المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

نجاعة المخطط التلقيحي الوطني الجزائري في ضمان الحق في الصحة في الفترة الممتدة من 2019 إلى2022

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر في العلوم السياسية

تخصص: سياسات عامة و نظم سياسية مقارنة

إعداد الطالبة : **إشراف الأستاذ :**

أرزقي صونيا **مغراوي لقمان**

لجنة المناقشة :

- الدكتورة نجوى بوزورين
- الدكتورة لعجاني غنية

السنة الدراسية : 2021-2022

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

قال الله تعالى:

{وَلَقَدْ آتَيْنا داوُدَ وَسُلَيْمانَ عِلْمًا وَقالا الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي فَضَّلَنا عَلى كَثِيرٍ مِنْ عِبادِهِ الْمُؤْمِنِينَ }

سورة النّمل الآية –15 –

{أَمَّنْ هُوَ قَانِتٌ آنَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الآخِرَةَ وَيَرْجُو رَحْمَةَ رَبِّهِ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُواْ الأَلْبَابِ}

سورة الزمر –9–

صدق الله العظيم

إهداء

إلى أمي وأبي وأخواتي الحبيبات.

إلى جدّي و جدّتي تغمّدهما الله برحمته الواسعة و أسكنهما فسيح الجنان.

إلى عائلة أمي و أبي التي أسأل الله أن يديم بيننا روابط المحبّة و التآزر.

إلى كلّ زملائي و زميلاتي في المدرسة مع تمنياتي لكم بالنجاح في الحياة الدراسية و المهنية.

شكر و تقدير

أحمد الله عزّ وجل على توفيقي في إنجاز هذا العمل و أشكر والدايا العزيزان على دعمهما.

- *كلّ شكري و إمتناني للأستاذ المشرف على هذه المذكّرة، الأستاذ **مغراوي لقمان**، أشكرك أستاذي على توجيهاتك وسعيك في جعل العمل على أكمل وجه.*
- *أشكر كل الأعضاء المناقشين لعملي على مجهوداتهم في تصحيح العمل.*
- *شكرا لكل من ساهم في الإثراء المعرفي لمذكرتي وأفادني بمعارفه.*

مقدّمة

مقدمة:

يعتبر الحقّ في الصّحة أحد أهمّ الإلتزامات التي تقع مسؤولية ضمانها على عاتق الدّولة، بتقديم رعاية صحيّة شاملة، وإرساء كافة المقوّمات الأساسية للصّحة، ذلك يتحقّق بالإعتماد على عدّة آليات، شريطة أن تكون متماشية مع معطيات المجتمع ومتطلباته. ففي الظروف العادية يكون التمتّع بالحقّ الصحيّ سهل حتّى وإن كانت الشّروط المتوفّر بها متدنية عن المطلوب، لكن في حالة ظهور أزمة في الدّولة، هنا يكون الخلل، ويصبح الحقّ في الصّحة متاح لمن استطاع، خاصة إن كانت هذه الأخيرة تفرض واقع جديد يصعب التّأقلم معه.

يُدرَج الحقّ الصحي في نفس الأفق مع الحقوق التي أعلنتها المنظّمة العالمية للصّحة ضرورية للعيش. فالفقرة الأولى من المادة 15 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكّد بأن:

" لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية".

هنا يمكن إستنتاج أنّه من متطلبات العيش الكريم وجود رعاية صحيّة جيّدة تُميّزها إمكانية التعامل مع الأزمات وقادرة على التصدّي للمشاكل التي قد تواجهها.

وفي حال حلول أزمة فعلا، تعهد غالبية دول العالم إلى اللجوء للتجارب السابقة، سواء خصتها هي أو كانت لغيرها، لكن الداعي لتبني سبيل مغاير قد يكون أن خصائص تلك الأزمة تفرض نمط حياة جديد. وبالفعل هذا ما اصطدمت به الدول المتقدمة كواقع، عندما وجدت نفسها بين ليلة وضحاها في صراع مع داء لا دواء له، فيروس لا يُرى بالعين المجردة نجح في الإطاحة بدول عظمى، بإقتصاداتها، بهياكلها، بمطاراتها ناهيك عن الأرواح المهدورة التي قارب عددها حدود الستة مليون شخص، ونحن اليوم في العام الثاني من ظهور الفيروس ولا يزال آخذا لمنحى تصاعدي.

فالوميض الأول الذي دقّ ناقوس الخطر وتمّ به إدراك وجود أزمة حقيقية بالإمكان اختصاره في طريقة التفشّي التي فشلت معظم التدابير في الحدّ منها، فسعت العديد من الدول لإحتواء هذا الفيروس، حيث إرتأت أنّ إيجاد اللقاح المناسب هو بمثابة الحل الوحيد لتلافي الوباء، وعملت على تركيز كل الجهود بغية التوصل إليه. وحقيقةً تمكنت مجموعة من الدول على غرار إنجلترا، روسيا، الصين من تصنيع اللقاح، لكن المشكل الذي يتولد هنا هو عدم القدرة على التأكد من نجاعة اللقاحات المصنعة نظرا لضيق الوقت.

كان هذا مقتصرا على الدول الكبرى، أما الحديث عن دول العالم الثالث قد يستلزم أخذ معطياتها الإقتصادية والإجتماعية والثقافية بعين الإعتبار كون معظمها تعاني من ثغرات بنيوية قد تزيد الأزمة حدة، سواء تعلق الوضع بالنظام السياسي أو بالقطاع الإقتصادي، فهي غير قادرة حتى على التعامل مع الأزمات ذات الطابع الكلاسيكي، فكيف لها التصدي لأزمة عجزت حتى الدول الكبرى عن إحتوائها؟ والجزائر تدرج ضمن هذه الدول، فعند ظهور الفيروس في الصّين تم التعامل مع الوضع على أنه شيء مستحيل الحدوث أن يصل مداه للحدود الجزائرية، بالأخذ بعين الإعتبار المسافة الفاصلة بين الجزائر والبؤرة الأولى للفيروس_ يوهان _، إلا أنّ الوضع بدأ يأخذ منحى الجديّة مع مرور الوقت، فعند النظر للفترة الوجيزة التي إجتاح فيها الفيروس العالم، تضمحِل كل الآمال النافية لإقتحام الفيروس للقارة الإفريقية، ليصل الفيروس للجزائر ويخلق تحديا لدى صنّاع القرار، الذين عملوا منذ دخوله على محاولة التعامل معه بما يقلص حجم الخسائر، وبالرجوع للصيرورة التي عرفها القطاع الصّحي في الجزائر وكفاءته على أرض الواقع يمكن تقصّي أن هذا الفيروس سيكون عبئا كبيرا عليه.

فأهم الإجراءات المطبقة إضافة لإجراءات أخرى ثانوية، بدأا من سنة 2021، كان إعتماد مخطط وطني للتلقيح يساهم في التّحسين من الأوضاع الصّحية الحرجة التي أوصلت إليها الأزمة ويضمن الحق الصحي للمواطنين، فتطبيق مخطّط للتلقيح يعني وجود دراسات وإحتمالات وإستشرافات، وأنه مرتبط بوضعية صحيّة أدّت إلى حتمية تطبيقه، والذي عرف ردود فعل مختلفة، من مؤيد ومعارض ومشكك في الأوضاع، لكلّ منهم بيئة إجتماعية وثقافية إنبثق منها تؤثّر فيه وتوجّه طريقة تفكيره.

أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية الرئيسية لهذه الدّراسة في كون الموضوع محلّ الدراسة يشغل إهتمام العديد من الفئات، فهي دراسة تمرّ بأهمّ المراحل التي عرفتها الصحة في الجزائر، وكذا مجموعة الأطر والقوانين التي تنظّم القطاع في الدّولة، انتقالا للمخطّط التّلقيحي الذي يمثّل محور الدّراسة الأساسي، بحيث يشكّل أحد العناصر الرّئيسية التي تتحددّ على إثرها مدى كفاءة المنظومة الصحية في التّعامل مع متطلّبات مواطنيها، وتُستخلص هذه الأهمية في شقّين:

- الأهمية العلمية:

تتجلى الأهمية العلمية لهذا البحث في إسهامه في إثراء المعارف المرتبطة بقطاع الصّحة في الجزائر، وبكلّ ما يتعلّق بالواقع التّلقيحي. تسعى كذلك هذه الدّراسة إلى إضافة معارف جديدة مرتبطة بالوضعية الوبائية في الجزائر، خصوصا البرامج التّي إعتمدتها الدّولة خلال جائحة كورونا، وكيف تجاوب القطاع الصحّي مع الوضع الذّي أحاطت به الخصوصية الأزموية. وفيما يتعلّق بما سيضيفه هذا البحث للعلم، فهو يعمل على تقديم التفسيرات والإحصائيات والمعلومات التّي ستسهّل على الباحثين توسيع دائرة مكتسباتهم حول المخطّط التلقيحي في الجزائر، والتوصّل إلى ما إذا كان الحقّ الصحّي في الجزائر مكفولا فعلا خلال فترة 2019 -2022 أم لا.

- الأهمية العملية:

بإعتبار أن الموضوع يمثل مركز إهتمام الكثير من القطاعات في الجزائر، ولكونه إحدى الرّكائز المهمّة في الدّولة، فهي تعتبر إحدى الميادين التي تعكس مدى قدرة النّظام على توفير المطالب الأساسية للمواطنين. فهذه الدّراسة سوف تُمهّد الطّريق أمام العديد من الباحثين للإنطلاق في دراسات أخرى متفرّعة عنها، وأيضا بإمكانها أن تساهم في منح معطيات وإستنتاجات قد يكون بالمستطاع إعتمادها وتوظيفها مستقبلا في الأعمال البحثية.

أهداف الدّراسة:

أهداف علمية:

- إستنتاج ما تمّ تحقيقه بالمخطّط التّلقيحي المُطبّق خلال أزمة كورونا في الجزائر.
- معرفة مدى قدرة القطاع الصّحي في الجزائر على التّصدي للأزمات.
- التوصّل لأسباب تعارض التوجهات المجتمعية حول المخطّط التّلقيحي.

أهداف عملية:

- معرفة مختلف العراقيل التي تعطّل من السّير الحسن للمخطّط التّلقيحي في الجزائر.
- العمل على إيجاد سبل جديدة تعود بنتائج أكبر إيجابية.
- الشروع في فتح المجال أمام صانع السياسة العامة الصحية لبناء خطط عقلانية حيال الوباء.

أسباب إختيار الموضوع:

- **الأسباب الموضوعية:**

من أبرز الأسباب الموضوعية التي قادت الباحثة لإختيار هذا الموضوع هو عدم وجود دراسات سابقة متعمّقة في الموضوع وشاملة لكافة جوانبه خصوصا على مستوى صفوف الماستر، فمنذ بداية الفيروس تركزت الدراسات حول الفيروس ذاته فقط، بينما لم تكن هناك دراسة حول المخطط التلقيحي الوطني المطبّق لإحتواء الفيروس، ومدى قدرته على ضمان الحقّ الصّحي للمواطن.

- **الأسباب الذاتية:**

السبب الشخصي وراء إختيار هذا الموضوع هو إهتمام للباحثة بكل ما هو مرتبط بالمجال الصّحي ورغبتها الدائمة في التعمق فيه كميدان، والسّعي للتوصّل لكيفية تعامل المنظومة الصحيّة الجزائرية مع الأزمات الصحية، مع العمل على معرفة أبرز النتّائج التّي قاد إليها المخطّط التّلقيحي الذّي اعتمدته الدّولة خلال أزمة كورونا.

الدراسات السابقة:

عند إختيار موضوع المخطّط التّلقيحي في الجزائر كان المسعى من ذلك هو دراسة موضوع لم يكن محطّ أنظار من قبل، حيث يعتبر البحث في هذا الموضوع بشكل عام شحيحا مقارنة بغيره من الموضوعات الصّحية، والذي يميّز هذه الدراسة عن باقي الدراسات هو كون موضوعها يتناول دراسة المخطّط التلقيحي بربطه بالأزمة وبمعيار الفعالية، منطلقا في ذلك من معطيات وإحصائيات مستمدّة من أرض الواقع وليست دراسة نظرية بحثة. إذ أن البحوث الذي تناولت مخطط التلقيح في الجزائر هي جد قليلة إن لم نقل منعدمة، وحتى تلك الفئة القليلة منها لم تتطرّق للمخطّط التلقيحي في الجزائر في جانبه التّطبيقي وفي الطرّيقة التي طُبِّق بها، ومن أبرز هذه الدّراسات:

- **الدراسة الأولى:**

كتاب الدّكتور تلعيش خالد الموسوم ب "**إستراتيجية القيادات في صنع القرارات وإدارة الأزمات مع التطبيق على الحالة الجزائرية: الحراك الشعبي 2019 /جائحة كورونا (كوفيد -19)**"، وهو كتاب قائم على موضوع إستراتيجيات التّعامل مع الأزمات كموضوع رئيسي ثمّ تفرّع إلى حالتين تطبيقيتين في الجزائر، هما الحراك الشعبي الوطني وأزمة كورونا. وفيهما تمّ التّركيز على الإجراءات المختلفة التي اعتُمِدت لحلّهما.

- **الدراسة الثانية:**

أطروحة دكتوراه للطالبة إيمان العباسي بعنوان "**واقع الخدمات الصحيّة في الجزائر-دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص 2001-2017**"، والتي تمّت مناقشتها في سنة 2020، كان موضوعها يدور حول واقع الصّحة والخدمات الصحيّة والسياسة العامة الصحيّة في الجزائر والإطار القانوني والتنظيمي لها، في إطار دراسة مقارنة، مع وجود دراسة ميدانية لولاية عنابة.

- **الدراسة الثالثة:**

مقال لكل من بن عياد جليلة وحباني كمال، تحت عنوان "**حماية الصحة العمومية في الجزائر خلال جائحة فيروس كورونا (COVID-19)**"، تم فيه التركيز على أهمية الصّحة العمومية ووجوب حمايتها مع الدعوة إلى ضرورة إعلان

حالة الطوارئ التي تندرج ضمنها عدة تدابير صحية فرضتها منظمة الصحة العالمية.

- **الدراسة الرابعة:**

مقال لنعيم بوعموشة، الموسوم "**فيروس كورونا (كوفيد 19) في الجزائر – دراسة تحليلية–**"، حيث كان الجزء الأول للمقال متمحور حول أهم الفيروسات التي عرفتها المجتمعات عبر التاريخ، ليتم بعدها ذكر أهم المعطيات المرتبطة بالفيروس (طرق الإنتشار الأعراض، الوقاية)، ثم تم التركيز على المسار الزمني لإنتشار الفيروس في الجزائر، إضافة للتطرّق لوضع القطاع الصّحي في الجزائر، وكيف تم التعامل مع الفيروس.

إشكالية الدراسة:

يشكل ميدان السياسات العامة أحد أهم الميادين التّي تنفّذ الدّولة عبرها برامجها ومخطّطاتها، والتي يُشترط فيها أن تتضمّن أهم مطالب وحاجيات المجتمع، وفي حالة حدوث خلل تقوم الدّولة بمراعاته وصياغة خططا متماشية معه. وهذا ما سعت للقيام به عندما وجدت الدّولة نفسها في مواجهة مع فيروس كورونا، حيث عملت منظومتها الصّحية على صياغة مخطّط وطني للتّلقيح هادف لضمان الحقّ الصحّي للمواطنين، وهنا نخلص إلى طرح الإشكالية التالية:

- **إلى أي مدى أثبت المخطط التلقيحي في الجزائر نجاعته في ضمان الحق الصّحي للمواطنين خلال الفترة الممتدّة من سنة 2019 إلى سنة 2022؟**

الأسئلة الفرعية:

- هل تمكّن القطاع الصّحي في الجزائر بمختلف هياكله وقوانينه من التّعامل مع أزمة كورونا؟
- ما هو الواقع والنِّتاج الذي قاد إليه المخطّط التلقيحي في الجزائر؟
- كيف تمّ التصدّي لأزمة كورونا بالمخطّط التلقيحي المعتمد في الجزائر ومدى تجاوب أفراد المجتمع معه؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

بالنّظر للمعطيات الموجودة على أرض الواقع والتّي عرفت ظروف إستثنائية، ميّزها الطّابع الأزموي، يمكن تقصّي أن المخطّط التّلقيحي لم يثبت إلى درجة كبيرة نجاعته في ضمان الحق الصّحي للمواطنين.

الفرضيات الثانوية:

- **الفرضية الأولى:** الجزائر لا تزال بحاجة لإصلاحات هيكيلة في منظومتها الصّحية.
- **الفرضية الثانية:** يعتبر المخطّط التّلقيحي أحد أهم الإجراءات التي يمكن أن تواجه بها الجزائر أزماتها الصّحية ذات الطابع الوبائي.
- **الفرضية الثالثة:** المخطّط التلقيحي المُتبع في الجزائر خلال أزمة كورونا عمل على ضمان الحق في الصحة للمواطنين، لكّن المعطيات الزّمنية والمجتمعية أعاقت ذلك.

مجالات الدراسة:

- **الإطار الزماني:**

يتحدد الإطار الزماني لهذه الدراسة بدءا من سنة 2019 إلى غاية سنة 2022، مع الأخذ بعين الإعتبار السّياق الزّمني الذي سبق ظهوره.

- **الإطار المكاني:**

تمحورت الدراسة حول دراسة المخطط التلقيحي في الجزائر.

- **الإطار الموضوعي:**

يقتصر الإطار الموضوعي للدراسة حول جائحة كورونا، القطاع الصحي في الجزائر، الإجراءات المطبقة للتصدي لفيروس كورونا، المخطط التلقيحي الوطني، تجاوب المجتمع الجزائري مع المخطط التلقيحي، وفعالية هذا المخطّط.

منهجية الدّراسة:

أ) مناهج الدّراسة:

يعتبر المنهج أحد أهم الأساليب والوسائل التي يتم الإعتماد عليها في تحليل الأفكار وتنظيمها لغرض التعرف أكثر على الظواهر محل الدراسة والتوصل للكشف عن الحقائق الفعلية التي ترتبط بها الدراسة، وفي هذه الدراسة سنعتمد على:

- **المنهج الإحصائي:**

يُعرف المنهج الإحصائي بأنّه طريقة للبحث تعتمد بالدّرجة الأولى على الطّرق الرياضية في تحليل البيانات وإعطاء تفسيرات منطقية لها، فهو قائم على العديد من النّماذج الرّقمية والكمية، وهو منهج يستخدم كثيرا في الدّراسات الإجتماعية لغاية تفسير الظاهرة وإعطائها مزيدا من الدّقة والمصداقية.

- **منهج دراسة الحالة:**

هو منهج على خلاف غيره من المناهج يعمل على إختيار حالة أو ظاهرة معينة للدّراسة، يتعمّق في تفاصيلها ويهتمّ بكافة جوانبها، ويقوم الباحث بالإعتماد عليه إذا كان راغبا في دراسة بيئة ما، إجتماعية، ثقافية ...، الأساس في ذلك أنها تخصّ عيّنة محدّدة.

- **المنهج التّاريخي:**

هو عبارة عن الطّريق الذّي يسلكه الباحث في جمع المعلومات والأحداث الماضية لغرض سردها وفحصها وتحليلها، وأهميتها لا تقتصر في المساعدة على فهم مجريات الماضي فحسب، وإنّما تساعد أيضا على تفسير الأحداث والمشاكل الحالية. وهو منهج لا يمكن للباحث في العلوم الإجتماعية الإستغناء عنه إلّا في حالات نادرة، لأن الظّواهر الإجتماعية ما هي إلّا نتاج لأحداث سابقة.

- **منهج تحليل المضمون:**

بالنّظر لطبيعة الموضوع المتناول في الدّراسة يمكن إستنتاج أنّ البحث فيه بحاجة للرجوع للوثائق القانونية والمعاهدات الدّولية والخطابات الرّسمية وتحليل مضامينها.

ب) أدوات البحث:

لغرض التوصّل لنتائج أكثر دقّة ومصداقية تمّ الإعتماد على:

- **الإستبيان:**

وهو سلسلة من الأسئلة التي يقوم الباحث بصياغتها، بعدها يختار عيّنة، ثمّ يقوم بإشراك آراء هذه العيّنة في الإستبيان. الهدف منه هو التوصل لمعرفة آراء وإنطباعات مختلف الأطياف في المجتمع، أو مجموعة وطبقة معيّنة، هذا مرتبط بطبيعة العيّنة المختارة. وفي هذا البحث وقع الإختيار على أن تكون العيّنة عشوائية، والسبّب وراء ذلك هو أنّ الدّراسة تهدف لجمع آراء أطياف مختلفة في المجتمع للحصول على آراء متعدّدة، شاملة للأكاديميين والأميّين والعمال والمتقاعدين.

صعوبات البحث:

أبرز الصّعوبات التي تمّت مواجهتها في دراسة هذا الموضوع تمحورت حول:

– العدد القليل للمراجع التّي تناولت المخطّط التّلقيحي في الجزائر في ظلّ أزمة كورونا، لكونه موضوعا حديثا لم يخضع للكثير من الدّراسات.

- صعوبة الحصول على موافقة من المسؤولين للقيام بالمقابلات.
- رفض المؤسّسات المسؤولة عن المخطّطات التّلقيحية في الجزائر تقديم إحصائيات ومعطيات مرتبطة بفيروس كورونا.
- رفض استقبال الطّلبة من قبل المسؤولين في الوزارة المعنية.

الفصل التمهيدي

مفهوم الحقّ في الصّحة

خطّة الفصل التّمهيدي:

المبحث الأول: ماهية الحق في الصّحة

المبحث الثاني: معاهدات الحقّ في الصّحة واستراتيجيات تعزيزه

المبحث الثالث: الحقّ في الصّحة في الجزائر

تمهيد:

يدرج الحقّ في الصّحة إلى جانب أهم الحقوق التي صرّح بها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، إذ تلتزم كل دولة بحماية الصّحة العمومية لمواطنيها وتمكينهم من الحصول على رعاية صحيّة جيّدة في ظل منظومة صحيّة قائمة على معيار الكفاءة والفعالية، خاصة فيما إرتبط بطبيعة الخدمات المُسداة إلى المواطنين، حيث أصبح يعتبر الحقّ في الصّحة أمرا بديهيا، خاصة في ظلّ تنامي واتساع الدّائرة الحقوقية على المستوى الدّولي، فالدّول المتقدّمة تجاوزت الحديث عن هذه الحقوق الكلاسيكية أو ربّما أعطتها معنى آخرا، بينما في الدّول النامية لا يزال الإشكال قائما، ولا يزال الحقّ في الصّحة غير مكفولا للجميع. والحديث عن هذا الحقّ في الجزائر لا يستثني وجود الجهود الرّامية لضمانه، لكنّ تتبقّى معرفة هل هي كافية وملائمة للوضعية الصحّية فعلا أم لا.

المبحث الأوّل: ماهية الحق في الصّحة

تختلف تعريفات هذا النّوع من المصطلحات من مفكّر لآخر ومن مدرسة لأخرى، لكن الأمر الذي يجمعون عليه كلّهم، أنّ الحقّ في الصّحة يعتبر من بين أهم الحقوق التي يجب أن يتمتّع بها الإنسان، وواجب على الدّولة أن تضمن له ذلك.

المطلب الأوّل: مفهوم الصّحة

- **لغة:** هي عكس المرض، والمراد بها هو ذهاب السّقم (المرض)، وهي السّلامة الجسدية والنّفسية والعقلية من الأمراض.
- **إصطلاحا:** هي عدم وجود آلام في الجسم ومعافاته من الأمراض والتشوّهات وقدرته على آداء مختلف الوظائف، لكنّها لا تعني خُلُوّه من المرض والإعاقة فقط، وإنما تستوجب تكامل كافة وظائفه الجسمانية والعقلية والنفسية.[1]

المطلب الثاني:مفهوم الحقّ في الصّحة

المقصود من الحقّ في الصّحة هو القدرة على الحصول على السّلامة الجسدية والنّفسية وعلى العلاج الكافي، والحقّ في المساواة، في الرّعاية الصّحية، وفي بيئة تتلاءم[2] مع معايير الحماية الصّحية، وهذا يُعنى به كل شخص طبيعي (أفراد أصحّاء، ذوي الإحتياجات الخاصة، السّجناء...).

ترجع أول النصوص القانونية التي خصّت الصّحة إلى حقبة الثورة الصّناعي، أبرزها قانون الصّحة العامة سنة 1843م الذي تمّ سنّه لهدف امتصاص الضغوطات الإجتماعية في المملكة المتّحدة.

في تلك الفترة أدرج كذلك الدّستور المكسيكي بعض النّصوص القانونية التي تشير إلى تحمّل الدّولة مسؤولية الحفاظ على الصّحة العامة. ومع التطوّر الزمني الذي شهده العالم لم يعد يُنظر للصّحة بأنّها حالة من السّلامة وعدم وجود الأمراض، وإنما بدأت تأخذ صيغة

[1] جليلة بن عياد ، كمال حباني ، "حماية الصّحة العمومية في الجزائر خلال جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19)،" **المجلة الجزائرية للحقوق و العلوم السيّاسية** ، م.5، ع.3 (2020)، ص ص .126-144.

المجتمعية، أي أنها قضية ذات طابع عام لا شخصي، لتتأسّس بعد ذلك منظّمة الصّحة العالمية سنة 1946م، والتي قامت بصياغة مفهوم جديد للصّحة، لا يقتصر على السّلامة الجسمانية فقط وإعتبرته إنّما حالة من إكتمال السّلامة البدنية والعقلية والإجتماعية، وبإنشاء هذه المنظّمة تمّ الإعتراف لأوّل مرّة على الصّعيد الدّولي بالحقّ في الصّحة، حيث صرّح دستورها في ديباجته أنّ :

- **" التمتع بأعلى مستويات الصحة التي يمكن التوصل إليها حق من الحقوق الجوهرية لكل إنسان، يجب التمتع به دون تمييز على أساس العرق أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الظروف الإقتصادية أو الإجتماعية "[1].**

المطلب الثالث: العناصر الأساسية للحق في الصّحة

- **عامل التوفّر:**

المراد به أن يكون هناك توفّر للحدّ الأدنى من المرافق الصحية والخدماتية التي تكفل العيش الكريم للمواطنين، إضافة لمستلزمات أخرى، قد تكون أدوية أساسية أو مياه شرب آمنة ...

- **عامل الجودة:**

فأحيانا قد تكون الدّولة قادرة على توفير أساسيات الحقّ في الصّحة ولكن ليس بالشّكل اللّازم، ما يقلّل من جودة الحقّ الصّحي الذي تكرّسه، ويشمل عامل الجودة: جودة الخدمات المقدّمة، مدى كفاءة ومهارة مقدّمي الخدمة، كذلك أن تكون طبيعة الخدمات متماشية مع إيديولوجية المجتمع، فمثلا الحرص على تكثيف خدمات الطبّ التّجميلي في دولة مسلمة لا يعتبر برنامجا ناجحا(لكون التّجميل محرّم في الشّريعة الإسلامية).[2]

- **إمكانية الوصول:**

[1] Organisation Mondiale de la Santé, **constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé**, 2006, p .1.

[2] المجلس القومي لحقوق الإنسان ، التّعاون الألماني ، **كتيّب حول الحق في الصّحة**، جويلية 2018 ،ص.8.

أي أنّ الخدمات التي تقدّمها الدّولة لا يجب أن تكون محتكَرة في رقعة دون غيرها، وإنّما يجب تعميم الجهود الخدماتية على كافة المناطق خاصة النّائية، وأن يتمّ توزيعها بشكل عادل بين حسب المدن وعدد سكّانها، ففي الجزائر مثلا يمكن ملاحظة الفارق الكبير الموجود بين شمالها وجنوبها في طبيعة الخدمات الصحيّة المقدّمة، ما يجبر قاطني الجنوب على قطع مئات الكيلومترات للحصول على خدمات صحية في المستوى، ما قد يشكل إخفاق في عملية التوزيع الخدماتي في الجزائر.

المبحث الثاني: معاهدات الحقّ في الصّحة واستراتيجيات تعزيزه

تستند حقوق وحريات الأفراد على إختلافها إلى نصوص قانونية ومعاهدات دولية تؤكّد وجودها ووجوب ضمانها للأفراد، حتى يتسنّى لهم بلوغ أعلى مستويات الرّفاه والعيش الكريم، والتمتّع بأفضل رعاية صحية ممكنة فيما يخص الحقّ في الصّحة، الذي يتطلّب ضمانه إعتماد طرق واستراتيجيات تقلّل من نسب الوقوع في الخطأ وتزيد من كفاءته، مع إسهامها في توفير خدمات رعاية صحيّة في مستوى تطلّعات المواطنين.

المطلب الأوّل: إتفاقيات ومعاهدات الحق في الصّحة

إنّ توالي المعاهدات والإتفاقيات الدّولية المرتبطة بالحقّ في الصحة تثبت أنّ الدّول باتت توليه إهتمام أكبر كحقّ، وهذا يتبيّن من خلال النّصوص التالية:[1]

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في مادته 25 التي جاء فيها:

▪ **" لكلِّ شخص الحقّ في مستوى معيشة يكفي لضمان الصّحة والرفاه له ولأسرته، وخاصَّةً على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحقُّ في ما يأمن به الغوائل* في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمُّل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه"[2].**

هنا يمكن ملاحظة ظهور بوادر الإهتمام بالحقّ الصّحي للأفراد وبداية أخذه لمنحى الدّولية والقضايا العامة لا الخاصّة.

- **الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان:** حيث جاء في المّادة 11

---

[1] جامعة منيسوتا بالولايات المتّحدة الأمريكية ، دائرة الحقوق ، **دليل دائرة الحقوق (الحقّ في الصّحة)** ، 1996 ، ص.276.

* غوائل هو كل جمع غائلة وهي المصيبة والداهية والخطر والتهلكة.

[2] Nations Unies , **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme** , 2015 , P .52.

- **" لكلّ شخص الحقّ في المحافظة على صحّته عن طريق الإجراءات الصحيّة والإجتماعية التي تتعلّق بالغذاء والملبس والإسكان والرّعاية الطبيّة إلى الحدّ الذّي تسمح به الموارد العامة وموارد المجتمع".[1]**

- **الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب:** الذي إنعقد في نيروبي بكينيا سنة 1981م، تمّ إدراج في مادته السادسة عشر:
  - **" لكل شخص الحق فى التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها ".**
  - **" تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحّة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية فى حالة المرض".[2]**

في هذا الميثاق تظهر بدايات إهتمام القارة الإفريقية بالقطاع الصّحي، وبداية شيوع فكرة أنّ حماية صحّة المواطنين هو إلتزام يسقط على عاتق الدّولة وواجب عليها ضمانه لأفراد المجتمع.

ظلّ الإهتمام بالميدان الصّحي في تزايد مستمر خاصة بإنعقاد المؤتمر الدّولي للرّعاية الصّحية **آلما آتا (Déclaration d'Alma–Ata)** عام 1978م[3]، الذي كان عبارة عن تعهّدات من شتّى الدّول بتكييف أنظمتها بما يتناسب مع أسس المحافظة على الصّحة العامة وتولّيها مسؤولية تنظيم وتأطير الشؤون الصحيّة وتوفير مستلزماتها في بلدانها، كما اشتمل على مجموعة من المعايير الواجب تطبيقها.

في سنة 1981م قامت المنظمة العالمية للصّحة بإعداد خطة تحت عنوان "**الصّحة للجميع بحلول سنة 2000م**"، تضمّنت مجموعة من الأسس والبرامج الهادفة لتحقيق الحدّ الأدنى من شّروط الصّحة العامة، لكن هذه الأهداف ظلت حبر على ورق فقط ولم يتمّ

---

[1] رفيقة عيساني، **"**مقومات الحق في التمتّع بأعلى مستوى من الصّحة يمكن بلوغه في المواثيق الدّولية،**"** ، **مجلّة حقوق الإنسان و الحريات العامة** ، م.6 ، ع.3 ، (2021) ، ص ص. 259 -292.

[2] Nations Unies , **Charte Africaine Des Droits de l'Homme et des Peuples** , 1988 , p .268.

[3] جامعة منيسوتا بالولايات المتّحدة الأمريكية ، **مرجع سابق** ، ص.277.

تطبيقها، نظرا للمشاكل الإقتصادية والإجتماعية التي عرفتها هذه البلدان ومجتمعاتها، المرتبطة بالفقر واللاّعدالة والآفات الإجتماعية عامة.

إنعُقدت بعدها مجموعة من المؤتمرات والإتفاقيات، أوّلها كان في العاصمة الكندية "**أوتاوا Ottawa**"، نظّمته منظّمة الصّحة العالمية، وجاء فيه التّأكيد على أهمية كل من الأمن والصّحة والتّعليم والبيئة وأنّها على إرتباط وثيق بتحقيق إستقرار صحّي. بعده **إعلان** "**جاكارتا jakarta**" (عاصمة إندونيسيا) سنة 1997م، وهو إعلان تمّ فيه تحديد المتطلّبات الأساسية لتحقيق تصوّر جديد للصّحة أبرزها: السّلم والمسكن والتّعليم والأمن والغذاء كما أكّد هذا الإعلان على أنّ الفقر هو أحد أكبر العراقيل التي تواجهه.

هناك أيضا برنامج صادر عن "**المؤتمر الدّولي للسّكان والتنمية**" المنعقد في القاهرة سنة 1994م، الذي تمحورت أهدافه حول خدمات الصّحة الإنجابية وخفض وفيات الرّضع والحوامل.[1]

كما يستوجب أن تكون هناك علاقة تكاملية بين الحقوق، والمقصود بهذا أنّ توفير حقّ معيّن مع إستثناء باقي الحقوق لا معنى له، فمثلا ضمان الحقّ الصحّي لمن لا مأوى له لا يعني أنه سيتمتّع بحالة صحيّة جيّدة، كون حالته الإجتماعية تمنع ذلك وكون أيضا الصّحة في معناها الجوهري لا تعني السّلامة الجسمانية فقط وإنما تُحيط بالعديد من الأركان، وهذا ما أشارت إليه لجنة الأمم المتّحدة للحقوق الإقتصادية والإجتماعية:

- " **يرتبط الحقّ في الصحّة إرتباطا وثيقا بإعمال حقوق الإنسان الأخرى ويتوقف عليها، على النّحو الوارد في الشّرعة الدّولية للحقوق، بما في ذلك الحقّ في الغذاء والسّكن والعمل والتّعليم والكرامة الإنسانية والحياة وعدم التّمييز والمساواة وحظر التّعذيب والخصوصية والحصول على المعلومات وحريّة تكوين الجمعيات**

[1] جامعة منيسوتا بالولايات المتحدة الأمريكية ، **المرجع نفسه** ، ص.287 .

والتجمّع والتنقّل، كما تتناول هذه الحقوق والحريات جميع العناصر المتكاملة للحقّ في الصّحة ".[1]

المطلب الثاني: إستراتيجيات تعزيز الحقّ في الصّحة

في سبيل العمل على تّعزيز الحق في الصّحة وإعطائه أهمية أكبر ينبغي:

- توسيع وتعميم مفهومية الحقّ في الصّحة والتّوعية بأنّه ذو أولوية على باقي الحقوق مع عدم إستثناء أهميتها.
- العمل على تكثيف النصوص القانونية التي تحمي الحقّ في الصّحة مع وضع صرح رقابي يعمل على مراقبة مدى تطبيق هذه القوانين.
- تشجيع هيئات المجتمع المدني على صياغة الخطط والبرامج التي تدعم ضمان الحقوق الصحيّة للمواطنين.
- الأخذ بعين الإعتبار خلال عملية صنع القرار أو عند تبني خطط تنموية الجانب الصّحي، خاصة إن إرتبط الوضع بخطط إستثمارية قد تؤدي إلى أضرار صحية مستقبلا.

[1] عيساني ، **مرجع سابق** ، ص ص .259 -292 .

المبحث الثالث: الحقّ في الصّحة في الجزائر

يستند الحقّ في الصّحة في الجزائر على ترسانة قانونية يتمّ بموجبها تنظيم عملية الحصول عليه، وتمكين أفراد المجتمع من التمتّع بحقوقهم الصّحية، حيث يشتمل هذا الإطار القانوني على نصوص وقواعد تكفل الرّعاية الصّحية للمواطنين بما يتوافق مع إحتياجاتهم، لكن الإشكال يكمن في هل تمكّن فعلا من ضمان الحقّ الصّحي للجزائريين أم لا.

المطلب الأوّل: مواثيق الحقّ في الصّحة في الجزائر

بعد خروج الجزائر من الإستعمار الذي دام لِ 130 سنة وألحق أضرارا لا تُعدّ بكافة قطاعات الدّولة، تحوّلت لدولة منهارة، إقتصاديا إجتماعيا ثقافيا وصحيّا، فعملت في هذه الفترة على إعتماد سياسة إعادة الهيكلة.

كانت أول وثيقة ذُكر فيها الإصلاح الصّحي في الجزائر، **ميثاق طرابلس** المنعقد في ليبيا سنة 1962 م، والذي تضمّن العديد من الأهداف لإعادة بناء الدّولة الجزائرية، من أهمّ النّقاط التي تمّ إدراجها لخدمة القطاع الصّحي: وجوب تأميم الطّب والمنشآت الصّحية لضمان مجانية العلاج لجميع النّاس في أقرب الأوقات، وذلك وفقا للمبادئ التالية:

- وضع مصلحة وطنية عملها التكفّل بكل المستشفيات والمنشآت الصحيّة بوجود أطباء يعملون في أحسن الظّروف.
- تنظيم حملات لمحاربة الأوبئة والأمراض المعدية .
- العمل على تكوين أكبر قدر ممكن من الإطارات الصّحية لغرض تحقيق التّنمية[1].

هنا تجب معرفة أنّ أوّل دستور للدّولة بعد الإستقلال لم يتضمّن نصا يؤكّد مجانية العلاج بصريح العبارة، إلاّ أنّ الدولة قامت بإدراج ذلك ضمن مخططّاتها التّنموية الثلاثية،

[1] وهيبة بشرير، " نظرة تقييمية ونقدية لمؤتمر طرابلس 1962 م،" ، **مجلة تاريخ المغرب العربي** ، م.1، ع.3 (2020)، ص ص .134-147.

الممتدّة من الفترة 1967م إلى 1973م، ويتبيّن ذلك في إهتمامها الكبير بإنشاء المرافق الصحيّة وتسخيرها للمواطنين.[1]

I. ميثاق الجزائر سنة 1964 م:

تمّ التّركيز فيه على أهم البرامج والتوجّهات التي على الدّولة الجزائرية تبنّيها حتى يصبح بإستطاعتها النّهوض بالقطاع الصّحي، أبرزها جزأرة الميدان، وفي هذا هدفت إلى زيادة وتكثيف التّكوين.

هذا الميثاق هو الوثيقة الثانية بعد ميثاق طرابلس، تضمنّت الأهداف الكبرى التي ستسعى الدّولة الجزائرية لتحقيقها مثل: الوقاية، التّاميم الكّلي للطّب، التركيز على الجزأرة بإعتبارها الإنطلاقة الأساسية لإعادة بناء الدّولة[2].

II. الميثاق الوطني سنة 1976 م:

تضمّن مجموعة من النّصوص إقترحها الرّئيس هواري بومدين في تلك الفترة سعيا لإعادة إحياء قطاعات الدّولة، حيث ركّز في الجانب الصّحي على أنّ الدّولة هي المسؤولة عن التكفّل بصحّة سكّانها، أي أنّ القطاع الصحّي في الدّولة يوفّر مجانية العلاج. وللقيام بهذا عملت على إتّباع مجموعة من الخطى، أهمّها كانت توسيع الهياكل الصحيّة في الدّولة قصد توفير الحماية الصحيّة، مع العمل على تعميمها بشكل عادل عبر كافة التّراب الوطني.[3] وما عزّز من الحقّ في الصّحة في هذه الفترة هو المخطّطات التّنموية التي كانت تتبنّاها الدّولة، والتي إستهدفت إنعاش القطاع. حيث صدرت في هذه الفترة مراسيم تُلزِم التّلقيح وتنصّ على مجانيتها. كان هذا في المرسوم 69-96، إضافة للأمر 73-65 الذي

---

[1] إيمان العباسي، **واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام و القطاع الخاص** ، أطروحة دكتوراه (جامعة الجزائر3 :المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية ، 2017/2001)،ص. 59،58.

[2] بشرير ، **مرجع سابق** ، ص ص. 134- 147.

[3] نور الدين حاروش، **"**حقّ المواطن الجزائري في الصّحة...بين النصوص والواقع ،**" مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية (المركز الجامعي لتمنراست – الجـزائر)** ، م.4 ، ع.2 (01-06-2015) ، ص .122 -144.

نصّ على مجانية العلاج في قطاعات الصّحة العمومية[1]. كما أكدّ دستور 1976م على الحقّ في الصّحة في مادته 67:

- **"لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية. وهذا الحق مضمون عن طريق توفر خدمات صحية عامة ومجانية، وبتوسيع مجال الطب الوقائي، والتحسن الدّائم لظروف العيش والعمل، وكذلك عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه".**[2]

III. قانون 05-85:

في سنة 1985م صدر أول مرسوم حول الحق في الصّحة من الجريدة الرّسمية، تعلّق بالأحكام الأساسية التي يجب أن تتضمّنها المنظومة الوطنية للصّحة وكيفية ضمان الحقوق الصحيّة للمواطنين. ذُكِر هذا في مادته الأولى:

- **"يحدّد هذا القانون الأحكام الأساسية في مجال الصّحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلّقة بحماية صحّة السّكان وترقيتها"** [3]

وفي سنة 1989م تبنّت الجزائر دستورا يقضي بتحوّلا سياسيا، لكونه يقرّ بتعدديّة سّياسية ذات توجّه إقتصادي، التي لم يسبق وإن عرفتها البلاد، لكن هذا لم يحدث خللا على مستوى القطاع الصّحي، لإبقاء الدّولة على نفس الصيغة فيما تعلّق بالحقوق الصحيّة للمواطنين أي تحمّلها مسؤولية تقديم الخدمات الصحيّة.[4] إضافة لحفاظ دستور 1996م على نفس المبدأ.

IV. الميثاق الوطني 1998م:

هو ميثاق تمّ وضعه بعد إنعقاد مجموعة جلسات وطنية، تمّ فيه تناول ضرورة تكيّف المنظومة الصحيّة في الجزائر مع التّغيرات الإقتصادية والإجتماعية التي عرفتها الدولة،

---

[1] العباسي ، **مرجع سابق** ، ص. 58-59.

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشّعبية ، **دستور 1976** ، ص .26.

[3] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، **قانون رقم 85-05** المؤرخ في 16 فيفري 1985 ، المتعلّق بحماية الصّحة و ترقيتها ، الجريدة الرسمية ، العدد 44، ص.177.

[4] العباسي ، **مرجع سابق** ، ص .60.

عمل على تحديد أهم المبادئ التي يجب أن تسير عليها مُراعية في ذلك الأبعاد التنظيمية والتّمويلية، كما أضاف أنّ مجانية العلاج والعدالة الإجتماعية تمثّلان أهّم الرّكائز التي يستند عليها القطاع الصّحي في الجزائر.[1]

V. مرسوم 140/07 سنة 2007:

كانت أهم الأهداف التي جاء بها هذا المرسوم هو إعادة توجيه وبناء المنظومة الصحيّة، كان ذلك من خلال إستحداث مؤسّسات صحيّة تخدم المواطنين، إضافة إلى أنّها إستهدفت إيصال الخدمات للمناطق النائية لغرض تحقيق مساواة في التّوزيع الخدماتي، وجعل غالبية المواطنين يتمتّعون بحقوقهم الصحيّة.[2] وبعدها ورد في التعديل الدستوري لسنة 2008م في المادة 54 أنّ :

- " **الرّعاية الصحيّة حقّ للمواطنين، وتتكفّل الدّولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها**".[3]

ليتم فيما بعد تعديل هذه المادة في التّعديل الدّستوري لسنة 2016م، وإضافة للمادة 54 المذكورة أعلاه تمت إضافة العبارة التالية:

- " **تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين** ".[4]

وفي قانون الصّحة الصّادر سنة 2018م أكّدت المادة 6 و12 على حرص الدّولة على التكفّل بتأدية المهام المرتبطة بضمان الحقوق الصّحية للمواطنين:

المادة 06:

- " **تهدف المنظومة الوطنية للصّحة إلى التكفّل بإحتياجات المواطنين في مجال الصّحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرّة** ".[5]

---

[1] حاروش ، **مرجع سابق** ، ص ص. 122 – 144.
[2] العباسي ، **مرجع سابق** ، ص .61.
[3] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، **تعديل دستوري لسنة 2008**، ص.6.
[4] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشّعبية ، **تعديل دستوري سنة 2016**، ص.9.
[5] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشّعبية ، **قانون رقم 18/11** المؤرّخ في 2 جويلية 2018، المتعلّق بالصّحة ، الجريدة الرّسمية ، العدد 46 ، ص. 5.

المادة 12:

- **" تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات، عبر إنتشار القطاع العمومي لتغطية كامل التراب الوطني".[1]**

وفي المادة 11 من نفس القانون ذُكِر أنّ الدّولة عملت على إنشاء مرصد وطني للصّحة، الهدف منه هو تقديم بيانات دقيقة فيما إرتبط بالقطاع الصّحي:

المادة 11:

- **" ينشأ مرصد وطني للصّحة يكلَّف، على أساس المعطيات العلمية والوبائية والديموغرافية والإقتصادية والإجتماعية، بالمساهمة في إعداد عناصر السياسة الوطنية للصّحة وتحديد الأولويات الصّحية التي يجب أن يستفيد من برنامج للصّحة العمومية والإدلاء برأيه وتقديم توصيات حول كل المسائل المتعلّقة بمجالات الصّحة".[2]**

من هذا يمكن إستنتاج أن جهود الدولة الجزائرية لخدمة القطاع الصّحي في تحسّن، لكنه يسير بوتيرة بطيئة، وقول هذا يستند إلى التّعارض الحاصل بين ما تعرضه الدّولة من قوانين وتقارير المُكتسية لغطاء المثالية، وبين الحقيقة التّي لا يمكن إهمالها، وهو ما يُرى في الواقع من نقائص، أبرز مثال لهذا، المادة 63 من التّعديل الدّستوري لسنة 2020م أين أكّدت الدّولة تولّيها ضمان الرّعاية الصحية بقول:

- **" الرّعاية الصحية، لاسيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها "**

وهذا سبق ذكره في النّصوص الدّستورية السابقة لكن التطبيق الفعلي له لم يتناسب مع ما طُرِح في النّص. ومع هذا، لا يمكن تفادي أنّه هناك بعض التحرّكات الرّامية للتّحسين من الأوضاع.

---

[1] **المكان نفسه.**

[2] **المكان نفسه.**

المطلب الثاني: واقع الحقّ في الصّحة في الجزائر

يشكّل الحقّ في الصّحة أحد الأساسيّات التي تتولى الدّولة الجزائرية تحقيقها وضمانها لمواطنيها، والسّهر على تمكين أكبر فئة ممكنة منهم من التمتّع بها، حيث تبنّت العديد من الخطط والبرامج والإستراتيجيات لغرض تصحيح نقائص منظومتها الصّحية وسدّ إختلالاتها الرّاجعة لعدّة أسباب، قد تكن سوء تسيير، عدم كفاية المخصّصات المالية وعدّة مشاكل غيرها منعت المواطنين من الحصول على حقوقهم الصّحية كما ينبغي.

هذا لا يعني أنّ المنظومة الصّحية في الجزائر قصّرت في أداء مهامها، بالرّغم من أنّ لها دور كبير في تلك المشاكل، إلّا أنّها في المقابل قدّمت الكثير من التّسهيلات لتيسير عملية الحصول على الحقّ الصّحي، كمجانية العلاج، الحصول على الدّواء بأسعار مقنّنة، لكن ما فائدتها إذا كانت هذه التّسهيلات لا تخدم إلّا فئة قليلة، بينما الأغلبية تواجه مشاكل في الحصول على الرّعاية الصّحية.

والحديث هنا يستثني سكّان الجنوب الجزائري، لأنّ الوضع فيه أكثر فداحة مقارنة مع سكّان الشّمال، ففي الشّمال على الأقل توجد منافذ يمكن أن يتّجه إليها السّكان في حالة تدنّي الخدمات المقدّمة، كالقطاع الخاص، بينما في الصّحراء حتّى مؤسّسات القطاع العام عددها قليل جدّا، ما يجبر قاطني سكّان الصّحراء على التّنقل للعلاج.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل كان المسعى الأوّل هو توضيح المفاهيم المحيطة بالحقّ في الصّحة والصيّرورة التاريخية التي مرّ بها، وما قامت به مختلف الدّول في العالم لغرض كفل الحقّ في الصّحة للجميع، إضافة إلى أهم المبادرات التي تمّ من خلالها العمل على إرسائه، وما الطّرق المتاحة لتنفيذ هذا الحقّ وتعزيزه. كما تمّ التّركيز بالخصوص على الدّولة الجزائرية التي يدور حولها موضوع الدّراسة، وأهم المواثيق والقوانين والمراسيم التي صاغتها بداية من فترة ما بعد الإستقلال وقتنا الحالي، وكيف تعاملت الدّولة مع ضرورة ضمان الحقّ في الصّحة لكلّ المواطنين في ظل المعطيات الموجودة، والتي سيتمّ التفصيل فيها وفي إرتباطها بالقطاع الصحّي في الجزائر في الفصل القادم .

الفصل الأوّل

المنظومة الصّحية في الجزائر

خطة الفصل الأوّل:

الفصل الأول: المنظومة الصّحية في الجزائر

المبحث الأول: تطوّر المنظومة الصّحية في الجزائر

المبحث الثاني: النّصوص القانونية والهياكل المُؤطِرة للمنظومة الصّحية في الجزائر

المبحث الثالث: إختلالات المنظومة الصّحية في الجزائر

تمهيد :

إنّ الحديث عن أي قطاع من قطاعات الدّولة يستوجب تناول كافة الظروف المحيطة به والمعطيات الموجودة من حوله، بداية من النّظام السياسي والطريقة التي يسير بها، إنتقالا لمختلف الجماعات المحلية في الدولة التي تمثّل العصب الأساس المتحكّم في حسن سير قطاعاتها من عدمه. وهذا ما هو موضّح في حالة الجزائر، فمن غير المنطقي أن تكون هناك منظومة صحيّة قويّة قادرة على توفير متطلّبات أفراد مجتمعها بينما النّظام السياسي في الدّولة يعمّه الفساد، والعكس من ذلك، أي قدرة مختلف الميادين في الدّولة على أداء مهامها بالشّكل المطلوب لا يكون بشكل تلقائي، وإنّما هو راجع لسهر النظام السياسي على تحقيق ذلك. هنا يمكن القول بأنّه ليس بالإمكان نجاح أحدهما دون الآخر.

عند الحديث عن القطاع الصحّي، يجب إدراك أنّه يمثّل أحد أهم المرتكزات التي تعكس مدى كفاءة الدّولة، فعدم توفير رعاية صحيّة متناسبة مع المطالب المجتمعية يعني أنّ هناك خلل في عملية صنع السياسات العامة . فقد مرّت المنظومة الصّحية في الجزائر على الكثير من المراحل، بعضها زادتها قوة وأخرى أعاقتها وأرجعتها للخلف، لتصل لما هي عليه اليوم.

المبحث الأوّل: تطوّر المنظومة الصّحية في الجزائر

أصبحت الجزائر بعد إستقلالها دولة منهارة، غير قادرة حتّى على التّعامل مع الوضع لفداحة الدّمار الذّي اكتسح شتّى ميادينها، لتبدأ شيئا فشيئا في العمل على إعادة بناء الدّولة.

شمل هذا البناء المجال الصّحي كذلك، الذي عرف هو الآخر تدنّي حاد في نسب الرعاية الصحيّة وفي مدى توفير الحقّ في الصّحة للمواطنين، حيث كانت تتّضح بوادر عمل الدّولة في إصلاح القطاع من خلال مجموعة القوانين التّي سنّتها، والتي من شأنها تسهيل التمتّع بالحقّ الصحّي على المواطنين، لتطرأ على الميدان تغيّرات بنيوية أدت بدورها لتأسيس العديد من الهياكل المخوّلة بإدارة قطاع الصّحة.

المطلب الأوّل: مفهوم المنظومة الصحيّة

من الأمر غير السهل وضع تعريف دقيق للمنظومة الصحيّة في الوقت الحالي، ومعرفة مكوّناتها والهدف منها وأين يبدأ عملها وأين ينتهي. وبجمع كافة المعايير يمكن القول بأنها: **هيكل رسمي يخدم أفراد المجتمع الذين تتحدّد طريقة إدارتهم وتمويلهم ومجالهم بموجب قانون.** والمقصود بمجالهم هو كافة الأعمال التي تدخل ضمن إطار المنظومة ويندرج في هذا: الوقاية من الأمراض، تقديم الرّعاية الصحيّة، تحسين السلامة البيئية...أي كلّ الأعمال التي هدفها الأسمى هو تحقيق الصّحة. لكن التي يكون مسعاها خلاف الصّحة لا تكون إلى جانب هذه الأعمال حتّى وإن كانت تعود بالفائدة على القطاع الصحّي،[1] (مثلا قطاع التّعليم عندما يعطي تّربية صحية جيّدة سيساهم في تسهيل عمل القطاع الصحي). تُعرف كذلك المنظومة الصحيّة بأنّها:

- **"مجموعة المؤسّسات والمنظمات والأفراد والإجراءات التي تهدف بشكل أساسي إما إلى الحفاظ على الصّحة أو تعزيزها أو إستعادتها. تعمل هذه المنظومة على الحفاظ على الصّحة العامة عن طريق مجموعة الخدمات التي تقدّمها والتي تكون في أماكن مختلفة قد تكون المتشفيات والعيادات، أماكن العمل، المؤسّسات التعليمية ..."**[2]

كما تُعرِّف الجريدة الرسمية النظام الوطني للصّحة بأنّه :

- **"مجموعة الأنشطة والوسائل التي تهدف إلى ضمان حماية وتعزيز الصّحة العامة، وهو صُمّم من أجل التكفّل بالإحتياجات الصحيّة للسّكان بطريقة شاملة و موحّدة."**[3]

---

[1] Organisation Mondiale de la Santé , **Rapport sur la Santé dans Le Monde 2000 « pour un système de santé plus performant »** ,2000,p .5.

[2] The free online palliative care dictionary, «health care system ,» sur : **https://pallipedia.org/health-care-system/** , Consulté le(31/03/2022).

[3] قانون رقم 85-05 ، **مرجع سابق** ، ص.122.

وبالرّغم من إختلاف طريقة صياغة هذه التّعاريف إلّا أنّها تشترك كلّها في قول بأنّ المنظومة الصحية هي كلّ هيكل، مؤسّسة أو نشاط هدفه الحفاظ على الصّحة العامة وتحسينها.

I. أهداف المنظومة الصحيّة:

- **إمكانية الوصول Accessibilité:**

أي القدرة على توفير الصحّة لكافة أطياف المجتمع، بغضّ النّظر عن ثقافتهم ومستواهم وإديولوجيّتهم، الأهم هو أن تكون الصّحة مكفولة للجميع دون النّظر للفروقات بين أفراد المجتمع.

- **الجودة والإستمرارية Continuité et Qualité :**

أن تكون الخدمات المقدمة في أعلى درجة ممكنة من الجودة، والتي تتحدّد من خلال مجموعة من المعايير تتمثّل في: الجدارة (وهي تعكس مستوى أداء الخدمات)، المصداقية، الإتّساق في الأداء وفي تقديم الخدمات ...[1]، ويجب أن تكون متناسقة مع معايير الصّحة العالمية، ومستمّرة أي أنها لا تكون متاحة في أوقات معينة دون غيرها بإعتبار أنّ أفراد المجتمع بحاجة دائمة لرعاية صحية جيّدة.

- **النّجاعة Efficacité :**

أن يكون هناك تنظيم بأفضل طريقة ممكنة ممّا يسهّل إمكانية الحصول على الخدمات المتاحة وإرضاء المواطنين مع القدرة على إدارة هذه الخدمات بكفاءة، بالإضافة إلى العمل على مواكبة التطوّرات العالمية في المجال.[2]

II. مكوّنات المنظومة الصحيّة:

تنقسم أي منظومة صحيّة في العالم إلى ثلاثة طبقات أساسية، متمثّلة في:

- **الأفراد والجماعات:** أي مجموعة الفئات التّي أُنشِئت المنظومة الصحيّة خدمة

[1] بوراس نادية، بوعشة مبارك ، " تحسين الخدمات الإلكترونية بالإعتماد على معايير الجودة ،" **مجلة العلوم الإجتماعية و الإنسانية** ، م.10 ، ع.13 (30 جوان 2017)، ص ص .55-74 .

[2] Boukharouba.H , « Organisation sanitaire en Algerie , » sur : https://fmedecine.univ-setif.dz/Cours/ORGANISATION%20SANITAIRE%20EN%20ALGERIE%20imp.pdf , (01/04/2022).

لهم والتّي تعمل على ضمان حقوقهم الصحيّة.

- **المكوّن المهني والفنّي:** وهو الطّاقم السّاهر على تقديم الخدمات الصحيّة للأفراد والمتكوّن من: أطبّاء، ممرّضين، أعوان الصّحة...[1]
- **المكوّن الهيكلي:** ويشمل مجموعة المؤسّسات والهيئات العامة والخاصة التي تتولّى تنفيذ عملية تقديم الخدمات الصحيّة.[2]

III. مصادر تمويل المنظومة الصحيّة في الجزائر:

تتكفّل بتمويل المنظومة الصحيّة في الجزائر ثلاثة مصادر أساسية:

- **الدّولة:** التي تسعى إلى تحقيق العدالة الإجتماعية وترقية مستويات الوقاية والعلاج بغرض تحسين الوضع الصحّي للسّكان، إذ تتكفّل بتوفير نفقات التّشغيل والمعدّات المخصّصة سنويا لوزارة الصّحة، كما تولت القيام بالعديد من الإستثمارات المرتبطة بإعادة بناء مؤسّسات الصحة العامة.
- **مؤسّسات الضمان الإجتماعي:** التي تعمل من خلال مختلف مؤسّساتها (CNAS CASNOS ...) إلى الحدّ من عدم الإستقرار وغياب العدالة، وهي تتكفّل بتسديد تكاليف الأدوية بنسب متفاوتة، وأيضا رعاية المرضى المنقولين للخارج.
- **الأسر:** التي تساهم بنسبة كبيرة في تمويل النّفقات الصحيّة وذلك بدفع تكاليف الرّعاية الصحيّة التي تتلقّاها.

ونسب كلّ منهما تتفاوت من نظام لآخر أو حسب طبيعة الوضع الإقتصادي في الدّولة، ففي فترة السبعينيات كانت نسبة نفقات الضّمان الإجتماعي في مجموع نفقات الصّحة ضئيلة بما يقارب 23%، في مقابل إرتفاع حصّة نفقات الدّولة

بينما في الثمانينات تراجعت حصّة الدّولة في التّأمين على حساب الضّمان الإجتماعي، نظرا لتحسّن الظروف الإقتصادية في تلك الفترة، حيث أصبحت تُغطي ما

---

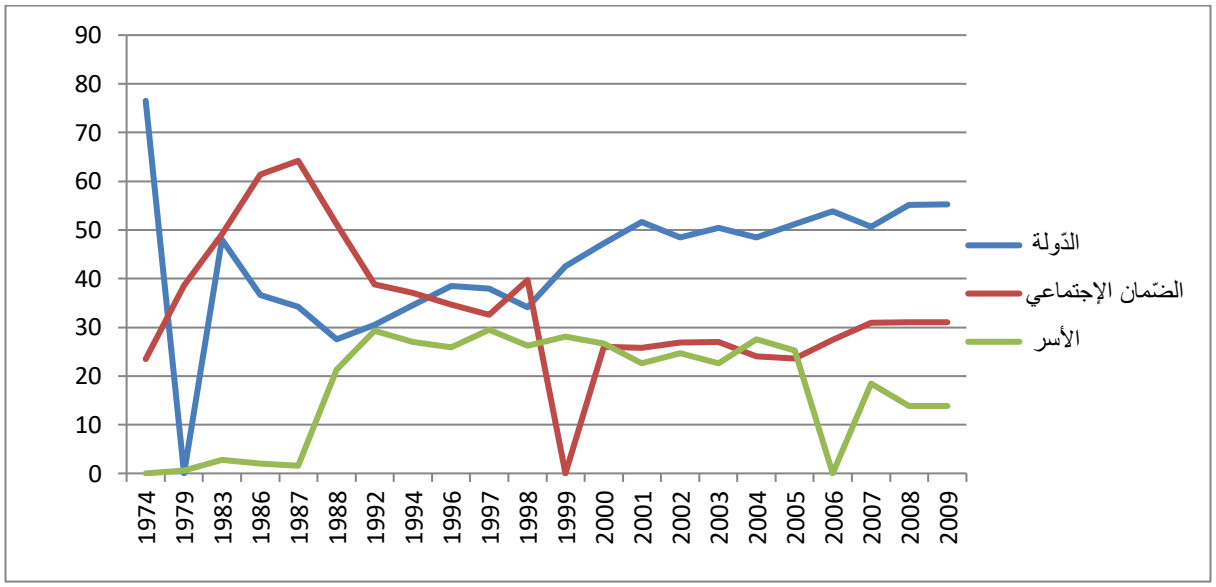
[1] حريز أسماء، "محاضرة بعنوان: تعريف النّظام الصّحي و مراحل تطوّره،" في : https://elearn.univ-oran2.dz/course/view.php?id=4234، تاريخ الإطلاع: 08-04-2022 .

[2] **المكان نفسه .**

نسبته 76.5%،[1] لكن بعد 1986م دخلت الجزائر في أزمة إقتصادية ممّا أدى إلى تراجع نفقاتها، واستمر تمويل هذا المجال قائم على الضّمان الإجتماعي لغاية سنة 2000 م، أين بدأت الدّولة بإستعادة مكانتها والمداخيل بدأت تتزايد، وبالتالي إرتفاع الميزانية.

في هذه الأزمة إعتمد أيضا تمويل هذا القطاع على الأسر، فبينما كانت الدّولة توفّر الطبّ المجاني في سنة 1974م، بدأت تنسحب تدريجيا عن التّسهيلات الإجتماعية على حساب الأسر لتبلغ نسبة مساهمتهم في التمويل سنة 1999م 29,49%.[2] لكن بعد فترة 2000م بدأت نفقات الدّولة تتقلّص ما أدّى لزيادات في نسبة مساهمتها في التّمويل.

الشكل رقم 01 : تطوّر مصادر تمويل القطاع الصّحي في الجزائر من سنة 1974 إلى سنة 2009 بالنّسبة المئوية :



المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على:

[1] مفيدة فرطاقي ، **النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظلّ التحوّل الصحّي الجاري** ، ملتقى علمي ، كلية العلوم الإقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، جامعة 8 ماي 1945 م قالمة، 10-04/11/ 2018 ، ص.3.

[2] فرطاقي، **المرجع نفسه**، ص.4.

kebailli rebiha, youcef bouzid, **le système de santé en Algérie: Réformes et Perspectives**, mémoire de master (université de mouloud mammeri de tizi ouzou, faculté de scienses économiques commerciales et des sciences de gestion , 2016) ,p 37 .

استنادا إلى المنحنى أعلاه يمكن إستنتاج أنّ حصّة كلّ من الدّولة والضّمان الإجتماعي والأسر تتفاوت حسب الوضع الإقتصادي للدّولة، فإذا كانت هناك أزمة إقتصادية تكون حصّة مشاركة الدّولة في التّمويل متدنّية مقارنة مع الضّمان الإجتماعي والأسر، بينما عندما يكون هناك نموّ إقتصادي تتراجع حصّة الأسر والضّمان الإجتماعي على حساب الدّولة، وأبرز مثال لذلك هو التّزايد الكبير في حصّة تمويل الضّمان الإجتماعي والأسر في مقابل إنخفاض نسب مشاركة الدّولة، وزيادة حصّتها في التّمويل بعد خروجها من الأزمة النّفطية التي عرفتها الجزائر بداية من سنة 1986م.

وعند الحديث عن الميزانية يجب القول بأنّها تمثّل إحدى محدّدات جودة الخدمات من عدمها، حيث أوصت المنظّمة العالمية للصّحة أن تكون الحصّة المخصّصة للصّحة من إجمالي الميزانية في حدود 12%، أو ما يزيد عنها، بينما في الجزائر لم يسبق وأن تعدّت نسبة 9%، لكن هذا لا ينفي أنّ نفقاتها الصحيّة في تزايد مستمر. ففي سنة 1976م كان مقدارها 1852 مليار دينار، بينما في سنة 1988 م بلغت 19.822 مليار دينار، وفي سنة 2010م قُدِّر ب 227.859 مليار دينار ليصل مبلغ 392 مليار دينار سنة 2018م.[1]

[1] Lakrouf Ali , Baghaza Adel , « **Réflexions sur le système de santé en Algérie Approche sociodémographique et épidémique**», Revue des sciences sociales , v.5 , N.1 (02-06-2019) p p.23-40.

المطلب الثاني: تطوّر المنظومة الصّحية في الجزائر

مرّت المنظومة الصحيّة في الجزائر على عديد المراحل، ميّزت كلّ من هذه الفترات خصوصيات معيّنة تتخلّلها إنجازات وإخفاقات، وهي تصنّف كالتالي:

- **فترة التّمويل المختلط (1962م – 1974 م):**

في هذه المرحلة كانت الجزائر قد عرفت نقص وعدم تلاءم مع الإحتياجات السّكانية، كما انتشرت الكثير من الأمراض المرتبطة بنقص التّغذية وغياب عوامل النّظافة، وكان الشّعب يعاني من الحرمان والفقر وتردّي الأوضاع المعيشية بسبب غياب التّغطية الصحيّة، فكان عدد سكّان الدّولة في تلك الفترة يبلغ حوالي 10 مليون نسمة بينما عدد الأطباء لم يكن يتجاوز 300 طبيب[1]، حيث كان أمل الحياة لا يتجاوز 50 سنة، وكان يموت حوالي 180 طفل في كلّ 1000 ولادة، الأمر الذي حتّم على المنظومة الصحيّة إيجاد حلول والتّعامل مع الوضع، فسعت الدّولة إلى:

- العمل على الحدّ من إنتشار الأمراض من خلال تعميم التّطعيم.
- وضع برامج صحيّة وطنية بغية إدارة الإحتياجات الصّحية الأساسية ومنع تفشّي الأمراض المعدية.
- توفير رعاية صحيّة مجانية لمرضى معيّنين (مرضى السلّ، سوء التّغذية...).
- تطوير مراكز حماية الأمومة والطّفولة وتعزيز سياسة الحماية.

وفعلا تمكّن قطاع الصّحة في هذه المرحلة من التّحسين من نوعية الرّعاية الصّحية المقدّمة[2].

[1] محمد قنذوز، **تطوّرات قانون الصّحة في الجزائر**، أطروحة دكتوراه (جامعة الجزائر بن يوسف بن خدّة : كلية الحقوق سعيد حمدين ، 2018-2019)، ص .20.

[2] kebailli rebiha , youcef bouzid , **le système de santé en Algérie : Réformes et Perspectives** , mémoire de master (université de mouloud mammeri de tizi ouzou , faculté de scienses économiques commerciales et des sciences de gestion , 2016), p .33.

سميت هذه المرحلة بمرحلة التمويل المختلط لأنّ النّظام الصحّي الجزائري واصل في هذه الفترة الإعتماد على نفس طريقة التمويل التّي كانت منتهجة خلال الإستعمار الفرنسي، والمقصود بها أن هياكل المنظومة الصحية كانت تُموّل من قِبل أطراف عديدة، تتضمّن:

- صناديق الضّمان الإجتماعي، الدّولة والأسر[1] (تمّ التّفصيل في هذه النّقطة في عنوان مصادر تمويل المنظومة الصّحية في الجزائر).

- **فترة بداية الرّعاية المجانية (1974م – 1988م)**

في ظلّ النّظام الإشتراكي الذي كانت الجزائر تسير على خُطاه، هدفت الدّولة إلى جعل نظامها الصّحي مماثل لأنظمة الدّول الإشتراكية التّي كانت تعتبر مرجعا بالنّسبة للجزائر.

وبداية من شهر جانفي 1974م انطلقت الجزائر في إعتماد سياسة الرّعاية المجانية في الهياكل العمومية، التّي تكفل الحصول على الخدمات الصحيّة دون دفع مقابل لذلك، فأصبحت الدّولة هي المقدّمة للخدمات والمموِّلة لها، حيث بلغت النفقات المخصّصة للصحّة سنة 1973م 874 مليون دينار، وفيما يخص تمويل المستشفيات كانت تقوم الدّولة بدفع المبلغ المخصّص لها دفعة واحدة، وهذه الطّريقة خفّفت من حجم المشاكل المالية التّي كانت تعاني منها المستشفيات[2]. كما تمّ التّأكيد على مجانية العلاج في الأمر 73-65، المؤرّخ في 28 ديسمبر 1973م، الذي جاء في مادته الأولى:

- **" أعمال الصحّة العمومية وأشغال التّشخيص ومعالجة المرضى، وقبولهم في المستشفيات، تكون مجانية في جميع القطاعات الصحيّة "**

كذلك في الميثاق الوطني سنة 1976م الذي جاء فيه:

---

[1] Mani ali , Mokhtari tassadit , **La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et le système de soins: Quête de rationalité. Cas de CHU de Tizi-Ouzou** , mémoire de master (université de mouloud mammeri de tizi ouzou , faculté de scienses économiques commerciales et des sciences de gestion ,2018), p.7.

[2] **المرجع نفسه** ، ص. 8.

- **" الطّب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصّحة العمومية، وتعبير عملي عن التّضامن الوطني، ووسيلة لتجسيد حق المواطن في العلاج"** [1]

كما حدث في هذه الفترة تطوّرا ملحوظا في:

- أمل الحياة الذّي إرتفع من 50 سنة إلى 63 سنة في سنة 1985م.
- معدّل الوفيات الذّي أصبح 7% سنة 1988م مقابل 15,9 % سنة 1966م.
- إنخفاض معدّل وفيات الرّضع من 79% سنة 1985م مقابل 185% سنة 1962م.
- كما تمّت ملاحظة التّراجع الكبير في نسب الإصابة بالأمراض والأوبئة المعدية، وهذا بفضل مجموعة البرامج التي أطلقتها الدّولة لتعميم برامج الحماية الصّحية، (كبرنامج مكافحة السّل، برنامج التّطعيم الموسّع...).[2]

- **فترة التّجديد (1988م –1998 م):**

بداية من سنة 1986م واجهت الجزائر أزمة إقتصادية حادة بسبب تراجع أسعار النّفط الذّي تعتمد عليه الدّولة كمصدر أوّلي للتّمويل، كذلك في ظل تنامي الطّلب على الخدمات الصّحية لكونها مجانية. فلم تعد الدّولة قادرة على توفير هذه المجانية لأنها دخلت في أزمة مديونية حادّة ممّا دفعها إلى اللّجوء لصندوق النّقد الدّولي، الذّي فرض عليها مجموعة من الشّروط، وخلال هذا سعت أيضا للقيام بمجموعة من الإصلاحات ركّزت فيها على النّقاط التّالية:

- مراجعة سياسة مجانية العلاج وكذا سيطرة القطاع العام.
- العمل على رفع القيود الدّستورية المُعيقة لنشاط القطاع الخاص.
- رفع الإحتكار عن الأدوية والمستلزمات الطبيّة في الأسواق، مع تشجيع الإستيراد للخواص وكذا الإنتاج المحلّي.

كانت هذه الأزمة تزداد حدّتها شيئا فشيئا إلى أن وصلت الحكومة إلى توقيف سياسة المجانية، ليصبح المواطن مجبر على دفع زيادة نسبتها 20% من سعر الفحوصات المتلقاة،

[1] محمّد قندوز ، **مرجع سابق** ، ص .23.

[2] قبايلي ، بوزيد ، **مرجع سابق** ، ص.33.

حيث تمّ رفع سعر المعاينة الطبيّة من 50 دينار جزائري إلى 100 دينار، والمعاينة المعمّقة من 100 دينار إلى 200 دينار، وسعر المكوث في المستشفى من 200 دينار إلى 700 دينار، وهذه الزيادات تمّ تخصيصها على النّحو التّالي: 60% للعمال، 20%لإصلاح المؤسّسات و20% لتحسين الإستقبال ونوعية الطّعام. وفي هذه الفترة أكبر حصّة من التّمويل كانت تتحمّلها صناديق الضّمان الإجتماعي.[1]

تميّزت هذه الفترة ب:

✓ **تحوّل وبائي وسكّاني:**

سُمي هكذا لأنّه حدث فيه إنخفاض ملحوظ في الأمراض المعدية (خاصة الأمراض الذي إستهدفها برنامج التّطعيم الموسّع)، مقابل تزايد معدّلات الإصابة بالأمراض المزمنة الغير معدية كالقلب، السّكري، السّرطان، ضغط الدّم...

وهنا الجزائر أصبحت تواجه عبئا مزدوجا من الأمراض، من جهة الأمراض التّي تعاني منها الطبقات الفقيرة في المجتمع (كنزلات البرد بسبب تدهور أماكن وظروف العيش)، والمتحضّرة (كأمراض القلب والكوليسترول بسبب الإفراط في تناول اللّحوم مثلا). كذلك عرفت الفترة تراجع نسب الوفيات وتزايد نسب الشّيخوخة بسبب تحسّن الظّروف الصّحية والمعيشية ما أثّر على الصّعيد الديموغرافي أي حدوث زيادة سكانية.[2]

- **مرحلة النّمو (2000 م – 2021 م):**

بفضل الزّيادة التّي عرفها قطاع المحروقات، عادت الجزائر إلى تطبيق سياسة الرّعاية الصّحية المجانية وظلت تسجل نموّا إقتصاديا ملحوظا، وبالرّغم من أنّه هناك الكثير من التفاوتات في المداخيل ولكن القدرة الشّرائية للموطنين تحسّنت، الأمر الذّي خوّلهم من اللّجوء لخدمات القطاع الخاص، الذّي عرف هو الآخر انتشارا كبيرا في هذه الفترة، حيث تمّ إحصاء سنة 2013:

---

[1] **المرجع نفسه** ، ص .9-10.

[2] قبايلي ، بوزيد ، **مرجع سابق** ، ص .34.

- 20000 عيادة طبية خاصّة.
- 170 عيادة تخصّصية بسعة 2200 سرير.
- 160 مركز لغسيل الكلى.
- 56 عيادة لطب وجراحة العيون والأنف والحنجرة.
- 36 مخبر التّحاليل الطبيّة.
- 16 مركز الرّعاية الطبية للمساعدة على الإنجاب.
- 800 مركز رعاية عامة.
- 300 شركة نقل طبّي.

هذا جاء كنتيجة لفتح المجال للقطاع الخاص الذي أصبح يسدّ الثّغرات الذي يعاني منها القطاع العام، الذي لم يشهد تحسّنا كبيرا في الخدمات، خاصة وأنّ سكان المناطق النائية لم يكونوا يتمتّعون بأي من هذه الخدمات في مناطقهم، ما يجبرهم على اللّجوء للمدن الكبرى.[1]

منذ سنة 2014م إلى غاية 2021م، بادرت الدّولة بالقيام ببعض التحرّكات للنّهوض بالقطاع، لكونها واجهت في هذه الفترة أزمة إقتصادية، لكن ما هو موجود على أرض الواقع يُبيّن أنّ هذه الجهود يجب أن تكون مكثّفة أكثر، وحتّى لو كانت الدّولة تؤكّد مجانية العلاج في نصوصها القانونية لكن أرض الواقع لا تثبت ذلك،

[1] **المرجع نفسه** ، ص. 11.

المبحث الثاني: النّصوص القانونية والهياكل المُؤطِرة للمنظومة الصّحية في الجزائر

تخضع المنظومة الصحيّة في الجزائر لمجموعة من النّصوص القانونية والدّستورية التي تحدّد الصلاحيات والمهام فيها، وكذا حدود الهياكل السّاهرة على تنظيمها، وتُؤطّر الحقوق الصّحية لضمانها بأحسن صورة. فالإطار القانوني للصّحة في الجزائر يتطلّب الحديث عن كلّ تفاصيله حتى تتسنّى معرفة نقاط قوّته وضعفه، وأين وُفِّق وفيما أخفَق. حيث تتولى عملية القيام بما تُمليه هذه القوانين مجموعة من الهياكل والمؤسسات خولتها الدّولة من التّعامل مع الأوضاع الصحيّة وكذا تقديم الرّعاية الصحيّة والسّهر على تسهيل الحصول على الحقّ الصحي للمواطنين.

المطلب الأوّل: النصوص القانونية للمنظومة الصحيّة في الجزائر

يعتبر القانون رقم 85-05 أوّل قانون مرتبط بالصّحة في الجزائر، صدر سنة 1985، وهو قانون متعلّق بحماية الصّحة وترقيتها، ولا تزال نصوصه سارية بعد أكثر من 30 سنة من صدوره، هذا ما لا يتماشى مع المعطيات والمستجدّات العصرية، فمعرفة أنّ دولة ما لا تزال تسير وفق نصوص قانون أصدرته قبل 30 سنة يعني أنّه هناك خلل حتما. وبمقارنة الحالة الصحيّة في فترة الثمانينيات مع واقع الصّحة سنة 2019م، تظهر إختلافات شاسعة نظرا للتطوّرات والإبتكارات الحاصلة في العالم ولتغيّر البيئة البشرية والمعطيات الإقتصادية والإجتماعية، ووعيا من الدّولة بضرورة التّغيير، دفعها إلى القيام ببعض الخطوات، أوّلها التّعديل الدّستوري لسنة 2016م الذّي شكّل بداية الإصلاحات في المنظومة الصحيّة الجزائرية.

يعتبر الأمر 73-65 المؤرّخ في 23 ديسمبر 1973م والذي يقضي بمجانية الطّب[1]، أوّل الأسس القانونية التي مهّدت لبداية التّشريع القانوني لقطاع الصّحة. لِيَليه الأمر 76-12 المؤرّخ في 20 فيفري 1976[2] الذي مهّد لإنشاء مراكز إستشفائية جامعية، ثمّ الأمر 76-79 المتضمّن قانون الصّحة العمومية، الذي فتح المجال لبداية تّأسيس النّصوص القانونية التي كان أوّلها القانون رقم 85-05 المتعلّق بالصّحة[3].

قانون رقم 85-05:

يعتبر هذا القانون بمثابة الوثبة الأولى التّي عرفها قطاع الصّحة منذ الإستقلال، تمّ تأريخه يوم 16 فيفري 1985م، وأدّى إلى تحقيق عدّة مكاسب للمواطنين،[4] يحتوي على 9 أبواب وفي كلّ باب فصول.

---

[1] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، **الأمر رقم 73-65** المؤرّخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلّق بتأسيس الطبّ المجاني في القطاعات الصحيّة ، الجريدة الرّسمية ، العدد الأوّل ، ص.2.

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، **الأمر رقم 76-12** المؤرّخ في 20 فيفري 1976 المتضمن إنشاء مراكز إستشفائية جامعية ، الجريدة الرّسمية ، العدد 17 ، ص.234.

[3] قندوز ، **مرجع سابق** ، ص 218

[4] **المرجع نفسه** ، ص .220.

- **الباب الأوّل:** أُدرِجت في فصوله عدّة نقاط مهمّة تتمثّل في: مجانية العلاج، التّخطيط الصّحي وكذلك أحكام تتعلّق بمصالح الصّحة.
- **الباب الثاني:** اهتمت فصوله بالصّحة العمومية ومكافحة الأوبئة، تدابير حماية المحيط والبيئة، الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها، الوقاية من الأمراض الغير معدية المتفشية، مكافحة الآفات الإجتماعية، تدابير حماية الأمومة والطّفولة، تدابير الحماية في وسط العمل، تدابير الحماية الصّحية في الوسط التّربوي، حماية الصّحة وترقيتها بواسطة التّربية البدنية والرّياضية، تدابير حماية الأشخاص المعوّقين، والتّربية الصحيّة في الأخير.
- **الباب الثالث:** دار حول الصّحة العقلية وتفرّعت عناوين فصوله إلى: معالجة المصابين بالأمراض العقلية (وضمن هذا توجد الهياكل، التّرتيب الإداري،...)، تدابير الرّقابة خلال الإستشفاء، الوضع تحت المتابعة الطبيّة، طرق الطّعن.
- **الباب الرابع:** جاءت فيه أحكام تتعلّق ببعض الأعمال الوقائية والعلاجية، وانقسم إلى: الإستشفاء والعلاج الطبي المستعجل، العلاج بالدّم ومصله ومشتقاته، إنتزاع أعضاء الإنسان وزرعها.
- **الباب الخامس:** إهتم بالمواد الصيدلانية والأجهزة الطّبية التّقنية وجاءت فصوله على النحو التّالي: المدوّنة الوطنية، إقتناء الأدوية والأجهزة الطبيّة التقنية، صنع الأدوية واستيرادها وتوزيعها، الشّبكة الصّيدلية، المواد السامة والمخدرات، الإعلام الطبّي.
- **الباب السّادس:** ركّز على مستخدمي الصّحة، واحتوى: القواعد العامة التي تنطبق على مهن الصّحة، شروط ممارسة مهن الصّحة ونظامها.
- **الباب السّابع:** تكلّم عن التّمويل الصّحي.
- **الباب الثامن:** تناول الأحكام الجزائية وتضمّن: أحكام جزائية تتعلق بمستخدمي الصحّة، أحكام جزائية تتعلق بالمواد الصيدلانية، أحكام جزائية تتعلق بالصّحة العمومية وحماية الأوبئة.
- **الباب التاسع:** تضمّن أحكام ختامية.[1]

[1] قانون 85-05 ، **مرجع سابق** ، ص .177-202.

تمّ التّفصيل في فصول هذا القانون بغية التوصّل لما تمّ تناوله في أوّل قانون للصّحة في الجزائر، فمن حيث المضمون فهو مثالي وشامل لكافة التّفاصيل التّي يجب أن تكون مُحتواة في أي نظام صحيّ ناجح، لكن الإختلاف يكون في مدى التّطابق مع الواقع وهل الدّولة ملتزمة فعلا بما تسنّه من قوانين، فبعد كلّ هذه المدّة الزمنية التي مرّت منذ صدور القانون، بالإمكان إستخلاص أنّ الدّولة لم تحقّق نسب كبيرة مما أدرجته في هذا القانون.

وبسبب عدم التوصّل لتحقيق المطالب الموجودة فيه، تمّ التّخطيط لمشروع قانون الصّحة الجديد الذّي هدف إلى الإعتماد على أسس جديدة، جاء فيه تعهّد الدّولة بتحقيق المساواة فيما يخص العلاج، وهو القانون 18-11 الصّادر في 29 يوليو 2018، تمّ تقسيمه على النّحو التالي:

- **الباب الأوّل:** تضمّن أحكام عامة، واجبات الدّولة في مجال الصّحة، حقوق المرضى وواجباتهم.
- **الباب الثاني:** دار موضوع فصوله حول الحماية والوقاية في الصّحة، البرامج الصحية النّوعية، حماية الوسط والبيئة، التربية من أجل الصّحة، التكفّل بصحّة الأشخاص في الحالات الإستثنائية.
- **الباب الثالث:** جاء بأحكام عامة تضمّنت: إستشفاء المرضى المصابين بأمراض عقلية، تدابير المراقبة خلال الإستشفاء.
- **الباب الرّابع:** ركّز على مهنيو الصّحة، شروط ممارسة مهن الصّحة، الممارسة الغير شرعية لمهن الصّحة، ممارسة نشاط التّفتيش، الأحكام المتعلّقة بالخدمة المدنية، ممارسة الطّب الشرعي.
- **الباب الخامس:** إهتمّ بالمؤسسات الصيدلانية، تسجيل المواد الطبية والصيدلانية والمصادقة عليها، مراقبة المواد الطبية والصيدلانية، مخابر التّحليل، هياكل الدّم.
- **الباب السادس:** حدد آليات تنظيم المنظومة الوطنية للصّحة وتمويلها، الخريطة الصحية ومخطّط التنظيم الصّحي، هياكل ومؤسّسات الصّحة ومهامها، تمويل المنظومة الصحية.

- **الباب السابع:** أكّد على الأخلاقيات الطبية، أخلاقيات زرع الأعضاء، أخلاقيات تتعلّق بالبحث في مجال طبّ الأحياء.
- **الباب الثامن:** جاءت فيه أحكام جزائية.
- **الباب التاسع:** تضمّن أحكام خاصة وانتقالية وختامية.[1]

بعد النّظر لما إحتواه كلّ من قانون 85-05 وقانون 18-11 يمكن تقصي الإختلافات، جاء هذا الأخير بتعديلات جديدة وبنصوص ومواضيع لم يتمّ التطرّق إليها في القانون الأسبق من بينها: التفصيل في موضوع الأخلاقيات الطبية، التي كانت واردة في القانون الأوّل لكن لم يتمّ التفصيل فيها، الإشارة لإباحة مسألة التّلقيح الإصطناعي والإجهاض المبرّر في نصوص القانون... والأمر المُستخلص من خلال التطرّق للقانونين هو أنّ القانون 18-11 جاء لإعطاء الصّبغة القانونية لمختلف المستجدّات في مجال الصحة والقضايا الصحية الجديدة، بمعنى أنّ قانون 85-05 الذي صدر سنة 1985 كانت فيه الكثير من النّقائص ونقاط القصور، أبرزها أنّه لم يحدّد الصّفة القانونية لبعض الأساليب الصحيّة المستحدثة كعمليات التّجميل.

المطلب الثاني: الهياكل المؤطّرة للمنظومة الصحية في الجزائر

يخضع أي قطاع في الدّولة لوصاية وتأطير جهات معينة تتولّى ضبطه وتعمل على تحقيق الأهداف التّي وُجِد من أجلها، وهي بدورها توجّه التّعليمات والأوامر لهياكل ومؤسّسات أخرى مِيزتها أنّها أكثر قربا من المواطن، تتولّى تقديم الخدمات لهم، قد تكون مؤسّسات إستشفائية أو مراكز صحية خدماتية. وهنا يمكن التّفريق بين: الهياكل الصحّية العمومية، الهياكل الصّحية الشّبه عمومية، والهياكل الصحيّة للقطاع الخاص.

I. الهياكل الصحية العمومية:

[1] قانون رقم 18-11 ، **مرجع سابق** ، ص.3.

هي مجموعة من المؤسّسات ذات الطّابع الإداري التي تتمتّع بالشّخصية المعنوية والإستقلالية المالية. وتتفرع إلى ثلاثة مستويات:

أ. المستوى المركزي:

تُعنى به الوزارة الوصية على القطاع، وتتمثّل في: الهيكل العام للوزارة الذّي يتكوّن من: الوزير، مدير الديوان الذّي توجد تحت سلطته 10 مديريات، المفتش العام الذي يليه 8 مفتّشين فرعيين، الأمين العام الذّي تليه مديريات فرعية لكل منها إختصاصها. [1]

ب. المستوى الجهوي:

سعيا لتحقيق التوازن الجهوي والعدالة في توزيع خدمات الرّعاية الصحية بين كل أرجاء الوطن، أقرّت الدّولة سنة 1995م قانون لإنشاء المجلس الجهوي للصّحة الذّي يتولى القيام بالعديد من المهام. وفي الجزائر تُذكر 5 مناطق جهوية وهي:

- منطقة الوسط: وتضم 11 ولاية.
- منطقة الشرق: وتضمّ 14 ولاية.
- منطقة الغرب: وتضمّ 11 ولاية.
- منطقة الجنوب الغربي: وتضمّ 5 ولايات.
- منطقة الجنوب الشرقي: وتضمّ 7 ولايات.

وهذا التقسيم الجهوي يعدّ إفتراضيا و ليس هناك أي تقسيم فعلي.[2]

ت. المستوى الولائي:

حيث توجد في كل ولاية من ولايات الوطن مديريات، تأسّست بموجب المرسوم 97-261 الذي يحدّد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصّحة والسّكان الولائية وسيرها، ومن مهام هذه المديريات:

---

[1] محمد علي دحمان ، **تقييم نفقات الصحة و التعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)** ، رسالة مقدّمة لنيل شهادة ماجيستير (جامعة أبي بكر بلقايد : كلية العلوم الإقتصادية و التسيير و العلوم التجارية ، 2010-2011)، ص.17.

[2] **المرجع نفسه** ، ص.18.

- جمع و تحليل المعلومات المرتبطة بالصّحة.
- العمل على وضع البرامج والخطط الصحية القطاعية حيّز التنفيذ.
- التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية.
- ضمان تأطير ومراقبة الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة.[1]
- إنشاء المخطّطات الإستعجالية التي لها علاقة بالأوضاع الصحية.

والهياكل الصّحية العمومية تشمل ما يعرف بالمؤسّسات الصّحية تحت الوصاية، وتعني مختلف الخطط والبرامج التنفيذية للإدارة المركزية، الهدف منها هو تنفيذ المهام التي لا يستطيع الجهاز الإداري القيام بها وهي تساهم بدرجة كبيرة في وضع أهداف وزارة الصّحة، وتشمل هذه المؤسّسات:[2]

1-المراكز الإستشفائية المتخصّصة:

تمّ تأسيسها بموجب مرسوم تنفيذي رقم 97-465 الذي يحدّد قواعد إنشاء المؤسّسات الإستشفائية المتخصّصة وتنظيمها وسيرها،[3] هذه المراكز تحت وصاية والي الولاية التّي تكون هذه المؤسسة موجودة فيها. قد تتكوّن من هيكل واحد أو عدّة هياكل وهي تتكفّل إمّا بالوقاية، التّشخيص أو العلاج، وهذا يكون مقتصر على أمراض معيّنة أو فئات عمرية محدّدة، أي أنّ هذه المؤسّسة متخصّصة في مجال معيّن. ومن أمثلة هذه المراكز: مراكز أمراض وجراحة القلب، مراكز الإستعجالات الطبيّة الجراحية، مراكز طبّ الأمراض العقلية، مراكز الطّب النّفسي...[4]

2-المراكز الإستشفائية الجامعية:

---

[1] سنوسي علي ، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الإقتصادية في الجزائر ، آفاق 2010** ، أطروحة مقدّمة لنيل شهادة الدّكتوراه (جامعة الجزائر 3 : كلية العلوم الإقتصادية ، 2009- 2010)، ص.103.

[2] **المرجع نفسه** ، ص. 102.

[3] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، **مرسوم تنفيذي رقم 97-465** المؤرّخ في 2 ديسمبر 1997 المتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة ، الجريدة الرّسمية ، العدد 81 ، ص. 12.

[4] علي دحمان ، **مرجع سابق** ، ص .22.

تمّ إنشاء هذه المراكز بموجب المرسوم رقم 86- 25، وهي مؤسّسات عمومية تحت وصاية وزير الصحّة من النّاحية الإدارية، ووزير التّعليم من النّاحية البيداغوجية، تتولّى هذه المراكز القيام بثلاث مهام أساسية: العلاج، التّكوين والبحث العلمي. ومن بين هذه المراكز في الجزائر: المركز الإستشفائي الجامعي بني مسّوس، المركز الإستشفائي الجامعي لحسين داي، المركز الإستشفائي الجامعي بعنّابة...[1]

إضافة إلى هيئات أخرى منها:

- المدرسة الوطنية للصّحة العمومية (ENSP).
- المعهد الوطني للصّحة العمومية (INSP).
- المركز الوطني لعلم السّموم (Centre Nationale de Toxicologie).[2]

II. الهياكل الصحيّة الشّبه عمومية:

وهي عبارة عن مراكز طبية تابعة لهيئات الضّمان الإجتماعي، من عيادات ومراكز إستشفائية، لكن تمّ إلحاق هذه الهياكل بعد سنة 1984م بالقطاع العمومي. حيث كانت تغطّي الهياكل الصحية للضّمان الإجتماعي شريحة معتبرة من المجتمع، وساهمت بنسبة كبيرة في التّقليل من الأمراض وفي الوقاية منها. الهدف من اللّجوء لهذا القطاع هو تخفيف العبء على القطاع العمومي الذّي عرف تدهورا في تلك الفترة، حيث كانت هذه المراكز سنة 1979م تدير ما يقارب 145 وحدة مكوّنة من مراكز طبية إجتماعية وعيادات متخصّصة ومخابر للّتحليل.

III. الهياكل الصحيّة للقطاع الخاص:

لم يكن يعرف القطاع الخاص في الجزائر نموّا كبيرا قبل أن تواجه الجزائر عجز في تلبية الطّلب المتزايد على الخدمات الصحيّة، وتردّي خدمات القطاع العام. ما ساهم كثيرا في إنعاش هذا القطاع، الذي بدأ في النّهوض عن طريق الإصلاحات التّي قامت بها الدّولة في

[1] **المرجع نفسه** ، ص . 23-24 .

[2] سنوسي ، **مرجع سابق** ، ص. 102.

سنوات التّسعينيات، وأصبح قطاعا مكمّلا للقطاع العام، فتمّ بعد هذا تسجيل إنتقالا واسعا للأطباء والأخصائيين من القطاع العام إلى القطاع الخاص بنسبة تفوق 110%، حيث بلغ عددهم في القطاع الخاص 15000 طبيب مقابل 7240 طبيب في القطاع العام سنة 1991م. ولجوئهم للقطاع الخاص لا يزال في تزايد مستمر ما قد يمس بجودة الخدمات المقدّمة في القطاع العمومي.[1]

[1] المرجع نفسه، ص.29.

المبحث الثالث: إختلالات المنظومة الصّحية في الجزائر

على إختلاف المجتمعات وطبيعة الأنظمة التي تحكمها، لا يمكن الجزم بأنّ الدّول المتقدّمة خالية من المشاكل والعقبات تماما، فقط الإختلاف بينها وبين الأخرى النامية يكمن في كيفية التّعامل مع هذه المشاكل وفي الأهمية المولاة إليها، وهذا يرتبط بالدّرجة الأولى بمدى إهتمام الدّولة بالقطاع، بحجم المخصّصات المالية الموجّهة له وأيضا بالوضعية الإقتصادية. فمعرفة ما إذا كان القطاع الصحّي في دولة ما في حالة جيّدة ينبغي الرّجوع إلى الواقع الذي ينطلق منه، أي إلى مجموعة الإحصائيات والتقارير والمؤشرات المتعلّقة به ، ما سيسهّل من عملية إستنتاج مدى كفاءة ونجاعة القطاع الصحي في الدّولة.

المطلب الأوّل: واقع القطاع الصحّي في الجزائر

تحتل الجزائر المرتبة 45 في المستوى الصحّي والمرتبة 81 في النّظام الصّحي، ما يبرز أن المستوى الصّحي للسّكان غير مرهون بالنّظام الصحي فقط، وإنّما يرتبط كذلك بمتغيّرات إقتصادية وإجتماعية وثقافية. حيث إختارت المنظّمة العالمية للصحة مجموعة من المؤشّرات لتقييم الأنظمة الصحية ل 191 دولة في العالم وهي كالتالي: معدّل أمل الحياة، مستوى توزيع الخدمات الصحية، مدى إستجابة النظام الصحي لإحتياجات المواطنين، مؤشر عدالة تمويل الصّحة، معيار مدى إنجاز الأهداف، مستوى الإنفاق الصّحي.[1]

الجدول رقم 01: مراتب بعض مؤشرات النظام الصحي في الجزائر حسب المنظمّة العالمية للصحة

المؤشر	معدّل أمل الحياة	مستوى توزيع الخدمات الصحية	معيار الإستجابة لحاجات السكان	معيار عدالة تمويل الصّحة	معيار إنجاز الأهداف	مستوى الإنفاق الصّحي
المرتبة	84 من أصل 192	110 من أصل 192	91 من أصل 192	75 من أصل 192	99 من أصل 192	114 من أصل 192

المصدر: من إعداد الطّالبة بالإعتماد على:

- صاري محمد فايزة ، عواج بن اعمر ، " أداء النظام الصحي في الجزائر (دراسة تحليلية للمؤشرات)،" **مجلة القانون العام الجزائري و المقارن**، م.7، ع.1 (جوان 2021)، ص ص. 397 –412 .

[1] صاري محمد فايزة ، عواج بن اعمر ، " أداء النظام الصحي في الجزائر (دراسة تحليلية للمؤشرات)،" **مجلة القانون العام الجزائري و المقارن**، م.7، ع.1 (جوان 2021)، ص ص. 397 -412 .

من الجدول أعلاه يمكن إستنتاج أنّ النّظام الصّحي في الجزائر ليس في أوجّه، فغالبية مراتبه بعد السّبعين، ما يوضّح درجة تدنّي الوضع الصحي في الجزائر. وهذا يعتبر أمر في غاية الخطورة، ويعني أنّ الدّولة غير قادرة على تسيير قطاعها الصّحي بما يتلاءم مع متطلّبات المجتمع، وهذا التّراجع يعكس بالدّرجة الأولى حجم المجهودات التي تعيرها الدّولة للقطاع، ويوضّح أنّ الحاجيات الصحية للسّكان في الجزائر غير مكفولة إلّا بنسب ضئيلة، لإحتلالها المرتبة 84 في معدّل أمل الحياة والمرتبة 91 في معيار الإستجابة لحاجيات السّكان. أيضا لعدم توفّقها في تحقيق أهدافها المسطّرة وفي ضمان توزيع عادل للخدمات الصّحية على كافة ترابها الوطني.

1. العوامل المؤثّرة في القطاع الصّحي:

الحديث عن واقع أي ميدان في الدّولة يتطلّب إسناد الوضع لمختلف المعطيات الموجودة للتوصّل للأسباب المختلفة التّي أوصلته لما هو عليه، الإقتصادية، الإجتماعية، السياسية، الثقافية أو حتى البيئية وتتمثّل في:

أ) العوامل الإقتصادية:

وتشمل كل من معدّل التضخّم والفقر والبطالة الذّين يؤثّرون على المردود الإقتصادي بطريقة عكسية، حيث إرتفاعهم يُخفِض من ح معدّلات النمو الإقتصادي. فالإقتصاد الجزائري بالرّغم من الموارد الجمّة التي يمكن أن يحقّق نموّه بإستغلالها، لا يزال يعرف معدّلات نموّ ضئيلة، ما سينعكس سلبا على النّظام الصحي، لأنّ الدّولة الغير قادرة على التّحسين من معطياتها الإقتصاية، من غير مقدورها أن تهتمّ بالصحّة، بإعتبار أن الإقتصاد هو العصب التّمويلي لكافة الميادين الأخرى.[1]

ب) العوامل الإجتماعية والثقافية:

تشمل المستوى التعليمي والسكن والإيديولوجيات والتوجهات القيمية، إضافة لمدى وعي المواطنين بأهمية الصّحة ومدى عملهم على الحفاظ عليها، فالثقافة الصحية جدّ

[1] وفاء قاسمي ، يوسف سعدون ، " المنظومة الصحية الجزائرية وإشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية : نحو مقاربة سوسيولوجية تكاملية ،" **،مجلة التواصل في العلوم الإنسانية** ، م.24 ، ع.53 (جوان 2018)، ص ص.274-292.

مهمّة، لكنها ليست منتشرة بكثرة بين الجزائريين، حيث نرى أنّ الكثير منهم لا يهتمون بالصّحة، أو بالطرق التي تساعد على إكتسابها وتعزيزها، فمثلا عدد المدخّنين في الجزائر جدّ مرتفع، وهذا راجع لمخطّطات التنمية البشرية التي سنّتها الدّولة وباءت بالفشل. أيضا مشاكل السّكن والظّروف الإجتماعية السيّئة هي الأخرى أدّت إلى إنتشار كبير للأمراض المزمنة كالقلب وضغط الدّم وداء السكري، وهذا ما يضخّم من المشاكل الصحية ويزيد من أعباء القطاع الصحّي.

ت) العوامل السياسية:

تدخل فيها مشاركات المجتمع المدني والأعمال النّقابية، والتنظيمات المختلفة، وهذا ما تفتقر إليه الجزائر في قطاعها الصحي، حيث نشهد أنّ معظم المبادرات المتعلّقة بقضايا الصحة تدعمها إما نخبة طبيّة أو جماعات لها مصالح معينة، مثل شركات الأدوية التي تعمل أحيانا على القيام بإشهارات وحملات توعية حول الصحة، الهدف منها هو الترويج لمنتجاتها فقط. بالإضافة لهذا نجد أنّ حتى الدّولة نفسها بمختلف هياكلها لا تعتبِر الصّحة من الأسبقيات، فهي دائما ما تولي أهيمتها لقطاعات أخرى كالدّفاع، فصحيح أنّ الأمن يمثّل أحد القطاعات الحسّاسة في الدّولة لكن لا يجب قطاع على حساب الآخر.[1]

الواقع المعاش في الجزائر من المتعصي التعمّق فيه، سواء إرتبط الأمر بالقطاع الصّحي أم لا، لأنّ الطريقة التي تتمّ بها عملية التسيير في الدّولة ليست واضحة، وبالرّغم من هذا فإنّ أغلب المؤشّرات والدّلائل تؤكّد بأنّ المنظومة الصحية لا تزال بحاجة للكثير من الإصلاحات. والبرّجوع للمعطيات المتعلّقة بالأمن الصّحي ومستوى الرّضا عن الأداء الخدماتي يمكن التأكّد من هذا.

المطلب الثاني: مشاكل النّظام الصحي في الجزائر وآليات إصلاحها

الصّحة في الجزائر هي أحد القطاعات التي لا تزال تواجه العديد من الثّغرات والمشاكل، في طريقة تسييرها، في هيكلتها، في مخصصّاتها التّمويلية، وحتّى في

[1] **المكان نفسه .**

النّصوص القانونية التّي تستند إليها، ومسؤولية هذا لا يمكن تحميلها كلّها للدّولة، بالأخذ بعين الإعتبار المراحل التاريخية التي عرفتها الجزائر. من أزمات إقتصادية وأمنية منعتها من النّهوض بالقطاع.

1. مشاكل النّظام الصحي في الجزائر:

من أبرز هذه الإختلالات:

أ) التباين بين معدل النمو السكاني ومعدل تطور التغطية الصحية:

تعتبر الزيادة السكانية أحد العوامل التي تعرقل وتضغط على النّظام الصّحي، لأنّها تشكّل مطالبا أكثر على الخدمات الصحية، ففي فترة بعد الإستقلال لم يكن هناك تخوّف من النّمو الديمغرافي، لكون عدد السّكان أنذاك لم يتعدَّ 11 مليون نسمة. لكن العدد السّكاني في الجزئر ظلّ في إرتفاع مستمر منذ تلك الفترة، وهذا الإرتفاع يقابله تزايد في الطّلب على الخدمات الصحيّة، والخلل كامن في كون معدّل التغطية الصّحية لم يتزايد بنفس وتيرة تزايد السّكان، ما قد يخلق إشكال عدم قدرة الدّولة على تغطية الإحتياجات الصّحية لمواطنيها.[1]

ب) عدم تكييف عروض الإستشفاء مع نمط الأمراض المنتشرة:

عرفت الجزائر بداية من الألفينيات تحسنا في مؤشّرات الحالة والتنمية الصّحية، إلا أنها في نفس الوقت من هذا التّحسن واجهت مشكلا آخرا وهو الإرتفاع المتزايد للأمراض، خاصة المزمنة التي يأتي في مقدّمتها السّرطان، وبالتّالي هي تتطلّب رعاية صحيّة طويلة المدى، ما يعني أعباء إضافية. كما زامن هذا تناقص نسبة الفئات العمرية الشابة ما يخلق مشكلا جديدا وهو مشكل الشيخوخة.

ت) تنامي الإنفاق الصحي الوطني مع إستمرار ضعف مستوى الخدمات الصحية:

كثيرا ما يُعاب على القطاع الصّحي في الجزائر ضعف التّمويل، وبُعده عن المقاييس الدّولية، على الرّغم من أنّهّ يسير على منحى تصاعدي، لكن الأمر الخطير هنا هو أنّ

[1] قاسمي ، سعدون ، ص .274-292.

نسبة نمو النفقات الصحية في الجزائر تفوق نسبة المداخيل المُحَصّلة في القطاع، وهذا يشكّل تهديدا جديدا. وفي هذه النّقطة يجب التّذكير بأنّ الزيادة في مقدار التّمويل لا تؤدّي بالضّرورة إلى التحسّن في مستوى الخدمات الصحية المقدّمة، فجودة الخدمات لا تتحقّق بوجود الأموال فقط وإنّما تتطلّب معايير أخرى ترتبط بعاملا التّسيير والرقابة، كما أنّ مستوى رضا الشّعب الجزائري عن الخدمات الصّحية لا يفوف 60% وهذه نسبة جدّ قليلة، حتّى وإن قارنّاها مع الدّول المجاورة التي قد يصل مستوى رضا الشّعوب فيها عن الخدمات الصحية المقدّمة لنسبة 80%.[1]

ث. إستمرار اللامساواة الصحية:

المقصود بهذه اللامساواة هو التّباين الكبير في توزيع الخدمات الصّحية بين المناطق الجغرافية، وكذلك في التهيئة العمرانية والوسائل التّقنية المخصّصة لها، فمن غير الممكن عدم ملاحظة الإختلاف الكبير في طبيعة الخدمات المقدّمة بين الشّمال الجزائري وجنوبه، سواء تعلّق الأمر بالمؤسّسات الإستشفائية أو بالمراكز الجامعية. في الواقع لا يمكن الجزم أنّ القطاع الصحي في الجزائر لم يشهد نموّا في الأعوام الأخيرة فالأرقام تشير إلى زيادات لا بأس بها في عدد الهياكل الصحية، لكن المشكل المطروح هو أنّ هذا النّمو محتكر في الشّمال فقط، ما يبيّن وجود خلل في سياسة التوازن الجهوي، فنجد غالبية سكّان الجنوب مجبرون على التّنقل للشّمال للحصول على العلاج وهذا ما يخلق ضغط على المؤسسات الصّحية في الشمال و بالتّالي تراجع في مستوى الخدمات.

ج. غياب التكامل الوظيفي بين القطاع العام والخاص:

حيث كان إعطاء الدّولة التّرخيص بمزاولة المهن الطبية في القطاع الخاص، بمثابة بوابة الأمل للكثير من مُنتسبي القطاع أو حتى المستثمرين الذين أرادوا الإنضمام للميدان، حيث شهد القطاع الخاص في الآونة الأخيرة نموّا سريعا، وهذا أثّر سلبا على القطاع العام، بسبب إنتقال الكفاءات المتخصّصة للقطاع الخاص، بحثا عن ظروف عمل ومداخيل أفضل، ممّا أثّر على جودة الخدمات الصحية في القطاع العام.

[1] **المرجع نفسه** ، ص. 274-292 .

ح. التخلّف التّقني في المنظومة الصحيّة:

فالكثير من المؤسّسات الإستشفائية في الجزائر لا تمتلك العدد الكافي من المعدّات الطبية، بالرّغم من أنّ الأجهزة الطبية تعد من أهم الوسائل المادية المعتمد عليها في تقديم الخدمات الصحية، وحتّى تلك المتوفّرة قد تتعرّض للتّعطل بسبب الإستخدام المفرط أو لعدم وجود دورات تكوينية حول كيفية إستخدامها ما سيؤدي لِتلفِها، حيث تقدّر نسبة تعطّل المعدّات الطبية في الجزائر ب 30%، ما أصبح سببا يدفع المرضى للّجوء للقطاع الخاص بالرّغم من إرتفاع التّكاليف.[1]

2. آليات إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

يمكن أن تضم إصلاحات القطاع الصحي في الجزائر النّقاط التالية:

- إصلاح مؤسّساتي يشمل تحديد أدوار الفاعلين في المؤسّسات الصحية بدقّة.
- التحسين من جودة خدمات التّغطية الصّحية وإزالة الفوارق بين مختلف مناطق الوطن.
- مراجعة القوانين الصّحية وإعتماد قانون جديد للصّحة يكون مبنيا على مبدأ التّطبيق الفعلي لنصوصه القانونية وذلك يكون بالرّجوع للنّصوص القانونية الحالية.
- إصلاح التّمويل في القطاع والعمل على تخصيص حّصة أكبر له مقابل القطاعات الأخرى الأقل أهمية .
- إعادة هيكلة المستشفيات من حيث المهام الموكلة للمستخدمين وكذا في التّنظيم الدّاخلي، أي العمل على دراسة وتحليل المعطيات الموجودة من حيث الهياكل والمستخدمين ومحاولة مماشاة الخطط الصحية معها.
- العمل على تحفيز العمّال وإعادة تجديد التّجهيزات الإستشفائية.[2]

وأهمّ شيء يجب أن تعتمد عليه إصلاحات المنظومة الصحية هو وجود نظام رقابي حقيقي يجعل كلّ خطط وبرامج الإصلاح تسير بالطّريقة المخطّط لها.

---

[1] **المرجع نفسه** ، ص ص . 274-292.

[2] بوشلاغم عميروش ، شرفي منصف،" واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر،" **مجلة دراسات إقتصادية** ، م.4 ، ع.3 (ديسمبر 2017)، ص ص .10-30.

خلاصة الفصل:

مرّت المنظومة الصحيّة في الجزائر بالكثير من الأحداث والظّروف، إقتصادية إجتماعية، سياسية...، بعض منها أسهمت في التّحسين من الأوضاع ومنها التي زادت الطينة بلّة. وممّا تمّ العمل على إدراجه في هذا الفصل، يمكن التوصّل لأنّ الدولة الجزائرية قامت بالكثير من المجهودات بهدف توفير ظروف صحيّة أحسن للمواطنين، إنطلاقا من الترسانة القانونية التي صاغتها، إلى المؤسّسات والهياكل المطبّقة لهذه القوانين والسّاهرة على تدارك حاجيات السكان، لكن أحيانا هي تُخفق في قضاء هذه الحاجيات بأفضل صيغة ممكنة، رجوعا لعوامل وأسباب عديدة تعرقل السّير الحسن لبرامجها، ما يجعل الدّولة مجبرة على إيجاد سبل جديدة للتّعامل مع هذه الإخفاقات بأقل الخسائر الممكنة.

الفصل الثّانـي

المخطّط التلقيحي المطبّق في الجزائر

خطة الفصل الثاني:

الفصل الثاني: المخطّط التلقيحي المطبّق في الجزائر

المبحث الأول: آليات الدولة الجزائرية في التّعامل مع الأزمات الصحية

المبحث الثاني: واقع ومضامين المخطّط التّلقيحي في الجزائر

المبحث الثالث: الفواعل المطبِّقة للمخطّط التّلقيحي في الجزائر

تمهيد:

إنّ الأزمات بكافة أنواعها وتصنيفاتها، تُشكّل تهديدا فعليا بالنّسبة للدّولة، بالخصوص إن كانت آثار هذه الأخيرة تشمل نطاق واسع، فالأزمات تتّخذ أشكال عديدة ولكلّ منها طريقة تعامل خاصة بها، تشترك كلّها في كونها تُعيق صيرورة معينة. وفي التّركيز على الأزمة الصحية، يجب معرفة أنّها تمثّل أحد أهم المشاكل التي يواجهها قطاع الصّحة في الدّولة، لكونها تحدث عطبا في فروع المنظومة الصحية، ولكون خاصية المفاجأة هي أبرز مميّزاتها، أي أنّ الأزمة الصحيّة في الكثير من الأحيان لا تكون مرتقبة كغيرها من الأزمات، فمثلا الأزمة الإقتصادية أو السياسية يمكن إستشراف حلولها بالرّجوع لمعطيات الواقع، بينما الأزمة الصّحية تأتي بشكل غير منتظر، طبعا أحيانا يمكن التنبّؤ بها إذا كانت هناك ظروف تسمح بذلك لكن معظمها تكون بشكل فجائي.

المبحث الأول: آليات الدولة الجزائرية في التّعامل مع الأزمات الصّحية

تشكّل الأزمات الصّحية إحدى أكبر العوائق التي يمكن أن يواجهها النّظام السياسي، بسبب الآثار التي قد تترتّب عنها، التي قد تمسّ بكافة القطاعات الأخرى، لهذا يجب إتّباع آليات وإجراءات مدروسة جيّدا للتّخفيف من الآثار التي قد تنتج عن هذه الأزمات.

المطلب الأوّل: ماهية الأزمة الصّحية

I. تعريف الأزمة الصّحية:

تعود أصول إستخدام مصطلح الأزمة إلى علم الطّب الإغريقي القديم، كانت هذه الكلمة تستخدم للدّلالة على حدوث نقطة تحوّل مهمّة، وكانت كلّ حضارة تخصّها بمفهوم معيّن.[1]

من الناحية اللّغوية تعني الضيق والشدّة، ضاق الأمر يعني الوقوع في ضائقة. أما من الناحية الإصطلاحية فيُراد بها أنّها "**فترة حرجة أو حالة غير مستقرة تنتظر تدخلا أو تغييرا**". وهي قد تؤدي لنتائج غير مرغوب فيها إذا كان الطّرف المواجه لها غير مستعدّ أو قادر على إحتوائها، من خصائصها أنّها تؤدّي إلى التّغيير من الأحداث المستقبلية.

هي كذلك كلّ حالة تشترك فيها الخصائص التالية: المفاجأة، قلّة الوقت، عدم وجود معلومات كافية، عدم وجود الإمكانيات اللازمة، الإرتباك عند صنع القرار، التوتر والإحساس بالخطر، فإذا إلتقت هذه العناصر تشكّلت الأزمة.

هذا فيما يخص مصطلح الأزمة، أمّا الأزمة الصّحية فتُعرف بأنّها تهديد للحالة الصحيّة للسّكان، وهي حالة من الخوف والقلق التّي تصيب أفراد المجتمع نتيجة ظهور أمراض أو أوبئة معينة سريعة الإنتشار،[2] والتّي تبقى درجة خطورتها في تزايد، خاصة في

---

[1] تلعيش خالد ، **إستراتيجية القيادات في صنع القرارات و إدارة الأزمات مع التطبيق على الحالة الجزائرية : الحراك الشعبي 2019 / جائحة كورونا (كوفيد –19)** (تلمسان : النّشر الجامعي الجديد ، ط.1، 2021)،ص.71.

[2] صالحي فاطمة ، **إدارة الأزمات الصحية في الجزائر : الفشل السياسي و الإداري في إدارة أزمات الأوبئة – إدارة أزمة وباء كوليرا نموذجا 2018 –** ، مداخلة علمية (جامعة قالمة 8 ماي 1945 : كلية العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، 2019) ، ص. 14 .

ظلّ ضعف مستويات الرّعاية الصحية في الدّولة. كما تكون للأزمة الصحية تداعيات على الصعيد السياسي والإقتصادي وكذا الإجتماعي والنفسي.

II. خصائص الأزمة الصحية:

- تتّسم الأزمة الصحية بأنّها تثير ضجة و حالة من الذعر بين الناس تخوّفا من النتائج التي ستنجر عنها.
- تضع صنّاع القرار في موقف صعب، يتمثّل في عدم اليقين التام بآثار القرار الذي سيتخذونه، وكذا وقوعهم في حتمية الإستجابة للأزمة بالرّغم من كلّ الظروف، بالإضافة للتخوف من التعرّض للوّم، الذي قد تكون حجّته إهمال الأزمة وعدم تناولها كما يجب (ردّ الفعل منخفض)، كما قد تكون حجّته الإفراط (ردّ الفعل المفرط) مثل نشر الذعر بين أفراد المجتمع بقرار معين، والوضع الصحي لا يتطلب كل ذلك.[1]
- الأزمة نقطة تحوّل جوهرية تنطوي على درجة من الغموض وعدم التأكّد والمخاطرة.[2]

هناك إختلاف في طريقة معالجة الأزمات الصحية بين الدول الديمقراطية ودول العالم الثالث، ويظهر هذا في الطريقة المنتهجة للتّعامل معها، والوسائل المعتمد عليها في ذلك، ما يُفسّر الفرق الشاسع بين الطرفين، وقدرة بعض الدّول على إحتواء أزماتها في فترات وجيزة بينما الأخرى تستغرق الكثير من الوقت للقيام بذلك.

III. مراحل إدارة الأزمة الصحية

هناك مجموعة من العناصر التي يُشترط الإلتفات إليها قبل الشّروع في عملية إدارة الأزمات الصحيّة أهمّها: العمل على تقييم وسائل التحكّم في الوضع الصّحي وذلك بمراجعة الموارد المتاحة، وجود تواصل مؤسّساتي فعلي يتكيّف مع سياق الطوارئ الحاصل في المرافق الصحية، العمل على التتبّع الفعلي لكافة الخطوات والتّفاصيل التّي

---

[1] Oumaouche karima , Dehri kamel , **la pratique de la veille sanitaire et la gestion des crises epidémiques cas de la COVID-19 en Algerie** , Mémoire de Master (université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou : faculté des sciences économiques commerciales et des sciences de gestion , 2020-2021) , p .6.

[2] تلعيش ، **مرجع سابق** ، ص .77.

تفرضها الأزمة،[1] مع مراعاة المراحل الثلاثة الرّئيسية التّي قامت منظّمة الصحة العالمية بسنّها على الدّول للتّعامل مع أزماتها، وهي مصنّفة كالتّالي: مرحلة التأهّب، مرحلة الإستجابة، مرحلة الإنتعاش.

1. مرحلة التأهّب:

يمثّل التأهب سياسة لمجابهة المخاطر، وهو عملية التخطيط للطّوارئ في الدّولة. يقصد بها كذلك الإستعداد للأزمة الصحية حتّى وإن لم تكن موجودة ، وهذا لغرض التّخفيف من آثار الأزمة على النظام الصحي في حال حدوثها، الهدف منها هو تمكين المرافق الصحية من توفير وتقديم الخدمات الصحية في الأوقات الصّعبة، خصوصا وأنّ في فترة الأزمة تكون الدولة غير قادرة على تسيير الأوضاع كما في الظروف العادية، وبالتالي ينبغي عليها أن توفير كافة التجهيزات والإستعدادات.

والتأهّب يستند إلى الظروف المحيطة، فهي التي تؤكِّد أو تستبعد إحتمالية حدوث الأزمة، كنا أنّ الدّولة تعمل على الإستعداد للأزمات التّي ترى إمكانية حلولها.[2]

2. مرحلة الإستجابة :

هذا يكون خلال الأزمة، وهنا تكون الدّولة مُجبرة على رعاية المواطنين الذين قد تمسّهم الأزمة مع ضمان حمايتهم وتمكينهم من الحصول على متطلّبات الحياة من الأكل والشرب والدواء. وهذا يشمل كذلك الأفراد الساهرين على تقديم الرّعاية الصحيّة. وفي مرحلة الإستجابة يظهر ما إذا كان تأهّب الدولة للأزمة ناجحا أم لا.

3. مرحلة الإنتعاش :

---

[1] Kohen Jamal Eddine et autres , « Crise Sanitaire et Stratégies de Communication, »sur: https://www.smar.ma/uploads/documents/CriseSanitaireStrateegiesdeCommunication.pdf ,consulté le(6-05-2022) .

[2] توفيق بوراس ، آسية بلخير ،" إدارة الأزمات الصحية في الجزائر : دراسة أزمتي الكوليرا (2018) وكورونا (2020)، "**المجلة الجزائرية للأمن و التنمية** ، م.10 ، ع.3 (جويلية 2021) ، ص ص. 34-49 .

هنا تكون الأزمة قد حُلّت، النّظام الصّحي قد عاد لما كان عليه قبل الأزمة، ويمكن القول أنّ الأزمة الصحية في مرحلة الإنتعاش عندما تكون هناك رعاية صحيّة مكفولة لكافة السّكان، خاصة الذّين قد ألحقت الأزمة بهم ضرر.[1]

بالإضافة لتقسيم المنظمة العالمية للصّحة، وتوجد العديد من التقسيمات من بينها التقسيم الآتي للدّكتور **ثيموتي كومبس Timothy Coombs** (دكتور وباحث في علم الأزمات في جامعة تكساس)، وقسّمها على النّحو التالي:

1. مرحلة التخطيط:

وهي المرحلة التي يتم فيها تكثيف الجهود لغرض تحقيق القدرة على مواجهة الأزمات الصّحية، ويندرج فيها: التّدريب المكثّف للعاملين، التنسيق بين مختلف هياكل الصحّة العامة، ترصّد مدى جاهزية المؤسّسات الصحية للتّعامل مع مخلّفات الأزمة ...[2]

2. مرحلة مواجهة الأزمة الصحية:

تشمل هذه المرحلة عملية جمع المعلومات من الهيئات المكلّفة بالصحّة العامة على كافة الأصعدة (محّليا، إقليميا...)، والتنسيق مع مختلف المؤسّسات السياسية والإدارية ذات العلاقة، مع تشكيل فريق يُدير الأزمة الصّحية وتحديد مختلف الأدوار فيه. بالإضافة لوضع خطة لمجابهة الأزمة تكون من أهدافها الأساسية الرّفع من جاهزية المستشفيات والمؤسّسات الصحيّة للتّصدي للأزمة.

3. مرحلة التنفيذ :

وهي المرحلة التي يتم فيها تطبيق القرارات التي تمّ إتّخاذها في مرحلة مواجهة الأزمة، بعدما سبقته عملية جمع المعلومات والتحليل والتّشخيص والتعرّف على أسباب الأزمة، وأيضا بعد تحديد الأهداف المرجوة من الخطّة التي سيتمّ تطبيقها .

4. مرحلة التقويم:

---

[1] **المكان نفسه** .

[2] بوراس ، بلخير ، **مرجع سابق** ، ص ص .34-49 .

في مرحلة التقويم يتمّ العمل على إعادة تأطير الإختلالات التي صاحبت عملية التنفيذ، وذلك بعد معرفة نقاط القوّة والضعف التي عرفتها الخطّة، فبعد الخروج من الأزمة تقوم الجهات المسؤولة بإجراء تقييم شامل لأداء مختلف الجهات والأطراف والهيئات المكلّفة بالصحّة التي من ضمنها: المستشفيات، طواقم الإسعاف... وفي هذه المرحلة يتمّ تحديد مختلف الأسباب التي أدت إلى حدوث الأزمة الصحية بدقّة، الأمر الذي سيساعد في عدم حدوثها مستقبلا من خلال التغذية الإسترجاعية.[1]

عند المقارنة بين التقسيمين المذكورين، يتمّ إستنتاج أنّهما يعبّران عن نفس الخطوات ولكن بطريقة مختلفة، فالتقسيم الأوّل الرّاجع للمنظمة العالمية للصحّة إعتمد ثلاثة مراحل: التّخطيط، الإستجابة والإنتعاش، بينما الدكتور **Timothy Coombs** قسّمها إلى أربعة مراحل: وهي التخطيط، المواجهة، التنفيذ ثمّ التقويم. فالتخطيط في التقسيم الأول يعادل التخطيط والمواجهة من التقسيم الثاني، ومرحلة الإستجابة من التقسيم الأوّل هي نفسها المواجهة والتنفيذ من التقسيم الثاني، أمّا الإنتعاش في التقسيم الأوّل فيشمل التقويم والتّغذية الإسترجاعية من التقسيم الثاني. هذا ما يُلخّص أنّ الأزمات الصحيّة بالرّغم من الإختلاف في الخصائص، لابدّ أن تمرّ بثلاث مراحل أساسية تبدأ بالإحتياط ثمّ المواجهة وتنتهي بزوال الأزمة.

[1] **المرجع نفسه** ، ص ص .34-49 .

المطلب الثاني: آليات الجزائر في التعامل مع الأزمات الصحية

I. مستويات التعامل مع الأزمات الصحية

أي دولة في العالم، حتى تلك التي توجد بها أعلى مستويات الصحّة يمكن أن تواجهها أزمة صحيّة، قد تعود أصولها لمصادر مختلفة: أصل بيولوجي، كيميائي، إشعاعي (نووي)... أو تلك المحمولة عن طريق: الأشخاص مثل متلازمة الإلتهاب الرئوي الحاد SARS، الأنفلونزا، شلل الأطفال...)، الحيوانات، البضائع، المواد العذائية ... فتعمد الدّولة إلى التصدي لهذه الأزمة بكافة الإمكانيات التي بحوزتها، وتعمل على تحقيق ذلك عبر ثلاثة مستويات:

- **المستوى الرئاسي:** الذي يتدخل فيه رئيس الدولة في القضايا ذات التّأثير القوي والخطير، وعدم التدخّل فيها قد يؤدّي إلى تأزّم الوضع أكثر.
- **المستوى القومي:** وهو أقل درجة من المستوى الأوّل، يشمل المسؤولين الذين هم تحت سلطة الرّئيس، ويتولّون التّعامل مع الأزمات ذات أهمية وتأثير أقلّ لا تستدعي تدخّل رّئيس الدّولة.
- **المستوى المحلي:** الذي تندرج ضمنه البلديات والوحدات الصّغرى في الدّولةّ، تتولّى هي الأخرى التّعامل مع المشكلات التي تنحصر في المستوى المحلي، لكن في حال تضخّم الأزمة وتصبح الأزمة خطيرة يجب تدخّل رئيس الدّولة.[1]

II. تعامل الجزائر مع الأزمات الصحيّة :

التوصّل للطرق والإجراءات التي تتّبعها الدّول لمواجهة أي أزمة، يستدعي العودة للتّجارب الأزماتيّة التي مرّت بها من قبل، وكيف تمكّنت من حلّها، إذ يمكن أن تتشكّل الأزمة الصحيّة لأسباب عديدة، فمثلا الفيروسات وإنتشارها يخلق أزمة صحية، الكوارث

[1] حميدة عدوم ، " إدارة الأزمات على المستوى المحلي بالجزائر – أزمة فيروس كورونا (كوفيد 19) نموذجا ،" **المجلة الجزائرية للأمن و التنمية** ، م.10 ، ع.3(جويلية 2021) ، ص ص. 50-63 .

الطبيعية بمختلف أنواعها تؤدّي إلى أزمة صحيّة، مواد غذائية فاسدة، إنبعاث الغازات الخطيرة ...

في هذا الجزء سيتمّ التّركيز على الأزمات الصّحية ذات الصّبغة الوبائية، والتي عرفت الجزائر الكثير منها. وفي توّضيح هذا سيتمّ الإعتماد على مجموعة الإجراءات التي إعتمدتها الجزائر خلال إحدى الأزمات التي واجهتها، من بينها أزمة الكوليرا سنة 2018، وكذا الإجراءات التي إتّبعتها خلال جائحة كورونا التي سيتمّ التّفصيل فيها في الفصل الخاص بأزمة كورونا.

من أهمّ الإجراءات التي قامت بها الدّولة الجزائرية للتصدّي لوباء الكوليرا:

- تشكيل خلية أزمة على مستوى وزارة الصحّة، وإطلاق عملية التّحقيق الوبائي.
- إنشاء لجنة وطنية مشكّلة من وزارة الداخلية ولجان ولائية.
- إنشاء خلايا الأزمة في مختلف المناطق في الوطن، من ولايات وبلديات شهدت تفشي كبير للوباء.
- عزل المصابين في أقسام الأمراض المعدية في الولايات الموبوءة.[1]

هذا يؤكّد أنّ الجهات المختصة إتبعت خطط وبرامج عديدة للتّقليل من الأضرار الناجمة عن هذا الفيروس، ولكن هذه الخطط تخلّلتها الكثير من نقاط القصور، والدّافع لذكر الإجراءات التي إعتمدتها الدّولة خلال أزمة الكوليرا هو أنّها في غالب الأزمات التي تتعرّض لها وبالرّغم من أنّ لكل أزمة خصوصيتها تنتهج تقريبا نفس الحلول، إلّا إذا تعلّق الوضع بأزمة ذات طابع وبائي فتّاك (حالة الفيروسات)، والتي تعتبر أحد أخطر أنواع الأزمات الصحيّة لكون التحكّم فيها يستدعي إعتماد مخطّط للتّلقيح ضدّها، أي العمل على توفير اللقاحات والمضادات وإلّا سيزداد الوضع تأزّما، ويبقى تأكيد هذا مرتبط بإجراءات مواجهة فيروس كورونا في الفصل الموالي.

عدم التوسّع في هذا العنصر راجع لكون الدّولة الجزائرية تعتبر المعلومات المرتبطة بالفترات الأزماتية معلومات خاصة، ما صعّب من عملية الوصول إليها

[1] بوراس ، بلخير ، **مرجع سابق** ، ص. 34 –49 .

المبحث الثاني: واقع ومضامين المخطّط التّلقيحي في الجزائر

المطلب الأوّل: ما هو مخطّط التّلقيح

I. تعريف اللّقاح والتّلقيح:

ظهر علم اللّقاحات سنة 1976م على يد **جوناس سالك Jonas Salk**، هو علم يتفرّع إلى تخصّصين أساسين هما:

- **علم العدوى:** الذي يدرس الأمراض المعدية والأوبئة الناجمة عنها وكذا الأمراض القابلة للتّحصين.
- **علم المناعة:** الذي يدرس جهاز المناعة وآلية عمل اللّقاحات.[1]

أمّا بالنّسبة للّقاح فهو تحضير متكوّن من مضادات جرثومية لغاية تحفيز مناعة وقائية ودائمة للجسم ضدّ مرض أو فيروس ما، الغرض منه جعل الجسم هو المُنتِج للأجسام المضادة في حالة تعرّضه للإصابة. ويُعرف كذلك بأنّه أسلوب تحصين فعّال يتمّ تلقّيه عبر جرعات، قد يكون إلزاميا في بعض الحالات.

أمّا التّلقيح فهو العمل الطبّي الذي يتمّ من خلاله إعطاء جرعات اللّقاح للأشخاص، يشترط أن يكون المُلقِّح شخصا من العائلة الطبية، ومن شروط عملية التّلقيح تزويد الشّخص الذي سيتلقّى اللّقاح بالمعلومات الخاصة بذلك اللّقاح.[2]

يُعرف على اللّقاح بأنّ عملية صنعه والتّأكد من نجاعته تستغرق الكثير من الوقت قد تصل لعشرة سنوات أو أكثر، وتمرّ هذه العملية بعدّة خطوات تتمثّل في:

- **الخطوة الأولى:** إختبار اللّقاح على الحيوانات لمعرفة ما إذا كان فعّالا وآمنا أم لا (قد تدوم لستة أشهر) .

---

[1] Aisi Lamine , **Les actions sanitaires de la vaccination en Algérie de 1962 à nos jours Cas : Service de prévention EPSP de BORDJ-MENAIEL** , mémoire de master (université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou : Faculté des sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion , 2020) , p.52.

[2] **المرجع نفسه** ، ص .53.

- **الخطوة الثانية:** إختبار اللّقاح على البشر من خلال تجارب سريرية لمعرفة مدى سلامة اللّقاح.
- **الخطوة الثالثة:** التأكّد من سلامة اللّقاح وفعاليته من خلال تجربته على عدد كبير من النّاس.[1]

II. الهدف من التّلقيح:

يعتبر التّلقيح أحد أحدث الطّرق الوقائية التي أصبحت تعتمد عليها الأنظمة الصحية لغرض التّقليل من حجم الإصابات بالأمراض خاصة المعدية منها، ولأغراض أخرى عديدة منها:

- ✓ أوّل شيء يخدمه اللّقاح هو حماية الأفراد على المدى القصير والطّويل من العواقب السّلبية التي قد تنتج عن إصابتهم بأمراض معينة.
- ✓ يساهم في تشكيل مناعة القطيع، والمقصود بهذا أنّ اللّقاح سيحقّق الحماية الصحيّة للجميع، من بينهم الأشخاص الذين لم تستوفهم شروط التّلقيح لظروف معيّنة (قد تكون العمر أو موانع طبيّة)، وهذا يكون من خلال تزايد عدد الأفراد الذين تمّ تحصينهم بنجاح، ما يعني أنّها تمنع التّداول المستمر لمسبّبات الأمراض داخل المجتمع.
- ✓ منع الأمراض والأوبئة من الوصول للأجيال المقبلة، ما سيعفي الدّولة من الأعباء المالية التي كانت ستخصّصها لتصميم البرامج الوقائية.[2]

III. المخطّط التلقيحي في الجزائر:

---

[1] تلعيش ، **مرجع سابق** ، ص .188 ، 189.

[2] Lea Atzinger , Wofram Henn , «A classification of the aims of vaccination and its relevance to transgenerational justice ,»
in :**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182301/#:~:text=Vaccines%20as%20instruments%20of%20individual,infection%20with%20a%20particular%20pathogen**.,**(29-04-2022)**.

مخطط التلقيح هو برنامج تعدّه الدّولة وتُؤطّره وتتّبع طريقة سيره، غايتها الأولى منه تقديم خدمات التّطعيم الجيّد والفعّال للسّكان، وهذا يتطلّب بالدّرجة الأولى وجود مهارات قوية من ناحية الإدارة، التّسيير وكذا أداء العمّال.

ميزة مخطّطات التّلقيح أنّها كثيرا ما تتعرّض للتّغيير خاصة فيما تعلّق بظهور لقاحات وتقنيات جديدة، إضافة إلى تأثّره بعوامل أخرى كالإصلاحات الصحية. ولضمان إستمرار هذا المخطّط بنجاح، على الهيئات المسؤولة أن تعمل على أقلمة الوضع مع هذه التغيّرات ما يستدعي تبنّي إستراجيات فعّالة ومدروسة بدقّة مع وجود أشخاص متخصّصين في: التّعامل مع هذا النوع من المشاكل، في التّخطيط واتّخاذ القرار، في إدارة الموارد المالية والبشرية، في التنفيذ التقييم والإشراف على الخدمات.

تعمل مخطّطات التلقيح وفق أهداف وبرامج السلطات الصّحية المحلية بالتماشي مع الإستراتيجيات الإقليمية والعالمية. وتتقدّم هذه الإستراتيجيات الخطّة العالمية للّقاحات **PAMV (plan d'action mondial pour les vaccins)**، التي أُدرِجت فيها إستراتيجيات التّطعيم الرّئيسية، إضافة **لبرنامج التّطعيم الموسّع**[1]. وهو برنامج أطلقته منظّمة الصّحة العالمية بالتّضامن مع صندوق الأمم المتّحدة للطّفولة، به 47 دولة إفريقية عضوة من بينها الجزائر، كان هدفه جعل اللّقاحات متاحة لكافة الأطفال في العالم وتطعيم ما نسبته 80 % من الأطفال أقلّ من عمر السّنة بحلول 1990م.

في بداياته سعى لمحاربة الأمراض التالية: السّل، الديفتيريا، الكزاز، السّعال الديكي، شلل الأطفال والحصبة. والدّول المنخرطة في البرنامج هدفت لمحاربة الأمراض الستة المذكورة أعلاه، ولكن لكلّ دولة الحقّ في إضافة معايير أخرى في برامجها وفق وضعيتها الوبائية.[2]

هذا كان فيما يرتبط بالمخطّط التّلقيحي عموما، أما في الجزائر، فلطالما كان التّطعيم أحد الإهتمامات الرّائدة لوزارة الصحة والسّكان وإصلاح المستشفيات، لإعتبار أنّ التّلقيح

[1] Organisation Mondiale de La Santé, **Plan d'Actions Mondial pour les vaccins 2011-2020**, 2020 ,p .5-9.

[2] Mhatef Abdelkrim , **Programme Elargi de Vaccination (oms 1974)** , cours de graduation (Université de Sétif : faculté de Médecine , 2020 /2021) p .3-6 .

يشكّل أحد المكوّنات الأساسية لضمان الحقّ في الصّحة ولكونه عامل مهمّ للتّقليل من عدد المرضى والوفيات .

فقد عرف المخطّط التلقيحي في الجزائر الكثير من المراحل بدءا من فترة الإستقلال التي تبعتها تغيّرات كثيرة إلى الوقت الحاضر، وهي على النحو التالي:

المطلب الثاني: مخطّط التّلقيح في الجزائر

1. **تطوّر المخطّط التّلقيحي في الجزائر :**

- **سنة 1966م:** تمّ إتّخاذ أوّل إجراء على الصّعيد الوطني فيما يخصّ اللّقاحات، وذلك بتعميم لقاح **BGC** المضاد لداء السّل.[1]
- **سنة 1969م:** صدور مرسوم وزاري رقم 69-88 بتاريخ 19 جوان، تمّ به إقرار إلزامية التّطعيم ضدّ كل من السّل، الخنّاق، الكزاز والسّعال الديكي، لتُضاف إليهم الحصبة سنة 1985م.[2]
- **من سنة 1972م إلى 1974م:** إطلاق أوّل حملة وطنية للتّلقيح ضدّ شلل الأطفال مع وضع مديريات تقنية لمراقبة هذه الحملة.
- **سنة 1979م:** إنشاء هيئة للترصّد الوبائي.
- **سنة 1985م:** صدور مرسوم يجعل التّطعيم ضدّ الحصبة إلزاميا في سنّ التّسعة أشهر، وفي هذه الفترة تمّ القضاء على الجذري بصفة نهائية.
- **سنة 1988م:** إطلاق برنامج وطني ضدّ مرض الكساح (ليونة العظام عند الأطفال).
- **سنة 1993 م:** البرنامج الوطني للقضاء على شلل الأطفال.
- **سنة 1997م:** مرسوم وطني يقضي بضبط جدول التّطعيم الجديد ضدّ شلل الأطفال في أعمار مختلفة: عند الولادة، في سنّ 6 سنوات، 12 و18 سنة. [3]

---

[1] République Algerienne Démocratique et Populaire , Ministère De La Santé , De La Population Et De La Réforme Hospitalière , **Actualisation du calendrier national de vaccination** , 2018 .

[2] مهاتف، **مرجع سابق** ، ص. 100 .

[3] **المكان نفسه .**

- **سنة 2000م:** إدخال اللّقاح ضدّ "**إلتهاب الكبد لفيروسي ب**".[1]
- **سنة 2007م:** بداية إعتماد اللّقاح ضدّ أحد أصناف الأنفلونزات المعروف ب **أنفلونزا الهايموفيلوس،** بالإضافة إلى تطبيق جدول التّطعيم الجديد المعتمد حتّى اليوم(2022).
- **سنة 2014م:** تحديث جدول التّطعيم من قبل **اللّجنة الفنية الإستشارية الوطنية للتّحصين CTNCV،** وفقا للتّوصيات الدّولية والبيانات الوبائية للدّولة، ممّا أدّى إلى إدخال أربعة لقاحات جديدة ضدّ: الحصبة الألمانية، النّكاف (عدوى فيروسية)، العدوى بالمكوّرات الرئوية والتّطعيم ضدّ إلتهاب الرّئة.[2]
- **سنة 2018م:** صدور أمر بتاريخ 19 شوال 1439هـ الموافق ل 3جويلية 2018م يحدّد الجدول الزّمني للتّطعيم الإجباري ضد بعض الأمراض المعدية.[3]

هذا فيما يخص التطوّر الزّمني الذّي مرّ به المخطّط التلقيحي قبل فترة كورونا، لكن إنطلاقا من سنة 2020 بدأ المخطّط التّلقيحي في الجزائر يركّز كافة جهوده على الأزمة الوبائية ،كورونا.

2. اللّقاح ضدّ كوفيد – 19:

ركّزت الدّول الكبرىج في العالم منذ ظهور فيروس كورونا على محاولة إيجاد اللّقاح المناسب له، ولكن بالنّظر لكون عملية إنتاجه تستدعي إتّباع خطوات معيّنة، لم يكن بمقدور هذه الدّول تطوير اللّقاح في فترة تقلّ عن ستة أشهر، وهي أقصر مدّة يمكن فيها إنتاج اللّقاح، كون هذه العملية تستغرق عموما من 12 إلى 18 شهر، وإذا تمّت الموافقة على لقاح معيّن فإنّ إنتاجه وتوزيعه وتطعيم النّاس به حول العالم يستغرق بعض الوقت أيضا، خاصة وأنّ الأفراد لم يكتسبوا من قبل مناعة ضدّ الكوفيد، فمن المحتمل أن يتمّ تلقي عدّة جرعات من اللّقاح مع وجود فترات فاصلة بينهم، ويبدأ الجسم في الإستجابة للّقاح بعد حوالي أسبوعين من تلقّيه.

---

[1] وزارة الصّحة و السكان و إصلاح المستشفيات ، **مرجع سابق.**

[2] **المكان نفسه .**

[3] مهاتف ، **مرجع سابق** ، ص. 100 .

كما واجه العلماء خلال عملية إنتاج اللّقاح المضاد لفيروس كورونا مجموعة من التحدّيات تتمثّل في: [1]

- **التأكّد من سلامة اللقاحات:** حيث تمّ إختبار العديد من اللقاحات على الحيوانات، ومن نتائج ذلك تحسّن حالة العديد من الحيوانات، لكن في المقابل لم تمنع العدوى، كما تسبّبت بعض اللّقاحات في حدوث مضاعفات خطيرة خصوصا على مستوى الرّئة.
- **توفير وقاية طويلة الأمدّ:** حيث أنّه من الوارد بعد الإصابة بفيروس كورونا والتّعافي منه، الإصابة مجدّدا به بعد أشهر أو سنوات، وبالتالي حتى يكون اللّقاح فعال يجب أن يضمن وقاية طويلة الأمدّ ضدّ العدوى .[2]
- **حماية كبار السّن:** إذ أنّ الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن الخمسين عاما هم الأكثر عرضة للإصابة بأعراض حادة في حالة إصابتهم بالفيروس، وكذلك إستجابتهم للّقاحات أقلّ كفاءة مقارنة مع صغار السّن.[3]

أ. لقاح فيروس كورونا في الجزائر:

سار على النّحو التالي:

- **يوم 30 -12-2020:** الحصول على اللّقاح الرّوسي Spoutnik V.
- **13-01-2021:** تقديم طلب للحصول على اللّقاح الصيني.
- **تاريخ 04-2021:** إقتناء 25 مليون جرعة من اللّقاح وإنشاء منصّة وطنية خاصّة بالتّلقيح من طرف وزارة الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات.
- **يوم 21-05-2021:** 758.400 جرعة جديدة من لقاح AstraZeneca و170000 جرعة إضافية من لقاح Spoutnik V.

---

[1] تلعيش ، **مرجع سابق** ، ص .189 .

[2] **المرجع نفسه** ، ص .186 .

[3] **المكان نفسه** .

- **يوم 23-07-2021:** الحصول على 2.4 مليون جرعة إضافية من لقاح CoronaVac من المخبر الصيني Sinovac.
- **سبتمبر 2021:** الحصول على 206.000 جرعة إضافية من اللّقاح Spoutnik V.
- **أكتوبر 2021:** تمّ تلقيح 10,2% من أفراد المجتمع، وهنا حقّقت الجزائر إحدى تعليمات منظّمة الصحة العالمية، وهي التمكّن من تلقيح نسبة 10% من إجمالي السّكان.[1]
- **جانفي 2022:** تلقيح ما نسبته 16.5% من المواطنين بجرعة واحدة على الأقلّ.
- **24 أفريل 2022:** تزايد نسبة الأفراد الملقّحين ل17.9%.[2]

[1] Mouffouk Najet , COVID-19 Expérience de l'Algerie , présentation dans le séminaire « **AFRAMED (VIH , Hépatites , santé sexuelle , Infection émergentes)** » , 19-21/11/2021 , HAMMAMET Tunisie , p .32-34 .

[2] Our World in Data , sur https://www.google.com/search?q=vaccination+covid+algeie&oq=vaccination+covid+algeie&aqs=chrome..69i57j0i13l2j0i22i30l7 , consulté le :(12-05-2022) .

المبحث الثالث: الفواعل المطبِّقة للمخطّط التّلقيحي في الجزائر

تخضع السياسة الصّحية في الجزائر قبل عملية تنفيذها، للعديد من الدّراسات والتّحليلات، سيتم بموجبها تقصي مدى نجاعة هذه السياسة وفعالية تطبيقها، حيث تختلف الجهات التي تتولى القيام بهذه العملية من دولة لأخرى، حسب طبيعة نظامها السياسي، فالجزائر تُسند عملية إتّخاذ القرارات فيما يخصّ سياساتها القطاعية، للوزراء الذين يرأسون هذه القطاعات. وبإعتبار أنّ المخطّط التلقيحي في الدّولة ما هو إلا سياسة عامة صحية، فبالتّالي هي تُشكّل جزء من السياسة العامة للدّولة.

المطلب الأوّل: صياغة المخطّط التلقيحي في الجزائر

تنشأ مختلف هياكل ومشاريع قطاع الصّحة، بالتّوافق مع الإحتياجات الصحيّة للسّكان وكذا الخصائص الإقتصادية والإجتماعية لمختلف المناطق. وتحت إشراف الوزير المكلّف بالصّحة، تقوم لجنة يُحدّد أعضائها الوزير بإعداد خريطة صحية (هي الأداة التي يتمّ من خلالها تصميم البرامج المتعلّقة ب: الوقاية من الأمراض في جميع المستويات، تشخيص المرض وعلاجه، إعادة تكييف المرضى، التّربية الصحية...) ومن خلال هذه الخريطة يتمّ التصميم.[1]

يكون إعداد الخريطة الصحية بناء على معطيات إيبيديمولوجية علمية مع تقصّي الطريقة التي إنتشر بها المرض. وفي فترة الأزمات تقوم مديرية الدّراسة والتّخطيط المرتبطة بالأمانة العامة لوزارة الصّحة بإعداد قائمة الإحتياجات الصحيّة بالتّعاون مع مختلف معاهد الدّراسات التابعة لوزارة الصّحة، مثل المعهد الوطني للصّحة العمومية الذي يُزوّد الوزارة بكل المعطيات والدّراسات اللاّزمة. [2]

هذا في حالة الأزمات الصّحية التي عرفتها الجزائر سابقا، لكن في حالة أزمة كورونا تعاملت الدّولة مع الوضع بإتّباع آليات مختلفة سيتمّ التوسّع فيها في الفصل الثّالث. وبما أنّ الفواعل التي نظّمت للمخطّط التّلقيحي إختلفت فإنّ الفواعل التي تطبّقه تختلف أيضا.

المطلب الثاني: تنفيذ المخطّط التلقيحي في الجزائر

تتولى عملية تنفيذ السياسات الصحية في الجزائر على إختلاف مضامينها هيئات مختلفة، مثلا السياسة الدّوائية تُكلف بها الأجهزة الصيدلانية وهيئاتها، وسياسات مكافحة التّبغ تتعاون كلّ من هيئات الدّفاع الطّاقم الصحّي في القضاء عليها... أمّا المخطّط التّلقيحي فهو الآخر تتشارك عدّة أجهزة في العمل على تطبيقه كما يجب، تتمثّل في:

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

[1] قندوز ، **مرجع سابق** ، ص.49 ، 50.

[2] المكان نفسه .

- وزارة الإعلام والإتّصال.
- وزارة الدّفاع الوطني.[1]

هذا يتبيّن من خلال الآليات المطبّقة لإحتواء الأزمة (المفصّل فيها في الفصل الموالي)، حيث أنّ هذه الآليات كانت قد عملت الدولة على تطبيقها من خلال هاته الوزارات الثلاثة، وكان لكلّ منها مهام معيّنة:

- **وزارة الإتّصال:**

كانت مهمّتها الأولى إعلام الجمهور وتوعيته حول الفيروس ومخاطره والطّرق المتّبعة للوقاية منه، وكان هذا عبر أجهزة مختلفة: التّلفزيون، مواقع التّواصل الإجتماعي، الرّاديو، الملصّقات...، الغرض من ذلك هو التّقليل من عدد المصابين، وتوعية أفراد المجتمع بضرورة تلقي اللّقاح في أقرب الآجال.

- **وزارة الدّفاع :**

عمل وزارة الدّفاع كان مرتبط بضمان تطبيق ما تنصّ عليه الحكومة من تدابير وقائية، ومعاقبة المخالفين لذلك. وهذا يتجلّى في كلّ من تدابير الحجر الصّحي وإجراءات العزل الصّحي والتّباعد الإجتماعي، كما قامت بمهام أخرى غير ذلك كتقديم المساعدات في عمليات إسعاف المصابين بالفيروس.

- **وزارة الصّحة والسكان وإصلاح المستشفيات:**

كانت هي المسؤولة الأولى عن عملية إحتواء الفيروس، لكون الأزمة ذات طابع صّحي، ففي بداية إنتشار الفيروس طبّقت هذه الوزارة مجموعة إجراءات تهدف إلى التّقليل من عدد الإصابات، وبعد توصّل الدّول الكبرى للّقاح، وشروعها في تطبيق مخطّطات تلقيحية ضدّ فيروس كورونا. إتّخذت هذه المخطّطات طابع الإلزامية كجزء من الخطّة العالمية المطبّقة لإحتواء الفيروس، في الواقع لم تكن هناك أي تعليمة أو أمر صادر عن

[1] **إعداد الباحثة**

المنظّمة العالمية للصّحة تفرض التّلقيح، لكن كإحدى المعايير الوقائية، لم يكن أمام الجزائر إلا أن تخضع لما فرضه الفيروس من مجريات وتطبّق المخطّط التّلقيحي.

وفي هذا الصّدد كان قد أكّد المدير العام لمعهد باستور أنّ الإقبال على التّلقيح بكثافة يعتبر ضرورة حتمية، وأنّ إرتفاع نسب التّلقيح سيؤدّي إلى تحقيق مناعة القطيع أو المناعة الجماعية.[1] وقد عملت على تطبيق هذا المخطّط العديد من الهيئات والمؤسّسات، سعت الدّولة إلى زيادة عددها لتقليص فرص التّطعيم الضائعة، كما استهدف المخطّط التّلقيحي بالدّرجة الأولى: [2]

- موظّفي الصّحة العمومية، الشّبه عمومية والخاصّة: أي كلّ عمّال القطاع الصّحي بإعتبارهم الجيش الذّي سيتمّ من خلاله التصدّي للفيروس.
- موظّفي القطاعات الإستراتيجية في الدّولة.
- الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة.
- الأشخاص الذّين بلغوا 65 سنة فما فوق.[3]

كان تقديم أوّل جرعة تلقيح ضدّ فيروس كورونا في أحد مراكز الصّحة في ولاية البليدة تحت إشراف وزير الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات السّيد **عبد الرّحمان بن بوزيد**، ثمّ بدأت هذه العملية في التّوسّع بالتّدريج.

تمّ تنفيذ حملة التّلقيح الوطنية ضدّ الكوفيد – 19 عبر:

- **العيادات المتعدّدة الخدمات والمستوصفات:**

---

[1] وكالة الأنباء الجزائرية ، " **كوفيد-19: ضرورة التلقيح واحترام الاجراءات الوقائية لمواجهة الجائحة** ،" في : **https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/120057-19** ، تارخ الإطّلاع (22-05-2022)

[2] Ministère De le Santé , La Population Et La Réforme Hospitalière , « **Protocole de la vaccination COVID19 en Algérie** » , sur https://www.sante.gov.dz/images/Prevention/cornavirus/formationsvaccincovid19/5--Module-5-1--lieux-de--vaccination-et-personnel-impliqu-.pdf , p3 , 22-05-2022 .

[3] المرجع نفسه ، ص 2 .

وتشمل كل المؤسّسات التي تقدّم خدمات الرّعاية الصّحية للمواطنين، تأتي في مقدّمتها مراكز التّطعيم ضدّ الأنفلونزات الموسمية. حيث قامت الحكومة بأمر كل المستشفيات والعيادات سواء كانت عمومية أو خاصّة، بتقديم اللّقاحات ضدّ فيروس كورونا.

- **وحدات التّطعيم SEMEP:**

وهي قسم الوبائيات والطّب الوقائي تُختصر مهامه في:

- الترصّد والسيطرة الوبائية.
- تطوير الطّب الوقائي.
- الحرص على تعميم النّظافة في المؤسّسات الإستشفائية.[1]

وبإعتبار أنّ هذا القسم تمّ إنشائه لخدمة التخصّص الوبائي في الجزائر، تمّ تكليفه أيضا بمهمّة تقديم اللّقاح.

- **فريق الطّب المهني:**

هو ذلك الفريق الطّبي الذي يكون تابعا للمؤسّسات العامة وحتى الخاصّة في الدّولة، تكمن مهمّته في تقديم الخدمات الصّحية والإسعافات الأوّلية للأشخاص الذين يشتغلون بتلك المؤسّسات.

- **الفرق الطبية المتنقّلة:**

وهي فرق متكوّنة من طاقم طبّي تمّ تشكيله للتنقّل بين المناطق لتقديم اللّقاحات، برز بقوّة خلال أزمة كورونا،[2] والهدف الرّئيسي من هذه الفرق هو إيصال اللّقاح وضمان تغطية صحيّة أفضل للسّكان المتناثرين، كسكّان مناطق الهضاب العليا والصّحراء، إضافة لسكان البلديات المعزولة في الدّولة.[3]

---

[1] Djamel Zoughailech , « **LE SEMEP: Le Socle Scientifique De La Santé Publique En Algérie ,»** sur : https://semep25chu.weebly.com/preacutesentation.html ,consulté leM (22-05-2022) .

[2] وزارة الصّحة و السّكان و إصلاح المستشفيات ، **مرجع سابق** .

[3] **المكان نفسه** .

خلاصة الفصل:

تعتبر الأزمات الوبائية الأكثر شيوعا بين الأزمات الصّحية، فهي تجعل الجهات المسؤولة في الدّولة مضطرّة إلى دراسة ومعرفة منطلقاتها وأصولها وكيفية إنتشارها وسبل الوقاية منها، مع السّعي لتبنّي آليات تخدم الوضع وتقلّص من حجم الخسائر المحتملة. وهذا النوع من الأزمات يتطلّب بالضّرورة إعتماد مخطّطات وحملات تلقيحية مدروسة جيّدا، تتشابه من حيث المضامين لكن كل دولة تتّبع طريقة خاصة في تطبيقها، إعتمادا على مقدراتها المالية وكذا التّركيبة الثّقافية وكيفية تجاوب أفراد المجتمع معها. لذلك توجد دول لاقت إستحسانا من المواطنين حيال حملات التّلقيح، بينما أخرى قوبِلت فيها هذه الحملات بالرّفض الشّديد.

فقد عرفت الحملات التّلقيحية في الجزائر منذ بداياتها صيرورة جيّدة، بينما في آخر هذه الحملات وعندما تعلّق الوضع بالتّلقيح ضدّ فيروس كورونا تمتّ مواجهة الكثير من التخوّفات لوجود خصوصيات معيّنة ميّزت الوضع، ما قلّص من فعالية المخطّط التّلقيحي وأدّى إلى إتّخاذ تدابير جديدة فيما يتعلّق بعملية إعداده ونتفيذه.

الفصل الثالث

دراسة حالة أزمة كورونا في الجزائر و فعالية المخطّط التّلقيحي

خطّة الفصل:

الفصل الثالث: دراسة حالة أزمة كورونا في الجزائر وفعالية المخطّط التّلقيحي

المبحث الأول: جائحة كورونا في الجزائر وإجراءات مواجهتها

المبحث الثاني: تفاعل المجتمع الجزائري مع المخطط التلقيحي

المبحث الثالث: مدى نجاعة المخطّط التّلقيحي خلال أزمة كورونا

تمهيد:

واجهت الجزائر إضافة إلى الكثير غيرها من الدّول أحد أفتك الفيروسات التّي عرفتها البشرية، فيروس لا يوجد حكم يقيني حول مصدره، إلاّ أنّه من المؤكد أنّ فيروس كورونا له خصائص مغايرة ومختلفة مقارنة مع الفيروسات الأخرى. كانت إنطلاقته الأولى في الصّين تحديدا ثمّ بدأ في التوسّع رويدا رويدا في مختلف مناطق العالم ليخلق بذلك حالة طوارئ عالمية، جعلت الشعوب كلّها في حالة ذعر من التّعرّض للإصابة به والموت.

كان الشّعب الجزائري ضمن هذه الشّعوب، ما دفع الدّولة الجزائرية إلى إعتماد عدّة تدابير للتّعامل مع الفيروس، خاصة في ظل إكتسائه لحالة من الغموض، فيما إرتبط بأصله، علاجه، موعد زواله، ما صعّب من العملية. وبعدما كان المخطّط التلقيحي في الجزائر يتعامل فقط مع الأوبئة والفيروسات المألوفة، أصبحت الدّولة مجبورة على أقلمته مع بيئة جديدة فرضها فيروس جديد.

كان أهم ما ميّز كلّ هذه العملية هو السّرعة، التّي سبّبت إرتباكا لكل من الدّولة والمواطنين، هذا ما أدّى إلى ردود فعل مختلفة بين أفراد المجتمع، بالرّجوع لخلفياتهم وإديولوجياتهم وأيضا لتخوّفهم من نتائج هذا اللّقاح لأسباب مختلفة.

المبحث الأول: جائحة كورونا في الجزائر وإجراءات مواجهتها

المطلب الأوّل: جائحة كورونا في الجزائر

I. تعريف جائحة كورونا (covid-19):

مفهوم الجائحة:

الجائحة هي مؤنث للجائح، جمعها (جوائح، جائحات)، ومعناها اللغوي يشير إلى التهلكة والمصيبة والبلاء. أما من الناحية الإصطلاحية فتستخدم للإشارة لكل مرض عالمي جديد، سريع الإنتشار ويصعب التحكم فيه. والإختلاف بين إصطلاح الجائحة والوباء يكمن في أنّ الوباء قد ينحصر في منطقة جغرافية معينة أو في مجموعة من الدول، بينما الجائحة تجتاح مساحة واسعة دون التوقف في منطقة معينة، وبالتالي حالة كورونا تطلق عليها إمّا تسمية جائحة أو وباء عالمي.

ما هو فيروس COVID-19:

- **تعريف الفيروس:**

كلمة **VIRUS**، كلمة لاتينية جاء بها **لويس باستور Louis Pasteur**، وتعني السّم. يمكن للفيروسات أن تصيب جميع أنواع الكائنات الحية من النّباتات والحيوانات والبكتيريات. والفيروس هو عامل ممرّض صغير يتميّز بسهولة الدّخول إلى داخل الكائنات الحيّة، هذه الفيروسات قد تتحوّل **لوباء عالمي Pandemic** ، التي تعني جميع النّاس (Pandemic)، وتتميّز بسرعة الإنتشار وإصابة مساحات كبيرة من العالم.[1]

- **تعريف كوفيد-19:**

هو عبارة عن سلالة كبيرة من الفيروسات، تهاجم بالدرجة الأولى الجهاز التنفسي لدى الإنسان وقد تمس كذلك الكائنات الحيوانية، حيث تختلف درجة الخطورة من نزلة برد عادية إلى إستعصاءات تنفسية أكثر وخامة يصعب التعامل معها قد تؤدي إلى الوفاة أحيانا.

[1] محمّد ديدوس سمير البرغيسي الأزهري ، **من الطاعون إلى فيروس كورونا** (بيروت: دار الكتب العملية، ط.1 ، 2020) ،ص .21-23.

صنّفته منظمة الصحة العالمية يوم 11 مارس 2020م بأنّه جائحة. وينتقل هذا الفيروس غالبا بطريقتين: مباشرة، عن طريق الملامسة الشخصية للمريض مثلا، وغير مباشرة، يُساهم في إنتقالها طرف ثالث أو وسيط. وفي حالة فيروس كورونا الطّريقة المباشرة هي الأكثر شيوعا، ما يستدعي الحرص على إحترام مسافة الأمان (متر ونصف عل الأقلّ) ومجموعة الإجراءات الوقائية الأخرى.

تبدأ أعراضه في الظّهور بعد حوالي 5 أيام من الإصابة عموما والتي تبدأ بحمّى متبوهة بسعال جاف، وبعد حوالي أسبوع يبدأ المصاب بالشّعور بضيق في التنفس ما يستدعي العلاج في المستشفى لأنّ الوضع قد يزداد تأزّما ويتحوّل إلى إلتهاب رئوي حاد أو قصور وظائف بعض الأعضاء في الجسم ما قد يؤدّي إلى الوفاة.[2]

كورونا هو فيروس حيواني المصدر يُعتقد أنّه انتقل من الجمال إلى البشر، ومن أعراضه الشائعة :

- حمّى، سعال، إرهاق، فقدان حاسة الشّم والذّوق، آلام في الحلق والرّأس، إحمرار العينين، إسهال...[3]

ظهر هذا الفيروس لأوّل مرّة في مدينة " **يوهان** " الصينية سنة 2019 ، ليلصل في غضون أشهر إلى كافة بقاع العالم ويتحوّل لجائحة مهدِّدة للإستقرار العالمي.

ترجع تسمية هذا الفيروس ب COVID-19 إلى:

CO: هما أول حرفين من كلمة CORONA.

VI: أول حرفين من كلمة VIRUS.

D: أول حرف من كلمة DISEAS والتي تعني مرض بالإنجليزية.

---

[2] نعيم بوعموشة، "فيروس كورونا(كوفيد) 19 في الجزائر – دراسة تحليلية–"، **مجلّة التّمكين الإجتماعي** ، م.2، ع.2 ، (جوان 2020)، ص ص .113-151.

[3] Organisation Mondiale de la Santé , « CorronaVirus, » sur : **https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1** , consulté le (06-06-2022).

19: لأنه ظهر في سنة 2019 [4]

II. الجوائح عبر التاريخ

مرّت البشرية عبر عصور مختلفة بأوبئة تفاوتت نسبة خطورتها، أودت معظمها بحياة الملايين من الأفراد، يُرتب تسلسلها التّاريخي على النحو التالي:

1. طاعون عمواس 640 م:

ظهر في بلدة "**عمواس**" بالقرب من القدس وحصد حياة ما يقارب 30 ألف شخص من سكانها. ترجع شهرة هذا الوباء للطريقة المحنكة التي كان قد تعامل بها الصحابي عمر بن الخطاب رضي الله عنه معه، إذ قام بمنع الدخول والخروج من البلدة، وهذا يتشابه مع ما يطلق عليه اليوم بالحجر الصحي وبالتالي هو أسلوب تمّ تبنيه منذ مئات السنين وليس بطريقة مستحدثة.[5]

2. طاعون جستنيان 541م – 750م :

انتقل هذا الفيروس إلى مصر من مكان مجهول، ثم بدأ في الإنتشار، قتل ما بين 30 إلى 50 مليون شخص ما يساوي نصف سكان العالم أنذاك. والسّبب الرّئيسي وراء إنتشاره السّريع هو الطريقة الغير سليمة التي كان يُدفن بها المصابين.[6]

3. طاعون الموت الأسود 1300م:

ظهر في الصين وتراوح عدد ضحاياه بين 70 و200 مليون شخص، ساد أنذاك إعتقاد بأن المسيحيون هم المسؤولون عن هذا الطاعون فكان يتم قتلهم، كما كانت تقوم الدّول التي لم يصلها الطاعون بتعليق علاقاتها مع الدّول الموبوءة لتفادي وصوله إليها وكذلك كانت تعزل كل مريض أو حالة مشبوه فيها لمدّة أربعين يوم، وهذا يشبه ما قامت

---

[4] كاتية بوروبة ، " الأثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا: الإجراءات المتخذة والتدابير المقترحة حالة الجزائر، " **مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية** ، م.12 ، ع.1 ، (جانفي 2021) ، ص ص.194-216 .

[5] بوعموشة ، **مرجع سابق** ، ص ص .113-151

[6] **المرجع نفسه** ، ص ص .113-151 .

به الكثير من الدّول في فترة كورونا لمنع إنتشاره، وكان لهذه الإجراءات أثرا إيجابيا ساهمت في القضاء عليه.[7]

4. طاعون لندن العظيم 1665م:

كان ظهوره في هولندا سنة 1664م ثمّ وصل إلى لندن عبر السّفن التجارية، قتل حوالي ربع سكان المدينة، إذ هرب منها كبارها ونبلاؤها بينما مُنِع هذا على المواطنين العاديين، كما تمّ منع خروج المصابين من منازلهم وكانت توضع على أبوابهم إشارة للتحذير من الاقتراب منه، لكّن في مقابل هذا كانت تموت كلّ العائلة نتيجة إصابتها بالعدوى.[8]

5. الجذري ق15 – ق17:

هناك إختلافات كثيرة حول التاريخ الحقيقي، تراوح عدد ضحاياه بين 300و500 شخص، كانت هناك طريقة لعلاجه قائمة على أخذ مكوّنات من جلد الشّخص المريض ووضعها في ذراع الشّخص الرّاغب في التّحصين، هي طريقة لاقت الكثير من الانتقاد والرّفض خاصة في أوروبا، لكنّها عرفت إستجابة بعد ذلك. وبمرور الوقت وتنّوع التجارب والدّراسات تمكّن الباحثين من التوصّل للقاح ضدّ الجذري لِتُسجَّل آخر حالة سنة 1977م في الصومال، ويتّم الإعلان من طرف المنظّمة العالمية للصّحة عن نجاح البشرية في التغّلب على الجذري.[9]

6. الكوليرا 1817م– 1823م:

يعتبر الكوليرا إحدى الأوبئة التي لم يتّم تخطّيها حتّى الآن(2022)، وهو مرض بكتيري كان أوّل ظهور له في البنغال (شرق الهند وبنغلاديش)، عدد ضحاياه كانت بالملايين، حيث تمّ إنتاج لقاح ضدّه لكنّه لم يكن مجديا واستمر هذا الوباء في الإنتشار، وحسب إحصائيات المنظّمة العالمية للصّحة، الكوليرا يُصيب بين 1.4

---

[7] **المكان نفسه .**

[8] **المرجع نفسه** ، ص ص .113-151 .

[9] **المكان نفسه .**

مليون و4 مليون شخص سنويّا ويتسبّب بمقتل ما يبتراوح ما بين 21ألف و143 ألف شخص، وينتشر بكثرة في المناطق التي ظروفها المعيشية متدنّية والفقيرة.[10]

7. الأنفلونزا الإسبانية 1918م – 1919 م:

ظهرت في أواخر الحرب العالمية الأولى، هناك نظريات إدّعت نشوبه في الصّين ومن ثمّ إنتقاله إلى القارة الأمريكية، ونظرا لوجود قيود إعلامية في تلك الفترة كانت إسبانيا أول دولة تحدّثت عن الوباء لإتّباعها مبدأ الحياد في الحرب، و بالتالي أُنسِب الوباء إليها لإعتبارها الأولى التي صرّحت به، بالرّغم من أنّه كان قد قتل الآلاف قبل أن تُعلِن عنه إسبانيا، وفي أماكن غيرها، كما حصد هذا الوباء ما يُقارب حياة 50 مليون شخص معظمهم لم يتخطّوا سنّ 65 سنة، وأصابت حوالي 500 مليون شخص حول العالم.[11]

8. المتلازمة التّنفسية الحادة الوخيمة (سارس) 2002م:

تتشابه هذه المتلازمة في تركيبها الوراثي مع فيروس كورونا إلى درجة كبيرة، ظهرت سنة 2002م جنوب الصّين، أصابت حوالي 8 آلآف شخص وقتلت أكثر من 700 شخص حول العالم، لكنّها إختفت سنة 2003م وأعلنت المنظّمة العالمية للصّحة عن إحتواءها.[12]

9. أنفلونزا الخنازير 2009 م– 2010 م:

ظهر لأوّل مرّة في المكسيك سنة 2009م لدى مزارعون يعملون في تربية الخنازير، وهناك من أرجعوا أصل هذا الفيروس إلى أنّ الأنفلونزا الإسبانية سنة 1918م قد أصابت أنذاك الخنازير كذلك، وتحوّرت بفعل الوقت ثمّ إنتقلت مرّة أخرى للإنسان. حيث حذّرت منظّمة الصّحة العالمية من خطورة هذه الأنفلونزا وسرعتها في الإنتشار، ففي سنة 2010م قُدِّرت نسبة الوفيات بها ب 18500 شخص حول العالم، ولكن جاءت بعدها

---

[10] **المرجع نفسه** ، ص ص .113-151 .

[11] **المكان نفسه .**

[12] **المرجع نفسه** ، ص ص .113-151 .

دراسات مُؤكِدة بأنّ الأعداد الحقيقية فاقت 100 ألف شخص، وتمّ لاحقا التوصّل للقاح ضدّها.[13]

10. فيروس إيبولا 2014م -2016م:

ظهر لأوّل مرّة سنة 1976م في جمهورية الكونغو في قرية قريبة من نهر إيبولا الذي أُطلِقت تسمية الفيروس عليه، وفي السودان كذلك لكنّه تلافى تدريجيا، ليظهر مرّة أخرى سنة 2014م في غينيا وينتقل إلى عدّة دول إفريقية أخرى، حصد أكثر من 11 ألف شخص، وحتّى الآن لا يوجد علاج له غير الرّعاية الصّحية الجيّدة.[14]

آخر سلسلة الفيروسات التي عرفتها البشرية هو فيروس كورونا الذي يمثّل الموضوع الرئيسي الذي إنبثق منه المخطّط التّلقيحي المتمحور حوله موضوع الدّراسة.

المطلب الثاني: كرونولوجيا انتشار فيروس كورونا في الجزائر

بعد أن بدأ فيروس كورونا في التوسّع والإنتشار بين مختلف الدّول في العالم قامت منظّمة الصحة العالمية بإتّخاذ بعض القرارات أهمّها كانت الإعلان عن حالة طوارئ عالمية تثير قلقا دوليا،[15] وبالفعل قد خلق هذا الفيروس حالة ذعر بالنّسبة لكافة الدّول من ضمنها الجزائر.

سُجِّلت أوّل حالة في الجزائر تحديدا في ولاية البليدة التي سُميت في تلك الفترة ببؤرة الفيروس، لتصبح الدّولة مُلزمة على الحيطة والحذر ممّا يمكن أن ينجرّ عن هذا الفيروس، خاصة في ظلّ عدم وجود علاج واضح له، فكانت مجموعة الإجراءات التي قامت بها كما هي موضّحة في الجدول الآتي وفق تسلسل زمني:

---

[13] **المكان نفسه .**

[14] **المرجع نفسه** ، ص 113-151 .

[15] Guillaume Le Floch , **Covid-19 , approches de droit public et de science politique** (Boulogne : berger levraut , 1 ere édition , 2021) , p .45 .

الجدول رقم 02 : تطوّر تفشي فيروس كورونا في الجزائر

التّاريخ	الحدث
يوم 25 فيفري 2020	تمّ إكتشاف أوّل حالة مصابة بفيروس كورونا في الجزائر.
يوم 29 فيفري 2020	صدور تعليمة متعلّقة بتشديد المراقبة في مراكز الدّخول وفي المؤسّسات الصحية.
يوم 3 مارس 2020	تمّ إحصاء 16 حالة مصابة.
يوم 7 مارس 2020	قام الرّئيس الجزائري عبد المجيد تبون خطاب على الشّعب بخصوص أزمة وباء كورونا.
يوم 10 مارس 2020	تمّ منع التجمّعات.
يوم 12 مارس 2020	كانت فيها أوّل حالة وفاة بالفيروس، وتمّ في هذا اليوم: • غلق كلّ من المدارس والجامعات ومراكز التّكوين. • تعليق الرّحلات مع: المغرب، إيطاليا، إسبانيا وفرنسا.
يوم 17 مارس 2020	غلق كلّي للمساجد.
يوم 18 مارس 2020	صدور تعليمة حول إجراء حجر صحي لمدّة 14 يوم للأشخاص القادمين من الدّول التي انتشر فيها الفيروس في أماكن تخصّصها الدّولة، وتتولى ضمان المستلزمات الصّحية فيها، تضمّن كذلك كيفية التّعامل مع حالات الوفاة بسبب الإصابة بالفيروس.
يوم 19 مارس 2020	- توقيف كافة وسائل النّقل الجماعية. - تسريح 50% من العمّال مع إستمرار حصولهم على الأجور، 91 وتوفيق بعض المهن الحرّة كالحلاقة،

	المطاعم... - غلق المراكز التجارية ومراكز التسلية.
يوم 21 مارس 2020	إنشاء لجنة وطنية لرصد ومراقبة تطوّر الوباء.
يوم 22 مارس 2020	صدور مرسوم تنفيذي ينصّ على بداية تطبيق الحجر المنزلي في الولايات الموبوءة.
يوم 23 مارس 2020	الغلق الكلّي لولاية البليدة ومنع الدّخول إليها والخروج منها.
يوم 2 أفريل 2020	تمديد فترة الحجر الصحّي لغاية 19 أفريل، وغلق ولايات أخرى إضافة لولاية البليدة، مع غلق جزئي لولايات أخرى.
يوم 10 أفريل 2020	بداية الحصول على معدات طبية من أقنعة وأجهزة تنفسية.
يوم 19 أفريل 2020	تمديد فترة الحجر الصحّي لغاية 29 أفريل
يوم 8 جويلية 2020	صدور تعليمة رقم 13 تتعلّق بإجراءات مراقبة ورعاية الأشخاص المخالطين لحالات كوفيد -19.
يوم 19 أوت 2020	صدور تعليمة متعلّقة بتحديث شروط وأحكام مراقبة وكشف الحالات المصابة.
يوم 30 نوفمبر 2020	رفع تعليق الرّحلات الداخلية.
يوم 3 جانفي 2021	السّماح بالتّنقل بين الولايات.
يوم 1 جوان 2021	الفتح الجزئي للحدود.
يوم 19 أكتوبر 2021	رفع الحجر الصحّي.
بداية من شهر نوفمبر 2021	بعد التّراجع الكبير في عدد الحالات، بدأت في التّزايد مرّة أخرى وهي الموجة الرّابعة من الفيروس.

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على

Mouffouk Najet , **COVID-19 Expérience de l'Algerie** , présentation dans le séminaire **« AFRAMED (VIH , Hépatites , santé sexuelle , Infection émergentes) »** , 19-21/11/2021 , HAMMAMET Tunisie , p 14-28.

تجب معرفة أنّ فيروس كورونا هو فيروس متحوّر، أي أنه مع مرور الوقت تحدث فيه تحوّلات جينية، ولكلّ متحوّر تسمية خاصّة أبرزهما "**دلتا وأوميكرون**".

المطلب الثالث: إجراءات مواجهة فيروس كورونا في الجزائر

عمدت الدولة الجزائرية إلى التّصدي للفيروس من خلال آليات مختلفة تتمثّل في:

1. الآلية القانونية و التنظيمية:

أ) قرارات رئيس الوزراء:

نصّ المرسوم التّنفيذي رقم 20-69 المؤرّخ في 21 مارس 2020م، والمتعلّق بتدابير الوقاية من إنشار فيروس كورونا على:

- تحديد تدابير التّباعد الإجتماعي الموجّهة للوقاية من الوباء.
- وجوب تطبيقها على كافة التّراب الوطني.
- تنظيم النّقل وتعليق مجموعة من أشكاله (النقل الجماعي، النّقل عبر السّكك الحديدية، النّقل بين البلديات والولايات...).

تضمَّن أيضا المرسوم تعليق بعض النّشاطات التّجارية، كما أعطى صلاحيات واسعة للوالي بما يخوّله من إدارة الأزمة الصحية التي تحت سلطته، مع تسخير كافة الإمكانيات المادية والبشرية في إطار المصلحة العامة.[16]

ب) تنصيب لجنة متابعة ورصد الوباء:

[16] تلعيش ، **مرجع سابق** ، ص. 213-214.

بتاريخ 21 مارس 2020 وبأمر من رّئيس الدّولة **عبد المجيد تبّون**، تمّ تنصيب لجنة برئاسة وزير الصّحة **عبد الرّحمن بن بوزيد**، تتشكّل هذه اللّجنة من:

- **عمار بلحيمر** وزير الإتّصال.
- **عبد الرحمن لطفي بن باحمد** وزير منتدب مكلّف بالصّناعة الصيدلانية.
- **الدكتور جمال فورار** جمال فورار النّاطق الرّسمي للّجنة.
- **الدكتور محمّد بقات بركاني** رئيس مجلس عمادة الأطبّاء.
- **الدّكتور طواهرية عبد الكريم** رئيس مجلس عمادة الصيادلة.
- **الأستاذ مصباح إسماعيل** خبير في الأمراض المعدية.
- **الأستاذ يوسف نذير** مختصّ في علم الأوبئة.
- **الأستاذ مهياوي رياض** مختصّ في التّخذير والإنعاش.
- **الأستاذ فواتيح زوبير** مختص في علم الأوبئة والطّب الوقائي.
- **الدّكتور أخموخ إلياس** مختصّ في الأمراض المعدية.

مع إمكانية الإستعانة بأفراد خارج اللّجنة إذا كانوا سيفيدون في سير أشغالها.[17]

ت) إجتماع المجلس الأعلى للأمن:

وتقرّر فيه ما يلي:

- **على المستوى الوطني:**

- غلق كلّ المقاهي والمطاعم والمحلاّت بإستثناء محلاّت المواد الغذائية وأي مُخالف لهذا القرار ستُسحب منه رخصته.
- غلق قاعات الحفلات والقاعات العائلية.
- وجوب إحترام مسافة الأمن الإجبارية على الأقلّ 1 متر مع أمر الإدارات المحلية بتطبيق هذه التّعليمة.
- منع تنقّل سيارات الأجرة عبر كامل التّراب الوطني.

[17] **المرجع نفسه** ، ص .215.

- إعداد قوائم في المؤسّسات الصحية للمتطوّعين الرّاغبين في تقديم العون بما في ذلك الأطبّاء الخواص، عمّال المجال الشّبه طبّي.
- إستحداث لجنات ولائية تُنسّق عمليات الوقاية من الفيروس في المستويات المحلية.

▪ **على مستوى ولاية البليدة (الولاية الموبوءة الأولى):**

- حجر تام في البيوت لمدّة 10 أيّام قابلة للتّمديد.
- يجب أن تكون الخرجات الإستثنائية مرخّصا بها من طرف السّلطات (الدّرك أو الأمن الوطني).
- وضع حواجز للمراقبة الأمنية.
- إتّخاذ إجراءات إستثنائية بتموين السكّان.

▪ **على مستوى ولاية الجزائر(الولاية الموبوءة الثانية):**

- فرض حجر صحي من السّاعة السابعة مساءا إلى السّابعة صباحا من اليوم الموالي.
- منع كلّ التجمّعات لأزيد من شخصين.[18]

2. الآلية الصحية:

يعتبر **معهد باستور** المؤسّسة الأولى التّي تُعنى بالأزمات الصحية ذات الطّابع الوبائي في الجزائر، أُنشِئَ سنة 1984م مقرّه بالتّحديد بدالي براهيم في الجزائر العاصمة، وله فروع في مناطق مختلفة.

عمل هذا المعهد في فترة الأزمة على الكشف عن مسبّبات الفيروس وعن العيّنات الحاملة له، ولكن قوّة الأزمة واتّساعها منعته من إداراتها، وبالتالي قامت الدّولة بالسّماح لمختلف الفروع على المستوى الوطني بتقديم اللّقاح، مع تمكينها من الحصول على التّجهيزات والوسائل اللاّزمة.

في تاريخ 7 مارس من نفس السّنة تمّ توزيع 400 جهاز لإجراء إختبارات الكشف السّريع، وفي تاريخ 27 مارس في إطار التّعاون بين الحكومة الجزائرية والحكومة الصينية قامت الدّولة الجزائرية بإستقبال فريق طبّي صيني مختصّ في مكافحة فيروس كورونا

[18] **المرجع نفسه** ، ص. 216-218 .

يتكوّن من 12 طبيب و8 مساعدين، جلب معه عدّة مساعدات وأجهزة طبية متطوّرة، لكنّ كلّ هذه الإجراءات لم تمنع إلى درجة كبيرة من إنتشار الفيروس.[19]

3. الآلية الإعلامية:

ففي فترة الأزمات، كثيرا ما يسعى النّاس لإيجاد مصبّ إعلامي موثوق فيه يزوّدهم بالمعلومات المرتبطة بالفيروس كعدد حالات المصابين والوفيات، وفي هذ الصّدد طوّرت وزارة الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات بالتّعاون مع منظّمة الصّحة العالمية خطّة إعلامية، عملت على إنشاء مركز وطني لإستقبال المكالمات على رّقم مجاني (30-30)، تلقّى هذا المركز العديد من المكالمات للتّساؤل حول الفيروس وطرق إنتقاله ووسائل الوقاية منه، وفي نفس الخطّة طوّرت إعلانات تمّ بثّها في كلّ من الإذاعة الوطنية والتّلفزيون وعلى شبكة وزارة الصّحة. بالإضافة لصنع كتيبات وملصّقات تمّ بها إستهداف المسافرين والعمال في الموانئ والمطارات وكذا الموظفين في الأماكن التي تعرف إكتظاظا كبيرا. كما أصدرت وزارة الصّحة تعليمات لمديريات الصّحة المحليّة لتنظيم حملات توعوية حول الفيروس.[20] ومن الأعمال الأخرى التي قامت بها:

أ) تنصيب خلية دائمة للمتابعة واليقظة:

قام وزير الإتّصال بتاريخ 16 مارس 2020 بتنصيب هذه الخلية وهي خاصة بالوقاية ومكافحة تفشي الفيروس، مهمّتها تسخير جميع الوسائل الضرورية من أجل ضمان حماية المواطنين وتتكفّل هذه اللّجنة ب:

- رصد المعلومات المرتبطة بالوقاية من الفيروس ومكافحته.
- إعداد تقرير يومي يتمّ تسليمه للأمانة العامة والتّكفل بإيصال الطّلبات الصّادرة عن المؤسّسات.
- إقتراح الأعمال التي ستحسّن من الجانب الإعلامي.

---

[19] **المرجع نفسه** ، ص .219،220 .

[20] **المرجع نفسه** ، ص 204،206

4. الألية الأمنية :

في هذا الصّدد كان رئيس الأركان الجزائري قد قام بتفقّد مدى تنفيذ تدابير الوقاية من فيروس كورونا، كما تمّ تهيئة الجيش الوطني الشّعبي وتدريبه لبلوغ الجاهزية العملياتية العالية وعلى التدّخل في الحالات الطّارئة لضمان التكفّل الطبي اللاّزم بالمصابين سواءا كانوا مدنيين أو عسكريين لتخفيف العبء على المنظومة الصحية. كما تولت أجهزة الصحة العسكرية القيام ببعض الإجراءات من بينه تأجيل العمليات الجراحية الغير عاجلة وتسريح كافة المرضى الذّين تسمح حالتهم الصحية بالرّعاية الخارجية وقامت أيضا بإلغاء كافة العطل الإستثنائية، مع إنشاء قسم خاص بالفحص المتعلّق بفيروس كورونا وتجهيز قسم الإنعاش بأَسِرّة خاصة بالمصابين.[21]

[21] **المرجع نفسه** ، ص. 211-212 .

المبحث الثّاني: تفاعل المجتمع مع المخطط التلقيحي الوطني

تعتبر أزمة كورونا أوّل أزمة إستطاعت أن تشمل كلّ الدّول في القرن الواحد والعشرين، حيث حتّمت هذه الأخيرة على كافة الدّول إتّخاذ إجراءات وقائية ضدّ الفيروس، أوّلها كان إجراء الحجر الصّحي الذّي تمّ بموجبه منع التّنقل بين الدّول وداخلها، ما أدّى إلى حالة جمود كلّي في العالم، خاصة في إقتصادات الدّول، وركود في مشاريعها خاصة التّجارية منها، ما فرض في نفس الوقت حتمية التوقّف عن العمل.

هذا أحدث حالة هلع وذكر عالمية، إذ بدأ العالم يتّخذ مجريات جديدة، فالأفراد أصبحوا يتسارعون لتخزين المواد الغذائية وضروريات الحياة، ما أدّى لخلق أزمة أخرى وهي أزمة إرتفاع الأسعار. هذا الوضع أكّد مدى أنانية الإنسان عندما يرتبط الأمر بإحتمالية إصابته بخطر ما، كما أزّم العلاقات بين الأفراد وهدّد الرّوابط الإجتماعية، وبالرّغم من أنّ الأزمة هي صحيّة بالدّرجة الأولى إلّا أنّ آثارها إنعكست على باقي الميادين.[22]

الملاحظ أيضا في هذه الأزمة أنّ النّظام الأخلاقي الغربي الذّي يدّعي المثالية قد ظهرت هشاشته، ويمكن إبراز هذا في حرمان كبار السّن من العيش، تحت ذريعة أنّ أجسامهم غير قادرة على تحمّل الإصابة لفترة طويلة وأنّ الشّباب هم الأولى بالرّعاية وبالحصول على الأجهزة التّنفسية، لكون إحتمال بقائهم على قيد الحياة أكبر مقارنة مع كبار السّن.

ومن الأزمات الإجتماعية التي خلقتها أزمة كورونا، تزايد نسب الطّلاق الذّي كان سببه في غالب الحالات العنف المنزلي الذّي أودت إليه الضّغوطات النّفسية، التي فرضها فيروس كورونا على الأفراد نتيجة منعهم من الخروج من المنزل.[23]

كان الوضع على هذا الحال خصوصا في الفترة التّي لم يكن فيها اللّقاح ضدّ الكوفيد موجود، لكنّ بعد التوصّل إليه، بُثّت الطّمأنينة في نفوس الأفراد بأنّه هناك بصيص أمل قد

---

[22] علي سهدي عبد الزّهرة جبير ، " الآثار الإجتماعية لجائحة كورونا ،" **مجلّة الحقوق و العلوم السياسية جامعة خنشلة**، م. 8، ع.1 (14-01-2021)، ص ص.26-46.

[23] **المرجع نفسه** ، ص.26-46.

يقيهم من الفيروس، لكن عملية إيصال اللّقاح لمختلف الدّول في العالم إستغرقت بضعة أشهر. وبوصول اللّقاح إلى الدّول، أصبحت تجبر موطنيها على تلقّيه، خاصة الأوروبية منها التّي قيّدت كل نشاطات مواطنيها باللّقاح، أي أنّ الأشخاص الذين يرفضون تلقّي اللّقاح هم محرومين من مزاولة أنشطتهم العادية، أبسط مثال لهذا: منعهم من الدّخول للمحلّات التّجارية دون بطاقة التّلقيح، المنع من السّفر، المنع من دخول المطاعم ومراكز التسوّق. وهذه السّياسة شملت الجزائر كذلك خاصة في الفترة التي ارتفع فيها عدد الحالات.

المطلب الأوّل: إستبيان حول أراء المواطنين حول المخطّط التّلقيحي

إعتمدت الدّراسة للتوصّل لمختلف الآراء والإنطباعات حول المخطّط التّلقيحي على إستبيان استهدف عيّنة عشوائية من النّاس، ضمّت أفراد من مختلف الأعمار والتوجّهات والمستوى التّعليمي، يتم فيها التركيز على الجنس أو المنصب أو المستوى التّعليمي، لإعتبار ذلك المخطّط شامل وموجّه لكلّ الفئات ولم يخصّ فئة معيّنة. كان الغرض من جعلها عشوائية بلوغ أقصى درجة من الصّحة فيما يخص خلفية الأفراد تجاهه، وبلغ عدد هذه العّينة 70 شخص، وكان هذا الإستبيان على النّحو التّالي:

1. معلومات متعلّقة بالمصابين بالكوفيد:

الجدول رقم 03 : معطيات حول المصابين بالكوفيد -19

	عدد المصابين	عدد مرّات الإصابة	عدد الملقّحين
معلومات حول المصابين	48 من أصل 70	- 29 أصيبوا مرّة واحدة - 19 أصيبوا أكثر من مرّة	- 20 من أصل 70 - 9 لم يصابوا من قبل
النسب المئوية	% 69	% 60 أصيبوا مرة % 40 أصيبوا أكثر من مرّة	% 29 ملقحين من العدد الإجمالي - % 45 لم يصابوا من قبل - %55 أصيبوا من قبل

المصدر : من إعداد الطالبة بالإعتماد على نتائج الإستبيان

الجدول رقم 04 : أسباب قبول الأفراد للتّلقيح

	القبول بسبب التخوّف	القبول لإعتباره ضرورة	القبول إجبارا
عدد الأشخاص	7 من أصل 20	11 من أصل 20	2 من أصل 20
النّسب المئوية	% 35	% 55	% 10

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على نتائج الإستبيان

2. معلومات حول قابلي اللقاح :

عدد الأشخاص الذين أخذوا اللّقاح من أصل العدد الإجمالي للعيّنة هو 20 شخص، وما يجب التّنويه إليه أنّ المقصود بالإجبار هو وجود ظروف حتّمت على المواطن تلقّي اللّقاح كإجراءات السّفر مثلا.

الجدول رقم 05: جدول يوضح مدى شعور الأفراد بالأمان بعد التّلقيح

	هل تشعر بالأمان بعد تلقّي اللّقاح ؟	**نعم**	**لا**
عدد الأشخاص	20 من أصل 70 شخص تلقّوا اللّقاح	16	4
النّسب المئوية	29 %	80 %	20 %

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على نتائج الإستبيان

3. معلومات حول أسباب رفض التّلقيح :

الجدول رقم 06 : أسباب رفض الأفراد للتّلقيح

	الرّفض بسبب التخوّف	**الرّفض لأسباب أخرى**
عدد الأشخاص	27 من أصل 50	23 من أصل 50
النسب المئوية	54 %	46 %

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على نتائج الإستبيان

الجدول رقم 07: جدول يوضح مدى شعور الأفراد بالأمان بعدم تلقي اللّقاح

هل تشعر بالأمان بعدم تلقّي اللّقاح ؟	نعم	لا
عدد الأشخاص	44 من أصل 50	6 من أصل 50
النّسب المئوية	88 %	12 %

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على نتائج الإستبيان

الجدول رقم 08: جدول يوضح مدى إعتقاد الأفراد بخطورة اللّقاح

هل تعتقد أن اللّقاح خطير على حياتك ؟	نوعا ما	لا
عدد الأشخاص	39 من أصل 50	11 من أصل 50
النّسب المئوية	78 %	22 %

المصدر : من إعداد الطالبة بالإعتماد على نتائج الإستبيان

المطلب الثاني: تحليل نتائج الإستبيان

من خلال نّتائج الإستبيان الموضّحة في الجدوال أعلاه، يمكن تحليل ردود الفعل المختلفة التي نتجت عن المخطّط التّلقيحي في الجزائر. أول ما تمت ملاحظته من هذا الإستبيان، كان أنّ عدد الأشخاص الملقّحين ضدّ الكوفيد هو عدد جد ضئيل مقارنة مع العدد الإجمالي للعيّنة بنسبة % 29، خاصة وأنّ نسبة المصابين بلغت 69%، أي أنّ أغلبية أفراد العينة كانوا قد أُصيبوا من قبل بالفيروس، % 60 منهم كانوا قد أُصيبوا مرة واحدة والباقي أصيبوا أكثر من مرّة، لكن النّقطة التي تستدعي التوقّف عندها، أنّ الأشخاص الذين قبلوا أخذ اللّقاح ما نسبته 45% منهم لم يصابوا من قبل، وبالتالي هنا لا يمكن التّصريح بأنّ الحالة الصحية الصعبة التي أوصلت إليها إصابتهم بالفيروس هي التي دفعت

هذه الفئة لقبول اللّقاح، وإنّما هذا يشير إلى وجود عوامل أخرى تحكمت في المواطنين وأقنعتهم باللّقاح. أول العوامل الت

إحتلت الصّدارة من حيث الترتيب هو عامل إعتبار أنّ اللّقاح ضروري بنسبة % 60، في الرّتبة الثانية بنسبة % 34 كان دافعهم لتلقي اللقاح هو الخوف من الإصابة، والباقي تلقوا اللّقاح نتيجة لوجود ظروف قاهرة أجبرتهم على ذلك كوثائق السّفر. هذا كان مرتبط بالأشخاص الذين لم يُصابوا من قبل وتلقوا اللّقاح، أمّا الأشخاص الذين أُصيبوا من قبل فكانت دوافع تلقيهم للقاح على النّحو التالي: 55% إعتبروه ضرورة، 35% كانوا متخوّفين و10% أجبرتهم الظّروف. ومن بين هؤلاء % 80 يشعرون بالأمان بعد تلقي اللّقاح و20% لا يشعرون بالأمان بعد، والملاحظ هنا أنّ عملية التّلقيح لم تسهم إلى أبعد حدّ في ضمان

الشّعور بالأمان لكل الأفراد الملقحين.

هذا كان مرتبط بالأشخاص الذين قبلوا أخذ اللّقاح، أما الفئة الأكبر فهي التي رفضت تلقيه نتيجة لعدّة أسباب، والتي بلغت نسبتهم 71%، وهو عدد يشكّل خطرا على نجاح الحملة التّلقيحية الوطنية، فهذه النّسبة تعتبر جدّ مرتفعة في مقابل متطلّبات المخطط التّلقيحي الوطني، خاصّة وأنّ عدد الجرعات المستوردة أكبر بكثير من عدد الأشخاص القابلين للتّلقيح.

% 54 من هؤلاء الرّافضين كانوا متخوّفين من اللّقاح بالدّرجة الأولى، وكان هذا العامل الأوّل الذي دفعهم للإمتناع عن أخذ اللّقاح في ظلّ وجود عوامل أخرى غير التخوّف، أدّت كلّها إلى التّقليل من نسب التّلقيح ضدّ فيروس كورونا، ومعظم هؤلاء الأفراد الرّافضين أقرّوا أنّ عدم أخذ اللّقاح يشعرهم بالأمان، أي ما نسبتهم 88% يشعرون بالأمان لعدم تلقّي اللّقاح عوض أن يكون تلقيه هو الذّي يبثّ ذلك الشّعور، وما يوضّح أكثر سبب رفضهم هو آخر أسئلة الإستبيان الذي إرتبط بمدى إعتقادهم أنّ اللّقاح خطير، والذي صرّح 78% منهم أنّهم يعتبرون اللّقاح خطير نوعا ما على حياتهم، وبالتّالي هذا يعتبر أيضا عامل آخر يوضّح سبب رفضهم.

لكن الأمر الذي تجب الإشارة إليه أنّ الإستبيان تمّ إجراؤه في الفترة الممتدّة من 10 إلى 25 ماي، وفي هذه الفترة كان الفيروس في حالة تلاشي، حيث بلغ متوسّط عدد

الحالات في اليوم حوالي 5 حالات، وهذا ما يفسّر نفور المواطنين من تلقّي اللّقاح، لكن في الفترات التي عرفت إرتفاعا كبيرا لعدد الحالات كانت نسب اللّجوء للتّلقيح مرتفعة، وبهذا يمكن إستنتاج أن العلاقة بين عدد الحالات المصابة وبين نسب قبول التّلقيح والتوجّه إليه، هي علاقة طردية كلّما إرتفع أحدها إزداد التوجّه للآخر.

المبحث الثالث: تقييم المخطّط التّلقيحي الوطني خلال أزمة كورونا

للقدرة على تقييم مدى نجاعة أي مخطّط، يجب تقصي كافة جوانبه، مراحله والإمكانيات التي أُتيحت خلال عملية تطبيقه، وإعتمادا على هذا يمكن الحكم على ما إذا كان ذلك المخطّط ناجحا أم لا.

المطلب الأوّل: تحليل واقع المخطّط التّلقيحي خلال أزمة كورونا

إنّ الحديث عن النّجاعة يستدعي بالدّرجة الأولى التطرّق لمفهوم التّقييم، حتى يسهل تحديد مدى نجاعة الظاهرة محلّ الدّراسة، والذي يشكّل هو الآخر أحد المراحل النّهائية في عملية صنع القرار، تسبقه مجموعة من الخطوات تبدأ بالتّخطيط، تحديد البدائل واختيار أفضلها، التّنفيذ ومن ثمّ التّقييم.

يعتبر مصطلح النّجاعة من بين المصطلحات التي لا يمكن تحديدها بدقّة وإنّما بصفة تقريبية، لكون كلّ مجال يُنسِب لها تعريف معيّن حسب منطلقاته، فالمقصود بها في الطّب مخالف لِما يُراد بها في علم الإجتماع، ومعاييرها في علم ما ليس بالضّرورة هي نفسها في علم آخر. فأهم عامل للنّجاعة في العلوم الإجتماعية يُستخلص في مدى تحقيق الأهداف بأقلّ الخسائر الممكنة مقابل أكبر قدر ممكن من النّتائج الإيجابية .

المخطّط التّلقيحي في الجزائر كانت من بين أولى أهدافه تلقيح أكبر عدد ممكن من المواطنين بغية التّقليل من عدد الإصابات وإحتواء الفيروس، لكن النّتائج المتحصّل عليها تبيّن أنّ هذا المخطّط لم يتمكّن إلى حدّ كبير من بلوغ أهدافه، وهذا ما كان موضّح في الإستبيان المنجز، الذّي بيّن أنّ نسبة % 29 فقط من المواطنين من وافقوا على تلقّي اللّقاح، في حين أنّ الحّد الأدنى الذي يمكن به القول بأنّ المخطّط التّلقيحي كان ناجحا يجب أن يعادل أو يفوق نسبة 70%. وهنا يكون عامل الإستجابة لهذه السياسة الصحية المطبّقة ضعيف ما يؤدّي إلى التقليل من نسب فعاليتها .

أيضا الأمر الذي يجب عدم تناسيه أنّ الخلفية المجتمعية في الجزائر هي عبارة عن أفكار كوّنتها تراكمات ناتجة عن أحداث تاريخية تبلورت عبر الزّمن، والحديث هنا يكون عن آثار مخرجات النّظام السياسي الجزائري التي خلقت مشكل عدم الوثوق فيه، هذا يؤكّد أنّ عملية صنع السياسات العامة في الجزائر لا تتمّ بأعلى درجة من الوضوح والشّفافية، لأنّ السياسات العامة يجب أن تتناول في علبتها السّوداء المطالب التّي يأمل المواطنون تحقيقها، لكن في غالب الأحيان المخرجات لا تكون متوافقة معها. هذا لا ينفي أنّ عملية صياغة

المخرجات تتحكّم فيها عوامل الزّمن والإمكانيات المادية والبشرية، لكن يجب أن يكون هناك حدّ أدنى من التّوافق بين المدخلات والمخرجات.

ومشكلة عدم الوثوق لم تقتصر فقط على النّظام السياسي وإنّما تعدّته إلى الخوف من التكتّلات والتّحالفات الدّولية، وهنا يخرج المشكل عن كونه محليّا ويصبح مشكلة دولية، لأنّ الجزائر ليست الوحيدة التي تخوّف شعبها من اللّقاح، فالكثير من الدول في العالم كانت تواجه صعوبة في إقناع مواطنيها بالتّلقيح، خصوصا تلك التي ترتفع فيها نسب الدّيمقراطية، كانت تواجه مشكل آخر وهو إنقسام الهيئة الإعلامية إلى فئة مؤيّدة للّقاح وأخرى رافضة له. بالتّالي أصبح الجانب الإعلامي لا يخدم كثيرا مصالح النّظام السياسي.

نقطة أخرى تنبغي الإشارة إليها، أنّ تراجع نسب التّجاوب مع المخطّط التّلقيحي كان أحد أسبابه عدم قوّة الجانب الإعلامي، وكونه مناسباتيا وحدثيا فقط. حيث يجب ألاّ يكون مقيّد فقط بالفترات التي ترتفع فيها الإصابات وإنّما يجب أن يكون حارصا على ضمان التواصل الدّائم مع المواطنين، حتى في فترات خمود الفيروس، ولا يكون مرتبط بالجانب الإحصائي فقط. حيث تمّت ملاحظة أنّ الإعلام خلال فترة فيروس كورونا كان مقتصر فقط على تقديم المعطيات الرّقمية للحالات مع تناسي التّوعية بأهمية التّلقيح وتبيان مدى أهميته. فهو لم يكن فعالا بالقدر المطلوب، ما سينعكس حتما على ردود أفعال المواطنين، وهنا يمكن إستنتاج أن الجانب الإعلامي لم يخدم المخطّط التّلقيحي المطبّق في الجزائر، بالرّغم من أنّ الحشد الإعلامي في الجزائر كان موحّدا ولم يخدم توجّهين كما حدث في العديد من الدّول الديمقراطية التي تترأّسها الولايات المتحدّة الأمريكية.

في ظل المعطيات السّلبية التي لم تخدم مصالح النّظام السياسي، عمل هذا الأخير على إتّخاذ مجموعة من الإجراءات أبرزها فرض اللّقاح في إجراءات السّفر، لكنّ كان إجراء غير كامل وعرف تطبيقا في بدايته فقط ليبدأ في التّلاشي بعدها.

طبعا لا يجب تناسي أنّ مشكلة الوثوق ليست مرتبطة كليةً بالنّظام السياسي، ولكن كذلك بالفترة الوجيزة التي تمّ فيها إنتاج اللّقاح، فاللّقاحات في الفترات العادية يتمّ إنتاجها والتأكّد من نجاحها بعد إتّباع عدّة خطوات، ومن ثمّ الشّروع في تسويقها، لكنّ المدّة القصيرة

التي تمّ فيها إنتاج لقاحات الكوفيد زادت من تشكيكات المواطنين، خاصة وأنّ هذه اللّقاحات دارت حولها الكثير من الإشاعات، فهناك من أقرّ أنّ اللّقاح قد أزّم من وضعه الصحّي بعدما كان في حالة صحية جيّدة، وإشاعات أخرى حول أنّ اللّقاح أدى إلى مقتل العديد من الأشخاص عبر أزمات قلبية دون إنذار مسبق، وهذا كان إحدى الأسباب التّي زادت من تردّد الأفراد، فلا يمكن إطلاق اللّوم كلّه على النّظام السيّاسي، هذا لا ينفي قصور سياساته وعدم إنجازه بما يتماشى مع المطلوب، لكن لا يمكن إنكار وجود عوامل أخرى كانت قد تحكّمت في ردود أفعال المواطنين وأعاقت عملية نجاح المخطّط التّلقيحي في الجزائر .

خلاصة الفصل:

منذ دخول فيروس كورونا إلى الجزائر، سعت السّلطات بمختلف هياكلها إلى مواجهته وإحتوائه بتدابير مختلفة، بدأت بالحجر الصحي ثمّ انتقلت إلى إجراءات أخرى، أبزرها كان مخطّط تلقيحي وطني سعت إلى تحقيقه بنجاعة لمواجهة أزمة كورونا.

يفسَّر معيار النجاعة بأنّه الأسلوب الذي تسعى إلى بلوغه مختلف السياسات العامة لتحقيق أهدافها بأقل قدر ممكن من الخسائر، وهذا كان مسعى الدّولة الجزائرية من خلال المخطّط التلقيحي الذي طبّقته، حيث تتكفّل جهات خاصة بدراسة السياسات الصحية المطبّقة وتحليلها بدقّة لمعرفة مدى توافقها مع الإحتياجات، لكن خلال أزمة كورونا، كان من الصّعب دراسة كافة جوانب هذا المخطّط لكونه مقيّد بالعامل الزّمني، والتفكير كان أنّه بدل إضاعة الوقت في معاينة هذا المخطّط وإستشراف آثاره، من المستحسن بداية تطبيقه لإنقاذ أكبر عدد ممكن من الأشخاص. لكن ما لم يكن في الحسبان أنّه لم يتم بعد التأكّد من فعاليته، وبالتّالي ليست هناك حماية أكيدة من الإصابة بالفيروس. خصوصا في ظلّ وجود عوامل عديدة أثبتت أنّ هذا المخطّط لم يصل إلى المستوى المطلوب من القبول من طرف المواطنين، وهذه نقطة توضّح أنّ هذا المخطّط التلقيحي لم يكن في مستويات عالية من النّجاعة خلال أزمة كورونا في الجزائر، بالرّغم من كونه أكبر إجراء تمّ تنفيذه للتصدّي.

خاتمة :

يعتبر الحقّ في الصحة أحد الحقوق الواجب ضمانها لكافة الأفراد، بغضّ النّظر عن توجّهاتهم، أصولهم، أديانهم وإيديولوجياتهم، فهو حقّ وجب على الدّولة تخويله لمواطنيها في أفضل الظّروف الممكنة، في مقابل ذلك يلتزم هؤلاء المواطنين بإتّباع التّعليمات التي تمليها السّلطات في سبيل تحقيق ذلك. فلطالما سعت المنظومة الصحية في الجزائر إلى العمل على كفل هذا الحقّ لمواطنيها، وهذا برز خصوصا في الفترة الممتدّة من سنة 2019 إلى سنة 2022، أين دخلت الدّولة في مواجهة مع وباء عالمي صعّب من مهامها وعرقل من عملية إستجابتها للمدخلات.

في هذه الفترة كان قطاع الصّحة مقيّد بعوامل كثيرة، أوّلها الوقت. فالحكم على منظومة الصّحة لا يجب أن يكون مقتصرا على هذه المدّة فقط، وإنّما يجب أن يتعدّاها إلى الفترات العادية، للجزم ما إذا كانت هذه المنظومة بحاجة إلى إصلاحات أم لا، وبالرّجوع للصيرورة التّاريخية ولتطوّر هذه المنظومة، يتسنّى للباحث معرفة أنّ هذه المنظومة ليست في أبهى حالاتها، خاصة بعد معرفة أنّ الطرق التي إعتمدتها لإحتواء مختلف الأزمات الصحيّة التي واجهتها، لم تشمل إجرءات وأساليب يميّزها الذّكاء والحنكة وإنّما أحاط بها الأسلوب الكلاسيكي في إدارة الأزمات.

من أهم المشاريع الصحية التي سعت الدّولة إلى تنفيذها منذ حصولها على إستقلالها، التّلقيح. فبالرّغم من الظّروف المستعصية التي سبّبتها آثار الحرب، إلّا أنّها كرّست جهودها لإنجاز مخطّط تلقيحي وطني يستفيد منه أفراد المجتمع، بجعل التّطعيم حقّ متاح للجميع. وفي سبيل تحقيق ذلك عملت على تخصيص هيئات وجهات معيّنة تتولّى مهمة السّهر على حسن سير هذا المخطّط وفق أطر قانونية محدّدة بموجب الدّستور. وهذا ما تمّ تطبيقه على حالة فيروس كورونا، بعدما نجحت العديد من الدّول المتمكّنة صحيا من إنتاج اللّقاح ضدّ فيروس كورونا، شرعت الدّول الموبوءة في تطبيق مخطّطات تلقيحية، والتي كانت الجزائر من ضمنها، ففي غالب الأحيان التي تواجه فيها الجزائر أزمات وبائية، تقوم بالعمل على إيقافها بحملات تلقيحية، لكن هذا لا يعني أنّها تتّبع نفس المقاربات في كل الحالات، لأنّ ذلك يتعلّق بطبيعة الوضع، فعند بداية الفيروس لم يكن الوضع مأخوذ على محمل الجدّ،

لكن التّزايد السّريع في عدد الحالات وعدم القدرة على التحكّم فيه، كان أحد الأسباب التي ساهمت في إلتفات العديد من الأفراد للتّلقيح واعتباره ضرورة. وبالرّغم من ذلك، فإن الفئة التي أيّدت اللّقاح لا تمثّل نسبة كبيرة من مجموع السّكان لأسباب مختلفة أوّلها التخوّف من الآثار المستقبلية التي قد يسبّبها اللّقاح.

هذا لا يُؤكّد أنّ كل الأفراد الملقّحين تمّ ذلك برضاهم، فهناك فئات أُجبرت على تلقيه في حالات معيّنة، الأمر الذي يساعد في تقصّي مدى فعالية المخطّط التّلقيحي المنجز خلال فترة كورونا، الذي قد أحاطت به الكثير من العوارض ذوات طوابع مختلفة أعاقت من إنجازه كما يلزم، لكن الأمر الذي يجب عدم تناسيه أنّ الحكم على المخطّط التّلقيحي ما إذا تمكّن من بلوغ الأهداف المسطّرة أم لا يوجِب الرّجوع إلى النّتائج التي حقّقها، وبالرّجوع لنتائج هذا المخطّط، فهي ليست مُحقِّقة بدرجة كبيرة للأهداف المنتظرة، لكونها لم تتوصّل لتحقيق برنامج تطعيم شامل لأكبر فئة ممكنة من المواطنين، وبالتّالي فحقّ الجزائريين في الصّحة لم يكن مكفولا كما ينبغي خلال أزمة كورونا لوجود عوارض صعّبت من ذلك.

نتائج الدّراسة:

من بين النّتائج المستخلصة من هذه الدّراسة:

- المنظومة الصّحية في الجزائر بحاجة لإصلاحات تستدعي وجود صرح رقابي فعّال يضمن تحقيق الأهداف بما يتناسب مع المطالب المجتمعية الصّحية.
- الإطار التشريعي الذي ينظّم القطاع الصّحي في الجزائر قد نصّ على كافة الأمور التي يجب توفّرها في أي منظومة صحية ناجحة، لكنّ أغلب موادها ليست مطبّقة على أرض الواقع.
- سعت الجزائر خلال أزمة كورونا إلى جعل الحقّ في الصّحة مكفول، لكن لظروف معيّنة كالتخوّف من تلقي اللّقاح ومشكل عدم الوثوق لم تتمكّن تكريسه بما يتلاءم مع المعطيات.
- سرعة إنتشار فيروس كورونا كانت أحد أكبر الأسباب التي أربكت الدّولة وأجبرتها على الإسراع في تطبيق تدابير المواجهة.

- تداعيات أزمة كورونا على مختلف الأصعدة لم تسهّل من مهام القطاع الصّحي.
- الدّولة سعت إلى تلقيح أكبر عدد ممكن من المواطنين، لكن الظرّوف التي ميّزت المرحلة منعتها من الوصول إلى الاهداف المنشودة في المخطط التلقيحي.
- نسبة المواطنين الذين رفضوا التّلقيح خلال الحملة الوطنية للتّلقيح ضدّ فيروس كورونا كانت مرتفعة، الأمر الذي يثير التساؤل عن مدى نجاعة المخطط التلقيحي.
- حالة العزوف حيال عملية التلقيح تفتح مجالا واسعا أمام بناء الإستجابات المستقبلية تجاه الأوبئة والجوائح، لا سيما بناء أرضية معطيات صلبة تحدد مسار تتبع ومدى تطور الاوبئة.

التّوصيات:

- يجب العمل على بناء إستراتيجيات إعلامية توجيهية توعوية مدروسة، لتجنب حالات العزوف والرفض ورفع حالات الغموض والإبهام حيال الأزمات الصّحية.
- ضرورة بناء جبهة إعلامية تساعد السلطات العمومية لمواجهة تحديات الصحة العمومية.
- العمل على تقوية وتعزيز المنظومات التشريعية، ورفع جاهزية المؤسسات الصّحية لمواجهة الأوبئة بإعتبار الحقّ في الصّحة أحد أهمّ الإلتزامات التي تقع مسؤولية ضمانها على عاتق الدّولة، بتقديم رعاية صحيّة شاملة.

الملاحق :

الملحق رقم 01 : إستبيان موجّه لعيّنة عشوائية من أطياف المجتمع

ضع الإشارة (x) في المربع الذي ترى أنه يتناسب مع حالتك ، إذا لم تنطبق عليك إحدى العبارات ، أتركها و إنتقل إلى ما بعدها .

- هل أُصِبت بفيروس كورونا ؟ نعم ☐ لا ☐
- كيف كانت حالتك خلال الإصابة بالفيروس ؟ مستقرة ☐ صعبة ☐
- كم مرّة أُصبت بفيروس كورونا ؟ واحدة ☐ أكثر ☐
- هل تلقّيت اللّقاح ؟ نعم ☐ لا ☐
- كم من مرّة تلقّيت اللّقاح ؟ واحدة ☐ أكثر ☐

إذا كانت إجابتك عن تلقي اللّقاح ب " نعم " أجب على الأسئلة التالية :

- ما سبب تلقيك للّقاح ؟ الخوف من الإصابة ☐ كنت مجبرا ☐
  أرى أنّه ضروري ☐
- هل تشعر بالأمان بعد أخذك للّقاح نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك عن تلقي اللّقاح ب " لا " أجب على الأسئلة التالية :

- لماذا رفضت تلقي اللّقاح ؟ أنا متخوف ☐ سبب آخر ☐
- هل تشعر بالأمان بعدم تلقيك اللّقاح نعم ☐ لا ☐
- هل تعتقد أنّ اللّقاح خطير على حياتك ؟ نوعا ما ☐ لا ☐

المراجع

قائمة المراجع:

باللّغة العربية:

1) المصادر:

أ. القرآن الكريم:

1. سورة الزمر الآية -9-
2. سورة النّمل الآية -15-

ب. الوثائق الرسمية:

الدّساتير:

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشّعبية ، تعديل دستوري سنة 2016.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، تعديل دستوري سنة 2008.

الأوامر:

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الأمر رقم 73-65 المؤرّخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلّق بتأسيس الطبّ المجاني في القطاعات الصحيّة، الجريدة الرّسمية، العدد الأوّل.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، الأمر رقم 76-12 المؤرّخ في 20 فيفري 1976 المتضمن إنشاء مراكز إستشفائية جامعية، الجريدة الرّسمية ، العدد 17.

القوانين:

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلّق بحماية الصّحة وترقيتها، الجريدة الرسمية ، العدد 44.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشّعبية ، قانون رقم 18/11 المؤرّخ في 2 جويلية 2018 المتعلّق بالصّحة ، الجريدة الرّسمية ، العدد 46.

المراسيم التّنظيمية :

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، مرسوم تنفيذي رقم 97-465 المؤرّخ في 2 ديسمبر 1997 المتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، الجريدة الرّسمية، العدد 81.

ج. وثائق غير حكومية :

1. جامعة منيسوتا بالولايات المتّحدة الأمريكية ، دائرة الحقوق ، دليل دائرة الحقوق (الحقّ في الصّحة)، 1996.
2. المجلس القومي لحقوق الإنسان ، التّعاون الألماني ، كتيّب حول الحق في الصّحة، جويلية 2018.

2) المراجع :

أ. الكتب :

1. خالد، تلعيش. **إستراتيجية القيادات في صنع القرارات و إدارة الأزمات مع التطبيق على الحالة الجزائرية : الحراك الشعبي 2019 / جائحة كورونا (كوفيد -19).** تلمسان: النّشر الجامعي الجديد ، ط.1، 2021.
2. سمير البرغيسي الأزهري، محمّد ديدوس. **من الطاعون إلى فيروس كورونا.** بيروت:دار الكتب العملية، ط.1 ، 2020.

ب. المقالات :

1. بوراس، توفيق. بلخير، آسية " إدارة الأزمات الصحية في الجزائر: دراسة أزمتي الكوليرا (2018) وكورونا (2020)،" **المجلة الجزائرية للأمن و التنمية** ، م.10 ، ع.3 (جويلية 2021) ، ص ص .34-49.
2. بوروبة، كاتية ." الأثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا: الإجراءات المتخذة والتدابير المقترحة حالة الجزائر ،" **مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية،** م.12 ، ع.1 (جانفي 2021)، ص ص.194-216.
جبير، علي سهدي عبد الزّهرة. " الآثار الإجتماعية لجائحة كورونا ،" **مجلّة الحقوق والعلوم السياسية جامعة خنشلة** ، م.8 ، ع.1 (14-01-2021)، ص ص.26-46.
3. جليلة،بن عياد. كمال، حباني." حماية الصّحة العمومية في الجزائر خلال جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19)،" **المجلة الجزائرية للحقوق و العلوم السيّاسية** ، م.5، ع.3 (2020)، ص ص .126-144.
4. حاروش، نور الدين. " حقّ المواطن الجزائري في الصّحة...بين النصوص والواقع "، **مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية (المركز الجامعي لتمنراست – الجـزائر)** ، ع.3 (2015) ، ص ص .122-144.
5. رفيقة،عيساني. " مقومات الحق في التمتّع بأعلى مستوى من الصّحة يمكن بلوغه في المواثيق الدّولية، " مجلّة **حقوق الإنسان و الحريات العامة** ، م.6،ع.3 (2021)، ص ص .259 -292.
6. عدوم، حميدة. " إدارة الأزمات على المستوى المحلي بالجزائر – أزمة فيروس كورونا (كوفيد 19) نموذجا ،" **المجلة الجزائرية للأمن والتنمية** ، م.10 ، ع.3 (جويلية 2021) ، ص ص. 50-63.
7. عميروش، بوشلاغم. منصف، شرفي." واقع آفاق المنظومة الصحية في الجزائر،" **مجلة دراسات إقتصادية** ، م.4 ، ع.3 (ديسمبر 2017)، ص ص .10-30.

8. فايزة ،صاري محمد . بن عمر، عواج." أداء النظام الصحي في الجزائر (دراسة تحليلية للمؤشرات)،" **مجلة القانون العام الجزائري والمقارن** ، م.7، ع.1 (جوان 2021)، ص ص .397 -412 .
9. قاسمي، وفاء . سعدون، يوسف. " المنظومة الصحية الجزائرية وإشكالية البحث عن تحقيق تنمية صحية : نحو مقاربة سوسيولوجية تكاملية، " **مجلة التواصل في العلوم الإنسانية** ، م.24 ، ع.53 (جوان 2018) ، ص ص.274-292.
10. نادية، بوراس. ، مبارك ، بوعشة ." تحسين الخدمات الإلكترونية بالإعتماد على معايير الجودة، " **مجلة العلوم الإجتماعية و الإنسانية** ، م.10 ، ع.13(30-06-2017)،ص ص. 55-74.
11. وهيبة، بشرير. " نظرة تقييمية و نقدية لمؤتمر طرابلس 1962 م ،" **مجلة تاريخ المغرب العربي** ، م1 ، ع.3 (2020) ، ص ص .134-147.

ج. الرسائل و الأطروحات :

1. العباسي، إيمان. **واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام و القطاع الخاص** ، أطروحة دكتوراه غير منشورة . جامعة الجزائر3 :المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية ، 2017/2001.
2. علي، سنوسي. **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الإقتصادية في الجزائر، آفاق 2010**، أطروحة مقدّمة لنيل شهادة الدّكتوراه . جامعة الجزائر 3 : كلية العلوم الإقتصادية ، 2009- 2010 .
3. قنذوز، محمد. **تطوّرات قانون الصّحة في الجزائر**، أطروحة دكتوراه . جامعة الجزائر بن يوسف بن خدّة : كلية الحقوق سعيد حمدين، 2018-2019.
4. محمد ، علي دحمان. **تقييم نفقات الصحة و التعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)** ، رسالة مقدّمة لنيل شهادة ماجيستير. جامعة أبي بكر بلقايد : كلية العلوم الإقتصادية والتسيير والعلوم التجارية ، 2010-2011.

د. المداخلات والملتقيات:

1. فاطمة، صالحي . **إدارة الأزمات الصحية في الجزائر : الفشل السياسي و الإداري في إدارة أزمات الأوبئة – إدارة أزمة وباء كوليرا نموذجا 2018** – ، مداخلة علمية. جامعة قالمة 8 ماي 1945 : كلية العلوم السياسية و العلاقات الدولية ، 2019.
2. فرطاقي، مفيدة . **النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظلّ التحوّل الصحّي الجاري**، ملتقى علمي . كلية العلوم الإقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة 8 ماي 1945 م قالمة ، 10-04/11/ 2018.
3. **مواقع إلكترونية :**
1. أسماء، حريز . محاضرة بعنوان : "تعريف النّظام الصّحي و مراحل تطوّره" ، مقياس القانون الطبّي ، كلية الحقوق و العلوم السياسية (قسم الحقوق) ، في : https://elearn.univ-oran2.dz/course/view.php?id=4234 ، تاريخ الإطّلاع :(08-04-2022)
2. وكالة الأنباء الجزائرية ، " **كوفيد-19: ضرورة التلقيح واحترام الاجراءات الوقائية لمواجهة الجائحة** " ، في : https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/120057-19 ، 22-05-2022 .

باللّغات الأجنبية:

أ. تقارير:

1. Nations Unies , Charte Africaine Des Droits de l'Homme et des Peuples , 1988.
2. Organisation Mondiale de la Santé , rapport sur la santé dans le monde 2000 « pour un système de santé plus performant » , 2000 .
3. Organisation Mondiale de la Santé ,constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé , 2006.

ب. وثائق حكومية:

1. République Algerienne Démocratique et Populaire , Ministère De La Santé ,De La Population Et De La Réforme Hospitalière , **Actualisation du calendrier national de vaccination** , 2018

ج. الكتب:

1. Le Floch, Guillaume . **Covid-19 , approches de droit public et de science politique** .Boulogne : berger levraut , 1 ere édition , 2021.

4. الرسائل و الأطروحات :

1. Abdelkrim ,Mhatef . **Programme Elargi de Vaccination (oms 1974)** , cours de graduation .Université de Sétif : faculté de Médecine , 2020 /2021.

2. ali, Mani. tassadit, Mokhtari. **La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et le système de soins : Quête de rationalité. Cas de CHU de Tizi-Ouzou** , mémoire de master .université de mouloud mammeri de tizi ouzou , faculté de scienses économiques commerciales et des sciences de gestion ,2018.
3. karima ,Oumaouche. kamel , Dehri. **la pratique de la veille sanitaire et la gestion des crises epidémiques cas de la COVID-19 en Algerie** , Mémoire de Master . université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou : faculté des sciences économiques commerciales et des sciences de gestion , 2020-2021.

4. Lamine, Aisi. **Les actions sanitaires de la vaccination en Algérie de 1962 à nos jours Cas : Service de prévention EPSP de BORDJ-MENAIEL** , mémoire de master .université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou .Faculté des sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion , 2020.

5. rebiha , kebailli . bouzid, youcef. **le système de santé en Algérie : Réformes et Perspectives** , mémoire de master .université de mouloud mammeri de tizi ouzou , faculté de scienses économiques commerciales et des sciences de gestion , 2016 .

هـ. المداخلات :

1. Mouffouk, Najet. COVID-19 Expérience de l'Algerie ,**« AFRAMED (VIH , Hépatites , santé sexuelle , Infection émergentes) ».** HAMMAMET Tunisie ,19-21/11/2021.

و. المقالات :

2. Ali ,akrouf . Adel , Baghaza. « Réflexions sur le système de santé en Algérie Approche sociodémographique et épidémique» , **Revue des sciences sociales** , v.5 ,N. (02-06-2019)

ز. مواقع إلكترونية :

1. Atzinger, Lea. Henn, Wofram. « A classification of the aims of vaccination and its relevance to transgenerational justice ,» in : **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182301/#:~:text=Vaccines%20as%20instruments%20of%20individual,infection%20with%20a%20particular%20pathogen.,(29-04-2022)**.
2. Jamal Eddine, Kohen et autres .« Crise Sanitaire et Stratégies de Communication, »sur : **https://www.smar.ma/uploads/documents/CriseSanitaireStrateegiesdeCommunication.pdf** , consulté le (6-05-2022) .
3. Ministère De le Santé , La Population Et La Réforme Hospitalière , « **Protocole de la vaccination COVID19 en Algérie** »sur :https://www.sante.gov.dz/images/Prevention/coronavirus/formationsvaccincovid19/5--Module-5-1--lieux-de--vaccination-et-personnel-impliqu-.pdf , consulté le 22-05-2022 .
4. Our World in Data , sur : **https://www.google.com/search?q=vaccination+covid+algeie&oq=vaccination+covid+algeie&aqs=chrome..69i57j0i13l2j0i22i30l7** : (12-05-2022) .
5. Pr Boukharouba.H , Organisation sanitaire en Algerie , sur **https://fmedecine.univ-setif.dz/Cours/ORGANISATION%20SANITAIRE%20EN%20ALGERIE%20imp.pdf** , consulté le (01/04/2022)

6. The free online palliative care dictionary , « health care system ,»sur : **https://pallipedia.org/health-care-system/** consulté le :(31/03/2022)
7. Zoughailech, Djamel « **LE SEMEP: Le Socle Scientifique De La Santé Publique En Algérie »** ,sur : https://semep25chu.weebly.com/preacutesentation.html , consulté le 22-05-2022

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصّفحة
01	مراتب بعض مؤشرات النظام الصحي في الجزائر حسب المنظمّة العالمية للصحة	52
02	تطوّر فيروس كورونا في الجزائر	91-92
03	معطيات حول المصابين بالكوفيد -19	100
04	أسباب قبول الأفراد للتّلقيح	100
05	جدول يوضح مدى شعور الأفراد بالأمان بعد التّلقيح	101
06	جدول يوضح مدى شعور الأفراد بالأمان بعد تلقي اللّقاح	101
07	جدول يوضح مدى شعور الأفراد بالأمان بعدم تلقي اللّقاح	102
08	جدول يوضح مدى إعتقاد الأفراد بخطورة اللّقاح	102

فهرس الأشكال:

الرّقم	العنوان	الصّفحة
01	تطوّر مصادر تمويل القطاع الصّحي في الجزائر من سنة 1974 إلى سنة 2009 بالنّسبة المئوية	36

الفهرس العام

الفهرس العام:

مقدمة 2

فصل تمهيدي: مفهوم الحقّ في الصّحة

- **المبحث الأوّل:** ماهية الحق في الصّحة

- **المطلب الأوّل:** مفهوم الصّحة.....14
- **المطلب الثاني:**مفهوم الحقّ في الصّحة.....14
- **المطلب الثالث:** العناصر الأساسية للحق في الصّحة.....15

- **المبحث الثاني: معاهدات الحقّ في الصّحة وإستراتيجيات تعزيزه**

- **المطلب الأوّل:** إتفاقيات ومعاهدات الحق في الصّحة..... 17
- **المطلب الثاني:** إستراتيجيات تعزيز الحقّ في الصّحة..... 20

- **المبحث الثالث: الحقّ في الصّحة في الجزائر**

- **المطلب الأوّل:** مواثيق الحقّ في الصّحة في الجزائر.....21
- **المطلب الثاني:** واقع الحقّ في الصّحة في الجزائر.....26

الفصل الأول: المنظومة الصّحية في الجزائر

- **المبحث الأول:** تطوّر المنظومة الصّحية في الجزائر

- **المطلب الأوّل:** مفهوم المنظومة الصحيّة.....32
- **المطلب الثاني:** تطوّر المنظومة الصّحية في الجزائر.....36

- **المبحث الثاني:** النّصوص القانونية والهياكل المُؤطِرة للمنظومة الصّحية في الجزائر
  - **المطلب الأوّل:** النصوص القانونية للمنظومة الصحيّة في الجزائر.....43
  - **المطلب الثاني:** الهياكل المؤطّرة للمنظومة الصحية في الجزائر.....46

- **المبحث الثالث:** إختلالات المنظومة الصّحية في الجزائر
  - **المطلب الأوّل:** واقع القطاع الصحّي في الجزائر.....52
  - **المطلب الثاني:** مشاكل النّظام الصحي في الجزائر وآليات إصلاحها....54

الفصل الثاني: المخطّط التلقيحي المطبّق في الجزائر

- **المبحث الأول:** آليات الدولة الجزائرية في التّعامل مع الأزمات الصحية
  - **المطلب الأوّل:** ماهية الأزمة الصّحية..... 62
  - **المطلب الثاني:** آليات الجزائر في التعامل مع الأزمات الصحية.....67

- **المبحث الثاني:** واقع ومضامين المخطّط التّلقيحي في الجزائر
  - **المطلب الأوّل:** ما هو مخطّط التّلقيح.....69
  - **المطلب الثاني:** مخطّط التّلقيح في الجزائر.....72

- **المبحث الثالث:** الفواعل المطبِّقة للمخطّط التّلقيحي في الجزائر
  - **المطلب الأوّل:** صياغة المخطّط التلقيحي في الجزائر.....77
  - **المطلب الثاني:** تنفيذ المخطّط التلقيحي في الجزائر.....77

الفصل الثالث: دراسة حالة أزمة كورونا في الجزائر وفعالية المخطّط التّلقيحي

- **المبحث الأول:** جائحة كورونا في الجزائر وإجراءات مواجهتها
  - **المطلب الأوّل:** جائحة كورونا في الجزائر.....85

- **المطلب الثاني:** وصول فيروس كورونا إلى الجزائر.....90
- **المطلب الثالث:** إجراءات مواجهة فيروس كورونا في الجزائر.....93

- **المبحث الثاني:** تفاعل المجتمع مع المخطط التلقيحي الوطني
- **المطلب الأوّل:** إستبيان أراء المواطنين حول المخطّط التّلقيحي.....99
- **المطلب الثاني:** تحليل نتائج الإستبيان.....102
- **المبحث الثالث:** تقييم المخطّط التّلقيحي الوطني خلال أزمة كورونا
- **المطلب الأوّل:** تحليل واقع المخطّط التّلقيحي خلال أزمة كورونا.....107

خاتمة.....111

نتائج الدّراسة..... 112

توصيات..... 113

الملخّص:

سعت هذه الدّراسة إلى التطرّق لأحد أهم البرامج الصّحية التي تهدف الدّول إلى تطبيقها لتعزيز الحقّ الصّحي لمواطنيها، التّلقيح، إذ سعت المنظومة الصحية في الجزائر لتكريس هذا الحقّ منذ إسترجاعها لسيادتها من الإحتلال الفرنسي، فشهدت عملية التّلقيح تحسّن ملحوظ مقارنة بتلك الفترة التي كانت فيها نسب التّلقيح جدّ منخفضة، ليعرف هذا الحقّ بعد ذلك إنتشارا واسعا.

ارتبط هذا بفترة ما قبل أزمة كورونا، أين كانت المخطّطات التّلقيحية تشمل التّلقيح ضدّ أمراض وأوبئة سّابقة الظّهور، لكن بعد ظهور هذا الفيروس واجهت المنظومة الصّحية الجزائرية عدّة إنتكاسات، في البداية تمثّلت في عدم القدرة على التّحكم في عدد الحالات خاصة في ظلّ عدم وجود اللّقاح، لكن بإنتاجه أصبحت تواجه مشكل آخر وهو عدم وجود إستجابة جيّدة حيال الحملة التّلقيحية المطبّقة، لأسباب ودوافع مختلفة أدت إلى تقليل نسب نجاعة المخطّط التّلقيحي في تلك الفترة.

Résumé :

Cette étude vise à aborder l'un des programmes de santé les plus importants que les pays ont pour but de le mettre en œuvre pour renforcer le droit à la santé de leurs citoyens : La vacciation, car le système de santé en Algérie a cherché à consacrer ce droit depuis sa restauration de sa souveraineté de l'occupation française.

Le processus de vaccination a connu une amélioration remarquable par rapport à cette période ou les taux de vaccination étaient très faibles, ce droit est donc devenu largemet connu par la suite.

Cela était lié à la période précédant la crise de Corona, lorsque les plans de vaccination incluaient la vaccination contre les maladies et épidémies précédemment émergentes, mais après l'émergence de ce virus, le système de santé algérien a fait face à plusieurs revers, d'abord représentés par l'incapacité à contrôler le nombre de cas, surtout en l'absence d'une bonne réponse à la campagne de vaccination appliquée, pour diverses raisons et motifs qui ont conduit à une diminution des taux d'efficacité du programme de vaccination pendant cette période.

abstract :

This study sought to address one of the most important health programs that countries aim to implement to enhance the health right of their citizens, which is vaccination, as the health system in Algeria sought to devote this right since its liberation. The vaccination process witnessed a remarkable improvement compared to that period, when the vaccination rates were very low, and this right became widely known after that.

This was linked to the period before the Corona crisis, when vaccination plans included vaccination against previously emerging diseases and epidemics, but after the emergence of this virus, the Algerian health system faced several setbacks, at first, it was represented by the inability to control the number of cases, especially in the absence of a vaccine, However, with its production, it faced another problem, which is the lack of a good response to the applied vaccination campaign, for various reasons and motives that led to a decrease in the rates of efficacy of the vaccination scheme during that period.