



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عباس لغرور خنشلة



كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

الرمز التسلسلي: ...../ك.ع.إ.ن/ق.ع.إ./2023

## تأثير سياسة التخطيط الحضري بالجزائر على توزيع المرافق الصحية بمدينة خنشلة أنموذجا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل م د (LMD)

في العلوم الاجتماعية تخصص: ثقافة المدينة وتنمية المجتمع

إشراف الدكتور:

إعداد الطالبة:

- بهتون نصر الدين

- جحفة سهيلة

### لجنة المناقشة

اللقب والإسم	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
بن رمضان سامية	أستاذ التعليم العالي	جامعة عباس لغرور خنشلة	رئيسا
بهتون نصر الدين	أستاذ محاضر -أ-	جامعة عباس لغرور خنشلة	مشرفا ومقررا
حمزوي سهى	أستاذ التعليم العالي	جامعة عباس لغرور خنشلة	عضوا مناقشا
عمراوي صلاح الدين	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحاج لخضر باتنة 1	عضوا مناقشا
بويكر بن عمران	أستاذ محاضر -أ-	جامعة عباس لغرور خنشلة	عضوا مناقشا
بغزة عادل	أستاذ محاضر -أ-	جامعة الحاج لخضر باتنة 1	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022 - 2023

# شكر وعرفان:

إن الشكر واجب والثناء لازم فالحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

نحمده على ما أنعمه علينا، الحمد لله الذي سدد خطايا طموحى .

أتوجه بجزيل الشكر إلى من بدأت معي العمل البروفيسور شنافي ليندة،

دون أن أنسى من أنهى معي هاته الأطروحة الدكتور بهتون نصر

الدين، شكرا لصبركم، لنصائحكم القيمة، وعلى تحفيزكم لي وتقدير

مجهوداتي، شكرا على ما أسديتموه لي من تسهيلات.

كما لا يفوتني بجزيل الشكر لأعضاء اللجنة الموقرة والذين شرفونا بحضورهم

اليوم.

و من واجب العرفان الجميل أن اشكر كل أساتذة الكلية التي

احتضنتني وكل من ساهم من قريب أو بعيد.

والله ولي التوفيق.

# فهرس المحتويات

فهرس الموضوعات

..... فهرس الجداول

..... فهرس الأشكال

..... فهرس الخرائط

المقدمة: ..... أ.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لدراسة

1-الإشكالية: ..... 6

2- أهمية الدراسة: ..... 8

3- أهداف الدراسة: ..... 8

4- أسباب اختيار الموضوع: ..... 9

5- تحديد مفاهيم الدراسة: ..... 11

6- الدراسات السابقة: ..... 20

7- فرضيات الدراسة: ..... 28

الفصل الثاني: التخطيط الحضري

تمهيد: ..... 31

1/ النظرية الايكولوجية والحضرية أسلوب الحياة لتخطيط الحضري: ..... 32

2/ التخطيط الحضري قديما ومبادئه: ..... 35

- 38 ..... /3 إجراءات وأهداف التخطيط الحضري:
- 40 ..... /4 أنماط التخطيط الحضري وعوائقه:
- 41 ..... /5 التخطيط الحضري والبعد السوسولوجي:
- 45 ..... خلاصة:

### الفصل الثالث: المرافق الصحية

- 48 ..... تمهيد:
- 49 ..... /1 أوضاع القطاع الصحي من منظور تاريخي
- 54 ..... /2 وظائف المؤسسات الصحية:
- 56 ..... /3 تصنيف المرافق الصحية:
- 60 ..... /4 معايير تصنيف وتقييم المرافق الصحية
- 64 ..... /5 مشكلة الاكتظاظ داخل المرافق الصحية.
- 67 ..... خلاصة الفصل:

### الفصل الرابع: قراءة سوسولوجية لتخطيط الحضري و المرافق الصحية بالجزائر

- 70 ..... تمهيد:
- 71 ..... /1 مراحل التخطيط الحضري بالجزائر منذ الاستقلال
- 77 ..... /2 التشريع القانوني للقطاع الحضري:
- 87 ..... /3 واقع الصحة بالجزائر:

92 /4 التشريع القانوني للقطاع الصحي بالجزائر: .....

95 خلاصة: .....

### الفصل الخامس: تحليل معطيات جاهزة لمدينة خنشلة

98 تمهيد: .....

99 /1 لمحة تاريخية على مدينة خنشلة: .....

99 /2 الوضعية الإدارية والجغرافية للمدينة: .....

104 /3 الوضعية الديمغرافية والأنماط العمرانية لمدينة خنشلة: .....

111 /4 واقع القطاع الحضري بمدينة خنشلة: .....

124 /5 واقع القطاع الصحي لمدينة خنشلة: .....

132 خلاصة الفصل: .....

### الفصل السادس: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

135 تمهيد: .....

136 /1 مجالات الدراسة: .....

141 /2 المنهج الدراسة: .....

142 /3 أدوات جمع البيانات: .....

146 /4 العينة وكيفية اختيارها: .....

148 خلاصة: .....

الفصل السابع: عرض و تحليل و مناقشة النتائج

151	تمهيد:
152	1/ عرض بيانات الدراسة وتفسيرها
172	2/ مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
181	الخاتمة:
184	قائمة المراجع:
193	الملاحق

## فهرس الجداول

### فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
60	يمثل معايير تصنيف و تقييم المرافق الصحية.	01
62	يوضح نوعية الخدمات الصحية	02
79	يمثل النصوص التشريعية ما قبل 1990.	03
101	يمثل المسافة بين خنشة وبعض الولايات	04
105	يوضح الكثافة السكانية للدية خنشة 1966-2018.	05
105	يمثل تطور نمو السكان	06
108	يوضح الصيغ السكنية لبلدية خنشة	07
110	يوضح المشاريع منتهية الأشغال و غير المنتهية	08
117	يوضح المقاطعات الحضرية ببلدية خنشة	09
126	يوضح المرافق الصحية	10
128	يوضح التغطية الطبية لسكان	11
138	يوضح توزيع الاقامات في القطب العمراني الجديد.	12
144	يوضح ممثلي الهيئات الإدارية لعملية التخطيط الحضري	13
156	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	14
157	يمثل السن	15
158	يمثل المستوى التعليمي	16
159	يمثل الحالة الاجتماعية	17
161	تمثل الوظيفة لرب الأسرة	18
162	يمثل المستوى المعيشي	19
163	يمثل مرفق صحي قريب لحيكم	20



## فهرس الجداول

164	المسافة بين المنزل واقرب مرفق الصحي	21
165	يمثل نوع المرفق الصحي الأقرب لهم	22
166	يمثل تلبية احتياجاتهم الصحية	23
167	يمثل ميل المبحوثين لأحد القطاعات	24
169	يمثل سبب اكتظاظ بمؤسسات القطاع العام	25
170	يمثل تواصل المبحوثين مع رؤساء الأحياء	26

## فهرس الأشكال

### فهرس الأشكال:

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
109	أعمدة بيانية توضح الصيغ السكنية لبلدية خنشلة	01
126	يوضح توزيع المرافق الصحية	02
156	دائرة نسبية توضح جنس المبحوثين	03
157	أعمدة بيانية توضح سن المبحوثين	04
159	أعمدة بيانية توضح المستوى التعليمي	05
160	أعمدة بيانية توضح الحالة الاجتماعية للمبحوثين	06
161	أعمدة بيانية توضح وظيفة رب الأسرة	07
162	دائرة نسبية وضح المستوى المعيشي	08
163	أعمدة بيانية توضح إجابة المبحوثين لأقرب مرفق صحي لهم	09
165	دائرة نسبية توضح مسافة اقرب مرفق صحي لهم	10
166	أعمدة بيانية توضح نوع المرفق الصحي	11
167	دائرة نسبية توضح نسبة تلبية احتياجاتهم	12
168	أعمدة بيانية تمثل ميل المبحوثين لأحد القطاعات	13
169	دائرة نسبية تمثل سبب اكتظاظ المؤسسات الصحية حسب اجابة المبحوثين	14
170	أعمدة بيانية تمثل تواصل المبحوثين مع رؤساء الأحياء	15

الصفحة	العنوان	رقم الخريطة
100	الموقع الجغرافي لمدينة خنشلة	01
101	الموقع الإداري لمدينة خنشلة	02
103	الخريطة جيو تقنية	03
106	توضح الكثافة السكانية	04
112	اتجاهات التوسع	05
115	الأنماط السكنية	06
119	المقاطعات الحضرية	07
125	الخريطة الصحية لولاية خنشلة	08
131	توزيع المرافق الصحية بالقطب العمراني الجديد	09
137	المخطط التقني للقطب العمراني الجديد	10

# المقابلة

### المقدمة:

تعتبر المرافق الصحية جزءاً أساسياً في البنية التحتية لإقليم المدينة انطلاقاً لأهميتها لدى أفراد المجتمع، لهذا فإن تطورها يجب أن يكون بالتوازي مع التطور الحضري للمنطقة، كونها تلبي حاجياته الصحية بالشكل والنوع المطلوب، لذلك فإن الحاجة الماسة إلى عملية التخطيط لاستخدام الأرض والذي يعمل في مجمله على تنظيم وضبط استخدامات الأرض وكذا توجيه هاته الاستخدامات خدمة لتلبية متطلبات المجتمع ككل، إذ تقتضي هاته الأخيرة توزيع امثل للمرافق الخدماتية أبرزها الصحة، مع مراعاة المشاكل والتحديات التي تعاني منها منطقة الدراسة، إذ يعتبر مخطوطا المجال الحضري أن التخطيط الحضري من العلوم المعقدة التي تستوجب تدخل عدت فواعل ذوي خلفيات مختلفة لشتى مجالات الحياة، وفي نظرهم أن التخطيط الحضري هو تخطيط شامل يقوم على وضع إطار وتصور مستقبلي واضح المعالم للتنمية المستقبلية والمستدامة، كونها تركز على الغاية من هاته العملية التخطيطية استناداً إلى معايير النمو ومعدلات الكثافة السكانية وما يمكن تحقيقه على المدى المتوسط والبعيد، وما جاء على ذلك فالتطرق إلى سياسة التخطيط الحضري تركز على تهيئة المجال الحضري وفق سياسات منهجية وتطبيق مشاريع مرسومة من طرف هيئات تنفيذية على ارض الواقع، ولتحقيق ذلك تم الاعتماد في دراستنا على المعطيات الجاهزة وتحليلها، زيادة على ذلك الآليات التي ساعدتنا في تفسيرها لتحليل هاته السياسات المنتهجة من طرف الفواعل الرسمية وصناع القرار وكذا تأثيرها على توزيع المرافق الصحية كون أن الوصول إلى تهيئة حضرية متجانسة ومتوازية يتطلب توظيف التقنيات الحديثة والعلوم المتطورة بما يتلاءم والمعطيات المحيطة بالمجتمع، وذات الأبعاد المختلفة أبرزها البعد السوسيلوجي لها، ولعلّى تبني صناع القرار لسياسات التي تظم الجانب السوسيلوجي من شأنه أن يحقق نجاح هاته المشاريع.

- إضافة للمقدمة تم تقسيم البحث إلى بابين، باب متعلق بالجانب النظري ويظم أربعة فصول بدايتها كانت مع الفصل الأول والمتعلق بالإطار المفاهيمي لدراسة وبغرض الإجابة على إشكالية الدراسة قسم البحث إلى ستة (06) فصول، منها 03 فصول متعلقة بمتغيرات الدراسة النظرية وهي كالتالي: **الفصل الثاني** كان بعنوان التخطيط الحضري وتم انتقاء العناصر التي تخدم الدراسة الميدانية، بداية بالنظريات التي أسقطناها على مدينة خنشلة إضافة إلى مبادئ التخطيط الحضري، وأهدافه، وعوائقه وأبعاده السوسولوجية.

**أما الفصل الثالث** كان بعنوان **المرافق الصحية** بحيث تطرقنا إلى الجانب الامبريقي للمرافق الصحية منذ النشأة الأولى، بعدها تطرقنا إلى وظائفها ثم تصنيفاتها المختلفة ومعايير تصنيفها التي ساعدتنا في تحليل الواقع الصحي لمدينة خنشلة.

**في حين جاء الفصل الرابع** بعنوان **قراءة سوسولوجية لتخطيط الحضري والمرافق الصحية بالجزائر** لربط بين الفصول النظرية وقد كان تركيزنا على تطور كل من القطاع الحضري وكذا الصحي بالجزائر منذ الاستقلال مع ذكر الشق القانوني الذي يضبط هاتين القطاعين ويساهم في رسم سياساتها بشكل ممنهج للحفاظ على تطبيقها على أرض الواقع وضمت العناصر التالية:

أولاً: مراحل التخطيط الحضري بالجزائر منذ الاستقلال، ثم التشريع القانوني للقطاع الحضري، بعدها واقع الصحة بالجزائر، وأخيراً التشريع القانوني للقطاع الصحي بالجزائر:

أما الباب المتعلق بالدراسة الميدانية فقد حضي هو الآخر بظم ثلاثة فصول على غرار الخاتمة ونذكرها على التوالي: **الفصل الخامس** كان بعنوان

تحليل معطيات جاهزة لمدينة خنشلة، بداية لمحة تاريخية لمدينة خنشلة، ثم الوضعية الإدارية والجغرافية للمدينة، بعدها تحليل المعطيات الجاهز لمختلف التقارير من مختلف الهيئات الرسمية والتركيز على ما يخدم مجال بحثنا مع إضفاء الصبغة السوسولوجية عليه

في شكل دراسة لواقع القطاع الحضري بمدينة خنشلة، وأيضاً واقع القطاع الصحي بمدينة خنشلة.

آخراً وليس أخيراً **الفصل السادس** بعنوان الإجراءات المنهجية لدراسة تطرقنا من خلالها إلى تحديد مجالات الدراسة والمنهج المستخدم، أدوات جمع البيانات وأخيراً أسلوب اختيار العينة.

وختاماً لخطة بحثنا هو **الفصل السابع** الذي يتم فيه عرض وتحليل بيانات دليل المقابلة وأداة استمارة الاستبيان وتفسيرها، والتي استخدمناه لمساعدتنا في التوصل إلى نتائج، ثم مناقشتها على ضوء الفرضيات، للخروج بتوصيات واقتراحات.

# الفصل الأول

## الإطار المفاهيمي للدراسة



# الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة

- 1- تحديد الإشكالية.
- 2- أهمية الدراسة.
- 3- أسباب اختيار الموضوع.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- تحديد مفاهيم الدراسة.
- 6- الدراسات السابقة.
- 7- فرضيات الدراسة.

## 1- الإشكالية:

مع مرور الزمن وبمجيء العصر الحديث تقدمت العلوم والاكتشافات الطبية والعلمية، واشتملت على كافة فئات المجتمع، حتى البيئة المحيطة بهم، وتشكلت بذلك منظمة الصحة العالمية: 1948/04/07<sup>1</sup> وهي إحدى وكالات هيئة الأمم المتحدة المتخصصة في حقل الصحة هدفها رفع المستوى الصحي في العالم دون تمييز، مقرها جنيف وتصدر كل عام شعار، إحدى شعاراتها الصحة للجميع سنة 2000، وقد ساهمت في نقل المعرفة والتزويد بأدواتها للوصول إلى الهدف المنشود، وانتهجت كثير من دول العالم سياسة صحية تعبر بها عن الخيارات التي تتبناها فواعل الدول تماشياً مع المعايير العالمية المسطرة من قبل المنظمة، فتترجم هاته القرارات من قبل متخذي القرار كأفعال وتشريعات ومخططات وبرامج تسعى إلى تحسين الوضع الصحي.

وسعت الجزائر منذ استقلالها إلى تطوير وتحسين منظومتها الصحية عن طريق تقريب الهياكل الصحية عبر كامل التراب الوطني مع توفير إطارات وهياكل كافية لذلك، بوضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى ترقية المجتمع صحياً.

ومن بين المرتكزات الأساسية التي اعتمدها السياسة الصحية بالجزائر مجانية العلاج، توفير العناية الطبية ومجموع اللقاحات للحد من الأمراض والأوبئة، خاصة في المناطق التي تمتاز بتجمعات سكانية كبيرة، والتي تعاني في نفس الوقت من التزايد المستمر لنموها.

كما أن التوسع الحضري الراهن خاصة في المدن الكبرى يطرح العديد من التحديات على التوزيع الجغرافي للأفراد انطلاقاً من استخدام نمط استغلال الأراضي، بحيث تواجه الاستراتيجيات التي تقوم بتقسيم المساحات الحضرية إلى مناطق (تجارية، إدارية... الخ) صعوبات في التعامل مع نسبة السكان المتزايدة على المدى الطويل.

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: سلسلة تقارير مستشارين خبراء، مشتركة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة، جنيف، 2003، ص5.

من ناحية أخرى، لاقت عملية تسرب السكان في الآونة الأخيرة من البلديات الجهرية تزايدا كبيرا نتج عنه اكتساح أراضي محيطة بالمراكز الحضرية نظرا لافتقارها إلى الخدمات والتجهيزات والبنية التحتية المصاحبة لها، وهو ما اثر سلبا على مختلف المرافق العمومية منها المؤسسات الصحية وما تتوفر عليه من خدمات، وفي هذا الشأن تبنت الجزائر وسائل وأساليب علمية ضمن إطار التنظيم الحضري (نمط التهيئة والتعمير، ونمط استخدام الشغل لأراضي) بهدف الحد من أزمة السكن الخائفة وما ينجر عنها من انعكاسات على أرض الواقع، دون أن تولي اهتماما كافيا بالجانب الصحي ولتكتفي بوجود مرفق صحي فقط، خاصة إذا كانت الخدمة الصحية مطلب لكل إنسان يريد المساهمة في التنمية فانه يخصص جهده وماله وجل إمكانياته من اجل ذلك بحيث يقاس مستوى الخدمة بطبيعة الجودة التي تقدم في هاته المؤسسات وعملية تقييم هذه الخدمة تهدف إلى الغايات التي تسعى إليها أي مؤسسة صحية، والارتقاء بها يستند إلى ضرورة تحسين نوعيتها وكفاءتها مقابل كسب رضا الزبون - المريض - والحفاظ عليه، فالزيادة السكانية التي لا تصاحبها زيادة فعالية الأنشطة وجودتها تخلق نوع من عدم الاتزان، كما عمدت الجزائر في الآونة الأخيرة إلى تطوير هيكلها ونظمها بتشبيد مؤسسات عمومية لصحة الجوارية التي تسعى بها إلى تقريب الصحة من المواطن والتخفيف من الضغط على المؤسسات الاستشفائية المجاورة لها، وفي ذات السياق نجد كثير من الدراسات قد تطرقت إلى التخطيط الحضري بالمدن الجزائرية واستعراض أهم إسهاماتها في تغيير المدن الحضرية إلا أن المشاكل المتفاقمة لم ترقى بعد إلى إيجاد حلول لبلوغ مستوى راحة الفرد والمجتمع صحيا بالرغم من التطور الملوس الذي مس مجال الصحة وكذا التقنيات المستحدثة فيه لازال موضوع الصحة مثيرا للجدل عند المجتمع، لهذا فالدراسة الراهنة تسعى للبحث في اثر هاته السياسات وإسهاماتها في توزيع المرافق الصحية انطلاقا من وجهة نظر سوسيولوجية، بحيث أخذنا مدينة خنشلة أنموذجا لهاته الدراسة، ومنه يمكن إدراج التساؤل التالي:

كيف تساهم سياسة التخطيط الحضري بتأثيرها على توزيع المرافق الصحية داخل المدن الجزائرية؟

و تتبثق منه التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تخضع سياسة تخطيط المدن إلى معايير معتمدة ؟
- هل هناك توافق في التوزيع الجغرافي للمرافق الصحية؟
- هل للمرافق الصحية فعالية داخل المقاطعات الحضرية ؟

## 2- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هاته الدراسة في كونها تخدم متخصصي المجال الحضري وكذا القطاع الصحي في مدينة خنشلة للتعرف على نقاط ضعفها والعمل على تداركها، وكذا البناء على نقاط القوة ومحاولة تعزيزها بما يخدم مجتمع الدراسة هذا من جهة، ومن الجانب السوسيلوجي نرى أن الدراسة الراهنة تكمن في خلق البيئة الحضرية التي تتوافر على الشروط الضرورية للحياة الحضرية، والتي من شأنها تقريب المرافق الخدماتية للمواطنين خاصة بمركز المدينة.

## 3- أهداف الدراسة: واشتملت الدراسة على:

### 3-1/ الهدف العلمي:

يتمثل في تحقيق وتعزيز التحكم في الأساليب المنهجية للبحث العلمي إضافة إلى اكتساب طرق التحليل والمناقشة للمادة العلمية والنظرية، ومحاولة تفسير الجانب الميداني انطلاقا ما تم تبنيه في الجانب النظري من خلال التعرف على عملية التخطيط الحضري والفواعل الأساسية في هاته العملية المهمة وكذا مساهمتها في توفير المرافق الصحية بالمدينة.

و من جهة أخرى الوقوف على واقع التخطيط الحضري في ظل أدوات التهيئة والتعمير مراعاة بتوفير المرافق الصحية وكذا محاولة اقتراح حلول كفيلة بالتخفيف من معضلات التخطيط الحضري بمنطقة الدراسة.

### 3-2/ الهدف العملي:

الهدف الأساسي من هاته الدراسة هو تحليل واقع التخطيط الحضري وتوزيع المرافق الصحية بالمدينة، وتحديد مدى كفاءتها وملائمتها لمعايير التخطيط، والتي تلبي حاجيات المجتمع المحلي، مع الحرص على تقديم مقترحات لتوزيع أفضل المرافق الصحية داخل منطقة الدراسة، من شأنه أن يساعد الجهات المعنية وأصحاب صناعات القرار باتخاذ الخطوات اللازمة والمناسبة في تطوير هذه الخدمة الحيوية.

\* / أيضا إبراز أهمية سياسة التخطيط الحضري وما تشتمل عليه هاته العملية من توفير مختلف المرافق الخدماتية أبرزها المرافق الصحية.

\* / فحص مدى تطابق التوزيع العادل للمرافق الصحية داخل المدينة.

\* / وضع تصور واضح المعالم للتقسيم الحضري داخل مدينة خنشلة وكذا توزيع المرافق الصحية وفق أسس علمية مع مراعاة المعوقات والمشاكل التي تعاني منها منطقة الدراسة.  
\* / قراءة عامة حول الفجوة التي تعاني منها سياسات التخطيط الحضري بمدينة خنشلة على ارض الواقع.

### 4- أسباب اختيار الموضوع:

### 4-1 / الأسباب الموضوعية:

أهمية الصحة بالنسبة للمجتمع ولما له من تأثير على حياة الإنسان وتنامي القطاع الحضري موازاة بالقطاع الصحي، مما دفع الدولة الاهتمام بفتح باب الاستثمار أمام الخواص وفق متطلبات الحاجة إلى تغطية عجز صحي وكذا تلبية رغبة وتطلعات المواطنين .

\*/ الكشف على العلاقة التي تربط المخططات الحضرية بالمرافق الصحية.

\*/ تقديم نتائج قد تساعد صناع القرار في التقليل من المشكلات التي تفرزها السياسات المنتهجة والتي تصب مجملها في المخططات اللاعقلانية.

\*/ تساهم الدراسة الحالية في إثراء الجانب الحضري وكذا القطاع الصحي من وجهة نظر سوسيولوجية خاصة في مدينة خنشلة .

#### "4-2/ الأسباب الذاتية:

نظرا لبروز الحاجة الماسة للمخطط لاستخدام الأرض والذي يساعد على تنظيم وضبط وتوجيه استخدامات الأرض لإشباع حاجيات السكان والتغلب على المشكلات التي يعانون منها، فقد كان لابد من عمل دراسة تعنى بالتمعن في السياسات المنتهجة للتخطيط الحضري وتأثير هاته الأخيرة في توزيع المرافق الصحية.

\*/ بناءا على ملاحظتنا للمحيط الحضري والتزايد المستمر لسكان يتطلب توزيع امثل للمرافق الصحية من شأنه إشباع الحاجيات الصحية لساكنيها.

\*/ العمل على إيجاد طريقة احداث تساعد في التوزيع العادل للمرافق الصحية داخل القطاعات الحضرية.

\*/ البحث عن أسباب التقسيم الحضري داخل المدينة وكذا أسباب تواجد المرافق لصحية في مناطق وأقليتها في مناطق أخرى.

\*/ معرفة إذا كانت الكوادر البشرية المتواجدة على مستوى المرافق الصحية تلبي حاجيات السكان الصحية.

## 5- تحديد مفاهيم الدراسة:

إن تحديد المفاهيم من المهام الأساسية والمشكلات الدقيقة التي تواجه الباحث كونها مرتبطة بالمجال الميداني، ومن وراءه نحدد معالم دراستنا خاصة في ميدان العلوم الاجتماعية والتي تمتاز مفاهيمها بالمرونة والنسبية والتغيير ونظراً لأهمية موضوع الدراسة قمنا بتحديد المفاهيم الآتية مثلما تتطلبه طبيعة الموضوع.

### 1/ مفهوم السياسة:

#### 1-1/ التعريف اللغوي للسياسة:

على وزن فعالة، والسياسة فعل السائس، والوالي يسوس رعيته، وسوس فلان ابن أمر بني فلان أي كلف سياستهم.<sup>1</sup>

#### 1-2/ التعريف الاصطلاحي للسياسة:

- يعرفه جيمس اندرسون: بأنها نمط محدد من نشاطات وسلوك الحكومة بشأن موضوع ما لتحقيق هدف محدد.<sup>2</sup>
- أما كارل فريديريك: يقول بأنها برنامج عمل مقترح لشخص أو لجماعة أو لحكومة في نطاق بيئة محددة لتوضيح الفرص المستهدفة والمحددات المراد تجاوزها سعياً للوصول إلى هدف أو لتحقيق غرض مقصود<sup>3</sup>.
- بينما عرفه دي كوسيو لاس: بأنها تلك القرارات والخطط التي تضعها الهيئات الحكومية من أجل معالجة القضايا العامة للمجتمع<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - من قاموس المحيط في اللغة: الصحاح بن عباد، عالم الكتب، بيروت، لبنان، 1994، ص498.

<sup>2</sup> - محمد قاسم القريوتي: رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، عمان، الأردن، دائرة المكتبة الوطنية، 2006، ص30.

<sup>3</sup> - جيمس اندرسون: صنع السياسات العامة، ترجمه عامر الكبيسي، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 1999، ص15.

- كما تعرفها وصال تجيب العزاوي: في كتابها مبادئ السياسة العامة بأنها برامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو مواجهة قضية أو موضوع، أو مجموعة من القرارات التي يتخذها فاعلون معروفون بهدف تحقيق غرض عام.<sup>2</sup>

### 1-3/ المفهوم الإجرائي لسياسة:

يستخدم هذا المصطلح عامة للإشارة إلى السلوكيات وأفعال تترجم الإجراءات المنتهجة على أرض الواقع، كما يشير هذا المصطلح إلى الفواعل الأساسية سواء كانوا حكوميين أو مسئولين يمثلون هيئات رسمية معينة تعمل في نطاق أو نشاط محدد.

### 2/ مفهوم التخطيط:

#### 1-2/ التعريف اللغوي:

من الفعل خطط، يخطط، تخطيطا الشيء سطره-البلاد جعل لها خطوطا وخططت الدولة مشاريعها أي سطرت برامج مضبوطة وأجالا محددة لانجازها.<sup>3</sup>

#### 2-2/ التعريف الاصطلاحي:

إن اختلاف التعاريف الاصطلاحية باختلاف المذاهب وكذا ميادين الدراسات والإيديولوجيات للعلماء والمفكرين.

- عرفه فريديريك ادمز: أن التخطيط هو تحديد انصب السبل لتوجيه وضبط استعمالات الأراضي، واستثمار مواردها بالشكل الذي يحقق أقصى مردود اقتصادي واجتماعي للسكان.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - فهمي خليفة الفهداوي: السياسة العامة- منظور كليفي البنية والتحليل-، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2001، ص35.

<sup>2</sup> - وصال مجيب العزاوي: مبادئ السياسة العامة، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ط1، 2003، ص14.

<sup>3</sup> - علي بن هادية بن لحسن البلشيش: القاموس الجديد للطلاب (معجم عربي مدرسي الفبائي، الشركة التونسية لتوزيع- المؤسسة الوطنية الجزائرية للكتاب، -الجزائر، ط5، 1984، ص315.

<sup>4</sup> - بحيري صلاح الدين: قراءات في التخطيط الإقليمي، دار المفكر المعاصر، بيروت، لبنان، د ط، 1994، ص9.



- كما يعرفه هنري فايول: انه يشتمل على الوقائع والتنبؤ بما سيكون عليه المستقبل مع الاستعداد لهذا المستقبل، فهو عملية قراءة المستقبل بناء على أساليب وطرق منهجية تعمل على ذلك.<sup>1</sup>
- ويعرفه جينر ميردال: انه المحاولات الواعية من الحكومة المركزية للتنسيق السياسة العمومية بحيث تكون أكثر منطقية لكي تحقق أقصى إشباع وبسرعة للغايات المرغوبة لمستقبل نامي والذي يتحدد بالعمليات السياسية كما وضعت.<sup>2</sup>

### 2-3/ المفهوم الإجرائي للتخطيط:

هو أسلوب فكري وتصور ذهني يشتمل على عمليات متعددة، تهدف إلى إحداث تغييرات مقصودة في المجتمع وأفراده، وعلى فترات زمنية محددة مع تحديد واضح للمسؤوليات من قبل الجهات التنفيذية ومراعاة للموارد المتاحة لتنفيذ الخطط والسياسات والمناهج المرسومة .

### 3/ المفهوم الاصطلاحي لتخطيط الحضري:

حسب قاموس التهيئة والتعمير: الذي يعرفه على انه مجموعة من الدراسات، والإجراءات القانونية والمالية التي تمكن السلطات المحلية من فم وتطور المناطق الحضرية لتحديد افتراضات التهيئة فيما يتعلق بمدى وطبيعة وموقع التوسعات العمرانية والمواقع المحمية (المجالات المحمية)، ثم التدخل في تنفيذ الخيارات المحددة، وضمن هذا السياق فان وثائق التعمير تعتبر جزء من التخطيط الحضري.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - امل لطفي أبو طاحون: التخطيط التربوي واعتباراته الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2010، ص17.

<sup>2</sup> - احمد شفيق السكري: المدخل في تخطيط الخدمات وتنمية المجتمعات المحلية الحضرية والريفية- مفاهيم، أساليب، أدوات، نماذج، تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الازرطة، مصر، 2000، ص13.

<sup>3</sup> - pierre mer lin .Françoise choyas :dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement. Presses universitaires de France léreedition.marr1988.p502.

- كما تعرفه ليليا حفيظي: بانه عبارة عن توجه لنمو المناطق الحضرية كالعواصم والمدن والتجمعات الحضرية والاقاليم لذلك فهو يسعى الى انجاز شكل خاص من الأهداف الاجتماعية والاقتصادية التي تتعدى الجانب الطبيعي المرتبط بالأبنية والشوارع والمنتزهات والاسواق العامة وما يتطلب من المكونات الحيوية للبيئة الحضرية.<sup>1</sup>
- و يعرفه صابر فارس الهيتي: " بأنه تلك الإستراتيجية أو مجموعة الاستراتيجيات التي تتبعها مراكز اتخاذ القرارات التنمية وتوجيه وضبط نمو وتوسع البيئات الحضرية، بحيث يتاح للأنشطة والخدمات الحضرية أفضل توزيع جغرافي ولسكان اكبر الفوائد من هذه الأنشطة الحضرية وتتضمن الإستراتيجية عادة تصور لما يمكن أن يحدث وتبنى مثل هذه التصورات على التنبؤات قائمة على معايير علمية واضحة تمثل النماذج والهياكل النظرية.<sup>2</sup>
- ويرى وحيد حلمي حبيب أن: "التخطيط الحضري يهتم أساس بالموضوعات التي تشمل مجموعة محددة من الأنشطة الحضرية، كما انه نشاط يمارس تحت تدريب متخصص ولا يمكن إدراج نتائج معظم الأنشطة التخطيطية إلا بعد اتخاذ قرار التنفيذ بفترة تتراوح بين خمسة إلى عشرين سنة، مما يجعل عملية التصحيح صعبة.<sup>3</sup>
- يعرفه لويس كابل: على انه عبارة عن علم وفن يتجلى في أسلوب استخدام الأرض وإقامة المباني وشق الطرق وتسيير المواصلات، كل ذلك بطريقة تكفل تحقيق الحد الأقصى في جوانب الاقتصاد الملائمة.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - ليليا حفيظي: المدن الجديدة ومشكلة الإسكان الحضري -دراسة ميدانية بالوحدة الجوارية رقم 07 المدينة الجديدة علي منجلي، رسالة ماجستير، قسنطينة، 2009، ص24.

<sup>2</sup> - صبري فارس الهيتي : التخطيط الحضري، دار البازوري، عمان الأردن، 2009، ص ص23-24.

<sup>3</sup> - وحيد حلمي حبيب: تخطيط المدن الجديدة، دار المكتبة للمهندسين، القاهرة، مصر، 1991، ص7.

<sup>4</sup> - رياض تومي: ادوات التهيئة والتعمير واشكالية التنمية الحضرية، مدينة الحروش نموذجاً، رسالة ماجستير، قسنطينة، 2006، ص60.

### 3-1/ المفهوم الإجرائي للتخطيط الحضري:

هو التخصص الذي يعنى بكل جوانب المنطقة المدروسة حضريا، ويخضع لمجموعة من الاستراتيجيات التي يتبناها صناع القرار لإحداث تغييرات من شأنها أن تلبي احتياجاتهم الخدماتية وكذا اليومية، كما تهدف إلى توجيه نمو وضبط توسع بيئتهم الحضرية بما يتوافق ومتطلباتهم الضرورية.

### 4/ مفهوم المدينة:

4-1/ لغة: جاء في المعجم الوسيط أن معنى المدينة هو: المصر الجامع، بمعنى تجمع سكاني يزيد عن تجمع قرية، جمعه مدائن ومدن.<sup>1</sup>

### 4-2/ المفهوم الاصطلاحي للمدينة:

يقول جيرالد بريز: أن المدينة تمثل شكلا جديدا للتنظيم الحضاري، وبيئة فيزيقية ذات نظام اجتماعي جديد، يؤثر تأثير شديدا على سلوك الرد وتفكيره.<sup>2</sup>

و يعرفا لويس ويرث بأنها: المكان الذي يحتوي على تجمعات هائلة من السكان، كما تقام فيها مراكز محدد تعمل على إشعاع الأفكار والممارسات التي تنمي أسلوب ونمط الحياة الحضرية الحديثة داخل المدينة.<sup>3</sup>

و يعرفها لوكر يزني: أنها الناس والمواصلات والتجارة والاقتصاد والعمارة والفن والعلاقات والوعي والثقافة وهي اصدق تعبير لانعكاس ثقافة الشعوب وهي كل السلوكيات التي يقوم بها الإنسان<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، مجلد1، ط4، القاهرة، مصر، 2004، ص859.

<sup>2</sup> - عائشة بن قطب: التحضر وتغير بناء الأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية لعينة من الحي حضري، مدينة البليدة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر، 1993، ص98.

<sup>3</sup> - محمد عباس إبراهيم: التصنيع والتحضر دراسة انثروبولوجية لمدينة بأسون، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2011، ص17.

و عرفها أيضا ماكس فيبر: أنها تتكون من مجموعة أو أكثر من المساكن المنفردة، ولكنها نسبيا تعتبر مكان إقامة مغلق، كما يقر بان المدينة بمعناها الكامل لا بد من توفر خمس مقومات لها هي: الحصون القلاعية، الأسواق، ومحكمة خاصة، وأخيرا حكومة ذاتية وإدارية مستقلة نسبيا عن طريق الانتخاب بين السكان.<sup>2</sup>

#### 4-3/ المفهوم الإجرائي للمدينة:

هي ذلك الحيز الجغرافي والمكاني الذي يجمع بين السكان وآليات التعمير وقوانينه، فهي تسعى لتنظيم المجال الحضري مع مراعاة توفير بيئة حضرية تتناسب وحاجيات ساكنيها، كما أنها صورة تعكس علاقات وعادات وأعراف سكانها، وكذا سلوكياتهم سواء الايجابية أو السلبية التي تتنافى ومحيطهم الحضري.

#### 5/ مفهوم المرافق:

5-1/ لغة: عرفه قاموس المعجم الوسيط: هو ما يرتفق به ويستعان به، ومنه مرافق المدينة وهو ما ينتفع به السكان عامة كأجهزة التنقل، وجمعها مرافق.<sup>3</sup>

#### 5-2/ المفهوم الاصطلاحي للمرفق:

إن صعوبة ضبط مفهوم المرفق تعود إلى اختلاف استخداماته في جل الحالات .

يعرفه ريمون اودان: على أساس أن له معنى عضوي يفيد المنظمة التي تعمل على أداء الخدمات وإشباع الحاجات العامة، ويتعلق هذا التعريف بالإدارة أو الجهاز الإداري، أما

<sup>1</sup> - غريب محمد سيد احمد: علم الاجتماع الحضري، دار المعرفة الجامعية، الازرطية. مصر، 2000، ص691.

<sup>2</sup> - سعيد ناصف: علم الاجتماع الحضري ( المفاهيم والقضايا والمشكلات)، دار الكتب والوثائق الرقمية، ط1، القاهرة، مصر، 2006، ص21.

<sup>3</sup> - مجمع اللغة العربية: مرجع سبق ذكره، ص951.

المعنى الموضوعي فيتعلق بالنشاط الصادر عن الإدارة بهدف إشباع حاجات عامة والذي يخضع لتنظيم وإشراف ورقابة الدولة.<sup>1</sup>

- وعرفه ناصر لباد: استنادا إلى المعيار العضوي على انه جهاز أو مؤسسة أو هيئة عامة، أو الجهاز الذي يسير الشؤون والحاجات العمومية.<sup>2</sup>
- ويعرفه محمد أمين ابو سماح: على انه كل مؤسسة إدارية تقدم خدمة معينة.<sup>3</sup>

### 5-3/ المفهوم الإجرائي للمرافق:

هو أي هيئة أو مركز يؤدي خدمة معينة أو يمارس نشاط محدد، يهدف من وراءه إلى تحقيق منفعة عامة وتلبية حاجيات ضرورية لساكنيها، سواء تابعة للقطاع العام أو الخاص.

### 6/ مفهوم المرافق الصحية:

### 6-1/ المفهوم الاصطلاحي للمرافق الصحية:

- عرفها ربحان محمد: على أنها كل مرفق يقدم خدمة صحية بشكل مباشر كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز المتخصصة، أو بشكل غير مباشر مثلا المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات السائدة والصيانة الطبية.<sup>4</sup>
- و عرفها تامر ياسر البكري: على انه كل هيئة تقوم بتقديم خدمات صحية ما، سواء كانت ربحية أو غير ربحية، وكان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال مجموعة من المهنيين والمتخصصين.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - ريمون اودان: النزاع الإداري- ترجمة سيدي الضياف- مركز النشر الجامعي، تونس، 2000، ص316.

<sup>2</sup> -ناصر لباد: الوجيز في القانون الإداري، دار المجد لنشر والتوزيع، ط4، الجزائر، 2004، 192.

<sup>3</sup> - محمد أمين أبو سماح: المرفق العام في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص19.

<sup>4</sup> - ربحان محمد: التسويق لخدمة الرعاية الصحية، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظام المعلومات، جامعة الدول العربية، مصر، 2004، ص34.

<sup>5</sup> تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005، ص66.

- كما عرفها محمد محمد ابراهيم: هي عبارة عن جميع الخدمات التي تقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية أو موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع، أو البيئية، أو إنتاجية مثل إنتاج الدواء... الخ، وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض.<sup>1</sup>

## 6-2/ المفهوم الإجرائي للمرافق الصحية:

هي الأماكن التي تتوفر فيها أو تقدم فيها الرعاية الصحية لمختلف الفئات العمرية، حتى لو كانت عيادة طبية صغرى، أو صيدالية أو غرفة الطوارئ... الخ، إذ تعتبر احد المقاييس الدالة على جودة الحياة الحضرية، والتي تشترط تلبية الحاجيات الصحية للمواطنين، سواء كوادر طبية أو ممرضين أو أجهزة أو أدوية... الخ .

### • المفاهيم الضمنية:

## 7/ مفهوم السياسة الحضرية:

## 7-1/ المفهوم الاصطلاحي لسياسة الحضرية:

هي عبارة عن مجموعة من القرارات التي تكز على العمليات المميزة لوحدة حضرية معينة لتجهيزها وتتميتها، أو مجموعة من الإجراءات المتخذة من طرف الحكومة لضمان تسيير عمراني متطور، ومتوازن مع تحديد الوسائل والأهداف والموارد البشرية والمادية المتوفرة من اجل تحديد حالة البناء الاجتماعي وكيفية تسييره في مرحلة ما، وحسب الوضع

<sup>1</sup> - محمد محمد ابراهيم: طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية-دراسة حالة لمشفى بمدينة بغداد، مجلة الادارة والاقتصاد، العدد09، العراق، 2010، ص281.

التاريخي لشروط المراقبة والظروف المحيطة به على جميع المستويات الوطنية والجهوية والمحلية في ظل السياسة الاجتماعية للبلاد.<sup>1</sup>

## 7-2/ المفهوم الإجرائي لسياسة الحضرية:

هي مسار عمل تتبناه الدولة وتسير وفقه لتحديد أهداف معينة وعلى فترات زمنية محددة تسعى به إلى تحسين وتطوير من المجال الحضري التوسعي، لتشكيل بناء عمراني متوازن في إطار الإمكانيات المتاحة مع مراعاة الخطوط العريضة للأهداف المحلية والجهوية والوطنية من طرف الفاعلين سواء صناع القرار أو مخصصي ذات المجال .

## 8/ مفهوم التهيئة الحضرية:

### 8-1/ المفهوم الاصطلاحي لتهيئة الحضرية:

هي عبارة عن مجموعة من الخطط والإجراءات التي تتدخل من خلالها الدولة في المجال الحضري، من أجل تنظيمه وفق متطلبات السكان من حيث النشاط والسكن والتجهيزات ويجب أن يراعي في برامج التهيئة كل من الانسجام والتكامل بحيث لا يهمل جانب معين من المجال الحضري، وكذا مراعاة التوازن في توزيع السكان ووسائل الإنتاج والخدمات والمرافق.<sup>2</sup>

### 8-2/ المفهوم الإجرائي للتهيئة الحضرية:

هي جزء من البرامج التنموية والتي تشتمل على جملة من الأعمال والأشغال الضرورية لاستكمال متطلبات الحياة الحضرية، وهي عادة تسبق أو تترافق وعملية الإسكان، على

<sup>1</sup> - الطويل فتيحة: السياسة الحضرية ومشكلاتها الاجتماعية في المناطق الصحراوية، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع التنموية، قسم علم الاجتماع، جامعة بسكرة، 2005، ص34.

<sup>2</sup> - أوزيل روبير: فن تخطيط المدن، ترجمة بهيج شعبان، منشورات عويدات، بيروت، لبنان، 1983، ص135.

سبيل المثال مد قنوات الصرف الصحي للقطب العمراني الجديد بعد إتمام عملية الإسكان... الخ.

#### 6- الدراسات السابقة:

هناك الكثير من الدراسات السابقة التي تطرقت إلى موضوع التخطيط الحضري والمرافق الصحية بحيث تناولته من زوايا مختلفة، وسوف نستعرض ثلاث نماذج من هات الدراسات كأقل تقدير والتي تمس جزءا من الموضوع، وتم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز نقاطها المنهجية وتتضمن جوانب الاتفاق والفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية، ويمكن الإشارة إلى أن هاته الدراسات تمتاز بتنوعها الزمني والجغرافي، بحيث تم تصنيف هاته الدراسات حسب متغيرات الدراسة الراهنة.

#### الدراسة الأولى:

**تحت عنوان: النظام القانوني للتهيئة والتعمير بالجزائر أطروحة دكتوراه في القانون تخصص: القانون العام جامعة الجزائر 1، للباحثة راضية عباس لسنة 2014/2015.**

**صيغة الدراسة:** ينقسم البحث إلى بابين، وكل منهما يتضمن فصلين من الدراسة التحليلية للآليات القانونية لتنظيم والتسيير العقلاني لقواعد التهيئة والتعمير.

الباب الأول: حاول الباحث الوقوف على الآليات القانونية للتنظيم والتسيير العقلاني لشغل واستعمال الفضاء وتم تقسيمه إلى فصلين، الفصل الأول: تم إبراز مدى وجود الإطار العام لتنظيم والتسيير المجال، أما في الفصل الثاني حاول الباحث التعقيب على التخطيط العمراني كآلية قانونية لتنظيم والتسيير المستدام للمجال وذلك من خلال معالجة الواقع والأفاق المستقبلية، أما الباب الثاني: فتضمن الآليات القانونية التي فرضها المشرع للرقابة والتدخل لفرض احترام قواعد العمران وقد قسم إلى فصلين، الفصل الأول تم التطرق إلى رخص وشهادات التعمير باعتبارها آليات لرقابة العمرانية، أما الفصل الثاني: فتم تحديد دور



الهيئات الرقابية سواء الإدارية أو المجتمع المدني لا اعتبارهم فاعلين أساسيين لضمان ضبط النشاط العمراني وتجسيد السياسات العمرانية على أرض الواقع .

وتجلى السؤال الرئيسي: هل هذه الترسانة من النصوص التشريعية والتنظيمية المتفرقات كفيلة بوضع وإيجاد نظام قانوني واضح ومتناسق لتهيئة الإقليم والتعمير، ولضمان التوفيق بين التوسع العمراني والتنمية المستدامة التي تتطلب التوازن بين التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتحسين الإطار المعيشي للمواطنين؟

المنهج المستخدم: تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي والنقدي لنصوص القانونية المتعددة، كما تم الاعتماد على أسلوب المقارنة لبعض النصوص.

النتائج المتوصل إليها: ابرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة، تأكيد الترابط بين تهيئة الإقليم والتعمير وحماية البيئة والتنمية المستدامة. التأكيد على ترابط عمل كل القطاعات وفق منهج واحد لتحقيق التنمية بكل جوانبها. تفعيل دور أدوات التعمير كوسائل التحكم في التنمية الحضرية والتوسع العمراني الذي يتطلب اخذ كل المخططات على مختلف مستوياتها بعين الاعتبار.

الدراسة الثانية: تحت عنوان: العلاقة بين التوزيع السكاني وتوزيع الخدمات التعليمية والصحية في محافظة ابو علندا والقويسمية في محافظة عمان للباحثة مهي أنور محمد الحنيطي، رسالة ماجستير بكلية الدراسات العليا، جامعة الأردن، 1996.

صيغة الدراسة: قسم الدراسة إلي بابين، الباب الأول تضمن الإطار النظري لدراسة والباب الثاني تضمن الإطار الميداني للبحث، إشكالية الدراسة: جاءت تساؤلات الدراسة على النحو التالي: عدم توفر الخدمات الصحية بما يتناسب مع الحجم السكاني في منطقة الدراسة. سوء توزيع الخدمات التعليمية في منطقة القويسمية وعدم توفرها في منطقة العلندا.

- المنهج المستخدم في الدراسة: اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي وكذا النهج الإحصائي في الدراسة الميدانية، أيضا تبنت نظام location-allocation الذي يهدف إلى تحديد أفضل المواقع للخدمات والتي تساعد المنطقة في خدمة سكانها.

النتائج المتوصل إليها من خلال هاته الدراسة: وجود اختلال كبير في العلاقة بين توزيع السكان وتوزيع الخدمات الصحية والتعليمية وذلك بسبب: \* سوء توزيع هذه الخدمات من جهة وقلة عددها من جهة أخرى. \* الشكل غير المنتظم للحدود الإدارية، الذي لا يسمح باستفادة أكبر حجم سكاني ممكن من الخدمات. \* عدم ربط قرار موقع للخدمة مع حجم الطلب عليها مما جعل مواقعها غير فعالة وغير عادلة في خدمة السكان.

الدراسة الثالثة: بعنوان: أدوات التهيئة والتعمير وإشكالية التنمية الحضرية-مدينة الحر وش نموذجا- من إعداد الطالب: رياض تومي، تخصص في علم الاجتماع الحضري، جامعة منتوري قسنطينة، 2006.

صيغة الدراسة: قسمت الدراسة إلى بابين، الباب الأول تضمن الإطار النظري لدراسة والباب الثاني تضمن الإطار الميداني للبحث بمدينة باتنة.

إشكالية الدراسة: جاءت إشكالية الدراسة لتبحث في المشاكل العمرانية الناتجة عن التسيير غير العقلاني للتخطيط الحضري وفشل آليات وأدوات التهيئة والتعمير، وخاصة بمدينة باتنة.

المنهج المستخدم: تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، كما تم الاعتماد على تحليل المعطيات الخاصة بمنطقة الدراسة. و توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أبرزها: أن السياسة العمرانية فشلت في بناء مدينة بمواصفات حديثة، إن التسيير العمراني في الجزائر تعمه الفوضى، انعدام الاستقرار على مستوى الحكومات نظرا لتغيير البرامج والسياسات المنتجة.

الدراسة الرابعة: بعنوان: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه علوم التسيير جامعة الجزائر لطالب: عنان مريزق.

صيغة الدراسة: بحيث قسمت إلى باب أول تضمن 03 فصول من الدراسة النظرية وباب ثاني تضمن فصلين من الدراسة الميدانية، إشكالية الدراسة: تمحورت إشكاليته حول واقع جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية بالجزائر العاصمة، المنهج المستخدم: هو منهج وصفي تحليلي بالإضافة إلى أساليب إحصائية، كما استخدمت المقابلة لتوفير البيانات من المصادر الأولية، إضافة إلى تصميمه إلى 03 استمارات موجهة لكل من الطاقم الطبي وشبه الطبي والمرضى، بحيث شملت الدراسة 03 مؤسسات: المركز الاستشفائي مصطفى باشا، المؤسسة الاستشفائية علي ايت ايدر وكذا القطاع الصحي بروبية.

#### النتائج المتوصل إليها:

- إن المريض غير راضي على الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية. يشكل نقص الوسائل أهم عائق يواجه الأطباء من أجل تقديم خدمة ذات جودة.

الدراسة الخامسة: بعنوان: الجودة الشاملة في ادارة المستشفيات-دراسة تطبيقية على المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الاقتصاد والإدارة 2008، لطالب: عبد العزيز بعبد الله العرب.

صيغة الدراسة: قسم البحث إلى باب أول تضمن فصلين نظريين تضمنت ماهية خصائص وأساليب الجودة ومدى أثارها، أما الفصل الثاني فتضمن تعريف بأهداف الإدارة الشاملة ومراحل تطبيقها، إما الباب الثاني تضمن الدراسة الميدانية باستخدام الاستمارة موزعة على عينة من المستشفيات الخاصة، إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية الدراسة حول تطبيق المستشفيات الخاصة في مدينة جدة إدارة الجودة الشاملة، كما يبحث في مدى تحقيق

المستشفيات للجودة. المنهج المستخدم: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وكذا استخدام الاستمارة وتوزيعها على عينة البحث المتمثلة في 10 مسئولين ممثلين عن المستشفيات الخاصة بطريقة عشوائية، النتائج المتوصل إليها:

- توصل الباحث إلى أن هناك علاقة جوهرية بين السياسات الإدارية وكذا نمط القيادة والتوجيه الاستراتيجي للجودة الشاملة، كما تم التوصل إلى هناك علاقة بين جوهرية بين السياسات الإدارية الخاصة بتشجيع الابتكار وتطبيق مفهوم الجودة الشاملة. هناك علاقة بين السياسات واللوائح الخاصة بالتقدير والمكافأة والترقية.

الدراسة السادسة: بعنوان: النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق قسم القانون العام، لطالب/ عمر شنتير رضا بن عنون، الجزائر، 2013.

صيغة الدراسة: تضمنت الدراسة باب أول يتدرج ضمنه فصلين تحدث فيه الباحث عن الإطار الإداري المؤسسي للصحة العمومية وتحدث عن الإدارة الصحية وأيضا المنظمات المهمة بالصحة العمومية، أما الباب الثاني هو الآخر تضمن فصلين تحت عنوان حماية الصحة العمومية كما تحدث عن أنواع الحماية الصحية ووسائلها.

إشكالية الدراسة: تمحورت إشكالية الدراسة حول هل الصحة العمومية منظمة بموجب قواعد القانون العام أم القانون الخاص؟ ومنه تفرعت عدت أسئلة.

المنهج المستخدم: للإجابة على الإشكالية المطروحة تم الجمع بين المنهج الوصفي وكذا المنهج التحليلي وأيضا المنهج المقارن نظرا لطبيعة الموضوع محل الدراسة، وزد عن ذلك تحليل المعطيات الجاهزة والتي لها علاقة بالمؤسسات الإدارية والوطنية .

النتائج المتوصل إليها: إن ابرز النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة التحليلية لجملة من القوانين والمراسيم التنفيذية والتي لها علاقة بالقانون الصحي اتضح أن هناك عدت أطراف متداخلة في المنظمة الصحية العمومية استنادا إلى النصوص التشريعية.

تقييم ومناقشة الدراسات السابقة:

جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة:

لقد كان لدراسات السابقة اثر كبير في وضع ملامح الدراسة الراهنة وتوجيه مسارها، وذلك بفضل ما قدمته من خلفية نظرية وتصور امبريقي لموضوع التخطيط الحضري والمرافق الصحية وتوجيه منهجي لها، ويمكن إبراز مجالات الاستفادة منها كالتالي:

- على المستوى النظري قدمت كثير من المعارف النظرية والتحليلية لموضوع سياسة التخطيط الحضري وكذا توضيح الآليات القانونية التي تخضع لها عملية التهيئة الحضرية، ومواضيع لها علاقة بالقطاع الصحي دون أن ننسى الشق القانوني الذي ساعدنا في تحليل الواقع الصحي لمدينة خنشلة بالدراسة الميدانية.

- كما كانت الاستفادة من الدراسات السابقة على المستوى المنهجي من خلال وضع المحاور الأساسية لهاته الدراسة واخذ ما يخدم دراستنا فقط دون حشو لكثير من المعارف، أيضا ساعدتنا في تحديد معالم الإشكالية وضبط التساؤلات والفرضيات، واختيار الأدوات لجمع البيانات التي تتوافق وطبيعة الدراسة الراهنة وأيضاً أهدافها العلمية والعملية .

- من حيث الهدف:

تهدف الدراسة الراهنة والتي قمنا بها إلى فهم موضوع تأثير سياسة التخطيط الحضري على توزيع المرافق الصحية بمدينة خنشلة لتحسين البيئة الحضرية للمجتمع بحيث أخذنا مدينة خنشلة أنموذجاً ولأن مجتمع الدراسة كبير تم تحديد عينة متواجدة على مستوى القطب العمراني الجديد بناء على اعتبار أنها تهيئة حضرية جديدة تتوافر على الشروط الضرورية للحياة وكذا تركز عدة مرافق صحية بها.

بينما الدراسات الأخرى هدفت إلى:

الدراسة الأولى: النظام القانوني للتهيئة والتعمير بالجزائر أطروحة دكتوراه في القانون تخصص: القانون العام جامعة الجزائر 1، للباحثة راضية عباس لسنة 2014/2015، هدفت هاته الدراسة هو معالجة مجموعة من القوانين التي تضبط المجال الحضري وكذا منذ صدور القوانين الأولى والتعرف على مدى فعاليتها مع مرور الزمن، وكذا بروز آليات أخرى تسعى إلى تفعيلها بين فترة وأخرى.

الدراسة الثانية: العلاقة بين التوزيع السكاني وتوزيع الخدمات التعليمية والصحية في محافظة أبو علندا والقويسمية في محافظة عمان للباحثة مهي أنور محمد الحنيطي، رسالة ماجستير بكلية الدراسات العليا، جامعة الأردن، 1996. هدف هاته الدراسة إلى أن التوزيع الأمثل للخدمات يخفف من عبء المجتمعات بتقريبها لهم، وأن معيار فعالية مواقع الخدمات التعليمية والصحية متوقف على تسهيل الحصول على الخدمة من طرف ساكني المنطقة في اقصر مدة زمنية ممكنة. وتكمن استفادتنا من هاته الدراسة هي التعرف على الآليات التي ساعدت في تحقيق هذا الهدف وكذا التعرف على التوزيع العادل للخدمات التعليمية وخاصة الصحية في حدود دراستنا.

الدراسة الثالثة: بعنوان: أدوات التهيئة والتعمير وإشكالية التنمية الحضرية-مدينة الحروش نموذجا-، من إعداد الطالب: رياض تومي، تخصص في علم الاجتماع الحضري، جامعة منتوري قسنطينة، 2006. ركزت على التخطيط الحضري كمجال لفهم السلوك الاجتماعي داخل المدينة باعتبارها مجالا يتضمن عدت متغيرات، فأهمية التخطيط الحضري تنصب في اتجاه التحكم والتنظيم للمجال الحضري، وتكمن استفادتنا من هاته الدراسة في فهم أسباب فشل أدوات التهيئة والتعمير في تحقيق التخطيط حضري بمعايير محددة.

الدراسة الرابعة: بعنوان: واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه علوم التسيير جامعة الجزائر لطالب: عنان مريزق، هدفت هاته الدراسة إلى التعرف على مستوى الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية بحيث أنها طبقت في المستشفيات العامة والتي تعاني من نقص في جودة الخدمات، بما ينعكس على النتائج التي حتما كانت سلبية .

الدراسة الخامسة:

بعنوان: الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات-دراسة تطبيقية على المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الاقتصاد والإدارة 2008، لطالب: عبد العزيز بعبد لله العرب. تناولت هاته الدراسات السياسات المنتهجة في إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات بحيث ركزت على مسيرتها، وتجلت استفادتنا منها في أدوات جمع البيانات وكذا الإطار النظري المتعلق بالمستشفيات، خاصة في الفصل الثالث والذي له علاقة بالمرافق الصحية.

الدراسة السادسة: بعنوان: النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق قسم القانون العام، لطالب/ عمر شنتير رضا بن عكنون، الجزائر، 2013.

ركزت هاته الدراسة على جملة من القوانين والنصوص التشريعية والتي لها علاقة بالجانب الصحي سواء العام أم الخاص، ولقد تجلت استفادتنا من هاته الدراسة أنها ساعدتنا في فهم بعض القوانين التي لها علاقة بالنظام الصحي كما تم الاستشهاد بها في الفصل الرابع الذي يربط بين متغيرات الدراسة .

إجابة على التساؤلات المطروحة اتخذنا من الفرضيات منطلقا لدراستنا:

7- فرضيات الدراسة:

تأسيسا لتساؤلات الدراسة المدرجة في تحديد الإشكالية فان هاته الدراسة تتضمن:

فرضية رئيسية مفادها:

- كلما كان التخطيط الحضري عقلانيا كلما ساهم ذلك في توزيع أفضل للمرافق

الصحية.

- ومن اجل معالجة الفرضية الرئيسية تم إدراج الفرضيات الفرعية التالية:

- الفرضيات الفرعية:

- الفرضية الأولى:

- تخضع سياسة تخطيط المدن إلى معايير تكون بإشراف متخصصين

- الفرضية الثانية:

- هناك عدم توافق في توزيع المرافق الصحية داخل المدينة.

- الفرضية الثالثة:

- للمرافق الصحية فاعلية داخل القطاعات الحضرية



الفصل الثاني

التخطيط الحضري

## الفصل الثاني: التخطيط الحضري

تمهيد

1/ النظرية الايكولوجية الحضرية أسلوب الحياة لتخطيط الحضري.

2/ مبادئ التخطيط الحضري.

3/ إجراءات وأهداف التخطيط الحضري.

4/ أنماط التخطيط الحضري وعوائقه.

5/ التخطيط الحضري والبعد السوسيولوجي.

خلاصة.

## تمهيد:

يسعى ميدان التخطيط الحضري إلى تحسين صيرورة الحياة الحضرية لدى المجتمع ككل، وكمصطلح أكاديمي فهو نتاج لمساهمة العديد من التخصصات والخبرات لكل من المهندس، المخطط المعماري، الإحصائي، الاقتصادي، الاجتماعي، الجغرافي، رجل القانون والسياسي، بحيث نما هذا المجال على اثر تفاعل المعضلات الحضرية، بفعل التزايد السكاني وما افرزه هذا الأخير من اثار حالت دون تحقيق متطلبات المجتمع الحضري، ولقد كان للعامل الايكولوجي دورا فعالا في التأثير على المخططات العمرانية والحضرية بشكل عام، من خلال خصوصيات الموقع، والتي تنصدر على ضوءها أنماط وأشكال البناء، وإذا رجعنا إلى المدن الجزائرية نجد أن مجالاتها الحضرية تختلف بخلاف المناطق بحكم عدة عوامل، فشكل البناء والمظهر الجمالي للمدينة يختلف بخلاف المجتمعات، انطلاقا من أن لكل مجتمع خصائص تميزه عن غيره.

## 1/ النظرية الايكولوجية والحضرية أسلوب الحياة لتخطيط الحضري:

لا يمكن تبني جميع النظريات كونها لا تخدم الجانب الدراسي ككل، بحيث تم التركيز فقط على النظريات التي تساعدنا في التحليل للجانب الحضري لمدينة خنشلة أو ما يعرف بالإسقاط النظري على المدينة، وبناء على ذلك تم تبني النظرية الايكولوجية وكذا النظرية الحضرية كأسلوب الحياة، كونها الأقرب إلى مجال الدراسة.

## 1-1 روبرت آزر بارك:

كانت المدرسة الايكولوجية شيكاغو المصدر الأول لدراسة الظواهر التي لها علاقة بالمجال الحضري ويعتبر المفكر آزر بارك احد رواد لهذه المدرسة الكلاسيكية بحيث: " فسر على سبيل المثال كيف يمكن لظواهر الهامشية أن تصبح بمثابة حرفة أو بمثابة مسار في فضاء المدينة...إن الفكرة الأساسية التي يستند إليها الباحثين في علم الاجتماع في مدرسة شيكاغو هي أن الفقر يمثل أرضية ملائمة لوجود مظاهر التهميش "1.

- كان للمفكر بارك بالغ الأثر في تحليل الفضاءات والمجالات الحضرية وكل ما تعلق بها، واعتبر أول من تبني مفهوم الايكولوجية الحضرية عندما تحدث عن التفاعل الذي تحدثه البيئة الحضرية على السلوك الإنساني، ومثل المدينة كمخبر اجتماعي كونها الوعاء الأساسي الذي تتم فيه العمليات التي لها علاقة بالمجتمع، ومن جهة أخرى تسمح لنا المدينة بتوفير الجو الملائم لإطلاق العنان لمختلف السلوكيات والأفعال، ونظرا لتركيزه على مدينة شيكاغو وما تفرزه من متغيرات وتأثيرات ذات أبعاد سوسولوجية وحضرية قد دفع بكثير من المفكرين إلى الالتفات حول هاته الظواهر ومن أبرزهم المفكرين (بورجيس ولويس)، كون بارك سعى إلى إيجاد تفسيرات من زاوية علم الاجتماع خاصة لظواهر التي تدل على الاختلافات المجتمعية وما تخلفه من الظواهر الحضرية من انحرافات وعنف...الخ.

1 - سبعون سعيد، دريوش وداد: العنف الحضري في الجزائر 'دراسة تحليلية سسيولوجية، حوليات جامعة الجزائر 01، العدد32، ج07، 2018، ص711.

## 1-2 نظرية الدوائر المركزية "ارنيست برجيس":

يبدو أن المفكر برجيس ينظر إلى المدينة تنمو بكل ديناميكي وليست ثابتة ويتجلى شكل نموها في التوسع المكاني داخلها وهذا هو المبدأ الأساسي الذي ركز عليه برجيس: "و يبحث هذا الجانب في مزيد من الإحاطة وهو ما نجده عند تعميم اهتمامه من التوسع المكاني إلى بحث اثر هذا التوسع على التنظيم الاجتماعي والشخصية، بحيث حدد مؤشر الحراك والتنقل كعامل أساسي للعملية الديناميكية ويتخذ من قيمة الأرض مؤشرا ومقياسا لها"<sup>1</sup>.

وبالتالي فقد توصل برجيس إلى أن الأرض ترتفع قيمتها كلما اتجهنا نحو مركز المدينة، وتتخفف تدريجيا بالبعد على مركز المدينة وتوصل المفكر برجيس في نظريته إلى "أن المدن تأخذ في شكل حلقات حول المركز ويتوزع السكان في هذه الدوائر، حيث يكون لكل حلقة خصائص تميزها، فاشتملت المدينة بذلك على خمس حلقات مختلفة ومتحدة المركز، حسب الترتيب الآتي:

- منطقة الأعمال المركزية (مركز الحلقات ومركز المدينة).
- منطقة التحول، وهي منطقة تمتد على حسابها منطقة الأعمال المركزية .
- منطقة سكن العمال.
- منطقة سكن رجال العمال.
- منطقة الضواحي.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - كامل الميرياتي: النمو الحضري وأثره في البناء الايكولوجي لمدينة بغداد، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم الاجتماع، جامعة بغداد، العراق، منشورة، 1992، ص، ص130-131.

<sup>2</sup> - عبد السلام سليمان وبوسكرة عمر: النظريات المفسرة لظاهرة التحضر، مجلة الخلدونية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، 2019، ص87.

وقد ساعدتنا النظرية في فهم النمو المجالي للمدينة وأيضاً خلق مدينة جديدة مع تحديد طبيعة النشاط الممارس داخلها هذا من جهة، ومن جهة أخرى وضح المفكر بيرجس أن ثمن الأرض يرتفع كلما اتجهنا نحو المركز كون هذا الأخير يمتاز بخصائص عدة أبرزها توفر المرافق الخدماتية كما تساهم في خلق نشاطات اقتصادية، (ويحدث العكس كلما اتجهنا عكس مركز المدينة) وهو ما ينعكس أيضاً على النظم والبنى الاجتماعية والثقافية للمجتمع.

### 1-3 الحضرية كأسلوب في الحياة ( لويس وورث):

كان هدف المفكر لويس وورث من وراء هذا التنظير هو الكشف عن العمليات التي لها علاقة بالسلوك الاجتماعي الحضري الذي يظهر في المدن ليصل من خلال دراسته الامبريقية إلى أن الحضرية كأسلوب في الحياة بناء على 03 منظورات ترتبط فيما بينها ارتباطاً كبيراً وهي " كالتالي:

- الحضرية بناء فيزيقي يتضمن أبعاد سكانية وايكولوجية وتكنولوجية.
- الحضرية نسق من التنظيم الاجتماعي يتضمن بناء اجتماعي مميز ومجموعة من النظم الاجتماعية، ونمط محدد من العلاقات الاجتماعية.
- الحضرية مجموعة من الاتجاهات والأفكار تشترك في تكوين نمط السلوك الجماعي الخاضع لآليات خاصة من الضبط الاجتماعي.<sup>1</sup>

فقد ركز المفكر لويس وورث في تصوره للحضرية على أنها أسلوب في الحياة، إذ أن التحضر لا يكمن في زيادة حجم كثافة المدن، بقدر ما تتمثل في القدرة على الانسجام مع نمط الحياة الحضرية، والتكيف مع واقع النمط الاجتماعي، وتبنى المفكر وورث تصوره كرده فعل على الإسهامات الكلاسيكية لكل من المفكرين (بارك وبرجس) وذلك حول دور الايكولوجية الحضرية في الحياة الاجتماعية.

<sup>1</sup> - محمد عباس إبراهيم: التصنيع والمدن الجديدة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية(مصر)، 2006، ص61.

نقد النظريات:

تصنف نظرية برجس ضمن النظريات القديمة التي تفسر التركيب الداخلي للمدن وكذا طريقة توزيع الخدمات والأفراد فيها وبالرغم من الإضافات التي قدمها للمجال الحضري إلا أنها لا تخلو من الثغرات ونقاط الضعف، إذ تعتبر المفكرة ميلا اليهان أن النظرية تفتقد إلى الحدود الواقعية ولا تعكس حقيقة التمثيل الواقعي للاستخدام الاجتماعي للأرض، وفي ذات السياق أكد برجس وبنفسه أن نموذجه لا يمثل وصفا واقعا لكل المدن وأن العوامل والظروف المرتبطة بنمو المدينة يمكن أن تجعلها تنحرف إلى حد ما عن نموذجه فالمسألة نسبية وتختلف باختلاف المدن ومجتمعاتها.<sup>1</sup>

و من جهة أخرى قدم المهندس محمد حامد نظرة شاملة حول ما إذا تتوافق تخطيط مدننا العصرية مع التقدم العلمي في مختلف الخدمات والمرافق، والاتصالات والحواسيب، فحسب رأيه أن العالم يتقدم وتخطيط المدن جامد، هذا حسب وصفه بتعثر مسير المدينة للتقدم العلمي الذي يعود إلى تمسكها بالماضي، كما يعود تأخرها وجمودا أيضا إلى كثافة السكان التي هي في ازدياد مطرد ونواحي نشاطاتهم في تطورها بينما مساحة المدينة كما هي، كما اعتبرت نظريات التخطيط الحضري ما هي إلا علاج بدائي لمشكلات المدينة وما هي إلا تحذير لتخفيف ألامها، التي لا تتحمل ضغط حركة المرور ووسائل النقل.<sup>2</sup>

2/ التخطيط الحضري قديما ومبادئه:

عرف التخطيط الحضري منذ القدم وعبر العصور في شكل تنظيم للمجال الحضري بحيث أشار ابن خلدون في مقدمته الشهيرة إلى أهمية توسع المجال الحضري

<sup>1</sup> - سعيد ناصف: علم الاجتماع الحضري(المفاهيم والقضايا والمشكلات)، دار والوثائق الرقمية، القاهرة، مصر، ط1، 2006، ص78.

<sup>2</sup> - علي سالم أميدان الشواورة:عدالة التنمية بين الريف والحضر، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، ط1، 2014، ص ص294-295.

للمدن، واعتبر الشكل العمراني احد مؤشرات تطور المجتمعات، وسنتطرق إلى أهم المراحل التي عرفها التخطيط الحضري على مر العصور:

### التخطيط الحضري في العصر اليوناني:

نظرية تخطيط المدن تعود إلى المفكر هيوداموس وهو مفكر من مدينة ميليتيس، بحيث اعتمد على النظام الشبكي وتعامل مع المدينة بالشكل الهندسي عن طريق تنظيم الوحدات السكنية وتتكون المدينة اليونانية من:

المعبد الذي يمثل الجانب الروحي لسكان المحليين، الساحات الخضراء والتي اعتبرها أساس تخطيط المدينة، والمسارح بمختلف أشكالها الدائرية والمبنية بالرخام إذ تمثل ثقافتهم، والملفت لنظر أن الشوارع تم رسمها وفق دراسات حول اتجاه الرياح والشمس<sup>1</sup>.

### التخطيط الحضري في العهد الروماني:

تم استخدام النظام الشبكي لنظام المدينة والتي كانت واسعة مقارنة باليونان لمرور العربات العسكرية، واستخدموا مبدأ التدرج الهرمي للشوارع الرئيسية إلى الثانوية وتم تقسيم المدينة إلى أربعة أقسام وهذا من نظرة عسكرية ثم بعدها يظهر لنا نظام الطوابق لتوفير وحدات سكنية جديدة<sup>2</sup>.

### التخطيط الحضري في العصر الإسلامي:

كانت الرؤية الإسلامية في تخطيط المدن مراعية للجوانب التخطيطية المختلفة، سواء كانت عمرانية أو اقتصادية أو اجتماعية، بحيث يتم اختيار مواقع المدن لعلاقتها بالمحيط، واثراً في اختيارها عوامل مختلفة باختلاف المدن نظراً لطبيعتها خاصة العوامل المرتبطة

<sup>1</sup> - عبد الهادي محمد والي: مرجع سبق ذكره، ص 27.

<sup>2</sup> - عمرو باسم احمد تفاحة: اثر الأنظمة والقوانين على البيئة العمرانية في فلسطين-حالة المباني السكنية في مدينة نابلس، رسالة ماجستير، فلسطين، 2009، ص 22.



بالنواحي الحربية أو السياسية، واتفقت في توافر شروط أساسية وجب توافرها بصفة عامة في اختيار أي موقع، وقد أشار ابن الربيع إلى هذه الشروط وحددها بستة شروط وهي: سعة المياه المستعذبة، وإمكانية الميزة المستمدة واعتدال في المناخ وجودة الهواء والقرب من المراعي والاحتطاب وتحصين منازلها من الأعداء والذعر، وأن يحيطها سور يعين أهلها<sup>1</sup>.

### التحليل:

اختلفت أهداف تخطيط المدن على مر العصور وذلك لاختلاف عوامل ودوافع تخطيط المدن، ففي العصر اليوناني وبالرغم من أن التخطيط المدن بها كان تحت إشراف مهندسين إلا أنه ركز على النظام الشبكي للمدينة انطلاقاً من الفترة التي كانت تشهد هاته المدينة من حروب وبالتالي احتكم تخطيطها إلى الجانب السياسي العسكري نهاته الأخيرة هي الأخرى انعكست على تخطيط المدن في العهد الروماني دون مراعاة الجوانب الأخرى، في حين أن التخطيط في العصر الإسلامي كان اشمل نوعاً ما لارتباطه بعدت مجالات خاصة منها الجانب الاقتصادي انطلاقاً من اختيار أرضية المدينة والتي تبنى على أساس الحاجة إلى المياه الصالحة لشرب، واتخاذها كمكان للاستقرار والعيش لتوفرها على اراضي صالحة لزراعة والرعي.

لنجاح العملية التخطيطية لابد من مراعاة المبادئ التالية:

- تطبيق المعرفة العلمية ومراعاة الأحكام والقيم المستقرة: من خلال إحصاء الدخل الأسري، حجم العائلة، التركيب العمري... الخ.
- الشمول: عند وضع الخطة لابد من مراعاة جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والعمرائية.

<sup>1</sup> - محمد عبد الستار عثمان: المدينة الإسلامية، دار المعرفة، الكويت، 1988، ص، ص86-87.

- المرونة: نظرا لصعوبة التنبؤ المستقبلي بما ستكون عليه المدينة بعد فترة فان الخطة يجب أن تكون مرنة لتقبل كل ما يظهر على المدينة من أحداث.
- إقناع الأهالي بالخطة: سواء عن طريق اشتراكهم عن طريق الصحف أو المذياع أو التلفزيون، بحيث يتم توضيح الخطوط العريضة لكل تغير يحدث بمدينتهم.<sup>1</sup>
- التحليل:

تقوم عملية التخطيط الحضري أساسا على العامل الديمغرافي كقاعدة أساسية لذلك، وكذا الجانب الاقتصادي مع الأخذ بعين الاعتبار العراقيل التي تواجه العملية الحضرية خاصة منها الآتية، كما أنها تدعو إلى المشاركة المجتمعية كطرف أساسي بها لتجنب أي عراقيل مستقبلية وأيضا وضعهم في الصورة التي تكون عليها المنطقة الحضرية مستقبلا.

### 3/ إجراءات وأهداف التخطيط الحضري:

#### 3-1/ إجراءات التخطيط الحضري:

قبل كل شيء تعين لجنة من المتخصصين لتخطيط المدينة، تقوم بجمع كل الوثائق المتعلقة بهاته العملية، ثم وضع خطة أولية تقوم على برنامج نظري، مع تحديد أهم العراقيل الممكن مصادفتها.

وتشمل الخطة الأولية على العناصر التالية:

- 1- تخطيط المرور: لتسهيل المدة المستغرقة من طرف الأفراد لبلوغ أماكن عملهم، أو لأغراض أخرى.
- 2- تخطيط وسائل الاتصال والنقل
- 3- تخطيط الخدمات كإنشاء المدارس والمستشفيات والخدمات الترفيهية
- 4- إعادة إسكان المناطق المتخلفة ومحاولة التقليل من البناءات الفوضوية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - عبد الهادي محمد والي: مرجع سبق ذكره، ص 283-285.

<sup>2</sup> - محمد عاطف غيث: التغيير الاجتماعي والتخطيط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية 1987، ص 178، 180.

• يبرز لنا هذا العنصر مدى أهمية العملية التخطيطية للمنطقة الحضرية من خلال تحديد معالمها الجغرافية عن طريق الطرق الرئيسية، وكذا الإلمام بالمرافق الخدماتية حسب الأولوية، بالإضافة إلى محاولة التخفيف من البناءات الفوضوية التي لها بالغ الأثر في تشويه المظهر الجمالي للمدينة.

- التحليل:

تشتمل إجراءات التخطيط بالدرجة الأولى تنظيم المجال الحضري عن طريق تنظيم الشوارع وكذا الطرق الرئيسية، كونها من ضروريات الحياة الحضرية وتساعد في التقليل من أزمة المرور والازدحام على ممرات الراجلين، هذا من جهة ومن جهة أخرى نرى ان التخطيط الحضري يولي أهمية كبيرة للمرافق الخدماتية التعليمية والصحية والترفيهية على حد سواء، بحيث أنها تساهم في محاربة البناءات الفوضوية مع إعادة تهيئة المناطق التي تحتاج إلى ذلك.

### 3-2 أهداف التخطيط الحضري:

يهدف التخطيط إلى تحقيق نوعا ما من التناسق بين عدد سكان المدينة وحجمها ومساحتها. كما يهدف إلى تطوير مختلف الخدمات التي يحتاجها أفراد المجتمع الحضري. وأن يراعي قدر ممكن من المرونة والديناميكية في مجال إشباع حاجات الأفراد الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. يسعى التخطيط إلى إقامة نموذج للمدينة التي تستطيع أن تخدم بكفاءة وسرعة كل وظائف الوجود الاجتماعي. أيضا يهدف إلى الربط بين المدينة الأم والمدن التوابع، مما يناهض إلى الاتجاه نحو قيام الدعوة للمدن التوابع.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - عبد الهادي محمد والي: مرجع سبق ذكره، ص ص 43-46.

• من الأرجح أن المدن تمتاز بكثافة معتبرة من السكان وهذا ما يدفع الدولة إلى تبني سياسات تخطيطية تهدف بها إلى تلبية احتياجات سكانها الخدماتية وكذا التقليل من الآثار السلبية لهذا التزايد، من منطلق أن ابرز أهداف التخطيط الحضري هو إقامة نموذج لمدينة لها القدرة والكفاءة العالية على توفير كل حاجيات ساكنيها دون تجاوز الطلب للعرض المتوفر.

### التحليل:

ترتكز أهداف التخطيط الحضري على توفير ضروريات الحيات الحضرية للسكان في إطار حيزها الجغرافي ويتم ذلك من خلال تحقيق التوافق بين العرض والطلب على الخدمات المتاحة زيادة عن المدة الزمنية التي تستغرقها هاته الخدمات محاولين بذلك اقامة مدينة لها القدرة على التأقلم ومتطلبات ساكنيها.

### 4/ أنماط التخطيط الحضري وعوائقه:

#### 4-1/ أنماط التخطيط الحضري:

التخطيط الحضري هدفه التغير الاجتماعي وهو يوجد على نمطين:

- 1- التخطيط الفيزيقي: الذي يشتمل على استخدام الأرض وشكل البناء، كما يعتمد على قيم الجماعات التي تسكن الحضر في مرحلة زمنية معينة.
- 2- التخطيط الاجتماعي: الذي يعتمد على خلق أنماط سلوكية جديدة ملائمة للحفاظ على المرغوب فيه في الحياة الحضرية، وكلا النمطان مترابطان وواقعيان ومتمايزان تحليليا، وان عملية توجيه التخطيط تستوجب التخطيط الإصلاحي لعلاج المشكلات القائمة في المجتمع الحضري، أما التخطيط الإبداعي يهتم بخلق مناطق حضرية جديدة متكاملة ومخططة بشكل جيد.<sup>1</sup>

### التحليل:

<sup>1</sup> - عبد الهادي محمد والي: مرجع سبق ذكره، ص 47-50.

هذا العنصر يبرز لنا مدى أهمية الدراسات السوسولوجية بالنسبة لوضع المخططات الحضرية كون أن الجانب الاجتماعي يركز أكثر شيء على سلوكيات الأفراد، والملائمة للمجال الحضري، أيضا ما يضيفه هذا العنصر البشري على الحياة الحضرية يمكن أن تترجم مدى انسجامه وانضباطه لقواعد المجال الحضري المحيط به.

#### 4-2/ عوائق التخطيط الحضري:

إذ يمكن إدراجها في النقاط التالية:

- 1- الملكية الفردية لبعض القطع الصغيرة من ارض المدينة.
- 2- الحدود الإدارية التعسفية
- 3- عدم انتظام المواقع البيئية
- 4- مخلفات الإنشاءات القديمة.
- 5- قلة التنبؤ المستقبلي للمنطقة الحضرية.<sup>1</sup>

#### التحليل:

تدرج هاته العوائق ضمن سوء التخطيط وكذا عدم تشديد الرقابة القانونية، وجعل قوانينها سارية المفعول خاصة أمام التجاوزات التي تحدث على حساب الأراضي الصالحة للزراعة، وما تسببه هاته التجاوزات من أثار تسيء للمظهر الجمالي والايكولوجي للمدينة كونها تتواجد على حافة المدينة الحضرية.

5/ التخطيط الحضري والبعد السوسولوجي: ويندرج ضمنه

5-1/ المؤثرات البيئية وانعكاساتها على التخطيط الحضري:

للبيئة الحضرية والخصائص الايكولوجية اثر فعال في التشكيل العمراني، بحيث تشتمل على ما يلي:

<sup>1</sup> زيدان عبد الباقي: علم الاجتماع الحضري والمدن المصرية، كلية البنات الإسلامية، جامعة الأزهر، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1974، ص136.

1-1 الطوبوغرافيا الموقع: مما لا ريب فيه أن للعنصر الطوبوغرافيا دور في تشييد البناء، دون نسيان مواد البناء، منها ما بني بالحجر في المناطق الجبلية، والطين في مناطق السهول والوديان وغيرها وهي راجعة في أصلها إلى ما تفرضه الظروف البيئية المحيطة بالإنسان.

1-2 المناخ: يستلزم على الإنسان مراعاة هذا الجانب في تصميم البناء من حيث درجة الحرارة، وشدة الجفاف... الخ، ولقد كان لمثل هاته الخصائص تأثير في التشكيل المعماري، وانعكس ذلك بطبيعة الحال على الحياة الحضرية للمجتمع، وعلى سبيل الحصر فان البناء المعماري في المناطق الصحراوية يشترط فيها اختيار هضبة مرتفعة من سطح الأرض، لما له من أهمية في اعتدال درجة الحرارة والأهمية الإستراتيجية، وتلاصق الجدران لعدم تعرضها إلى أشعة الشمس<sup>1</sup>.

### 5-2/ المؤثرات الاجتماعية وانعكاساتها على التخطيط الحضري:

إن المؤثرات الاجتماعية المنعكسة على حركة التكوين العمراني قد صاغها وشكلها الدين الإسلامي، وعلى غرار الوحدات السكنية أو ما يطلق عليه مصطلح العمارة، بهدف التخفيف من حدة أزمة السكن إلا أنها تأسر خصوصيات الأفراد في حدود ذلك المسكن، أيضا تخلق نوع من محدودية تفاعل الأفراد فيما بينهم<sup>2</sup>

### 5-3/ مشاركة المجتمع المحلي:

إن نجاح التهيئة الحضرية مرهون بدعم المؤسسات التي من شأنها أن تتيح الفرصة للمجتمعات بالمشاركة في عملية التنمية بشكل فعال بدلا من مرحلة التخطيط وصولا إلى مرحلة تنفيذ المخطط.

<sup>1</sup> - منال عرسان وسعيد قرارية، آليات تفعيل الوعي والمشاركة في التخطيط العمراني في الضفة الغربية، مذكرة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح، نابلس، فلسطين، 2004، ص17.

<sup>2</sup> - سعد عبد الكريم شهاب: أنماط العمارة التقليدية الباقية من صحراء مصر الغربية، دراسة تحليلية ومقارنة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2006، ص326، 332.

- نجد في الدول المتقدمة أن المشاركة الشعبية للمجتمع المحلي حق من الحقوق التي يكفلها الدستور للناس لتعبير عن آرائهم كما إن نظم الحكومات تعطي المواطن حقه في إن يكون صوته عاليا في جميع المجالات حتى التخطيط، وانطلاقا من فكرة مفادها المواطنين وحدهم الذين يعبرون عن احتياجاتهم، وهذا يساعد المخططين الإداريين في وضع مخططاتهم وتجنب كثير من المشكلات الحضرية، وتكمن أهمية المشاركة الشعبية في تزويد المخططين بالمعلومات اللازمة، كما لها دور في تفعيل قوانين استعمالات الأرض<sup>1</sup>.
- إن نشأة اتجاه التخطيط التشاركي نجد جذورها المعرفية، الثقافية في تطور الفكر الاجتماعي والسياسي، من حيث أن التخطيط التشاربي يركز في الأساس على أشكال طرق المشاركة المجتمعية في ممارسة الحكم لتفعيل مساهمة المواطنين في صناعة القرار "في نهاية الستينيات من القرن الماضي ظهر مفهوم الديمقراطية التشاركية بعل تساؤل متزايد حول حدود ونقائص الديمقراطية التمثيلية".
- و لقد امتد مفهوم التشاركية نحو ميدان التخطيط الحضري ولقد كان ميدانها مهياً لهذا بفعل تعاضم النقد الموجه لنموذج التخطيط الحضري المعياري القانوني والتكنوقراطي الذي كان سائدا ومهيما على ميدان التعمير وممارسة منذ الحرب العالمية الثانية، فانتقاد التعمير القانوني التكنوقراطي ارتكز على فكرة هيمنة السلطة العمومية والتكنوقراط على التخطيط الحضري مما خلق مجالات حضرية مهمة للبعد الاجتماعي والإنساني كما ان مقارباته وتدخلاته لم تكن دائما محل رضا فئات عديدة من المجتمعات الحضرية الغربية أو ما كان يسميه مفكري الاتجاه الماركسي أن ذاك "الصراعات الحضرية"، فلا بد من تغيير نماذج ومقاربات التخطيط الحضري نحو نموذج جديد يرتكز على "مواطنة فعالة"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - منال عرسان وسعيد قرارية، مرجع سبق ذكره، ص18.

<sup>2</sup> - محمد الأمين حركات، محمد الهادي لعروق: التخطيط الحضري في الجزائر والمشاركة المجتمعية، مجلة العلوم الانسانية، مجلد ب العدد43، 2015، ص640.

• ضمن هذا الاتجاه نذكر أعمال المفكر باتريك قادس المتعلقة بتصوير طرق تحقيقات واستبيانات متعددة التخصص حيث لخص فكرة المشاركة المجتمعية في التخطيط القول: "إن السكان عليهم أن يكونوا قادرين على تخطيط مدينتهم"، أي أن الديمقراطية وتشاركية الفعل العمومي الحضري يضمن المخططات والعمليات المتعلقة بالإنتاج الحضري فانتقال معايير تحديد أوجه التنمية من المخططات بالاتجاه المشروعات أدى إلى تطور ممارسات التشاور وبعث مشروعات تقوم على المشاركة الفعلية.<sup>1</sup>

#### 5-4/ قيم وأعراف المجتمع:

إن التخطيط للمدينة يكون وفق معايير محددة ويتم استخلاصها من عدة مصادر من بينها نجد العادات والتقاليد التي تحكم ذلك المجتمع وهي مستمدة في أساسها من العقيدة الإسلامية، وهاته المعايير تتضمن الحفاظ على قي المجتمع وأعرافه، للحفاظ على الخصوصية وأسلوب الحياة الحضرية بما في ذلك الهوية والتراث والأعراق، وهي في مجملها مستنبطة من الواقع الاجتماعي.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - الهام حسين: تحديات المستقبل في التخطيط الحضري الدروس المتقاة من التجارب الأوروبية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الهندسية، المجلد 27، العدد 02، 2005، ص 485.

<sup>2</sup> - خلف حسين علي الدليمي: تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية أسس - معايير - تقنيات، دار صفاء لنشر والتوزيع، الأردن، ط 1، 2008، ص 77.



## خلاصة:

إن التخطيط الحضري من الباب التنظيري لم يستطع تلبية احتياجات السكان، نظرا لاختلاف خصائص المجتمعات، وهو ما فرضه الواقع المعاش اليوم، فعملية التوعية والتحسيس والتوجيه للمجتمع هي جزء أساسي في مهمة التخطيط، مقابل ذلك تستدعي الدراسات النظرية وبشدة الأخذ بعين الاعتبار الجانب السوسولوجي للمجتمع، إذ أصبح من الضروري على الخبراء المختصين بمجال التخطيط للمدينة بوضع نماذج عقلانية في مجال الإسكان الحضري مع مراعاة خصوصية المجتمعات وظروفها البيئية، فتحقق بذلك المعايير المستحدثة، والتي من شأنها تحقيق نجاح سياسات التخطيط الحضري.

الفصل الثالث

المرافق الصحية

# الفصل الثالث: المرافق الصحية

تمهيد

1/ أوضاع القطاع الصحي من منظور تاريخي.

2/ وظائف المؤسسات الصحية.

3/ تصنيف المرافق الصحية.

4/ معايير تصنيف وتقييم المرافق الصحية.

5/ مشكلة الاكتظاظ داخل المرافق الصحية.

خلاصة.

## تمهيد:

من غير المنطقي التطرق إلى المرافق الصحية بشتى مراتبها دون الرجوع إلى جذورها التاريخية والتي ساهمت بشكل كبير في تطويرها عبر مختلف العصور، بحيث عرفت هاته المؤسسات بتسميات مختلفة، كما كان لمؤطري هاته المرافق دور في تحسين جودة الخدمات مع الحرص دوما على تقديم الأفضل للمريض، وهو ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

## 1/ أوضاع القطاع الصحي من منظور تاريخي

"بدء الاهتمام بالمؤسسات الصحية والتي تخص إجمالاً المريض منذ ما يقارب: 1200 ق.م كان مكانها المعابد الإغريقية، وكان لي أبو قراط الفضل في الفصل بين الطب والدين والفلسفة إذ ركز في بدايته على العوامل البيئية التي لها علاقة بالصحة والمرض، في 400 ق.م ظهر ما يسمى بمعابد آلهة الطب الإغريقية وهي أولى المستشفيات في الحضارات اليونانية من أبرز مبادئها الاعتماد على البيئة الطبيعية: الهواء الشمس... الخ، وانتهاج مبدأ الملاحظة والمنطق لتفسير أسباب الإصابة بالمرض"<sup>1</sup>.

## التحليل:

نلاحظ في هاته الفترة كان من المعروف ان المصريون القدامى دور في إثراء الجانب الطبي وعلى سبيل ذلك شفاء الجروح كما استخدمت الضمادات وجبرت كسور العظام، ونجاح هاته العملية قد حقق قفزة نوعية في الطب العلاجي بحيث اقتدى بها البابليون بعد ذلك خاصة أثناء الحروب.

وأطلق مصطلح سيكيستا (cikista) على المستشفيات أثناء تلك الفترة - أي معابد الشفاء- بحيث امتازت الأماكن التي يقدم فيها العلاج للمريض بالنظافة والتنظيم المستمر لمختلف الأقسام.

وقد اختصت مستشفيات هاته الحضارات ببعض السمات الحديثة نذكر منها ما يلي:

1/ الاعتماد على المستشفى كمركز للتدريب لديهم.

2/ قيام الأطباء بجبر الكسور ووصف العقاقير الطبية لتخفيف من شدة المرض وشفائه في غالب الأحيان.

<sup>1</sup> سليم بطرس جلبة: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2007، ص 17.

3/ دراسة العوامل البيئية وحصر عوامل ومسببات المرض والصحة، يساعدهم في تحديد طبيعة الأمراض المنتشرة في تلك الحقبة.

4/ الاهتمام بنظافة محيط المستشفى من أولى خطوات الشفاء من الأمراض .

### أوضاع المستشفيات في مطلع الديانات المسيحية:

"إن الاعتقاد السائد في بعض المدن القديمة كان يتمثل في أن المرض هو ظاهرة طبيعية ويعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح الشريرة، وقد جاءت المسيحية فيما بعد فغيرت هذا المفهوم بعض الشيء، حيث أن المسيحية تؤمن بأن المرض هو مشيئة إلهية، لذلك عندما يقوم أي شخص بخدمة المرضى فهو بالحقيقة يخدم الله وهذا يساعد في النهاية على التخلص من الخطايا وانقاد الأرواح، ولهذا فقد تميزت المستشفيات في مطلع الديانة المسيحية بالتركيز على الناحية الإنسانية أكثر من تركيزها على الناحية العلاجية، وقد بنيت بيوت الكهنة كمستشفيات صغيرة تحت تأثير ضغط الكنيسة وذلك لإيواء المرضى والمسنين والمعوزين، بحيث تمكن الكهنة من الاعتناء بالمرضى وتقديم السلوى والغذاء لهم، هذا وقد كانت تبعية هذه الأماكن في بعض الأحيان إلى الدير في المناطق الريفية وإلى الكاتدرائيات في المدن الكبيرة"<sup>1</sup>.

### التحليل:

يظهر جليا ان مهد الديانة المسيحية قد غير مفاهيم عدة متعلقة بالمرض والإيمان بأنها مشيئة الله في خلقه وتعني التخفيف من ذنوبه في الدنيا، لهذا بادرت الكثير من الكنائس في بناء مستشفيات صغيرة وكانت مبادراتها في البداية احتواء المشردين والاعتناء بهم وتقديم الغذاء لهم...الخ، كما تميزت هاته الفترة بتحسين معاملة المرضى خاصة رجال الدين كونهم الادرى بهاته المهنة النبيلة، هذا ما جعل المستشفيات تحت لواء الكنائس وكهنتها، إلا أنها خلقت

<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره: ص 19.

خلفية دينية متشددة كانت بمثابة معضلة امام كفاءة المتطوعين فيه، وطغى بذلك الفك الديني على الاتجاه العلمي لديهم.

### أوضاع المستشفيات عند العرب (العهد الإسلامي):

" تشير المصادر التاريخية أن الوليد بن عبد المالك قد أمر ببناء أول مستشفى عام 706م بدمشق وحشد له مجموعة من الأطباء، ومما يؤثر من الخليفة المذكور انه قد أمر بالحجز على المجذومين حتى لا يختلطوا بالأصحاء، ويشار إلى أن هذا العصر قد شهد إنشاء مستشفيات خصصت لإيواء المكفوفين، أما في العصر العباسي فقد شهد إنشاء مستشفيات في بغداد ودمشق والقاهرة والقيروان... الخ وقد استشار الرازي حتى يختار مكان لبناء المستشفى يحمل اسمه"<sup>1</sup>.

### التحليل:

يشير النص إلى أن العرب ابدوا اهتماما كبيرا للجانب الصحي فزادت المستشفيات والمستوصفات واشتهر كل من الرازي وابن سينا واللذان ذاعا سياتهما إلى يومنا هذا خاصة عند الغرب، بحيث ترجمت كتبهم إلى عدت لغات أجنبية لما لها أهمية في مكافحة الأمراض المعدية.

وبرع العالم جابر بن حيان في الكيمياء والأدوية والسموم، ترجمت كتبه إلى اللاتينية واعتمد عليها كمراجع في الجامعات الأوروبية في العصور الوسطى، وازدهر الطب الإسلامي إلى غاية القرن 15م والجدير بالذكر هنا أن العهد الإسلامي قد بنى مستشفيات عديدة للمختلين عقليا والمجذومين قبل الغرب بألفي عام.

### مستشفيات العصور الوسطى في الدول الغربية:

في نهاية القرن 11 وبداية القرن 12 كانت الملاجئ للمرضى موجودة في معظم المدن الأوروبية، حيث قامت بعض المدن وخاصة انجلترا ببناء مستشفيات تابعة للبلديات خارجة عن التقليد الشائع حيث كانت المستشفيات ملحقة بالكنائس، حيث ظهرت اول مرة

<sup>1</sup>مرجع سبق ذكره: ص20.

مستشفيات المدن وعلى اساس تطوعي وخيري لا تعود للكنائس ومع انتشار مرض الجذام في القرن: 12 و 13 م تم بناء مركز للعزل خارج المدن لحماية سكانها<sup>1</sup>.

### التحليل:

استمر الوضع على حاله كما ذكر سابقا وارتبطت المستشفيات بالدين كالمعابد والكنائس والكهنة، وبنيت المستوصفات والملاجئ بجانب الدير لتقديم يد المساعدة وإيوائهم للمعوزين كالمشردين والمسافرين... الخ، وقد بني الصليبيون أول مستشفى عسكري أثناء الحرب الصليبية على الأراضي المقدسة وبنيت بريطانيا أول مستشفى، وتميز القرن 12م بتوافر معظم الدول الأوروبية على ملاجئ، وخرجت إنجلترا على المألوف وبنيت مستشفيات تابعة للبلديات وفي القرن 13م تم بناء مراكز للعزل خارج المدن لحماية السكان، والملفت للانتباه هنا أن الدول الغربية بدأت في كسر حاجز تبعية المستشفيات للمعابد والكهنة وبداية شق طريق القطاع الصحي كمجال مستقل بحد ذاته بعيدا عن المناطق العمرانية ونتيجة كثرة الحروب أثناء تلك الفترة فقد بنيت كثير من المستشفيات قرب الثكنات العسكرية.

### مستشفيات عصر النهضة الأوروبية:

نتيجة الحركة العلمية التي شهدتها أوروبا مع نهاية القرن 14م والتي تميزت بإحياء العلوم والمعارف والاطلاع على علوم الحضارة الإسلامية والاستفادة منها والبناء عليها، ظهرت الكثير من المستشفيات الجديدة وازداد عدد الأطباء بشكل كبير وتم تحويل مراكز العزل الى مستشفيات، وصاحب ذلك التطور الرعاية والعلاج المقدم للمرض نتيجة لحركة إحياء العلوم والاستفادة من المعارف والعلوم الإسلامية ونقلها وترجمتها بالإضافة عليها بشكل خاص المعارف الإسلامية في الأندلس كما أصبح التشريح علما معترفا به، وتشير المخطوطات التي تعود إلى 1569 التي تضم مذكرات حددت واجبات الأطباء في المستشفى.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات : إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان (الأردن)، د.ط، ص32.

<sup>2</sup> مرجع سبق ذكره: ص33.



## التحليل:

كانت بوادر التطور العلمي في القطاع الصحي بارزة عند الغرب خاصة ما استتبته المفكرين من علوم الحضارة الإسلامية، وذلك بعد عصر النهضة وما أفرزته هاته الأخيرة من ايجابيات ساعدت كثير من الأطباء بالتمكن من تحصيل دراسات ناجحة ودقيقة وظهر أول مدرسة تريض بفرنسا التي كان لها دور في تقديم خدمات الرعاية الطبية، في القرن 19 احدث العالم باستور قفزة نوعية في ميدان علوم الجراثيم مم شكل قاعدة أساسية في الرعاية الأولية داخل المستشفيات الأوروبية، ومن الملفت للنظر هنا هو تراجع الدراسات العربية نتيجة لما تعرضت له هاته الدول من حروب أدت إلى إتلاف الكثير من المكتبات التي تظم آلاف الكتب الغنية عن التعريف والنادرة جدا.

## مستشفيات ما بعد القرن 19:

أدت الفتوحات العلمية والمكتشفات والاختراعات التي حصلت في نهاية القرن 19 وأوائل القرن 20 إلى تقدم كبير في بعدين كم أبعاد الرعاية الطبية والاستشفائية يتلخص في النقاط التالية:

1/ سلامة الرعاية الطبية والاستشفائية ارتكزت على النقاط التالية:

تقديم الإسعافات الأولية .

السيطرة على الآلام المصاحبة للجراحة.

نتيجة تعقيم الأدوات الطبية وخاصة منها الجراحية تم التقليل من الإصابة بالأمراض المعدية.

تطوير الخدمات العلاجية من قبل الممرضين والتي أسست مبادئها من طرف متخصصين في هذا المجال.

نجاح عملية نقل الدم من إنسان إلى آخر بداية القرن 20م.

## 2/ وظائف المؤسسات الصحية:

أشارت منظمة الصحة العالمية في تعرفها للمستشفى بأنه جزء من تنظيم اجتماعي وطبي، وبالتالي اشتملت وظائف المؤسسات الصحية على:

## 1- الرعاية الطبية والصحية:

الرعاية الصحية الأولية تتمثل المدخل الرئيسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع بحيث يوفر الصحة للجميع ويشجع مشاركة الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية على أساس من الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع، انطلاقاً من العلاقة الوثيقة بين العوامل الصحية والاجتماعية والعوامل الاقتصادية والبيئية وتختلف أنشطة ومجالات الرعاية الصحية باختلاف ظروف البيئة المحلية في الدول المتخلفة.<sup>1</sup>

## التحليل:

تتلخص الرعاية الصحية في العلاقة بين المصطلحات الثلاثة الآتية: الصحة، المرض، المجتمع، وتتجلى هذه الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة وما يرتبط بها من تحاليل وفحوصات مخبرية عادية ومتخصصة، ومختلف خدمات الإسعاف والتمريض... الخ، فالرعاية الصحية الأولية هي بوابة إعادة توجيه النظام الصحي بالمجتمع -يوفر الصحة للجميع بمشاركتهم في مختلف الأنشطة الصحية لتدارك ثغرات القطاع الصحي وتتمثل هاته الأنشطة في النقاط التالية:

البرامج التنقيفية المتعلقة بالمشاكل الصحية وطرق الوقاية منها ومحاولة السيطرة عليها، بحيث تدخل في دائرة نشر الوعي الصحي لدى الأفراد، رعاية الأمومة والطفولة بما فيها رعاية كبار السن.

<sup>1</sup>المنظمة العربية للتنمية الإدارية(بحوث ودراسات للاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات) المفاهيم والتطبيقات، مصر، ط2، 2014، ص8.

الوقاية من الأمراض المعدية ومحاولة تجنب السلوكيات التي تؤدي إلى الإصابة بها، عن طريق الأيام الدراسية دون أن ننسى وسائل التواصل الاجتماعي لما لها اثر فعال في تغيير سلوكيات الأفراد

محاولة الدولة توفير الأدوية والعلاج بالمصل الأساسي خاصة الأمراض المعدية منها.

## 2- التعلم والتدريب:

" يفرض التطور المطرد في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وتمثل المستشفيات بطبيعتها، وعلى وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات، مرتكز تدريب عملية للأطباء، وأجهزة تريض والفنيين والأخصائيين، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والعقاقير المناسبة لها"<sup>1</sup>

## التحليل:

إن الجدير بالذكر هو أن المجال الصحي يحتاج إلى تكوين وتطوير مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في هذا المجال وتعتبر المستشفيات خاصة منها التعليمية والجامعية ومراكز التدريب عمل الأطباء بأنها منهل لتنمية معارفهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والأدوية المناسبة لها وتساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والمساندة لها بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المريض، بعدها تأتي مرحلة تشخيص المشاكل الصحية والفردية بهدف علاجها، ضف إلى ما ذكر سابقا فان نتائج هاته الخبرات تضاف إلى خريجي المعاهد الجدد من الأطباء والممرضين.

<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره ص09.

### 3/ البحوث الطبية والاجتماعية:

" تسهم المستشفيات بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه من معامل ومختبرات وأجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي للخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل"<sup>1</sup>

#### التحليل:

للمستشفيات دور فعال في إجراء البحوث لطبية الاجتماعية المتخصصة في مختلف المجالات سواء المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى كفاءة الأفراد المهنية أو التجهيزات السجلات الطبية...الخ، بحيث تساعد الدراسات الاجتماعية بالبحث في مسببات الأمراض خاصة منها المعدية وأيضا الظروف المساعدة على انتشارها خاصة ما تعلق بالمجتمع وبالتالي تساعد في إيجاد طرق التقليل من انتشار الأمراض المعدية كون لها دور في عمليات التحسن والتوعية المجتمعية...الخ.

### 3/ تصنيف المرافق الصحية:

إن عملية الخدمة الصحية شاملة لكافة السكان دون تمييز لهذا فتوزيعها يكون في أرجاء المدينة أو الدولة ككل بحيث تخضع إلى معايير محددة، فهاته الخدمة تكون ضمن مؤسسة صحية معينة ولها عدت إشكال:

**المؤسسات الصحية الأولية:** " يتمثل هذا النوع بالمراكز والوحدات الصحية التي تنتشر على نطاق واسع في كل أنحاء الدولة أو الإقليم أو المدينة، لتوفير الخدمات الصحية

<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره: ص 10.

للجميع دون صعوبة أو تمييز، وتكون مزودة بمختبرات، ولكن غير مجهزة بأسرة ونقدم تلك المؤسسات خدماتها على نطاق واسع"<sup>1</sup>. بحيث تظم المؤسسات التالية الذكر:

### التحليل:

يتضح لنا أن المؤسسات الأولية هي إحدى أنواع المراكز والوحدات الصحية والتي تنتشر في كل أنحاء الإقليم تهدف إلى توفير خدمات صحية مختلفة لجميع السكان دون تمييز ومجهزة بمختبرات ولمن غير مجهزة بأسرة، وتتمثل خدماتها في:

- تقديم عمليات التطعيم المستمرة خاصة منها الأطفال الرضع.
- تقديم الإسعافات الأولية للمصابين وان وجدت حالة مستعصية ترسل إلى المستشفيات الرئيسية.
- بعض الأحيان لا يمكن توافر هاته المراكز على كل التخصصات الطبية خاصة منها الدقيقة كما تقل كل ما اتجهنا نحو المناطق النائية.

**مراكز الرعاية الصحية:** يطلق عليها في العالم المتقدم مراكز صحة المجتمع ويقتصر دورها على توفير اللقاحات الدورية لبعض الأمراض مثل أمراض الحصبة والجذري وتوفير أدوية للأمراض المزمنة مع متابعة الشؤون الصحية في المدينة وأيضا مراقبة شروط الصحة في المطاعم والمخابر ومعامل الحلويات... الخ، ومراقبة تاريخ نهاية صلاحية المنتجات الغذائية ودراسة أسباب ونتائج بعض الظواهر التي تعيق صحة المجتمع كالمخدرات، الكحول... الخ، كما لها دور في عقد ندوات وإصدار منشورات بالصحة<sup>2</sup>.

**مراكز الأمومة والطفولة:** تسعى الخريطة الصحية الى الاهتمام بالفئة الأكثر تمثيلا للمجتمع توفيرها مثل هاته المراكز في كل الناطق وتهدف بها إلى توفير خدمات صحية وطبية للنساء الحوامل والأطفال الأقل من 6 سنوات وتقوم بإعطاء التطعيم في أوقاتها

<sup>1</sup> -خلف حسن علي الدليمي: تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية(أسس، معايير، تقنيات)، دار صفاء للنشر ، ط1، عمان، الاردن، 2009 ، ص148.

<sup>2</sup>مرجع سبق ذكره: ص150.

المجددة، والمتابعة الدورية لنمو الأطفال مع تقديم نصائح للوالدين فيما يخص التغذية الصحية أو فحوصات...الخ.

**الصحة البيئية:** وتدرس علاقة البيئة بصحة الإنسان (المسببات والعوامل) لانتشار الأمراض بحيث تسعى إلى توجيه سلوكياتهم مع خلق بيئة من شأنها دعم الصحة .

**الصحة المدرسية:** كون أن الطلاب ركيزة السياسة التعليمية، وصحتهم من أولويات المؤسسات التربوية بحيث هناك مراكز صحية خاصة بهم تهتم هي الأخرى بتوفير لقاءات وذلك من خلال التنقل للمداس وفحص الطلبة مع المراقبة الدورية للمطاعم وكذا طبيعة الأغذية الموجودة على مستو مخزون المؤسسة التربوية.

**المؤسسات الطبية العسكرية:** هي اليوم هيئة في تنظيم القيادة العسكرية للجيش وتوفير العناية الطبية بشتى أنواعها للقوات العسكرية ولأسر العسكريين في السلم والحرب، ويتم إنشاء مستشفيات خاصة بهم ووحدات صحية ثابتة أو متنقلة.

**مراكز الحجر الصحي:** هو مكان يعزل فيه أفراد قد تحمل خطر العدوى، مع إتباع كل الإجراءات الطبية اللازمة لإحباط عملية نشر العدوى وعادة ما تكون هاته المراكز بعيد عن مراكز المدن وعند مداخل الحدود بين الدول.

**مراكز المصحات العقلية:** تتكفل كل دول العالم بالأشخاص ذوي الامراض العقلية وتأخذ تلك المؤسسات على عاتقها توفير العلاج اللازم لهم والرعاية كذلك.

**المؤسسات الصحية المتوسطة:** يطلق عليها مصطلح المستشفيات الصغيرة وتكون أكثر استيعابا لعدد السكان من مؤسسات الصحة الجوارية لكن يتوافر عليها عدد محدود من الأسرة والأجهزة الطبية والمختبرات وصالة عملية وعيادات وتخصصات طبية وتكون مثل هاته المؤسسات في المدن التي يقل عدد سكانها من 100 الف نسمة.<sup>1</sup>

**المؤسسات الصحية الرئيسية:** هي المستشفيات الكبرى العامة التخصصية والتي تخدم كل سكان إقليم المدينة، بحيث تلم بكل أنواع التخصصات الدقيقة وتتواجد بداخلها العيادات

<sup>1</sup> - مرجع سبق ذكره ص150. (بتصرف).

الاستشارية التي يعمل فيها متخصصون في مختلف الأمراض، وتكون على نوعين: مستشفيات عامة وتنظم عيادات مختلفة كعادة الطب، عيادة العيون،... الخ، أو متخصصة كمستشفى العيون أو مستشفى الأمراض الصدرية.. الخ، وتعتبر المستشفيات المتخصصة الأكثر كفاءة من المستشفيات العامة كونه يركز على مرض معين، وبالتالي يسعى إلى توفير كل الكوادر البشرية والأجهزة الطبية والتقنيات المتطورة والمتعلقة به بحيث أنها لا تعاني من نفس الاكتضاض الموجود على مستوى المستشفيات العامة.

**الصيدليات:** بصفة عامة فهي موجودة على مستوى المستشفيات أما الصيدليات الخاصة فهي موجودة على مستوى الحي والمدينة تقوم ببيع وصرف الأدوية للمرضى. عيادات الصحة المهنية: تهتم بصحة العمال والمهنيين في الشركات والمصانع إذ توفر لهم الخدمة العلاجية والوقائية، وتقوم بمراقبة حوادث العمل وتسعى للوقاية من الإصابة بها.

**استجالات الطوارئ:** هي نوع مستحدث من العيادات في خدمة المجتمع 24/24 سا، طوال أيام الأسبوع وكذا في المناسبات الرسمية تهدف إلى توفير الرعاية الصحية لكل فئات المجتمع ودون تحديد موعد مسبق للحصول على الرعاية الطبية.

**العيادات الخاصة:** بالرغم من توافر الدولة على عدت مرافق صحية تحت وصايتها كالمستشفيات والمؤسسات الصحة الجوارية وقاعات العلاج إلا أنها ترخص بتوافر العيادات الخاصة بحيث ان اغلبية المرضى يفضلون زيارة الطبيب في عيادته الخاصة فضلا على تواجده على مستوى المستشفى نظرا لطرح معضلاتهم الصحية بأريحية وتعمل العيادات الخاصة بترخيص من وزارة الصحة وتخضع للتفتيش للتأكد من مطابقتها للشروط، وهناك نوعين منها: عيادة يعمل بها طبيب واحد وعيادة يعمل بها عدت أطباء وهو ما يحدد طبيعة التخصصات المتواجدة على مستوى العيادة.

**التصنيف حسب الجهة المالكة:**

يندرج ضمنه: مستشفيات القطاع الحكومي: هي مرافق تملكها الدولة(القطاع العام) وقسم كبير منها يدار من قبل وزارة الصحة إذ لها الحق في التعاقد مع شركات متخصصة في إدارة المستشفيات تحت رقابة القطاع الحكومي مع تمويل القطاع العام وهناك مستشفيات حكومية أخرى تحت وصاية وزارات أخرى كالمستشفيات العسكرية.

مستشفيات القطاع الخاص: منها ما هو تابع للجمعيات الخيرية بحيث هدفها تقديم يد المساعدة دون تحقيق أرباح تمول من طرف المتبرعين أو مؤسسات معينة في حين هناك نوع من المستشفيات التي تسعى إلى تحقيق أرباح تكون ذات ملكية فردية لأفراد معينين ومعظمهم أطباء.<sup>1</sup>

**4/ معايير تصنيف وتقييم المرافق الصحية**

**أولا المعايير الكمية:** ويقصد بها ارتباط مساحة كل نوع من المؤسسات الصحية بعدد كثافة السكان المحيطين بها .

**الجدول رقم(01):** يمثل معايير تصنيف وتقييم المرافق الصحية.

مساحة الخدمة	عدد السكان المخدومين	نوع الخدمة
2م500	150000-5000	1- العيادة الخارجية
2م7500	150000-5000	2-مركز رعاية الطفولة والأمومة
2م3000	40000-15000	3-مركز صحي درجة أولى
2م10000	60000-40000	4- مستشفى عام
2م80000	100000	5- مستشفى أطفال
2م5000	200000	6- مستشفى أمراض نفسية
2م10000	200000	7- مستشفى ولادة

**بتصرف: الباحثة**

<sup>1</sup> منظمة الصحة العالمية: الإدارة الصحية، بيروت-لبنان د.ط، 2007ص98-119 (بتصرف الباحثة).



## التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول أن مساحة المستشفى العام ومستشفى الولادة بنفس الرتبة وتقدر.

ب: 10.000 متر مربع وهذا لسببين الأول أن المشفى في حد ذاته يضم عدد كبير من المخدمين أي المرضى وعدت تخصصات والثاني أن مشفى الولادة يضم القاعدة الأساسية للهرم السكاني وهي المواليد، بعدها مشفى الأطفال ومركز رعاية الأمومة والطفولة إذ تعتبر السنوات الأولى من مرحلة النمو للأطفال حساسة تحتاج إلى عناية خاصة لتنمية وتقويته وهو ما تسهر عليه مركز رعاية الأمومة والطفولة بعناية مشددة، يتجلى في توجيه وإرشاد الوالدين لمصلحة أطفالهم وتأتي في الأخير العيادة الخارجية والمشفى العام للأمراض النفسية بنفس الرتبة بمساحة تقدر بـ 5000 متر مربع بالرغم من أن طبيعة المشفى تستدعي مساحة أكبر ألا إذا كان مخصص لفئة أقلية من المخدمين وكحد أقصى 200.000 مريض ونادرا ما تستقبل حالات مرضية لحد الشفاء.

## ثانيا: المعايير الوصفية

**توزيع الخدمات الصحية:** لتوفير الخدمة الصحية لجميع السكان يجب أن تكون ضمن مسافات محددة للمؤسسات الصحية وفي أماكن سهلة الوصول إليها بحيث لا تزيد عن 3 كلم مع مراعاة الكثافة السكانية المتزايدة وكل تجمع سكاني أكثر من 10000 نسمة يحتاج إلى مركز صحي و 50000 ألف فأكثر يحتاج إلى مستشفى صغير وأكثر من 100000 يحتاج إلى مستشفى كبير أو رئيسي<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> عوني عبد الهادي مشافي: تحليل وتقييم الخدمات الصحية التعليمي الثقافية والترفيهية، مذكرة ماجستير، فلسطين، 2008، ص 35-36.

جدول رقم (02): يوضح نوعية الخدمات الصحية:

عدد المخدمين "المرضى"	البيان
20000-5000	طبيب/شخص
400000-6000	صيدلي
400000	طبيب متخصص
500-300	سرير
20م مربع-50 م	نصيب الفرد من المساحة الكلية/100 شخص

بتصرف: الباحثة.

التحليل:

يمكننا الحديث على طبيعة توزيع المرافق الصحية داخل المدن بحيث تخضع عملية

التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية لمعايير محددة أساسها التزايد السكاني بداية

التقييم هنا يخص الخدمات المتوفرة داخل المؤسسات الصحية، بحيث تختلف بخلاف

الدول والمدن، والأهم أن هاته الخدمات منسجمة مع الواقع السكاني فيظم نوع البناء ومدى

ملائمته للمؤسسة ونوعية الكوادر الطبية والإدارية التي تتوفر في تلك المؤسسة، لهذا

فالمطلوب هو أن تكون الخدمة على درجة عالية من كفاءة الأداء على المستوى المكاني

وفي كل المجالات

-**طبيب /شخص:** يقصد به كم شخص حصة كل طبيب بحيث يختلف أيضا بخلاف

الدول المتقدمة فحدد بين300-1200نسمة أما الدول النامية حدد ب: 5000-

20000نسمة.

-**مستشفى/شخص:** سجلت منظمة الصحة العالمية تباين في عدد الأشخاص

المخدمين من طرف المستشفى تباين درجة تقدم الدول، وتقل النسبة كل ما زادت درجة

التقدم الصحي.

**صيدلي/شخص:** هاته العلاقة تكمن في عدد الصيادلة الذين يعملون على توفير الدواء للمريض بعد تشخيصه من طرف الطبيب.

- **طبيب مختص/شخص:** يعد هذا المقياس أكثر تعبيراً على العلاقة بين السكان والتخصصات الدقيقة، يوجد لدينا عدد كبير من الأطباء بحيث لو قسمنا عدد السكان عليهم تكون حصة الطبيب قليلة لو أخذنا بمعيار التصنيف الدقيق لتخصص لما وجدنا افتقار بعض السكان لكثير من الأطباء المتخصصين لهذا فان التخصصات الطبية هي المؤشر الحقيقي لقياس درجة تقدم الخدمات الصحية. وربما يلجا كثير من الأطباء المتخصصين إلى العمل في أكثر من مكان لغرض توفير خدماته لأكثر من شخص وعليه تراوحت هذه العلاقة 400000 شخص لكل طبيب مختص في الدول المتخلفة و اقل من 100000 شخص في دول أخرى، و اقل من 10000 في الدول المتقدمة.

- **سرير/شخص:** يبرز لنا عدد الأسرة داخل المستشفيات مقابل عدد الأشخاص وحدثت في الدول النامية بـ 300-500 نسمة لكل سرير، أما الدول المتقدمة تراوحت ما بين 120/80 نسمة/سرير وترتفع درجة استيعاب المؤسسة بارتفاع جودت خدماتها والعكس يحدث.

**ممرض/طبيب:** نظراً لأهميتهم البالغة داخل المستشفيات مما لهم من ادوار تكميلية للأطباء بحيث يقع على عاتقهم الاعتناء بالمريض مع المراقبة المستمرة له مع توفير المستلزمات الطبية للمريض لهذا يجب أن يتوفر 5 أشخاص عاملين في التمريض لكل طبيب بصفة عامة.

نصيب الفرد من مساحة الخدمات الصحية: يعتبر مقياس لبيان حصة الفرد الواحد من مجموع المساحة التي تشغلها المؤسسة في منطقة الدراسة و حددت بـ 100 شخص ما بين 20-25م<sup>1</sup>.

مراكز الرعاية الصحية الأولية(المؤسسات الجوارية):

<sup>1</sup> مصطفى يوسف: إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ط1، 2016، ص33-38.

" بحيث تقوم بتقديم الخدمات الأولية على مستوى الأحياء والمجاورات السكنية والقرى عن طريق وضع ملفات صحية لجميع المرضى الموجودين على نطاق الخدمة، مع تقديم خدمات علاجية ووقائية لهم والتحويل إلى مراكز الطبية المتخصصة إن لزم الأمر ويضم المركز في مجمله غرف للفحص، وقاعات الانتظار للمرضى لكلا الجنسين، مختبر لإجراء تحاليل طبية وغرفة طوارئ إن أمكن وصيدلية في حالة تقديم الإسعافات الأولية"<sup>1</sup>.

### التحليل:

مثل هاته المرافق يستوجب توفيرها على مستوى الأحياء السكنية نظر لبالغ أهميتها لهم وما لها شان في تقديم الإسعافات الأولية، وبالنسبة لمعايير تحديد موقع هاته المراكز يمكن إدراجها في النقاط التالية:

- لتسهيل عملية الوصول إلى هذا المركز يجب توافره وسط الأحياء السكنية، كما يجب أن يحتوي على طرق رئيسية لتسهيل عملية الوصول إليه.
- يبعد عن المناطق الصناعية والضوضاء، والمراكز التجارية نظرا لحاجته لميزة الهدوء.
- يمنع تواجده أمام الأماكن التي تكثر فيها الأخطار البيئية... الخ.

### 5/ مشكلة الانتظام داخل المرافق الصحية.

بالنظر إلى الاختلال التوازن بين معدل النمو السكاني ووتيرة التغطية الصحية تتجلى لنا عدت اختلالا على مستوى القطاع الصحي، مما يتسبب في معاناة كبيرة للمواطنين تتمثل في الشواهد الواقعية التالية:

<sup>1</sup> سليم احمد سليم استيتة: التخطيط المكاني للخدمات الصحية، طولكم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية، ماجستير، نابلس (فلسطين)، منشورة، 2009، ص35.

● مشكلة الازدحام داخل المؤسسات الصحية:

تشهد هاته المؤسسات ازدحاما رهيبا نظرا لعدم قدرتها على الاستيعاب للأرقام الهائلة من المرضى، التي يتوافدون عليها في ظل غياب التجهيزات اللازمة للتحكم في الوضع، زيادة عن هذا فوضى كبيرة نتيجة سوء التسيير والذي يؤدي لكثير من الأحيان إلى مناوشات بين المرضى ومرافقيهم من جهة وبين العاملين في المؤسسات الصحية من جهة أخرى تصل حتى إلى حالات اعتداء على الأطباء.<sup>1</sup>

● ارتفاع معدل الانتظار:

إن قلة الكوادر البشرية وكذا التجهيزات الطبية كأجهزة السكانير فإنها تدفع بالمرضى إلا الانتظار أطول مدة ممكنة تتجاوز عدة أشهر، بحيث تؤدي في بعض الأحيان إلى وفاة المريض دون تلقيه العلاج ألأزم نظرا لعدم توفر الطبيب المتخصص...الخ،

● سوء توزيع المرافق الصحية:

إن عدم التوزيع الأمثل للمرافق الصحية يخلق نوعا من عدم العدل في التغطية الصحية ويسبب ضغط، فنجد تركز الموارد الطبية والهيكل القاعدية في مراكز المدن، وغيابها تقريبا في المناطق المجاورة لها وهذا ما يدل على عدم وجود العدالة في الاستفادة من العلاج.

● ضعف مستوى الخدمات الصحية:

انعكست مشكلة الاكتظاظ الناتجة عن عدم استيعاب الهياكل الصحية المنجزة للزيادة المطرد في أعداد السكان سلبا على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، حيث اصبح الهاجس بالنسبة لسلطات والكمية -لاستيعاب تدفق بشري ناتج عن النمو الديمغرافي- على حساب النوعية، وفي إطار نقص الكوادر البشرية وكذا التجهيزات الطبية شكل ذلك سلبا

<sup>1</sup> - تريكي حسان: اختلال التوازن بين النمو السكاني والتنمية الصحية بالجزائر-مقاربة سوسيلوجية تحليلية، مجلة آفاق علم الاجتماع، العدد03، 2017، ص40-42.(بتصرف).

على نوعية الخدمات الصحية، وقد افرز هذا الوضع حالة من التذمر وعدم الرضا عن الخدمات الصحية لدى المواطنين.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> - مرجع سبق ذكره، ص42.(بتصرف).

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى كافة المرافق الصحية المتواجدة داخل المدن، وأيضاً التدرج التاريخي لتطورها الذي دفعها للارتقاء بصحة المجتمع، بما في ذلك ما تعانيه أهم مرافقها من اكتظاظ، إلا أنها تحتاج إلى دراسات سوسيلوجية معمقة كون لها أهمية بالغة عند الفرد والمجتمع على حد سواء، كما أنها تخضع لمعادلة - مجتمع سليم يساوي تنمية مستدامة-.

## الفصل الرابع

قراءة سوسولوجية لتخطيط الحضري

والمرافق الصحية بالجزائر



## الفصل الرابع: قراءة سوسولوجية لتخطيط الحضري

### والمرافق الصحية بالجزائر

تمهيد:

1/ مراحل التخطيط الحضري بالجزائر منذ الاستقلال.

2/ التشريع القانوني للقطاع الحضري.

3/ واقع الصحة بالجزائر.

4/ التشريع القانوني للقطاع الصحي بالجزائر.

خلاصة.

**تمهيد:**

بعد خروج الاستعمار الفرنسي تبنت الجزائر طروحات الفكر الاشتراكي كتجربة أولية للعملية التنموية إلا أن انهيار هذا المعسكر جعلها تحذوا حذوا آخر موازي للسوق العالمية بحيث كان للعوامل الاقتصادية والاجتماعية اثر في التغيير الجذري للمخططات التنموية خاصة ما يفرضه السوق العالمي الحر، عموما كانت هناك عدت توجهات لسياسة الحضرية في الجزائر بعد الاستقلال حاولت فيه البلاد الخرج من هذه الأزمة سنحاول التطرق اليها في هذا الفصل.

## 1/ مراحل التخطيط الحضري بالجزائر منذ الاستقلال

### المرحلة الأولى: 1962/1978: (يطلق عليها سياسة التوازن الجهوي)

"كانت البداية الأولى لسياسة الحضرية، تهدف إلى التحكم في النمو العمراني، وتنظيم المناطق الهامشية في المدن من خلال التخطيط الذي بدا يظهر بتنمية المناطق المحرومة، أو برامج أعطيت للجماعات المحلية لتسيير المدن وكانت أولى الجهود عام 1965 وتبلورت في بنود المخطط الثلاثي، والذي عمل على أشكال المساكن التي تركها الاستعمار الفرنسي، وركزت على اعمار وإنماء المدن الكبرى وأقاليم الساحل، حيث وجهت معظم الاستثمارات التي سطرته الحكومة، والمدرجة في مخططات التنمية الاقتصادية الذي تبعته كل المرافق الملحقة من السكن، حيث تم انجاز عام 1969 م حوالي 10770 وحدة سكنية، إضافة إلى ما ورثته من الحقبة الاستعمارية من السكنات لبت إلى حد ما احتياجات ساكنيها"<sup>1</sup>

### التحليل:

كان الفكر الاشتراكي كتجربة للعملية التنموية وسرعان ما باء بالتصدع والزوال لتحول مسارها إلى الاقتصاد الحر وتقلص من مظاهر التخلف، وتحقيق الرخاء والعدالة الاجتماعية بتطبيقها إستراتيجية الصناعات الثقيلة كالحديد الصلب والصناعات الكيماوية والهندسة الاستخراجية مما ساعد الدولة على تأمين أراضي المعمرين وجميع الأملاك الشاغرة وتبلورت هذه الأهداف لتعكس تطلعات البلاد المعبر عنها في الخطوط العريضة للمشروع الوطني للتنمية، من خلال النصوص الوثائقية لميثاق الجزائر 1964، بحيث تطالب فيه بتحسين المستوى المعيشي والثقافي للمواطنين مع توسيع القاعدة الصناعية والتوازن الجهوي والتي تهدف بها إلى التحكم في النمو الديمغرافي وتنظيم المناطق الهامشية في المدن من خلال التخطيط الذي بدا يظهر في تنمية المناطق المحرومة، وفق برامج أعطيت للجماعات المحلية لتسيير المدن .

<sup>1</sup> ميدني الشايب نراع: واقع سياسة التهيئة العمرانية في ضوء التنمية المستدامة، أطروحة دكتوراه، علم الاجتماع، 2014، ص38.

- كما أن هاته المرحلة عرفت بمرحلة التخطيط الاقتصادي وسياسة التصنيع مصحوبة بإصلاحات كتأميم الأراضي وإنشاء تعاونيات وبناء قرى تشاركية... الخ، كل ذلك أدى إلى تحريك السكان اتجاه المدن بحثا عن العمل وحياة أفضل متمثلة في الحياة الحضرية بسبب التركيز على عملية التصنيع في مجال الاستثمارات وتهميش الزراعة، بعدها جاءت مرحلة تشبع المدن وكثرت الأزمات الاجتماعية بها خصوصا أزمة السكن الحادة والانتشار البطالة من جراء العدول على الاستثمار في القطاع الصناعي العمومي، وعدم قدرة الهياكل والتجهيزات الحضرية من تغطية الاحتياجات السكانية المتزايدة بسبب النمو الحضري المتزايد والمتمثل في النمو الديمغرافي الناتج عن الزيادة الطبيعية لسكان المدن وليس الهجرة الريفية فقط كما يعتقد البعض<sup>1</sup>

#### التحليل:

للجانب الاقتصادي بالغ الأثر في العمليات الحضرية أثناء تلك الفترة خاصة ارتباط هاته الأخيرة بالأراضي الصالحة لزراعة وتغير توجه اقتصاد الدولة، وظهر المخطط الثلاثي: 1967-1970 ركزت فيه الدولة على اعمار وإنماء المدن الكبرى والأقاليم الساحلية وفي، شيدت في الريف قرى وقد أصبحت هاته القرى نواة للمدن الصغيرة لتتحول إلى مراكز بلديات ودوائر، وتم إنشاء المخططين الرباعيين للمطالبة بالتوازن الجهوي مع إعطاء أهمية للمناطق الداخلية كباتنة سطيف الهضاب العليا مع تنفيذ المشاريع الصناعية بها وتقليل الضغط على مناطق الساحل واعتماد اللامركزية في الإدارة بإعطاء الصلاحيات للبلديات والولايات، من خلال المخططات الولائية والبلدية للتنمية، ومخططات التجديد العمراني

- كما أصدرت الدولة استثمارات هامة في مخططات تطوير الحضري لتحويل مشاريع التنمية الحضرية وتهيئة الأراضي وتشبيد المرافق وتحسين ظروف المدن والتخطيط

<sup>1</sup> سعدان رابح: الحياة الاجتماعية في الفضاءات العمرانية الجديدة- المنطقة الحضرية البوني- عنابة نموذجاً، ماجستير علم الاجتماع، عنابة، الجزائر، 2006، ص151

الاقتصادي وزيادة وحدات سكنية جديدة لمواجهة أزمة السكن وتنظيم توسع المدن ورفع كفاءتها على التطور والنمو، وقد كانت هاته الأعمال تأكيدا فعلا أعطى نتائج ايجابية مثل تقليص من الفوارق في ميدان الشغل وتطوير المدن الصغرى والمتوسطة هذا وقد اقتصرنا على ذكر أكثر الأعمال أهمية غير أنها كانت محدودة بمدة زمنية فلم يكن لها اثر ملموس على الخريطة الإقليمية وما قدمه احصاء 1977 خير دليل إذ الفوارق بين المناطق الساحلية وباقي البلاد تزداد هويتها وحركات النزوح الريفي من القرى في اتجاه المدن تزداد وتيرتها فقد نتج عنها عمران فوضوي زاد المشاكل الحضرية تعقيدا.

### المرحلة الثانية: 1978-1986 (الاستعمال الجديد لتهيئة العمرانية)

" تم خلال هاته الفترة بالضبط عام 1980 إنشاء أول وزارة للتخطيط والتهيئة العمرانية ثم جاءت بعدها 1981 الوكالات لوطنية لتهيئة العمرانية والتي اهتمت على الخصوص بإعداد خطط على المستوى الوطني للتهيئة العمرانية، وفي نفس السنة اصدر قانون وضع أدوات التهيئة والتعمير على المستويين الوطني والجهوي، وقد كان تطبيق أحكام القرارات في إطار سياسة التهيئة العمرانية محددا جدا للأسباب التالية:

- عدم استقرار التهيئة العمرانية وعملية ربطها المتعاقبة بعدت سلطات وزارية، وزارة التخطيط ووزارة الإسكان.
- تفضيل التنمية الإقطاعية على حساب الجانب المجالي يؤدي إلى التضحية بنظرة طويلة الأمد لتحقيق نتائج ذات الأمد القصير.
- التخطيط الذي يعطي أولوية للنظرة القطاعية دون أن يولي اهتمام إزاء التوجهات المحلية.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> قماش زينب: المجتمعات السكنية الحضرية بمدينة قسنطينة واقعا ومتطلبات تخطيطها، ماجستير، قسنطينة(الجزائر)، 2006، ص33.

### التحليل:

امتازت هاته الفترة بإنشاء هيئات وزارية جديدة والتي أحدثت بدورها فارق كبير بالنسبة للعملية الحضرية، بحيث ساعدت في أعادت التهيئة الحضرية للمدن والتقليل من شان معضلاتها وأيضاً ساهمت في خلق مدن جديدة بكل المرافق الخدماتية، وعرفت هاته المرحلة بسياسة الصلاحيات المفقودة بالرغم من وجود وزارة السكن والتعمير التي منحت السكان قروض من صناديق الاحتياط وإعلانات البلدية بالبيع للأراضي بأسعار رمزية إلا أنها لم تخلو من البيروقراطية لتسيير والتنظيم الإداري، وعدم كفاءة المؤسسات... الخ، لتأتي بعدها مرحلة أخرى من التنمية في إطار المخطط الخماسي الأول والثاني: 1980-1984/1985-1989 ليجسد سياسات تهيئة عمرانية فعالة عن طريق سلسلة من الإجراءات، كظهور التهيئة الحضرية لأول مرة ضمن تعديل الخريطة الإدارية الحضرية لاستيعاب الفائض من أحجام المدن الحضرية، ليرتفع عدد الولايات من 31 الى 48 في 1984، وتهدف بها الدولة إلى القضاء على التفاوت الموجود والتخفيف من أزمة السكن وتصلح أوضاع السكان الحضرية التي عجزت عليها المخططات السابقة، حيث أولى أهمية لترميم الآثار المترتبة على المخططات سابقة، ولقد ارتكزت كثير من المشاريع في الجهة الشمالية للبلاد وكانت معظم المنشأة تظهر كتتنظيم شطرنجي للمعدلات السكنية، على اختلاف أشكال سكاناتها دون مراعاة الاعتبارات الأخرى كالممارسات اليومية للمواطنين، في النهاية تبدوا هاته المشاريع قد افتقرت إلى الأدوات والميكانيزمات المعمارية إذ لم يتم الاعتماد على المخطط الوطني والمخططات الجهوية للتهيئة العمرانية على الرغم من وجود نصوص قانونية التي زود بها جهاز التهيئة العمرانية منذ 1987 ويرجع ذلك إلى الأسباب المذكورة سابقاً.

### المرحلة الثالثة: 1986 - 1994 (انحطاط السياسة الترابية)

" مع ظهور المرسوم التنفيذي 26/74 المتضمن تكوين احتياطات عقارية لمصالح البلديات وبمقتضى أدواته التخطيطية المتمثلة في مخطط التعمير الرئيسي ومخطط التعمير المؤقت، سلمت زمام الأمور لصالح البلديات واستمرت هذه الوضعية إلى غاية التسعينيات، حيث ظهر قانون التوجيه العقاري الذي ألغى القانون 26/74 المؤرخ في: 1990/12/01 والمتعلق بالتهيئة التعمير، بحيث يؤكد هذا القانون الرامية إلى الاستعمال المنظم والعقلاني للأراضي، وهذا القانون يعيد الاعتبار لمفاهيم التعمير وتسهيلاتهما من خلال الاستعمال العقلاني للأرض كما يهدف إلى إقامة تنسيق بين مختلف المصالح وخاصة المصالح التقنية والجماعات الإقليمية من جهة، والمواطنين المتعاملين من جهة أخرى، وقد تم في هذه الفترة انجاز 482 ألف سكن من اصل 542 ألف وحدة سكنية"<sup>1</sup>

#### التحليل:

- ركزت الدولة في هاته الفترة بتوجيه أهدافها نحو المناطق الداخلية للبلاد لضمان توزيع أفضل للطاقات البشرية خلال المخطط الخماسي 1985-1989 لتخفيف من حدة الخدمات الحضرية التي تعيشها المدن الكبرى في الشمال بإيجاد بؤر جذب على مستوى الهضاب العليا والجنوب الجزائري، ووضع حد للتوسعات العمرانية التي التهمت أراضي شاسعة مع تدارك بعض النقائص التي ظهرت ميدانيا كالأسلوب بنيت به المساكن الجاهزة المصنعة المكونة من عدت طوابق والنمط الواحد، في جميع التراب الوطني شمالها وجنوبها دون مراعاة للظروف المناخية والخصوصية الاجتماعية، والتكاليف المالية لمواد البناء ولم تراعي أيضا رغبات السكان في نوعية السكنات دون بحث دقيق.

<sup>1</sup>بن سعيد سعاد: علاقات الجيرة في السكنات الحضرية الجديدة، ماجستير، قسنطينة، الجزائر، 2006، ص93.

### المرحلة الرابعة: خلق مؤسسات متخصصة ذات طابع اجتماعي

- "ظل القطاع العمومي المحتكر الوحيد لعمليات إنتاج السكن منذ صدور قانون الاحتياطات العقارية 1974 إلى غاية تحرير السوق في التسعينيات الى جانب قانون 07-86 المؤرخ في 1986/03/04 والمتعلق بالترقية العقارية، حيث أخذت العديد من المؤسسات العمومية على عاتقها تطبيق هاته السياسة مثل مؤسسة EPLF مؤسسة ترقية السكن العائلي وهي موجهة أصلا لانجاز الساكن الترقية التي تخضع لمقاييس خاصة، تتمتع بموقع جيد ومساحات خضراء التي قامت بانجاز اكبر عدد من المشاريع السكنية الترقية بمدينة وهران إلى جانب ديوان الترقية والتسيير العقاري OPGI، ديوان الترقية والتسيير العقاري: كان يسمى سابقا ديوان السكن للكراء المعتدل وهي هيئة موروثه من المستمر الفرنسي، وقد ازداد دوره الوظيفي بفضل التنظيم الاقتصادي الجديد وخاصة بعد ظهور أزمة السكن وبذلك أصبح يسمى ديوان الترقية والتسيير العقاري بعد صدور القرار الوزاري المشترك المؤرخ في: 1985/6/01 المتضمن للتنظيم الداخلي لديوان الترقية والتسيير العقاري في الولاية بالمرسوم: 08/93 اعتبر الديوان الجزائري تاجرا في علاقاته ويخضع لقواعد القانون التجاري".<sup>1</sup>

### التحليل:

- لجأت الدولة إلى سياسة إنشاء وكالات ومؤسسات بناء مختلفة عبر تراب الولاية، وتهدف بها إلى تخفيف الضغط على المديرية الجهوية والمحلية بداخل الولاية، بحيث كل ما كان لها فروع كل ما سهلت عليها عملية ضبط القرارات مع مراعاة آليات تنفيذها على ارض الواقع ولها عدت إشكال.

<sup>1</sup>دليلية زرقة: سياسة السكن والإسكان بين الخطاب والواقع، اطروحة دكتوراه علوم، علم الاجتماع، جامعة وهران 2016 ، ص ص 70-71.



## 2/ التشريع القانوني للقطاع الحضري:

تمثل أدوات التهيئة والتعمير من الوسائل الهامة في تنظيم عمليات التخطيط الحضري بالمدن الجزائرية، وقد عرفها القانون الجزائري بأنها (الأدوات التي تحدد التوجهات الأساسية لتهيئة الأراضي المعنية، كما تضبط توقعات التعمير وقواعده وتحدد على وجه الخصوص الشروط التي تسمح من جهة لي ترشيد استعمال المساحات والمحتفظة على النشاطات الفلاحية وحماية المساحات الحساسة والمواقع والمناظر ومن جهة أخرى تعيين الأراضي المخصصة للنشاطات الاقتصادية وذات المنفعة العامة والمباني الموجهة للاحتياجات الحالية والمستقبلية في ميدان التجهيزات الجماعية والخدمات والنشاطات والمساكن وتحدد أيضا شروط التهيئة والبناء والوقاية من الأخطار الطبيعية والتكنولوجية.<sup>1</sup>

### التحليل:

حسب ما تطرقت إليه المادة القانونية فان عملية التهيئة والتعمير هي مجموعة من الآليات التي تحدد التوجهات الأساسية لتهيئة الأراضي المعنية، وتضبط توقعات التعمير مع تحديد الشروط التي تسمح من جهة بترشيد المساحات والمحافظة على النشاطات الفلاحية وحماية المساحات الخضراء، ومن جهة أخرى تعيين الأراضي المخصصة لنشاطات الاقتصادية ذات المنفعة العامة والبنىات الموجهة للاحتياجات الحالية والمستقبلية في مجال التجهيزات الجماعية والخدمات والنشاطات والمساكن وتحدد أيضا شروط التهيئة والبناء والوقاية من الأخطار الطبيعية والتكنولوجية.

### أدوات التخطيط العمراني:

لتخطيط العمراني أهمية على المستوى المحلي والجهوي والوطني وذلك بالتحكم في النمو العمراني من بحيث تختلف من قطب إلى آخر ومن بلد إلى آخر ونجد منها:

- المخطط الوطني للتهيئة والتعمير.

<sup>1</sup> - بغيرش ياسمينة ومسلمي أمينة: سياسة التخطيط الحضري وانعكاساتها على واقع المدينة الجزائرية، المجلة الجزائرية للدراسات والأبحاث ج2-ع7، 2019ص118.

- المخطط الجهوي للتهيئة والتعمير .
- المخطط الولائي للتهيئة والتعمير .
- مخطط تهيئة البلدية.<sup>1</sup>

### التحليل:

**2-1 المخطط الوطني للتهيئة العمرانية:** يمثل المخطط العام لتهيئة حضرية بالمدن الجزائرية وهي الأساس لتنمية المستدامة بحيث يحدد خصائص كل إقليم، خاصة منها العوائق التي تحول دون تحقيق تنمية حضرية على المدى الطويل إذ يركز على عدت أساسيات ديمغرافية، الموارد الطبيعية، نشاطات إنتاجية منشآت قاعدية...الخ، بحيث يهدف إلى الاستغلال العقلاني للمجال الوطني عن طريق تحديد معالمه الأساسية، وحماية التراث الايكولوجي والتاريخي والوطني .

**2-2 المخطط الجهوي للتهيئة العمرانية:** يركز على التطبيق المباشر لتوجهات المخطط الوطني للتهيئة العمرانية مع احترام حدود مجاله المقررة في المخطط السابق ويهدف إلى التنمية الجهوية للمناطق التي تدخل حيز إقليمه، فهاته التقسيمات تساعد صناع القرار في التقليل من الفوارق الجهوية مع مراعاة قواعد التنمية الزمني، وتحديد مساحات التعمير لاختلاف القطاعات بما فيها الأراضي الخصبة.

**3- المخطط الولائي للتهيئة:** ويضم نوعان مخطط تهيئة الولاية، وخطط تهيئة البلدية:

**3-1 مخطط تهيئة الولاية:** في إطار توجيهات المخططين السابقين (الوطني، الجهوي)، تقوم كل ولاية بوضع مخطط تهيئة خاص بحدود ولايتها بمشاركة الفاعلين الاقتصاديين ومجالس الولاية...الخ.

- يهدف به إلى توجيه التنمية والأعمال الواجب القيام بها من أجل إعادة التوازن لتوزيع وتوطين السكان.

<sup>1</sup> غويزي سليمان: إشكالية التوسع الحضري بمدينة بشار، مذكرة ماجستير تخصص تهيئة قطرية وتنمية مستدامة كلية علوم الأرض والكون، جامعة وهران 2، الجزائر، 2016، ص 65 .

- الانسجام بين البلديات لتحقيق غاية التنمية الولائية ثم الجهوية.

3-2 مخطط تهيئة البلدية: باعتبارها جماعات قاعدية فهي المجال الذي ينبغي أن تفضي إليه وتتجسد كل السياسات فهو بمثابة الخلية الأساسية لتطبيق السياسات الوطنية لتهيئة والتعمير.

#### 4 - المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير: ( المنظومة القانونية لتعمير 1990 )

لكن قبل التطرق إلى ما بعد 1990 يجب التذكير بما ورد في النص القانوني قبل هاته الفترة حول التهيئة والتعمير، ونحصرها في التسلسل الزمني منذ الاستقلال:

الجدول رقم(03): يمثل النصوص التشريعية ما قبل 1990.

أهدافه	النص التشريعي
صدر أول نص تشريعي في مجال التعمير	
تساعد في تنظيم مختلف التدخلات على النسيج الحضري	الامر 67-75 المؤرخ في 1975/9/26 المتعلق برخصة ورخصة تجزئة الأراضي من اجل البناء
تنظيم ظاهرة النمو الديمغرافي والتوسع العمراني الكبير والبناء الفوضوي في أطراف المدن	
يشير إلى احترام التنظيمات المعمول بها في إطار مخطط التعمير المصادق عليه	القانون 02-82 المؤرخ في 1982/02/6 المتعلق برخصة البناء ورخصة تجزئة الأراضي
تعيين قواعد شغل الأراضي للمحافظة عليها وحمايتها	
و يحدد شروط استعمال الأرض والذي لا يكون إلا برخصة بناء أو	الأمر 01/85 المؤرخ في 1985/8/13 والذي يحدد قواعد شغل

الأراضي قصد المحافظة عليها	رخصة تجزئة مصادق عليها، كما يضبط التعاملات على الأرض العقارية من بيع واستغلال
<b>تنظيم المجال العمراني</b>	
القانون 03-87 المؤرخ في 1987/01/27 والمتعلقة بالتهيئة العمرانية	يحدد الإطار التطبيقي للسياسة الوطنية في مجال التهيئة العمرانية للحفاظ على المجال الجغرافي وحمائه
<b>بعد 1990 وظهور المسيرين لعملية التهيئة والتعمير</b>	
قانون الولاية 09/90 و المؤرخين 08/90 و 1990/04/7	مهمتها تحديد صلاحيات ومجال تدخل الجماعات المحلية في ميدان التعمير والبناء كهيئات إدارية لضمان الرقابة وتنظيم وتسيير المجال
<b>تنظيم المجال</b>	
قانون 25/90 المؤرخ في 1990/11/18 المتعلق بالتوجيه العقاري	يهدف إلى تصنيف الأراضي من حيث ملكيتها، طبيعتها واستغلالها ونوعية التدخل عليها للأراضي العامرة.
<b>ضبط قواعد النشاط العمراني وتقنين أدوات التهيئة والتعمير</b>	
قانون 29/90 المؤرخ في 1990/12/01 المتعلق بالتهيئة والتعمير متبوعا بمجموعة من المراسيم	تحديد القواعد العامة لتنظيم واستغلال الأراضي القابلة للتعمير في إطار احترام السياسة الوطنية للتهيئة العمرانية، اعتمادا على أدوات التهيئة والتعمير وآليات التحكم في العمران من

<p>خلال التحكم في مختلف التراخيص والشهادات.</p>	
<p>إدراج الكوارث الطبيعية والأخطار التكنولوجية ضمن أحكام هذا القانون والتي يجب أن تأخذ في الحسبان أثناء إعداد أدوات التهيئة والتعمير</p>	<p>القانون 05/04 المؤرخ في 2004/08/14 المعدل والمتمم للقانون 29/90 تبعا لمجموعة من المراسيم</p>
<p>منع البناء منعا باتا في المناطق التي تعرف خطرا من أخطار الطبيعة والتكنولوجية المصنفة كالفيزانات والانزلاقات... الخ.</p>	<p>القانون 20/04 المؤرخ في 2004/12/25 المتعلق بالوقاية من الأخطار الكبرى وتسيير الكوارث</p>
<p><b>التحكم في المظهر الجمالي والحد من الفوضى العمرانية</b></p>	
<p>إدخال الترتيبات الضرورية التي تسمح للسلطات الإدارية والقضائية، في إطار القانون التوجيهي للتهيئة لوضع حد للانحرافات العديدة والمشبوهة للمحيط العمراني.</p>	<p>القانون 15/08 المؤرخ في 2008/07/20 المتعلق بالتسوية</p>

بتصرف الباحثة<sup>1</sup>

<sup>1</sup> هوارى سعاد: مخطط شغل الأراضي بين المنظومة القانونية والتطبيقات الميدانية (حالة الدقسي عبد السلام، سركينة وتافريت) قسنطينة، مذكرة ماجستير في التهيئة العمرانية، كلية علوم الأرض والجغرافيا، 2015 قسنطينة، الجزائر، ص 17-18 (بتصرف).

### التحليل:

بصفة عامة ومن خلال الجدول السابق يتضح لنا أن التجديد في القوانين يهدف إلى تخصيص عملية التهيئة الحضرية داخل المدن، كاستصدار رخص البناء وشروط استعمال الأرض مع ضبط معايير المراقبة الإدارية لتسيير وتنظيم المجال الحضري، كما تم إعادة تصنيف الأراضي حسب ملكيتها، وكشفت الكوارث الطبيعية التي عرفتها الجزائر العاصمة منذ 2001-2003 بومرداس عن ضعف المنظومة العمرانية المعمول بها فكانت جزاما على المشرع الجزائري إدراج الكوارث الطبعية والأخطار البيئية ضمن قوانين التهيئة والتعمير وتكملة قوانين التعمير بمراسيم مختلفة، باعتبار الكوارث الطبيعية جزء لا يتجزأ من الدراسة العمرانية لكل منطقة، وهذا يساهم في تجنب البناء على المناطق الأكثر تعرضا للكوارث الطبيعية، إن هاته الترسانة من القوانين تبرز أهمية التهيئة العمرانية في المجال الحضري لما يتماشى مع التنمية الاقتصادية والاجتماعية وبحكم الظروف الني تعيشها الجزائر، وخاصة القفزة النوعية التي أحدثها المشرع الجزائري بعد 1990 تتجلى في إسناد بعض المهام والصلاحيات للجماعات المحلية كل من الولاية والبلدية لهذا يبقى المشرع الجزائري في كل مرة يعيد النظر في القوانين والتنظيمات المعمول بها وتكييفها وفق المستجدات الحديثة.

### 5- أدوات التهيئة والتعمير في ظل القانون 29/90 المعدل والمتمم

#### 5-1 المفهوم الإجرائي للتهيئة والتعمير:

هي تلك الآليات التي تحدد التوجهات الأساسية لتهيئة الأراضي المعنية وتضبط توقعات التعمير وقواعده وتحدد شروط التي تسمح من جهة بترشيد المساحات والمحتفظة على النشاطات الفلاحية وحماية المساحات الحساسة والواقع والمناظر من جهة أخرى تعيين الأراضي المخصصة للنشاطات الاقتصادية وذات المنفعة العامة والبنائات الموجهة للاحتياجات الحالية والمستقبلية في مجال التجهيزات الجماعية والخدمات والنشاطات والمساكن وتحدد أيضا شروط التهيئة والبناء والوقاية من الأخطار الطبيعية والتكنولوجية.

## 6 - المخطط التوجيهي للتهيئة العمرانية:

**المفهوم:** عرفت المادة 16 من القانون 90-29 المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير بأنه أداة التخطيط المجالي والتسيير الحضري، ويحدد التوجيهات الأساسية للتهيئة العمرانية للبلدية أو مجموع البلديات أخذا بعين الاعتبار تصاميم التهيئة ومخططات التنمية ويضبط الصيغ المرجعية لمخططات شغل الأراضي، ويهدف إلى تحديد الناطق الواجب حمايتها كالأراضي الفلاحية وحماية الساحل، حماية البيئة والوارد الطبيعية وحماية المناطق ذات التراث الطبيعي والثقافي والتاريخي.

إجراءات إعداد المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير .

- يرتكز المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير على التقرير التوجيهي، تنظيم القواعد العامة على كل منطقة، الوثائق البيانية، مراجعة وتعديل المخطط التوجيهي للتهيئة<sup>1</sup>.

يمكن شرحها كالتالي:

**6-1 تقرير توجيهي:** وتحدد فيه التوجهات العامة لعملية التهيئة الحضرية.

**6-2 تنظيم القواعد العامة على كل منطقة:** إن تقسيم المنطقة إلى مناطق متجانسة

قد يحدد فيها استعمالات الأرض وأجال تطبيقها على المدى القريب، المتوسط، والبعيد.

**6-3 الوثائق البيانية:** تعتبر المخططات تجسيدا تقنيا لما جاء في التنظيم، حيث

تشتمل على:

- مخطط الوضع الراهن يوضح فيه وضعية وحالة الإطار الحضري الحالي.
- مخطط تهيئة مع الإبقاء على ما يجب المحافظة عليه وتعديله وأيضا ما يستوجب إنشاءه.
- مخطط الشبكات المختلفة (شبكات الطرف، شبكات التزويد بالمياه، شبكات الصرف الصحي... الخ).

**6-4 مراجعة وتعديل المخطط التوجيهي للتهيئة:**

تتم المراجعة والتعديل بنفس الإجراءات التي بها المصادقة عليه.

<sup>1</sup> - هواري سعاد: مرجع سبق ذكره، ص 21.

- ومن احدث التعديلات التي جاء بها المشرع في هذا المجال، المرسوم التنفيذي 19-15 والذي تضمن مجموعة من الأحكام المستحدثة والتي كان الغرض منها تحسين وتفعيل عملية الرقابة على البناء والتوسع العمراني للحد الأوضاع اللاقانونية السائدة في الوسط العمراني وبموجب المرسوم التنفيذي 19/15 ادخل المشرع الجزائري العديد من التعديلات على عقود التعمير (رخص وشهادات التعمير) نجوز أهمها في ما يلي:

- " استحداث وثيقة أخرى سمية ببطاقة المعلومات (التي يمكن أن يطلبها كل معني بحقوق البناء غير أنها لا تحل في أي حال من الأحوال لإشهادة التعمير).

- أن المشرع الجزائري عدل صلاحية شهادة التعمير وربطها بصلاحية المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير او مخطط شغل الأراضي، بعدما كانت صلاحياتها محددة بسنة واحدة من تاريخ تسليمها.

- بالإضافة لبطاقة المعلومات استحدث المشرع وثيقة أخرى أطلق عليها (شهادة قابلية الاستغلال) فرضها على المستفيد من رخصة التجزئة، الذي يطلبها لإثبات مطابق الأشغال لرخصة التجزئة وإتمام جميع الشبكات والتجهيزات... الخ.

أن المشرع قام بإنشاء مصلحة (الشباك الوحيد) لدراسة ملفات التعمير من اجل تسهيل وتبسيط وتسريع عملية تسليم الرخص والشهادات<sup>1</sup>.

#### التحليل:

أن المشرع قام بتقليص الآجال المتعلقة بتسليم مختلف عقود التعمير فأصبحت مثلا تسلم شهادة التعمير في اجل 15 يوما عوض شهر، وشهادة التقسيم في اجل شهر عوض شهرين ورخصة التجزئة في اجل شهرين عوض 3 اشهر، أما رخصت البناء فأصبحت تسلم في اجل 20 يوما فقط، وأخيرا ما فعله المشرع أثناء تقليصه لهذه الآجال يهدف به لتسريع دراسة الملفات وعدم تعطيل شؤون المعني بالأمر.

<sup>1</sup> قاسي نجاة: عقود التعمير قراءة في أحكام المرسوم التنفيذي 19-15 المحدد لكيفيات تحضير عقود التعمير وتسليمها، مجلة القانون، جامعة وهران2، الجزائر، 2017، ص171-173



- أما فيما يتعلق الأمر بإجراءات الطعن في عقود التعمير أصبح المعني بالأمر بموجب هذا المرسوم يقدم طعنا أوليا للولاية التي لها اجل 15 يوما للرد عليه، وفي حالة عدم ردها يكون له أن يقدم طعنا ثابتا لدى الوزارة التي تلتزم مصالح التعمير على مستوى الولاية بالرد على طلبه، كما يحقق للمعني بالأمر رفع دعوى قضائية أمام الجهة المختصة .
- أخيرا أضاف المشرع بموجب هذا المرسوم أجهزة أطلق عليها اسم أجهزة التنفيذ والتي هي عبارة عن لجان تتشا لدى الوزير المكلف بالعمران ولدى كل والى ورئيس مجلس شعبي بلدي، تكلف بمراقبة الأشغال طبقا للرخص المسلمة، وكذا متابعة العرائض المقدمة لدى السلطات المختصة في مجال تسليم عقود التعمير<sup>1</sup>

#### 7- مخطط شغل الأراضي:

- " لقد حدد القانون رقم: 29-90 المؤرخ في اول ديسمبر 1990 الإجراءات القانونية الجديدة في مجال التهيئة والتعمير عبر أولا المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير ومخطط شغل الأراضي ثانيا، كأداتين من أدوات التعمير يلزم كل البلديات عل المستوى الوطني أو جزءا منه ويعتبر مخطط شغل الأراضي كتكملة أساسية للمخطط التوجيهي.
- هذا المخطط إلزامي لكل بلدية عبر القطر الجزائري ويقوم بمهمة تنظيم استخدام الارض او المجال في ضوء توجهات المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير.
  - ويعد هذا المخطط أداة على مستو اصغر للعمران التطبيقي ويهدف إلى تحقيق عمران تشاركي، يضمن إلى حد ما اطلاع المواطن وإشراكه في اخذ القرار بغية الوصول إلى التعامل الجماعي مع المجال الحضري ويهدف إلى:

❖ تحديد المناطق العمرانية( السكنية، الخدمات، التجارة، مناطق الصناعة،

المساحات الخضراء، الأراضي الفلاحية...الخ).

❖ يحدد لكل منطقة الاستخدام الرئيسي للأرض والمجال.

<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره، ص173.

❖ يحدد مخطط شبكة الطرق والمواصلات ويجدد مواصفاتها<sup>1</sup>

### التحليل:

يعتبر نخطط شغل الأراضي أداة قانونية حديثة للتخطيط المجالي والتسيير الحضري وهو جزء لا يتجزأ من أدوات التهيئة والتعمير ظهر بموجب القانون، للتحكم أكثر في تسيير المجال الحضري، ويتم إعداد هذا المخطط مداولة من طرف المجلس الشعبي البلدي ويعهد بانجازه إلى مكاتب دراسات متخصصة ومعتمدة، تحت إشراف ومراقبة المصالح البلدية التقنية ومديرية التعمير، ويعتبر مخطط شغل الأراضي تكملة أساسية للمخطط التوجيهي وهذا استنادا لما نص عليه المرسوم التنفيذي الذي يحدد الإجراءات القانونية للتهيئة والتعمير، كما أن للمخطط دور في تنظيم استخدام الأرض أو المجال في ضوء المخطط التوجيهي يهدف إلى تحقيق عمران تشاركي، يضمن اطلاع المواطن على مستوى معين في التعامل الجماعي بالمجال الحضري ويهدف إلى:

- تحديد المناطق العمرانية(سكنية، خدمات، تجارة، مناطق الصناعة..).
- يحدد لكل منطقة الاستخدام الرئيسي لأراضي المجال.
- يحدد مخطط شبكة الطرق والمواصلات ويحدد مواصفاتها.
- يحدد الأحياء التي تهيكّل ويجري تحديثها، ومواقع الأراضي المخصصة للتجهيزات العمومية.
- يحدد الأحياء والشوارع والنصب التذكارية والمواقع والمناطق الواجب حمايتها وتجديدها وترميمها.
- يحدد مساحات الأراضي الفلاحي والغابات الواجب حمايتها.

<sup>1</sup> قيرة إسماعيل وآخرون: التخطيط والتنمية الحضرية، دار الهدى للطباعة والنشر، عين مليلة، الجزائر، 2008، ص 75-76.

- يحدد مقاييس البناء عبر مختلف المناطق العمرانية كتحديد المساحات والكمية الدنيا والقصوى في البناء المسموح به والمعبر عنها بالمتر المربع من الأرضية، أو المتر المكعب
- كما يضبط القواعد المتعلقة بالمظهر الخارجي للنباتات ويحدد ارتفاعها وبراغي مخطط شغل الأراضي جملة من الوثائق أهمها الدراسات التحليلية والتنظيمية المستمدة من السياسة الوطنية في مجال التهيئة العمرانية والإقليمية بصفة خاصة. وتستند هاته العملية إلى رئيس المجلس الشعبي البلدي ومكاتب الدراسات المتخصصة والمعتمدة تحت إشراف ومراقبة المصالح التقنية للبلدية ومديرية التعمير والبناء التابعة للوزارة التجهيز والتهيئة العمرانية.

### 3/ واقع الصحة بالجزائر:

#### تمهيد:

إن النظام الصحي الجزائري شهد تطورا ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية، خاصة ما حققته في سبيل القضاء على الأمراض المعدية، بحيث تطور ذا النظام وفق ثلاث مراحل ندرجها كالتالي:

#### 3-1 المرحلة الأولى 1962-1973:

خلف الاستعمار الفرنسي واقعا صحيا متدهورا جدا بعد الاستقلال، بحيث كانت المرافق الصحية وعدد المستخدمين محدودا جدا ومتمركز في المدن الكبرى، و يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى:

المستشفيات التابعة لدولة .

مصحات خاصة يمتلكها الأفراد، وكانت المراكز المستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.

- ما ميز المستشفيات آن ذاك تمتعها بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي، بحيث بني نظام التشغيل على لجنتين واحدة طبية استشارية، والأخرى إدارية تداولية مع التحديد الدقيق لصلاحيات كلا منها، يشترك ممثلو صناديق ضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية لم يكن هدف هاته المؤسسات الربح، وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطن بأقل تكلفة، كان يتم وضع الميزانيات انطلاقاً من معطيات محدودة ومبررة والتي تمكن من وضع السعر اليومي والذي يمثل أساساً للتسييد بالنسبة لمختلف الدائنين، ومكنت هاته الاستقلالية الحقيقية التي كانت تتمتع بها هاته المؤسسات استخدام أطباء متعاقدين، بجانب الأطباء الدائمين وكان الأطباء الخواص يعملون في المستشفيات بانتظام من أجل التكفل بالمرض والطلبة<sup>1</sup>.
- ندوة ألمانا: " اعتمدت الجزائر بعض الجهود من طرف منظمة الصحة العالمية بعد ندوة ألمانا في كازاخستان أين تمت مناقشة قضايا الصحة العالمية حيث كان أهم قرار هو - الصحة للجميع - وهذا ما جعل الأمر الرئاسي للطب مجانياً وهو الأمر رقم: 65-73 المؤرخ في: 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، فذا القرار يعد كخطوة أولى لإعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل"<sup>2</sup>.
- التحليل:**

بالرغم من العراقيل التي واجهها القطاع الصحي أثناء تلك الفترة الحساسة لأنها كانت في مرحلة تأسيس البنية القاعدية والتحتية للصحة ككل، إلا أنها حاولت فصل إدارة المستشفيات على باقي المرافق الصحية الأخرى، واعتمدها على الإدارة الذاتية لها، وكان لمنظمة الصحة العالمية أهمية في ترسيخ مبدأ الصحة للجميع، وهو ما احتذت به الجزائر منذ انعقاد ندوة ألمانا، وستشهد تجسيده على أرض الواقع.

<sup>1</sup> عرابوي خديجة وبلعربي عبد الكريم: أزمة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية، مجلة الحقيقة، المجلد 17/ع02، الجزائر، 2018، صص 98-99.

<sup>2</sup> محمد العيد حسيني: السياسة العامة للصحة في الجزائر - دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، ماجستير، ورقلة، الجزائر، 2013، ص 114.

### 3-2 المرحلة الثانية: 1974-1988

نظرا للوضع الصحية المتدهورة لمعظم السكان تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني، مع تسجيل ملحوظ فيما يخص الهياكل القاعدية وعدد المستخدمين وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي تحملها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 2450 سرير عام 1973 إلى 2500 عام 1987 وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 في 1986، وتطور عدد المستخدمين في القطاع الصحي من 57872 عامل في 1973 إلى 124728 موظف في 1987 وطبيب لكل 1124 نسمة، وانعكس ذلك ايجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث ارتفع أمل الحياة من 51 في 1965 إلى 65 في 1987 مما دل على انخفاض معدل الوفيات خاصة منهم الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية.

### 3-3 الفترة من 1988 إلى يومنا هذا:

ادخل انخفاض سعر البترول 1986 في البلاد إلى إحداث أزمة اقتصادية ساهمت في تزداد الوضع الصحي وظهر عيب أسلوب النظام الصحي المنتهج آن ذاك مما أدى إلى استحداث سياسة جديدة 1988 إلا أنها بقيت متأثرة بالأزمة الاقتصادية نظرا لانخفاض علة الدينار وهو ما تعكس على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وتسجيل عجز في الحماية الاجتماعية، فما تعاناه السياسة الصحية بالمؤسسات الجزائرية مرتبط بسوء التسيير والتنظيم وليس نقص الإمكانيات المادية أو الموارد البشرية، لان أهداف المنظومة غير موجودة.<sup>1</sup>

"وعرفت الجزائر أواخر التسعينيات تحسن ملحوظ للوضع الاقتصادي العام بسبب عائدات النفط وانعكس بذلك على نسبة التضخم حيث كانت 5 بالمائة أصبحت 3 بالمائة سنة 2007 و 3.1 بالمائة سنة 2009".<sup>2</sup>

<sup>1</sup> عرابوي خديجة وبلعربي عبد الكريم: مرجع سبق ذكره، ص 101.

<sup>2</sup> جمال لعمارة: تطور فكرة الموازنة العامة للدولة، مجلة العلوم الإنسانية للنشر، العدد 01، الجزائر، 2001، ص 27.

### التحليل:

بعد ندوة 1973 (ألمانيا) تم تفعيل مبدأ الصحة للجميع، بتجسيد سياسة الطب المجاني بحيث سجل القطاع الصحي تحسن ملحوظ على مستوى المستشفيات مع تحقيق ارتفاع لأمل الحياة وهذا يدل على انخفاض معدل الوفيات.

### 3-4 التنظيم الإقليمي للقطاع الصحي بالجزائر:

إن الهياكل الصحية بالجزائر تتوزع على مجال جغرافي مرتبط بشبكة من الوحدات الصحية لتغطية احتياجات كل السكان ويتم هذا التنظيم على أسس إدارية بحيث لا تعتبر الحدود الطبيعية معيارا للتقسيم ويتم التنظيم كالتالي:

**على مستوى البلدية:** تظم البلدية وحدات صحية تقوم بتقديم خدمات صحية أولية للسكان عن طريق مركز صحي أو قاعة علاج لكل 5000 الى 1200 شخص، إضافة إلى عيادة متعددة الخدمات.

**على مستوى الدائرة:** وتكمن في تتبع الحالات الصحية التابعة للبلدية في العيادات الطبية وتكون تابعة للمركز الصحي على مستوى الدائرة، ثم تنقل إلى مستشفياتها من حيث توجد متابعة بين العيادات والمراكز الصحية والمستشفيات وتدرس الحالات مع نقلها ن هيكل لآخر أعلى منه حسب درجة المرض وتوفر الإمكانيات الطبية.

**على مستوى الولاية:** توجد الهياكل الكبيرة كالمراكز الجامعية التي تحتو على عدة مصالح طبية قاعدية واختصاصات هامة لا توجد على المستويين السابقين (البلدية، الدائرة) والذي تتوفر على مستواه الإمكانيات المادية والبشرية وفي كثير من الأحيان لا توجد مستشفيات جامعية وإنما تكتفي بمستشفى ولائي فقط.

**على مستوى الإقليم:** يجد على مستوى الإقليم المراكز الاستشفائية الجامعية والتي تغطي كل التخصصات وغير المتوفرة على مستوى الولاية، فالإقليم الصحي يقوم على اساس المركز الاستشفائي الجامعي ليغطي نقائص الهياكل الصحية.

و في عام 1966 تم التقسيم الجغرافي للأقاليم الصحية إلى 5 أقاليم وتم اعتمادها لحد الآن.

**الإقليم الاول:** يضم القسم الشمالي والأوسط للجزائر أي 11 ولاية (الجزائر العاصمة، البليدة، بومرداس، تيزي وزو، بجاية، المدية، البويرة، عين الدفلة، برج بوعريريج الجلفة تيبازة).

**الإقليم الثاني:** يمثل الإقليم الشمالي الشرقي للجزائر، مقسم إلى 14 ولاية (قسنطينة، قالمة، عنابة، سطيف، جيجل، باتنة، مسيلة، ام البواقي، تبسة، سكيكدة، الطارف، سوق اهراس، خنشلة، ميلة)<sup>1</sup>.

**الإقليم الثالث:** يشمل القسم الشمالي إلى الغربي للجزائر ويضم هو الآخر 11 ولاية (وهران غليزان معسكر عين تيموشنت سيدي بلعباس، تلمسان، مستغانم تيسمسيلت تيارت الشلف).

**القسم الرابع:** يمثل القسم الجنوبي الشرقي مقسم إلى: ورقلة، غرداية، ايليزي، تمنراست، الوادي، الاغواط، بسكرة.

**الإقليم الخامس:** يمثل القسم الجنوبي الغربي للجزائر ويضم الولايات التالية: بشار تندوف ادرار النعامة والبيض.<sup>2</sup>

### التحليل:

الملاحظ أن هذا التقسيم هو تقسيم ناتج عن الخريطة الصحية التي تبنتها الدولة الجزائرية، بحيث لا تخضع للخصائص الطبيعية ولا الجغرافية للولايات، بالرغم ما لهذه الأخيرة من أهمية في التوزيع العادل لمشاريعها الصحي، فإذا كانت الدولة تعتمد في هذا التوزيع على الكثافة السكانية وأيضا النمو الديمغرافي، سيتم إهمال وتهميش ولاية عن أخرى،

<sup>1</sup> سحبة بولرياس: التصنيف الإقليمي للقطاع الصحي بالجزائر، حوليات التاريخ والجغرافيا. المجلد5، العدد9، الجزائر، ص332-337.

<sup>2</sup> سحبة بولرياس: مرجع سبق ذكره، ص338.

دون أن ننسى أن بعض الأمراض قد لها علاقة بالخصائص البيئية التي تختلف بخلاف المناطق من الشمال إلى الجنوب، لذلك يفضل إعادة تقسيم القطاعات الصحية حسب الخصائص الإقليمية لكل ولاية.

#### 4/ التشريع القانوني للقطاع الصحي بالجزائر:

شهدت الجزائر منذ الاستقلال منظومة صحية متردية ورثها من الاستعمار الفرنسي هذا ما فرض على صناع القرار السيطرة على الوضع الصحي الراهن مع الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الكبيرة التي تستوجب رسم سياسة صحية كانت بدايتها في مكافحة الأمراض المعدية ومحاولة التقليل من وفيات الأطفال الرضع، مع العمل على تكوين إطارات طبية وشبه طبية وكانت بوادرها السياسية سنة 1964 "عند بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم: 110/64 المؤرخ في: 10/04/1964، وفي 1965 تم إنشاء وزارة الصحة للقضاء على كل المعوقات القانونية، تابعتها جملة من التعديلات ضمن الزامية التلقيحات ومجانيتها للقضاء على الأمراض المعدية طبقا للمرسوم الرئاسي رقم: 96/69 المؤرخ في: 09/07/1969 إنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية للمستشفيات تمحورت مهنتها باستيراد الأدوية وإنتاجها وتوزيعها.

وتميزت مرحلة 1969-1979 ببناء الهياكل وإنشاء قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية وهذا لتحسين ظروف العلاج.

إنشاء العيادات متعددة الخدمات 1974 طبقا للمرسوم التنفيذي رقم: 85-05 المؤرخ في: 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، لي ينص على التكفل المجاني لطب الأطفال من طرف الدولة، سواء في مراكز حماية الأمومة والطفولة أو في إطار الطب المدرسي مع إنشاء مراكز خاصة لمكافحة مرض السل ليصبح علاجه مجاني ونفس الشيء



لمرض الشلل<sup>1</sup> وأكد الميثاق الوطني 1976 اعتبر ان الطب المجاني مكبا ثوريا...وتعبيرا عمليا عن التضامن ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج<sup>2</sup>.

- أواخر الثمانينيات بدأت تظهر بوادر السياسة الصحية بالجزائر متجسدة في شكل قوانين ومراسيم.

دستور 1989: وتتص المادة 51 "على الرعاية الصحية كحق للمواطنين بحيث كفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية".

-دستور 1996-2008: المادة 54 نصت على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين.

- الحق في الصحة من خلال القوانين التشريعية والأوامر:

-أمر رقم 73-65 المؤرخ في: 1973/12/28 و هو أمر رئاسي بمجانبة العلاج في

القطاعات الصحية العمومية ابتداء من 1974/01/01.

القانون رقم 85-905 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها بحيث ركز النظام الصحي

في هاته المادة على تجسيد كل الوسائل البشرية والمادية واستغلالها العقلاني قصد ضمان

الصحة للجميع ومن ابرز مهام هذا القطاع هي وضع الإجراءات اللازمة لتسهيل عملية

مجانبة العلاج مع تجسيد كل الحقوق والواجبات المتعلقة بهاته العملية<sup>3</sup>.

- وطبقا للمادة 270 من المرسوم التنفيذي رقم 18-11 المؤرخ في

2018/07/02 والمتعلق بالخريطة الصحية ومخطط التنظيم الصحي فانه ينص على

'تحديد الخريطة الصحية لمقاييس التغطية الصحية مع ضبط الوسائل الواجب تعبئتها عل

المستوى الوطني والجهوي، مع الأخذ بعين الاعتبار الحوض السكاني والخصائص الوبائية

والصحية، قصد ضمان توزيع عادل للعلاجات الصحية، واستنادا إلى المادة 272 من

<sup>1</sup> قانون رقم: 05/85 المؤرخ في: 26 جمادى الأولى 1405 الموافق لي: 16/02/1985 متعلق بحماية الصحة وترقيتها،

الجريدة الرسمية الصادرة ب: 27 جمادى الأولى 1405 العدد: 08 ص 182. الجريدة الرسمية:

<sup>2</sup> وردين حاروش: حق المواطن الجزائري في الصحة...بين النصوص والواقع مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية

والاقتصادية/المركز الجامعي تامنغيس، المجلد 4، العدد 2، الجزائر ص 124..،

<sup>3</sup> نورالدين حاروش: مرجع سبق ذكره، ص ص 125-126.

المرسوم التنفيذي 18-11 يتم إنشاء مختلف الهياكل والمؤسسات الصحية وهيئات الدعم الصحي وفق احتياجات المواطنين الصحية ويخضع انجاز وإنشاء وفتح واستغلالها إلى ترخيص من الوزير المكلف بالصحة.

ونحدد المواد: 280-281-283-284 مهام هياكل ومؤسسات الصحة لتنفيذ الخارطة الصحية كما تضبط المادتين: 289 و291 من المرسوم التنفيذي 18/11 واجباتها بضمان خدمة المناوبة على التراب الولائي وكذا التكفل الطبي بالأشخاص في وضع صعب<sup>1</sup>.

#### التحليل:

من خلال التدرج التاريخي للمراسيم التنفيذية ومجموعة من القوانين والمواد اتضح لنا أولوية الرعاية الصحية لدى الدولة الجزائرية والتي تنص فيما معناه العناية الصحية المجانية كحق فردي وواجب تنفيذه من طرف مختلف الهيئات والمؤسسات التي كلفتها وزارة الصحة بذلك، انطلاقاً من مجانية العلاج إلى تسخير كل الوسائل سواء البشرية والمادية لخدمة صحة المواطن وهو ما خصصته المواد المنصوص عليها في قانون الصحة لسنة 2018.

<sup>1</sup>قانون الصحة: دار بلقيس، الدار البيضاء الجزائر، 2018، ص 69-74.

### خلاصة:

استتبعت هاته القراءة السوسيولوجية من مجموعة من المقالات والأطروحات، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن الدراسة مستحدثة من طرف أهل الاختصاص القانوني، إذ نرى أن المشرع الجزائري يسعى جاهدا إلى تحسين الواقع الحضري من خلال ضبط القوانين وتفعيلها عن طريق المراقبة المستمرة، لضمان دخولها حيز التنفيذ، كما سعت الدولة الجزائرية إلى رفع المستوى الصحي لد المجتمع الجزائري، وهو ما التمسناه في مجموعة من القوانين المستجدة خاصة في الآونة الأخيرة، لكن تبقى هاته القراءة دراسة نظرية بحتة استدلت بالشق القانوني المحض.

ما فيما يخص التوزيع الفعلي للمرافق الصحية على مستوى القطاعات الحضرية سيحتاج إلى معالجة ميدانية، بحيث أخذنا مدينة خنشلة كأنموذج للمدن الجزائرية، وهو ما سنكتشفه لنا الدراسة التحليلية كجزء من المعالجة الميدانية .

## الفصل الخامس

تحليل معطيات جاهدة لمدينة خنشلة

## الفصل الخامس: تحليل معطيات جاهرة لمدينة

### خنشلة

#### تمهيد

- 1/ لمحة تاريخية لمدينة خنشلة
  - 2/ الوضعية الإدارية والجغرافية للمدينة
  - 3/ الوضعية الديمغرافية والأنماط العمرانية لمدينة خنشلة.
  - 4/ واقع القطاع الحضري بمدينة خنشلة
  - 5/ واقع القطاع الصحي بمدينة خنشلة
- خلاصة الفصل

## تمهيد:

إن المدينة عبارة عن تشكيلة متجانسة من الهياكل والمنشأة المختلفة، يتفاعل بينها والعنصر البشري، وفي جوهرها عبارة عن مركز تنشيط لوظائف اجتماعية متنوعة ذات الأسس المترابطة والتي تهدف في مجملها إلى إيجاد صيغة التنسيق والتكامل لتحقيق المنفعة العامة، وتعد مدينة خنشلة من المدن الجديدة التي أعطتها موقعها أهمية إستراتيجية بحيث تقع في شمال شرق الوطن وبالضبط في منطقة جبال الاوراس على امتداد الهضاب العليا الشرقية أين كانت الرابط بين الشمال والجنوب، الأمر الذي ساعدها على مواكبة الحياة الاقتصادية، بحيث استوجب علينا تحديد طبيعة مجالها والظروف المتحكمة في امتدادها.

## 1/ لمحة تاريخية على مدينة خنشلة:

تعد منطقة خنشلة من أقدم المناطق السكنية بالجزائر حيث يعود تاريخ نشأتها إلى ما قبل الحقبة الرومانية، حيث أطلق عليها الرومان اسم ماسكولا، وشيدوا بها حصنا عسكريا يسمح بمراقبة القبائل النائرة والمتوافدة من الجنوب باتجاه الشمال المهددة لمصالحها ومازالت شواهد هذا التاريخ مضمورة تحت التراب لمدينة خنشلة خاصة باتجاه الجنوب الغربي، وسنتطرق إلى أهم النقاط التي تبرز أهميتها أكثر.

### 1\_1 الموقع الفلكي:

تقع ولاية خنشلة على خط طول  $07^{\circ}$  و  $08^{\circ}$  شرق خط غرينيتش و  $34^{\circ}$  و  $35^{\circ}$  شمال خط الاستواء، وللموقع الفلكي أهمية كبيرة في تحديد المناخ السائد بالمنطقة، وبالنظر إلى ذلك فان ولاية خنشلة مناخ قاري حاد للاختلاف بين الصيف وحار وجاف وشتاء بارد وقارص، و أهم ما يميزها هي كمية الأمطار التي يمكن اعتبارها ذات الطبيعة الصحراوية، ويتضح وجود اختلافات كبيرة في درجة الحرارة سواء اليومية أو الفصلية.

## 2/ الوضعية الإدارية والجغرافية للمدينة:

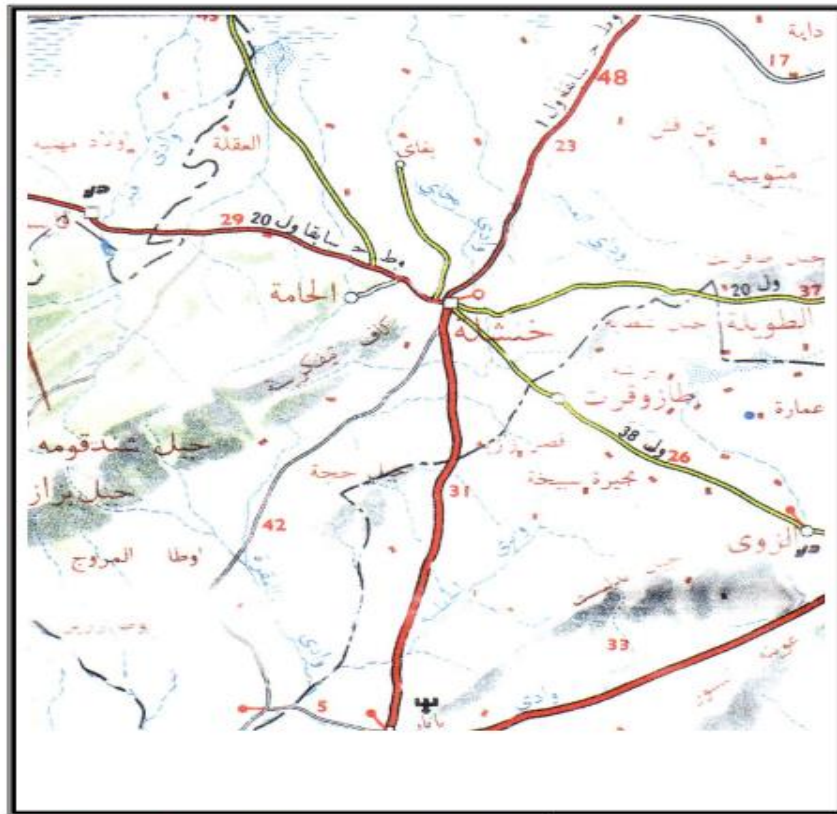
### 2\_1 الموقع الجغرافي:

تقع ولاية خنشلة في الجهة الشرقية من البلاد داخل مجموعة طبيعية لكل من الأطلس التلي والأطلس الصحراوي، ويجدها من الجهة الشمالية كل من ولاية أم البواقي ومن الجهة الشمال الغربي ولاية باتنة والجنوب الغربي ولاية بسكرة، وولاية الوادي من الجنوب، أما ولاية تبسة فنجدها من جهة الجنوب الشرقي<sup>1</sup>، وعرفت ولاية خنشلة بمميزات طبيعية أبرزها موقعها على مدرج سفوح جبال الاوراس من الناحية الغربية لجبال أولاد يعقوب وجبل السرذون وهاته الأخيرة تضم اعلي قمة بالمنطقة قدرت بـ: 1700م، كما يميز هاته الجهة الغربية بإحاطتها بمجموعة من الشعاب في شكل غابات شعبة الغولة وشعبة تما يورث...

<sup>1</sup> مديرية البيئة: مخطط التجانس الحضري لمدينة خنشلة، ولاية خنشلة، نوفمبر 2012 بتصرف الباحثة.

كما أنها تعتبر امتداد لسهول العليا من الناحية الشمالية، الشمالية الشرقية، اما جنوبها فهو عبارة عن سهول منبسطة باتجاه سلسلة النمامشة للأطلس الصحراوي وتقع على ارتفاع 1130م من سطح البحر، كما أنها تقع بين الطرق الوطنية 32 والذي يربطها بولاية تبسة والطريق الوطني 88 الذي يربطها بولاية باتنة، وتبلغ مساحتها 9715 كلم<sup>2</sup>. ( انظر الخريطة رقم 01).

الخريطة رقم 01 مدينة خنشلة: الموقع الجغرافي



مقياس الرسم 1/500000  
0 5 10 كلم

<sup>1</sup> مديرية البيئة: مخطط التجانس الحضري لمدينة خنشلة، ولاية خنشلة، نوفمبر 2012 بتصرف الباحثة.



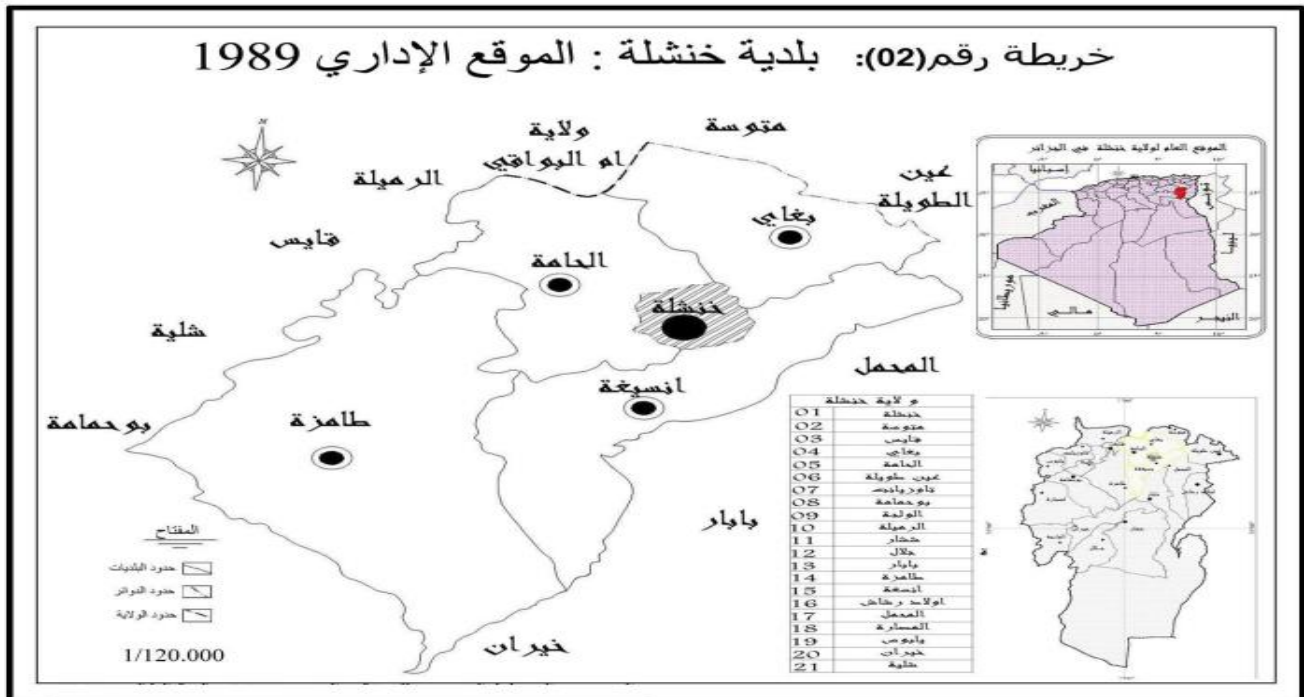
\_الجدول رقم(04): يمثل المسافة بين خنشلة وبعض الولايات:

الولاية	تبسة	باتنة	ام البواقي	العاصمة	بسكرة	قسنطينة
المسافة/كلم	115	105	48	550	220	148

جدول: بوضع المسافة بين الولايات المجاورة لولاية خنشلة

## 2\_2 الموقع الإداري:

حسب التقسيم الإداري الذي حدث سنة 1984، وحسب القانون المؤرخ في: 1984/02/04 الذي يهدف أساسا إلى تحسين التأطير الإداري للبلاد برفع البلديات من 704 خلال التقسيم 1974 إلى 1541، كما أن عدد الولايات ازداد أيضا إلى 48 ولاية وبعدها 58 ولاية، فبإنشاء ولايات جديدة خاصة بالمناطق المنعزلة ولمهمشة من شأنه خلق أقطاب متعددة جديدة للتنمية، وهذه الولايات والبلديات الحديثة المنبثقة ناتجة من دمج عدت أجزاء من ولايات أو بلديات أخرى وهو انطبق على ولاية خنشلة، بحيث كانت نتاج دمج عدت بلديات من 03 ولايات أم البواقي، تبسة، باتنة، وبعد هذا التقسيم الإداري أصبحت ولاية خنشلة تضم 21 بلدية موزعة على 08 دوائر، انظر الخريطة رقم(02).



### 3\_2 أهمية الموقع بالنسبة للدراسة:

إن مدينة خنشلة هي مقر البلدية والولاية ككل وتمتاز بمركز إداري قيادي ذو مسؤوليات عديدة، و تواجدتها بين الشمال والجنوب أضفى عليها صبغة الربط بين المدن الشرقية والساحلية، كما أنها تعتبر منطقة جذب كبيرة حيث صنفت ضمن المناطق الداخلية مع توافرها على مختلف المرافق والخدمات المتنوعة، بعدها اصح للمدينة أهمية اقتصادية وتتجلى في كونها منطقة ربط بين الشمال والشروق (موانئ عنابة، سكيكدة... ) وهذا لوقوعها ضمن شبكة طرق مهمة (طرق وطنية رقم: 32، 80، 88، كما تعد قطب ولائي هام في النقل واستقطاب التدفقات من مختلف بلديات الولاية واسطة شبكة هامة من الطرق الولائية وثانوية.<sup>1</sup>

### 4-2 التركيبة الجيولوجية:

إن الخصائص الجيولوجية للأرض الحضرية لها آثار مباشرة على التخطيط العمراني كونها تحدد مدى صلاحية الأرض ومعرفة إن كانت مهيأة للبناء أو لا، كما أن لها دور في تحديد مؤشر الارتفاع الرأسي للبنية ومد الطرق وتحديد مناطق الانكسارات والفوالق والانزلاق وكل مدلول على ضمان سلامة الأمان حماية السكان، وهذا العامل الطبيعي اثر في شق الطرق ومد الخطوط الحديدية، فالتربة الرخوة تحتاج الطرق فوقها إلى ترميم وتجديد بين الحين والآخر بخلاف الطرق التي تشق فوق الأرض الصخرية.

### 5-2 دراسة الارتفاعات:

إن مجال الدراسة يحتوي علة نوعين من العوائق الطبيعية، والاصطناعية.

العوائق الطبيعية: نجدها تتمثل في:

كالجبال والوديان، والتضاريس الصعبة كالغطاء النباتي الكثيف كالغابات الموجودة

على مستوى الجهة الغربية والشمالية للمدينة.

العوائق الاصطناعية:

<sup>1</sup> مديرية السياحة الصناعة التقليدية لولاية خنشلة+تقرير القطب العمراني الجديد.بتصرف الباحثة

\_ الخطوط الكهربائية ذات الضغط المتوسط مما يستدعي ترك رواق حماية عرضه 30م.

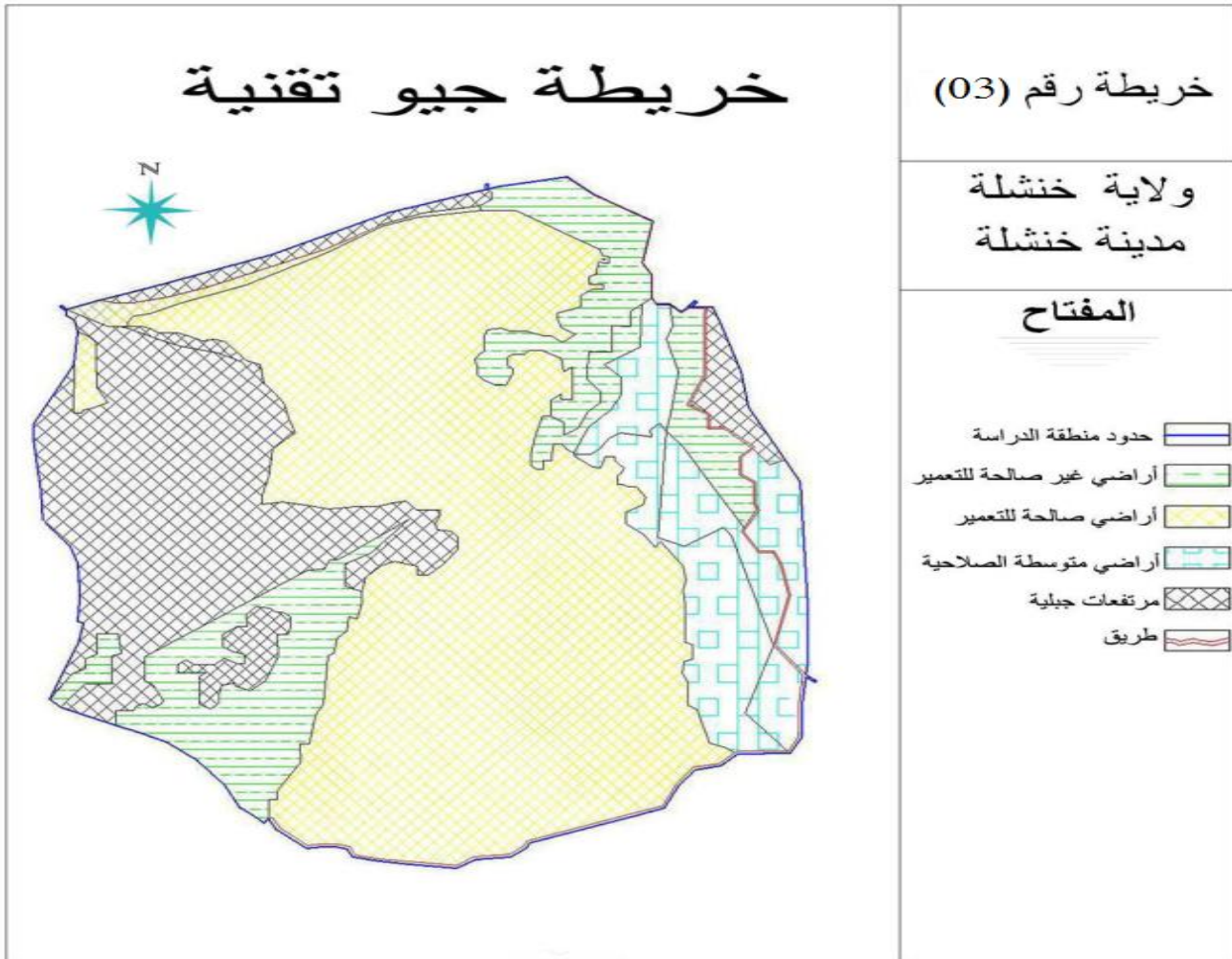
\_ قنوات الغاز الطبيعي ورواق الحماية لها عرضه 15م في المنطقة الصناعية

\_ الطرق السريعة والمتمثلة في الطرق الوطنية 80/82.

\_ المقبرة.

### العوائق العقارية:

وتتمثل في طبيعة الملكية العقارية الأراضي المقترحة لتوسيع المدينة لان معظمها ذات ملكية خاصة في الناحية الشمالية والجنوبية من المدينة، مع انعدام توفر عقود وتحويل الملكية، في ظل اختلاف الورثة حيث تعتبر عائق ادري فيمثل هات الحالات<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره (بتصرف الباحثة)

## 3/ الوضعية الديمغرافية والأنماط العمرانية لمدينة خنشلة:

## 3-1 الوضعية الديمغرافية:

إن سكان ولاية خنشلة في تزايد من تعداد إلى آخر، حيث شهد سكان ولاية خنشلة نموا معتبرا حيث قدر عدد السكان في إحصاء 1998 بـ 246541 وارتفع هذا العدد للعام 2016 بحيث قدر بـ: 3866085 وحسب تقديرات سنة 2018 بلغ عدد سكانها 479900 وهذا معدلات نمو تتراوح بـ: 1.6% و 2.29%، على الترتيب وهي معدلات مرتفعة مقارنة بالمعدلات الوطنية .

\_ ويتركز معظم سكان الولاية في التجمعات العمرانية الرئيسية بنسبة تفوق: 74.4% و 4.4% للتجمعات الثانوية وتبقى المناطق المبعثرة تتوزع عليها 21.1% والشيء الملاحظ حول تركيز معظم السكان بالبلديات الشمالية للولاية اين نجد مقر الولاية يسكنه ثلث إجمالي سكان ولاية خنشلة، كما بلغت نسبة التحضر 65% فيما بلغت نسبة سكان الريف بـ: 35%.

## تركز السكان:

إن دراسة التوزيع العددي للسكان يرتبط بدراسة التركيز السكاني وهو ما يعني بميل السكان في تركيزهم إلى منطقة واحدة ضمن حدودها المعلومة أو التشتت فيها حيث أن القيمة في دراسة التوزيع تتمثل في الحصول على نتائج تلقي الضوء على مدى العلاقة بين التوزيع السكاني ومسافة الرقعة الجغرافية التي يعيشون فيها وفق المعادلة التالية<sup>1</sup>:

نسبة تركيز السكان = (سكان البلدية/سكان الولاية)\*100 - (مساحة البلدية/مساحة الولاية).

<sup>1</sup> تقرير مديرية التخطيط والبرمجة ومتابعة الميزانية لولاية خنشلة 2018. (بتصرف الباحثة).

جدول رقم(05): يوضح الكثافة السكانية للدية خنشلة 1966-2012.

السنوات	عدد السكان/ن	المساحة/كم2	الكثافة/كم2
1966	34744	18.54	1883
1977	49800	18.54	2686
2012	106126	18.54	572400

المصدر: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية خنشلة 2012+معالجة الباحثة.

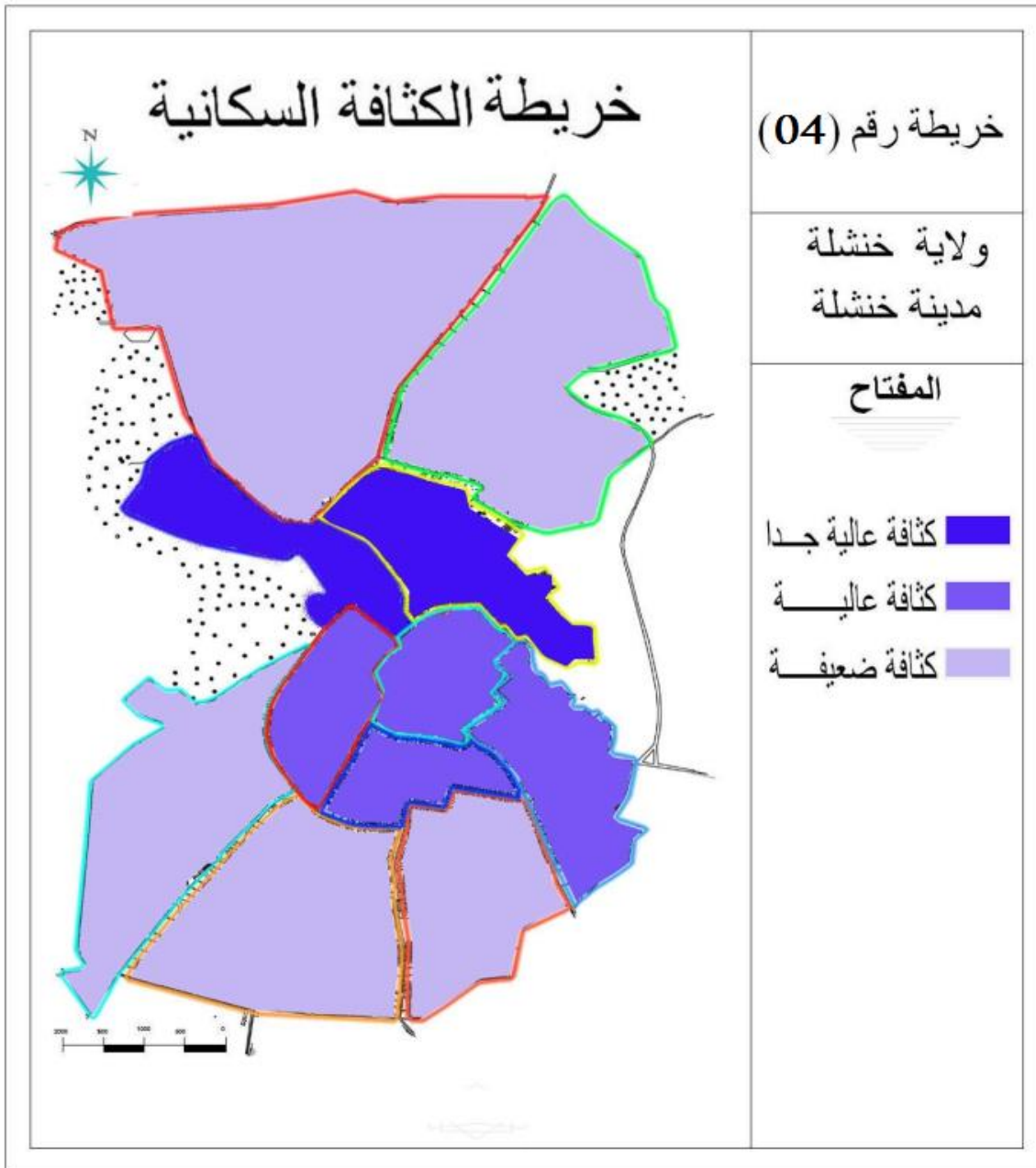
الجدول رقم(06): يمثل تطور نمو السكان

البلدية	عدد السكان في سنة 2004	توقعات عدد السكان			معدل النمو السكاني		
		2009	2014	2024	2009	2014	2024
خشلة	125440	136807	147380	171040	1.75	1.50	1.56
تجمع رئيسي للبلدية	125440	136807	147380	171040	1.75	1.50	1.56
المجموع	125440	136807	147380	171040	1.75	1.50	1.56

المصدر: تقرير مديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة 2019.

التحليل: من خلال الجدول اتضح لنا أن بلدية خنشلة عرفت تزايدا مستمرا للكثافة السكانية منذ أن كانت تابعة إلى ولاية أم البواقي، وحتى بعد تعداد 1977، هذا إن دل على شيء إنما يدل على أن المدينة نقطة جذب للسكان وذلك لتوافرها على مختلف المرافق الخدماتية والتجهيزات. على غرار انه تجمعات سكانية .

خريطة رقم (04) توضح الكثافة السكانية



### 3-2 الأنماط العمرانية لمدينة خنشلة:

#### 3-2-1 فترة الاستعمار الفرنسي 1830-1962:

في عام 1847 أعطت السلطات المستعمرة الفرنسية إشارة الانطلاق بإنشاء حصن كعملية أولية لتعمير في مدينة خنشلة وبعدها اعتبرت نواة للتشكل العمراني داخلها.

وفي سنة 1880 تم تعيين بلدية خنشلة منطقة مختلطة استنادا إلى القرار: 1880/10/21 بهدف إنشاء المرافق الإدارية والعسكرية بحث تم نزع الملكية الخاصة للأراضي الخصبة وهذا ما فرض عليهم انجاز سكنات فردية في قلب المدينة .

في سنة 1954 عرفت مدينة خنشلة المخطط الشطرنجي الذي يعتمد في أصله على تقسيم الجزيرات les ilots قسمن إلى مستطيلات ومربعات محددة بطرق، فإذا كان الإطار المبنى من سكنات فردية أسقف مائلة وبنائيات ذات طابع عسكري وديني كالكنائس والمساجد أما السكنات الجماعية فلم تعنى أي اهتمام إلا في الآونة الأخيرة من الاستعمار الفرنسي بحيث بنيت ثلاث عمارات وكامن موازية للجهة الغربية للمدينة.

\_ واستنادا إلى التحقيقات الميدانية للباحث قد اتضح انه بعد الاستعمار الفرنسي والى غاية التقسيم الإداري للولاية 1984 إن هاته الفترة لم تعرف تطورا ملحوظا إلا بعد 1974 حيث عرفت بمشاريع مهمة في إطار السكنات الاجتماعية التي قدر عددها بـ: 1788 سكن في جنوب الولاية إضافة إلى منطقة صناعية تربعت على مساحة قدرت بـ: 58 هكتار في شمال المدينة<sup>1</sup>.

#### الفترة ما بعد 1984\_2020:

قد تميزت هاته الفترة احتواء 1077 سكن اجتماعي وخلق 13 تخصيص لأجل سكنات فردية، إضافة إلى السكنات التطورية بحيث انجزت 1030 سكن تطوري و7 تخصيصات

<sup>1</sup> - تقرير مديرية التهيئة والتعمير+ مصلحة العمران لبلدية خنشلة (بتصرف الباحثة).



وقدر عدد رخص البناء المحددة إلى غاية 2002 بـ: 1428 معدل 247 رخصة بناء سنويا وهات الرخص كثيرة مقارنة بالمساحات الشاغرة في المدينة المرحلة التالية تم إزالة بعض الأحياء القصديرية منها حي الشابور غرب المدينة، إضافة إلى السكنات المحدثة أن ذلك وكذا التجهيزات التي شهدتها المنطقة أبرزها المركز الجامعي<sup>1</sup>.

وحسب تقرير مديرية السكن للوضعية العامة للسكن لسنة 2020 حيث استفادت الولاية ككل من 87.22 وحدة سكنية موزعة على الصيغ التالية:

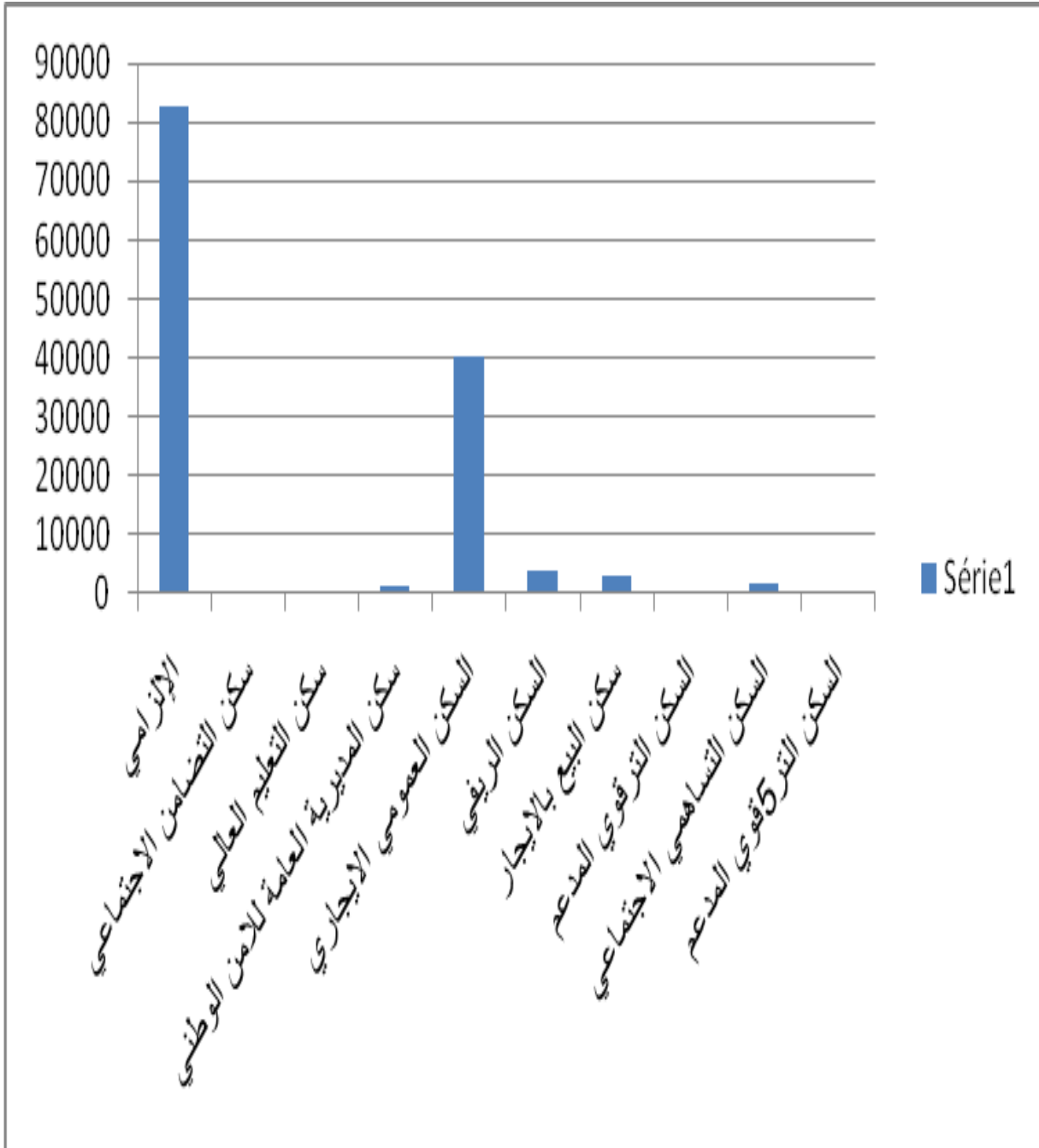
جدول رقم(07): يوضح الصيغ السكنية لبلدية خنشلة.

عدد السكنات	الصيغة السكنية
82500	الإلزامي
50	سكن التضامن الاجتماعي
160	سكن التعليم العالي
1500	سكن المديرية العامة للامن الوطني
40184	السكن العمومي الايجاري
3820	السكن الريفي
3000	سكن البيع بالإيجار
330	السكن الترقوي المدعم
1800	السكن التساهمي الاجتماعي
19	السكن الترقوي المدعم

المصدر: تقرير مديرية السكن لولاية خنشلة 2020+ معالجة الباحثة

<sup>1</sup> تقرير مديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة 2007+ مصلحة العمران لبلدية خنشلة+(بتصرف الباحثة).





الشكل (01): أعمدة بيانية توضح الصيغ السكنية لبلدية خنشلة

### التحليل:

يتجلى لنا من الأعمدة البيانية أن بلدية خنشلة استفادة من صيغ عدة للسكن بحيث أن لكل صيغة طابعها الخاص، وهذا ما يضيف التنوع للمظهر الخارجي للبنىات كما تساهم هاته العملية في تحسين مورفولوجيا المدينة ضمن إطار المظهر الجمالي للولاية، وما يمكن

التركيز عالية في هذا الجدول هي الصيغ السكنية الاجتماعية بحيث أنها أخذت النسبة الأكبر من السكنات نظرا للاحمة السكنية التي تعاني منها الولاية .

\_ بالنسبة لمخطط شغل الأراضي رقم 15: استفادت من 2000 وحدة سكنية لفائدة المرقى العقارى ببلدية خنشلة وهي تمثل واجهة مورفولوجيا للمدينة بحيث يطلق عليها سكنات عدل، وحظيت هاته الأخيرة بعدت تجهيزات خدماتية جديدة منها التعليمية إلا أنها لم تحظى بمرفق صحي عمومي أو خاص وهو ما يعيبها بالرغم من الكثافة السكانية المتواجدة على مستواها.

و 10000 وحدة سكنية لفائدة المرقى العقارى الموقع القطب العمرانى الجديد وهذان المشروعان تم انجازهم 100%

جدول رقم (08): يوضح المشاريع منتهية الأشغال وغير المنتهية:

عدد السكنات المسجلة	المنتهية	في طور الانجاز	في طور الانطلاق	المتوقعة الانجاز
3300 مسكن	751	804	1500	245
السكن الترقوي urbaco 616	536	80	00	00
السكن الترقوي (كشروود) 325	00	80	00	245
السكن الترقوي o.p.g.i 359	00	359	00	00

المصدر: التقرير العام لمديرية السكن لولاية خنشلة+ معالجة الباحثة.<sup>1</sup>

### التحليل:

إن التوسع العمرانى لمدينة خنشلة كان له اثر واضح في تعدد أنماط المساكن بها، وذلك بحسب تاريخ إنشاء المباني وكذا المواد المستعملة في البناء، وأشكال الواجهات وحالة

<sup>1</sup>تقرير مديرية السكن لولاية خنشلة 2020 (بتصرف الباحثة).

المساكن، ويرجح أن المشاريع التي لازالت لم تنتهي بعد أساسها الأزمة المالية، زيادة للفترة الحساسة التي مرت بها البلاد.

#### 4/ واقع القطاع الحضري بمدينة خنشلة:

يتم إعداد تقرير مديرية التهيئة والتعمير حول الوضعية الحضرية للمدينة كل 20 سنة على المدى البعيد، ويعاد تنقيحه وتعديله بعد تهيئة بعض القطاعات، لان الهدف الأساسي من تقسيم المدينة إلى مقاطعات حضرية هو تسهيل عملية التحكم في مؤشراتها الحضرية ومرونتها، لتكون بذلك الطرق الرئيسية هي الفاصل بين هاته المقاطعات وهاته الأخيرة تظم مجموعة من الأحياء.

وبعد التقسيم الإداري الذي كان عام 1984 وما كشفته لنا التحقيقات الميدانية فان هاته الأخيرة لا تمتاز بخطة محكمة في نسيجها، إذ نجد أن نوع التخطيط مختلف فنجد المنظم وغير المنظم العشوائي، كما نلاحظ عدم استمرارية بعض الأنسجة، ومن خلال ملاحظة خريطة النسيج العمراني للمدينة وأيضاً حسب ما جاء في تقرير مديرية التهيئة والتعمير السابق لعام 2007 كشف عن التسلسل الزمني في التطور العمراني والمتمثل في:

#### 1\_ النواة المركزية (إنتاج الحقبة الاستعمارية):<sup>1</sup>

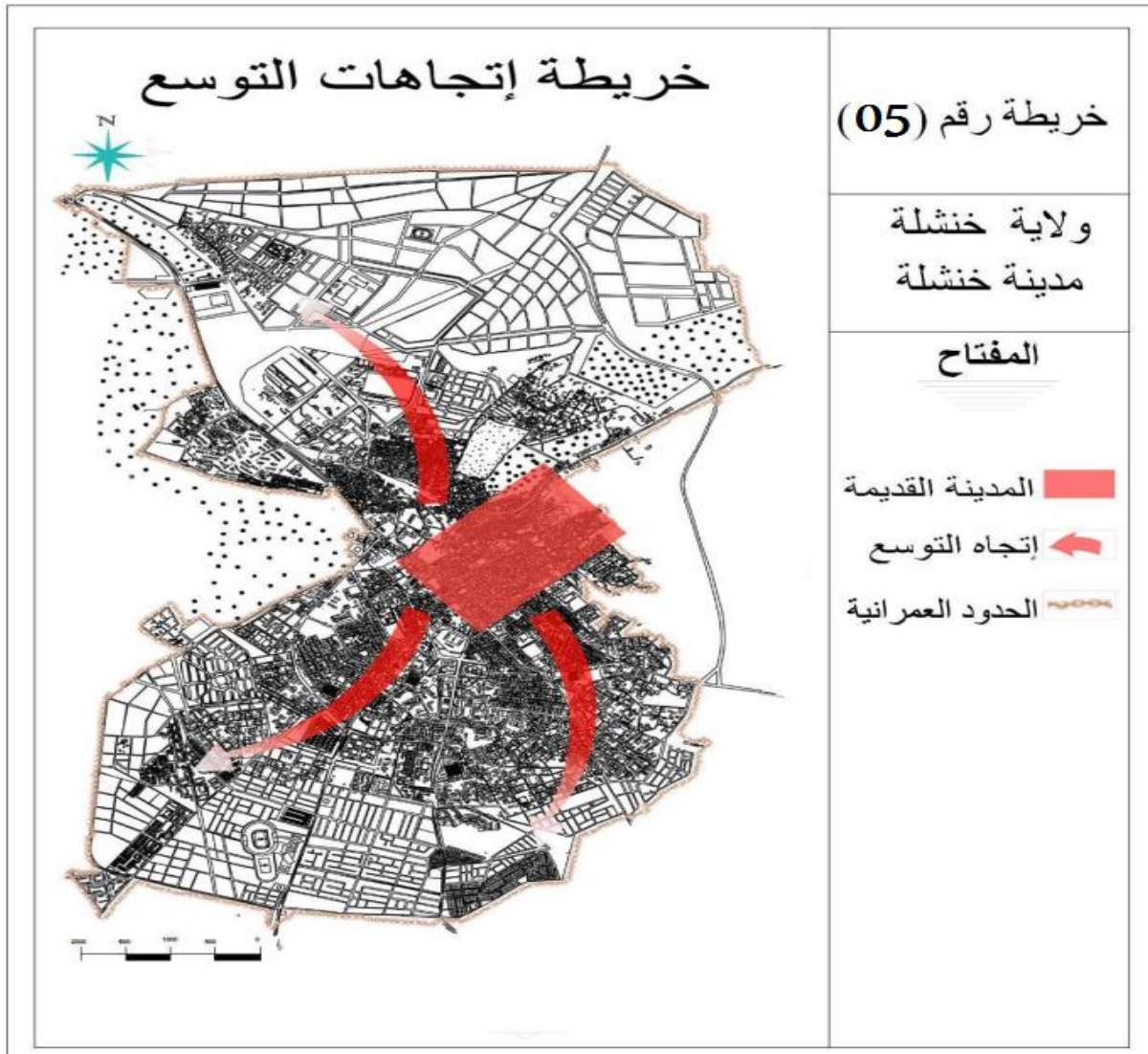
التي تقع ضمن المدينة التي كان يطلق عليها قديماً ماسكولا بحيث النمط العمراني يأخذ الشكل الشطرنجي وهو يتكون من مجموعة من البناءات ذات المستويين R+1 و R+2 مع وجود النشاطات التجارية في الطابق الأرضي غير انه في السنوات الأخيرة عرف تحولات في عملية الهدم وإعادة البناء مما اثر سلباً على طبيعة النسيج العمراني، كما عرفت المدينة عدت أشكال من التوسع العمراني يمكن إدراجها في النقاط التالية:

<sup>1</sup>-التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير 2019+ تحقيقات الميدانية(بتصرف الباحثة).

- السكنات الفردية ذات الطابع الأوروبي:

هي الوحيدة بطابعها تتركز في وسط المدينة وهي ذات طابق أو طابقين، إذ لها قيمة معمارية لأجل المحافظة على الإرث كما أنها احد شواهد التاريخ .

النسيج العمراني الثاني وهو الأحياء الشبه مركزية التي يغلب عليها الطابع السكني الفردي يتكون من أحياء تقليدية مثل(حي النسيم، حي عين الكرمة، حي المحطة) وأحياء جديدة مثل (بوجلبانة، حي المقبرة، حي الأمل، حي الحقائق، حي الحساوي، حي يوسف) تم فيها الاستغلال غير المنطقي للأرض التي تسلط الضوء على الطابع العفوي للمظهر الخارجي وعدم احترام أي من قواعد التعمير .<sup>1</sup>



<sup>1</sup>التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير 2019+تحقيقات الميدانية(بتصرف الباحثة).

### \_ النسيج المحيطي للقطاعات الحضرية:

وهو صلب موضع التخطيط الحضري للدراسة الراهنة، وتتمثل هاته القطاعات في المناطق المحيطة بمركز المدينة قديما بحيث امتدت في الاتجاهات الأربعة للمدينة وتشكلت في مجملها بـ 25 مقاطعة حضرية منها 3 مقاطعات شاغرة، وسيتم التطرق إلى 21 مقاطعة بناء على المعطيات المتحصل عليها من طرف المديريات وربطها بالتحقيقات الميدانية التي أجريت مع مختلف رؤساء المصالح وكذا مكاتب الدراسات .

حسب التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير 2019 اتضح لنا أن مدينة خنشلة قسمت في الأصل إلى 9 مقاطعات حضرية وتم إعادة تهيئة هاته المقاطعات من خلال خلق تجهيزات جديدة وفقا لاحتياجات السكان من جهة، وما تفرضه أولويات التنمية المحلية للمدينة سواء التعليمية أو الصحية... الخ، من جهة أخرى ليتم تحديد 07 مقاطعات إضافية، وما تبقى من المساحات الخضراء تم إعادة تقسيمه لتشكل لدينا 25 مقاطعة، كما يمكن الإشارة إلى أن هناك بعض المقاطعات الحضرية المشتركة بين البلديات (خنشلة، انسيغة، والحامة ) وهو ما يترجم بقاء 03 مقاطعات فقط شاغرة، بحيث تم اعتمادها بنسب متفاوتة .

يمكن الإشارة هنا إلى وجود المقاطعات المشتركة بين البلديات يرجع إلى سببين رئيسيين هما:

1/ الارتباط الجغرافي والتقارب الإقليمي بين هاته البلديات .

2/ العراقيل التي تواجهها هاته البلديات في تنفيذ مشاريعها التنموية خاصة أمام شح الوعاء العقاري والمساحات الخضراء الفارغة للمدينة، وهاته الأخيرة ترجع في الأصل إلى الملكية الخاصة للأفراد وهو ما يحول دون تنفيذها داخل مجالها الجغرافي المحدد، ففي هاته الحالة يلجا صناع القرار إلى تنفيذ مشاريعهم خارج معالمهم الإدارية خاصة منها المشاريع المرتبطة بالفترة الزمنية الوجيزة وعلى سبيل ذلك نذكر القطب العمراني الجديد إذ يعتبر

توسعة عمرانية جديدة و82% نسبة ملكية السكنات لبلدية خنشلة والباقي يعود إلى بلدية انسيغة بحيث يعد الأساس في الدراسة الراهنة كونه المجال الجغرافي لمجتمع البحث وسيتم التطرق إليه لاحقاً في الفصل السابع وأكثر تفصيلاً.

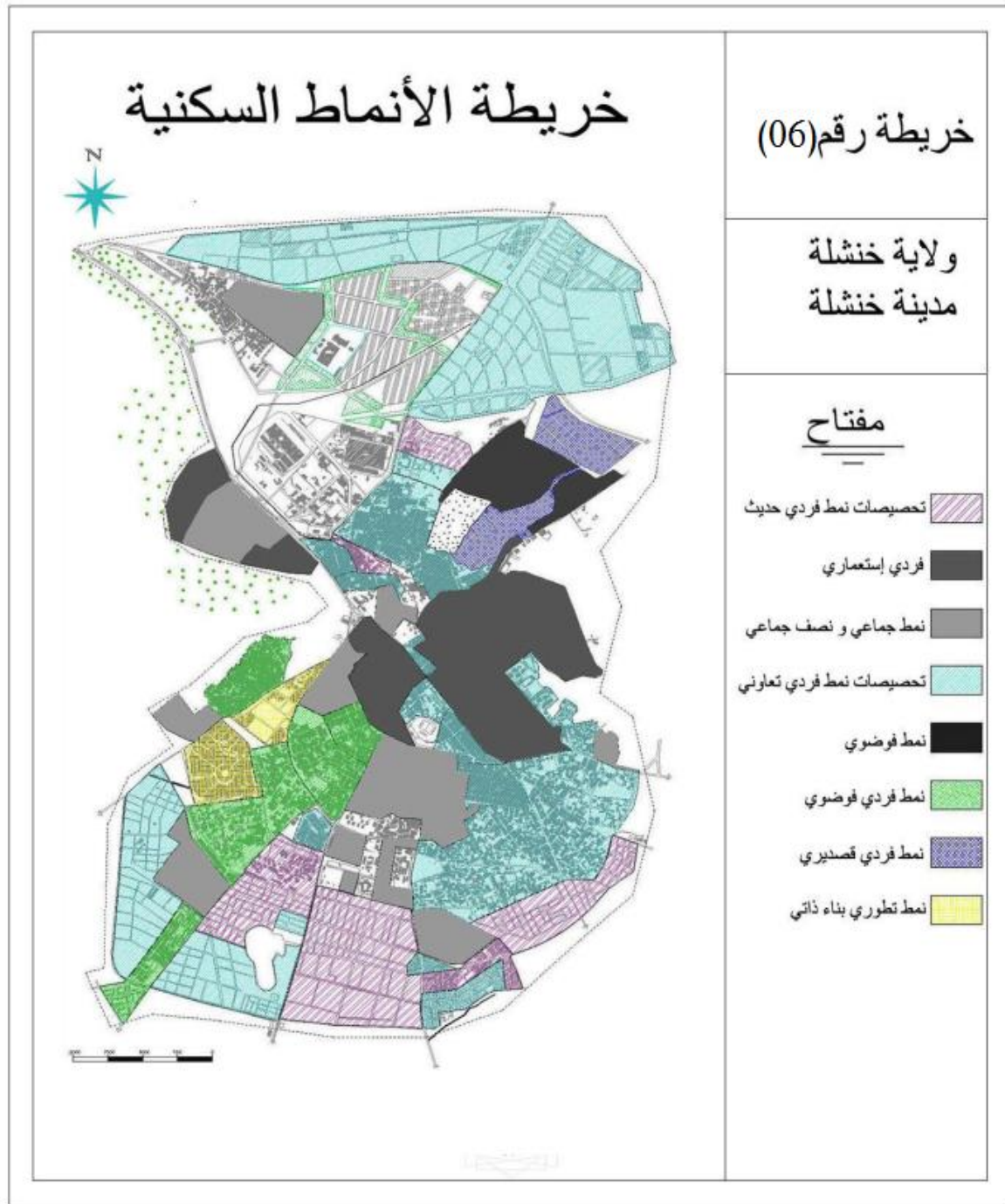
استناداً إلى التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة الصادر بتاريخ 2019، فإن مخطط التهيئة يبين لنا:

القطاعات المعمرة، والقابلة للتعمير، والمخصصة للتعمير المستقبلي، وغير قابلة للتعمير من بعض أجزاء الأرض (الأراضي الفلاحية ذات الإمكانيات الزراعية المرتفعة أو الجيدة والأراضي ذات الصبغة الطبيعية والثقافية البارزة).<sup>1</sup>

مساحات تدخل مخططات شغل الأراضي: خريطة رقم 06 توضح الأنماط السكنية .

<sup>1</sup> - التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة 2019+ تحقيقات ميدانية (بتصرف الباحثة).





### 1- قطاعات التعمير:

المتعلقة بالتهيئة والتعمير المكونة من:

القطاعات المعمرة: تحتوي على جزء من الأراضي والأقاليم المهيأة التي يجب المحافظة عليها وتجديدها وإعادة هيكلتها.

**القطاعات القابلة للتعمير:** هي القطاعات التي تحتوي على الأراضي الموجهة للتهيئة على المدى القصير والمتوسط في أفق مدته 10 سنوات في ترتيب الأولويات المبرمجة في المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير.

**قطاعات التعمير المستقبلي:** تحتوي على جميع الأراضي الموجهة للتهيئة على المدى البعيد في أفق مدته 20 سنة المبرمجة في المخطط التوجيهي للتهيئة والتعمير التي تحتوي على التوسعات التي تسمح بترابط وتنظيم وتجانس التجمعات.

لهذا تقرر بالاتفاق المشترك مع السلطات المحلية لتزويدهم بأراضي إضافية للتوسعة تقع في أراضي غير فلاحية والتي تتماشى مع الهيكل الحضري لمدينة خنشلة وبالتالي تجنب أي تنمية حضرية غير مراقبة إداريا.

**القطاعات غير قابلة للتعمير:** هي تلك الأراضي المصنفة التي حقوق البناء فيها تخضع للتنظيم والتشريع وتستغل بنسب محدودة وفقا للاقتصاد العام لهذه القطاعات، نذكر منها:

-الأراضي الفلاحية، المناطق الغابية،الساحل،المناطق الطبيعية، ارتفاعات شبكات الكهرباء والغاز، مناطق الفيضانات.

**مخططات شغل الأراضي:** التجمعات الرئيسية لبلدية خنشلة مقسمة إلى 25 مخطط شغل الأراضي مبينة على النحو التالي:<sup>1</sup>

<sup>1</sup>التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة 2019 (بتصرف الباحثة)



جدول رقم(09): يوضح المقاطعات الحضرية ببلدية خنشة

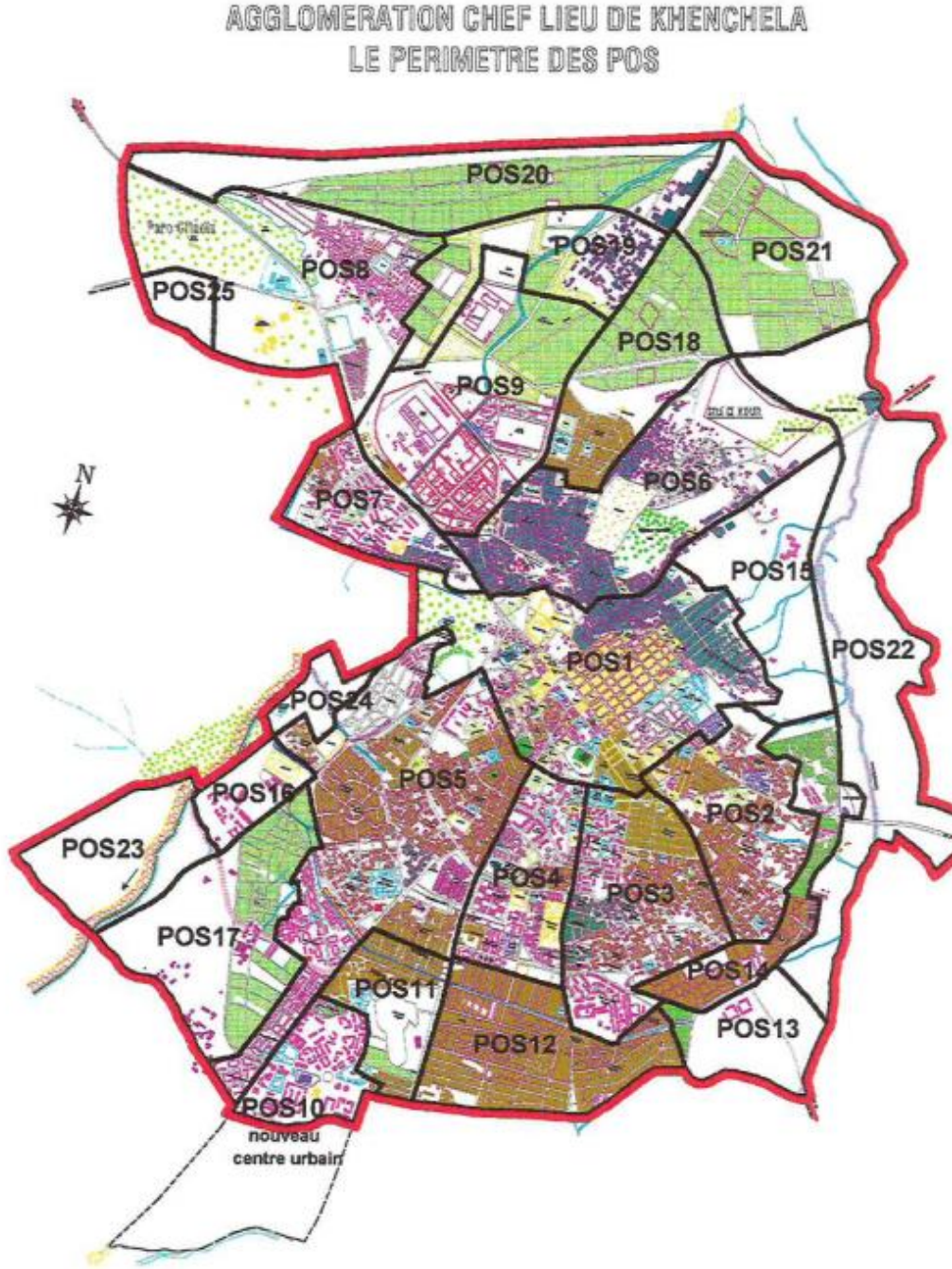
المخططات	المساحة	نوعية التدخل	البرامج المقترحة
م.ش.01	175.43	إعادة الهيكلة والتهيئة	متحف+مسرح
م.ش.02	83.22	//	مساحات لعب
م.ش.03	109.42	//	00
م.ش.04	68.51	//	00
م.ش.05	221.87	//	00
م.ش.06	148	//	00
م.ش.07	49.91	//	00
م.ش.08	156.67	//	00
م.ش.09	120	//	00
م.ش.10	40.69	//	مدرسة متوسطة +ثانوية+ مكتبة+عيادة+مساحات لعب
م.ش.11	48.14	//	مدرسة+مساحات لعب+حضانة
م.ش.12	97.83	//	مدرسة+مساحات لعب+حديقة
م.ش.13	37	//	مدرسة+قاعة علاج
م.ش.14	45.50	تهيئة حضرية	مدرسة+مساحات لعب+محطة خدمات
م.ش.15	87.20	//	مساحات لعب
م.ش.16	25	//	مدرسة+مساحات لعب

مدرسة+متوسطة مساحات لعب	//	85.60	م.ش.17
مدرسة ثانوية+عيادة +مساحات لعب+حضانة	//	75.20	م.ش.18
وحدة إنتاج	//	62	م.ش.19
مساحة خضراء على طول ألوان	//	128.51	م.ش.20
00	//	109.15	م.ش.21
00	//	92.69	م.ش.22
00	//	62.74	م.ش.23
00	//	16.33	م.ش.24
فنادق	//	14.90	م.ش.25

المصدر: مديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة 2019+معالجة الباحثة<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>-مرجع سبق ذكره، (بتصرف الباحثة).

الخريطة رقم 07 للمقاطعات الحضرية.



تعقيب على الجدول:

أولا مدينة خنشلة ليست بمعيار المدن الكبرى التي تسمح لنا إسقاط النظريات الايكولوجية الكلاسيكية عليها، بل هي مدينة يمكن اعتبارها حديثة النشأة نظم في مجملها

تجمعات سكنية رئيسية، وتبنت الاتجاه الحضري كنمط حياة للالتحاق بالركب الحضاري للمدن الكبرى.

هناك تفاوت في المساحات بالنسبة لجل المقاطعات، فالمقاطعات قديمة النشأة تتم إعادة هيكلتها وتهيئتها، أما الجديدة لازالت تحتاج إلى التهيئة كونها تظم مساحات فارغة خضراء قابلة للتعمير وهو ما ترجمته الخانة الخاصة بالإنجازات المقترحة على المدى القريب والمتوسط، إذ يعكس الأفاق المستقبلية لهاته القطاعات وكل ما تحتاجه إلى مرافق خدمتية تزامنا مع التزايد السكاني الحاصل، والملفت لنظر هنا هو أولوية المؤسسات التعليمية على غرار المرافق الأخرى نظرا لأهميتها مقارنة بالمرافق الصحية فهي تعد على الأصابع.

### التحليل:

ختاما لهذا العنصر والملفت هنا لنظر أن مخططات شغل الأراضي هي مخططات ذات تقسيم جغرافي لا تخضع للمعايير الديمغرافية والدليل على ذلك انه عدم توفر المعطيات الديمغرافية لكل مخطط شغل الأراضي، ونعني هنا بالتقسيم الديمغرافي لمدينة خنشلة هو التقسيم الذي أقرته وزارة السكن والتهيئة العمران في الآونة الأخيرة للإحصاء العام لسكان 2022 إذ قسم إقليم بلدية خنشلة إلى مقاطعات حضرية بطريقة تقديرية، وان هاته الأخيرة قام بها مهندسي الولاية مع مهندسي البلديات وكذا رؤساء المصالح خلال فترة تجاوزت العام، يتم احتساب معدل شغل السكن الواحد بـ: 5 أفراد ضرب(\*) عدد السكنات (وهو المعمول به) علما أن وزارة الداخلية حددت معايير التقسيم لهاته المقاطعات وتتراوح بين: 900 إلى 1200 فرد في المقاطعة الواحدة وبناء على ذلك فقد قسمت مدينة خنشلة إلى 173 مقاطعة ديمغرافية منها 169 مقاطعة فيها نسب متفاوتة العدد السكاني لتبقى 05 مقاطعات ذات سكنات شاغرة ولم تسلم بعد، إلا انه تم احتسابها وهنا يمكن طرح التساؤل التالي: لماذا لا يتم الربط والدمج بين التقسيم الجغرافي والتقسيم الديمغرافي معا؟

• سيتم الإجابة على هذا التساؤل لاحقا والتطرق إلى الأسباب الحقيقية وراء ذلك في الفصل الميداني بناء على دليل المقابلة الذي وجه لرؤساء المصالح وهذا لتسهيل عملية إعادة التهيئة الحضرية للمقاطعات من جهة، وأيضا ضبط احتياجات السكان ( فيما يخص التجهيزات الخدماتية أو المرافق الترفيهية...الخ) كما أن عملية الدمج بين هذين العاملين تساعد صناع القرار في اتخاذ الإجراءات اللازمة في تحديد العجز بالنسبة للمرافق وكذا تساهم في ترتيب الأولويات بالنسبة للمقاطعات الأكثر اكتظاظا بالسكان، ويتضح من خلال الدراسة التحليلية لمدينة خنشلة واستعراض أهم العناصر وذلك بالوقوف على جميع جوانبها الطبيعية والعمرانية...الخ).

ملاحظة أخرى يمكن الإشارة إليها من خلال ما سبق وهي أن صناع القرار حاولوا بشكل كبير في تحسين المظهر الجمالي للمدينة وذلك عن طريق تفعيل قوانين إعادة الترميم للمباني وأيضا محاربة البناءات الفوضوية والهشة، وعلى سبيل ذلك: حي ديغول سابقا بطريق البيضاء، وأجزاء من حي الكرمة وحي بو جلابانة وكذا حي الحسناوي، وتم ترحيل هؤلاء الأسر إلى التوسعة العمرانية الجديدة بطريق العيزار والتي سيتم التطرق إليها بالتفصيل لاحقا، هذا من جهة ومن جهة أخرى جاء مخطط شغل الأراضي رقم 15 استنادا إلى تحسين المظهر الجمالي للمدينة وهو عبارة عن عدد تجمعات سكنية يطلق عليها اسم سكنات عدل.

\_ وتعاني بلدية خنشلة من صعوبة في التوسع من الناحية الغربية لوجود منطقة جبلية متضرسة وأقصى شمالها بجبل المنشار وشرقا لوجود واد بوغقال، وهو ما فرض على صناع القرار في توجيه عملية التوسع جنوبا.

## الإسقاط النظري لمدينة خنشلة:

استنادا إلى ما جاء به مفكري المدرسة الايكولوجية الحضرية إجمالا، إضافة إلى ما تم تداوله سابقا من تحليل لمعطيات من مختلف المديرية التنفيذية والفاعلة في هاته العملية، زد عنها التحقيقات الميدانية فقد تم إسقاطها على المدينة، وإذا كان التخطيط الحضري هدفه الأساسي هو تهيئة المناخ المناسب يسمح بتحقيق الرفاهية والراحة لساكنيها، وهو ما جاء به المفكر بارك في مقاله حول المدينة وأيضا برجس حول دور الايكولوجية في تحسين مستوى الحياة الحضرية، فان التقسيم الحاصل داخل المدينة ناتج عن نمو غير مخطط له من طرف الدولة ينعكس ذلك على مخططات شغل الأراضي التي وجدت منذ 1984 بعد التقسيم الإداري، أما الأحياء الهامشية فنمت مع مرور الوقت نتيجة الضغط الذي تمارسه الحاجة إلى المرافق الخدماتية وكذا ضغط مركز المدينة على الأفراد، هنا يظهر الجانب السوسولوجي لتخطيط الحضري، فالتزايد السكاني يقابله التباعد الاجتماعي في العلاقات وكذا التباين في الخصائص وهو ما ينعكس على تناسق العلاقات داخل المدينة وبالتالي نقل احتمالية معرفة الفرد لبقية المجتمع لتغلب بذلك المصلحة الشخصية على المصلحة العامة فتضمحل العلاقات الشخصية وتزداد العلاقات ذات الطابع الوظيفي وهو ما جاء على لسان المفكر لويس وبالتالي فالشخص المنتمي إلى هذا المجال الحضري يفرض عليه مجموعة من السلوكيات التي ينضبط لها بحكم انتمائه له، ومن جهة أخرى تجلى في النشاطات الاقتصادية فإنها تكتسي صبغة الطابع رسمي داخل المدينة وهي التي تحكم العلاقات داخل هاته المجتمعات الحضرية، وتكون ذات طابع غير رسمي كلما اتجهنا نحو السكنات العشوائية والهامشية، فهي وليدة الحاجة إلى اندماج ساكنيها ومجتمعاتها في الحياة الحضرية على سبيل ذلك القطب العمراني الجديد، فهي كمجال حضري تعتبر توسعة عمرانية جديدة وما يقابله من مخطط شغل الأراضي رقم 05 بحيث كان قبل 05 سنوات أراضي شاغرة ولكن بعد التوسعة التي أحدثتها الدولة والتي ضمت 10000 ساكنة، دفع

بملاك هاته الأراضي إلى إعادة اعتمادها كونه يشكل ملكية فردية لهم، إلا أنها لا تخضع إلى معايير أدوات التهيئة العمرانية وهذا الفارق والفجوة بين البناءات الحضرية والفوضوية يخلق حالة من الصراع والتصادم داخل المجتمع الواحد، وزيادة حدة العنف وانتشار الآفة الاجتماعية يوم بعد يوم فيقل فيها الأمن الداخلي ولا استقرار، وتزداد المشاكل والمعضلات الاجتماعية بالرغم من تفعيل قانون محاربة السكنات الهشة من طرف شرطة العمران والمتواجدة على مستوى البلدية إلا انه لا يتم تطبيقها نظرا لاعتبارات تدخل في إطار الأعراف والمجتمعات التقليدية والتي من شأنها أن تحدث فوضى جراء عدم انصياعها إلى أوامر صناع القرار، أما بالنسبة إلى مجالها الاقتصادي فهي تقوم أساسا على أنشطة اقتصادية غير رسمية كونها الرافد الرئيسي لسكن العشوائى... الخ، وما يتجلى لنا من النظرة المتأنية فإن الصراع العمراني أدى إلى تمرد مجتمعات هاته المدينة على مجالها الحضري أملا في انتزاع ما يعتقد انه حقا مشروعاً لهم.

في الأخير يمكننا القول أن النظريات الامبريقية هي غريبة محضة ومبتورة إن صح التعبير، كونها تلغي جانب خاص من الخصائص المجتمعية ولم تراعي هذا الاختلاف بناء على التباين الجغرافي للمدن، وهو ما تعبر عنه الحقائق العمرانية العنيدة والقائمة، فتفرض على المهتمين بمجال التخطيط الحضري استغلال بعض الخصائص المجتمعية والتي من شأنها تجسير الفجوة بين المنظور النظري والواقع المنبثق من الوضع الراهن، ولتكتمل صورة سياسة التخطيط الحضري استوجب من المشرعين كخطوة أولى تفعيل آليات التشاركية المجتمعية، ومن ثم تطبيقها من طرف صناع القرار والفاعلين في عملية التخطيط بما في ذلك اشتراط أخصائي اجتماعي سوسيولوجي كشرط أساسي في دفتر شروط إبرام الاتفاقيات والمشاريع مع الهيئات المعنية بالتخطيط ونخص بالذكر مكاتب الدراسات، فالسياسة الحضرية والفعالية تنقصها الدراسات السوسيولوجية وهو ما فقدناه في مدينة خنشلة



كونها ركزت على الجانب الايكولوجي الحضري، وكذا تحسين المظهر الجمالي للمدينة ببناء على طلب ملح للسكنات مقابل التقليل من انتشار البناءات الهشة والجانبية للمدينة.

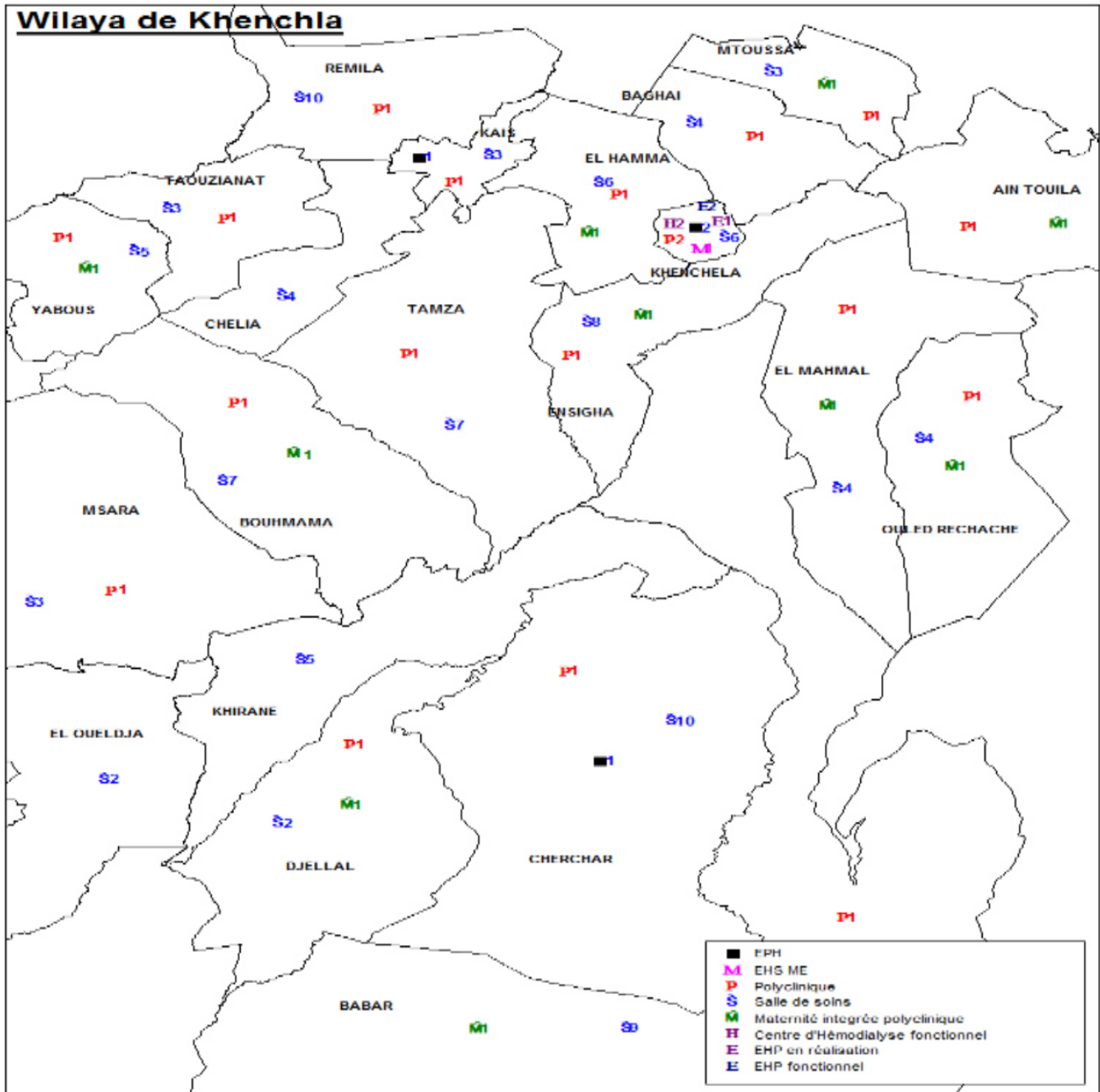
يمكن الإشارة إلى انه تشكلت لنا صورة واضحة على الواقع الحضري للمدينة بإبراز سلبياته وإيجابياته وكذا نقاط الضعف فيه، فإن هاته الدراسة التحليلية للمدينة ساهمت بشكل كبير في إعطائنا الحجة للتدخل بجس النبض للعملية الحضرية وأصبح التحسين الحضري من الوسائل الضرورية للارتقاء بحياة السكان، ونجاح مثل هذه المشاريع مرهون بالكثير من العوامل التي يصعب التحكم فيها إذا تفاقمت معضلاتها، فالهدف منها هو الخروج بحلول واقتراحات لتحسين إطار الحياة الحضرية والارتقاء بها داخل المدينة .

#### 5/ واقع القطاع الصحي لمدينة خنشلة:

عرف القطاع الصحي بولاية خنشلة ككل تحسن ملحوظا خاصة بعد فتح المجال أمام الاستثمار الداخلي، ولعل من ابرز محطاتها هو تقريب هذا القطاع للمواطن في أرجاء المدينة وهو ما سنحاول التطرق إليه والاطلاع على مميزاته من خلال عرض مفصل لهاته المرافق مع توزيعها الجغرافي على مستوى المدينة الذي نترجم به قرب هاته المرافق على المواطن، مع توضيح الهدف الأساسي من هاته القراءة وهو التطلع إلى أن القطاع الصحي يغطي حاجيات السكان الصحية، وقبل التطرق إلى بلدية خنشلة بجدر بنا الإشارة إلى ان ولاية خنشلة نظم عدت مرافق صحية بداية بالمستشفيات ثم القاعات المتعددة الخدمات وكذا قاعات العلاج والصيدلة وهو ما توضحه لنا الخريطة رقم (09) والتي تمثل الخريطة الصحية لولاية خنشلة .



الخريطة رقم(08): الخريطة الصحية لولاية خنشلة.

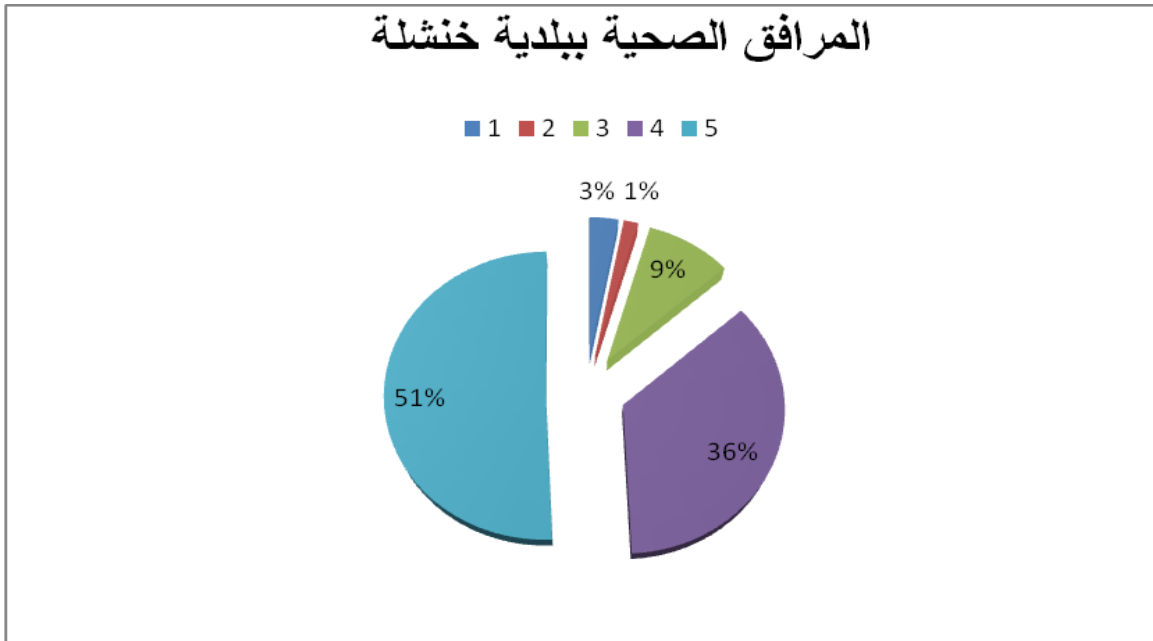


المرافق الصحية على مستوى بلدية خنشلة:

جدول رقم (10): يوضح المرافق الصحية

النسبة المئوية	العدد	نوع المرفق
3%	02	المستشفيات العمومية
1%	01	المستشفى المتخصص
9%	06	عيادة متعددة الخدمات لصحة الجوارية
36%	24	قاعات العلاج
51%	34	الصيدالة
100%	67	المجموع

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية خنشلة (بتصرف الباحثة).



الشكل رقم (02): يوضح توزيع المرافق الصحية

### التحليل:

يتضح لنا من الجدول وكذا الدائرة النسبية التي توضح المرافق الصحية المتواجدة على مستوى بلدية خنشلة استنادا إلى معطيات متحصل عليها من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية خنشلة أن بها عدد لا بأس به من المرافق مقارنة بإجمالي السكان والذي حدد حسب إحصائيات 2020 لمديرية التخطيط بـ: 183700 نسمة، وحسب التقرير العام لمديرية الصحة لولاية خنشلة الصادر بتاريخ 2019/12 يتضح لنا أن مدينة خنشلة تظم (02) من المؤسسات العمومية الاستشفائية، و(01) مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة، بحيث استفادت هاته المؤسسات من توسعات داخلية في إطار المساحة المسموح لهم بهدف استيعاب أكثر للمرضى وهو شيء ايجابي، كما نشير إلى أن هذا النوع من المؤسسات العمومية موجه لأفراد المدينة ككل وليس له علاقة بالتجمعات السكنية الجوارية، أما في حالة وجود حالات مستعصية استقبلتها العيادة متعددة الخدمات في هاته الحالة يمكن تحويلها إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية، أيضا ما جاءت به التحليلات الميدانية هو الجانب السلبي لهاته المؤسسات الاستشفائية نذكر منها: مشفى بن بلة الذي يظم مدخل رئيسي واحد فقط نظرا لموقعه على مستوى الطريق الرئيسي وهو ما يسبب اختناق مروري مكثف مما يشكل إعاقة لسيارات الإسعاف، أما حال مشفى بو سحابة فهو يعاني من سوء جدرانه الداخلي للمبنى .

### مؤشرات التغطية الطبية وشبه الطبية لسنة 2020:

العدد التقديري لسكان بلدية خنشلة لسنة 2020 قدر بـ: 183700 نسمة.

جدول رقم(11): يوضح التغطية الطبية لسكان.

المؤشر الصحي	العدد	الكوادر الطبية
01/ طبيب لكل 1020 شخص	180	الأطباء العاميون
01/ طبيب لكل 2296 شخص	80	الأطباء الأخصائيين
01/ طبيب لكل 40710 شخص	39	جراحي الأسنان
01/ لكل 4374 شخص	42	الصيدالة
01/ ممرض لكل 223 شخص	824	شبه الطبيين

المصدر: مديرية الصحة لولاية خنشلة 2020+ معالجة الباحثة.

### التحليل:

يظهر جليا أن هناك توافق في توفير الكوادر البشرية داخل القطاع الصحي مقارنة بالعدد الإجمالي لبلدية خنشلة، وما يفسر هذه النقطة هو ما تم التطرق إليه سابقا في الجانب النظري لدراسة حيث أدرجنا المؤشرات الصحية كمعيار لقياس التغطية الصحية داخل المناطق المدروسة.

واستنادا إلى ذلك الجدول رقم(02) في الفصل الثالث من الدراسة النظرية للمرافق الصحية فانه يوضح لنا نوعية الخدمات الصحية يعكس صحة التحليل، وتتجلى التغطية الصحية في النقاط التالية:

1/ الكوادر الطبية والتجهيزات.

02/ الخدمة 24/سا/24 سا.

03/ تقديم فحوصات طبية وعامة ومتخصصة .

04/توفير أجهزة مستحدثة للكشف على الأمراض.

05/ محاولة التقليل من انتشار الأمراض خاصة منها المعدية مع تقليص دائرته.

- إلا أن هناك حلقة مفرغة سيتم الكشف عنها في الفصل السابع، بعد تحليل المعطيات التي بنيت عليها الاستمارة والتي هي في الأصل موجهة لأفراد المجتمع.

إذ تظهر لنا من التحليل النظري للمعطيات الجاهز والمتحصل عليها من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية خنشلة وكذا الخريطة الصحية للولاية، هاته الأخيرة تعطي لنا صورة حول التوزيع الجغرافي للمرافق الصحية داخل مدينة خنشلة، بأن هناك مراكز متقاربة فيما بينها بما يضمن الوصول إلى خدماتها مثال على ذلك، العيادة متعددة الخدمات لغماسي وعيادة النور وكذا عيادة الإحسان والعيادة متعددة الخدمات لصحة الجوارية بطريق العيزار وهو ما توضحه لنا الخريطة رقم (10) التي تمثل توزيع المرافق الصحية وفي المناطق حضرية أخرى تكاد تكون فيها المرافق الصحية منعدمة مثال: طريق مسكانة التي بها قاعة علاج واحدة أما بالنسبة للأحياء التالية: حي بوجلبانة، حي الحسناوي، سوناطبية... الخ، بالرغم من التزايد الملحوظ الذي شهدته هاته المناطق إلا أنها تظم مراكز صحية واحدة وبطاقم طبي محدود.

و استنادا إلى خريطة ولاية خنشلة وبعد التحليل النظري لتوزيع الجغرافي فقد اتضح لنا هناك مناطق تعاني من نقص في المرافق الصحية، انطلاقا من الكثافة السكانية وبحسب التحليل السابق اتضح لنا أن هناك مناطق تعاني من نقص في المرافق الصحية وهناك مناطق تعاني من قلة الكوادر البشرية وأيضا التجهيزات الخدماتية وهو ما يشكل عبء على المواطن خاصة التكلفة المادية والجهد، كما يفرض عليه هذا الوضع التوجه إلى القطاع الصحي الخاص، هذا الأخير الذي يشكل حاجزا أمام تفعيل قانون مجانية العلاج.

إن عدم استيعاب الهياكل الصحية المنجزة للتزايد المطرد في أعداد السكان قد ينعكس سلبا على مستوى الخدمات الصحية، حيث أصبح الهاجس بالنسبة لمسؤولي القطاع

الصحي هو كمية استيعاب التدفق البشري الناتج عن النمو الديمغرافي على حساب الخدمات المقدمة وضمن هذا الإطار يمكن إدراج ما يؤثر على القطاع الصحي بصفة عامة على شكل نقاط:

تعاني المستشفيات عامة والعيادات المتعددة الخدمات خاص من نقص وندرة في الخدمات الإدارية وتعطيل للأجهزة خاصة منها سكانير، والرنين المغناطيسي.

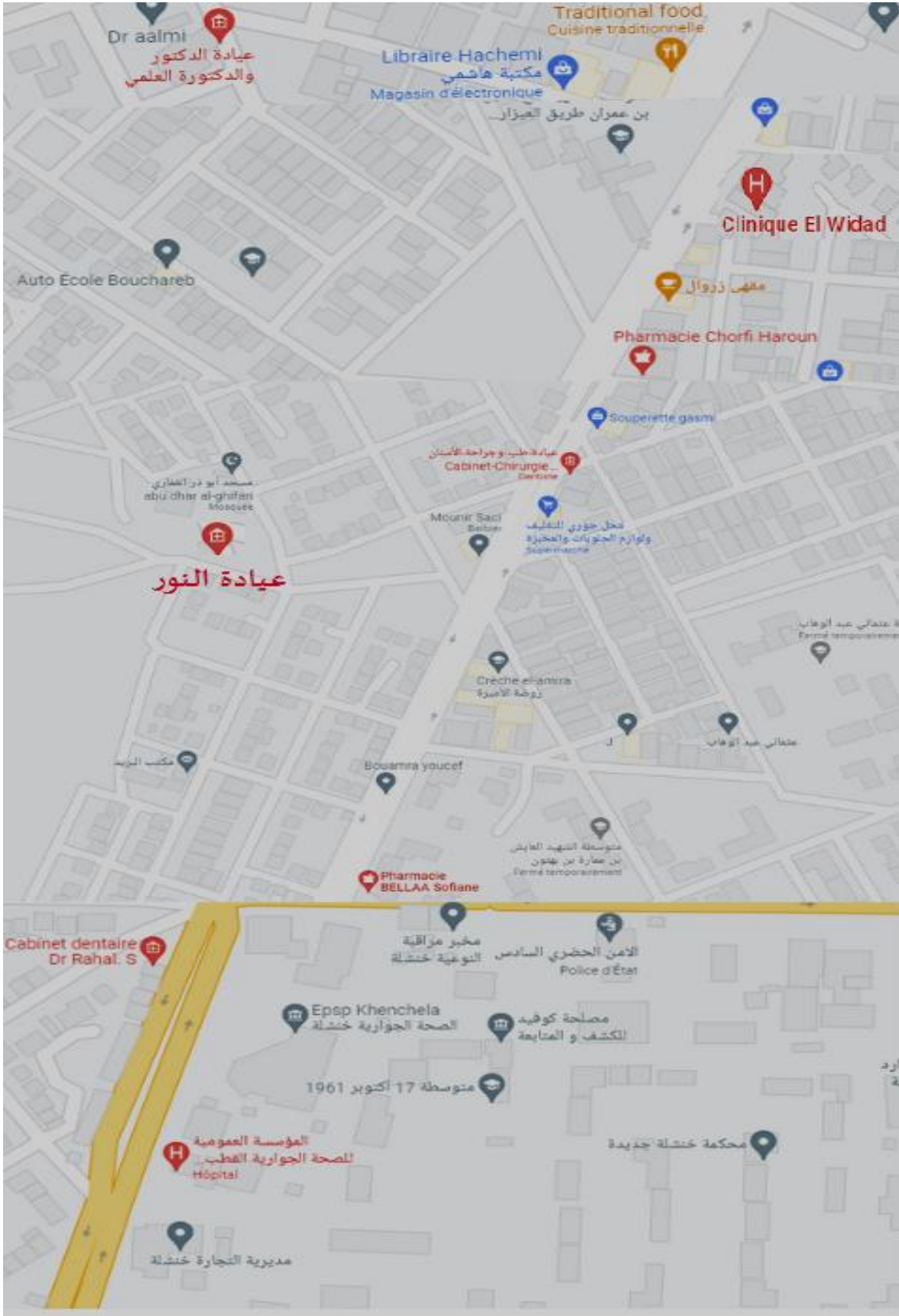
عدم توفر صيدلية المؤسسة على ادوية تعكس توفرها على مستلزمات طبية وجراحية.

إضافة إلى نقص في الكوادر البشرية خاصة منهم الأطباء المتخصصين والمتمرسين، بحيث توجه هاته الأخيرة من الفئات إلى القطاع الخاص أو الهجرة إلى الخارج مما انعكس سلبا على نوعية الخدمات الصحية المقدمة من طرف هاته المؤسسات.

#### ملاحظة هامة:

نجد أن القطاع الصحي بمدينة خنشلة يساهم بشكل عام في ضمان أحسن للخدمات الصحية للمواطن وسهر الأطراف الفاعلة على ذلك سواء كوادر طبية أو إدارية وحتى مدراء تنفيذيين بحيث يعملون جاهدين في توفير العلاج بالرغم من النقائص التي يعاني منها القطاع إلا أن الكوادر البشرية تسعى إلى تدارك هذا النقص، هذا من جهة ومن جهة أخرى لو نظرنا إلى الفواعل غير الرسمية في القطاع الصحي والتي من شأنها صنع السياسات الصحية لوجدناها احتكرت من طرف نخبة من الأطباء وجماعة المصالح الصحية إذ هناك دائما حلقة مفرغة بين الطبيب والمريض، وهذا الأخير دائما ما يشكو من تهميش القطاع الصحي خاصة في الآونة الأخيرة بالرغم من سياسات إصلاح مستوى الخدمات المقدمة، إذ أن احد سبل سد هاته الفجوة هو وجود أخصائي اجتماعي كأبرز الفواعل التي تسهم في انتقاص حن التواصل بين المريض والطبيب بصفة عامة.

خريطة رقم(09): توضح توزيع المرافق الصحية بالقرب العمراني الجديد



خلاصة الفصل:

بالرغم من ما تطرقنا إليه حول مدينة خنشلة إلا أنها لازالت تحتاج الكثير من الدراسات التي من شأنها التقليل من سياسات الترقية ان صح التعبير بالمدينة لمحاربة سياسة تمبيع وتبديد المال العام .



## الفصل السادس

# الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

## الفصل السادس: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد

1/ مجالات الدراسة

2/ منهج الدراسة

3/ أدوات جمع البيانات

4/ أسلوب اختيار العينة

خلاصة الفصل

## تمهيد:

يختص الجانب الميداني بتحديد مجالات الدراسة (المجال المكاني، الزماني، والبشري) مع تحديد المناهج التي تبناها الباحث، إذ تفرضها طبيعة موضوع الدراسة، كما تشمل مختلف تقنيات جمع البيانات من ميدان الدراسة والإشارة إلى كيفية اختيار عينة البحث من المجتمع الأصلي لداسه لتطبيق أداة الاستمارة.

## 1/ مجالات الدراسة:

يعتبر تحديد مجالات الدراسة من الخطوات المنهجية التي لا يمكننا الإغفال عنها في أي دراسة، من خلالها يتم التطرق إلى المنطقة التي أجريت فيها الدراسة والأفراد المبحوثين (عينة الدراسة) بالإضافة إلى الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة، وقد اتفق كل الباحثين على أن لكل دراسة 3 مجالات رئيسية كالتالي:

**1/1 المجال المكاني:** هو الحيز الجغرافي الذي أجريت فيه الدراسة الميدانية .

**المجال الحضري لأرضية الدراسة:** وفيه المجال العام والمجال الخاص.

**أ/ المجال العام:**

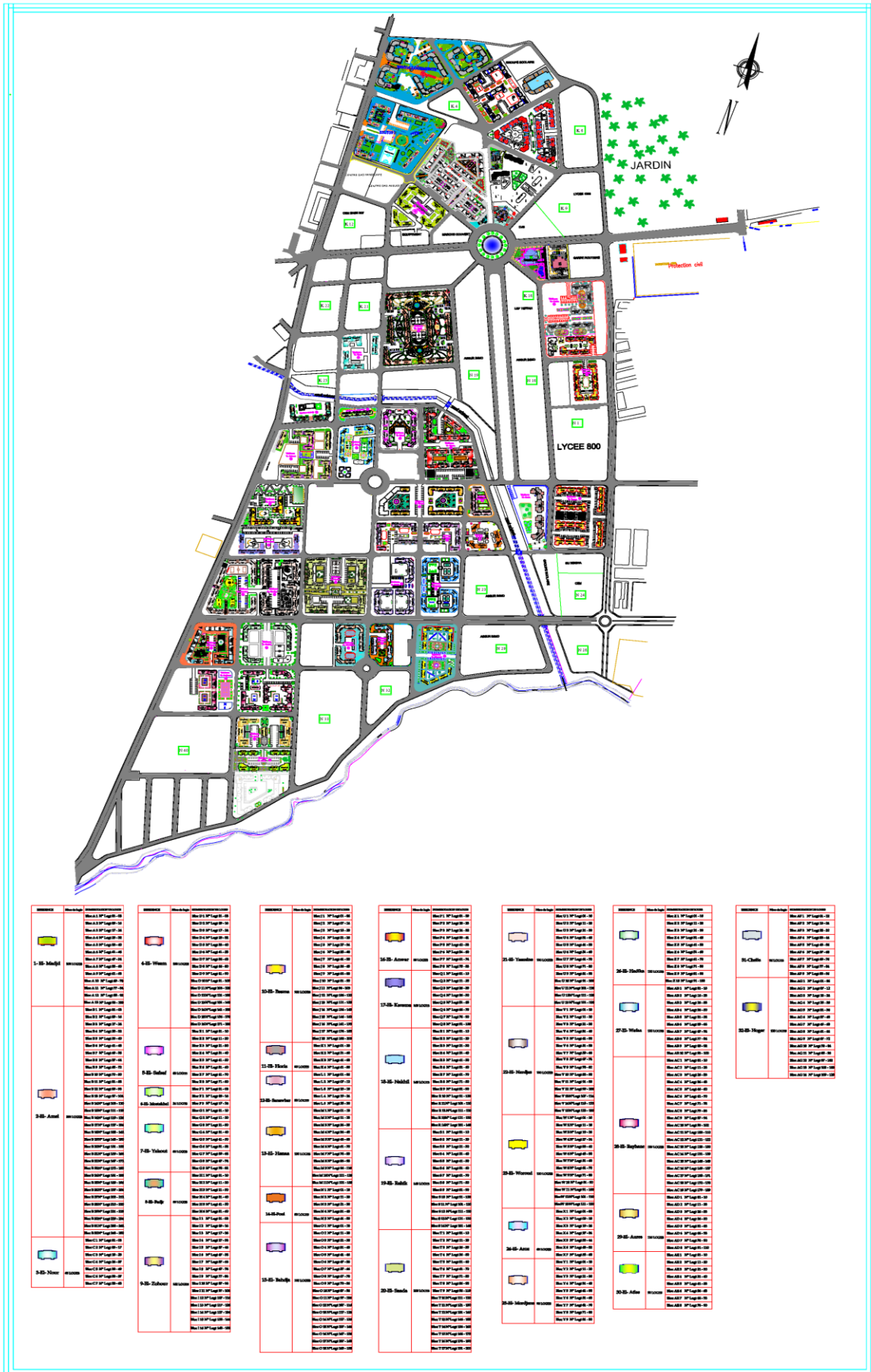
استنادا إلى ما تم عرضه سابقا فان مدينة خنشلة قسمت حضريا إلى 25 مقاطعة شغل الأراضي، بحيث أجريت الدراسة الميدانية على إحدى مقاطعاتها الحضرية وهي توسعة عمرانية عرفت بالقطب العمراني الجديد.

**ب/ المجال الخاص:** هي توسعة عمرانية حديثة النشأة وتتربع على مساحة قدرها: ذات

حدود جغرافية متداخلة مع بلدية انسيغة بحيث تظم 32 إقامة بكثافة سكانية قدرت ب: 3325 والجدول التالي يوضح عدد سكان كل إقامة بناءا على البطاقة التقنية المتحصل عليها من

مديرية التسيير العقاري: O.P.G.I: خريطة رقم (10)

الخريطة رقم (10): بطاقة تقنية للقطب العمراني الجديد



جدول رقم(12) يوضح توزيع الاقامات في القطب العمراني الجديد.

الرقم	اسم الإقامة	عدد الأسر
01	الوفاء	100
02	البهجة	180
03	الياسمين	130
04	الانوار	83
05	الورود	120
06	الياقوت	82
07	المستقبل	24
08	الصنوبر	50
09	البسمة	200
10	المجد	00
11	الحرية	80
12	الهناء	130
13	النخيل	140
14	الأمل	250
15	الصفصاف	80
16	السعادة	200
17	الفل	30
18	الرحيق	140
19	المرجان	90
20	الفجر	60

21	الترجس	130
22	الارز	60
23	الحديقة	100
24	الزهور	152
25	النور	65
26	الكرامة	100
27	الريان	189
28	شليا	96
29	الهقار	120
30	الونام	180
31	الأطلس	90
32	الاوراس	90
المجموع	32	3641 أسرة

المصدر: مديرية التسيير العقاري (بتصرف الباحثة).

أسباب ودوافع اختيار هذا المخطط (القطب العمراني الجديد):

نرجع أسباب اختيارنا إلى هاته الأرضية يمكن إدراجها في النقاط التالية:

1/ تهيئة وتوسعة حضرية حديثة النشأة.

2/ بمثابة واجهة جمالية لمدينة خنشلة.

3/ تظم عدت صيغ من السكنات (الاجتماعي، لتساهمي، الترقوي).

4/ تتوافر على عدت مرافق أبرزها المرافق الصحية والتي محل دراستنا الراهنة.

5/ تعتبر همزة وصل بيت بلدية خنشلة وانسيغة.

6/ تمتاز بنمط موحد في بناءاتها(العمارة).

7/ تمتاز بتغطية جيدة لضروريات الحياة: ماء، غاز، كهرباء).

\*ما تعانيه منطقة الدراسة (سلبياتها):

1/سوء الطرقات في الآونة الأخيرة.

2/ قلة الوعي الحضري بأهمية البيئة الحضرية قد نتج عنه:

التلوث البيئي وكثرة انتشار القمامة.

/ تغيير المظهر الخارجي لبعض الطوابق وهذا دلالة على عدم رضي بعض من ساكنيها على المخطط الداخلي لسكن.

3/قلت الأمن والاستقرار نظرا لوجود امن حضري واحد فقط، وبالمقابل لازالت الظواهر الاجتماعية لم تختفي مثل انتشار المخدرات العنف...الخ.

4/ عدم وجود ملعب جوارى قد يساعد في امتصاص الآفات الاجتماعية.

5/ هناك بعض المساحات الخضراء إلا أنها تعاني من الإهمال وكثرت النفايات فيها، نظرا لقلّة وعي السكان بأهميتها.

6/ غياب عمليات إعادة التهيئة الحضرية.

الوضعية العقارية لمنطقة الدراسة:

انطلاقا من المديرية التسيير العقاري هي من استلمت المشروع ومتابعته بحيث اشرفنا سابقا أن نسبة 82 بالمائة من السكنات تعود إلى بلدية خنشلة والباقي يعود لبلدية انسيغة، وهنا يطرح التساؤل التالي: من المسؤول عن إعادة تهيئة المجال الجغرافي الذي يربط خنشلة ببلدية انسيغة، إذا كانت الأرض ملك لبلدية انسيغة والسكن يرجع لمديرية التسيير العقاري



بلدية خنشلة.. ؟ وهو الحال بالنسبة إلى احتياجات السكان سواء التعليمية أو الصحية...الخ.

## 2/ المجال الزمني:

اعتمدنا في دراستنا على مراحل متتالية في متابعة وتقصي المعطيات الميدانية، حيث كانت بدايتها مع الدراسة المكتبية الخاصة الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع وامتدت منذ ضبط الموضوع أما مرحلة التقصي الميداني كانت منذ 2018 بعدها جاءت مرحلة كورونا لنعود للعمل مع عام 2021 عملنا خلالها على القيام بالأعمال التالية:

- القيام بخارجات ميدانية لتعرف على الجانب الحضري لمدينة خنشلة من ناحية السكن والهياكل والخدمات...الخ لتسجيل الملاحظات وكذا التساؤلات.

- المقابلات الشخصية المتكررة وعلى فترات مع بعض إطارات التقنيين والإداريين وكذا مكاتب الدراسات المعنيين بعملية التخطيط بمدينة خنشلة منذ التقسيم الإداري والبحث في مراحل تغييرها حضريا.

- لتأتي المرحلة الأخيرة لتفريغ البيانات وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها على ضوء الفرضيات المصاغة سابقا.

## 2/ المنهج الدراسة:

'المنهج هو مجموعة من الإجراءات والأسس المتبعة من طرف الباحثين بغرض الوصول غالى نتائج حقيقية تخدم موضوع الدراسة، حيث تختلف المناهج باختلاف المواضيع المدروسة'<sup>1</sup>

<sup>1</sup> عمار بوحوش: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث. ديوان مطبوعات الجزائرية. الجزائر. 1995. ص.72.

- 'و هو مجموعة من القواعد والأسس والخطوات والعمليات العقلية التي يستعين بها الباحث ويسير في ضوءها لتحقيق الهدف الذي يصبو إليه البحث وهو اكتشاف الحقيقة واستخلاص النظريات والقوانين التي تحكم الظاهرة لتنبؤ بما سيحدث مستقبلاً.<sup>1</sup>

- ولقد اتبعت الدراسة الراهنة الطريقة الوصفية التحليلية ونهدف بها إلى وصف الظاهرة وتحليلها وتشخيصها مع إلقاء الضوء على مختلف جوانبها وجمع البيانات اللازمة وتسجيل الدلالات التي تم استنتاجها أثناء الدراسة الميدانية، هاته الأخيرة التي مرت بعدت مراحل بداية من الملاحظة والمقابلة وصولاً إلى عملية تبويب البيانات بعد ملى الاستمارة من قبل مجتمع البحث .

### 3/ أدوات جمع البيانات:

"هي الآليات التي تمكن الباحث من الحصول على البيانات من مجتمع البحث وتصنيفها وجدولتها ويتوقف اختيار الأداة اللازمة لجمع البيانات على عدت عوامل، فبعض أدوات البحث تصلح في بعض المواقع والبحوث، بينما قد لا تكون مناسبة لغيرها"<sup>2</sup>

ويشتمل البحث على عدت أدوات تتناسب والدراسة الراهنة نذكر منها:

#### أ/ السجلات والوثائق:

استعنا في هاته الدراسة بعدت سجلات ومعطيات متعلقة بموضوع الدراسة وقدمت الحصول عليها من طرف هيئات ومصالح المؤسسات العمومية والخاصة ونذكر منها:

#### 1/ تقارير مديرية التهيئة والتعمير 2007./2019

#### 2/ إحصائيات حول مدينة خنشلة من طرف مديرية التخطيط والبرمجة والمتابعة.

#### 3/ مخطط شغل الأراضي للقطب العمراني الجديد من طرف مديرية التسيير العقاري.

<sup>1</sup> حسين عبد الحميد رشوان: أصول البحث العلمي. مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية مصر 2003.ص47.  
محمد شفيق: البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية . الكتاب الجامعي الحديث الاسكندرية . مصر. 1998.ص112.

4/ بعض التقارير لمخططات شغل الأراضي من مصلحة العمران لبلدية خنشلة.

5/ خرائط تخص بعض المخططات لشغل الأراضي من طرف مكاتب الدراسات.

6/ تقرير حول القطاع الصحي لولاية خنشلة 2018، من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية خنشلة.

7/ تقرير عام من مديرية السكن يخص البرامج السكنية بولاية خنشلة لسنة 2020.

### ب/ الملاحظة:

يقوم الباحث بملاحظة الجماعة دون مشاركتها في أنشطتها ودون إثارة واهتمام المبحوثين ويكون بالاتصال بأعضاء الجماعة مباشرة دون شعورهم بأنهم تحت الملاحظة<sup>1</sup>.

- استعنا بأداة الملاحظة الأولية غير المباشرة كأداة لجمع البيانات قصد التعرف أكثر على المحيط الحضري للسكان بمدينة خنشلة خاصة القطب العمراني الجديد (محل الدراسة)، وما استخلصناه من استخدام أداة الملاحظة بالقطب العمراني الجديد هو سوء الطرقات خاصة منها الرئيسية وانتشار النفايات التي تعكس صورة سلبية للمجتمع وكذا التهيئة الحضرية، كذلك تغيير بعض واجهات العمارات كغلق الشرفات وبعض السلوكيات التي تنافي المحيط الحضري كانتشار الآفات الاجتماعية أبرزها العنف داخل الأحياء والمخدرات.

### ج/ المقابلة:

- تعني المقابلة تلك المحادثة الجادة والموجهة نحو هدف معين، يقوم بها الباحث مع المبحوث لاستئثار أنواع معينة من المعلومات لاستغلالها والاستفادة منها<sup>2</sup>.

- للمقابلة أهمية بالغة في البحث العلمي، فهي وسيلة تمكن الباحث من الحصول على العديد من المعطيات من مختلف المصالح الإدارية والتقنية.

<sup>1</sup> عبد الرؤوف الضبع وعبد الرحيم تمام ابو كريشة: تصميم البحوث الاجتماعية. دار النشر، مصر، 2000، ص51.

<sup>2</sup> عبد الباسط محمد حسن: اصول البحث الاجتماعي. مكتبة نهضة الشرق. القاهرة(مصر). صص 141-142.

- حيث عمدنا إلى مقابلة حرة للعديد من المسؤولين ومدراء التنفيذيين ورؤساء المصالح لكل من المديریات السابقة الذكر هذا من جهة.
- ومن جهة أخرى أجرينا عدت مقابلات متكررة مع المستجوبين نظرا لانشغالاتهم بحيث استغرقت مدت طويلة لأنها كانت تؤجل في كل مرة إذ شكلت كل هاته الظروف صعوبات مباشرة للبحث، وتتضمن وسيلة المقابلة هنا مجموعة من الأسئلة الموجهة لعملية الحوار والنقاش الذي دار بيننا وبين المبحوثين، حيث تضمن هذا الدليل المحاور التالية:
- أولا: أسئلة حول وتيرة التهيئة الحضرية بالمدينة.
- ثانيا: أسئلة حول أدوات التهيئة والتخطيط ومخططات شغل الأراضي بالمدينة
- ثالثا: أسئلة حول توزيع المرافق الصحية.

في الواقع بالرغم من صعوبة هاته الأداة لتعدد مراحل انجازها محاولين توحيد المصطلحات للمهندسين الخبراء وكذا إثراء النقاش معهم للحصول على اكبر عدد من المعلومات التي تخدم البحث وتعكس الصورة الحقيقية لسياسة التخطيط الحضري بالمدينة.

يمكن إجمالاً تقسيم مراحل البحث على النحو التالي:

جدول رقم(13): يوضح ممثلي الهيئات الإدارية لعملية التخطيط الحضري

الخبراء والاستشاريين	تاريخ المقابلة	مدة الخبرة	الإدارة والمصلحة التقنية
مهندسة دولة ورئيس مصلحة	ما بين 13 و 2022/06/16	08سنوات	مديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة
مهندس دولة ورئيس مصلحة	ما بين 14 و 2022/08/18	15 سنة	مصلحة العمران لولاية خنشلة
مهندس دولة وصاحب	2022/08/29	09	مكتب دراسات جبايلي بوزيد-

مكتب دراسات	سنوات	حي بوزيان
مهندس دولة وصاحب مكتب دراسات	07 سنوات	مكتب دراسات حميدان مباركيه-حي السعادة.
2022/09/01		

المصدر: من إعداد الباحثة.

وقد مكننا دليل المقابلة من الحصول على المعطيات التالية:

1- مع رؤساء المصالح: تمتاز بنمط معين وخاص

\*/إعطاءنا بيانات محددة ودقيقة حول السؤال المطروح

\*/بيانات ترتبط بمهامهم اليومية في مجال الهيئة المستخدمة

\*/حددت لنا التناقضات الموجودة بين الإدارات المعنية بوضع المخططات الحضرية.

\*/ قدمت لنا تفسيرات إدارية قانونية للعراقيل الموجودة أمام التهيئة الحضرية.

2/ مع مسؤولي مكاتب الدراسات: نوعية المعطيات المستقاة منهم كانت تتصف بما يلي:

\*/ بياناتهم تعالج المشكلة من رؤى واقعية تعكس ممارساتهم لعملية التخطيط.

\*/تصوراتهم كانت كمقترحات وحلول ساعدنا في مشكلة البحث.

\*/تضمنت آراءهم الأفاق المستقبلية لتخطيط الحضري بمدينة خنشلة.

د/ استمارة استبيان: "هي مجموعة من المؤشرات يمكن عن طريقها اكتشاف أبعاد

موضوع الدراسة عن طريق إجراء بحث ميداني على جماعة محددة من الناس، وهو وسيلة

الاتصال الرئيسية بين الباحث والمبحوث ويحتوي على مجموعة من الأسئلة تخص القضايا التي نريد معلومات عنها من المبحوث<sup>1</sup>.

تم الاعتماد على هاته الأداة لإثبات صحة أو خطأ الفرضية الثالثة التي تعكس وجهة نظر المبحوثين حول فعالية المرافق الصحية داخل المقاطعات الحضري. ووفقها تم صياغة الأسئلة، بعدها تم عرضها على الأساتذة المحكمين بعد موافقة الأستاذ المشرف من اجل توسيع دائرة الأفكار والمقترحات.

قائمة الأساتذة المحكمين\*

\*إعادة صياغة الاستمارة وفقا لمقترحات المحكمين.

\* إذ تضمنت 16 سؤالا موزعة بين الأسئلة المغلقة وتصف مغلقة وفي نهاية الاستمارة تم طرح الأسئلة المفتوحة لمعرفة آراء الناس وتوجهاتهم.

#### 4/ العينة وكيفية اختيارها:

" إن العينة هي ذلك الجزء من مجتمع البحث الذي سنجمع من خلاله المعطيات في ميدان العلم، ونتطلع أن تسمح لنا العينة المتكونة من بعض العشرات والمأخوذة من مجتمع البحث الأصلي إلى التقديرات التي يمكن أن تعميمها على المجتمع الأصلي."<sup>3</sup>

استنادا إلى الأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحديدها، تم اختيار عينة قصدية تتكون من خبراء وهيئات مصالح تضطلع بميدان أدوات التعمير وكذا على دراية بالسياسة التخطيط الحضري بمدينة خنشلة كونها تشكل المراكز الأساسية في اتخاذ مختلف التدابير والقرارات

<sup>1</sup> - بلقاسم سلاطونية، حسان الجبلاني: أسس البحث العلمي. الكتاب الأول. ط.02. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 2009. ص.77.

\* قائمة الأساتذة المحكمين حمزاوي سهى، قرزيز محمود، لبرش راضية، ايديو ليلي، هالة لبرارة

2- موريس انجرس ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون منهجية البحث في العلوم الإنسانية -تدريبات عملية. دار القصة للنشر. ط.2، الجزائر. 2006. ص.301.

الإجراءات المرتبطة بالتهيئة الحضرية من جهة وعلى اعتبار أنها تسهر على إعداد والمصادقة عليها طبقاً للتشريع المعمول به.

إضافة إلى ذلك فقد تم تحديد نوع العينة لتوزيع أداة الاستمارة على المبحوثين وهي العينة العشوائية البسيطة وموجهة بصفة خاصة للأسر واستناداً إلى ما جاء في المجال الخاص لأرضية الدراسة فإن القطب العمراني يظم 3641 أسرة موزعة على 32 إقامة.

بحيث أخذنا نسبة 10% من إجمالي الأسر  $(10 * 3641) / 100 = 364$ .

لتصبح لدينا 364 أسرة معنية بالاستمارة وأثناء نزولنا إلى الميدان واجهتنا الكثير من الصعوبات حالت بيننا وبين المبحوثين ليتم الحصول على صافي الاستمارات وهو 310 استمارة كاملة الإجابات.

وتجلت هاته الصعوبات في:

\* صعوبة ذهنية المجتمع.

\* عدم تجاوب الأسر مع الأسئلة

\* الامتناع عن الإجابة

\* غياب بعض الأسر وهو ما صعب علينا استرجاع باقي الاستمارات.

خلاصة:

ساعدنا هذا الفصل في تحديد مجال الدراسة خاصة أرضية الدراسة والتي تتوافر عليها شروط المحددة مسبقاً، كما ساعدنا في تحديد العينة لتسهيل توفير المعلومات لإثبات صحة الفرضيات.



# الفصل السابع

عرض وتحليل البيانات ومناقشة النتائج

## الفصل السابع: عرض وتحليل البيانات ومناقشة النتائج

1/ عرض بيانات الدراسة وتفسيرها

2/ مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة

3/ النتائج العامة لدراسة

## تمهيد:

سعى منا للإجابة على التساؤلات المطروحة وتحديد العلاقة القائمة بين فروضها، اعتمدت الدراسة على الأسلوب الكمي والذي أفادنا في تبويب البيانات وتحديد النسب المئوية، أما الأسلوب الكيفي فقد مكنا من تحليل هاته البيانات وتفسيرها وربطها بالإطار النظري لإثبات صحة الفروض، قصد بلوغ الهدف الأساسي من مشكلتنا البحثية، وهي الإجابة على التساؤلات المطروحة سابقا.

1/ عرض بيانات الدراسة وتفسيرها

• عرض البيانات وفق الفرضيات

التذكير بفرضيات الدراسة وهي كالتالي:

الفرضية الرئيسية:

- كلما كان التخطيط الحضري عقلانيا كلما ساهم ذلك في توزيع أفضل للمرافق الصحية داخل المدينة.

- الفرضيات الفرعية:

- الفرضية الأولى:

التخطيط العقلاني لمتخصصي المجال الحضري يخضع لمعايير تكون بإشراف متخصصين.

الفرضية الثانية:

هناك عدم توافق في توزيع المرافق الصحية داخل المدينة.

-الفرضية الثالثة:

- للمرافق الصحية فاعلية داخل القطاعات الحضرية

بالنسبة للفرضية الأولى والثانية تعتمد على تحليل أداة المقابلة كونها موجهة للفواعل من مشرفي ومتخصصي المجال الحضري بمدينة خنشلة، زيادة على تحليل المعطيات الجاهزة سابقا، وبناء على ذلك سوف يتم التطرق إلى أداة المقابلة وتحليل ما جاءت به من معلومات، وتساعدنا النتائج المتحصل عليها بمناقشتها على ضوء الفرضيات المذكورة، أما

الفرضية الأخيرة فوق الاختيار على أداة الاستبيان والتي كانت موجهة للأسر القاطنين بالتوسعة العمرانية (القطب العمراني الجديد) لاعتبارات تم ذكرها سابقا في الفصل السادس.

### أولا: تحليل دليل المقابلة:

كما ذكرنا في الفصل السادس أن دليل المقابلة كان موجه إلى الفواعل الرسمية في عملية التخطيط ونظرا لصعوبة طبيعة الموضوع فقد تم استقاء معلومات دليل المقابلة من رؤساء المصالح وكذا مكاتب الدراسات وكانت إجاباتهم على النحو التالي:

#### 1/ تقييم وتيرة التهيئة الحضرية لمدينة خنشلة:

كانت إجابة المبحوثين تظهر التحول الايجابي الذي مس مدينة خنشلة من الناحية الجمالية، وكذا توفير السكنات العمرانية بمختلف الصيغ خلال السنوات الأخيرة، إلا أنها شهدت ركود نوعا ما ثقيل في العامين الماضيين ويرجع ذلك إلى تأخر تنفيذ المشاريع لاستغلالها اكبر وقت محدد.

#### 2/ ما هي معوقات التخطيط الحضري بالمدينة ككل:

ابرز معوقاتها حسب رأي المبحوثين هو ما تعلق بالجانب العقاري خاصة وسط مدينة خنشلة وتمثل في الملكية الخاصة للعقار، فهي تعيق بصفة عامة إعادة تأهيل الأحياء خاصة منها القديمة، هذا من جهة ومن جهة أخرى عدم تفعيل قوانين محاربة السكنات الهشة من طرف المصالح المعنية، والتي هي البلدية وشرطة العمران وهذا راجع إلى اعتبارات المحسوبة والأعراف التي يفرضها المجتمع على المنتخبين المحليين، أيضا المشاكل المتعلقة بالهيئات التنفيذية للمشاريع وما تواجههم من صعوبات كغلاء أسعار البناء والمحسوبة في تسليم المشاريع...الخ، وزد عن ذلك عدم تعديل بنود دفتر الشروط الخاص بالصفقات وهو ما يؤثر سلبا وبصفة مباشرة على العملية الحضرية.

## 3/ عوامل التخطيط الحضري بمدينة خنشلة:

يتم الاعتماد على مخططات التهيئة والتعمير وكذا مخططات شغل الأراضي معاً، كما يتم استشارة ممثلي كل من الهيئات الفاعلة كمديرية التربية والصحة والغاز... الخ، لوضع المخططات والمشاريع الحضرية، وما يغيب عن هاته العملية هو الأخصائي السوسولوجي والدليل على ذلك فإن دفتر الشروط لعقد الصفقات لا يشترط وجود أخصائي سوسولوجي الذي من شأنه المساهمة في إبداء الكثير خاصة ما تعلق الأمر بالأعراف والتقاليد لدى المجتمع المحلي، كما أن له دور في التقليل من عمليات تغيير واجهة العمارات، وهذه الأخيرة انتشرت بكثيرة خلال السنوات الأخيرة.

## 4/ النتائج الملموسة على أرض الواقع لعملية التخطيط الحضري بمدينة خنشلة:

إجابة المبحوثين على هذا السؤال لها اتجاهين:

اتجاه ايجابي: تمثل في النتائج المحققة والتقليل من الأحياء الفوضوية وكذا البناءات الهشة مقارنة بعدد السكنات المنجزة بجميع الصيغ.

واتجاه سلبي: في صعوبة التعامل مع العراقيل التي تعيق مشاريع التنمية الخاصة بالتهيئة الحضرية كما حدث في طريق بغي (توقف المشاريع نظراً لوجود جبل يعيق عملية البناء كما انه يحتاج الى ميزانية مالية ضخمة).

## 5/ عدم خضوع مخططات شغل الأراضي لمعيار الكثافة السكانية:

اختلفت إجابات المبحوثين بين عدم التنسيق بين الإدارات وكذا صناع القرار، وأيضاً غياب النصوص القانونية التي تجبر المسؤولين على التقسيم الجغرافي لمخططات شغل الأراضي وفق ما تستدعيه متطلبات الكثافة السكانية لها.

### 6/ تخضع المرافق الصحية لتوزيع العادل جغرافيا داخل مدينة خنشلة:

- جل الإجابات على هذا التساؤل كانت: لا، وبالتالي هناك عدم توافق في التوزيع الجغرافي للمرافق الصحية داخل مدينة خنشلة ويرجع ذلك إلى أسباب نذكر منها ما يلي:
- تهيئة المناطق الحضرية الجديدة على حساب المناطق القديمة وهو ما يخلق الفارق في التوزيع.
  - عجز في الوعاء العقاري والذي ترجع ملكيته لدولة مما يشكل صعوبة في مكان تجسيد المشاريع على ارض الواقع.
  - التأخر في تأهيل المناطق الحضرية القديمة وعدم مراجعة التقارير السابقة.

### 7/ الجهات المسؤولة على تحديد الجغرافي للمرافق الصحية:

- كانت الإجابات حول هذا السؤال أنها تخضع في البداية للخارطة الصحية بالولاية، ثم تحديد احتياجات السكان الصحية من طرف كل من مديرية السكن ومديرية التجهيزات العمومية لولاية خنشلة.

### 8/ اقتراحاتهم من اجل النهوض بالجانب الحضري وكذا القطاع الصحي للمدينة:

جاءت كالتالي:

- إشراك المجتمع المدني في عملية التهيئة الحضرية.
- إعادة تأهيل المناطق الحضرية القديمة.
- إعادة تأطير كل المناطق بصفة دورية، أي كل 5 سنوات مع تحديد احتياجات السكان الأولية.

- إعادة تفعيل القوانين الصارمة التي من شأنها إلزام المسؤولين على السير الحسن للعملية الحضرية بالمدينة.

- عدم التأخر في تنفيذ المشاريع الخاصة بالجانب الحضري وكذا القطاع الصحي ومثالا على هذا(مستشفى الأم والطفل الجديد في بلدية خنشلة إذ له عدة سنوات ولم يتم انجازه بعد).

ثانيا: تحليل بيانات الاستمارة

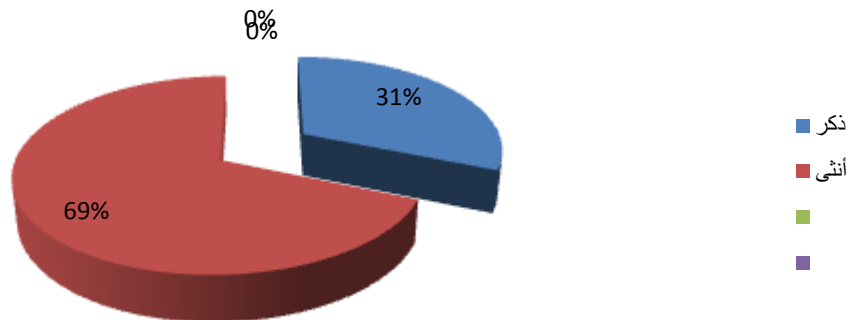
• المحور الأول: البيانات السوسيوديمغرافية:

الجدول رقم(14): توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

النوع	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	97	31.29%
أنثى	213	68.71%
المجموع	310	100%

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(01).

الشكل رقم(03): دائرة نسبية توضح جنس المبحوثين





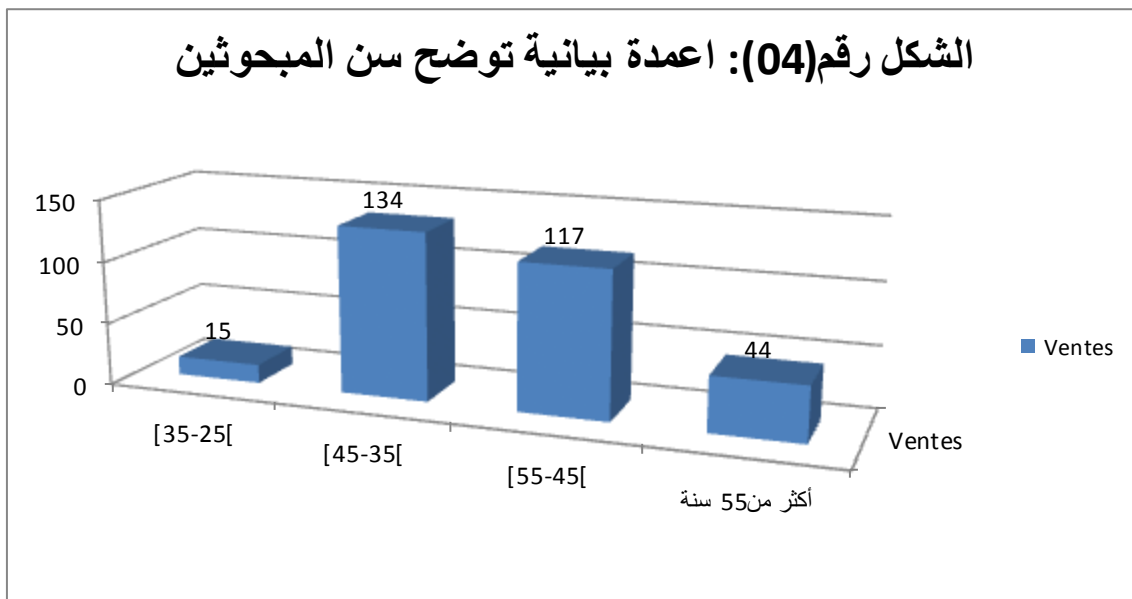
التحليل:

من خلال التكرارات والنسب المتحصل عليها لخصائص متغير الجنس وأيضا الدائرة النسبية الموضحة لذلك، نستنتج أن نسبة المبحوثين هي الإناث كون أن الاستمارة موجهة للأسرة والمرأة احد الركائز الأساسية لبنائها، بالإضافة إلى مكانتها في الحفاظ على صحة أفراد محيطه، حيث قدرت نسبتها بـ: 68.71% وهي اعلي نسبة مقارنة بنسبة الذكور والتي قدرت بـ31.29%.

جدول رقم (15): يمثل السن

النسب المئوية	التكرارات	الاحتمالات
4.84%	15	[35-25]
43.23%	134	[45-35]
37.74%	117	[55-45]
14.19%	44	أكثر من 55 سنة
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال (02)



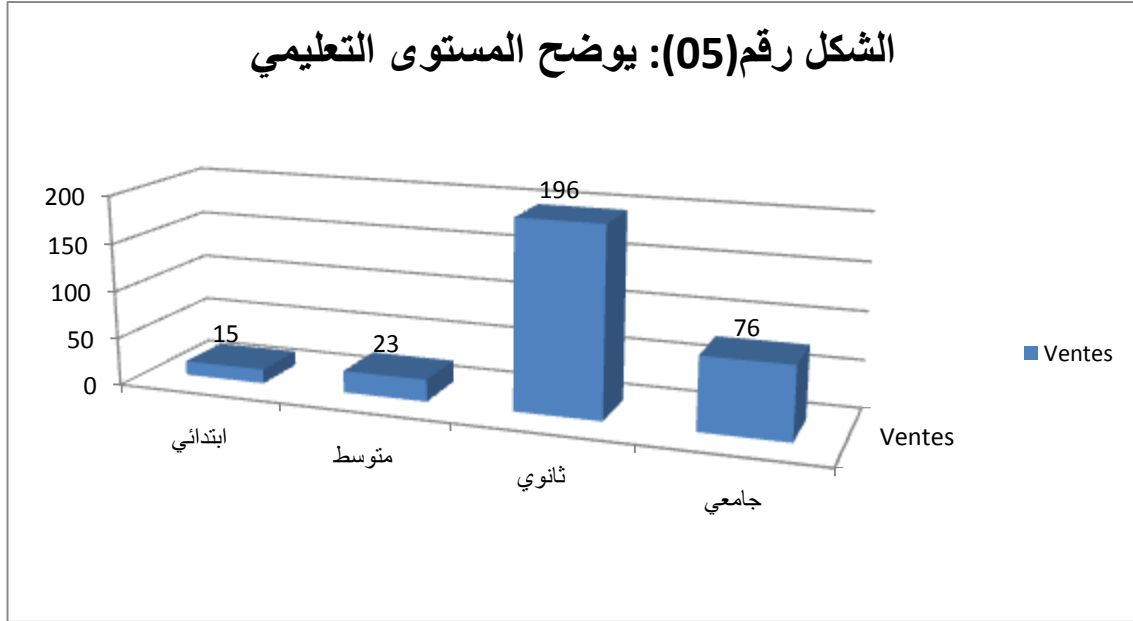
**التحليل:**

يتضح لنا من خلال الجدول أن توزيع أفراد العينة حسب متغير السن أن غالبية المبحوثين تتراوح أعمارهم ما بين [35-45] وهي اعلي نسبة قدرت بـ: 43.23%، تبرز لنا مدى نعي هاته الفئة بأهمية الجانب الصحي لد أسرهم، في حين أن اقل نسبة كانت لفئة [25-35] بنسبة قدرت بـ: 4.84%، وهو ما يجسد قلة مسؤوليتهم بالجانب الصحي كونهم يمثلون جزء من أسرهم وليسوا أرباب اسر، كما يكشف لنا هذا المتغير عن مدى نضوج هاته الفئات بصفة عامة، كما أنها تعطي لنا تصور حول أهمية التغطية الصحية من مختلف المرافق الصحية خاصة ما شهده العالم في الآونة الأخيرة لتأزم الواقع الصحي.

**الجدول رقم(16): يمثل المستوى التعليمي**

الاحتمالات	التكرارات	النسب المئوية
ابتدائي	15	4.84%
متوسط	23	7.42%
ثانوي	196	63.23%
جامعي	76	24.51%
المجموع	310	100%

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(03).



### التحليل:

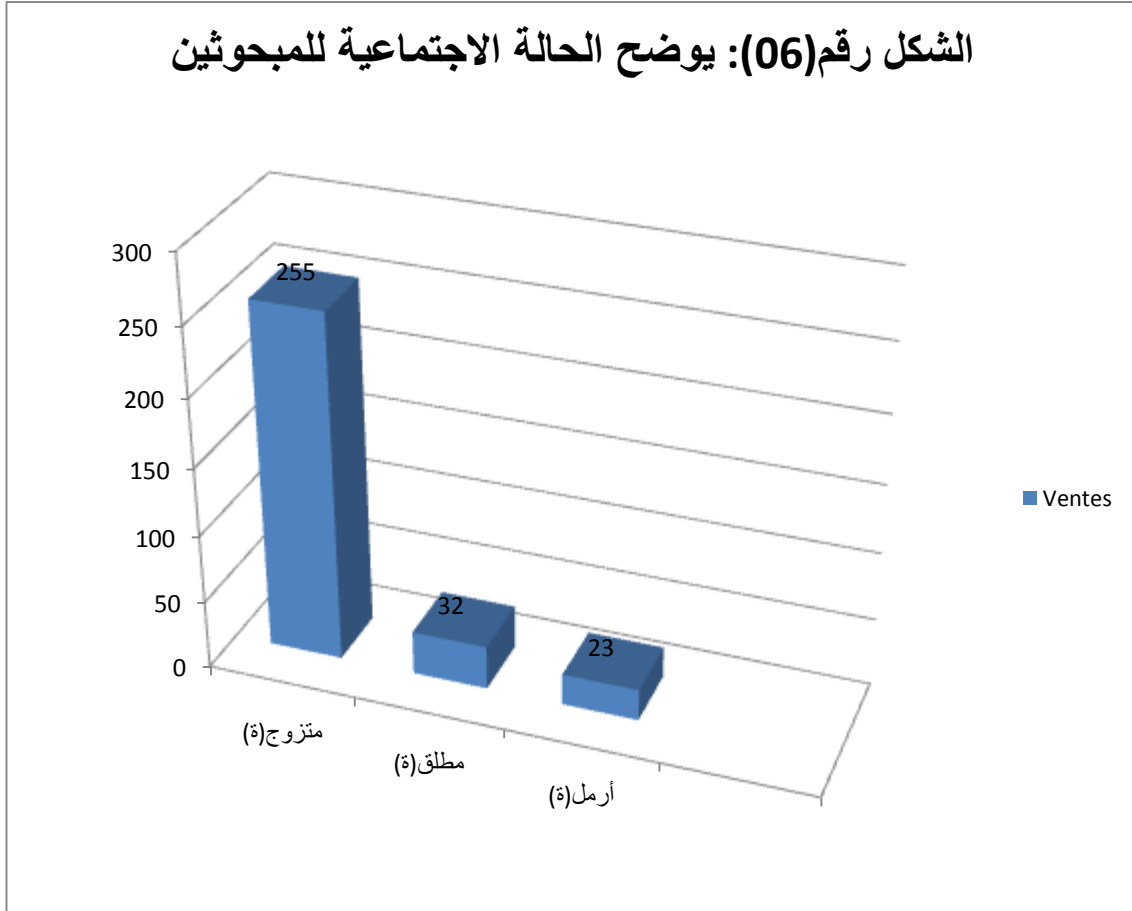
يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه والخاص بالمستوى التعليمي لدى المبحوثين، وبعد قراءة الأعمدة البيانية التي توضح لنا تباين المستوى التعليمي لديهم اتضح أن أكبر نسبة قدرت بـ: 63.23% وتمثل التعليم الثانوي لديهم، وهو مرتبط في الغالب بالفئة العمرية [35-45] وهي الأكثر تمثيلاً لهذه العينة، نظراً لتوجههم للحياة العملية على غرار استكمال مشوارهم الدراسي نتيجة لظروف التي مستهم أثناء مزاوتهم لدراسة سابقاً، محاولين بذلك تحسين الوضع المعيشي لديهم.

### الجدول رقم(17): يمثل الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
82.26%	255	متزوج(ة)
10.32%	32	مطلق(ة)
7.42%	23	أرمل(ة)
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(04).

الشكل رقم(06): يوضح الحالة الاجتماعية للمبحوثين



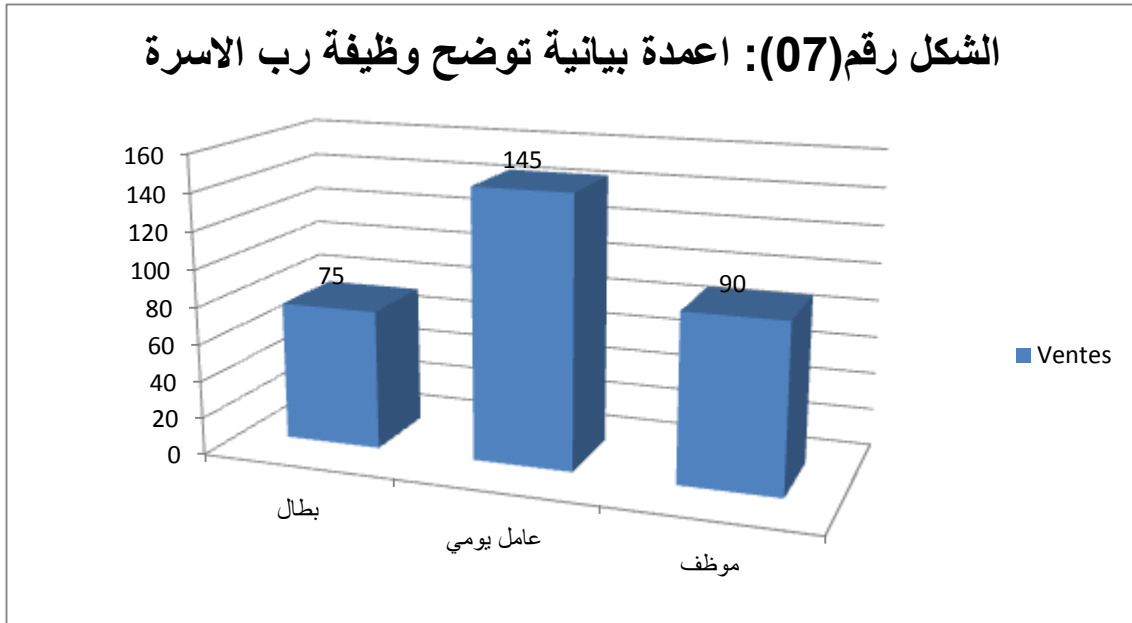
### التحليل:

تظهر لنا القراءة الأولية للأعمدة البيانية والتي توضح الحالة الاجتماعية لدى المبحوثين أن أعلى نسبة هي التي قدرت بـ: 82.26 % وتمثل فئة المتزوجين مما يدل على نوع من الاستقرار والحفاظ على البناء الأسري، أما نسبة 10.32% فهي حالة من لا استقرار الأسري التي عانت من تفكك قد ينعكس مستقبلا على تحمل المسؤولية سواء من الناحية المادية أو المعنوية لديهم، أما نسبة 7.42 % هي نسبة الأرامل والتي تشكل حالتهم نوع من زيادة العبء على تحمل المسؤولية لدى مبحوثيها، وفي مجمل الحالات ينعكس ذلك على المستوى المعيشي داخل هاته الأسر وكذا مدى تلبية احتياجاتهم الصحية.

الجدول رقم(18): تمثل الوظيفة لرب الأسرة

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
24.19%	75	بطل
46.77%	145	عامل يومي
29.04%	90	موظف
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(05).



التحليل:

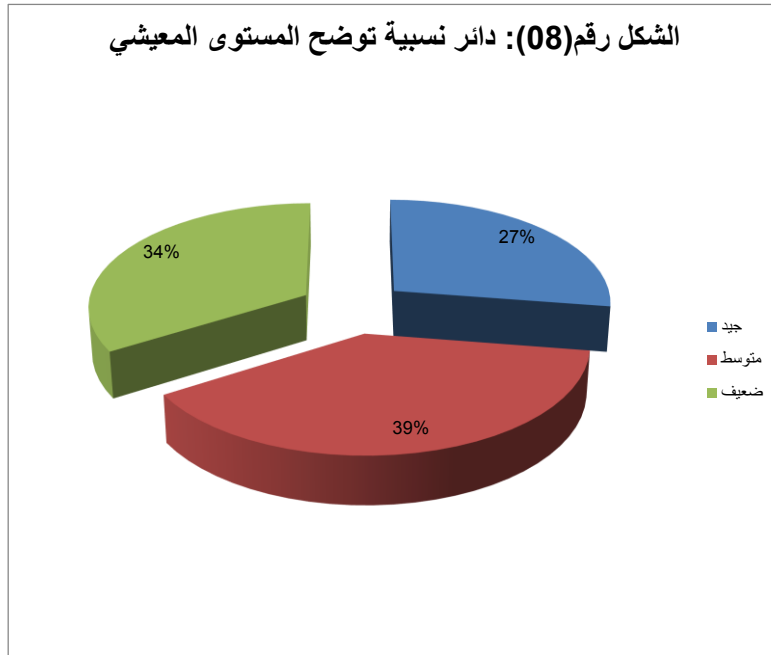
بناء على الأعمدة البيانية الموضحة أعلاه والذي يمثل وظائف المبحوثين فان اكبر نسبة قدرت بـ: 46.77%، وهي الفئة التي تمارس نشاط بشكل يومي وفي هاته الحالة يمكن أن المبحوثين أبو التصريح بوضعيتهم المهنية لاعتبارات شخصية والتالي تكون وضعيته صعبة خاصة في حالة التامين الصحي لهم ولبقية أفراد، فتزيد من أعبائهم المادية، خاصة إذا كانوا يسعون جاهدين لتوفير لقمة العيش، ونسبة 29.02% هي نسبة أرباب الأسر الذين يشغلون مناصب ثابتة وبالتالي يتلقون رواتب شهرية تساعدهم في تغطية احتياجاتهم ومتطلبات أفراد أسرهم منها الصحية، أما الفئة الأخيرة هي نسبة ضئيلة وقدرت بـ:

24.19% وهي الأكثر تضررا في هاته الحالة كونها تعاني من قلة التغطية الصحية وغلاء المعيشة، كما يرجح هي الأخرى امتناعها عن الإدلاء بأعمالهم حتى لو كانت أعمال حرة، وهو ما يعكس ذهنية المجتمع الجزائري بصفة عامة.

الجدول رقم(19): يمثل المستوى المعيشي

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
27.42%	85	جيد
38.71%	120	متوسط
33.87%	105	ضعيف
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(06)



**التحليل:**

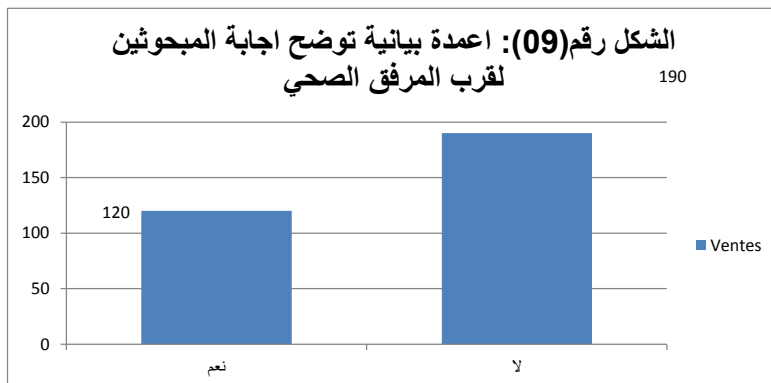
يبرز لنا الدائرة النسبية الموضحة أعلاه والتي تمثل المستوى المعيشي لدى المبحوثين أن أقل نسبة مقدرة بـ: 27.42%، وهي تمثل المستوى المعيشي الجيد وإذا قارنا هذا بالسؤال السابق يرجح إن تمثل فئة الموظفين والذين يتقاضون رواتب ثابتة قد تساعدهم من تحقيق الاستقرار المادي، أما بقية النسب فهي متقاربة على مستوى العموم إذ تمثل كل من المستوى المتوسط والمستوي الضعيف على التوالي 38.71% و 33.87% قد يفسر ذلك الجدول السابق ووضعتهم المهنية بالنسبة للمبحوثين الذين يزاولون أعمال يومية وكذا العاطلين عن العمل.

**المحور الثاني: تحليل بيانات فعالية المؤسسات الصحية بالمقاطعة الحضرية**

**الجدول رقم(20): يمثل مرفق صحي قريب لحيكم**

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
38.71%	120	نعم
61.29%	190	لا
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(07)



**التحليل:**

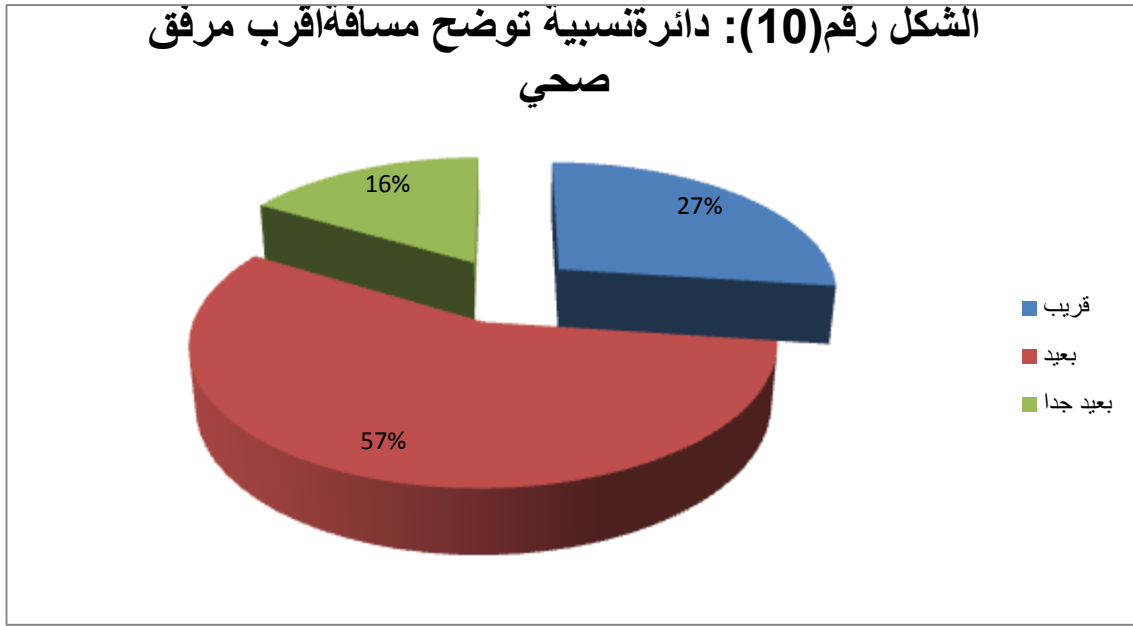
بعد ملاحظتنا الأعمدة البيانية التي تمثل إجابة المبحوثين حول وجود مرفق صحي قريب لحيهم كانت متباينة، بين نعم بحيث قدرت بـ: 38.71% وهي الأقل نسبة من الإجابة لا وقدرت بـ: 61.29%، وبالرغم من أن جل المبحوثين متواجدين بالقرب العمراني الجديد وهو توسعة عمرانية شهدت استحداث مرافق صحية متعددة منها العيادة متعددة الخدمات التابعة لدولة ووجود 3 عيادات تابعة للخواص على غرار وجود عدت الصيدليات إلا أن إجاباتهم كانت لا والسبب يرجع إلى قلة وعيهم بمعايير توفير الخدمات بصفة عامة وكذا ارتباطها بمعامل النمو السكاني وهذا ما يترجمه لنا الجدول الخاص بمعايير تصنيف وتقييم المرافق الصحية المذكور في الفصل الثالث.

**الجدول رقم(21): المسافة بين المنزل واقرب مرفق الصحي**

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
27.10%	84	قريب
56.45%	175	بعيد
16.45%	51	بعيد جدا
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(08)





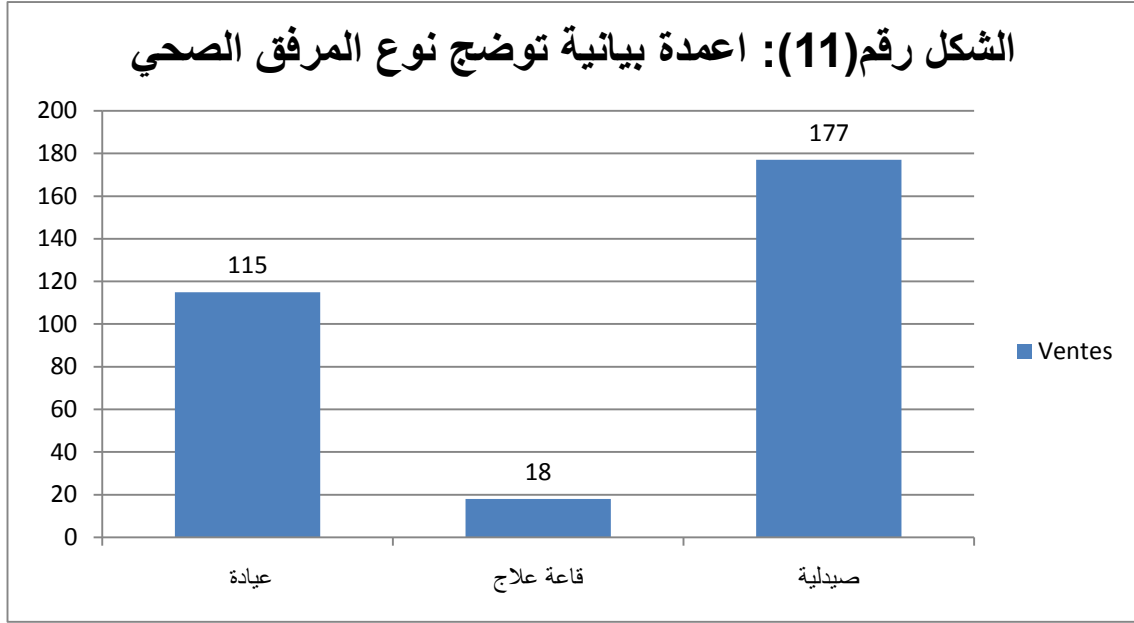
#### التحليل:

تمثل الدائرة النسبية أعلاه المسافة بين المنزل واقرب مرفق صحي للمبحوثين هي نسبة 56.45% وتمثل إجابة بعيد، وهو ما يثبت عدم درايتهم بمعايير توفير المرافق الصحية على مستوى المنطقة، أما اقل نسبة تقدر بـ: 16.45% وتمثل إجابة بعيد جدا وتسبقها نسبة 27.10% وكانت إجابتهم على أساس مقارنة مقر سكنهم بمناطق أخرى تشهد أقلية في تواجد المرافق الصحية على مستواها.

الجدول رقم (22): يمثل نوع المرفق الصحي الأقرب لهم

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
37.10%	115	عيادة
5.80%	18	قاعة علاج
57.10%	177	صيدلية
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم (09).



**التحليل:**

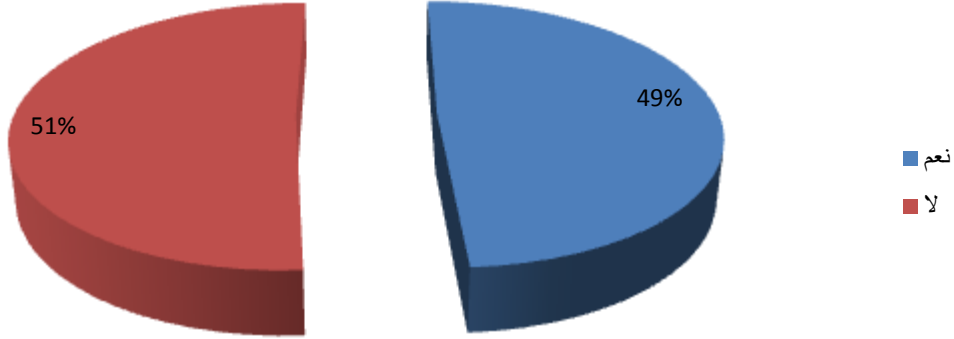
يمثل الأعمدة البيانية الموضحة أعلاه نوع المرفق الصحي الأقرب للمبحوثين نسبة إلى مقر سكنهم، وكانت أكبر نسبة قدرت بـ: 57.10% والتي تمثل صيدلية نظرا لوجود أكثر من صيدلية واحدة على مستوى المنطقة، وما يليها هي نسبة قدرت بـ: 37.10% وتمثل العيادة المتعددة الخدمات، أما النسبة الأقل تقدر بـ: 5.80% بالنسبة لقاعة العلاج كون وجود قاعة علاج واحدة فقط.

**الجدول رقم(23): يمثل تلبية احتياجاتهم الصحية**

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
49.03%	152	نعم
50.97%	158	لا
100%	310	المجموع

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(10)

الشكل رقم(12): دائرة نسبية توضح تلبية احتياجاتهم



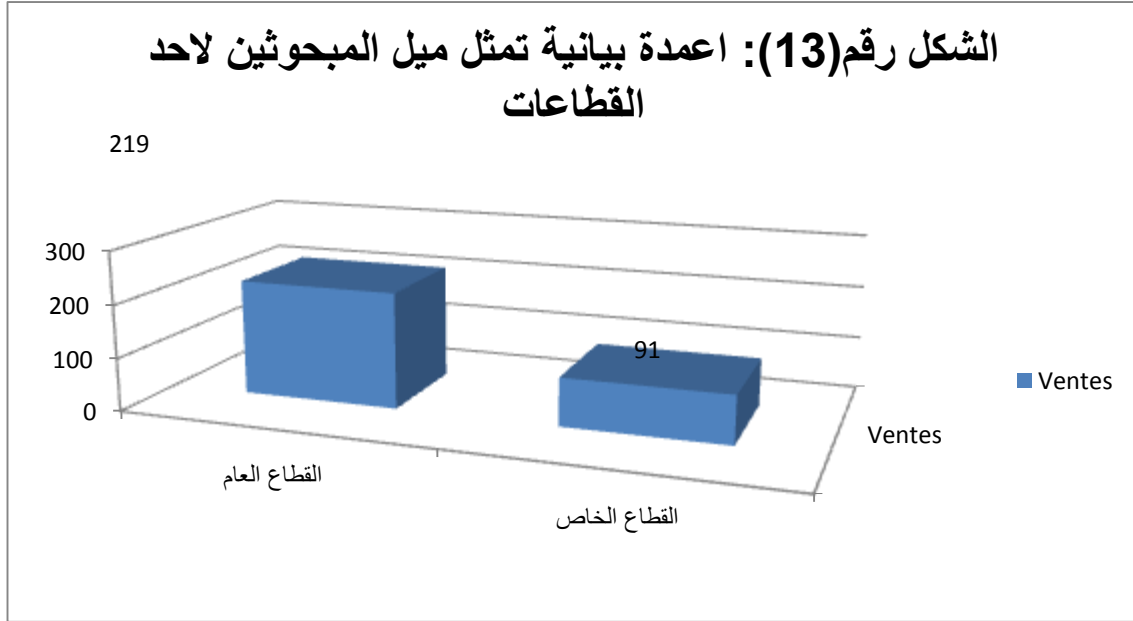
#### التحليل:

ما توضحه لنا الدائرة النسبية التي تمثل ما إن كانت المرافق السابقة الذكر تلبية احتياجاتهم أو لا، فكانت إجاباتهم متقاربة، إذ أن نصف المبحوثين صرح بنعم والنصف الأخر صرح ب لا، يرجح أن تكون أسبابهم ما بين قلة الكوادر الطبية المتواجدة على مستوى العيادة وميلهم للقطاع الخاص على حساب القطاع العام... الخ.

الجدول رقم(24): يمثل ميل المبحوثين لأحد القطاعات

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
القطاع العام	219	70.65%
القطاع الخاص	91	29.35%
المجموع	310	100%

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(11)



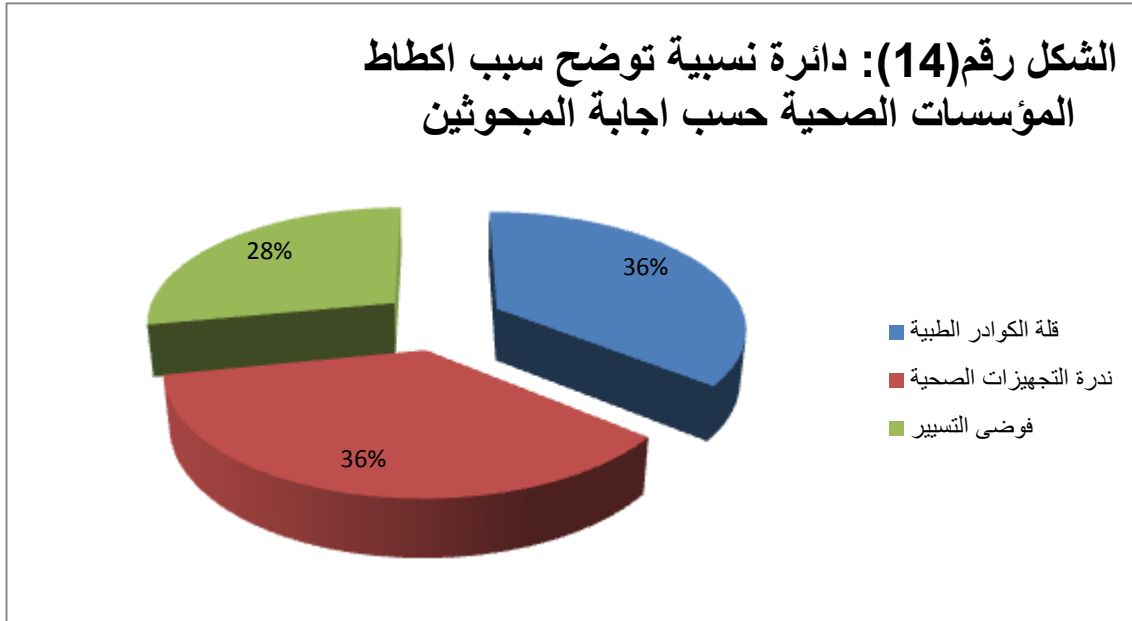
#### التحليل:

توضح لنا الأعمدة البيانية أعلاه ميل المبحوثين لأحد القطاعات العامة أو الخاصة، وعلى مستوى العموم فهي مرتبطة بالجانب المادي للمبحوثين لان اعلي نسبة قدرت بـ: 70.65% وتمثل القطاع العام، الذي يمتاز بمجانية العلاج وبالرغم من النقائص التي يشهد على القطاع العام فيما يخص الأطباء المتخصصين إلا انه لا يزال يفضل هذا القطاع على غرار القطاع الخاص، الذي يكون فيه مجبر دفع تكلفة وصفة طبية واحدة، أما نسبة 29.35% تمثل الفئة التي اختارت القطاع الخاص بناء على تلبية احتياجاتهم الصحية الأولية خاصة وأنها تحضي باستقبال مقبول ويتقديم جيد للخدمة وهو ما يجعل المريض مرتاحا بالرغم من التكلفة المادية التي يفرضها هذا القطاع على المريض دون مراعاة وضعه المادي والصحي.

الجدول رقم(25): يمثل سبب اكتظاظ بمؤسسات القطاع العام

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
قلة الكوادر الطبية	111	35.81%
ندرة التجهيزات الصحية	112	36.13%
فوضى التسيير	87	28.06%
المجموع	310	100%

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(12)



التحليل:

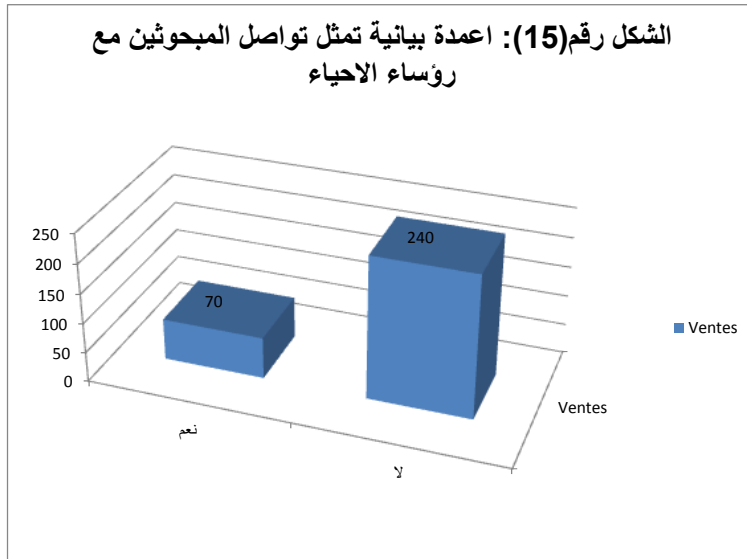
يوضح لنا الرسم البياني أعلاه سبب اكتظاظ بالمؤسسات التابعة للقطاع العام بان هناك نسب متقاربة للمبحوثين بين الاحتمال الأول والاحتمال الثاني وقدرت بـ: 35.81% و36.13% على التوالي، هو ما يفسر ميل بعض المبحوثين إلى القطاع الخاص لندرة الأطباء على مستوى مؤسسات القطاع العام لدولة، وكذا قلة التجهيزات الطبية، في حين أن أغلبية المبحوثين على دراية بسلبيات هذا القطاع إلا أن الجانب المادي لا يسمح لهم بالاختيار بل هم مجبرين على تلقي العلاج في القطاع العام، اما اقل نسبة قدرت بـ:

28.06% توضح فوضى التسيير داخل المؤسسات، ويرجع ذلك إلى المحسوبة في التعامل على مستوى العموم وكذا قلة اليد العاملة، وفي حالات أخرى نجدها في الامتناع عن تقديم الخدمة من طرف العاملين... للأسف هذا واقع هو حال القطاع العام.

الجدول رقم(26): يمثل تواصل المبحوثين مع رؤساء الأحياء

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	70	22.58%
لا	240	77.42%
المجموع	310	100%

المصدر: استمارة البحث السؤال رقم(13)



### التحليل:

تظهر لنا الأعمدة البيانية التي تمثل تواصل المبحوثين مع رؤساء الأحياء أن 22.58% هي إجابة الأقل نسبة للمبحوثين، وتبرز لنا درجة وعيهم بأهمية وجود رؤساء الأحياء على مستوى منطقتهم ودورهم في عملية التشاركية المجتمعية بالنسبة للمجال الحضري، أما نسبة 77.42% للأسف هي نسبة غالبية المبحوثين كون معظمهم لم يصل بعد إلى درجة وعيهم لأهمية الإشراف المجتمعي، هنا يتجلى لنا قلة الحس توعوي لدى ممثلي المجتمع المدني وفي نفس الوقت عدم تأدية أدوارهم المنوطة لهم على أكمل وجه، والسبب الرئيسي في تدني الوعي المجتمعي هو عدم تفعيل الآليات القانونية التي تنص على دور ممثلي المجتمع المدني.

### تحليل السؤال رقم 14:

جل الإجابات كانت حول انه قريب من الشارع الرئيسي فقط دون توفر حظيرة، لركن سياراتهم خاصة أمام مصلحة الإستعجال، كما انه لا يظن مدخل ثانوي وهو ما يزيد من خلق اختناق مروري خاصة لسيارات الإسعاف، و تم إدراج هذا التساؤل كون المشفى هو الوجهة الأولى لمعظم المرضى لتوفره على أجهزة طبية وكذا أطباء متخصصين. تحليل السؤال رقم (15): دراية المبحوثين بالمشاريع المحدثة على مستوى حيهم:

هذا التساؤل كان مفتوح للتعرف على ما إذا كانوا على دراية بالتغييرات التي تمس محيطهم فكانت إجابات الغالبية سلبية ويقرون بعدم معرفة المشاريع المحدثة في حيهم، هذا يعبر على التقصير الذي يمضى التواصل بين ممثلي المجتمع المدني وكذا السكان.

### تحليل السؤال رقم (16): اقتراحاتهم لتحسين الوضع الصحي:

أوصى المبحوثين بتحسين القطاع الصحي بمدينة خنشلة خاصة ما يخدم عامة الناس.

- مع توفير الأجهزة والمعدات الطبية التي تثقل كاهل المواطن البسيط ماديا.
- مع تحسين مستوى الخدمة خاصة في القطاع العام.
- والحرص على توسعة المستشفيات لتفادي الاكتظاظ داخلها.

- مع وضع قوانين صارمة لتنفيذ الأدوار داخل المؤسسة ومجابهة مسؤولية التسبب داخلها.
- وضع كمرات المراقبة داخل المؤسسات الصحية لضمان عملية السير الحسن.
- والدعوة إلى تشكيل لجان وزارية خاصة مكلفة بالمراقبة استنادا إلى النصوص القانونية.
- الدعوة إلى زيادة عدد الأطباء المتخصصين بمدينة خنشلة.
- تكثيف الدورات الرقابية لكل المؤسسات الصحية.
- مع إعادة النظر في القوانين التي تخص تسيير المؤسسات الصحية.

## 2/ مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

باعتبار أن الفرضية تضمن تفسيراً مؤقتاً، ولتأكد من صحتها يتم مناقشة نتائج الدراسة الميدانية وفقها.

### الفرضية الأولى:

- التخطيط الحضري بالمدينة يخضع إلى معايير تكون بإشراف متخصصين: بحيث أن هاته الفرضية غير محققة انطلاقاً من أنها تتعلق بالفواعل الأساسية في العملية التخطيطية وهي تشمل كل من رؤساء المصالح وكذا صناع القرار وأيضاً مكاتب الدراسات، واستناداً إلى ما جاء به دليل المقابلة لكل العناصر سالفة الذكر، وما تم تداوله في الفصل التحليلي للمعطيات الجاهزة من طرف عدة هيئات رسمية والخاصة بمدينة خنشلة، وبالضبط في العنصر الخاص بالواقع السوسيوولوجي لمدينة خنشلة يثبت لنا غياب التخطيط العقلاني لعملية التخطيط الحضري بالمدينة، وذلك راجع إلى الشق القانوني بالدرجة الأولى بعدم تفعيل آليات المراقبة الصارمة، بناءً على ما أدلى به مسؤولي المصالح في إجاباتهم على أسئلة دليل المقابلة (انظر تحليل المقابلة السؤال رقم 02)، وهو ما يقلل من جدية المهام الموكلة لهم مع الحرص على التطبيق الفعلي لأدوات التهيئة والتعمير التي سطرته الوزارة



في إطار تحقيق التنمية المستدامة، هذا من جهة ومن جهة أخرى وما جاء أثناء الدراسة التحليلية للفصل الخامس قد كشف لنا على ابرز العوامل التي تدل على التخطيط لاعقلاي لمدينة خنشلة كتساؤل فرعي كالتالي: لماذا لم يتم الربط والدمج بين التقسيم الجغرافي والتقسيم الديمغرافي لمخططات شغل الأراضي باعتبارها ابرز أهم آليات التخطيط الحضري والتي نص عليها القانون التشريعي كما تطرقنا إلى هذا الجانب سابقا في الفصل الرابع، والهدف من هذا الدمج هو تسهيل وضبط الحاجيات الأولية لسكان المناطق الحضرية وفق الموارد المتاحة، وقد تمت الإجابة على هذا السؤال من طرف رؤساء المصالح(انظر تحليل دليل المقابلة السؤال رقم: (05)، وهو ما يفسر غياب التقارير الخاصة لبعض مخططات شغل الأراضي، الناتج عن عدم التنسيق بين الإدارات والهيئات الرسمية وغياب النصوص القانونية التي تدعو إلى هذا الدمج.

### الفرضية الثانية:

- هناك عدم توافق في التوزيع العادل للمرافق الصحية.

هاته الفرضية محققة إذ تتعلق بتقييم وضعية المرافق الصحية والتوزيع العادل لها بمدينة خنشلة، وبناء على ما تم التوصل إليه من خلال الدراسة التحليلية للواقع الصحي بالمدينة فان المؤشرات توضح وجود عدد لا بأس به من الأطباء مقارنة بالمعايير المسموح بها في شان التغطية الصحية ( الرجوع إلى الجدول رقم: 10 في الفصل الخامس) وهو ما يوضح هاته التغطية، وما تعانيه المدينة هو حاجتها إلى أطباء متخصصين، هذا من جهة ومن جهة أخرى نرى انه بالرغم من توفر الكوادر البشرية المتمثلة من ممرضين وأطباء إلا أن المدينة تشهد خلا في ذات القطاع، والسبب في ذلك يعود إلى التوزيع غير العادل للمرافق الصحية داخل مدينة خنشلة وبعد الملاحظة النظرية نرى تركيز المرافق الصحية في أحياء معينة وغيابها في أحياء أخرى بالرغم من التركيز السكاني الذي تشهده هذه المناطق استنادا إلى خريطة الكثافة السكانية، مثلا الأحياء القديمة حي الحساوي بها قاعة علاج- صيدلية،

وحي بوجلبانة عيادة متعددة الخدمات وصيدليتين، وهذا مقارنة بتركز عدة مرافق صحية في التوسعة العمرانية الجديدة - القطب العمراني - التي هي محل دراستنا الميدانية إذ تضم قاعة متعددة الخدمات ومصلحة استعجاليه وعدت صيدليات، وعيادة النور وعيادة لغماسي التابعة للقطاع الخاص وهي لا تبعد كثيرا على العيادة متعددة الخدمات التابعة للقطاع العام استنادا إلى الخريطة رقم 10 (الخريطة الصحية للقطب العمراني)، بحيث يسبب ضغط على الخدمة بالنسبة للأحياء القديمة ويؤثر سلبا على المستوى الصحي للسكان واستنادا إلى تحليل دليل المقابلة (الرجوع إلى تحليل السؤال رقم: 06) وما تفسره إجابات الباحثين في هذا الشأن أن استحداث مرافق صحية جديدة يكون دائما في المناطق العمرانية الجديدة وهذا على حساب المناطق القديمة وبالتالي إهمالها جزئيا، هذا من جهة ومن جهة أخرى أوضح الباحثين من دليل المقابلة أن المدينة تفتقر إلى الوعاء العقاري والذي تعود ملكيته إلى الدولة، بالرغم من وجود قانون انتزاع الملكية الفردية لحساب المصلحة العامة إلا أن صناع القرار لا يلجئون إليه لارتباطه بميزانية الولاية، وعضوا عن ذلك يتم اللجوء إلى استغلال المساحات الخضراء الفارغة التي تمتلكها الدولة، هذا الأخير الذي ساهم بشكل كبير في عدم التوزيع العادل للمرافق الصحية داخل المدينة .

### الفرضية الثالثة:

للمرافق الصحية فاعلية داخل القطاعات الحضرية.

تحققت هاته الفرضية استنادا إلى إجابة الباحثين من خلال أسئلة استمارة الاستبيان، إلا أن هاته الفرضية تشوبها ثغرات كشفت عنها أجوبة الباحثين وهو ما اشرنا إليه سابقا في الفصل الخامس وبالتحديد أثناء عرض واقع القطاع الصحي بمدينة خنشلة، وكما ذكرنا سابقا أن هاته الفرضية كانت موجهة للأسر التي تقطن بالقطب العمراني الجديد بهدف التعرف على فاعلية المرافق الصحية المتواجدة على مستواها، إذ أوضحت لنا الاستمارة أن هناك مرافق متعددة على مستوى أحيائهم وهو ما يترجمه تحليل الجدول رقم 22 و فيما يخص أقرب

مرفق صحي لهم، ونظرا لقلّة وعيهم بمعايير توفير الخدمات الصحية كانت إجاباتهم على هذا السؤال بالسلب حول درجة قرب احد هاته المرافق لأحيائهم وهو ما يوضح تحليل الجدول رقم: 20 وكذا تحليل الجدول رقم: 21، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى نرى من خلال تحليل الجدول رقم: 19 الخاص بالمستوى المعيشي انه هو الذي يحدد طبيعة توجههم لأحد القطاعات: الخاص أو العام استنادا إلي تحليل الجدول رقم: 24 وتقدر نسبته ب: 70.65% من الأسر تفضل القطاع العام، على غرار سلبياته التي تمثلت حسب إجاباتهم في قلة الكوادر الطبية خاصة المتخصصين منهم وكذا ندرة الأجهزة الطبية وفوضى التسيير، بنسب متفاوتة يوضحها لنا تحليل الجدول رقم: 25، في حين الجانب السلبي الذي كشفته لنا الاستثمارة والذي له علاقة بذهنية المجتمع هو قلة وعيهم بأهمية التشاركية المجتمعية والفعالية التي تبدأ من عملية التواصل مع رؤساء الأحياء وهو ما يوضحه لنا تحليل الجدول رقم: 26 بحيث قدرت ب: 77.42%، أعلى نسبة هي الممثلة للفئة التي تمتنع عن التواصل مع رؤساء الأحياء، وبالتالي غياب صلة التواصل بين الفواعل الأساسية في سياسة التخطيط الحضري بصفقتهم ممثلي الهيئات الرسمية وكذا ممثلي المجتمع المدني نتيجة قلة أدوارهم التفاعلية في تأدية المهام الموكلة إليهم إلا وهي تبليغ احتياجات ممثليهم من السكان والمجتمع ككل لمدينته خنشلة.

### 3/ النتائج العامة للدراسة:

يمكن حصر مشاكل سياسة التخطيط الحضري والمرافق الصحية عامة بمدينة خنشلة في النقاط التالية:

- ان عملية التخطيط الحضري بمدينة خنشلة تكون تحت إشراف متخصصين إلا أنها لا تخلو من سلبيات حالت دونها والهدف الأساسي من هاته العملية وما كشفته لنا الدراسة الميدانية تجلت في تفعيل الشق القانوني الذي يضبط مهام المسؤولين.

- غياب المتخصصين السوسولوجي في الدراسات الحضرية للمشاريع بالمدينة من شأنه أن يؤثر في التهيئة الحضرية للمدينة كتغيير واجهة بعض العمارات من طرف ساكنيها.
- نقص الوعي العقاري ومشكلة إعادة التهيئة الحضرية، الذي تطرقنا له في الدراسة التحليلية وكشفت لنا الدراسة على المنطقة التي تربط بين بلدية انسيغة وخنشلة ومن الجهة المسؤولة على إعادة تهيئتها، خصوصا في حالة غياب نصوص قانونية تخص هذا المجال.
- نقص الوعي العقاري ويسهم في إحداث مشكلة التوزيع غير العادل للمرافق الصحية في مناطق على حساب مناطق أخرى بمدينة خنشلة.
- غياب قاعدة بيانات صحيحة متعلقة بالجانب الديمغرافي من شأنها تخفيف عبء عملية التخطيط على متخصصي المجال الحضري.
- غياب دور ممثلي المجتمع المدني يزيد من أزمة الفجوة في التخطيط الحضري وكذا توفير المرافق الصحية بالمقاطعات الحضرية.
- مشكلة تقديم الخدمات داخل المؤسسات الصحية التابعة لدولة خاصة بعد تدني المستوى المعيشي.
- إن النتائج المتوصل إليها وبالنظر إلى ما يعاينه مجال التخطيط الحضري في الجزائر بصفة عامة وفي جوانبه المختلفة، يدل على أن السياسة المنتهجة فشلت في بناء مدينة بمواصفات حديثة، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى أسلوب التسيير، وأسباب أخرى ثانوية أدت إلى تدهور وضعية المدن والتي تفتقر بالمقابل إلى أساليب فعالة تعكس السياسات المنتهجة.
- إن المتمعن في التطور الحضري الذي شهدته مدينة خنشلة في السنوات الماضية نجد انه كان يسير وفق آراء ورغبات ونوازع شخصية، لتحقيق أهداف أنية دون نظرة استشرافية وكذا دون الأخذ بعين الاعتبار آلية تخطيط مدروسة ومنظمة لتوزيع السكان وكذا مختلف المرافق الخدماتية أبرزها الصحية.

- إن المرافق الصحية هي نواة الخدمات الصحية وتوافرها على مستوى المقاطعات الحضرية يقدم الرعاية الصحية الأولية على مستوى الأحياء، بحيث تقوم بوضع ملفات صحية لجميع المرضى، كما تقدم لهم خدمات علاجية ووقائية مع تحويلهم إلى المستشفيات في حالة الضرورة القصوى.
- والجدير بالذكر أن الأسباب الكامنة وراء تدهور المحيط الحضري وكذا الصحي لمدينة خنشلة هي قلة الضمير المهني وسياسة الترقية التي تتناقض والسياسة المرسومة من طرف الهيئات التنفيذية، فالتهيئة الحضرية المستدامة تعتبر آلية إستراتيجية للارتقاء بجودة الحياة الحضرية، عن طريق خلق بيئة حضرية تلبي حاجيات السكان الحالية دون رهن مستقبل الأجيال القادمة، وتفعيل دور المجتمع المدني والمساهمة في سياسات التخطيط الحضري من شأنه أن يساعد خبراء المجال الحضري في فهم الواقع الاجتماعي وهو ما يدفع بعجلة التنمية الحضرية مقابل التقليل من المدى الزمني لها.
- و للارتقاء بالمدينة إلى مصاف المدن الحضرية بالمعايير العالمية يجب إعادة النظر في أسلوب التسيير الخاص بالإدارات من جهة، ومن جهة أخرى تجسيد مبادئ الحكم الراشد على ارض الواقع مما يسمح بوضع قابل للفساد ومظاهر المحسوبية والبيروقراطية.
- و ابرز النقاط التي يمكن إدراجها أيضا هو ضعف الهيكل الإداري والفني لمتخصصي المجال الحضري والذي ينعكس سلبا على ارض الواقع، ويتجلى ذلك في عدم توفر الكفاءات وضعف أداء الموظفين وقلة الدورات التكوينية لهم يضعف من قدراتهم بالتخطيط.
- كما يجب تأكيد الترابط بين تهيئة الإقليم والتعمير وحماية البيئة والتنمية المستدامة.

## مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

تتجلى عرض النتائج وفق الدراسات السابقة في تقريب متغيرات محل الدراسة الراهنة ألا وهي التخطيط الحضري والمرافق الصحية، وفق وجهات نظر مختلفة وكل حسب تخصص مجال بحثه العلمي وكذلك اختلاف الزمان والمكان له بالغ الأثر في إبراز خصوصيات المجتمع محل الدراسة، بحيث ركزت على الجانب السوسولوجي للتخطيط الحضري استناداً إلى ما جاء به الشق القانوني وما خلفه من غياب آليات ونصوص قانونية واضحة تستدعي تجسيد دور ممثلي المجتمع المدني وكذا الباحثين السوسولوجيين كفاعلين أساسيين في وضع السياسات الحضرية بمراعاة احتياجات السكان الأولية، بحيث اعتمدنا على أطروحة دكتوراه في العلوم القانونية إذ عالجت مجموعة من النصوص القانونية التي تضبط المجال الحضري وفق التدرج الزمني لها وما أثبتته نتائج دليل المقابلة لنا في هذا الإطار هو عدم تفعيل النصوص القانونية التي تضبط مهام الفواعل الرسمية وكذا الهيئات الرسمية المسئولة على عملية التخطيط الحضري وهو ما أسفر عن فشل معظم السياسات الحضرية، في حين الدراسة التي تضمنت المرافق الصحية والتعليمية فقد كشفت عن آليات التوزيع العادل للمرافق الصحية وهو ما تعانيه منطقة الدراسة وعدم توفيقها في ذلك، وحسب حصيلة النتائج العامة وكذا أداة المقابلة فإن السبب الرئيسي يرجع إلى قلة الوعي العقاري الذي ترجع ملكيته للدولة، في حين تناولت دراسة علم الاجتماع الحضري التخطيط الحضري من وجهة نظر سوسولوجية والتعرف أكثر على ثغرات آليات التعمير التي يحكم إليها المجال الحضري، ومقارنة بما توصلنا إليه من نتائج عامة اتضح أن مدينة خنشلة هي الأخرى فشلت في تفعيل آليات التهيئة والتعمير باعتبارها مرصد حضري وهو ما عبرت عنه جملة من الإفرازات .

## مناقشة النتائج على ضوء الإطار النظري:

قدم لنا الإطار النظري تصور الامبريقي حول كل من التخطيط الحضري وكذا المرافق الصحية وآليات تجسيد كل منهما، محاولين بذلك إبراز الشق القانوني لها بالجزائر كون أهميتهم تستوجب توضيح التدرج القانوني لها، ومن خلال الإسقاط النظري لمدينة خنشلة الذي جاء في الفصل الخامس وما تم إبرازه حسب توجه كل من النظرية الايكولوجية ونظرية الحضرية كأسلوب للحياة وبناء على ما تم التوصل إليه من نتائج عامة، اتضح لنا أن مدينة خنشلة تعاني من سوء تسيير السياسات المنتهجة كونها تبنت التغيير الايكولوجي للمدينة وكذا توفير كل ضروريات الحياة الحضرية، إلا أنها لازالت تعاني من معضلات التخطيط غير العقلاني بحيث انعكس ذلك سلبا على المجتمع الحضري وما ترجم ذلك هي السلوكيات المتبناة من طرف الأفراد تجلت في قلة الوعي الحضري لديهم، من خلال عدم محتفظ مهم على المساحات الخضراء وانتشار التلوث الحضري بالمحيط الحضري النفايات التي خلفها سكان التجمعات الحضرية، وكذا عدم تقبل بعض واجهات البناية وتغييرها بالرغم من أنها سلوكيات يعاقب عليها القانون إلا أنهم غير مهتمين بذلك.

- مجمل القول أن الدراسات السابقة كانت بواحد رؤى للنتائج العامة والمحققة في هاته الدراسة الخاصة بمدينة خنشلة ولا يسعنا القول إلا إن مدينة خنشلة تحتاج إلى الدراسات التي لها علاقة بتشخيص الواقع المعاش وتكاثف الجهود بين الدارسين كباحثين اكاديميين وكذا الفواعل السياسيين والهيئات الرسمية دون أن ننسى ممثلي المجمع المدني وفاعليتهم في إرساء مبادئ التشاركية المجتمعية تحت راية واحدة شعارها النهوض بمدينة خنشلة.

# الختامة



### الخاتمة:

سياسيات التخطيط الحضري هي مجال مشترك لكثير من الفواعل العملية، كونها جزء من تنظيم حياة الأفراد والمجتمعات الإنسانية في إطار تجمعها الايكولوجي، من هنا ظهرت بوادر تبني علم الاجتماع الحضري في استخداماته لأساليب علمية سعيًا منه لفهم المتغيرات الحضرية وأنماط التنظيم، والهدف الأساسي من هذا هو التخطيط لاستخدام الأراضي وفق ما هو متاح وبمراعاة المتطلبات المستقبلية للمجتمع من جهة، ومن جهة أخرى دراسة قابلية البيئة على تلبية حاجيات ساكنيها وذلك بالبحث على حلول كفيلة بالنهوض بتلك المجتمعات حضرية، على اعتبار أنها تشكل مجالًا لتفاعل بين مختلف المتغيرات والأفراد .

وبناء على ما جاءت به نتائج الدراسة الحالية فقد أوصينا بمجموعة من النقاط يمكن ادراجها في النقاط التالية:

### التوصيات:

- يجب الحرص على تطوير العمل الإداري داخل الهيئات المعنية بالتخطيط الحضري، كونها اللبنة الأساسية لنهوض المدينة.
- تفعيل قوانين واليات المراقبة والمحاسبة خاصة داخل الإدارات، مما يقلل من حجم المخالفات بالإدارة.
- العمل على تفعيل آليات قانونية تختص بالمرسوم التنفيذي 90-29 الذي يعتبر الجمعيات احد الفاعلين الممكن استشارتهم أثناء إعداد المخططات الحضرية باعتبارها مستعمل مباشر للمجال الحضري والكفيلة بنقل أشغال وطموحات المجتمع، ولكن دورها منعدم في الدراسات لعدم وجودها.
- استخدام التقنيات الحديثة وتطبيقها بالاعتماد على نظام المعلوماتية وتطبيق نظام المعلوماتية الجغرافي الذي يحدد التوزيع العادل للمرافق الخدماتية.

## الخاتمة

- تفعيل دور الرقابة القانونية لمحاربة المخالفات العمرانية التي يقوم بها الأفراد من طرف شرطة العمران المتواجدة على مستوى البلديات. .
- تشجيع فكرة الحفاظ على المحيط الخارجي للمدينة وذلك بفرض قوانين تختص بنظافة المحيط وكذا تحفيز المواطنين من طرف الجمعيات مع تسليم شهادات على ذلك وبناء الوعي الحضري .
- تفعيل دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية كالمساجد والمؤسسات التربوية كوسيلة لتحقيق الأهداف الحضرية والحث على تحسين العلاقات الجوارية بين السكان.
- زيادة التغطية الأمنية مع تكثيف الدوريات في الأحياء الحضرية خاصة منها القديمة كونها تشكل بؤر الآفات الاجتماعية والانحرافات الخلقية داخل المدينة.
- تبني الدولة لوسائل التكنولوجيا الحديثة التي تسهل عملية الدمج بين المجال الحضري وكذا طريقة الاستغلال الأمثل للمساحات الخضراء مع توفير مختلف المرافق الخدماتية والتي من شأنها أن تحقق هدف تقربها للمواطن عن طريق اعتمادها على تقنية نظام المعلومات الجغرافية.
- وضع لجنة على مستوى الوزارة بصفة قانونية ملزمة بكل الوسائل والآليات التقنية للإشراف على دراسة مخططات شغل الأراضي والسهر على العملية التنفيذية لها بالتنسيق مع الجماعات المحلية وبالضبط البلدية باعتبارها المسئول المباشر لتحقيق هاته المشاريع.
- تكوين المهندسين وخبراء المجال الحضري كونهم ابرز أداة فاعلة والتي تستطيع توظيف التقنيات الحديثة وتأصيلها كممارسات مهنية أثناء وضع المخططات الحضرية مع الإشراف على تسييرها وتنفيذها.
- ضرورة التخلي على النماذج الجاهزة الغربية مع إيجاد نماذج تتوافق وخصوصيات المجتمع المجلي مع مراعاة العادات والتقاليد المتعارف عليها.

# قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المعاجم والقواميس:

1. قاموس المحيط في اللغة: الصاحب بن عباد، عالم الكتب، بيروت، لبنان، 1994.
2. علي بن هادية بن لحسن البلشيش: القاموس الجديد للطلاب (معجم عربي مدرسي الفبائي، الشركة التونسية لتوزيع-المؤسسة الوطنية الجزائرية للكتاب، تونس-الجزائر، ط، 1984 .

3. مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، مجلد1، ط4، القاهرة، مصر، 2004.

4. قانون الصحة: دار بلقيس، الدار البيضاء الجزائر، 2018

المراجع باللغة العربية:

5. غريب محمد سيد احمد: علم الاجتماع الحضري، دار المعرفة الجامعية، الازارطية. مصر، 2000

6. احمد شفيق السكري: المدخل في تخطيط الخدمات وتنمية المجتمعات المحلية الحضرية والريفية- مفاهيم، أساليب، أدوات، نماذج، تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الازارطية، مصر، 2000.

7. امل لطفي أبو طاحون: التخطيط التربوي واعتباراته الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2010.

8. اوزيل روبير: فن تخطيط المدن، ترجمة بهيج شعبان، منشورات عويدات، بيروت، لبنان، 1983.

9. بحيري صلاح الدين: قراءات في التخطيط الإقليمي، دار المفكر المعاصر، بيروت، لبنان، ط، 1994.

## قائمة المراجع

10. بلقاسم سلاطنية، حسان الجيلاني: أسس البحث العلمي، الكتاب الأول، ط02، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 2009
11. تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2005
12. جيمس اندرسن: صنع السياسات العامة، ترجمه عامر الكبيسي، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 1999
13. حسين عبد الحميد رشوان: أصول البحث العلمي. مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية مصر 2003.
14. خلف حسين علي الدليمي: تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية أسس- معايير- تقنيات، دار صفاء لنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009.
15. ريحان محمد: التسويق لخدمة الرعاية الصحية، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظام المعلومات، جامعة الدول العربية، مصر، 2004.
16. ريمون اودان: النزاع الإداري- ترجمة سيدي الضياف- مركز النشر الجامعي، تونس، 2000
17. زيدان عبد الباقي: علم الاجتماع الحضري والمدن المصرية، كلية البنات الإسلامية، جامعة الأزهر، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1974
18. سعد عبد الكريم شهاب: أنماط العمارة التقليدية الباقية من صحراء مصر الغربية، دراسة تحليلية ومقارنة، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2006
19. سعيد ناصف: علم الاجتماع الحضري ( المفاهيم والقضايا والمشكلات)، دار الكتب والوثائق الرقمية، ط1، القاهرة، مصر، 2006
20. سليم بطرس جلبية: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2007

## قائمة المراجع

21. عبد الباسط محمد حسن: اصول البحث الاجتماعي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة(مصر).
22. علي سالم احميدان الشواورة: عدالة التنمية بين الريف والحضر، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، ط1، 2014
23. عمار بوحوش: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان مطبوعات الجزائرية. الجزائر. 1995.
24. فريد توفيق نصيرات: إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان(الأردن)، د.ط، 2008.
25. فهمي خليفة الفهداوي: السياسة العامة- منظور كليفي البنية والتحليل-، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2001
26. قيرة إسماعيل وآخرون: التخطيط والتنمية الحضرية، دار الهدى للطباعة والنشر، عين مليلة، الجزائر، 2008
27. محمد أمين أبو سماح: المرفق العام في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995
28. محمد شفيق: البحث العلمي، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية . الكتاب الجامعي الحديث الاسكندرية . مصر.1998.ص112
29. محمد عاطف غيث: التغير الاجتماعي والتخطيط، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية1987
30. محمد عباس إبراهيم: التصنيع والتحضر دراسة انثروبولوجية لمدينة بأسون، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2011، .
31. محمد عباس إبراهيم: التصنيع والمدن الجديدة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية(مصر)، 2006
32. محمد عبد الستار عثمان: المدينة الاسلامية، دار المعرفة، الكويت، 1988.

## قائمة المراجع

33. محمد قاسم القريوتي: رسم وتنفيذ وتقييم وتحليل السياسة العامة، عمان، الأردن، دائرة المكتبة الوطنية، 2006.
34. مصطفى يوسف: إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ط1، 2006.
35. موريس انجرس ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون منهجية البحث في العلوم الإنسانية -تدريبات عملية، دار القصة للنشر. ط. 2006
36. وصال مجيب العراوي: مبادئ السياسة العامة، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ط1، 2003.

### المراجع باللغة الأجنبية:

37. pierre mer lin .Françoise choyas :dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement Presses universitaires de France léreedition marr 1988.

### المجلات العلمية:

38. بغريش ياسمينه ومسلمي اميته: سياسة التخطيط الحضري وانعكاساتها على واقع المدينة الجزائرية، المجلة الجزائرية للدراسات والأبحاث ج2-ع7 2019.
39. جمال لعمارة: تطور فكرة الموازنة العامة للدولة، نحلة العلوم الإنسانية للنشر، العدد01، الجزائر، 2001.
40. سبعون سعيد، دريوش وداد: العنف الحضري في الجزائر 'دراسة تحليلية سوسيولوجية، حوليات جامعة الجزائر 01، العدد32، ج07، 2018.
41. سجية بولرياس: التصنيف الإقليمي للقطاع الصحي بالجزائر، حوليات التاريخ والجغرافيا. المجلد5، العدد9، الجزائر.
42. سليم احمد سليم استيتة: التخطيط المكاني للخدمات الصحية تريكي حسان: اختلال التوازن بين النمو السكاني والتنمية الصحية بالجزائر-مقاربة سوسيولوجية تحليلية، مجلة آفاق علم الاجتماع، العدد03، 2017

43. عبد السلام سليمة وبوسكرة عمر: النظريات المفسرة لظاهرة التحضر، مجلة الخلدونية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، 2019.
44. عرابوي خديجة وبلعربي عبد الكريم: أزمة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية، مجلة الحقيقة، المجلد 17/ع02، الجزائر، 2018 .
45. قاسي نجاة: عقود التعمير قراءة في أحكام المرسوم التنفيذي 15-19 المحدد لكيفيات تحضير عقود التعمير وتسليمها، مجلة القانون، جامعة وهران2، 2017.
46. محمد الأمين حركات، محمد الهادي لعروق: التخطيط الحضري في الجزائر والمشاركة المجتمعية، مجلة العلوم الانسانية، مجلد ب العدد43، 2015.
47. محمد محمد ابراهيم: طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية- دراسة حالة لمشفى بمدينة بغداد، مجلة الادارة والاقتصاد، العدد09، العراق، 2010
48. نوردين حاروش: حق المواطن الجزائري في الصحة...بين النصوص والواقع مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية/المركز الجامعي تامنغيست، المجلد4، العدد2، الجزائر
49. الهام حسين: تحديات المستقبل في التخطيط الحضري الدروس المتقاة من التجارب الاوروبية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الهندسية، المجلد27، العدد02، 2005.
- المذكرات والأطروحات:**
50. بن سعيد سعاد: علاقات الجيرة في السكنات الحضرية الجديدة، ماجستير، قسنطينة (الجزائر)، 2006
51. دليلة زرقة: سياسة السكن والإسكان بين الخطاب والواقع، اطروحة دكتوراه علوم، علم الاجتماع، جامعة وهران 2016.
52. رياض تومي: ادوات التهيئة والتعمير واشكالية التنمية الحضرية، مدينة الحروش نموذجا، رسالة ماجستير، قسنطينة، 2006.



53. سعدان رابح: الحياة الاجتماعية في الفضاءات العمرانية الجديدة- المنطقة الحضرية البوني- عنابة نموذجاً، ماجستير عن الاجتماع، عنابة(الجزائر ، 2012.
54. سليم احمد سليم استيتة، طولكم وضواحيها باستخدام تقنية نظم المعلومات الجغرافية، ماجستير، نابلس(فلسطين)، منشورة، 2009.
55. الطويل فتيحة: السياسة الحضرية ومشكلاتها الاجتماعية في المناطق الصحراوية، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع والتنمية، قسم علم الاجتماع، جامعة بسكرة، 2005.
56. عائشة بن قطب: التحضر وتغير بناء الأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية لعينة من الحي حضري، مدينة البليدة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر، 1993.
57. عمرو باسم احمد تفاحة: اثر الأنظمة والقوانين على البيئة العمرانية في فلسطين-حالة المباني السكنية في مدينة نابلس، رسالة ماجستير، فلسطين، 2009.
58. عوني عبد الهادي مشافي: تحليل وتقييم الخدمات الصحية التعليمي الثقافية والترفيهية، مذكرة ماجستير، فلسطين، 2008.
59. غويزي سليمان: إشكالية التوسع الحضري بمدينة بشار، مذكرة ماجستير تخصص تهيئة قطرية وتنمية مستدامة كلية علوم الأرض والكون، جامعة توههران 2016.
60. قماش زينب: المجتمعات السكنية الحضرية بمدينة قسنطينة واقعا ومتطلبات تخطيطها، ماجستير، قسنطينة(الجزائر)، 2006.
61. كامل الميرياتي: النمو الحضري وأثره في البناء الايكولوجي لمدينة بغداد، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم الاجتماع، جامعة بغداد، العراق، منشورة، 1992.

## قائمة المراجع

62. ليليا حفيظي: المدن الجديدة ومشكلة الإسكان الحضري -دراسة ميدانية بالوحدة الجوارية رقم 07 المدينة الجديدة علي منجلي، رسالة ماجستير، قسنطينة، 2009.
63. محمد العيد حسيني: السياسة العامة الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، ماجستير، ورقلة(الجزائر)، 2013.
64. منال عرسان وسعيد قرارية، آليات تفعيل الوعي والمشاركة في التخطيط العمراني في الضفة الغربية، مذكرة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح، نابلس، فلسطين، 2004.
65. ميديني الشايب ذراع: واقع سياسة التهيئة العمرانية في ضوء التنمية المستدامة، أطروحة دكتوراه، علم الاجتماع، 2014.
66. هوارى سعاد: مخطط شغل الأراضي بين المنظومة القانونية والتطبيقات الميدانية(حالة الدقسي عبد السلام، سركينة وتافريت) قسنطينة، مذكرة ماجستير في التهيئة العمرانية، كلية علوم الأرض والجغرافيا، 2015.

### السجلات والتقارير:

67. تقرير القطب العمراني الجديد .
68. التقرير النهائي لمديرية التهيئة والتعمير 2019.
69. تقرير مديرية البيئة: مخطط التجانس الحضري لمدينة خنشلة، ولاية خنشلة، نوفمبر 2012 .
70. تقرير مديرية التخطيط والبرمجة ومتابعة الميزانية لولاية خنشلة 2018.
71. تقرير مديرية التهيئة والتعمير لولاية خنشلة 2007.
72. تقرير مديرية التهيئة والتعمير .
73. تقرير مديرية السياحة الصناعة التقليدية لولاية خنشلة.
74. تقرير مصلحة العمران لبلدية خنشلة .

## قائمة المراجع

---

75. تقرير مديرية السكن لولاية خنشلة 2020.
76. منظمة الصحة العالمية: سلسلة تقارير مستشارين خبراء، مشتركة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة، جنيف، 2003
77. منظمة الصحة العالمية: الإدارة الصحية، بيروت-لبنان د.ط، 2007
78. منظمة العربية للتنمية الإدارية(بحوث ودراسات للاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات) المفاهيم والتطبيقات، مصر، ط2، 2014.
- الجريدة الرسمية:
79. الجريدة الرسمية: قانون رقم: 05/85 المؤرخ في:26جمادى الأولى 1405 الموافق لي:16/02/1985متعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية الصادرة ب: 27جمادى الاول 1405 العدد:08 .

# الملاحق

الملاحق

جامعة عباس لغرور

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

دليل المقابلة

الأسئلة:

- 1/ ما هو تقييمك لوتيرة التهيئة الحضرية لمدينة خنشلة؟
- 2/ ما هي معوقات التخطيط الحضري بالمدينة ككل: ؟
- 3/ ما هي عوامل التخطيط الحضري بمدينة خنشلة؟
- 4/ هل هناك نتائج ملموسة على ارض الواقع لعملية التخطيط الحضري بمدينة خنشلة؟
- 5/ ما هي نتيجة عدم خضوع مخططات شغل الأراضي لمعيار الكثافة السكانية؟
- 6/ كيف تخضع المرافق الصحية لتوزيع العادل جغرافيا داخل مدينة خنشلة؟
- 7/ من الجهات المسؤولة على تحديد الجغرافي للمرافق الصحية؟
- 8/ اقتراحاتهم من اجل النهوض بالجانب الحضري وكذا القطاع الصحي للمدينة؟

التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة - عباس لغرور - خنشلة  
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

-التخصص: ثقافة المدينة وتنمية المجتمع

استمارة استبيان حول موضوع

تأثير سياسة التخطيط الحضري بالمدن الجزائرية على  
توزيع المرافق الصحية .  
دراسة ميدانية - بمدينة - خنشلة.

إشراف الأستاذ:

د. نصر الدين بهتون

إعداد الطالبة:

- سهيلة جحفة

شكرا على تفهمكم ملاحظة: بيانات هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لأغراض علمية

أولا: البيانات المسيوديمغرافية

## الملاحق

1- الجنس:

ذكر -

أنثى -

2- السن:  سنة

3- المستوى التعليمي:

ابتدائي -

متوسط -

ثانوي -

جامعي -

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب:  متزوج  أخرى: .....

5- الوظيفة

عامل يومي

بطال

موظف

ثانياً: بيانات حول فعالية المؤسسات الصحية بالقاطعات الحضرية

6- كم تبلغ المسافة بين المنزل واقرب مرفق صحي لكم؟:

بعيد جداً -

بعيد -

قريب -

## الملاحق

7- نوع المؤسسة الصحية:

- مستوصف
- عيادة
- قاعة علاج
- صيدلية

8- في نظرك هل يبني المرفق الصحي المتواجد على مستوى حيكم احتياجات السكان الصحية؟

- نعم
- لا

9- في حالة مرضك، أين تتوجه؟

- القطاع اصحي العام (الحكومي)
- القطاع الصحي الخاص (غير الحكومي)

10 ماهي أسباب اختيارك لهذا

القطاع:.....  
.....

11- ما هو تفسيرك للاكتظاظ داخل المؤسسات الصحية:

- قلة الكوادر الطبية
- ندرة التجهيزات الصحية
- فوضى التسيير والتنظيم داخل المؤسسة الصحية
- - أخرى تذكر:.....

12- هل هناك مؤسسة أقرب لحييكم؟

- نعم
- لا

13- هل انتم على تواصل مع رؤساء الأحياء؟

- نعم
- لا



## الملاحق

---

14- ما هو رأيك في موقع اقرب مشفى لكم:

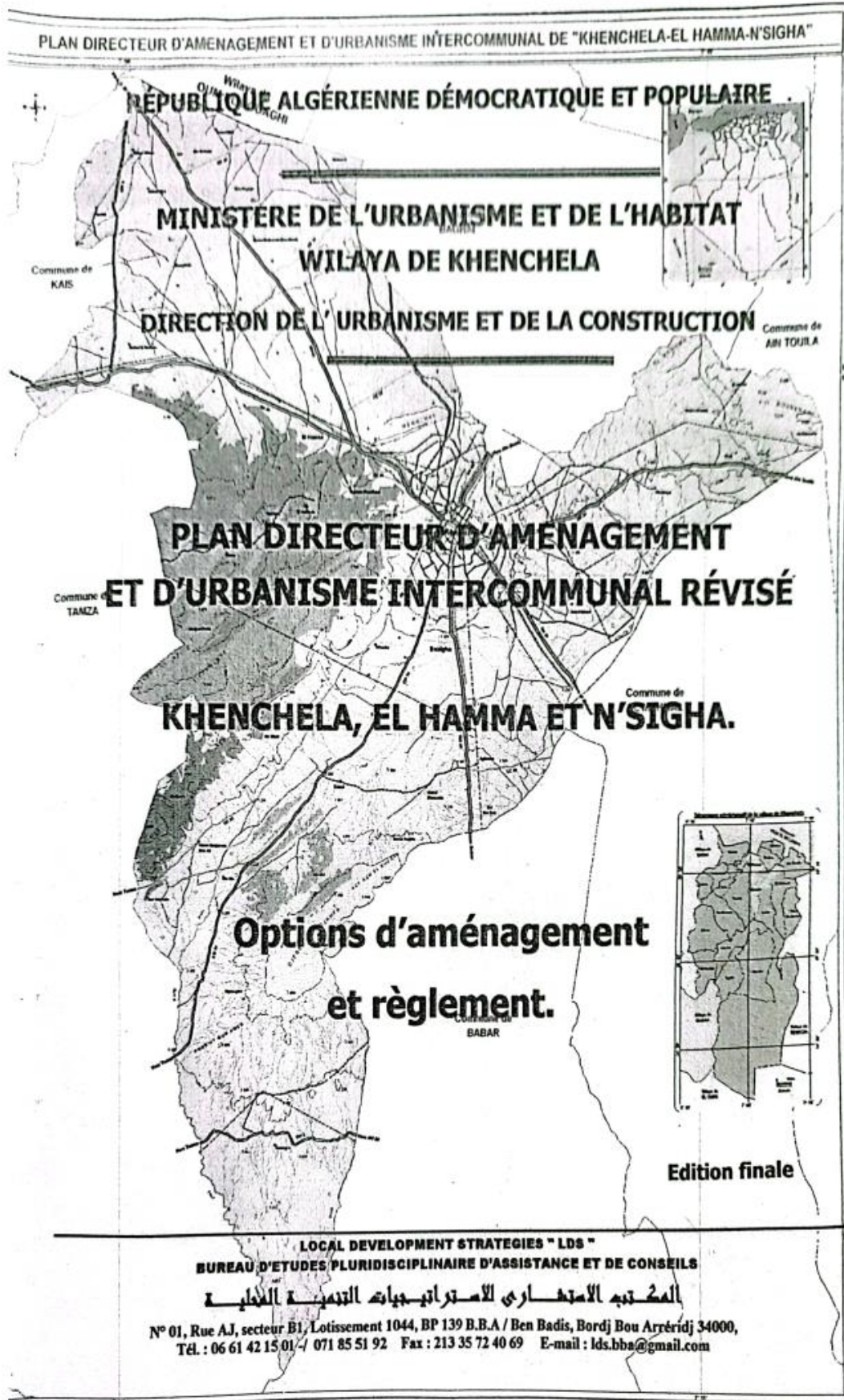
- قريب من الشارع الرئيسي

- يتوفر على حظيرة

- يحاذي وسائل النقل ووجود إشارات دالة لوقعه

15- اقتراحاتك لتحسين الوضع الصحي:.....

16- هل انتم على دراية بالمشاريع المحدثه في حيكم؟.....





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

ولاية عنشنة

مديرية الصحة والسكان

تقرير حول

قطاع الصحة بولاية عنشنة



الطبعة الرابعة للمجلس الشعبي الولائي - عنشنة

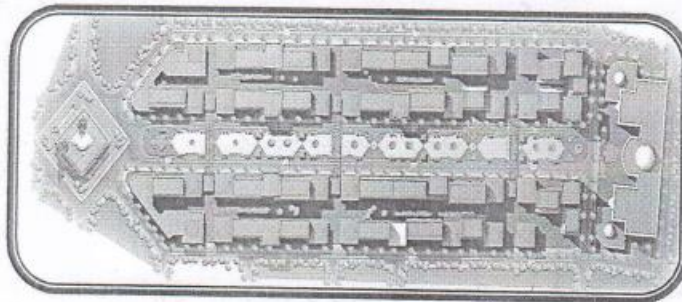
ديسمبر 2018



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
DIRECTION DE L'URBANISME ET DE LA CONSTRUCTION  
DE LA WILAYA DE KHENCHELA

**NOUVEAU POLE URBAIN  
- KHENCHELA -**

**PHASE FINALE**



CONSEIL D'ARCHITECTURE ET D'URBANISME  
EMBAREK.BELLIL

47 rue Ali Besbes S.M.K - Constantine -

Tel/Fax : 021 63 31 43

Mail : embarek.bellil@yahoo.fr

## المخلص:

إن نجاح السياسات الحضرية بالمدن الجزائرية تحتاج إلى دراسات عقلانية مبنية على قرارات ورؤى استشرافية تمس شتى المجالات الضرورية للمجتمع الحضري، ونظرا للتسرب السكاني الذي تشهده معظم المدن وأيضاً انعدام قاعدة بيانات رصينة تعنى بالجانب الديمغرافي، فقد أسفرت عن معضلات سلبية عديدة دفعتنا إلى التمعن في خبايا هاته الظاهرة المستحدثة، محاولين بذلك تقديم صورة متكاملة عن الوضع الراهن الذي تعانيه معظم المدن.

وفي ذات السياق جاءت دراستنا الحالية لرصد الواقع الحضري وكذا الواقع الصحي بمدينة خنشلة من وجهة نظر سوسيلوجية، ومحاولة تسليط الضوء على الثغرات التي تمس المحيط الحضري بخنشلة، وبناءاً على ذلك تم بناء الإطار النظري بإدراج أهم الأسس التي تستند إليها العملية التخطيطية وكذا المرافق الصحية دون أن ننسى الشق القانوني من التشريع الجزائري لكل منهما باعتباره قاعدة أساسية لتحديد الأنماط السياسية المنتهجة بالمدن من طرف الفواعل الرسمية.

وعلى اثر ذلك تجلت لنا معالم الدراسة الميدانية بحيث تضمنت عدت أساليب وكذا عدت تقنيات مختلفة كتحليل المعطيات الجاهزة واستخدام أداة جمع البيانات كالمقابلة الحرة والاستمارة بعد تحديد مجال الدراسة وكذا دوافع اختيار أرضية الدراسة إذ قدرت عينة الدراسة ب: 364 مفردة منها: 310 العدد الصافي لإجابات المبحوثين، لنتوصل في النهاية إلى مجموعة من النتائج يمكن إدراج أبرزها على النحو التالي:

الجدير بالذكر أن الأسباب الكامنة وراء تدهور المحيط الحضري وكذا الصحي لمدينة خنشلة هي قلة الضمير المهني وسياسة التزقيع التي تتناقض والسياسة المرسومة من طرف الهيئات التنفيذية، فالتهيئة الحضرية المستدامة تعتبر آلية وإستراتيجية للارتقاء بجودة الحياة الحضرية، عن طريق خلق بيئة حضرية تلبى حاجيات السكان الحالية دون رهن مستقبل الأجيال القادمة، وتفعيل دور المجتمع المدني والمساهمة في سياسات التخطيط الحضري من

شأنه أن يساعد خبراء المجال الحضري في فهم الواقع الاجتماعي وهو ما يدفع بعجلة التنمية الحضرية مقابل التقليل من المدى الزمني لها.

وللارتقاء بالمدينة إلى مصاف المدن الحضرية بالمعايير العالمية يجب إعادة النظر في أسلوب التسيير الخاص بالإدارات من جهة، ومن جهة أخرى تجسيد مبادئ الحكم الراشد على أرض الواقع مما يسمح بوضع قابل للفساد ومظاهر المحسوبية والبيروقراطية.

- وبرز النقاط التي يمكن إدراجها أيضا هو ضعف الهيكل الإداري والفني لمتخصصي المجال الحضري والذي ينعكس سلبا على أرض الواقع، ويتجلى ذلك في عدم توفر الكفاءات وضعف أداء الموظفين وقلة الدورات التكوينية لهم يضعف من قدراتهم بالتخطيط

- كما يجب تأكيد الترابط بين تهيئة الإقليم والتعمير وحماية البيئة والتنمية المستدامة.

#### **Summary:**

The success of urban policies in Algerian cities requires rational studies based on decisions and forward-looking visions that affect the various fields necessary for urban society. In the secrets of this new phenomenon, trying to provide an integrated picture of the current situation that most cities suffer from.

In the same context, our current study came to monitor the urban and health reality in the city of Khenchela from a sociological point of view, and try to highlight the gaps affecting the urban environment in Khenchela, and based on that, the theoretical framework was built by including the most important foundations on which the planning process is based As well as health facilities, without forgetting the legal part of the Algerian legislation for each of them as a basic basis for determining the political patterns adopted in cities by the official actors.

As a result, the features of the field study became clear to us, as it included several methods, as well as different techniques, such as analyzing ready-made data and using data collection tools such as the free interview and questionnaire after defining the field of study, as well as the motives for choosing the field of study. The study sample was estimated at: 364 items, of which: 310 The net number of respondents' answers, so that we finally reach a set of results, the most prominent of which can be listed as follows:

- It is worth noting that the reasons behind the deterioration of the urban environment and the health of the city of Khenchela are the lack of professional conscience and the patching policy that contradicts the policy drawn up by the executive bodies. Sustainable

urban planning is a mechanism and strategy to improve the quality of urban life, by creating an urban environment that meets the needs The current population without mortgaging the future of future generations, activating the role of civil society and contributing to urban planning policies would help experts in the urban field in understanding the social reality, which drives urban development in exchange for reducing its time span.

- In order to raise the city to the ranks of urban cities by international standards, the management style of the departments must be reconsidered on the one hand, and on the other hand, the principles of good governance should be embodied on the ground, which allows for a situation subject to corruption and manifestations of nepotism and bureaucracy.

- And the most prominent points that can also be included is the weakness of the administrative and technical structure of the specialists in the urban field, which is reflected negatively on the ground, and this is evident in the lack of competencies, poor performance of employees, and the lack of training courses for them, which weakens their planning capabilities.

The interrelationship between regional preparation, reconstruction, environmental protection and sustainable development must also be emphasized.

#### **Résumé:**

La réussite des politiques urbaines dans les villes algériennes nécessite des études rationnelles fondées sur des décisions et des visions prospectives qui touchent les différents domaines nécessaires à la société urbaine. Dans les secrets de ce nouveau phénomène, en essayant de fournir une image intégrée de la situation actuelle dont souffrent la plupart des villes.

Dans le même contexte, notre étude actuelle est venue suivre la réalité urbaine et sanitaire dans la ville de Khenchela d'un point de vue sociologique, et tenter de mettre en évidence les lacunes affectant l'environnement urbain à Khenchela, et sur cette base, le cadre théorique a été construit en incluant les fondements les plus importants sur lesquels repose le processus de planification ainsi que les établissements de santé, sans oublier la partie juridique de la législation algérienne pour chacun d'eux comme base de base pour déterminer les schémas politiques adoptés dans les villes par les acteurs officiels.

En conséquence, les caractéristiques de l'étude de terrain nous sont devenues claires, car elle comprenait plusieurs méthodes, ainsi que différentes techniques, telles que l'analyse de données toutes faites et l'utilisation d'outils de collecte de données tels que l'entretien et le questionnaire gratuits après avoir défini le domaine d'études, ainsi que les motivations du choix du domaine d'études. L'échantillon de l'étude a été estimé à: 364 éléments, dont: 310 Le



nombre net de réponses des répondants, de sorte que nous atteignons enfin un ensemble de résultats, dont les plus importants peuvent être énumérés comme suit:

- Il est à noter que les raisons de la détérioration de l'environnement urbain et de la santé de la ville de Khenchela sont le manque de conscience professionnelle et la politique de rafistolage qui contredit la politique élaborée par les organes exécutifs. L'urbanisme durable est un mécanisme et une stratégie visant à améliorer la qualité de la vie urbaine, en créant un environnement urbain qui répond aux besoins de la population actuelle sans hypothéquer l'avenir des générations futures, en activant le rôle de la société civile et en contribuant aux politiques d'urbanisme aiderait les experts du domaine urbain à comprendre la réalité sociale, moteur du développement urbain en échange de la réduction de sa durée.

- Afin de hisser la ville au rang des villes urbaines selon les normes internationales, le style de gestion des départements doit être reconsidéré d'une part, et d'autre part, les principes de bonne gouvernance doivent être incarnés sur le terrain, ce qui permet une situation sujette à la corruption et aux manifestations de népotisme et de bureaucratie.

- Et les points les plus marquants qui peuvent également être inclus sont la faiblesse de la structure administrative et technique des spécialistes du domaine urbain, qui se reflète négativement sur le terrain, et cela est évident dans le manque de compétences, la mauvaise performance des employés, et le manque de cours de formation pour eux, ce qui affaiblit leurs capacités de planification.

L'interdépendance entre la préparation régionale, la reconstruction, la protection de l'environnement et le développement durable doit également être soulignée.