

– أن لا يكون قد تعرض لعقوبة مخلة بالشرف،

– أن يكون جزائري الجنسية، ويمكن استثناء هذا الشرط على أساس المعاهدات والاتفاقيات التى أبرمتها الجزائر وبناء على مقرر يتخذه الوزير المكلف بالصحة.

المادة 198 : لا يجوز لاحد أن يمارس مهنة طبيب اختصاصى أو جراح أسنان اختصاصى أو صيدلى اختصاصى، اذا لم يكن حائزا شهادة فى الاختصاص الطبى، أو شهادة أجنبية معترفا بمعادلتها، زيادة على الشروط المنصوص عليها فى المادة 197 أعلاه.

المادة 199 : يؤدى الطبيب أو جراح الاسنان أو الصيدلى، المرخص له بممارسة مهنته، اليمين أمام زملائه، حسب الكيفيات التى تحدد عن طريق التنظيم.

المادة 200 : يسمح لطلبة الطب وجراحة الاسنان والصيدلة خلال فترة التدريب الداخلى فى الدراسات الجامعية، أن يمارسوا تباعا الطب

غير أن هذا الاعلام يتم بالاشتراك مع الوزير المكلف بالفلاحة فى كل ما يمت بصلة الى الصحة الحيوانية.

تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم .

الباب السادس

مستخدمو الصحة

الفصل الاول

القواعد العامة التى تنطبق على مهن الصحة

القسم الاول

مهام الاطباء والصيدالة وجراحي الاسنان وأعمالهم

المادة 195 : يتعين على الاطباء والصيدالة وجراحي الاسنان القيام بما يأتى :

– السهر على حماية صحة السكان بتقديم العلاج الطبى الملائم لهم،

– المشاركة فى التربية الصحية،

– القيام بتكوين مستخدمى الصحة وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم، والمشاركة فى البحث العلمى، طبقا للتنظيم الجارى به العمل.

القسم الثانى

مهام المساعدين الطبيين وأعمالهم

المادة 196 : يكلف المساعدون الطبيون، حسب اختصاصهم وتحت مسؤولية طبيب أو صيدلى أو جراح أسنان بما يأتى :

– السهر على احترام أسس المداواة والعلاج الطبى الموصوف،

– المراقبة الدائمة لحالة المرضى ونظافتهم الجسدية،

– المشاركة فى أعمال وقاية السكان وتربيتهم الصحية،

– المشاركة فى تكوين مستخدمى الصحة وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم،

المادة 206 : يجب على الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة أن يلتزموا بالسهر المهني، إلا اذا حررتهم من ذلك صراحة الاحكام القانونية.

المادة 207 : يجب على الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة أن يمارسوا مهنتهم باسم هويتهم القانونية.

القسم الرابع

ممارسة الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة عملهم في نطاق القطاع الخاص

المادة 208 : تؤدي أعمال الصحة التي تمارس في نطاق القطاع الخاص في عيادات جراحة الاسنان، والصيدليات، وعيادات الفحص الطبي والعلاج، ومخابر التحاليل الطبية، والبصرية الطبية، ومخابر النظارات، والاجهزة الترميمية الطبية.

تحدد نوعية التجهيزات الضرورية لأعمال الصحة التي تمارس في نطاق القطاع الخاص والمحددة في الفقرة السابقة وأهميتها عن طريق التنظيم.

المادة 209 : يجب على الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة أن يقوموا بالمناوبة حسب الكيفيات التي يحددها الوزير المكلف بالصحة، وفي حالة اخلالهم بذلك تسلط عليهم عقوبات ادارية.

المادة 210 : يتعين على الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة أن يمثلوا أوامر التسخير التي تصدرها السلطة العمومية، مع مراعاة أحكام المادة 206 أعلاه.

المادة 211 : تحدد، عن طريق التنظيم، أسعار الأعمال التي يؤديها الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة.

ويماقب كل من لم يحترم هذه الاسعار طبقا للتشريع والتنظيم الجاري بهما العمل.

المادة 212 : يمنع أي شخص لا يمارس المهنة قانونا أن يتلقى جزءا من مبلغ الاتعاب أو الارباح أو كله مقابل العمل المهني الذي يقوم

وجراحة الاسنان والصيدلة في المؤسسات الصحية العمومية، تحت مسؤولية رؤساء الهياكل الممارسين.

القسم الثاني نظام العمل

المادة 201 : يمارس الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة، العامون أو الاختصاصيون، مهنتهم في نطاق النظامين التاليين :

- بصفتهم موظفين بالتوقيت الكامل،

- في اطار القطاع الخاص، مع مراعاة القانون رقم 84 - 10 المؤرخ في 11 فبراير سنة 1984 والمتعلق بالخدمة المدنية.

المادة 202 : يجب أن تستهدف شروط التنصيب لممارسة المهنة، في نطاق القطاع الخاص، على وجه الخصوص، تحقيق تغطية صحية وطنية متوازنة، في اطار الخريطة الصحية.

تحدد كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

القسم الثالث

قواعد الممارسة التي تنطبق على جميع الاطباء وجراحي الاسنان والصيدالة

المادة 203 : يتعين على الاطباء وجراحي الاسنان أن يطبقوا التصاميم العلاجية وتقنيات التشخيص المحددة لبعض الامراض التي تدرج في اطار برامج الصحة.

المادة 204 : للطبيب وجراح الاسنان، كل في مجال عمله، الحرية في وصف الادوية المسجلة في المدونة الوطنية، مع مراعاة أحكام المادة 203 أعلاه.

المادة 205 : يمنع أي طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي، أوقف حقه في ممارسة مهنته، أن يجري فحوصا أو يحرر وصفات أو يحضر أدوية أو يطبق علاجا أو يستعمل أية طريقة في العلاج تابعة للطب أو الصيدلة، بصفته طبيبا أو جراح أسنان أو صيدليا، إلا في حالة الضرورة القصوى التي تتطلب تقديم علاج مستعجل قصد الاسعاف الاولي.

مقاييس مواصفات البناء والنظافة والامع والتجهيز المحددة عن طريق التنظيم.

المادة 216 : يخضع كل تغيير فى تخصيص المحلات التى تستعمل فى الطب وجراحة الاسنان والصيدلة لرخصة كتابية مقدمة يسلمها الوزير المكلف بالصحة.

وتمارس الدولة حق الشفعة فى حالة اجراء أية معاملة تجارية بشأن هذه المحال.

القسم السابع

شروط ممارسة مهنة المساعد الطبى

المادة 217 : تتوقف ممارسة مهنة المساعد الطبى على رخصة يسلمها الوزير المكلف بالصحة بناء على الشروط التالية :

- أن يكون قد تلقى تكويننا مطابقا للبرامج المقررة عن طريق التنظيم وحصل على شهادة اختتام هذا التكوين أو على شهادة معترف بمعادلتها،
- أن لا يكون مصابا بعاة أو بعلة مرضية منافية لممارسة المهنة،
- أن لا يكون قد تعرض لعقوبة مخلة بالشرف،
- أن يكون جزائرى الجنسية.

المادة 218 : تتوقف ممارسة مهنة المساعد الطبى فى نطاق القطاع الخاص على رخصة يسلمها الوزير المكلف بالصحة للأشخاص الذين تتوفر فيهم الشروط المنصوص عليها فى المادة 217 أعلاه ، بعد قضائهم فترة الخدمة المدنية.

المادة 219 : يعد ممارسة لمهنة المساعد الطبى ممارسة غير شرعية، كل من لم تتوفر فيه الشروط المنصوص عليها فى المادة 217 أعلاه من هذا القانون.

المادة 220 : لا تنطبق أحكام المادتين 214 و 217 أعلاه، طوال السنة النهائية من تكوين الأشخاص الآتية أوصافهم :

- طلبة العلوم الطبية وجراحة الاسنان والصيدلة،

به طبيب أو جراح أسنان أو صيدلى فى نطاق القطاع الخاص.

المادة 213 : يتعين على الاطباء وجراحي الاسنان والصيدلة، فى حدود تأهيلهم، أن يعدوا بطاقة لمرضاهم ويحافظوا على الوثائق ويقدموا الشهادات والبيانات والمعلومات المتعلقة بالابوئة وفقا للقوانين والتنظيمات.

القسم الخامس

الممارسة غير الشرعية للمهن الطبية

المادة 214 : تعد ممارسة الطب وجراحة الاسنان والصيدلة ممارسة غير شرعية، مع مراعاة المادة 196 من هذا القانون، فى الحالات التالية :

- كل شخص يمارس عمل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلى، دون أن تتوفر فيه الشروط المحددة فى المادة 197 من هذا القانون، أو خلال مدة المنع من الممارسة،

- كل شخص لا تتوفر فيه الشروط المحددة فى المادتين 197 و 198 من هذا القانون، يشارك عادة بأجر أو دون أجر، ولو بحضور طبيب أو جراح أسنان فى اعداد تشخيص أو معالجة أمراض أو اصابات جراحية أو تتعلق بطب الاسنان، وراثية كانت أو مكتسبة، حقيقية كانت أو مفترضة، من خلال أعمال شخصية أو فحوص شفوية أو كتابية أو عن طريق أى أسلوب آخر كيفما كان نوعه.

- كل شخص يمارس المهنة فى هيكل صحى عمومى أو خاص، دون أن يرخص له بمقرر الوزير المكلف بالصحة،

- كل من يقدم مساعدته للأشخاص المذكورين فى الفقرتين السابقتين أو يتواطأ معهم ولو كان حائزا الشهادة المطلوبة.

القسم السادس

المحال التى تستعمل فى الطب وجراحة الاسنان والصيدلة

المادة 215 : يجب أن تخضع المحال التى تستعمل فى الطب وجراحة الاسنان والصيدلة، الى

الباب السابع تمويل الصحة

المادة 228 : تتولى الدولة تمويل المصالح العمومية للصحة.

كما تمويل المصالح العمومية للصحة، هيئات الضمان الاجتماعي، حسب المقاييس والنسب التي يحددها التشريع والتنظيم الجاري بهما العمل.

المادة 229 : تساهم المؤسسات والادارات في تمويل الصحة، في اطار الاعمال المبرمجة، طبقا للتشريع والتنظيم المتعلقين بالخدمات الاجتماعية.

المادة 230 : تشترك الجماعات المحلية في تمويل برامج الوقاية والنظافة والتربية الصحية، طبقا للتشريع والتنظيم الجاري بهما العمل.

المادة 231 : يمكن أن يطلب ممن يقدم لهم العلاج أن يساهموا في تمويل نفقات الصحة، مع مراعاة أحكام المادة 22 من هذا القانون.

تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 232 : تندرج مشاركة هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل الانجازات ذات الطابع الصحي، في المخطط الوطني لتنمية الصحة، وتخضع للإجراءات المعمول بها في مجال الاستثمارات المخططة.

تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 233 : يمكن أن يطلب أيضا من المؤسسات والهيئات العمومية والجماعات المحلية أن تساهم في تمويل الانجازات ذات الطابع الصحي، حسب الإجراءات المعمول بها في مجال الاستثمارات المخططة.

الباب الثامن أحكام جزائية

الفصل الاول

أحكام جزائية تتعلق بمستخدمي الصحة

المادة 234 : تطبق العقوبات المنصوص عليها

ـ طلبة مؤسسات التكوين والمساعدون الطبيون الذين يعملون تحت مراقبة طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي.

المادة 221 : يمارس المساعدون الطبيون أعمالهم باسم هويتهم القانونية وتسميتهم وحسب تأهيلهم في حدود اختصاصاتهم.

المادة 222 : يجب على المساعدين الطبيين أن يقوموا بما يأتي :

ـ يعملون في الحدود المضبوطة والمحددة تبعا لتأهيلهم،

ـ يقتصر تدخلهم على تنفيذ ما وصفه أو بينه الطبيب أو جراح الاسنان أو الصيدلي،

ـ يلجأون فورا الى تدخل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلي، اذا حدث خلال ممارستهم عملهم أو أوشكت أن تحدث مضاعفات لا يدخل علاجها في اطار الاختصاصات المسطرة لهم.

المادة 223 : تحدد، عن طريق التنظيم، أسعار الاعمال التي يؤديها المساعدون الطبيون.

المادة 224 : يتعين على المساعدين الطبيين، في حدود تأهيلهم، أن يعدوا بطاقيّة المرضى ويقدموا المعلومات والوثائق الاحصائية الصحية التي لها علاقة بعملهم.

المادة 225 : يمنع المساعدون الطبيون مما يأتي :

ـ تغيير الوصفات الطبية التي يكلفون بتنفيذها،

ـ تقديم أو تطبيق أساليب تقنية أو علاجية مغايرة لما يدرس في البرامج الوطنية للتكوين.

المادة 226 : يجب على المساعدين الطبيين أن يلتزموا بالسّر المهني، الا اذا حررتهم من ذلك صراحة الاحكام القانونية.

المادة 227 : يلزم المساعدون الطبيون بتحسين مستواهم بالمشاركة في دروس تجديد المعلومات وتدريبها التي ينظمها الوزير المكلف بالصحة حسب الكفاءات المحددة عن طريق التنظيم.

190 من هذا القانون، فيما يخص المواد السامة غير المخدرة، بالحبس من شهرين الى سنتين وبغرامة مالية تتراوح بين 2000 و 10.000 دينار جزائري، أو باحدى هاتين العقوبتين.

المادة 242 : يعاقب الذين يخالفون أحكام التنظيمات المنصوص عليها في المادة 190 من هذا القانون، فيما يخص المواد السامة المصنفة على أنها مخدرات، بالحبس من سنتين الى عشر سنوات وبغرامة مالية تتراوح بين 5000 و 10.000 دج، أو باحدى هاتين العقوبتين.

المادة 243 : يعاقب، بالحبس من عشر سنوات الى عشرين سنة وبغرامة مالية تتراوح بين 5.000 و 10.000 دج الذين يصنعون بصفة غير شرعية، مخدرات أو يحضرونها أو يحولونها أو يستوردونها، أو يتولون عبورها أو يصدرونها أو يستودعونها أو يقررون بالسمرة فيها، أو يبيعونها أو يرسلونها أو ينقلونها أو يعرضونها للتجارة بأي شكل كان.

ويعاقب على محاولة ارتكاب احدهى هذه المخالفات التى تقمها أحكام الفقرة السابقة. يطبق الحكم نفسه على الاشتراك فى ارتكاب هذه المخالفات أو الاتفاق على ارتكابها.

يجوز اصدار العقوبات الواردة فى الفقرات السابقة، ولو ارتكبت الاعمال التى تكون عناصر المخالفة فى بلدان مختلفة.

المادة 244 : يعاقب بالحبس من سنتين الى عشر سنوات وبغرامة مالية تتراوح بين 5000 و 50.000 دج، أو باحدى هاتين العقوبتين، الاشخاص المذكورون فيما يأتى :

(1) من يسهلون لغيرهم استعمال المواد المذكورة أو النباتات المبيئة فى المادة 243 أعلاه، بمقابل مالى أو مجانا، سواء بتسخير محل لهذا الغرض أو بأية وسيلة أخرى،

(2) كل من يحصلون على المواد أو النباتات المذكورة أو يحاولون الحصول عليها بواسطة وصفات وهمية أو وصفات تواطئية،

فى المادة 243 من قانون العقوبات على الممارسة غير الشرعية للطب وجراحة الاسنان والصيدلة ومهن المساعد الطبى كما هى محددة فى المادتين 214 و 219 من هذا القانون.

المادة 235 : تطبق العقوبات المنصوص عليها فى المادة 301 من قانون العقوبات على من لا يراعى الزامية السر المهني، المنصوص عليها فى المادتين 206 و 226 من هذا القانون.

المادة 236 : يعاقب، طبقا لاحكام المادة 422 مكرر 2 من قانون العقوبات، من لم يمثل أوامر تسخير السلطة العمومية المعدة والمبلغه حسب الاشكال التنظيمية كما نصت على ذلك المادة 210 من هذا القانون.

المادة 237 : تطبق العقوبات المنصوص عليها فى المادتين 243 و 247 من قانون العقوبات على من يخالف أحكام المادتين 207 و 221 من هذا القانون.

المادة 238 : يمنع كل طبيب أو جراح أسنان أو صيدلى أو مساعد طبى، أثناء ممارسته مهامه، أن يشهد زورا، وعمدا، قصد تفضيل شخص طبيعى أو معنوى أو تعمد الاساءة اليه، وتطبق أحكام المادة 226 من قانون العقوبات على كل من يخالف ذلك.

المادة 239 : يتابع، طبقا لاحكام المادتين 288 و 289 من قانون العقوبات، أى طبيب أو جراح أسنان أو صيدلى أو مساعد طبى، على كل تقصير أو خطأ مهني يرتكبه، خلال ممارسته مهامه أو بمناسبة القيام بها، ويلحق ضررا بالسلامة البدنية لاحد الاشخاص أو بصحته، أو يحدث له عجزا مستديما، أو يعرض حياته للخطر، أو يتسبب فى وفاته.

المادة 240 : يعاقب كل من يخالف أحكام المادتين 211 و 223 من هذا القانون بغرامة مالية تتراوح بين 1000 و 3000 دج، دون المساس بالعقوبات الادارية. وتضاعف العقوبة فى حالة العود.

الفصل الثانى

أحكام جزائية تتعلق بالمواد الصيدلية

المادة 241 : يعاقب الذين يخالفون أحكام المادة

(3) كل الذين يسلمون المواد أو النباتات المذكورة بناء على تقديم وصفات اليهم مع علمهم بطابعها الوهمي أو التواطئي.

تكون عقوبة السجن من خمس سنوات الى عشر سنوات، اذا سهل استعمال المواد أو النباتات المذكورة لاحد القصر، أو سلمت له هذه المواد أو النباتات في الظروف المنصوص عليها في الفقرة 3 أعلاه.

المادة 245 : يعاقب بالحبس من شهرين الى سنة واحدة وبغرامة مالية تتراوح بين 500 و 5.000 دج أو باحدى هاتين العقوبتين، كل من يشتغل بصنع غير شرعية احدى المواد أو النباتات المصنفة على أنها مخدرة.

المادة 246 : يجوز للمحاكم في حالة الادانة بسبب ارتكاب المخالفات المنصوص عليها في المواد 242 و 243 و 244 و 245 من هذا القانون، أن تصدر ما يأتي :

— امكانية الحكم بالحرمان من الحقوق المدنية مدة تتراوح بين خمس سنوات وعشر سنوات،

— امكانية الحكم بالمنع من ممارسة المهنة التي ارتكبت الجنحة خلالها مدة خمس سنوات على الأكثر،

— وجوب الحكم بمنع الإقامة حسب الشروط

المنصوص عليها في المادة 12 من قانون العقوبات،

— وجوب الحكم بسحب جواز السفر وإيقاف رخصة السياقة مدة 3 سنوات على الأكثر،

— وجوب الامر بمصادرة المواد أو النباتات المحجوزة،

— وجوب الامر بمصادرة الاثاث والمشآت

والاواني والوسائل الأخرى التي استعملت في صنع المواد أو النباتات ونقلها، مع مراعاة حقوق الغير.

المادة 247 : تضاعف العقوبات المنصوص عليها في المواد 241 الى 245 من هذا القانون في حالة المود.

المادة 248 : يمكن اصدار الحكم بالاعدام، اذا كان طابع احدى المخالفات المنصوص عليها في المادتين 243 و 244 من هذا القانون، محلا بالصحة المعنوية للشعب الجزائري.

المادة 249 : لا ترفع الدعوى العمومية على الاشخاص الذين امتثلوا العلاج الطبي الذي وصف لهم وتابعوه حتى نهايته.

كما أنه لا ترفع الدعوى العمومية على الاشخاص الذين استعملوا المخدرات استعمالا غير شرعي اذا ثبت أنهم تابعوا علاجاً مويلاً للتسمم أو كانوا تحت المتابعة الطبية، منذ حدوث الوقائع المنسوبة اليهم.

وفي جميع الحالات المنصوص عليها في هذه المادة، يحكم بمصادرة المواد والنباتات المحجوزة، أن اقضى الامر، بأمر من رئيس المحكمة، بناء على طلب وكيل الجمهورية.

المادة 250 : يمكن أن يأمر قاضي التحقيق أو قاضي الاحداث باحضاع الاشخاص المتهمين بارتكاب الجنحة المنصوص عليها في المادة 245 أعلاه، لمعالجة مزيلة للتسمم، تصاحبها جميع تدابير المتابعة الطبية واعادة التكييف الملائمة لحالتهم، اذا ثبت أن حالتهم الصحية تستوجب علاجاً طبياً.

يصدر تنفيذ الامر الذي يوجب هذا العلاج بعد انتهاء التحقيق، وعلى أية حال حتى تصدر الجهات القضائية حكماً بغير ذلك.

المادة 251 : يجوز للجهة القضائية الحاكمة أن تلزم الاشخاص المعنيين في المادة السابقة، بالغضوع لعلاج ازالة التسمم ولاسيما تأكيد الامر المذكور في المادة السابقة أو تمديد اثره. وتنفذ قرارات الجهة القضائية التي اصدرت الحكم، ولو طلب الاستئناف.

واذا طبقت الاحكام المنصوص عليها في المادة 230 أعلاه، وفي الفقرة الأولى من هذه المادة، امكن الجهة القضائية التي تحال عليها القضية أن لا تحكم بالعقوبات المنصوص عليها في المادة 245 أعلاه.

المادة 256 : يمكن المحكمة، في حالة أدانة مستغل أحد المحال المذكورة في المادة 254 أعلاه، أن تأمر بغلق المحل مدة تتراوح من ستة أشهر إلى سنتين وتقرر، عند الاقتضاء، سحب رخصة الاستغلال.

المادة 257 : يعاقب كل من يخالف المنع من ممارسة مهنته الصادر بمقتضى الفقرة الثانية من المادة 246، بالحبس من ثلاثة أشهر على الأقل إلى سنتين على الأكثر وبغرامة مالية تتراوح بين 500 دج على الأقل و 2.000 دج على الأكثر أو باحدى هاتين العقوبتين.

المادة 258 : يعاقب بالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات وبغرامة مالية تتراوح بين 5000 دج و 10.000 دج أو باحدى هاتين العقوبتين، دون المساس بالاحكام المنصوص عليها في قانون العقوبات، كل من حرض بأية وسيلة كانت على ارتكاب الجنب المنصوص عليها وعلى عقابها في المواد 242 و 243 و 244 و 245 من هذا القانون، ولو لم ينجر عن هذا التحريض أى أثر.

وفي حالة التحريض بوسيلة كتابية أو صوتية أو صور تدخل الى الجزائر أو تبث في الخارج وتستقبل في الجزائر، تطبق الملاحقات المنصوص عليها في الفقرة السابقة وفقا لاحكام المنصوص عليها في قانون العقوبات.

المادة 259 : يجوز للمحاكم أن تقرر منع أى اجنبى حكم عليه بسبب ارتكابه احدى الجنب المنصوص عليها في المواد 242 و 243 و 244 و 245 من هذ القانون، من دخول التراب الجزائرى مدة تتراوح بين سنة وعشر سنوات.

ويمكن أن يكون هذا المنع نهائيا فيما يخص الجنب المنصوص عليها في المادة 243 أعلاه.

المادة 260 : يعاقب كل من يخالف الاحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالعناصر المشعة الاصطناعية، بالحبس من خمسة عشر يوما الى ثلاثة أشهر وبغرامة مالية تتراوح بين 2000 و 6000 دج أو باحدى هاتين العقوبتين.

المادة 252 : تسلط العقوبات المنصوص عليها في المادة 245 على الذين يمتنعون من تنفيذ قرار يأمر بالعلاج المزيل للتسمم، دون المساس عند الاقتضاء، بتجديد الامر بتطبيق المادتين 250 و 251 أعلاه.

المادة 253 : يجرى علاج ازالة التسمم المنصوص عليه في المواد السابقة، في مؤسسة متخصصة أو خارجيا تحت متابعة طبية.

يعلم الطبيب المعالج السلطة القضائية بسير العلاج ونتائجه.

تحدد شروط سير العلاج المذكور بقرار وزارى مشترك بين وزير الداخلية والجماعات المحلية ووزير العدل والوزير المكلف بالصحة.

المادة 254 : يجوز لقاضى التحقيق أو الجهة القضائية التى تصدر الحكم، فى حالة رفع الدعوى بسبب ارتكاب احدى الجنب المنصوص عليها فى المواد من 242 الى 244 أعلاه، الامر باغلاق أى مكان مخصص للجمهور أو يستعمله، ارتكب فيه مستغله تلك الجنب أو تواطأ مع غيره على ارتكابها، غلقا مؤقتا، سواء أكان فندقا أو بيتا مفروشا أو محل ايواء واطعام، أو محل مشروبات، أو مطعما أو ناديا أو محلا لمروض التسلية، أو ملحقا لما سبق ذكره.

ويمكن تجديد هذا الغلق حسب الاشكال والمدة نفسها المنصوص عليها فى الفقرة السابقة.

المادة 255 : يمكن الطعن فى قرارات الاغلاق أو تجديد الاغلاق ورفع اليد عليه، التى يصدرها قاضى التحقيق، ويكون هذا الطعن لدى غرفة الاتهام خلال 24 ساعة بعد تنفيذ تلك القرارات أو تبليفها الى الاطراف المعنية.

كما يمكن الطعن فى قرارات الاغلاق وتجديده ورفع اليد عليه التى تصدرها الجهة القضائية التى تحكم فى القضية، طبقا لاحكام قانون الاجراءات الجزائية.

المادة 261 : يعاقب كل من يخالف الاحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالمستغلات التي تستخدم في صنع المشروبات الكحولية، بغرامة مالية تتراوح بين 500 و 10.000 دج وبالحبس من شهرين الى سنة أو باحدى هاتين العقوبتين.

وفي حالة العود، يضاعف الحد الأدنى والاقصى للعقوبات المنصوص عليها في هذه المادة.

ويمكن المحكمة زيادة على ذلك أن تقرر غلق المؤسسة نهائيا ومصادرة السلع والعتاد.

وفي جميع الحالات، يمكن حرمان الجانحين من حقوقهم المدنية طوال سنة على الاقل وخمس سنوات على الاكثر.

المادة 262 : يعاقب كل من يخالف الاحكام المتعلقة بمواد الاجهاض بالحبس من ستة أشهر الى سنتين وبغرامة مالية تتراوح بين 1.000 و 3.000 دج أو باحدى هاتين العقوبتين.

وتأمر المحاكم في جميع الحالات بمصادرة المستحضرات العلاجية والمواد والادوات والاشياء المعجوزة.

ويجوز لها، زيادة على ذلك أن تصدر في حق المحكوم عليه حكم الايقاف المؤقت أو عدم الاهلية لممارسة المهنة التي يكون قد ارتكب الجنبه من خلالها.

المادة 263 : يعاقب كل من يتاجر بالدم البشري أو مصله أو مشتقاته قصد الربح، بغرامة مالية تتراوح بين 500 و 1000 دج، وفي حالة العود بغرامة مالية تتراوح بين 1000 و 5000 دج وبالحبس من ستة أشهر الى سنتين.

المادة 264 : يعاقب كل من يخالف التنظيم المتعلق باشهار المواد والمؤسسات الصيدلية بغرامة مالية تتراوح بين 500 و 1000 دج، وفي حالة العود بغرامة مالية تتراوح بين 1000 و 2000 دج.

وتطبق العقوبات نفسها على كل من يجنى ربحا من اشهار غير نظامي وعلى الاعوان الذين

يبثون هذا الاشهار كيفما كان الاسلوب المستعمل فيه.

المادة 265 : يعاقب كل من يخالف الاحكام المتعلقة باشهار العناصر الاشعاعية الاصطناعية بغرامة مالية قدرها 1000 دج وفي حالة العود بغرامة مالية قدرها 5000 دج.

وفي هذه الحالة، يجوز للمحكمة أن تمنع بيع المنتج الذي يكون اشهاره خرقا لهذه المادة.

الفصل الثالث

أحكام جزائية تتعلق بالصحة العمومية ومكافحة الاوبئة

المادة 266 : يتعرض مخالفو قواعد النقاوة والنظافة والوقاية العامة ومقاييسها، مع مراعاة العقوبات التأديبية والادارية، الى عقوبات جزائية طبقا للتشريع الجارى به العمل ولاسيما المواد 441 مكرر و 442 مكرر و 443 مكرر من قانون العقوبات.

الباب التاسع

أحكام ختامية

المادة 267 : تحدد فيما بعد، الاحكام المتعلقة بالاخلاق والواجبات المهنية.

المادة 268 : تلغى الاوامر الآتى ذكرها :

— الامر رقم 76 - 79 المؤرخ في 23 أكتوبر سنة 1976 والمتضمن قانون الصحة العمومية،

— الامر رقم 73 - 65 المؤرخ في 28 ديسمبر سنة 1973 والمتضمن الطب المجاني في القطاعات الصحية،

— الامر رقم 75 - 09 المؤرخ في 17 فبراير سنة 1975 والمتضمن قمع الاتجار والاستهلاك المحظورين للمواد السامة والمخدرات.

المادة 269 : ينشر هذا القانون في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرر بالجزائر في 26 جمادى الاولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985. الشاذلي بن جديد

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

AVANT PROJET DE LA LOI RELATIVE A LA SANTE

Août 2014

TITRE I

PRINCIPES ET DISPOSITIONS FONDAMENTAUX

CHAPITRE I

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Article 1er : La présente loi a pour objet de fixer les règles générales en matière de santé.

Elle a pour but d'assurer la protection, le maintien, le rétablissement et la promotion de la santé des individus en particulier et de la population en général, dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de l'égalité.

Art 2 : La protection et la promotion de la santé concourent au bien être physique, psychique et social de l'être humain, à son épanouissement au sein de la société et constituent, de ce fait, un facteur essentiel du développement durable.

L'action de l'Etat doit traduire, à tous les niveaux, l'importance accordée à la santé comme droit fondamental.

Art 3 : L'Etat, les collectivités locales, les autorités sanitaires, les établissements de santé publics et privés et tous les organismes, participant à la prévention et aux soins, assurent le développement de la prévention, l'égal accès de chaque citoyen aux soins et garantissent la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire.

Art 4 : La protection, le maintien et la promotion de la santé sont mis en œuvre par une politique de prévention de la santé qui s'exerce à travers des actions individuelles et collectives, tendant notamment :

- à réduire les risques éventuels pour la santé des individus liés au cadre et à la qualité de la vie, à l'environnement, en général, aux transports, à l'alimentation ou à la consommation de produits et de services ;
- à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales en matière de santé ;
- à entreprendre des actions de prophylaxie et des programmes de vaccination et de dépistage des maladies, des handicaps ou des facteurs de risques ;

- à promouvoir le recours à des examens et des traitements à portée préventive ;
- à développer des actions d'information, d'éducation et de communication.

CHAPITRE II

DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AU SYSTEME DE SANTE

Art 5 : Le système de santé prend en charge les besoins en santé de la population, de manière globale et continue. Il est basé sur une organisation hiérarchisée des structures et des activités.

Il est défini comme étant l'ensemble des objectifs arrêtés, des ressources mobilisées, ainsi que l'organisation des institutions et organismes publics et privés qui assurent la **protection** et la **promotion** de la santé.

Art 6 : Le système de santé est caractérisé par :

- une carte sanitaire organisant le découpage en régions sanitaires et la coopération des activités et des structures de santé ;
- l'inter-sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé ;
- le développement des ressources humaines;
- la mobilisation de ressources matérielles et financières en adéquation avec les objectifs arrêtés ;
- la complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation, dans son aspect médical et social ;
- des démarches diagnostiques et thérapeutiques, régulièrement évaluées, basées sur le consensus, permettant de réduire les risques iatrogènes et les coûts ;
- l'organisation et la promotion de la formation et de la recherche en sciences de la santé.

Art 7 : La planification sanitaire a pour but de déterminer, sur la base d'une évaluation de la santé de la population, les besoins en soins, compte tenu de l'évolution démographique et du profil épidémiologique et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et équitable.

CHAPITRE III

OBLIGATIONS DE L'ETAT EN MATIERE DE SANTE

Art 8 : L'Etat assure la prise en charge des soins de base et de prévention. Les soins de base sont l'ensemble des services de promotion, de soins et de réadaptation visant à résoudre les problèmes de santé des individus, ils constituent le premier niveau d'un processus continu de protection sanitaire de proximité.

Ils doivent être rapprochés le plus possible des lieux de vie et de travail

Art 9 : Dans le cadre de la politique de promotion de la santé des individus, l'Etat et les collectivités locales veillent à la protection de l'environnement, la protection du consommateur, à l'hygiène du milieu et à la salubrité du cadre de vie.

Art 10 : L'Etat prend toutes les mesures appropriées pour protéger l'enfant, l'adolescent et toute personne contre toute forme de violence, y compris la violence sexuelle, des atteintes ou des brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements et de toutes formes d'exploitation.

Art 11 : L'Etat met en place les moyens médicaux et psychologiques afin de soulager les souffrances des personnes victimes de violences et de permettre leur insertion harmonieuse dans la société.

Art 12 : Les professionnels de la santé sont tenus d'informer les services concernés des violences dont ils ont eu connaissance dans leurs pratiques professionnelles et subies notamment par les enfants et les adolescents mineurs, les incapables et les personnes privées de liberté.

Art 13 : L'Etat met en place des structures de réhabilitation et de prise en charge psychologique des victimes de violences et des personnes en situation de détresse psychologique.

Art 14 : L'Etat protège et promeut le droit des adolescents à l'éducation, à l'information en matière de santé et aux soins. Il organise l'accès à l'information et aux services dans ce domaine.

CHAPITRE IV

DROITS ET DEVOIRS DES PATIENTS

Art 15 : Toute personne a droit aux soins qu'exige son état de santé, à toutes les étapes de la vie, et en tous lieux, dans le respect de sa dignité. Elle doit bénéficier, également, d'un accompagnement et peut se faire entourer de ses proches dans les conditions qui sont fixées par voie réglementaire.

Art 16 : La personne malade a droit au respect de sa dignité. Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison notamment de son origine, de sa religion, de son âge, de son sexe, de sa situation sociale et familiale, de son état de santé ou de son handicap. Elle doit obligatoirement faire l'objet d'une consultation et d'un suivi par un médecin référent. Les dispositions du présent article sont précisées par voie réglementaire.

Art 17 : Toute personne a droit, sauf en cas d'urgence ou de force majeure, à être informée sur son état de santé, des soins qu'elle nécessite et des risques qu'elle encourt. Les droits des mineurs et des majeurs incapables juridiquement, mentionnés au présent chapitre, sont exercés par les parents ou par le tuteur légal.

Art 18 : Toute personne a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi. Le secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, parvenues à la connaissance du professionnel de santé. Il oblige l'équipe soignante et l'ensemble des personnels de la structure de santé à en respecter la teneur.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, les membres de la famille de la personne malade peuvent recevoir les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien à celle-ci sauf opposition de sa part.

Art 19 : Le secret médical ne représente pas un empêchement à l'information de la famille d'une personne décédée, dans la mesure où elle leur est nécessaire pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir ses droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Art 20 : Chaque personne est tenue de disposer d'une carte électronique de santé (dénommée carte de la santé). Cette carte enregistre les informations essentielles permettant le suivi de sa santé. Elle est exigée pour chaque consultation ou soins, par son médecin référent prévu à l'article 16 ci-dessus. Elle est exigée également par son médecin traitant.

Art 21 : Les patients contribuent au bon déroulement des soins, notamment en suivant les prescriptions qui leurs sont indiquées et en fournissant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur santé. Dans les établissements de santé, les patients doivent se conformer au règlement intérieur. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 22 : en cas de violation des droits prévus dans les articles 15 à 19 de la présente loi, tout patient ainsi que toute personne habilitée à le représenter peut déposer un recours auprès de la commission de conciliation et de médiation instituée dans chaque établissement de santé et prévue à l'article 205 ci-dessous.

TITRE II PROTECTION DE LA SANTE

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Art 23 : La protection de la santé est l'ensemble des mesures sanitaires, économiques, sociales, éducatives et écologiques visant à réduire ou à éliminer les risques sanitaires, qu'ils soient liés à l'environnement ou induits par l'alimentation ou par le comportement de l'homme ou d'origine héréditaire et ceci, afin de protéger la santé de l'individu et de la collectivité.

Art 24 : Les structures sanitaires organisent, dans le cadre de l'exécution des programmes de santé, avec le concours et l'assistance des autorités concernées et du mouvement associatif, des campagnes de sensibilisation, d'information et d'actions de prévention contre les maladies, les fléaux sociaux, les accidents et les catastrophes quelle que soit leur nature.

Art 25 : L'Etat encourage les activités en matière de santé des associations de personnes malades et des usagers du système de santé.

Art 26 : Il est créé auprès du ministre chargé de la santé un conseil national de la santé.

Le conseil est chargé, sur la base de données épidémiologique existante, des priorités régionales, des études qu'il commande, des tendances des besoins en santé de la population et des ressources disponibles et mobilisables, d'étudier et de proposer les mesures appropriées afin d'assurer une prise en charge du malade.

Le conseil national de la santé, cité à l'aliéna 1^{er} ci-dessus, propose la liste des priorités sanitaires devant bénéficier d'un programme de santé publique et prépare un rapport périodique sur l'état de santé de la population.

La composition, l'organisation et le fonctionnement du conseil sont fixés par voie réglementaire.

Art 27 : Les programmes de santé sont définis comme étant l'ensemble des moyens susceptibles d'être mobilisés, pour assurer, à une population déterminée ou à toute la population, des prestations préventives et curatives.

Les programmes de santé sont nationaux, régionaux et locaux. Ils sont à charge de l'Etat et bénéficient des moyens financiers nécessaires à leur réalisation.

Art 28 : Les programmes de santé nationaux sont élaborés, supervisés et évalués périodiquement par le ministre chargé de la santé, en collaboration avec l'ensemble des secteurs concernés.

Ils sont mis en œuvre par les régions sanitaires prévues à l'article 187 ci-dessous, par les structures et les établissements de santé et les secteurs concernés. Les programmes nationaux notamment ceux relatifs à des pathologies particulières bénéficient d'aménagements spécifiques, notamment en ce qui concerne l'organisation en réseaux de structures de prise en charge.

Art 29 : Les programmes de santé régionaux sont destinés à prendre en charge les problèmes de santé spécifiques à une ou plusieurs régions du pays.

Les programmes régionaux de santé sont élaborés et mis en œuvre par la région sanitaire. Ils sont évalués par le Ministre chargé de la santé.

Le programme régional de santé, intitulé « santé sud » bénéficie d'aménagements spécifiques notamment en ce qui concerne l'organisation en réseaux de structures de prise en charge ainsi que la mobilisation des ressources humaines nécessaires à sa mise en œuvre.

Art 30 : Les programmes locaux de santé d'une commune ou de plusieurs communes concernent les besoins en santé identifiés comme prioritaires pour les populations concernées et nécessitant une prise en charge particulière. Ils sont élaborés, à l'initiative des services locaux de santé, en collaboration avec les secteurs concernés et soumis à la région sanitaire pour validation et évaluation. Leur exécution est du ressort des autorités administratives et des services techniques compétents en matière de santé.

CHAPITRE II

LA PREVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

Section 1 : Les maladies transmissibles

Art 31 : Le wali, le Président de l'Assemblée Populaire Communale, les responsables d'organismes publics ou privés, en relation avec les services sanitaires, sont tenus, en permanence, de mettre en œuvre les mesures et les moyens nécessaires pour lutter contre les endémies, éviter l'apparition d'épidémies et éliminer, dans les plus brefs délais, les causes de la situation épidémique.

Les autorités locales doivent, à cet effet, prendre des mesures appropriées.

Art 32 : Les personnes atteintes de maladies transmissibles et les personnes en contact avec celles-ci et susceptibles de constituer une source de contamination, sont astreintes à un traitement selon les procédures en vigueur.

La liste des maladies transmissibles soumises à déclaration obligatoire est fixée par **voie réglementaire**.

Art 33 : le médecin est tenu de déclarer immédiatement aux services sanitaires concernés, tout cas suspect ou confirmé d'une maladie figurant sur la liste des maladies à déclaration obligatoire prévue à l'article 32 ci-dessus.

Art 34 : Les services de santé habilités **sont tenus** d'assurer les vaccinations obligatoires, à titre gratuit, aux populations concernées.

Art 35 : En cas de risque de situation épidémique et/ou de protection de certaines personnes à risque, les autorités sanitaires organisent des campagnes de vaccination et prennent toute mesure appropriée en faveur des populations ou des personnes concernées.

Art 36 : Les personnes atteintes de certaines maladies transmissibles bénéficient d'un document individuel utilisé aux fins de réadaptation et de réinsertion sociale et professionnelle.

La liste de ces maladies est fixée **par voie réglementaire**.

Section 2 : Les maladies non transmissibles

Art 37 : La liste des maladies non transmissibles donnant lieu à un programme national, fixée par voie réglementaire, **est fixée par voie réglementaire**.

Art 38 : La liste des maladies chroniques susceptibles de donner lieu à un dépistage et/ou à un traitement gratuit est fixée par le ministre chargé de la santé sur proposition du conseil national de la santé.

Art 39 : En vue de réduire les facteurs de risque communs à certaines maladies non transmissibles, l'Etat met en place des programmes intégrés multisectoriels.

CHAPITRE III

PROGRAMMES SPECIFIQUES DE SANTE

Section 1 : Protection de la mère et de l'enfant

Art 40 : La lutte contre la mortalité maternelle et infantile constitue une priorité de santé publique qui nécessite la mise en place de programmes adéquats.

Art 41 : La protection de la mère et de l'enfant est assurée par l'ensemble des mesures médicales, psychologiques sociales, éducatives et administratives ayant pour but, notamment :

- de protéger la santé de la mère, en lui assurant les conditions médicales, psychologique et sociales nécessaires, avant, pendant et après la grossesse ;
- d'assurer les conditions de santé et de développement physique, mental et psychomoteur de l'enfant.

Art 42 : En vue de dépister des affections héréditaires et/ou contagieuses ainsi que des maladies chroniques, les futurs époux doivent subir un examen médical prénuptial.

Les résultats des examens et analyses, leur sont remis individuellement et à titre confidentiel.

La liste des examens et analyses est fixée par voie réglementaire.

Art 43 : La planification familiale participe à la préservation de la santé de la mère et de l'enfant, elle constitue une priorité de santé publique.

Art 44 : L'Etat met en place les moyens appropriés pour assurer le suivi périodique et obligatoire de la grossesse.

Art 45 : Le diagnostic prénatal peut être pratiqué en vue de détecter, *in-utero*, chez l'embryon ou le fœtus, une affection d'une particulière gravité, l'accord préalable des parents étant exigé.

Le diagnostic prénatal est assuré dans des structures habilitées à cet effet.

Les conditions d'agrément de ces structures sont fixées par voie réglementaire.

Art 46 : Lorsque les affections dépistées par le diagnostic anténatal attestent, avec certitude que l'embryon ou le fœtus est atteint d'une maladie ou d'une malformation grave ne permettant pas son développement normal, le médecin spécialiste concerné, en accord avec le médecin traitant doit en informer les parents et entreprendre avec leur consentement, toute mesure thérapeutique dictée par les circonstances, y compris l'interruption de grossesse. Toutefois, et lorsque la vie de la mère est en danger, deux médecins experts peuvent décider de l'interruption de la grossesse.

Art 47 : Lorsque la vie de la mère est en danger ou lorsque son équilibre physiologique ou psychologique est gravement menacé, le médecin spécialiste concerné, en accord avec le médecin traitant, doit informer le couple et entreprendre, avec leur consentement, toute mesure thérapeutique dictée par les circonstances, y compris l'interruption de grossesse. Les droits des mineurs sont assurés conformément au paragraphe 2 de l'article 17 de la présente loi. Devant un risque majeur pour la vie de la mère et pour le fœtus deux médecins experts peuvent également prendre des décisions thérapeutiques appropriées.

L'interruption thérapeutique de grossesse ne peut s'effectuer que dans les établissements publics de santé ou dans les établissements privés assurant d'un service public de santé dûment agréés et autorisés.

Art 48 : Quand la vie ou la santé de la mère est mise en danger par une grossesse éventuelle, le médecin traitant doit informer le couple et envisager, avec leur consentement, les mesures qu'il juge nécessaires.

Lorsqu'il y a une forte probabilité d'un handicap sévère de l'enfant à venir, le médecin traitant, en accord avec le médecin spécialiste concerné, doit en informer les parents et envisager, avec leur consentement, les mesures qu'il juge nécessaires.

Art 49 : Les structures de santé pourvues de lits de maternité, peuvent accueillir les femmes enceintes d'au moins sept (07) mois.

Les structures de santé publique et privées assurant un service public sont tenues de respecter l'anonymat, à la demande de la personne concernée.

L'accueil et l'hospitalisation des femmes enceintes sont à la charge de l'Etat dans les établissements de santé publics et privés assurant un service public.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire.

Art 50 : Tous les néonataux et les enfants, dès leur naissance, bénéficient des vaccinations obligatoires et gratuites dont la liste et le calendrier sont fixés par voie réglementaire.

Ils bénéficient, en outre, gratuitement, de toutes les prestations prévues pour les enfants dans les programmes nationaux de prévention.

Art 51 : Nonobstant les dispositions de l'article 20 de la présente loi, il est institué un carnet de santé de l'enfant destiné à enregistrer des informations concernant sa santé, de sa conception à l'âge adulte.

Section 2 : Les adolescents

Art 52 : La protection et la promotion de la santé des jeunes constituent une priorité majeure de l'Etat.

Le Ministre chargé de la santé élabore et met en œuvre en collaboration avec les services concernés des programmes spécifiques et adaptés aux besoins de santé des adolescents.

Art 53 : Afin de prévenir des comportements nocifs pour la santé des adolescents et de permettre leur épanouissement, les services de santé, en collaboration avec les collectivités locales, les institutions, les organismes et les associations concernés, participent aux actions socio-éducatives et sanitaires, en veillant particulièrement à la protection et à la promotion de leur santé.

Section 3 : Les personnes âgées

Art 54 : L'Etat élabore et met en place des programmes de protection de la santé des personnes âgées.

Les personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou handicapées bénéficient de toute prestation de soins, de réadaptation, d'assistance sociale et psychologique exigée par leur état de santé.

Art 55 : Les services de santé assurent, par des formations de personnels qualifiés et par tout autre moyen, la prise en charge des besoins de santé des personnes âgées.

Section 4 : Les personnes en difficulté

Art 56 : Les personnes en difficulté ont droit à la protection sanitaire et sociale.

Art 57 : La personne en difficulté est toute personne **qui nécessite**, sur le plan sanitaire, une intervention **et une prise en charge de l'Etat**.

Sont considérées comme des personnes en difficulté, notamment :

- les personnes démunies et vivant dans des conditions de précarité matérielle et psychologique mettant en danger leur santé mentale et physique ;
- les personnes handicapées, telles que définies par la législation en vigueur ;
- les malades chroniques nécessitant une prise en charge médicale appropriée dans une structure de santé ou à domicile ;
- les personnes dont le comportement peut présenter un danger pour leur santé ou pour la santé de la collectivité ;
- les personnes victimes de catastrophes ou de tous autres événements exceptionnels;
- les enfants ou les adolescents, placés dans des établissements relevant du ministre chargé de l'action sociale;
- les mères et les femmes en situation de détresse psychologique et sociale.

Art 58 : Les services de santé assurent la couverture sanitaire de l'ensemble des personnes en difficulté vivant en milieu institutionnel ou ouvert. Ils veillent au respect des normes d'hygiène et de sécurité, en collaboration avec les services concernés.

Art 59 : l'Etat prend les mesures nécessaires pour prévenir l'incapacité. Il doit également assurer la prise en charge thérapeutique et de rééducation, en collaboration avec les institutions concernées et le mouvement associatif, en vue de permettre l'insertion ou la réinsertion à la vie sociale des personnes en difficulté.

Art 60 : L'Etat met en place les conditions particulières de surveillance et de prise en charge en matière de santé des enfants, placés dans des établissements relevant du ministre chargé de l'action sociale.

Ils doivent bénéficier de toutes les mesures sanitaires et socio-éducatives favorables à leur développement harmonieux et à leur insertion dans la famille et dans la société.

Section 5 : Protection sanitaire en milieux éducatifs

Art 61 : La protection sanitaire vise la prise en charge de la santé des élèves et des étudiants, dans leur milieu éducatif, scolaire, universitaire ou professionnel, par :

- le contrôle de l'état de santé de chaque élève et étudiant et le suivi de la prise en charge des affections dépistées ;
- la surveillance des maladies à déclaration obligatoire et des fléaux sociaux ;
- les activités d'éducation pour la santé et les actions de proximité ;
- le contrôle de l'état de salubrité des locaux et dépendances de tout établissement d'enseignement et de formation ;
- les vaccinations obligatoires.

Art 62: Les activités d'hygiène, de salubrité, de dépistage et de suivi de santé des élèves, étudiants et stagiaires sont du ressort des structures de santé en collaboration avec les établissements d'enseignement et de formation.

Art 63: La pratique de l'éducation physique est à encourager dans tous les établissements d'enseignement et de formation.

Art 64: Le Ministre chargé de la santé fixe, en collaboration avec les ministres concernés, les conditions et les modalités d'application des dispositions prévues dans les articles 61 à 63 de la présente loi.

Section 6 : Education physique et les sports

Art 65 : La pratique individuelle et collective de l'éducation physique et des sports, constitue un déterminant majeur de la santé de la population.

Art 66 : Dans le but de protéger et d'améliorer la santé de la population, tous les secteurs d'activité encouragent l'éducation physiques et les sports.

Art 67 : Les programmes des activités prévues à l'article 66 ci-dessus sont adaptés à l'âge, au sexe, à l'état de santé et aux conditions de vie et de travail de la population.

Art 68 : L'usage de toute substance médicamenteuse, chimique, végétale ou de toute autre nature destinée à améliorer de manière artificielle les performances d'un sportif est interdit.

L'Etat met en place un dispositif législatif et réglementaire de lutte et de contrôle antidopage.

Section 7 : La santé en milieu du travail

Art 69 : L'Etat veille à la protection et à la promotion de la santé en milieu du travail.

Art 70 : La médecine du travail a pour objectif :

- la préservation de la santé du travailleur ;
- l'identification des facteurs de nuisance, de pollution et de risques pour les travailleurs ;
- l'étude des maladies professionnelles ;
- la réhabilitation et le reclassement des handicapés ;
- le maintien de l'aptitude des individus au travail ;
- l'amélioration du milieu et des conditions du travail ;
- la promotion de systèmes d'organisation du travail contribuant à la santé et à la sécurité du travailleur.

Art 71 : Les activités de médecine du travail sont assurées par des personnels médicaux spécialisés et par des personnels paramédicaux regroupés au sein de services de santé au travail, investis de fonctions préventives et curatives.

Ils sont chargés en outre, de l'organisation des premiers secours et des soins d'urgence, des soins de santé de base et des traitements ambulatoires.

Ils interviennent aussi, dans la réinsertion socioprofessionnelle des travailleurs handicapés.

Section 8 : La santé en milieu pénitentiaire

Art 72 : L'Etat met en place un programme national de santé en milieu pénitentiaire.

Les activités de ce programme de santé, en milieu pénitentiaire, concernent la préservation de la santé des détenus, les soins d'urgences, les soins de base, la prise en charge des affections prévalentes, la prévention des risques épidémiques et l'assistance psychologique.

Elles sont assurées dans les établissements publics de santé et/ou par des personnels de santé désignés à cet effet, regroupés au sein des services spécifiques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 73 : Les services de la santé et de la justice établissent un rapport annuel sur les conditions et l'état sanitaire des personnes dans les établissements pénitentiaires.

Section 9 : La santé mentale

Art 74 : La santé mentale est un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

L'Etat développe des politiques multisectorielles de promotion de la santé mentale.

Art 75 : Les services de santé élaborent et mettent en oeuvre des programmes de prévention primaire des troubles mentaux.

Art 76 : L'Etat développe les services appropriés pour prévenir les conduites addictives et la lutte contre les drogues et toxicomanies.

Art 77 : Les services de santé contribuent à la réhabilitation et à la réinsertion psychosociale des personnes atteintes de troubles mentaux et psychologiques, en collaboration avec les services concernés.

CHAPITRE IV

PROBLEMES DE SANTE PARTICULIERS ET GRANDS FLEAUX SOCIAUX

Section 1 : Contrôle sanitaire aux frontières

Art 78 : Le contrôle sanitaire aux frontières a pour objet de prévenir la propagation par voie terrestre, aérienne ou maritime, des maladies transmissibles.

Art 79 : Les personnels de santé veillent à l'application du règlement sanitaire international notamment, dans les domaines de la désinfection, la désinsectisation et la dératisation des moyens de transport.

Art 80 : Le service du contrôle sanitaire aux frontières exerce son action au moyen de postes sanitaires implantés dans les ports, les aéroports et les postes de contrôle des accès routiers ou ferroviaires du territoire national.

Art 81 : Les médecins et les agents du contrôle sanitaire aux frontières doivent être assermentés conformément à la réglementation en vigueur.

Art 82 : Les personnels cités à l'article 81 ci-dessus procèdent, en collaboration avec les services concernés, aux investigations, à la recherche et à la constatation des infractions aux lois et règlements en vigueur en matière de santé et prennent les mesures de prévention nécessaires pour empêcher l'introduction ou l'exportation de produits d'origine animale, végétale ou toute autre substance susceptible d'avoir des effets nuisibles pour la santé.

Art 83 : Les personnels prévus à l'article 81 ci-dessus peuvent soumettre, à un contrôle médical ou sanitaire, compte tenu des accords internationaux en vigueur, les personnes, les moyens de transport et leurs personnels et chargements, en provenance d'un territoire étranger contaminé par une maladie infectieuse prévue par le règlement sanitaire international ou par une maladie d'une gravité attestée. Ils prennent, en fonction des résultats de cet examen, les mesures qui s'imposent pour empêcher une propagation éventuelle de l'infection.

La personne atteinte ou présumée atteinte, d'une maladie infectieuse doit être traitée.

Les objets ou substances contaminés sont, si nécessaire, détruits conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art 84 : Les autorités dûment compétentes, sont tenues de prêter assistance aux services du contrôle sanitaire aux frontières chaque fois que de besoin.

Art 85 : Tout **citoyens** se rendant à l'étranger, dans un pays où existe une des maladies soumises au règlement sanitaire international, doit subir obligatoirement, avant son départ, les vaccinations requises et doit subir éventuellement le traitement chimioprophylactique adéquat en fonction des nécessités.

Section 2 : Tabagisme

Art 86 : La lutte contre le tabagisme vise à protéger et à préserver la santé de la population.

Art 87 : Toute forme de promotion, de parrainage et de publicité en faveur des produits du tabac est interdit.

Art 88 : La commercialisation des produits du tabac est subordonnée à l'apposition, sur la partie la plus visible de l'emballage et en grand caractères, d'un avertissement général portant la mention suivante :

« La consommation du tabac est nocive pour la santé ».

Pour les paquets de cigarettes, outre l'avertissement général, un avertissement spécifique, des dessins ou des pictogrammes émanant de l'autorité sanitaire, doivent figurer sur l'autre grande surface du paquet.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 89 : Outre les mises en garde sanitaires prévues à l'article 88 ci-dessus, toutes les formes de conditionnement et d'étiquetage des produits du tabac doivent porter des indications sur les principaux constituants toxiques et leurs émissions.

Les indications prévues ci-dessus sont fixées par voie réglementaire.

Art 90 : Sont considérés comme produits du tabac, les produits destinés à être fumés, prisés, chiqués ou mâchés, dès lors qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac.

Art 91 : Les fabricants et importateurs de produits du tabac sont tenus de communiquer aux autorités nationales compétentes en la matière, toutes les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac.

Les informations communiquées doivent faire l'objet d'une vérification opérée selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art 92 : Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements spécialement réservés aux fumeurs.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 93 : La vente de tabac ou produits du tabac aux mineurs est interdite.

Art 94 : L'aide au sevrage est organisée au sein des structures sanitaires ou psychopédagogiques.

Art 95 : Les services de santé, en collaboration avec les secteurs concernés, élaborent et mettent en place les programmes de prévention et de lutte contre le tabagisme.

Section 3 : Alcoolisme et toxicomanie

Art 96 : L'Etat met en place un programme national de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il assure la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie par l'information, l'éducation sanitaire et la communication, ainsi que par tout autre moyen approprié.

Art 97 : L'Etat initie et soutient les programmes et les actions de prévention de l'alcoolisme et autres toxico-dépendances. Il définit les tâches et compétences des institutions et structures de santé qui réalisent ces programmes et actions.

Art 98 : La publicité pour les boissons alcoolisées et leur consommation et pour toute autre substance nuisible à la santé est interdite.

Art 99 : La vente de boissons alcoolisées aux mineurs est interdite, sous peine de sanctions pénales.

Art 100 : L'Etat met en place et encourage la création des structures de désintoxication, de réhabilitation et de réinsertion sociale.

Section 4 : Les maladies sexuellement transmissibles

Art 101 : L'Etat définit les politiques permettant de prévenir et de prendre en charge les infections sexuellement transmissibles et en particulier, celles causées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) provoquant le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

Art 102 : Les services de santé, organisent le dépistage anonyme et gratuit des maladies sexuellement transmissibles.

Art 103 : Les personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles sont pris en charge dans les conditions fixées par l'article 240 de la présente loi.

CHAPITRE V

PROTECTION DU MILIEU ET DE L'ENVIRONNEMENT

Art 104 : En vue d'assurer la protection et la promotion de la santé de la population, l'Etat met en œuvre la politique d'hygiène du milieu, du cadre de vie des citoyens et de la sécurité environnementale. A ce titre, il est fait obligation à toutes les institutions et organismes concernés de mettre en place des systèmes de surveillance et de contrôle de la qualité physique, chimique et biologique des facteurs d'environnement, notamment de l'eau, de l'air et du sol.

Art 105 : Toute définition de normes et de sécurité environnementale ayant un impact sur la santé de la population est assujettie à l'avis préalable du ministre chargé de la santé.

Art 106 : Les collectivités locales et les services concernés organisent un réseau de laboratoires chargé de renforcer les activités de surveillance et de contrôle de la qualité bactériologique, physique et chimique des différents composants de l'environnement.

Ils doivent contrôler notamment, le respect des normes et la qualité des eaux de boissons, de baignade, de l'air atmosphérique, des nuisances sonores et des denrées alimentaires.

Art 107 : L'eau, destinée à la boisson, à l'usage ménager et à l'hygiène corporelle, doit satisfaire aux normes définies par la réglementation en vigueur.

Art 108 : L'importation, la production, la conservation et le transport des produits alimentaires, l'équipement de préparation, les matériaux d'emballage et la vente de ces produits, sont soumis au contrôle systématique de salubrité et d'hygiène.

Les modalités et formes de contrôle sont fixées par voie réglementaire.

Art 109 : Les services de santé veillent en collaboration avec les services concernés à l'application de la réglementation en matière d'emploi des substances chimiques pour la production et la conservation alimentaire végétale et animale des produits phytosanitaires et de synthèse.

Art 110 : Les services de santé, en collaboration avec les services concernés, veillent à la conformité et au respect des normes d'hygiène et de qualité nutritionnelle dans les établissements de restauration notamment ceux réservés aux collectivités.

Art 111 : les services compétents chargés de la santé peuvent prendre toute mesure nécessaire à l'encontre des établissements, services ou activités qui peuvent causer un préjudice à la santé publique, y compris leur fermeture provisoire par une mesure conservatoire préalablement à la décision définitive de l'autorité compétente.

La décision de réouverture, autorisant l'exploitation de ces établissements ou services, n'est accordée qu'après avis obligatoire et conforme des services de santé.

Art 112 : L'Etat et les collectivités locales sont tenus de faire observer les règles de prévention des méfaits du bruit conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art 113 : La production, le traitement, l'élaboration, la détention, le transport et l'utilisation des substances et préparations radioactives et la détention, la collecte, le transport, le traitement et l'évacuation définitive des déchets contenant une matière radioactive, de même que la fabrication des instruments et des équipements contenant une source de rayonnement ionisant ou émettant de tels rayonnements, leur utilisation et leur mise en exploitation, sont soumis aux conditions techniques normalisées conformément à la législation et la réglementation en vigueur .

Art 114 : Afin de protéger la santé de la population et de préserver l'environnement, la collecte, le transport et le traitement des déchets doivent s'effectuer selon les normes définies par la législation et la réglementation en vigueur.

Art 115 : Les établissements de santé sont tenus de prendre les dispositions particulières concernant leurs déchets conformément aux normes définies par la législation et la réglementation en vigueur.

CHAPITRE VI

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DES PERSONNES EN SITUATION EXCEPTIONNELLE

Art 116 : dans le cadre de la prise en charge sanitaire, lors des catastrophes ou situations exceptionnelles, les services de santé compétents sont tenus d'élaborer, en collaboration avec les services de la protection civile et tous les services habilités, un plan d'intervention et de secours spécifique à leur territoire.

Ils doivent tenir à jour un fichier des personnes ressources à mobiliser en cas de catastrophe.

Ils sont tenus d'organiser périodiquement et en coordination avec les services de la protection civile, des exercices de simulation dans le cadre de la prévention, pour atténuer les effets des catastrophes.

Art 117 : Les structures de santé veillent à la disponibilité des personnes qualifiées et doivent détenir un stock stratégique de sang, de produits sanguins, de médicaments et d'instruments de première urgence et tout autre moyen nécessaire. Ce stock stratégique doit être régulièrement contrôlé et renouvelé.

CHAPITRE VII

EDUCATION POUR LA SANTE

Art 118 : L'éducation pour la santé est une obligation dévolue à l'Etat et aux collectivités locales. Elle a pour but de contribuer au bien être de la population en lui permettant l'acquisition des connaissances nécessaires, en matière notamment :

- d'hygiène individuelle et collective ;
- de protection de l'environnement ;
- de nutrition saine et équilibrée ;
- de prévention des maladies et des accidents ;
- de prévention en matière de santé mentale ;
- de prévention en matière de santé reproductive, particulièrement auprès des jeunes ;
- de consommation des médicaments ;
- de lutte contre les pratiques nocives portant atteinte à la santé ;
- de promotion de l'éducation physique et des sports.

Art 119 : Dans le monde du travail, l'éducation pour la santé vise à créer les conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires, à la prévention des risques et des maladies professionnelles.

Art 120 : Les actions d'éducation pour la santé portent, principalement, sur l'éducation des enfants et des jeunes en matière d'hygiène, de prévention et de premier secours.

Elles sont intégrées dans les programmes généraux d'enseignement et dans la formation des enseignants.

Art 121 : Les activités d'éducation pour la santé s'exercent sur la base d'un programme établi, mis en œuvre et évalué par le Ministre chargé de la santé, en coordination avec les secteurs concernés.

CHAPITRE VIII

PRATIQUE MEDICO-LEGALE

Art 122 : Le permis d'inhumer ne peut être délivré que sur la base d'un certificat de décès établi par un médecin. Le constat du décès et de sa cause s'effectue selon des procédures définies par voie réglementaire.

Art 123 : En cas de mort suspecte, violente ou sur la voie publique et en cas de mort par maladie transmissible, présentant un risque grave pour la santé publique, le médecin concerné délivre uniquement un constat de décès et avise les autorités compétentes pour procéder à la levée du corps.

Art 124 : Les établissements de santé publics et privés sont tenus de transmettre la liste des déclarations des naissances et les certificats de décès aux autorités communales dûment compétentes.
Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art 125 : En cas de violence sur une personne, tout médecin est tenu de constater les lésions et blessures et d'établir un certificat descriptif. Le taux d'incapacité éventuelle ne peut être établi que par un médecin légiste. Toute blessure suspecte doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire aux services compétents.

Art 126 : Les prélèvements, à des fins scientifiques autres que celles ayant pour but la recherche des causes de décès, ne peuvent s'effectuer sans le consentement du défunt, exprimé par écrit et directement de son vivant.

Art 127 : Les médecins ayant effectué un prélèvement sur une personne décédée doivent s'assurer de la restauration décente de son corps.

CHAPITRE IX

DISPOSITIONS PENALES

Art 128 : Les infractions aux dispositions aux articles 12, 33 et 125 de la présente loi, sont punies d'une amende de 10.000 DA à 50.000 DA.

Art 129 : Tout fabricant ou importateur de produits du tabac qui contrevient aux dispositions prévues aux articles 88 et 89 de la présente loi, est passible d'un emprisonnement de **deux** (2) à **six** (6) mois et d'une amende de 200.000 DA à 2.000.000 DA.

En cas de récidives, les peines sont portées au double. En outre, un retrait définitif de l'agrément peut être prononcé par l'autorité compétente, prévue par la législation et la réglementation en vigueur.

Art 130 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 92 de la présente loi, est passible d'une amende de 500 à 2 000 DA. En cas de récidive, cette amende est portée au double.

Art 131 : Quiconque contrevient à l'interdiction prévue aux articles 87 et 98 de la présente loi, est puni d'une amende de 1.000.000 DA. L'amende est portée au double en cas de récidive.

Art 132 : Quiconque contrevient à l'interdiction prévue aux articles 93 et 99 de la présente loi, est puni d'une amende de 50.000 à 100.000 DA. L'amende est portée au double en cas de récidive.

Art 133 : Toute personne ayant produit ou commercialisé des produits alimentaires impropres à la consommation à l'origine d'intoxication alimentaire, est punie d'une peine d'emprisonnement de un (01) à cinq (05) ans et d'une amende de 200.000 à 2000.000 DA.

Lorsque les produits ont entraîné le décès d'une ou plusieurs personnes, la peine est portée de cinq (05) à dix (10) ans et l'amende est de 400.000 à 4.000.000 DA.

Art 134: Tout fabricant ou importateur de produits de consommation notamment alimentaires et cosmétiques qui refuse de fournir aux services compétents, la composition des dits produits lorsqu'ils en font la demande, **est puni d'une amende de 500.000 DA.**

TITRE III

PROTECTION DES MALADES ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX OU PSYCHOLOGIQUES

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Art 135 : La prise en charge de malades atteints de troubles mentaux ou psychologiques comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins de réadaptation et de réinsertion sociale.

L'ensemble de ces actions s'intègre dans le schéma général d'organisation du système de santé, en tenant compte des particularités propres à ce secteur, notamment l'exigence de la continuité des soins en intra et en extra hospitalier.

Section 1 : Structures de santé mentale

Art 136 : Les malades atteints de troubles mentaux ou psychologiques sont pris en charge dans l'une des structures suivantes :

- les centres intermédiaires de santé mentale ;
- les services psychiatriques et services des urgences psychiatriques des hôpitaux;
- les établissements hospitaliers psychiatriques ;
- les services médico-légaux et les services fermés pour placement d'autorité relevant d'établissements psychiatriques ;
- les structures psycho socio pédagogiques agréées.
- les établissements de santé privés, exclusivement en hospitalisation en service ouvert.

Art 137 : Il est créé des unités hospitalières et extrahospitalières destinées à la prévention, au dépistage, au traitement ou à la prise en charge des enfants et des adolescents, dont les troubles ou les déficiences mentales constituent, soit l'unique maladie, soit la maladie principale.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces unités sont fixées par voie réglementaire.

Section 2 : Droits des malades atteints de troubles mentaux

Art 138 : Le malade atteint de troubles mentaux ne peut être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal hormis les cas prévus à l'article 143 ci-dessous.

Art 139 : Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées, sans leur consentement, pour troubles mentaux, sont limitées à celles **qui sont nécessaires** à l'état de santé du malade et la mise en œuvre de son traitement.

Art 140 : Les parents ou représentants légaux des malades atteints de troubles mentaux hospitalisés disposent notamment du droit :

- d'être informés de la situation juridique et des droits de leur malade ;
- de consulter, ou de se faire expliquer le règlement intérieur de l'établissement ;
- de communiquer avec les autorités et la commission de santé mentale de wilaya ;
- d'émettre et de recevoir des courriers au nom des malades qu'ils représentent ;
- de leur rendre des visites.

Art 141 : Le juge du lieu d'établissement ou du service de soins peut, conformément à la législation et la réglementation en vigueur, nommer un curateur pour le malade atteint de troubles mentaux hospitalisé sans son consentement et n'ayant pas fait l'objet d'une autre mesure de protection

CHAPITRE II

HOSPITALISATION DES MALADES ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX

Section 1 : Hospitalisation en service ouvert

Art 142 : L'hospitalisation **et la sortie** en service ouvert de psychiatrie, d'un malade atteint de troubles mentaux, s'opèrent selon les règles en usage pour d'autres pathologies.

Section 2 : Hospitalisation du fait d'un tiers

Art 143 : Lorsque les troubles présentés par le malade rendent impossibles son consentement et que son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier, la présentation du malade, **au médecin psychiatre**, peut être effectuée par :

- Les membres de sa famille ou son représentant légal ;
- L'autorité publique prenant intérêt du malade, notamment le wali, le Président d'assemblée populaire communale, **le chef de sûreté de daïra, le commandant de la compagnie de** gendarmerie nationale, ou leurs représentants dûment mandatés.

Art 144 : Le malade atteint de troubles mentaux et hospitalisé du fait d'un tiers est mis en observation dans un service psychiatrique.

La personne qui présente le malade est tenue de fournir tous renseignements utiles pendant les phases médicales et administratives de son hospitalisation.

Art 145 : Le malade est mis en observation, pour une période qui ne peut excéder quinze (15) jours, dans un service psychiatrique, par le médecin psychiatre de l'établissement, qui doit dans ce cas, délivrer un bulletin d'admission pour mise en observation.

Art 146 : Le médecin psychiatre de l'établissement peut décider de la sortie du malade, avant l'expiration du délai de quinze (15) jours, s'il estime que l'état de santé du malade le permet.

Le médecin psychiatre de l'établissement peut, à l'expiration du délai de quinze (15) jours, décider soit de la sortie du malade, soit de la différer pour une période d'observation et de traitement complémentaires de deux mois au maximum.

Art 147 : La mise en observation du malade peut être transformée à tout moment en hospitalisation du fait d'un tiers, sur proposition du médecin psychiatre de l'établissement et après accord de la famille du malade.

L'accord de la famille du malade, exprimé par une demande écrite, est transcrit sur le registre prévu à cet effet.

Un exemplaire de cette demande, signé et revêtu de l'accord du médecin psychiatre de l'établissement, est déposé à la direction de l'établissement, à l'effet d'y être conservé et présenté à toute réquisition des autorités compétentes.

Art 148 : Le malade, majeur et civilement capable et n'ayant pas de famille, peut, lui-même, établir sa demande d'hospitalisation.

Dans le cas où le malade est civilement incapable, le curateur désigné, établit la demande.

Art 149 : La mesure d'hospitalisation est prise pour une durée déterminée **selon** l'état de santé du malade.

Elle est soumise aux mesures de contrôle prévues aux articles 166 et 167 ci-dessous

Art 150 : La sortie d'un malade s'effectue soit :

- **A l'initiative du médecin psychiatre de l'établissement ;**
- à la demande du malade majeur et civilement responsable ;
- à la demande de la personne à l'origine de l'hospitalisation du fait d'un tiers.

Toute demande de sortie est soumise à l'accord préalable du médecin psychiatre.

Art 151 : La sortie du malade peut également, sauf opposition du malade majeur et civilement capable, être demandée par :

- un ascendant et un descendant direct majeur du malade ;
- le conjoint du malade ;
- Le frère, la sœur, l'oncle, ou la tante directs et majeurs du malade ;
- le curateur ou le tuteur du malade.

Ils sont civilement responsables du malade incapable juridiquement. Ils doivent s'engager à le prendre en charge.

Section 3 : Hospitalisation d'office

Art 152 : Dans le cas où le wali ou le procureur général le juge utile, notamment lorsqu'un danger estimé imminent est encouru, du fait de la maladie, par le malade lui-même ou par autrui, une décision d'examen psychiatrique d'office peut être prise par l'apposition au formulaire de demande d'examen psychiatrique de la mention " Examen psychiatrique d'office".

Art 153 : Seul le wali ou le procureur général sont habilités à prendre une décision d'examen psychiatrique d'office.

La demande d'examen psychiatrique d'office doit être, obligatoirement, introduite par un certificat médical, établi par tout médecin attestant les troubles mentaux présentés par le malade et de dangerosité de ce dernier.

Art 154 : Le certificat médical cité à l'article 153 ci-dessus, destiné au wali ou au procureur général, doit être conclu par la formule " Ce malade doit être examiné d'office dans un service ou un hôpital psychiatrique".

Art 155 : Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre de l'établissement peut proposer aux autorités citées aux articles 153 et 154 de la présente loi une hospitalisation d'office.

Art 156 : La décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali sur requête motivée du médecin de l'établissement, lorsque la sortie du malade est susceptible de l'exposer à un risque vital ou de constituer un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes.

Art 157 : Pour décider de l'hospitalisation d'office, le médecin psychiatre de l'établissement adresse, au wali, une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquelles il estime cette mesure nécessaire, les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade et les risques que peut engendrer la sortie de celui-ci.

Si le wali, après expertise médicale, estime injustifiée la requête d'hospitalisation d'office, il le fait connaître au **médecin** psychiatre et saisit obligatoirement la commission de santé mentale de wilaya prévue à l'article 166 ci-dessous.

Art 158 : nul ne peut certifier la nécessité ou décider de l'examen psychiatrique d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un conjoint, d'un collatéral frère ou sœur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

Art 159 : **Le** médecin psychiatre de l'établissement ne peut, en aucun cas, requérir une hospitalisation d'office pour un ascendant, descendant, conjoint, collatéral frère ou sœur, oncle ou tante ainsi que pour le conjoint, de ces personnes.

Art 160 : Nul ne peut prendre l'arrêté d'hospitalisation d'office concernant un ascendant ou descendant, un conjoint, un collatéral frère ou sœur, un oncle, une tante, ni leurs conjoints respectifs.

Art 161 : La décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali pour une période de six mois renouvelable.

Art 162 : La sortie des malades hospitalisés d'office s'effectue lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune leur sortie, il adresse au wali, avant l'échéance du dernier arrêté, une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office.

L'accord du wali est notifié au médecin psychiatre de l'établissement dans un délai de huit (08) jours, à compter de la réception de la requête de levée d'hospitalisation d'office. Passé ce délai, la requête pour la sortie du malade est exécutoire.

Le médecin psychiatre de l'établissement établit, à cet effet, un bulletin de sortie du malade.

Art 163 : Dans le cas d'un avis défavorable du wali, le médecin psychiatre de l'établissement ne peut autoriser la sortie du malade hospitalisé d'office, qu'à l'échéance de la dernière période couverte par l'arrêté du wali.

Art 164 : Le wali et le médecin psychiatre de l'établissement conservent toutefois la possibilité d'exercer séparément, un recours auprès de la commission de santé mentale de wilaya, **prévue à l'article 166 et 167 ci-dessous**, laquelle doit statuer dans un délai de un (01) mois à compter de sa saisine et après une double expertise.

Section 4 : Hospitalisation judiciaire :

Art 165 : Les personnes en détention préventive, ou détenues suite à un jugement, ou bénéficiaires d'un non lieu en application des dispositions des articles **21 et 47** du code pénal, ou qui font l'objet d'une quelconque décision de justice nécessitant des soins psychiatriques, sont hospitalisées dans un service médico-légal de psychiatrie.

La sortie des personnes malades citées à l'aliéna **1^{er}** ci-dessus peut être autorisée par le juge à la demande du médecin psychiatre.

CHAPITRE III

MESURES DE CONTROLE PENDANT L'HOSPITALISATION

Art 166 : Il est institué une commission de santé mentale de wilaya, composée de :

- un magistrat ayant rang de président de chambre à la cour, président ;
- un représentant du Wali ;
- deux médecins spécialistes en psychiatrie.

Dans les wilayas où exercent moins de trois psychiatres, il est fait appel à d'autres psychiatres exerçant dans d'autres wilayas.

Art 167 : La commission de santé mentale de wilaya a pour attributions :

- d'examiner et de se prononcer sur toute requête émanant du wali ou du médecin psychiatre de l'établissement concernant la situation d'un malade atteint de troubles mentaux hospitalisés,
- d'examiner et de se prononcer sur toute requête émanant du malade, de ses représentants ou de toute personne agissant dans son intérêt,
- de se prononcer sur la sortie d'un malade.

Les décisions de la commission de santé mentale **de wilaya** sont exécutoires et ne sont susceptibles d'aucun recours.

Art 168 : Le contenu du certificat relatif aux malades en hospitalisation d'office est porté sans délai, à la connaissance :

- du wali qui a ordonné l'hospitalisation d'office ;
- du wali du siège de l'établissement ;
- du procureur général, près la Cour, du siège de l'établissement.

Art 169 : Seul le médecin psychiatre de l'établissement peut prescrire, sous son entière responsabilité, des tâches à caractère thérapeutique pour la réinsertion sociale du malade. Toutes autres tâches, quelle que soient leur forme ou leur nature, sont interdites pendant l'hospitalisation.

Art 170 : Dans chaque établissement où est organisé un service d'hospitalisation du fait d'un tiers ou d'hospitalisation d'office, il est tenu un registre coté et paraphé par le Président du tribunal du siège de l'établissement. Les indications à consigner dans le registre sont fixées par voie réglementaire.

Art 171 : Le wali et le Procureur général près la cour peuvent, à tout instant, demander un certificat de situation du malade hospitalisé d'office, au médecin psychiatre de l'établissement.

Art 172 : Sont chargés de la surveillance et du contrôle des établissements prévus aux articles 136 et 137 de la présente loi :

- toute personne dûment **mandatée** par le ministre chargé de la santé à cet effet ;
- le responsable du service déconcentré chargé de la santé de la wilaya, siège de l'établissement.

Art 173 : Les personnes prévues à l'article 172 ci-dessus sont chargées d'effectuer des visites des établissements concernés, au moins deux fois par an, aux fins **de prendre tout renseignement** relatif au malade susceptible à faire connaître leur position ou à améliorer leur sort.

Lors de ces visites, elles doivent prendre connaissance du registre **prévu à l'article 170**, des dossiers individuels et peuvent se faire présenter tout malade.

Art 174 : Dans le cas où un malade hospitalisé d'office s'évade de l'établissement où il est maintenu en traitement, le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de prévenir d'urgence le directeur de son établissement, le wali du siège de l'établissement et le wali qui a ordonné le placement et de leur adresser un certificat de situation, faisant état des risques éventuels réels ou supposés de développement des réactions du malade.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS PENALES

Art 175 : Sans préjudice des peines prévues par le code pénal en matière de séquestration des personnes, toute personne qui use de la mise en observation d'une tierce personne, dans un but manifestement autre que celui, de l'intérêt de celle-ci est passible d'une peine d'emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 10.000 à 60.000 dinars.

Art 176 : La violation des dispositions prévues à l'article 158, est passible d'un emprisonnement de six à douze mois et d'une amende de 10.000 à 50.000 dinars.

Art 177 : La violation des dispositions prévues à l'article 159, est passible d'un emprisonnement de six à douze mois et d'une amende de 5000 à 20.000 dinars.

Art 178 : La violation des dispositions prévues à l'article 160 et 169 ci-dessus, est passible d'un emprisonnement de six à douze mois et d'une amende de 5000 à 20.000 dinars.

TITRE IV

ORGANISATION ET FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Art 179 : Le système de santé est fondé sur un service public de santé.

Son organisation et son fonctionnement sont basés sur les principes d'universalité, d'égalité d'accès aux soins, de solidarité, d'équité et de continuité des prestations de santé.

Le service public de santé est assuré par :

- les établissements publics de santé.
- Les établissements de santé privés assurant une mission de service public dans les conditions prévues par l'article 237 ci-dessous.

Art 180 : L'organisation du système de santé repose sur la régionalisation, la hiérarchisation des soins et la complémentarité des activités des établissements constitués en réseau ou toute autre forme de coopération.

Art 181: Le système de santé assure, au profit de la population, l'ensemble des prestataires de soins. Il est composé des établissements et des structures de santé publics et privés et des officines pharmaceutiques.

Il comprend également les services, les structures, les établissements, les institutions concourant à la protection et à la promotion de la santé.

Les services sont à vocation médicales, médico-chirurgicales, préventives, techniques, logistiques et de gestion. Les chefs de services médicaux et médico-chirurgicales et préventifs sont nommés après concours en cette qualité pour une durée de cinq (05) ans renouvelable après leurs admission au concours qui est organisé chaque cinq (05) ans.

Tout candidat appartenant au corps des enseignants chercheurs hospitalo-universitaires dépassant l'âge de soixante (60) ans à la date d'ouverture du concours ne peut pas se présenter au concours de chef de service.

Les chefs de services prévus à l'alinéa ci-dessus sont nommés par le ministre chargé de la santé. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes

Art 182 : Les services, structures, établissements et institutions, concourent à la protection et à la promotion de la santé, sont chargées notamment, des missions d'administration, de soutien technique, de recherche, de contrôle, d'évaluation, de sécurité, de formation, d'expertise et d'approvisionnement en matière de santé.

Art 183: Les structures et institutions de santé publiques et privées ayant mission de service public assurent leurs activités sous le contrôle du ministre chargé de la santé.

Sont soumises également au contrôle du ministre chargé de la santé toutes autres structures et institutions assurant des activités en matière de santé.

CHAPITRE II

CARTE SANITAIRE ET SCHEMA D'ORGANISATION

Art 184 : la carte sanitaire constitue le schéma directeur de la santé.

Elle fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé. Elle vise également à assurer l'accès aux soins en tout point du territoire national et d'améliorer les offres.

Art 185 : La carte sanitaire a pour objet :

- de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins ;
- de satisfaire de manière optimale les besoins de santé ;
- définir l'organisation du système de soins ;
- préciser les conditions de mise en réseau des établissements de santé.

La carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

Elle fixe, également, les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé.

La carte sanitaire est évaluée et révisée, périodiquement, tous les trois ans.

Art 186 : Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements et structures de santé.

Il est institué un schéma national d'organisation sanitaire et des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

CHAPITRE III

REGION SANITAIRE

Art 187 : Il est créée une entité géosanitaire dénommée « région sanitaire », placée sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

Art 188 : La région sanitaire est chargée notamment d'assurer à la population l'ensemble des soins de base et des soins spécialisés, de fixer les priorités régionales et les objectifs majeurs, d'affecter, selon un contrat d'objectifs et de moyens, les ressources aux établissements et structures de santé et de répartir les professionnels de santé selon les critères arrêtés au niveau de la région.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de la région sanitaire sont fixés par voie réglementaire.

Art 189 : l'Etat dote la région sanitaire de moyens humains, financiers et matériels nécessaires pour son fonctionnement.

Art 190 : En vue d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population et l'évolution des besoins de santé et fixer les priorités en santé publique, il est organisé au sein de chaque région sanitaire, la conférence annuelle régionale.

CHAPITRE IV

ETABLISSEMENTS ET STRUCTURES DE SANTE

Section 1 : Dispositions générales

Art 191 : Les structures et établissements de santé assurent des prestations préventives, curatives, palliatives, de diagnostic et de réadaptation, avec ou sans hospitalisation et des actions de formation et de recherche.

Art 192 : Les structures et établissements de santé sont accessibles à toute la population. Ils doivent fonctionner dans des conditions garantissant :

- les droits fondamentaux et la sécurité des personnes qui recourent à leurs services ;
- la prise en charge du malade ;
- le respect de la dignité humaine **du malade** ;
- le respect des règles d'hygiène fixées par la législation et la réglementation en vigueur ;
- La qualité des soins **dispensés**.

Art 193 : Les établissements de santé publics et privés ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ;
- des soins de suite et de réadaptation ;
- des soins de longue durée.

Ils peuvent être appelés à dispenser des soins médicaux d'urgence dans leurs structures, à domicile, sur les lieux d'un sinistre ou d'une épidémie.

Art 194 : Les établissements de santé publics et privés peuvent assurer des spécialités médicales ou chirurgicales particulières répondant à des conditions techniques et à des aménagements adaptés.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 195 : Peuvent être considérées comme structures à vocation sanitaire et dénommées « centre de cure », les structures qui disposent de moyens thérapeutiques naturels, de sources thermales, de gisements de boue thérapeutique, d'algues marines, ou de conditions climatiques favorables aux traitements curatifs et préventifs.

Art 196 : Sont considérées comme structures à vocation sanitaire et dénommées « centres de réadaptation », les structures qui assurent la consultation et les soins de rééducation fonctionnelle, physique ou mentale.

Section 2 : Obligations des structures et des établissements

Art 197 : Les établissements de santé publics et privés, les structures et les officines pharmaceutiques sont tenus d'assurer le service de garde conformément aux modalités fixées par la réglementation en vigueur.

Art 198 : Tout établissement assurant un service public de santé est tenu d'élaborer un projet d'établissement et un plan de démarche qualité qui s'inscrivent dans les objectifs nationaux, régionaux ou locaux en matière de développement sanitaire.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ces projets, les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne. Cette procédure fait l'objet d'une décision du chef d'établissement, après concertation avec les organes consultatifs et les responsables des structures et des services concernés.

Art 199 : Les établissements de santé **publics et privés** peuvent assurer des activités de formation et de recherche scientifique.

Les actions de formation et de recherche au niveau des centres hospitalo-universitaires et les établissements publics de santé ayant passé une convention de recherche et de formation sont à la charge de l'Etat.

Art 200 : Les établissements, assurant le service public, garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Outre les prestations de santé préventives et curatives qu'ils prodiguent en permanence, ils peuvent être appelés sur la base d'une convention et en relation avec les secteurs concernés à participer :

- à la recherche médicale et à la formation initiale et continue des personnels de santé et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;
- à l'aide médicale urgente ;

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 201 : Les établissements de santé publics ou privés, peuvent comporter une ou plusieurs unités d'aide médicale urgente.

Art 202 : Dans le cadre des programmes nationaux pour l'accès à la prévention et aux soins, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant un service public, doivent prendre les mesures nécessaires visant à faciliter, en permanences, l'accès aux structures de santé, aux personnes en situation de précarité.

Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, les actes de diagnostics et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Art 203 : Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant un service public organisent la délivrance de soins palliatifs, en leur sein ou dans le cadre de structures de soins, alternatifs à l'hospitalisation.

Art 204 : Les prestataires de soins, les structures et établissements de santé, publics et privés, sont tenus d'établir pour chacun des patients un dossier médical. Ils doivent protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

Ils sont tenus de communiquer à ces personnes, sur leur demande et/ou par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leurs dossiers.

Ils sont tenus, également, de communiquer aux services sanitaires concernés, les informations qu'ils détiennent aux fins d'enquêtes épidémiologiques ou d'établissement de statistiques sanitaires.

Ils sont tenus de conserver tout document concernant la santé des patients, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

Art 205 : Il est créé dans chaque établissement de santé, une commission de conciliation et de médiation chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité, de l'accueil des personnes malades de leurs proches et de leur prise en charge.

La commission est consultée sur l'activité menée dans les établissements en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge. Elle émet des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des recours formulés par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. Elle établit un rapport d'activité qu'elle soumet, pour délibération, à l'organe compétent de l'établissement de santé.

La composition et les modalités de fonctionnement de la commission sont fixées par voie réglementaire.

Art 206 : Les établissements de santé publics et privés, et tous les professionnels de santé exerçant à titre privé, sont tenus de contracter une assurance couvrant leur responsabilité civile et professionnelle vis à vis de leurs malades et des tiers.

Les établissements publics et privés de santé sont civilement responsables des dommages causés aux usagers du fait de leurs activités.

Section 3 : Autorisation d'installation et d'exploitation

Art 207 : Sont soumis à l'autorisation des services compétents du ministre chargé de la santé :

- la création, l'extension, la suppression et la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ;
- les activités nécessitant des dispositions particulières ainsi que les équipements lourds.

Les opérations citées à l'alinéa 1^{er} ci-dessus doivent répondre aux besoins de la population et aux normes définies par la carte sanitaire et aux priorités fixées par le schéma d'organisation sanitaire national et régional. Elles doivent satisfaire à des conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixées par voie réglementaire.

Art 208 : L'autorisation prévue à l'article 207 ci-dessus peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique.

Pour les établissements de santé privés, l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement de conclure un contrat pour l'exécution d'une mission de service public selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art 209 : L'autorisation prévue à l'article 207 ci-dessus, peut faire l'objet d'un retrait temporaire ou définitif par les services du ministre chargé de la santé :

- en cas de danger pour la santé ou la sécurité des malades ;
- lorsque les conditions réglementaires techniques de fonctionnement ne sont pas respectées ;
- lorsqu'il est constaté dans un établissement de santé des infractions aux lois et règlements.

Les décisions de retrait temporaire ou définitif prises dans les conditions mentionnées à l'alinéa 1^{er} ci-dessus peuvent être accompagnées par d'éventuelles poursuites judiciaires.

Section 4 : Système d'information

Art 210 : Il est mis en place des systèmes d'information permettant à tout moment de disposer des informations nécessaires notamment à l'évaluation du système de santé et de l'état sanitaire de la population.

Art 211: Les systèmes d'information concernent le recueil des données médicales et comptables relatives aux prestations de santé développées par les établissements ainsi que les informations administratives et sociales ayant trait aux patients.

Art 212 : Les établissements de santé publics et privés sont tenus de mettre en œuvre des systèmes d'information.

Art 213 : La mise en œuvre de ces systèmes d'information s'effectue dans le respect du secret médical et des droits des usagers.

Section 5 : Evaluation et accréditation des établissements de santé

Art 214 : L'évaluation et l'accréditation des établissements de santé doivent permettre de procéder régulièrement à l'analyse et à l'appréciation des pratiques professionnelles utilisées au sein de l'établissement dans le but d'améliorer la sécurité sanitaire, la qualité de soins, la régulation et l'efficacité de l'offre de soins.

Art 215 : L'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles de santé doivent permettre une connaissance fine de l'activité, une gestion interne et un contrôle de l'établissement de santé.

Art 216 : Tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation en vue de leur accréditation.

Art 217 : Il est créé auprès du ministre chargé de la santé, une agence nationale chargée de la promotion du système de santé, de l'évaluation et de l'accréditation.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de cette agence sont fixés par voie réglementaire.

Art 218: L'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles prévues aux articles 214 et 215 de la présente loi donnent lieu à l'établissement d'un rapport d'évaluation élaboré par les établissements de santé.

Art 219 : Le rapport d'évaluation prévu à l'article 218 ci-dessus est adressé par l'établissement de santé concerné :

- aux services déconcentrés de la wilaya chargée de la santé, relevant du ministère chargé de la santé ;
- à l'Agence Nationale chargée de la promotion du système de santé, de l'évaluation et de l'accréditation.

Art 220 : La procédure d'accréditation est engagée sur l'initiative de l'établissement de santé. Elle a pour but d'obtenir une appréciation indépendante sur la qualité des prestations qu'il offre, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités qui le composent.

Art 221 : L'évaluation des pratiques professionnelles doit être en conformité avec les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle.

Section 6 : le partenariat en matière de santé

Art 222 : En vue de répondre à la satisfaction des besoins de la population, les établissements de santé publics et privés peuvent constituer, par convention, des réseaux de soins pour la prise en charge de populations spécifiques ou de problèmes particuliers de santé.

Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure prise en charge du patient, la continuité des soins et la délivrance de soins de proximité de qualité, afin d'assurer l'accessibilité et l'équité en matière de santé.

Les réseaux de soins peuvent associer des structures de santé privés et d'autres professionnels de la santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

Une copie de la convention relative au réseau de soins est notifiée aux services déconcentrés de la santé de la wilaya concernés.

Art 223 : Des groupements d'établissements de santé peuvent être constitués entre établissements assurant le service public de santé, en vue de :

- favoriser l'adaptation des établissements de santé aux besoins de la population ;
- redéployer et mobiliser l'ensemble des moyens disponibles en matière de santé ;
- mettre en œuvre des actions de partenariat et de complémentarité ;
- promouvoir les actions de proximité dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes handicapées ;

La convention, prévue à l'article 222 ci-dessus, fixe les objectifs et indique les modalités de mise en œuvre arrêtées par les établissements concernés.

Section 7 : Statut des établissements publics de santé

Art 224 : L'établissement public de santé a pour mission principale et permanente de développer et de promouvoir les activités de santé préventives et curatives, inscrites aux programmes de santé. Son objectif fondamental est d'assurer des soins au malade et lui garantir une prise en charge. Il participe également à la formation et à la recherche en santé.

Il peut développer toutes activités accessoires en relation avec ses missions par voie de convention.

Art 225 : L'établissement public de santé est un établissement de droit public, doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière, son objet principal n'est ni commercial, ni industriel.

Art 226 : L'établissement public de santé peut être à vocation générale, spécialisée, universitaire, locale, régionale ou nationale selon des critères de classement fixés par voie réglementaire.

Art 227 : Dans son fonctionnement et sa gestion, l'établissement public de santé est soumis à des règles adaptées à la particularité de ses missions, citées à l'article 224 ci-dessus en matière :

- administrative et financière notamment par l'utilisation directe des ressources propres ;
- comptable par l'introduction d'un plan comptable hospitalier ;
- de gestion des ressources humaines ;
- de contrôle financier à posteriori ;
- de l'adaptation, des règles de passation des marchés publics aux conditions particulières des activités de soins.

La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable agréé par le ministre chargé des finances.

L'établissement public de santé à vocation nationale ou régionale peut contracter des emprunts pour ses projets d'investissements.

Art 228 : Les différents types d'établissements publics de santé sont :

- le centre hospitalo-universitaire ;
- l'établissement hospitalier universitaire ;
- l'établissement hospitalier régional ;
- l'établissement hospitalier spécialisé ;
- la circonscription sanitaire.

Les établissements publics de santé, cités à l'alinéa 1^{er} ci-dessus sont dotés d'un organe délibérant et d'un organe consultatif, scientifique ou médical selon les cas.

La création, l'organisation et le fonctionnement de ces établissements ainsi que les règles adaptées à la particularité de leur mission, citées à l'alinéa 227 ci-dessus, sont fixés par voie réglementaire.

Art 229 : Les établissements cités à l'article 228 ci-dessus, sont tenus de développer les activités de recherches en santé.

Art 230 : A l'exception des Centres Hospitalo-Universitaires et de l'établissement hospitalier universitaire, il peut être accordé des missions de formation aux établissements publics de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Section 8 : Structures et établissements privés

Art 231 : Les activités de santé exercées à titre privé par les professionnels de santé sont assurées :

- dans les établissements de santé privés ;
- dans les cabinets de groupe ;
- dans les structures d'exercice individuel.

Les conditions d'exercice des activités de santé à titre privé sont définies par voie réglementaire.

Art 232 : L'exercice de l'activité médicale en cabinet de groupe s'effectue, soit sur la base d'un contrat d'exercice en commun, soit dans le cadre d'une société civile de moyens ou professionnelle, conformément à la législation en vigueur.

Art 233 : Les structures et les établissements de santé privés ne peuvent être mise en exploitation que sous la responsabilité technique d'un professionnel de la santé.

Ces structures peuvent être à vocation médicale, paramédicale ou psychologique.

Art 234 : Les établissements de santé privés peuvent être exploités par des associations, des mutuelles ou tout organisme ou institution publics autorisés conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art 235 : Les établissements de santé privés peuvent être exploités par des personnes physiques ou morales organisées sous forme de sociétés.

Art 236 : La comptabilité des établissements de santé privés, tenue en la forme commerciale, doit être mise, à la disposition des services compétents et des organismes habilités à donner leur accord sur la détermination des tarifs des prestations.

Art 237 : Les établissements de santé privés sont admis à assurer la mission du service public de santé, sur la base d'une convention et lorsqu'ils répondent aux conditions fixées dans un cahier des charges arrêté par le ministre chargé de la santé et qu'ils établissent un projet d'établissement compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire régional.

La décision d'admission à assurer la mission de service public de santé est prise par le ministre chargé de la santé.

CHAPITRE V

FINANCEMENT

Art 238 : Les ressources financières du système de santé proviennent principalement de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, et des paiements directs de certaines catégories d'usagers.

Les modalités de prise en charge des soins des étrangers résidents et non-résidents sont fixées par voie réglementaire.

Art 239 : Les services et activités de santé sont financés essentiellement par :

- l'Etat ;
- les organismes de sécurité sociale ;
- les collectivités locales dans le cadre des programmes d'investissements et des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation pour la santé ;
- les emprunts dans le cadre des projets d'investissement ;
- dons et legs ;
- les bénéficiaires de prestations de santé à l'exception des catégories particulières identifiées par la législation et la réglementation en vigueur
- Les entreprises économiques ;
- Les assurances économiques ;
- Toutes autres ressources entrant dans le cadre de ses missions principales et accessoires.

Le paiement des prestations des soins par les usagers ne doit, en aucun cas, remettre en cause les principes d'équité et d'égal accès aux services de santé.

Art 240 : Les dépenses afférentes aux actions de prévention, aux soins de base définies dans les programmes de santé, à la formation des professionnels de santé et à la recherche, assurées par les établissements et structures publiques de santé, sont à la charge de l'Etat.

Art 241 : Les organismes de sécurité sociale assurent le financement des établissements publics de santé, au titre de la couverture financière des frais de soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.

Art 242 : Pour les soins de base, des conventions doivent être conclues avec les organismes de sécurité sociale pour la prise en charge des frais y afférents.

Art 243 : L'allocation des crédits **aux services** déconcentrés de la wilaya chargée de la santé et aux établissements publics de santé, s'effectue sur la base **de contrats**. Ces contrats fixent les obligations de **ces services** et établissements et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés dans le schéma d'organisation sanitaire national. Les structures extrahospitalières bénéficient d'un plan de développement et d'une budgétisation de leurs activités.

Art 244 : Les établissements publics de santé **et les établissements de santé privés assurant une mission de service public** concluent avec les organismes de sécurité sociale des **contrats** ayant pour objet la prise en charge des soins de haut niveau dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit **conformément à la législation et à conformément à la législation et à la réglementation en vigueur et dans le respect des dispositions de l'article 241 ci-dessus.**

Art 245 : La prise en charge financière des soins dispensés aux personnes démunies non assurées sociales, y compris les soins relevant d'un programme spécifique, dans les établissements et structures sanitaires publics, est assurée par l'Etat selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Art 246 : Les ressources mobilisées pour le financement du système de santé ainsi que les dépenses qui en sont faites sont présentées annuellement sous forme de comptes appelés « comptes nationaux de la santé ».

TITRE V

PROFESSIONS ET PERSONNELS DE SANTE

CHAPITRE I

DEFINITIONS

Art 247 : La profession de santé est l'exercice professionnel de toute activité contrôlée et autorisée et qui consiste à fournir des prestations de santé aux usagers. Elle vise également à développer et à promouvoir les activités de santé. Sont considérés comme professionnels de santé :

- les praticiens médicaux : les hospitalo-universitaires, les spécialistes, les médecins généralistes, les chirurgiens dentistes généralistes, les pharmaciens généralistes;
- les auxiliaires médicaux ;
- les personnels paramédicaux ;
- les psychologues ;
- Les administrateurs de la santé.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONS DE SANTE

Section 1 : Règles communes d'exercice des professions de santé

Art 248 : L'exercice des professions de santé est subordonné aux conditions suivantes :

- être de nationalité algérienne ;
- être titulaire d'un diplôme algérien requis ou d'un titre reconnu équivalent.

Les conditions d'emploi des professionnels de santé de nationalité étrangère sont fixées par voie réglementaire.

Art 249 : Durant leur dernière année de formation, les étudiants en graduation en médecine, en chirurgie dentaire, en pharmacie, en psychologie, en orthophonie et les élèves des établissements de formation paramédicale sont autorisés à exercer, respectivement, la médecine, la chirurgie dentaire, la pharmacie, la psychologie, l'orthophonie et les actes paramédicaux, dans les établissements publics et privés de santé assurant un service public, habilités à assurer leur formation pratique.

Cet exercice est assuré sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un chirurgien dentiste, d'un pharmacien ou d'un psychologue ou d'un orthophoniste formateur.

Art 250 : Les professions de santé sont exercées sous l'un des régimes suivants :

- à titre de fonctionnaire, dans les structures, institutions et établissements publics de santé ;
- à titre contractuel, dans les structures, institutions et établissements publics et privés ;
- à titre libéral, dans les structures et les établissements de santé privés, dans les cabinets et les officines pharmaceutiques.

Art 251 : Le professionnel de la santé doit exercer sa profession à titre personnel dans les limites de sa formation et son titre. **Il est tenu au secret médical et professionnel.**

Art 252 : Le professionnel de santé est tenu d'exercer sa profession sous son identité personnelle.

Art 253 : La formation continue est obligatoire pour l'ensemble des personnels de santé, elle est à la charge de l'Etat pour les établissements publics de santé. Les établissements de santé doivent prendre toutes les mesures pour encourager et faciliter toutes les actions de formation programmées. Ils doivent mettre en œuvre les moyens nécessaires pour le développement des compétences de leurs personnels.

Art 254 : Le professionnel médical, paramédical, auxiliaire médical et psychologue, qui exerce à titre libéral, peut se faire remplacer, temporairement, pour cause, notamment, de formation, vacances, congé de maternité ou pour raison de santé. Il en informe le service de la santé **de wilaya** compétent. Les conditions dans lesquelles s'opère le remplacement sont fixées par voie réglementaire.

Art 255: Le professionnel médical, paramédical et l'administrateur de la santé sont tenus de participer aux gardes organisées la nuit, les week-ends et les jours fériés au niveau des établissements et des structures publics et privés et des officines pharmaceutiques.

Art 256 : Le professionnel **de santé, praticien** médical, paramédical, auxiliaire médical et psychologue qui exercent à titre privé **sont** tenus d'afficher leurs tarifs réglementés.

Art 257 : La nomenclature des actes professionnels médicaux, paramédicaux, auxiliaires médicaux et psychologues en tant que prestataires de soins et la tarification des actes remboursables sont fixées par voie réglementaire. Ils peuvent être révisés périodiquement.

Art 258 : Il est interdit à quiconque, n'exerçant pas légalement la profession de santé, de recevoir tout ou partie d'honoraires ou de bénéfices provenant de l'activité professionnelle, à titre privé, d'un médecin, d'un chirurgien dentiste, d'un pharmacien, d'un psychologue, d'un auxiliaire médical et d'un paramédical.

Section 2 : Règles particulières à l'exercice des professions de santé

Art 259 : Le professionnel de santé médical, paramédical, auxiliaire médical et psychologue doit :

- tenir les dossiers médicaux de ses patients, conformément à la réglementation en vigueur,
- inscrire les soins médicaux dispensés sur le carnet de santé du patient ;
- signaler, par écrit, à l'autorité sanitaire compétente, tout cas avéré ou suspect d'une maladie figurant sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.
- assurer la continuité du service public de santé.

Art 260 : Seuls les médecins et les chirurgiens dentistes autorisés à exercer, peuvent prescrire des produits pharmaceutiques dans les limites de leurs compétences.

Ils sont tenus de veiller au respect des bonnes pratiques de prescriptions et tenir compte des coûts des prestations.

Art 261 : Le professionnel **de santé, praticien** médical est tenu :

- de déclarer, à l'autorité sanitaire, les effets indésirables secondaires à l'administration des produits pharmaceutiques ;
- de signaler, à la même autorité, tout incident où risque d'incident provoqué ou pouvant être provoqué par l'usage, à titre diagnostic, thérapeutique ou prophylactique de dispositifs médicaux.

Art 262 : Le **professionnel de santé est tenu** de déférer aux réquisitions de l'autorité publique **conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.**

Art 263 : Il est interdit à tout praticien médical et auxiliaire médical habilité, dans l'exercice de ses fonctions, de certifier faussement pour favoriser ou nuire à une personne.

Art 264 : Il est interdit à tout médecin, chirurgien dentiste et pharmacien, dont le droit d'exercer la profession a été suspendu, de donner des consultations, de rédiger des ordonnances, de préparer et de dispenser des médicaments, d'appliquer un traitement ou d'administrer une quelconque méthode de traitement relevant de la médecine, de la chirurgie dentaire ou de la pharmacie.

Art 265: Il est interdit aux personnels de santé paramédical :

- de modifier les prescriptions qu'ils ont la charge d'exécuter ;
- d'appliquer des procédés techniques ou thérapeutiques autres que ceux qui sont enseignés dans les programmes de formation.

Art 266: Le professionnel de santé, auxiliaires médical et paramédical est tenu :

- d'agir dans les limites strictes de leur qualification ;
- de limiter leur intervention en se conformant à la prescription médicale
- de se conformer à la prescription ou l'indication reçue du médecin, du chirurgien dentiste ou du pharmacien ;
- de faire appel immédiatement à l'intervention d'un praticien médical, lorsque, pendant l'exercice de leurs activités, se produisent ou risquent de se produire des complications,
- de ne pas prescrire des produits pharmaceutiques.

Toutefois, des catégories particulières d'auxiliaires médicaux peuvent être autorisées à prescrire des examens, procédés, méthodes et produits pharmaceutiques dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Art 267: Le pharmacien délivre des produits pharmaceutiques sur prescription médicale.

Toutefois, il peut délivrer, sans prescription, certains produits dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé.

Il participe à l'information et à l'éducation sanitaire des usagers, notamment, en décourageant l'automédication et en suscitant l'utilisation des médicaments génériques.

Art 268 : Les administrateurs de la santé sont chargés de mettre en oeuvre la politique de santé, programmes et actions fixés par le ministre chargé de la santé et de prendre toute mesure appropriée afin de promouvoir et de développer la santé publique.

Ils doivent utiliser d'une façon optimale et suivant une gestion par objectifs, les ressources mises à leur disposition qui fait l'objet d'une évaluation par les services de santé compétents.

Art 269 : Les administrateurs de la santé assument, sur la base d'une liste d'aptitude, des postes de responsabilité au sein de l'établissement public de santé selon des critères, notamment du diplôme, de l'expérience, du grade et de qualification en gestion des services de santé, fixés dans leur statut particulier. En outre, ils sont appelés à assurer des missions de formation et d'encadrement des personnels de santé.

Les administrateurs de la santé sont recrutés parmi des titulaires d'un diplôme de formation graduée et/ou post graduée spécialisée en gestion, en droit, en économie, ou en gestion ou management des organisations de santé qui ont bénéficié d'une formation complémentaire spécialisée.

Art 270 : Les professionnels de santé exerçant dans les établissements publics de santé bénéficient d'un statut particulier par voie réglementaire.

Art 271 : Les professionnels de santé exerçant en qualité de fonctionnaire au sein des établissements publics de santé, sont régis par les dispositions applicables aux travailleurs des institutions et administrations publiques.

Les professionnels de santé, cités à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, disposent d'un régime salarial et indemnitaire en adéquation avec la nature des tâches et des activités qui leurs sont confiées ainsi qu'à la particularité de la mission dévolue à l'établissement public de santé.

Art 272 : Les professionnels de santé des établissements publics de santé bénéficient de la sécurité et de la protection de l'Etat dans l'exercice de leur fonction.

SECTION III

L'ACTIVITE COMPLEMENTAIRE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Art 273 : Il est institué aux profits des fonctionnaires de santé, une activité complémentaire durant les week-ends et après les heures légales du travail dans les établissements publics de santé à l'exclusion de toutes autres structures.

Elle peut être assurée dans des structures de santé privées par des professionnels ayant le statut de contractuel prévu à l'article 250 ci-dessus dont les conditions sont fixées par voie réglementaire.

L'activité lucrative est maintenue au profit des professionnels de santé selon la réglementation en vigueur et sur la base d'un contrat entre l'établissement d'origine du professionnel de santé concerné et l'établissement et la structure cocontractante.

Art 274 : L'activité complémentaire comprend :

- les actes, les gestes médicaux, chirurgicaux et autres.

Art 275 : L'activité complémentaire est exercée au sein de l'établissement public de santé sur la base d'un contrat interne entre l'établissement et l'équipe soignante concernée.

Art 276 : L'activité complémentaire au sein de l'établissement public de santé est assurée par les professionnels de santé ayant la qualité de fonctionnaire et exerçant leurs activités au sein de l'établissement concerné.

Elle peut être exercée par des professionnels de santé ayant le statut contractuel, les professionnels de nationalité étrangère et les professionnels installés à titre privés sur la base d'un contrat définissant les obligations des deux parties et prévoyant les sanctions en cas de manquement d'obligations de ces professionnels

Les modalités d'applications de cet article sont fixées par voie réglementaire.

Art 277 : Les modalités d'exercice de l'activité complémentaire, font l'objet d'un cahier des charges type institué, à cet effet, par le ministre chargé de la santé.

Art 278 : L'exercice de l'activité complémentaire dans un établissement public de santé est soumis aux conditions suivantes :

- La durée de l'activité complémentaire ne peut excéder 20% de l'activité hebdomadaire du service concerné;
- Le nombre d'actes effectués au titre de l'activité complémentaire ne peut dépasser 20% de ceux exercés au titre de l'activité publique ;
- L'activité complémentaire s'exerce en sus de la durée légale du travail et en dehors des horaires de service et pendant les week-ends sous le contrôle de la direction de l'établissement public de santé concerné.

Art 279 : Lors de l'accomplissement des actes entrant dans le cadre de l'activité complémentaire, la responsabilité des professionnels de la santé concernés de la santé est engagée. Tout manquement aux obligations prévues à l'article 278 ci-dessus est considéré comme faute disciplinaire grave de 3° degré conformément à la loi 03-06 du 15 juillet 2006 ci-dessus.

Art 280 : L'autorisation d'exercice de l'activité complémentaire peut être suspendue ou retirée par le chef d'établissement public de santé en cas de rupture constatée des clauses contractuelles **et du cahier des charges** et /ou de nécessité de service.

CHAPITRE III PERSONNELS DE SANTE

Section 1 : Statuts des professionnels de la santé

Art 281 : Les professionnels de la santé, exerçant dans les établissements publics de santé, sont recrutés en qualité de fonctionnaires.

L'exercice, sous le titre de contractuel dans les établissements publics de santé, prévu à l'article 250 de la présente loi constitue une mesure répondant à des besoins qui peuvent être exprimés dans des disciplines et spécialités médicales ou techniques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Section 2 : Personnels inspecteurs

Art 282 : La recherche et le constat des infractions aux lois et règlements régissant l'exercice des professions de santé sont confiés, outre les fonctionnaires et agents de police judiciaire prévu par la législation **en** vigueur, à des corps de médecins inspecteurs, de chirurgiens dentistes inspecteurs, de pharmaciens inspecteurs et des inspecteurs des services de santé.

Art 283 : Les inspecteurs prévus à l'article 282 de la présente loi sont chargés notamment de :

- contrôler la conformité de l'exercice des professions de santé aux dispositions légales et réglementaires ;
- veiller à la conformité des locaux et des équipements aux normes et aux conditions légales et réglementaires ;
- contrôler **des** établissements, structures, institutions et tout autre lieu où s'exercent des activités de santé et où sont produits, déposés, commercialisés, importés, expédiés, stockés, analysés des produits de santé ;
- contrôler l'état d'exécution des programmes de santé, des directives et autres normes émanant des autorités sanitaires ;
- contrôler les conditions **d'hygiène** et de sécurité sanitaire dans les établissements de santé.

Art 284 : Le corps des inspecteurs prévu à l'article 282 ci-dessus de la présente loi, est régi par un statut particulier fixé par voie réglementaire.

Les inspecteurs prévus à l'alinéa 1^{er} ci-dessus doivent bénéficier d'une formation complémentaire spécialisée.

Art 285 : Les inspecteurs sont tenus au secret professionnel.

Les inspecteurs peuvent, dans l'exercice de leur fonction, opérer d'office des prélèvements d'échantillons et procéder à la saisie de documents de toute nature propre à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Les échantillons et les documents sont joints au procès-verbal et peuvent être restitués à l'issue de l'inspection.

Art 286 : Dans l'exercice de leur fonction, les inspecteurs peuvent être assistés à la demande de l'autorité dont ils relèvent de professionnels de santé experts.

Art 287: Dans le cas où est constatée une infraction aux dispositions législatives et réglementaires relatives à la santé, les inspecteurs établissent un procès-verbal.

Le procès-verbal est rédigé, séance tenante, et signé par le contrevenant, copie lui est remise contre accusé de réception.

Lorsque le procès-verbal a été rédigé en l'absence de l'intéressé ou que, présent, il refuse de le signer, mention en est faite sur le procès-verbal et une copie lui est transmise avec accusé de réception.

Le procès-verbal énonce sans surcharge, ni rature, ni renvoi :

- les dates et lieux des enquêtes effectuées et les conditions matérielles relevées,
- l'identité de l'inspecteur,
- l'infraction constatée en référence aux dispositions législatives et réglementaires applicables en la matière,
- les mesures conservatoires prises, le cas échéant.

Les procès-verbaux dressés par les inspecteurs sont transmis aux autorités sanitaires compétentes.

Dans tous les cas où est constaté un fait susceptible d'impliquer des poursuites pénales, l'autorité sanitaire concernée transmet le dossier au Procureur de la République territorialement compétent. L'autorité hiérarchique est tenue informée.

Art 288 : Il est interdit aux inspecteurs d'effectuer le contrôle des structures, établissements, institutions tenus ou dirigés par des personnes dont ils seraient parents ou alliés.

Il leur est interdit, dans un délai de cinq ans, suivant la cessation de leur fonction, d'avoir des intérêts directs ou indirects dans les établissements qui ont été soumis à leur contrôle.

CHAPITRE IV

L'EXERCICE ILLÉGAL DES PROFESSIONS DE SANTE

Art 289 : Exerce illégalement la médecine, la chirurgie dentaire ou la pharmacie :

- toute personne qui exerce une activité de médecin, de chirurgien dentiste ou de pharmacien sans remplir les conditions fixées par la présente loi ou pendant la durée d'une interdiction d'exercer ;
- toute personne qui prend part habituellement, moyennant rétribution ou non, même en présence d'un médecin, ou d'un chirurgien dentiste, à l'établissement d'un diagnostic, au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales ou dentaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tout autre procédé, quel qu'il soit, sans remplir les conditions fixées par la présente loi ;
- quiconque, quoique muni du diplôme requis, prête son concours aux personnes citées aux alinéas ci-dessus et s'en fait le complice.

Art 290 : Exerce illégalement la profession de psychologue, paramédicale, d'auxiliaire médical quiconque ne remplit pas les conditions **fixées par la réglementation en vigueur**.

Art 291 : Tout débit, étalage ou dispensation de médicaments sur la voie publique ou dans d'autres lieux non autorisés par le ministre chargé de la santé et effectué par toute personne même titulaire du diplôme de pharmacien, est assimilé à un exercice illégal de la profession.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AU RECRUTEMENT DES PRATICIENS SPECIALISTE

Art 292 : Les dispositions de l'article 18 de la loi 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil, susvisée, sont abrogées.

Les praticiens spécialistes sont recrutés par les établissements publics de santé.

Les postes budgétaires sont ouverts dans les établissements publics qui procèdent à leur recrutement conformément à la réglementation en vigueur ;

Les praticiens médicaux sont astreints à une durée d'exercice de 03 ans avant de présenter toute demande de démission ou mutation.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS PENALES

Art 293 : L'exercice illégal des professions de santé, est puni des peines prévues à l'article 243 du code pénal.

Art 294 : L'inobservation de l'obligation du secret médical et professionnel expose son auteur aux sanctions prévues à l'article 301 du code pénal.

Art 295 : Le refus de déférer aux réquisitions de l'autorité publique établies et notifiées dans les formes réglementaires, est puni conformément aux dispositions de l'article 422 ter du code pénal.

Art 296 : Toute négligence et toute faute professionnelle commise par **le professionnel de santé** dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, est poursuivie conformément aux dispositions des articles 288, 289 et 290 du code pénal.

Art 297 : Toute violation de l'interdiction de la prescription prévue à l'article 266 ci-dessus, est punie d'une amende de 100.000 à 200.000 DA.

Art 298 : Toute violation des dispositions relatives aux tarifs des actes des prestations fixés par la réglementation en vigueur, est punie d'une amende de 200.000 à 500.000 DA.

TITRE VI LA PHARMACIE

CHAPITRE I PRINCIPES ET DEFINITIONS

Art 299 : L'Etat garantit la disponibilité des médicaments et produits pharmaceutiques essentiels et veille à leur accessibilité en tout temps et en tout lieu du territoire national. Il veille au respect des exigences de sécurité et de qualité en matière de fabrication, d'importation, d'exportation, de distribution et de dispensation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux. Il veille au bon usage du médicament notamment par la rationalité de la prescription et la promotion du médicament générique. Il encourage la recherche et le développement pharmaceutiques.

Art 300 : Les produits pharmaceutiques sont : les médicaments, les réactifs biologiques, les produits chimiques officinaux, les produits galéniques, les objets de pansement et tous autres produits ou dispositifs nécessaires à la médecine humaine définis par voie réglementaire.

Art 301 : Le médicament est :

- toute substance, association de substances ou produit qui, administré à l'homme ou à l'animal, permet de traiter ou de prévenir les maladies humaines ou animales ou de restaurer, corriger, modifier ses fonctions organiques.
- Les autres produits concentrés, solutés, gaz médicaux ;
- Les préparations magistrales, hospitalières, officinales et officinales divisées ;
- le produit radio nucléide, le médicament radio pharmaceutique, la trousse et le précurseur.

Art 302 : Le dispositif médical est tout appareil, instrument, logiciel, substance, objet et, en général tout produit destiné à un usage médical dont l'action essentielle n'est pas obtenue par un médicament mais dont l'action principale peut être assistée par ce moyen.

Art 303 : La Nomenclature Nationale des Médicaments est le recueil régulièrement actualisé rassemblant l'ensemble des médicaments enregistrés.

Art 304 : Le Formulaire National des Médicaments est le recueil rassemblant les formules des médicaments essentiels, prêts à l'emploi, dont l'activité, l'efficacité, la sécurité et l'innocuité sont reconnues.

Art 305 : La Pharmacopée est le recueil contenant les caractéristiques des médicaments, des excipients et adjuvants, de certains dispositifs médicaux ainsi que les moyens de leur identification et les méthodes d'essai et d'analyse, en vue d'assurer leur contrôle et d'en apprécier la qualité.

Art 306 : Il est créé, auprès du Ministre chargé de la santé, une commission chargée de l'établissement de la liste des produits pharmaceutiques essentiels, de la rédaction du formulaire national des médicaments et de la pharmacopée. La composition et le fonctionnement de la commission sont fixés par voie réglementaire.

Art 307 : La définition de la production des produits pharmaceutiques et les règles de bonnes pratiques de fabrication, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques, **de la pharmacovigilance et du matériovigilance** ainsi que la définition de la mise sur le marché et de la distribution sont fixées par voie réglementaire.

CHAPITRE II

ETABLISSEMENTS PHARMACEUTIQUES

Art 308 : L'établissement pharmaceutique est une société organisée **selon** formes prévues par le code du commerce et remplissant les conditions de qualification professionnelle et d'assurance qualité fixées par voie réglementaire.

Tout établissement pharmaceutique doit disposer d'une structure dans laquelle s'effectue au moins l'une des opérations mentionnées dans les articles 310 et 311 de la présente loi.

Art 309 : La fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution en gros des produits pharmaceutiques, **cités à l'article 300 ci-dessus**, sont effectuées exclusivement par les établissements pharmaceutiques agréés par le Ministre chargé de la Santé.

Est soumise à l'autorisation préalable du Ministre chargé de la Santé, l'exportation de produits pharmaceutiques à partir du territoire national.

Art 310 : La préparation, l'importation, la distribution et l'exportation des vaccins, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou non, des virus atténués ou non, des bactéries et en général des divers produits d'origine microbienne non chimiquement définis, pouvant servir, sous une forme quelconque, au diagnostic, à la prophylaxie ou à la **thérapie** sont soumis au contrôle administratif, technique et de sécurité dont les modalités sont fixées par voie réglementaire.

Art 311 : La production, la fabrication, la transformation, l'importation, l'exportation, l'offre, la distribution, la cession, la remise, l'acquisition, la détention et l'emploi de substances, médicaments, plantes, parties de plantes douées de propriétés stupéfiantes et/ou psychotropes **Sont soumis au contrôle administratif, technique, et de sécurité.**

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

CHAPITRE III

ENREGISTREMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Art 312 : Tout produit pharmaceutique prêt à l'emploi fabriqué industriellement, importé ou exporté ainsi que tout générateur, précurseur ou trousse doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché, d'une décision d'enregistrement délivrée par l'agence nationale des médicaments.

Il est créé une agence nationale des médicaments.

L'agence nationale des médicaments est un établissement public à caractère spécifique conformément aux dispositions de la loi 88-01 du 12 janvier 1988 sus-visée.

Les missions, les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'agence nationale des médicaments sont fixées par voie réglementaire.

Les conditions et les procédures d'enregistrement, prévues à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, sont fixées par voie réglementaire.

Art 313 : La décision d'enregistrement est délivrée par l'agence nationale des médicaments pour les produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine.

Art 314 : L'agence nationale des médicaments peut délivrer, pour une durée limitée, une autorisation temporaire d'utilisation de médicaments non enregistrés par les services compétents lorsque ceux-ci sont prescrits dans le cadre de la prise en charge de maladies graves, qu'il n'existe pas de traitement équivalent sur le territoire national et qu'ils présentent une utilité thérapeutique prouvée.

CHAPITRE IV

INFORMATION SCIENTIFIQUE ET PUBLICITE

Art 315 : L'information scientifique sur les produits pharmaceutiques est obligatoire. Elle doit être précise, vérifiable et conforme aux données les plus récentes de la recherche médicale et scientifique au moment de sa diffusion. Elle mentionne obligatoirement la dénomination commune internationale (D.C.I.) du produit objet de cette information.

Art 316 : L'information scientifique sur les produits pharmaceutiques consiste en toute information relative à leur formule, à leurs effets thérapeutiques, à leurs indications et contre indications thérapeutiques, précautions et modalités d'emploi, aux résultats des études cliniques, pharmacologiques, toxicologiques et analytiques vérifiés, relatifs à l'efficacité et à la toxicité immédiate ou lointaine. Elle est destinée notamment aux professionnels de santé et aux usagers dans le but d'assurer le bon usage des produits pharmaceutiques.

Elle ne peut être effectuée que pour les produits pharmaceutiques enregistrés par les services compétents ou autorisés à l'utilisation.

Art 317 : Est autorisée la publicité pour les produits pharmaceutiques à usage de la médecine humaine en direction des professionnels de santé.

La publicité des produits pharmaceutiques consiste en toute activité de promotion de la prescription, de la délivrance, de la vente ou de la consommation des produits pharmaceutiques.

Elle ne peut être effectuée que pour les produits pharmaceutiques régulièrement enregistrés et remboursés par les organismes de sécurité sociale.

Art 318 : L'information scientifique ainsi que la publicité sur les produits pharmaceutiques sont effectuées par les fabricants de produits pharmaceutiques et les sociétés spécialisées dans la promotion médicale.

L'information scientifique et la publicité des produits pharmaceutiques sont soumises à l'autorisation du ministre chargé de la santé.

Art 319 : Peuvent également effectuer l'information scientifique ainsi que la publicité sur les produits pharmaceutiques et les médicaments, à des fins non promotionnelles :

- les institutions publiques dont la vocation est liée à la santé publique, à la formation et à la recherche scientifique dans le domaine de la santé lorsque la raison de santé publique l'impose;

- les associations à caractère scientifique pour leurs activités de formation,
- les associations à caractère social et notamment les associations de défense des consommateurs pour leurs activités d'éducation pour la santé.

CHAPITRE V

CONTRÔLE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Art 320 : Les produits pharmaceutiques sont soumis au contrôle de la qualité et de la conformité.

Art 321 : Tout produit pharmaceutique à usage de la médecine humaine, prêt à l'emploi, ainsi que tout dispositif médical ne peuvent être mis sur le marché s'ils ont été au préalable contrôlés et certifiés conformes au dossier d'enregistrement.

Art 322 : Le contrôle de la qualité, l'expertise, la veille et le recensement des effets indésirables induits par l'usage des produits sont assurés par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire en Produits Pharmaceutiques.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire en Produits Pharmaceutiques sont fixés par voie réglementaire.

Art 323 : Les lots de fabrication et d'importation ne peuvent être distribués ou remis sans l'émission du certificat de conformité délivré par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire en Produits Pharmaceutiques prévue à l'article 322 ci-dessus.

CHAPITRE VI

CONTRÔLE DES EQUIPEMENTS MEDICAUX

Art 324 : Les équipements médico-techniques regroupent les appareils utilisés pour les explorations cliniques et biologiques, les activités de soins médicaux, les prothèses dentaires et orthopédiques, les auxiliaires optiques et acoustiques ainsi que les appareils de locomotion.

Art 325 : Les Equipements médico-techniques sont soumis aux procédures d'homologation et de certification fixées par voie réglementaire.

Ne sont pas concernés par les procédures d'homologation et de certification prévues à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, les équipements médico-techniques destinés à l'emploi opérationnel de la santé militaire.

CHAPITRE VII

OFFICINES PHARMACEUTIQUES

Art 326 : L'officine pharmaceutique est l'établissement affecté à la dispensation au détail des produits pharmaceutiques, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales.

Le pharmacien doit être propriétaire et gestionnaire du fonds de commerce de l'officine pharmaceutique.

Art 327 : Est interdite la dispensation au public de tous médicaments, produits pharmaceutiques et accessoires non autorisés à la vente.

CHAPITRE VIII

PHARMACIES HOSPITALIERES

Art 328 : Les établissements publics et privés de santé et les établissements médico-sociaux dans lesquels sont traités des malades sont tenus de disposer d'une pharmacie hospitalière.

L'activité de la pharmacie hospitalière est réservée à l'usage des malades traités dans les établissements cités à l'alinéa premier du présent article.

Art 329 : La gestion de la pharmacie hospitalière est assurée par un pharmacien. Il est responsable de l'activité pharmaceutique.

Art 330 : La pharmacie hospitalière a pour missions :

- d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des produits pharmaceutiques, médicaments et produits ou objets, ainsi que des matériels médicaux stériles pour l'usage intérieur de l'établissement ;
- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces produits pharmaceutiques, médicaments, matériels ou objets ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de contribuer à leur évaluation;
- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins relevant de son domaine.

CHAPITRE IX

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

Art 331 : Les laboratoires de biologie médicale sont définis comme étant les structures où sont effectués les examens biologiques qui concourent au diagnostic, au traitement ou à la prévention des maladies humaines ou qui font apparaître toute autre modification de l'état physiologique des patients.

Art 332 : Sont autorisés à exploiter un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou dans le cadre de leur spécialité, les titulaires du diplôme d'études médicales spéciales de biologie clinique ou du diplôme d'études médicales spéciales d'une spécialité de biologie médicale lorsque la spécialité est une mono-spécialité ou d'un titre reconnu équivalent.

Les personnes prévues à l'alinéa 1^{er} ci-dessus sont responsables de leurs laboratoires et doivent exercer personnellement et effectivement leurs fonctions.

Art 333 : L'exécution des actes de biologie qui requièrent une qualification spéciale ou qui nécessitent le recours à des produits présentant un danger particulier ou des techniques exceptionnellement délicates ou d'apparition récente, peut être réservée à certains laboratoires répondant à des conditions **fixées par voie réglementaire**.

Art 334 : La création et l'exploitation d'un laboratoire de biologie médicale sont soumises à l'autorisation du ministre chargé de la santé. Les conditions d'installation, d'ouverture, de transfert, de cession et les actes des laboratoires et des catégories de personnes habilitées à effectuer ces actes sont fixés par voie réglementaire.

Art 335 : Les pharmaciens installés en officine pharmaceutique dans les communes dépourvues de laboratoires d'analyse médicales peuvent être autorisés, dans la limite de leur compétence, par l'autorité habilitée à cet effet, à pratiquer au sein de leur officine des analyses de biologie médicale dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé.

Art 336 : Le contrôle des laboratoires est assuré dans les conditions fixées par voie réglementaire.

CHAPITRE X

STRUCTURES DU SANG

Art 337 : La collecte de sang est assurée par des structures sanitaires publiques, conformément aux normes requises en matière d'activité transfusionnelle.

Les structures, citées à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, sont spécialisées dans la collecte, la fabrication, le contrôle, la conservation et la distribution du sang et des produits sanguins labiles.

Toute activité, dans un but lucratif, du sang humain, du plasma et de leurs dérivés est interdite.

Art 338 : L'activité transfusionnelle est une activité médicale.
Elle consiste à :

- préparer les produits sanguins ;
- analyser et qualifier les dons de sang ;
- conserver et distribuer le sang et les dérivés sanguins.

Art 339 : L'activité transfusionnelle doit s'effectuer conformément aux bonnes pratiques de collecte, de préparation, de qualification, de stockage et de distribution, en vue de livrer des produits répondant aux normes de qualité requise, telles que définies par la réglementation en vigueur.

Art 340 : Le sang prélevé doit être testé afin de vérifier la présence d'agents pathogènes ou de tout agent contaminant. Il est obligatoirement soumis à des examens visant à garantir la compatibilité.

CHAPITRE X

DISPOSITIONS PENALES

Art 341 : Toute infraction aux dispositions de l'article 309 ci-dessus, est punie d'une réclusion de dix (10) à vingt (20) ans.

Art 342 : Toute infraction aux dispositions de l'article 311 ci-dessus, est punie d'une réclusion de dix (10) à vingt (20) ans et d'une amende de 20.000 à 200.000 DA.

Art 343 : Toute infraction aux dispositions de l'article 312 ci-dessus, est punie d'une amende de 100.000 à 500.000 DA.

Art 344: Toute infraction aux dispositions de l'article 316 ci-dessus, est punie d'une amende de 500.000 et en cas de récidive, l'amende est portée au double.

Art 345 : Toute infraction aux dispositions prévues aux articles 317 et 318 ci-dessus, est punie d'une amende de 200.000 DA à 500.000DA et en cas de récidive, l'amende est portée au double.

La juridiction compétente peut prononcer l'interdiction de la vente du produit dont la publicité a été effectuée.

Art 346 : Toute infraction aux dispositions de l'article 337 ci-dessus, est puni d'un emprisonnement de (02) ans à cinq (05) ans et d'une amende de 200.000 DA à 500.000DA.

TITRE VII ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET BIOETHIQUE

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Art 347 : L'éthique, au sens de la présente loi, comprend l'ensemble des aspects liés à la promotion et à la protection de la santé notamment les questions relatives :

- aux comportements des professionnels de santé ;
- à l'équité dans la répartition des ressources financières en matière de santé ;
- à la responsabilité sociale dans la protection des individus ;
- à la protection de la reproduction humaine ;
- aux progrès scientifiques techniques dans le domaine médical
- à la recherche et aux essais médicaux.

Art 348 : La déontologie est l'ensemble des règles qui régissent les rapports des professionnels de santé entre eux et avec les malades.

Art 349: La bioéthique est l'ensemble des mesures et activités liées au don et au prélèvement d'organes et tissus, du sang humain et de ses dérivés, à l'assistance médicale à la procréation et à la recherche biomédicale.

Art 350 : Dans l'exercice de leurs activités, les professionnels de santé doivent être guidés par des valeurs éthiques, notamment, les principes du respect de la dignité de la personne, de l'honneur, de l'équité et de l'indépendance professionnelle ainsi que, par les règles de déontologie.

Art 351 : Il est créé, auprès du ministre chargé de la santé, un comité national de bioéthique chargé de donner des avis et des recommandations sur les problèmes moraux soulevés par la pratique professionnelle, la recherche scientifique et l'application des technologies dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, ayant pour objet l'être humain dans sa double dimension individuelle et sociale.

La composition, l'organisation, le fonctionnement du comité national de bioéthique sont fixés par voie réglementaire.

CHAPITRE II

ASPECTS ETHIQUES LIES AUX PATIENTS

Art 352 : Aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne, après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Toutefois, en cas d'urgence, de maladie contagieuse et au cas où la vie du patient serait gravement menacée, le professionnel de santé doit prodiguer les soins et le cas échéant passer outre le consentement.

Art 353 : Dans la mesure où son état de santé l'exige, toute personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire, au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Art 354 : Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur

Art 355 : Toute personne doit, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité, ainsi que dans les cas où le médecin a la conviction que de telles informations lui seraient nettement préjudiciables, être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

L'information est assurée par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui lui sont applicables.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle, sont exercés, selon les cas, par les parents ou par le tuteur légal.

Art 356 : Le secret médical, prévu aux articles 18, 204 et 251 ci-dessus, peut être levé par l'autorité judiciaire.

Le secret médical peut être levé, également, pour les mineurs et les incapables à la demande du conjoint, du père, de la mère ou de tuteur.

Art 357 : Toute personne qui exerce une profession de santé ne peut fournir que les soins pour lesquelles elle a la formation et l'expérience nécessaire.

Elle doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié même sur demande d'un patient ou d'un autre professionnel de la santé.

CHAPITRE III DEONTOLOGIE

Art 358 : Il est créé des conseils nationaux, régionaux et locaux de déontologie médicale dénommés ci-après :

- Conseil national, régional et local des médecins ;
- Conseil national, régional et local des chirurgiens dentistes ;
- Conseil national, régional et local des pharmaciens.

Les conseils, cités à l'aliéna ci-dessus, créent un organe de coordination et fixent leurs règlements intérieurs.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 359 : Des codes et des conseils de déontologie ainsi que d'autres professions de santé peuvent être créés par voie réglementaire.

Art 360 : Le Conseil national et les Conseils régionaux et locaux des médecins sont composés exclusivement de médecins élus par leurs pairs.

Le Conseil national et les Conseils régionaux et locaux des chirurgiens-dentistes sont exclusivement composés de chirurgiens-dentistes élus par leurs pairs.

Le Conseil national et les Conseils régionaux et locaux des pharmaciens sont composés exclusivement de pharmaciens élus par leurs pairs

Art 361 : Les Conseils nationaux, les Conseils régionaux et les conseils locaux de déontologie sont investis, chacun en ce qui le concerne, du pouvoir de sanction et se prononcent sur les violations des règles de déontologie médicale. Ils peuvent être saisis par le ministre chargé de la santé, par les chefs d'établissements de santé publics et privés et par tout usager et/ou leurs représentants habilités.

Art 362 : Les décisions des Conseils régionaux et locaux de déontologie sont susceptibles de recours devant les Conseils Nationaux de déontologie respectifs.

Les décisions des Conseils nationaux de déontologie sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat.

Art 363 : Les Conseils nationaux, les Conseils régionaux et les conseils locaux de déontologie peuvent être saisis par l'autorité judiciaire, chaque fois qu'une action en responsabilité d'un membre du corps médical est engagée. Ils peuvent se constituer partie civile lors d'un procès.

Art 364 : L'exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie est soumis à l'inscription obligatoire aux tableaux des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens.

Toutefois, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens de nationalité étrangère, exerçant au titre d'accords et de conventions de coopération, ne sont pas soumis à l'obligation d'inscription aux tableaux, cités à l'alinéa ci-dessus.

Les praticiens médicaux recrutés en qualité de fonctionnaire ne sont pas soumis à la procédure d'inscription aux tableaux, cités à l'alinéa 1^{er} ci-dessus. L'acte de recrutement emporte inscription d'office aux dits tableaux.

CHAPITRE IV

BIOETHIQUE

Section 1 : Dispositions relatives aux organes et aux tissus

Art 365 : Sont régis par les dispositions de la présente loi, le sang humain et ses dérivés, les organes dont la moelle osseuse, les tissus et tout autre produit entrant dans son objet.

Art 366 : Le prélèvement d'éléments du corps humain ainsi que la collecte des produits cités à l'article 365 ci-dessus ne peuvent être pratiqués sans le consentement préalable exprès, libre et éclairé du donneur.

Art 367 : L'information du public en faveur d'un don d'éléments et produits du corps humain est assurée par le Ministre chargé de la santé.

La publicité en faveur d'un don d'élément ou produit du corps humain au profit d'une personne déterminée ou bien d'un établissement ou organisme déterminé, est interdite.

Art 368 : Le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits en vue d'un don ne doit donner lieu à aucun paiement de quelque nature que ce soit.

Art 369 : Il est interdit de dévoiler l'identité du donneur au receveur, et l'identité du receveur au donneur. Il est également interdit de divulguer les informations permettant d'identifier à la fois, le donneur d'un élément ou produit du corps humain et le receveur de celui-ci. Cette interdiction peut être levée en cas de nécessité thérapeutique et dans les cas où le donneur et le receveur sont apparentés.

Art 370 : Un prélèvement d'éléments du corps humain ou une collecte de ses produits, à des fins thérapeutiques, ne peut être effectué que si les avantages retirés sont supérieurs aux risques encourus par le receveur, compte tenu de l'état de la science.

Art 371 : Il est créé une agence nationale chargée du suivi et du contrôle des greffes.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de cette agence sont fixées par voie réglementaire.

Art 372 : Le prélèvement et la collecte d'éléments et produits du corps humain doivent s'effectuer conformément aux règles de sécurité sanitaire, définies par voie réglementaire.

Le prélèvement d'organes sur une personne vivante qui en fait le don, ne peut être effectué que dans un intérêt thérapeutique direct d'un receveur.

Le donneur préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement, doit exprimer son consentement par écrit.

Le prélèvement des éléments du corps humain et la collecte des produits du corps humain sont soumis à des procédures qui en permettent la traçabilité, la vérification et le contrôle.

Art 373 : Le prélèvement d'organes, en vue d'un don, sur une personne vivante mineure ou incapable est interdit

Le prélèvement d'organe sur une personne décédée ne peut s'effectuer sans le consentement authentifié et obligatoire de la personne concernée de son vivant.

Le prélèvement d'organes sur une personne décédée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques, après le constat de la mort, établi conformément aux conditions définies par voie réglementaire.

Art 374 : Les activités de prélèvement d'organes, de tissus, de cellules et de produits du corps humain, effectuées conformément aux dispositions de la présente loi, sont des activités médicales, inscrites dans le cadre d'un programme national de santé.

Art 375 : Les médecins qui établissent le constat du décès et ceux qui effectuent le prélèvement ou la transplantation doivent relever de services distincts.

Art 376 : Le prélèvement de tissus ou la collecte de produits du corps humain sur une personne vivante, en vue d'un don, ne peuvent être effectués que dans un but thérapeutique ou scientifique et dans les mêmes conditions que pour le don d'organes.

Art 377 : Les prélèvements de tissus du corps humain en vue d'un don ne peuvent être effectués que sous le contrôle de l'agence nationale des greffes, citée à l'article 371 ci-dessus, et dans des établissements de santé agréés et autorisés à cet effet, par le Ministre chargé de la santé.

Art 378 : Aucune rémunération à l'acte ne peut être perçue par les praticiens effectuant des prélèvements et les praticiens effectuant des transplantations d'organes et tissus au titre de ces activités.

Section 2 : Aspects éthiques liés aux droits des donneurs de sang

Art 379 : Le don du sang doit être précédé d'un entretien médical avec le donneur dans le respect des règles médicales.

L'information du donneur en matière de don du sang doit s'effectuer avant le prélèvement du sang. La reconstitution physique du donneur est obligatoire après chaque don de sang.

Art 380 : Le donneur doit être âgé de dix huit (18) ans au moins et de soixante cinq (65) ans au plus. Toutefois, des prélèvements de sang peuvent être effectués à tout âge pour des raisons thérapeutiques ou scientifiques.

Aucun prélèvement de sang ne peut être effectué sur des personnes dont la santé pourrait être altérée par le prélèvement ou dont le sang pourrait transmettre des agents pathogènes.

Art 381 : Le groupe sanguin est obligatoirement inscrit, sur le carnet de santé, sur la carte nationale d'identité et sur le permis de conduire.

Section 3 : Dispositions relatives à l'assistance médicale à la procréation

Art 382 : L'assistance médicale à la procréation est une activité médicale qui, en cas d'infertilité avérée médicalement, permet la procréation en dehors du processus naturel. Elle a pour objet d'éviter de transmettre à l'enfant une maladie d'une particulière gravité. Elle consiste en des pratiques cliniques et biologiques permettant la stimulation de l'ovulation, la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.

Art 383 : L'assistance médicale à la procréation est destinée exclusivement à répondre à la demande exprimée par un homme et une femme en âge de procréer, vivants, formant un couple légalement marié, souffrant d'infertilité avérée médicalement et consentant au transfert ou à l'insémination artificielle. Il ne doit être recouru qu'aux spermatozoïdes de l'époux et à l'ovule de l'épouse à l'exclusion de toute autre personne.

L'époux et l'épouse doivent **présenter**, de leur vivant, cette demande d'assistance médicale à la procréation par écrit. Elle doit être confirmée à l'issue d'un (01) mois, à compter de la date de sa réception.

Art 384 : Les actes cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation sont effectués par des praticiens agréés à cet effet, dans des établissements, **centres** ou laboratoires autorisés à les pratiquer.

Les actes cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation ainsi que les modalités d'autorisation de ces établissements, centres et laboratoires sont fixés par voie réglementaire.

Art 385 : Préalablement à la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation, le couple qui a introduit la demande d'assistance médicale à la procréation doit avoir plusieurs entretiens avec le clinicien et le biologiste de l'équipe pluridisciplinaire.

Il doit pouvoir sur sa demande ou bien celle des praticiens, rencontrer tout autre membre de l'équipe pluridisciplinaire, y compris le médecin psychiatre ou le psychologue, dont l'établissement ou le centre peut **recourir**.

Art 386 : La mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation doit s'effectuer dans le respect des règles de sécurité sanitaire qui sont définies par voie réglementaire.

Les établissements pratiquant l'assistance médicale à la procréation sont soumis au contrôle des services de santé compétents et sont tenus de transmettre à l'autorité sanitaire concernée un rapport annuel de leurs activités.

Art 387 : Le nombre d'embryons à transférer doit être discuté conjointement entre le couple, le clinicien et le biologiste. Il doit être limité à trois (03) ; au-delà de ce nombre, les raisons doivent être justifiées dans le dossier de la patiente.

Art 388 : Sont interdits le don, le prêt, la vente et toutes autres formes de transaction :

- de spermatozoïdes ;
- d'ovocytes, même entre coépouses ;
- d'embryons surnuméraires ou non à une mère porteuse ou une autre femme, sœurs ou mère **ou** filles ;
- de cytoplasme.

Art 389 : sont interdites toute reproduction d'organismes vivants génétiquement identiques, concernant l'être humain et toute sélection du sexe.

Section 4 : Dispositions relatives à la recherche biomédicale

Art 390 : La recherche biomédicale consiste en des essais sur l'être humain en vue de développer les connaissances biologiques et thérapeutiques et d'améliorer les pratiques médicales. Ces essais sont désignés sous le nom « d'essais cliniques ».

La recherche biomédicale est soumise à autorisation conjointe du ministre chargé de la santé, et du ministre chargé de la recherche **scientifique** après avis conforme du comité national de bioéthique, prévu à l'article 351 ci-dessus.

Art 391 : Les essais cliniques ne peuvent être effectués, que si les personnes ont donné leur consentement libre, exprès et éclairé, par écrit après avoir été informées, notamment sur :

- la nature et le but de l'essai ;
- les risques, les inconforts et les bénéfices prévisibles ;
- leur droit à une compensation en cas de dommages imputables à l'essai ;
- leur liberté de retirer leur consentement à tout moment sans préjudice pour leur prise en charge thérapeutique.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS PENALES

Art 392 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 366 de la présente loi, est puni **de la réclusion** de dix (10) à vingt (20) ans et d'une amende de 3000.000 DA à 5000.000 DA.

Art 393 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 367 de la présente loi, est puni d'une peine d'emprisonnement de six (06) mois à un (01) an.

Art 394 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 368 de la présente loi, est puni d'une peine d'emprisonnement deux (02) ans à cinq (05) ans et d'une amende de 1000.000 DA à 5000.000 DA.

Art 395 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 369 de la présente loi, est puni d'une peine d'emprisonnement de un (01) à six (06) mois et d'une de 1.000 à 5.000 DA.

Art 396 : Quiconque contrevient aux dispositions des articles 373 et 388 de la présente loi, est puni **d'une peine d'emprisonnement de dix (10) ans à vingt (20) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1000.000 DA.**

Art 397 : Toute violation aux dispositions de l'article 383 de la présente loi , est punie **de la réclusion de** dix (10) ans à vingt (20) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1000.000 DA

Art 398 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 389 de la présente loi est puni d'une réclusion d'emprisonnement de dix (10) ans à vingt (20) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1000.000 DA.

Art 399 : Quiconque contrevient aux dispositions de l'article 391 de la présente loi est puni d'une peine d'emprisonnement de deux (02) ans à cinq (05) ans et d'une amende de 200.000 DA à 1000.000 DA.

TITRE VIII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Art 400 : La mise en place des régions sanitaires intervient dans un délai d'un (01) an, à compter de la date de la publication de la présente loi au Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire.

Art 401 : Les modalités d'application des dispositions de la présente loi sont fixées, en tant que de besoin, par voie réglementaire.

Art 402 : Les dispositions de la loi 85.05 du 16 Février 1985, sus visée, sont abrogées. Toutefois, les textes pris pour son application continuent à produire leurs effets, pour un délai qui ne doit pas dépasser deux (02) ans, à compter de la publication de la présente loi, au Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire.

Fait à Alger, le
Correspondant au

Abdelaaziz BOUTEFLIKA

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Badji Mokhtar - Annaba -

Faculté des Lettres, Sciences Humaines et Sociales

Département de Sociologie

Thèse

Présentée en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat 3^{ème} cycle

En: Sociologie

Les politiques de réforme du système de santé et leurs impacts sur le développement sanitaire en Algérie

Champ d'étude: les institutions médicales de l'Est algérien:
Annaba, Constantine et Tébessa.

Spécialité: Sociologie de la Santé et des Maladies

Présentée par:

Wafa GUESMI

Sous la direction du:

Pr: Youcef SAADOUN

Devant le Jury

Pr : Boubaker BOUKHRISSA

Université Badji Mokhtar -Annaba-

Président

Pr : Youcef SAADOUN

Université Badji Mokhtar -Annaba-

Rapporteur

Pr : Taher DJEGHIM

Université de Constantine -03-

Examineur

Dr : Belkacem NOUISSER

Université de Moh Lamine Dabbaghin-Setif 02-

Examineur

Dr : DJahida ZARZOUNI

Université Badji Mokhtar -Annaba

Examinatrice

Année universitaire: 2017/2018