

السياسة الصحية والأسرة في الجزائر الواقع و الأفاق

أ.حمادي عياش

جامعة - باتنة

الملخص

يناقش المقال التعريف بأهم السياسات الصحية التي طبقتها الجزائر منذ الاستقلال، وأثر ذلك على نسق الأسرة وتنميتها، وتقديم رؤية مستقبلية لأبعاد السياسة الصحية المختلفة ببلادنا، في تحقيق حاجات الأسرة الجزائرية المتنامية، ويهدف البحث إلى إبراز السياسة الصحية في الجزائر وضرورة إشباعها للحاجات الأسرية، وتأكيد وتبيان كل جديد في ضوء تغير متطلبات حاجات الأسرة الجزائرية في مجال الوقاية والصحة. وتوصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أبرزها الآتي:

- السياسة الصحية في الجزائر، كانت سياسة تطبيقية وليست اشباعية.
- السياسة الصحية تناغمت مع الخطاب السياسي، ولم تتناغم مع الواقع الصحي للأسرة
- الثقافة الصحية لدى الأسرة الجزائرية لم تبلغ مستوى الوعي الصحي وبالتالي إدراك حاجاتها الصحية المتنامية في ظل التغير الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع الجزائري .

Résumé

L'article traite la définition de la politique de santé les plus importants mis en œuvre par l'Algérie depuis l'indépendance et l'impact sur le modèle de la famille et de leur développement, et fournir une vision d'avenir pour les différentes dimensions de la politique de santé dans notre pays, de répondre aux besoins de la famille algérienne de plus en plus au cadre de l'évolution des exigences et des besoins de la famille algérienne dans le domaine de la prévention et la santé.

La recherche vise à mettre en évidence la politique de santé en Algérie et la nécessité de satisfaire les besoins de la famille, et de confirmer et de montrer la toute nouvelle à la lumière de l'évolution des exigences et des besoins de la famille algérienne dans le domaine

de la prévention et de la santé. L'étude a achevé un certain nombre de résultats, y compris ce qui suit:

- La politique de santé en Algérie, était politique et non bricolage.
- La politique de santé n'a pas suivi le rythme du discours politique.
- la Culture familiale en Algérie concertant la santé n'a pas atteint le niveau de sensibilisation afin de réaliser leurs besoins en matière de santé en fonction du changement social et économique pour la communauté algérienne.

الكلمات الدالة : الصحة - المرض - الوقاية - السياسة الصحية - الأسرة.

مقدمة:

نظرا لأهمية الصحة الأسرية، سعت الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا بالقيام بعدة إصلاحات جوهرية وعميقة شملت تطوير منظومة قطاع الصحة بمحاولة ربطها بالواقع الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع الجزائري ومن خلاله إشباع الحاجات الأسرية المتنامية لمكونات الأسرة المختلفة، بتوفير كل الظروف المتاحة البشرية والمالية والمادية والمعلوماتية .

إن التنمية هي تلك الخطة الشاملة الهادفة، البالغة الدقة لتطوير المجتمع، ولذا فإن وضع وتنفيذ إستراتيجية في الواقع هو محصلة لسياسة حاسمة، تستهدف القضاء على مشكلات التخلف والتغيير الاجتماعي الذي يلحق بالبناء الاجتماعي ووظائفه وتسعى إلى إقامة نظام اجتماعي جديد، يمكن عن طريقه إشباع الحاجات الاجتماعية أو الأسرية، وهنا يحق لنا أن نتساءل:

ما هي الحاجات الاجتماعية التي ينبغي إشباعها عن طريق التنمية وفي ظل نظام اقتصادي معين؟ وما هو موقع السياسة الصحية بأنظمة المجتمع الأخرى، في ظل تحديد الحاجات الاجتماعية المتنوعة؟ وهذا من وجهة فردية محضة أو من وجهة أسرية، وهي إما حاجات بيولوجية واقتصادية، فالأولى تمثل الغذاء والملبس والسكن والصحة والحياة، أما الاقتصادية فيعبر عنها بالعمل والإنتاج والتبادل واحتياجات نفسية كالطمأنينة والراحة والأمن واحتياجات اجتماعية ليعيش متوافقا مع مجتمعه ونظمه السياسية والأسرية والدينية والتعليمية والأخلاقية والقيمية.

في هذا الشأن وفي ضوء التغير الحاصل على مستوى الأسرة بنائيا ووظيفيا، ما هي أهم السياسات الصحية المطبقة ببلادنا وأثرها على الأسرة والمجتمع، وما هي آفاق التطوير وحاجات الأفراد المتنامية باستمرار؟

وتكمن أهمية الموضوع في أهمية الصحة الأسرية وخصوصا في ضوء توصيات هيئات الأمم المتحدة حول قضايا الأسرة والسكان والتنمية حول مسائل ترقية الصحة الأسرية، كمؤشر من مؤشرات التنمية البشرية المستدامة.

ونظرا لطبيعة الموضوع تم اعتماد المنهج الوصفي لوصف الظاهرة وتحليلها من خلال اعتماد إحصائيات مهمة، وعرض لمختلف السياسات الصحية في الجزائر وعلاقتها بمخططات التنمية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا .

وقد تم تقسيم البحث إلى أربعة عناصر أساسية، تم التطرق للعنصر الأول إلى مدخل مفاهيمي حول الموضوع، وتم التطرق في العنصر الثاني إلى السياسة الصحية والتنمية المستدامة في الجزائر، بينما التطرق في العنصر الثالث إلى تجربة التنمية الاقتصادية والاجتماعية والسياسة الصحية للأسرة الجزائرية، وأخيرا تم الحديث عن آفاق تطوير السياسة الصحية في الجزائر.

أولا : مدخل مفاهيمي :

1-تعريف الأسرة :

من الحقائق المسلم بها أن الإنسان كائن اجتماعي، لا يستطيع أن يعتزل الناس كي يعيش وحيدا، لأنه يحتاج إلى من يرعاه ويكفله منذ طفولته إلى أن يشب و يكبر ويستطيع أن يساهم في الحياة الاجتماعية، وتعتبر الأسرة النظام الاجتماعي الإنساني الأول الذي يلبي هذه الغريزة (حب الاجتماع) للفرد، فهي الخبرة الأولى لبني البشر .

والأسرة كمفهوم هي محل نقاش واسع بين أهل الاختصاص إذ لم يتم التوصل إلى تحديد مفهوم شامل ومتفق عليه، ويرجع هذا الاختلاف إلى ارتباط تحديد مثل هذه المفاهيم لخصوصية كل مجتمع وللموروث الثقافي الذي يقوم عليه.

- وعرفها "ببرجس ولوك" بأنها "مجموعة من أشخاص ارتبطوا برباط الزواج والدم ويؤلفون عائلة متميزة، ويتفاعلون ويتقبلون بعضهم البعض خلال الأدوار الاجتماعية المقررة لهم وتشمل أدوار الزوج والزوجة، الأم، الأب، الإبن، البنت، الأخ والأخت ولهم ثقافتهم المشتركة"¹.

- ويعرف "عبد المنعم شوقي" الأسرة بأنها نسق اجتماعي يقوم على:²

1. معيشة رجل وامرأة أو أكثر معا في مكان مشترك.
 2. قيام علاقات جنسية يقرها الدين والمجتمع.
 3. إنجاب الأطفال و رعايتهم.
 4. علاقات متينة تتسم بالخصوصية والاستمرار لفترة طويلة.
 5. سلسلة من الحقوق و الواجبات " حقوق الزوجة والزوج والأولاد وواجباتهم إزاء بعضهم، وإزاء الغير ".
- من خلال هذه التعاريف نستشف أن الأسرة نظام اجتماعي يحتوي جماعة من الأفراد تربطهم علاقات متينة و يتميزون في الأدوار (الزوج، الزوجة، الأب، الأم، الإبن، البنت الأخ الأخت).

2- مقارنة بين الاسرة التقليدية والحديثة :

نضع فيما يلي جدول مقارنة بسيط بين خصائص الأسرة التقليدية والأسرة الحديثة :

خصائص الأسرة الحديثة	خصائص الأسرة التقليدية
- تمتاز الأسرة الحديثة بقلّة عدد أفرادها.	- تبدو الأسرة التقليدية أكثر من غيرها من الناحية العددية.
- يتمتع أفراد هذه الأسرة بالحريات الفردية العامة.	- تمثل جماعة متماسكة وشديدة الترابط، وتحدد أدوار أفرادها وأنماط سلوكهم.
- السلطة العليا ليست بالضرورة عائدة للأب، بل تتغير بتغير المركز الاجتماعي لأفراد الأسرة.	- الأسرة التقليدية تخضع للسلطة الأبوية أي أن الأب هو صاحب السلطة العليا.
- الاهتمام بمظاهر الحضارة والتماس الكماليات في مقابل إغفال الكثير من المسائل الضرورية، كإهمال	

¹ أحمد يحي عبد الحميد، الأسرة و البيئة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص 50.

² نفس المرجع، نفس الصفحة .

- إهمال كل ما هو ثانوي وكماي والتركيز فقط على ما يقوي تماسك العائلة.	- تنشئة الأطفال على القيم الدينية.
- الزواج في هذه الأسرة الممتدة يكون مبكرا خاصة بالنسبة للإناث.	- عادة ما يكون الزواج متأخرا نسبيا بسبب انشغال أفرادها بأمر عدة، كالتعليم والبحث عن العمل أولا.

المصدر : من انجاز الباحث .

3 - مقومات الأسرة :

والأسرة مهما اختلفت المفاهيم حولها، فإنها تبنى على جملة من المقومات البنائية الأساسية التي لا يمكن لعقل أن يلغيها أو يتجاوزها، وهذه المقومات بمثابة الخامات والأدوات الأولية للبناء الأسري، فهي الأعمدة والأركان والأسس لتكوين هذا البناء.

وتتمثل هذه المقومات في المقومات الدينية، الصحية، الاقتصادية، الاجتماعية، النفسية¹

أ - المقومات الدينية:

يعتبر الدين من أهم النظم الاجتماعية في كافة المجتمعات البشرية، ولا بد أن تستفيد الأسرة من النظام الديني والنظم الأخرى، فالدين يحقق التوازن داخل المجتمع، بين حقوق الأفراد وواجباتهم والفرد لا يمكنه أن يعيش منعزلا عن المجتمع، ولا تستقيم الحياة الاجتماعية إلا إذا خضعت العلاقات بين الناس لمجموعة من القواعد و التنظيمات، و عندما نتعرض لمقومات الحياة الأسرية التي تساعد على استقرارها فإننا نجد أن الدعامة الأولى هي ضرورة توفير القيم الروحية داخل الأسرة، فالأسرة بمثابة الحارس والرفيق في حياة الفرد وهي أولى المؤسسات التربوية وأهمها في نمو الأخلاق.

فالأسرة نظام يقوم بعملية الضبط الاجتماعي وغرس القيم الأخلاقية، ومن أهم الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التكامل والوحدة بين أعضاء الأسرة هي ممارسة

¹ أميرة منصور، قضايا السكان و الأسرة و الطفولة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص

الشعائر بطريقة جماعية مثل الصلاة، وهذه الممارسات الدينية ترفع الأسرة فكريا ومعنويا وتمنع الانحراف .

ب - المقومات الصحية: لكي يتحقق التكامل الأسري لابد وأن تتوافر الجوانب الصحية لجميع أفرادها، فعندما يتعرض أحد أعضاء الأسرة للمرض تؤثر حالته في كامل أعضاء الأسرة، فالمرض يؤثر في الناحية الاقتصادية والاجتماعية، والجو النفسي المحيط بحياة الأسرة إذ يضطرب نظام الحياة للأسرة، كما يفرض المرض أعباء ومسؤوليات إضافية على عاتق الأسرة، فالمقوم الصحي أحد الدعائم الأسرية وتكاملها وتتمثل أهميته في :

1 - تعتبر الأسرة الأداة البيولوجية لتحقيق الإنجاب والحفاظ على النوع واستمرار الحياة الاجتماعية ولا جدال في أن سلامة الأبوين الصحية تؤدي إلى نسل سليم.

2 - يؤثر المرض على الفرد وأسرته بطرق كثيرة ومتباينة وهذا التأثير يختلف من فرد إلى آخر نتيجة لتنوع العوامل المتضاربة التي تتصل بالفرد وإن اختلفت.

ج - المقومات الاقتصادية:

للشؤون المالية في الأسرة أهمية بالغة حيث أنه توفير الأساس المادي من الأمور الحيوية في حياة الأسرة، في مراحلها المختلفة، كما أن الأسرة تقوم بأداء وظائفها المختلفة على أساس توفر المواد الاقتصادية و المالية. وتحقق الحياة الاقتصادية للأسرة الإشباع اللازم للحاجات المادية، التي يحتاج إليها الفرد في حياته الزوجية والأسرية.

د - المقومات النفسية:

تعتبر الحياة الزوجية فنا دقيقا يستدعي إعدادا و توجيها سليما لكل من يقدم عليه و يهيئه للحياة المستقبلية، كما يتطلب الزواج الموفق الذي يصمد أمام أزمات الحياة و ضغوطها جهودا مشتركة يبذلها كل من الزوجين، على مدى سنوات

الحياة، ولا يمكن أن يعتبر الزواج ناجحاً إلا إذا توفرت له عوامل التماسك والاستمرار¹، وعلى رأسها المحبة بين أفراد الأسرة، إنها الإسمت الذي يساهم في توطيد شبكة العلاقات الاجتماعية، فالزواج يقوم على الأخذ والعطاء وتسود فيه الديمقراطية و القرارات المشتركة، ويؤدي إلى تنمية نسق كامل من العادات والتصرفات وأساليب العمل المتبادلة .

و لإيجاد التوافق الناجح بين الزوجين يجب مراعاة ما يلي :

- انتماء الزوجين إلى ثقافة اجتماعية متماثلة .
- الخبرات النفسية للزوجين.
- النضج الانفعالي.
- اشتراك الزوجين في أهداف عامة .
- التعارف العميق.

و هي مؤشرات على التوافق الأسري في البناء الوظيفي للأسرة.

هـ - المقومات الاجتماعية :

تقوم الحياة الزوجية على نوع جديد من العلاقات، تنشأ بين الزوجين وعملية بناء علاقات جديدة ليست عملية آلية تتم بمجرد وجود الزوجين تحت سقف واحد، بل تنشأ هذه العلاقات على أساس التقبل المتبادل وتعبير كل طرف عن رغبته في مساعدة الطرف الآخر والوقوف إلى جانبه.

ونجاح الحياة الأسرية يتوقف على شعور الزوجين بأهمية هذه العلاقات الاجتماعية فالرغبة في استمرارها تعني الاستقرار والاطمئنان في الجو الأسري.

فدور الأسرة الأساسي هو تقديم عناصر سليمة للمجتمع وتشكيل طاقات حية لخدمة المجتمع والأمة وإذا اختل هذا الدور فإنه يشكل لنا مجتمعا عليلا في علاقاته الاجتماعية لا يقدر على مقاومة كل دخيل على هويته ومقوماته، وكل المؤثرات التي تؤثر على حياته كمجتمع .

¹ أحمد يحي عبد الحميد، مرجع سابق، ص ص 54-57.

4- خصائص الأسرة الجزائرية :

تمتاز الأسرة الجزائرية بعدة خصائص منها:

- الأسرة الجزائرية هي عائلة موسعة، حيث تعيش في أحضانها عدة عائلات زواجه تحت سقف واحد تسمى "الدار الكبيرة"
- يعتبر فيها الأب أو الجد هو القائد الروحي للجماعة الأسرية وينظم فيها أمور تسيير الجماعة وله مرتبة خاصة تسمح له بالحفاظ غالبا على مركزه في الأسرة بواسطة نظام محكم على تماسك الجماعة المنزلية، وفيها النسب ذكوري والانتماء أبوي، والمرأة تبقى انتماءها لأبيها.
- تنتقل المسؤولية من الأب إلى الابن الأكبر حين غيابه وهذا للحفاظ على التوازن داخل الأسرة.

-إن العائلة الجزائرية هي عائلة متماسكة أي أن الأب له المسؤولية على كامل الأفراد فالبنات لا يتركن البيت إلا عند زواجهن والأبناء لا يتركون البيت الكبيرة.

-العائلة مصطلح يفهم منه تماسك الجماعة الأسرية الجزائرية التي يصفها ابن خلدون بالعصبية فبواسطتها تطورت القبائل نحو السلطة ونعني بها الشرف الأكبر، البركة الكبرى، الذي يوضح الموقع الروحي والاقتصادي للجماعة في الأسرة.

5- مفهوم الصحة :

إن مفهوم الصحة في الأبحاث، والدراسات الاجتماعية هو من المفاهيم الأساسية التي تعددت واختلفت النظريات والمداخل حول تعريفه، فإذا كان المدخل النمطي معناه أن يتبنى الباحث نموذجا مرجعيا يقيس عليه كل السلوكات الصحية تطابقا واختلافا، فإن المدخل الاجتماعي يدرس مدى استجابة المميزات والخصائص الصحية والمرضية للجانب الاجتماعي والثقافي، نظرا لما لهذين الجانبين من أهمية، أما المدخل الإحصائي فهو عبارة عن أرقام إحصائية لتوزيع السلوكات الصحية ومؤشراتها، وأيضا السلوكات المرضية ومؤشراتها.

إلا أن مفهوم الصحة يختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى تبعا للنظريات التي يتبناها المجتمع، ويتجلى هذا في أن بعض الأعراض المرضية لمرض معين، تكون ذات عناية وأهمية في مجتمع معين وثقافة معينة. حديثا ظهر مفهوم أشمل لدى أكثرية بلدان العالم هو : تحسين نوعية المعيشة بوجه عام، بما في ذلك الصحة كإحدى العناصر الهامة في هذه الحياة . مما سبق يتجلى لنا أن الصحة، ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يتوفر جملة واحدة لجميع أفراد الأسرة، أو المجتمع، ولكن يجب أن تطور وتضامن وتحسن باستمرار بواسطة جهود مشتركة من طرف الفرد و الأسرة و المجتمع، بل الصحة شيء متذبذب بين الايجاب والسلب، بين نهاية كبرى، حدها سعادة صحية، ونهاية صغرى بعدة مستويات حدها سعادة صحية ونهاية صغرى بعدة مستويات، حدها الموت ونستنتج بأن هناك درجات للصحة وللسعادة، كما توجد درجات للمرض و شدته¹ .

6- السياسة الصحية وعلم الاجتماع

ومما لا شك فيه أن الصحة والمرض والموت لهم معان اجتماعية تختلف باختلاف المجتمعات، حسب الدين والثقافة والغنى والفقر، وعليه أصبحت الكليات والمعاهد الطبية بالإضافة إلى الطب تدرس مبادئ علم الاجتماع، وعلم النفس، وعلم الاقتصاد، وعلوم الشريعة . ومن هذا المنظور يحدد الإطار النظري والتصور الذي يسمح بدراسة المشكل الصحي بأبعاده الاجتماعية، والدينية، والثقافية والسياسية، والاقتصادية، وسط مناخ أسري وتربوي وثقافي وإعلامي، وقد أقترح " ر. سترأوس " أن يقسم علم الاجتماع الطبي :

بحكم أنه يحتوي على شقين :

■ الشق الأول: اجتماع بمعنى مجتمع.

¹ مجموعة من الأطباء، صحة الأم و الطفل (غير مترجم) باريس، 1984، ص ص 23 - 24.

■ الشق الثاني: طب بمعنى صحة.

ثانيا - السياسة الصحية و التنمية المستدامة في الجزائر :

سوف نتعرض في هذا العنصر على اساسيات السياسة الصحية بالجزائر وعلاقتها بالتنمية المستدامة.

1- أساسيات التنمية :

لاشك انه من الضروري أن تركز إستراتيجية التنمية، على الجوانب المتعلقة بالتنمية الإنسانية بهدف إشباع الحاجات الأساسية ولن يتأتى هذا إلا بتنمية اقتصادية¹، ذلك أن الدفعة القوية للتنمية الاجتماعية لا ضرورة لها في المراحل الأولى للتنمية، لأن الدولة لا تستطيع تحمل الإنفاق على التنمية الاقتصادية والاجتماعية دفعة واحدة وفي هذه الحالة فالتركيز على البرامج الاقتصادية تكون لها الأولوية، حيث يرى الباحث أن التنمية الاقتصادية هي المتغير المستقل وهي السبيل لإحداث التقدم الاجتماعي، أما التنمية الاجتماعية فهي متغير تابع، فإذا أمكن التغلب على الفقر، والتخلف، والمجاعة، فإن المستوى المعيشي للفرد والأسرة سيرتفع ويرتفع معه مستوى الخدمات العامة الصحية والتعليمية والثقافية، هذا التحول يزيد بدوره من طاقات الفرد، والأسرة على العمل والإنتاج لنصل في النهاية إلى توازن وتكامل بين الجانبين الاقتصادي والاجتماعي وتخرج التنمية متكاملة في وظيفيتها وآدائها متوازنة في أهدافها متفاعلة نحو هدف إشباع الحاجات الاجتماعية وبهذا المعنى فقط تتحقق السياسة الصحية للأسرة الجزائرية بأبعادها الثلاث البدنية والعقلية، والاجتماعية وهذا ما تنص عليه المادة الثانية من قانون الصحة رقم 85-05 (تساهم حماية الصحة وترقيتها في رفاهية الإنسان الجسمية والمعنوية وتفتحه ضمن المجتمع، ومن ثم تشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد)².

1 جبهة التحرير الوطني، ميثاق الجزائر 1964، ص 40 .

2 المادة 2، من القانون رقم 85-05، المؤرخ في فيفري 1985 .المتضمن قانون الصحة في الجزائر .

2- التنمية الصحية للأسرة :

والمستوى الصحي للأسرة يتوقف على مدى تحقيق سياسة تنموية شاملة، قادرة على التغيير الرافض للتبعية والتخلف، وهنا تطرح مسألة مدى انسجام الحاجات الصحية للأسرة الجزائرية مع النظم الاجتماعية الأخرى والتي يجب ألا تعزل الجانب الصحي عن البنيات الاجتماعية الأخرى، لتهتم بالصحة الأسرية كجانب تقني فقط، دون النظر إلى الجانب الاجتماعي، لأن هذا الإهمال يوسع من دائرة المرض، حيث مفهوم إشباع حاجيات الأسرة من خلال إشباع حاجيات المجتمع، لا بد أن توضع في تصور شمولي، لتجنب التصور الأحادي لأن المجتمع في بنياته المختلفة هو بنيان متفاعل يتأثر ويؤثر¹.

3- استراتيجيه التنمية وواقع السياسة الصحية في الجزائر

في مرحلة الاستقلال الأولى كان المستوى الصحي للمجتمع متدنيا، وإشباع الحاجات الاجتماعية الأساسية غير ممكن، بسبب المرحلة ما بعد الاستعمار، إذ كان من السهل إعلان الاستقلال، لكن من المتعذر أن يساير هذا الإعلان إستقلاالا اقتصاديا، خاصة في مثل ظروف الجزائر التي عاشت تحت وطأة أعتى وأطغى استعمار عالمي لمدة تزيد عن مائة وثلاثين سنة (130) وبإدماج اقتصادي في الفترة الإستعمارية واقتصاد مخرب بعد الاستقلال، مع أسر مرملة أو ميّمة ومعطوبي حرب، وهياكل مخرّبة فنيا وهيكليا، وكل شيء كان مخططا لإشباع الحاجيات الاستعمارية حتى الصحة. وميثاق الجزائر 1964 في إحدى فقراته²، إن كثافة السكان في الريف تمكن من تعبئة سريعة لليد العاملة غير المستغلة، من أجل العمل على استصلاح أراضي جديدة تقضي على البطالة ... تحويل زراعي ... نقطة إنطلاق للتجارة ...).

¹ أنور عبد المالك وآخرون، دراسة في التنمية والتكامل الاقتصادي العربي، بيروت، ط2، 1983، ص ص 188-190.

² جبهة التحرير الوطني، ميثاق الجزائر، 1964.

هذا التوجه انعكس على السياسة الصحية كمنظومة تستجيب لاجابات الأسرة، فجعل منها رعاية طبية¹ متجهة نحو الريف وشرائحه الفقيرة من جراء ما خلفه الاستعمار بهدف القضاء على المرض في الشكل لا في الأسباب، وطرح هذا في ظل غياب تصور سياسي ومشروع اجتماعي من مقوماته الأساسية المحافظة على اللحمة والتلاحم حول الوحدة الوطنية والتي مازالت متماسكة رغم ما بدى من توجهات بين قيادي الداخل وقيادي الخارج².

وتجلى هذا بوضوح في مراحل بناء الدولة الجزائرية.

إن هذا المناخ السياسي والاجتماعي جعل من أولى أولويات القيادة هي بناء دولة قوية تقف في وجه التحديات المحدقة بها، بدءا من اتفاقيات إيفيان وما تحمله من بعض عقود الامتياز لفرنسا، خاصة في ميدان البترول، الأمر الذي جعل الدولة الجزائرية وبعد التصحيح الثوري 19 جوان 1965 تحرص على تسيير ثرواتها بنفسها والسيطرة عليها خاصة في ميدان المحروقات³ والذي هو المصدر الأول لتمويل الخزينة العامة وتقرر بعد مفاوضات من طرف الجزائر ومناورات من طرف فرنسا تأمين المحروقات 24 فيفري 1971.

وهنا يطرح السؤال التالي : ماذا حدث في الفترة من 1962 إلى 1970 ؟
إن الإجابة نستشفها من التجربة الجزائرية في التنمية والتخطيط 1962 - 1980 إذ عبر عنها صاحب كتاب التنمية في الجزائر⁴ لـ "عبد اللطيف بن أشنهو" كالتالي :

أ - 1962 إلى 1966 مرحلة الانتظار.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة، الملتقى الوطني حول تنمية المنظومة الصحية الوطنية، الجزائر، أفريل 1983.

² صلاح العقاد، السياسة والمجتمع العربي، جامعة الدول العربية، 1971 ص 51.

³ نفس المرجع، ص 39 .

⁴ عبد اللطيف بن أشنهو، تجربة الجزائر في التنمية والتخطيط 1962-1980، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1982، ص ص 21-54 .

ب - فبراير 1967 إلى 1970 بداية التخطيط، تحت عنوان (آفاق التخطيط وإستراتيجية التنمية)¹، حيث يشرح ويستشف الباحث من عنوان آفاق التخطيط عبارة جس النبض لما قبل التخطيط الفعلي وبعد سلسلة من التأميمات انجلت تدريجيا إستراتيجية التنمية ومنطلقها ببنية مادية صناعية لإشباع الحاجات الاجتماعية، خاصة الصحية منها، وأول مخطط كان المخطط الرباعي الأول 1970 إلى 1973 (وهو قبل كل شيء تعبير عن الأرادة الشعبية إذ يعبر بوضوح عن إختياراتنا الأساسية، التي تدير أعمال حكومتنا، المتمثلة في الإستقلال الوطني والاشتراكية والتنمية، ولهذا السبب فإن على الثورة الجزائرية أن تؤمن لكل فرد العمل والدخل القار، والحق في التربية والثقافة والوقاية الصحية، والطب المجاني في المستقبل للأمة جمعاء، والسكن اللائق في المدن كما في القرى وترتكز أهداف ثورتنا في سبيل تحقيقها على تشييد مجتمع اشتراكي يقضي بصورة نهائية على استغلال الإنسان، وإزالة الفوارق الموجودة بين مختلف مناطق البلاد، ويعتبر تمهيدا لمختلف التغييرات التي ستنتم من أجل إقامة مجتمع عادل)²، لذلك لا مفر من التخطيط القطاعي - الوزاري -، والتخطيط الشامل للدولة.

ومما ورد في محور الصحة والسياسة الصحية الجديدة يبدو أنها ركزت على ضرورة تعميم الطب الوقائي والنظافة الاجتماعية من تلقيح وكشف الأمراض ومكافحة الرمد، ويقضي البرنامج إنشاء 6000 سرير في المستشفيات، و4 (أربع) مستشفيات جديدة و100 (مائة) مصحة لمعالجة مختلف الأمراض، و100 (مائة) مركز صحي، واتخاذ إجراءات حكومية ذات أثر فعال على الصحة كما ورد في الفصل الأول من البحث سواء ذات صلة مباشرة

¹ كتابة الدولة للتخطيط، المخطط الثلاثي الأول، الجزائر، 1967-1970 .

² هوارى بومدين، رئيس مجلس الثورة والحكومة، من رسالة مقدمة للمخطط الرباعي الأول، الجزائر، 1970-1973 .

أوغير مباشرة للصحة، وينتظر تشغيل الأطباء الجدد في المستشفيات الوقت الكامل، وإنشاء مصالح طبية للدولة بالمجان .

ولئن قلنا أن فترة 1962 - 1966 هي فترة الاختيارات الاقتصادية المستعجلة لسد الثغرات الكثيرة، فأنشئت بعض المعامل كمعامل النسيج في مدينة باتنة، وذراع بن خدة لامتصاص بعض الفائض من اليد العاملة، لكن النقص في الإدارة والإطارات المؤهلة ظل نقصا بنيويا لا يمكن سده بسهولة، وهومن العقبات الكأدى، فكان أسلوب التنمية لتلك المرحلة هي معالجة قضية البطالة، ووضعت برامج استثمار طويلة الأجل تتراوح من 10 إلى 20 سنة، على أساس دعم التجهيزات الثقيلة وهذا على حساب الصحة والتربية والتعليم والخبز .

ثم جاءت مرحلة 1966 إلى 1980 ومن أهدافها:

- إنجاز الاستقلالية في التموين للتنمية وإشباع الحاجات بما فيها الصحة .
- إنجاز الاستقلالية في الكوادر الفنية .

وكانت فترة السنوات السبع للتخطيط 1967 - 1973 تهدف إلى إنجاز مهمات ثلاث هي:

✓ دفع عجلة الصناعات الصالحة للتصدير، وهذا من أجل التمويل الداخلي للمشاريع.

✓ تكوين الإطارات والكوادر الفنية بسرعة .

✓ إعادة تكوين ودفع الاقتصاد والإدارة للعمل من ضمن إطار الخطة .

ولقد شهدت هذه المرحلة تأميم الموارد البتروكيميائية وإقامة المجمعات الصناعية الثقيلة تمهيدا لانطلاق الثورة الزراعية بألف (1000 قرية) نموذجية، تتمتع بالمرافق الضرورية للحياة بما فيها الخدمات الصحية التي تخدم الأسرة في الريف، وتعتبر بهذا انطلاقة تغيير اجتماعي في مشروع الثورة الزراعية .

ومما جاء في تقرير كتابة الدولة للتخطيط نورد الفقرات التالية (صحيح أن كافة أفراد المجتمع يذهبون إلى المستشفيات، لكن لا يجدون المستلزمات الكافية

لإشباع حاجياتهم الصحية، وصحيح أن كافة التلاميذ يذهبون إلى المدرسة، لكنه صحيح كذلك أنهم يتكدسون ستين 60 تلميذا في القسم الواحد، وصحيح برمجتنا 100 ألف مسكن لكن لم ينجز منها إلا النزر القليل وصحيح أن الميناء بمقدوره نظريا أن يستوعب 30 سفينة لكنه واقعا لا يستوعب إلا 16 سفينة وهذا هو الواقع) وهذه الفقرات لها دلالات عدة:

- التقليل من الاعتماد على الخارج ببناء اقتصاد متين.
 - صعوبة مطابقة الخطة مع الواقع الاجتماعي والاقتصادي .
 - الوعي بنقل الواقع الاجتماعي للأسرة الجزائرية خاصة في الصحة والتعليم وتوفير الخبز والسكن اللائق .
 - ميلاد تصنيع مع التركيز على الزراعة .
- كل هذا مع نموسكاني بنسبة 3.2 % سنويا، وعدد سكان سيزيد من 15 مليون نسمة سنة 1977، ليصل إلى 19 مليون نسمة سنة 1980، تصل نسبة الشباب أقل من 18 سنة بنسبة 54.5 % من السكان، ليصل العدد سنة 1980 إلى 10 ملايين نسمة من الشباب¹ تتحمل مسؤوليتهم أقلية عاملة، سواء على المجتمع ككل أو على مستوى الأسرة الممتدة آنذاك وبداية الأخذ بمراحل الخطط في الجزائر ترجع إلى المخطط الثلاثي الأول 1967 - 1969، تلاه المخطط الرباعي الأول 1970 - 1973 وقد اشتمل على تأميم المحروقات فيفري 1971 والمخطط الرباعي الثاني 1973 - 1977 وأقر في 14 جوان 1973، بعد عامين من الإعداد للمخطط²، ومؤشراته الرقمية تتمثل في :
- زيادة الدخل الخام بمعدل 46 % أي بنسبة 10 % سنويا
 - مصاريف الخطة 110 مليار دينار جزائري .
 - نسبة الاستثمار إرتفعت من نسبة 25 % من المواد المتاحة إلى 40 % .

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط 1967.

² نفس المرجع، نفس الصفحة .

- التركيز على الصناعات الخفيفة والمتوسطة وزيادة الإنتاج .
وسيقترن كل هذا اجتماعيا بتحسين ظروف المعيشة، وتحسين أوضاع الصحة والتعليم ومجانيتهما، وسيزيد طبقا للخطة الاستهلاك الأدنى للمواطن العادي بنسبة 45 % مرتفعا من 550 دينار جزائري حاليا إلى 800 دج سنة 1977 هذه الأرقام ذات المؤشرات الاجتماعية، هي مشروع اجتماعي ذو سياسة تنموية واضحة من خلال إشباع الحاجات الأساسية للمجتمع الجزائري، متمثلة في مجانية الطب¹ (إن أعمال الصحة العمومية ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات، تكون مجانية في جميع القطاعات الصحية)، هذا التوجه جعل من القطاع الصحي العام البنية الأساسية الأولى في إشباع الحاجات الأساسية الصحية لكل شرائح المجتمع، وركز على حماية الأمومة والطفولة على أساس أنهما الركيزة الأساسية للأسرة الجزائرية.

وعبرت عن هذا التوجه وسائل الإعلام بالموقف الثوري الذي سيحدث تحولات للواقع الصحي في الجزائر، وبدأ الخطاب السياسي الثوري للحكومة والحزب يرسم الصورة الجماهيرية الشعبية للمنظومة الصحية، وساعد على ذلك الظروف الاقتصادية والتي استخدمت الربيع النفطي كدعم لمجانية الطب في الجزائر، من هنا أصبح دور المحروقات حاسما في المجال التنموي بما في ذلك السياسة الصحية، باعتبارها النسق الأكبر الذي يحكم النظام الاجتماعي والاقتصادي، والإطار العام لحركة التنمية ولا يتأتى هذا إلا بفضل إشباع صحي، يعطي للفرد والأسرة القدرة على المساهمة في التنمية وضمان نموسريع ومتوازن، من هنا تظهر أهمية المرحلة والنتائج المتوخاة من ذلك ويمثل البترول من حيث القيمة 75 % من الصادرات، مما يدل على أهمية هذا المورد في الظروف الراهنة على الأقل .

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مجلس قيادة الثورة، الأمر رقم 73-65 بتاريخ 28-12-1973، يتضمن الطب المجاني في القطاعات الصحية .

واعتبر الخطاب السياسي المحروقات ذات آثار بالغة الأهمية ليس علنا لاقتصاد والتجارة والصناعة والفلاحة، بل على الميدان الاجتماعي أيضا ومن ضمنها تكوين الإطارات في مجال المحروقات نفسها، ومساهمتها في تغيير العلاقات الاجتماعية المرتبطة منها بالإنتاج، أو الاستهلاك (إن وصول الغاز إلى المنازل واستعماله فيها يعد في حد ذاته ثورة اجتماعية كبرى)¹.

ثالثا- تجربة التنمية الاقتصادية والاجتماعية والسياسة الصحية للأسرة الجزائرية :

إن سياسة التنمية الاقتصادية والاجتماعية المتبعة في الجزائر مرت بمراحل عدة:

- ❖ مرحلة الاختيارات أو الأولويات: من سنة 1962 إلى غاية 1966.
- ❖ آفاق التخطيط: من سنة 1967 إلى غاية 1970 عرفت بداية التخطيط (مخطط ثلاثي أول).
- ❖ بداية المخططات الإنمائية الكبرى: أي ما بعد سنة 1970، وقد شملت عدة مخططات هي:

- المخطط الرباعي الأول 1970 – 1973 .
- المخطط الرباعي الثاني 1974 – 1977.
- المخطط الخماسي الأول 1980 – 1984.
- المخطط الخماسي الثاني 1985 – 1989.

- ❖ مرحلة الإصلاحات الكبرى: من سنة 1999 إلى غاية اليوم 2013.
- لقد كانت الإستراتيجية المطبقة مع إنطلاق المخطط الثلاثي الأول تستمد أسسها من المذهب السياسي والاقتصادي والاجتماعي للثورة، وكانت أهدافها ترمي إلى

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئيس مجلس الثورة والحكومة، أمام إطارات الأمة بتاريخ 31-10-1969 .

إشباع الحاجيات الأساسية المستعجلة للمجتمع الذي عانى من ويلات الحرب، هذا من جهة .

ومن جهة أخرى تحطيم العلاقات الإنتاجية الموروثة عن العهد الاستعماري واستبدالها بعلاقات إنتاجية نابعة من أصالة المجتمع الجزائري المتمثلة في العدالة الاجتماعية والتضامن الذي عمقته سنوات الحرب التحريرية، وللاستجابة لهذه الأهداف، كان لزاما التحكم في التنمية وكذا وسائل نشر وتوزيع مدخلات هذه التنمية على فئات المجتمع، من هذا المنظور كان الاختيار الاشتراكي كوسيلة تنموية وطنية أصيلة والتخطيط كطريقة قيادة وتوجيه موحد ومتناسك للاقتصاد الوطني)¹، وترجمت هذه الاختيارات في سلسلة من التأميمات، بضرورة استرجاع الثروات الوطنية لصالح القطاع العام، وبناء سياسة ثابتة مستمرة تجعل من التماسك الاجتماعي ضمان لهذه السياسة، في ظل سياسة تقشفية وقيود مفروضة على بعض الاحتياجات الملحة وهذه السياسة ضرورية لإقامة قواعد مادية للاقتصاد والذي من المفروض أن يستجيب وبصفة تدريجية للاحتياجات الاجتماعية الفردية والأسرية منها، في شتى مناحي الحياة خاصة الصحية.

وهذا ما جسده كل المواثيق الجزائرية بدءا من برنامج طرابلس ومرتكزاتها الثوارت الثلاث : الصناعية، الزراعية، الثقافية.

وفي الواقع العملي فإن هذا المجهود التنموي الذي يحمل الصفات الشمولية والانسجام والموازنة كان يفتقر إلى بعض التماسك ويلاحظ هذا من خلال الفوارق والتفاوتات بين القطاعات الاقتصادية الإنتاجية والخدماتية، مثال التفاوت بين قطاعي التعليم والصحة والتفاوت حتى داخل القطاع نفسه مثل التفاوت في قطاع التعليم بين مرحلة تعليمية وأخرى، أو التفاوت بين المناطق تتناقض واقعا

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، النصوص الأساسية لجبهة التحرير 1954-1962، وزارة الإعلام والثقافة، الجزائر، 1979 .

مع الأهداف المنشودة¹. وهكذا فعلى صعيد النتائج الاجتماعية لم تحظ سوى قطاعات التربية والتكوين والتشغيل بالاهتمام اللازم، وبالمجهود المستمر مثل ديمقراطية المنظومة التربوية ودعمها وتمثل هذا في المنح والمطاعم المدرسية وتوفير الكتاب مع مجانيته والداخليات والمساكن للطلبة واستعمال اللغة الوطنية هذا رغم مشكل نوعية التعليم والاكتظاظ الناجم عن نقص الإنجاز في الهياكل وانعكس هذا سلبا ونجمت عنه توترات أضرت بالمنظومة التربوية مثل الكم والكيف والتسرب المدرسي. أما الانشغال الثاني في التجربة التنموية ومحمور يحظى بالأولوية في إستراتيجية التنمية المسطرة في مخطط 1967 هو إقرار الشغل وضمانه للجميع كهدف رئيسي يحظى بالأولوية²:

- عدد مناصب الشغل 1.750.000 منصبا سنة 1967.

- عدد مناصب الشغل 2.860.000 منصبا سنة 1978.

أي زيادة 63.4% في غير الفلاحة ذلك أن الفلاحة عرفت ركودا بسبب النزوح الريفي ومنافسته من القطاعات النشاطية الأخرى، مع نمو ديموغرافي بلغ 4% سنويا.

إن برنامج التحويلات الاجتماعية والمداخل قد أفاد وعلى نطاق واسع فئات السكان المحرومين، كما أن مداخل الأسر كانت تقدر بـ 13.5 مليار دينار جزائري سنة 1967 بالإضافة إلى هذا يجب إدراج سياسة التوازن الجهوي والبرامج الخاصة للجهات المحرومة والمتضررة أكثر، ولقد سقنا هذه الأمثلة من مخططات التنمية لارتباطها بالسياسة الصحية.

أما في المجال الصحي فرغم التطور الضئيل إذا ما أخذنا في الاعتبار الحاجيات والمطالب وجهود الاستثمار حيث نشير إلى المجهود الهام في تكوين

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط، مرجع سابق . نفس الصفحة .

² الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط، مخطط 1967، الجزائر، حزب جبهة التحرير الوطني . التوجهات والمحاو 1970 .

الأطباء، فإن المصالح الصحية في تخطيطها وتنظيمها وتوزيعها على التراب الوطني لم تكن قادرة على الاستجابة كما ينبغي إلى ضرورة إقامة الطب المجاني وإلى إشباع الحاجيات الأساسية للأسر التي يتزايد عددهم بسرعة، وأن الوقاية وحماية الأمومة والطفولة ومساعدة المعوقين والمحتاجين والمعوزين كلها مجالات عانت من عجز كبير وهو العجز الذي شمل حتى الإنجازات المادية والهياكل القاعدية المبرمجة¹، كما إرتبط هذا بالوضعية الرديئة التي عرفها قطاع السكن سواء على مستوى التخطيط أو الإنجاز خاصة في المرافق الضرورية للحياة، هذا القطاع لم يستجب هو الآخر لمتطلبات الحياة الكريمة للأسرة الجزائرية، فنجد متوسط شغل الحيز في السكن يصل حتى 5.95 % سنة 1966 وهي نسبة ثابتة ولا تعكس حالة صلاحية السكن والراحة وأن 61 % من السكنات المحصاة تحتوي على أقل من 03 غرف .

بالإضافة إلى هذا يجب إدراج سياسة التوازن الجهوي والبرامج الخاصة للجهات المحرومة والمتضررة أكثر، ولقد سقنا هذه الأمثلة من مخططات التنمية لإرتباطها بالسياسة الصحية .

أما في المجال الصحي فرغم التطور الضئيل إذا ما أخذنا في الاعتبار الحاجيات والمطالب وجهود الاستثمار حيث نشير إلى المجهود الهام في تكوين الأطباء، فإن المصالح الصحية في تخطيطها وتنظيمها وتوزيعها على التراب الوطني لم تكن قادرة على الاستجابة كما ينبغي إلى ضرورة إقامة الطب المجاني وإلى إشباع الحاجيات الأساسية للأسر التي يتزايد عددهم بسرعة، وأن الوقاية وحماية الأمومة والطفولة ومساعدة المعوقين والمحتاجين والمعوزين كلها مجالات عانت من عجز كبير وهو العجز الذي شمل حتى الإنجازات المادية

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التخطيط، التقرير العام حول المخططات السابقة وإنطلاق المخطط الخماسي الأول، الجزائر، 1980-1984

والهياكل القاعدية المبرمجة¹، كما إرتبط هذا بالوضعية الرديئة التي عرفها قطاع السكن سواء على مستوى التخطيط أو الإنجاز خاصة في المرافق الضرورية للحياة، هذا القطاع لم يستجب هو الآخر لمتطلبات الحياة الكريمة للأسرة الجزائرية، فنجد متوسط شغل الحيز في السكن يصل حتى 5.95 % سنة 1966 وهي نسبة ثابتة ولا تعكس حالة صلاحية السكن والراحة وأن 61 % من السكنات المحصاة تحتوي على أقل من غرفتين و 25.5 % لها غرفة واحدة 35.6 % لها غرفتان، هذا إذا نظرنا إلى التركيبة الأسرية الجزائرية فهي أسرة ممتدة وقسم من هذه السكنات حوالي 11% يعتبر سكنا مؤقتا ولا يستجيب للمقاييس المقبولة عامة للسكن و 46% فقط موصل بشبكة المياه الصالحة للشرب و 51% لا تتوفر على كهرباء هذا التدهور إنعكس سلبا على صحة الأسرة في الجزائر وهو ظاهرة للتعجير الفوضوي الناجم عن التنمية الاقتصادية السريعة للبلاد فحسب الإحصائيات، فنسبة التعجير كانت أقل من 30% سنة 1996 وارتفعت إلى 42% سنة 1977 زيادة على ذلك فإن تدفق الهجرة الداخلية وحسب معطيات الإحصاء الثاني سنة 1977 فإن 22 ولاية من بين 31 ولاية سجلت رقما كبيرا من الهجرة السلبية خاصة المدن الكبرى (الجزائر، وهران، قسنطينة وعنابة) ونقول بأن التعجير الديموغرافي قد سبق وتجاوز التعجير كأداة للتخطيط²، كل هذا أدى إلى تدهور ظروف الحياة في القطاعات الصحية والتعليمية والسكن والنقل والخدمات وإنجر عن كل هذا اعتماد سياسة اقتصادية اجتماعية ريعية، لا تخلق تغيرات حقيقية اجتماعية واقتصادية، لتركيزها الكلي على النفط كمصدر للتمويل وعدم التحكم في التنمية وتتميز هذه الحالة بتنمية مصطنعة نستطيع القول بأن واقعها أكبر من شعارها، رغم الارتفاع سعر البترول بدءا من سنة 1973 والتوسع الحاصل في الاستثمارات، ومرد هذا

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط، الإحصاء العام، الجزائر 1977 .

² حزب جبهة التحرير الوطني، مقررات ولوائح مؤتمر الحزب، الجزائر 1980 .

إلى بعض الاضمحلال في التخطيط ودور الرقابة والتنسيق القطاعي والموجه للمؤسسات الاقتصادية بوصفه إطار التماسك والتحكم بين الأهداف والوسائل¹، وأصبح التخطيط شيء روتينيا ينحصر دوره في تسجيل الاستثمارات التي ينبغي إنجازها والأعمال الجديدة التي يجب بعثها . وتم في هذا السياق حسب مقررات ولوائح مؤتمر الحزب² تسجيل إخلالا بالانضباط العام لمنظومة التخطيط فهناك مشاريع تم بعثها خارج هذا الإطار الذي من المفروض أن يخضع له الجميع وفي هذا مخالفة صارخة للمرجعية الثورية للمجتمع الجزائري(الميثاق الوطني).

والحتميات التي تفرضها التنمية الوطنية المنسجمة والمتكاملة، أدت هذه الوضعية ببعض المؤسسات إلى توسيع مجال تدخلها إلى ميادين بعيدة عن مجال اختصاصها ونتج عن هذا تداخل وانخفاض في القدرات الداخلية، مما برر اللجوء إلى التمويل الخارجي وانجر عنه إستدانة متزايدة أثقلت كاهل الخزينة العمومية، أضف إلى هذا عرفت الجزائر مع بداية الثمانيات أزمة إقتصادية تمثلت في انخفاض سعر برميل النفط من 43 دولار سنة 1979 إلى ما بين 5 و10 دولارات فيما بين سنتي 1985 و1986، كما إنخفضت قيمة الدولار إلى أقل من 6 فرنك فرنسي، أدى كل هذا إلى انخفاض عائدات البترول من 13 مليار دولار سنة 1985 إلى 8 مليار دولار سنة 1988، أثر هذا سلبا على ميزانية الدولة وبالموازاة مع هذا هناك أزمة سياسة وأخرى سياسة اجتماعية.

فالأولى بعد 28 ديسمبر 1978 بوفاة الرئيس الراحل هواري بومدين (رحمه الله) بين الاستمرارية الثورية والتغيير الثوري واختلفت الرؤى بين الاستمرارية وبين

¹ حسين عبد العزيز، عامل التخطيط السكاني والقطاعي دراسات سكانية، المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة عدد 67 ديسمبر 1983، ص 3.

² حزب جبهة التحرير الوطني، مقررات ولوائح الحزب 1980 .

التغيير وحسم الأمر مبدئياً إلى أنصار الاستمرارية¹، تحت شعار نحن على العهد باقون وبعد الحسم في الرئاسة عرفت الجزائر ميلاد مخطط خماسي أول للتنمية 1980-1984 ومن منطلق الاستمرارية والوفاء عقد المؤتمر الاستثنائي للحزب في جوان 1980 وصادق على المخطط الخماسي الذي هو جزء من إستراتيجية التنمية الشاملة قوامها : عقلانية التخطيط وواقعية الوسائل، إنسانية المسعى وشعارها (من أجل حياة أفضل) لتعويض ما عرف سابقاً بسياسة تكشف أفضل، لكنها لم تدم طويلاً.

وهكذا وجهت ميزانية الدولة إلى الاستهلاك على حساب الإنتاج، والخارج على حساب الداخل وبعد مسيرة استهلاكية إنعقد المؤتمر الخامس لحزب جبهة التحرير الوطني من 19 إلى 22 ديسمبر 1983 تحت شعار (العمل والصرامة لضمان المستقبل) ونستخلص من هذا الشعار أن سياسة التنمية بدون سياسة إنتاجية لا تجدي نفعا وحدث تراجعاً ابتداء من سنة 1986 نتيجة إنخفاض عائدات البترول كما سبقت

الإشارة إليه وارتفاع المديونية ووقعت الجزائر كغيرها من البلدان المنتجة للنفط تحت تأثير الأزمة الاقتصادية العالمية .

أما الأزمة الاجتماعية السياسية فتتمثلت في أحداث 5 أكتوبر 1988 وإقرار التعددية الحزبية والمشاركة السياسية وإنهاء الخطاب الاشتراكي وبروز الطبقة الاجتماعية نتيجة التفاوتات الحادة في المداخل، خاصة الثراء الغير الشرعي وعلى حساب الغيرونما إستياء شعبي واعدة بمزيد من الاضطرابات وإنخفاض الإنتاج إلى أدنى مستوى وإستحدثت بما يسمى بالتصحيح الهيكلي للاقتصاد الوطني².

¹ حزب جبهة التحرير الوطني، المؤتمر الاستثنائي لحزب جبهة التحرير الوطني، التقييم والآفاق، الجزائر، جوان 1980 .

² إتحاد الاقتصاديين العرب، المشكلات الاقتصادية المعاصرة ومستقبل التنمية العربية، ج 2، معهد التخطيط العربي دار الرازي، الكويت، 1988، ص ص 284 / 285 .

وتم إحداث تحويلات مصطنعة لا تفي بإشباع حاجات المجتمع، بالإضافة إلى توجيهها المصطنع ولجأت الدولة إلى الاستيراد كحل لمواجهة السخط الاجتماعي، وقدر الاستيراد بحوالي 80 % من الحاجيات¹، أدت هذه السياسة الاقتصادية إلى تبني سياسة تقشفية من جديد، بما فيها الحاجات الأساسية للأسرة كالصحة والتعليم والغذاء، وتم في هذه المرحلة :

- تجميد الأجور .
- بداية تسريح العمال وغلق المؤسسات .
- إنهاء عملية دعم الدولة للمواد الأساسية مثل الدواء، الحليب، السكر المواد الغذائية والكتاب بما فيه الكتاب المدرسي .
- والسياسة الصحية كجزء من البنية الاجتماعية أثّر عليها هذا الوضع، الذي تمثل في التخلف الاجتماعي وعدم القدرة على إشباع الحاجات الصحية وترتب على هذا:
- انعدام مشروع صحي واضح بين مجانية الطب والغائه، وبقيت الأسرة بين واقع مزري وأمل غامض كالسراب .
- بداية إدخال الخدمات الصحية في هامش الربح للدخل الوطني وبذلك أصبحت الخدمات الصحية سلعة تباع دونما إشباع، خاصة في القطاع الخاص.
- غلاء المعيشة .
- كل هذه العوامل أدت إلى تحول البنية الاقتصادية والاجتماعية للأسرة وتدني المستوى الصحي لأفرادها
- بعد عودة الاستقرار السياسي والأمني نسبياً بدرجة عالية نهاية التسعينيات من القرن الماضي، شرعت الدولة في تطبيق وتنفيذ مجموعة من البرامج التنموية الهامة ابتداءً من 1999 إلى غاية اليوم أهمها:²

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التجارة، الديوان الوطني للإحصاء، 1987 .

² أحمد الشريف، تجربة التنمية المحلية بالجزائر، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2008.

البرامج العادية : بلغ حجم البرامج المحلية منها 883.24 مليار د.ج برنامج الإنعاش: يغطي الفترة (2001-2004م) بغلاف مالي قدره 525 مليار د.ج منها 114 مليار د.ج للتنمية المحلية. برنامج دعم النمو: يمتد من (2005-2009م) يبلغ حجمه الاستثماري الحالي 9000 مليار د.ج خصص 1908.5 مليار د.ج للبرامج المحلية . هذه البرامج ركزت في مجموعها على تحسين إطار معيشة السكان وبعث التشغيل وتوفير شروط استقرار النشاطات وإعادة التوازن الجهوي . ويمتد تطبيق عديد الإصلاحات و ذلك تبعا لبرنامج رئيس الجمهورية 2009-2014.

رابعا - آفاق تطوير السياسة الصحية في الجزائر :

إن الصحة تحمل في فحواها مفهوم العيش السليم للفرد في تأمين مختلف الظروف الاجتماعية التي تحقق عافيته الذاتية وبما أنها كذلك فهي تلعب دورا حساسا في الحياة اليومية للإنسان بحيث منحت الحكومة الجزائرية للمواطن حق ما نسميه " بالتأمين " بالنسبة للعمال والطلبة وبنسب معينة يحددها القانون السنوي للخدمات الصحية بحيث تصل نسبة التأمين للطلبة إلى 80% أما بالنسبة للعمال الأجراء ف'ن' نسبهم تتفاوت ما بين 80 % إلى 100 % و يتعلق الأمر بالنسبة للنسبة المئوية المتكاملة (100 %) للعمال الذين يعانون من أمراض مزمنة فهم لهم الحق في الحصول على تعويضات مالية نظرا لما ينفقوه من مصاريف لأمراضهم الخطيرة هذه¹، وفي انتقالنا للحديث عن ماهية الصحة والوقاية في المجتمع الجزائري بصفة خاصة وأهم خصائصها فإن إدراكها ليس بالأمر الهين نظرا لتغير الإستراتيجية التي تعمل وفقها الخدمات الصحية فهي تتفاوت من منطقة إلى أخرى، فالخدمات المتوفرة بالمناطق الساحلية ليست كالخدمات التي نلاحظها في المناطق الداخلية ويعود الأمر ببساطة إلى التردد

¹ فاطمة الزهراء طويال، حقوق الانسان، مجلة الحوار المتمدن - العدد: 2695 - 2009 / 7 / 2 نسخة

الكثرونية، قراءة يوم 2011/5/2. <http://www.ahewar.org>

المستمر الذي نشهده على المرضى القادمين من مختلف المناطق الداخلية للغرب الجزائري على مستشفى وهران ذلك أن هذا المستشفى قد بذل من الجهود الجبارة ما جعلته يساعد على تخطي مختلف أخطار المرض و يضمن الجودة في الخدمات الصحية من خلال توفره على أخصائيين في مختلف مجالات الطب. إن القطاعات الصحية ببلادنا كثيرا ما تعمل على مراقبة الحالة الصحية للمواطن فتتقصى المشاكل عن طريق التوعية بشأن المسائل الصحية حيث تعمل على خلق علاقة مباشرة بين الناس والخدمات الصحية بتنقلاتها عبر المؤسسات التربوية وكثيرا ما نلمحها تقوم بنشر إعلانات تحث فيها على ضرورة الحفاظ على سلامة البيئة ووضع حد كافي لتلوثها، كما أن تلك النشريات الإعلامية للخدمات الصحية كثيرا ما تكون موجهة لتحقيق أهداف معينة أو محددة تسطرها استراتيجية الوزارة المشرفة على تلك القطاعات ومن هذه الأهداف محاولة تخطي انتشار بعض الأمراض الموسمية كما حدث أثناء مرحلة إنتشار مرض إنفلونزا الطيور.

هذا، وكما أنها موجهة كذلك للقضاء على الأمراض الخطيرة الأخرى والخاصة بفيروس نقص المناعة وسرطان الرئة بسبب التدخين بغض النظر عن انتشار مرض الحساسية والذي صار تتقله بالأمر الهين في الفترات الأخيرة من حياة المجتمع الجزائري.

ومن خلال هذا الإهتمام فإننا نلمح طموحات صريحة من طرف الهيئات الصحية دالة على الرغبة الجامحة في الحصول على أحدث الإمكانيات المادية والمعنوية من أجل توسيع مجال العمل لهذه الخدمات.

يبدو الأمر جليا من خلال المؤشرات التي تدل على تحسن الحالة الصحية للمواطن الجزائري خلال هذه السنوات الأخيرة، فإننا نجد أن حالات الوفيات كثيرا ما ترتفع في تلك العيادات بينما تنخفض في المصالح الطبية الحكومية أي التابعة للقطاع العمومي وإن حالات الوفيات هذه تتعلق كثيرا بالمرضى الذين

يحملون مرض القلب والسرطان والذين لا تتجاوز أعمارهم الخمسين سنة على الأكثر ويعود السبب الرئيسي في ذلك إلى الكفاءة المهنية الخبرات العلمية التي اكتسبها عقوداً من الزمن، فصار بإمكان المواطن النظر إلى العلاج الطبي في المستشفى بمنظور إيجابي مقارنة بالسنوات الماضية وبشكل عام يمكننا القول أن نسبة الأمراض المسجلة لا تعود إلا من خلال مدى قدرة الإنسان على حماية نفسه من الأمراض وإن صح التعبير فإن سبب المرض يعود بالدرجة الأولى بالنسبة للمواطن الجزائري إلى عوامل بيئية كطبيعة الهواء المستنشق والماء المستهلك وعوامل اجتماعية متعلقة بنمط معاشه اليومي كالسلوكيات مع الأفراد و كيفية تجنب أخطارها كالعقد النفسية والتي تعود أيضاً إلى العوامل الثقافية بالدرجة الأولى و كيفية التأقلم مع هذا المجتمع مع تجنب الإصابة بالأمراض المعدية عن طريق عدم الإختلاط بالمصابين و التعود على التردد و الإدمان على زيارة الطبيب في كل مرة و إلا فلما تكون " وقاية خير من ألف علاج ".

خاتمة

إن تعزيز التنقيف الصحي أحد أهم العوامل التي يجب الاهتمام بها والتركيز عليها محليا ووطنيا والاستفادة من التجارب العالمية التي يتم تطبيقها في هذا المجال هو جوهر بناء سياسة صحية في المجتمع من خلال حث الناس على تبني نمط حياة وممارسات صحية سليمة، من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع، والحدّ من انتشار الأمراض، والتنقيف الصحي يحقق هذا الهدف بنشر المفاهيم الصحية السليمة في المجتمع، وتعريف الناس بأخطار الأمراض، وإرشادهم إلى وسائل الوقاية منها، ويُستعان على ذلك بوسائل مختلفة، مثل: اللقاءات المفتوحة مع الناس، والمحاضرات والندوات، وعرض الأفلام التلفزيونية والسينمائية، وتوزيع النشرات الصحية والكتيبات والصحف والمجلات وغيرها من وسائل الإعلام. فعلاج المشاكل الصحية لا يتطلب فقط رفع الوعي الصحي تجاه مشكلة معينة بل وأيضا معرفة أسباب حدوث المشكلة والوصول إلى آلية

لعلاج الأسباب، وهو ما يمكن أن يتعلق بسن القوانين والتشريعات والتعامل مع الإعلام السلبي وقضايا أخرى متعددة.

إن تطور منظمة الصحة ببلادنا يتوقف على وضع إستراتيجية حقيقية تنطلق من أهم مؤسسة اجتماعية بها وهي الأسرة من خلال توفير شروط خلق وعي صحي ملائم ولدور التنقيف الصحي الوقاية لكل المشكلات الصحية لأفراد الأسرة.

في كل المجتمعات نرى الكثير من الممارسات التي تحسن الصحة وتحافظ عليها وغيرها تساعد على الشفاء وتمنع المرض. وعادة النتائج الايجابية الأخرى الأخيرة لسلوك معين فقط يشجع على الاستمرار في ممارسته بين الناس. وأحيانا لا تظهر النتائج الايجابية لسلوك غير صحي، فيستمر الناس في ممارسته ولا يقلعون عنه . فعند البدء بأية محاولة لتعديل أو تغيير في السلوك الصحي فيجب علينا فهم وإدراك الصعوبات التي تواجه الأفراد لدى محاولتهم إدخال تعديل أو تطوير أو تحسين الممارسات الصحية على حياتهم. فمعرفة تلك الصعوبات يساعد القائمين بمهمة تحسين السلوك أسهل من حيث اختيار الأسلوب الأفضل والأمثل في تنفيذ برنامج تعديل الممارسات الشخصية نحو صحة مثلى.

قائمة المراجع :

- 1- أميرة منصور، قضايا السكان و الأسرة و الطفولة، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2002.
- 2- أحمد يحي عبد الحميد، الأسرة و البيئة، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 1998.
- 3- مجموعة من الأطباء، صحة الأم و الطفل (غير مترجم) باريس، 1984.
- 4- جبهة التحرير الوطني، ميثاق الجزائر 1964.
- 5- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 2، القانون رقم 85-05 .
- 6- أنور عبد المالك وآخرون، دراسة في التنمية والتكامل الاقتصادي العربي، بيروت، ط2، 1983.
- 7- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة، الملتقى الوطني حول تنمية المنظومة الصحية الوطنية، الجزائر، أفريل 1983.
- 8- صلاح العقاد، السياسة والمجتمع العربي، جامعة الدول العربية، 1971.

- 9- عبد اللطيف بن آشنهو، تجربة الجزائر في التنمية والتخطيط 1962-1980، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1982.
- 10- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، كتابة الدولة للتخطيط، المخطط الثلاثي الأول، الجزائر، 1967-1970 ..
- 11- هوارى بومدين، رئيس مجلس الثورة والحكومة، من رسالة مقدمة للمخطط الرباعي الأول، الجزائر، 1970-1973 .
- 12- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط، 1967 .
- 13- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مجلس قيادة الثورة، الأمر رقم 73-65 بتاريخ 28-12-1973 يتضمن الطب المجاني في القطاعات الصحية.
- 14- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رئيس مجلس الثورة والحكومة، أمام إدارات الأمة بتاريخ 31-10-1969 ..
- 15- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، النصوص الأساسية لجبهة التحرير 1954-1962، وزارة الإعلام والثقافة الجزائر 1979 .
- 16- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط، مخطط 1967 الجزائر، حزب ج.ت.و. التوجهات والمحاور 1970 .
- 17- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة التخطيط، التقرير العام حول المخططات السابقة وإنطلاق المخطط الخماسي الأول، الجزائر، 1980-1984 .
- 18- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، كتابة الدولة للتخطيط، الإحصاء العام، الجزائر 1977 .
- 19- مقررات ولوائح مؤتمر الحزب، الجزائر 1980 .
- 20- حسين عبد العزيز، عامل التخطيط السكاني والقطاعي دراسات سكانية، المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة عدد 67 ديسمبر 1983.
- 21- المؤتمر الإستثنائي لحزب جبهة التحرير الوطني، التقييم والآفاق الجزائر، جوان، 1980 .
- 22- إتحاد الاقتصاديين العرب، المشكلات الاقتصادية المعاصرة ومستقبل التنمية العربية، ج 2 معهد التخطيط العربي دار الرازي الكويت 1988.
- 23- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التجارة، الديوان الوطني للإحصاء 1987 .
- 24- أحمد الشريف، تجربة التنمية المحلية بالجزائر، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2008.
- 25- فاطمة الزهراء طوبال، حقوق الانسان، مجلة الحوار المتمدن - العدد: 2695-2009/2/7 نسخة الكترونية، قراءة يوم 2011/5/2 . ahewar.org