

قراءة سوسيو-تاريخية لوضعية هياكل العلاج في المجتمع الجزائري

د. فريدة مشري

أستاذة محاضرة "ب"

جامعة عبد الحميد بن باديس

ملخص: هياكل العلاج كجزء من نسق الصحة العمومية ليس فقط منتج للعمل الطبي لكنه كذلك نظام اجتماعي تتفاعل فيه مجموعة من المتغيرات السوسولوجية والاقتصادية والأنثروبوجية لفهم واقع المرض داخل هذا العالم الاجتماعي. الهدف من المقال هو فهم هياكل العلاج في المجتمع الجزائري من خلال قراءة تاريخية تسمح بتتبع تطور هذه الهياكل من خلال قراءة سوسولوجية نقدية، الهدف منها توضيح الوضع الحالي لهياكل العلاج في المجتمع الجزائري وتأثيرها على التكفل بالمرضى في الجزائر.

Résumé : les structures des soins comme une partie prenante dans le système de santé publique n'est pas seulement producteur du travail médicale. elle est aussi une organisation sociale qui comporte un ensemble de variables socio-économiques et anthropologiques en interaction. et le but de cette article et de comprendre les structures du soins dans la société algérienne a travers une lecture historique qui permettra de suivre l'évolution de ces structures et a travers une lecture sociologique critique. pour éclaircir l'état actuel de ses structures et leurs impact sur la prise en charge des malades de en Algérie.

مقدمة:

فهم طبيعة هياكل العلاج وخصوصيتها في المجتمع الجزائري، يمثل متغير هام في فهم واقع الصحة في المجتمع الجزائري. فهي جزء من نسق الصحة العمومية وهي ليست فقط منتجة للعمل الطبي لكنها كذلك نظام اجتماعي تتفاعل فيه مجموعة من المتغيرات السوسولوجية والاقتصادية والأنثروبوجية لفهم واقع المرضى داخل هذا العالم الاجتماعي من خلال:

- الخصائص المهنية والعوامل التنظيمية
 - العلاقات العلاجية "علاقة طبيب-مريض".
 - سير هذه الهياكل من خلال السلطة، التفاوضات الداخلية و الرهانات المرتبطة بالمجتمع.
- اذن نستطيع القول أن هياكل العلاج هي من بين العوالم الاجتماعية التي تتجسد فيها معاشة المرض "vécu de la maladie"⁽¹⁾.

إن الهدف من دراسة "هياكل العلاج" بصفة خاصة، والنسق الصحي بصفة عامة من خلال مختلف المظاهر المذكورة أعلاه هو فهم طبيعة هذه الهياكل وخصوصيتها في المجتمع الجزائري كمتغير هام في فهم واقع الصحة في هذا المجتمع. بحيث نجد هناك: "علاقة بين الصحة وبين وجود مؤسسات ومعارف داخل النسق الاجتماعي"⁽²⁾.

تعتبر هياكل العلاج جزء من النسق الصحي العام فهذا الأخير: "يحتوي على كل العناصر: ثقافة، اقتصادية، اجتماعية المؤثرة على صحة الأفراد والجماعات، السكن، النقل، الغذاء، الاتصال، الشغل، التعليم، الصرف، العلاج.... الخ ويعبر عن العلاقة بين السياسة التنموية ضمن الميادين المختلفة ونتائج ذلك على صحة السكان"⁽³⁾ والذي يتماشى مع طبيعة المجتمع بكل عناصره.

إن هذا النسق "مفتوح ويتفاعل مع الأنساق الاجتماعية الأخرى التي لا تأثر فقط بل يؤثر فيها هو أيضا... كما أنه يتفاعل مع الأنساق الصحية الدولية"⁽⁴⁾ وهو تحقيق للتفاعل بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين، أصحاب القرار السياسي، العاملين في الصحة والمستخدمين لهذا النسق، فمن الناحية الرسمية توجهت السياسات الموضوعية والمطبقة نسبيا- من خلال النسق الصحي إلى ترقية الصحة وحمايتها وهو ما نجده مثلا مجسدا في المادة الثانية والثالثة من القانون الذي صدر سنة 1985 والخاص بحماية الصحة وترقيتها"⁽¹⁾

المادة الثانية: تساهم حماية الصحة وترقيتها في رفاهية الإنسان الجسمية والمعنوية وتفتحها ضمن المجتمع ومن ثم تشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلاد.

¹ Adam (philipe) herzlich (claudine), **sociologie de la maladie et de la médecine**, paris, Nathan, coll, sociologie 128 , 1994,p.99.

²EMILE (Levy),et all, **Evaluer le cout de la maladie**, Paris,Dunod,1977,p.112

⁽³⁾ محمد رضا بالمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، معهد علم الاجتماع، 1991، ص27

⁽⁴⁾ نفس الصفحة.

⁽¹⁾ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، حماية الصحة وترقيتها، 16 فيفري 1985 ، ص177

المادة الثالثة: ترمي الأهداف المسطرة في مجال الصحة إلى حماية الانسان من الأمراض والأخطار وتحسين ظروف المعيشة والعمل ولاسيما عن طريق ما يأتي :

❖ تطور الوقاية.

❖ توفير العلاج الذي يتماشى وحاجيات السكان المعرضة للأخطار.

❖ تعميم ممارسة التربية البدنية والرياضية والتسلية

❖ التربية الصحية

العنصر الذي يهمننا في المقال هو الجانب المتعلق بتوفير العلاج من خلال "هياكل العلاج" " structures de soins" كون المجتمع الجزائري يفتقر كما أشار له الباحث محمد رضا بلمختار: "النسق علاجي متجانس بل ليس إلا هجيناً من أنساق تنتمي في أصلها إلى مراحل تاريخية مختلفة بضعها وجد بالجزائر قبل بداية الفترة الاستعمارية الأخيرة وهو ذلك المتعلق بنسق المداواة التقليدية... وبعضها دخل الجزائر إبان الفترة الاستعمارية، وهو نسق المساعدة العامة المجانية ونسق التأمين المرضي والممارسة الطبية في عيادات كبيرة متعددة التخصصات أو صغيرة فردية"⁽²⁾ وتنقسم هياكل العلاج في المجتمع الجزائري حسب درجة التخصص إلى الوحدات الآتية:⁽³⁾

الوحدات القاعدية: قاعات العلاج، مراكز الصحة، والعيادات المتعددة الخدمات.

الوحدات المتخصصة: تقديم خدمات متخصصة داخل المستشفيات (خدمات عامة على مستوى مستشفى الدائرة، وخدمات متخصصة على مستوى مستشفى الولاية، وخدمات عالية التخصص على مستوى مستشفى المنطقة "مستشفى جامعي" .

ومن هنا نستنتج ضرورة العرض التاريخي لتطور النسق الصحي في الجزائر حتى يتسنى فهم المشاكل التي يواجهها هذا الأخير في وقتنا الحالي.

1. القراءة التاريخية لتطور النسق الصحي في المجتمع الجزائري:

تتمثل أهمية هذا العنصر في الفهم الموضوعي للوضعية الحالية التي تميز النسق الصحي بصفة عامة وهياكل العلاج كجزء من هذا النسق بصفة خاصة كون "البناء الحالي للتكفل الطبي بالمرض هو نتيجة لسيروية تاريخية تميزها وقائع اقتصادية، اجتماعية وسياسية ترجع للعهد الاستعماري"⁽¹⁾ وكذلك مرحلة

⁽²⁾ محمد رضا بلمختار، مرجع سابق، ص27

⁽³⁾ Azougli (smaïl), (système de santé en algérie perceptions de l'institution médicale dans deux quartiers d'alger), thèse de doctorat 3ème cycle en sociologie, paris, E .H.E.S.S.1988.,p134.

⁽¹⁾ Ibid,p106

ما قبل الاستعمار وهذا رغم نقص المعطيات التاريخية الخاصة بها، وهذه القراءة التاريخية ليست مجرد عرض خطي لمجموعة من الأحداث المتتالية، بل هي خلفية ديناميكية لتطور النسق الصحي في إطار السيرورة الاجتماعية، فكما أشار إليه الدكتور عبد الرحمن بوزيدة في كتابه المشروع الاجتماعي فإن " الاجتماعية والتاريخ تظهر في تواصل لمعارفنا ولجهلنا و لقدرتنا على الفعل ولضعف النظام والبناءات الموجودة وللإختلالات الواعية أو الضمنية والغير مرئية"⁽²⁾ ومن هنا يمكن تقسيم مراحل تطور النسق الصحي في المجتمع الجزائري إلى ثلاث مراحل أساسية:⁽³⁾

- الأولى متعلقة بالفترة الاستعمارية
- الثانية تتمثل في العشرية الأولى من الاستقلال
- المرحلة الثالثة تبدأ من سنة 1974 تاريخ وضع الطب المجاني.

مع أهمية مرحلة ما قبل الاستعمار رغم نقص المعطيات التاريخية الخاصة بها لظهور الأسرة كخلفية مهمة في التكفل بالمسائل الصحية.

1-1- مرحلة ما قبل الاستعمار:

ذكر الباحثون صعوبة فهم طبيعة التكفل بالمسائل الصحية قبل الاستعمار ^(*) وهذا راجع لنقص المعطيات حول هذه الفترة في ميدان الصحة وهذا يمكن الرجوع للدكتوراه التي قدمها الدكتور محمد أمير والمعنونة بـ "مساهمة في دراسة تاريخ الصحة في الجزائر" إضافة إلى تحليل جيد عند الباحث محمد رضا بلمختار لهذه المرحلة ⁽¹⁾. ونستطيع ان نستخرج من خلال هذه القراءات مجموعة من الخصائص التي ميزت طبيعة التكفل بالمسائل الصحية في المجتمع الجزائري في هذه الفترة.

يظهر الدور الأساسي للأسرة في التكفل بالمرضى، وقد ذكرنا هذا الجانب في العنصر الخاص بالقراءة السوسيو-تاريخية للأسرة الجزائرية حيث أن: "الخلية الأسرية تمثل الإطار الأساسي للممارسات العلاجية"⁽²⁾ ويشير الدكتور محمد أمير في نفس السياق أن "الأسرة الجزائرية تتوفر على رصيد حي مصدره الطب العربي... فهي التي تنقل من جيل لآخر عناصر التشخيص والممارسة العلاجية للمرض"

^(*)BOUZIDA (Abderrahmane) , **le projet social**, Alger, O . P . U., 1991,p.4

⁽³⁾**géographie et santé en Algérie**, alger, opu, 1992,p.151

^(*) يقول الباحث وهوا عياش أن هناك قلة المعطيات التاريخية المتعلقة بتطور النظام الصحي في الجزائر قبل عملية الغزو الفرنسي بل انعدامها تقريبا كما يتساءل محمد أمير امكانية وجود مراجع تعلمنا عن الصحة في الجزائر قبل سنة 1830 أنظر

-عياش وهوا: **التنمية الصحية توزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث** (دراسة حالة الجزائر بين سنتي 1830-1990)رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب جامعة الاسكندرية 1992-ص191

⁽¹⁾ محمد رضا بلمختار، مرجع سابق،ص69-77

⁽²⁾AZOUGLI,(S),op,cit,p106

الطب الاسلامي لم يكن مقتصرًا على العلاج بل كان يحمل بعدا وقائيا، وهو ما يعكسه التعريف الذي قدمه العلامة ابن خلدون في المقدمة قائلا بأن: "هذه الصناعة (الطب) ضرورة في المدن والأمصاير لما عرف من فائدها فإن ثمرتها حفظ الصحة للأصحاء ودفع المرض عن المرضى بالمداداة حتى يحصل لهم البرء من أمراضهم..."⁽³⁾

تتمثل العناصر الخارجية عن إطار الأسرة والفاعلة في عملية التكفل بالمرض، في المرباط، والطالب وقد ذكرت الباحثة "y,turin" أن هؤلاء "كانوا يقومون بثلاث وظائف أساسية، دينية، تعليمية، وعلاجية"⁽⁴⁾ وقد بقيت مخلفات هذه الممارسة العلاجية إلى الوقت الحالي بشكل مختلف.

قبل سنة 1830، كانت المؤسسات التي تحمل طابعا اجتماعيا هي الحبوس أو الوقف وهي مرتبطة بالنظام المدني الاسلامي"⁽⁵⁾ ومن هنا نستخلص وضعية النظام الصحي في الجزائر قبل عام 1830 في كونه: "لم يكن منظما ومؤسسا 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 تقدر أسرهم على علاجهم وكانت الحبوس (والأوقاف) عمدة في انقاذ من كانوا يجدون قوتهم وبدونها يهلكون، وكان العديد من شيوخ الزوايا يعالجون المرضى بالطرق البدائية باسم "البركة"⁽⁶⁾.

1-2- وضعية النظام الصحي خلال المرحلة الاستعمارية:

تميزت بداية الفترة الاستعمارية بنظام صحي عسكري مسؤول عن توزيع العلاج مقابل الحالة الصحية للجزائريين والتي عرفت تدهورا كبيرا راجع لسياسة التفكيك الاقتصادي والاجتماعي التي عرفها المجتمع الجزائري، وكمثال على ذلك ما نص عليه قرار 07 ديسمبر 1830 والقاضي "بوضع أملاك الحبوس بين أيدي الإدارة الفرنسية للممتلكات ومن هنا الاستيلاء على المصدر الذي كان يؤمن ميزانية الصحة في الجزائر"⁽¹⁾. ومن جهة أخرى فإن: "التغطية الطبية كانت ضعيفة تتكون في معظمها من

(3) عبد الرحمن ابن خلدون مقدمة ابن خلدون، بيروت، دار الجيل، بدون تاريخ، ص460

(4) TURIN,(Yvonne), Affrontements culturels dans l'algérie coloniale, Ecoles, Médecines, Religion, 1830-1880, alger, E.N.A.L., 1983, p8-9

(5) AMIR(M), op, cit, p.31.

(6) إيف لاکوست وآخرون، الجزائر الماضي والحاضر، (ترجمة رابح اسطبولي وآخرون)، ص212
في: عياش وهاء، التنمية الصحية ... مرجع سابق، ص192

(1) AMIR,(M),op,cit,p.67.

الأطباء العسكريين" (2) فهذا النظام الصحي العسكري كما أشار له الباحث عياش وهواه كان في المرحلة الأولى: "يتناسب مع أهداف المشروع الاستعماري الفرنسي، ويستجيب للحاجيات الصحية للقوات العسكرية الفرنسية" (3).

كما تميزت هذه الفترة بظهور النظام الصحي المدني وذلك من سنة 1850 إلى 1945 كنتيجة للاكتشافات العلمية التي ميزت المجال الطبي (4) لكن هذا لم يحدث تغيرات كبيرة على واقع الحالة الصحية للسكان الأصليين، وهذا راجع لسببين أساسيين كما أشار له الباحث محمد رضا بلمختار (4) وكما تبينه الباحثة "y,turin" من خلال تحليل معمق لميكانيزمات التفاعل الحاصلة بين واقعين ثقافيين مختلفين في سياق استعماري (5).

السياق السياسي الاجتماعي الذي عرض ضمنه الطب الحديث وهو السياق الاستعماري فكما يقول أحد الأطباء الفرنسيين والمكلف بعملية التلقيح: "بعدما أدهشنا العالم المتحضر بقوة أسلحتنا (الطبية) هل نستطيع بأفعال ذكية وإنسانية جلب سكان غير معروفين غارقين في ظلمات البربرية... من خلال وظيفة الطب" مما خلق مقاومة من طرف الجزائريين ففي ميدان التلقيح مثلا، قام الأطباء بوضع فريق صحي من السكان الأصليين وذلك سنة 1870 (6) بهدف تسهيل حملات التلقيح.

ارتباط الفرد الجزائري بالممارسات التقليدية التي كانت سائدة قبل دخول الاستعمار الفرنسي، فالطالب التقليدي كما ذكرنا سابقا ليس له وظيفة علاجية فحسب بل كانت كذلك تحمل بعدا تعليميا بعدا دينيا مما يفسر: "غموض تأثير المعالحين... من خلال الاستعمال السياسي لعلمهم الذي ينقل تقدم الطب الأوروبي في إطار عام يقوي فشلها ويؤكد النفوذ الاستعماري" (1) ففي نفس السياق نجد الطالب المرابط يستعملون نفس الأسلحة النفسية... لتفادي تدخل الطبيب الكولونيالي ومن هنا فإنه لا يمكن فهم ميكانيزمات النظام الصحي في هذه الفترة دون تبني نظرة متعددة الأبعاد لهذا الواقع (سياسية، ثقافية، اقتصادية واجتماعية).

ورغم ظهور النظام الصحي المدني في المجتمع الجزائري يذكر الباحثين وجود لا تكافؤ بين السكان الجزائريين وبين المستوطنين اتجاه الخدمات الصحية وذلك في المناطق الريفية والحضرية على حد

(2) BOUSSOUF, op, cit, p.153.

(3) وها عياش، مرجع سابق، ص 214

(4) نجد عرض تفصيلي لهذه الاكتشافات عند الباحث محمد رضا بلمختار في رسالته المذكورة سابقا

أنظر : محمد رضا بلمختار، مرجع سابق، ص 82-83

(4) نفس المرجع، ص 84

(5) TURIN (Y), op, cit, pp.304-411

(6) Ibid, p408

(1) Ibid, p396

سواء، فمثلا "سنة 1861 كانت المكاتب العربية (40مكتب) يخصص لها 170 أو 200 فرنك سنويا...مقابل 15000 نسمة موجودة في بعض هذه المناطق التي توجد بها المكاتب... فكل مريض لا تتجاوز تكلفته 50 سنتيم"⁽²⁾ ورغم لجوء الاستعمار الفرنسي لطرق أوسع لتنظيم العمل الصحي في الجزائر فمثلا: "تم وضع انطلاقا من سنة 1944 التي تميزت بوضع أنظمة صحية جديدة وبتقسيم المجتمع إلى قطاعات صحية"⁽³⁾ إلا أن هناك دائما داخل هذه الهياكل الصحية تمييز بين المعمرين والسكان الأصليين: "ففي المستشفى هناك فصل في الأجنحة بين تلك المخصصة للأوروبيين وتلك المخصصة للسكان الأصليين... كما كان هذا النظام الصحي موجهًا للأوروبيين بحيث أن 3/4 من الأوروبيين يعيشون في المناطق الكبرى في الجزائر (العاصمة، وهران، عنابة، قسنطينة، سيدي بلعباس، سكيكدة) أين توجد هذه الهياكل الصحية"⁽⁴⁾.

في الأخير لا يمكن عدم التحدث على النظام الصحي الذي وضع بالموازاة مع الثورة التحريرية الذي كان في بدايته موجهًا للتكفل بعلاج المجاهدين فهو: "مرتبط بمجموعة من الترتيبات والعمل المنظم والممنهج الذي يسمح بتوفير العلاج للمجاهدين"⁽⁵⁾. وقد عرف النظام الصحي لجيش التحرير الوطني "تطورا وتوسعا في البنى التحتية القاعدية الصحية أو في الكوادر الطبية، وذلك ابتداء من سنة (1956) خاصة بعد الاضراب التاريخي للطلبة الجزائريين (19ماي 1965)"⁽⁶⁾.

ومن هنا نصل إلى وضعية النظام الصحي بعد الاستقلال والذي سيميزه البناء السابق الموروث من الفترة السابقة من خلال الخلفية التقليدية للتكفل بالمسائل الصحية إضافة إلى إدخال معطيات الطب الحديث.

1-3- وضعية النظام الصحي بعد الاستقلال:

خرج المجتمع الجزائري من المرحلة الاستعمارية ببنائات قاعدية صحية تتمركز كما سبق ذكره، في المناطق التي كان يتواجد فيها السكان الأوروبيين، وهو ما يفسر الضعف على مستوى التغطية الصحية من حيث: "نقص الأطباء، الفريق الشبه طبي، مراكز العلاج، وعدم تلائمها مع الحاجات (الصحية

⁽²⁾TURIN (Y), op, cit p320

⁽³⁾BOUSSOUF, op,cit,p155

⁽⁴⁾AMIR,(M),op,cit,p75

⁽⁵⁾Ibid,p105

⁽⁶⁾ عياش وهواه، مرجع سابق، ص223

للسكان)التمركز الطبي والاستشفائي في المدن والغياب الشبه كامل للتغطية الصحية على مستوى الأرياف"⁽¹⁾.

وانطلاقا من مركبات الصحة^(*) فإنه على مستوى المركب المادي هناك تمركز البناءات القاعدية الصحية في التجمعات الكبرى، أما فيما يخص المركب البشري فإن المجتمع الجزائري خرج في جويلية 1962بـ"680 طبيب على مستوى التراب الوطني مقابل 2500 طبيب كانوا موجودين في بداية السنة"⁽²⁾

وقبل اتخاذ سياسة صحية تتماشى مع حاجات السكان، قام أصحاب القرار باتخاذ مجموعة من التدابير الاستعجالية.⁽³⁾

- وضع تكوين مستعجل للعاملين في الصحة (مساعدين طبيين في الصحة العامة قابلات، ممرضين...الخ) بهدف التخفيف من النقص الحاصل في الأطباء.
- الحفاظ على البناء القاعدي الذي كان موجودا من قبل أي قطاع خاص وقطاع عام.
- القطاع العام كان قائما على إطارات جزائرية، ولتغطية النقص في الأطباء كما ذكرنا سابقا تم استدعاء أطباء أجانب في إطار مهام الشراكة في ميدان الطب. وقد عرف النظام الصحي في المجتمع الجزائري مرحلة مهمة تمثلت في تعميم الطب المجاني من خلال المخطط الرباعي الثاني (1974-1977) انطلاقا من تحقيق هدفين أساسيين.
- وضع وتعميم الطب المجاني.
- وضع فريق طبي ذو كفاءة على مستوى كل بلدية ريفية.
- إضافة إلى إصلاح الدراسات الطبية كجزء من إصلاح التعليم العالي وذلك بتوجيه تكوين الأطباء انطلاقا من الأهداف المذكورة أعلاه.

وانطلاقا من العتبات التي عرفت المخططات التي جاءت تبعا لهذا المخطط والمتمثلة في:⁽¹⁾

⁽¹⁾THEBAUD (Anne), (Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie : réflexion théorique à partir d'un cas concret), Cahiers de sociologie et de démographie médicales, XVIII, année, n°4, octobre – décembre, 1977, p17.

^(*) تتمثل في مركب مادي يتمثل في البناءات القاعدية الصحية بكل أشكالها ومركب بشري يجمع الفريق الطبي والشبه طبي وهما يلعبان دورا تكامليا، فالأولى لها وظيفة تقريب الخدمات الصحية والثانية تتكفل بتحقيق النشاطات العلاجية والوقائية.

Voir : BOUSSOUF, op, cit, p.152

⁽²⁾Ibid, p162

⁽³⁾THEBAUD (A), op, cit, p.171

⁽¹⁾BOUSSOUF, op, cit, pp .175-182

1- عدم تحقيق الآفاق المسطرة ... خاصة فيما يتعلق بالمنشآت التي تمثل: "العامل الأساسي

في التغطية الصحية من حيث مكافحتها للمرض كون الطب العلاجي يمثل النشاط الأساسي في كل المؤسسات الاستشفائية"⁽²⁾ نظرا للبطء في عملية بناء المستشفيات مقابل التزايد في النمو الديموغرافي، مما جعل نسبة التغطية لم تصل إلى المعايير المحددة في المخططات.

- من ناحية المركب البشري نجد اتجاه المرضى إلى مؤسسات استشفائية في مناطق أخرى بهدف الحصول على خدمات علاجية أحسن، وهو ما يبين عدم التوازن في توزيع التخصصات الطبية من مستشفى إلى آخر.

- مشاكل الضمان الاجتماعي

وهذا ما جعل المخطط الخماسي (1985-1989) يهتم "بتحسين تسيير الهياكل الصحية"⁽³⁾ فرغم أن "النظام الوطني للصحة يتميز بأهمية المنشآت والوسائل البشرية والمادية... لكن أيضا (هناك) إحساس عام بعدم الرضا ناتج أساسا عن التسيير السيئ لأغلبية المصالح الصحية، وكثرة انعدام توفر عدة مواد ذات الضرورة القصوى"⁽⁴⁾

إذن هناك فاصل بين الأهداف التي سطرته مختلف السياسات الصحية في الجزائر و واقع الهياكل الصحية على مستوى التطبيق نتيجة تداخل مجموعة من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري، إضافة إلى المعطى الثقافي كعامل أساسي في إعادة هيكلة النظام الصحي، ويرى الباحث "محمد رضا بلمختار" أنه كان لزاما على المجتمع الجزائري أن: "يركب بين الحاجات والإمكانيات التنموية المتوفرة لها حاضرا ومستقبلا بعد تقييم علمي عميق للوضعية داخليا ودوليا"⁽⁵⁾ وذلك حسب نفس الباحث بمواجهة الظروف التي كانت موجودة عشية الاستقلال.^(*)

وكمؤشر أساسي في فهم الوضعية الحالية للنسق الصحي في الجزائر نجد الضمان الاجتماعي "Sécurité sociale" حيث أن: "نسق العلاج يخضع نظرا لطابعه المجاني لتمويل (...) يجمع بين ميزانية الدولة ولكن وبصفة متنامية من طرف الضمان الاجتماعي"⁽¹⁾ لكن كما ذكر سابقا فإن "الاحصائيات الصحية لسنة 1997 بينت أن المعدل المتوسط الوطني لشغل الأيسرة "lits" في القطاع العام يبلغ 51%

²bOUSSOUF, op, cit,p175

³Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire ,deuxième plan quinquennale 1985-1989, rapport général, Janvier, 1985, p49

⁴ الجريدة الرسمية، 24 أوت 1998

⁽⁵⁾ محمد رضا بلمختار، مرجع سابق، ص88

(*) للاستزادة :انظر نفس الصفحة

¹OUFRIHA (Fatima-Zohra),(médecine gratuite, forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'état sociale providence en Algérie), In : les cahiers du C.R.E.A.Alger O.P.U.,n°22,2^{ème} trimestre 1990,p21

يترجمه نقص سنوي يقدر بـ9,447,393 يوم استشفائي⁽²⁾ وهذا مرتبط بالوضعية التي وصل لها الضمان الاجتماعي والتميزة —

عجز كبير سببه: "تدهور سوق العمل، التضخم، ارتفاع سعر الدواء..."⁽³⁾ والملاحظ أن تخلي الدولة عن مجانية الطب: "بدأ يظهر بطريفة ضمنية من خلال دستور 1989 ... فدور الدولة في ميدان الصحة ينحصر في الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والبيئية "endémiques"⁽⁴⁾ مع تنامي القطاع الخاص في ميدان الطب بالموازاة مع القطاع العام.

ومن هنا نصل إلى العنصر الذي يسمح لنا بفهم أعمق للوضعية التي وصل إليها النسق الصحي في الجزائر عامة، وهياكل العلاج خاصة من خلال قراءة سوسيولوجية تجسدها مختلف الدراسات التي تناولت النسق الصحي بالدراسة وذلك بتبني المقاربة الماكروسوسيولوجية أو المقاربة الميكروسوسيولوجية، وفي بعض الأحيان الاثنين مع.

قراءة سوسيولوجية لوضعية النسق الصحي في المجتمع الجزائري من خلال مجموعة من الدراسات الأكاديمية:

تعطي القراءة السوسيولوجية لمجموعة من الأبحاث الأكاديمية التي تناولت "النسق الصحي أو" النظام الصحي "كموضوع الدراسة السوسيولوجية في المجتمع الجزائري معطيات ثرية وموضوعية عن الميكانيزمات التي تسير النسق الصحي، فمع اعتمادها على تحليل المعطيات التاريخية نجدها تمدنا بعناصر التحليل لهذا النسق أو لهذه الهياكل كتنظيم اجتماعي وكإطار يتفاعل فيه مجموعة من الفاعلين.

الدراسة الأولى: التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث:⁽¹⁾

يدخل هذا البحث في إطار تحضير شهادة الماجستير، وهو ينطلق من دراسة التنمية الصحية في دول العالم الثالث عامة وفي الجزائر "كدراسة حالة" نظرا لما تعرفه هذه المجتمعات من مشكلات صحية رغم تحررها وخروجها من الفترة الاستعمارية، فالمسألة الأساسية التي تنطلق منها هذه الدراسة، هي كون الاستعمار عامل سوسيو-تاريخي في انتاج التخلف والتبعية على المستوى الصحي، ومنه تقوم الدراسة

²CHOUGRANI (Saada), (la contractualisation et l'information ;défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs des soins en Algérie). Insaniyat : n°69,septembre- décembre 1998,p145.

³Idem.

⁴El, Moudjahid, projet de révision constitutionnelle, février 1989

¹ عياش وهواه ، مرجع مسبق ذكره

على البحث عن عوامل انتاج التخلف واللامساواة الصحية في مجتمعات العالم الثالث عامة، والجزائر خاصة، ونتلخص أهداف الدراسة في النقاط الآتية:⁽²⁾

- توضيح الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية للتنمية الصحية
- تحليل الآليات والعلاقات المتحركة في التنمية الصحية ولتحقيق هذه الأهداف انطلق الباحث من الفروض التالية:⁽³⁾

■ يرجع التخلف واللامساواة الصحية الاجتماعية في مجتمعات العالم الثالث والجزائر إلى عوامل خارجية "سياسات الاستعمار".

- أدى تقسيم العمل الدولي إلى تكريس التخلف والتبعية الصحية في مجتمعات العالم الثالث.
- استمرار اللامساواة الصحية والتبعية في مجتمعات العالم الثالث والجزائر إلى عوامل

داخلية.

- أدت تبعية التنمية الصحية في مجتمعات العالم الثالث والجزائر إلى سوء توزيع فرص الوقاية والعلاج.

■ اتبعت الدراسة المنهج التاريخي⁽⁴⁾ كون الباحث يهتم بالظاهرة الصحية في العالم الثالث عامة، وفي الجزائر خاصة كظاهرة تاريخية اجتماعية وهذا للتمكن من تتبع حركيتها وفهم الميكانيزمات التي تسيرها وذلك "بالكشف عن القوى الاجتماعية، والاقتصادية التي انتجت التخلف واللامساواة الصحية في مجتمعات العالم الثالث والجزائر وآليات استمرار هذه اللامساواة وإعادة انتاجها"⁽⁵⁾ وذلك باختيار الجزائر كدراسة حالة.

وقد تصل الباحث إلى النتائج الآتية والتي ركزها فيها على تلك المتعلقة بالمجتمع الجزائري.⁽⁶⁾

- يحمل دور برجوازية الدولة في الجزائر بعدا ايدولوجيا كونها وظفت المشروع الصحي من أجل إخفاء التناقضات الاجتماعية وكسب التأييد الشعبي.

■ لم يؤدي تطبيق الطب المجاني إلى التقليل من حدة اللامساواة الصحية الاجتماعية بين الريف والحضر بقدر ما أدى إلى استمرار التفاوتات الاجتماعية في الحصول على فرص الوقاية والعلاج.

■ اللامساواة الصحية في الجزائر (بين الريف والحضر من جهة وبين الطبقات الاجتماعية عند الحضر من جهة أخرى) هي استمرار للاستعمار الفرنسي.

⁽²⁾ عياش وهواه، مرجع سابق، ص 61

⁽³⁾ نفس المرجع، ص 68-70

⁽⁴⁾ نفس المرجع، ص 70

⁽⁵⁾ نفس المرجع، ص 81

⁽⁶⁾ نفس المرجع، ص 299-301

يظهر من خلال هذه الدراسة الطابع الاشكالي الذي يميز وضعية هياكل العلاج بصفة خاصة والنسق الصحي بصفة عامة والذي تعكسه طرق توزيع فرص الوقاية والعلاج والمميز لهذا البحث الأكاديمي هو المستوى الماكرووسوسيلوجي في التحليل من خلال قراءة طويلة للتنمية الصحية في العالم الثالث عامة، والجزائر خاصة والتي تمثل مجال اهتمامنا ومع أهمية النتائج المتوصل إليها إلا أن المجال الصحي يتعدى الطابع التنظيمي فهو ليس فقط مكان لتلقي الخدمات الصحية وتقديمها ولكنه كذلك مجال تتفاعل فيه المعطيات السوسيوثقافية والتاريخية لتعكس خصوصيته، ودرجة تأثيره على الحياة الاجتماعية.

الدراسة الثانية: النسق الصحي في الجزائر والتصورات حول المؤسسة الطبية في حين من الجزائر العاصمة:⁽¹⁾

أجرى الباحث الاجتماعي "أزوقلي اسماعيل" " AZOUGLI " هذه الدراسة في إطار تحضير شهادة الدكتوراه وهي محاولة سوسيلوجية لفهم درجة التلاؤم بين السياسة الصحية المتبعة على أرض الواقع والتقارير الرسمية من هنا فإن الدراسة تقوم على الأهداف الآتية:⁽²⁾

- تحديد طبيعة النسق الصحي في الجزائر وتطوره.
- تحليل العوامل التي تهيكله، وإبراز عدم تماشيها مع الأهداف المسطرة من خلال

النصوص الرسمية.^(*)

وتتمثل خصوصية هذه الدراسة في محاولة الجمع بين التحليل الماكرووسوسيلوجي والتحليل الميكرووسوسيلوجي وهو يشير في هذا السياق أن: "الجزائر في تحول على جميع المستويات (وهذا التحول) يدخل في إطار خصوصيتها الثقافية والتاريخية والسوسيو-اقتصادية والتي تختلف عن طبيعة المجتمعات الغربية"⁽¹⁾

فقد ذكرنا في ما سبق أن اللجوء إلى العلاج ليس ظاهرة موضوعية فحسب مرتبطة بالتنظيم الاجتماعي الذي يتكفل بالمرض من خلال التوزيع، الطبيعة والعلاج، لكن اللجوء إلى ظاهرة ذاتية كذلك تتحدد بالسياق النفسي الاجتماعي والثقافي الذي تندرج فيه. فالخدمات العلاجية: "مرتبطة بدرجة النمو السوسيو

⁽¹⁾AZOUGLI (S),op,vit

⁽²⁾Ibid,p1

^(*) ذكر في ملحق التقرير العام الخاص بقانون الصحة ما يلي يتميز النظام الوطني للصحة بأهمية المنشآت والوسائل البشرية والمادية أي حصة صحية ومرضية، ولكن أيضا إحساس عام بعدم الرضا ناتج أساسا عن التسيير السيئ لأغلبية المصالح الصحية...

أنظر: الجريدة الرسمية، ملحق تقرير عام العدد 62، 24 أوت 1998.

⁽¹⁾op,cit,p.3.

اقتصادي وكذلك بالعوامل الثقافية الخاصة بكل مجتمع"⁽²⁾ ومن هنا تقوم الدراسة على تحليل
سوسيولوجي للعوامل الموضوعية الذاتية المرتبطة بالنسق الصحي.

العوامل الموضوعية: ترتبط بالحالة الصحية وبالشروط الملموسة للحصول على الخدمات العلاجية.

العوامل الذاتية: تصورات مستعملي الخدمات الصحية للمرض والصحة والطب وللمؤسسة الطبية.

ومن الناحية المنهجية اعتمدت الدراسة على نوعين من المعطيات.⁽³⁾

- تحليل القوانين المتعلقة بتسيير النسق الصحي من خلال الوثائق الرسمية إضافة إلى النتائج المتوصل إليها من خلال دراسات سابقة، لإضافة إلى المعطيات الإحصائية بمختلف مصادرها.
 - إجراء مقابلات مع مستعملي الخدمات الصحية بهدف فهم الدلالات الاجتماعية للآراء والمواقف، وهي مقابلا شبه موجهة" وقد استعمل الباحث متغير الانتماء الاجتماعي للتمييز بين مختلف المبحوثين "56 مقابلة" حللها باستعمال تقنية تحليل المحتوى.
- وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:⁽⁴⁾

- هناك اختلاف بين المبادئ النظرية لتنظيم النسق الصحي وبين عملية تطبيقها مما أنتج نسق غير متساوي.
- الموقف المتميز من الناحية الاجتماعية اتجاه المؤسسة الطبية يعكس موقف متواصل مختلف من جماعة اجتماعية إلى أخرى اتجاه النسق الاجتماعي الشامل.
- كل الطبقات الاجتماعية ترفض النسق الطبي لكن لأسباب مختلفة تعكس الوضعية الموضوعية والذاتية لهذه الطبقات، فالطبقات المتوسطة ترى المشكل في الحصول على مستوى متخصص للعلاج، أما الطبقات الضعيفة فتري المشكل في نوعية العلاج المقدم
- المعرفة أو ما سماها الباحث بالمعارف الخاصة أو العلاقات الغير رسمية تمثل قاعدة لتسيير المجتمع، وفي بعض الأحيان معيار اجتماعي ظاهري للاندماج فيه "النسق الصحي تعبير عن النسق الاجتماعي.
- الطموح إلى "نمط حياة" غربي بالنسبة لبعض المبحوثين والاحساس بالضرر في نسق اجتماعي تسييره شبكات المعارف الخاصة بالنسبة للآخرين، يتزوج مع رفض ضمني أو ظاهري للأساس

⁽²⁾Ibid,p.5.

⁽³⁾Ibid,p.15-16.

⁽⁴⁾Ibid, p .313-320

القانوني للاقتصاد الوطني (القطاع العام). هي مؤشرات على عدم الرضى اتجاه العلاجي والنسق الاجتماعية.

نلاحظ أن هذه الدراسة قد توصلت إلى نتائج تضاف إلى ما رأيناه في الدراسة الأولى وذلك بفضل المقاطعة بين مستويين من التحليل "الميكرو-سوسيولوجي، والماكرو-سوسيولوجي" من خلال فهم وضعية هياكل العلاج والنسق الصحي في إطارهما الذاتي والموضوعي فقد تبين من خلال تصورات الباحثين الجذور الاجتماعية للموقف الذي يكونه مستعملي هياكل العلاج اتجاه هذه الأخيرة ويذكر الباحث فكرة هامة لمسناها في الدراسة التي قمنا بها وهي مسألة المعارف الخاصة أو "piston" كخاصية تميز النسق الاجتماعي العام والنسق الصحي بصفة خاصة، وهذا ما جعلنا نتناول الاستفادة من الخدمات العلاجية "accès aux structures" كبعد من أبعاد شبكة الدعم أو المساعدة الاجتماعية، كذلك وكمثال على أهمية هذا العنصر فقد لاحظنا من خلال الخطابات أن هذا الأمر أصبح ظاهرا فالطبيب عندما يواجه مريض إلى مركز ما لمكافحة السرطان نجده لا يخضع لمقاييس موضوعية محضة لكنه يطلب من العائلة كمجال عمودي أو من المريض نفسه اللجوء إلى قنوات العلاقات الشخصية والأسرية خاصة لاختيار مركز من المراكز وهو ما يعكس النتيجة التي توصل لها الباحث والمتمثلة في كون "المعرفة" بمعنى "piston" تمثل ميكانيزم ظاهر في تسيير المجتمع.

الدراسة الثالثة: الحاجات الصحية واستجابة المؤسسة الصحية في الجزائر⁽¹⁾

في نفس سياق الدراسة السابقة تنطلق الباحثة الاجتماعية تيبو A.THEBAUD من دراسة التفاعل الحاصل بين الحاجات الصحية والاستجابة المؤسساتية Réponse institutionnel فهي تتعدى الاتجاه الأحادي في دراسة السياسة الصحية في شكلها التنظيمي من خلال التلاؤم بين الأهداف المسطرة وتلك المنجزة على أرض الواقع أي تقييم لطبيعة استجابة المؤسسة الصحية، فالباحثة تتبنى اتجاه ثنائي وذلك بالتعرف على طبيعة الحاجات الصحية المرتبطة بخصوصية المجتمع الجزائري والتي تختلف حسب مجموعة من التغيرات (الجنس، فئة السن، الطبقة الاجتماعية).

أجريت الدراسة بهياكل صحية قاعدية تتمثل في مستوصف لمكافحة السل، ومصلحة فحص طب الأطفال بعيادة متعددة الخدمات انطلاقا من استعمال الاستمارة كأداة لجمع المعطيات التي كانت موجهة من جهة

⁽¹⁾ THEBAUD (Annie), (besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie :réflexion théorique à partir d'un cas concret).In : cahiers de sociologie et de démographie médicales,

XVII éme année, n°4, Paris, Octobre –Décembre 1977, pp,190-193,

للفريق الصحي ومن جهة أخرى لمستعملي الخدمات الصحية les usagers وقد تناولت الاستمارة
المحاور الآتية ⁽¹⁾ " وزعت على 62 مبحوث "

❖ الانتماءات السوسيو-اقتصادية وظروف المعيشة.

❖ سبب الاستشارة والسلوك المعتاد اتجاه المرض.

❖ وضعيات اللجوء إلى هياكل الصحة.

وقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية ⁽²⁾

■ تأثير الانتماء الاجتماعي على وضعية اللجوء إلى العلاج وخدمات الهياكل الصحية،
فكلما انخفض المستوى الثقافي كلما وجدنا تمايزا في تحديد الأعراض.
فالجمع بين الأعراض والأحداث اليومية الملموسة تمثل تفسير على مستوى العوامل الخارجية عن
الجسم.

■ رغم التعديل الحاصل على مستوى الهياكل الصحية إلا أن نسق التمثلات الذي يرافق
السلوكات هو نفسه الذي كان يسبب الهياكل الصحية خلال الفترة الاستعمارية.
■ نسق التمثلات التحتي الذي يحدد الحاجات والاستجابات الصحية، يقوم على تغطية صحية
مركزة على المرض، الطب، والمستشفى.

■ رغم وجود هياكل صحية مجانية تصحي الرابطة الاقتصادية بين الطبيب والمريض إلا أنه
هناك لامساواة في الحصول على العلاج "تسهيل الحصول على العلاج للطبقات الاجتماعية المسيطرة
دون المرور بمراحل rouage التنظيم الصحي مع امكانية اللجوء إلى جميع مجالات التغطية الصحية
في حين يصعب على الفئات الأكثر تعرضا للمرض الحصول على العلاج "طب مجاني".

■ التكفل الجماعي بالحاجات الصحية تتقاطع مع الصور، المواقف والسلوكات المرتبطة
بنسق التمثلات "الصحة، المرض، الممارسة الطبية" وبممارسة طبية تجعل المريض في حالة تبعية.
ونشير إلى أن هذه النتائج تمثل فرضيات لدراسة أعمق قامت بها الباحثة على مستوى أطروحة الدكتوراه.

الملاحظ أن الدراسة ركزت على متغير الانتماء إلى طبقة معينة في تحليل التمايز في الحاجات الصحية،
وفي الاستجابة المؤسساتية وقد بينت هذه الأخيرة أهمية مستوى التصورات ونسق التمثلات كعامل مفسر
في دراسة وضعية النسق الصحي في الجزائر بحيث أنه لا يمكن الاكتفاء بالمعطيات البنائية، والتاريخية
في فهم هذه الوضعية دون وضعها في الإطار الميكروسوسولوجي من خلال دراسة التصورات وكذلك

⁽¹⁾Ibid,p.174

⁽²⁾Ibid,p.178-180

دراسة الممارسات اليومية في المجال الصحي الذي يعرف بأنه: " مجموعة مبنية تضم العاملين في الصحة مستعملي الخدمات الصحية، وضعية تلاقي"⁽¹⁾

الدراسة الرابعة: نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه:⁽²⁾

أجريت هذه الدراسة في إطار تحضير شهادة الماجستير في علم الاجتماع من طرف الباحث "محمد رضا بلمختار" انطلاقا من محاولة للإجابة على الفرضيات التالية:⁽³⁾

- أ- التباين في الظروف الاجتماعية والاقتصادية بين فئات المستخدمين لهياكل العلاج ترتبط بالتباين في احتمالات القرب من نموذج العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج.
- ب- الفئات المستخدمة ذات المستوى الدراسي المنخفض بالنسبة للأطباء والتي لا تفهم اللغة المتداولة طبيا تبتعد أكثر عن العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج.
- ج - رغم التجانس الذي يحاول النسق العلاجي الظهور به من خلال دمج للنموذج التنظيمي القائم على العمل في الغرفة، إلا أن تصور وتصرف المعالجين يختلف مع ذلك ويتباين بتباين الفئة المعالجة المنتمين إليها.

وقد انطلق الباحث من استعمال المنهج الكيفي عن طريق دراسة الحالة، بالمقابلة والملاحظة كأدوات لجمع المعطيات وقد أجريت الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي أسعد حساني ببني مسوس في مصلحة الأمراض التنفسية (70 مبحوث من المستعملين مقابلة شبه موجهة و 25 مبحوث من الأطباء والممرضين استمارة مفتوحة).

توصل الباحث من خلال هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:⁽⁴⁾

- ❖ التشابه في الظروف الاجتماعية والاقتصادية يرتبط بالتشابه في القرب أو البعد عن نموذج العقلانية الطبية فيما يخص المرض، ونسق العلاج... مع وجود عناصر تداخل بين مختلف الفئات لذا هناك عقلانيات جزئية أو تحتية ضمن عقلانية اجتماعية عامة.
- ❖ المستوى الدراسي العالي واللغة المتداولة طبيا يزيد من قرب المستخدم للعقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج تبعا للفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

⁽¹⁾MEBTOUL,(Mohamed),(familles et enfants face à l'activité de soins en Algérie),Paris : I.N.S.E.R.M.,sans date,p.4

⁽²⁾ محمد رضا بلمختار، مرجع مسبق ذكره

⁽³⁾ نفس المرجع، ص107

⁽⁴⁾ نفس المرجع،ص.325- 329

❖ المنظومة العلاجية ليس متجانسة كما تحاول الظهور به لأنها لم تصل إلى إذابة أثر الانتماء الاجتماعي للمعالج وإلى صياغة العلاقات بين المعالجين ضمن البعد التقني على نحو يحد من أثر تدخل الاعتبارات الخارج تنظيمه الاجتماعية بل يبقى التكامل والتبعية المتبادلة بين الممارسين قائما على التشابه أكثر من الاختلاف.

❖ الفئات الاجتماعية المختلفة تصطنع أساليب معينة لتملك النسق العلاجي والإفادة من خدماته وبعضها في ذلك أكثر حظا بفعل انتماءها الاجتماعي من البعض الآخر ويعبر الاختلاف التصوري الملاحظ عند غالبية المبحوثين، المنتمين للفئات غير المتشابهة في ظروفها الاجتماعية للأطباء عن استقلالية معينة بالنسبة للعقلانية التي يحاول النسق العلاجي الظهور بها ضمنا.

تعقيب:

ميكانيزمات التفاعل بين مستعملي هياكل العلاج والمستخدمين فيه من خلال فهم المتغيرات السوسيولوجية التي تحدد درجة الاقتراب إلى العقلانية الطبية إضافة إلى المقاييس الاجتماعية التي تحدد طبيعة العمل الطبي داخل هياكل العلاج، فالهدف من هذه الدراسة كان الكشف عن الخصوصية السوسيولوجية لهياكل العلاج كتنظيم اجتماعي تطبق النموذج الغربي "نموذج عقلائي" من خلال طبيعة الأفعال والتصورات التي تنتج عن العلاقة التفاعلية بين مستعملي هياكل العلاج في إطار النسق الاجتماعي العام أي أن التحليل يقوم على العلاقة بين التنظيمات الاجتماعية "هياكل العلاج" في طابعها المؤسساتي والجماعات الاجتماعية الفاعلة فيها والتي تعكس الممارسات والقيم والقواعد الاجتماعية السائدة في المجتمع... فالصحة ما هي إلا تعبير ومظهر من مظاهر الحياة الاجتماعية.

نستنتج من خلال ما سبق أن:

❖ التكفل التقني بالحاجات الصحية من طرف هياكل العلاج يجعلها تتجاهل تقاطع هذه الحاجات مع الصور، المواقف والسلوكيات المرتبطة بنسق التمثلات "الصحة، المرض، الممارسة الطبية".

❖ رأسمال العلائقي أو ما يسمى بالمعارف الخاصة أو العلاقات الغير رسمية تمثل قاعدة لتسيير هياكل العلاج، وفي بعض الأحيان معيار اجتماعي ظاهري للاندماج في النسق الصحي.

❖ تظهر أهمية العلاقات الأسرية والاجتماعية في تسهيل اللجوء إلى هياكل العلاج والتي تظهر في صور مختلفة (تقريب مواعيد الاستشارة، توفير الدواء، اختيار هياكل لعلاج، اجراء الاختبارات).

❖ وجود نظام تمايزي في الحصول على العلاج يتعدى التمايز العلائقي مع المعالجين والانتماء إلى فئة اجتماعية معينة ليشمل نوعية السيرورة العلاجية داخل الفضاء الطبي، نظرا لطول مدة

العلاج وهنا تتفاعل مجموعة من المعطيات (القرب الجغرافي، وجود الزيارات، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي، طبيعة العلاقات الأسرية الخلفية الاجتماعية).

خاتمة:

أهمية التركيز على دراسة الصحة والمرض في مختلف شبكات الحياة الاجتماعية إضافة الى البعد المؤسساتي كفيل بتحسين مستوى الصحة في المجتمع الجزائري كمؤشر أساسي في تحقيق التنمية المستدامة فبدل التركيز على تقريب المريض من العقلانية الطبية تسعى الدراسات السوسولوجية إلى تبيان أهمية الاقتراب من تصورات المرضى وواقعهم.

كما تظهر القراءة السوسيو-تاريخية أن وجود نظام تمايزي في الحصول على العلاج، يتعدى التمايز العلائقي مع المعالجين والانتماء إلى فئة اجتماعية معينة ليشمل نوعية السيرة العلاجية داخل الفضاء الطبي، وهنا تتفاعل مجموعة من المعطيات (القرب الجغرافي، وجود الزيارات، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي، طبيعة العلاقات الأسرية الخلفية الاجتماعية).

وفي الأخير نشير إلى أن هذه الملاحظات مجتمعة تظهر أهمية الدراسات السوسولوجية داخل إطار الفضاء الطبي وهذا لثراء هذا المجال وذلك من خلال فهم طبيعة مختلف العلاقات القائمة داخل هذا الإطار بأبعادها المختلفة (العلاقة طبيب-مريض، العلاقة ممرض-مريض، العلاقة طبيب -ممرض، العلاقة مريض- مريض، العلاقة أسرة- معالج العلاقة أسرة مريض)، إضافة إلى دراسة البعد السوسولوجي لسيرة العلاجية حسب طبيعة المرض مع أهمية الدراسة السوسيوأنثروبولوجية بمختلف التصورات التي تسير الصحة، المرض وهياكل العلاج...

قائمة المراجع:

- 1-Adam (philipe) herzlich (claudine), **sociologie de la maladie et de la médecine**, paris, Nathan, coll, sociologie 128 , 1994.,
- 2-EMILE (Levy), et all, **Evaluer le cout de la maladie**, Paris, Dunod, 1977.
- 3-BOUZIDA (Abderrahmane) , **le projet social**, Alger, O . P. U., 1991.
- 4- **géographie et santé en Algérie**, alger, opu, 1992.
- 5-TURIN,(Yvonne), **Affrontements culturels dans l'algérie coloniale, Ecoles, Médecines, Religion, 1830-1880**, alger, E.N.A.L., 1983

6-Azougli (smail), (système de santé en algérie perceptions de l'institution médicale dans deux quartiers d'alger), thèse de doctorat 3ème cycle en sociologie, paris, E .H.E.S.S.1988.

7-amir (mohamed), contribution à l'étude de l'histoire de la santé en algérie, alger, opu,1986.

-THEBAUD (Anne),(**Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire 8 en Algérie : réflexion théorique à partir d'un cas concret**),Cahiers de sociologie et de démographie médicales, XVILL ,année,n°4,octobre – .décombre,1977

9-Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire ,**deuxième plan quinquennale 1985-1989, rapport général**, Janvier, 1985.

10-OUFRIHA (Fatima-Zohra),(**médecine gratuite, forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'état sociale providence en Algérie**), In : les cahiers du C.R.E.A.D ,Alger O.P.U.,n°22,2^{ème} trimestre 1990.

11- CHOUGRANI (Saada),(**la contractualisation et l'information ;défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs des soins en Algérie**).Insaniyat : n°69,septembre- décembre 1998, p. 143-161.

12- El, Moudjahid, **projet de révision constitutionnelle**, février 1989.

13- MEBTOUL,(Mohamed),(**familles et enfants face à l'activité de soins en Algérie**),Paris : I.N.S.E.R.M.,sans date.

3-محمد رضا بالمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، معهد علم الاجتماع، 1991.

4- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، **حماية الصحة ترقيتها**، 16 فيفري 1985.

عياش وهوا: **التنمية الصحية توزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث** (دراسة حالة الجزائر بين سنتي 1830-1990) رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب جامعة الاسكندرية