

المحتوى

2	الفصل التمهيدي:
3	- اختيار الموضوع و تقديم الدراسة
6	- الإشكالية و الاطار النظري للدراسة
8	- نموذج التحليل
12	- المنهجية المتبعة
15	الفصل الثاني: حقل و عينة الدراسة
16	- مقدمة
17	- المبحث الاول: وكالة التنمية الاجتماعية
23	- المبحث الثاني: الخلايا الجوارية للتضامن
40	- المبحث الثالث: الاطباء الجواريون للتضامن
42	- خاتمة
43	الفصل الثالث: العلوم الاجتماعية و استثمار حقل الصحة و التكوين الطبي
44	- مقدمة
45	- المبحث الاول: مساهمة العلوم الاجتماعية في مجال الصحة
62	- المبحث الثاني: المنظومة التربوية الجزائرية من التناسق الى (التباين)
66	- المبحث الثالث: التكوين الطبي المتسم بالمعيار الطبي و المنطق المهني
68	- خاتمة
69	الفصل الرابع: الادماج المهني للأطباء بين التكوين الطبي و الممارسة في الواقع
70	- مقدمة
71	- المبحث الاول: تطور مفهوم " الادماج المهني "
78	- المبحث الثاني: الدراسات و التحقيقات المنجزة على الادماج المهني
82	- المبحث الثالث: مهنة الطب في الجزائر من التشكيل الفوقي الدولة
87	- المبحث الرابع: التباين بين النموذج المتلقى للطب اثناء الدراسة و الممارسة في الواقع
89	- خاتمة
90	الفصل خامس: إنزياح الاطباء الجواريين للتضامن من خلال مساراتهم السوسيو مهنية
91	- مقدمة
92	- المبحث الاول: الاطباء الجواريون قبل الالتحاق بوكالة التنمية الاجتماعية بين الدراسة و المهن المؤقتة
103	- المبحث الثاني: معيش الاطباء الجواريين في الخلايا الجوارية للتضامن بين الطموح و خيبة الامل
108	- المبحث الثالث: مسار الاطباء الجواريين بعد مغادرتهم الخلايا الجوارية للتضامن
110	- خاتمة
112	الخاتمة العامة و نتائج الدراسة
114	المصادر و المراجع المعتمدة في الدراسة
121	ملاحق الدراسة:
	- الاستبيان
	- دليل المقابلة
	- جدول المعطيات المفرغة من الاستبيانات و المقابلات المنجزة مع المبحوثين
	- جدول يبين تطور وكالة التنمية الاجتماعية بين 2001 و 2010

الفصل التمهيدي

"لا يؤلف أحد كتابا إلا في أقسام سبعة، لا يمكن التأليف في غيرها، و هي: إما ان يؤلف في شيء لم يسبق اليه اختراعه، او شيء ناقص يتممه، او شيء مستغلق يشرحه، او طويل يختصره، دون ان يخل شيء من معانيه، او شيء مختلط يرتبه، او شيء أخطأ فيه مصنّفه يبيّنه، أو شيء مفرق يجمعه"
شمس الدين البابلي (ت 1077). ذكره مولى المحبي في خلاصة الأثر في أعيان القرن الحدي العشر" ، القاهرة، 1284، الجزء الرابع، صفحة 41.

"إني رأيت أنه لا يكتب أحد كتابا في يومه، إلا قال في غده: لو غير هذا لكان أحسن، و لو زيد ها لكان يستحسن، و لو قدم هذا لكان أفضل، و لو ترك هذا لكان أجمل، و هذا من أعظم العبرن و هو دليل على إستياء النقص على جملة البشر"
العماد للأصفهاني

" لا يكتب أحد كتابا فيبيت عنده ليلة إلا أحب في غيرها أن يزيد فيه، أو ينقص منه. هذا في ليلة، فكيف في سنين معدودة"
ألثعالبي

وكالة التنمية الاجتماعية هي هيئة انشأت سنة 1996، في سياق عرف أزمة عامة: سياسية، اجتماعية، اقتصادية و أمنية. فكّرت هذه الهيئة منذ البداية في انشاء خلايا الجوار للتضامن، و ذلك لمعرفة عمق المجتمع و مساعدة العائلات المعوزة، كي تتجاوز المرحلة الانتقالية للأزمة و المرور من الإقتصاد الموجه الى اقتصاد السوق.

تتكوّن هذه الخلايا من مختصّين في علم الاجتماع، و علم النفس، و مساعدات اجتماعية و أطباء عامين. رغم أهميتهم لدى الفئات الفقيرة، فهم كثيرا ما يتضجرون من وضعيتهم المهنية التي ابعدهم عن مهنتهم الاساسية. غادرت فئة منهم هذه الخلايا لتبحث عن عمل يحقق لديهم الرضا و الطموح.

تهدف هذه الدراسة الى متابعة مسارات هؤلاء الاطباء عبر ثلاث مراحل: قبل التحاقهم بهذه الخلايا؛ خلال عملهم بها ؛ بعد مغادرتهم لها. و هذا للوقوف على الملابس التي كانت خلف ظاهرة انزياحهم و في الاخير مصيرهم السوسيومهني بعد انزياحهم.

من أين استلهمت موضوع هذه الدراسة؟ ما هو موقعها من الدراسات السوسولوجية السابقة في مجال الصّحة ، خاصّة التي عنيت بفئة الاطباء؟ كيف تطرقت الى الموضوع؟ ما هي النتائج المتحصّل عليها في نهاية الدّراسة؟ ما هي الصّعوبات التي اعترضت الدّراسة؟ ما هي الفوائد التي جنيت من هذه الدّراسة؟ هذا ما سنراه من خلال هذا العمل .

- إختيار الموضوع و تقديم الرسالة:

إستوحيت الفكرة الأساسية لهذه الدراسة من خلال الملتقيات التي تنظّمها وكالة التنمية الإجتماعية على المستوى الوطني و الجهوي، قصد تقييم برامج النشاطات التي تنجزها مصلحة التنمية الجماعية و خلايا الجوار للتضامن. طالما طرح مشكل إنزياح الإطارات من الوكالة، و خاصة الأطباء. يقدم المسؤولون عادة أسبابا مباشرة لتعليل الظاهرة، منها: الأجر المنخفض مقارنة مع قرنائهم في الصّحة، حجم ساعات العمل(طول النّهار)، غياب التّرقية.

حينها، فُكرت في دراسة الظاهرة من المنظور السيوسولوجي. فتطرقنا الى الموضوع بالسؤال الأساسي question de départ الآتي: لماذا يتخلى الأطباء عن عملهم في سياق يعرف سوقا مغلقة للعمل؟ و حاولت أن يكون هذا السؤال الأساسي يتسم بالوضوح و الأهمية و التناسب. فالوضوح يقتضي الدقة؛ و الأهمية تقتضي الواقعية؛ و التناسب يقتضي السؤال الحقيقي، و التطرق الى الدراسة انطلاقا مما هو كائن، و تأسيس دراسة التغيير على اساس دراسة نظام العمل؛ و اخيرا امتلاك خاصية التفهم للظاهرة المدروسة.

استغلّيت كل ما يتّصل بالموضوع من وثائق، كما قمت بانتقاء النصوص، و قراءتها بمنهجية ، و تلخيص ذلك، و المقارنة بينها، و كذا مقارنتها مع المقابلات التي سبقتها اللقاءات مع المسؤولين و زملاء العمل. فهذه المقابلات الإستبائية entretiens exploratoires عضدت القراءات التحضيرية ذات الصلة بالسؤال الأساسي.

و بالموازاة مع المقابلات الإستبائية ، هناك طرائق أخرى تم توظيفها في هذه الدراسة، كالملاحظ ، و تحليل الوثائق. مجموع هذه القراءات و المقابلات الإستبائية سمح لي بالإبانة عن عدة إشكاليات ممكنة، ثم اختيار و توضيح ما رأيته الأنسب منها.

شرعت بعدها في بناء النموذج التحليلي المشتمل على المفاهيم و الفرضيات التي يرتبط بعضها ببعض لتشكيل النموذج الأمثل، على حسب رأيي.

تتطلب مفهومة conceptualisation البناء النسقي المجرد، الذي لا ينتقي من الواقع إلا ما يعبر عما هو أساسي في نظري. إننا هنا بصدد بناء مفهوم، يتطلب حينئذ تحديد الأبعاد التي تكوّنه، و من ثم تحديد المؤشرات التي بفضلها يمكن قياس هذه الأبعاد..

أفرّق هنا بين المفهوم الإجرائي المعزول، الذي يتم بناؤه إمبيريقيا، من خلال الملاحظات المباشرة، أو المعلومات التي تمّ تجميعها، و بين المفهوم النسقي الذي يتم بناؤه عن طريق التفكير المجرد.

حاولت بعدها، صياغة الفرضيات على شكل إجابات مرنة، و مؤقتة و قابلة للفحص، عندما تواجه معطيات الملاحظة. هذا يعني أنه يجب أن تتّصف هذه الفرضيات بالعموم و إمكانية مواجهة المعطيات المخالفة.

فتصوّر مرحلة الملاحظة يستند إلى الإجابة على الأسئلة الثلاثة الآتية: نلاحظ من؟ ماذا؟ و كيف؟ يتعلق السؤال الأول بملاحظة الأطباء الجواريين.

يتعلق السؤال الثاني بملاحظة ظاهرة انزياح الأطباء الجواريين الذين غادروا خلايا الجوار للتضامن، التابعة لووكالة التنمية الإجتماعية، الناشطة بالغرب الجزائري.

يتعلق السؤال الثالث بجمع المعلومات عن هؤلاء الأطباء. عن طريق المقابلة و الملاحظة بالمشاركة، و ذلك من خلال معاشي لهم من سنة 2000 الى غاية 2007، و من 2013 الى غاية نهاية الدراسة.

و بعد هذه المرحلة، شرعت في مرحلة تحليل المعلومات المتحصّل عليها عن طريق الملاحظة . مكنتني هذه الأخيرة من مقارنة و تقديم نتائج الملاحظة مع أخرى منتظرة من الفرضيات. و لقلّة المعطيات اللازمة ، تبنّيت طريقة تحليل البيانات، التي أرى أنها أنسب لمتابعة مسارات الاطباء من الاستبيان الذي يعتبر محدودا للإجابة عن السؤالين لماذا و كيف؟

تتضمن هذا التحليل على ثلاث عمليات :

- الأولى: و تمكّنا من وصف المعطيات،

- الثانية: و تمكّنا من قياس العلاقات بين المتغيرات،

- الثالثة: و تمكّنا من مقارنة العلاقات التي تمّ ملاحظتها بالعلاقات النظرية المنتظرة من خلال الفرضيات

و قياس الفارق بينها.

و في الأخير، ختمت الدراسة بخاتمة عامة، ذكّرت من خلالها بالآتي:

- الخطوط العريضة للطريقة المتبعة في الدراسة،

- أهم المعارف النظرية الجديدة المكتسبة المتعلقة بالموضوع.

- و أخيرا، الآفاق العمليّة لهذا البحث. انظر: (Schnyder Jonas : manuel de recherche en sce. Sles, résumé en ligne)

و للوصول الى الأهداف المرجوة من الدراسة، قمت بتقسيمه الى خمسة فصول كالآتي:

الفصل التمهيدي: و تناولت فيه: - دواعي اخيار الموضوع و تقديم الرسالة،

- الإشكالية و الفرضيات،

- المنهجية المتبعة في الدراسة.

الفصل الثاني: و تناولت فيه: - حفل الدراسة، و هو ينقسم الى:

وكالة التنمية الإجتماعية ، كإطار عام للدراسة،

خلايا الجوار للتنمية، و هذا كإطار خاص للدراسة.

- ثم موضوع الدراسة، و تناولت فيه :

- مكانة الأطباء الجواريين

- دور الأطباء الجواريين

الفصل الثالث: و خصّصته لمتابعة مساهمة العلوم الإجتماعية في مجال الصحة و نظام التّعليم و التّكوين

الطبي في الجزائر. تناولت في هذا الفصل المباحث الآتية:

المبحث الأول: و تناولت فيه مساهمة العلوم الإجتماعية في مجال الصحة. و قسّمت هذا المبحث الى ثلاثة

مطاب كالآتي:

المطلب الأول: و تناولت فيه مساهمة العلوم الإقتصادية في مجال الصحة.

المطلب الثاني: و تناولت فيه مساهمة العلوم القانونية في مجال الصحة

المطلب الثالث و تناولت فيه مساهمة الانثروبولوجيا و علم الاجتماع في مجال الصحة.

المبحث الثاني، خصّصته لنظام التعليم في الجزائر، الذي انتقل من التجانس الى الخلل

المبحث الثالث، و تناولت فيه تكوين الأطباء الذي اتّسم بالمعيار الطبي و المنطق المهني.

الفصل الرابع: و تناولت فيه أربع مباحث كالآتي:

المبحث الأول: و تناولت فيه تطور مفهوم الإدماج المهني.

المبحث الثاني: و تناولت فيه الدراسات و التحقيقات التي أجريت على الإدماج المهني.

المبحث الثالث: و تناولت فيه مهنة الطب في الجزائر التي نشأت من فوق (الدولة).

المبحث الرابع : و تناولت فيه الخلل الموجود بين النموذج المدرس للتكون و الممارسة الميدانية لمهنة الطب

الفصل الخامس: و تناولت فيه ظاهرة إنزياح الأطباء الجواريين من خلال مساراتهم الإجتماعية و المهنية، و

قسّمته الى مباحث ثلاثة كالآتي:

المبحث الأول: و تناولت فيه الأطباء الجواريين قبل الإلتحاق بالوكالة و الخلايا بين البطالة، البرامج

الإدماجية للتشغيل و الدراسة.

المبحث الثاني: و تناولت فيه واقع الأطباء الجواريين في خلايا الجوار للتضامن بين الطموح و خيبة الأمل.

المبحث الثالث: و تناولت فيه المسار المهني للأطباء الجواريين بعد مغادرة الوكالة و الخلايا

خاتمة عامة: و تناولت فيها أهم ما إستفدت من معلومات نظرية و ما خلصت اليه الدراسة من نتائج، و أخيرا

أفاق هذه الدراسة في المستقبل .

الإشكالية والاطار النظري للدراسة:

يتلقى الأطباء تكويننا يؤهلهم لممارسة مهنتهم في المؤسسات الصحيّة، التي تمثل محيطهم الطبيعي . كان هذا ممكنا بالنسبة للأجيال الأولى لخريجي كلية العلوم الطبية بعد الاستقلال. ثمّ تغير الوضع بعد فترة الثمانينيات من القرن العشرين. لقد أصبح الدخول إلى المؤسسات اللاستشفائية التابعة للقطاع العمومي أمرا صعبا، إن لم يكن مستحيلا، خاصة بالنسبة للأطباء العامّين، الذين بدأوا يعرفون ظاهرة البطالة. و في أحسن الظروف الأعمال المؤقتة في إطار تشغيل الشباب. الشيء الذي جعل هؤلاء الأطباء الشباب و كذا أولياؤهم يفقدون الأمل الذي طالما راودهم طيلة الفترة الطويلة للدراسة. يمثل هذا بداية فقدان المرجعية بالنسبة لمهنة طالما اعتبرت كذلك في الأدبيات السوسيولوجية للصحة في أمريكا. فكون الانسان طبييا، صار لا يعني أنه في حماية من البطالة والتمتع بوضع اجتماعي جيّد بشكل حتمي.

في هذه الظروف بدأ، مع بداية التسعينات، ظهور القطاع الخاص للصحة، المتمثل في العيادات المتعددة الخدمات، و هذا تحت شعار تكميل و تحسين الخدمات الناقصة في القطاع العام. و دعم هذا قطاع الصحة بالأطباء المختصّين و العتاد المتطور عالي الجودة، خاصة المتعلّق بالكشف عن طريق الأشعة السينية مثل Scanner, l'IRM... يمكن أن نتساءل عن إمكانية الدخول الى هذه العيادات بالنسبة للأطباء العامين.

عرف هذا السياق الاجتماعي - الاقتصادي الموسوم بالتخلي عن نظام التشغيل الدائم للأجراء dépermanisation . فسوق العمل أصبحت مسدودة أمام الطالبين للعمل الجدد. و شرع في تسريح العمال و استقلالية المؤسسات. و بدأت موجة البطالة تتصاعد أكثر، باستثناء عروض التشغيل المؤقت في إطار تشغيل الشباب. في هذا السياق غادرت فئة من الأطباء الجواريين العاملين في خلايا الجوار للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية التي تشرف عليها وزارة التضامن الوطني و الاسرة و قضايا المرأة (حاليا). في نفس الوقت، نجد فئة أخرى تلتحق بهذه الخلايا. و هناك فئة ثالثة تواصل ممارسة عملها بنفس الخلايا. قبل تقديم الإشكالية، أرى من اللائق أن نعرفها كالآتي:

الإشكالية problémétique هي: الشئ الذي يربط بين موضوع الدراسة و مصادر نظرية و عملية. فعلى المستوى النظري العام، إنّ ما يسمى بالنموذج Paradigme يقترح مجموعة من المفاهيم و الفرضيات العامة، و التي يمكن استعمالها بشكل ملائم لدراسة كل ظاهرة اجتماعية مهما كانت. فالنماذج تكون - الى حدّ ما- وجهات للنظرية العامة. (Quivy et Compenhoudt,2009 :85)

كذلك، "التنظير" théoriser يستوجب ببساطة طرح أسئلة صحيحة عن طريق مفاهيم مختارة بشكل دقيق...، بالفعل، فالمفهوم concept هو أكبر من تعريف définition أو فكرة notion بسيطين. يدخل هذا النموذج أيضا تصوّرا خاصا للواقع المدروس، و طريقة لتقديره و مساءلته.

حاولت في هذه الدراسة، تقديم الإشكالية من خلال النظريات و النماذج المذكورة اسفله : حتى يتسنى لي تناول الموضوع محل الدراسة من جميع الجوانب استندت الى عدّة اطر معرفية ، لأنني اعتبر أنّ علم الاجتماع ليس دراسة بوبرية (تنتقل من إبطال مقترحات ثبت خطؤها). و لكنّه كالتاريخ، دراسة تفهيمية، تخضع الى صراعات دائمة من التفاعلات و المجابهاة المستمرة لوجهات النظر، فعالم ، بل يذهب الى دمج العديد (Parsons,1991) الاجتماع كالمؤرّخ، يكرّس جهده للبحث عن مقاطع واضحة من البيانات التي لا يمكن فصلها عن الجهات التي إنبتقت منها.

كما يبدو لي علاوة على ذلك، أنني مضطر إلى ربط طرائق تفكير، مناهج و تقنيات نابعة من تقاليد نظرية مختلفة و كذلك من تخصصات قريبة. انظر: (Dubar et Tripier,1998 : 246-247).

استندت في هذا البحث الى علم الاجتماع الانثروبولوجي كإطار نظري عام، و الذي يعتبر طريقة تأخذ بعين الاعتبار النتائج الحديثة لعلم التاريخ، و علم الاجتماع و الانثروبولوجيا، و كذا تداخلها في مساهمة كل موضوع بحث يتعلّق بالعلوم الاجتماعية (1: (Adel F.,2001(1)

تعتبر الحدود بين التخصصات، في هذه الطريقة، و المناهج، ليس لها معنى. و كذا لا تتناقض بين الذاتية و الموضوعية. كل منهما يشكل (بيني) العالم الحقيقي بطريقة، يكون فيها لهذا الأخير حياتين: الأولى، ذاتية و الأخرى موضوعية.

و يعتبر الفرد في هذه الطريقة فرداً اجتماعياً. فهو بصفته فاعل إجتماعي ينتج هو كذلك قدره الإجتماعي. أو بتعبير آخر، يعيد إنتاج ما يمارس عليه من قبل المجتمع. أو بالأحرى، أصحاب الهيمنة و النفوذ.

و عليه، إنّ التعارض بين المقاربتين، الكميّة و الكيفية يعتبر مشكلاً مغلوفاً (9: (Adel F., idem2).

و بما أنّ الأطباء الجواريين يمثلون مهنة (الطب)، يبدو لي منطقياً الإستناد إلى علم إجتماع المهن، بل المجموعات المهنية، كما تفضل تسميتها الجمعية الدولية لعلماء الاجتماع. (Dubar et Lucas, 1994 in (Dubar et Tripier, 1998:1).

و هذا يبدو لي جدّ مهمّ، لأن هذا العلم لا يسائل المهنة في حدّ ذاتها إلا قليلاً، أو ينغلق في الخصائص العلمية و التقنية فقط، بقدر ما يركّز أكثر على علاقتها مع الوضعية اليومية، التي تسمح لها أن تعقدها مع الفاعلين الاجتماعيين. (10: (Mebtoul M., 2007).

إنّ المهن لها ثلاث ملاسبات: معرفية، عاطفية و تواصلية فهي تمثل إذا أشكالاً تاريخية للتنظيم الاجتماعي، التصنيف و النشاطات الاجتماعية التي تشكل علاقات (روابط) بين الدولة و الافراد. هذه مسألة تمّ اقرارها تقليدياً في علم الاجتماع من عهد دوركايم كما، هو الشأن بالنسبة للمجموعات الوسيطة؛ هي كذلك أشكالاً تاريخية لإثبات الذات، أطر تعريفية ذاتية و تعابير قيمية أخلاقية ذات معان ثقافية؛ و هي أشكالاً تاريخية لتحالفات فاعلين يدافعون عن مصالحهم محاولة لتحقيق و الحفاظ على غلق سوق عملهم و السيطرة على نشاطاتهم، وضمان وزبناء لخدماتهم، و كذا عمل مستقر، و مداخيل معتبرة، و اعتراف بخبرتهم. (13: (Dubar et Tripier, Idem).

نفس الأسباب جعلتني أستند في مقاربة هذا الموضوع الى عدة فروع سوسيولوجية أخرى، :علم إجتماع التنظيم، علم اجتماع التربية، الذي يعنى كذلك بالتكوين المهني، و كذا الى علم إجتماع السياسي و الديني اللذين يعنيان بالعلاقات بين المهن و المعتقدات .

يعتبر الأطباء، في نظري، فاعلين اجتماعيين، و ليسوا أشخاص سلبيين، يتلقون كلّ ما يمارس عليهم. و لهذا، إرتأيت أن استند في هذا البحث الى ما يطلق عليه محمد مبتول علم اجتماع" الفاعلين الاجتماعيين"، الذي يبيّن جيّداً تعقيد الممارسات الاجتماعية الصادرة عن الفاعلين الاجتماعيين، كما يبين حدود الحتمية، التي تمحي -غالبا ما تكون مجردة عن الواقع- تأثير هؤلاء الفاعلين في الواقع. (20-21: (Mebtoul M ., 2005).

cf. 2007 :5-7)

و من جهة أخرى، يعتبر الأطباء اشخاصاً ينشئون و يشكّلون إجتماعياً خلال مساراتهم الإجتماعية و المهنية. إرتأيت إذن أن أتناول الموضوع محل الدراسة من منظور النظرية الإجتماعية العملية لبناء الشخصية. أركّز هنا أكثر على البعد المهني، الذي صار يحتل مكانة خاصة. بما أن الشغل صار شيئاً نادراً، فهو يؤثّر في بناء الشخصية الإجتماعية؛ و بما أنّ العمل صار يعرف تحولات جد مؤثرة، فإنّه يدفع إلى

تحولات جد خطيرة في الشخصية ؛ و بما أن التكوين يصاحب كل التجليات في العمل و الشغل، فإنه يتدخل في الحركات الشخصية حتى ما بعد فترة التمدرس. (6: Dubar C.,1996) و عليه، فإن هذه النظرية تساعد في تحليل بناء الشخصية لدى الأطباء موضوع الدراسة على مستويين:

المستوى الأول: و يخص الرّبط بين المسارات و الأنساق، مع الرّفص الضمني لتوحيد الوضعيات والآلية المنتجة للموروث الاجتماعي *habitus*، واستبعاد إختزال هذه المسارات في وضعية موضوعية.

المستوى الثاني: و يخصّ الرّبط بين المسار السابق و الاستراتيجيات، الذي يرفض ضمناً الإستمرار الحتمي بين النظرة الى مستقبل المسار، المتضمنة التقديرات المتاحة للأنظمة، و حصيلة المسار السابق و جميع التمثلات العكسية في النظام (النسق). فالماضي لا يحدّد النظرة الى المستقبل بشكل آلي. (Dubar C., 1996: 76-77)

و بما أن الأطباء يعملون في انظمة، تفرض وجودها على الأفراد، من خلال نماذج الطاعة التي تحد من حرية نشاط الأطباء. إرأيت دراسة الموضوع بالإستناد إلى علم اجتماع الأنظمة (الأنساق) انظر: (184: Dubar C. Op cité cf. De Gaulejac V., 1994).

بناء نموذج التحليل:

و بعد تحديد إشكالية الدّراسة و اطارها النظري ، أرى من الأئق الانتقال الى بناء نموذج التحليل *modèle d'analyse*، و الذي يشتمل على الفرضيات و المفاهيم المستعملة في الدراسة التي يتكوّن منها عنوان الدّراسية، و هي: "الإنزياح"، "المسار الإجماعي- المهني" و "الطب الجوّاري".

تعريف مفهوم "الانزياح" :

1- ترمفردة "إنزياح" (*désaffiliation*) الانسحاب من الانتساب الى هيئة معينة كصندوق الضمان الاجتماعي و تعني تجوزاً مجموع المسار المهني () *Mediadico et dictionnaire Reverso*, (cf.Encarta, ed.2009 DVD).

2- و استعمله روبير كاستل ليشير به الى تلك المقاربة المقترحة التي تعني "المنحنى المتطور من الوضعية الادماجية الى الاقصاء". (Lexique économique et social, mis en ligne le 7/1/1980).

3- اما القاموس السويسري للسياسة الاجتماعية فيعتبرها فكرة اقترحها روبير كاستل للإشارة الى النمط الخاص لانفصال الرّباط الاجتماعي و الانقطاع الذي يشترك فيه المقصيين و الفقراء. *Dictionnaire suisse* (de politique sociale, mis en ligne le 7/1/1980).

4- أما بالنسبة ل "كلود مارتن" في الحديث عن أصالة المفهوم لدى روبير كاستل يعتبرها الانفصال (*décrochage*) بالنسبة للانتظامات التي، عن طريقها، تتولّد الحياة الاجتماعية و تنقاد (Claude M., 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 1/1/2013, consulté le 18/07/2013, voir <http://sociologie.revue.org/1606>).

5- و على حسب الدّرس ل Tes ، السنة الدّراسية 2001- 2002 الذي وضع على الأنترنت 1980/01/01 "الانزياح" هو على عكس من الإقصاء الذي هو وضعية، فهي تؤكد على حركية الإقصاء الاجتماعي. (Cf. Castel R., note de lecture, mis en ligne le 7/1/1980 :4).

فأما مفهوم "الإنزياح"، فأعني به في هذا الدراسة ، التخلي بصفة نهائية عن الإلتزام الى خلايا الجوار للتضامن و وكالة التنمية الإجتماعية التي تنتمي اليها. و عليه، إن المفهوم لا يشمل، التقاعد أ و الغياب المؤقت بأي سبب كان.

تعريف مفهوم "المسار الاجتماعي - المهني":

استعمل في العلوم الاجتماعية عامة و علم الاجتماع خاصة بمعان متقاربة. رصدت مجموعة منها:

1- "المسار" في العلوم الاجتماعية و الانسانية يعني متتالية من الوضعيات الاجتماعية التي يشغلها الفرد (أو الذفعة) خلال حياته (ها) او جزء منها. تركز الدراسات على مجال اجتماعي معين (خاص): مسار اجتماعي، مهني، إقامي، مداخل أجر، طبي و صحي (wikipédia, en ligne).

2- "المسارات" ... هي مجموعة من الاحداث دالة و مدلولة (ذات دلالة و مدلولية)، و التي تطبع صيرورة الحياة كفاعلين اجتماعيين موجودين في زمان و مكان معينين. (Assogba, en 2003/5/6 en ligne).

3- "المسار الاجتماعي" لفرد ما يحدّد متتالية من الوضعيات الاجتماعية، كذا النظرة التي ينظر من خلالها هذا الفرد الى تلك الوضعيات. (Dubar C., 1998,et 2000 en ligne).

4- مفهوم "المسار" ... يشير الى المكانة التي يحتلها الفرد بصفته عنصرا، فاعلا، موضوعا من خلال علاقتة بالهيئة، بالنظام، بالعالم، بالمحيط الاجتماعي. (CEREP en ligne).

5- "مسار الحياة" هو نموذج استقرار و تغير طويل المدى للمكانات، الادوار، و بالخصوص لمختلف اشكال الاندماج الاجتماعية للأفراد. استعمل مفهوم "المسار" بشكل عام بالرجوع الى مجالات نشاط أو إندماج خاص : مسار عائلي، مسار مهني، مسار صحي، مسار مواطنة)، مجموع هذه المسارات يشكل مسار الحياة. (Widmer E. D. et al., 2011, :23, en ligne).

6- تعرّف المسارات أيضا بأنها "سلسلة من الاحداث و التجارب التي تسود مجالا خاصا من حياة الفرد، من الميلاد الى الوفاة".... لا يعتبر "مسار الحياة" على حسب هذا التعريف خطيا، يمكن ان يعرف فترات انقطاع و ذهاب و إياب.. (Glen H. E., en ligne :).

7- مفهوم " المسار المهني" هو نتيجة تشكيل متواصل لوجود مهني يقوم باقتطاع موضوعي لصيرورة مسيرة ذاتية، من خلال سلّم قراءة تكون معالمها: حالات وضعيات، بحيث يسمح تتابعها رسم صيرورة cheminement أو مسار itinéraire. فالمسار إذن هو قطعة tram مستخلصة من مركب حياتي عن طريق نمط تجميع، و التي يشكّل الصيرورة المؤقتة و الوضعيات المرجعية و المجال الذي يكون مناسب لها. (Bigot et al, en ligne 2003 :5).

8- على حسب فوريي كريستيان فانّ "المسار التربوي - الاجتماعي" يعرف على أساس نقطة انطلاقه و انحداره. و في هذه الحالة، تغطّي نقطة الانطلاق المحيط الاجتماعي الاصلي، و يتمثّل المنحدر دالة التباين التربوي - الاجتماعي. هذا يعني، من الناحية العملية، أنّ دالة المنحدر تتكوّن على أساس التباين الموجود بين مستوى التكوين الفعلي و مستوى التكوين النمطي modal لمجموع النساء اللواتي لهنّ نفس المستوى الاجتماعي الأصلي. (Fournier C., sd. : 38 en ligne).

9- "المسار المهني" على حسب رابح عرّاش Rabeh Arrache هو عملية معقدة تمرّ بمختلف المراحل، من بداية الإدماج الى نهايته. يعتبر هذا التنوّع حصيلة مجموعة من العوامل، بما في ذلك تعدّد الحالات الممكنة (عدم الادماج، الإنشغال، الادماج في القطاع الموازي، الإدماج في القطاع العام و الخاص الرّسميين) و تنوّع تمازج هذه الحالات و مدّة كلّ حالة).

و لتحليل المسار المهني، ادخل Vincent J. فكرة نظام الادماج (régime d'insertion)، و الذي يقتضي ملاحظة المتغيّرات طيلة المسار cheminement مرحلة الادماج . و مختلف الاحصائيات الخاصة بالمتغيّرات التي لا يمكن الحصول عليها إلاّ إذا كان الجمهور المقصود محدد جدّا. فمفهوم " المسار المهني" يكون مرتبطا جدّا بالرّأسمال البشري، بشرط أن يكون هذا المسار خاضعا للإمكانات الإنتاجية و الفكرية لكلّ فرد.(Manbou,P.F., en ligne :5).

10- أمّا بالنسبة ل "فورنيي كريستيان" فإنّ المسار المستعار من الهندسة يعني في الاصل منحى له خاصيّة معيّنة. الشّيء الذي يميّزه عن مسار بسيط simple trajet . فالعلوم الاجتماعية تحاول أن تجعل من المسار المجال vecteur الذي يوجّه السلوك. هنا تكمن خاصيّته.(Fournier C., en ligne : 36).

من خلال هذه التعاريف السابقة يمكن أن تسخلص خصائص المسار الآتية:

- 1- إنّ تعريف ويكيبيديا لا يخصّص مجالا خاصّا للمسار، بينما Glen يختزل المسار في مجال معيّن.
- 2- أمّا تعريف Assogba فيركّز على الاحداث ذات الدلالة، التي لها معنى. الشّيء الذي يريد أن يقصده Bigot و رفقاؤه بالمقطع و المستخلص.
- 3- و تعريف Assogba و Bury يضع المسار في الزمان و المكان.
- 4- و تعريف Dubar يثير المظهر الذاتي للمسار، و الذي هو نظرة هؤلاء للوضعيات المشغولة المتتالية.
- 5- أمّا Bourdieu و Arrache فيثير تعريفهما العامل العلائقي، و المتعلّق ب المحيط ، و الرّأسمال البشري اللّذين يحددهما سلوك الافراد.
- 6- و تعريف Glen فيضيف عامل التردد (itératif) في المسار (لحظات الإنقطاع و الذهاب و الإياب).
- 7- أمّا التعريفان اللذان تقدّما بهما كل من Assogba و Parsons فيعتبران الفرد فاعلا acteur، بينما CEREP فهو إمّا فاعل acteur أو عنصر agent أو موضوع sujet .
- 8- أمّا تعريفات كلّ من Parsons, Fournier, CEREP فهي تعتبر المسار نموذجا modèle و مجالا vecteur اللّذان يوجهان سلوكات الافراد.
- 9- أمّا تعريف Widmer و CEREP فإنهما يثيران العامل الموضوعي، الذي يؤطرّ سلوك الفرد (في علاقته مع النظام، العالم، المحيط الاجتماعي، الذي يرجع الى النشاط أو الادماج الخاص. يمكن بعد تقديم هذه الخصائص للمسار من مجموع التعاريف السابقة أن نقدّم تعريفا جامعا مانعا الآتي: "المسار هو المكانة أو الوضعيات المتتالية، الأحداث و التجارب التي يشغلها فرد أو دفعة و التي لها دلالة و معنى ، بصفتهم فاعلين، و المتسمة بالاستقرار و التغيّر (الانقطاع)، و المتموضعة في الزمان و المكان، في مجال معيّن، و التي عاشها (الفرد او الدفعة) في علاقتهما بالموروث الاجتماعي habitus و الرّأسمال البشري و الهيئات و الانظمة و مجالات النشاط التي عاش فيها الفرد أو الدفعة".

يبدو لي بأنّ هذا التعريف الجامع المانع يشتمل على كل الخصائص التي ذكرتها التعريفات التي تمّ تقديمها أعلاه.

أما بالنسبة للفرد أو جماعات الأقران فهما في جميع الظروف فاعلين بشكل متفاوت بين الافراد و الجماعات، على حسب المعيش الاجتماعي و الرأس مال البشري الموروث من العائلة ، التربية و التكوين الاساسي. فهما يعملان على إعادة صياغة ما يفرض عاينهما من المحيط بشكل متفاوت. استعملت مفهوم "المسار الاجتماعي - المهني" في إطار "نموذج الفاعل الاجتماعي"، إلاّ أنّه وجدت بأنّ T. Parsons قد استعمل مفهوم *trajectoire* ، على حسب Bigot و رفاؤه، في اطار النموذج السوسيولوجي للفاعل الاجتماعي *l'agent social*، بينما أرجع مفهوم *carrière* الى النموذج السوسيولوجي للفاعل الاجتماعي *L'acteur social* (Bigot F. et al, 2003 : 7 en ligne) .

و أما مفهوم المسار الاجتماعي- المهني، فأعني به، في هذا البحث، "المكانة، او المتتالية، او سلسلة الوضعيات، أو الأحداث و الخبرات التي عاشها فرد أو جماعة أقران (دفعة/فوج) ذات دلالة و معنى، بصفتهم فاعلين، موسومة بالإستقرار و التغيير (الإخفاقات)، و ذلك في زمن و مكان معينين، و في مجال خاص، يعيشها الفرد (أو جماعة الأقران) بصفة ذاتية، بالرجوع الى الموروث الاجتماعي *Habitus* و الرأس مال الإنساني، و كذا الهيئات و الأنظمة و حقول النشاط، التي عاش الفرد أو جماعة الأقران (دفعة) *Cohorte* في كنفها".

أما فيما يخصّ مفهوم "الطب الجوّاري"، فتعرّفه اللّجنة المكّفة بتنظيم الملتقى الدولي حول الطب الجوّاري، المنعقد بمرسيليا يوم 2007/11/16 الطب الجوّاري بأنّه، على العموم"، يرجع الى عرض الصفوف الاولى، أو اللّجوء للعلاج في نفس المكان الذي يريد المستفيدون من هذا العلاج. هذا الجوّار (التقارب) المكاني يقترن بجوّار (تقارب) انساني متعلق بالسكان، و الذي كان له صدى دولي، تكون فيه العلاقة مباشرة و شخصية بين عمال الصّحة و المرضى " 4: Régi J. K. et Farnarier G. (eds), 2007 .Cf. CISS, 2010 :6-8, en ligne

أما مفهوم "الاطباء الجوّاريين"، فأعني به، في هذه الدّراسة، " أولئك الأطباء العامّين الذين يعملون في خلايا الجوّار للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعيّة، و التي تشرف عليها وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة. و التي تقوم بتعيين جيوب الفقر، و تجمع كل المعلومات التي تتصل بها، تحلّها و ترتبها على حسب الأولوية، ثم تعمل على مكافحة مظاهر الفقر فيها بإشراك افراد المجتمع المحلي و التعاون مع كافة الشركاء المحليين الذين لهم صلة بذلك، و هذا بغية الوصول بهم من حالة الإتكالية الى حالة الشراكة التي تتطلب الإعتماد على النفس أولا و طلب العون من الدولة في نفس الوقت".

وصلت بعدها إلى صياغة فرضيات الدّراسة في شكل إجابات مسبقة، قابلة للإختبار. و هي كالآتي:

1- الأطباء الجوّاريون هم عمال يشتغلون لأوّل مرّة بعد تخرجهم من كلىة الدراسات الطبيّة. و قد عرفوا البطالة، تشغيل الشباب و عقود ما قبل التشغيل و محاولة مواصلة الدراسة في النظام الداخلي.

2- يعتبر العمل في خلايا الجوّار للتضامن في نظر الأطباء الجوّاريين هو بمثابة مرحلة مؤقتة، أي

مرور مؤقت فقط.

3-النشاطات الاجتماعيّة المسيّسة، العمل طول النهار، الأجر المنخفض، مقارنة مع قرنائهم في مجال

الصحة. مجمل هذه العوامل تعتبر مساعدة لمغادرة العمل بهذه الخلايا و كذا الوكالة التي تشرف عليها.

4-يمثل الأطباء الجوّاريون صورة الخلل الموجود بين التكوين الطبيّ و المعيش العملي لهذه المهنة في

أرض الواقع، و خاصّة في المناطق النائية، البعيدة عن التجمعات العمرانية الكبرى.

5يعتبر اللجوء الى العمل في مؤسسات الصّحة بمثابة إسترجاع الهوية، التي يعتبرها هؤلاء الأطّباء قد إفتقدوها خلال عملهم بالخلايا.

المنهجية المتبعة في الدراسة:

لبلوغ أهداف البحث، إتبعنا المنهجية الآتية:
الجمع بين المقاربتين، الكميّة و الكيفية:

في مثل هذه المواضيع، التي تتوسط عدّة أطر معرفية، من اللائق أن يلجأ الباحث الى المقاربتين، الكمية و الكيفية، فإحدهما تكمل الأخرى، و خاصّة إذا كان الوقت المتاح محدودا، و الأفراد المحقّق معهم، موزعين على رقعة جغرافية كبيرة، بحيث لا يمكن للباحث أن يقيم معهم مقابلات، كالأطباء الذين غادروا هذه الخلايا، دون التمكن من معرفة مكان تواجدهم. و إن كان الإستبيان جد مفيد في الحصول على معطيات تجيب عن السؤالين: كم؟ ومن؟ إلاّ أنّه يترك معطيات كثيرة تنتمي الى منطقة المسكوت عنه، غير معلومة. فهو إذن، لا يجيب عن السؤالين: لماذا و كيف؟ و خاصة لوصف و متابعة المسارات، التي تعرف إنعراجات و تفاعلات ناتجة عن التمازج بين الذاتي و الموضوعي، و غير الرسمي. و لذا، يتوجب على الباحث أن يلجأ للإستخدام المقابلة النصف موجهة و الملاحظة بالمشاركة. (Daniel V.in Bouchayer (Coord,1994 : 34)

في العلوم الاجتماعية، تعتبر إذن الطريقتان، الكمية و الكيفية متكاملتين، و لا تختلفان إلاّ إستثناء. و يبقى في نظري، هناك نوع من المعارف، التي تدخل في منطقة المسكوت عنه، و الغير مفكّرفيه، لا يمكن الوصول إليها بالتقنيات الكميّة او الكيفية، إلاّ باللجوء إلى الخيال السوسولوجي. أشير هنا إلى عنوان كتاب رايت ميلز W. Mills الشهير. فهو الذي يجبر النقص الذي يبقى خارج إطار الوسائل الكمية و الكيفية المستعملة في البحوث.

التقنيات المستعملة في جمع المعلومات:

1- الاستبيان:

مراعاة لوجود الأطباء الجواريين و الذين هم موزعين على كامل التراب الوطني، و الذين لم يتمكن من الإلتقاء بهم و إجراء مقابلات معهم، و ذلك لبعد المسافات و نقص الإمكانيات، حضّرت استبياننا لجمع المعلومات مع هذه الفئة. و إختزلت مجال الدّراسة على مستوى الغرب الجزائري فقط.

2- المقابلات النصف موجهة المعادة ذات بعد استرجاعي:

فيما يخصّ فئة الأطّباء، الذين تمّت مقابلتهم، و هم ستة أطباء من جملة عشرين تمّ الإتّصال بهم عبر الهاتف، دون التمكن من لقاءهم و إجراء المقابلة معهم. فهؤلاء الستة الذين أجريت معهم تقنية المقابلة النصف موجهة تم تحضيرها مسبقا، لتمس الجوانب الذاتية، و تجيب أكثر على السؤال "كيف؟"، أجريت هذه المقابلات إثناء اللقاءات و الملتقيات التي تنظمها وكالة التنمية الإحتتماعية قصد تقييم برامجها و كذا أماكن عملهم. أما عن كيفية إجرائها فكانت كالآتي:

تحضير المقابلة أولا؛

تحديد مكان إجراء المقابلة بالإتفاق مع المبحوث؛

الإنصات بتمعن إلى المبحوث فيما يقوله و يومئ به؛

تسجيل المقابلة في شريط مسموع، بموافقة المبحوث؛

إعادة إستماع الشريط بكل عناية، مع تسجيل الملاحظات التي أراها مهمة؛

تقييم كيفية إجراء المقابلة المنجزة، مع تسجيل النفاص التي تمّ ملاحظتها و محاولة تجاوزها في المقابلة المقبلة. و هكذا في باقي المقابلات. و لا يفوتني التنبيه الى أن الملاحظة كانت مستعملة ضمناً في هذه المقابلات. ليس ملاحظة المبحوث فقط، و لكن ذلك عملي كباحث. و هذا ما أسماه فريق "HUGUE" بعلم اجتماع لعلم اجتماع sociologie de la Sociologie . و هذا ضروري، كما يبدو لي، في المسار العلمي.

3- المقابلات غير الموجهة في البحث:

يكون المبحوث في هذه المقابلات حراً في إجاباته و مسترسلاً في الموضوع المبحوث. و قد طبقت هذا النوع من المقابلات مع المسؤولين في وكالة التنمية الإجتماعية على المستوى الإدارة العامة و كذا الفروع الجهوية و مع زملاء العمل في خلايا الجوار للتضامن كالمختصين في علم النفس، المختصين في علم الاجتماع و المساعدات الإجتماعية. و لم أستثنى السواق و أعوان متعددي الخدمات. بصفتهم فاعلين إجتماعيين هم كذلك.

4- الملاحظة بالمشاركة:

مارست هذا النوع من المشاركة اثناء عملي في خلايا الجوار للتضامن من سنة 2000 إلى غاية 2007، حيث إلتحقت بديوان السيد والي ولاية وهران للأشراك في خلية السكن. ثم خلال الفترة الممتدة من سنة 2013 إلى نهاية الدرس.

و لكن بقي لي أن أسأل، كيف للباحث أن يكون منخرطاً في الظاهرة المبحوثة و يحافظ على الموضوعية التي يقتضيها البحث العلمي؟ أذكر هنا الكتاب الذي يحمل عنوان " الإنخراط و الإبتعاد" لنوربيرت إلياس « Norbert Elias « l'engagement et la distanciation ». في رأيي، للخروج من هذه الوضعية، لابد هنا من أخذ المسافة برهة من الزمن، كي يتمكن الباحث من الإنخراط و الإبتعاد عن الظاهرة المبحوثة، في نفس الوقت. فهذه المسافة تمكّنه من مراقبة الظاهرة من الداخل عن طريق الملاحظة بالمشاركة، و في نفس الوقت، تمكّنه من النظر إليها بموضوعية، متأثية من الانقطاع عنها وقتاً ما.

و أرى من الواجب أن أبين أنّ الباحث، إستناداً إلى ما قاله "تيودور مونود": "يجب عليه أن يتكيف مع الظروف و يتوقف عن العمل". لأنّ الباحث، مهما بدل من جهده، فهو على يقين أنه يبقى هناك معلومات كان يجب عليه جمعها أو توظيفها... يجب عليه أن يتكيف مع الظروف و يتوقف عن العمل, T. MONOD, « L'Emeraude des Garamantes, souvenir d'un saharien, Actes Sud in Gobatto 1992, « Etre médecin au Burkina-Faso », Harmattan, Paris, Montréal, éd. 1999,p.42, I, « تاركا هذه النقائص إلى فرص أخرى لاحقة، يقوم بتدراكها هو أو باحثون آخرون. فالعمل الإنساني، مهما كان، يعتريه النقص، كما قال شمس الدين البابلي(ت.1077ه) فيما حكاه عنه ملا المحبّي. في كتاب " خلاصة الأثر في أعيان القرن الحادي عشر". (أنظر الجزء الرابع، ص 41 من طبعة القاهرة سنة 1284 هـ).

فيما يخص المبحوثين، الذين مسّتهم المقابلة:

لحصر خصوصيات مسارات الأطباء الجواريين موضوع البحث، تمكّنت، بما سمحت به الظروف، من إجراء المقابلة مع ستة أطباء، إثنان منهم غادروا خلايا الجوار للتضامن و وكالة التنكية الإجتماعية، و أربعة آخرين و مازالوا يمارسون عملهم بهذه الخلايا و الوكالة. كما مسّت المقابلات الجنسين، "طبيبيين من الذين غادروا و أربع طبيبات من اللواتي مازلن يمارسن عملهن بهذه الخلايا و الوكالة. حاولت ان أضيف بعداً آخرًا يخصّ الأعمال المستقطبة لهؤلاء الأطباء الجواريين الذين غادروا الخلايا و الوكالة، فلم أتمكّن من ذلك، و هذا لقلّة الإمكانيات.

مجال الدراسة:

حدّد مجال هذا الدّراسة على مستويين:

المستوى الأول: وهو وكالة التنمية الإجتماعية، التي تعتبر المجال العام لهذه الدراسة. و هي الهيئة التي تشرف على الخلايا الجوارية للتنمية؛

المستوى الثاني: و هو يتمثل في خلايا الجوار للتضامن، التي تعتبر المجال الخاص الذي ينتمي اليه الأطباء الجواريون موضوع الدّراسة.

عيّنة الدّراسة:

حدد جمهور البحث بالأطباء الجواريين، الذين غادروا هذه الخلايا و الوكالة عن طريق الإستقالة بعد قضاء وقتا في العمل في هذه الخلايا و الوكالة. , قد تناولت لتقديم جمهور الدّراسة عن طريق إبراز ناحيتين، هما:

- دور الأطباء الجواريين في خلايا الجوار للتضامن؛
- مكانة الأطباء الجواريين في خلايا الجوار للتضامن.

بعض الصعوبات التي إعترضت هذه الدراسة:

اعترضني في إنجاز هذه الدراسة جملة من الصعوبات يمكن تلخيصها كالآتي:

1- انشغالات العائلة و العمل. هذا ممّا دعاني - مرات عديدة - أن أتخلّى عن هذه الدراسة نهائيا؛
2- صعوبة الترجمة من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية. لأن كلّ المراجع و المصادر كانت بالفرنسية. خاصّة المصطلحات التي ليس لها مقابل في اللغة العربية، و لم أعتز عليها في القواميس و المعاجم الموجودة باللغة، منها: مفهوم «desaffiliation» الذي ترجمته بكلمة " انزياح"، و مفهوم « habitus » الذي ترجمته بكلمة " الموروث الاجتماعي"، و غيرها من المفاهيم التي حاولت أن أجد لها المقابل العربي، فقد لا يتّفق معي غيري في ترجمتها. عذري الوحيد هو أنّي اجتهدت، فإن أصبت فذاك ما أريد، و ان اخطأت فذاك اترك تصويبه للنقد.

3- الاستبيانات التي لم تصلني من قبل الاطباء الذين غادروا خلايا الجوار للتضامن، و لم اتمكّن من لقاء معهم، و ذلك لبعد مكان وتواجدهم.

4- قلّة الحالات المبحوثة، التي اجريت معها مقابلات نصف موجّة، اذ أنّني لا ادري هل تكفي أن تمدّنا بمعلومات مهمّة تمكّننا من الكشف عن ملامبات الظاهرة المدروسة. الشيء الذي اراه يشفع لي هذا النقص هو أنّ الدراسات لا تركز على التمثيل بقدر و أنّما تهدف الى البحث عن معنى سلوك الافراد.

الفصل الثاني: حقل وعينة الدراسة

مقدمة :

الأطباء موضوع الدراسة ينشطون على مستوى خلايا الجوار للتضامن، رغم أن هذه الخلايا رأت النور في سنة 1983م ، فقد تم تبنيتها من قبل وكالة التنمية الاجتماعية منذ تأسيسها في جوان 1996، تمثل هذه الخلايا الحقل المهني الخاص للأطباء حول الدراسة، وتمثل وكالة التنمية الاجتماعية الإطار المهني العام لهؤلاء الأطباء.

فتوجّب علي إذن أن أقدم في بادئ ذي بدء وكالة التنمية الاجتماعية كإطار مهني عام لهؤلاء الأطباء، ثم أقدم في المقام الثاني خلايا الجوار للتضامن كإطار مهني خاص لهؤلاء الأطباء، وفي الأخير، أقدم الأطباء الجواريين العاملين بهذه الخلايا لهذا يمكن أنت نتفهم منطق الإدراك والسلوك لهؤلاء الأطباء، من خلال التفاعلات في حقل النشاط المهني العام والخاص والحد راس هنا بوكالة التنمية الاجتماعية، وخلايا التقارب للتضامن.

ما هي وكالة التنمية الاجتماعية؟ في أي سياق أنشئت، ما هو الدور الرئيسي الذي أنيط بها من قبل السلطات؟ ما هي برامجها؟ كيف تطورت مع الوقت؟ ما هي آفاقها في المستقبل؟

ما هي خلايا التقارب للتضامن؟ لم أنشأت؟ ما هو دورها؟ كيف تم هيكلتها؟ ما هو مخطط عملها؟ ما هي نوع المقاربات التي تبنيتها لإنجاز مخطط عملها؟ إلى أي مدى نجدت هذه الخلايا وبالتالي الوكالة في مهمتها الأساسية؟

في الأخير، من هم الأطباء الجواريين؟ ما هو نظامهم الأساسي للعمل، وما هو دورهم المهني في هذه الخلايا أولا، و في الوكالة ثانيا؟

هذا ما سنراه من خلال هذا الفصل المتكوّن من ثلاثة مباحث وهي :

- وكالة التنمية الاجتماعية ؟
- خلايا التقارب للتضامن ؟
- الأطباء الجواريين.

المهجه الأول: وكالة التنمية الاجتماعية

2.1.1- السياق الاجتماعي -الاقتصادي الذي سبق إنشاء " وكالة التنمية الاجتماعية":

تولّي سوق البترول و معالجة ظروف الديون خلال الثمانينات دفعت النظام برمته و الهيئات الاقتصادية للبلاد في حالة أزمة غير مسبوقه، لا من قبل حجمها أو من قبل خطورتها.

في انتظار الخروج من أزمة وافدة ذات سياق اصلاحي طويل و شاق، فإنّ الوضعية الاجتماعية زادت حدّتها- مع برنامج إعادة الهيكلة - للمنعكسات الدراماتيكية على النفقات العمومية، ذات البعد الاجتماعية.

تبع هذا تصاعد قويّ غير مسبوق لظاهرة الفقر، كان هذا تحت تأثير ثلاثة عوامل رئيسية هي:

(1). انخفاض القدرة الشرائية: فالسياسة الاجتماعية اعتمدت على دعم الدولة للمداخل،

والأسعار تجاوزها الزمن ، و السياسات الاجتماعية الجديدة أضحت في طريق النضج.

(2). تدهور الخدمات القاعدية للدولة : تفشّف التمويل، وضغط الحاجات وكذا التسيير المنتقى، كل ذلك

أثر بشدّة في ميادين الصحّة، التّعليم، والإدارة.

(3). تصاعد البطالة: إنّ ظاهرة البطالة تزايد حجمها بالتسرّبات المدرسية، وقدم سياسات مكافحة البطالة

المدعّمة من قبل الدولة (توقف خلق مناصب جديدة للشغل و غلق آلاف المناصب الشغل الموجودة)، بينما الانطلاقة الاقتصادية الخالقة للشغل تأخرت ان ترى النور.

فتجربة خلايا التقارب للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية تمّ انطلاقها في هذا السياق

الخاصّ، و الحادّ، تحت ضغط الحاجيات الاجتماعية المتزايدة ، وكذا حدّة الضغوط الاقتصادية و

المؤسّساتية الصعبة (4 5-6 : Annane S.2007. Belahcen F.et Bouchakeur M.2000).

2.1.2- سياق إنشاء وكالة التنمية الاجتماعية :

في تلك الفترة، و مع المفاوضات التي كانت تجري حول برنامج دعم الشبكة الاجتماعية، مع البنك

العالمي (BIRD) طرحت مسألة ضرورة التّكفل، بأحد الشروط الخاصة بالقرض التي أملاها البنك العالمي، و

التمثّل في وجود مؤسسة مختصّة مكلفة بتنفيذ البرنامج المذكور أعلاه، هذا من جهة، و من جهة اخرى

لتسمح لبلادنا، على غرار التجارب الدولية المكتسبة في هذا الميدان، بتوفير و خلق الظروف المناسبة لتحقيق

التنمية الاجتماعية، التي أصبحت تشكّل هدفا أوليا (Annane S.,2007).

ومن وجهة النظر هذه كان الطرف الجزائري جدّ مهتمّ بفكرة إنشاء هذه المؤسسة التي أطلق عليها فيما

بعد تسمية "وكالة التنمية الاجتماعية (ADS)" قصد تجسيد مجهوداتها في مجال التنمية الاجتماعية

والاستجابة الإيجابية للشروط التي حددها البنك العالمي في إطار منح القروض لتمويل برنامج الشبكة الاجتماعية.

سيصبح هذا التقارب في وجهات النظر الانطلاق بسرعة في عملية إنشاء وكالة التنمية الاجتماعية، التي وردت تسميتها في الوثيقة الخاصة بالمشروع المقرر مع البنك على شكل "هيئة متابعة" organisme de suivi (idem: 6)، حتى وإن كان من المتوقع، منذ نشأتها، أن تأخذ شكل منظمة غير حكومية، غير أن ذلك لم يكن ليحدث نظرا لحجم البرامج و الدور الهام المنوط بالوكالة، و ليس بإمكان أحد التأكيد على ذلك بيقين،(6: Khadrine M.L.2007).

يبرز فحص تقرير نشاط سنة 1996، منذ انطلاق نشاطات وكالة التنمية الاجتماعية، المؤشرات الآتية:

أرتكز نشاط وكالة التنمية الاجتماعية على تسيير برنامجين اثنين، يخصان الشبكة الاجتماعية: المنحة الجزائرية للتضامن (AFS) و التعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة (IAIG)، بالإضافة إلى تنفيذ الإجراءات الخاصة بفرض البنك العالمي، لاسيما فيما يخص التركيبة المتعلقة بأشغال المنفعة العمومية ذات الاستعمال المكثف لليد العاملة (TUPàHUMO) (Annane S.Idem :5) وجدت الوكالة نفسها الآن، نظرا لتجربتها والاشكاليات المطروحة الناتجة عن تنفيذ برامجها، ملزمة بإيجاد الحلول المناسبة لوضعيات جديدة، معقدة و مستعجلة) (Khadrine.M.L, Opcit).

إلى أي مدى نجحت وكالة التنمية الاجتماعية بهذا المعنى؟ نجيب على هذا التساؤل بعد التعريف بالوكالة، مهامها و برامجها منذ نشأتها سنة 1996 إلى غاية اليوم.

2.1.3. وكالة التنمية الاجتماعية : مهامها وبرامجها:

وكالة التنمية الاجتماعية : هي هيئة حكومية أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 232- المؤرخ في 29 جوان 1996، قصد التخفيف من حدة الإنعكاسات السلبية الناتجة عن مخطط التعديل الهيكلي على الفئات الاجتماعية الضعيفة. ويتمثل هدفها الأساسي في مكافحة الفقر والبطالة والتهميش، الذي يمسّ الفئات الاجتماعية المحرومة

تنشط الوكالة تحت سلطة رئيس الحكومة ، وتخضع مختلف نشاطاتها للمتابعة الميدانية من طرف الوزير المكلف بالتشغيل والحماية الاجتماعية والتمهين في تلك الفترة، ثم وزارة التشغيل والتضامن الوطني . (La lettre de l'ADS.2004 :2).

تتميز الوكالة بقانون أساسي خاص يكفل لها مرونة وشفافية في تسيير الشبكة الاجتماعية: المنحة الجزائرية للتضامن (AFS)، والتعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة (IAIG) وبرامج أخرى تتكفل بها الوكالة (12: (3) 2005 Bensenane D.).

يدير الوكالة مدير عام معين بمرسوم، يسانده مدير مساعد رفقة مدراء مركزيون مشرفون على مديرية الدعم الاجتماعية، مديرية برامج التشغيل والإدماج، مديرية التنمية الجماعية، وخلايا التقارب، مديرية الدراسات والتخطيط، مديرية الإدارة والوسائل العامة، مديرية المالية والمحاسبة، مديرية المالية المصغرة، وخليّة مكلفة بفحص وتدقيق الحسابات والاتصال (La lettre de l'ADS.Opcit).

تضمّ الوكالة هئتين استشاريتين يتمثلان في مجلس توجيهي، يتشكل من عشرة أعضاء من بينهم أربعة أعضاء من الحركة الجهوية؛ ولجنة المراقبة، وتضم ثلاثة أعضاء ينتمون الى المجلس التوجيهي (Opcit).

ولأداء مهامها تعتمد الوكالة على 11 فرعا جهويا تقع في كل من الجزائر، عنابة، ورقلة مستغانم، تيارت، بشار، سيدي بلعباس، غرداية، بجاية، باتنة، تبسة ومدية، و254 خلية تقارب للتضامن، موزعة على 48 ولاية (Bendris 2012 en ligne.Cf.ADS .2009.et le site web Kadiri M.,2007).

تتمثل مهام الوكالة في ترقية، و انتقاء، و تمويل، و تحويل، عن طريق الإعانات المالية أو وسائل أخرى ، كل من:

- النشاطات و التدخلات لفائدة السكان المحرومين.
- كل مشروع أشغال أو خدمات ذات منفعة اقتصادية واجتماعية متضمنة أشغال مكثفة لليد العاملة و تطوير المؤسسة (Thamimy M.2000.2-3).

تسيير الوكالة جملة من البرامج الاجتماعية، منها :

- النشاطات ذات الاحتياجات الجماعية (ABS).
- أشغال عمومية ذات استعمال المكثف لليد العاملة (TUB-HUMO) والجزائر البيضاء (B.A).
- منحة إدماج ذوي الشهادات (PID) والمسّمى سابقا عقود ما قبل التشغيل (CPE).
- منحة النشاط للإدماج الاجتماعي (PAIS) المسّمى سابقا : مناصب الشغل الفصلية ذات المبادرة المحلية (ESIL).

- وبرامج أخرى في إطار الشراكة مع الخارج: القرض المصغر في إطار مشروع دعم التنمية الاجتماعية الإقتصادية المحلية في شمال وشرق الجزائر (PEDSEL-NEA).

- برامج التدخل الاستعجالي في البلديات الأكثر فقرا.

- التعاون مع التعاونية التقنية الألمانية (GTZ).
- التكاليف الحضاري (R.Q)
- المنظمة غير الحكومية II (ONG II).
- و أطباء العالم في مجال الصحة الجماعية. (Annane.S.idem:5)
- برنامج القرض المصغر (1)

ملخص الجدول الآتي التكافل بالسكان عن طريق برامج وكالة التنمية الاجتماعية سنة 2010:

برامج الدعم و التنمية الاجتماعية		برامج الدعم و التنمية الاجتماعية			
برنامج الأشغال العمومية ذات الاستعمال المكثف لليد العاملة (TUP-HUMO)	جهاز نشاط الإدماج الاجتماعي (DAIS)	منحة إدماج تحليلي للشهادات (PID)	خلايا التقارب للتضامن (CIS)	المنحة الجزائرية للتضامن (AFS)	
مناصب شغل	ورشات				
6.370	1.187	509.765	90.302	2.211	842.051

مصدر: وكالة التنمية الاجتماعية، تقديم الوكالة، المعرفة و التطور، من 1993 إلى 2010، أنظر الجدول رقم 3 في الملاحق.

تتعاون الوكالة كذلك مع المجتمع المدني باشرائه في نشاطاتها وبرامجها الميدانية، إذ يضم مجلسها التوجيهي أربع جمعيات ذات طابع وطني، ومن المتوقع أن تتوسع هذه الشراكة مع الحركة الجمعوية، لاسيما في إطار مشاريع التنمية الجماعية والنشاط الاجتماعي الجوارحي (2: ASD.2004).

ولأداء مهامها على أحسن وجه ، تعتمد الوكالة على مديريات النشاط الاجتماعي، مديريات التشغيل على المسؤول الولائي، المجالس الشعبية المحلية والمصالح الخارجية للوزارات (op.cit).

كما تتعاون الوكالة مع كل المؤسسات والهيئات الحكومية الوطنية والدولية القادرة على تقديم مساهماتها بما فيها هيئات ممنوحة لفائدة البرامج الرامية إلى مكافحة الفقر والبطالة والإقصاء الاجتماعي (op.cit). لقد استفاد جزء من برامج الوكالة من قرض البنك العالمي (BIRD) رقم: 4006AL المقدر بـ5 مليون دولار أمريكي في إطار المشروع النموذجي لدعم الشبكة الاجتماعية الذي تم تنفيذه سنة 1997 لمدة ثلاث سنوات (4: Thamimy.Idem) ، وفي سنة 2003 استلقت من الاتحاد الأوروبي للوكالة قرضا يقدر بـ 50 مليون يورو، في إطار برنامج (MEDA) ، وذلك لتمويل مشروع (PEDSEL-NEA) (op cit : ADS 2004).

وبعد أن وضعت الوكالة قواعد سير مختلف برنامجها فإنها مدعوة من الآن فصاعدا إلى إعادة التركيز على وظيفتها الأساسية أي "الهندسة الاجتماعية"، وذلك بهدف العمل سويا مع الشركاء الاجتماعيين الآخرين لتمويل الإعانة العمومية إلى استثمار اجتماعي (2: La lettre de l'ADS.2004(1)) ، و تحويل والإتكالية إلى شراكة، والسلبية الى فاعل، actif والانتظار إلى مبادرة. كل هذا يقع على عاتق خلايا التقارب للتضامن

(1)حول هذا البرنامج الى الوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر ANGEM ابتداءا من شهر ابريل 2004 بموجب المرسوم التنفيذي رقم:14-04 المؤرخ في 22 يناير 2004 ولمتضمن انشاء و تحديد حيثيات تسيير القرض المصغر.

CPS باستمرار المكلفة لمحو البقايا السلبية لدى المعنيين، شيئا فشيئا، و التي تكوّنت في ظل النظام الأحادي، وكذا الاعتقاد القدي الذي يعتبر الفقر مكتوب لا يمكن الحياذ عنه.

تنشط الوكالة في سياق معقد، وحتى نتمكن من تفهّمه وتحديد اجتماعيا، بدأت تتفتح على عالم البحث، تحسبا لشراكة بينها وبين المؤسسات الجامعية ومراكز البحث في الميدان الاجتماعي. دعت الوكالة، كخطوة أولى، الأستاذ عبد الغاني مغربي، عالم اجتماع وباحث، الذي نشط حصّه تفكير حول المحاور المتعلقة بالأنثروبولوجيا الاجتماعية وعلم النفس الاجتماعي للفقر والتنمية الجماعية الخاصة بالجزائر، وكذا سياسة النشاط الاجتماعي للجوار (4: (1) La lettre de l'ADS.2004).

وعلاوة على ذلك، تنتهز الوكالة كل الفرص، كي تعرض برامجها. كما تتبادل وتكتسب مختلف خبرات الشركاء الآخرين.

وفي المقابل، تسعى الوكالة لتكوين إطاراتها باستمرار، وهذا من أجل ضمان مردودية جيدة في تدخلها من أجل مكافحة الفقر، الإقصاء والبطالة (La lettre de 19-20: 15, 2005, Cf Idem, 3-4: (3) ADS2004).

2.1.4- وكالة التنمية الاجتماعية، مسار غير مكتمل نحو الهندسة الاجتماعية:

تمكّنت وكالة التنمية الاجتماعية خلال عشر سنوات،"و بفضل تجاربها المكتسبة، من التحصيل على ثروة كبيرة من المعطيات الخاصة بالهندسة الاجتماعية، و التي لا يمكن إهمالها،الذي يسمح القيام بدور المسير الاجتماعي الحقيقي في خدمة السياسة الاجتماعية للدولة (Belgacem H. ,La lettre de l'ADS, 8: 2007)، غير أنّ التنمية الاجتماعية تعتبر عملية مستمرة ، وغير متقطعة، ينبغي تكيفها دائما مع الحاجيات المتزايدة للفئات السكانية، فعلى وكالة التنمية الاجتماعية أن تثابر في بذل جهودها التي لم تنقطع عنها منذ انطلاقتها الأولى سنة 1996، بفضل إطاراتها و كل مستخدميها الذي هم في خدمة التنمية الاجتماعية بالجزائر (5: Annane S.2007).

و رغم التّقدم في المسعى و الفلسفة المعتمدين في مختلف البرامج، الذي أدى إلى زوال مفهوم المساعدة المباشرة للفئات السكانية المحرومة لترك مكانه تدريجيا لمبدأي التطهير والتجديد بغرض تحقيق الاستقلالية في نشاطاتها، كنتيجة لذلك حدوث تطور في مجال معالجة حالات الهشاشة، إي أنّ هذه المنهجية تبقى صعبة التحقيق، لأنها نجاحها متوقف على تنفيذ بيداغوجيا اجتماعية خاصة مرافقة الشباب المقاولين والجمعيات في مجال إنجاز مشاريعهم و كذا المجتمعات المحلية المستفيدة من برامج التجهيز المساحات التي تعيش في هذه الهياث (, 6: Khadrine M. L., 2007).

وبالنسبة إلى إمكانية إدماج البرامج في عملية التنمية المحلية. " فإنّ هذه الأخيرة لا يمكنها أن تكتفي بالتوجيه الإداري المحلي" مهما كانت إرادتها. و في هذا الإطار سوف لن تظهر هناك نتائج إلا بتوفير شرطين هما :

1. مساهمة كلية مؤهلة للمستفيدين من المشاريع الذين عليهم القيام بتصميمها ونجاحها على شكل مشاركة، حينما تكون ذات منفعة عامة ، أو انتهائها بصفة فردية حينها يتعلق الأمر ببرنامج فردية.
2. البرامج الأقل انتشارا، هي الأكثر نجاحا حيث يمس أثرها فضاءا جغرافيا محددًا، تكون نتائجها أكثر أهمية، إذا ما أنجزت هذه البرامج بالتكامل مع تلك التابعة للمخططات البلدية والقطاعات الأخرى (Khadrine LM ;opcit) ذلك هو التحدي الكبير لووكالة التنمية الاجتماعية، وهو يمثل في نفس الوقت أمل الشريحة الكبيرة في المجتمع، والتي من أجلها وجدت الوكالة وكان المبرر لإنشائها (Amokrane.A.2007 :7).

نفس الحقيقة التي دق، من أجلها، المدير العام للوكالة ناقوس الخطر قائلا:

"ألفت الانتباه بأن مشاريع التنمية الجماعية بالشراكة المنجزة في الماضين هي غالبا ما انحرفت عن هدفها (Bensennane(1),2009).

وفي نفس الاتجاه، يؤكد كل من بلحسن و بوشاقور"بأنّ مسؤولية الملقاة على عاتق وكالة التنمية الاجتماعية وكذا السادة الولاية (وزارة التضامن الوطني حاليا) ليس فقط الاشتراك في خلايا الجوار التضامن ناشطة في مكافحة الفقرن الإقصاء و التهميش، ولكنّ السهر لوضع الحل في حراك حول حيثيات هذه المكافحة"(Belahcen.F.et Bouchakour M.2001 (1) :25.26).

وفي مجال الشغل، صحيح قد حاولت وكالة التنمية الاجتماعية أن تساهم في مكافحة ضد البطالة، وبالخصوص من أوساط الشباب، ولكنّه تبقى هذه البرامج الخاصة بالتشغيل لم تتمكن من وضع الشباب في وضعية تشغيل كامل (إدماج كامل). فبالنسبة إلى الشباب حاملي الشهادات، لا يتجاوز نسبة 7% من العدد الإجمالي الذي تمّ إدماجهم، بشكل نهائي، في مناصب شغل دائمة (ADS,2009 :29).

المبحث الثاني: خلايا الترابج للتضامن

2.2.1- تأسيس مفهوم "الجوار":

"الجوار" هو مفهوم حديث نسبيا، فموضوعه هو التطرق ومعالجة المشاكل المختلفة التي تتوغل في قلب العلاقة الموجودة بين المؤسسات الرسمية والمجتمع الحقيقي. هذه العلاقة تعتبر القانون المفضل، و الذي يمكن تحديد محتوى المفهوم بداخله (Belahcene.F. et al. Idem :7).

2.2.1.1- تكوين العلاقة :

ظهر موضوع "الجوار" في مجال السياسة الاجتماعية، خلال العشرين سنة الأخيرة، في البلدان المتقدمة، في سياق التدهور العميق والسريع الذي أصاب الأنظمة الاجتماعية والاقتصادية خلال الثمانينيات والتسعينات، و انهيار أجزاء كاملة من الصناعة، وتصادم البطالة الصناعية، و طغيان القطاع الثالث في الشغل، مع الدخول المكثف للنساء في سوق العمل، و الحراك المهني، والاقامتي المتزايد للأجاء.(Balhcene F.et Al, idem : Op cit).

تبع ذلك نوعان من التحولات، انعكست آثارهما على العلاقة بين المؤسسات والمجتمع.

1. تقهقر الاشكال التقليدية للتضامن، ذات النمط المباشر والملموس، التي كانت تقوم بها العائلة و الجيران. أنظر: (Balahcene et Al. Op cit).

2. إنهيار الحركات و المنظمات الكبرى ذات الطابع الاجتماعي (السياسية، الثقافية والجهوية) المهيكلة حول المشاريع المجتمعية العامة و طويلة المدى، لصالح أشكال التنظيم والنشاط المتباينة، المنقسمة الى شبكات ناشطة حول مشاكل محدّدة، محلية و آنية . أنظر: (Balahcene et Al, Op cit).

جرت هتان الظاهرتان معها العلاقة التي تحكم المؤسسات بالمجتمع في اتجاه عكسي ، والتأكيد على أسبقية المؤسسات على المجتمع.

بالفعل، وإن كانت هذه المؤسسات هي من إنتاج المجتمع، إلا أنّها بدأت تتجه نحو فرض نفسها عليه، لأنّه أوكلت إليها، فيما بعد، مهمّة تحديد ووضع القوانين التنظيمية التي تضمن إعادة الإنتاج الاجتماعي نفسه.

لم تأت (هذه المؤسسات) إلا لتنميط العلاقات الاجتماعية، وتفرض على مكونات المجتمع أن تخضع لقوانينها، معاييرها وإجراءاتها (8: Belahcene et Al, Idem).

صاحبت هذه العلاقة الموجودة بين المؤسسات والمجتمع جملة من العقبات والانحرافات التي يمكن تعيينها على ثلاث مستويات:

1- لا تعترف المؤسسات كناطق رسمي (وسيط) إلا بالتنظيمات، التي ليس بحوزتها إلى فئات مجردة اسمية من السكان، وهذا أدى إلى فرض شاشة غامضة، شيئاً ما، بين المؤسسات والفئات الحقيقية والملموسة.

2- تعنى هذه التنظيمات الاجتماعية بمنخرطها إلا بصفة إقطاعية.

3- إن حاجات الفرد أو المجموعة المجزأة، يجب أن يتمّ تقديمها للمؤسسات المهنية طبقاً للقالب الذي هو من صنعها هي، كما تمّ تسجيله في قوانينها.

مع العلم أنّ تطوّر مفهوم النشاط الاجتماعي للجوار (L'ASP) في المجتمعات المتقدمة، هو مرتبط بشدّة بالبحث عن حلول جزئية أو مؤقتة لهذا النوع من الإشكالات. (Opcit).

2.2.1.2- مضمون مفهوم "النشاط الاجتماعي الجوّاري":

يشمل مفهوم "النشاط الاجتماعي للجوّار" جملة من المبادرات تهدف إلى تحسين نوعية العلاقة بين المؤسسات والمجتمع، هذه المبادرات تقتضي تجنب وتخفيف مفعول "الشاشة" ومفعول التجزئة، ومفعول القالب الناشئ عن المبالغة في تحديد المجتمع الحقيقي من قبل المؤسسات الرسمية.

يتم تأسيس الخلفية الفكرية للمفهوم على ثلاثة أهداف خاصة هي:

1. المرونة في الاتصال بين المؤسسات و المجتمع.
 2. الأخذ بعين الاعتبار الحاجات الجديّة في جملتها الخاصّة، بمعنى حسب المقاربات التي هي، قبل كل شيء، معينة، ملموسة وحركية. كذلك فإنّ الحلول لا تعني إلا أصحابها أيّ من لهم مشاكل معينة، وتكون بالموافقة أي وجهها لوجه.
 3. الكفاءة الاجتماعية للمؤسسات خارج كفاءتها التشغيليّة والوظيفية الصّارمة.
- هذه الأهداف الثلاثة، التي كانت وراء تأسيس مفهوم "الجوّار" المطبّق على النشاطات الاجتماعية.

2.2.1.3- إطار التحليل لمفهوم "النشاط الاجتماعي الجوّاري":

يندرج الإطار التحليلي للمفهوم في العلاقة القائمة بين المؤسسات و المجتمع. هو إذاً يختلف حسب السياق (الاجتماعي، الاقتصادي، السياسي، الثقافي، و المؤسساتي) الخاص بكل بلد.

ومع ذلك، إنّ العلاقة بين المؤسسات و المجتمع على المستوى عالمي (العالم)، تستدعي أربع مجموعات من الفاعلين التقليديين، فإن البلدان المتقدمة تقدم مخططاً مكتملاً (Idem:9)، هؤلاء الفاعلين هو كالاتي:

1-الممّونون بالموارد: وهم، المنتخبون، مسؤولو الدولة، المجموعات المهنية و الأعيان.

2-مسيرو الموارد، و هم، المدراء و المسؤولون الذين تمّ تعيينهم على رأس المؤسسات، أو مكلفون بالتجهيز الجماعي و الخدمات العمومية.

3-منتجو الموارد، و هم العمال الاجتماعيون.

4--مستعملو الموارد، وهم الزبائن والمارة، المستفدون والمشاركون، وذوو الحقوق. (Idem:10).

إلا أنّ هذه المجموعات الأربعة من الفاعلين، رغم إمكانيتهم في الإلتقاء على المستوى المحلي، يبقون بعيدين عن بعضهم البعض. ولتجاوز هذه الوضعية، وجعل متابعة الأهداف أقلّ خضوعاً للصدفة، تمّ ظهور نوع خامس من الفاعلين في البلدان المتقدمة التي كانت تبحث تنمية مقاربات للجوار- وهيكل الجوار هي أطر عملياتية تهدف لتنسيق نشاطات مختلف الفاعلين عن طريق قوانين النشاط المدبّرة. تركّز هذه الهياكل على التقابل بين :

1. الهيئات العمومية المعنية بالحاجات الاجتماعية بشكل مباشر:

2. الجمعيات المهيكلة نوعاً ما.

هذه الهيئات الجوارية، تأخذ، على حسب الأهداف الخاصة، عدّة مسمّيات منها: البعثات المحلية للإدماج الاقتصادي، لجان الأحياء، وكالة إدارة الجوّاري (Idem:10-11).

2.2.1.4- المعطيات الخاصة بحالة الجزائر :

فيما يخص الجزائر، تبدو الإشكالية المطروحة أعلاه محتملة الوجود، إلا أنها مضخمة باعتبارين، يعطيانهما بعداً مختلفاً كلياً:

1- تبقى الجزائر بلدا في طريق النمو، وتكوين هؤلاء الفاعلين الأربعة للمخطّط المرجعي غير مكتمل بشكل نهائي.

التحدي المطروح على النشاط الاجتماعي الجوّاري في الجزائر هو في نفس الوقت.

- يعمل في قلب العلاقة الموجودة بين المؤسسات و المجتمع، و ذلك لتسهيل متابعة الأهداف الثلاثة الأساسية المذكورة أعلاه.

- يعوّض - و بصفة دائمة - نقائص أحد هؤلاء الفاعلين التقليديين في الحياة المحلية، باللجوء إلى الممولين، المنتجين و المستعملين للخدمات.

2- يتمثل الاعتبار الثاني في وجوب مكافحة الفقر المطلق على المستوى الحضري والريف، بينما في البلدان المتقدمة النشاط الاجتماعي الجوّاري يندرج في المسعى الذي يهدف، عن طريق الفقر النسبي والذاتي في الوسط الحضري و شبه حضري: الحياة الصعبة (السيئة)، الآفات الاجتماعية في الأحياء و الضواحي الصعبة (Idem :11).

رغم أن حالة الجزائر تندرج ضمن مجموعة من الدول السائدة في طريق النمو مثل البيرو، الشيلي ومصر، والتي عانت من المديونية التي أصبحت غير مطابقة، والتي توجب عليها لمواجهتها أن تطبق مخطّط إعادة الهيكلة على التداعيات الجذرية على مستوى حياة السكان الأكثر هشاشة. أمّا فيما يخص النشاط الاجتماعي الجوّاري ، فالجزائر تختلف حالتها عن البلدان المذكورة. أنزر: (Belahcen et Bouchakour, idem :12)

2.2.1.5- تجربة النشاط الاجتماعي الجوّاري في الجزائر:

في سنة 1993، وعلى أساس تجريبي وفعلي ، تعزّز النشاط الاجتماعي الجوّاري شيئا فشيئا كأداة لتحديد السياسة الاجتماعية لخليتين فتحت في بداية التجربة في ولاية بومرداس (Belahcene F. et Al :5 (2) ، ليقفز العدد إلى 254 خلية الجوار للتضامن على مستوى الوطني والتي تغطي 929 بلدية يسكنها 60 % من سكان الجزائر، و متوقع أنه سيصل العدد إلى 854 خلية (Bendris M. en ligue).

رغم غياب إطار منظم كامل، أثبتت هذه الخلايا – من خلال النشاطات الاجتماعية – دورها المهم، الذي لا يعوّض، في مواجهة العلاقة بين الدولة و المجتمع، في سياق عرفت المصالح والهيكل القاعدية عملية تدهور مقلقا، و في الوقت الذي تحمّل فيه المجتمع عملية تفكير غير مسبوق.

اعترافا بهذا الدور كل سنة 2000 بصدر مرسوم تنفيذي يقدم للنشاط الاجتماعي الجوّاري المرساة التنظيمية وإطارا لحل مشاكل عديدة ، كانت قد واجهت كفاءته الكبرى (decret éxecutif n°2000-37) (du 07/02/2000).

بقي إلى غاية هذا الوقت الإطار القانوني المنظم للنشاط الاجتماعي الجوّاري يعتمد على نصين هما:

1. المرسوم التنفيذي رقم: 96-232 الصادر بتاريخ 1996/06/29، الذي يحدّد إنشاء ومهام وكالة التنمية الاجتماعية (ADS) بحيث يحدّد البند 6 مهام الوكالة التي هي تنشيط (تحريك)، انتقاء واختيار وتمويل كلّ أو جزئي عن طريق الهيئات أو أية وسيلة أخرى مناسبة، وكذا النشاطات والتدخلات لصالح السكان المعوزين.

2. المرسوم التنفيذي رقم 96-268 الصادر بتاريخ 1996/08/03 والذي يحدّد أنماط التشغيل لرصيد التحويلات الخاصة رقم 85-302 الذي يحمل اسم : الصندوق الاجتماعي للتنمية (ISD)، الذي يوجب خاصة من خلال البند 3 إدراج المساعدات الخاصة بالنشاط الاجتماعي الجوّاري من بين نفقاته.

يعالج المرسوم الصادر في فبراير 2000 بالفعل، ليس النشاط الاجتماعي الجوّاري كأداة خاصة بالسياسة الاجتماعية، ولكنّه الجهاز الخاصّ المكلف بوضع هذه الأداة حيز التنفيذ. ونظرا للتسمية الرسمية التي أطلقت على هذه الأداة، والتي هي من الآن فصاعدا الخلايا الجوّارية للتضامن (CPS) ، تأكّد من جديد البعد الجماعي والاجتماعي لمهام ونشاطات النشاط الاجتماعي الجوّاري.

يشكل المرسوم الإطار وأنماط إنشاء الخلايا الجوّارية للتضامن و عملها الذي يسمح ،تجاوزا، بتحديد السعي المنتهج فيما يخص المناهج والإجراءات. أنظر: (Belahcene et al II, Idem :5-6).

تمّ هذا المرسوم، وغير بالمرسوم رقم 08-307 المؤرخ في 2008/09/27. جاء هذا المرسوم بتعديلات تخصّ إنشاء الخلايا الجوّارية للتضامن (CPS)، مدة نشاطهم، مصاريف نشاطاتهم، تمثيلها لدى السلطات المحلية والمجلس الاستشاري، أعضاؤه واختبار عناصره، و أخيرا فترة إرسال حصيلة نشاطاته.

لا يعتبر النموذج المنظم المنتظر من المرسومين رقم: 2000-37 المؤرخ في 2000/02/07 ورقم 08/307 المؤرخ في 2008/09/27 الوحيد. هاذان المرسومان لا يقومان إلا بتأطير صيغة ما، دون أن يمكّنان من تشكيل صيغات أخرى.

من اللائق فتح المسعى على نماذج أخرى. هذا يأخذ بعين الاعتبار الحاجات الحقيقية ومصالح التمويل، فالنماذج الحالية المعروفة في الجزائر لا تتجاوز اثنين هما:

1. النموذج المطبق حاليا، حدّد وتمّ تطبيقه بطريقة نفعية من قبل السلطات العمومية وذلك قبل أن يتبناه البنك العالمي (BM) ومن ثم صياغته بالمرسوم التنفيذي رقم 37-2000 المتمم والمعدّل بالمرسوم التنفيذي رقم 307-08.

2. نموذج الاتحاد الأوروبي (UE) والذي يبقى في طور النضج ذلك في مشروع "MEDA". أنظر: (Belahcene F et al, 2000 (1) :22).

يمكن تلخيص نظرتي البنك العالمي والاتحاد الأوروبي في الجدول الآتي :

الاتحاد الأوروبي	البنك العالمي	التعيين الاجتماعي
أشخاص ذوو رأسمال إنساني خام	أشخاص ذوو رأسمال إنساني في بدايته	المنطقة المعينة
مناطق ريفية و جبلية	مناطق حضرية وشبه حضرية	الهدف
تنمية محلية بالمشاركة	حماية اجتماعية ودفع التنمية الجماعية	نوع السياسة
جد فاعلة	سلبية نوعا ما	السند
قروض وتمويلات مصغرة على أساس قاعدة محلية.	برامج نابغة من النشاط الاجتماعي والتنمية الجماعية	

المصدر : (Belahcene F et al 2000(1) :24)

ومما يجدر التنبيه عليه هو أن القانونين والمساعدات التي يقترحها الممولين تبقى جد متباعدة عن بعضها البعض.

يقترح الاتحاد الأوروبي تمويلاته في قالب منح موجهة لدعم انخراطه العملياتي في سير البرنامج عن طريق وحدة تسيير للبرنامج تتموقع على مستوى المركز، ومناطق وخلايا التنمية المحلية (CDL) (belahcene F et al 2000(1) :22-25)

2.2.1.6- نماذج إنشاء الخلايا الجوارية للتضامن و تنصيبها:

تنشأ خلايا الجوار للتضامن بقرار وزاري مكلف بالتضامن الوطني، باقتراح من المدير العام للوكالة التنموية الاجتماعية (أنظر البند 3 من المرسوم التنفيذي رقم 28-307 المؤرخ في 2008/09/27م.

يرتكز إنشاء خلايا الجوار للتضامن على خمس مراحل و هي :

1. إجراء تحقيق الصلاحية.
2. نقل الطلب مصحوبا بالتقرير المتضمن التحقيق الذي تم إجراؤه من قبل الوالي.
3. إقامة اجتماع حول شروط النجاعة.
4. إنشاء الخلية بقرار من وزارة التضامن الوطني.
5. إنشاء مجلس استشاري في حالة وجود أكثر من خلية (11-12) : (Belahcene F et al 2000 (2) :

2.2.2- التعريف بخلايا الجوار للتضامن (CPS) :

2.2.2.1- مهام خلايا الجوار للتضامن :

تتبنى خلايا الجوار للتضامن، في مهامها مكافحة الإقصاء والتهميش – طريقة تعيين المجموعات السكانية الهشة، وتعيين حاجاتها بهدف إعانتها للقضاء على كل أشكال الإقصاء.

تعمل من أجل ذلك بجمع المعطيات والمعلومات ومعالجتها، كما تعمل على إنجاز دراسات وتحقيقاتها لها علاقة مع مواصفات ومهام وكالة التنمية الاجتماعية.

ومن أجل الوصول إلى تحقيق ذلك، تقوم الخلايا بتحقيق عدّة أعمال، تندرج ضمن ثلاثة محاور، يحددها البند الثالث من دفتر الشروط الذي وضعه مديرها العام عام 2001 (S. TELLI.2001) و هي :

المحور الأول: في مجال الدراسات والتحقيقات المرتبطة بتعيين النشاطات والبرامج التي تدخل في

حقل تدخلها. تقوم في هذا المجال بالأعمال الآتية :

- تعيين وتجميع وتحديث المعطيات المتعلقة بالأسر الفقيرة التي تم تعيينها وعلى حسب احتياجاتها، ووفقا للأولوية.

- تنمية كل الوسائل، لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها، خاصة عن طريق معالجة مختلف المصادر الوثائقية.

- ممارسة الملاحظة المباشرة، بما في ذلك أثناء وتطبيق الاستبيان في المناطق والأحياء المعروفة بالفقر أو المحرومة، قصد تعيين المستخدمين من البرامج المرتبطة بالشبكة الاجتماعية، عقود ما قبل التشغيل و الأشغال العمومية ذات الاستعمال المكثف لليد العاملة؛

- استغلال كل المعطيات الإحصائية ومعالجتها والمبادرة في إجراء كل تحقيق، خاصة المتعلقة بالتنمية الاجتماعية؛

- تنمية التحقيقات الجوارية أو المشاركة فيها لتعيين السكان أو المجموعات المؤهلة، قصد ، الاستفادة من مشاريع التنمية الاجتماعية؛

- المشاركة و متابعة أشغال التحقيقات التي تربطها بالسلطات العمومية والجمعيات وذلك في حدود إمكانياتها الجغرافية؛

- إستغلال و معالجة كلّ المعطيات الاحصائية، و المبادرة و القيام بدراسات عامّة و خاصّة متعلّقة بالتنمية الجماعية؛

المحور الثاني : فيما يخص إنجاز البرامج التي تبادر بها أو تسييرها وكالة التنمية الاجتماعية:

تعمل الخلية في إطار هذا المحور :

- تعيين كل نشاط أو عملية ترتبط بالتنمية الجماعية بتحديد الشروط مشاركة السكان ومجموع الأشخاص المؤهلين للاستفادة؛
- المشاركة في تعيين المستفيدين من الشبكة الاجتماعية، خاصة المعلومات حول الشروط اللازمة للاستفادة من الحقوق ونشرها؛
- إعلام وتوجيه ومساعدة الشباب خاصة الذي هو بدون عمل وذلك في إطار برنامج عقود ما قبل التشغيل والقروض المصغرة الموجودة في حدود الجغرافية المسموح لها العمل فيها؛
- إعلام وتوجيه ودعم السكان المحرومين فيما يخص الأشغال العمومية ذات الاستعمال المكثف لليد العاملة المحتفظ بها؛
- المشاركة في تنفيذ كل نشاط و عمليات ، مقترحة، تمّ تنميتها من قبل السلطات العمومية أو غيرها، وذلك خارج الحدود الجغرافية المسموح لها بالنشاط فيها في حالة عدم وجود هيئات ، وهذا بعد الإشعار بذلك.

"وعليه، يمكن أن نعتبر الخلايا الجوارية للتضامن كمرصد ومجال معلوماتي تشاوري فيما يخص برامج وكالة التنمية الاجتماعية" (Benabderahmane T.2001).

المحور الثالث: في مجال إنجاز البرامج الخاصة بالنشاط الاجتماعي:

تقوم الخلايا في إطار هذا المحور بـ:

- إعلام العائلات (الأسر) التي تمّ تعيينها بمختلف النشاطات، وخاصة حقوقهم الاجتماعية، ومساعدتهم في الإجراءات التي يجب اتخاذها فيما يخص الضمان من المرض وحوادث العمل، المعاشات، تقديم العون بالمساعدة الاجتماعية للدولة (الإعانة للحصول على السكن، الحماية الاجتماعية للأشخاص المسنين، الطفولة المسعفة، الأمهات العازبات والمعوقين)؛
- المشاركة في وضع الأطفال (غير المؤهلين اجتماعيا)، والأشخاص المسنين، والمعوقين بدون دخل، وفاقدي الارتباط العائلي في المؤسسات المتخصصة؛
- المشاركة في توظيف الأشخاص المعوقين القادرين على العمل أو الاستفادة من تكوين، وكذا الأشخاص المعرضين للخطر كي يستفيدوا من الإعانات الاستعجالية التي توفرها الدولة والجماعات المحلية والهيئات التي تكفل بهذه المهمة (جمعيات خيرية، الهلال الأحمر الجزائري)؛
- المساهمة في تحسين التغطية الصحية للسكان وذلك بتوفير الفحوصات المجانية والقيام بزيارات طبية في المنزل بالنسبة للأشخاص غير القادرين على التنقل؛
- تنظيم حصص تربوية والوقاية الصحية والمساهمة، والقيام بزيارات وتحقيقات في هذا الإطار؛

- استقبال الأطفال الكبار ضحايا الإرهاب أو الذين يعانون من صعوبات وتقديم فحوصات علاجية لهم ومتابعتهم؛

- إحصاء الأطفال الفاشلين في دراستهم و توجيههم نحو مراكز التكوين والتمهين؛

- متابعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التكيف و تقديم المساعدة اللازمة لهم؛

- المساهمة بالتنسيق مع السلطات المحلية والجمعيات في تنظيم تظاهرات رياضية، ثقافية، وترفيهية، لصالح الأطفال والمراهقين والشباب القاطنين بالمقاطعات المختصة.

2.2.2.2- تنظيم الخلايا الجوارية للتضامن :

يمكن للخلايا الجوارية للتضامن أن تنصّب على مستوى بلدية أو (حيّ) تحتاج وضعيتها الاجتماعية،

الاقتصادية للتسوية. تتكون خلايا الجوار للتضامن من مكونين: أحدها بشري والآخر مادي، هما :

1). التشكيلة البشرية:

تتكون التشكيلة التقنية، على حسب مهامها الوكيلية لها، فأهم العناصر في هذه التشكيلة على حسب

المرسوم التنفيذي رقم 08-307 المؤرخ في 27/09/2008م من :

- طبيب عام.

- مختص في علم الاجتماع.

- مختص علم النفس.

- مساعدة اجتماعية.

- سائق.

- الطبيب غالبا ما يكون منسقا للخلية، أما المساعدة الاجتماعية فهي غالبا ما تكون امرأة.

2). التشكيلة المادية:

تتكون التشكيلة المادية من العناصر الآتية:

- مقر يكون مبني بعناصر صلبة من العتاد.

- العتاد.

- سيارة للتنقل.

- أدوات قاعدية كجهاز حاسوب ومطبعة و آلة نسخ.

3. المخطط التنظيمي :

المسعى الذي تبناه القائمين على وضع خلايا الجوار للتضامن، و ذلك من أجل جعل هذه الهيئة عملية و فعّالة، هو وضع مخطط تنظيمي داخلي مكون من عدة ورشات (أنظر هذا المخطط أسفله الصفحة).

تنفيذ هذا التنظيم يتوقف على تحديد المهام الموكلة إلى كل ورشة، وعلى حسب عدد الأفراد الموجودين . فإن الخلية الجوارية للتضامن الخيار في تنظيم نفسها وفقا لمتغيرين:

الشكل الأول : عندما تكون عدد الأفراد كاف، تكون التنظيم الداخلي يركز على أربع ورشات. و هي

كالآتي:

الورشة الأولى: الدراسات العامة .

الورشة الثانية : الدراسات الخاصة.

الورشة الثالثة : متابعة الإنجازات ووضع قاعدة معلومات.

الورشة الرابعة : المساعدة الإجتماعية.

الشكل الثاني : عندما يكون عدد الأفراد محدود، يركز التنظيم الداخلي على أربع ورشات. يمتد هذا

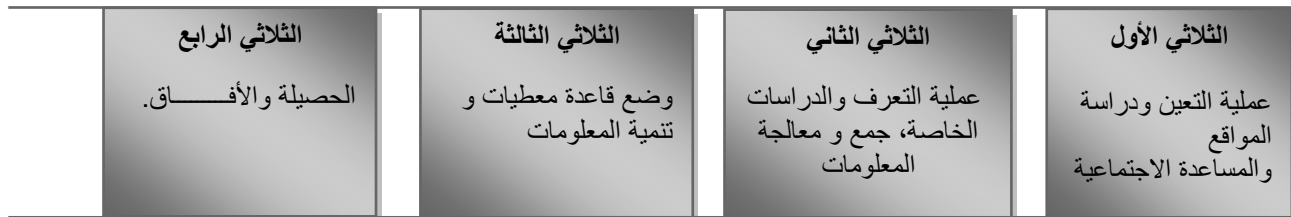
التنظيم على مر الوقت على حسب إطار تسلسل زمني معين.

مخطط التنظيم الداخلي للخلايا الجوارية للتضامن

الشكل الأول: تنظيم خلايا التقارب للتضامن



الشكل الثاني:



2.2.3- برامج نشاط الخلايا الجوارية للتضامن:

تنقسم برامج نشاطات الخلايا الجوارية للتضامن على محورين هما :

2.2.3.1- محور نشاطات الدعم، وتنقسم إلى خمسة أصناف هي :

- 1). الدعم في المجال الإداري.
- 2). الدعم في مجال الصحة.
- 3). الدعم في المجال النفسي.
- 4). الدعم في مجال التربية، و التوجيه المدرسي و المهني.
- 5). الدعم في مجال التنشيط الرياضي و الترفيهي.

(Belahcene F et al, 2000(2) :27-28 CF.TELLI S.2001)

2.2.3.2- المحور الثاني : نشاطات التنمية الجماعية بالمشاركة (DCP)

يمكن تلخيص دور هذا النوع من النشاطات كالاتي:

- تعيين المناطق المحرومة والفئات الأكثر فقرا من السكان؛
- التعرف على المشاريع التي تلبي حاجات السكان والتي يختارها السكان على اساس اولوياتهم؛
- التأكد من مشاركة المستفيدين بما يقدر بـ 10% من تكاليف المشروع؛
- يمكن أن تكون هذه المشاركة بشكل غير نقدي، وهذا للتأكد من تبني المستفيدين للمشروع؛
- حمل المستفيدين على تنظيم أنفسهم ليتمكنوا من المشاركة في متابعة إنجاز وكذا استغلال المشروع في المستقبل؛
- اقامة العلاقات بين السلطات المحلية، السكان المستفيدين من المشروع، المنتخبين وممثلي الحركة الجمعوية.

مخطط نشاطات خلايا التقارب للتضامن

استغلال الخريطة الاجتماعية للفقر بالجزائر من اعداد برنامج الأمم المتحدة للتنمية الاجتماعية، الديوان الوطني لهيئة الإقليم، الإحصاء العام للسكان من اعداد مديرية التخطيط و المالية على أساس المعطيات التي يقدمها الديوان الوطني للإحصاء للولايات المعنية

تركيب بلديات الولاية على حسب مؤشرات الفقر الثماني

تركيب مواقع البلدية على حسب نفس المؤشرات المذكورة

تعيين الموقع الأكثر فقرا باعتماد الملاحظة المباشرة

جمع معطيات الإدارية من الموقع الديوان الوطني للإحصاء مديرية البرمجة والولاية للولاية المجلس الشعبي بلدي - الديوان الوطني للتنمية الاجتماعية

تنظيم لقاءات مع المسؤولين للمجتمع المحلي المعين : رئيس لجنة لملء رؤساء الجمعيات أعين الموقع أو المنطقة

تنظيم brinstorming مع سكان المجتمع المحلي (مختلف الفئات)

إجراء تحقيقات مع المجموعات المعاشة (العائلات والأسر) عن طريق الاستبيان

إعداد دراسة عن الموقع معين

استخراج حاجيات والمشاكل وطموحات المجتمع المحلي

استخراج الملامح الكبرى للمجتمع المحلي والموقع المعين شكل وطموحات المجتمع

تسجيل المعطيات المتحصل عليها في طريق برنامج تحليل المعطيات

استخراج النشاطات المزمع القيام بها من قبل خلية الجوار للتضامن

تنظيم مقابلا جماعية مع مختلف المجموعات السكانية (رجال- نساء- شباب وكهول)

القيام بتقاطع المتغيرات

تحديد النشاطات ممكنة التحقيق في حدود قدرات خلية التقارب الاجتماعي بالتنسيق مع مختلف الشركاء

إنجاز ملخص أنثروبولوجية عن المجتمع المحلي العينة مقارنة المعطيات التي تم إحصائها من الإدارة، عموم السكان ومثليهم

إنجاز دراسة اجتماعية جغرافية و اقتصادية من الموقع المعين

استخراج عناصر الفحص الأساسية من أجل وضع برنامج النشاط

إعداد برنامج عمل على أساس مؤشرات الأداء

تحديد المؤشرات العملياتية التي توجه النشاط على حسن

تعيين النشاطات المزمع القيام بها

تحديد مخطط زمني لكل النشاطات المزمع القيام بها

تحديد الشركاء الذين تتعاون معهم الخلية لإنجاز نشاطاتها

تحديد الوسائل المزمع الاستعانة بها لإيجاد النشاطات المزمع القيام

تطبيق برنامج العمل

تشغيل الوسائل و

نشاطات الدعم

محور الصحي

محور النفسي

محور التربوي

محور الاداري

محور الثقافي، الرياضي و الترفيهي

تقييم النشاطات المنجزة و نتائجها على السكان

المصدر: من إعداد الطالب

2.2.4- استيراجية تدخل الخلايا الجوارية للتضامن في الميدان

تعني كلمة استيراجية شيئين :

1. التصرف بعقلانية و مهارة؛
 2. معرفة التنسيق بين كل الإجراءات التي تدخل في عملية التنمية
- (Benabderahmane F.,2001 :02)

استيراجية التدخل يجب أن تهدف إلى التغيير الايجابي في حياة السكان المعنيين،و يجب أن تأتي بالعناصر المحتفظ بها للتغيير و تسمح بتقييم هذا التأثير على السكان المعنيين (Idem :01)، بحيث كل نشاط يتطلب تحديد الأهداف و النتائج المتحصل عليها، الشيء الذي يفرض منهجية معينة أثناء تطبيق الوسائل، و ذلك تبعا لكل مرحلة من المراحل (ADS(1),2001 :01).

1.2.4.1. مراحل تدخل خلايا التقارب للتضامن في الميدان :

* المرحلة الأولى :

قبل الشروع في النشاط ، يجب تحديد الفضاء، وكذا المجتمع المحلي الذي يشكل موضوع الدراسة (Benabderrahmane T.Idem : 01).

استهداف الموقع على أساس أربعة عناصر، هي :

1. خريطة الفقر في الجزائر، من اعداد الوكالة الوطنية لتهيئة الاقليم ANAT سنة 2000.
2. طريقة النقاط المؤشرة. Points indiciaires
3. الملاحظة المباشرة للموقع.
4. جمع المعلومات الأساسية المتعلقة بالموقع من مختلف الهيئات، (مديرية البرمجة والميزانية للولاية، ديوان الوطني للإحصاء، الوكالة الوطنية لتهيئة إقليم....).

* المرحلة الثانية:

قبل استهداف النشاط المزمع القيام به، يجب قبل ذلك معرفة احتياجات المجتمع المحلي (Benabderrahmane T. idem : 07)، أو بالأحرى وضع قائمة النقاط السلبية والصعوبات التي يعيشها المجتمع المحلي المعين، وكذا نقاط القوة الواجب أخذها معين الاعتبار في هذا المجتمع.

تسمح هذه القائمة بتحديد مؤشرات الوضعية (Indicateurs de Situation) أو مؤشرات الأداء (Indicateurs de performance)، وذلك بالنسبة للمواصفات المتعلقة بمعالم التنمية: الشغل، السكن، التربية، الصحة، المحيط (البيئة)، (ADS(1)Idem :1)، وكذا عناصر التشخيص الأساسي.

المساعي الأساسية التي تعتبر أساس هذه القائمة هي:

1. التحقيقات لدى المجموعات المعاشية (العائلات، و الأسر):

يقوم بهذه التحقيقات كل عناصر الخلية، كل له نظريته. تكمن خصوصيت المقاربة المتعددة التخصصات في إمكانية جمع المعلومات التي تشمل كل مناحي حياة المجتمع المحلي (Benabderrahmane T. Opcit) تشمل التقنيات المستعملة في هذه التحقيقات الاستبيان والملاحظة المباشرة.

و لمعرفة حاجات المجتمع المحلي بصفة جيدة، يجب اللجوء إلى تقنيات أخرى.

2. تقنية brinstorming (أو العاصفة الدماغية)

وتطبق هذه التقنية لجمع المعطيات عن المجتمع المحلي المستهدف وتحديد الأشخاص المؤثرين، وذلك في زمن قصير، تقتضي هذه التقنية طرح سؤال بسيط حول موضوع محدد، يجيب عليه الحضور، و يتم تسجيل هذه الإجابات المختصرة على صبورة أو حائط في مجموعات.

3. المقابلات الجماعية (Focus Groups)

تسمح هذه التقنية بتأكيد الحاجات المعبر عنها خلال brainstorming ، وترتيبها على حسب الأولويات التي يراها سكان المجتمع المحلي المستهدف. تسمح كذلك هذه التقنية بتحرير التعبير، لأنها تستهدف كل فئة اجتماعية على حدة: النساء والرجال، الشباب الكهول/و الشيوخ... إلخ تتسم هذه التقنية بالدقة الكبيرة، بحيث يعمل المنشط مع فئات المتدخلين، بحيث يعبرون بكل ما يؤمنون به من تصورات وحلول لمواقفهم. تهدف هذه التقنية إذن إلى التغيير من الداخل، أي غير مفروض عليه من الخارج. أنظر: (ADS(1)Idem :02).

1- استغلال المعطيات:

من خلال التحقيقات لدى المجموعات المعاشية (العائلات و الأسر) يمكن للخلية أن تخرج بثلاث أنواع من النشاطات وهي :

1. النشاطات المحفوظ بها الممكنة لتحقيق وهي التي تدخل في حدود إمكانياتها.

2. النشاطات المحفوظ بها الممكنة لتحقيق بالاستعانة بالشركاء من مختلف الهيئات.
3. النشاطات المحفوظ بها التي تتجاوز إمكانياتها، وهذا يتطلب منها الاعتذار من السكان (Op cit) ، وهذا يحدث حساسيات لديهم تجاه الخلية.

تعمل الخلية على ترتيب الحاجات والمشاكل المستخرجة على حسب الأولويات التي يراها المجتمع المحلي، كما يجب إحصاء الموارد البشرية والمادية للموقع (Opcit) وهذا يمكن الخلية لتوظيفها في عملية التغيير. و بهذا يكون المستفيدون طرفا مهماً في عملية التغيير.

2- التشخيص:

تسمح النتائج المتحصل عليها باستخراج عناصر التشخيص الضروري لوضع برنامج عمل يمكن من تحسين ظروف الحياة للسكان المستهدفين (Benabderrahmane T., Idem :2) التي توجه العمل للأثار المتوخاة. يتم وضع برنامج العمل على أساس مؤشرات (الكفاءة والفعالية) impacts de performance المستخرجة في الأداء (Opcit).

3- برنامج العمل:

يرتكز برنامج العمل على العناصر الآتية :

1. تحديد المؤشرات العملياتية التي تعمل على توجيه العمل نحو الآثار المتوخاة.
2. استهداف النشاطات المزمع تحقيقها؛
3. تحديد رزنامة (زمنية) للنشاطات المزمع تحقيقها (Timing)؛
4. تحديد مختلف الشركاء؛
5. تحديد الوسائل الواجب تسخيرها في العمل (ADS(1) :2).

4- الشروع في التنفيذ:

تعمل الخلية في نهاية كل أسبوع ، بعد جمع المعطيات الأساسية فيما يخص الأمور الإستراتيجية والتي تتطلب نشاطات الدعم، التعبئة والتمتين للموارد، وعليه فعمل الخلية يكون مزدوج.

1. تعبئة و تامين الموارد:

تعمل الخلية هذا المستوى، على إثارة الفكر للمبادرة وقطع الصلة مع الإتكالية. تهدف الخلية كذلك على تنمية التآزر في برنامج التنمية الاجتماعية (PDS) والتنسيق بين مختلف الفاعلين المعنيين، ممثلين محليين، مصالح عمومية، الحركة الجمعوية والسكان،... الخ (Benabderrahman T., Idem :2).

2. أشغال الدعم:

تشمل أشغال الدعم سندا اتصال ووسيلة التنمية استيرراتيجية التحقيق (Opcit) تعمل لذلك على توطيد الثقة في الدولة التي افتقدت مع الزمن، و التي تهدف بواسطتها (اشغال الدّعم) الولوج إلى المصالح العمومية الرئيسية ، حول الحقوق الاجتماعية، تتمحور حول المحاور الآتية:

- المحور الصحي- المحور النفسي - المحور التربوي - المحور الإداري - المحور الثقافي- المحور الرياضي والمحور الترفيهي (-41: PP Benabderrahmene T.Opcit. (42).

تتطلب هذا المرحلة تحديد مؤشرات النتيجة (Indicateurs de Résultat)، العائدة على ما نقترح فعله وقواعد المتابعة لمختلف الأشغال، تمثل لوحة القيادة (Tableau de Bord) الأداة القاعدية، هو عنصر من نظام الإعلام، تعمل على متابعة العمل، و تضع في نفس الوقت، خصائص الوضعية الحالية مع الوضعية المستهدفة (المنتظرة)، وهذا توضيح الانحرافات ، تمثل إذا أداة للتخطيط والمراقبة، ويسمح كذلك ب:

1. تنظيم المعلومات.
2. انتاج (وضع) مؤشرات النتيجة (Indicateur de Résultat).
3. متابعة و تقييم الأعمال المنجزة (2: idem ADS(1)).

تعمل الخلية، بعد الإنتهاء من التحقيقات، على المجموعات المعاشية (العائلات و الأسر)، من تقديم النتائج التي تدل على تطور قيمة كل مؤشر في الزمان و المكان. يمكن عرض (تشخيص) النتائج على شكل جداول، خرائط،... (5: Idem ADS(1)). تعمل الخلية بعدها على بإنجاز دراسة وصفية، وذلك من أجل تقويم تأثير لتدخل خلية التقارب للتضامن.

5- تقييم التأثير:

يسمح بوضع مؤشرات الفعالية ومؤشرات النتيجة، و في المقابل، تقويم بتقويم الأعمال المنجزة والتأثير المحدث على السكان. يرجع التحليل إلى مؤشرات التأثير (Indicateurs d'Impact) الآتية:

1. النتائج العامة للعمل؛
2. ميادين التنمية المستغلة؛
3. نسبة السكان التي مسّهم التدخل؛

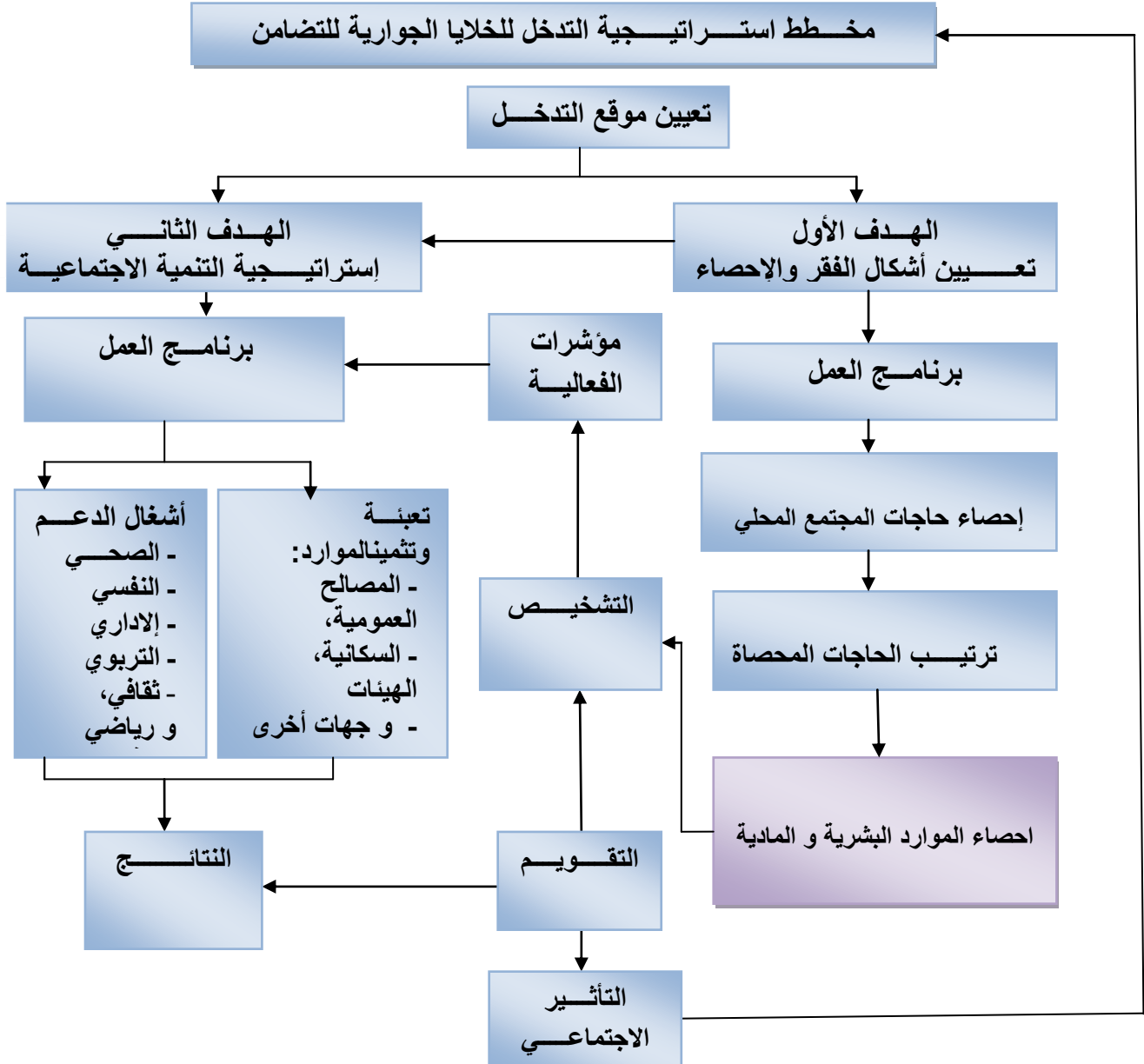
4. التناسب مع اختيارات وكالة التنمية الاجتماعية؛

5. تزامن الأشغال المنسقة؛

6. مراعاة التناسب بين فعالية التأثير و الأهداف المحددة؛

7. الكفاءة في العلاقة بين التكلفة والفعالية؟، والتي يجب أن تكون تفاعلية (ADS(1),)

.(Opcit



Abderrahmane T. idem اعيد تشكيلها من قبل الطالب.

المبحث الثالث:

موضوع الدراسة : الأطباء الجواريون : الوضعية القانونية و الوظائف

في بادئ ذي بدء ارى من الأثق ان اعرف ما هو مفهوم "الطب الجوارى". فعلى حسب اللجنة المكلفة بتنظيم الملتقى الدولي حول الطب الجوارى، المنعقد بمرسيليا يوم 2007/11/16 الطب الجوارى بأنه، على العموم"، يرجع الى عرض الصفوف الاولى، أو اللجوء للعلاج في نفس المكان الذي يريد المستفيدون من هذا العلاج. هذا الجوار (التقارب) المكاني يقترن بجوار (تقارب) انساني متعلق بالسكان، و الذي كان له صدى دولي، تكون فيه العلاقة مباشرة و شخصية بين عمال الصحة و المرضى " (Régi T.K. et al., 2007:4 en ligne CF. CISS, 2010 :6-8, en ligne

عرفت الجزائر نوعين من الاطباء: النوع الاول، و هم الذين يعملون في قطاع الصحة، المؤسسات التبخة لوزارة الصحة بشكل مباشر؛ النوع الثاني، و هم الذين يعملون في مؤسسات تابعة لقطاعات أخرى، التعليم مثلا، و ذلك في اطار اتفاقيات مع وزارة الصحة، كوزارة وصية على القطاع. أما الاطباء الجواريين الذين يمارسون عملهم في الخلايا الجوارية للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية فهم يمارسون مهنتهم بدون هذه الاتفاقيات المتعارف عليها. و لقد تمّ توظيفهم من قبل لوكالة على اساس عقود بينها و بينهم كطرفين لا ثالث لهما. و ما زالت وضعيتهم محل نقاش، خفي تارة، و يطفو الى السطح تارة اخرى. حيث تجسد مشكل هذه الوضعية اخيرا في عدم تمكين الطبيب الجوارى من دفتر الوصفات l'ordonnancier. و قد اخبرت غدى الطبييات بأن الادارة الجهوية تلقت تعليمة مفادها عدم تمكين الاطباء الجواريين من دفاتر الوصفات.

2.3.1- الوضع القانوني للطبيب الجوارى:

عرف الوضع القانوني للطبيب الجوارى عدّة تطورات منذ تأسيس خلايا الجوار للتضامن و من ثم وكالة التنمية الاجتماعية. كان الطبيب الجوارى في بداية الامر يمارس مهنته في الخلايا الجوارية للتضامن في اطار تشغيل الشباب، ضمن برنامج العويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة DAIS. امتد هذا سنتين بين سنة 1996 و سنة 2000. كانت الوزارة الوصية آنذاك وزارة العمل، الحماية الاجتماعية، التكوين المهني و التمهيّن، ثمّ وزارة التضامن الوطني و النشاك الاجتماعي، اصبحت وزارة التضامن الوطني، الاسرة و الجالية المعتمدة بالخارج، و هي الآن تحمل اسم " وزارة التضامن الوطني، الاسرة و قضايا المأة (MSNFCE) .

و بعد إنشاء وكالة التنمية الاجتماعية بموجب المرسوم التنفيذي رقم: 96-232 المؤرخ في 29 جوان 1996، الموقع من قبل رئيس الحكومة آنذاك، تبنت يومها وكالة التنمية الاجتماعية الخلايا الجوارية للتضامن لتكون أحد برامجها بعد ذلك. و كانت آنذاك بدون وضعية قانونية (Status) الذي تمّ صياغتها بالمرسوم

التنفيذي رقم:200-37 المؤرخ في 07 فيفري 2000، مارس الأطباء مهنتهم في إطار عقود غير محددة ،
متجددة (CTI) ، (3 أشهر، 06 أشهر، ثم سنة). استمر هذا إلى غاية فيفري 2003).

لم يعرف عمال خلايا الجوار للتضامن، الوضعية القانونية المهنية الدائمة (Titulaire) ، إلا بعد
شهر مارس 2003، وتمّ تصنيفهم في 16 / 01 و في شهر أبريل 2004 ، ثم ترقبتهم إلى صنف 1/17،
وفي شهر يناير 2013 استفادوا من ترقية إلى صنف 19/01، ومنذ هذا التاريخ بفضل الاتفاقية الجديدة
المصادق عليها في سنة 2012، صنّف 19/01، ومن هذا التاريخ لم يعرف عمال الخلايا الجوارية
للتضامن أيّ تقدم او ترقية، بما في ذلك الأطباء، الذين يقارنون وضعيتهم مع قرنائهم العاملين بقطاع الصّحة،
و يعتبرون أنفسهم في درجة غير لائقة لمستوى تأهيلهم العلمي.

غالبا ما كان الأطباء الجواريون يعبرون عن عدم رضاهم عن هذه الوضعية المهني، وذلك من خلال
الملتقيات والتجمعات التي تنظمها وكالة التنمية الاجتماعية. تعزّز عدم الرضا عند عمال الخلايا الجوارية
للتضامن بما فيهم الأطباء، عندما تحسن وضع عمال الوظيف العمومي.

زيادة على ذلك، فإنّ الأطباء الجواريين يعملون بالمقارنة مع قرنائهم في الصحة، في النظام الزمن
الكامل، (Plein Temps) يعني طيلة اليوم وخلال 08 ساعات، يضاف هذا العنصر إلى عنصر الوضعية
القانونية، والمهن التي تنعكس على الأجر، و التي تجعلهم يعتبرون انفسهم في وضعية أدنى، مقارنة مع
قرنائهم في الصّحة.

وهناك عنصر آخر يفرّق بين الأطباء الجواريين والأطباء في الصحة، هو أن الأول يقوم بزيادة عند
المهام الطبية- وأعمال أخرى ذات طابع اجتماعي تضامني، والتي لا تمت إلى مهنة الطب بصلة كتوزيع قفّة
رمضان وملابس العيد على الفقراء، هذا ما جعل الأطباء الجواريين يعبرون عن سخطهم بذكر هذه المهام.

2.3.2- مهام الأطباء الجواريين:

يحدد دفتر الشروط الملحق بالاتفاقية التي عقدها وكالة التنمية الاجتماعية مع الولاية ثلاث مهام فيما
يخص الصحة والنظافة، والتي تتعلق بمهنة الطبيب:

1. المساهمة في تحسين التغطية الصحية و التطعيمة للسكان؛
2. تقديم فحوصات مجانية في الطب العام و القيام بزيارات طبيّة للمعوقين والعاجزين عن التنقل
في بيوتهم؛
3. تنظيم حصص تربوية ووقائية صحية (27) : (Belahcene F et al.2000(2).

يقوم الطبيب الجوارى على المستوى الواقع بمهام أخرى هي:

1. توجيه الحالات التي تستدعي فحوصات مختصة؛

2. مرافقة الحالات التي تستدعي تدخلات في عين المكان، وغالبا ما تكون هذه المساعي عن طريق المعارف الشخصية للطبيب الجوّاري؛

3. فحص الأمراض التي تستوجب التبليغ، وهذا أثناء القيام بالتخصصات لدى المجموعات المعاشية (العائلات والأسر).

ويقوم الطبيب الجوّاري، كعضو من المجموعة، بمهام ذات طابع اجتماعي وإنساني (تضامني)، والتي لا تمتّ بصلّة إلى مهنة الطب. تعتبر هذه المهام بالنسبة للأطباء الجوّاريين غالبا انتقاصا من قيمة الطّب

خاتمة :

خصص الفصل الثاني لتقديم مجال الدراسة وعينة الدراسة المستهدفة.

فاما مجال الدراسة، فقد تمّ تقديمه على مستويين:

- المستوى الأول: وكالة التنمية الاجتماعية: وهي الإطار العام الذي يتسنى إلى الأطباء الجوّاريين موضوع البحث :

- أما الخلايا الجوّارية للتضامن فهي تمثل الإطار الخاص الذي ينشط فيه الأطباء الجوّاريون.

- وفي الأخير قمت بتقديم الأطباء الجوّاريين عينة الدراسة، فبسبب النظام الإداري والمهني لهؤلاء الأطباء، الذي مرّ بمراحل من وضعية تشغيل الشباب إلى النظام الدائم مرورا بعقود التشغيل الغير محددة. كما بينت وظائف هؤلاء الأطباء التي تتجاذبها المهام الطبية والمهام الأخرى وهي ذات طابع الاجتماعي، الإنساني التضامني، والتي غالبا ما تمثل لديهم مصدر قلق باعتبارها تبعدهم عن مهنة الطب وتجعلهم يشعرون بالدونية التي لا تمثّل مستوى تكوينهم ولا إمكاناتهم الاجتماعية والمهنية.

ما خلصت إليه من هذا الفصل، بعد هذا العرض، هو أن هذه الوكالة انخرفت عن مهمتها الأولية، وهي التنمية الاجتماعية والهندسة. فقد طغى عليها الطابع التضامني وذلك تحت تأثير وزارة التضامن الوطني. أما بالنسبة للخلايا، فقد اختزلت مهامها في الأعمال الاجتماعية- التضامنية. و بالنسبة للأطباء في هذا السياق فهم مكلفون، مثل العناصر الأخرى، بتنفيذ هذه المهام الاجتماعية- التضامنية، التي يحكم عليها هؤلاء الأطباء أنّها بعيدة عن مهنة الطب. أدى هذا إلى الشعور بالدونية والاعتراب، الأمر الذي دفع الزملاء بينهم إلى مغادرة الخلايا الجوّارية للتضامن أو وكالة التنمية الاجتماعية للاتحاق بالمؤسسات الصحيّة.

اما الفصل الثالث فهو مكرّس لمتابعة مسار العلوم الاجتماعية في مجال الصّحة : قانون الصحة، واقتصاديات الصحة وخاصة علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الصّحية. ركزت بشكل خاص على التجارب التي اجريت في الجزائر.

الفصل الثالث :
مساهمة العلوم الاجتماعية في ميدان الصحة

قبل التطرق إلى دراسة موضوع أطباء خلايا التقارب الاجتماعي التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية من منظور سوسولوجي، يبدو لي من الضروري التعرض إلى الأعمال السابقة التي عالجت المسائل المتعلقة بالصحة، المرض و الطب، وخاصة التي تركّز على الأطباء. قمت بتقسيم إلى هذا الفصل ثلاث مباحث هي :

* **المبحث الأول:** وخصّته لعرض الأعمال المنجزة في حقل العلوم الاجتماعية حول موضوع الصحة، تناولت من خلال هذا البحث ثلاث مطالب وهي :

- **المطلب الأول:** وتناولت فيه إسهاما العلوم الاقتصادية حول موضوع الصحة، وركزت على تجربة الأستاذة "أفريحة فاطمة الزهراء"، التي تعتبر رائدة في هذا الفرع في الجزائر منذ 1972، حين قدمت في الجزائر (العاصمة) رسالتها للدكتوراه.

- **المطلب الثاني:** وتناولت فيه إسهامات العلوم القانونية، حيث ركزت أكثر على تجربة الدكتور "هنّوز منور مراد" الذي يعتبر رائد هذا الفرع في الجزائر.

- **المطلب الثالث:** وتناولت فيه إسهامات التخصّصين التوأمين: الأنتروبولوجيا وعلم الاجتماع التي تناولت مسائل الصحة، المرض والطب، تناولت في بادئ ذي بدء مدة إسهامات الفرعين في أمريكا حيث نشأتا، ثم في أوربا حيث تطوّرا وفي الأخيرة في أفريقيا حيث بدأت بعض الأعمال تعرف النور، وهنا ركزت أكثر حول تجربة الأستاذ "مبتول محمد" و فريقه للعمل في مجموعة البحث حول أنتروبولوجيا الصّحة (GRAS)، فهو يعتبر الرائد في هذا المجال في الجزائر، على حسب مصطفى بوزياني.

* **المبحث الثاني :** و تناولت فيه المنظومة التربوية في الجزائر، بينت من خلاله ، أن هذه المنظومة قد عرفت فترة اسقرار و تناسق بين التكوين و مطالب سوق العمل، فالعملية كانت مخططة من قبل، ثم عرفت هذه المنظومة خلا، و ذلك ابتداء من الثمانينات.

* **المبحث الثالث :** وتناولت فيه تكوين الأطباء، وبينت من خلاله أنه اتسم بخاصيتين، هما: المعيار الطبي، والمنطق المهني الذي يستند إلى المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) باعتباره المجال المرجعي للتكوين بالنسبة لهؤلاء الأطباء، كما بينت من خلال هذا الفصل بأن مرحلة التكوين تعتبر جد مهمة في مسار التطبيع لهؤلاء الأطباء، هذا ما نراه من خلال هذا الفصل.

المبحث الأول : مساهمة العلوم الاجتماعية في ميدان الصحة

3.1.1. مساهمة العلوم الاقتصادية :

يعتبر علم الاقتصاد الصحة فرع معرفي جديد، يحاول تطبيق آليات التحليل الاقتصادي في هذا الميدان الخاص، وقد تظهر تقدما باهرا، نجاعة التحليل بهذه التصورات، وفائدتها في اتخاذ القرار في هذا المجال . و في كل الأحوال، إن قيمته التفسيرية و الإرشادية لا يختلف عليها اثنان. أنظر: (Oufriha F., in Oufriha F.et al, 2006 :197)

3.1.1.1- ميلاد و تطور اقتصاد لصحة في البلدان المتقدمة ذات اقتصاد السوق:

ظهر علم اقتصاد الصحة بصيغته ، كعلم مستقل، من الاقتصاد التطبيقي، من خلال تصادم سلسلتين من الظواهر:

- إحداها ذات طابع نظري.
- و الأخرى ذات طابع تجريبي.

أولا: أما على المستوى النظري :

- تتبع هذا الفرع المعرفي من عدة أعمال حول موضوع رئيسي هو العوامل المعرفية الاقتصادية، التي يمكن تلخيصها في التحقيق، سواء ما يخصّ العمل أو رأس المال، وهي التي تكون محرك النمو.
- أهم هذه الأعمال هي:
- أعمال L'OCDI (مع عامل الإقامة و النمو)؛
- أعمال ليونتيفو W. Leontief (مع متناقضة ليونتيفو و النمو)؛
- أعمال صولو. (Solow) مع ادماج العمل المؤهل في وظيفة انتاجية من نوع Cobb Douglas .
- أدت هذه الأعمال إلى إعادة النظر في الطبيعة الاقتصادية لصرف النفقات العامة للصحة، و التي أصبحت هجينية، وليست مجرد نفقات استهلاكية، بمعنى هذا الاعتراف لها بالصفة الجزئية للاستثمار، هذا ما يجعل طرح مشكل الصّنف التي يجب حسابه ضمنا.
- ساهم تطور " نظرية الرأسمال الإنساني" من إضافة قيمة أخرى إلى نفقات التربية والصحة، و إعادة مساهمتها في النمو.
- أحد هذه الصور الرمزية أو القصوى هو مندمج في نظرية التنمية الإنسانية" التي صاغها برنامج الأمم المتحدة للتنمية و المتسم بالعمومية أكثر منه بالشرح والتفسير. (Idem:197-198)

ثانيا: على المستوى التطبيقي (التجريبي)

أثرت الأزمة الاقتصادية العامة ذات طبيعة نظامية (نسقية) في الاقتصاديات التي تمت خلال السبعينات من القرن العشرين ، تأثرت إذا في انخفاض الموارد اللاحقة التي استدعى البحوث، وبالخصوص، الضرائب المتعلقة بها و توزيعها (الحمولة) وانعكاساتها التي تطرح مشاكل على عموم الاقتصاد.

وابتداء من الخمسينات من القرن الماضي، عندما كان الشعار المرفوع هو "ليس للصحة ثمن" تشهد انتشار واسع لطب و مشاكل الصحة التي حملت معها نموا سريعا للتقنيات الطبية في سياق عرف شيخوخة ديمغرافية كبيرة التي دفعت نموا سريعا لطلب وعرض العلاج، المترجم إلى تطور سريع للنفقات على حسب الأزمة ولأمكنة مختلفة).

هذه الوضعية استدعت أن يكون التحكم في النفقات، الذي يترجم على المستوى العملي إلى تزايد الدراسات المتمحورة حول بعض المواضيع أو ميادين للدراسة التي ستخضع للبحث المعمق المتعلق باقتصاد تسيير المستشفيات، اقتصاد الأدوية، اقتصاد نظام العلاجي، الديمغرافية الطبية، الاستهلاك الطبي والدوائى...إلخ.

لكن، يوجد خاصّة نمو امتداد الدولة الرفاه، أي التأمين الاجتماعي والضمان الاجتماعي اللذان يمثلان فرع خاص موجه لتغطية النفقات الصحية وجعلها اجتماعية، فهو مضمن في هذا النظام من جهة الطلب، أما في الأنظمة الوطنية فهو مضمن من جهة العرض (مجانى) (Idem :198-199).

ثالثا: النتائج

خارج الأعمال النظرية التي كانت سببا له في ميلاد اقتصاد الصحة ستنتمي شيئا فشيئا وتصل أدواته التحليلية، تصوراته الخاصة، بالفعل نحن أمام نشاطات خدمتية (جدّ خاصّة و نتائجها جدّ صعبة المنال)فهي غير قابلة للتسويق: لا يوجد ثمن (بالمعنى الاقتصادي)، حيث يعتبر ضرورة اللجوء الى التّسعيرة (وهي مختلفة بحسب مشفى المدينة والمستشفى) والتي تكون غير رسمية، ولا تفرض طرقا نظامية).

وبالفعل، فإن لعرض وطلب العلاج خصوصيته، فهما متميزان بخصائص بالنسبة لما هي معرفة في اقتصاد السوق.مجموعة أدوات التحليل المستعملة بطريقة قديمة من قبل الاقتصاديين و المحولة في الميدان تكون أو يجب تحديدها بطريقة غير غامضة من أجل الحد من سوء استعمالها من قبل المنتسبين الجدد وعليه نتجنب الإنحرافات خارج الأفكار المسبقة ذات الطّابع المعرفي التي تنير كل نظام العلاجاو بعضه.و بعض المفاهيم ، النظريات و أدوات القياس مصقولة على الأقل، سترى غيرها النور : (نظرية الوكالة على سبيل المثال).

ويبدو أن أهم شيء يجب أن نذكره في هذا السياق هو أدوات التحليل، ومن أهمها :

1-النجاعة التقنية أو الطبية : وهو العلاقة بين الوسائل والنتيجة ، وهي تترجم نتائج التكفل

النظري و عليه إنخفاض الوفيات.

2-الكفاءة: وأخذ النجاعة بعين الاعتبار، وفي نفس الوقت الوسائل البشرية والمادية الضرورية و

عليه النفقات التي تستدعيها أي التكلفة المالية، وهذه الأخيرة لا يمكن حسابها باعتبار المشاكل الغزو المطروحة بالنسبة للعمليات الاستشفائية المعقدة.

الكفاءة هي إذا النتيجة المتحصل عليها ففيما يخص الحالتين الحالة الصحية (وليس مضاعفة الأعمال

وبخصوص أعمال التحقيق) بأقل تكلفة.

يمكن أن نفرق، في مجال قطاع آخر، النجاعة التقنية من النجاعة التخصيصية.

1-التقويم: يجب أن تحدد ماذا نريد أن نقوم وكيف ولماذا؟ هل يمكن كذلك تقويم نجاعة مستشفى

أو مشفى طبي بنفس الطريقة مثلا أو مجموع نظام العلاج، تشغل هذه المؤسسات مستويات تحليل يجب أن تحدد.

2-المردودية: بدأ هذا المصطلح يغزو أسنة محترفي العلاج بغير تأني، يجب إذا أخذ الحذر، لأنه

يرجع إلى حقائق حسابية لمؤسسات، لكن لا المستشفى أو المستوصفات الخاصة أو عيادات المدنية هي مؤسسات بمعنى (نقل النموذج للكلمة أي أن لها مهنة، تنتج أرباح وفوائد، وزيادة على ذلك وابتداء من الوقت التي تنتشر على المجموعات الأخيرة، بطريقة مباشرة و غير مباشرة (بواسطة التأمينات الاجتماعية و التعويضات). فهي لا تخضع لمنطق السوق. و يجب ان يعمل إذن على للتوازن على المستوى الحسابي. هذا لا يعني، زيادة على ذلك، لا يمكن او يجب ان تخضع للتسيير. و هذا معناه أنه يجب استعمال الوسائل المتاحة بشكل جيد من اجل نتيجة صحيحة معينة.

3-الإنصاف مقابل النجاعة: وتعني بأخذ بعين الاعتبار المساواة بين المواطنين في التحصيل على

العلاج (Idem :199-200)

3.1.1.2- اقتصاد الصحة في الجزائر (النشأة المبكرة و تأخر التخصص) :

بدأ اقتصاد الصحة كتخصص في البلدان الأنجلوسوكسونية، كانت البداية في فرنسا مع اطروحة Brunet Jailly سنة 1969، و التي وضعت الحجر الاساس في هذا المجال. ثم تتابعت الاعمال النظرية و التطبيقية في مختلف الاتجاهات. أما فيما يخصّ الجوائز، فكانت البداية مع أطروحة أوفريجة فاطمة الزهراء، التي نوقشت بالجزائر سنة 1992 ، تحت عنوان " أهم ملامح اقتصاد صحي في الجزائر"، تعتبر إذا مؤسسته لهذا التخصص في الجزائر، كونها الأول عمل وكذا نقص طلب المعرفة في هذا المجال ذلك الوقت كانا ي

صالحها. فقد كرمها وزير الصحة آنذاك ونالت ميدالية المعهد الوطني للصحة والسكان (INSP). ن و لقد أنارت الرصيد المعرفي لأصحاب القرار في تلك الفترة، خاصة أنها جاءت بعد بداية تجربة الطب المجاني. ومن لقد أثرت تحليل الخلفية المعرفية لأصحاب القرار آنذاك، حيث لم تكن الظروف الاقتصادية والسياسية، وكذا وضعية القطاع بهذا النوع من النشاطات (Idem :200-201).

ويطلب من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، أنشأت الأستاذة "أوفريجة فاطمة الزهراء" دكتوراه في الاقتصاد الموارد الإنسانية، و فروعها الثلاثة، اقتصاد العمل، اقتصاد التربية، واقتصاد الصحة، تكلفت الأستاذة "أوفريجة فاطمة الزهراء" بالإشراف النظري على فروع الثلاثة:

كان ذلك في منتصف 1988، ومنذ ذلك الوقت شرعت في إدارة وتأطير الأجيال الأولى من الأطروحات ومذكرات الماجستير التي نوقشت في كل من وهران، الجزائر، تيزي وزو، قسنطينة، وبجاية. (Idem :200).

ولكن للأسف هذه الدكتوراه تقول "أوفريجة فاطمة الزهراء" أجهضت، بحيث لم يسمح للأطباء والمهندسين لولوج هذه الدكتوراه، وكان تفضيل الفرعين الأولي فقط سببا لمغادرة أوفريجة معهد الدراسات الاقتصادية بالجزائر (ISE)، وبما أن معهد الدراسات الطبية لم يكن يسمح استقبال هذا النوع من التعليم ، عمدت وزارة الصحة بعث الأطباء ومسير للتكوين في اقتصاد الصحة في كل من: رينيس (Rennes)، لوفان (Louvain)، وباريس (Paris) ، وكان بالمعهد الوطني للإدارة فرع مخصص "لإدارة الصحة" ، حيث درست به أوفريجة، أما مدرسة الصحة ببرج البحري، الذي أنشئ مؤخرا فقد كان معدا خصيئا لتكوين الشبه طبيين، مع تنظيم ملتقيات للأطباء (Opcit).

وبالموازاة، أسست أوفريجة فريقا مع وضع برنامج بحث بمركز البحث في الاقتصاد التطبيقي للتنمية (CREAD) ، يحلل بعض الأعمال المنجزة في الدفاتر الخاصة التي نشرها المركز، ولقد طغى على المعهد الوطني للسكان والصحة (INSEP)، بما أنه هيئة بحث في مجال الصحة، و في الأطباء والمختصين في الوقاية ذوي التكوين الأنجلوساكسوني بإستثناء واحد. و يكتسح الميدان حاليا علماء الاجتماع و الأنثروبولوجيا، خاصة العاملين بمجموعة البحث في الأنثروبولوجيا للصحة. أنظر: (GRAS) (-201: Idem (202).

3.1.2- مساهمة العلوم القانونية:

3.1.2.1- مساهمة قانون الصحة و القانون الطبي في مجال الصحة:

قبل أن نتناول موضوع مساهمة القانون في ميدان الصحة، أرى من اللائق توضيح الفرق بين قانون الصحة و القانون الطبي. فالأول عام يشمل القواعد التي تنظم الضمان الاجتماعي، طب العمل، قانون الحماية، الملف الطبي الشخصي. فليس كل ما يهتم قانون الصحة مهم بالتالي القانون الطبي، الذي يعتبر جزء منه. أنظر: (Wikipedia, en ligne) و على هذا الأساس سأتناول الموضوع تحت خانة قانون الصحة لأعبر عن التخصصين معا.

3.1.2.2- قانون الصحة تخصص حديث :

أعتبر قانون الصحة تخصصا حديثا. فهو لم يتم تحديده في التشريعات بعد، و أغلبية المؤلفين لا يعتبره تخصصا قائما بذاته، فرجال القانون، المؤرخون في كليات القانون بقوا زمنا طويلا، غائبين تماما عن الحقلين الكبيرين للتاريخ الصحي من جهة، و من جهة أخرى عن قانون الصحة، هذا رغم أن (jean Imbert) (1919-1999)، كان قد فتح ببراعة الطريق بأعماله الرائعة عن تاريخ القانون الأستشفائي، والتي بقيت الرائدة في هذا المجال. أنظر: (Leka, A et al 2014, en ligne).

3.1.2.3- قانون الصحة ، مسيرة نحو الاستقلالية التي لم تكتمل بعد:

بما أن قانون الصحة هو فرع معرفي حديث، فإنّ تقديم تعريفا له جد صعب، كثير من الميادين المتعلقة بالصحة، وكذا بالقانون هي تعني بهذا المفهوم، و التي تطوّرت باستمرار لتوطيد نفسها بنفس الطريقة لقانون البيئة وقانون البناء، وتعتبر كذلك تحديد فرع مستقل يدعي قانون الصحة يبدو مستحيلا، فالأجوبة هي رهن النقاش، رغم أن قانون الصحة قد وجد له عامل اتساق مع تأكيد معاصر "الحق في الصحة". أنظر: (Droit à la santé) (Scotti ,J.C, 2004, en ligne).

ما يمكن اعتباره يقينا، هو أن ما سمي " قانون الصحة" يمثل لحظة وعي لإلقاء نوعين من تطورات جماعية وعمومية من جهة، وفردانية و حرّة من جهة أخرى، لكن تاريخ قانون الصحة هو مازال في طور التشكيل، حيث أن جزء من التطور غير معروف، وهو الخاص بالنظام القانوني المطبق على العلاقة الشخصية بين المريض والطبيب (Scotti :Idem). حاليا لا نستذكر من تاريخ قانون الصحة ، إلا تطور التدخلات والمؤسسات العمومية التي هي معروفة جدا، و هي الخاصة بالنظام القانوني القابل للتطبيق على العلاقة بين المريض و الطبيب.

ينتج عن ذلك وجهة نظرة يسارية ما gauchisme ، التي تقود إلى الخلط بين قانون العمل وقانون الصحة العمومية، بينما المعروف أن العلاقات القانونية التي تنشأ في هذا القطاع من النشاط الإنساني يخص بصفة كبيرة الحياة الخاصة، القانون المدني والقانون التجاري. (Scotti, Idem).

3.1.2.4. الحق في الصحة هو الأصل في ظهور قانون الصحة:

بفضل الصدفة العلمية في القرن العشرين، حقّق الطب نجاحات باهرة، التي بقيت على كل حال غير معروفة ، خلال الألفية ما قبل علمية préscientifique ، وحينها طرحت مسألة، تعميمها على مستوى عال من النوعية على كافة السكان، وهذا على الرغم من نمو التكلفة الصحية (Scotti, Idem).

ففي فرنسا مثلاً، أخذ هذا الاهتمام شكل المساعدة الطبية المجانية (قانون 1893/07/15)، ثم مساعدة المتقدمين في السن والعاجزين، وذوي الأمراض المزمنة، الذين بدون دخل (قانون 1905/07/14) والذي تحول إلى الإعانة الاجتماعية (المادة 179 من قانون الأسرة)، وأخيراً وابتداءً من سنة 1928، جعل الضمان الاجتماعي في العلاج الطبي شيئاً فشيئاً أكثر ولوج عالم العمل، كانت نتيجة هذا التطور هي المقدمة لدستور 1946، وعلى حسبه فإنّ الأمة لها الحق في كل الحقوق، بما في ذلك الحماية الصحية".

فعقب الحرب العالمية الثانية ظهر قانون الصحة من بين القوانين الذاتية والاجتماعية (Scotti, Idem). أما على المستوى الدولي، فإن القانون الدولي للصحة هو الهدف إلى السماح للجميع الوصول إلى الصحة و الحفاظ عليها، و التي هي حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (DMS) " حالة كاملة من الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية" (Véronique.H.B, 2014 en ligne). (CF Scotti J.L.Idem).

إن القانون الدولي للصحة الذي تشكّل خلال القرنين 19 و 20 ترجع إلى مصدرين كبيرين :

1-السياسات المطبّقة لمكافحة انتشار مرض الوباء الأسود و أوبئة أخرى (المدن الإيطالية كانت أكثر إصابة)، وكذلك إنشاء القانون الإنساني (Droit Humanitaire) في جنيف Genève في سنة 1864، وهذا من أجل إغاثة العسكريين أو المرضى أثناء الحرب، وبالموازاة من هذا، عقدت في باريس (Paris) أول محاضرة صحّية دولية وهذا للمكافحة، ضد انتشار مرض السل، مرض الوباء الأسود والحمى الصفراء، لم يتمّ تبنّي أول اتفاقية صحّية دولية إلا في سنة 1892، و كان في قمّة فينيز (venis)، وفي سنة 1907 تقرر تأسيس الديوان الدولي للنظافة العمومية ، في باريس (Paris)، الذي كان مفتوحاً منذ سنة 1874 من قبل طبيب فرنسي، وبعد 1918، تغير العالم : حالت الريادة إلى الولايات المتحدة الأمريكية (USA) على غرار أوروبا وجعلتها تتبنّى نظريتها لعصبة الأمم (SDN) فأست سنة 1923 منظماتها للنظافة، إنّ التغيير الذي استدعاه صدمة الحرب العالمية الثانية (2 GM) ونظرة روزفيلت (Rosvelte) العالمية. هما اللتان

كانتا وراء تأسيس منظمة الأمم المتحد (ONU) التي تؤسس منظمة الصحة العالمية (OHS)، فهي الآن تحتل
الولي الشرعي القانون الدولي للصحة (DIS). (Véronique, H.B. Idem :)

قررت Véronique harouel Bureloup أن تقرّب بين نمو القانون الدولي الإنساني ابتداء من العقد
الثاني من القرن التاسع عشر عن طريق مبادرة مؤسسة الصليب الأحمر (Croix Rouge) (Henri)
Dunant) وإدراك ضرورة وضع قانون دولي للصحة، ليس فقط للعسكريين في وقت الصراع
المسلح. ولكنه حتى في وقت السلم لمصالح السكان المدنيين. تظهر بجديّة كبيرة كيف تطورت عن طريق
القانون الدولي الإنساني فكرة قانون للصحة للمرور من الحماية إلى الوقاية، تطوّر هذا القانون بفضل
إنشاء المؤسسات الوطنية للهلال الأحمر، التي تقوم بنشر انشغالات الأطباء المختصين في النظافة ()
medecins Hygiénistes) في القرن التاسع عشر، وكذا عمل المؤسسات الأمريكية الكبرى، و
بالخصوص منشأة روكفيلر. انظر: (Rockefeller) (Fransisco, R.2014, en ligne).

كانت الحرب العالمية الثانية بمثابة منعطف في تاريخ قانون الصحة، ورخاوة الطب لدى الأطباء
النازيين وإستغلاله من قبل النظام الايطالي استدعى العالم الى الضرورة استقلالية الطبيب في جميع الظروف
وحمايته عن طريق النصوص الدولية، فتأسس الأمم المتحدة (ONU) في سنة 1945 والمنظمة العالمية
للصحة (OMS) أعطى صدى جديد للقانون الدولي للصحة ، خاصة بتطوير تعريف واسع لمفهوم الصحة.
تتابع Véronique تاريخه مذكرة بالدور الذي لعبه ما بين القارات في القانون من أجل أن يأخذ كل واحد
العلاج ويكون محميا من قبل الاتفاقيات الدولية (Fransisco R, Idem).

من جهة ، يذكرنا كلود ايمانويل (Claude Emanuelli) بأهم المحطات في تاريخ قانون الصحة ،
يمكن تلخيص ذلك:

- 1851 : أول قمة دولية للصحة بباريس.
- 1864 : تأسيس القانون الإنساني الدولي لتنظيم الاستعجالات للعسكريين المصابين و المرضى وقت
الحرب.
- 1892 : تبني الاتفاقية الدولية خلال قمة فينيز (Venis).
- 1934: خصّص اللّجنة الصحية لمكافحة لاهاي في أحد من دروسها لقانون الدولي للصحة تحت
إشراف الأستاذ Vetta.
- 1807: قمة روما تقرّر تأسيس الديوان الدولي للنظافة الذي سبق أن اقترحه طبيب فرنسي من قبل.
- 1931: ثلاثة عشر اتفاقية ختمت في : 1909 و 1944 تم مراجعتها وتقنينها من قبل القانون الدولي
للصحة (RSI).

- 1946: الدول المؤسسة لمنظمة الأمم المتحدة تتفق على تأسيس منظمة لتطوير صحة الأفراد في المجتمع الدولي.

- 1948: 25 دولة تنتمي للمنظمة العالمية للصحة، و لمباشرة عملها في الواقع:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان يتبنى الحق في الصحة.
- الميثاق الدولي المتعلق بالحقوق الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية تنبئ حق الإنسان في الصحة.

- 1969 : تمّت مراجعة قانون النظام الدولي للصحة (RSI).

- 1970 : المجلس العالمي للصحة في دورته 23 يقر بأن الحق في الصحة هو حق أساسي للإنسان.

- 1973 : تم إتمام النظام الدولي للصحة بنظام إضافي.

- 1975: حق الانسان في الصحة يحدد عبارة أكثر واقعية في مفهوم النظام الدولي للصحة الجديد

(NOSI) الصادر عن المنظمة العالمية للصحة (OMS) ليكون إطارا للتعاون الدولي للصحة إلى غاية 2000.

- 1978: تم تعيين العلاج الصحي الدولي (SSP) من خلال قمة ألماتا

(Conférence d'Alma Ata) كوسيلة عملية لبلوغ الهدف "الصحة للجميع" إلى غاية نهاية القرن.

- 1992: المجلس العالمي للصحة، يتبنى خلال الفترة ما بين (1984-1989)، برنامجه العام السابع و

المتضمن في مخطّط الإستراتيجية العالمية لبرنامج العمل المحدد للتوجيهات المنظمة العالمية للصحة (OMS) خلال هذه الفترة (Emanuelli C.1985, 10-18 en ligne).

بدأ قانون الصحة يسعى، شيئاً فشيئاً، نحو الاستقلالية، يحدّد شكله ويحدّد أيضا مجاله ، ويتحدّد من بين فروع أخرى للقانون كالقانون الاجتماعي يمكننا القول في هذا المنحنى أن قانون الصحة ليس فرعاً من القانون بالمعنى الذي نعنيه كما في القانون الجنائي والقانون الجنائي، فإن تجانسه لا يأتي من التقنيات القانونية التي يلجأ إليها بالعكس، فإن أحد خصائصه هو الأخذ من القانون الخاص تارة والقانون العام تارة أخرى. انظر: (Scotti,J.C, Idem :5).

لا يمكن أن نقلّ مع ذلك من أهمية الفقه (Jurisprudence) ، و التي هي خاصية هذا الفرع المعرفي: و كذلك وجود ومحتوى عقد العلاج التي هي من اكتشافات الفقه القضائي (Jurisprudence Judiciaire)، وكذلك فإن نظام المسؤولية المدنية التي هي، في غالبيتها، جزء من ملفّ الفقه الإداري و القضائي (Jurisprudence administrative et Judiciaire) (Scotti: Idem).

في هذا المجال، فإن المحاكم تستلهم من الممارسات المهنية، التقنية و الأخلاقية و تعمل على إدخالها كذلك بصفة غير مباشرة ففي مصادر قانون الصحة (Scotti, Idem).

يبدو أنّ القانون الدولي للصحة قد تطوّر منذ عهد الأستاذ فيتا (Vitta)، الذي سخر له درسا في أكاديمية القانون الدولي بلاهاي (La Haye). لا يحكم هذا القتون في التدابير الوقائية ، التي يركز عليها القانون الصحي، والتي يمكن أن تغير الآن الواجهة للقانون المعتمد (Emanuelli, Idem :18).

يجب أن ينظر إلى القانون الدولي للصحة في المنظور المعاصر، كفرع من التعاون الدولي للتنمية ، فهو بهذا يرتبط بالقانون الاقتصادي الدولي ، وخاصة القانون الدولي للتنمية، وعليه ، كما سجّل ذلك المدير العام للمنظمة العالمية للصحة سنة 1975 خلال المجلس العالمي للصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، في المناطق الريفية جد مرتبطين (M.Belanger, 1983-615 et 636- In Emanuelli) (C.Idem :17).

يشترك القانون الدولي للصحة مع ميادين قانونية أخرى تمس تحقيق حق الإنسان في الصحة، مثل القانون الدولي للعمل، والقانون الدولي للبيئة، القانون الاجتماعي الدولي، والقانون الطبي الدولي، والقانون الإنساني الدولي (الممارس أثناء الصراع المسلح) .

والتحدي الذي يجب على القانون الدولي للصحة يكمن في تحقيق الاستقلالية بالنسبة للفروع الأخرى للقانون الدولي العام، ليصبح تخصصا قائما بذاته (Emanuelli , Voir M.Belanger, Idem : 612-613) (in C, Idem : 17-18)

3.1.2.5- تجربة مراد مولود هنوز و فريقه في الجزائر:

يعتبر ميدان قانون الصحة حديثا جدا في الجزائر، فالبداية كانت مع مراد مولود هنوز وفريقه المتمثل في الأستاذ أحمد رضا حاكم، محمد خذير، وعبد الوهاب بوبكر، الذين كان لهم الشرف في البدء في مقاربة علمية وبيداغوجية، وذلك عن طريق الكتب التي ألفوها، بادر بهذه المقاربة أطباء كان لهم الجراءة لمواجهة التعقيدات المرضية للقانون الطبي، وذلك في خضمّ تحولات دائمة، رغم أنّهم لم يكونوا كلهم قانونيين، إلى أن أوصلوا هذه الجهود إلى صفّ (مستوى) مدرسة الدكتوراه (Khadir :5,2014 A).

الأستاذ هنوز من مواليد قسنطينة(1933-2002). التحق بصفوف الاتحاد العام للطلبة المسلمين (UGEMA) ، كما شارك في إضراب 1956 الذي نظمته جبه التحرير الوطني (FLN) ، وفي فترة الاستقلال ، التحق بصفوف الجيش الشعبي الوطني (ALN) بسيدي بلعباس برتبة ملازم، وفي سنة 1965 استقر بولاية

سعيدة ليصبح مديرا مصلحة الصحة (DDS)، وفي بداية التسعينات شرع في الدراسات التخصصية بفرنسا، لينال بعدها أربع شهادات في الطب الشرعي، القانون الطبي، الإصلاح القانوني للطب الجسدي وعلم الإجرام، و في سنة 1976 استقر بوهان ليؤسس برفقة الدكتور مجبر ، ثاني مصلحة للطب الشرعي على مستوى الغرب (Opcit).

في سنة 1981، قدم (ناقش) أطروحته للدكتوراه تحت عنوان (مقارنة قانونية للمسؤولية الطبية في القانون الجزائري)، كانت تحت إشراف الاستاذ مختاري نوقشت في معهد العلوم الطبية (كلية الطب حاليا)، وقد كانت عملا رائدا في هذا المجال، مثل الجمعية الجزائرية للطب الشرعي (SAML) كما كان عضوا مجلس الإدارة للجمعية المتوسطة للطب الشرعي (SASMML). (Idem :6)

لم يكتف بهذه الشهادة ، فقد حضر ليسانس في القانون، الذي سمح له بفتح محل للمحاماة، عالج من خلال ممارسته فيه عدة قضايا قانونية متعلقة بالمسؤولية الطبية التي دافع عنها بامتياز (Opcit).

عمر عالم التأليف، فألف عدة كتب بالاشتراك مع الأستاذ حاكم في إخراج كتابا تحت عنوان " مختصر في القانون الطبي"نشر في سنة 2000، حيث كان المرجع الوحيد باللغة الفرنسية آنذاك، اتبع ذلك بكتاب آخر باشتراك مع الأستاذ محمد خذير تحت عنوان "مختصر في التأمين الاجتماعي" من نشر الديوان المطبوعات الجامعية، وفي 1996 أرفقه بكتاب آخر تحت عنوان "المبادئ الأساسية في قانون الصيدلة" وأخيرا أصدر كتابا رابعا تحت عنوان "طب المراقبة والخبرة" كلها من ننشر الديوان المطبوعات الجامعية . أنظر: (Khadir A, Idem :6 Cf. K.B.2012 : en ligne)

يضاف إلى تجربة الأستاذ هنوز مع فريقه في مجال قانون الصحة والقانون الطبي في الجزائر، على المستوى الأكاديمي، الأطروحة التي تقدم بها الدكتور محجوب عز الدين تحت عنوان: "الاستفادة من الصحة من خلال تطور القانون الطبي في الجزائر"، وهي أطروحة في القانون العام، نوقشت في باريس (Paris) سنة 1983، وهو متخصص في الطب والقانون الطبي، وله شهادة في الكوارث، مارس مهنة المحاماة لدى محكمة قالمة.

وتبقى اسهامات الأستاذ أوسكين عبد الحفيظ، أكثر إنتاجا في مجال قانون الصحة والقانون الطبي، فقد ألف عشرة كتب منشورة، و 25 مقالا، وأشرف على أطروحات دكتوراه و 4 مذكرات ماجستير، كما ساهم في تنظيم مؤتمري دولتين في البيوتيك (Biothèque)، وتقلد منصب المدير الخبير في القانون والتكنولوجيات الحديثة، وكذا أعمال أخرى ونال الجائزة الأولى الذي منحه إيها كل من جامعة البلية ، والجريدة اليومية الناطقة باللغة العربية "الخبر" كان ذلك في سنة 1997، وجائزة أخرى على إثر

النشرية العلمية التي قدمتها له الوكالة الوطنية لتطوير البحث الطبي (ANDRS)، توفي في سنة 2000 (أنظر: سيرته الذاتية على شبكة الانترنت).

يرتكز قانون الصحة حاليا على مراكز البحث، باحثين، و خصّصت له مجالات مختصة ، كما صدرت له مقالات صحية في إجازة أطروحات مذكرات جامعية في مختلف مواضيع البحث ، ومازال يعرف تطورا يوما بعد يوم.

3.1.3. مساهمة علم الاجتماع و الأنتروبولوجيا في ميدان الصحة:

يوجد لدينا مجموعة كبيرة من الدراسات التي تلت أعمال تالكون بالستير (T.Parssons) ، كانت تهدف في تحليلها تنظيم مهنة الطب ، أشكال سلطتها، ودورها الاجتماعي، وكذا تنوع أشكال ممارستها في الولايات المتحدة و أوروبا.

تمحورت جلّ هذه المساهمات على جملة من المواضيع : تحليل تنظيم مهنة الطب و تطورها (Hugue, 1958, A. Stauss, 1985) ، دراسة مختلف الشرائح المهنية، مع التركيز على الممارسات و عدم المساواة (Chauvenet, 1978, H. Ackerkencht,1968) .

أولت هذه البحوث اهتماما فيما يخصّ الطريقة التي تمارس بها مهنة الطب لبناء حقائق الصحة كحقيقة اجتماعية (C. Herzlich, J. Pierret, 1984.Le Disert,1985).

كما اهتمت هذه البحوث بتحليل العلاقات العلاجية بين المريض و الطبيب ، (J.P.Valabrega,1966,) (B.balint,1966) ، توضّح تمثّل المريض للطبيب وسلطته المخولة له اجتماعيا ، كما أثارت مهنة الطبيب بين كتابات نقدية (Illich,1975) ، ناقشت بعض القوانين التي تحكم، خلق الغيرية للخدمة l'éthique altruiste de service ، واهتمت دراسات أخرى المحددات الهيكلية للخدمة المعاصرة (H.ferro,1985,M.Arliaud 1987,) وكذا تعقيد الممارسة (N.Dodier,1993)، الشيء المهم في هذه الدراسات هو أنّ مسائل العمل الاجتماعي لمهنة الطب قد تمّ طرحها.

ما يمكن أن نستنتجه مما سبق ذكره، هو أن هذه الدراسات تمكنت من إخراج مهنة الطب من الحقل العلمي لتضعه في الحقل الاجتماعي، وهذا انطلاقا من مبدأ مفاده إذا كانت مهنة الطب هي علم ، فهي كذلك ممارسة ، تتكون من خلال المزاولة اليومية، و عماد هذه الدراسات هو أنّنا نساءل الحقل الاجتماعي فيما يخص الملبسات الاجتماعية التي تحدده بالشكل والمعنى (Voir I. :32). (Gobatlo, 1999).

أما عن بداية هذين الفرعين المعرفيين، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، فكانت في أمريكا وخاصة تحديد مفهوم المهنة (profession) ، وذلك في إطار علم الاجتماع (المهنة Sociologies des professions)، والتي تعبر مهنة الطب نموذجاً (P. Adam, C. Herzlich, 1994,)، والنسبة لفريدسون (E., Fredson) و الذي يعتبر كتاباً عن مهنة الطب (in I. Gobatto, idem Opcit (Medical profession))، الذي ألفه باللغة الإنجليزية سنة 1970، وظهرت أول ترجمة له سنة 1984 عن دار (Payot) اثبت مؤلفه من خلاله معالم الفرق بين المهنة "Profession" و مجرد حرفة (métier). كما بين التحولات العميقة التي عرفتها المجتمعات الغربية لتنظيم الطب كمهنة ، فقد بين بأن المهنة تتصف بخصائص أهمها الاعتراف بالمعرفة الذي يمتلكها الطبيب و التي يملك عن طريقها كامل السلطة وحرية الممارسة ومراقبة نوعية الخدمة و الاخلاقيات التي تحكمها. (N.Dodier, S.Darbon :1985 Cf.,). (Gobatto I.,idem :33-34).

تقصي هذه الاستقلالية و الهيمنة، المخولة للطبيب من قبل الدولة، كل الأشخاص العاديين.

وعلى إثرها، توالى الدراسات في هذا الميدان لتتناول مختلف المهن في مختلف أحقاب التاريخ كالقانون مثلاً، سيطرة في بداية الأمر على هذه الدراسات الاتجاه الوظيفي، إلا أن لم يكن الوحيد فقد كان يزاحمه أصحاب الاتجاه التفاعلي (Interactionnistes) الذي يرون بأن الحصول على وضعية قانونية للتوظيف يعتبر دائماً صراعاً بين مجموعات متنافسة، وتشكل عملية ذات طابع سياسي يتطلب تدخل الدولة (Adem : Herzlich1984, 32) ، فالمعرفة وحدها لا تمثل إلا دوراً ثانوياً. أنظر: (Gobatto,) (idem :34 ;Cf. C. Dubar, P. Tripier, 1998 :G et S).

3.1.3.2. نشأة و تطور علم الاجتماع الأنثروبولوجيا في أفريقيا :

استناداً إلى ما تعورف عليه، فيما يخص المهنة (Profession) في الدول المتقدمة وخاصة في أمريكا لا يمكن أن تطبق حرفياً على مهنة الطب في إفريقيا وخاصة في الفترة ما بعد الاستقلال، وذلك راجع إلى حداثة هذه المهنة، حيث أنه تتجاذب معرفة الطبيب عدّة منافسات ، كما كان الحال بالنسبة للأطباء في القرن 19، فاز الأطباء في نضال لبلوغ صفة، الاستقلالية والمهنية على مهنتهم ومراقبته ممارستها في الميدان.

رغم وجود تيارٍ ثريٍّ بالبحوث، لكنه قليلة هي الأعمال التي تناولت بالتحليل مهنة الطب في إطار بلد من بلدان العالم الثالث، وإذا رجعنا إلى حالة أفريقيا، نجد على سبيل المثال : الأعمال التي قام بها (S.Fainzing)منها : "الاستجمام كأسطورة: علاج المرض الايديولوجيا من خلال بعض الأمثلة في أفريقيا الغربية 1981م" الدار البيضاء؛ مكانة المستوصف في الاستراتيجيات العلاجية للبيزا Bisa في بوركينافاسو " (1985)؛ داخل الأشياء، المرض: العرافة، إعادة الإنتاج الاجتماعي لدى البيزا Bisa في بوركينافاسو"

(1986)، وكذا أعمال (fassin)، منها: "السلطة والمرض في أفريقيا" (1982)، التعاون الفرنسي وسياسات الصحة في أفريقيا" (1983)، التفكير في الأطباء هناك، إعادة تشكيل للحقل العلاجي في المجتمعات الأفريقية والأمريكية اللاتينية (1994)، وعمل (D.Bonnet) تحت عنوان : (الجسم البيولوجي والجسم الاجتماعي) " (M.Cross)، تحت عنوان "أنثروبولوجيا الدم في أفريقيا" محاولة لبحث الدم الرمزي لدى اللوبيات في بوركينافاسو وساحل العاج(1990)، و(Y.jaffé) عن مهنة القابلات بين الهوية المهنية والاجتماعية.(Cf. Rubber B., 2003, idem :16) .

وM.Dacher عن " ثمن الزوجات، قيمة الأخوات: تمثيل المرض ، دراساتان عن المجتمع "جيوين" ، بوركينافاسو" أنظر: (Gobatto I, idem : 35-36, 295-304).

ركّزت هذه الدراسات الأنثروبولوجية على معنى التعامل مع المريض، والبعد الثقافي في النظر إلى الصحة والمرض.

نجد مجموعة أخرى من البحوث تمحورت حول المريض ووسائل تغييره والتعامل معه، وذلك منذ عشرة سنوات بالقارة الأفريقية، ركزت هذه البحوث على علاقة المريض بالمعالج، فممارسات المعالجين تبدو هنا كأفعال اجتماعية.

بيّنت هذه البحوث تمثلات المرض ونماذج العلاج المحلية، التي طرحت تساؤلات و استفسارات جعلت الطب بالمفهوم الغربي حديث الوجود في مازق، فمن خلال مسارات المرضى بين مختلف طرق العلاج ، يمكن أن تقارب الموضوع. تعتبر Gobatto هذه الدراسات "أنها تلامس المهن دون أن تتناولها بالدراسة" أنظر: (Gobatto I, idem :36-37).

وهناك مجموعة قليلة من الدراسات، تطرقت إلى موضوع المرض والطب من خلال مسألة السلطة في حقل المنافسة للطب، حيث يكون للمريض حرية في اختيار المعالج، وهنا تتناول هذه الدراسات الطبيب كموضوع في حد ذاته، وليس المريض. و تقترح مقاربات المنافسة، السلطة والاستراتيجية، والطب البيولوجي الممارسات المهنية، تمّ معالجتها عن طريق دراسة تنظيم الانظمة الصحية، فمن خلال طلب وعرض العلاج بين المريض وقطاع الصحة تنجم التفاعلات و الممارسات التي يمكن التطرق إليها عن طريق التمثلات وكذا السلوكات ، رغم كل شيء. ترى Gobatto ، "أنه يمكن القول:" رغم كل ما كتب، فإن مهنة الطب لم تنل كبير اهتمام كما تمارس وتطبق في القارة الأفريقية". (Gobatto I, Idem : 37).

3.1.3.3. نشأة و تطور علم اجتماع و أنثروبولوجيا الصحة في الجزائر:

يعتبر علم الاجتماع وأنثروبولوجيا الصحة فرعين معرفيين حديثي النشأة في الجزائر، كانت بدايته مع الأستاذ محمد مبتول الذي يعتبر المؤسس حسب بوزياني (bouziani M. In, mebtoul) (M.2005 :15)

منذ التسعينات من القرن الماضي ، بدأ في نشر المقالات في مجلات متخصصة في مجال J.Cook, علم الاجتماع وأنثروبولوجيا الصحة، وكان ذلك بالتعاون مع الباحثين أمثال: (A.Turz, J.P.Grangaud M.Merzougui :F.XSheweyer : M.M.Druthé, C.Philip, G.Greton, (D. Cebe, A.Berriche, M.Bouziani, Lamari, Lefgome , Benchikh.

جمعت هذه المقالات في الكتب الآتية:

1. "أنثروبولوجيا الحوار (التقارب)، عمال الصحة في الجزائر"، باريس، 1994،
2. "أطباء ومرضى في الجزائر"، دار الغرب، وهران، 2005،
3. "علم الاجتماع الفاعلين الاجتماعيين"، ديوان المطبوعات الجامعية، 2007،
4. حياة يومية تحت الضغط" مجموعة البحث في أنثروبولوجيا الصحة، 2008،

وبمساعدة الوكالة الوطنية للبحث في الصحة (ANDRS) بتوفير قاعات الدرس، أسس الأستاذ محمد مبتول في سنة 1991، بمساعدة كل من : محمد مرزوق، دليلة مطيار، وحجاج الجنيد، أستاذة وباحثين في جامعة وهران ، "مجموعة البحث في أنثروبولوجيا الصحة" (GRAS)، كان الهدف منها:

1. البحث السوسولوجي في المرض، الصحة و الطب:
2. الشروع في تكوين فيما بعد التدرج في أنثروبولوجيا الصحة موجهة إلى عمال الصحة وكذا طلبة العلوم الاجتماعية.
3. تنظيم ملتقيات و ندوات وطنية ودولية تتمحور حول المواضيع الآتية:
 - أ. الجنس و المجتمع.
 - ب. الطب، الأطباء و المجتمع.
 - ج. الاسرة و المجتمع.
 - د. البيئة و الصحة في العمل.
 - هـ. الإعاقة و المجتمع.
4. نشر مجلة في العلوم الاجتماعية و الصحة .

5. الدعم العلمي والبيداغوجي للطلبة والباحثين الشباب في علم اجتماع أنثروبولوجيا الصحة.

تتكون الآن مجموعة البحث في الأنثروبولوجيا الصحة (GRAS) عمّا يزيد على 44 باحث في علم الاجتماع، علم النفس، علم الأوبئة، الأطباء يعملون في ورشات متوزعة على المحاور المذكورة أعلاه (النقطة 3).

وفي سنة 1998 أسس محمد مبتول بالاشتراك مع مخبر الإحصاء البيولوجي ، مجلة "الصحة العمومية، والعلوم الاجتماعية"، متخصصة في أنثروبولوجيا علم الاجتماع الصحة.

وفي سنة 2002، شرعت مجموعة البحث في أنثروبولوجيا الصحة (GRAS) في التكوين لما بعد التدرج في أنثروبولوجيا الصحة (ماستر مهني) موجه لعمال الصحة (أطباء، مسيرين، واقتصاديين الصحة، ومختصين في علم النفس التربوي وآخرين) ينشطون في مختلف المؤسسات الصحية، وهذا من أجل تمكينهم من فحص وتحليل (الواقع) الصحي الاجتماعي في المعقد. وبعد فترة التكوين، يتمكن الطلبة من الأمور الآتية:

(1) التحكم في الأطر العمومية للتحليل التي وضعها علماء الاجتماع وأنثروبولوجيا الصحة، والتي لها تأثير على الحالة الصحية للإنسان.

(2) الاستثمار المكثف للفضاءات الصحية قصد إجراء تحقيقات كيفية (ونوعية) طويلة المدى.

(3) إنتاج تحليلات عن الممارسات الاجتماعية – الصحية و(تنظيمات) العلاج و منطق الفاعلين في الصحة.

(4) التدخل في السياسات المحلية للصحة.

من خلال تكوين موزّع على إثني عشر أسبوعاً في السنة، على أساس ست ساعات في الأسبوع، فإن الطالب يتحصل على الأساسيات في الموارد الآتية:

1. أنثروبولوجيا الصحة.

2. علم اجتماع المهن.

3. المنهجية.

4. تاريخ النظم الصحية.

5. علم الأوبئة و الأنثروبولوجيا: نظرة مزدوجة (متقاطعة).

6. مقارنة حول الصحة الشباب.

7. الصحة والأخلاق.

8. مانجمنت الصحة.

يكلّل هذا التكوين النظري تكليف الطالب بتحضير مذكرة (مشروع تحقيق ميداني وتحليل) ، وذلك تحت إشراف مؤطر خلال سنة، يضع مجموعة البحث في علم الاجتماع وأنتروبولوجيا الصحة (GRAS) ، تحت تصرف الطالب كل الوسائل التي يوفرها المخبر .

ومن أجل إضفاء قيمة على هذا التكوين، تم تنظيم امتحان انتقائي لعشرة مرشحين مؤهلين أكثر من غيرهم.

لم يكن من السهل اقتناع الأطباء والشبه طبيين والعمال الآخرين في الصحة كي يتلقون تكويننا في أنتروبولوجيا وعلم الاجتماع الصحة، وتم لحد الآن عشرات منهم.

وفي سنة 2004، أسست مجموعة البحث في علم الاجتماع وأنتروبولوجيا الصحة (GRAS) ماجستير في علم اجتماع الصحة، لمدة سنة في المحاور الآتية:

1. علم اجتماع العام (مدخل في علم الاجتماع).

2. علم اجتماع المهن.

3. علم اجتماع الصحة.

4. دراسة معمقة لنصوص في علم الاجتماع.

5. دروس المنهجية.

6. دروس في علم الأوبئة.

7. الإعلام الآلي والتقنيات المكتبية.

ساهمت مجموعة البحث في علم الاجتماع وأنتروبولوجيا الصحة (GRAS) في تطوير هذا الفرع المعرفي وإرساء قواعده من خلال:

- من كتب منشورة.

- نشر 11 مقال في مجلات وطنية متخصصة.

- 40 مدخل و دقتر خاص.

- 16 مساهمة دولية في مؤلفات جماعية.

- 19 مقال.

- 53 تدخل.

- 13 تقرير بحث.

- 14 أطروحة و مذكرة ماجستير.
- التأهيل على إدارة البحوث (HDR).
- 3 دفعات في لنيل الشهادة المهنية المتخصصة لما بعد التدرّج (DPGS) .
- 3 دفعات في الماجستير في علم الاجتماع و الصحة.
- لقاء في كل شهر المتابعة لطلبة في أعمالهم المقترحة للعمل.
- ورشة تعلم تقنيات الكتابة في العلوم الاجتماعية التي تم تنظيمها كل سنة.
- رصيد مكتبي يتكون من 1400 كتاب و700 مقال مكتبي على حسب الموضوعات.
- ندوة دولية.
- ملتقى وطني.
- 05 أيام دراسية.
- 04 مائدة مستديرة في مختلف المواضيع.

ورغم كل هذا الجهد يعترف القائمون في مجال العلوم الاجتماعية في مجال الصحة، بأنّ هذه العلوم ما زالت في بدايتها، فالأستاذة أوفريحة فاطمة الزهراء في علم اقتصاد الصّحة. أنظر: (183: Oufriha ,F.Z.2006) ، والأستاذ مبتول في علم الاجتماع و أنثروبولوجيا الصحة أنظر: (100: Mebtoul M., 2005) .

وعليه يرى هؤلاء الباحثون بأن عليهم طرق مواضيع جديدة كأزمة تمثيل القطاع العام الصحة، صار يهدف القطاع الخاص وكذا أزمة التمويل وتسيير (203-208: Voir Oufriha F.Z, Idem) وفي مجال علم الاجتماع و أنثروبولوجيا الصحة يقترح الأستاذ محمد مبتول ، مواضيع جديدة تمس وضعية العلاج في الجزائر وتطوره. وكذا مختلف التشكيلات الاجتماعية التي تظهر الروابط المتعددة مع السلطات العمومية، حيث نجد نفس الأطباء الذي يعملون في المستشفى، يعملون في هذه المنشآت الخاصة للصحة. أنظر: (103: Mebtoul M, idem) .

المبحث الثاني : المنظومة التربوية من الإنسجام إلى التباين

3.2.1. العالم الاقتصادي والمنظومة التربوية من التناسق إلى التغيير :

فتحت الحركة الاقتصادية في الستينات والسبعينات أفقا لحامل الشهادة الجامعية في سياق عرف نقصا كبيرا لليد العاملة المؤهلة ومعاملين لشهادة البكالوريا الجدد ، كأن لهم كل الإمكانيات لاختيار الشعبة التي يريدون، والمسار الجامعي كان جد محدد ومعروف إلى غاية الحصول على عمل، وعليه فالمهنة كانت مشروطة، موجودة بشهادة محددة، و العلاقة بين المنظومة التربوية والتكوين وحاجات الاقتصاد كانت متناسبة، وساعد هذا المسعى تخطيط اليد العاملة الذي يحتاج إليها المجتمع ، فمرجعية الحرف كانت محددة بشكل كاف والمسيرة الدراسية والجامعية تنتهي (تؤدي) إلى مختلف المناصب العمل الموزعة على أصحابها على الأقل بوضوح.

تطور العالم الاقتصادي وكذا المنظومة التربوية على ما يبدو إلى غاية أواسط الثمانينات في تناسق تام، ولكن الأزمة الاقتصادية التي أعقبت ذلك والنمو الاستثنائي للطلبة قلب المعطيات رأسا عن عقب. ومنذ ذلك الحين حدث تغير (خللا) بين دائرة الإنتاج والمؤسسة التربوية والجامعية، انظر: (Frefera (Y. In Feroukhi, D.2008, sd.7).

3.2.2- إدراك مسؤولي التعليم العالي بين إصلاح البرامج وتغيير تنظيم سوق العمل :

بدأ مسؤولو قطاع التعليم العالي يدركون الخلل (التغيير) المتنامي بين المخطط الجديد لتنظيم الاقتصاد الجزائري وبين نمط العمل للتعليم العالي الذي صار لا يتجاوب مع الظروف الجديدة، ولا يخص هذا القلق قطاع التعليم العالي، الذي صار يتطلب الإصلاح للبرامج المتبعة والاتجاه كان ينمو في هذه فترة إلى اختزال هذا المسعى الذين يواجهون هذه الوضعية.

يبدو أن هذا المسعى يعتبر حدودا، كي يجيب على الأزمة الهيكلية حادة، بشكل واضح بحيث أن الإصلاح الناجح لا يتطلب تغيير (تعديل) مسائل التكوين فقط، (البرامج وأحكام منح الشهادات،... إلخ) وإنما يجب أن يمس تنظيم سوق العمل.

وعليه، فإن لم يهتم بطرفي المعادلة، سوق العمل والتكوين، في نفس الوقت، فإننا نخاطر بأن نحصل على أثر محدود على سلوك الشباب أو المقاولين، أو حتى تتوسع الفارق بين مستوى ونوع التكوين والشغل، والتجارب الماضية، إن على المستوى العالمي أو الوطني، تثبت ذلك بشكل واسع (Frefera (Y.Idem :8).

من ناحية أخرى ، يتطلب مثل هذا المشروع كحد أدنى من البيانات حول أداء نظام التعليم والتدريب ، واستراتيجيات العمل الجديدة ، ومخطط بعض سيناريوهات التنمية الاقتصادية والاجتماعية المتوسطة والطويلة الأجل. المصطلح الذي ، للأسف ، كان يفتر إلى حد كبير في ذلك الوقت من التفكير. (Frefera Y.). (Op cit).

3.2.3- الشغل و التكوين: ظاهرة مخططة وعلاقة تناسبية (المحلية والدولية):

في مجال التكوين والشغل، فالدولة كانت المبادرة (المتعهد) الوحيد لإصلاح التعليم العالي سنة 1971 جعل من الجامعة أداة مفضلة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وعليه انخرطت الجامعة في العملية العامة لتخطيط الموارد البشرية، ففي مجال تخطيط التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فإن نموذج مقارنة الاحتياج لليد العاملة الذي يهدف إلى البحث عن التوازن والتجارب متوسط وبعيد المدى بين حاجات جهاز الإنتاج للتأهيل على حسب المستوى والقطاع، من جهة وحجم وهيئات تخرج جهاز التكوين (فإن خريطة الجامعة لسنة 1984 وقانون التخطيط التدفق الطلابي الصادر في نفس السنة، تركزت الجامعة مقارنة تناسبية وآلية للعلاقات بين الإنتاج والشغل، وبين هذا الأخير والتكوين. يعتبر الإدماج المهني في هذا النموذج كظاهرة مخططة، والمنظومة التربوية، والتكوين يجب بدقة (كما و كيفا) عن حاجات الاقتصاد. وقانون سنة 1984 الخاص لتخطيط التدفقات هو أداة هذا التنظيم

Feroukhi:D.Idem,10, Cf. Mebtoul m., 2005 :84-85,87,93,95,156 ;cf Guerrid D., , 2007 :268-278; Arthur D, Francis M, 1972 :231; Derras D.,2007 :5-6 ; Benyahia M., 1971,In Arthur et al, idem :230-231; Adel F,2001 :5-6

3.2.4- الأزمة الاقتصادية في الثمانينات واختلال سوق العمل :

الأزمة الاقتصادية في الثمانينات ستقطع الصلة جذريا مع هذا النموذج التنموي والمسعى الجديد يشجع مبادرة الخواص (وكذا الإنتاج على السوق الدولية، واستقلالية المؤسسات العمومية، وأوكل للدولة مهنة التنظيم (Feroukhi D., Op cit).

3.2.5- الشغل من النظام الدائم إلى النظام المؤقت:

كانت علاقات العمل في الثمانينات مسيرة بالقانون العام للعمال (SGI) وكان الهدف الأساسي وهو تجانس الأجور على المستوى الوطني، أدت الأزمة الاقتصادية الهيكلية والبحث عن نموذج جديد لتنظيم الاقتصاد إلى التمهيد لقانون يرتكز على المرونة.التحديد الرئيسي لهذا القانون يخص تحديد الأجور عن طريق الاتفاقيات الجماعية، التي يتم مناقشتها على مستوى كل فرع، قطاع أو مؤسسة، وكذا إمكانية التسريح لأسباب اقتصادية. و امتد حق الإضراب إلى العمال بالمؤسسات العمومية، باستثناء الأجر الوطني القاعدي

الأدنى (SMIG)، فهو محدد بنص قانوني ، بحيث أن قيمته هي محددة عن طريق تفاوض بين الشركاء الاجتماعيين (Feroukhi d , Opcit).

بينما كانت فترة الثمانينات تتسم بإنشاء مناصب شغل دائمة في القطاع العام، فإن القانون التنظيمي الجديد وتدهور الوضعية الاقتصادية، عرفا تعميم تقدم مفهوم "عقود ذات المدة المحدودة" (CDD) في بعض القطاعات (11 : Feroukhi D.Idem).

طرحت هذه المرحلة الانتقالية المتسمة بأزمة الشغل و الإنقطاع كلي مع النموذج التنموي اللذين دشنا في التسعينات والضغط الاجتماعي الذي أخذ يطغى، شيئا فشيئا، على التعليم العالي، واختلال سوق العمل، طرحت مسألة دور الجامعة و علاقاتها مع المجتمع بالاقتصاد بصفة جد خاصة (Feroukhi D.Idem : 11).

3.2.6- الوضعية الراهنة للعلاقة بين التكوين و الشغل :

إنّ مشكل العلاقة بين الشغل التكوين هو مشكل مجتمع ما بعد تايلور و فورد. من قبل، إن الأنظمة كانت تكتفي بتكثيف التكوين مع الشغل أكثر من صلب، فالمنظومة التربوية كانت تتسم بلامركزية التكوين و الشغل (14 : Feroukhi D.Idem).

أما في المجتمع الاقتصادي المعاصر، فإن تطور التقنية والمنتجات عجل من تقادم الخبرات التقليدية والتي كانت فيما مضى ثابتة وسهلة التحديد ، وأنشأت حاجات للتأهيل، وهي متعددة وسريعة التطور، وهكذا فإن شكل العلاقة بين التكوين والشغل، طرح في بادئ ذي بدئ في سياق فقدان (قلة اليد العاملة الكفأة)، واقتضى الأمر لزيادة مستوى التأهيل من أجل لإنتاج أكثر وأحسن بينما كان خطر الإدماج الاجتماعي الصعب و البطالة ضعيفا نسبيا. (Feroukhi D., op cit).

في سياق الستينات، الذي اتسم بالنمو الاقتصادي الخاص على المستوى العالمي، فإن إعادة بناء أوروبا، و فقدان (قلة) اليد العاملة المؤهلة للتكفل بال نماذج التنمية المجربة في البلدان المستقلة حديثا، لا تعتبر غريبة عن تطور نموذج شديد الشبه - وجهة نظر تناسبه - مؤسس على تصوّر حد حتمي للعلاقة بين التكوين والشغل، و الذي من خلاله، تجعل ترقبات جدّ مختلفة للعرض و الطلب عن طريق المهنة، من التربية مجرد متغير تسوية..

بالفعل، تسمح المقاربة بالعرض (تخصص، مستوى، شعبة)، التي هيمنت على مقاربة إشكالية التكوين - الشغل بإنتاج خبرات و سلوكات ، و لكنها لا تدخل المقاربة بالطلب التي صارت لا يمكن الاستغناء عنها لعدة أسباب.

1. تمتلك المؤسسات مجالا واسعا لاختيار هيئات التشغيل التي لم تعد مرتبطة بالشروط التقنية التي نتخيلها أحيانا.
2. يسمح تعقيد سوق العمل والمنافسة بين الطالبين للشغل (في حالة البطالة الحادة) للمؤسسات والمقاولين يقوم بتحركات تربط النماذج الساذجة (البسيطة).
3. طوّر كلّ من نمو التكوين الدائم على امتداد العمر، بسبب التّقدم السريع للعالم والتكنولوجيا، التي يعيد النظر في تنظيم العمل والتأهيلات، الحراك المهني، وهذا بجانب النموذج الحتمي. إذا كانت العلاقة بين التكوين والشغل، بصفة تناسبية، ميكانيكية، حساسية وتعددية، و إنّ هذا يقتضي ضمنا فرضية المنظومة التربوية والتكوينية المنتظمة بنظام تشغيل، و لكنّ فرضت التجربة، أكثر فأكثر، الأخذ بعين الاعتبار التفاعلات بين مختلف أشكال التكوين والهيئات، التأهيلات وأشكال الحراك المهني (Feroukhi D. Idem : 14-15).

المهنة الثالث : التكوين الطبي الموسوم بالمعيار الطبي والنطق المهني

يتلقى الطالب تكوينا في مدة طويلة تمتد في فترة سبع سنوات، يسمح هذا التكوين للطبيب ببناء صورة مثالية عن مستقبله الاجتماعي، المهني موسومة بالمعيار الطبي والمنطق المهني على حسب تعبير مبتول م، الذي يختصر مهنة الطب في بعدها البيولوجي، والمرض في بعده العضوي، والممارسة في توفير الوسائل التقنية، والمريض في فئة متفهمة، ذات ظروف اجتماعية ، ثقافية معتبرة.

بين أعمال Good (1998) أن انشغال طلبة الطب لا تنحصر في تحصيل معرفة خالصة، ولكنّها تستوعب كذلك العالم الخاصّ بالطبّ، فالطّالِب لا يقف (لا يقتصر) فقط على تعلّم لغة الطب، ولكنّه يكوّن عالمه الخاص. (Mabtoul M.,2005 :33,194 CF Mebtoul M.,2007 :51).

يتمحور تكوين الأطباء حول المعيار الطبي ، التي كل ما يلزم لممارسة مهنة الطب، والتي تهدف إلى إعادة جسم الإنسان لحالة التوازن بعد حالة الانحراف (Déviance) على حسب تعبير بارسوسز (Parsons) (1939).

يقتضي المعيار الطبي توفير الوسائل التقنية والعلاجية لفحص نوع المرض وتقويم نوع الانحراف، وذلك بغية تجديد ما يمكن فعله من أجل استعادة المريض حالة التوازن.

"فالأطباء هم سجناء بشدة للتصميم العلاجي، الذي يسمح لهم خاصة تحديد الفروقات أو الإنحرافات فيما يخص النظافة الصحية في سلوك عاطفي تجاه أمراضهم، مع اقضاء كل اعتبار تمكن أن تشوش العالم الخاص للطبيب. أنظر: (Mabtoul M.2005 :135).

يحترف الأطباء الممارسة الطبية لمجموعة من المبادئ العلمية، لها صبغة العموم وغير منحازة اجتماعيا، تقتضي منهم فرضها على المرضى من منطق أبوي واعتيادي، وعليه يعتبرونه المعرفة الطبية وتطبيقها غير قابلين للمراجعة (إعادة النظر)، والممارسة الطبية لا تقدم أوليا كتفاعل بين الطبيب والمريض، وعليه فهو ممثل الالتقاء بين ذاتيين، ولكنه (أي المريض) مخالف للحقيقة، و لا يمكن مناقشتها، فهي إذا من اختصاص الطاقم الطبي (Mebtoul, idem :73-74).

تقتضي هذه الصورة عن الطب على مستوى التطبيق ثلاثة شروط أساسية:

1. الوسائل التقنية التي يمكن الاستغناء عنها لانجاز فحص جيد وتشخيص صائب.
2. عدد قليل من المرضى، وهذا حتى يتمكن الطبيب من القيام بخدمات طبية نوعية، وعليه فكلما كان العدد قليل، كلما كانت الوضعية. تحكم فيها، وكذا العلاقة بين الطبيب المريض. هنا تأخذ مسائلة الطبيب للمريض حقها و الانصات إليه بشكل كاف.

3. المستوى الاجتماعي – الثقافي يسمح بسهولة التواصل بين الطبيب والمريض، لأنه يمكن لهذا الأخير أن يستعمل لغة الطبيب التي تقتضي استعمال المصطلحات الطبية، وكذا احترام الوصفة الطبية كما يجيدها الطبيب، فالطبيب يجد نفسه في هذه الحالة في نفس الجو الذي كان ينتظره من مهنة الطب في الممارسة ويعكس هذا النموذج المرض المناسب على تعبير Herzlitch. أنظر: (1984) (155-63: Mebtoul M.,2005) في الدروس الطبية، والتي تكون غالبا بصيغة مفردة، وسهلة التعيين (التحديد)، ومنعزلة بأسباب بسيطة، ولا يتطلب إذا جهدا كبيرا لتحديدها (تعينها) مكافئها لدى المريض.

هذه الصورة المفردة والمثالية للمرض لا تأخذ بعين الاعتبار الواقع الاجتماعي، الصحي المعقد، والذي لا يتوقف (يتحدد) عند حدود هذه الصورة المتحصل عليها، والمعتمدة في التعليم للطلبة أثناء التكوين النظري.

وتختزل هذه الصورة المشكلة لدى الطبيب الشاب، المريض بصيغة الجمع في شكل مريض جيد(صالح) (ممثل) و مثالي على حسب تعبير محمد مبتول، وهو الذي يمثل للقاعدة الطبية والاجتماعية للأطباء، سيتم تقييمه و يضطر إلى تعديل السلوكات المفروضة من قبل الطبيب بصفة أحادية.

وبالنسبة للعلاج، وامتثال المرضى يقتضي ترجمة وتنفيذ بدون تأويل للخطاب الطبي وأخيرا، فإن هذا المريض الافتراضي هو إذا من يفهم اللغة الاطباء و يهضم الثقافة الطبية و يتكيف بسهولة مع مختلف وصفاتهم (Voir Mabtoul M.2005, 51, 74 et 196).

يمثل المستشفى (CHU) بالنسبة للطبيب الشاب في طور التكوين الفضاء الثاني للتعليم والتطبيع الاجتماعي. يسمح له بتعميق معارفه النظرية المكتسبة خلال تكوينه في كلية الطب، يسمح فضاء المستشفى للطالب كذلك بالتكوين المتواصل، حيث أن الطالب المتربص يوجد أمام حالات جديدة، وهو محاط بطاقم متخصص، الذي يمكن أن يسأله عند الضرورة إذا عجز عن فهم شيئا ما. هذه الصورة المثالية نسبيا، التي يعيشها في المستشفى تؤثر على شخصية هذا الطالب خلال كل مساره المهني.

فالطبيب الشاب ينتظر بعد مسار تكويني طويل مدته سبع سنوات وضعية اجتماعية مهنية معبرة، والتي تقتضي أجر و الوضعية اجتماعية معتبرين. أنظر: (87: Mabtoul , idem). والتي كانت حصيلة 07 سنوات من التكوين المثابر، اتسمت بالجهد والتضحية، ومن جهة أخرى الهيئة التي تترجم كتقدير اجتماعي لمهنة الطب النبيلة، والتي هي في خدمة صحة السكان والإنسانية بدون استثناء.

خاتمة :

سمح لنا الفصل الثالث أن نتبع مسار العلوم الاجتماعية في مجال الصحة من خلال ثلاثة فروع : علم قانون الصحة، والذي يحوي في طياته قانون الطب، علم اقتصاد الصحة، وأخيرا علم اجتماع وأنتروبولوجيا الصحة.

ركزت أكثر على التجارب الرائدة، لكل فرع في الجزائر، واستخلصنا بأن هذه الفروع حديثة في القارة الأفريقية بما في ذلك الجزائر، كأن هذا الفصل بمثابة قاعدة نظرية لهذه الدراسة.

وبينما كذلك من خلال هذا الفصل في البحث الثاني منه أن المنظومة التربوية تطورت من العلاقة التناسبية مع الحاجات الاقتصادية، وعليه فالإدماج كان يعتبر في هذا المجال ظاهرة مخططة، فالأزمة الاقتصادية في الثمانينات، ونمو عدد الطلاب هما العاملان اللذان غيرت المعطيات، ومنذ ذلك الحين، بدأنا نشاهد تغير الخلل بين دائرة الإنتاج والمؤسسة الدراسية والجامعية، وخلصنا إلى أن الدولة عمدت لحل هذه الوضعية المعقدة إلى إجراء ترقيعي عن طريق برامج الأشغال المؤقتة.

وفي الأخير يبين هذا المبحث الثالث بأن تكوين الأطباء كان محكوم بالقاعدة (المعيار) الطبية والمنطق المهني، فخلصنا في نهاية المطاق إلى أن هذا التكوين بقي متباينا (بعيدا) عن الوضعية الاجتماعية، الصحية التي يعيشها الأطباء في المواقع.

لقد عايش الأطباء مرحلة الإدماج المهني، كيف تطور هذا المفهوم؟ ما هي إسهام الدراسات والتحقيقات في إثراء هذا المسار؟ كيف كان تكوين هؤلاء الأطباء؟ كيف عايشوا مهمتهم في الطب في الواقع المعيشي؟ هذا ما سنراه في الفصل الرابع.

الفصل الرابع :
الإدماج المهني للأطباء بين مهنة الطب
التي تمّ تشكيلها فوريا من قبل للدولة والواقع
الاجتماعي - الصّحي المعيش

مقدمة :

يمرّ الأطباء، كغيرهم من الفئات الاجتماعية المهنية، خلال تطبيعهم الاجتماعي، بعدة دوائر، ابتداء من العائلة، التربية و التكوين و الشغل، يتوسط التربية و التكوين فضاء العائلة، الذي تتم فيه أولى بصمات التطبيع الاجتماعي على الكائن البشري لتحويله إلى شخص. أنظر: (MA. Lahbabi, «de L'être à la personne, 1954). تعتبر مرحلة التربية و التكوين ، مرحلة وسيطة بين العائلة و عالم الشغل، فهي تترك أثرا بالغا على شخصية الفرد، ففيها يتم اعادة صياغة ما تلقاه الفرد في العائلة و هو طفل، و فيها يكون نفسه للدخول في عالم الشغل. و لبيان هذا التأثير خصصنا هذا الفصل لمتابعة الفرد خلال معاشته لهذه المرحلة ، قسمنا هذا الفصل إلى ثلاث مباحث:

- **المبحث الأول:** تناولنا فيه تطور مفهوم "الإدماج الاجتماعي"، والذي بدأ كتنقيح للمردودية الخارجية لشعب التكوين، ليكون بعدها "مشكلا اجتماعيا" ، وبعده ذلك يأخذ معنى "عملية" . و عرف خلالها فترة انتقال مهني مع روز (ROSE) و في الأخير أخذ معنى "عملية متكررة" processus itératif مع فارنيير (Vernières) ، بين مختلف الحالات و الخطأ للاقتراب من المشروع الذي يمثل طموح الفرد.

- **المبحث الثاني:** تناولت فيه مساهمة الدراسات و التحقيقات ، حيث بيّنت فيه بأن محدودية تحقيقات الإدماج ، قادت الباحثين إلى دمجها مع تحقيقات المسار (Enquêtes de cheminement)، التي تعنى بالحالات التي تجاوزت مدة خمس سنوات ، و بيّنت بعدها بأن الإدماج يعتبر نهائيا حين يعتبر الفرد بأن عمله مستقر ، و يتوقف عن البحث عن الشغل. و بيّنت في الأخير كيفية صياغة الاستبيان وما هي المتغيرات التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في هذا المجال.

- **المبحث الثالث :** و تناولت فيه التكوين "الطبي"، حيث بيّنت بأن مهنة الطب هي من وضع الدولة كباقي المؤسسات ، بطريقة فوقية و طوعية لخدمة المجتمع. كيف كانت الوضعية على مستوى التطبيق؟ و هذا ما سنراه في المبحث الرابع.

- **المبحث الرابع :** تناولت في وضعية مهنة الطب في الواقع، حيث بيّنت بأن مهنة الطب عرفت تمييع و تدهور النموذج الذي تلقاه الطلبة خلال المسار الدراسي، و الذي كانت تنتظره الدولة و يحلم به المواطن. فهذه الحالة تمثل خيبة أمل لأغلبية الأطباء و المواطن.

المبحث الأول : تطور مفهوم الإدماج الاجتماعي

كان الهدف من الأعمال الأوربية، و بالخصوص الفرنسية منها، هو تقييم لشعب الدراسية الحديثة للإجابة عن انشغالات السوق وتقديم (إعطاء المعلومات) إلى السلطات المعنية بالتربية وإلى العائلات، وكذا جعل المنظومة التربوية واضحة (Feroukhi D, 2006 :20).

4.1.1. الإدماج الاجتماعي وسيلة (لتقييم المردودية الخارجية لشعب التكوين) :

تطور مفهوم "الإدماج" insertion خلال السبعينات من القرن العشرين، خاصة في فرنسا، وذلك تحت تأثير الأحداث الآتية:

1. تكثيف الدراسات الجامعية ونتائجها، دخول فئات اجتماعية جديدة كانت محرومة من الشهادات الممنوحة على مستوى تنظيم المنظومة. وآليات الانتقاء لم تكن معروفة جيدا لتسهيل القرار لدى الطلبة والآباء بالنسبة للمواد التي يريدون دراستها وكذا الشعب والتخصصات التي تمكنهم من الولوج إلى هذه المهنة أو تلك، نشهد هنا وعيا (إدراكا) من قبل المجتمع لضرورة وضع مؤشرات تجعل عمل المنظومة التربوية والتكوين أكثر وضوحا.

2 التطورات السريعة للعلم والتكنولوجيا خلال العقد الثاني من القرن العشرين، أحدثت اضطرابات عميقة في سوق العمل، حيث أن المتأهلات الجديد المرتبطة بالتحويلات التكنولوجية استدعت (تطلبت) من المنظومة التربوية والتكوين تطوير فعالية وملائمة التعليم المقدم.

دفع هذان الحادثان مسؤولي جهاز التربية والتكوين لتنويع الشعب والتخصصات وذلك لمواجهة طلب "الحاجات" الاقتصادية والاجتماعية. فإن الطريقة التي تجعل هذا التكوين الجديد يؤدي إلى الإدماج أولا صار هاجسا لدى المسؤولين عن المنظومة التربوية فبادروا بالتحقيقات الأولى، وخاصة على مستوى التعليم التقني والمهني، الذي عرف ابتداء من هذا الوقت، تقدما غير مسبق (Feroukhi D. :20-21 Idem).

4.1.2. الإدماج كمشكل اجتماعي :

شهدت جميع البلدان تدهورا عميقا على المستوى العام للشغل، و خاصة لدى الشباب. كان هذا في نهاية السبعينيات ، نتيجة أزمتين متتابعتين للبتترول ، مما أدى إلى أزمة اقتصادية هيكلية عالمية، وجدت الدفعات المتتالية للشباب المتخرجين صعوبات لإيجاد شغل (أولي). و فترة الإدماج الشبه فورية في مدة النمو، أخذت في الامتداد (ظهور مفهوم البطالة طويلة المدى) .

بدأت العائلات تتشغل بمستقبل أولادها الذين تلقوا تكويننا عالي (تمديد التمدرس) عاشوا ظروفًا صعبة لاجتياز شغل. أما السلطات فاحتفظت بالتدخل آنذاك في سوق العمل بسبب النمو الاقتصادي القوي، وتحدد دورها (السلطات) في تحضير العرض التربوي والتكويني، وذلك بتوسيع قدرات الاستقبال وتطوير الشعب الجديدة، الأكثر تكيفًا مع طلبات الاقتصاد، أوجب التصاعد القوي للبطالة لدى الشباب ودوامه. أما السلطات فاحتفظت من جهتها بالتدخل في سوق العمل وهذا من أجل تنظيم سير عملها، وعليه حددت قوانين تم وضعها، من أجل تفهم هذه الظاهرة والتحكم فيها وكذا تبني الحلول الأساسية الظرفية لمساعدة الفئات السكانية الأكثر عرضة (هشاشة).

أما الصعوبات الجديدة لدى الشباب وتداعياتها على الاندماج الاجتماعي، ستوسع من الإشكالية الأساسية للإدماج المهني لمسألة اندماجهم الاجتماعي.

وكذا فإن الصعوبات المتنامية والمعقدة لظروف الإدماج المهني لدى الشباب ستجعل من هذا الموضوع "الإدماج" انشغالا اجتماعيا، وسياسيا رئيسيا، خلال فترة الثمانينيات والتسعينيات (Feroukhi D. Idem : 21-22).

4.1.3. تطور محتوى مفهوم "الإدماج الاجتماعي":

ترجمت أزمة السبعينيات و التقدم العلمي التكنولوجي السريعة نسبيا سببا في ذلك الوقت وأثرها على إعادة تنظيم العمل و الربح الكبير للإنتاجية التي يتم إدماجها في عملية الإنتاج إلى تصاعد البطالة، وخاصة لدى الشباب. يجب الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات المتنامية لاجتياز الشغل. والتي تترجم إلى فترات بحث طويلة أكثر فأكثر.

ظهرت كذلك فترة طويلة شيئا ما ، متصفاً بمراحل بسيطة متلاحقة ، (بطالة، شغل هش، أو مؤقت، مواصلة الدراسة، شغل عن طريق عقود محدودة المدة (CDD) ، استخلاف)، بينت الدراسات المختلفة بأن عملية الإدماج المهني تنمو في فترة الركود الاقتصادي، يتحكم فيها مع الوقت، ويكون متصفا بالتأرجح، ذهابا وإيابا بين الشغل والبطالة والتكوين. فمسألة الإدماج المهني، في عالم يتصف، أكثر فأكثر، بمستوى عال من البطالة، يلفت انتباه السلطات العمومية، العائلات، الشباب والباحثين في آن واحد.

عقد انتباه خاص، أكثر فأكثر، لدراسة المرور إلى الحياة العملية لدى الشباب، خريجي النظام الدراسي لشهادات التكوين الأساسية أو غيرها. فالتحقيقات الأولى التي أجريت بعد 09 أشهر إلى سنة من نهاية الدراسة (تحقيقات الإدماج) أظهرت محدوديتها. فحسب (Tanguy (1988) فإن هذا التصور الأنّي يبدو تبسيطيا simpliste وقديما (إذ أنه لم يأخذ بعين الاعتبار لا التعقيد ولا حركية الظاهرة) نخلص بعد هذا إلى تعريف الإدماج المهني بصفته (عملية).

وعلى حسب تيار فكري آخر، فإنّ تحديد مفهوم "الإدماج" إلى مفهوم "العملية" لا يأخذ بعين الاعتبار إلا فئة واحدة، بما أنّه يوجد فئة من الانتاج (خريجو النظام التربوي عديمو الخبرة المهنية) ، باحثة عن الشغل. "الإدماج المهني" الذي جاء به (Rose 1984) يدعو إلى موضوع بحث جديد (تنظيم فترة الانتقال المهني). هذا معناه الأشكال الاجتماعية للدخول في الشغل.

تهتم الأعمال المتصلة بهذا الموضوع بالطابع الاجتماعي المنظم للإدماج المهني، و تتناول بالبحث أشكال التكلّف والتنظيم الاجتماعي لإيجاد الشغل . لا يهتم الإدماج في هذا النوع من المسعى الشباب فقط ، وإنّما كل فئات العمر من السكان، من أجل أن يؤدّي الدخول في الشغل إلى التدخل الاجتماعي.

أما الإدماج المهني للطالبين للشغل لأوّل مرّة تبدو من هذا المنظار كحالة خاصة لظاهرة عامة للانتقال، لأنّها لا تدرس إلا فئة من السكان المعنيين (Tranguy L. In Feroukhi D. idem: 23-24).

4.1.4. الإدماج المهني من حيث هو "عملية":

تعنى الدراسات التي تعالج "الإدماج المهني موضوع التحول (الانتقال) إلى الحياة المهنية للشباب خريجي النظام الدراسي والحاملين لشهادة للتكوين الأساسي أولا و الذين هو بدون خبرة مهنية سابقة.

ومن ثم كان اهتمام هذه الدراسات منكب، في بداية الأمر، على تقييم نجاعة الشعب في سوق العمل، حسب طلبات السلطات العمومية، وهذا بعد تسعة أشهر إلى سنة من التخرج.

ولذا، فإنّ التحقيقات المرجعية لهذه الدراسات يجب أن تقدم معلومات سريعة عن الوضعية المشغولة لهذه الفئات (نسبة البطالة، نسبة العمالة، الفئات التي تتابع الدراسة... إلخ). إحتلت هذه المقاربة مكان الصدارة من بين الأعمال التي أجريت حول هذا الموضوع، لأنّها كانت في سياق النمو النسبي في بداية السبعينيات، حيث أنّ الإدماج كان يشكّل ظاهرة أنية نسبيا (في الواقع).

وبعد تعقّد الأزمة في (الثمانينيات)، بدأت دراسة المسار (Etude de Cheminement) تجرى على فئة الطلبة بعد عامين إلى خمس سنوات من إنتهاء الدراسة (التخرج)، لتسلّط الضوء على محدودية تحقيقات (الإدماج) (Enquête d'insertion).

الخواتم التي دقّت ناقوس الخطر، المستنتجة من التحقيقات، كانت تعتبر نسبة قايلا من قبل الدراسات المسارية . العدد الكبير للبطالين الذي تمّ تسجيله على مستوى المدى القصير (في الدراسات الادماجية) سيختفي بالتدريج لاحقا (في الدراسات المسارية). و أمّا تدرج شعب الدراسة التي تمّ وضعها على أساس نسب البطالة الملاحظة بعد بعض الأشهر فقط من التخرّج من خلال ملاحظة هذه الظاهرة في مدّة طويلة، فأعيد فيها النظر. أنظر: (M. Belge N., 1993 in Feroukhi D, :2005 : 24).

فالمسارات ليست خطية أو منتظمة، وعليه فالتصور الأنوي (Instantanéiste) يبدو تبسيطيا واختزاليا لواقع جدّ معقدّ ومتنوع لهؤلاء الشباب خلال فترة الأزمة الاقتصادية. شهد الإدماج المهني تمديدا متقدما، والذي كان نتيجة تكيف هؤلاء الشباب خلال فترة أزمة اقتصادية للحصول على وظيفة (الشغل) يتناسب مع طموحاتهم. وأمام هذه الوضعية بدأ هؤلاء الشباب ينتهجون استراتيجيات مختلفة للبحث عن العمل ، تسمح لهم لاحقا بالاقتراب من مشاريعهم المهنية إلى أقصى حد. وهنا نجد المساعي متنوعة. وعليه فإن عملية الإدماج المهني تعرف (تحدد) اذن (Lemieux L., 1993 in Feroukhi D., 2005 : 24-25) كعملية متراوحة (Iteratif) بين حالات مختلفة تمثل المحاولة والخطأ التي تسمح للحصول على الوضعية المثلى التي تقترب من المشروع الأساسي لطموح الفرد . و بعد هذا ، فعملية الإدماج تدرّجت، شيئا فشيئا، لتعرف على أنها عملية (processus) (Vernières M. coord, 1997, In Feroukhi D. Idem : 25)

4.1.5. بداية ونهاية فترة الإدماج :

بما أن مفهوم الإدماج المهني يرجع إلى فترة من الزمن، وإلى عملية، فإن مسألة بداية ونهاية الإدماج تطرح نفسها بقوة، فمتى تبدأ و متى تنتهي؟

يذكر كل من Hermen و Bestion (1989)، عدة أسئلة تطرح في ما يخص حدود فترة الإدماج ، هل تبدأ من البحث عن الشغل الأول؟ و هل تنتهي بالحصول على الشغل الأول (الوظيفة الأولى؟ أو مع الشغل الذي يمثل طموحات الفرد) (Feroukhi D., Idem : 29, CF Malan, A., In Bouchayer) (F.(CDS) 1994 : 363).

اتفق المختصون في هذه المسألة على أن يرجعوا (يربطوا) بداية النجاح بالفترة التي تعقب الخروج من النظام الدراسي، والتي تتوافق مع بداية البحث للتفاوض والحصول على شغل، على أساس المعارف المتحصل عليها والمكّلة بشهادة، أم لا، من قبل هذا النظام.

وفي الوقت نفسه (وبالموازاة) يوجد عدد من الاعتراضات على هذا تحديد بدايه "الإدماج" منها : مسألة البحث عن شغل خلال فترة الدراسة والتكوين الأساسي؛ مواصلة الدراسة فيما بعد التدرج والبحث عن العمل في آن واحد، خاصة بالنسبة للطلبة ما بعد التدرج والذين يشغلون منصب من قبل، وهم يحضرون لنيل شهادة ما. هذه الظاهرة هي في الطريق إلى التعميم، أكثر وأكثر، في البلدان الصناعية .

وعليه، ففي أي وقت ينتهي البحث عن العمل؟ فالمسألة لم يحسم فيها النقاش، إلى الآن، بشكل نهائي.

بالنسبة للباحثين في جامعة تولوز (CEJEE)، فشغل الإدماج النهائي، هو الذي يسمح للفرد أن توقفت في البحث عن الشغل الاحتياطي. على حسب Tanguy L ، فإن نهاية الفترة تعتمد على ثلاث شروط وهي :

- عدم امتلاك معلومات تسمح للفرد أن يفكر في شغل جديد في المستقبل القريب نوعا ما؛
-كون العمل المشغول حاليا يمثل في الوقت الراهن شغلا احتياطيا
(Emploi de réserve) الذي لا يتمنى أن يتخلى عنه بمحض إراداته؛

- التوقف عن تخصيص وقت للبحث عن شغل، أو مواصلة الدراسة التي تسمح له بتغيير هذا الشغل؛
ولكن إذا ما اعتمدنا على هذا التعريف لتحديد نهاية فترة البحث عن الشغل (في حالة الإدماج النهائي) فهناك مشكل معرفة متى تبدأ التحقيقات؟ يمكن أن تكون العملية طويلة نوعا ما ، لأنها ترتبط في نهاية الأمر بالإستراتيجيات الفردية من جهة وبالوضعية الاقتصادية من جهة أخرى.

فالامتداد المتزايد لفترة الإدماج وهشاشة الوظائف المتتالية (المتلاحقة) التي تؤدي حتما إلى منصب دائم دافعت عن تعريف مرن ومتكيف مع الوضعية الجديدة : (تنتهي فترة الإدماج عندما يصل الفرد إلى وضعية مستقرة في نظام الشغل). (Vernieres M. coord., 1997, In Feroukhi D. Idem : 30)

وعلى هذا الأساس، فإنّ الحدث النهائي لا ينتج في نفس الوقت بالنسبة لجميع الأفراد لمجموعة الأقران (الدفعة) الواحدة. كما أنه لا يمكن أن يكون أصلا بالنسبة للبعض منهم. فمسألة تحديد وقت انطلاق التحقيق تكون معقّدة، إذا ما أقحمت الظواهر الآتية في المسعى:

- إنهاء الخدمة الوطنية بالنسبة الذكور (فيما يخص حالة الجزائر) حيث أن الفترة المخصصة لذلك تعتبر مفتاح لتحديد مدة الملاحظة في سوق العمل.

- مواصلة الدراسة فيما بعد التدرج بالنسبة لبعض الشعب، كالعلوم الدقيقة والبيولوجيا، والاقتصادية
أنظر: (Feroukhi D., 1991, in Feroukhi D., 2006, Opcit Cf. Milan, A, in Bouchayer F.)
((cde) 1994,363

-4.1.6 . المنظومة التربوية و التكوين من أجل فهم جيد لعملية الإدماج :

زيادة عن المتغيرات المذكورة أعلاه، فإن هناك فرضيتان مستترتان (ضمنيتان)، تطرحهما الدراسات في هذا المجال.

- تعطى لطبيعة ومدة التكوين الفروقات الملاحظة في الحصول على عمل .

- عدد التلاميذ والطلاب يتوزع بطريقة عشوائية في هرم مؤسسة التكوين والتربية وبين الشعب المختلفة. وبدون أن نتجاهل هاذين المتغيرين فإنه يليق بنا أن نذكر تأثير متغيرات أخرى، ترتبط أولاً بالمتغيرات السابقة، و التي تتدخل في عملية الإدماج.

تجد التأثيرات السببية في الواقع مصدرها في العلاقات العامة، أكثر مما تجده في النظام الاجتماعي قبل تحليل أنواع الدخول في الحياة العملية. من اللائق إذن أن نصف، في بادئ الأمر، الآليات التي تحدّد الدخول في المستويات المختلفة في التكوين والتربية، وكذا نظام تنظيم التوجيه نحو مجالات الدراسة، ومن ثم في داخل هذه الأخيرة الشروط وحيثيات التمدرس التي تحدد لتعيين الأفراد في سلم المستويات الجامعية.

تساعد، غالباً، كل من تحليل عمل النظام التربوي، دراسة تناسبه، وكذا الارتباطات بين مختلف المستويات على الفهم الجيد للاستراتيجيات المسار في الحياة العملية للسكان، والذي يظن أنها متجانسة. أنظر: (Feroukhi D., Idem : 03).

4.1.7. العلاقة الذاتية بالشغل لإعادة صياغة الظروف الموضوعية:

رغم كلّ العوامل التي ذكرناها سابقاً، فإنّ الفرد يعتبر فاعلاً اجتماعياً، وإن كان يتأثر بالمحيط، التي يفرض عليه الكثير من الظروف، التي تحدّد مساره الاجتماعي والمهني، إلا أن هذا التأثير يبقى مهماً كان قوياً، فهو يبني كما يعيد صياغته لخدمة مصالحه وسلوكه بين الموضوعية والذاتية، وهذا ما يجعل الفرد يضيف على علاقته بالشغل صفة الذاتية.

4.1.8 - الرأسمال الثقافي الاجتماعي وتأثيره على الإدماج:

تؤدي العائلة دوراً في القيم والطموحات التي يحملها الشباب و كذا في صياغة أو بلورة مشاريعهم المستقبلية (المهنية وما بعد المهنية). في بادئ ذي بدئ، فإن الميراث ليس واحداً بالنسبة للطبقة والوسط العائلي، وكذا الفروقات الأساسية القاعدية (العميقة) (المتجذرة)، النابعة من المستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي للوسط العائلي، الموجّه (Bourdieu P.1980, in Malan A.) (Bouchayer F et col.(eds),1994 :365).

مهما كان المستوى و وضعية الآباء الثقافية و الاجتماعية، وليكن رئيساً، (صاحب مؤسسة) اطارا أو عاملاً، فهناك عائلات قادرة على نقل (توريث) بعض الكفاءات: سمعة الاسم؛ الثقة في خصائص الشجرة؛ الطريقة في تثبيت الماضي والتحضير الجيد للمستقبل، اليقين في بعض القيم، انجاز العمل الجيد، الثقافة أو

النضال. كل هذه العناصر تكوّن رأسمالا عائليا، و الذي يؤدّي دورا مهمّا في اندماج الأفراد، ليس في مجال المأنسة (Sociabilité) فقط.

خلافًا لرأسمال الاقتصادي الذي يمكن حسابه بسهولة أو الرأسمال الثقافي الذي يمكن تقييمه من خلال الشهادات، فإن الرأسمال العائلي، هو صعب وصعب تحليله لأنه يحتوي على عناصر ذاتية للفاعلين أو الملاحظين. أنظر: (de Gauljac et al, idem : 1994 :86).

ويبقى نظام القيم مع ذلك قاعدة (أصل) التعليم المنجز (المحقق) في فترة الطفولة، التي تعمل على تحضير الشباب للعيش في مجتمع العمل.

فمعرفة قيمة المال، و إدراك صعوبة تحصيله ، و تجميع القوى للحصول عليه، وأن تصير مقتصد يشكلّ تغييرا السلوكات التي تنقل في العائلة والمدرسة، هي التي تضع أسس الهوية الاجتماعية المهنية و تسهّل الاندماج الاجتماعي عن طريق العمل لتجعل خدماته نافعة للعائلة أو المدرسة و تعلم معرفة تحقيق بعض الأشياء. هذا من جهة، و من جهة أخرى، تعلم معرفة كسب موارد تبعا لفائدة هذه النشاطات بالنسبة للمجموعة (De Gauljac et Leonetti, idem : 105).

تطبع التربية أيضا نماجا من النجاحات أو الفشل وإدراكا خاصا للمرتبة الاجتماعية والأدوار والمكانات لكل فرد، لأنّها تموضع الفرد في المجتمع، فالعمل يعاش كعنصر ضروري ومفضّل للإدماج منذ الطفولة (Idem :106)، و عليه، فالهوية الاجتماعية تتكوّن في العلاقة بين العمل والشغل، ولكنّ هذه العلاقة تخضع، من قبل، للعائلة الأصلية وللدراسة، ومن بعد، لمشروع الحياة، بما في ذلك بناء الأسرة Bourdieu P.1980, in Malan A., Bouchayer F et col.(eds),1994 :364.

وقدرة الفاعل على صياغة استراتيجيات، ووضع أهداف ، وتسخير وسائل لبلوغها (أي الأهداف) هي جد محدّدة بالمستوى الثقافي والاجتماعي (Malan A Idem :384).

وعليه فالاندماج السيء يدعو إلى تمثيل سلبي للمستقبل، ولكن هذا الأخير ينتهي بالرجوع إلى الطريقة التي تمّ بها الاندماج في المجتمع. و هذا التمثيل السلبي هو غالبا ما يحبك عن طريق قراءة المستقبل في حاضر الآباء، في الوسط الأصلي (Malan, Op cit).

نخلص، في نهاية هذا الفصل، إلى أنّ الاستراتيجيات المتعلقة بالتكوين المهني والبحث عن الشغل (الوظيفة) التي ينتهجها الشباب هي تابعة لرأس المال الاجتماعي والثقافي الذين ورثهما هؤلاء الشباب، ومشاريعهم الحياتية في المستقبل (Bouchayer F. in Bouchayer F.(eds.),1994 :22).

المبحث الثاني: الدراسات و التحقيقات عن الادماج الاجتماعي

4.2.1 - البحث البيبليوغرافي فيما يخص موضوع سوق العمل في الجزائر:

يوحي البحث البيبليوغرافي فيما يخص موضوع سوق العمل في الجزائر بالغياب الكلي للأعمال النظرية في هذا المجال خلال ربع القرن بعد استقلال الجزائر. يمكن تفسير ذلك سواء من قبل الدولة أو الباحثين بأحد الأمرين : أولها: النظرية المستقبلية التثاقفية تجاه خلق مناصب شغل جديدة، وثانيا: اندماج النظام التربوي في عملية التخطيط الشاملة، والتي تحتوي إدماج مخطّط لخريجي المنظومة التربوية والتكوين. تبيّن التجربة محدودية هذا المسعى.

فالحصول على شهادة لا تمثل الحماية من البطالة. منذ أمد طويل ساد الاعتقاد بأنّ الفئات العاطلة عن العمل تضم فقط الأشخاص المطرودين من النظام الدراسي. و لكنّ الإحصائيات الحديثة تبيّن عكس هذا الاعتقاد، فالبطالة تمسّ فئات من الأشخاص الحاملين لشهادات العليا. تساعد التحقيقات عن الادماج السلطات على تكييف الجهود في ميدان التكوين مع متطلبات السوق، كما تساعد في ذلك على تحديد درجة (مدى) الصعوبات المتعلقة بالشعب والتخصصات، وتقدير المحتوى المناسب في المستقبل لحاجيات المجتمع. من أجل هذه المهمة تمّ في فرنسا تأسيس مركز (CFREQ)، والإكثار من مراصد الدخول إلى الحياة العملية عن طريق جميع المجالات التابعة لهذه الاستراتيجية. لا يمثل هذا المسعى غاية في حد ذاته، بل يعتبر عنصرا من بين عناصر أخرى مسخّرة للتحكم في سير سوق العمل.

ومن أجل تحقيق الدقة في نتائج هذه المؤسسة، تقابل هذه النتائج بالمعطيات التي ينتجها المعهد الوطني للإحصائيات الاقتصادية (INSEF). و تقوم كذلك وزارة التعليم العالي و العلوم بتحقيقات دورية تدعى الإنطلاق (Relance) مع المستوى الاقليمي و هذا بعد عامين من التخرج. وتجري بعض الجامعات والكليات و المصالح هذا النوع من التحقيقات على طلبتها القداماء. أنظر: (Feroukhi D., idem : 25-27-)

4.2.2 - التحقيقات عن الادماج و التحقيقات عن المسار:

كانت هذه التحقيقات تجرى مباشرة من وقت قصير من تخرج الطلبة، ومع مرور الوقت، تبيّن للخبراء عدم جدوى هذه التحقيقات بسبب نقص الوقت، الذي يمكن الطلبة من الاندماج في سوق العمل، وعليه لجؤوا إلى التحقيقات التي تجرى بعد مدة طويلة ، التي تمكنهم من ملاحظة الشباب خريجي الدراسة في سوق العمل.

وتوصلت بعض المؤسسات حديثا إلى الجمع بين الطريقتين : تحقيقات الادماج وتحقيقات المسار على نفس الأفراد أنظر: (Feroukhi D., Idem : 27-28-421) ، التحقيقات عن الاندماج تجرى بعد بعض الأشهر من التخرج من المدرسة أو الجامعة - تتراوح هذه المدة بين 06 إلى 09 أشهر. أما التحقيقات عن

المسار فهي تجري بعد مدة طويلة، تتراوح ما بين عامين إلى خمس سنوات. تتأثر هذه التحقيقات بالمدة الطويلة التي تمرّ على خريجي المدارس والجامعات لتذكّر المعلومات بدقة. أنظر: (Feroukhi D.Idem : 28).

4.2.3. المتغيرات المعتمدة في الدراسات التي تجري عن الإدماج المهني:

1- العوامل الفردية : المعطيات الاجتماعية – الديموغرافية:

نقصد بالعوامل الفردية، كل من السن، الجنس، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي، عدد الأفراد... إلخ)، فهذه العوامل تؤثر سلبا وإيجابا على المسار المهني للأفراد. تعتبر العوامل الفردية أدوات لتحديد التباين بين الأفراد وكذلك مؤشرات تمكن من تعيين أدوات العمل.

2- المتغيرات الدراسية:

يعتبر مستوى التكوين الأساسي و الحصول على شهادة أو لا، الشعبة والتخصص المتبعان من بين أهم المؤشرات التي تؤخذ بعين الاعتبار في الدراسات عن الإدماج الاجتماعي للشباب. وفيما يخص حالة الجزائر، فإن التحقيقات عن اليد العاملة، (MOD) تقدّم لنا صورة (لمحة) عن توزيع البطالين على حسب مستوى التأهيل الدراسي.

جدول يبيّن توزيع البطالين حسب مستوى التأهيل الدراسي

السنة	يقرؤون ويكتبون	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	آخرون
1992	02,50	24,65	31,02	19,11	03,17	19,56
1995	/	25,00	29,90	32,00	04,40	07,90

المصدر: 32 : Feroukhi D., idem : 32 Enquete MOD 1992 et consommation 1995

أما التحقيقات عن المسار فهي تجري بعد مدة طويلة، تتراوح ما بين عامين إلى خمس سنوات. تتأثر هذه التحقيقات بالمدة الطويلة التي تمرّ على خريجي المدارس والجامعات كي يتذكروا المعلومات بدقة. أنظر: (D.idem : 28 Feroukhi).

4.2.3.3. متغيرات مؤسساتية:

إنّ قانون العمل، و تنظيم المنظومة التربوية و أنماط تقدمها، بالانتقاء و التوجيه هو على العموم يدخل في الدراسات التي تجري على الإدماج المهني، للأسباب الآتية:

- إنَّ قوانين و تشريعات العمل السارية المفعول باستطاعتها تقليص فرص الدخول الى الشغل (سن معيّنة للعمل، إجبارية الخدمة الوطنية بالنسبة للذكور... الخ)؛

- أنماط التوجيه و الانتقاء داخل النظام الدراسي، باستطاعتها التأثير على شروط الادماج المهني. و كذا ارباب العمل. عموماً، هم على دراية بأنماط الدخول الى هذا التكوين أو ذلك. فهم يستعملون هذه المعلومات بمثابة مصفة في عملية التوظيف.

4.2.3.4. عوامل مرتبطة بالطلب:

إنَّ نظرية البحث عن الشغل، و الانماط النَّاجمة عنها تُؤكِّد على جانب العرض في سوق العمل. فالبعض يحاول سدّ هذا النقص بإدخال متغيّرات موجّهة للأخذ بعين الاعتبار العرض الممارس من قبل عوامل الطلب، على صيرورة الفرد على مستوى سوق العمل. يستعمل غالباً مؤشّرات جهويّة و محليّة: كنسبة البطالة و النشاطات الرئيسية... إلخ.

4.2.4- تنظيم الاستبيان لدراسة المسار في الحياة العملية:

إنَّ الاستبيان، الموجّه اساساً الى دراسة الادماج المهني، يتمّ تنظيمه بالطريقة الآتية:

1-القسم الأول : من الاستبيان الموجه لدراسة الإدماج في الحياة العملية، وهو مخصّص للحصول على المعطيات المتعلقة بالتغيرات المذكورة أعلاه.

2-القسم الثاني : يتمّ تنظيمه بطريقة تجعل المبحوث يعيد معايشة مجمل الأحداث المتلاحقة منذ التخرج من النظام التربوي والتكوين إلى غاية ملء الاستبيان.

3-إذا كان الفرد يشتغل في وقت ما، بين التخرج من الجامعة ووقت الاستبيان، فإن الاستبيان يتمّ تنظيمه كالآتي:

3/1 مؤشرات عن الفترات الظرفية للبطالة : (مقترحات مرفوضة من قبل الافراد، ترشّحات مرفوضة من قبل أرباب العمل)، الاسباب (على حسب تصريحات المهني، الموضّحة لوضعية عدم النشاط... الخ. و كذا قنوات الوكالة الوطنية للتشغيل و الديوان الوطني لليد العاملة... الخ. التي يلجأ اليها في البحث عن الشغل هي مطلوبة. فهذا القسم يحاول أن تموضع مدى البطالة خلال فترة الادماج (المدّة، التردد خلال فترة الملاحظة، التباين بين الشعب (الفروع) و مستوى التكوين المعتمدة)). هذا من جهة، و من جهة اخرى، تقاس كثافة البحث عن الشغل و القنوات المستعملة (التي يلجأ اليها الفرد) (الوكالة الوطنية للتشغيل، قراءة الاعلانات الصغيرة، المساعي الفردية (الشخصية) و العلاقات العائلية... الخ.

3/2 خصائص صاحب الشغل : قطاع و فرع النشاط، القطاع القانوني، حجم و موقع المؤسسات،

هي المعلومات المطلوبة فيما يخصّ الوظائف المشغولة، و بالخصوص الأخيرتين منها. قارن: J.P Florens et al. (eds), MIRE/INSEE, Ed.éres, Ramonville St Agne 1994 :273-296 .

3/3 خصائص الشغل أو المناصب المشغولة : وضعية الوظيفة المشغولة (فترة التجريب، الترتيب،

النظام الدائم...الخ، نوع ربّ العمل (عمومي، خاص، عائلي...الخ)، كثافة الشغل (طول النهار، موسمي، نصف النهار).. الخ.

3/4 الحصول على المناصب المشغولة: تقدم التحقيقات التي تجرى على المسار القنوات التي يلجأ

اليها بشكل متواصل، لكلّ منصب مشغول، خلال الملاحظة.

3/5 الحراك المهني والجغرافي : بالنسبة للأفراد الذين شغلوا أكثر من وظيفة خلال مسارهم، فإنّ

هذا القسم من الاستبيان يحاول تعيين مجموع الحركات الملاحظة (حراك مهني، حراك جغرافي، و كذا الأسباب المشجعة. و فيما يخصّ الافراد الذين يشغلون نفس الشغل على الدوام، فإنّ الدراسة تستثمر الأسباب المشجعة لهذا لسلوك و الموقف ، ادماج نهائي او حراك خفيّ.

المبحث الثالث: مهنة الطب في الجزائر: من وضع الدولة بطريقة فوقية

منذ الاستقلال و إلى غاية 1987، وبالتحديد بعد أحداث أكتوبر 1988، كانت السلطات السياسية المتلاحقة هي الفاعل الرئيسي بامتياز للتحويلات الاقتصادية والاجتماعية (Derras.O., 2007 :5).

فهيمنة قوة الدولة على جميع المؤسسات، وتصورها الكلي للنظام الاجتماعي وقفت في طريق كل محاولة لاستقلالية الجماعات الاجتماعية، بعيدا عن هيئات الدولة والحزب الواحد (Opcit).

من أجل ذلك، وحتى تتمكن الدولة من إحكام مراقبة المجتمع، كانت تلجأ إلى أشكال التعبئة والتأطير، الذي أسس هو كذلك على كيفها وبطريقة توجيهية، على سبيل المثال: المنظمات الجماهيرية التي شملت كل الفئات الاجتماعية، والاتحادات العمالية، التي تحتوي على كل الحرف والمهن. كانت مهمتها(الأساسية) تقديم الدعم المؤسسي للدولة والسداعي المفضل لادبيولوجيتها بقيادة الحزب الواحد (FLN) حصريا (Derras O.Idem : 5-6).

فالسياسي كان مهيمنا في تنظيم المجتمع بأكمله، و أيّ تحول لا يمكنه أن يحدث إلا من الأعلى، و بطريقة عفوية، فالجامعة لا تشدّ عن هذا المنطق الإدماجي الحتمي (اللازم) ، فمنذ سنة 1971 حاولت السلطة فرض هيمنتها، و وضعت لهذا هدفا واحدا هي تسخير كل الجهود لتكوين إطارات التنمية (Mebtoul M.,2007 :2).

وعليه، فالجامعة كانت محل تفكير السلطات ذات التوجّه الصناعي، خلال الفترة الممتدة من نهاية الستينات إلى غاية السبعينات، في إطار مشروع المجتمع، بطريقة أحادية، عفوية وسريعة، كان هذا اذن لصالح لمجتمع وفي غيابه.

فمنذ البداية، صيغت صورة هذه الجامعة الجديد بالمفهوم الاقتصادي للكلمة، و اعتبرت جهازا للإنتاج، بل مصنع إنتاج الإطارات والتقنيين لتحريك الآلة الاجتماعية على حسب تعبير غريد (2007).

فالجامعة كانت ملزمة أن تتموقع، ليس على المستوى العلمي، ولكن بالنسبة إلى الانتاج الايديولوجي للسلطات السياسية في ذلك الوقت. أنظر: (Mebtoul M.,2007 :33-34).

أمام الحاجة الماسة إلى الإطارات في هذه الفترة، اختارت الدولة النهج السريع، وهذا حتى تتمكن من استدراك التأخر المسجل في مختلف الميادين، بما في ذلك الصحة، وعليه، فالكمي سيكون هو المسيطر، وعدد الطلبة المتخرجين هو الذي يهم أصحاب القرار في تلك الفترة.

وأمام الحجم الكبير للطلبات، سيكتف المسؤولون في السياسة الصحية من حصّة عرض العلاج. يتجسد هذا المجهود أساساً على مستوى الموارد البشرية والمنشآت. استفاد التكوين في مجال الشبه الطبي والأطباء من ديمقراطية التعليم الطبي و انشاء المعاهد التكنولوجية المتخصصة. سيتماشى هذا التكوين الداخلي بالموازاة مع اللجوء المتزايد الى التعاون مع الخارج الى غاية بداية الثمانينات. (Guillermou, Y ., 2003 :85)

يبدو المجهود المبذول لتكوين الأطباء الوطنيين، جدّ مهم، إذا أخذ بعين الاعتبار قلّة العدد الأساسي الذي يتضاعف أربع عشرة مرة، بينما قفز نسبة الأطباء الوطنيين من 53 % إلى 95% ، ليغطّي متوسط طبيب لكل ألف ساكن على المستوى الوطني (Opcit).

فإنفتاح الجامعة على مصراعيها كان وراء تكثيف مهنة الطب على حسب تعبير Chiffolleau (1998) (Voir Mebtoul M., 2005, 85) .

كلّ ما قلناه آنفا فيما يلخص المجهودات الجبارة التي بذلتها الدولة يخفي وراءه نقاط ضعف، يجب أن تذكر. فالدولة وضعت منظومة طبيّة، بطريقة عفوية مفروضة على المجتمع بأكمله (مهنين، مستفيدين)، وعليه فمهنة الطب لا تمثل مهنة مستقلّة، كما هو الشأن في الولايات المتحدة الأمريكية، هذا ما بيّنه فرديسون (1957).

فالعفوية الاشتراكية ووفرة عائدات البترول (الربيع) خلال عشرية السبعينات سمح للسلطة السياسية أن تنشر (تعمّم)، في النسيج الاجتماعي و بطريقة أحادية، وأحياناً عمياء، مبادئ وقواعد الطب (Mebtoul M. : 84)، المجاني، الذي كان يهدف حينها الى تعميم الحصول على علاج لكافة السكان ، خاصة ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتواضع.

نخلص إلى أن السياسي هو الذي يشكّل العلاقات بين الأوساط الصحية ومختلف عمال الصّحة. يمثل عمال الإدارة الوسيط بين الفاعلين في الصحة والمستفيدين من العلاج.

إن النمط التنظيمي المركزي للدولة يمحي الأنظمة التغييرية للفاعلين الآخرين للصحة (العمال، المستفيدين). ويفرض عليهم بصفة سلطوية وإدارية حركية صحية نازلة ، والتي لا تقبل أي تساؤل حول الممارسة الطبيّة، وتمحو تعقيد وتنوع المنطق العادي للصحة وتجعل عمل (نشاط) الأطباء المعزولين والمتروكين لأنفسهم عملاً روتينياً (مملأً).

النظام السياسي، يقصى (يبعد) (يخفي) كلّ نوع من الصراع، ولا يقبل أيّ اقتراح من القاعدة، ولا يسمح أيّ انشغال من قبل المستفيدين أو عمال الصّحة.

دعم الربيع البترولي المهمّ خلال السبعينات هذا الاتجاه. وعليه، فكلّ الجهود المبذولة لتكوين عمال الصّحة، وكذا في مجال بناء الهياكل الصحية صار نظاما عقيما للصّحة بل للعلاج لأنه لم يأخذ بعين الاعتبار كلّ الملبسات الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية، والتي كان يجب أن يفكر فيها من قبل.

وعليه، فإن تراجع حصة وسعر البترول، ابتداء من سنة 1986 ستفقد هذه السياسة مصداقيتها. اضطرت السلطات على إثرها، الى اللجوء للطب الليبرالي، ولكن دائما بطريقة عفوية، غير مفكر فيها من قبل، ولم يؤخذ المجتمع دائما بعين الاعتبار في هذا التّصوّر.

والآن، مئات المستشفيات (المستوصفات) تم فتحها، مجهزة بأحدث الآلات، لكن بقيت الوضعية نفسها، في غياب سياسة للصّحة التي تأخذ كل الملبسات بعين الاعتبار منذ البداية، ولذلك فإن سيغدي هذه المستوصفات الخاصة، بدلا أن تساهم من جهتها في التّكفل بشريحة سكانية موسرة اجتماعيا، و كذا التّكفل بعدد من الأمراض المستعصية و/أو باهضة التكلفة، و التي يوجد بها مختصون لعلاجها وعتاد متطور لفحصها

(47 سكانير) مقابل 5 موزعة على 13 مستشفى جامعي بالقطاع العام. أنظر: Article sur la conférence de Mebtoul M. à la cité des chercheurs à Es Senia – Oran sur le système de soins en Algérie de (1962à nos jours, l'Algérie profonde/ Oran- Ouest, en ligne

هذه المستوصفات تجلب إليها شريحة من السكان التي تعيش ظروف اجتماعية متواضعة، والتي تمّ إقصاؤها من القطاع العام وتوجيهها، بل دفعها إلى هذه المستوصفات دفعا، وأحيانا تضطرّ هذه الفئة إلى القرض أو بيع بعض المجوهرات المخبئة لوقت الحاجة لتوفير العلاج بهذه المستوصفات، بينما نجد بعض العائلات الموسرة اجتماعيا تستفيد من العلاج بالقطاع العام بفضل رأسمالها العلاقتي.

وعليه، هذا يثبت بأنّ مشكل الصّحة في الجزائر ليس مشكلا تقنيا، يعتقد كما البعض ، لكنّ هو قبل كلّ مسألة سياسية، و التي تولى أولوية الى الصّحة أكثر من عشرين سنة. الشئ الذي يجعل من نظام الصّحة في الجزائر يتجاوز الوقت، و صار غير منكيّف مع حاجات السكان في الجزائر . (Bourenane,K.,Le matin, en ligne 19/6/2014).

فيعتبر التركيز على البعد العلاجي على حساب ترقية الوقاية الصّحية و الطبيّة، في نظام الصحة الجزائري، حيث يجب أن نذكر بأن الصحة الوقائية، ترتكز أساسا على الدور المقرر للبيئة كعامل محدد للصّحة، والذي يدعى عادة "الصحة البيئية" (Bourenane K., Idem)، يعدّ هذا البعد غير معتبر من قبل السلطات العمومية، رغم أن مصدر الأمراض ترجع إلى البيئة، هذا يعني بيئة سليمة تساوي صحّة جيّدة "أو بيئة اليوم هي صحّة الغد" (Bourenane K., Idem)، على حسب تعبير شعار منظمة للصّحة العالمية.

إذا، إن وضع نظام للصحة بل نظام للعلاج ، يرتكز على الريع البترولي، سيعرف غياب سياسة للصحة ، مسبوقه بتفكير سليم، والتي تبين بأن المجهود المبذول في العاملين في الصحة وبناء المنشآت الصحية كان جد محدود وناقص (30%)، بينما نمو السكان تضاعف مرتين، فقد مر من 11 مليون نسمة. أنظر: (Guillermou Y.Idem : 86).

وكذلك فإن نمط بناء المنشآت القاعدية كان بطيئا، فهو دون مستوى الأهداف الجديدة في الخريطة الصحية، التي تم وضعها سنة 1982 لتوسعها الجغرافي، والتي تعتبر متباينة بحيث يصعب تفسيرها. نفس الشيء فيما يخص توزيع المستشفيات، التي يعتبر توزيعها جد متباين، بما في ذلك المناطق المحظوظة. أنظر: (Guillermoun Y.idem :87). كيف يمكن تفسير امتلاك 10 ولايات لمركز مستشفى جامعي (CHU) ووجود طبيب اختصاصي تصل إلى 1300 نسمة، بينما 38 ولاية ليس بها مركز استشفائي جامعي، ووجد بها طبيب اختصاصي تصل من 5000 نسمة. (Grangoud ,2010 in le même article de l'Algérie) . (profondre sur le site

وكذلك فإن تمديد المنشآت الصحية يشهد هو الآخر عدم اكتفاء جد معتبر في الأحياء الشعبية للمدن الكبرى و في الأرياف.و على المستوى النوعي ، أكدت شكاوى الرغبة في "إعادة التوازن" بانتظام. فالمناطق الأكثر ترفيها مازالت على العموم أكثر حرمانا، حيث أنه حتى في المناطق المغطاة بقوة، موجود مراكز صحية (وقاعات علاج (فحص) لا تكفي لتوفير العلاج و ذلك بسبب نقص أو عدم استقرار العمال الأكفاء و نقص الأدوات والأدوية : Idem).

وعليه فإن تحليل المؤشرات الأساسية تبين نتائج ومعلومات جد معتبرة فيما يخص الموارد البشرية، والمنشآت والعمال، المستثمرين في الصحة وكذا المستفيدين. و رغم الجهود الكبرى المبذولة في السنتين الآخريتين ، وكذا التمويل المعتبر، فإن نظام العلاج يسجل عدم الرضا والغضب لدى المستفيدين وعمال الصحة والدولة (Chachoua L.,2004 :15 en ligne).

وتعتبر عدم الرضا لدى المواطن على حسب شعشوعة يشمل النظام العلاجي في تنظيمه ونوعيته ونجاعته.

فالعمال لديهم عين نافذة للنظام الوطني العلاج (SNS) وتكيفه مع التحولات الديمغرافية، الوبائية (الوقائية) واجتماعية-اقتصادية للبلاد.

- والدولة تسجل تباينات ومظاهر القلق فيما يخص التغطية الصحية الوطنية وكذا التكلفة الصحية المرتفعة (Chachoua L. Idem : 29).

وعلی حسب عبید فإن إعادة التنظيم الهیکلی تستدعی عملية تفکیر من أجل :

- تقرب الصحّة من المواطن.
- ترتيب أنواع العلاج، بل الطبيب المرجع.
- ترتيب الوقاية والعلاج الأساسي.
- التكفل بالتحويل الوبائي (الوقائي).
- التكفل بالتبانات الجغرافية.
- جعل نوعية الخدمات شيئاً فشيئاً الشغل الشاغل. (Abid,L.2014 :11 en ligne).

المبحث الرابع: مهنة الطب بين الدراسة و الممارسة

إن المجهود المعتبر المبذول في مجال تقديم العلاج، سواء المعبر عنه على مستوى الموارد البشرية، أطباء وشبه الطبيين، أو على مستوى إنجاز الهياكل الصحية، لم يحقق السير الحسن لنظام الصحة، بل نظام العلاج، في الواقع، خاصة في الأرياف والضواحي والمناطق المعزولة، حيث يقطن السكان ذوو الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المتواضعة، مع العلم أن هذه المناطق تفتقد للمراكز الاستشفائية الجامعية القادرة على تقديم خدمات أكثر للإقامة، (Hospitalisation)، واختصاصيين، مخابر و التحليل الطبي والأشعة.

هذه الحقيقة (الواقع) الاجتماعي-الصحي يدفع إلى إعادة النظر "العالم الخاص" (le monde à soi) لدى الطبيب الجزائري على حسب تعبير K Good, 1998 و الذي أتم تكوينه خلال المسيرة الدراسية. يمكن الاستنتاج مما سبق بأن هذا النموذج المتلقي قد أبعدنا عن الحقيقة المعاشة، (Voir Ricoeur, P., 1986, in) (Mabtoul M., 2005.33-34 of Idem : 2007 :51-102)

وأمام هذه الوضعية الاجتماعية، الصحية، المتصفة بنقص الوسائل وضغط السكان المعوزين والأمية، وكذا نقص الاختصاصيين بالقرب من الأطباء العامين لمساعدتهم في حالة الضرورة.

في هذه الحالة، فإن الطبيب العام وعمال شبه الطبي المعزولين و البعدين عن التجمعات السكانية الكبيرة هم مبتدلون banalisés مجبرين لترقيع الوضعيات المختلفة والمعقدة يوميا في المجالات الصحية والمتصفة بالغياب الاجتماعي absence sociale على حسب تعبير مبتول.

تتميز هذه المجالات (الفضاءات) الصحية التبعية المتبادلة Interdependence على حسب تعبير (Elias, R.) (1999)، و "التي تقود الأطباء الجزائريين لتبني أشكالاً من التطبيع الاجتماعي، المتجددة دوماً. و هذا كي تتجنب قطع العلاقات (الارتباطات) المهنية. أنظر: (Mebtoul M.2005 :46).

تحدث هذه الوضعية المعيشية لدى أطباء الصفوف الأولى إجاباً وخيبة أمل، و تضعف ارتباطاتهم مع باقي أصناف الأطباء الذي يمارسون مهنتهم في ظروف حسنة في نظرهم، و كذا مع المسيرين في الهياكل الصحية التابعين لها. ينعكس هذا على العلاقات بين الأطباء والمرضى.

يمثل الأطباء في الوضعية الاجتماعية، الصحية هذه الشخصية الهشة والمشوهة، أشكالاً متنوعة وأصنافاً مختلفة على حد تعبير مبتول، الذي يعد أربعة أصناف:

1. الصورة الأولى: ويتمثل في ذلك الطبيب العام الشاب في وضعية البطالة.

2. الصورة الثانية: وتتمثل في الأطباء الممارسين (المطبقين) في الصحة العمومية.

3- الصورة الثالثة: وتتمثل في الأطباء، الرؤساء في التكوين الصحي وكذا الأطباء المنسقين، المكلفين بمراقبة النشاط العمالي الصحة في القطاع الصحي.

4- الصورة الرابعة: وتتمثل في الجيل الأول من الأطباء المطبقين بعد الاستقلال الذين يساهمون في تكوين الأطباء، والقائمين على تصوّر نظام الصّحة الرسمي وتنفيذه. (Mebtoul M.,2005 :41-45)
يمثل الأطباء الجواريين (موضوع الدراسة) صورة (صنفًا) خامسًا، وعلى حدّ علمي، لم تدرس من قبل دراسة سوسولوجية.

وعليه، فإن الأطباء الجزائريين هم أبعد ما يكونون فئة تتمتع بالاستقلالية أمام السلطات الأخرى كما هو الحال في الولايات الأمريكية (Voir Freidson, 1957 cf Mebtoul, 2005/2007).

فالبحوث التي أجراها مبيتول على الأطباء في الجزائر تشير إلى ثلاثة انقطاعات:

1. قطيعة بين الخيال الطبي والحقيقة الاجتماعية الصحية (نقص، إعادة، إنتاج طبقا للمعرفة لم تتجدد إلا نادرا،... إلخ).

2. قطيعة بين امانى الاطباء الاجتماعية- المهنية ال في الوضع (المكانة).

3. قطيعة بين المرضى المفضلين الذين يتجاوبون ولهم ثقافة طبية والمرضى ذوي الظروف الاجتماعية والثقافية المتواضعة، الذين يلتزمون بالمعيار الطبي، الذي يلتزم به الأطباء (Mebtoul M.,2007 :11-12).

فغياب الوسائل التقنية الضرورية لتحقيق (الانجاز) و الفحوصات التكميلية، والتي تجعل العمل الطبي واضحا ومحددا يعرف قطيعة في التحقيق، وعليه يتوقف على مستوى الشكوك والفرضيات التي تنتهي أحيانا إلى الأخطاء الطبية التي ترجع مسؤوليتها دائما في نظر المهني وذويهم إلى الطبيب.

فالمعيار الطبيّ يتعرّض إلى النقد بالتجربة اليومية للمرضى على حسب تعبير مبيتول، فهي تعاد انتاجها وتجرف من قبل الفئات الاجتماعية ذات الظروف الاقتصادية والثقافية المتواضعة.

خاتمة :

يبين لنا هذا الفصل كيف تطور مفهوم الإدماج المهني الذي توصلت في تعريفه إلى كونه عملية متكررة بين عدة حالات، من المحاولة والخطأ القريبة من المشروع الذي يتمناه الفرد في بداية الأمر. تنتهي هذه العملية عندما يصل الفرد إلى وضعية مستقرة في نظام الشغل.

أما فيما يخص الدراسات والتحقيقات التي تجري على عملية الإدماج المهني لدى الشباب المتخرج من المدارس والجامعات، انتهى بنا القول بأن الخبراء توصلوا إلى القناعة بأن يجب المزج بين الدراسات، التحقيقات المسارية، والأخرى الدراسات/ التحقيقات الإدماجية.

فيما يخص الاستبيان المطبق في هذا المجال، بحيث أنه تأخذ بعين الاعتبار المتغيرات الدراسية والمؤسسية، لعوامل المرتبطة بالطلب، والنظام التربوي والتكويني، وكذا المؤشرات التي قضاها الفرد في البطالة، وخصائص أرباب العمل والمؤسسات والمناصب المشغولة وأخيرا الحركات المهنية والجغرافية.

أما فيما يخص مهنة الطب، خلصنا في هذا الفصل على أنها من صنع الدولة بطريقة عفوية - اشتيركية مدعمة بالرريع البترولي، وعليه فالسلطة جعلت من الطب أداة لدعم سلطة الدولة والتي منعت كل تصور للمرضى وإهمال الصحة.

أما فيما يخص التكوين الطبي توصلت على أنه جد منحصر في البعد البيولوجي ويتمحور حول المعيار الطبي والمنطق المهني، فقد نشأ على تصور للمرض والمريض المفضلين bon malade et bonne maladie في نظر الطبيب الذي له عالمه الخاص والذي سيقع في فخ الحقيقة الاجتماعية - الصحية المتعددة، خاصة في الضواحي والأرياف والمناطق المعزولة.

وفي الأخير نتساءل عن وضعية الطبيب الجوارحي موضوع الدراسة، هل هي شبيهة بما قلناه في هذا الفصل كما تقرر في الدراسات والبحوث السابقة، هذا ما سنراه في الفصل الخامس

الفصل الخامس:
انزياح الأطباء الجواريين
من خلال مساراتهم الاجتماعية – المهنية

مقدمة :

إذا كانت الفصول الأربعة السابقة مسخرة لبيان الاطار النظري لهذه الدراسة من خلال الاشكالية و النموذج التحليلي و المنهجية المتبعة (الفصل التمهيدي)، و متابعة الدراسات السابقة للعلوم الاجتماعية في ميدان الصحة كأرضية تنطلق منها هذه الدراسة، (الفصل الثالث) ، وكذا تكوين وإدماج الأطباء الشباب و التشكيل الفوقي النازل من قبل الدولة لمهنة الطب بطريقة عفوية مفروضة من الأعلى وكذا ممارستها في أرض الواقع وتباين ذلك مع النموذج المتلقى خلال المسار الدراسي (الفصل الرابع) ، و الاطار المهني الذي يمارس فيه الطبيب الجواربي مهنته (الفصل الثاني) ، يظهر لي منطقيا التطرق في الفصل الخامس إلى حالة الأطباء الجواربيين موضوع الدراسة، ولكي أبقى وفيا للاشكالية والسؤال الأساسي، قسّمت هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث:

● **المبحث الأول :** وخصّصته لمتابعة ما تمثل الأطباء الجواربيين للفترة السابقة لانتمائهم إلى خلايا الجوار للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية، بيّنت من خلاله علاقات هؤلاء الأطباء مع العائلة والتكوين بصفتها دائرتين للتطبيع وتكوين الهوية (الشخصية)، وبيّنت في الأخير مختلف الاستراتيجيات المتبعة من قبل هؤلاء الأطباء في البحث عن الشغل و اندماجهم المهني.

● **المبحث الثاني :** وهو مخصّص للمعيش المهني لهؤلاء الأطباء كدائرة ثالثة لتطبيعهم بعد العائلة و التكوين. فهي تمثل مجال الممارسة، فبيّنت من خلال هذا الفصل مختلف التفاعلات مع باقي العناصر، المختصين في علم الاجتماع، وعلم النفس والمساعدات الاجتماعية وكذا مع المسؤولين والشركاء والحالات الاجتماعية، بيّنت أيضا من خلال هذا الفصل ما هو المعنى الذي يعطيه هؤلاء الأطباء لمهنتهم من خلال واقع مهنتهم، بالرجوع إلى النموذج الذي تلقّونهم في صفوف الدراسة.

● **المبحث الثالث:** و خصّصته لبيان الأسباب والملابسات الداخلية والخارجية التي دفعت لهؤلاء الأطباء إلى مغادرة هذه الخلايا وبالتالي وكالة التنمية الاجتماعية. كيف نشأ هؤلاء الأطباء؟ كيف كان تكوينهم؟ كيف إذن كان اندماجهم المهني؟ هل عرفوا فترة بطالة؟ هل حاولوا أن يواصلوا دراستهم فيما بعد التدرج؟ هل اشتغلوا من قبل أم كان عملهم بالخلايا أول عمل بعد دراستهم؟ كيف كان معيشتهم المهنية بهذه الخلايا، وكيف كان خروجهم منها وما هي المهنة أو بالأحرى المهن التي استقطبتهم بعد ذلك. هذا ما سنراه من خلال هذا الفصل.

المبحث الأول:

- 5.1.1 الرأسمال العائلي و الاجتماعي-الثقافي للأطباء الجواريين:

يؤثر الرأسمال العائلي والاجتماعي – الثقافي للأطباء الجواريين على مساراتهم الاجتماعية-المهنية، فهو يمثل بالنسبة لهم، سواء كونه دعما يعطي لبعضهم، و قاعدة يرتكز عليها هؤلاء الأطباء ويتقدمون في حياتهم الاجتماعية والمهنية، أو يمثل عائقا و حملا ثقيلًا، يعيق حركتهم، كي يتقدموا في حياتهم. أنظر: (C.Dubard, 1996 :65-78).

من أجل حصر رأسمال الاجتماعي والعائلي للأطباء الذي أجريت معهم مقابلات نصف - موجهة، استعملت المؤشرات الآتية: المستوى التعليمي والاجتماعي وكذا المهن والأعمال التي مارسها أعضاء أسرهم. أنظر: (الجدول رقم 1 من الماحق رقم 3).

استنتجت من خلال تحليل المقابلات التي أجريتها مع الأطباء الجواريين، أنه كلّ واحد منهم عايش الرأسمال العائلي، والاجتماعي، بطريقته الخاصة، حيث يعيد عمله على حسب ماضيه، ومعيشته في الحاضر، وطموحاته و مشروعه الحياتي الذي يستشرفه في المستقبل.

يوجد إذن تفاعل بين الماضي والحاضر والمستقبل، فلا يوجد تأثير أحادي لرأس المال العائلي والاجتماعي على كلّ منهم، سواسية.

ولكن رغم وجود تباين في التعامل مع رأس المال العائلي و الاجتماعي بين الأطباء الجواريين إلا أنه يوجد تشابهات régularités بينهم بحسب بعض المؤشرات :- السن و الجنس؛ - عدد الاخوة؛ - المستوى التعليمي لافراد العائلة؛ - المستوى المعيشي للأسرة؛- وجود الوالدين أو عدمه بسبب الموت،الطلاق...

(1)حسب السنّ و الدفعة: نجد المبحوثين ينقسمون إلى مجموعتين هما:

المجموعة الأولى: يضمّ الأطباء الذين يتراوح سنّهم بين 32 و 37 سنة، تحصّلوا على الشّهادة بين 2003-2005.

المجموعة الثانية: وتضمّ الأطباء الذين يتراوح سنّهم بين 40 سنة، و 46 سنة، تحصّلوا على شهادتهم بين 2000 و 2004.

(2)على حسب مؤشّر الجنس: فالأطباء المبحوثون ينتمون إلى مجموعتين، تضم الأولى: أربع أطباء، وتضم المجموعة الثانية طبيبين: لاحظت أن فئة الرجال يخاطرون أكثر من الإناث، حيث أن الطبيين خاطرا لمغادرة خلال الحوار للتضامن ، بينما الطبيبات الأربع مازلن يمارسن عملهنّ بها إلى غاية اليوم.

أما حسب حجم العائلة، فينقسم الأطباء المبحوثين إلى ثلاث مجموعات:
المجموعة الأولى: (وتخص الحالة الأولى والثانية): وتضمّ الأطباء الذين ينتمون إلى عائلات تتكون من خمسة أفراد.

المجموعة الثانية (وتمثل الحالتين الثانية والرابعة): وتضمّ الأطباء، المنحدرين من عائلات تتكون من سبعة أو ثمانية أفراد:

أما المجموعة الثالثة: تمثل الحالتين: (الخامسة والسادسة)، وتضمّ الأطباء المنحدرين من عائلات، تتكون من اثنا عشرة فرداً وأكثر.

3-وضعية الطبيب الجوّاري بالنسبة لعدد الإخوة:

يعتبر خاصية الوضعية بين الإخوة من بين الخواص المؤثرة على مسارات الأطباء، وفيما يخص الحالات المبحوثة: تختلف هذه الوضعية بين أربع حالات:

- الأخت الصغرى: بين الأخ والأخت بالنسبة للحالة الثانية:
- الأخت الكبرى بين الأختين بالنسبة للحالة الأولى
- الوضعية الثالثة بين أخوين وثلاث أخوات بالنسبة للحالة الثالثة، وخمسة إخوة وست أخوات بالنسبة للحالة السادسة.

- الوضعية الثامنة، بين عشر إخوة وأخوات بالنسبة للحالة الخامسة.

3-المستوى التعليمي لأفراد العائلة:

المستوى التعليمي هو خاصية أخرى مهمة، و التي تؤثر في مسارات الأطباء الجوّاريين منذ الطفولة بالنسبة للحالات المبحوثة، فإن المستوى التعليمي يتراوح بين الأمية والمستوى الجامعي:

- فالحالة الثالثة والرابعة، الوالدين لهما المستوى الثانوي.

- الحالة الأولى، الوالدين والأخوال لهم مستوى الجامعي.

- الحالة السادسة، الأب له مستوى متوسط، الأم تقرأ وتكتب، وهذا بفضل الكتاتيب القرآنية.

- الحالة الثانية، الوالدان أميان: وهذا من آثار الاستعمار خاصة الأماكن البعيدة عن المدن.

أما طبقة الإخوة و الأخوات، فنجد مجموعتين:

- **المجموعة الأولى:** الإخوة والأخوات لهم مستوى جامعي.

- **المجموعة الثانية:** الإخوة والأخوات لهم مستوى ثانوي.

نلاحظ أنّ في طبقة الأخوة والأخوات، اختفاء الأمية: فالمستوى التعليمي تراوح بين الثانوي والجامعي، هذا بفضل التعليم المجاني الذي انتهت السلطة السياسية بعد الاستقلال، خاصة بين السبعينات والثمانينات.

(3). المستوى المعيشي للوالدين:

يعتبر المستوى المعيشي هو الآخر عاملاً مهماً، يلعب دوراً هاماً في التأثير على مسارات الأطباء الجواريين. فبالنسبة للحالات المبحوثة، نجد ثلاث مؤشرات هي:

(4). موت الوالدين:

موت الوالدين، هو مؤشر آخر له تأثير على مسارات الأطباء الجواريين، بالنسبة للحالات المبحوثة نجد:

- الفئة الأولى: الأبوين على قيد الحياة، نجد هذا في الحاة الثانية، الثالثة و السادسة.
- الفئة الثانية: الأبوين متوفيان: و نجد هذا في الحالة الأولى والرابعة و الخامسة.

(5). تخصص و عمل أعضاء العائلة:

- يؤثر تخصص و عمل أعضاء العائلة هو الآخر على مسارات الأطباء الجواريين، نجد بالنسبة للحالات المبحوثة تبايناً جدياً. ثلاث حالات منهم تقترب من مهنة الطب.
- في الحالة الأولى: نجد كل أفراد العائلة يمارسون مهنة الطب.
 - في الحالة الثانية: نجد الزوج طبيب يشتغل مندوب طبي، وكذا أختين هما طبيبتين، وأخوين يشتغلان في الخبرة المالية، وأخ ثالث يشتغل في الإعلام الآلي.
 - أما الحاة الثالثة: نجد أحد الأختين طبيبتين والأخرى طبيبة بيطرية والآخرين لهم تخصصات، ومهن أخرى: فالأب معلم كان مدير مدرسة والأخوة، لهم تخصصات ومهن أخرى.
 - الحالة الرابعة: الإخوة والأخوات لهم تخصصات ومهن مختلفة: اثنان دكتوران في الكيمياء وآخر دكتور في الفيزياء، وأخت ماستر في العلوم التجارية، وأخرى في اللغة الأسبانية، وثالثة حاصلة على ليسانس في الإلكترونيك.
 - الحالة الثانية: الأخ محاسب.
 - الحالة السادسة، دون جواب.

نلاحظ من خلال عرض هذه الحالات، بأن الحالات الأولى و الثانية والثالثة، وجود طبيب في العائلة، فلا يستبعد تأثير الطبيب الجوارى بالمحيط العائلي، وخاصة بالأصول. أمّا الحالات النازحة من أسر متواضعة، يمكن أن نعتبرها حالات استثمر فيها المحيط العائلي، و خاصة الوالدان عن طريق التعليم و خاصة في مجال الطب، الذي يمثل قمة الهرم في سلم المهن و المرجعية لدى الوالدين.

(6). السكن و الإقامة:

يعتبر السكن و الإقامة أحد العوامل التي تؤثر في مسارات الأطباء الجواريين فيما يخص الحالات المبحوثة، نجد أربع فئات:

- الفئة الأولى: تضم الأطباء الذين يشغلون سكنا وظيفيا تابعا لوزارة الدفاع، يشغله الزوج بصفته ضابطا في البحرية.

- الفئة الثانية: و تتمثل في الطبيب الذي يشغل سكن الوالدين ، هذا بالنسبة للحالة الثانية. و هذه الحالة تمثل صورة للتضامن داخل الاسرة، و دعمها للطبيب الشاب، خاصة في بداية الحياة المهنية. ففي هذه الحالة تمثل هذا الدعم في الوالدين، بصفتهما أقرب أفراد الاسرة للإبن.

- الفئة الثالثة: الأطباء الجواريين يملكون سكنات تحصلوا عليها في إطار برامج وكالة عدل، السكن التساهمي والوراثية، وهذا فيما يخص الحالات الثالثة، الرابعة والخامسة.

- الفئة الرابعة : ويمثلها الطبيب في الحالة السادسة الذي يستأجر شقة عند الخواص.

5.1.2- المسارات الدراسية والجامعية للأطباء الجواريين من الاختيار إلى مشروع الشغل:

يعتبر التكوين والدّراسة من الأهمّ العوامل المؤثّرة في مسارات الأطباء الجواريين. فبالنسبة للحالات المبحوثة، نجد هذه الفئات تتعلق: بالنتائج الدراسية؛ الفشل و التأخر الدراسي؛ الدعم البيداغوجي؛ العلاقة مع المعلمين و الأساتذة؛ عدد المرّات للحصول على الشّهادة؛ اختيار الدراسة الطّبيّة، تغيير الشّعبة و الفرع خلال المسار الدراسي؛ الدّعم المالي؛ المشروع المستهدف بعد الدراسة؛ التخصص بعد التدرج؛ أسباب الترشّح في امتحان نظام الإقامة (résidanat)؛ البطالة والعمل أثناء و بعد الدراسة.

1. النتائج الدراسية:

نجد الأطباء الجواريين يتوزعون على ثلاث فئات:

- الفئة الأولى: تضمّ الأطباء الذين يرون بأنّ نتائجهم كانت جيّدة، وهم الحالات الأولى والثانية والرابعة.

- الفئة الثانية : وتضمّ الأطباء الذين يرون بأنّ نتائجهم كانت حسنة، وهم الحالة الثانية والسادسة.

- الفئة الثالثة: وتضمّ الحالة الخامسة، هو الطبيب الذي يرى بأنّ نتائجه كانت متوسطة.

نستنتج من خلال الحالات الثلاث بأنّ مستوى نتائج الدراسة لم يؤثر بشكل كبير على مسار الدراسة إذا كان يتراوح بين الجيّد و المتوسّط.

2. الفشل و التأخر الدراسي خلال المسار الدراسي:

يعكس الفشل والتأخر الدراسي لدى الأطباء خلال المسار الدراسي مؤشرا على وضعية الوسط العائلي والاجتماعي، فبالنسبة إلى الحالات المبحوثة، نجد فئتين:

- **الفئة الأولى:** وتضم الأطباء الذين عرفوا فشلا دراسيا في مسارهم الدراسي، ويمثل الحالة الثانية (على المستوى البكالوريا)، الحالة الرابعة (على مستوى السنة الرابعة فيما يخص مقياس الخاص للجهاز الهضمي). الحالة الخامسة، الإخفاق فيما يخص مقياسين على مستوى السنة الأولى والثانية جامعي.

- **الفئة الثانية:** وتضم ثلاثة أطباء، تمثل الحالات الأولى، الثالثة والسادسة.

3. الدعم البيداغوجي :

يعتبر الدعم البيداغوجي مؤشرا على مستوى العائلة التعليمي للأطباء الجواريين. ففي الحالات المبحوثة نجد الأطباء يتوزعون على موقفين:

- **الموقف الأول:** ويمثله الحالات الثانية، الرابعة، الخامسة، والسادسة.

- **الموقف الثاني:** ويمثله الأطباء الذين يرون بأنّ الدعم البيداغوجي ضروري، و كان مكفولا من قبل الأب، وهذا بالنسبة للحالة الأولى. وفي الحالة الثانية كان مكفولا من قبل الأخ الكبير، الذي غالبا ما يأخذ مكان الأب، وخاصة في حالات الغياب (الطلاق، الوفاة، العمل بعيدا عن البيت، أو العجز بسبب مرض أو فقر.

والولد البكر يلعب بأدوار اجتماعية واقتصادية كبيرة في العائلة الجزائرية، فمفهوم "البكري"، يمثل معنى اجتماعيا عميقا في المجتمع.

4. علاقة الأطباء الجواريين مع المعلمين والأساتذة:

تعتبر علاقة الأطباء الجواريين مع المدرسين من بين العوامل التي تؤثر على مساراتهم الدراسية، وبالتالي الاجتماعية، المهنية، فبالنسبة للأطباء المبحوثين نجد نوعين من الإجابات:

- **الإجابة الأولى:** وتخص الأطباء الذين يرون بأنّ علاقاتهم مع المعلمين والأساتذة كانت جيدة.

- **الإجابة الثانية:** وتخص الأطباء الذين يرون بأنّ علاقاتهم كانت حسنة. وفي غياب مواقف الطرف الغائب وهو المعلمين و الاساتذة، تبقى هذه الإجابات ذاتية، ولا يمكن أن نحكم عليها أو أن نعتبرها نهائية (قارن علاقة الأطباء الجواريين بزملاء العمل ص(105).

5. عدد مرات اجتياز الامتحان للحصول على الشهادات:

هذا مؤشر آخر يعكس الوضعيات التي عاشها الأطباء الجواريين. فبالنسبة للأطباء المبحوثين نجد

فئتين:

- الأولى: تضمّ الأطباء الذين تحصّلوا على شهادة البكالوريا لأوّل مرّة. هذا يخصّ الحالة الثانية، الخامسة و السادسة.

- الثانية: وتضمّ الأطباء الذين تحصّلوا على كلّ شهاداتهم لأوّل مرّة. وهذا يخصّ الحالة الأولى الثالثة والرابعة.

6. العمل أثناء المسار الدراسي:

يمثل هذا العامل أحد خصائص الوضعية التي عاشها الأطباء الجواريين، كما يعتبر مؤشرا لاستقلالية الشباب من العائلة. ويمكن أن يعكس المستوى المعيشي لهذه العائلة. ف فيما يخصّ الأطباء الجواريين المبحوثين، وهم الذين يمثلون الحالات من الأولى إلى الخامسة، باستثناء الحالة السادسة لم يمارسوا أيّ عمل أثناء مساراتهم الدراسية.

7. اختيار الدراسات الطبية:

هو الآخر، يعتبر من المؤشرات المهمة لنوعية النظام المعيشي للعائلات، الذي ينعكس على إختيار شعبة و فرع الدراسة، خاصّة ما بعد التدرج.

ف فيما يخصّ الأطباء المبحوثين نجد فئتين:

- الفئة الأولى هي التي تضمّ الأطباء الذين اختاروا الدراسات الطبية بمحض إرادتهم ، يمثل هذا الوقف الحالات الثانية، الثالثة، والسادسة،

أما الفئة الثانية: فهي تضمّ الأطباء الذين كان إختيار الدراسات الطبية لهم من قبل المحيط العائلي، ففي الحالة الأولى، كان هذا إختيار من قبل الجدّ، وبالنسبة للحالة الرابعة كان الإختيار من قبل الأب، إمّا فيما يخصّ الحالة الخامسة فكان الإختيار من قبل الأم، في غياب الأب المتوفي. يمكن أن نستنتج بأنّه في حالة غياب الأب، يكون زمام العائلة بيد الجد كما في الحالة الأولى، ففي هذه الحالة ، الأم متوفية والأب متزوج بزوجة ثانية، ويقيم بعيدا، فهي تعيش مع الجدّ الذي يمثل الكلّ في غياب الوالدين. أما الحالة السادسة، الأم تكون هي رب العائلة في غياب الأب المتوفي، ويمكن أن تكون لها الوضعية في حالة الطلاق أو عمل الأب بعيد لفترة طويلة.

هذا فيما يخصّ الإختيار الأخير، الذي توصل إليه الأطباء بعد مخصص من المد والجزر مع الوسط العائلي، خاصة الأصول، أما فيما يخصّ رغبات هؤلاء الطلبة قبل هذه الإختيارات فهي تختلف من حالة إلى أخرى، ففي حالة الرابعة، كان إختيارها حول هو الهندسة المعمارية، والحالة الخامسة، فكان إختيارها المدرسة الوطنية للإدارة ENA، أما في الحالة الأولى فالإختبار كان يتمثل في متابعة الدراسة في البيولوجيا.

8. تغيير الشعبة (الفرع) خلال المسار الدراسي:

يعتبر هو الآخر مؤشر وخاصة للوضعية الاجتماعية-الاقتصادية لعائلات الأطباء الجواريين وفيما يخص الحالات المبحوثة منهم، نجد ثلاث فئات:

- **الفئة الأولى:** و تضمّ الطبيبة التي كانت مدعمة، ماليا من قبل الجد، و هي حالة الأولى، نستنتج من هذا بأنّ الجدّ يعوض الوالدين أو أحدهما في حالة الوفاة، كما هي وضعية هذه الطبيبة، أو الطلاق، ومهما كان تأثير الجدّ في العائلات الموسعة ايجابيا أو سلبيا، فإنّه يمثل امتداد حضور جيل الأجداد في حياة جيل الأحفاد، إلّا أنّه، بعد التأثير بعدة عوامل حضارية، تناقص هذا الحضور، شيئا فشيئا، في المجتمعات العربية والإسلامية التي منها الجزائر، ليعوّض بتأثير الآباء إلى استقلال الأولاد تحت تأثير الاستقلال المالي والإقامة البعيدة عن عائلة التوجيه لتصبح العائلة النووية هي الغالبة.

- **الفئة الثانية:** وتضم الحالتين الثانية والثالثة، وهما طبيبتان غازبتان، كانتا يتلقيان الدعم المالي خلال الدراسة من الأب، ، فغالبا ما يمثل هذا الدعم بالنسبة للآباء مساعدة الأبناء ليجتازوا فترة الدراسة – وهي طويلة نسبيا بالنسبة للطبيب: 7 سنوات – وهو في الوقت نفسه تأمين المستقبل للأبناء وعدم تكرار تجاربهم الحياتية الصعبة، فهو في حالة هذه استثمار في الأبناء، في الوقت الحاضر، لتأمين مستقبلهم المهني ثم الاجتماعي لاحقا.

- **الفئة الثالثة:** ويعني الحالة السادسة، فهو طبيب من بين الست حالات المبحوثة، كان يتلقى الدعم من قبل الأخ الأكبر في غياب الأب المتوفي. نستنتج من هذا بأنّ الأخ الأكبر قد يصير ربا للعائلة (الأسرة) في حالة غياب الأب، كالوفاة والطلاق، والعمل بعيدا عن المنزل أو متزوج بامرأة أخرى ويسكن خارج المنزل، ففي هذه الحالة يصير هو المسؤول عن الأم والإخوة، والأخوات، ولكنه ليس مطلقا، قد تكون الأم هي المسؤولة عن العائلة بأسرها، ويلعب الدخل أو التسيير المالي دورا مهما، فغالبا ما يؤثر في هذا النموذج بعد غياب الأب أو عجزه.

- **الحالة الرابعة:** والمتمثلة في الحالة السادسة، هو الطبيب كان مدعم حاليا من قبل الأم، لأن الأب متوفي، فالوفاة حوّلت منها، ربا للعائلة بالضرورة، ولكنّ يجب أن أسجل بأن ليس من الضرورة أن تتحول المرأة إلى رب للعائلة في غياب الزوج بسبب الوفاة- الطلاق- إعادة الزوج للعمل بعيدا عن المنزل، فقد نجد حالات أخرى يكون فيها رب العائلة الجدّ كما في الحالة الأولى ، أو الأخ الأكبر كما في الحالة الخامسة، وغالبا ما ساعد على ذلك اليسر او وجود الدّخل الكافي بالنسبة للأم.

9. المشروع المستهدف من قبل الأطباء الجواريين بعد الدراسة:

يعتبر هذا المؤشر، عاملاً مهماً من العوامل المؤثرة في مسارات الأطباء الجواريين. يتوزع الأطباء الجواريين بالنسبة لتأثير هذا العامل على ثلاث فئات :

- **الفئة الأولى:** وتضم الحالات الثانية، والثالثة، والرابعة، والسادسة، فهؤلاء الأطباء كانوا يبحثون عن العمل أثناء الدراسة من أجل إشباع الحاجات الضرورية، وغالباً ما يكون المستوى المعيشي المتواضع العامل المحدد، الذي يدفع الطالب أثناء الدراسة للبحث عن عمل ليلي ليلبي حاجاته التي عجزت العائلة أن تلبّيها لهم، أو لا تريد أن تتقل كاهلها، بسبب الحاجات الضرورية.

- **الفئة الثانية:** والمتمثل في الحالة الأولى: فهي طيبة كانت تهدف إلى مواصلة الدراسة المتخصصة في نظام الإقامة (résidanat)، واعترض هذا المسعى (الهدف) عرض الزواج لياخذ الأولوية فيحوّل إلى الهدف الأول. نستنتج من هذا بأنّ الزواج متغير/عامل له وزنه، و قد يكون محدداً في توجيه مشروع حياة الفرد، خاصة عند الإناث، قد يمثل فرصة لا تضيع، مرة أخرى عندما يعرض على هذه الحالة عملاً، وتعارض مع مشروع التخصص، اختارت العمل، وأخرت الدراسة، لكن يبقى هدفاً، قد يتأخر، ولكنّ يظهر عندما يجد الفرصة كفتح امتحان الدخول في النظام الإقامة (résidanat) (أنظر : اجتياز امتحان la résidanat صفحة (101) .

- **الفئة الثالثة:** والمتمثلة في الحالة الخامسة، فهذا الطبيب الذي يهدف للسفر إلى الخارج، فهو يمثل بالنسبة لهذا الطبيب وهذه الفئة فرصة لبناء المستقبل، هذا يعني في لغة و خطاب الشباب تأمين الحياة في المستقبل عن طريق عمل مستقر ودائم حسب اللغة الإدارية، لكن هذا الهدف يمكن أن يتعارض مع وضعية صعبة غير مشجعة (متبّطة) في غالب الأحيان، تدفعه للبحث عن عمل ليلي متطلبات الحياة التي تفرسها العائلة والمجتمع، وفي الأخير تلبية الحاجات الضرورية، خاصة إذا علمنا بأنّ هذه الحالة هو طبيب ابن عائلة ذات مستوى اجتماعي متواضع حيث أن الأم هي المتحملة لغياب الأب في الأسرة/العائلة، فهو يهدف أيضاً إلى بناء أسرة وإيجاد مسكن، إلخ. أنظر : السكن أو الإقامة صفحة (95).

ولإيضاح أكثر العلاقة بين الوضعية الاجتماعية-العائلية- ومشروع الحياة ، فبالنسبة لهذه الحالة، امتلاك سكن في وضعية العزوبة، ليس معناه أن يسكن حالاً، وإنما إيجاد الظروف اللازمة لتأمين الحياة الزوجية، ولهذا فهو يواصل الإقامة مع والدته وإخوته وأخواته، ريثما يتم الزواج فيما بعد، هذا الارتباط بالعائلة الأصل يعني بالنسبة لكثير من الشباب أبناء العائلات متواضعة، كيف أن هذه الوضعية لا تسمح لهم بمغادرة العائلة والعيش في منزل مستقل وهذا سبب قوي في تأخير مشروع الزواج والعيش في عائلة

التوجيه، التي ما زالت تحتاج إلى أبنائها ولو بعد الزواج، ولذلك نواصل الكثير العيش في عائلة التوجيه بعد الزواج رغم امتلاك سكونا مستقلا، وخاصة إذا كانت عائلة تفتقد لأحد الوالدين كعائلة هذا الطبيب، الذي توفي الأب وتتحمل الأم أعباء الأسرة ليست بصعوبة. وتؤدي هذه الوضعية بالنسبة لشباب إلى التضحية من أجل العائلة التوجيه وعدم التفكير أو الإقبال على الزواج كما في هذه الحالة (قارن مع الحالة الثانية)، الأمر فمختلف جدا على هو عملية الوضع في البلدان الغربية

10-التخصّص بالنسبة للأطباء الجواريين :

يعتبر إجراء امتحان نظام الإقامة (résidanat) عنصرا إضافيا بالنسبة للطبيب الجوارى الذي يريد أن يتقدم و يكون له حظوظ أكثر، كي يدعم مهنته. لكن تبقى هذه النظرة نسبية في الواقع، نجد في الحالات المبحوثة فئتين:

- **الفئة الأولى:** و تضم ثلاث حالات مبحوثة ، أجرت امتحان للدخول إلى نظام الإقامة (résidanat) فالحالة الأولى أجرت ثلاث مرات، واحدة منها ايجابية، والحالة الخامسة : ثلاث مرات ، واحدة منها ايجابية والحالة السادسة ، مرة واحدة ايجابية.

- **الفئة الثانية:** وتخصّ الحالات الأولى، الثانية، والثالثة، والرابعة التي لم تجر الامتحان للدخول في النظام الداخلي. تقول إحداهن: " فاهتمامي هو الوصول إلى عمل أشبع به حاجاتي الضرورية والملحة".

10-الأسباب الداعية لإجراء مسابقة الدخول إلى نظام الإقامة:

- **الفئة الأولى:** تضمّ الحالات الأولى، الخامسة، والسادسة. فالحالة الأولى هي طبيبة ترى بأنّ إجراء الإمتحان للدخول في النظام الإقامة (résidanat) يمثل الرغبة في المعرفة وتحسين القدرات المهنية، أما الحالة الخامسة، يريد هذا الطبيب الشاب، الذي ترك العمل بالخلية الجوارية ليتحق بمصلحة الاستعجالات الطبية التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي بوهران، التقدم في العمل و الحصول على راتب أحسن، أما بالنسبة للحالة السادسة، هذا الطبيب الشاب ، الذي يبلغ من العمر 42 سنة ، والذي تخلى عن العمل في خلية الذي كان يعمل بها طبيبا ومنسقا في النظام الدائم بتسمسيلات ليفتح مستشفى بحي شعبي " الروشي"فإجراء امتحان النظام الداخلي يمثل بالنسبة إليّ إجراء شكليّ، لا غير"، كما قال.

- **الفئة الثانية:** والمتمثلة في الحالات الخاصة، الثالثة والرابعة، وهذه الحالات لم تجري امتحان النظام الداخلي لأسباب مختلفة: فالحالة الثانية، تبرر موقفه لعدم إجراء (امتحان النظام الداخلي بالرغبة في العمل وتلبية الحاجات الضرورية على حدّ قوله، أما الحالة الثالثة، فالسبب هو الاطمئنان (الاكتفاء)، الطب العام قائلة : "أنا يكفيني الطب العام"، وتحمل هذه الإجابة خلفية اجتماعية-اقتصادية معينة، فأمام وضعية عائلية:

الأب متوفي، الأم فتحملت عبء العائلة ، فالحالة هذه تدفع صاحبها إلى العمل لتلبية حاجات الأسرة ذات المستوى المعيشي المتواضع.

يعتبر المسار الاجتماعي والمهني أو الاجتماعي- المهني بتعبير أو عملية متكررة processus itératif ، ولا يمكن أن يكون خطياً، يقطعه خلال الدراسة والتكوين، البطالة والشغل المؤقت والدائم، والذي قد تكون في عدة قطاعات اقتصادية وإدارية وخدمائية، هذا ما يسمى بالحراك الاجتماعي-المهني- وقد يصاحبه حراك جغرافي، حيث ينتقل إلى مناطق أخرى ليستقرّ بها لضرورة ما. ويمكن نجد الزواج أو المرض يضاف إلى هذه العوامل كلها، ففي كل الحالات يعتبر العمل المستقر الذي يجعل الطبيب يتوقف للبحث عن العمل نهاية المسار المهني وهذا الاستقرار المهني يمثل عاملاً للاستقرار الاجتماعي لما يمارسه من تأثير في حياة الإنسان. أنظر (Vernierers ,M. (Coord, 1997, In Ferrokhi, D.Idem Page 24-) أنظر الصفحة (74) من هذه الدراسة.

ثالثاً: الاطباء الجواريون بين البطالة و الشغل قبل التحاقهم بخلايا الجوار للتضامن:

1-فترة البطالة وتأثيرها في المسار المهني لأطباء الجواريين:

من خلال الحالات المبحوثة، نجد حالات مختلفة من المسارات المهنية، والتي تتراوح بين الدراسة والبطالة، والأعمال المؤقتة قبل الحصول على عمل بالخلايا الجوارية للتضامن، التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية. فكلّ الحالات المبحوثة عرفت فترة بطالة بعد الدراسة مباشرة وقبل الحصول على عمل الخلية التابعة للوكالة ، تتأرجح بين أربعة أشهر بالنسبة للحالة السادسة وعامين بالنسبة للحالة الأولى. يؤثر في هذه الوضعية عدّة عوامل، منها: الوضعية المعيشية عائلة التوجيه وإستراتيجية البحث عن العمل، على حسب شبكة العلاقات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية.

2-العمل خلال المسار الدراسي:

نجد من خلال المبحوثين، الحالة الرابعة والسادسة اللّتين عمل فيها الطبيب الجوار في فترة الدراسة. فالحالة الرابعة اضطرّت هذه الطبيبة من عائلة متواضعة أن تنقطع عن الدراسة مدة من الزمن في السنة الرابعة جامعي لتعمل كأستاذة رياضيات في متوسطة، وكذا عون مكتب، أما بالنسبة للحالة السادسة، مارس هذا الطبيب من عائلة مكتظة ومتواضعة العمل بالتجارة التي تمثل بالنسبة إليه مبتغاه الأول. (أنظر: اختيار الفرع الدراسي صفحة (97).

3-مدة العمل بين فترات البطالة والعمل في خلايا الجوار للتضامن:

تختلف الفترات التي قضاها في العمل أثناء الدراسة أو بعدها، فمن خلال الحالات المبحوثة من الأطباء الجواريين، نجد هذه المدة تتراوح من ثمانية أشهر بالنسبة للحالة الأولى، وخمس سنوات بالنسبة للحالة السادسة، أضطر هذا الطبيب الذي يعيش في وسط عائلة متواضعة ومكتظة أن ينقطع عن الدراسة في السنة الرابعة، جامعي ليعمل في التجارة لمدة خمس سنوات، ثم يعود إلى صفوف الدراسة من جديد.

4-الأسباب الداعية لمغادرة العمل في الفترة ما قبل التحاق بالخلية الجوارية للتضامن:

هنا نجد الإجابة واحدة، لدى الحالات، فهما يؤكدان بأن هذا العمل في الخلية يعتبر هشا ومؤقتا، وبالتالي فالطبيب اللذان يمثلان الحالات الثانية والسادسة، اعتبروا هذا العمل غير مستقر. ففي الحالة الأولى كان العمل تطوعي و غير مأجور، فهو مدعاة لتحقيق الذات و لو كان بدون أجر يلبي به صاحبه متطلبات الحياة. و في الحالة السادسة، و هي تتمثل في طبيب كان يمارس مهنته في خلية جوارية في ولاية تسميلت في اطار النظام الدائم، و قدانتقل الى ضواحي حي الروشي بمدينة وهران. ففي هذه الحالة، انتقل هذا الطبيب من العمل الجوارى في اطار القطاع العام و من النظام الدائم الى العمل الحرّ. تمكّنا هذه الحالة من تقرير امرين، هما: العمل الدائم لا يمثل الاستقرار الذي يعبر عن الاندماج و انهاء البحث عن الشغل لدى الشباب المتخرّجين حديثا من صفوف الدّراسة. و الامر الثاني يتمثل في العمل الجوارى لا يمثل سبب الاستياء لدى الطبيب الجوارى الذي يمارس عمله في خلايا الجوار للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية، ففي هذا الطبيب قد انتقل من العمل الجوارى في الخلية الى العمل الجوارى الحرّ، الذي يمثل بالنسبة له ممارسة مهنته بعيدة عن اطار الاعمال الاجتماعية. التضامنية المسيّسة، التي تبعده عن المهنة؛ و التمكّن من التّقدم في المعرفة العلمية عن طريق التّكوين المتواصل، ولو مقابل مصاريف.

المبحث الثاني:

العيش الممنهي للأطباء الجواريين المبحوثين خلال حملهم بالخلايا الجوارية للتضامن

5.2.1. مصادر التعرف على خلية الجوار للتضامن ووكالة التنمية الاجتماعية:

في بادئ ذي بدئ ، يجب ان نعلم بأن أغلبية الذين اتّصلت بهم من خلايا الجوار للتضامن لا يعرفون وكالة التنمية الاجتماعية، و إذا قدمنا لهم مختصرة في حروف (ADS) يتوهمون على أنها مديرية النشاط الاجتماعي التي تنحصر في الحروف (DAS)، وعليه فكل الأطباء المبحوثين تعرفوا على الوكالة والخلايا عن طريق المعارف الشخصية بالاعتماد على الوسط العائلي في المقام الأول، ثم شبكة الأصدقاء في المقام الثاني، فيما يخص الأطباء المبحوثين، يوجد فئتان هذه المسألة:

- **الفئة الأولى :** وتتمثل في الأطباء الذي تعرفوا على الوكالة والخلايا عن طريق أفراد العائلة يأتي في المقدمة الأب كما هو الحال مع الحالة الأولى و الثانية، أما فيما يخص الحالة الرابعة والخامسة قد تعرفوا عن الوكالة والخلايا عن طريق العائلة من غير تحديد من هو الشخص.

- **الفئة الثانية:** والمتمثلة في الأطباء الذين تعرفوا على الوكالة والخلايا عن طريق الأصدقاء، فالحالة الثانية والسادسة تعرفوا على الوكالة والخلايا عن طريق صديق مقرب.

نستنتج من ذلك أن الوسط العائلي وفي المقدمة الوالدين ثم وسط الأصدقاء يلعب دورا هاما في البحث عن العمل وهو يمثل الإجراءات الغير الرسمية في الاستراتيجيات و طرق البحث عن العمل في سوق العمل.

5.2.2. المدة الفاصلة بين تقديم الطلب والإجابة الايجابية:

تتراوح المدة الفاصلة بين تقديم الطلب وبداية العمل في خلايا الحوار للتضامن التابعة لوكالة التنمية الاجتماعية بين ستة أشهر إلى إثنا عشر شهرا (سنة)، فهذا الفاصل يقدر بستة أشهر بالنسبة للحالة الثالثة والسادسة، ثمانية اشهر بالنسبة للحالة الخامسة ، وإثنا عشر شهرا (سنة) بالنسبة للحالة الرابعة و بعض الأشهر بالنسبة للحالة الأولى وبدون اجابة بالنسبة للحالة الثانية.

تخلّل هذه الفترة إما عمل مؤقت أو بطالة، و تنبئ هذه الفترة عن صعوبة البحث عن العمل في سوق تكاد تكون مسدودة، و هنا تلعب شبكة العلاقات الخاصة أو كما يسميها العامة المعرفة دورا هامًا في مساعدة الشاب.

5.2.3. الإطار الذي تم فيه توظيف الأطباء الجواريين و أنماط الممارسة بالخلايا الجوارية للتضامن:

مرّ نظام التوظيف للأطباء الجواريين من قبل وكالة التنمية الاجتماعية للعمل بخلايا للعمل بخلايا الجوار للتضامن بنمطين، خلال فترتين بين سنة 1996 إلى غاية 2000 و كان الخط السائد هو برنامج التعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة (IAIG)، و بدأ حينها نظام العقود المحددة بين سنة 2000 إلى غاية سنة 2001، تطورت من العقود لمدة ثلاثة أشهر، ثم ستة أشهر، ثم سنة، ليبدأ بعدها نظام التوظيف في النظام الدائم (أنظر المبحث الثالث من الفصل الثاني، ص ص 41-42).

بالنسبة للأطباء المبحوثين، نجد فئتين:

-الفئة الأولى : والمتمثلة في الحالتين الثانية والخامسة، اللتين تم توظيفها في إطار تشغيل الشباب (التعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة (IAIG)، فالحالة الثانية قضت فترة ثلاث سنوات في هذا الإطار، أما الحالة الخامسة فقد قضى هذا الطبيب، فترة 09 أشهر في هذا الإطار ثم ثلاثة أشهر كفترة تجريب، وإذا قارنا بين الحالتين نستنتج بأن الحالة الثانية، وهي طيبة انتظرت مدة طويلة نسبيا (ثلاث سنوات) إلى غاية ما تم إدماجها في نفس الوكالة في النظام الدائم، أما الحالة الخامسة وهو طبيب فضل أن يغامر ويتوقف عن العمل ويبحث عن عمل آخر في الصحة، وهذا يعطينا فكرة على أن الذكور أكثر جرأة في المغامرة وترك العمل والبحث عن عمل آخر من النساء، وخاصة في فترة العزوبة.

-الفئة الثانية: والمتمثل في الحالات الأولى والثالثة، والرابعة والسادسة، هذه الحالات تم توظيفها في إطار الفترة التجريبية، لمدة ستة أشهر ثم إدماجها نهائيا في النظام الدائم وهذا يعطينا فكرة عن الحالة التي كانت عليه سوق العمل، وهنا يتفاعل الذاتي والموضوعي، فلا يمكن تحليل حالة ما من غير معرفة السياق التاريخي، الاجتماعي والاقتصادي العام.

5.2.4 . المنصب المشغول في الخلية الحوارية للتضامن :

يقضي الأطباء الجواريون أطول مدة في الدراسة (7 سنوات) مقارنة بباقي أعضاء والمختصين في علم الاجتماع وعلم النفس قضوا أربع سنوات، والمساعدات الاجتماعية قضوا ثلاث سنوات، وعلى هذا الأساس، فأغلبية الأطباء تم توظيفهم كمنسقي الخلايا، باستثناء الخلايا التي أنشئت قبل التحاق الطبيب أو غادر الخلية إلى عمل آخر.

5.2.5. علاقة الأطباء الجواريين بباقي زملاء العمل:

يرى الأطباء الجواريين في علاقاتهم مع باقي زملاء العمل في الخلايا بأنها حسنة (ايجابية) أو متوسطة، ولكن إذا قابلنا هذه النظرة الذاتية نظرة (موقف) زملائهم في العمل، نجد في غالب الأحيان العكس

تماما، هناك مساعدة اجتماعية ترى بأن الطبية غير كفاة وسيئة الخلق، يرى مختصة في علم النفس بأن الأطباء متكبرين على زملائه من وهناك سائق يقول عن الأطباء بأنهم عاجز على ممارسة الطب في المستشفيات، ولهذا هم متسّرين في الخلايا الجوارية للتضامن، وبالمقابل يرى بأن الأطباء الأكفاء، في الخلايا هم الذين غادروها إلى القطاع الصّحي.

5.2.6. نظرة الأطباء الجواريين لمهنتهم:

بالرجوع إلى الإطار التكويني، الذي يشكّل فيه لدى الطبيب عالمه الخاص (Monde à Soi) أنظر Good، 1998، قارن بـ (51: 2007، 33-34، 2005، Mebtoul) الذي اتسم بالمعيار الطبي والمنطق المهني حسب تعبير مبتول 2005-2007، فإن الأطباء الجواريين كانوا يحملون بفضاء صحي الذي يسمح لهم بتطبيق معارفهم المكتسبة خلال تكوينهم النظري في صفوف الدراسة وتكوينهم التطبيقي في المستشفى المركزي الجامعي، الذي يعتبر الفضاء العلاجي المرجعي لهم، على حد تعبير مبتول (2005، 2007)، فهذه النظرة للأطباء ، كما تمّ تشكيلها خلال تكوينهم ترفض الأشكال المنطقية الاجتماعية-الصحية التي تمّ تطوّرها من خلال الممارسات، و التي تعتبر بعيدة كل البعد عن مهنة الطب (أنظر: المبحث الثالث من الفصل الثالث، ص ص 66-67 و المبحثين الثالث و الرابع ص ص 83-84).

وفيما يخص الأطباء المبحوثين، توصلنا بأن هذا التباين بين العالم الخاص للأطباء والسياق الذي يمارس فيه مهنتهم الطبية، جعلهم يرفضون هذا الواقع الذي طغى فيه الأعمال ذات الطابع الاجتماعي-التضامني على ما هو طبي، فإذا رجعنا إلى إجابات هؤلاء الأطباء فهي تنقسم إلى فئتين : الأطباء الجواريين من خلال موقع كل منهم، الأطباء الذي غادروا هذه الخلايا وآخرون الذين مازالوا يمارسون مهنتهم فيها.

5.2.6.1- الاطباء الذين غادروا الخلايا الجوارية للتضامن:

1) أحد الأطباء (ذكر) الذي عمل إحدى الخلايا بوهران، خلال فترتين الأولى في إطار تشغيل الشباب والأخرى في إطار الفترة التجريبية، والذي غادر هذه الخلية بسبب عدم الاستقرار يقول هذا الطبيب بهذا الصدد: "أنا أفضل العمل بالخلايا الجوارية للتضامن إذا ما كان مستقرا".

2) طبيب آخر، عمل بإحدى الخلايا الجوارية للتضامن في ولاية تيسمسيلت، يمارس حاليا مهنته بوهران، عبر عن رفضه مواصلة العمل بالخلية الجوارية للتضامن وفضل العمل الحر، يقول: "العمل بالخلايا الجوارية للتضامن جد مقيد، مشروط، ويوجد حرية ناقصة، العمل عليه الجوانب الاجتماعية ذات البعد السياسي، كما يوجد نقص في التعاون بين زملاء العمل، بسبب نقص الخبرة.

5.2.6.2-الأطباء الذين ما زالوا يعملون بالخلايا الجوارية للتضامن:

1- إحدى الطبيبات اللاتي مازلن يعملن بإحدى الخلايا الجوارية للتضامن، منذ ثلاث سنوات، تنظر إلى مهنتها بالخلية قائلة: " في الخلية الجوارية للتضامن، نجد كل شيء، وشيء قليل من الطب، فالطب في الخلية يفقد إلى آفاق وعليه فالطبيب تائه وبدون معالم".

2- طبيبة أخرى، لها الخبرة خمس عشرة سنة ممارسة في خلية الجوار للتضامن، و ما زالت تمارس عملها بها. عرفت كلّ الاطوار ، فقد عملت في اطار تشغيل الشباب IAIG، ثم وقّفت عن العمل، ثم استأنفت العمل في اطار تشغيل الشباب من جديد، ثم في اطار العقود المؤقتة، ثم في اطار النظام الدائم. فهي تبيّن عملها بالخلية قائلة: " الممارسة الطبيّة بخلايا الجوار للتضامن هو مضيعة للصورة التي بنيت خلال المسار الدراسي في كلية العلوم الطبيّة و المستشفى الجامعي. العائق الذي يواجه الطبيب في ممارسة عمله هو نقص الظروف و الشروط المناسبة".

3- طبيبة ثالثة، لها خبرة عشرة سنوات. تلخّص موقفها من عملها بخلية الجوار و للتضامن فتقول: " الممارسة الطبيّة بخلايا الجوار للتضامن هو عمل ثقيل، فبالمقارنة مع قرنائنا في قطاع الصحّة، حيث أنّ الطبيب الجوّاري يعمل طول النّهار، أي عليه أن يتمّ ثماني ساعات في اليوم. و زيادة على ذلك، فهو يفقد المهارة العمليّة، لأنّه مشغول على الدوام للقيام بأعمال اخرى ذات طابع اجتماعي - تضامني، و التي لا تمتّ الى مهنة الطب بأيّة صلة".

4- طبيبة رابعة، تفضل العمل الطبّي بخلايا الجوار للتضامن. فهي تعبّر عن موقفها بقولها: " أنا ولدت محامية لصالح الفقراء. يقال لي دوماً ذلك، لكنني أدرك بأنّ هناك نقص في الاتّصال داخل خلايا الجوار للتضامن، وكذا وكالة التنمية الاجتماعية".

و بعد كلّ ما ذكر من سلبيات، فإنّ الاطباء الجواريين، لذين ما زالوا يواصلون عملهم بالخلايا، لا يترددون في ذكر المحاسن التي يتمتع بها العامل في خلايا الجوار للتضامن. و هذا بعد تحسّن الظروف منذ تنفيذ الاتّفاقية الجماعية سنة 2012. نذكر بعض ما يراه الاطباء الجواريين المبحوثين كالآتي:

1- العمل بخلايا الجوار للتضامن يتسم بالاستقرار و الديمومة، و ان كان قد مرّ فيما سبق بفترة تشغيل الشباب و العقود المؤقتة المتجددة؛

2- يعتبر الاجر افضل من القرناء العاملين بقطاع الصحّة. و هذا بعد اتفافية 2012؛

3- يعتبر الطبيب الجوّاري قريبا من مرضاه، لأنّه يفحصهم بمنزلهم. و هذا يشبه عمل طبيب العائلة في الماضي.

و إذا قارنًا بين الفئتين من الاطباء الجواريين، فئة الذين غادروا هذه الخلايا و فئة الذين يمارسون عملهم بها، نجد نستنتج بانّ الطبيب الجوارى، رغم أنّه يبحث عن الاستقرار في منصب دائم و من ثمّ اجر مرتفع و الوسائل المتوقّرة و الظروف المناسبة في العمل، يبقى مرتبطا بلنموذج الذي تلقاه بصفوف الدّراسة و ممارسته بالمستشفى الجامعي.

المبحث الثالث :

الملايسات الممنية لانزواج الأطباء ومساهمهم الممنية بعد مغادرتهم خلايا الجوار للتضامن

5.3.1. في المبحث عن هغل خلال العمل بالخلايا الجوارية للتضامن

أريد من خلايا هذا المبحث أن تعرف الملايسات /الأسباب /العوامل والسياس الذي بحث أو يبحث عن مغادرة خلايا الجوار للتضامن، وعليه أرى في البداية التذكير بأهم المراحل التي مرت بها هذه الخلايا من حيث نظام التوظيف والأجر.

1- المرحلة الأولى: عرفت الخلايا في هذه المرحلة نظام تشغيل الشباب أو ما يسمى بالتعويض عن الأشغال ذات المنفعة العامة (IAIG). دامت هذه المرحلة من 1996، سنة تأسيس الوكالة إلى غاية سنة 2000م.

2- المرحلة الثانية: في هذه المرحلة، عرفت الخلايا نوعين من نظام العقود المتجددة للشغل، الأول مستمر فيه العقد مدة ثلاثة أشهر، استمر هذا الوضع إلى غاية سنة 2001، و بالتالي: استمر فيه العقد مدة سنة وشمل سنة 2002 كاملة.

3- المرحلة الثالثة: تبدأ هذه الفترة ابتداء من سنة 2003، واستمرت إلى غاية اليوم، تبدأ هذه المرحلة بفترة تجريب (Période d'essais) و تدوم لمدة شهر، يعقبها مباشرة تثبيت في المنصب و حينها تبدأ مرحلة النظام الدائم، ففي هذه المرحلة، يعني ابتداء من سنة 2003 بدأ يعرف الاستقرار عمال الخلايا بالوكالة مع النظام الدائم، رغم وجود قرار تنفيذي يحدد مهام منذ سنة 2000 (أنظر الفقرة أعلاه.

أما فيما يخص الأطباء المبحوثين فنجدهم ينقسمون إلى ثلاث فئات بالنسبة لهذه المسألة:

- **الفئة الأولى:** وتضم الحالات: الثانية والثالثة، والرابعة، هذه الطبييات مازلن يعملن بالخلايا.

- **الفئة الثانية:** و هي تمثل الحالة الأولى، فهي طبيية مازالت تعمل بإحدى الخلايا إلى أنها يبحث عن مخرج سواء مواصلة الدراسة في التخصص ، و لهذا فهي تحاول كل مرة أن تجري امتحان الدخول إلى نظام الإقامة (résidanat) وفي نفس الوقت، فهي تحاول أن يبحث عن عمل آخر مناسباً. و اتخذت لهذا الغرض عدة خطوات.

- **الفئة الثالثة:** وتخص الحالة الخامسة، والسادسة، وهما طبيبان عملا بالخلايا الجوارية للتضامن. فأول عمل لهما في إطار تشغيل الشباب ثم فترة العقود المتجددة، فأما أحدهما غادرها ليقضي بعدها سنة كاملة في البطالة قبل الالتحاق بمصلحة الاستعجالات الطبية للمستشفى الجامعي بوههران، أما الحالة الثانية

عمل في ولاية تيسمسيلت و كان دائما في منصبه، وكانت مغادرته مخططة من قبل. إذ عبّر عنه ذلك قائلا :
" بالنسبة إلي فقد حضرت مغادرة الخلية الجوارية للتضامن من قبل، لأمارس مهنتي الحرة في ضواحي ولاية وهران، فانتقل من العمل الجوارى المأجور إلى العمل الحر".

5.3.2. أسباب مغادرة الأطباء للخلايا الجوارية للتضامن :

الحالة الأولى : وتمثل طبيبة ما زالت تعمل بإحدى الخلايا تهدف بعد خروجها إلي :
"مغادرة الخلية الجوارية للتضامن، هي بالنسبة لي، التطور في الطب"

أما الحالة الثانية: تقول هذه الطبيبة: "أترك خلية الجوار للتضامن إذا ما وجدت منصب عمل، أما الحالة الثالثة: تقول هذه الطبيبة: " أترك الخلية من أجل استرجاع هويتي كطبيبة". الملاحظ في هذه الحالة هو أنها لم تتخذ أيّ مسعى لذلك.

أما الحالة الرابعة: تقول: " إذا ما تركت الخلية، فهذا من أجل تقديم خدمة أفضل ". و الملاحظ في هذه الحالة التردد في موقفها.

أما الحالة الخامسة: فهذا الطبيب غادر الخلية منذ سنة 2000، في فترة العمل إطار العقود المتجددة، ليلتحق بمصلحة الطب الإستعجالي التابع المركز الإستشفائي بوهران. يقول هذا الطبيب، ما يراه سببا لمغادرة الخلية: " تركت العمل بالخلية من أجل البحث عن عمل مستقر".

و أما الحالة السادسة: فهذا الطبيب الذي كان منسقا بخلية جوارية بولاية تيسمسيلت، في إطار النظام الدائم، ليمارس مهنة الطب الحرة بضواحي حي الروشي. يقول، كسبب لمغادرته للخلية: " غادرت العمل بالخلية من أجل التحرر من القيود، تطوير المهنة و اكتساب مهارات جديدة. فقد تمكنت من تلقّي أربع تكوينات، منذ أن غادرت الخلية ال غاية اليوم".

5.3.3 - دواعي الالتحاق بالمنصب الجديد:

هناك ثلاث حالات التي عبّرت عن الدواعي التي كانت وراء الالتحاق بالمنصب الجديد المشغول فعلا، أو المفترض.

فبالنسبة للحالة الاولى، تقول هذه الطبيبة: " المنصب الجديد سيفتح لي فرصة لتحسين معارفي العلمية و قدراتي المهنية".

أما الحالة الخامسة، يقول هذا الطبيب فيما يخصّ الالتحاق بالمنصب الجديد: " المنصب الجديد يمكّني من الاستقرار في العمل، و تحسين مستوى الأجر الذي يعتبر نسبيا أحسن".

أما الحالة السادسة، يقول هذا الطبيب " المنصب الجديد يتيح لي فرص أكثر للتكوين، رغم أنها تكلف مالياً. فالعمل بالعيادة يتمتع بحرية أكثر".

5.3.4 - المساعي المحققة لمغادرة العمل بالخلايا والالتحاق بالمنصب الجديد:

فالحالة الاولى، تمثل الطبيبة التي تريد ترك عملها بالخلية لتلتحق بمنصب جديد، متخذة لذلك مسعين: فالمسعى الاول يتمثل في محاولة إجراء إمتحان الدخول للنظام الاقامي (résidanat)؛ أما المسعى الثاني فيتمثل في البحث عن عمل آخر. و لم تفصح عن ذلك العمل.

أما فيما يخص الحالة الخامسة، فهذا الطبيب غامرته فكرة ترك العمل بالخلية، الذي كان آنذاك في إطار العقود المتجددة، قد مرّ بفترة بطالة لمدة سنة. فبالنسبة إليه، فقد مكنته هذه الفترة من البحث عن عمل آخر. فهو يرى بأنه لو بقي يواصل عمله بالخلية، لما تمكّن من البحث عن عمل أفضل.

أما الحالة السادسة، تتمثل في الطبيب الذي حضر لمغادرته الخلية، على حسب أقواله. فهذه الحالة تختلف عن الحالة الخامسة، فهو ولو إختار العمل الحرّ، إلا أنه قد انتقل من العمل الجوارى المأجور إلى العمل الجوارى الحرّ، وذلك في عيادة بضواحي وهران بحي الروشي. و الملاحظ في هذه الحالة هو أنّ هذا الطبيب قد غامر في ترك العمل المستقر. و اعتبر التحضير للمغادرة يمكّنه من تقليل الخطر من الوقوع في البطالة.

خاتمة الفصل الخامس:

عالجت في هذا الفصل الأخير، المسخّر لدراسة ظاهرة إنزياح الأطباء من خلايا الجوار للتضامن. و بعد إجراء مقابلات نصف موجهة مع ستّة أطباء، أربعة منهم يعملون بهذه الخلايا و إثنان غادرا هذه الخلايا، البالغ عددهم 254 خلية و اكثر من عشرين منهم غادر و لم يستجيبوا لإجراء استبيان معهم، و لم أتمكّن من إجراء مقابلات نصف موجهة، و ذلك بسبب تباعدهم المكاني في كامل التراب الوطني، و نقص الامكانيات المادية للتنقل.

توصّلت في نهاية هذه الدراسة، من خلال هذا الفصل إلى النتائج الآتية:

1- رغم وجود اختلافات بين الحالات المبحوثة، يوجد تشابهات، تعتبر عوامل مشتركة بينهم. من بين العوامل المشتركة هذه الرّاسمال العائلي و الثقافي للعائلات التي ينتمي اليها الاطباء الجواريون في تكوين مساراتهم الاجتماعية- المهنية؛

2- يعتبر الرّجال أجراً من النساء لمغادرة هذه الخلايا الجوارية للتضامن، و البحث عن عمل آخر، و إن كان غير مقيد.

3- تختلف استراتيجيات الخروج من شخص إلى آخر. فهي جريئة في غياب وجود عمل الطبيب الالتحاق به، و لو أدى ذلك هذا العودة الى وضعية البطالة، كما هو الحال لدى الخالة الخامسة، و هذا مقابل استراتيجية التخطيط للخروج لدى الحالة السادسة، التي حضرت جيّداً لمغادرة العمل بالخلية. يلعب السياق المرهلي الذي مرّت بها الوكالة و كذا الخلية آنذاك عاملاً مهمّاً في تشكيل هذه الاستراتيجيات المتخذة من قبل هؤلاء الاطباء.

4- انطبعت المسارات المهنية - الاجتماعية للأطباء الجواريين بالتردد و التكرار بين الدراسة، البطالة و الأعمال المؤقتة؛

5- تعتبر العائلة عنصراً مهمّاً، و عاملاً مؤثراً في البحث عن الشغل و مساندة الطبيب في مواصلة الدراسة. يلعب وسط الأصدقاء هو كذلك دوراً مهمّاً، بعد العائلة؛

6- رغم وجود بعض الامتيازات للعمل في خلايا الجوار لتضامن، إلا أنّ الاطباء يرون بأنّ النقائص و العوائق تطغى على هذه الامتيازات. تتمثل هذه العوائق حسب تصريحات الاطباء المبحوثين في: الجمع بين مسؤولية التنسيق، ممارسة مهنة الطبّ و أداء المهام التضامنية ذات الطابع الاجتماعي، التي تعتبر في نظر الاطباء أكبر عامل يبعدهم عن مهنة الطب، و يجعلهم في غربة في عملهم؛

7- تعتبر عملية البحث عن الشغل لدى الاطباء الجواريين عملية مستمرة، و لا تتوقف بمجرد الحصول على عمل مستقرّ في النظام الدائم. يبقى النموذج الطبّي الذي تلقاه الطبيب اثناء الدراسة هو الموجّه و المقياس لهؤلاء الاطباء في النّجاح المهني و الاقتراب من العمل المأمول لديهم؛

8- يعتبر العمل في اقطاع الصحّي بعد مغادرة الخلايا الجوارية هو الوسيلة الأمثل لاسترجاع الاطباء لهويتهم المهنية و التمكين من العطاء أكثر في ميدان الطب، الذي يحقق الجوّ المناسب للطبيب كي يمارس مهنته في رضا، و يتمكن من التّكوين المستمرّ، و تحسين مهاراته و تحصيل كفاءات اكثر.

خاتمة عامة

في نهاية هذه الدراسة المتواضعة، و التي تهدف إلى فهم ظاهرة انزياح الاطباء العاملين بخلايا الجوار للتضامن، من خلال مساراتهم الاجتماعية - المهنية، المتشكّلة من خلال المرور بعدة دوائر اجتماعية - مهنية: العائلة؛ التربية، التكوين و الدراسة؛ البطالة و البحث عن العمل؛ الاعمال المؤقتة؛ الاندماج الاجتماعي، و بعد تحليل المقابلات النصف موجهة التي اجرقتها مع هؤلاء الاطباء: منهم من غادر هذه الخلايا، و منهم من مازال يعمل بها، و بالاضافة الى الملاحظة المباشرة لهؤلاء الاطباء مدة تسع عشرة سنة من الزمن، تخلّتها مدة ست سنوات غادرتها ثم رجعت اليها.

توصّلت من خلال ذلك الى النتائج الآتية:

1- تعتبر مهنة الطبّ مازالت في بداية الطريق نحو تأسيس استقلاليتها كما بيّن ذلك Fridson في امريكا و اوربا؛

2- تعتبر الدراسات الاجتماعية في مجال الصّحة ما زالت قليلة، و هي في بدايتها في القارة الافريقية خاصة في الجزائر، إذ أنّ الدراسات تركّزت على مستوى القطاع العام بشكل كبير، مع أنّ القطاع الخاص هو في تنام سريع عبر العيادات المتعددة الخدمات؛

3- يعتبر الاطباء الجواريين لوكالة التنمية الاجتماعية فئة مهنية اجتماعية غير محددة الوضعية و الوظائف، فهي مازالت تبحث عن الذات، فهي تتأرجح بين ممارسة مهنة الطب، مسؤولية التنسيق في غالب الاحيان و أداء المهام التضامنية ذات الصبغة الاجتماعية؛

4- ارتباط الاطباء بالنموذج الذي تكوّنوا عليه في صفوف الدراسة مسألة مستمرة و لمّا يتنازوا عليها، مهما ابتعدوا عنه خلال الممارسة؛

5- يمثل محيط الممارسة الاجتماعية المهنية التي يغلب عليها أداء المهام التضامنية ذات الصبغة الاجتماعية- التضامنية و البعيدة عن مهنة الطب مصدر استياء لدى الاطباء الجواريين العاملين بالخلايا. و هو بالنسبة لهم عاملا رئيسيا لفقدانهم هميتهم المهنية- الاجتماعية؛

6- يمثل العمل بالقطاع الصحي، بالنسبة للاطباء الجواريين العاملين بوكالة التنمية الاجتماعية وسيلة أساسية لاسترجاع الطبيب الجوارى، العامل بوكالة التنمية الاجتماعية لهويته المهنية الاجتماعية المفقودة، و زيادة على ذلك، فالعمل بالصّحة يسمح له باثراء خبرته المهنية و اكتساب مهارات و معارف جديدة و تطوير كفاءته المهنية، و التكوين المستمر؛

7- لا يعتبر الاستقرار في النظام الدائم لدى الطبيب الجوارى عامل ارتباطه بالخلايا الجوارية للتضامن، اذا كان يبعده عن ممارسة مهنة الطب وفقا للنموذج الذي تكوّن عليه في صفوف الدراسة؛

8- تعتبر العائلة مصدرا مهمّا في تطبيع الطبيب الجوارى، العامل بوكالة التنمية الاجتماعية، و هي السند الاوّل له في مواصلة الدراسة الطبية التي تدوم لمدة سبع سنوات و استراتيجيات البحث عن الشغل ؛

بعض الفوائد التي تحصلت عليها من لبحث:

لا شك أن أي بحث أو دراسة ما، يخرج الباحث منهما بفوائد. و عليه، أريد أن أذكر في هذا المقام ببعض ما إستقدته من خلال هذا البحث، و هي كالاتي:

فيما يخص الموضوع، الذي توصلت إليه هو أن هناك تباينا بين مهنة الطب التي تمثل النموذج الامثل لدى الطبيب، و الذي تبقى ذات صبغة غربية، و الواقع المعيش عند ممارستها ، خاصة في المناطق البعيدة عن التجمعات العمرانية الكبرى.

فيما يخص البحوث الإجتماعية في مجال الصحة، الذي توصلت اليه هو أن هذه البحوث هي في بداية الطريق في بلدان العالم الثالث، كالبلدان الأفريقية التي منها الجزائر. , الذي أؤكد عليه في ذا المجال هو الجوء إلى التحقيقات الميدانية تبقى هي الأنجع.

فيما يخص المنهجية، اقر بأنني إستفدت الكثير من بعض التقنيات و المناهج، خاصة كيفية تطبيقها على موضوع معين. و بهذا إبتعدت عن ما يسمى **بالمنهجوية،** و هي التطبيق الآلي و المتعسف للمناهج. الذي يجعل الطالب يبتعد عن موضوع البحث.

فيما يخص المعارف النظرية، خرجت من هذا البحث برصيد معرفي جد مهم، لم تتاح لي الفرصة لإكتسابه خلال الدراسة على مستوى التدرج.

فيما يخص اللغة، إستفدت من خلال هذا البحث تطوير لغتي الفرنسية، و الذي دفعني الى هذا هو الترجمة من الفرنسية إلى العربية.

مصادر و مراجع الدراسة

I-Ouvrages :

- 1- ADEL FAWZI. (sous la direction), «Socio anthropologie, ou comment repenser la méthode ? Cahier N°1 CRASC. Ed 2001 numéro spécial.
- 2- Dubar Claude et Tripiier Pierre « Sociologie des professions », éd. Armand Colin, Paris, 1998 ,250 pages.
- 3- Hess Rennes « Produire son œuvre : le moment de la thèse ».
- 4-Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt « Manuel de recherche en sciences sociales », Ed. Dunod, 3^{ème} éd.2003.
- 5-Benjamin Rubers « Devenir médecins en république démocratique de Congo ». (Les trajectoires socioprofessionnelles des docteurs en médecine au Congo, « thèse de doctorat, Lubumbashi 1977/78 » institut Africain, CEDAF, Fervent éd. le Harmattan, Pris N° 56 série 2002, 2003, 125 pages.
- 6-Gobatto, Isabelle « Etre médecin au Burkina-Faso, Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle. Ed. Le Harmattan, Paris, Mont-réel, éd.1999, 294 pages.
- 7-Mebtoul M. « Médecins et patines, en Algérie », Ed Dar El Gharb, Oran, 2005, 220 pages.
- 8-Mebtoul M « Sociologie des acteurs sociaux : Ouvriers, médecin patients » O.P.U, Oran, 2007, 160 pages.
- 9-Mebtoul M. « une anthropologie de proximité : les professionnels de la santé en Algérie » Ed. Le Harmattan, Paris, 1994 pages.
- 10-Mebtoul et al, 2007, «Travail de sexe et VIH SIDA en Algérie », Alger, éd. ONUSIDA, 178 pages.
- 11-Oufriha F-Z, Cheriet F et Salmi M. « De reforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », éd. CREAD, Alger, 2006, 211pages.
- 12-Regi J. K., Farnarier G. (eds.), 2007, «Médecine de proximité : Crise des ressources humaines, Regard croisé nord-sud », Colloque international organisé le 16 novembre 2007 à Marseille par Santé Sud, Marseille et URLM, PACA, Marseille, 78 pages.
- 13-Bouchayer F. (eds), 1994, «trajectoires sociales et inégalités : Recherches sur les conditions de vie », MIIR /INSEE, éd. Eres, Ramos ville, Stagne, 1994 ,395 pages ;
- 14-Daniel V., 1994, « Pour ou contre l'analyse secondaire ? » in Bouchayer F.(eds.)1994, «trajectoires sociales et inégalités : Recherches sur les conditions de vie », MIIR /INSEE, éd. Eres, Ramos ville, Stagne : 25-40 ;
- 15-Malan A.,1994, « Attitudes et stratégies des jeunes à l'égard du travail et de l'emploi », in Bouchayer F.(eds.)1994, «trajectoires sociales et inégalités :

Recherches sur les conditions de vie », MIIR /INSEE, éd. Eres, Ramos ville, Stagne : 361-386.

16-De Gaulejac , Vincent et Toyota Leoneti, Isabelle, 1994, « La lutte de places : insertion et désinsertion», collection «Reconnaitances», éd. Homme et Perspectives, Marseille, et éd. DESCLEE et BROUWER, Paris , 1994, 281pages .

17-Derras O., 2007, «Le mouvement associatif en Algérie », Friedrich Ebert Stiftung (FES), bureau d'Alger, Janvier 2007, 153pages.

18-Dubar, Claude, 1996, « La socialisation : Construction des identités professionnelles» éd. Armand Colin /Masson ,2^{ème} éd. Paris, 1996,262 pp

19-Dubar, C. et Tripier P., 1998, « Sociologie des professions : éd. Armand Colin, Paris, 1998 ,250 pages.

20-Feroukhi Djamel, 2005, « La problématique de l'équation : formation- emploi, modes d'insertion et trajectoires professionnelles des sciences et de la technologie éd. CREAD, Alger, 2005 ,240 pages.

21- Frefra Y., présentation de l'ouvrage de Feroukhi D., intitulé « La problématique de l'équationM formation-emploi », mode d'insetion et trajectoires professionnelles des sciences et technologie, EO !d. CREAD,Alger,2005,240 pages.

22- Guerid D., « L'expection algérienne »,Ed. Casbat,Alger,2007, 334 pages.

-Documents et publications de l'ADS :

1-ADS, 1997, « Recueil de textes d'application du dispositif d'appui au filet social (fascicule II), éd. Mars 1997.

2 – Belahcene F et Bouchakour M, 2000(1) « Rapport sur l'expérience nationale en matière d'action sociale de proximité (Fonctionnement, Evaluation et perspectives ». éd. ADS, Octobre 2000, 28pages.

3 – Belahcene F et Bouchakour M, 2000(2) « Manuel de procédures relatives aux cellules de proximité de solidarité » Ed l'ADS, Octobre 2000, 28 pages

4-ADS, 2009, « Démarche participative et développement : décennie 1999-2009 » mai 2009.

III-Décisions et notes de service :

1-Telli S., 2001, Décisions N° 753 (en date du 12/12/2001) portant cahier de charge relatif aux cellules de proximité de solidarité, créés par l'agence de développement social.

2-BENSENANE, D., Note de service n° 054/DG/ADS/2009 du 27/01/2009.

IV-Communications présentées aux séminaires de l'ADS :

- 1-ADS (1) « Méthodologie de mise en place d'un système d'information », séminaire organisé par l'ADS, février 2001 ;
- 2-ADS (2) : « Méthode de points indiciaires », séminaire organisé par l'ADS, février 2001 ;
- 3-Benabderrahmane T. « Action de proximité : stratégie d'intervention », séminaire organisé par l'ADS, février 2001
- 4-Lasnami , 2001, organisation interne des CPS, séminaire organisé par l'ADS en février 2001 à Alger.

V-Décrets exécutifs relatifs à l'ADS, parus dans les journaux officiels :

- 1-Décret exécutif n° 96-232 du 29/06/1996 portant création et fixant les statuts de l'ADS. ;
- 2-Décret exécutif n° 01-161 du 10/07/2001 modifiant le décret exécutif n° 96-232 portant création et fixant les statuts de l'ADS ;
- 3-Décret exécutif n°2000-37 du 7/02/2000 définissant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des CPS ;
- 4-Décret exécutif n°08-307 du 27/09/2008 relatif aux CPS.

VI- Bulletins d'information de l'ADS :

- 1- ADS, 2000, Mission et programmes : éd Janvier 2000 ;
- 2- ADS, 2004(1), La lettre de l'ADS, N° « 0 » janvier 2004.
- 3- ADS, 2004(2), La lettre de l'ADS, N° « 2 » juillet 2004.
- 4- ADS, 2005, La lettre de l'ADS, N° « 3 » novembre 2005.
- 5- ADS, 2007, La lettre de l'ADS, N° « 4 » mai 2007.

VII- Articles parus dans la lettre de l'ADS :

- 1-Allemand R., 2007, « Santé communautaire en Algérie : le projet d'El Gammas, Constantine », n° 4, mai 2007 : 19-20 ;
- 2-Annane S., 2007, « l'ADS : dix ans déjà » n°4, mai 2007 :4-5 ;
- 3-Amokrane A., 2007, « Projective », n° 4, mai 2007 :07;
- 4-Belgacem H., 2005, « Célébration de la journée nationale de le handicapé », n° 3, novembre 2005 : 16 ;
- 5-Belgacem H., 2007, « Une décennie de développement social n°4, mai 2007 :08;
- 6-Benabderrahmane T., 2005, « Enquête sur le dispositif des CPE », n° 3, novembre 2005 : 7-8 ;

- 7-Bensenane D-E., 2007, «L'économie solidaire et l'emploi », n° 4, mai 2007 :25-28;
- 8-Boukaabache F-Z., 2007, « Santé communautaire en Algérie : genèse du projet El Gammas », n° 4, mai 2007 :19-20;
- 9-Djender L., « Inauguration du SAMU social de Naciria » n° 4, mai 2007 :18 ;
- 10-Khadrine M. L., 2007, «ADS, une adaptation constante à l'évolution sociale », n° 4, mai 2007 :6 ;
- 11-Latrous K., 2005, «Formation des gestionnaires des programmes de l'ADS, au niveau des DEW,n° 3, nov. 2005 : 15 ;
- 12- Merkiche N., 2007, « Le PADSEL- NEA, une action de développement local intégré », n° 4, mai 2007 :16-18;
- 13-Merouani N., 2007, « Economie solidaire et mécanisme d'insertion par l'emploi », n° 4, mai 2007 :29-30;
- 14-Ould Abbes D., 2007, «Les politiques et programmes d'emploi : Extrait du communiqué du MESN »,n° 4, mai 2007 :16 ;
- 15-Thaminy M., 2000, « L'ADS, mission et programmes », Janvier 2000 :

-Dictionnaire, encyclopédies

- 1-Encyclopédie Encarta, en CD Rom, 2009 ;
- 2-Multi-dico, en CD Rom, Larousse, 2004 ;
- 3-Multimédia, 38 dictionnaires et recueil de correspondances, 2006 ;
- 4-Dictionnaire Reverso, en ligne.

Bibliographie en ligne:

- 1-Berthrand, H., «Définitions et réflexions : Droit médical et droit de la santé», en ligne, Droit medical.com, écrit le : 30/1/2019, dans la rubrique « Perspectives / Variation, mis en ligne le : 18/11/2012, consulté le : 11/2/2015 ;
- 2-Bulletin d'histoire de la sécurité sociale(BHSS), n° 41, janvier 2000, P.3 ;
- 3-Emanuelli, C., « Le droit international de la santé : Evolution historique et perspectives contemporaine », en ligne, revue québécoise de droit international, PP : 11-18, consulté le 8/2/2014 ;
- 4-K.B., «L'expert, l'expertise médicale et la contre-expertise» en ligne, posté par Sofiane le 30/1/2012, WWW.le quotidien-oran.com, consulté le : 11/2/2015 ;
- 5-Khadir, A., « La responsabilité médicale à l'usage des praticiens de la médecine et du droit », Editions Houma, Alger, 2014, 355 pp.
- 6-IdReF.htm., note documentaire, « Jean Imbert », en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;

- 7-Leca, A. et al. Présentation de l'ouvrage intitulé « Histoire du droit de la santé », en ligne, col ; intempéra, 2014,320 pp., consulté le:8/2/2015;
- 8-Neveu Jean, B.M., « Notice sur la vie et travaux de Jean Imbert », Académie des sciences morales et politiques, séance du lundi 25/11/2002, en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;
- 9-Oussoukine, A. , CV, en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;
- 10-Rubio, F., « La santé : histoire d'un droit », Humanitaire (En ligne), 38, 2014, mise en ligne le 11/09/2014, consulté le : 8/2/2015 ; URL : [http:// humanitaire.revue.org/2999](http://humanitaire.revue.org/2999) ;
- 11-SCOTTI, J.C., « Introduction au droit de la santé », 2014, en ligne, Cabinet d'Avocat, Marseille, consulté le 8/2/2015 ;
- 12-Véronique H-B, Présentation de l'ouvrage intitulé : « Histoire du droit international de la santé », LEH édition, col. Essentiel, 2014, 152 pp., consulté le:8/2/2015;
- 13-Vitta, C., «Droit sanitaire international», Académie de droit international de la Haye, recueil de cours, volume 33, 1930, pp : 545-670, [galia.bnf.fr/bibliothèque nationale de France](http://galia.bnf.fr/bibliothèque_nationale_de_France), en ligne, 916 pp ;
- 14-Wikipedia, « Henry Dunant », en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;
- 15- Wikipedia, « Jean Savatier », en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;
- 16- Wikipedia, «René Savatier», en ligne, consulté le : 11/2/2015.
- 17-Wikipedia, « Droit médical », en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;
- 18-Wikipedia, « Jean Imbert », en ligne, consulté le : 11/2/2015 ;
- 19-Wikipédia, « Trajectoire
- 20-Bigot François, Thierry Richard et Benoit Tudoux, « Mobilité professionnelle des salariés du secteur médico-social », cahier de recherche N° 183, Juin 2003, Département Evaluation des politiques sociales, dirigé par Matthieu ANGOTTI, Centre de recherche pour l'éducation et l'observation des conditions de vie (CREDOC), 61 pages en ligne ;
- 21-Collectif Interassociatif sur la santé (CISS), « médecine de soins de Proximité », mise en ligne le 28/07/2010, 16 pages ;
- 22-l'Exique des Sciences Economiques et Social, « Désaffiliation », mis en ligne le 07/01/1980 ;
- 23-Claude, Martin (dir) « Désaffiliation », Pugam Serge, Dictionnaire Suisse de politique Sociale, mis en ligne le 07/01/1980 ;
- Les mots clés de sociologie, « Désaffiliation », PUF, paris, mis en ligne le 01/01/2013, consulté le 18/07/2013 ;

- 24-Castel, Robert, Observatoire, Jeunes et société « de l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation, précarité du travail et vulnérabilité relationnelle » dans DANZELOT, Jacques (dir.), « FACE 0 L4EXCLUSION ? LE MOD7LE FRAN9AIS ? Paris ? 1991, PP :137-198, résumé, mis en ligne le 0/01/1980 ;
- 25-Fournier, Cristine, « Diplôme, trajectoire sociale et activité des jeunes femmes », Etudes, sd., PP : 36-42 ;
- 26- Centre d'études et de Recherche sur les emplois et la professionnalisation (SEREP), « Trajectoire professionnelle », université de Reims champagne Dene, 2012, consulté le 15/08/2013 ;
- 27-Manbou, Patrick Félicien, « Stratégie d'intervention de jeunes de la ville de Yaoundé », mémoire de fin de scolarité, rédigé et soutenu par l'auteur, partie 1, le cadre théorique et institutionnel, consulté le 11/08/2013 ;
- 28-Arache, rabe, « Quelques éléments sur l'analyse du processus d'intervention professionnelle, Centre d'études sur l'Emploi et la technologie (CETEC), direction de a planification et de l'infomation sur le marché du travail d'emploi, Quebec, janvier 2002, 30 pages ;
- 29-Thérèse Hamel et Annie, Pilot, « Devenir professeur(e) d'université, quelle(s) norme) our quelle(s) direction(e) ?, Du rêve à la réalité : les études doctorales et début de la carrière professionnelle, ur, Colloque de EQPPU mars 2007, Université Aval, Canada, 33 pages ;
- 30-Bury, Jacques, « Parcours de vie, note de synthèse, version longue, 8 pages, mis en ligne le 26/01/2010 ;
- 31-Glen, Elder, « Shéma conceptuel : Trajectoire de vie de l'iténérace.
- 32-Chachoua L., « Le système national de santé : 1962 à nos jours », Colloque International sur les politiques de la santé Les 18 et 19 Janvier 2014, 30 pp ; en ligne, Alger, Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière en collaboration avec l'Ecole Nationale Supérieure en sciences politiques ;
- 33-Abid L. « Organisation actuelle du système de santé et perspectives »,21 pp, en ligne ;
- 34-Guillermou Y., « L'expérience algérienne de médecine gratuite », Science sociale et santé, janvier 2003, volume 21, n° 2, K.pp : 79-108 ;
- 35-L'Algérie profonde /Ouest-Oran, « Le systme de soins en Algérie de 1962 à nos jours », www.liberté-Algérie.com;
- 36-Wahnich, Stéphane, « Enquetes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique : trois méthodes d'approche des publics », BBF, Paris, T.51, n° 6 en ligne.

ملاحق