Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie
جامعة أبي بكر بلقايد
تلمسان الجزائر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

مدرسة الدكتوراه تخصص: تسيير المالية العامة

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية

الموضـــــــــوع:

الميزانية العامة للدولة و الطفولة (حالة الجزائر)

من إعداد الطالب :

بوقناديل محمد

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

باركة محمد الزين

أعضاء لجنة المناقشة

– الدكتور: بوهنة علي	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	رئيسا
– الأستاذ الدكتور: باركة محمد الزين	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفا
– الدكتور: شعيب بغداد	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	ممتحنا
– الدكتور:بن منصور عبد الله	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	ممتحنا

السنة الجامعية: 2009- 2010

التشكرات

لا يسعني و أنا أنهي هذا العمل إلا و أن أتوجه بالشكر لله سبحانه و تعالى ،و نحمده حمدا يليق بجلاله و عظيم سلطانه على توفيقه و نعمته هته.

كما أتقدم بالشكر الجزيل ، والتقدير الكبير وعظيم العرفان إلى أستاذي المشرف على هذا البحث" الأستاذ الدكتور باركة محمد الزين " الذي كان المشرف و المرشد بآرائه و توجيهاته و نصائحه السديدة الذي لولا دعمه لما كان لهذا البحث أن يرى النور.

كما أشكر الأستاذ "حسين بومدين" و الأستاذ "بن شعيب نصر الدين" على تشجيعاتهما و مساعدتهما لي في إنجاز هذا العمل.

و لا أنسى عمال مكتبة العلوم الإقتصادية الذين سهلوا من مهمتنا عبد القادر ذاهل، عبد الغاني و عائشة بن شيخ و لاميا ء .

وأشكر كل من ساهم في إتمام هذا العمل من قريب أو بعيد و كل أساتذة جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان .

الإهداء

تبارك الذي أهدانا نعمة العقل و أنار سبيلنا بنور العلم و مهد لنا طريق النجاح بكل تقدير و عرفان.

أهدي ثمرة جهدي هذه:

إلى أعز مخلوقين على قلبي في هذا الوجود ، إلى من لهما الفضل في تربيتي و تعليمي ، إلى من دفعاني دوما إلى الأمام ، و منحاني القدرة على المواصلة إلى أبي و أمي حفظهما الله وأطال في عمرهما وبارك لهما في الأيام الباقية من عمرهما إنشاء الله.

إلى كل أفراد أسرتي كبيرا و صغيرا، و إلى كل الأهل و الأقارب.

إلى كل الزميلات و الزملاء الذين وقفوا بجانبي و كانوا سندا لي في مشواري الدراسي، و إلى كل طلبة مدرسة الدكتوراه تخصص تسيير المالية العامة دفعة " 2008 -2010".

إلى كل من علمني حرفا أو لقنني علما و إلى كل مثابر في طلب العلم.

إلى الطفولة التي شردها الإحتلال ، و انتهك حقوقها و براءتها في فلسطين و في العراق ، و في الصحراء الغربية ،كما لا يفوتني أن أهدي هذا العمل كذلك إلى الطفولة في الجزائر .

بوقناديل محمد

خطة الدراسة:

المقدمــة العامــة	أ -ح
الفصل لأول : النظام المؤسساتي لحماية الطفولة	01- 45
I- مظاهر حمايـة الطفـل ورعايته دوليـا	02- 13
II- الخدمــة الاجتماعية ورعاية الطفل	14- 24
III- الرفاهيـة الاجتماعيـة	25- 44
الفصل الثاني:سياسات و برامج حماية الطفولة في الجزائر	46- 115
I- تعليم الطفل حق تكفله الدولة	47- 76
II- حق الطفل في الرعاية الصحية	77-102
III- حماية الأطفال الأشد احتياجا	106- 115
الفصل الثالث:الميزانية المخصصة للطفولة حسب القطاعات	119- 167
I- مفهوم الموازنة العامة في الجزائر	120-121
II- نفقات قطاع التربية و التعليم	122-131
III- برامج المساعدة و التضامن الاجتماعي	135- 149
IV- نفقـــات قطاع الصحـــة	152-167
الخاتمــة العامــة	168- 169

المقدمة العامة

المقدمة العامة:

يعتبر الطفل أساس المستقبل ومحور التنمية وعماد التجدد الحضاري مما يقتضي رعايته وتوفير البيئة السليمة لنموه وإحاطته بعناية خاصة عند إعداد السياسات الوطنية والبرامج الحكومية قصد توفير الشروط اللازمة التي من شأنها أن تجعل منه إنسانا متوازنا يؤثر إيجابيا في المجتمع الذي يعيش فيه ومن الواضح أن الاهتمام بالطفولة يبدأ بالحفاظ على كرامتها واحترام حقوقها ومراعاة احتياجاتها وتنمية قدرتها ، وصقل مواهبها وفي هذا الإطار أكد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وإعلان حقوق الطفل ، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية وكدا العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على حق الطفل في الحصول على حماية قانونية خاصة مهما كان وضعه القانوني .

ولقد نشطت الكتابات الاقتصادية المنادية بضرورة تدخل الحكومة لحماية الطفل في الآونة الأخيرة وتعددت الأوصاف التي نعت بها الاقتصاديون الطفل فمنهم من القائل أن الأطفال يمثلون سلعا استهلاكية معمّرة تمد الأهل بالمتعة ، ومنهم من القائل بأنهم رأس مال بشري سوف يرد دخلا ، ومنهم من القائل بأنهم سلعا عامة لها آثار جانبية قد تكون إيجابية وقد تكون سلبية ولهذا فإن مسؤولية تربيتهم لا يجب أن تقع على عاتق والديهم فقط لأنهم لن يكونوا المستفيدين الوحيدين منهم، وإنما يحب أن تقع على عاتق الدولة أيضا باعتبارهم سلع عامة.

ومن منظور أكثر تفاؤلا فإن هناك اهتماما متزايدا في أرجاء العالم بالميزانيات المركزة على الأطفال ***Child-focused budgets***. ، و من الجائز و استنادا إلى **دافيد باركار و جايمز هايمز** (هايمز 1995) حين ربط الالتزامات بالموارد ،و كذلك المادة الأساسية المتعلقة بالموارد المتضمنة لاتفاقية حقوق الطفل التي جاء في مطلعها " الحد الأقصى لمواردها المتاحة " فهي مبهمة مما يعني ضمانها لكل طفل أيا يكن مستوى تطور البلد المعني ، إلا أن المشكلة هي أن معظم الموازنات ليست مفصلة حسب العمر فلا يحتمل أن نجد في ميزانية قطاع ما أبوابا للإنفاق مخصصة بوضوح للأطفال إلا وأنه لمعرفة العلاقة بين الأطفال وموازنة الدولة لابد من تحليل أشد تفصيلا لكل برنامج يفيد الأطفال على مستوى كل إدارة أو وزارة وكل بند بمفرده من بنود الموازنة من أجل تحديد الموارد المستعملة لدعم حقوق الطفل في ميادين عديدة " التعليم ، صحة الأم والطفل ، النشاطات الثقافية الغداء ، الرعاية الاجتماعية " ومن المحاولات المتعددة التي بذلت لتحليل موازنة الدولة من منظور حقوق الطفل يعتبر مشروع موازنة الطفل في جنوب إفريقيا سنة **1997** تجربة رائدة وجديرة بالتنويه وفي مرحلة مبدئية أشارت وحدة الموازنة الخاصة بالأطفال على أنه تم تحقيق تحسن ملحوظ في جنوب إفريقيا في تمويل برامج توفير الخدمات للأطفال المعرضين للمخاطر بما في ذلك تقديم منح لإعانة الأطفال حتى بلوغهم سنة الرابع عشر، التغذية في المدارس الابتدائية لتشجيع تغذية الأطفال وبرنامج يشخص ويساعد

الأطفال الذين أصبحوا معرضين للخطر بسبب فيرس نقص المناعة المكتسب ،فليس هناك أهمية أكثر من تخصيص الموارد لصالح الأطفال و عليه كانت مبادرة **20/20** واحدة من المبادرات المراعية للطفل التي كانت تقضي بإنفاق **20%** في المتوسط من الميزانية الوطنية في الدول النامية و **20%** من المساعدات الإنمائية الرسمية لإتاحة الخدمات الاجتماعية الأساسية للجميع ،و تشير الأدلة المستقاة من الدراسات الوطنية و الدولية إلى حدوث زيادات في مخصصات الميزانيا ت الوطنية في بعض البلدان على الأقل كما أفرزت بعض الدول أبوابا خاصة في ميزانياتها ترتكز على الأطفال لزيادة إبراز قضايا الطفل و تشجيع المداولات البرلمانية بشأنها و زيادة الوعي بها ،و شرعت حكومات أخرى بتحليل الأثر على الطفل لتقييم الآثار المباشرة و غير المباشرة على الأطفال سواء من مشاريع الميزانيات أو من التشريعات و البرامج الجديدة مثل الجباية الضمان الاجتماعي ،... و يمكن لهذا النوع من التحليل أن يزيد إبراز الاهتمامات المتعلقة بالطفل عند تخصيص الموارد.

إن الموازنات المركزة على الأطفال لابد وأن تعتمد على جمع وتصنيف المعلومات الدقيقة وقد كان هذا واحدة من النتائج التي خرجت بها دراسة معمقة للإنفاق الاجتماعي الموجه للأطفال في **البيرو** بين **1990** و **2003** ووجدت الدارسة أن الأطفال كانوا محجوبين عن الأنظار بصورة أساسية كجزء من عملية الموازنة إذ أنه لم يكن مخصص أكثر من **25%** من الموازنة العامة للأطفال ، إضافة إلى ذلك فإن الأموال التي خصصت لم تصل إلى الذين يعانون من الفقر المدقع ولا إلى الذين تم إقصائهم اجتماعيا وهناك أيضا اهتماما متزايدا في عمليات الموازنة التي تشمل على مشاركة الأطفال ومن بين الأمثلة على ذلك موازنة الأطفال في مدينة **برامانسا** البرازيلية فلهذه المدينة مجلس للموازنة التشاورية للأطفال مكون من **18 ولدا** و**18 بنتا** مهمتهم هو ضمان قيام المجلس البلدي لتلبية حاجيات الأطفال وأولوياتهم وكان هؤلاء الممثلون قد انتخبوا من قبل أقرانهم في مجالس الأحياء والأقاليم أو المقاطعات ويقرر هذا المجلس كيف يصرف جزء من موازنة البلدية حيث يخصص حوالي**125000** دولار أمريكي سنويا على تلبية أولويات الأطفال، من بين المدن الأخرى في أرجاء العالم التي تقوم بتجربة عمليات الموازنة التشاركية للأطفال مدينة **قرطبة** الاسبانية **وإيسن** في ألمانيا.

والجزائر على غرار المجموعة الدولية ومند استرجاعها للسيادة الوطنية أدرجت في قانونها العديد من المبادئ و الأحكام التي تضمن للطفل حماية خاصة في جميع جوانبه وهي من الأوائل التي صادقت على اتفاقية حقوق الطفل وقد تجلى ذلك في العديد من البرامج التي تبنتها الحكومة الجزائرية لحماية الطفل " إجبارية ومجانية التعليم وما يلحقه من خدمات اجتماعية ، ضمان الرعاية الصحية والخدمات الوقائية المجانية للأم والطفل ، حماية الدخل العائلي " والسهر على ضمان الشروط اللازمة لحسن التكفل باحتياجاته ، وتسخير الإمكانيات اللازمة لرعايته وهو الأمر الذي أكده فخامة رئيس الجمهورية في العديد من المناسبات ولاسيما بمناسبة افتتاح السنة القضائية 2004 -2005 حيث حرس على

ضرورة ضمان حماية الطفل طبقا للآليات الدولية التي صادقت عليها بلادنا إيمانا منه بأن توفير مستقبل واعد لمجتمعنا يتوقف أساسا على مدى الاهتمام الذي يوليه لتربية أطفاله وتوفير المناخ الملائم لرعايتهم وحمايتهم كما أن خطة العمل للطفولة 2008-2015 جعلت الأطفال طرفا في المشاركة والمساهمة بآرائهم في المجالات التي تخص حياتهم وترقيتهم في هذا الإطار حيث خصص للطفل يوم برلماني بمناسبة اليوم العالمي و الإفريقي للطفولة وسمحت للأطفال تجربة **" المدن صديقة الأطفال"** بالتعبير بل و حتى بالمساهمة في إعداد السياسات المحلية من خلال المجالس الشعبية البلدية الخاصة بالأطفال .

غير أن التحولات الاقتصادية والاجتماعية أدت إلى بروز الميزانية العامة في الجزائر كركيزة أساسية للتنمية الاجتماعية وتكريسها كأهم قناة توزيعية على الإطلاق وهذا ما يحتم الاهتمام بوظيفتها اتجاه الأطفال لاسيما بعد تعاظم وزن التحويلات الاجتماعية بها وتزايد نسبتها إلى الناتج المحلي الإجمالي .

1- الإشكالية:

إذا كان مبدأ حماية أكثر الناس ضعفا وتأثرا كما هو مقرر في التشريعات الدولية،و ضرورة ضمان مستقبل الأمة ، فيعتبر الأطفال هم الضعفاء وهم مستقبل الأمة واليوم إذا أردنا أن نقوّم ما تم إنجازه على هذا الصعيد نجد أن ما نعرفه عن تحصين الأطفال ، نقص الوزن ، الصحة الغذائية للطفل تمدرس الأطفال ، حماية الطفولة ، أقل بكثير مما نعرفه عن أحوال الشخصيات ، و هو الأمر الذي يتطلب تجنيد مخصصات مالية للدفاع عن حقوق الطفل و حمايته و هذا ما تعكسه الميزانية العامة للدولة وهذا ما يقودنا إلى التساؤل التالي:**ما مدى مساهمة الميزانية العامة للدولة في حماية الطفولة في الجزائر؟**

وللإجابة على هذا التساؤل تطلب التطرق إلى التساؤلات الفرعية التالية:

- كيف تطورت حقوق الطفل مع تطور الزمن ؟
- ما هي أهم الإعلانات و المواثيق الدولية المجسدة لحقوق الطفل؟
- كيف يؤثر الفقر على رفاهية الطفل ؟
- ما هي أهم الإستراتيجيات المنتهجة لحماية الطفولة في الجزائر؟
- ما هي قيمة المخصصات المالية الموجهة للطفولة من الميزانية العامة للدولة في الجزائر؟

2- فرضيات البحث:

2-1 - يوجد مخصصات مالية للطفولة من الميزانية العامة للدولة .

2-2- ميزانية الطفولة تؤدي إلى تعميم التعليم الابتدائي.

2-2- ميزانية الطفولة تساهم في الارتقاء بصحة الطفل و الأم.

3- أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى تسليط الضوء حول النقاط التالية:

3-1 - التطور التاريخي لحقوق الطفل .

3-2 - الرعاية الاجتماعية للطفل .

3-3 - مفهوم الرفاهية الاجتماعية و تأثير الفقر على رفاهية الطفل.

3-4 - الحالة التعليمية للطفل في الجزائر.

3-5 - تطور الوضع الصحي للطفل الجزائري .

3-6 - واقع ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر.

3-7 - تطور مخصصات الطفولة من الميزانية العامة للدولة في الجزائر.

4- مبررات اختيار الموضوع:

من بين المبررات التي كانت وراء اختيار الموضوع دون سواه يمكن تلخيصها فيما يلي:

4-1- قلة الدراسات التي تناولت الموضوع إن لم أقل انعدامها.

3-2 - الاهتمام المتزايد بقضايا الطفولة و باعتبارهم مقومات دفع عجلة التنمية و هذا في ظل التحولات الاقتصادية و الاجتماعية الراهنة التي يعيشها العالم اليوم من قبل المنظمات الدولية.

3-3 - كون الموضوع قابل للبحث والدراسة نظرا لإمكانية الوصول إلى نتائج ملموسة .

5- خطة الدراسة:

لدراسة ومعالجة هذا الموضوع تم إتباع خطة من خلالها تم تقسيم البحث إلى ثلاث فصول ففي **الفصل الأول** تحت عنوان **"النظام المؤسساتي لحماية الطفولة"** ، تم توضيح أهمية الحماية الدولية لحقوق الطفل ، كذلك إلى رعاية الطفل من منظور الخدمة الاجتماعية وبعدها تم التطرق إلى مفهوم الرفاهية الاجتماعية ، تكلفة الطفل .

أما **الفصل الثاني** تحت عنوان **"سياسات و برامج حماية الطفولة في الجزائر"** أين تم دراسة مختلف البرامج والسياسات المتبعة لحماية الطفولة في الجزائر و الذي من خلاله تم التطرق إلى أهم التطورات المحرزة في مجال تمدرس الأطفال وخدمات صحة الأم والطفل إضافة إلى البرامج المتبعة لحماية ذوي الاحتياجات الخاصة كما ركز التحليل على النوع الاجتماعي **Le genre** لمعرفة مدى التقدم المحقق على مستوى الجنسين .

أما **الفصل الثالث** و الأخير الذي كان بعنوان **"الميزانية المخصصة للطفولة حسب القطاعات"** حيث تم من خلاله دراسة المخصصات المالية الموجهة للطفولة من الميزاني ة العامة للدولة في مجال التعليم ،الصحة بالإضافة إلى برامج المساعدة والتضامن الاجتماعي في الجزائر.

6- المنهج المتبع:

بما أن المناهج تختلف باختلاف المواضيع ،و لكل منهج وظيفته و خصائصه فعليه و لدراسة هذا الموضوع استدعت الضرورة إلى المزج بين المنهج الوصفي و المنهج التحليلي اللذا ن يتناسبان مع طريقة استعراض البحث لكونه يحتوي على جوانب نظرية و تعريفية كما تم الاستعانة بالمنهج الاستقرائي الذي يمكن من التحليل الكمي و النوعي للبيانات المتوفرة.

الفصل الأول
النظام المؤسساتي لحماية الطفولة

تمهيـــــد:

إذا كانت حقوق الإنسان ومنها بالطبع حقوق الطفل كما يعرفهاالعالم اليوم قد تأثرت في بدايتها و تأصيلها ، و تطورها بعوامل عديدة قومية ، و دولية إلا أنه و خلال النصف الثاني من القرن العشرين بدأ الاهتمام أكثر بالطفل، و صون حقوقه يزداد من قبل المنظمات العالمية والإقليمية المتعلقة بالطفل **"صندوق الأمم المتحدة للطفولة ، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة... "**و تجسد ذلك من خلال مجموعة من الإعلانات و المواثيق الدولية التي كانت تطالب بحقوق الطفل كحق الغداء الصحة ، التعليم ،... و حماية الطفولة من كل تعسف و أشكال الاستغلال و القهر ، إلى أن تم صدور اتفاقية حقوق الطفل التي كرست حماية خاصة لم يكن يحظى بها الطفل من قبل حيث ألحت على ضرورة و أهمية التعاون الدولي في هذا المجال.

و كل هذه المجهودات التي تكفلها الدول لغرض نماء الطفل في بيئة مواتية لرفاهيتهم و مشاركتهم الجماعية ،و هناك دعوة أيضا لخصم كل المبالغ التي تنفق على تربية الأبناء من دخول آبائهم و هو مايعني بتحويل تكلفة رعاية الطفل من تكلفة خاصة يتحملها الآباء و حدهم إلى تكلفة عامة يتحملها المجتمع و لو جزئيا ، إلا أنه رغم هذه البرامج و السياسات التي تبذلها الدول لضمان رفاهية الطفل و حمايتهم لا يزال العديد من الأطفال في بعض الدول يعانون ويلات الفقر ، و الإقصاء اللذان يرحمانهم من الحقوق التي ينعم بها باقي الأطفال و لذلك فمعظم الدراسات أتبثت أن الاستثمار في الطفل هو مسؤولية و فرصة في آن واحد،فالاستثمار مسؤولية مادام الفقر والجوع و أوجه الحرمان الأخرى تقف حاجزا أمام الأطفال يمنعهم من النماء لبلوغ كامل إمكانياتهم ، و يمثل فرصة لأن الطفل إذا تحصل على أعلى مستويات من الحقوق و أفضل حماية لكانت المكاسب التي يتحصل عليها أفضل من مستوياتها السابقة.

و من هنا كان محتوى هذا الفصل يدور حول النقاط التالية

* الحماية الدولية للطفل و التي تجسدت في مجموعة من المواثيق و الإعلانات الدولية التي تبنت حقوق الطفل ، و كيفية تطور حقوق،و ظروف نشأة اتفاقية حقوق الطفل.
* رعاية الطفل من منظور الخدمة الاجتماعية، و التطور التاريخي لحركة رعاية الطفل و مؤسسات رعاية الطفولة،
* مفهوم و نظريات الرفاه الاجتماعي ،و كيف يؤثر الفقر على آليات رفاهية الطفل ، التكلفة الاقتصادية للطفل و كيفية تعويض أو استرجاع هذه التكلفة من قبل الأولياء.

I - مظاهر حمايـة الطفـل ورعايته دوليـا :

لأن الطفل هو أغلى أفراد الأسرة و أعز ما تملكه الدول من موارد بشرية مستقبلية تنهض عليها الدول في غدها ومستقبلها [1] لذلك يتضح جليا اهتمام الأمم المتحدة والقانون الدولي العام بالطفل وتخصيص نوع من الحماية والرعاية المادية المعنوية ويتجلى ذلك من خلال الإعلانات العالمية والاتفاقيات الدولية ، قصد إدماجه في المجتمع الذي يعيش فيه في إطار جو الحرية والكرامة وليس من الاضطهاد و الإهانة.

I-1- التطور التاريخي لحقوق الطفل :

إن الإهتمام بالطفل وليد أحكام قانون الفطرة (القانون الطبيعي) وهو القانون الذي يهتدي إليه العقل بفطرة من الخالق عز وجل . وعلى المستوى الدولي ، نجد أن الاهتمام بالطفل بدأ مع إنشاء عصبة الأمم سنة 1919 ، كما أسست العصبة لجنة فاصلة للتعامل مع المسائل المتعلقة بـحماية الطفل و تبني معاهدات خطر الإتجار بالنساء و الأطفال في 30 سبتمبر 1921 وفي عامي 1919 و1920 تبنت منظمة العمل الدولية ثلاث معاهدات منفصلة للقضاء على عمل الأطفال أو تنظيمه[2].

ولكن اهتمام المواثيق الدولية، أو بالأصح الهيئات الدولية[3] بالأمومة والطفولة لم يبدأ إلا في عام 1923 وذلك حين أعقد مؤتمر عصبة الأمم في 26 سبتمبر 1923 إعلان جنيف الخاص بحقوق الطفل .

وبإنتهاء الحرب العالمية الثانية ، وظهور منظمة الأمم المتحدة كان من الطبيعي أن تشغل قضية حقوق الإنسان اهتماما خاصا من جانب المنظمة الجديدة .

ثم بعد ذلك تم إنشاء هيئة اليونيسيف عام 1946 تحت عنوان صندوق الأمم المتحدة لإغاثة الطفل وكانت تهدف لحماية ملايين الأطفال ورعايتهم في 14 دولة قاست من ويلات الحرب وفي سنة 1959ظهرت تسمية جديدة لهذه المنظمة وهي منظمة الأمم المتحدة للأطفال .

ثم بدأ الإهتمام الدولي بحماية حقوق الإنسان ، فقد وافقت الجمعية العامة للأمم المتحدة في العاشر من ديسمبر 1948 على الإعلان العالم ي لحقوق الإنسان ، وفي عام 1959 أي ما يقرب من أحد عشر عاما على صدور الإعلان العالم ي لحقوق الإنسان أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلان الأمم المتحدة إعلان حقوق الطفل لتمكينه من التمتع بطفولة سعيدة ينعم فيها لخيره ولخير المجتمع[4].

وفي 16 ديسمبر 1966 اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقيتين عامتين تتضمنان قواعد تفضيلية لحقوق الإنسان الأساسية وبالطبع يدخل فيها الطفل الاقتصادية والاجتماعية وال ثقافية فهما

---

[1] - د. منتصر سعيد حمودة ، **حماية حقوق الطفل في القانون الدولي العام والإسلامي** ، دار الجامعة الجديدة ،2007 ص:46 .

[2] - د. فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **مركز الطفل في القانون الدولي العام** ، دار الجامعة الجديدة للنشر ،2007، ص: 44.

[3] - أ.د . محمد عبد الجواد محمد ، **حماية الأمومة في المواثيق الدولية والشريعة الإسلامية**، 1991 ، ص : 18.

[4] - د . فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص : 45.

يكفلان مجموعة من الحقوق للإنسان ويفرضان على الدول مجموعة من الإلتزامات القانونية ، وفي هذا الصدد فلأول مرة في التاريخ يجري تـأمين الحماية الدولية لحقوق الإنسان الأساسية [1]، وبموجب القرار (169/31) الصادر في 21 ديسمبر 1976 أعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1979 سنة دولية للطفل وقررت أن يكون لهذه السنة الأهداف العامة التالية:

- توفير إطار للدعوة لقضية الأطفال ولزيادة وعي المسؤولين عن اتخاذ القرارات ، والجمهور بالحاجات الخاصة بالأطفال .
- تشجيع الإعتراف بوجوب أن يكون برامج الأطفال جزء لا يتجزأ من خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية بغية الإضطلاع في الأجلين الطويل والقصير بأنشطة مستمرة لصالح الأطفال على المستويات الوطنية والدولية .

وقد كانت سنة 1979 هي الذكرى السنوية العشرين لاعتماد إعلان حقوق الطفل 1959 ومن تم اتخذت هيئة الأمم المتحدة قرارا بتسمية عام 1979 بعام الطفل لتوجيه الأنظار إلى العناية بالطفولة وجدب الإهتمامات وإلى هذه المرحلة .

وفي النهاية أبرمت الأمم المتحدة اتفاقية دولية لحقوق الطفل في عام 1989 وهذه الاتفاقية تعتبر أول اتفاقية دولية في تاريخ البشرية تعتني بحقوق الطفل وتضح هذه الحقوق توضيحا مفصلا وكذلك كيفية إحترامها وتطبيقها .[2]

I-2- دوافع التحرك الدولي لحماية الطفل :

من المتفق عليه أن القانون الدولي المعاصر ، خاصة في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية لم يعد يقتصر مجاله على تنظيم تلك العلاقات الدولية ذات الطابع التقليدي والسيادي ، كالحروب والملاحة ، الحرية ،... بل أصبح ينظم مسائل ، ظلت زمنا طويلا خاضعا للاختصاص المطلق للدول ومنها حماية الإنسان وحريات الأساسية ، وحماية الطوائف البشرية الأقل ضعفا كالأطفال والمعوقين وكبار السن والمرأة وغيرهم ، وقد أه تم القانون الدولي خاصة في الآونة الأخيرة بتقرير مجموعة جديدة من الحقوق للطفل بجانب ما تقرر له بصفته فردا أو كائنا بشريا مع غيره من أفراد المجتمع الإنساني .

ويمكن صياغة مجموعة من الأسباب والعوامل كانت الدافع وراء اهتمام المجتمع الدولي والمنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية لحقوق الطفل وضرورة رعايته اجتماعيا وصحيا ، وثقافيا وروحيا وعقليا ، ومن بين هذه الأسباب :[3]

---

[1] - د . محمد طلعت الغنيمي ، **الأحكام العامة في قانون الأمم** ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، ص : 876.

[2] - أ.د . عبد العزيز مخيمر عبد الهادي ، **اتفاقية حقوق الطفل خطوة إلى الإمام أم إلى الوراء**، جامعة الكويت ، مجلة الحقوق ، العدد 03، سبتمبر 1993 ، ص : 66.

.

- تعد حماية حقوق الطفل وضرورة رعايته امتدادا طبيعيا للاتجاه المتنامي في المجتمع الدولي لحماية حقوق الإنسان وحرياته الأساسية ، وإذا كان القانون الدولي وهيئاته الدولية تطبق شرطا لا بأس به في ترسيخ هذا المفهوم ،فانه من المنطقي أن تمتد هذه الحماية الدولية إلى الطوائف والكائنات البشرية الأكثر ضعفا ، والأكثر حاجة إلى الرعاية والحماية والأكثر تعرضا للخطر...، ويأتي الأطفال في مقدمة هذه الطوائف الأولى بالرعاية والحماية الدولية ، والتي تعد بمثابة استمرار وامتداد للجهود الدولية المتصاعدة في مجال حماية حقوق الإنسان .
- النص على حماية الطفل وتقرير بعض الحقوق التي يتمتع بها دون غيره من الطوائفالبشرية له تأثير بالغ على النظم والقوانين الداخلية، ويحفز صانعوا القرار وأجهزة التشريع والحكم على اتخاذ التدابير والمناسبة لحماية الطفولة.
- تسهر الصراعات والخلافات الدولية في خلق وزيادة المشاكل و المتاعب التي تعصف بالأطفال والطفولة في أجزاء عديدة و من تم تتحمل المجموعة الدولية مسؤولية لحلهاأو التخفيف من حدتها
- وبعيدا عن الصراعات المسلحة كثيرا ما تصاب العديد من الدول بالكوارث الطبيعية "كالجفاف التصحر ، نقص موارد المياه والزلازل وتسفر هذه الكوارث على خلق أزمات اقتصادية واجتماعية حادة ويكون الأطفال عادة أولى ضحاياه لهشاشة أجسادهم ، ويكفي أن نتذكر هنا أن الملايين من الأطفال في أفريقيا قد لقوا حتفهم بسبب الجوع والعطش ،وتشير الإحصائيات الدولية من العديد من المنظمات الدولية إلى أن الملايين من هؤلاء الأطفال مازالوا معرضين لخطر الموت جوعا ما لم تمد لهم يد العون والغوث .[1]

I-3- حقوق الطفل المواثيق الدولية قبل اتفاقية حقوق الطفل1989:

كان من جراء صدور قوانين حماية الطفل في العديد من الدول أن اتجهت الدول والمنظمات الدولية إلى المناداة إلى تعميم مبادئ حماية حقوق الطفل على العديد من الإعلانات والقرارات من المنظمات الدولية لضمان حماية حقوق الطفل ، وبدا الاهتمام بالطفل من سنة 1923 ، حيث وضع المجتمع الدولي لحماية الطفولة إعلانا بـ(05) مبادئ.

I-3-1- حقوق الطفل في ضوء إعلان جنيف1924م:

أصدرت الجمعية العامة لعصبة الأمم المتحدة في شان حقوق الطفل إعلانا جنيف لعام 1924م الذي يعتبر الخطوة الأولى في مجال الاهتمام بالطفولة على الصعيد الدولي ويعد هذا الإعلان تجسيدا رائعا لدور المنظمات غير الحكومية ، في مجال إثراء العمل الدولي نحو حماية حقوق الإنسان عامة وحقوق الطفل خاصة ، حيث يرجع الفضل في فكرة هذا الإعلان إلى الاتحاد الدولي لانقاذ الطفولة

[1] - د. حسنين المحمدي بوادي ، **حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية والقانون الدولي**، دار الفكر الجامعي ، الطبعة الأولى ، 2005، ص: 39-40

والذي أسسته سيدة بريطانية تدعى " **إجلانتين جيب** " (***Eglantyne jebb***) ، بمساعدة من اللجنة الدولية للصليب الأحمر وذلك بعد أن رأى العالم اجمع حجم الم آسي التي راح فيها الأطفال بسبب الحرب العالمية الأولى (1914-1919) لذلك قدمت هذه السيدة إلى عصبة الأمم المتحدة بمشروع هذا الإعلان في عام 1923 عن طريق الاتحاد الدولي لانقاد الطفولة والذي ناقشته الجمعية العامة لعصبة الأمم[1] بتاريخ 26 سبتمبر 1924 في جنيف لذلك أطلق عليه إعلان جنيف .

وعلى الرغم أن إعلان جنيف لحقوق الطفل لسنة 1924 لم يعالج بشكل كامل وواسع حقوق الطفل وحريات الطفل إلا أن صدور هذا الإعلان في ذلك الوقت المبكر يمثل خطوة لجدب الأنظار واهتمام المجتمع الدولي نحو ضرورة وحماية الطفولة ورعايتها ويؤكد هذا الإعلان مسؤولية الجنس البشري في حماية الأطفال دون تفرقة بسبب الجنس أو الأصل الاجتماعي أو العقيدة[2].

I-3-1-1- المبادئ التي وردت في إعلان جنيف لحقوق الطفل لعام 1924 م:

احتوى إعلان جنيف لعام 1924م الصادر عن الجمعية العامة لعصبة الأمم في شانه حقوق الطفل على خمسة مبادئ هي :[3]

* يجب أن يتمتع الطفل بكافة الوسائل اللازمة لنموه المادي والروحي ومؤى هذا المبدأ هو حق الطفل في الحصول على الغذاء اللازم لنموه المادي وعلى الدواء اللازم لهذا الغرض أيضا ، حقه في الحصول على الرعاية النفسية والصحية والاجتماعية .

* يجب أن يحصل الطفل الجائع على الغذاء والمريض على العلاج واليتيم والمتشرد على المأوى والطفل المنحرف يجب أن يعاد إلى الطريق السليم .

* الطفل يجب أن يكون أول من يتلقى الغوث عند الكوارث والكوارث تشمل الطبيعية منها الزلازل والبراكين وانتشار الأوبئة الخطيرة والقاتلة وتشمل أيضا الحروب والنزاعات المسلحة والحروب الأهلية .

* يجب أن يتم حماية الطفل من كافة صور الاستغلال والمعاملة السيئة

* تربية الأطفال على ضرورة الاستفادة من مواهبهم وقدراتهم في خدمة إخواتهم من البشر .

* والمبدأ الخامس والأخير من هذا الإعلان يتضمن الهدف الرئيسي والغاية المرجوة من إصدار مثل هذا الإعلان وهي تحقيق الإ خاء بين البشر دون تمييز بينهم لأي سبب ديني أو ع رقي أو لغوي أو جنسي أو لأي سبب أخر .

---

[1] - د.عروبة جبار الخزرجي ، **حقوق الطفل بين النظرية والتطبيق** ، دار الثقافة ، 2009، ص:75.

[2] - د. موالفي سامية ، **حقوق الطفل في التشريع الجزائري على ضوء الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل لسنة 1989** رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية ، جامعة الجزائر ، ص:31.

[3] - د. منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص :35-36 .

I-3-2- حقوق الطفل في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان1948 م :

صدر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في 10 ديسمبر 1948م بعد اعتماده من اللجنة العامة ولقد كان صدوره ترجمة لما جاء في ديباجة مثاق الأمم المتحدة ، وفي أكثر من موضع بشان ضرورة الإنسان وحرياته الأساسية وكفالة أفضل الظروف لممارسة هذه الحقوق والحريات [1].

إن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان يهتم بالدرجة الأولى بالإنسان أيا كان سنه أو موقعة أو جنسية ، إلا انه يشير في مبادئه بشكل صريح وواضح إلى الأمومة والطفل في المادة 25 منه " للأمومة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصيتين ، وينعم كل الأطفال بنفس الحماية الاجتماعية ، سواء كانت ولادتهم ناشئة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية " ، ويعود دمج هذه المادة لحقوق الأمومة والطفولة معا إلى الارتباط الوثيق الذي يجمع بين الأم وطفلها لاسيما في مراحل حياته الأولى .

كما أعطى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948م في مادته 26 للطفل حق التعليم وأن يكون هذا التعليم بالنسبة للأطفال بالمجان خاصة في مراحلها الأساسية وإلزاميا[2].

I-3-3- إعلان حقوق الطفل1959م :

عقب نهاية الحرب العالمية الثانية ، وتأسيس منظمة الأمم المتحدة كبديل عن عصبة الأمم التي انهارت بسبب هذه الحرب ، دارت داخل أروقة الأمم المتحدة في مجال حماية حقوق الطفل ثلاث اتجاهات فكرية هي :[3]

* اتجاه يرى التأكيد مرة أخرى على إعلان جنيف لحقوق الطفل الصادر عن الجمعية لعامة لعصبة الأمم في عام 1924 م بما يحتويه من المبادئ الخمسة

* اتجاه يرى إضافة بعض المبادئ والحقوق الجديدة إلى إعلان جنيف لعام 1924 الخاص بحقوق الطفل.

* اتجاه يرى ضرورة وضع إعلان جديد لحقوق الطفل يصدر عن الأمم المتحدة ليواجه الانتهاكات المستجدة في مجال حقوق الطفل لاسيما عقب ما تعرّض له أطفال العالم في الحرب العالميةالثانية.

* وفي مارس من سنة 1949م قدمت حكومات إحدى وعشرين دولة تعليقا إلى السيد الأمين العام للأمم المتحدة بخصوص هذا الموضوع، وتقدمت له كذلك خمس حكومات بمشروعات نصوص لهذا الإعلان المرتقب. ولقد ناقش المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة هذه التعليقات ومشروعات النصوص على مدار ثلاثة عشر عاما ، و تم تسليم مشروع الإعلان إلى لجنة حقوق الإنسان سنة 1957م والتي قامت بمناقشته في الفترة بين (1957-1959) و أعدت صيغة منقحة له وأعادت هذه الصيغة إلى المجلس الاقتصادي و الاجتماعي الذي قام بعرضه على اللجنة الثالثة التابعة

[1] - د. فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص : 52.
[2] - د. منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص :40-41..
[3] - د. منتصر سعيد حمودة ، **المرجع نفسه** ، ص :43-44.

للجمعية العامة للأمم المتحدة (لجنة القضايا الإنسانية والثقافية والاجتماعية) وفي 1959/10/19م تبنت هذه اللجنة هذا الإعلان بالأغلبية حيث وافقت عليه سبعون دولة ولم تعترض عليه أي دولة وفي 1959/11/20م أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة لهذا الإعلان بعد فترة حمل داخل رحم الأمم المتحدة دامت نحو ثلاثة عشر عاما .

أما فيما يتعلق بالمبادئ الواردة في الإعلان تتلخص فيما يلي :[1]

- حق الطفل في التمتع بكل الحقوق وبدون أي تمييز ، وهو ما جاء في المبدأ الأول .
- أهمية التشريع في خلق قواعد قانونية تكفل للطفل حماية فعالة وهو ما تضمنه المبدأ الثاني من الإعلان.
- حق الطفل في الإسم وحمل جنسية مند ولادته وهو ما تناوله المبدأ الثالث .
- حق الطفل في الحماية الاجتماعية وضرورة تأمين المسكن وهو ما جاء به المبدأ الرابع.
- حق الطفل في التربية، وهو ما جاء به المبدأ الخامس.
- حق الطفل في توفير جو مناسب مفعم بالحب والتفاهم لنموه تحت مسؤولية والديه ، كمالا يفصل الطفل عن أمه إلا في الحالات الاستثنائية .
- البحث عن المصلحة العليا للطفل والتي تعتبر الموجه للمسؤولية التي تترتب على والديه بالأولوية ولكذا تربيته.
- حقه في الأولوية للحصول على القوت والحماية عند الكوارث .
- حق الطفل في الحماية القانونية من الأعمال والقسوةوالاستغلال، أو الاتجار.

I-3-4- حقوق الطفل في العهدين الدوليين الصادرين عام1966م :

أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية والعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بموجب الق رار رقم 20(د21) بتاريخ 1966/12/16م وملحق بهما برتوكولين اختياريين.

I-3-4-1- حقوق الطفل في العهد الدولي لحقوق المدينة والسياسية :

أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة هذا العهد والبروتوكول الملحق به في 1966/12/16م ودخل حيز التنفيذ في 1976/03/23م ، ولقد اقر العهد إقرارا مفصلا وموسعا للمبادئ نفسها التي تضمنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان .[2] حيث تناول العهد حقوق الطفل في مادتين من مواده البالغ عددها 53 بالإضافة إلى ديباجة ، إذ نص العهد على ضرورة وجود العائلة باعتبارها الوحدة الاجتماعية والطبيعية التي ينشا منها المجتمع ، لذلك وجود الطفل في كنف هذه لعائلة هو حق له

[1] - أحمد داود رقية ، **الحماية القانونية للطفل بين قانون الأسرة الجزائري والمعاهدات الدولية** ، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية ، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان ، 2003، ص:30.

[2] - د. فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص: 52-53.

وضرورة لتنشئته بصورة سليمة وصحيحة ، وينص العهد كذلك أنه يمنح للطفل في كل دول العالم نوعا من الحماية على أساس المساواة التامة بين الأطفال بلا تمييز لأي سبب كان ، دون النظر لكون هذا الطفل مولود نتيجة علاقة زواج شرعي أو علاقة غير شرعية بين رجل وامرأة ، وحقه في الاسم وتسجيل اسمه في سجل قيد المواليد في دولته التي ولد فوق أراضيها . وكذلك أعطى له الحق في الجنسية، حيث لا يجب أن يكون الطفل عديم الجنسية لأي سببكان.[1]

I-3-4-2- حقوق الطفل في العهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية:

أقر العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، بعض الحقوق الخاصة بالطفل وأقرت الجمعية العامة هذا المثياق في 1966/12/16م ودخل حيز التنفيذ في 1976/01/02م [2]ولقد عالج العهد بعض الحقوق المتعلقة بالأسرة والأمومة والطفولة على النحو التالي :[3]

وجوب منح الأسرة حماية ومساعدة ممكنة ، اذ أنها الوحدة الاجتماعية الطبيعية والأساسية في المجتمع و تنص الفقرة الثانية من ذات المادة على وجوب منح الأمهات حماية خاصة خلال فترة معقولة قبل الولادة وبعدها ،وضرورة منح الأمهات العاملات أثناء هذه الفترة إجازة بأجر أو مصحوبة باستحقاقات ضمان اجتماعي كافية ، وتنص الفقرة الثالثة على وجوب اتخاذ تدابير حماية ومساعدة خاصة لصالح جميع الأطفال ولأشخاص والصغار دون أي تمييز لأسباب أبوية أو غيرها وحمايتهم من الاستغلال الاقتصادي والاجتماعي .

أما المادة الثانية عشر تنص على واجبات الدول الأطراف لتوفير الحقوق المذكورة أعلاه واتخاذ التدابير الضرورية لضمان حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية ، العقلية ، وذلك من خلال خفض معدل موت الرضع وتأمين النمو الصحي للطفل والوقاية من الأمراض الوبائية والمهنية وتوفير تأمين الخدمات والعناية الطبية اللازمة في حالة المرض .

وتتطرق المادة الثالثة عشر من العهد إلى التعليم ، والثقافة فتنص أن لكل فرد حق التربية والتعليم وضرورة جعل التعليم الابتدائي إلزاميا وحرية الآباء أو الأوصياء في اختيار نوع المد ارس والتعليم الذي يتلقاه أطفالهم بشرط تقييد المدارس المختارة بمعايير التعليم التي قد تفرضها الدولة وهذا حسب تشريعاتها الوطنية أو الداخلية .[4]

---

[1] - د. منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص :56-57.
[2] - د. محمد السعيد الدقاق ، **المرجع السابق** ، ص: 78.
[3] - د. فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص: 55.
[4] - موالفي سامية ، **المرجع السابق** ، ص :36.

I-4- اتفاقية حقوق الطفل ودورها في الارتقاء بحقوق الطفل (CRC):

نظرا للمعاناة الكبيرة التي عانها الأطفال الذين يشكلون أكثر من ثلث سكان العالم (02 مليار طفل) بسبب الظروف القاسية التي يعيشون في ظلها وهي الجوع ، الفقر ، المرض ، التشرد ... حيث يتعرض أكثر من 12 مليون طفل للموت كل عام بسبب سوء التغذية ، و 40 مليون طفل يولدون في ظل ظروف قاسية ولا يتم تسجيل أسماءهم في سجلات المواليد بالدولة ، وكان ما قدم دافعا للأمم المتحدة إلى ضرورة إيجاد تشريع دولي ملزم لكل دول العالم لحماية هؤلاء الأطفال [1]. واحتفاء بالذكرى السنوية الثلاثين لإعلان حقوق الطفل (1959-1989) والموافق للذكرى السنوية العاشرة الدولية للطفل (1979-1989) فقد اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة في 20 نوفمبر 1989 وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام لاتفاقية حقوق الطفل ، ودخلت حيز التنفيذ في 1990/09/02م ، وقد وقعت على هذه المعاهدة في اليوم الأول 60 دولة من ضمنها أربع دول عربية (الجزائر، لبنان ، موريتانيا ، المغرب)[2].

فهذه الاتفاقية الفريدة من نوعها تبين المعايير العالمية لرعاية جميع الأفراد دون سن الثامنة عشرسنة والتعامل معهم وحمايتهم ، وهي إحدى معاهدات حقوق الإنسان التي حضيت بأوسع قدر من المصادقة عليها في التاريخ ،إذ يبلغ عدد الدول الأطراف التي صادقت عليها في الوقت الحاضر**193 دولة**[3] .

I-4-1- ظروف إنشاء اتفاقية حقوق الطفل:

بعد مرور أقل من عشريين عاما على إصدار إعلان حقوق الطفل لعام 1959م[4] وفي بداية سنة 1978 وعلى حافة بداية السنة الدولية لحقوق الطفل تقدمت بولندا إلى منظمة الأمم المتحدة بمشروع اتفاقية بشان حقوق الطفل وفي العام الموالي قامت لجنة حقوق الإنسان بوضع ورشة عمل لدراسة العمل أو النص البولندي ، المقترح والجدير بالذكر انه قبل وأثناء مناقشة إعلان حقوق الطفل الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1959م تساءل البعض عن دور أو مدى جدوى إصدار إعلان بشأن الطفل .

وبعد عشريين عاما من ذلك تغيرت الأنظار وتبدلت وتطورت الأفكار ونال إعداد اتفاقية دولية لحقوق الطفل اهتماما جديدا وتأييدا واسعا من مختلف دول العالم ، فالاقتراح الذي قدمته بولندا للمجلس الاقتصادي والاجتماعي يدعوا إلى إعداد اتفاقية لحقوق الطفل بغرض منح الطفل مزيدا من الحماية ورعاية وعناية خاصة ، وقد وجد الاقتراح المقدم من طرف بولندا تأييدا وحماسا من بعض الدول

---

[1] - د. منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص: 63

[2] - د. حسنين المحمدي بوادي، **المرجع السابق**، ص: 78.

[3] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **وضع الأطفال في العالم، طبعة خاصة**، 2010، ص: 01

[4] - د. فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص: 117.

كالسويد ، والنرويج.[1] ورأت بعض الدول أن التطور السريع الذي لحق بالمجتمعات الحديثة منذ صدور إعلان 1959م يتطلب إصدار وثيقة جديدة لحقوق الطفل تأخذ في الاعتبار هذا التطور السريع والمتلاحق في حياة المجتمعات الوطنية.[2]

كذلك أشارت الحكومة السويدية بالإضافة إلى ذلك أن إعداد اتفاقية جديدة لحقوق الطفل من شانه تكثيف الحماية القانونية الدولية التي يتمتع بها الطفل وخاصة وان العديد من الدول لم تعترف بها أو لم تكن يطبق عليها وصف الدولة عند صدور إعلان حقوق الطفل وبالتالي لم تكن هذه الدول عضو في هيئة الأمم المتحدة التي صدر عنها الإعلان ، وبعد المناقشات والاختلافات بين الاتجاهين وللتوفيق بينهما حول هذا المشروع استقر الأمر بإعداد محتوى الاتفاقية إلى فريق عمل مكون من خبراء في هذا المجال و تكليف لجنة حقوق الإنسان بهذه المهمة والتي شكلت بدورها فريق عمل مكونمن ممثلي 43 دولة مع السماح لممثلي الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة حضور الاجتماعات الفريق بصفته مراقبا.

وفي 20نوفمبر1989م أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية حقوق الطفل بقرار(25/44) التي أصبحت الوسيلة المتعلقة لحقوق الإنسان الأكثر قبولا من طرفـالدول، وتعتني بالطفل دون تمييز.[3]

I-4-2- المبادئ الأساسية التي تقوم عليها اتفاقية حقوق الطفل :

تعتبر معاهدة حقوق الطفل لسنة 1989 خلاصة كرمت بها القواعد والمبادئ الأساسية المتعلقة بتقرير حقوق الطفل ، بتوفير الحماية له وضمانها مع إيلاء الاعتبار الأول لمصلحة الطفل الفضلى حسب المادة 03 من ذات المعاهدة ،[4] وتقوم هذه الأخيرة على أربعة مبادئ أساسية ، والفضل في إبرازها يعود إلى لجنة حقوق الطفل التي درست المفهوم لحقوق الطفل ، والمبادئ الأساسية أربعة ينطبق الأولان منها على جميع البشر وتأكدهما الاتفاقية بالنسبة للأطفال ، في حين يخص المبدأين الآخرين الأطفال والمبادئ الأربعة هي :[5]

I-4-2-1- مبدأ المساواة التامة وعدم التمييز بين أطفال العالم :

هذا المبدأ تبنته العديد من المواثيق الدولية لحقوق الإنسان ومضمون المبدأ أن الناس جميعا متساوون في الحقوق والواجبات ولا فرق بينهم بسبب الغنى أو الفقر أو اللون أو الجنس أو الدين أو لأي سبب آخر.[6] وتتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة لتكفل للطفل الحماية من جميع أشكال التمييز أو العقاب القائم على أساس مركز والد الطفل أو الأوصياء القانونيين عليه أو أعضاء الأسرة

---

[1] - موالفي سامية ، **المرجع السابق** ، ص : 38-39.
[2] - د.فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص :118.
[3] - موالفي سامية ، **المرجع السابق** ، ص :39-40.
[4] - أحمد داود رقية ، **المرجع السابق** ، ص139.
[5] د.فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **المرجع السابق** ، ص :127.
[6] د. السيد عبد الحميد عطية ، **التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية** ، دار المعرفة الجامعية ، 2005 ، ص :121.

أو أنشطتهم أو أرائهم المعبر عنها معتقداتهم .[1] وإن عدم التمييز يعني أن لكل طفل التمتع بحقوقه في الحياة ، البقاء ، النمو والهوية دون أي فرق وعلى قدم المساواة.[2]

والاتفاقية ترسي مبدأ المساواة بين كافة أطفال العالم ولاسيما بين الطفل والطفلة حيث كانت تعاني البنات والمرأة بشكل عام بوجود نوع من المعاملة التمييزية بينها وبين شقيقها الطفل حتى داخل الأسرة الواحدة .

I-4-2-2- تحقيق مصالح الطفل العليا (الفضلى):

المبدأ الثاني التي أرسته اتفاقية حقوق الطفل في مادتها الثالثة ضرورة مراعاة الدول الأطراف لحقوق الطفل أولا عند اتخاذ أية إجراءات إدارية أو تنفيذية أو قضائية أو غيرها تتعلق بالطفل ولذلك فقد جاء نص المادة03 من الاتفاقية كالتي " وفي جميع الإجراءات التي تتعلق بالأطفال سواء قامت بها مؤسسات الرعاية الاجتماعية العامة أو الخاصة أو المحاكم ، أو السلطات الإدارية أو الهيئات التشريعية يولي الاعتبار الأول لمصالح الطفل العليا [3]" وبناءا على ذلك فإن مصلحة الطفل العليا هي جوهر كل انطلاقة نحو حمايته ، حيث يولي الاعتبار الأول لها في جميع الإجراءات والتدابير التي تتعلق بالطفل ، لذلك فان نصوص ذات المعاهدة لم تعط تعريفا ولا تحديدا للمصلحة ، وكل ما في الأمر أنها أصبحت ذات درجة عالية ، هذا و إن المصلحة الفضلى للطفل ترتبط حسب نصوص معاهدة 1989م إما بالحماية التي على الأسرة أن تكفلها له ، أو بالحماية الموكلة إلى الوسط البديل .[4]

I-4-2-3- حق الطفل في الحياة والبقاء والنمو:

من الثابت في كافة القوانين الوضعية الدولية والوطنية وسائر الأديان السماوية أن الحق في الحياة هو الأصل الذي تتفرع عنه باقي حقوق الإنسان الأخرى ، فإذا أهدر هذا الحق ، لا قيمة لباقي الحقوق الأخرى ولا فرق في ذلك بين الكبار والصغار أي بين الأطفال والرجال والنساء البالغين والبالغات حيث نصت المادة 06 من الاتفاقية على أن " تعترف الدول الأطراف بأن لكل طفل حقا أصليا في الحياة ".[5] و الاعتراف من الدول الأطراف بحق الحياة يعني تقديم الغذاء اللازم لنموه بدنيا و رعايته صحيا رعاية متكاملة ،و رعايته أسريا و ثقافيا[6] إذ يعد حق أولي قبل كما بعد ميلاده بالإضافة إلى أن على الدول أن تعترف بحق كل طفل في مستوى معيشي ملائم لنموه البدني ، العقلي

---

[1] منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص: 69.
[2] أحمد داود رقية ، **المرجع السابق** ، ص:140.
[3] - المادة 03 من **اتفاقية حقوق الطفل .**
[4] - د.بهي الدين حسن، **حقوق الطفل في إطار حقوق الإنسان، إشكالية تطبيق اتفاقية حقوق الطفل في المجتمع المصري**، 1999،ص: 61.
[5] - المادة 06 من **اتفاقية حقوق الطفل.**
[6] - منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص: 82

والروحي والاجتماعي ، كما يتحمل الوالدان إحداهما أو الأشخاص الآخرون المسئولون عن الأطفال المسؤولية الأساسية الناتجة عن التزاماتهم بتأمين وضمان ظروف المعيشة اللازمة لنمو الطفل وذلك في حدود إمكانياتهم المالية وقدراتهم حسب الفقرتين 01-02 من المادة 27 من المعاهدة ، كما يقع على الدول الالتزام باتخاذ التدابير الملائمة لمساعدة الوالدين وغيرهما من الأشخاص المسؤوليتين عن الطفل على اعتماد هذا الحق في المستوى المعيشي الملائم لنمو الطفل ، وتقدم الدولة عند الضرورة المساعدة المادية وبرامج الدعم ، ولاسيما فيما يتعلق بالتغذية عن الضرورة ، والكساء والإسكان في حدود إمكانيات هذه الدول ووفقا لظروفها الوطنية طبقا للمادة 03/27 وتضيف المادة 04 من نفس المعاهدة أن على الدول أن تتخذ هذه التدابير ليس في حدود إمكانيتها بل إلى أقصى حدود مواردها وحينما يلزم في إطار التعاون الدولي .[1]

I-4-2-4- احترام رأي الطفل :

هذا المبدأ تضمنته المادة 12 من اتفاقية حقوق الطفل حيث نصت على " ينبغي أن يكون للأطفال حرية الرأي في كل المسائل التي تؤثر عليهم وإيلاء الاعتبار الواجب لهذه الآراء ، ووفقا لسن الطفل ونضجه . [2]" وهذا المبدأ مؤداه ضرورة استماع الدول الأطراف ومؤسسات الدولة والمجتمع والأسرة إلى أراء الطفل في كافة القضايا المختلفة التي تمسه وتؤثر في حياته وحقوقه وحرياته والاهتمام بهذه الآراء لا سيما بالنسبة للأطفال الذين قاربوا على بلوغ سن الثامنة عشر لان هؤلاء يشكلون نسبة كبيرة جدا من سكان العالم .

ولذلك فكرة برلمانات الأطفال التي طبقتها العديد من دول العالم ومن بينها مصر من خلال ما يسمى " بالبرلمان الصغير " خطوة جدية وضرورة في سبيل احترام أراء الطفل ، ولقد لخص السيد كوفي عنان (***koufi Annan***) أمين عام الأمم المتحدة أهمية احترام حقوق الطفل في مقالة جاء فيها " إن الأطفال لهم نفس المكانة كالبالغين كأعضاء في الأسرة الإنسانية ، و أن الدول ملزمة بأن تدرك الهيكل العام للحقوق الإنسانية لكافة الأطفال لأنه عند استخدام التعريف الاصطلاحي للأطفال كبشر تحت سن الثامنة عشر ، فإن ذلك يحتوي نسبة كبيرة من سكان العالم ، وإذا كانوا لا يشاركون بشكل عام في العمليات السياسية إلا أن الكثير من الدول تستمتع بصورة جاء ت إلى وجهات نظر الأطفال في كثير من القضايا التي تتعلق بهم ."[3]

I-4-3- دور لجنة حقوق الطفل و التزامات الدول المصادقة:

كما هو الحال مع الصكوك الدولية الأخرى المعنية لحقوق الإنسان فإن تطبيق الاتفاقية و بروتوكولاتها الاختيار يين أن يخضع للإشراف من قبل لجنة و هي **"لجنة حقوق الطفل"** التي

[1] - أحمد داود رقية ، **المرجع السابق** ، ص:140-141

[2] - المادة 12 من **اتفاقية حقوق الطفل.**

[3] - منتصر سعيد حمودة ، **المرجع السابق** ، ص: 73-74.

تشكلت بمقتضى المادة 43 من الاتفاقية إذ تألفت من خبراء من 10 دول و عدد من الشخصيات الأخرى ذات الخلفيات التخصصية المهنية المتنوعة، و منذ ذلك الحين اتسعت عضوية اللجنة لتصبح 18 عضوا بعد إدخال تعديل على المادة 43 في نوفمبر 2002[1]، من ناحيتها تلعب اللجنة دورا أساسيا في مراقبة التقيد الإجمالي باتفاقية حقوق الطفل، إذ تتكون من أعضاء منتخبين من محامين و أكاديميين و موظفين حكوميين و مدنيين و باحثين اجتماعيين و غيرهم [2] و ينتخب أعضاء اللجنة بالاقتراع السري من قائمة أشخاص ترشحهم الدول الأطراف و لكل دولة طرف أن ترشح شخصا واحدا من بين رعاياها و ينتخب أعضاء اللجنة لمدة أربعة سنوات قابلة للتجديد إذا جرى انتخابهم من جديد[3].

تعقد اللجنة جلساتها في جنيف ثلاث مرات في السنة في: يناير، ماي و سبتمبر من كل عام و تستغرق كل جلسة أربعة أسابيع، و بمصادقة الدولة على الاتفاقية فإنها توافق على تقديم تقارير دورية إلى اللجنة عما تحرزه من تقدم في تطبيقها الأول خلال أول سنتين من تاريخ المصادقة على الاتفاقية، تليه تقارير متتابعة كل خمس سنوات و يحتوي كل تقرير على معلومات خلفية تفصيلية عن الدولة التي يعنيها التقرير و تقدم وصفا للتقدم الذي تحرزه و القيود التي تواجهها في تطبيق مراد الاتفاقية و هناك تقارير إضافية إذا كانت الدول طرفا في البروتوكولين الاختياريين[4].

I-4-4- وظائف اللجنة:

تتيح التقارير التي تقدمها الحكومات الوطنية إلى اللجنة فرصة سانحة لمراقبة التقدم و مناقشة اللجنة في الميادين المثيرة للمشاكل و تنصح الدول بأن تركز تقاريرها على العوامل و الصعوبات التي واجهتها في تطبيق الاتفاقية و في وضع أهداف محددة لتسريع إحراز تقدم على صعيد ذلك التطبيق و ترحب اللجنة بانفتاح بتلقي تقارير بديلة من المنظمات غير الحكومية التي تعمل داخل الدولة المعنية و مع أن هذه التقارير الأخيرة كثيرا ما تكون غير ضرورية إلا أنها تتبع الشكل التنسيقي ذاته الذي تتبعه التقارير الأساسية للدول كما أنها تحاول التصدي لقضايا مماثلة و إضافة إلى ذلك يجوز لمنظمات رئيسية تابعة لمنظومة الأمم المتحدة بما فيها منظمة اليونسيف الإسهام بوجهات نظرها بشأن وضع الأطفال في الدولة المقدمة للتقرير[5].

و تعين اللجنة مقررين اثنين يقومان بإجراء فحص شامل لكل تقرير و للوثائق المصاحبة له و من ثم يقومان بوضع قائمة بالقضايا و الأسئلة التي ينبغي مناقشتها مع ممثلي الدول الأطراف، و في نهاية الحوار تعقد اللجنة اجتماعا خاصا لبلورة ملاحظاتها الختامية تشمل على الخطوات الإيجابية التي

---

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **وضع الأطفال في العالم، طبعة خاصة**، المرجع السابق ، ص: 08.

[2] - ستيفان دي فلدر، تقديم أديب نعمة، **سياسات الاقتصاد الكلي و حقوق الطفل**، بيسان للنشر و التوزيع، 2000 ص :104.

[3] - المادة 43 من **اتفاقية حقوق الطفل**.

[4] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم، طبعة خاصة**، المرجع السابق، ص: 08.

[5] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم، طبعة خاصة**، المرجع نفسه، ص: 08.

اتخذتها الدولة و بتشخيص المجالات التي تعاني من مشكلات و التي تتطلب بذل جهد أكبر، و تقديم المشورة حول التدابير العملية التي يمكن تبنيها لتعزيز حقوق الطفل

و في الواقع العملي أن اللجنة تستطيع تعيين مقررا لها لمتابعة القضايا ذات الصلة خلال فترة السنوات الخمس التي تفصل بين كل تقرير تقدمه الدولة و التقرير الذي يليه و بالتالي فإن المنظمات غير الحكومية تلعب دورا حيويا في كل من مراقبة أداء الحكومات و في تقديم الدعم الملائم لتلك الحكومات بينما هي تسعى إلى الوفاء بالتزاماتها تجاه الأطفال[1].

II- الخدمــة الاجتماعية ورعاية الطفـل:

لقد أصبح الطفل موضوعا للاهتمام الشديد من جانب العالم الحديث باعتباره موضوعا للقلق وأنشطة الرعاية المنظمة، وهكذا كانت النظرة الأولى للطفل من جانب الخدمة الاجتماعية[2]. إذ ظهرت في الوقت الحاضر حركة اجتماعية متميزة المعالم تستهدف التخطيط لتوفير رفاهية الطفل وتق دمه ، وترجع بوادر هذه الحركة إلى مطلع القرن التاسع عشر إلا أن الجانب الأكبر من انجازاتها لم تبدأ إلا في الثلاثين سنة الأخيرة[3].

II-1- التطور التاريخي لحركة رعاية الطفل :

مند آلاف السنين كان المجتمع دائما بوابة مسؤوليات رعاية أنواع مختلفة من المشكلات الخاصة بالطفولة ، وفي غالب الحالات كان السبب الأساسي الذي يدفع المجتمع لتحمل مسؤوليات رعاية الأطفال هو حالة الضعف أو العجز الذي كان عليها الأطفال ، وقد بدأت هذه الرعاية على أساس المجتمع المحلي عن مساعدة الأطفال الذين تركهم آباؤهم دون مورد أو أصابهم الإهمال حيث كانت المحافظات تقوم برعاية هؤلاء الأطفال وتدفع النفقات عن طريق الضرائب المحلية ، وكانت هذه الأموال تنفق في إنشاء الملاجئ لإيداع الأطفال ، أو لمساعدة الأشخاص الذين يقومون برعاية مثل هؤلاء الأطفال ، وخلال القرن التاسع عشر كانت تهتم رعاية الأطفال أساسا بفصل الأطفال ممن يعانون العجز ، أو الفلقة أو الإهمال أو التخلف العقلي ، وتدريجيا أمكن تصنيف هذه الفئات التي كانت تودع في الملاجئ بدون تمييز وظهرت الرعاية المتخصصة في ضوء الحاجات الخاصة لكل فئة[4].

---

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **وضع الأطفال في العالم،طبعة خاصة**، المرجع نفسه، ص: 08.

[2] - د. السيد عبد الحميد عطية، **الخدمة الاجتماعية ومجالاتها التطبيقية** ، المكتب الجامعي الحديث ، 1998، ص : 241.

[3] - أ. محمود حسن، **مقدمة في الخدمة الاجتماعية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ص:307.

[4] - أ . محمود حسن ، **المرجع نفسه** ، ص: 326.

II-1-1- المبادئ الخاصة لرعاية الطفل :[1]

ـــ ينبغي عدم إبعاد الأطفال عن أسرهم بسبب الفقر فرعاية الطفل في أسرته الطبيعية حتى ولو كانت ظروفها سيئة أفضل من رعاية المؤسسات ولوكانت جيدة لذلك يجب ترك الطفل في الأسرة بقدر ما تسمح به الظروف ، وحتى لو دخل الطفل مؤسسة إيوائية لا يمكن الفصل فصلا دقيقا بين الطفل وأسرته .

ـــ عندما تدعو الضرورة الملحة إلى إبعاد الطفل عن أسرته ينبغي رعايتهم بقدر ما تسمح به الظروف في أسرة بديلة ، إذ لا تستطيع الأسر البديلة أو المؤسسات أن تمد الأطفال بما يحتاجونه من أمن وحب.

ـــ تعتبر الوسائل الوقائية وليست العلاجية من أهم أعمال الرعاية وأكثرها قيمة .

ـــ ينبغي ألا تستخدم المؤسسات الإيوائية أساسا إلا في حالات الرعاية المؤقتة ، وفي حالة استخدامها ينبغي أن تكون على هيئة وحدات صغيرة.[2]

II-1-2- اتساع مفهوم رعاية الطفل:

في المراحل الأولى من تاريخ رعاية الطفل كان الاهتمام بالفئات المعوقة أو العاجزة من الأمور الطبيعية ، وكذلك كانت الخطوة التالية في حركة رعاية الطفل عندما ظهر اهتمام المجتمع بتوفير الرعاية لجميع الأطفال ، وقد تطور هذا الاهتمام طبيعيا ومنطقيا نتيجة خبرات العمل في تقديم الرعاية لبعض الفئات الخاصة ،وخلال النصف الثاني من القرن العشرين بدا مفهوم رعاية الطفل يأخذ معناه الدقيق ، ليشمل الحركات المتعددة وأنواع النشاط المختلفة التي تستهدف توفير الرفاهية لكافة الأطفال .[3]

ويمكن أن نهتدي هنا بما جاء في التقرير النهائي للمؤتمر الثاني للبيت الأبيض الذي عقد في واشنطن في الخامس من مايو 1919م والذي تضمن ثلاث موضوعات نشير إليها في إيجازكما يلي :[4]

أولا : الوقاية العامة لصحة الأمهات والأطفال، فبالنسبة للأمومة توفير مراكز رعاية الأم والطفل لكافة الحالات التي تجد رعاية خاصة من أطباء خصوصيين والعيادات التي تقدم العلاج للحوامل والمستشفيات لاستقبال الحالات الشديدة واختيار القابلات ، وتوفير البرامج الثقافية والتربوية لتوعية الجماهير بالمشكلات الخاصة بالأمومة وأسباب وفيات الأطفال .

ثانيا : بالنسبة للرضع وصغار الأطفال ، يتم إنشاء سجلات لتسجيل أسماء جميع الأطفال،ووقاية الرضع من فقد الأبصار ، وإنشاء مراكز صحة الطفل وعيادات الأسنان وغيرها ، وتوفير مستشفيات

---

[1] - د . السيد عبد الحميد عطية ، **المرجع السابق** ، ص: 246.
[2] - أ . محمود حسن ، **المرجع السابق** ، ص :327.
[3] - أ . محمود حسن ، **المرجع نفسه** ، ص: 327.
[4] - أ . محمود حسن ، **المرجع نفسه** ، ص: 328.

الأطفال ، و إحكام رقابة الدولة على كافة مؤسسات رعاية الطفل ونشر البرامج التعليمية الخاصة بمشكلات صحة الطفل .

ثالثا: بالنسبة للأطفال في المدارس توفير إمكانيات دراسية صحية مناسبة وتوفير الملاعب وأماكن الترويح وتوفير الخدمات الصحية المدرسية ، وتوفير برامج الفحص الطبي الدوري للتلاميذ وقياس وزن الأطفال شهريا ، إن أمكن والاحتفاظ بسجلات صحية لكل طفل وتوفير الرقابةللأمراض المعدية وإنشاء العيادات الخاصة لفحص الأطفال .

والتعلم إجباري لجميع الأطفال بين سن السابعة والسادسة عشر وينتظم التلميذ في الدراسة لمدة تسعة أشهر على الأقل سنويا وينبغي توفير المدارس لجميعالأطفال.

رابعا: الإجراءات الخاصة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتشمل هذه الإجراءات تجنب إبعاد الأطفال عن أسرهم بسبب الفقر ، والاهتمام برعاية الأطفال غير الشرعيين حتى يمكن التغلب على الصعاب التي واجهت مولدهم .

II-1-3- أنواع برامج رعاية الأطفال:

يمكن تصنيف أنواع النشاطات الخاصة برعاية الطفل لأسس متنوعة و يمكن أن يقوم التصنيف على أساس حجم النشاط ، أو على أساس الميزانية المخصصة للبرنامج ، أو على أساس مصادر التمويل ، أو بالنسبة لطبيعة البيئة أو حسب أنواع المشكلات التي تعالجها المؤسسة الاجتماعية وعلى ذلك يمكن أن يكون النشاط شاملا أو محدودا ويمكن أن تقوم الميزانية على أساس المنح والهبات والاشتراكات أو عن طريق الميزانية العامة للدولة ، ويمكن أن يتبع النشاط هيئات حكومية أو هيئات أهلية[1] إلا أننا يمكن أن نميز بين أربعة أنواع أساسية لبرامج الأطفال في أنشطة رعاية الطفل وهي[2]:

- **أول** هذه الأنواع يهتم بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة و أغلب هؤلاء الأطفال يتلقون الرعاية بعيدا عن آباؤهم أو غيرهم من الأقارب الملزمين ، وفي الماضي كان يطلق عادة على مثل هؤلاء الأطفال ، المعوقين أو الجانحين أو الأطفال المهملين ، و كانت المؤسسات الاجتماعية تتحمل مسؤولية رعايتهم بعد أن تخلى عنهم آباؤهم أو أقاربهم الملزمون عن كفالتهم .
- **النوع الثاني** من خدمات رعاية الطفل يتناول حاجات معينة ومشكلات تتصل الأطفال،وقد نمت هذه الرعاية نتيجة تقبل المجتمع المحلي أو المجتمع برمته لتوفير خدمات أساسية لجميع الأطفال سواء كانوا يعيشون في رعاية آبا ءهم أو يتمتعون بهذه الرعاية ، بل يكفل المجتمع حقوقا معينة لجميع الأطفال منها " الحق أن يكون مرغوب فيه ، والحق في الحياة والحق في توفير الصحة الجسمية ، الحق في اللعب والترويح ، وقد ترجمت هذه الحقوق إلى معايير علمية ملموسة ، ويتم

[1] - أ . محمود حسن ، **المرجع نفسه** ، ص: 324.
[2] - د . السيد عبد الحميد عطية ، **المرجع السابق** ، ص:244-245.

هذا النوع من خدمات رعاية الطفل للارتقاء بحياة الطفل عامة وتعتبر مراكز تنظيم الأسرة ومراكز الأمومة والطفولة ،و تغذية تلاميذ المدارس من الأمثلة لهذا النوع من الرعاية .

- أما **النوع الثالث** من خدمات رعاية الطفل فيوجه نحو الآباء أنفسهم ، وتبذل الجهود هنا لتوسيع مجال المساعدة بالنسبة لهم ، حتى يتمكنوا من مباشرة حقوقهم الأبوية بفعالية ونجاح ، ويتضمن هذا النوع من الخدمات برامج التربية لحياة الأسرة ، وتنظيم فصول لصغار الأمهات لتعليمهن أساليب رعاية الرضع ، والخدامات الصحية للآباء .
- أما **النوع الرابع** من خدمات رعاية الطفل والذي انتشر خلال العشرين سنة الأخيرة فيتصل بالاهتمام بالمجتمع المحلي والمواقف الاجتماعية الشاملة التي ترتبط مباشرة بمشكلات الأطفال ولاتقل في أهميتها عن ظروف الأسرة نفسها .[1]

II-1-4- تعريف رعاية الطفل من منظور الخدمة الاجتماعية:

إن أي توجيه لتحسين حياة أسرة وظروف معيشتها تضع في اعتبارها رفاهية الأطفال ، إذ أن الطفل هو جيل المستقبل وأهم مورد بشري تعتمد عليه الأمم في استعمال رسالتها ونقل حضارتها ولذا سنحاول توضيح مفهوم رعاية الطفولة من منظور الخدمة الاجتماعية وذلك لأنه يكتنفه الكثير من الغموض وخصوصا أن الرعاية الاجتماعية في وقتنا الحاضر تتغير وتتطور بسرعة لتساير سرعة التغير الاجتماعي نفسه .[2]

فرعاية الطفولة هي مجموعة الجهود المهنية التي تقدم للأطفال في أسرهم أو مؤسسات رعاية الطفولة بقصد تحقيق النمو السوي أو تصحيح خطا التنشئة الاجتماعية من خلال برامج تعد لذلك الهدف يشرف عليها أخصائي اجتماعي.

II-1-5- برامج خدمة الطفولة:

لا جدال في أن البرامج ، والخدمات الاجتماعية التي توفرها دولة لتحقيق التقدم وضمان الرفاهية الاجتماعية لشعبها من الأمور التي تهم المجتمع الدولي ، وبناءا على ذلك يعتبر تأمين النمو الطبيعي للطفل من الأهداف الأساسية لرفاهية المجتمع ككل ، حيث تتحمل الأجهزة الحكومية مسؤوليات الرعاية لهذا الكائن عن طريق الميزانية العامة ومن بين برامج خدمة الطفولة ما يلي:[3]

- الإكثار من مراكز الأمومة والطفولة وتدعيمها بالمختصين المختلفين للسهر على نمو الطفل من الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية، وتعديل وظائف هذه المراكز بحيث تشتمل خدمات مثل التغذية والعلاج وتثقيف الأمهات بشؤون التنشئة.

---

[1] - أ. محمود حسن ، **المرجع نفسه** ، ص: 325.
[2] - أ. د سامية محمد فهمي، **الرعاية الاجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة**، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص: 246.
[3] - د . السيد عبد الحميد عطية ، **المرجع السابق** ، ص:251-252.

- إدخال نظام التغذية في المدارس على أسس مدروسة وقابلة للتنفيذ والكشف الدور ي الإجباري على التلاميذ واثبات نتيجة ذلك، مع جعل التعليم مجانيا وإلزاميا ، وإنشاء المعاهد الخاصة لدوي العاه ات وضعاف العقول ، والمعوقين ، وإنشاء دور الحضانة للأطفال .
- الاهتمام بإنشاء مؤسسات كثيرة للأطفال الذين ترعاهم الدولة والهيئات بعيدا عن أسرهم والذين لا أسر لهم.
- الإكثار من الأندية الاجتماعية بحيث يجد كل طفل مكانا له في النادي القريب ، ووضع أهداف كبيرة لهذه النوادي لتسيير برامجها تبعا لها حتى تضمن نمو الطفل نموا سليما مع تحقيق النظرة إليه كعضو في أسرة .
- إنشاء مراكز البحوث الخاصة بشؤون الطفل حتى تكون هذه البحوث عاملا قويا في تخطيط الخدمات للأطفال ونشر ثقافة واقعية توجه الأسرة إلى تنشئةأطفالها.
- تحيد حد أدنى لدخل الأسرة والعمل على منح الأسرة إلى هذا الحد سواء كان ذلك بالمال أو بالتشغيل أو غير ذلك ، فعموما تتفق الدراسات المختلفة على أن الأسر ة الفقيرة أسرة كبيرة ولديها رغبة الإنجاب رغم صعوبة الحياة لمواجهة الاحتياجات المادية للأسر، فالطفل رأسمال الأسرة الفقيرة لأن الأسرة ترعاه في المرحلة المبكرة في إطار إمكانيتها المحدودة ثم بعد ذلك يعتمد على نفسه في المأكل والملبس ثم يلتقطه مجال العمل للحاجة الشديدة إليه لر خص أجره نسبيا وتقبل الأسرة لمعاناته في سبيل زيادة مواردها الاقتصادية .[1]

II-2- مؤسسات رعايـــة الطفولــة :

تمارس رعاية الطفولة من خلال مجموعة من المؤسسات الاجتماعية سوف نتناول البعض منها إذ أن مؤسسات الطفولة لابد منها لحماية الكثير من الأطفال بغية إشباع الحاجات الأساسية للطفولة

II-2-1- رعاية الطفل في أسرته الطبيعية :

تعد الأسرة الوحدة الاجتماعية الأولى التي يحتك بها الطفل احتكاكا مستمرا كما أنها تعد المكان الأول الذي تنمو فيه أنماط التنشئة.[2] مثلها مثل المؤسسات الاجتماعية الأخرى لكنها أكثر ثباتا واستمرارا و انتشارا .[3]

إن الأسرة هي البيئة الاجتماعية الأولى التي ينشا فيها الطفل وتبنى فيها شخصيته الاجتماعية ، فهي المجال الأمثل للتنشئة الاجتماعية القاعدية ، وصياغة الشخصية الإنسانية في ال صرغر والتكفل بالعاجزين في الكبر ، وقد جربت المجتمعات الغربية على الخصوص بالرغم من محاولاتها المتكررة

[1] - د. محمد محمود المه دلي،**مدخل في تشريعات الرعاية الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث ، 1998 ، ص : 240 .
[2] - أ.د سهير كامل أحمد ، **تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق** ، مركز الإسكندرية للكتاب ، 2002، ص: 21.
[3] أ. مراد زعيمي ، **مؤسسات التنشئة الاجتماعية** ، منشورات جامعة باجي مختار عنابة ، 2002، ص: 66.

من ابتكار مؤسسات بديلة عن الأسرة كدور الحضانة ، ورياض الأطفال ودور العجزة ، والمسنين وكانت النتيجة تحلل في المجتمع وتمزق .[1]

ويقول **علي عزت بيكوفيتش** " تسهر بيوت المسنين جنبا إلى جنب مع بيوت الأطفال المحرومين فهما ينتميان إلى النظام نفسه ، فبيوت المسنين وبيوت الأطفال تذكرنا بالموت والميلاد الصناعيين كلاهما تتوفر فيه الراحة وينعدم فيها الحب والدفء وهما نتيجة للدور المتغير للمرأة في الحياة الإنسانية وبينهما ملمح مشترك هو زوال العلاقة الأبوية ، ففي الحضانة أطفالا بلا أباء ، وفي دور المسنين أباء بلا أطفال "[2].

II-2-1-1- أهمية الأسرة في رعاية الطفل :

إن المرونة المعنوية كما البنيوية للطفل هي ما يميزه حتما ب جعل من الحماية مهمة الأسرة بمعنى أن تكفل هذه الأخيرة الرعاية والعناية للطفل وحينئذ تكون الحماية المبتغاة مرتبطة بالبيئة الأسرية وبالعيش في أحضانها ، وتتعلق حماية الطفل أحيانا وحسب نصوص معاهدة 1989 لحقوق الطفل بضرورة وأهمية الاجتماع العائلي وذلك بأن تربية ونموه من طرف والديه ، وبأن يتم ذلك في جو أسري مفعم بالمحبة والسعادة والتفاهم حتى يترعرع ترعرعا متناسقا حيث تم الاقتناع بأهمية الأسرة باعتبارها اللبنة الأساسية للمجتمع والبيئة الطبيعية لنموه وبقاء ورفاهية الطفل .

وعلى هذا الأساس لا بد أن تولي هذه الأخيرة الحماية والاحترام والمساعدة اللازمة للتمكن من الإطلاع بمسؤولياتها اتجاه الطفل داخل المجتمع وزيادة على ذلك يقع على الدول الالتزام بضمان الاعتراف بالمسؤولية المشتركة لكلا الوالدين عن تربية الطفل ونموه ،كما تضمن الدول الأطراف عدم فصل الطفل عن والديه على كره منهما إلا عندما تقرر السلطات المختصة وفقا للقوانين والإجراءات المعمول بها وهذا في حالة معينة مثل حالة إساءة الوالدين معاملة الطفل ، أو إهماله أو عندما يعيش الوالدين منفصلين ويتعين اتخاذ قرار بشأن محل إقامة الطفل[3].

II-2-1-2- أهمية الرعاية الوالدية للطفل :

يحتاج الطفل لكي ينضج بشخصية منسجمة النمو ، متكاملة النضج إلى الحب والتفاهم ولذلك يراعى أن تتم تنشئته إلى أبعد مدى ممكن برعاية والديه وفي كل مسؤولياتها ،[4] فلكل طفل الحق أن يحظى برعاية أبويه وحمايتها له والإقامة معها إذا أمكن .[5]

---

[1] مراد زعيمي ، **المرجع نفسه** ، ص: 67.

[2] - علي عزت بيكوفيتش ، ترجمة محمد يوسف عدس ، **الإسلام بين الشرق والغرب** ، دار الشروق القاهرة ، 1994 ص: 265.

[3] - د. السيد عبد الحميد عطية ، **المرجع السابق** ، ص :122.

[4] - المبدأ السادس **من الإعلان الصادر في 1959/11/20 المتعلق بحقوق الطفل** .

[5] - المادة 19من **الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل و رفاهيته .**

ويؤكد كثيرا من الباحثين في مجال رعاية الطفولة على أن الرعاية الوالدية داخل الأسرة حتى و إن كانت غير مناسبة أفضل من أي رعاية أخرى لأن الحب الذي يمنحه الوالدين لطفلهما يعتبر في حياة الطفل غذاءا ضروريا لنموه وهذا الغذاء لا يقل عن غذائه الجسدي ، ويذكر أحد الباحثين في هذا الصدد أن من أهم عواقب حرمان الطفل من العطف والحنان والمحبة التي يمنحها الوالدين له في سنينه الأولى هو عدم قدرته على محبة الآخرين أو تلقيه المحبة منهم[1] ويكون الوالدين أو الشخصين المعهود إليه رعاية الطفل مسئولين في المقام الأول عن تربيته وعن حسن تنشئته وينبغي[2]:

- ألا تغيب أبدا عن أنظارهم مصلحة الطفل .
- أن يكلفوا ظروف الحياة الضرورية لنمو الطفل وحسن تنشئته مع مرعاة إمكانيتها وقدراتها المالية .
- أن يراعوا الانضباط المنزلي بما يضمن الطفل حسن المعاملة والكرامةالإنسانية.

II-2- 2- الرعاية في الأسر البديلة :

تتفق أراء المشتغلين والمهتمين بالطفولة على أنه لا يوجد بديل يعادل الأسر في القيام بوظائفها الأساسية وهي حضانة الطفل ، ولكن تحت ظروف معينة قد نلجأ إلى انتزاع الصغير من الأسرة ، أو قد تتخلى الأسرة ذاتها عن الطفل وهنا أمام الأمر الواقع نلجأ إلى الاستجابة برعاية بديلة تتمثل في أسرة أخرى ترعى الطفل تسمى الأسرة البديلة .

II-2-2-1- المقصود بالرعاية البديلة :

الرعاية للطفل هي عبارة عن الخدمات التي ينالها لتعوضه عما حرم منه في أسرته، وذلك بإيداعه في مؤسسة اجتماعية أو أسرة بديلة وحيث أن الأسرة هي بيئة الطفل الطبيعية، وفيها يحصل على أهم عوامل النمو.[3]

يطلق كذلك لفظ الرعاية البديلة على كل الوسائل التي تتخذ لتربية الطفل بعيدا عن أسرته الطبيعية وتقوم المؤسسات الاجتماعية باختيار الأسر البديلة التي يلحق بها الطفل وتظل هذه الأسر تحت إشراف وتوجيه المؤسسة الاجتماعية التي تعتبر نفسها مسئولة عن تتبع حياة الطفل ونموه الجسمي والنفسي والاجتماعي .[4]

وبالرغم من الجهود التي بذلت لجمع شمل أعضاء الأسرةفتمت مواقف تعتبر فيها الأسر البديلة أفضل الخطط والإجراءات لرعاية الطفل ، فبعض الأطفال يحرمون من الأبوين بسبب الوفاة أو الهجرة أو

---

[1] - د. سهير كامل أحمد ، **المرجع السابق** ، ص:66.
[2] - المادة 20من **الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته .**
[3] - د. سامية محمد فهمي ، **المرجع السابق** ، ص: 235.
[4] - د.محمود حسن ، **المرجع السابق** ، ص: 346.

الانفصال والبعض الآخر قد لا يحصل على الرعاية الملائمة في أسرهم الخاصة بسبب العجز الدائم للأبوين الذي ينشأ عن الأمراض المزمنة،... .

II-2- 2-2- خدمات الأسر البديلة :

إلى جانب قيام المؤسسة الاجتماعية بدارسة الطفل ، ودراسة الأسرة البديلة فإن المؤسسة تقوم بوظيفة أساسية تتمثل في تقديم خدمات مستمرة للأسر البديلة ،وهذه المساعدة تعتبر حيوية لكل من الطفل والأبوين البديلين ، وبالرغم من ذلك فان المؤسسة تظل في الصورة مع الأسرة البديلة وتتحمل مسؤولية نحو الطفل وضمان استقراره في الأسرة وتوفير فرص النمو له ، وكذلك يقع على عاتق المؤسسة واجب التدخل السريع في حالة تعرض الأسرة البديلة لمخاطر تهدد الطفل وقد تقوم المؤسسة بتقديم خدمات مباشرة للطفل تتصل بالحاجات الطبية التي تحتاج إلى ترتيبات خاصة بخلاف الرعاية الطبية العادية التي يمكن أن تقوم بها أي أسرة دون منشورة خارجية ، أو تقوم بالاتصال بأسرة الطفل الأصلية .

وتستهدف المؤسسة توفير بيئة أسرية طبيعيةبقدر ما تسمح به ظروف الأسرة البديلة وعدم التدخل في حياة هذه الأسرة البديلة الجديدة إلا بأقل قدر ممكن ، وتقوم المؤسسة بتدبير زيارات الآباء لأطفالهم وزيارة الأطفال لآبائهم بشرط أن لا تؤدي هذه الزيارات إلى أضرار بعلاقات الأسرة البديلة وينبغي أن يراعي الأخصائيون الاجتماعيون مشاعر واتجاهات هذه الأسر ويهتدون دائما بالمبدأ الذي يقول رفاهية الطفل ومصلحته العليا تتحقق في أحضان الأسرة البديلة[1].

II-2-2- 3- أهداف مشروع الأسر البديلة :

يهدف نظام الأسر الحاضنة (البديلة) إلى توفير الرعاية الدينية والتعليمية والاجتماعية والنفسية والصحية للأطفال الذين حالت ظروفهم دون أن ينش أوا في أسرهم الطبيعية وذلك بهدف تربيتهم وتنشئتهم تنشئة سليمة وتعويضهم عما فقدوه من عطف وحنان[2]، وذلك عن طريق:[3]

- تهيئة البيئة الأسرية البديلة لاستقبال الأطفال ومعاونتها لكي تكفل لهم الحياة الطبيعية الملائمة.
- متابعة سلامة تنشئة الأطفال داخل الأسر البديلة أو بمؤسسات الإيواء التي يلحقون بها لحين تدبير أسر بديلة لهم.
- وضع وتنفيذ برامج توعية للأسر البديلة من النواحي الثقافية والصحية عن طريق المحاضرات أو التدريب للأمهات البديلات.

---

[1] - د. محمود حسن ، **المرجع السابق** ، ص: 350-351.

[2] - المادة 114 من **الدليل التشريعي النموذجي لحقوق الطفل العربي .**

[3] - أميرة منصور يوسف علي،**محاضرات في قضايا السكان و الأسرة و الطفولة**،المكتب الجامعي الحديث، 1999 ص:210-211.

- الترفيه عن هؤلاء الأطفال في المناسبات المختلفة وذلك بالقيام برحلات ملائمة لمصاحبة أسرهم البديلة .

II-2-2- 4- الفئات المنتفعة من النظام : [1]

- الأبناء غير الشرعيين الذين يولدون خارج نطاق الزوجية ويتخلص منهمأويهم.
- الأطفال الضالين الذين لا يمكنهم الإرشاد عن داويهم وتعجز السلطات المختصة عن الاستدلال على محل إقامتهم.
- الأبناء الذين تبت من البحث الاجتماعي عدم رعايتهم في أسرهم الطبيعية مثل المسجونات وأبناء نزيلات مستشفيات الأمراض العقلية والأبناء الذين لا يوجد من يرعاهم من ذوي قرباهم أو يشردون نتيجة انفصال الأبوين.

II-2- 3- دور الحضانة "رياض الأطفال" :

تنادي نظريات التربية الحديثة وتطبيقاتها أن يكون للأطفال الذين لم يصلوا إلى السن القانوني للالتحاق بالتعليم الإلزامي ونتيجة اكتشاف البيئة التي تضغط على الطفل في سنوات طفولته المبكرة ساد الاعتقاد في الحاجة إلى توجيه وضبط المشاكل الأثرية وكانت النتيجة انتشار فلسفة التربية قبل المدرسة وزيادة الاهتمام بأهمية دور الحضانة في تنشئة الطفل .

أولا :نشأة الروضة وتطورها:

قد نشات رياض الأطفال نتيجة لجهود عدد كبير من المربين والعلماء المختصين ولقد مر ظهورها بعدة مراحل وتسميات .ومن أوائل المربين الذين اهتموا بالطفولة وكيفية تربيتها**القسيس جون أموس كومينوس** 1692-1671 الذي يعتبر من أوائل المبشرين بالتربية الحديثة.

كما أن روسو 1712-1771إذ اهتم أيضا بمرحلة الطفولة لكن أراءه تلك لم يطبقها بشكل علمي.

وقد جاء بعد روسو العالم الفرنسي **أو برلان** 1740- 1826 إذ أنشا مدارس للأطفال أطلق عليها اسم مدارس الضيافة ثم غير اسمها وأصبحت معروفة بالنظام التعليمي الفرنسي باسم مدارس الأمهات [2].

ثم ظهر **جون هنري ستا لوزي** الذي لقب بالمبشر الثاني للتربية 1746-1847 الذي قام بإنشاء ملجأ للأيتام بسويسرا حيث حاول تطبيق آراءه التربوية بشكل عملي[3].

ويعد **فريدريك فروبل** 1752-1782 المؤسس الأول لرياض الأطفال حيث أنشا أول روضة سنة 1840 وجعلها للأطفال بين الثالثة والسابعة من عمرهم تحت شعار "دعونا نوفر حياة سعيدة لأطفالنا" [4].

---

[1] - أميرة منصور يوسف علي ، **المرجع نفسه** ، ص:211-212.
[2] - د. زعيمي مراد ، **المرجع السابق** ، ص: 85.
[3] - د . رناد يوسف الخطيب ، **رياض الأطفال واقع ومناهج** ،دار النهضة العربية ،1987 ، ص:22.
[4] - د.مراد زعيمي، **المرجع السابق** ، ص: 86.

ثانيا: تعريف رياض الأطفال: تعتبر رياض الأطفال من المؤسسات الاجتماعية التي تساهم في عملية التطبع الاجتماعي للطفل ، وتقوم هذه المؤسسات باستقبال الأطفال فيما بين سن الثالثة وسن السادسة أما المؤسسات التي تستقبل الأطفال في أعمار أقل من الثالثة فتعرف بدور الرضع ***crèche***.

وتعرف المصادر التربوية الروسية رياض الأطفال : روضة الأطفال هي مؤسسة حكومية من مؤسسات التعليم العام لتربية الأطفال مابين السن3إلى7.[1]

وتعرفها المادة106 " تعتبر دار الحضانة كل مكان مناسب يخص لرعاية الأطفال إلى أن يبلغوا سن الثالثة، وتخضع دور الحضانة للترخيص والإشراف والرقابة من الجهة المختصة".[2]

وقد تعددت التعاريف لديار الحضانة ومن هنا يمكننا أن نستنتج أن دار الحضانة هي مؤسسة تربوية اجتماعية تقوم برعاية الأطفال قبل سن الإلزام مهيأة لهم جو أسري سليم يعوضه عن غياب الأم بسبب عملها أو لأي سبب آخر بغية تحضيره للحياة الاجتماعية بصفة عامة والحياة المدرسية بصفة خاصة.

خامسا:برامج دور الحضانة :

من أهم برامج دور الحضانة ما يلي :

البرامج الصحية : لقد وضعت الدول الست والأربعين الموقعين على دستور هيئة الصحة العالمية ويؤكد هذا الأخير على أهمية العناية الخاصة بصحة الأطفال ويقول في إحدى فقراته **" أن نمو الأطفال نموا سليما يعتبر موضوعا ذا أهمية أساسية ، ..."** ويعتبر الفحص الصحي الشامل أساسا للحكم على صحة الطفل ووسيلة لرسم السياسات الصحية ويتضمن البرنامج الصحي إعداد سجلات صحية فردية تتضمن تاريخ الأمراض التي أصابت الطفل وتحضينه من المرض والتفتيش الصحي وعزل الحالات المشكوك فيها ، برامج الإسعاف والتطعيم ضد الأمراض المعدية .

ومن الخبرات المألوفة في دور الحضانة تقديم وجبات صحية للأطفال تحتوي على العناصر الضرورية اللازمة للنمو ،[3] وإن أثر سوء التغذية لا ينحصر خطره فقط في مجال النمو الجسمي بل تعداه إلى النمو العقلي أيضا فقد أجرى **بلانتن *BLANTON*** دراسة على **6500 طفل** ألماني ظهرت عليهم جميعا دلائل سوء التغذية بشكل ملحوظ.[4]

البرامج الاجتماعية: وهذا للالتحاق وتهيئة الطفل للمدرسة الابتدائية وعلى مؤسسات ما قبل المدرسة تهيئة المرافق والأجهزة والأدوات التي تساعد الطفل على هذه التنمية العقلية التي تتمثل في الذكاء والتفكير ،... ويعد هذا بمثابة تهيئة ضرورية لانتقال الطفل للمدرسة الابتدائية[5].

---

[1] - رابح تركي ، **أصول التربية والتعليم** ،ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة الثانية ، 1990 ، ص: 89.

[2] - المادة 106 من **الدليل التشريعي النموذجي لحقوق الطفل العربي .**

[3] - د. محمود حسن ، **المرجع السابق** ، ص: 342-343 .

[4] - د. سهير كامل أحمد ، **المرجع السابق** ، ص :138-139 .

[5] - د.سامية محمد فهمي ، **المرجع نفسه** ، ص :241.

برامج ترويجية وثقافية : ومنها النشاط الداخلي مثل القصص ، الرسم الأشغال اليدوية والتربية الموسيقية ثم النشاط الخارجي مثل ألعاب البناء الهدم التزحلق والمسابقات والألعاب ، ومشاهدات الطبيعة وكذلك الرحلات المختلفة [1] وهذا تبعا لما ناداه الإعلان العالمي لحقوق الطفل الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في 20نوفمبر 1959 ، احتياج الطفل إلى اللعب والنشاط والترفيه أمر مسلم به صراحة .

II-2- 4- رعاية الأطفال بالمؤسسات الإيوائية :

عدم التكيف أو التهميش يأخذ شكل حرمان من الطفولة ومن مباهجها من التربية أو التمدرس أو حرمان حتى من أبسط مقومات الحياة الكريمة حيث يأخذ عدم التكييف أبعادا تختلف بحسب السن والجنس ، ومن تم فالأطفال المحرمون هم فئات مختلفة جامعهم عدم الاندماج في المجتمع بطقوسه وقيمه وضوابطه المتعارف عليها ، إنما هم يصنفون إلى عدة فئات تبعا لأسباب عدم التكيف ونجملها في الأطفال المتخلي عنهم ، الفقراء ، المعوقون ، المشردون ، المحتجون ، الممزقون عائليا و الأطفال غير الشرعيين ،...الخ.

ومن المتفق عليه أن الوقاية أكثر احتمالا في نجاحها من العلاج ، وم ما لاشك فيه أن المؤسسات الإيوائية التي يلتحق بها الأطفال إحدى التدابير الوقائية والعلاجية التي تساهم في حماية الأطفال من الانحراف والتشرد،... .

II-2- 4-1- تعريف المؤسسات الإيوائية :

تقوم هذه المؤسسات برعاية الأطفال من السن السادسة **" بنات وبنين "** ومن المعرضين للانحراف لوفاة الوالدين أو إحداهما ، ومن في مكانهم ، ويهتم البرنامج الاجتماعي بهذه المؤسسات بتوفير الخدمات الطبية والصحية والتربوية والمهنية ،والمؤسسة تأوي الأطفال العائلين في شكل جماعي . [2] ويتضمن نظام المؤسسة تنظيما للزيارات الأسرية للطفل [3].

أولا: نشأة المؤسسات الإيوائية : خلال القرن التاسع عشر كانت القاعدة العامة لرعاية الأطفال من الفقراء والأيتام هي إيداعهم في الملاجئ أو المؤسسات الإيوائية المختلفة ، وقد ظلت هذه المؤسسات لفترات طويلة في عزلة عن المجتمع الخارجي و تسير على نظم جامدة تبعد كلية عن النتائج العملية و الدراسات الخاصة برعاية الطفل ، و كانت النتيجة أن ساد الشك في قيمة كل أنواع المؤسسات الإيوائية الخاصة برعاية الطفل .ولم تكن هذه الظنون عديمة الجدوى بل سارعت كثيرا من المؤسسات إلى تطوير برامجها حتى تؤكد أهمية المؤسسات الإيوائية في رعاية الطفل ، و أخذت هذه المؤسسات

[1] - د. سعد مرسي أحمد وكوثر حسين كوجك ، **تربية الطفل** ، عالم الكتب ، الطبعة الثانية ، 1987 ،ص:82.
[2] د.سامية محمد فهمي ، **المرجع السابق** ، ص: 243.
[3] د. همام محمد محمود زهران ، **تشريعات الطفولة** ، الدار الجامعية الجديدة للنشر 2005، ص: 99.

في الاستفادة من المع ارف والأساليب الجديدة ،وفي غضون الخمسينيات من القرن الحالي أكدت المؤسسات قدرتها على تقديم خدمات أساسية وفعالة .[1]

ثانيا: شروط القبول بالمؤسسة للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية: [2]

- يشترط ألا يقل السن عن 6 سنوات ولا يزد عن 18 سنة على أنه يجوز استمرار بقاء الطفل في المؤسسة بعد بلوغه سن 18 سنة وبحد أقصى 21 سنة إذا كان مازال ملتحقا بالتعليم وذلك إلى أن يتم تخرجه.

كما يجب أن تنطبق عليه الحالات التالية :

- أن يكون يتيم الأبوين أو إحداهما و يثبت من البحث الاجتماعي إعسار الأسرة والحاجة الملحة إلى رعاية أبناءها بهده المؤسسات.
- أن يكون الأب أو الأم نزيل مستشفى الأمراض العقلية أو مودعا إحدى السجون بسبب الحكم عليه بالسجن، وذلك إذا تبت من البحث الاجتماعي عدم توفر الرعاية الاجتماعيةاللازمة.
- أبناء الأسرة المتصدعة بسبب الطلاق أو زواج الأب أو الأم أو كليهما بشرط عدم وجود كفيل لرعاية الطفل و يثبت من البحث الاجتماعي حاجته إلى الرعاية الاجتماعية.
- ألا يكون قد صدر على الطفل حكم في تشرد أو جناية أو جنحة أو مخالفة أو سبق إيداعه إحدى مؤسسات رعاية الأحداث.
- ألا يكون مصابا بأحد الأمراض العقلية أو العصبية أو الأمراض المعدية .

III- الرفاهيـة الاجتماعيـة:

لقد مر تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية بعدة مراحل مختلفة ، حيث كان تدخلها في النشاط الاقتصادي يزداد من فترة لأخرى بما تملكه من إمكانيات مالية ومؤسسية بالإضافة إلى نداءات بعض الاقتصاديين بتدخل الدولة في النشاط الاقتصادي والدخل القومي [3]. لاسيما **كينز** في كتابه النظرية العامة ، أما اجتماعيا فإن دورها ظهر من خلال إعادة توزيع الدخل حيث تقوم بتحصيل الإيرادات في شكل ضرائب ورسوم لتعيد توزيعها بين مختلف الفئات الاجتماعية في شكل تحويلات وذلك عن طريق سياسة الميزانية، وقد تطور الأمر فيما بعد ليصبح تدخل الدولة في المجال الاجتماعي أمرا ضروريا وفقا لمبدأ التضامن الاجتماعي والتضامن بين الأجيال ليتم تكريس هذه المبادئ فيما يعرف بالحماية الاجتماعية، ومن هنا يمكننا القول بأن الحماية الاجتماعية تضم مختلف الأفكار والسياسات الموضوعة من طرف هيئة محددة لضمان الرفاهية ***"Bien être"*** لأعضاء المجموعة، ويتم التعبير

---

[1] د . محمود حسن ، **المرجع السابق** ، ص: 351-352.
[2] د.أميرة منصور يوسف علي ، **المرجع السابق** ، ص: 229-230.
[3] - حازم الببلاوي، **دور الدولة في الاقتصاد**، دار الشروق، القاهرة، 1998، ص: 98.

عن الرفاهية من خلال مؤشرات التنمية الاجتماعية التي يمكن قياسها من خلال ظروف المعيشة ضمان الدخل، والشغل، وتساوي الفرص في الحصول على الدراسة، الصحة، الرعاية...إلخ.

إن تكامل نيل الحقوق يعطي للعدالة الاجتماعية بعدها الراسخ، وفي الواقع هناك دول فيها حقوق مدنية وسياسية لكنها من دون حقوق اجتماعية وأخرى فيها سياسات الرفاهية الاجتماعية لكنها من دون حقوق مدنية وسياسية، ويفترض نيل الحقوق الاجتماعية تخفيض درجة معينة من العدالة، ولا يمكن الوصول إلى ذلك إلا من خلال مؤسسة تتسم بالحياد والنزاهة وذلك هو شأن الدولة لأن هذه الأخيرة تملك من الوسائل ما يؤمن إمكانية إعادة التوزيع المرغوب فيه اجتماعيا، فالعدالة مسألة قيمة لكنها تعتمد على ميدان الاقتصاد وعلى أساس هذا نشأ فرع ينتمي إلى علم الاقتصاد هو اقتصاد الرفاهية ***"Welfare Economies"*** الذي يهتم بكفاءة إعادة التوزيع وسياسة الدولة في ميدان الرفاهية الاجتماعية، والرفاهية هذه هي مسؤولية الدولة ح صرا ويتم ذلك من خلال شرعنة واجبات وحقوق قانونية لفائدة السكان ، الواقع تنطوي ممارسة الرفاهية الاجتماعية على قيم أخلاقية فشتان بين أن يكون المرء صاحب حق يضمنه القانون وأن يكون متسولا بسبب ضغط الحاجة، وهذا موقف أخلاقي يرفع من شأن الإنسان ولا يذله هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى أن نسبة كبيرة من الأفراد يعانون عوزا ناتجا من ظروف غالبا ما تكون خارج نطاق سيطرتهم.[1]

III-1- تعريف دولة الرفاهية:

إن الأدبيات المتصلة بدولة الرفاهية بدأ ت من خلال الفترة "1920-1950" من قبل **بيجو** والمعيار المستند عليه في هذا المجال هي نظرية **باريتو** للحل الأمثل وهذه القاعدة ترتكز على فرضين أساسيتين: [2]

- الفرد هو الحاكم الوحيد على رفاهيته.
- الرفاهية الاجتماعية لا تتأثر إلا بواسطة رفاهية كل فرد في المجتمع.

فهو شكل للدولة معتمدا على سياسة ميزانية نشطة وعلى توسع في الحماية الاجتماعية، ذلك أن هذا الشكل للدولة أخذ على عاتقه مسؤولية توفير قدر من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للمواطنين وضمان تحقيق درجة عالية من العدالة والمساواة بينهم، مستفيدة من سيادة الديمقراطية والمشاركة الشعبية في الحكم التي ما فتئت تدعم المطالب الاجتماعية إلا أن هذه الدولة عرفت أزمتها بنهاية

---

[1]- أ. هاي حسن، النموذج الاجتماعي الديمقراطي- **دراسة مقارنة بين السويد والنرويج والدنمارك وفنلندا** ، مركز دراسات الوحدة العربية، 2006، ص: 230-234.

[2]- AHMED ZAKANE, Thèse de Doctorat d'Etat, **Dépense publiques productive, croissance de long terme et politique économique**, UNIV. D'Alger, 2002/2003, p: 26-27.

السبعينات نظرا لتراجع معدلات النمو الاقتصادي وهذا ما جعل الحكومات عاجزة عن التكفل بمشاكل كل المجتمع مثلما كان ذلك سابقا.[1]

المهمة الأساسية لكل أنماط دول الرفاهية هي أن تتكفل قانونيا بالرفاهية التي تعني تحويلات نقدية. وخدمات ووضع وتنفيذ سياسات تشمل حقوق الصحة والتعليم والإسكان والتأمينات الاجتماعية وحماية العمل ودعم العوائل، نتيجة لكل ذلك أصبح من الضروري توفير حماية وضمان كل الأفراد الذي يعانون مرضا، وغير القادرين بسبب نقص المهارة، وكل الذين لا يستطيعون الإيفاء بتكاليف السكن والذين لا يستطيعون إشباع حاجات عوائلهم وتربية أطفالهم وكل العوائل التي تفقد المعيل بسبب الوفاة. هذه الضمانات هي جماعية بطبيعتها ومن غير الممكن توفيرها وتوزيعها إلا من خلال مؤسسة تعمل وفق قانون رسمي ملزم وهذه المؤسسة هي الدولة ولذلك تدعى دولة الرفاهية.

لكن ما هو الأساس الذي تستخدمه دولة الرفاهية لتفئة السكان حسب احتياجاتهم ومستويات دعمهم؟

غالب دول الرفاهية في الغرب استفادت ولا تزال من نمط تطور الحاجة مع "دورة حياة الإنسان" النمط الذي قام على أساس دراستين كان قد أجراهما على انفراد كل من سيبوم رونتري ***Seebohn Rowntree*** وتشارلز بوث ***Charles Booth*** في نهاية القرن التاسع عشر أوضحت كل من الدراستين أن الفقر وبالتالي الحاجة إلى الدعم يرتبط بدورة حياة الإنسان: إن أول دورة للفقر يواجهها الإنسان في مرحلة الطفولة عندما يكون للوالدين عدد من الأطفال، لا يكفي دخل أي منها إعالة العديد منهم وفي الدورة الثانية لحياة الإنسان تنخفض درجة الفقر لأن الشباب في هذه المرحلة يبدأون في كسب الدخل ومن تم تبدأ الحالة الاقتصادية بالتدني في مرحلة تشكيل العائلة وتستمر هذه الحالة إلى أن يكبر الأطفال ويبدأون بالإسهام في دخل العائلة وبعد ذلك يغادرونها الواحد تلوى الآخر وتختلف سياسات الرفاهية الاجتماعية في ما بين الدول على الرغم من أن الهدف في كل هذه الدول هو تقليل التفاوت فيما بين فئات المجتمع، ومحاربة الفقر، وتحقيق درجة معينة من العدالة الاجتماعية.[2]

III-2- تعريف دولة التحويلات:

وهي عبارة عن تطور سلبي في مسار دولة الرفاهية، حيث انطوت على تحويلات ليست بالضرورة من الأغنياء للفقراء، فمع مرور الوقت لم يعد التركيز منصبا على حماية القطاعات الأكثر تعرضا للأخطار الناجمة عن عدم المساواة المتأتية عن النظام وإنما انصب الاهتمام على الاستمرار في تعويض الذين تخلفوا عن الركب في سباق الرفاء مع ترك القطاعات الأضعف قدرة على ممارسة الضغط السياسي على أطراف الطريق.[3]

---

[1] - د. قدي عبد المجيد، **المدخل إلى السياسات الاقتصادية الكلية، دراسة تحليلية تقيمية**، د.م.ج.، ط II، 2005 ص: 13.

[2] - أ. هاي حسن، **المرجع السابق**، ص: 234-235.

[3] - د. قدحي عبد المجيد، **المرجع السابق**، ص: 13.

III-3- تعريف الدولة الحمائية دولة الرعاية"*Etat Providence*":

ظهر مصطلح الدولة الحمائية مع مطلع سنة1870 من طرف مفكرين أحرار وهي:

1. نموذج اقتصادي واجتماعي تلعب فيه الدولة أو بالأحرى السلطات العمومية الدولة والجماعات المحلية، تنظيمات الحماية والضمان الاجتماعي دورا هاما في تنظيم الاقتصاد وإعادة توزيع الثروات.

2. الدولة التي تتدخل في المجال الاجتماعي من خلال نظام مترابط ومتناسق للدعم والتكفل الجماعي والذي يسمح بضمان وجود دخل لمواجهة المخاطر الاجتماعية "الأمراض حوادث العمل، الموت الشيخوخة، الأمومة والبطالة [1]، ولقد جعلت دولة الرعاية بشكل نظرية من قبل اللورد بيفردج ***Beveridge*** في تقريره حول الحماية الاجتماعية عام 1942 في بريطانيا العظمى [2]. وأخذت دولة الرعاية صورة النظام الكامل للحماية الاجتماعية منذ 1945 من خلال التأمين ضد الأمراض، المنح العائلية، التكفل بحوادث العمل، والتقاعد وابتداء من سنة1958 التكفل بالبطالين.

وقد مكن دولة الرعاية من القيام بدورها المتزايد ذلك التطور المقابل في الأدوات المالية والنقدية التي تسيطر عليها بما يوفر لها إمكانيات تعبئة الموارد المالية اللازمة للقيام بهذه الخدمات، وقد ارتبط تزايد دور الدولة في تقديم الخدمات الأساسية بتزايد دورها في إعادة توزيع الدخول والثروات بما يحقق مزيدا من العدالة والمساواة بين المواطنين.[3]

III-4- نظريات الرفاه الاجتماعي:

في النظرية الاقتصادية المجتمع يقال أنه فعال عندما يستطيع تحقيق شروط **PARETO** للرفاهية الاجتماعية، والمجتمع الفعال ليس بالضرورة أن يكون مستقرا وإنما يستوجب عليه القضاء على النزاعات والفوارق داخل المجتمع وترسيخ الديمقراطية وتحقيق العدالة الاجتماعية، هذه الأخيرة لا يمكن تحقيقها إلا بتحقيق عدالة في توزيع الدخول بين شرائح المجتمع مع أولوية توفير حاجات الأفراد البسطاء، ومن هنا نستنتج أن هدف العدالة الاجتماعية هو تمكين أكبر قدر ممكن من الأفراد للعيش برفاهية وذلك بضمان لهم دخل محترم وتحسين مستواهم المعيشي ومن بين النظريات التي تصب في هذا المجال[4]:

III-4-1- نظرية Rewls 1971:

أعطى **Rewls** للعدالة الاجتماعية حظها في النظام الليبرالي وذلك بتوفير الحاجيات الأساسية التي يقصد بها (دخل، عمل، غذاء) فأسس نظريته على "مبدأ الاختلاف" الذي يبين اختلاف مستوى

---

[1]- Abdelmadjid Bouzidi, **comprendre la mutation de l'économie algérienne** ; société national de comptabilité p : 40.

[2]- Pierre Rosanvallon, **la crise de l'état providence**, 1ère édition, 1981, p : 29.

[3]- عادل أحمد حشيش و سوزي عدلي ناشد، **أساسيات علم الاقتصاد ، مدخل لدراسة أصول الاقتصاد السياسي** الطبعة الجديدة ، 2001 ص: 647-648.

[4]- Batifoler Philipe, **protection sociale**, dunod, Paris, 2000, p : 16.

الرفاهية الاجتماعية للأفراد ولو كانوا من نفس الفئة ولكل فرد له مستوى خاص به من الحاجيات الأساسية واعتمدت نظرية **Rewls** على مبدأين أساسين هما: مبدأ التأمين أي التأمين من الأخطار الاجتماعية ومنطق التضامن المعتمد على التعاون بين مختلف شرائح المجتمع ، فبهذين المبدأين نستطيع حسب **Rewls** توفير الحاجيات الأساسية وتحقيق العدالة الاجتماعية و لا يتم ذلك إلا عن طريق الاشتراكات الاجتماعية للضمان الاجتماعي وفرض الضريبة التصاعدية وتلعب قوة التشريع دورا مهما في الحفاظ على هذا المعدل.

وفي سنة 1993 أعطى **Rewls** مفهوم جديد للعدالة الاجتماعية المرتبطة بالعقد الاجتماعي أي بمعنى يستوجب على كل فرد تطبيق قواعد الفيلسوف **Kante** المتعلقة بالمعاملة المتبادلة ونقصد بهذا أنه على كل فئة من المجتمع تمويل فئة أخرى مستحقة للتمويل وذلك بتطبيق مبدأ التأمين في إطار تضامني محض، ويتم تحصيل الموارد دون إلحاق ضرر بالجهات الممولة.

III-4-2- نظرية Kolm:

أوضح **Kolm** بأن العدالة الاجتماعية التي تضمن رفاهية المجتمع، تتمثل في توفير مناصب عمل للبسطاء "العمل هو مقياس الرفاهية" فبتوفير مناصب عمل جديدة للفقراء تتمكن من إعادة توزيع الدخول بين أفراد المجتمع وتتم بذلك العدالة الاجتماعية.[1]

III-4-3- نظرية بيجو pigeou للرفاهية:

الرفاهية كلمة ترتبط بالسعادة و رفه العيش ولقد حاول بيجو أن يحلل مجال دراسة اقتصاديات الرفاهية فعرفها بأنها ذلك الجزء من الرفاهية الاجتماعية التي يتناوله المقياس النقدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، بعبارة مختصرة فإن بيجو ربط بين الرفاهية العادية كأساس لسعادة الإنسان معتمدا على فكرتين:

أ. الرفاهية الاقتصادية الحالية تنطوي على أن زيادة في الدخل القومي الكلي للمجتمع تؤدي إلى الزيادة في الرفاهية الاقتصادية شريطة نصيب الفقراء من هذا الدخل لا ينقص عما كان عليه قبل الزيادة.

بـ. أما الفكرة الثانية هي أنه تغيير الدخل لصالح الفقراء سوف يؤدي إلى زيادة الرفاهية الاقتصادية.[2]

وقد تحدث بيجو كذلك في كتابه الشهير بعنوان **اقتصاديات الرفاهية** باعتبار أن الرفاهية لا تتوقف على النشاط الفردي، بل تتوقف على النشاط الجماعي مع ملاحظة أن تنمية مظاهر الرفاهية الاقتصادية وتحقيق آثارها الاجتماعية يستلزم دورا نشيطا وإيجابيا للدول، وما يمكن ملاحظته أن بيجو قد تجاوز

[1]- عبد الرزاق فارس، **الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي** ، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2001 ص: 94.

[2]- حسين عمر، **الرفاهية الاقتصادية**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1993، ص: 85.

اقتصاد الثروة وانتقل إلى اقتصاديات الرفاهية والهدف منه زيادة الإشباع الأقصى يمثل في نظره الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية، وهو يتوقف على ثلاثة شروط تقابلها ثلاثة أوجه لتدخل الدولة:

أولا: التوزيع الأمثل لأدوات الإنتاج وهذا هو شرط "كفاءة النظام".

ثانيا: التوزيع العادل للدخول، وهو الذي يسمح بزيادة الاستهلاك وإشباع الحاجات الاقتصادية للأفراد الأقل حظا والأكثر احتياجا وهو شرط "عدالة النظام".

ثالثا: تصحيح النشاط الاقتصادي من خلال الزمن كمنع التقلبات في الدخل والبطالة والبرامج الاجتماعية وهذا هو شرط "استقرار النظام"[1].

III-5- نماذج وأنماط أنظمة الرفاه الاجتماعي:

تغطي أدبيات الرفاه الاجتماعي مدى واسعا من الشروحات النظرية حول المفاهيم والظروف التاريخية لنشأة نظم الرفاه الاجتماعي. إن المفهوم الذي تمت صياغته من قبل **إسبينغ أندرسن Esping-Andersen** مبني على سجل تاريخي طويل من تصنيف الأنواع المختلفة من حالات الرفاه الاجتماعي التي تناولتها الدراسات الاجتماعية المقارنة بدءا بالإسهامات النظرية **لريتشارد تيتموس Richard Titmuss** وغيره ممن بكروا في وضع النظريات حول هذا الموضع. إن النظرية الكلاسيكية **لتيتموس** (1958-1974) على سبيل المثال المتعلقة بحالات الرفاه الاجتماعي تقترح نموذجا يمكن تصنيفه في ثلاثة نماذج فرعية تبعا لكيفية تلبية كل من السوق والعائلة والدولة لحاجيات المواطن.

نموذج الفضل المتبقي: Residual Model: والذي يقول بأنه يترتب على دولة الرفاه أن تقدم حد أدنى من المنافع فقط عند انهيار البنى الطبيعية التي تلبي حاجات الأفراد والعائلات والسوق.

نموذج الإنجاز أو الأداء الصناعيIndustrial Achievement- Performance Model: ويبنى حول العمالة الفردية الخاضعة لسيطرة قوى السوق الحرة حيث يكون دور الضمان الاجتماعي فيها تكميليا.

النموذج المؤسسي: والذي بالمقارنة مع النموذجين الآخرين يرى أن دولة الرفاه هي وظيفة رسمية للمجتمع المعقد الحديث يتعين بموجبها على هذا المجتمع أن يقدم الخدمات التي تقتضيها حاجات الأفراد في إطار تحقيق المساواة الاجتماعية. ولقد قام **إسبينغ أندريس** في كتابه العوالم الثلاثة لرأسمالية الرفاه عام 1990 بالتوسع في التصنيف الذي وضعه في مرحلة مبكرة فقدم تصنيفا جديدا مؤثرا لدولة الرفاه هي تمييزه بين ثلاثة أنماط مطبقة في البلدان الغربية.

[1] - أ. معتز بالله عبد الفتاح ، **الأسس الفلسفية و السياسية للوظيفة التوزيعية للدولة**، مركز دراسات الوحدة العربية 2006، ص:181.

النمط الديمقراطي الاجتماعي : إن دولة الرفاه الاجتماعي وفق هذا النمط مكونة من ائتلاف الطبقة العاملة والمزارعين في الدول الإسكندافية (السويد، الدانمارك، النرويج) ترتكز على حقوق المواطن في الرفاه الاجتماعي المعترف بها عالميا وتعترف للمواطن بالأحقية في منافع سخية هادفة وتحقيق المساواة، وهنا نجد أن الدولة هي التي توفر ضمانات الرفاه الأساسية، وهي لا ترتبط بين الحقوق الاجتماعية والمشاركة في سوق العمل، بل تعتبرها من الحقوق الأساسية للمواطنين كافة.

النمط الخاص بالشركات : إن النمط الخاص لدولة الرفاه الخاص بالشركات والمتكون من القوى المحافظة في القارة الأوروبية كألمانيا، وبلجيكا وفرنسا فهو أيضا يقدم منافع شخصية، إلا أن أحقية المواطن للحصول عليها مشروطة لموقعه الوظيفي في سوق العمل ووفق هذا النمط تقوم العائلة بتوفير المستوى الأول من الرفاه الاجتماعي لأفرادها وفقط عندما يفشل هذا التكافل العائلي يمكن للفرد أن يطلب الدعم من الدولة.

النمط الليبرالي: أما دولة الرفاه من النمط الليبرالي والتي تكونت في البلدان الأنجلوساكسونية الو.م.أ والمملكة المتحدة فإنها تنشئ حقوقا في الرفاه محدودة وفي نموذج **"الفضل المتبقي"** كما في نموذج تيتموس السالف الذكر ففي الأنظمة الليبرالية يتولى السوق مسؤولية توفير خدمات الرفاه الاجتماعية من منطق أحكام هذه الأنظمة إلى قوى السوق في شتى الأمور، أما معونات الرفاه التي تقدمها الدولة فإنها محصورة بالذين لا يستطيعون المشاركة في اقتصاد السوق بسبب العجز أو الشيخوخة.[1]

III-6- الفقر وتأثيره على آليات رفاهية الطفل:

تعد ظاهرة الفقر واحدة من المعضلات التي واجهتها المجتمعات والحكومات والنظريات الاجتماعية منذ أقدم العصور، فالعديد من الثورات الاجتماعية والسياسة الكبرى في التاريخ الإنساني كان الفقر سببها الرئيسي.

ويعد الأطفال من أولى ضحايا هذه المشكلة وهم أكثر الفئات تأثيرا بهذه الظاهرة، فهم يتعرضون إلى مخاطر تعيق نموهم الجسمي وتنمية قدراتهم العقلية، وكثيرا ما يكونون ضحايا الإعاقة والإهمال والقسوة والاستغلال ويعاني الأطفال من ويلات الفقر والأزمات الاقتصادية كالجوع والتشرد كما يعانون من الأوبئة وتدهور صحة البيئة مما يزيد من معدلات وفيات الرضع، وقد حاولت الكاتبة **سوينا لوثر** في كتابها عن تكييف الأطفال مع الفقر إيجاد آليات تربوية ونفسية للتخفيف من حدة وطأة الفقر على الأطفال وترى الكاتبة أن الاهتمام بتنمية الطفل وتكييفه أمر ليس بجديد وتضيف **لوثر** أن نسبة الفقر بين الأطفال في الو.م.أ آخذة في الازدياد حيث ارتفعت من14 % في عام 1979 إلى 25 % في

[1] - طاهر كنعان ومي حنانية، **أنظمة الرفاه في شرق آسيا، حالات منتقاة: كوريا الجنوبية ماليزيا، الصين** ، مركز دراسات الوحدة العربية، 2006، ص: 294-296.

عام 1996 حيث أصبح بعض الأطفال يعيشون في ظروف اقتصادية واجتماعية صعبة [1] ونظرا لخطورة المشكلة لقد أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة بقرارها (196/47) أن **السابع عشر من أكتوبر** اليوم الدولي للقضاء على الفقر حيث احتفلت به الكثير من المنظمات غير الحكومية في كثير من الدول إن ذلك اليوم العالمي الذي يشدد على الصلات بين الفقر وحقوق الإنسان احتفل به لأول مرة الآلاف من المشاركين عام 1987 بساحة الحريات وحقوق الإنسان بباريس وقد استجاب عما يزيد عن 100000 شخص للدعوة التي صدرها **جوزيف ورسينسكي** للتجمع في **توركادير** بباريس في 17 أكتوبر 1987 لإحياء ذكرى ضحايا الفقر المدقع والعنف والجوع، وأعلن ذلك التجمع الفقر بشكل انتهاك لحقوق الإنسان وأكد الحاجة إلى التجمع معا لكفالة احترام تلك الحقوق.[2]

وعليه فإن مفهوم الفقر قد اختلف المفكرون في تحديده ويبدو الاختلاف بين علماء الاقتصاد الذين يعتمدون على معايير كمية وعلماء الاجتماع الذين يركزون أكثر على الأبعاد الاجتماعية.

إذ عرفه بنيامين رونتري ***B.S.Rowntree*** في نهاية القرن التاسع عشر في محاولة لتعريف الفقر إذ توصل إلى أن الفقر يتمثل بكمية المبالغ النقدية المقبولة اجتماعيا للحصول إلى الحد الأدنى الضروري للحياة من أجل البقاء واستمرار الكفاءة البدنية في حين يعرف الفقر بحالة الحرمان المادي الذي تتجلى مظاهره في انخفاض الاحتياجات الأساسية من ال غذاء وما يرتبط بها من تدني الحالة الصحية والمستوى التعليمي، والمتطلبات السكنية عن مستواها الملائم والحرمان من تملك السلع الضرورية التي تعد معايير أساسية لوصف الفقر ويحدد البنك الدولي (1995) الفقر بعدم القدرة على تحقيق الحد الأدنى لمستوى المعيشة في مجتمع من المجتمعات في مدة زمنية محددة. [3] كما أن دراسات أخرى قد دعاها البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة ***UNDP*** وهي تحاول تقديم رؤى أبعد من هذا التصور، المتمثل بقدر الأسرة على تلبية حاجياتها الأساسية أو مقاومة أشكال متنوعة من الصعوبات كالمرض والعزلة الاجتماعية أو المادية جاء فيها[4]:

الفقر هو الجوع، الافتقار إلى المأوى المرض وليس للمريض القدرة على المعالجة.

الفقر هو الأمية وليس القدرة على الذهاب للتعلم وعدم القدرة على التعلم كما ينبغي.

الفقر هو عدم امتلاك العمل، والخوف من المستقبل والعيش ليومه، الفقر هو موت الأطفال لعدم توافر المياه النظيفة، كما يمثل العجز والافتقار للتمثيل والحرية.

---

[1] - أ. د عثمان الحسن محمد نور، **صحة الأطفال ووفياتهم والفقر الحضري**، دراسة تطبيقية في بعض المناطق الظرفية بمدينة الخرطوم الكبرى ، كلية الآداب – جامعة الملك سعود- الرياض ص: 4-5.

[2] - تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، **الاحتفال باليوم الدولي للقضاء على الفقر**، 2006، ص: 02-03.

[3] - د. سالم توفيق النجفي، د. أحمد فتحي عبد المجيد، **السياسات الاقتصادية الكلية للفقر مع إشارة خاصة إلى الوطن العربي**، مركز دراسات الوحدة العربية، 2008، ص: 39-40.

[4] - د. سالم توفيق النجفي، وأحمد فتحي عبد المجيد، **المرجع نفسه**، ص: 41.

ويعرف فقر الأطفال على أنه البيئة التي تحد من التطور العقلي والبدني والمعنوي والروحي لهم ويقدم برنامج اليونيسيف مفهوما لفقر الأطفال حيث يختلف فقر الأطفال عن فقر البالغين وذلك لوجود أسباب ومؤثرات مختلفة تؤثر عليه وتأثير الفقر على مرحلة الطفولة له تأثير دائم، يعتمد الأطفال بصورة خاصة على والديهم وبالتالي وضع الأم، الأب ، العائلة و بصورة عامة المجتمع القريب له تأثير قوي ومباشر على رفاهة الأطفال إلا أن تأثير السياسات العامة وتوفير الخدمات العامة تؤثر بصورة مباشرة على فقر الأطفال.[1]

III-6-1- الفقر والأطفال وحجم الأسرة:

هناك علاقة بين حجم الأسرة والفقر، يلاحظ العديد من الدراسات النظرية والتطبيقية أن احتمالات الفقر في الأقطار النامية بين العائلات الكبيرة تكون أقوى منها بين العائلات الصغيرة وبالتالي حجم الأسرة يتناسب تناسبا عكسيا مع معدل استهلاك الفرد ودخله في الدول النامية كما أن حجم الأسرة الكبيرة يؤدي إلى الاكتظاظ وتدني نوعية الحياة وسوء في الأوضاع الصحية والمعيشية وكما تشير دراسات البنك الدولي فإن العديد من الأسر الفقيرة ترى أن إحدى الوسائل المهمة للخروج من دائرة الفقر

أولا: هي من خلال زيادة الذرية لأن هذا سيعني زيادة عدد العاملين في الأسر في المستقبل.

ثانيا: الأسر كبيرة الحجم يعد تعويضا لمستويات الوفيات المرتفعة من الفقراء.

ثالثا: وكذلك في المجتمعات النامية التي لا يوجد فيها أنظمة ضمان اجتماعي متقدمة، أو شبكات أمن فإن وجود عدد كبير من الأطفال يعتبر إحدى وسائل الضمان للوالدين في سن الشيخوخة ويلاحظ أن الأسر الفقيرة تضم أطفالا والمعالين أكبر من الأسر ال غنية وانخفاض دخل الأسرة قد يدفعها إلى زيادة النسل من أجل زيادة عدد العاملين في الأسرة وخاصة في المناطق الريفية حيث يكون القطاع الزراعي الذي يدار من قبل العائلة هو النشاط الأساسي الذي يزاوله السكان هناك.[2]

وقد أظهرت دراسة أجريت على 43 دولة نامية أن الأطفال في الأسر المصنفةضمن الخمس الأدنى من مستوى الدخل هم أكثر عرضة للوفاة قبل بلوغهم سن الخامسة بمقدار ضعف أطفال الأسر المصنفة ضمن الخمس الأعلى، ومع أن دخل الأسرة المنخفض يتفاعل مع أوجه الفقر الأخرى مثل مستوى التعليم المحدود للآباء والأمهات، والبيئات الريفية أو بيئات الأحياء الفقيرة، وبالمثل فقد

---

[1] - أ. د. هبة الليثي، **تحديات قياس الفقر في منطقة الإسكيوا** ، أستاذة الإحصاء بكلية الاقتصاد و العلوم السياسية جامعة القاهرة ص: 23.

[2] - د. عبد الرزاق فارس، **الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي** ، مركز دراسات الوحدة العربية، 2001 ص: 80-82.

أظهرت الأبحاث التي أجريت على فقر الأطفال في دول منظمة التعاون والتنمية أن نسبة فقر الأطفال ارتفعت منذ أواخر عقد الثمانينات من القرن الماضي.[1]

III-6-2- الفقر وسوء تغذية الأطفال:

تنتشر أمراض سوء التغذية نظرا للنقص الظاهر في المواد الغذائية الأساسية ويؤدي سوء التغذية إلى انخفاض المستوى الصحي وذلك لضعف مقاومة الأجسام، وانتشار الوسائل البدائية في العلاج بين أغلبية السكان ونتيجة لقلة المرافق الصحية [2] ويؤثر الفقر في مستويات التغذية و النظافة الشخصية في الأسرة وكثيرا ما يضطر الفقراء خاصة من ليس لديهم دعم إلى التضحية بمكاسب طويلة الأمد لتلبية احتياجاتهم كأن يضطروا لبيع ماشيتهم لتلبية احتياجاتهم الأساسية أو إخراج أطفالهم من المدرسة لجعلهم يعملون ليضيفوا إلى دخل الأسرة.[3]

فالتغذية الجيدة أساس البقاء والصحة والنماء للجيل الحالي والأطفال الحاصلون على تغذية كافية يكون أداؤهم في المدرسة أفضل ويتمتعون بالصحة حين يكبرون ويكون عمرهم المتوقع أطول والنساء الحاصلات على تغذية جيدة يتعرضن للخطر أقل من غيرهن أثناء الحمل والوضع . ويبدأ أطفالهن حياتهم على أسس تنموية أقوى جسديا وعقليا ،وفي عام 1990 كان **177 مليون** طفل دون سن الخامسة يعانون من سوء التغذية في البلدان النامية وتشير التقديرات أن 149 مليون طفل يعانون من سوء التغذية عام 2000 حيث كانت معدل الانخفاض ككل بين **32 %** و **27 %** أي أن هدف خفض سوء التغذية لدى الأطفال دون سن الخامسة بمقدار النصف قد تحقق بصورة جزئية ويشكل الفقر وتدني مستويات التعليم ووضع المرأة وسوء الرعاية أثناء فترة الحمل وكذلك ارتفاع الكثافة السكانية أسبابا رئيسية تقف وراء سوء التغذية[4] حيث يفوق 5.5 مليون طفل دون سن الخامسة يتوفون سنويا لأسباب متصلة بسوء التغذية وحتى إن لم يؤدي سوء التغذية إلى الوفاة فإنه يمكن أن يلحق ضررا بصحة الطفل ونمائه يدوم مدى الحياة.[5]

III-6-3- الفقر والظروف السكنية للأطفال:

إن سكن من يعيشون في فقر شديد إذا تواجد وا أصلا، عادة ما يبنى بمواد قليلة الجودة ويفتقر إلى المياه الجارية والمرافق الصحية والكهرباء وغالبا ما يقع في بئات غير صحية بعيدة كثيرا عن الخدمات الأساسية، ويكون في كثير من الأحيان غير مأمونة نتيجة لعمليات الطرد القانونية أو

---

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم ، الطفولة المهددة**، 2005، ص:27

[2] - د. حسين عبد الحميد أحمد رشوان، **الفقر والمجتمع دراسة في علم الاجتماع**، مؤسسة دار الشهاب، ص: 10.

[3] - تقرير صندوق الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **الأطفال في الأردن، تحليل الوضع، 2006-2007**، ص: 29

[4] - تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، **نحن الأطفال: استعراض نهاية العقد لمتابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل**، 2001، ص: 48-50.

[5] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **وضع الأطفال في العالم2006** ، ص: 20.

التعسفية وعدم قدرة الفقراء على سداد حتى قدر ضئيل من الإيجار بصورة منتظمة وإضافة إلى ذلك يؤثر الإسكان السيئ تأثيرا أساسيا في ممارسة الحقوق الأخرى من قبيل حق الصحة، كما يمكن أن تزعزع حالة الإسكان أيضا في إمكانية الحصول على التعليم بإعاقة ويحول دون تطور الأطفال ذهنيا وبدنيا بسبب انعدام الاستقرار والحيز المكاني.[1]

III-6-4- الفقر والزواج المبكر للفتيات:

في كل عام تختفي ملايين الفتيات في الزواج المبكر يعرف كزيجات رسمية أو عرفية تم قبل سن الثامنة عشر فعند زواجها يتوقع من الفتاة أن تضع طفولتها جانبا وأن تقوم بدور المرأة والأمومة وكل الواجبات المنزلية المتوقعة تقليديا من الزوجة، فالزواج المبكر يمتد أحيانا ليشمل الأولاد كذلك إلا أن عدد الفتيات بنسبة أكبر من الفتيان وحسب إحصائيات قامت بها اليونيسيف لـ 49 دولة تزوجت 48% من الفتيات من جنوب آسيا في الفئة العمرية بين (15-24 عام) قبل أن يبلغن سن 18 سنة أما لدراسة قامت بها على مستوى 29 دولة في أفريقيا، و 8 دول في أمريكا اللاتينية وبحر الكاريبي فهما 42% في الدول الإفريقية و 29 % في دول أمريكا اللاتينية وبحر الكاريبي وشهدت نيجيريا أكبر نسبة من الفتيات اللواتي يتزوجن قبل الثامن عشر سنة، والفقر يعتبر عاملا يدعم الزواج المبكر.

إذ يمكن أن ينظر إلى الزواج كإستراتيجية للبقاء بالنسبة للفتاة وخاصة إذا تزوجت من شخص أكبر عمرا وأكثر ثراء ففي غرب إفريقيا على سبيل المثال أظهرت دراسة أجرتها ***Unicef*** سنة 2000 أن وجود علاقة ارتباطية بين المعاناة الاقتصادية وبين الارتفاع في نسبة الزواج المبكر حتى في أوساط جماعات سكانية لا تمارس هذه الظاهرة في العادة.[2]

III-6-5- الفقر والتمييز بين الجنسين:

إن ضعف فرص الحصول على التعلم أو الغذاء أو خدمات الرعاية الصحية له تبعات خاصة على النساء وأطفالهن فالتفاوتات الكبيرة في معظم المناطق بين أعداد البنات والأولاد الذين لم يلتحقوا بالمدرسة أبدا دليل قاطع على التمييز الذي تواجهه الفتيات والنساء والتمييز بين الجنسين كأحد العوامل التي تسهم في إيجاد الأطفال الذين يعيشون حالة الفقر.[3]

III-6-6- الفقر والتوزيع الإقليمي:

إن المناطق الريفية غالبا ما تكون أشد فقرا ويصعب بدرجة أكبر من المناطق الحضرية إيصال خدمات الرعاية الصحية والتعليم إليها، ولذلك ففي جميع الدول تقريبا التي تتوافر فيها بيانات

---

[1]- تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، **الاحتفال باليوم الدولي للقضاء على الفقر**، المرجع السابق، ص: 07.

[2]- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم 2006**، المرجع السابق، ص: 44-45.

[3]- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم ، الطفولة المهددة** ، المرجع السابق ص : 423-25.

أسرية عن معدلات وفيات الأطفال، أن ه يتوفى الأطفال الريفيون قبل سن الخامسة بمعدلات تفوق معدلات وفيات أقرانهم الحضريين وحوالي**30%** من الأطفال الريفيون في الدول الآخذة في النمو هم خارج المدرسة مقارنة بين**18%**من الذين يعيشون في المناطق الحضرية.[1]

III-6-7- الفقر وتعليم الأطفال:

خلصت الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة واضحة بين الفقر وانخفاض مستوى التعليم ونوعيته أي أن نسبة الفقر تنخفض انخفاضا ملحوظا، كلما ارتفع المستوى التعليمي والعكس صحيح فكلما ارتفعت نسبة الفقر كانت نسبة التعليم انخفضت ، كما تعتبر الفتيات أكثر تضررا من هذه الأوضاع خاصة في الوسط الريفي [2] فيلاحظ أن ظاهرة الفقر المزمن بين العديد من العائلات يرجع بشكل أساسي إلى الأمية، ونظرا لضعف تعليم الوالدين وقلة إدراكهم لأهمية التعليم أو عدم امتلاكهم الموارد التي تسمح بتوفيره لذريتهم فإن الأولاد أيضا يكونون غير متعلمين وهذا ما يعزز ظاهرة الفقر من جيل لآخر ضمن العائلة الواحدة وظاهرة التلازم بين الفقر وعدم التعليم تكاد أن تكون عامة في جميع الأقطار العربية وخاصة تلك التي يوجد بها قطاع ريفي كبير.[3]

III-6-8- الفقر وصحة الأطفال:

تبدو أن هناك علاقة بين الصحة والفقر ففي دراسة أجراها ***B.S.Duhrenwend*** تبين منها أن الفقراء ينتشر بينهم مرض الاضطراب العقلي وفي كثير من البلدان ينجم موت الأطفال عن الإسهال، هذا وكلما زاد الفقر حدة انخفض المستوى الصحي مما قد يؤدي إلى الوفاة، فقد كشفت دراسة حديثة بكلية الطب جامعة دوك الأمريكية أن الفقر يؤثر سلبا على سلوكيات الأطفال حيث يظهرون سلوكيات مرتبطة بأمراض ومشكلات نفسية مقارنة بين الأطفال الذين لم يعيشو في الفقر ويرتبط الموت بالغني والفقر وليس حتما أن يكون الفقير أكثر عرضة للمرض من الغني ، فالفقر قد يسبب المرض بما يفرضه على الفقير من سوء التغذية أو سوء المسكن[4] .وغالبا ما يكون سوء الصحة إحدى عواقب الفقر وفي كثير من الأحيان تكون الخدمات الصحية اللازمة للفقراء غير متاحة وغير كافية أو تفتقد إلى الأجهزة اللازمة وتكون هناك خطورة على الحمل والإنجاب الأطفال وما يلاحظ عن الفقراء أيضا أنهم غالبا ما يكونو ا أقل الفئات التي تشملها حملات التطعيم، إذ يهدد الفقر ملايين الأطفال للأمراض التي يمكن الوقاية منها أو شفاؤها بسهولة عن طريق الأدوية واللقاحات غير الهكلفة وما زال مليونان من الأطفال دون سن الخامسة يموتون بسبب عدم التحصين ضد الأمراض وهناك حوالي

---

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**،**وضع الأطفال في العالم ، 2006**، المرجع السابق ، ص: 19.

[2] - د. بن ناصر عيسى، **مشكلة الفقر في الجزائر**، مجلة الاقتصاد والمرأجمنت مجلة علمية من إصدار جامعة تلمسان 2003، ص: 205.

[3] - د. عبد الرزاق فارس، **المرجع السابق** ، ص: 84-85.

[4] - د. حسين عبد الحميد رشوان، **المرجع السابق** ، ص: 125-129.

سبع من كل عشر وفيات بين الأطفال دون سن الخامسة في الدول النامية لأساب منها: الإسهال، الحصبة الملا ريا، التهابات الجهاز التنفسي الحاد.[1]

III-6-9- الفقر والتهميش والاستغلال الاقتصادي للأطفال:

يشمل مصطلح الأطفال العاملين العديد من الأنشطة المنتجة منها ما هو محجوب ومنها ما هو ظاهر، وتاريخيا كان الأطفال يقومون بأداء بعض المهام في البيت والزراعة وفي الأعمال التي تخص الأسرة ويرجع السبب في ذلك هو التدني في دخل الأسرة وعدم وعي الأهل باحتياجات الأطفال وحقوقهم ويخشى الخبراء من أن الظروف الاقتصادية قد تتسبب بارتفاع متزايد في عدد الأطفال العاملين والزيادة في نسبة التسرب المدرسي، بالإضافة إلى الأوضاع الاقتصادية المتدنية التي تفرض على الأطفال النزول إلى الشارع في أعمار صغيرة لمساندة الأسر في المعيشة سواء وحدهم أو مع أوليائهم أو سواء بمحض إرادتهم أو بالعنف فالطفل أو الطفلة يبقى بالشارع لساعات طويلة بالنهار أو الليل وفي بعض العائلات يعاقب الطفل جسديا إذا لم يحصل على مال كاف [2] ومع شدة الفقر وإهمال الأسرة لأطفالها يتمهن هؤلاء مهنا كجمع أعقاب السجائر وتلميع الأحذية والتجارة في السوق السوداء ولعب القمار،...الخ.[3]

III-6-10- مؤشرات قياس فقر الأطفال:

يعتمد فقر الأطفال على عدة أوجه الحرمان و ستخدم تعريفات متفق عليها دوليا والتي تعتمد على حقوق الطفل.

أولا: الحرمان الشديد من التغذية الكافية: نسبة الأطفال أقل من 05 سنوات الذين يقل طولهم وأوزانهم عن المتوسط الدولي بأكثر من 3 انحرافات معيارية.

ثانيا: الحرمان الشديد من مياه شرب آمنة: نسبة الأطفال الذين يحصلون على المياه السطحية (الأنهار مثلا) لتأمين مياه الشرب أو الذين يعيشون في الأسر التي يبعد فيها أقرب مصدر للمياه بأكثر من 15 دقيقة سيرا على الأقدام.

ثالثا: الحرمان الشديد من توافر صرف صحي: نسبة الأطفال الذين لا يحصلون على مراحيض من أي نوع في المناطق القريبة من مسكنهم على سبيل المثال لديهم مراحيض خاصة مجتمعية.

رابعا: الحرمان الشديد من الخدمات الصحية: نسبة الأطفال الذين لا يحصلون على لقاحات ضد أي أمراض أو الأطفال الصغار الذين عانوا من مرض الإسهال ولم يتلقوا أي علاج أو مشورة طبية.

---

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة، **وضع الأطفال في العالم ،الطفولة المهددة**، المرجع السابق ، ص: 17.

[2] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **أطفال خارج إيطار الحماية، دراسة تعميقية عن أطفال الشارع في القاهرة الكبرى**،2005 ص: 12-18.

[3] - د. حسين عبد الحميد أحمد رشوان، **المرجع السابق** ، ص: 54.

خامسا: الحرمان الشديد من مأوى ملائم: نسبة الأطفال الذين يسكنون في المساكن بها أكثر من خمسة أشخاص في الغرفة الواحدة(الاكتظاظ الشديد) أو في المساكن التي لها أرضيات طينية.

سادسا: الحرمان الشديد من التعليم: نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين7 و 18 ولا يستطيعون الوصول إلى الإذاعة والتلفزيون، الهاتف والصحف في منزلهم.

ومما سبق يمكننا أن نستنتج أنه تأخر كثيرا الإقرار أن الفقر هو انتهاك لحقوق الطفل و منه من خلال تشجيع حقوق الطفل التخفيف من حدة الفقر. إن هذه الحقوق هي ضمانات قانونية عالمية تحمي الأطفال من كل الأفعال وجوانب القصور التي تقف دون تحقيق هذه الحقوق ومن بين الحقوق المكفولة لجميع البشر وبدون استثناء كالحق في الحياة، الصحة، التعليم، الحق فيما يكفي من الغذاء والسكن...، ومع استمرار وجود الفقر ليس فحسب توزيع غير منصف للفرص الاقتصادية والاجتماعية والسياسية ولكن أيضا انتهاك لحقوق الطفل وبالتالي القضاء على الفقر ليس هدفا إنمائيا فقط ولكنه تحديا محوريا من تحديات حقوق الطفل وليس مصدر اهتمام الناشطين والفقهاء القانونيين ولكنه يمثل أيضا عنصرا محوريا من عناصر عملية القضاء على الفقر[1].

III-7- تكلفة الطفل و السياسة الاجتماعية:

إن رفاهية الطفل من السياسات الاجتماعية، فقبل كل شيء يجب أن ينعم كل طفل فيأمن و صحة جيدة...، لضمان هذه الرفاهية، لذلك على الدول أن تسهر لضمان هذه الأهداف و في أحسن الظروف، من الناحية العلمية لتحقيق "أحسن نفع للطفل"**"Meilleurs intérêt de l'enfant"**.

و تعتبر تكلفة الطفل من المسائل التي بادر الحديث عنها الكثير من المؤرخين و الباحثين في قضايا العائلة منذ أواخر القرن التاسع عشر و على رأسهم ***'Elisabeth Badinter'*** و ***Philippe Ariès*** إذ أنهم كانوا ينادون على أن "الطفل هو الملك" **"L'enfant Roi"** فبدأت التكاليف المتصلة بالطفل تنمو شيئا فشيئا داخل العائلات[2] و على هذه الحالة تعتبر المنح العائلية المقدمة للعائلات في إطار ما يعرف بالتدخل العمومي للدولة لغرض تعويض هذا العبء المالي للطفل الذي تتحمله الميزانية العائلية ***"Le budget de ménage"***[3].

---

[1]- أ. د. هبة الليثي، **المرجع السابق** ، ص: 26.

[2]- Pierre Guillaume, **coût de l'enfant et politique sociale dans une perspective historique**, informations sociales 2007 ;1-N° 137 ; p :08

[3]- Mireille Zanardelli, **le coût de l'enfant : une problématique controversée au cœur des comportements de dépenses des ménages ;** CEPS/INSTEAD ; Numéro 16 ; FEVRIER 2000, p : 01

III-1-7- ماهية تكلفة الطفل:

إن التساؤل حول تكلفة الطفل معقدة نوعا ما و لم يوجد له جواب رضائي، فجميع النتائج المقدمة حول الموضوع تكون حسب الطريقة المعتمدة، **فالطفل هل هو عبارة عن تكلفة أم استثمار؟** فطريقة النظر إلى الطفل تختلف باختلاف العصر "الوقت" و الوسط الاجتماعي، لهذا تعتبر المنح الكندية المقدمة للأولياء شريطة قبل كل شيء حسب التسجيل المدرسي للأطفال و هذا لغرض تشجيع الأولياء إرسال أولادهم إلى المدرسة.

III-1-1-7- تعريف التكلفة الاقتصادية للطفل:

إن التكلفة الاقتصادية للطفل تعرف على أنها الزيادة في الدخل المتاح التي تمنح للعائلات و هذا لغرض الاحتفاظ بنفس المستوى المعيشي، و ذلك عن طريق المساعدات العمومية التي تقدمها الدولة للأسر بهدف تعويض هذا المستوى المعيشي الضائع الناتج عن الطفل، من هذا التعريف إذا لابد من تقرير أكبر قدر من التحويلات الأساسية للأسرة و مع ذلك هذا المنطق يضع نفس المساواة للطفل من حيث التكلفة، رغم أن هناك عائلات ينفقون أموالا كثيرة على أطفالهم بالنسبة للعائلات الغنية و العكس، فعليه لتعويض تكلفة الطفل بالنسبة للعائلة مهما كان مستوى الدخل إلا عن طريق قرار سياسي ، كذلك يمكن أن تكون المساعدات العمومية الممنوحة للعائلات في شكل جزافي لكل طفل. فدور النفقات العمومية إذا تكون مثلا لتعويض تكلفة التعليم للطفل و هذا وفق شروط اجتماعية[1].

III-2-1-7- الأنواع المختلفة لتكلفة الطفل:

عموما بمجيء الطفل للعائلة يقوم الوالدين بالتخلي عن جزء من الأولويات، من الميزانية العائلية وتحويلها للطفل، و لتقدير التكلفة العائلية الطفل يمكننا أن نميز عادة بين نوعين من التكاليف هما: التكاليف المباشرة و أخرى غير مباشرة، إلا أن بعض المؤلفين يضيفون التكاليف الاستثمارية للطفل.

أولا:التكاليف المباشرة : التكاليف المباشرة هي تكاليف غير محددة فهي تخصص مباشرة و بدون غموض للطفل فهي تحسب من نصيب الطفل من خلال النفقات الجارية للعائلة حيث أن بمجيء كل طفل للعائلة يرتب عنه نفقة إضافية و بالتالي فالنفقات المباشرة هي جميع النفقات المخصصة للطفل فعليا من الميزانية العائلية[2].

- ✓ التعليم، حراسة الطفل Le garde de l'enfant، الألبسة، النقل،....

---

[1] -Valérie Albouy et Nicole Roth, **les aides publiques en direction des familles ampleur et incidences sur les niveaux de vie,** Haut Conseil de la population et de la famille ; FEVRIER. 2003 , p : 94

[2] - l'équité à l'égard des familles, **Famille et fiscalité en 26 questions** ; p :11

إلا أن هناك بعض المشاكل يمكن أن تصادف في هذا النوع من التكاليف فهناك بعض التكاليف غير ملاحظة كنصيب الطفل المستهلك من التلفاز، و المكالمات الهاتفية، كذلك الطفل يقوم تغيير نصيب الوالدين من الاستهلاك كالاقتصاد في أيام العطل و الرحلات، تغيير السكن حتى يتناسب مع حجم العائلة.[1]

ثانيا:التكاليف غير المباشرة: أما التكاليف غير المباشرة يمكن تعريفها على أنها تلك النقص الذي ممكن أن يلحق بالوالدين و يستطيعون استرجاعه و لكن لوقت طويل من الزمن، و يمكن اعتبار التكلفة غير المباشرة للطفل كل تكلفة متعلقة بغياب الوالدين عن العمل، أو التقليل من ساعات العمل، التخفيض في قيمة المدخرات، و يعتبر غير دليل على ذلك فترات الانقطاع التي يقوم بها الوالدين و خاصة الأم أثناء الولادة.

ثالثا:التكاليف الاستثمارية : تعتبر النفقات الاستثمارية تلك القيمة الاقتصادية "المالية" المخصصة لتعليم الطفل.[2]

III-7-1-3- التكلفة الاقتصادية للطفل و الرفاه الاجتماعي:

يجب علينا ألا نتخلى عن تكلفة الطفل لأسباب خاطئة، فلابد لتوضيح المناقشات الحرة للآراء التي ترى أن الطفل عبارة عن تكلفة فقط و له أثر في قلق الأولياء، فيجب على الاقتصاديين تقييم و الاعتراف بالرفاه كذلك الذي يمكن أن يأتي من جانب الطفل **"المنح العائلية، العلاوات التخفيضات و المزايا الجبائية ، الإعانات السكنية..."** و بالفعل كذلك على الدولة و المجتمع على حد السواء أن يعترفوا فعلا أنه يمكن للطفل أن يجلب الثروة التي تؤدي إلى زيادة الحصة المالية للعائلة، فإعادة توزيع المداخيل مثلا بين الأفراد الذين ليس لهم أطفال لفائدة العائلات التي لها أطفال تشكل خير كبير و نوع كذلك من أشكال حماية الأسرة، فالمنح العائلية عموما يمكن أن تشمل جزء من إعانات الإيواء الزيادة و التويع في أنظمة الحماية الاجتماعية، تخفيض الضرائب، الزيادة في الخدمات العمومية المحلية أو الوطنية، الخدمات التعليمية... التي تعد مجموعة من الخدمات العمومية التي تأخذ في الحسبان الطفولة الصغيرة لضمان الاستثمار في هذا الكائن البشري حيث تعتبر فرنسا البلد الوحيد من بين الدول الغنية التي تقدم الإعانات حسب طبيعتها للطبقات الفقيرة من جهة و من جهة أخرى تعد الشريحة الاجتماعية الأكثر استفادة من المنح العائلية و الخدمات العمومية المخصصة للأطفال، مهما يكن الأمر فتعتبر التدخلات الاجتماعية ضرورية في المجتمع لتقليل من حدة البطالة ،فهذه المشكلة

[1] -Perrin David, **Estimation du coût de l'enfant dans les DOM** , Travaux effectués à partir de l'Enquête Budget de Famille 2001 ; Novembre 2004, p : 06-07

[2] - l'équité a l'égard des familles ; OP CIT ; p :11

التي يمكن أن تنجم عنها عواقب وخيمة ،إذ أن الملايين من العائلات يعيشون تحت خط الفقر و هذا ما يستوجب على الدول أن تبدل قصارى جهدها لمساعدة هؤلاء العائلات لضمان حماية الأطفال من التهميش و التشرد الناتج عن الفقر، و بالتالي الهدف الرئيسي للسياسة الأسرية ليس إعادة توزيع المداخيل بين الأغنياء و الفقراء فقط و لكن لابد من مراعاة كذلك الأشخاص الذين لهم أطفال و الذين ليس لهم أطفال و يجب أن تكون المساعدات المالية شاملة و ضرورية و لا تأخذ في الحسبان المستوى المعيشي فقط.[1]

III-7-1-4-التخفيضات الجبائية الناتجة عن الأطفال:

أغلبية الضرائب المباشرة و الوضعية العائلية لحساب مخصصات الضريبة، و التخفيضات الجبائية المتصلة بالأطفال لابد أن تأخذ في الحسبان حجم العائلة لتقدير قيمة الضريبة الواجبة الدفع فالرسوم التي تفرض على السكنات تؤخذ في الاعتبار الأطفال حيث يستفيد المكلف من التخفيضات بنسب مئوية حسب عدد الأطفال في العائلة مثلا: يستفيد من تخفيض**10%** إذا كان لديه طفلين و **5%** إذا كان لديه أكثر من ذلك، والضرائب التصاعدية على الدخل تعتبر كذلك وسيلة أساسية تؤخذ بعين الاعتبار الحالة العائلية للمكلف[2] فالسياسة العائلية يجب أن تركز على معاملة جبائية عادلة على مستوى العائلات فالدولة يمكن أن تقوم بعدم مساعدة العائلات المتوسطة أو الغنية، و تقوم بخلق مستوى معيشي مكافئ بين العائلات التي بها أطفال و العائلات التي ليس لها أطفال و هذا عن طريق جميع الامتيازات الجبائية الممنوحة للعائلات و الذي أصبح يطلق عليه ما يعرف بالنفقات الجبائية كالإعفاءات الجبائية، الإعانات السكنية... [3] و هناك كثيرا من الدول تقوم ب الحذف جزافيا لتعويض التكلفة العائلية.

III-7-1-5- التعويضات المالية لتكلفة الطفل:

إن الطفل هو عبارة عن تكلفة و هذا أمر لا نقاش فيه و التحويلات العمومية للدولة تعتبر نعمة للعائلة لتعويض العبء الذي سجله كل طفل، فللعائلة تقوم بتعويضه و لو جزئيا لأن تكلفة الطفل تعد مسألة رئيسية في السياسة العائلية باعتبار هذا الأخير يؤدي إلى الانخفاض في المستوى المعيشي .

---

[1]- Luis Maurin, **comment prendre en compte le coût de l'enfant ?. et au bénéfice de quelle familles…** Informations sociales 2007/1 ;N° 137 ; p-89-91.
[2]- Valérie Albouy et Nicole Roth, **OP CIT** ;p : 34-35.
[3]- Henri Sterdyniak, **la politique familiale et prise en charge du coût de l'enfant. un investissement à long terme** ; Informations sociales 2007/1 ; N° 137 p-82

و عليه فالتعويضات العائلية عنصرا أساسيا في الأنظمة العصرية للضمان الاجتماعي فهي حزام الأمن بالنسبة للمضمونين حيث تدعم قدرتهم الشرائية، و تحمي دخولهم خاصة ذوي المداخيل الضعيفة.
كما أن هناك عدة دراسات تبين كيف أن الأنظمة "السوسيوجبائية" **"socio fiscale"** تقوم بعملية توزيع المداخيل بين العائلات سواء حسب الطريقة العمو دية اعتمادا على المداخيل الأولية أو حسب الطريقة الأفقية و هذا اعتمادا على الحالة و الوضعية العائلية.

III-7-1-6- قياس زيادة الدخل الناتج عن الطفل:

تتلقى العائلات التحويلات حسب حالتها الاقتصادية و الاجتماعية كما أنها تقوم بدفع اقتطاعات اجتماعية إضافة إلى الضرائب على الدخل للسنة السابقة فالدخل العام بعد دفع الضريبة المستحقة عليه وزيادة التحويلات اللازمة يسمى بالدخل المتاح **"R.D Revenu Disponible"** فلتقدير الدخل الصافي الناتج عن الطفل يمكن الاعتماد على عدة مؤشرات و معطيات فالتكلفة الاقتصادية للطفل كما سبق الإشارة إليها ما هي إلا الدخل الإضافي الذي تحصل عليه العائلة التي لها أطفال لبلوغ نفس المستوى المعيشي الذي تحظى بع العائلة بدون أطفال، و هذا ما يخلق المشكل لأن الأطفال ليس كلهم لهم نفس التكلفة فهي تختلف حسب الحالة الاقتصادية و الاجتماعية للوالدين، فيمكن أن يخصص الوالدين جزء كبير من النفقات الشخصية لطفله و يمكن أ ن يكون العكس.
و في مجالات مختلفة تعتبر تكلفة الطفل عن نسبة من الدخل المتاح كأن نكون مثلا: **20%** عن كل طفل يعيش مع والديه و يكون ذو سن أقل من 14 سنة و **33%** إذا فاق الطفل سن 14 سنة و **30%** إذا كان يعيش مع أحد والديه و يبلغ من العمر أقل من 14 سنة و **50%** إذا فاق 14 سنة و هذا لأن التكلفة تختلف كما سبق ذكره من طفل لآخر و في هذه الحالة فهي مختلفة حسب السن[1] و كل هذا يدخل في إطار السياسات الاجتماعية، فبعض الدول تهدف من وراء ذلك إلى تحسين ظروف العيش ، والجزائر مثلا و بعض الدول تستعمل التعويضات للتحكم في النمو الديموغرافي فإذا أرادت دولة ما تثبيت النمو السكاني نجدها تقدم التعويضات بطريقة تنازلية مثلا تونس تقدم التعويضات كل ثلاثة أشهر بـ: **18%** للولد الأول، و **16%** للولد الثاني، و **14%** للولد الثالث و **12%** للولد الرابع، و إذا أرادت الدولة تسريع النمو الديموغرافي فنجد ما تقدم التعويضات بطريقة تصاعدية و نجد بعض الدول تقوم بتقديم التعويضات لمساعدة الأسر المحتاجة التي يكثر عدد أفرادها كإسبانيا، و إنجلترا و النرويج تقدمها ابتداء من الولد الثاني و ايرلندا من الولد الثالث، و فنلندا و روسيا ابتداء من الرابع.كما تدفع لغاية ولدين فقط في كل من لبنان، و6 أولاد في المغرب، و 4 أولاد في تونس، و يحدد سن الاستحقاق في الغالب بـ: 16 سنة ويستمر في حالة إكمال الدراسة أو العجز، ففي الجزائر مثلا تدفع إلى غاية 17

[1] Sylvie le Minez, et Nicole Roth, **Transferts monétaires et compensation du coût de l'état, les éléments de mesure**, Informations sociales 2007/1, N° 137 p-73-78

سنة كحد أقصى.[1] و بالتالي فتعتبر هذه التحويلات الإضافية الممنوحة للعائلات عن كل طفل جد مهمة لكنها لا تعكس نمو تكلفة الطفل إلا أنه عموما تعتبر التحويلات السوسيوجبائية المقدمة كلية تعوض تماما التكلفة الاقتصادية للطفل كذلك الزيادة في الدخل و الكلفة الاقتصادية للطفل هي متفاوتة.

III-7-1-7- مبادئ السياسة العائلية و تكلفة الطفل[2]:

هناك عدة نماذج تبرر المساعدات المالية التي تقدمها الدولة للأسر:

نموذج الحصص"paritariste":

المنح و الجباية يجب أن تضمن للأزواج الذين لهم نفس الراتب الشهري و كذلك نفس المستوى المعيشي، مع مراعاة عدد الأطفال لكل عائلة و بالتالي فلابد أن تغطي هذه المساعدات المالية تكلفة الطفل إذ يجب مثلا كل أجير دفع اشتراكات عائلية إلى صناديق الضمان الاجتماعي بـ: 20% و كل طفل يتقاضى عنه 20% من الراتب الشهري و بالتالي فالراتب الشهري للوالدين بدون طفل بقدر بـ: 160 ون و 200 ون إذا كان لديهم طفل واحد و 240 ون إذا كان لديهم طفلين.السياسة العائلية الأفقية "أي تقديم المساعدات المالية للأولياء الذين لهم أطفال على حساب الأولياء الذين ليس لهم أطفال" قائمة على أساس سياسة إعادة التوزيع العمودية (الأغنياء نحو الفقراء). لكن هناك من يرى أن أساس المنح العائلية تزيد بزيادة الدخل.

نموذج المساواة "Egalitariste":

مضمون هذا النموذج أنه على الدولة بتقديم نفس المساعدات المالية لكل طفل و بالتالي فإن قيمة المساعدات حسب هذا المعيار تبقى تعسفية نوعا ما لأنها لا تأخذ بعين الاعتبار تكلفة الطفل و هذا ما يخدم العائلات الفقيرة أكثر من العائلات الغنية و بهذه الكيفية ممكن أن تعلل واجبات الميزانية و إعادة التوزيع الاجتماعية.

أولا: من خلال منطق المساواة

لابد على الدولة أن تضمن مستوى معيشي لكل طفل و يجب تحديد تكلفة الطفل ضمن دخل الوالدين و خاصة ذوي الدخول المتدنية و ضمان مستوى معيشي للطفل مرتفع من الأشخاص الذين ليس لهم أطفال. و هذا باعتبار أن الطفل ليس مسؤولا عن ضعف دخل الأولياء و هذه الوظيفة الاجتماعية تكون بغرض الرفع من الأطفال.

ثانيا: من خلال المنطق الخالص للمساعدات

[1] وراد فؤاد ، **الحماية الإجتماعية و التشغيل** ، رسالة ماجستيرفي العلوم الإقتصادية ، جامعة تلمسان، 2008, ص: 33

[2] Henri Sterdyniak, **la politique familiale et prise en charge du coût de l'enfant un investissement à long terme**, OP-CIT ; p :80-81

المساعدات العائلية ترتكز حسب هذا المنطق على الطبقات الأكثر فقرا لتعويض أكبر قدر ممكن من تكلفة الطفل أما أطفال العائلات الغنية و المتوسطة فالجزء الأكبر من تكلفة الطفل يبقى على عاتق الأبوين، و بهذه السياسة تقوم الدولة بتشجيع الفقراء لإنجاب الأطفال مادام الدولة تحميهم إضافة إلى خدمات رعاية الأطفال، و هذا كله لحماية الأطفال و جعلهم ينمون في بيئة طبيعية ، لكنها سياسة ناجحة و بشدة في التخفيف من حدة الفروقات في المداخيل باعتبار أن معظم الأطفال يعيشون في عائلات فقيرة أكثر من العائلات الغنية[1].

III-7-1-8-الزيادة السكانية و تكلفة الطفل:

إن السياسة العائلية تعلل قبل كل شيء و بضرورة حتمية مبدأ العدالة الاجتماعية و هذا بغض النظر عن كل الأسباب التي تعرقل تشجيع النسل، فالمعالجة الجبائية و الاجتماعية للعائلات يجب أن تكون عادلة و المستوى المعيشي للأطفال يجب هو الآخر أن يكون مناسب.

فالمجتمع الأوربي يعرف أدنى مستويات الخصوبة **1,3** طفل لكل امرأة في كل من إيطاليا و اسبانيا و 1,35 في بلجيكا و في فرنسا تقدر بـ: **1,9** و تعتبر نسبة أكبر من المتوسط الأوربي لذلك لابد من حماية الامتيازات المتعلقة بذلك.

فتعليم للطفل يمثل تكلفة ثقيلة على الوالدين و بالتالي فإن المستوى المعيشي الضائع بفضل تعليم الطفل لا يجب أن يكون له تأثير بليغ [2] إذ أن الاقتصاد المنزلي الحديث شبه الأطفال بمثابة سلع دائمة و اعتبروا تقريبا بعض الشيء مثل: "سوق الأطفال" **"Marché d'enfants"** و قرار إنجاب الأطفال يعكس رغبة الأولياء من حيث النوعية و الكمية، و هذه الأخيرة تتعلق و بالضبط بالنفقات التي يمكن أن يخصصها الأولياء لتعليم أطفالهم فالتطور الملاحظ أن انخفاض في قيمة الأطفال على مستوى العائلات بحوالي 30 سنة في المجتمعات الصناعية المتطورة أين بالضبط مداخيل العائلات أكثر مرتفعة، حقا النفقات التي تخصصها العائلات لتعليم الأطفال بقدر ضعيف مقارنة مع الدخل المتحصل عليه و خاصة إذا كان عدد الأطفال كثيرا إلا أن هذا التحليل يعد اعتدالي و توازني فقط[3].

---

[1] Henri Sterdyniak, **la politique familiale et prise en charge du coût de l'enfant un investissement à long terme**, OP-CIT ; p :82

[2] Henri Sterdyniak, **IBID** ; p-83-

[3] Bertrand Nézeys , **économie politique manuel** , économica , p : 461 - 462

خلاصـــة الفصـل:

لقد أبدى المجتمع الدولي اهتماما خاصا بالطفل ،و عمل جاهدا على تنظيم الأمور و المسائل لضمان حمايته و رفاهيته لما في ذلك من آثار على الأمم ، و عليه تعتبر حماية الطفولة و ضمان حقوقها مطلب جوهري يستوجب تسخير كل الإمكانات الضرورية لضمانها لكل طفل من دون تمييز و هذا ما أكدته جميع المواثيق و الإعلانات الدولية وخاصة الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل ، كما يعتبر الاهتمام بقضايا الطفولة و حمايتها من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمعات و تطورها ،و في غضون ذلك يواصل المكتب الدولي لحقوق الأطفال البحث عن الشركاء و التمويل لتسريع تنفيذ البرامج في مناطق العالم مع إيلاء اهتمام خاص للبلدان الإفريقية.

الفصل الثاني
سياسات و برامج حماية الطفولة في الجزائر

تمهيـــــد:

إن الحكومة التي توقع على اتفاقية حقوق الطفل تلزم نفسها أيضا رصد موارد للدفاع عن هذه الحقوق ولا بد أن ينعكس هذا في الموازنة الوطنية ، إذ تكاد جميع المواد تنطوي بصورة مباشرة أو غير مباشرة على مسؤوليات اقتصادية للقطاع العام، حيث معظم الحقوق المرتبطة بالموارد متصلة مباشرة بتقديم الخدمات لاسيما في ميادين الصحة، التعليم، الغذاء والأمن الاجتماعي والمساعدات الخاصة للأطفال الذين يعانون ظروفا بالغة الصعوبة فكل هذه الحقوق تترجم إلى التزامات تترتب على الدولة بتمويلها وتقديمها إلى كل الأطفال بدون تمييز، ومع ذلك لا يعني تهميش باقي الأعوان الآخرين الأسر، القطاع الخاص، المنظمات الحكومية أو غير الحكومية فكل هؤلاء المتدخلين يشكلون مزيج وكلهم مسؤولون لضمان توفير هذه الخدمات إلا أن الدولة تتحمل المسؤولية الأكبر لكي تضمن حسن الاستفادة منها و تفادي عنصر الاستبعاد الذي غالبا ما يكون وراء عدم المساواة في الحقوق، ويؤدي إلى تهميش و إقصاء الأطفال

و في إطار الحديث عن الجزائر هي كذلك من الدول التي أصبحت أكثر من أي وقت مضى تسعىإلى تطبيق برامج و خطط عمل لضمان حماية و رفاهية الطفل الجزائري و على هذا الأساس جاء في هذا الفصل ما يلي:

* الحق في التعليم و الذي من خلاله كان التطرق إلى مؤتمر داكار الذي ينص و يؤكد على إجبارية و مجانية التعليم الأساسي و ضرورة المساواة بين الجنسين في التعليم ، زيادة على ذلك التطرق إلى البرامج التي تبنتها الجزائر لضمان التعليم للجميع و بدون تمييز و ما هو التقدم المحرز من ذلك .

* الحق في الصحة و الذي جاء فيه أهم البرامج التي قامت بها الجزائر لحماية صحة الأم و الطفل من جهة و ما هي النتائج المترتبةعنها.

* وفي الأخير تم ذكر بعض الرعايات الخاصة لفئة معينة من الأطفال في المجتمع الجزائري لأنهم أشد احتياجا إلى الحماية و الرعاية من باقي الأطفال حيث تعتبر الدولة الراعي الأول لهذه الشريحة أكثر من أي فاعل آخر و هم أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

I- تعليم الطفل حق تكفله الدولة:

يعد التعليم الوسيلة الأولى التي ساعدت على قيام الحضارات، وهو العامل الأساسي الذي على أساسه قسمت دول العالم اليوم إلى متطورة وأخرى مستضعفة في ظل عدم امتلاكها للمعلومة والتكنولوجية التي يطورها العالم [1] وعليه إذا انتقلنا لاتفاقية حقوق الطفل فنجد أنها كرست هذا الحق في المادة 28 على أنه جعل التعليم الابتدائي إلزاميا متاحا مجانا للجميع، كما تتخذ الدول الأطراف كافة التدابير المناسبة لضمان إدارة النظام في المدارس على نحو يتماشى مع كرامة الطفل الإنسانية.[2]

I-1- مجانية التعليم: يعتبر توفير التعليم الإلزامي والمجاني الترجمة الصحيحة لمبدأ تكافؤ الفرص التعليمية وروح مبادئ الدولة العصرية الحديثة ودولة الرفاهية التي تستهدف تحقيق العدالة الاجتماعية والمستوى الكريم، واستخدمت المعايير الاقتصادية في تنظيم مختلف النشاطات التعليمية وتزايد تأثير تلك المعايير في مجال رسم السياسة التعليمية باعتبارها مجموعة من الأطفال ووضع الأهداف والإستراتيجيات المتعلقة فريق من النشطين يحركون مختلف الموارد.[3]

وبالرغم من أن المجتمعات الاشتراكية تسعى إلى تحقيق هذه المرحلة الإلزامية المجانية بل وإلى مدتها، إلا أنها لم تصل بعد في هذه الناحية إلى ذلك المستوى الذي وصلت إليه دول غرب أوروبا ناهيك عن مرمى هذه السياسة في كلا المجتمعين وتمتد مرحلة التعليم الإلزامي لتصل في بعض الدول إلى نهاية العام 18 سنة [4] فتحدد مختلف التشريعات الدولية من التعليم الإجباري ب 9 سنوات على الأقل أما الجزائر فيصل التعليم الإجباري إلى16 سنة وهذا قصد الحد من التسرب المدرسي.[5]

لذلك ارتفعت النسب الصافية للالتحاق بالمدارس في التسعينات في جميع المناطق الكبرى حسب تقييم عملية توفير التعليم للجميع عام 2000، غير أنه لم يتحقق مؤتمر القمة العالمي المتمثل في تعميم الاستفادة من التعليم الأساسي للجميع ولا تزال هناك **100 مليون طفل** في سن الالتحاق بالمدرسة خارج المدارس **60 %** منهم تقريبا فتيات، وهؤلاء الأطفال يشتغلون ويعملون، وأطفال متأثرون بالصراعات ،بالايدز وأطفال معاقون وأبناء أسر فقيرة، وأطفال المناطق النائية والريفية،... و يخفي توزيع النسب الصافية للقيد بالمدارس حسب المناطق اختلافات كبيرة داخل البلدان وفيما بينها، حيث أحرز أكبر قدر ملحوظ من التقدم في منطقة آسيا والمحيط الهادي إذ اقتربت النسب الصافية والإجمالية للقيد بالمدارس إلى**100%** في معظم البلدان ،و أصبح القيد بالمدارس يتناسب مع أعمار التلاميذ.

---

[1] - أ. شطاب كمال،**حقوق الإنسان في الجزائر بين الحقيقة الدستورية والواقع المفقود**، دار الخلدونية،2005، ص: 278.

[2] - المادة 28 من **اتفاقية حقوق الطفل**،.

[3]- Marie Duru-Ballat, et Agnès Vanzanten, **sociologie de l'école**, Armand colling, Paris, 1999 p : 27.

[4] - وراد فؤاد، **المرجع السابق** ، ص: 153

[5] - د. شبل بدران، د. فاروق البوهي، **نظم التعليم في العالم (تحليل مقارن)** ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، 2001 ص: 84.

I-1-2- تعميم التعليم الابتدائي: إن الهدف المتعلق بتوفير مستوى أساسي من التعليم لجميع الأطفال في جميع أنحاء العالم قد حظي باهتمام كافة الأمم وكان هذا الهدف إحدى النتائج الرئيسية للمؤتمر العالمي حول التربية للجميع الذي عقد في**جمنتيين** سنة 1990، وأعيد تأكيده في سلسلة من المؤتمرات وتم إعادة تأكيد هذا الهدف في شكل 6 أهداف رئيسية في المنتدى العالمي للتربية الذي عقد في **داكار أبريل 2000** وتم في السنة نفسها اعتماد اثنين من هذه الأهداف كهدفين من الأهداف الإنمائية للألفية وعليه فإن توفير التعليم الأساسي يمثل عنصرا مركزيا في الإستراتيجيات العالمية الرامية إلى تخفيض نسبة الفقراء في العالم. وفي منتدى داكار اتخذ قرار جديد ينص بوضوح على أنه ينبغي أن تكون جميع الأطراف مسؤولة ببذل الجهد اللازم للوفاء بالتعهدات التي قطعتها ووافقت الحكومات الوطنية على تكريس جهودها لتحقيق الأهداف المنشودة.

ومن بين أهداف مؤتمر داكار:

يهدف إعلان داكار إلى تحقيق الأهداف التالية:[1]

- ✓ توسيع وتحسين الرعاية والتربية الشاملتين في مرحلة الطفولة المبكرة وخاصة لصالح الأطفال الأكثر تأثرا وأشد حرمانا.
- ✓ العمل على أن يتم بحلول عام 2015 تمكين جميع الأطفال من الالتحاق بتعليم ابتدائي جيد مجاني وإلزامي وإكمال هذا التعليم ،مع التركيز بوجه خاص على البنات والأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة.
- ✓ إزالة أوجه التفاوت بين الجنسين في مجال التعليم الابتدائي والثانوي بحلول عام 2005 وتحقيق المساواة بين الجنسين بحلول عام2015 مع التركيز على تأمين فرص كاملة ومتكافئة للفتيات للانتفاع والتحصيل الدراسي في تعليم أساسي جيد.
- ✓ تحسين كافة الجوانب النوعية للتعليم وضمان الامتياز للجميع بحيث يحقق جميع الدارسين نتائج معترفا بها ويمكن قياسها لاسيما في القدرات القرائية والحسابية والمهارات الحياتية الأساسية.

I-1 2-1- الالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي: لدى جميع البلدان برنامج واحد على الأقل للتعليم قبل الابتدائي وتطلق على هذه البرامج تسميات مختلفة أغلبها برامج التعليم قبل الابتدائي في **ثلاثة وستين** بلدا ورياض الأطفال في **ستة وستين** بلدا والتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة في **أربعة وثلاثين** بلدا ومدارس الحضانة في **ثمانية وعشرين** بلدا وتحدد السلطات الوطنية عادة سنا رسميا للالتحاق بالتعليم الابتدائي، والمشاركة في التعليم قبل الابتدائي ليست إلزامية في **85 %** منذ البلدان ، وظلت سن

[1] - التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco**، **التعليم للجميع:هل يتقدم العالم في المسار الصحيح؟**،2002، ص: 03.

الالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي مستقرة منذ عام 1998 إلى أن تم اعتماد السنة الثالثة من العمر معيارا عالميا للالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي.[1] وتختلف مدة التعليم قبل الابتدائي اختلافا كبيرا من مكان إلى آخر إذ أنها **سنة واحدة** في **أربعة وعشرين** بلدا و **سنتان** في **تسعة وخمسين** بلدا و **ثلاثة** سنوات في **تسعة وتسعين** بلدا و **أربع** سنوات في **واحد وثلاثين** بلدا ولقد شهد الالتحاق بمرافق التعليم قبل المدرسي زيادة مطردة على النطاق العالمي وبلغ عدد الأطفال الملتحقين ببرامج الرعاية والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة زهاء **139 مليونا** في عام 2006 مقابل **112 مليونا** عام 1999 وكان متوسط نسبة القيد الإجمالية في التعليم قبل الابتدائي على الصعيد العالمي**79%** في البلدان المتقدمة و **36%** في البلدان النامية وهذا حسب ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (01)

القيد في التعليم قبل الابتدائي1999-2006

	القيد الإجمالي			نسب القيد الإجمالية		
	1999	2006	التغير بين 1999-2006	1999	2006	التغير
	مليون	مليون	(%)	مليون	مليون	(%)
العالم	112	139	24	33	41	26
البلدان النامية	80	106	32	27	36	32
البلدان المتقدمة	25	26	03	73	79	09
إفريقيا جنوب الصحراء	05	09	73	9	14	49
الدول العربية	02	03	26	15	18	22
شرق آسيا	37	36	-1	40	44	11
المحيط الهادي	0.4	01	24	61	74	22
جنوب وغرب آسيا	21	39	81	21	39	84
الكاريبي	01	01	18	65	79	21
أمريكا اللاتينية	16	20	24	55	64	16
أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية	19	20	04	75	81	07
أوروبا الوسطى والشرقية	09	10	01	49	62	26

المصدر: التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع ،منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم و الثقافة Unesco ، أهمية الحوكمة في تحقيق المساواة في التعليم،2009 ،ص: 51.

إن نسبة الالتحاق بالتعليم قبل المدرسي مرتبطة بالدخل إلا أن هذه الظاهرة ليست صحيحة في كل الحالات فهناك بعض الدول العربية المر تفعة الدخل إلا أن معدلات الالتحاق بها منخفضة مقارنة ببعض الدول ذات الدخول المتدنية مثل غانا، كينيا... ، وتأثر هذه المقارنات التأثير الهام للسياسات العامة وطبيعة خياراتها فيما يتعلق بالتعليم قبل المدرسي فتوفير الخدمات في البلدان المنخفضة الدخل لا تحد منه الموارد المتاحة فقط وإنما الإهمال الحكومي كذلك ولاسيما إزاء الفقراء الذين كثيرا ما تعرقل توفير تلك الخدمات وراجع كذلك إلى قيمة المعونات المقدمة حيث المعونة المقدمة للرعاية

[1] - التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco**، **إرساء أسس متينة من خلال الرعاية و التربية في مرحلة الطفولة المبكرة**، 2007، ص:129.

والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة سوى **05%** من مجموع المعونات المقدمة للتعليم [1] وهي حصة يصعب تبريرها مقارنة بالنفع الذي يمكن أن يعود به على التعليم الابتدائي وعلى عملية تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، ولعل التدني الشديد في مستوى توفير التعليم أمسّ الحاجة إليه في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى على وجه الخصوص يمثل حجة قوية لإعطاء أولوية أكبر للتعليم قبل الابتدائي ضمن إستراتيجيات التعليم، ونجد كذلك التفاوت في الالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي حتى داخل البلد الواحد فمثلا من المفروض أن أطفال الفئات الفقيرة هم أكثر الفئات أولى بخدمات الرعاية والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة للتخفيف من وطأة الحرمان في المنزل إلا أن الواقع على الصعيد العالمي يثبت العكس وبناء الإحصائيات التي قامت بها ***Unesco*** **لسبعة عشر** بلدا، لوحظ أن وجود فجوات واسعة في معدلات الحضور في برامج التعليم قبل المدرسي تصل إلى أدنى مستوياتها لدى الأطفال الفقراء والريف، ويلتقي أطفال الأسر الغنية تعليمهم قبل الابتدائي في مرافق خاصة مزودة بأفضل الإمكانيات ، وتشير البحوث الجارية في **"ريودي جانتيرو"** إلى أن متوسط الإنفاق على الطفل في التعليم قبل المدرسي الخاص يزيد بمقدار **اثني عشر ضعفا** عن نظيره في التعليم قبل المدرسي الحكومي، ويلمس أيضا في الكثير من البلدان وجود تفاوت على هذا الصعيد بين الحضر والريف، وهذا التفاوت في معدلات الالتحاق لا تعاني منه إلا الدول النامية، فالبلدان الغنية هي الأخرى تجد صعوبات في هذا المجال حيث دول ***O.C.D.E*** تشهد وجود تفاوتات ملموسة في توفير خدمات التعليم قبل المدرسي ففي فرنسا والبلدان الإسكندنافية (عدا فلندا) تحقق تعميم شبه كامل إلا أن الو.م. تحقق سوى نسبة **61%** أما الفئات التي تعاني من الحرمان داخل الولايات المتحدة فإن نسبة ا لتحاق أبنائها هي دون المتوسط الوطني.

I-1-2-2- أشكال التفاوت بين الجنسين في التعليم قبل الابتدائي : تم التأكيد بشدة على مبدأ عدم التمييز في المادة الثانية من اتفاقية حقوق الطفل،فالتمييز على أساس الجنس فيما يتعلق بحرية الحصول على التعليم جلي عبر بلدان العالم النامية فسنوات التحاق المرأة بالمدارس تقل في المتوسط **60%** عن سنوات الرجل [2]، وقد حققت منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط بين المناطق كافة في العالم المعدل الأعلى للمتوسط السنوي بزيادة تقدر ب **1,4%** في نسبة الالتحاق، ونسبة الانتظام الصافية في المدارس الابتدائية سنة 1980-2001،و أشكال التفاوت بين الجنسين في التعليم قبل الابتدائي هي أقل وضوحا مما عليه في مستويات التعليم الأخرى وقد يكون ذلك لأن الأطفال الذين يقيدون في هذا التعليم ينتمون على الأرجح إلى فئات أيسر حالا و التي تكون فيها أشكال الغبن القائم على الجنسين أقل

---

[1] – التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع،منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco** ،**أهمية الحوكمة في تحقيق المساواة في التعليم**،2009 ،ص: 51.

[2] - ستيفان دي فلدر، **المرجع السابق** ، ص: 58-59.

وضوحا مما هي عليه في الأوساط الفقيرة فقد كان مؤشر التكافؤ بين الجنسين (***GPI***) والذي يعبّر عن نسبة إجمالي قيد الفتيات إلى إجمالي قيد الذكور قريبا من**0,90** في جميع مناطق العالم عام2005 [1] وفي جميع البلدان التي تتوافر فيها معلومات مثل الدول العربية وفي أوروبا الشرقية والوسطى يلاحظ أن الفارق هو لصالح الفتيان وبينما هو لصالح الفتيات في الكثير من بلدان شرق آسيا والمحيط الهادي وأمريكا اللاتينية والكاريبي وينخفض هذا المؤشر خاصة عن**0,9** في الدول العربية رغم أنه حقق هذا المؤشر ارتفاعا محسوسا ففي المغرب ارتفع من**0,52** سنة 1998 إلى **0,62** سنة 2002

I-1-2-3- الالتحاق بالتعليم الابتدائي: لم يبق سوى سنوات معدودات على الأجل المعتمد لتحقيق هذا الهدف فهل ستوفي الحكومات بوعدها بأن تحقق تعميم التعليم الابتدائي عام2015م، فهناك حوالي **75 مليون** طفل في سن التعليم الابتدائي لا يزالون غير ملتحقين بالمدارس وأعدادهم لا تتناقص مع نحو يمكن معه تحقيق هدف عام 2015، والمطلوب هو العمل في آن واحد على تسريع الزيادات في معدل التحاق الأطفال بالمدارس وتعزيز بقائهم فيها ونحن في هذه المرحلة إزاء لحظة حاسمة بالنسبة للالتزامات بتحقيق تعميم التعلم الابتدائي بحلول عام2015 وإذا لم يحدث تحرك عاجل من أجل إلحاق الأطفال بالمدارس وزيادة معدل بقائهم وتعزيز الجودة سوف يتم إخلاف الوعد المقدم في داكار.

حيث تعد نسبة القيد الصافية من أهم الوسائل لقياس التقدم على طريق تعميم التعليم الابتدائي، فهي تحدد نسبة الأطفال في سن الالتحاق بالنظام الابتدائي المقيدين رسميا في المدارس، والبلدان التي تحقق معدلات نسب قيد صافية تقترب من **97%** أو أكثر تعتبر قد حققت من الناحية الفعلية تعميم التعليم الابتدائي. فبلغ الارتفاع في نسب القيد الصافية في البلدان النامية ككل منذ عام 1999م ضعف المعدل السنوي المتوسط المسجل خلال عقد التسعينات، ويعد هذا الإنجاز رائعا، وهو التقدم المحرز في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، فقد ارتفعت نسبة القيد الصافية في المنطقة خلال سنوات التسعينات بمتوسط قدره **0,3** نقطة مئوية سنويا وصولا إلى **56%** في نهاية العقد وفي عام 2006 بلغت هذه النسبة **70%** أي ما يمثل زيادة سنوية قدرها **نقطتان** مئويتان في المتوسط وسجلت منطقة جنوب وغرب آسيا أيضا زيادة مثيرة في نسب القيد الصافية إذا ارتفعت من**75%** إلى **86%**.

وتعبّر الزيادة الحادة في معدلات القيد عن الأهمية الكبيرة المعطاة للتعليم الابتدائي في بلدان كثيرة، وتثبت هذه الانجازات أن التقدم السريع نحو تعميم التعليم الابتدائي ممكن حتى في ظل الظروف الصعبة فقد سجلت بلدان كثيرة تقدما ملحوظا خاصة في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

I-1-2-4- الأطفال غير الملتحقين بالمدارس: كان عدد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس في عام 2006 أقل بمقدار **28 مليون** نسمة من عددهم في عام 2000، وبالمقارنة مع التسعينات حينما كانت

[1] - التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع ، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco**،**التعليم للجميع بحلول عام 2015 ، هل سنحقق هذا الهدف؟**،2008، ص: 91.

أعداد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس تتزايد في بعض المناطق ، فإن التقدم الذي أحرز منذ منتدى داكار هو تقدم هائل ففي إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى انخفض عدد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس بمقدار **10 ملايين** نسمة منذ عام 2000، في حين ارتفع عدد السكان المنتمين إلى هذه الشريحة إلى **17 مليون** نسمة وخلال السنة نفسها استطاعت منطقة جنوب وغرب آسيا تخفيض عدد سكانها غير الملتحقين بالمدارس بمقدار النصف تقريبا أي من **37 مليون** إلى **18 مليون** ، وبالرغم من كل هذه التحولات إلا أن الطريق إلى الهدف المنشود لا يزال طويلا فهناك **75 مليون** طفل [1] في سن التعليم الابتدائي لا يزالون غير ملتحقين بالمدارس. وتتعدد وتتنوع أسباب عدم الالتحاق حيث يعيش أكثر من أربعة أخماسهم في المناطق الريفية ويغلب على معظمهم الفقر والكثير منهم توارث الحرمان جيلا بعد جيل آخر، ويؤدي كذلك افتقار الأم إلى التعليم إلى مضاعفة احتمال عدم التحاق طفلها بالمدرسة.

بتبين دراسات اليونسكو حول القيد بحسب العمر أن زهاء **31%** من أطفال العالم غير ملتحقين بالمدارس وقد يدخلونها متأخرين، وهناك **24%** آخرون قد سبق لهم الالتحاق بالمدارس لكنهم تسربوا وهذا ما يعني أن قرابة نصف الأطفال غير الملتحقين حاليا لم يتلقوا أي تعليم نظامي ، و توجد أيضا تنوعات إقليمية واسعة ففي إفريقيا جنوب الصحراء يتوقع زهاء **ثلثي** الأطفال لا يدخلون المدرسة أبدا، وفي جنوب غرب آسيا التحقت نسبة مماثلة بالمدارس قبل أن تتسرب منها، أما أمريكا اللاتينية وشرق آسيا فإن الغالبية العظمى من الأطفال غير الملتحقين بالمدارس تتمثل في الذين دخلوا المدارس متأخرين وتبيّن هذه التجارب المتباينة أن معالجة مشكلة الأطفال غير الملتحقين بالمدارس تقتضي سياسات عامة للقضاء والتصدي على أوجه الحرمان الذي يقف حاجزا في طريق الأطفال.

I-2- تمويل التعليم: تجدر الإشارة بداية إلى العلاقة الوثيقة بين دراسة تكلفة التعليم وتمويله، فمن خلال تحديد تكلفة التعليم في المستقبل القريب والبعيد، تركز الجهود على البحث عن مصادر لتمويل هذه التكلفة أهي الدولة بمفردها أم الدولة بالإضافة إلى أولياء الأمور أو هناك مصادر أخرى فهذه الأسئلة كلها حرجة ومهمة تجيب عنها كل دولة بالشكل الذي يناسب ظروفها ، لذلك الباحث **Cohn** يقرر أنه ربما يكون التعليم من أكثر القضايا جدلا في اقتصاديات التعليم. [2] إذ أن تمويل التعليم والإنفاق عليه أصبح يشكل اليوم عبئا كبيرا يثقل كاهل بلدان العالم و هو الأمر الذي حمّل المختصين

---

[1] – التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco** ،**أهمية الحوكمة في تحقيق المساواة في التعليم**،المرجع السابق،2009 ،ص : 59-60.

[2] - د. محمود عباس عابدين، **علم اقتصاديات التعليم الحديث** ،الدار المصرية اللبنانية للنشر، القاهرة ،2000، ص: 63.

على القيام بدراسات واسعة لإيجاد حلول ملائمة لمشكلة التمويل دون التضحية بالمستوى التربوي المطلوب حيث يلعب تمويل التعليم دورا معوقا في تحقيق المؤسسات لخططها وأهدافها التعليمية.[1]

I-2-1- التمويل من قبل الدولة: تتحمل الدولة نفقات التعليم إذ يتم تمويل النشاطات التعليمية من ميزانية الدولة ولا يتحمل الطلبة أو ذويهم أية نفقة من نفقات التعليم وبالتالي لا يدفع الطالب أي أجر مقابل حصوله على التعليم، فالنفقات كلها تقع على كاهل الدولة سواء كانت نفقات عمل أو نفقات مادية كما تتحمل أيضا نفقات إسكان ونقل الطلبة وتغذيتهم، وقد تتحمل الدولة أيضا نفقات جزئية للتغذية وتقدم لهم أيضا مساعدات أو منح مالية مع العلم أن قيمة هذه النفقات تكون بنسب متفاوتة من دولة إلى أخرى ومن فترة إلى أخرى.

يعتبر تحمل الدولة النفقات الأساسية في التعليم هو أداة فعالة في تعميم التعليم وشموليته لكل أفراد المجتمع وتعتبر أيضا أداة في تحقيق وتوسيع المضامين الديمقراطية في التعليم من خلال إتاحة الفرصة المتكافئة أمام مختلف الفئات الاجتماعية في التعليم والاستمرار فيه ومع ذلك فإن رغم إيجابيات مجانية التعليم وتمويله كليا من طرف الدولة إلا أنه لا يخلوا من سلبيات أهمها أن الطالب لعدم تحمله النفقات التعليمية تجعله غير متحمس في توجيه كمية أكبر من العمل الخاص في التعليم وغير متحمس أيضا في إنهاء المرحلة التعليمية في الفترة الزمنية المحددة لها وتدني مستواه التعليمي كما أن هناك مظاهر أخرى للهدر الاقتصادي الناجم عن ضعف أو انعدام الدوافع الاقتصادية التي تتمثل في الهدر الناتج عن نفقات السنوات الإضافية التي يقضيها الطالب لإنهاء المرحلة التعليمية نتيجة للرسوب أو الهدر بالنفقات نتيجة ترك الطالب للدراسة قبل إنهائها.[2]

I-2-2- التمويل من قبل الأفراد: يتحمل الطالب أو ذويه في هذه الصيغة للتمويل نفقات التعليم عن طريق دفع الطالب أجور مقابل الخدمات التعليمية التي يتلقاها بالمؤسسات التعليمية وتعد الموارد المالية الآتية كأجور الدراسة عنصرا حاسما في تمويل نشاط المؤسسات التعليمية أما الإعانات التي تأتي من الدولة أو المؤسسات الاجتماعية فتحتل دائما عنصرا ثانويا في عملية التمويل وما يترتب على هذا النوع من التمويل فهي يمكن أن تكون عقبات مالية أمام حصول الأفراد على التعليم أو الاستمرار فيه حيث تحد من إمكانية ذوي الدخول المنخفضة الحصول على التعليم وتخلق صعوبة في توجيه جزء من موارد الفرد أو العائلة للأغراض التعليمية إذ أن هناك مجالات أخرى قد تجذب تلك الموارد كالتغذية، الإسكان، العناية الصحية،... وغيرها من المستلزمات الأساسية، وهذا ما يؤدي إلى حرمان العديد من الأفراد الذين تتوفر فيهم الإمكان يات والقدرات العقلية والجسمية من التعليم أو الاستمرار فيه رغم ذلك إلا أنه يمكن أن ينجم على هذا النوع من التمويل بعض المزايا والإيجابيات

---

[1] - أ. سهيل الحمدان، **اقتصاديات التعليم تكلفة التعليم وعائداته**، الدار السورية الجديدة، 2002، ص: 76-77.

[2] - د. جمال أسرع مزعل، **الاعتبارات الاقتصادية في التعليم** ،جامعة الموصل،بغداد ، ص: 191-194.

وفي مقدمتها توفر الدوافع والحوافز الاقتصادية في التعليم وما يترتب عن ذلك من تقليل في حجم الإهدار الناتج عن الرسوب أو التسرب، كما أن تحمل الطالب للنفقات التعليمية تجعله أكثر حرصا على حسن استخدام المستلزمات التعليمة وبفعالية أكبر.[1]

I-2-3- التمويل الذاتي التمويل من قبل المؤسسات التعليمية: إن تزايد النفقات التعليمية ومحدودية الإمكانيات المتوفرة لدى المجتمع والأفراد في توفير موارد مالية إضافية إلى تلبية الحاجات المتزايدة في مجال الإنفاق على التعليم قد أدى إلى البحث عن بعض الوسائل والأساليب التي تخفف من الأعباء المالية التي يتحملها الأفراد والمجتمع ومن بين هذه الوسائل لجوء بعض المؤسسات التعليمية إلى تطوير نشاطها التعليمي إلى نشاطات تعليمية إنتاجية أي نشاطات تحقق منافع مادية تعين المؤسسة في تخفيف الحاجة للموارد المالية الضرورية لتسيير نشاطاتها إضافة للأهداف التعليمية[2].

I-2-4- المصادر المحلية: وهي تمثل مساهمة البلديات والحكومات المحلية ومساهمة الأهالي في المناطق الريفية والقرى كمساهمة الأهالي في بناء مدرسة، تقديم الأرض وتأمين السكن والطعام للمدرسين،...

I-2-5- الهبات والتبرعات: هي عبارة عن هبات وتبرعات عينية أو نقدية تقدّم للمؤسسات التعليمية كقطعة أرض لبناء مدرسة، أو إهداء مكتبة للمدارس، أو تقديم مباني أو أجهزة تعليمية.[3]

I-2-6- المعونات الدولية: تمثل المساعدات الإنمائية الرسمية المصدر الرئيسي لتمويل التعليم للجميع وقد كان الهدف الأساسي الذي سعت إليه الجهات المانحة والمنظمات الدولية من خلال تنظيم منتدى داكار مهمته هو دفع عجلة التقدم نحو تحقيق تعميم التعليم الابتدائي وغير ذلك من عناصر التعليم الأساسي المحددة في **جومنتين** 1990 والتي شهدت تباطؤ [4]، حيث تقع هذه الأخيرة في قلب نقاش يزداد استقطابا يوما بعد يوم وترى معظم حكومات البلدان الغنية وتؤديها في ذلك وكالات الأمم المتحدة ومنظمات التمويل الدولية وتدعمها المنظمات الحكومية وغير الحكومية أن زيادة المعونة الإنمائية هي شرط لازم لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وسائر الأهداف الإنمائية للأمم، و هناك من يقول أن حجم هذه المعونات ينتج عنها سوى نتائج ضئيلة. وفي حقيقة الأمر أن المعونة لعبت دورا حاسما في دعم السياسات التي وسعت نطاق الالتحاق بالتعليم وعززت الإنصاف وعالجت مسائل النوعية ويبدو ذلك

---

[1] - د. جمال أسرة مزعل، **المرجع نفسه**، ص: 195-196.

[2] - د. جمال أسرة مزعل، **المرجع نفسه**، ص: 196-197.

[3] - أ. سهيل الحمدان، **المرجع السابق** ، ص: 80.

[4] - التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع ، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco** ،**التعليم للجميع بحلول عام 2015 ، هل سنحقق هذا الهدف؟** ، 2008 المرجع السابق، ص: 154.

واضحا في كثير من البلدان التي أحرزت تقدما سريعا ما كانت لتحققها لولا المعونة وفيما يلي بعض الدول:[1]

- في كمبوديا وغانا، كينيا، الموزمبيق...كانت زيادة حجم المعونات الدولية عاملا مساعدا لإلغاء الرسوم في التعليم الابتدائي، وهو ما ساعد على توسيع نطاق الالتحاق بالمدارس الابتدائية إلى حد كبير.
- جمهورية تنزانيا المتحدة ساعدت المعونات في دعم استراتيجيات قطاع التربية إلى تخفيض أعداد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس بمقدار **3 ملايين** طفل منذ عام1999.
- في إثيوبيا زاد نصيب ميزانية التعليم من**3,6%** إلى **6%** من الناتج القومي الإجمالي بين عامي 1999 و 2006، وكانت المعونة الدولية عنصرا حاسما في إجمالي التمويل وانخفاض عدد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس من **7 ملايين** إلى **3,7 مليون** خلال الفترة ذاتها.

وبناء على ذلك يمكننا القول أن التقدم المشهود لولا المعونة لكانت أعداد أكبر بكثير من الأطفال إما غير ملتحقين بالمدارس أو محشورين في صفوف أكثر اكتظاظا و بدون كتب و مع ذلك فتظل أهمية زيادة المعونة مرهونة بقدرة متلقيها على تحقيق نتائج إيجابية و التي تؤدي كذلك إلى التصدي للفقر و اللامساواة بكل إشكالها .

و يؤثر حجم المعونات الإجمالي و كذلك التوجهات في مجال المعونة تأثيرا مباشرا على مدى التقدم المحرز نحو تحقيق غايات و أهداف داكار من ناحيتين .

أولا : يتأثر قطاع التربية بالتقلبات في مدى توافر المعونة .

ثانيا: إن التقدم نحو تحقيق أهداف التعليم للجميع يرتبط ارتباطا وثيقا بالتطورات التي تشهدها مجالات أخرى تلعب فيها المعونة دورا هاما و منها على وجه الخصوص الجهود المبذولة لمكافحة وفيات الأطفال الأمراض المعدية، و التخفيف من الفقر المدقع...،

استفادت من المعونة المقدمة للتعليم **147** بلدا في عام 2006 و من ضمن هذه البلدان يوجد **تسعة و سبعون** بلدا صنفتها لجنة المساعدات الإنمائية التابعة لـ**OCPE** إلى فئة البلدان النامية ذات الدخل المتوسط و **ستين** بلدا صنفتها في بلدان النامية ذات الدخل المنخفض و تتضمن المجموعة الأخيرة **خمسين** بلدا مصنفة في فئة البلدان الأقل نموا ففي عام2006 تلقت البلدان ذات الدخل المنخفض **6,4 مليار دولار** من المعونات المخصصة للتعليم و هو مبلغ أدنى قليلا من المبلغ الذي تلقته في عام2004 و لكنه أكبر مما تلقته في السنوات السابقة و هو ما يعادل نسبة **57%** لقطاع التعليم ، و تلقت البلدان

[1] – التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع،منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco** ، **أهمية الحوكمة في تحقيق المساواة في التعليم**،المرجع السابق،2009 ،ص : 205-206.

ذات الدخل المنخفض نسبة أعلى من إجمالي المعونة المخصصة للتعليم الأساسي حيث بلغت **75 %** في عام 2006 أما المعونة المخصصة للتعليم و ربح المعونة المخصصة للتعليم الأساسي سنة 2006 فمنذ عام 2000 لم تطرأ سوى زيادات طفيفة جدا من نسبة المعونة المخصصة للتعليم بما فيه الأساسي الموجه للبلدان الخمسين الأقل نموا و هذا باعتبارها أفقر بلدان العالم إذ يقل دخل الفرد فيها عن 900 دولار و فيما بين 2004-2005 زادت حصتها الإجمالية من المعونة المخصصة للتعليم زيادة طفيفة فارتفعت من **33 %** بين 2000-2002 في المتوسط إلى **36 %** بين 2003-2005 و في ذات الفترة لم تسجل حصتها المخصصة للتعليم الأساسي سوى**45 % - 46 %** من إجمالي الحصة

إن الحاجة إلى المعونة يمكن قياسها بعوامل شتى و لكن يمكن أن يعطي عدد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس تقديرا أوليا مفيدا في هذا الصدد و بالتالي فحجم المعونة يزداد مع زيادة عدد الأطفال غير الملتحقين في المدارس و مع ذلك فإن العلاقة بين عدد الأطفال الغير ملتحقين بالمدارس و المعونة ليست علاقة ثابتة دائما و مع ذلك فرغم الارتباط بين المعونة و الأطفال غير الملتحقين بالمدارس عموما إيجابيا لكنه ضعيفا لأن الجهات المانحة زادت بتقديم المعونات المخصصة للتعليم الأساسي في البلدان التي تضم اكبر أعداد من الأطفال غير الملتحقين بالمدارس و مع ذلك لا توجد دلائل على أنها منحت درجة أعلى من الأولوية في ذلك للبلدان الأكثر فقرا .

I-2-8- حصة التلميذ من الإنفاق الحكومي : هناك اختلافات هائلة بين البلدان على صعيد المعدل السنوي للإنفاق الحكومي على تلميذ واحد في المرحلة الابتدائية و بالنظر أن مرتبات المعلمين تمثل عادة بين **85 %** و **95 %** من الإنفاق و عليه فإن النهج المتبع فهي مقارنة الإنفاق فيما بين الدول يتمثل في اعتبارها نسبة من حصة الفرد من الناتج القومي الإجمالي في كل بلد و هذا حسب ما يوضحه الجدول .

الجدول رقم (02)

الإنفاق الجاري لكل تلميذ في التعليم الابتدائي

البيان	إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	الدول العربية	آسيا الوسطى	شرق آسيا و المحيط الهادي	جنوب و غرب آسيا	أمريكا اللاتينية و الكاريبي	أمريكا الشمالية	أوربا الوسطى و الشرقية
الوسيط	12,04	12,3	8,0	13,3	8,7	13,5	20,1	16,9
المعدل	13,3	15,6	9,1	12,3	10,3	13,5	19,9	17,2
الحد الأعلى	33,4	45,1	13,2	20,6	18,5	23,9	24,9	24,2
الحد الأدنى	4,7	6,6	7,1	2,5	5,2	5,0	14,4	11,7
عدد البلدان	26	12	04	09	04	21	19	12

المصدر: التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع،منظمةالأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافةUnesco ،التعليم للجميع بحلول عام 2015 ، هل سنحقق هذا الهدف؟ ،2008 ص: 148

من خلال الجدول يلاحظ انه لا يوجد سوى فوارق صغيرة بين المناطق لكن الأهم من ذلك هو الفوارق بين البلدان في المنطقة الواحدة فعلى سبيل المثال يبلغ متوسط الإنفاق على التلميذ الواحد في

إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى **12,4%**، لكن الإنفاق الحكومي على التلميذ الواحد في كل من بوركينافاسو و كينيا، بوروندي لا يتجاوز نصف هذا المتوسط و هناك عدة عوامل تفسر هذه الفوارق منها الانخفاض النسبي لنسبة عدد التلاميذ لكل معلم و ارتفاع مرتبات المعلمين مقارنة مع باقي القوى العاملة و ارتفاع تكاليف الخدمات المدرسية فيمكن لكل عامل من هذه العوامل قيودا إضافية على تمويل التعليم الابتدائي و هناك عامل آخر و هو حجم المساهمة الماليةالأسرية.

I-3- السياسة العمومية للتعليم في الجزائر: لقد عرف التعليم في الجزائر تطورا ملحوظا في العشرية الأخيرة و هذا نتيجة للمجهودات التي بذلتها الدولة الجزائرية لدعم هذا القطاع حيث جعلت من مجانيته واجبا أساسيا قامت عليه المنظومة التربويةوتجسيدا لمبدأ تكافؤ الفرص للجميعوبدون تمييز.

I-3-1- الإطار التشريعي: إن الحق في التعلم قد كفلته مختلف الدساتير المتعاقبة في تاريخ الجزائر منذ دستور 1963 الذي نص في مادته 18 **"التعلم إجباري و الثقافة في متناول الجميع و بدون تمييز..."** و نفس الشيء نجده في الدساتير الموالية إذ نص دستور 1996 في مادته 53 جميع الأطفال لهم الحق في التعلم المجاني خلال مدة زمنية تسع سنوات. فالنصوص الأساسية نصت على إجباريته لجميع الأطفال الذين يبلغون من العمر6 سنوات كاملة و بهذا التزمت الجزائر بتشجيع تنمية شخصية الطفل، و تنمية مواهبه، و قدراته الذهنية و البدنية لاستعدادهم تحمل الحياة و من هنا قامت الجزائر بتحسين فرص الالتحاق بالمدارس الحكومية، و الوصول إلى النوعية المرجوة لهذه الإصلاحات في أنظمتها التعليمية على المستوى الابتدائي، المتوسط و الثانوي و المهني [1]، و علاوة على ذلك فإن مشروع القانون التوجيهي للتعليم هو الآخر يضمن مجانية التعليم لكل الفتيان و الفتيات في الفئة العمرية بين 6 سنوات و 16 سنة كاملة مع إمكانية تمديد هذه المدة إلى سنتين للأطفال المعوقين، مع فرض غرامة مالية على الأولياء أو الأوصياء الذين يحرمون أولادهم من هذا الحق.

و تقوم المصالح البلدية المختصة كل سنة عند الدخول المدرسي بإعداد قائمة الأطفال البالغين سن التمدرس الإجباري المولودين أو المقيمين على تراب البلدية حيث تدون:

- ✓ اسم، لقب، و تاريخ و مكان ميلاد الطفل.
- ✓ اسم، لقب و عنوان و مهنة الأشخاص الطبيعيين أو المعنويين المسؤولين عن الطفل.

و تحيّن مصالح البلدية المختصة قائمة الأطفال المعنيين بالتمدرس دوريا و توافي قبل كل دخول مدرسي مصالح التربية على مستوى الولاية بالقائمة المتضمنة أسماء الأطفال المسجلين لديها المعنيين بالدخول المدرسي و يقوم كل شخص معنوي أو طبيعي يحوز السلطة الأبوية أو الوصاية القانونية على طفل قاصر في سن التمدرس بتسجيله إلى أقرب مؤسسة مدرسية في غضون 6 أشهر قبل الدخول

[1] - Système des notions unies en Algérie, **Algérie bilan commun de pays**, septembre,2005, p :8-9.

المدرسي، و من جهة أخرى يقوم مديرو المدارس الابتدائية قبل كل دخول مدرسي تسجيل البالغين سن التمدرس الإجباري طبقا للتنظيم المعمول به[1].

و بهذا فإن كان التعلم حق من حقوق الطفل فيجسّد ذلك ميدانيا من خلال مجانيته حتى لا يكون المقابل النقدي عائقا و مانعا للتمتع بهذا الحق في التشريع الجزائري، و تعتبر الجزائر من الدول التي يحظى مواطنوها بإمكانية التعليم بمثل هذه المواصفات و بالإضافة إلى أنه مجاني فإن الدولة تقوم بتقديم الإعانات إلى التلاميذ سواء كانت مالية مثل المنح التي استحدثت خلال الموسم الدراسي 2000-2001 و المقدرة بـ: **2000 دج** بالإضافة، إلى ما تم التكفل به من نقل مدرسي، و كذلك المطاعم و إعانات الديوان الوطني للمطبوعات المدرسية.

إلا أنه بعض الاقتصاديين و السياسيين يفكرون على ضرورة الدولة أن تفتح المجال أمام القطاع الخاص للاستثمار في النظام التعليمي و خاصة في التعليم قبل الابتدائي حيث تبق وزارة التربية الوطنية المسؤولة عن تحضير البرامج التعليمية، والشروط التي يجب توافرها في التجهيزات و المعدات و البنايات و الوسائل التقنية للجهات المعنية للرقابة البيداغوجية. و من جهة أخرى الدولة تشجع كذلك القطاعات السوسيواقتصادية، المؤسسات المدنية و المؤسسات العمومية و الخاصة الجماعات المحلية هي الأخرى بالاستثمار في مجال التعليم في الطفولة المبكرة.

I-2-3- أطوار التعليم في المدرسة الأساسية: تحتوي المدرسة الأساسية على ثلاثة أطوار متتابعة يراعي كل واحد منها الخصائص النفسية و العضوية لنمو الطفل فتظهر كما يلي[2]:

I-2-3-1- الطور الأول أو المرحلة القاعدية: لمدة ثلاث سنوات من السنة **6** إلى السنة **9** ففي هذا الطور يركز التعليم و النشاطات البيداغوجية على نمو التلميذ ،ثم تنصيب المدرسة الأساسية ابتداء من العام الدراسي 1980-1981.

I-2-3-2- الطور الثاني أو مرحلة الإيقاض: لمدة ثلاث سنوات أيضا من السنة **10** إلى السنة **13** و يهدف هذا الطور من خلال نشاطاته التربوية المختلفة إلى دعم و تقوية مكتسبات الطور الأول و تعريف الطفل بمختلف الهيئات و البنايات المكونة للوسط بمفهومه الواسع الاجتماعي و السياسي و الطبيعي و التكنولوجي. وفي مجمله يشكلان هذ ين الطورين التعليم الابتدائي والذي يمكن توضيحه بأكثر تفصيل من خلال المعطيات الإحصائية وفق الجداول التالية:

---

[1]- المرسوم التنفيذي **رقم 10-03 المؤرخ في 04 يناير 2010 يحدد شروط الدخول في مؤسسات التربية والتعليم و استعملها و حمايتها.**

[2]- الطاهر زرهوني ، **التعليم في الجزائر قبل و بعد الإستقلال** ، موفم للنشر ، 1993 ، ص: 122-126.

الجدول رقم (03)

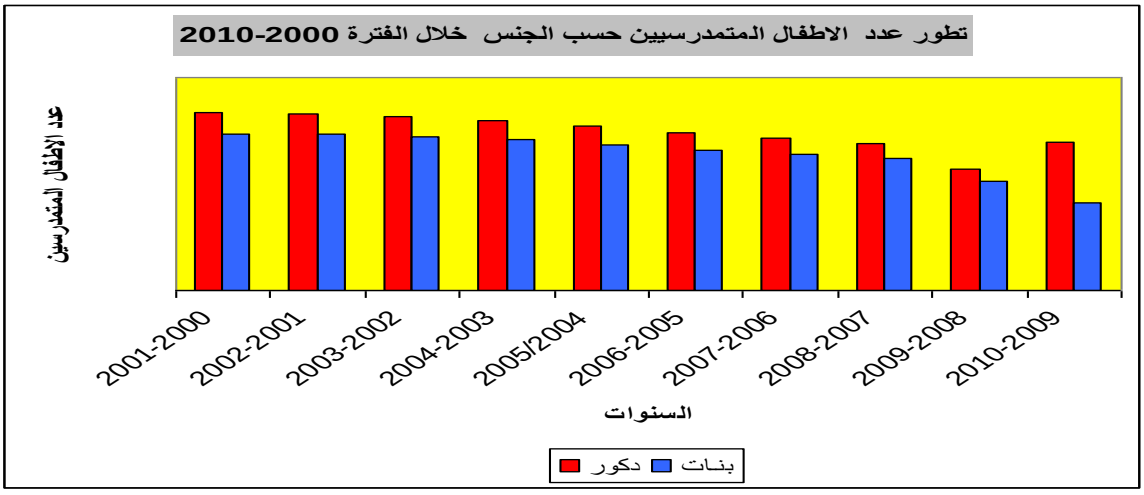
تطور عدد تلاميذ التعليم الابتدائي حسب سنوات الدراسة والجنس

السنوات	1 إبتدائي		2 إبتدائي		3 إبتدائي		4 إبتدائي	
	المجمـوع	الهنـات	المجمـوع	الهنـات	المجمـوع	الهنـات	المجمـوع	الهنـات
2001-2000	709,935	333,453	796,183	376,369	808,114	378,083	801,039	374,022
2002-2001	778,786	371,288	697,717	325,451	795,360	374,449	809,906	380,237
2003-2002	730,552	346,191	754,631	359,429	701,198	324,781	804,795	376,610
2004-2003	705,269	334,058	716,810	340,607	750,885	355,665	714,378	328,968
2005/2004	676,724	318,834	672,189	321,179	722,555	341,965	759,509	356,205
2006-2005	654,802	308,519	654,369	309,860	634,582	304,190	753,889	349,747
2007-2006	658,460	310,776	641,065	302,680	640,466	303,611	632,358	302,080
2008-2007	675,568	319,101	645,448	305,185	636,664	300,073	638,498	302,236
2009-2008	676357	319323	660329	311328	636363	299616	637188	298951
2010-2009	661,392	319,362	727,177	338,985	660,495	311,104	638,895	300,486

السنوات	5 إبتدائي		6 إبتدائي		الجملـــــة		
	المجموع	البنـــات	المجموع	البنـــات	المجموع	البنـــات	الذكور
2001-2000	791,272	369,411	814,407	378,776	4,720,950	2,210,114	2,510,836
2002-2001	794,151	370,806	815,950	382,143	4,691,870	2,204,374	2,487,496
2003-2002	804,276	377,077	817,122	381,957	4,612,574	2,166,045	2,446,529
2004-2003	798,621	373,560	821,740	386,596	4,507,703	2,119,454	2,388,249
2005/2004	714,418	328,923	816,349	382,821	4,361,744	2,049,927	2,311,817
2006-2005	757,671	355,186	741,267	346,399	4,196,580	1,973,901	2,222,679
2007-2006	763,675	352,502	742,930	354,911	4,078,954	1,926,560	2,152,394
2008-2007	555,019	276,115	780,677	357,480	3,931,874	1,860,190	2,071,684
2009-2008	637021	306314			3,247,258	1,535,532	1,711,726
2010-2009	621,253	296,207			3,309,212	1,227,159	2,082,053

SOURCE : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

وحتى نوضح أكثر نلجأ بالاعتماد على الجدولين إلى البيان التالي:



SOURCE : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

من خلال البيان يلاحظ تراجع في عدد التلاميذ المسجلين في الطورين الأول و الثاني في كلا الجنسين فكانت تتماشى بنسب متزايدة في بداية الأمر إذ بلغ عددهم 4720950 تلميذ من بينهم 2210114 تلميذة سنة 2001 ليبدأ في التراجع بداية من الموسم الدراسي 2004-2005 حيث بلغ عدد التلاميذ المتمدرسين4361744 تلميذ من بينهم 2049927 تلميذة و بقي في تراجع مستمر حتى سنة 2009 أين بلغ عددهم 3247258 تلميذ من بينهم 1535532 تلميذة تم بدأ في تصاعد خلال الموسم 2009-2010 فلغ عدد التلاميذ لهذا الموسم 3309212 تلميذ و من بينهم 1227159 تلميذة وكانت نسبة التراجع عند الفتيات أكثر مما هي عند الذكور فكانت نسبة التراجع عند الفتيات **5,45 %** خلال الفترة بين 2000-2010 و **1,65 %** عند الذكور و هذا الانخفاض يفسر بقلة عدد الولادات و الذي يؤثر مباشرة في عدد التلاميذ الجدد المسجلين في السنة الأولى غير أنه و عموما نسبة مشاركة الفتيات عرفت تطورا ملحوظا مقارنة بالسنوات الماضية حيث شكلت نسبة **50%** خلال سنة 2010 بعدما كانت **44,66%** سنة 1990 و **46,66%** سنة 2000 و **47,29 %** سنة 2009

رغم هذا التطور الهائل في عدد التلاميذ مقارنة مع عدد السكان إلا أن هناك مجموعة من الأطفال لم يكن لهم فرصة في التعليم و يمكن توضيح التطور الكمي لهذه الفئة حسب الجدول التالي:

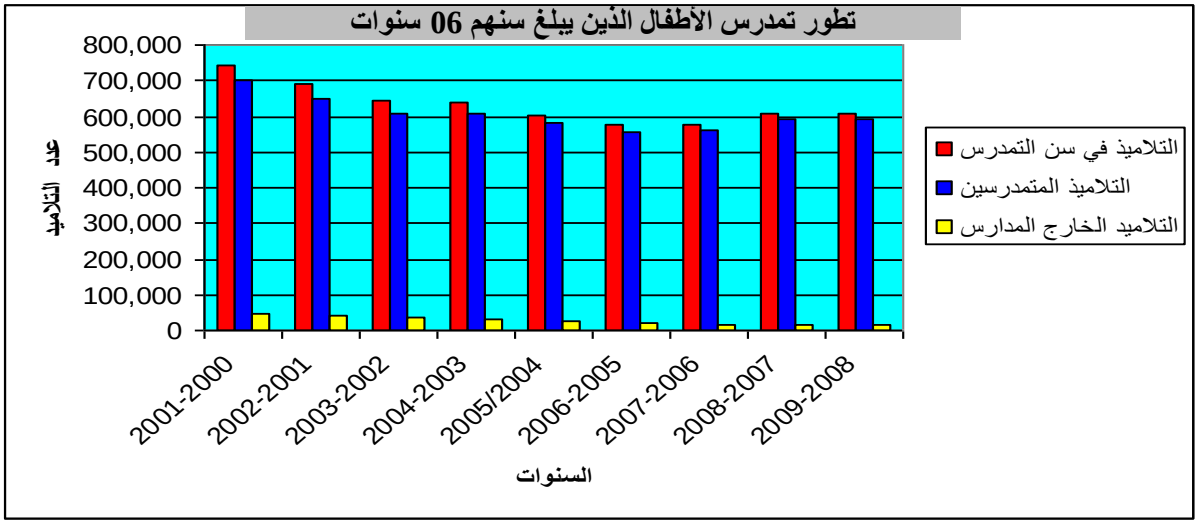
الجدول رقم (04)

تطور تمدرس الأطفال الذين يبلغ أعمارهم6 سنوات

السنوات	التلاميذ في سن التمدرس		التلاميذ المتمدرسين		التلاميذ خارج المدارس	
	المجموع	الإناث	المجموع	الإناث	المجموع	الإناث
2001-2000	745,318	365,259	700,806	338,411	44,512	26,848
2002-2001	688,582	337,235	647,962	313,186	40,620	24,049
2003-2002	645,874	316,018	608,656	294,881	37,218	21,137
2004-2003	636,827	312,591	606,207	293,436	30,620	19,155
2005/2004	604,786	295,534	580,885	279,836	23,901	15,698
2006-2005	576,557	284,254	558,373	270,524	18,184	13,730
2007-2006	578,190	282,594	560,855	271,883	17,335	10,711
2008-2007	607,533	295,690	591,248	285,757	16,285	9,933
2009-2008	607,236	295,592	591,452	286,015	15,784	9,577

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

وللتوضيح أكثر نلجأ إلى البيان التالي



SOURCE : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

من البيان يتضح أنه رغم بلوغ معدل و عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس ممن هم في سن التمدرس (06سنوات) مستوى مقبول على وجه العموم ، غير أن ظاهرة عدم الالتحاق بالمدارس لا زالت تشكل خطر يهدد الأطفال و خاصة في المناطق النائية و لدى بعض الفئات الاجتماعية مثل البنات و أبناء العائلات ذات الدخل المحدود ، فبلغ عدد الأطفال غير الملتحقين بالمدارس44512 طفل من بينهم 26848 طفلة خلال الموسم الدراسي 2001-2000 وه ذا ما يشكل معدل **5,97 %** موزعة بنسبة**3,60%** و**2,37%** لصالح الفتيات والذكور على التوالي لينخفض هذا العدد خلال عشر سنوات إلى 15784 طفل من بينهم 9577 طفلة أي بمعدل **2,60%** موزعة بنسبة **1,58%**و**1,02 %** لصالح الفتيات و الذكور خلال الموسم الدراسي 2008 -2009

أما عدد الأطفال المتمدرسين بلغ عددهم 700806 طفل منهم 338411 طفلة وهذا ما يبلغ نسبة **94,03 %** من مجموع الأطفال في سن التمدرس موزعة بنسبة **92,65 %** و **95,35%** لصالح الفتيات و الذكور على الترتيب خلال الموسم الدراسي2000-2001 ، ليبلغ عددهم 591452 طفل من بينهم 286015 طفلة أي بنسبة**97,40%** موزعة بنسبة**96,75%** لصالح الفتيات،و**98,01 %** لصالح الذكور خلال الموسم 2008-2009، في حين بلغ معدل تمدرس أطفال الفئة العمرية من (06- 15 سنة) **95,28 %** من مجموع التلاميذ موزعة بنسبة **94,21%** لصالح الفتيات و **96,30 %** لصالح الذكور خلال نفس الموسم .

أما فيما يخص عدد المؤطريين يمكن توضيحه على الجدول التالي :

الجدول رقم (05)

تطور عدد مؤطري التعليم الابتدائي

السنوات	مجموع المعلمين	مجموع المعلمين الجزائريين	المعلمات الجزائريات	المعلمون الجزائريون	المعلمون الأجانب	معدل التأطير
2001-2000	169559	169503	79069	90434	56	28
2002-2001	170039	169993	81368	88625	46	28
2003-2002	167529	167489	81448	86041	40	28
2004-2003	170031	170006	84585	85421	25	27
2005/2004	171471	171448	86570	84878	23	25
2006-2005	171402	171384	88285	83099	18	24
2007-2006	170207	170196	89958	80238	11	24
2008-2007	168962	168952	89697	79255	10	23
2009-2008	142332	142326	71268	71058	6	23
2010-2009	143397		74750		/	23

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

رغم تراجع عدد المؤطرين كما هو مبين في الجدول إلا أنه في حقيقة الأمر عرف تطورا بالمقارنة مع عدد التلاميذ حيث انخفض معدل التكفل لكل مؤطر فبعدما كان **28 تلميذا** للمعلم خلال الموسم الدراسي 2000-2001 أصبح **23 تلميذا** لكل معلم و هذا ما يؤدي إلى تحسين جودة التعليم من جهة والتطور في نسب الانتقال من جهة أخرى حيث كانت تشكل هذه النسبة خلال الموسم الدراسي 2001-2002 في المرحلة الابتدائية **86,56 %** و شغلت الفتيات نسبة **89,41 %** من مجموع التلاميذ و **84,41%** لصالح الذكور لتصل هذه النسبة إلى **90,71%** خلال الموسم الدراسي 2008/2007 موزعة بنسبة **92,72 %** و **88,90 %** لصالح الفتيات و الذكور على الترتيب إلا أن هذه النسبة تراجعت خلال الموسم الدراسي 2008-2009 لتبلغ **89,23%** موزعة بنسبة **91,09 %** و **87,56 %** لصالح الفتيات و الذكور على الترتيب .

و ما يمكن ملاحظته كذلك من الجدول هو الانخفاض المستمر في عدد المعلمين الأجانب و هذا راجع إلى معركة التعليم و التكوين التي خاضتها الجزائر غداة الاستقلال لتغطية النقص في الإطارات التي مست المؤسسات التعليمية فبلغ عدد المعلمين الأجانب 7212 مؤطر أجنبي خلال الموسم الدراسي 1962-1693 في حين بلغ عدد المعلمين الجزائريين 12696 معلم ليصبحوا خلال الموسم 2009-2010 كل المعلمين جزائريين .

ولكن رغم هذا التطور الذي يعرفه عدد المتمدرسين والمؤطرين إلا أنه لا يزال هناك تسرب ورسوب لعدد كبير من الأطفال وهذا ما يبينه الجدول التالي :

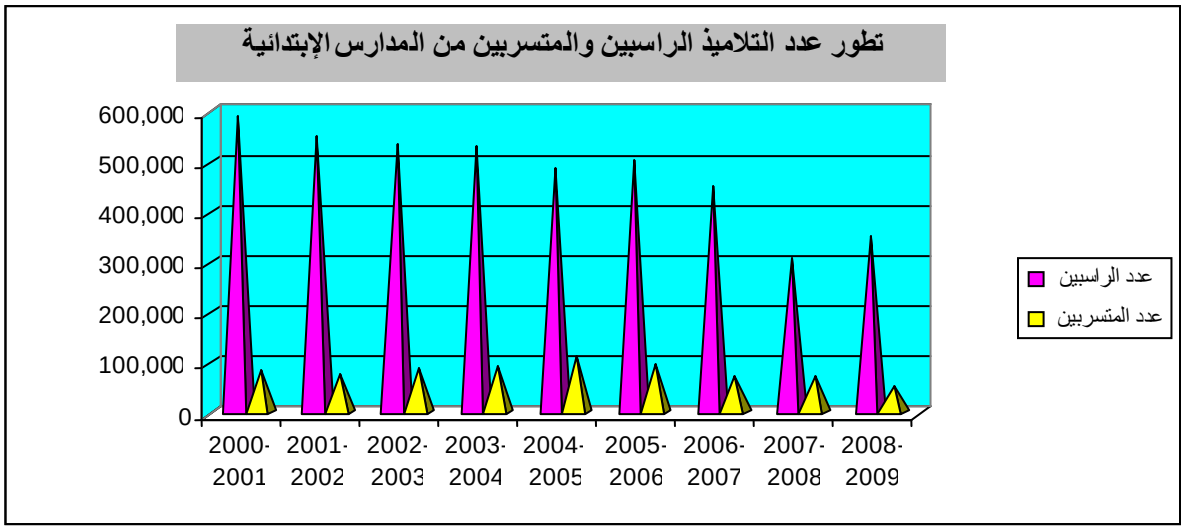
الجدول رقم (06)

تطور رسوب وتسرب عدد الأطفال من المدارس الابتدائية

السنة	عدد الراسبين			عدد المتسربين		
	الذكور	البنات	المجموع	الذكور	البنات	المجموع
2000-2001	381,284	210,205	591,489	50,498	33,549	84,047
2001-2002	352,009	198,551	550,560	44,079	32,978	77,057
2002-2003	343,752	191,579	535,331	54,195	34,814	89,009
2003-2004	342,520	187,874	530,394	54,674	35,666	90,340
2004-2005	314,960	172,481	487,441	64,096	47,221	111,317
2005-2006	320,407	181,417	501,824	61,461	36,415	97,876
2006-2007	292,590	158,896	451,486	41,324	31,198	72,522
2007-2008	197,510	109,100	306,610	33,354	37,335	70,689
2008-2009	224,391	128,448	352,839	26,435	26,255	52,690

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

والبيان يوضح ذلك:



SOURCE : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

تعتبر معدلات الرسوب و التسرب لدليل على مدى كفاءة النظام التعليمي ، و ما يميز النظام التعليمي الجزائري هو ارتفاع معدلات الرسوب ومقاطعة الدراسة و خاصة عند الفتيات و يمثل التسرب في المناطق الريفية ضعف التسرب في المناطق ضعف التسرب في الأوساط الحضرية و عليه نلاحظ من خلال الجدول أن نسب و أعداد الرسوب و التسرب تعرف انخفاضا حيث بلغ معدل الإعادة **12,53%** خلال الموسم الدراسي 2000-2001 و هو ما يعادل 591489 تلميذ من بينهم 381284 تلميذة حيث بلغت نسبة الإعادة عند الفتيات **9,51 %** في مقابل **15,19%** لدى الذكور و بقيت هذه النسبة في الانخفاض فبلغت في الموسم الموالي 550560 معيد من بينهم 198551 و هذا ما يشكل نسبة **11,66%** موزعة بنسبة **8,98%** لصالح الفتيات و **14,03%** لصالح الذكور و خلال الموسم الدراسي 2008-2009 بلغ عد التلاميذ المعيدين نحو 427250 تلميذ من

بينهم 87716 تلميذة و هذا ما يشكل نسبة **12,91 %** موزعة بنسبة **7,15%** لدى الفتيات و **16,31%** لدى الذكور .

أما المتسربين من المدارس فبلغ عددهم84047 تلميذ خلال الموسم الدراسي 2000-2001 من بينهم 33549 تلميذة و بهذا تكون نسبة التخلي عن مقاعد الدراسة قد بلغت **1,78%** موزعة بنسبة **1,52%** لصالح الفتيات و **2,01 %** لصالح الذكور في حين بلغ عددهم 652839 تلميذ خلال الموسم الدراسي 2008-2009 من بينهم 128448 تلميذة وبهذا تكون قد بلغت نسبة التخلي **8,97%** موزعة بنسبة **6,91%** لصالح الفتيات و **10,83%** لصالح الذكور ، و نجد حالات التسرب من المدارس ترتفع عند الفتيات كلما ارتفع المستوى الدراسي إذ بلغ عدد الفتيات المتسربات من المدارس في السنة الخامسة 21420 تلميذة أي ما يعادل **3,99 %** في حين بلغ عدد الذكور 11175 أي ما يعادل **2,88 %** خلال نفس الموسم الدراسي.

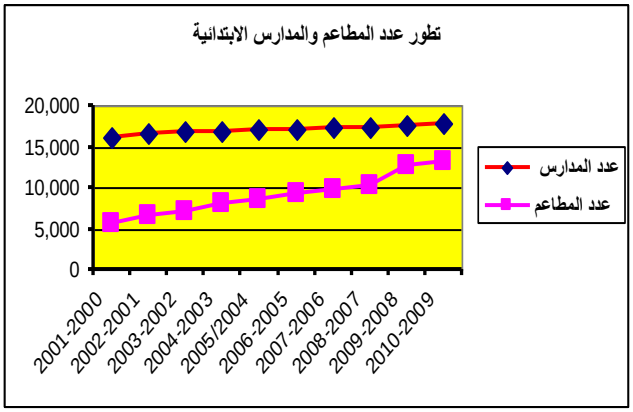
أما الهياكل اللازمة لتدريس الأطفال في هذا الطور من التعليم يمكن توضيحها على النحو التالي :

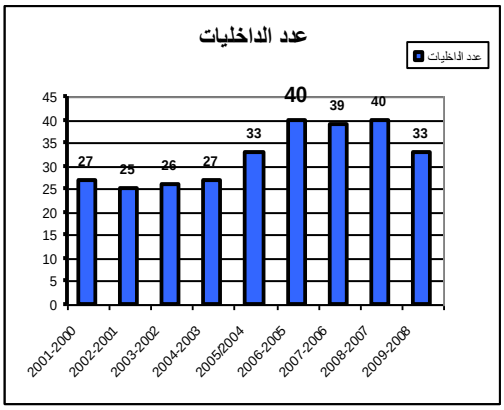
الجدول رقم (07)

تطور الهنى التحتية للتعليم الابتدائي

السنوات	المدارس	الداخليات	المطاعم	المكتبات	الطاقة المتوسطة
2001-2000	16,186	27	5,608	/	292
2002-2001	16,482	25	6,665	/	285
2003-2002	16,714	26	7,082	3778	276
2004-2003	16,899	27	7,950	3855	267
2005/2004	17,041	33	8,422	3993	256
2006-2005	17,163	40	9,254	4052	245
2007-2006	17,357	39	9,802	3761	235
2008-2007	17,429	40	10,364	3673	226
2009-2008	17552	33	12784	3208	185
2010-2009	17,730	42	13,289	3544	187

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N





SOURCE : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

لقد عرفت المؤسسات التعليمية نموا متوسط يقدر ب **9,54%** في ظرف عشر سنوات، فبعدما كان عددها 16186 مدرسة و ما يعادل 122867 قسم خلال الموسم الدراسي 200-2001 وصل عددها

إلى نحو 17730 مدرسة و ما يعادل 127644 قسم منه 16992 قسم مخصص للطور التحضيري خلال الموسم الدراسي 2009-2010 و بهذا تكون قد سجلت المدارس الابتدائية معدل نمو متوسط **0,92 %** على مدار عشر سنوات و نتيجة لهذا التطور أدى إلى تخفيف الضغط من معدل اشتغال حجرات الدرس فبعدما كان هذا المعدل يساوي **38 تلميذا** و **1,22** فوج لكل قسم خلال الموسم الدراسي 2000-2001 لينخفض هذا المعدل إلى **30 تلميذا** و **1,1** فوج لكل قسم خلال الموسم الدراسي 2009-2010 في حين الطاقة المتوسطة للمدرسة انخفض بمعدل **35,85 %** خلال عشر سنوات .

المطاعم المدرسية هي الأخرى عرفت تطورا هاما إذ عرفت نموا يقدر **136,97%** خلال الفترة محل الدراسة فبعدما كان عددها 5608 مطعم لتكفل إطعام 911815 تلميذ خلال الموسم الدراسي 2000-2001 أصبحت 13289 مطعم لتكفل إطعام 2863592 تلميذ خلال الموسم 2009-2010 أي بمعدل نمو سنوي في المتوسط**9,21 %** .

كذلك النظام الداخلي الذي تم إدخاله في المدارس الابتدائية بداية من الموسم الدراسي 2000- 2001 و هذا باعتباره وسيلة لتعميم التعليم الأساسي للجميع و خاصة الفتيات من جهة و من جهة أخرى لفك العزلة عن المناطق النائية و تقريب المدرسة من التلاميذ ، ففي بعض المناطق و خاصة الصحراوية منها لا يزال الكثير من الأطفال لم يلتحوا بالمدارس و آخرون يتسربون منها في وقت مبكر و تتوفر بعض ولايات الجنوب و الهضاب على هذا النظام و في مقدمتهم ولاية البيض ب **11** داخليات و تليها ولاية تامنراست ب**10** داخليات.

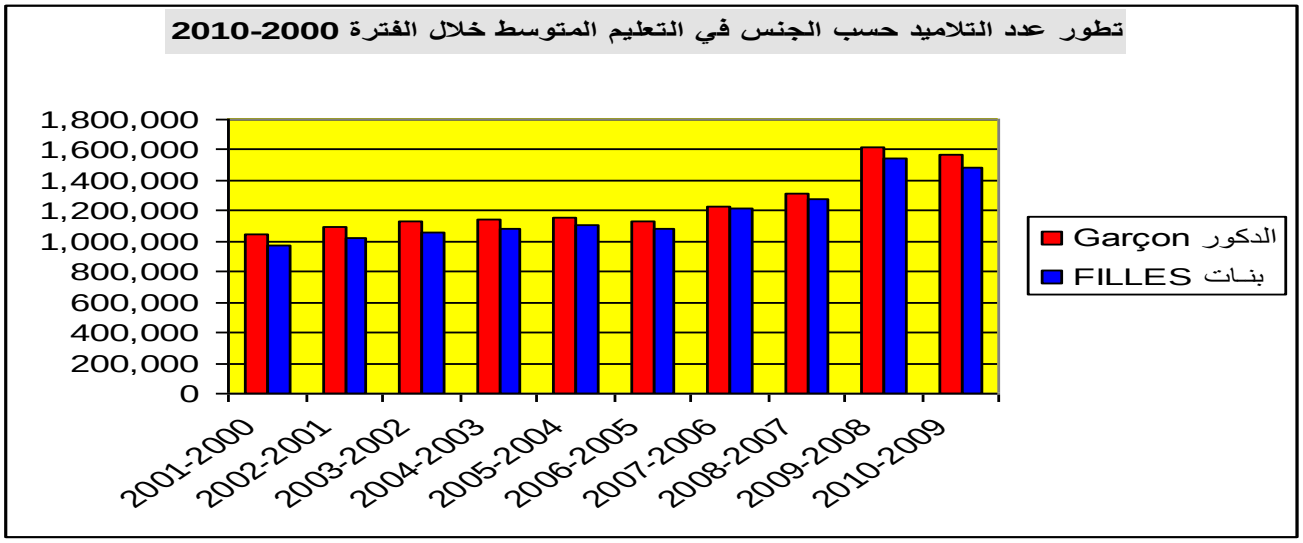
I-3-2-3- الطور الثالث أو مرحلة التوجيه: مدته ثلاث سنوات من13 سنة إلى السنة15 سنة تهدف هذه المرحلة لتعضيد المكتسبات السابقة و تجسيم المعارف و المكاسب من خلال وضعيات واقعية و استقطاب الاهتمامات و التوجيه في نهاية الطور إلى السنة أولى ثانوي، و يتوج التعليم الأساسي بشهادة التعليم الأساسي تمنح للناجحين. ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي :

الجدول رقم (08)

تطور عدد تلاميذ التعليم المتوسط

السنوات	1 متوسط		2 متوسط		3 متوسط		4 متوسط		الجملة		
	المجموع	الهنات	المجموع	الهنات	المجموع	الهنات	المجموع	الهنات	المجموع	الهنات	الذكور
2001-2000	793,862	360,790	616,620	292,982	604,888	314,772			2,015,370	968,544	1,046,826
2002-2001	810,002	368,054	664,658	318,054	641,427	330,448			2,116,087	1,016,556	1,099,531
2003-2002	835,446	379,746	682,911	328,975	667,981	349,257			2,186,338	1,057,978	1,128,360
2004-2003	844,288	380,883	687,617	334,587	689,890	367,576			2,221,795	1,083,046	1,138,749
2005-2004	844,074	380,786	638,146	320,054	774,012	405,420			2,256,232	1,106,260	1,149,972
2006-2005	826,035	368,398	635,946	315,893	505,000	275,990	254,347	128,043	2,221,328	1,088,324	1,133,004
2007-2006	728,289	324,344	683,307	332,136	556,135	293,111	475,446	266,434	2,443,177	1,216,025	1,227,152
2008-2007	860,910	381,360	622,625	298,475	538,243	284,220	573,970	316,486	2,595,748	1,280,541	1,315,207
2009-2008	1426317	642377	681961	335284	502881	261467	546958	299754	3,158,117	1,538,882	1,619,235
2010-2009	986,162	412,709	1016980	520,137	552,612	288,231	497,199	267,307	3,052,953	1,488,384	1,564,569

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N



SOURCE : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

يلاحظ من البيان أن التعليم المتوسط على عكس التعليم الابتدائي إذ عرف هذا الأخير ارتفاعا متواصلا فبلغت نسبة النمو **51,48%** فبعدما كان عدد المسجلين في هذا الطور 20015370تلميذا من بينهم 968544 تلميذة أصبح 3052953 تلميذا و من بينهم 1488384 تلميذة و بهذا يكون قد بلغ معدل النمو السنوي في المتوسط **04%** أما حسب الجنس فكانت نسبة نمو الفتيات أكبر من الذكور حيث بلغ معدل النمو السنوي المتوسط للفتيات **4,59 %** في مقابل **4,33 %** لصالح الذكور إلا أنه تم تسجيل تراجع في عدد التلاميذ خلال الموسم الدراسي2005-2006 بنسبة **1,55%** و هو ما يعادل قيمة 2221328 تلميذا و سجل تراجعا كذلك خلال الموسم الدراسة 2009-2010 بنسبة **3,33%** إذ بلغ عددهم 3052953 تلميذا، أما نسبة المشاركة حسب الجنس فكانت نسبة مشاركة الذكور أكبر من مشاركة الفتيات فبلغت نسبة مشاركة الذكور**51,49%** خلال الموسم الدراسي 2000-2001 في مقابل

48,06% لصالح الفتيات لتنخفض هذه النسبة إلى**51,25%** لصلح الذكور و ترتفع إلى **48,75%** في صف الفتيات

و أما فيما يخص مؤطري هذا الطور فهو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم (09)

تطور عدد مؤطري التعليم المتوسط

السنوات	الأجانب	الجزائريون	المجموع	معدل التأطير
2001-2000	98	102,039	102,137	20
2002-2001	81	104,208	104,289	20
2003-2002	76	104,253	104,329	21
2004-2003	64	107,834	107,898	21
2005-2004	47	108,202	108,249	21
2006-2005	30	109,548	109,578	20
2007-2006	16	112,881	112,897	22
2008-2007	15	116,270	116,285	22
2009-2008	9	135,735	135744	23
2010-2009	/	/	138,578	22

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

ما يمكن استنتاجه من الجدول أنه بالرغم من الزيادة في عدد المؤطرين فارتفع بمقدار 36441 مؤطر خلال عشر سنوات أي ما نسبته **35,68%** ، إلا أن معدل التكفل هو الآخر عرف ارتفاعا و يمكن تفسير هذا إلى النظام التربوي الجديد الذي تبنته المدرسة الجزائرية من خلال إصلاح منظومتها التربوية الذي بموجبه أصبحت فترة المكوث في كرسي الدراسة في الطور الثالث4 سنوات بعدما كانت 3 سنوات و مع ذلك و بالمقارنة مع عدد التلاميذ الوافدين في هذا الطور يمكننا القول أن هناك تناسب بين المؤطرين و التلاميذ وبالرجوع إلى معدل الانتقال عرف نموا فخلال العام الدراسي 2001-2002 بلغ **67,96%** منها **73,81%** للفتيات و**62,55%** للذكور أما خلال العام الدراسي 2008-2009 بلغت هذه النسبة **70,65%** منها **78,95%** للفتيات و **59,48%** للذكور و فضلا عن ذلك هناك تراجع في عدد المؤطرين الأجانب فبعدما بلغ عددهم 1251 مؤطر خلال الموسم الدراسي 1962-1963 ليصبحوا 9 مؤطرين خلال الموسم الدراسي 2008-2009 .

وفيما يخص التلاميذ المتسربين والراسبين فكان عددهم موضح في الجدول الأتي:

الجدول رقم (10)

تطور عدد الراسبين والمتسربين من المدارس في التعليم المتوسط

السنة	عدد الراسبين			عدد المتسربين		
	المجموع	الإناث	الذكور	المجموع	الإناث	الذكور
2001-2000	442,202	178,155	264,047	218301	85187	133114
2002-2001	427,326	168,456	258,870	267872	101984	165888
2003-2002	495,590	196,161	299,429	427326	168456	258870
2004-2003	532,921	212,998	319,923	291144	112462	178682
2005-2004	475,857	193,087	282,770	291719	114151	177568
2006-2005	534,071	217,068	317,003	194935	69491	125444
2007-2006	210,952	59,277	151,675	257744	100853	156891
2008-2007	555,164	210,183	344,981	274817	97750	177067
2009-2008	479,319	171,753	307,566	327025	110558	216467

SOURCES: SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

لقد تراجعت معدلات الرسوب بمقدار 6999 تلميذا بين الموسمين الدراسيين 2000-2001 و 2001-2002 و هذا بنسبة **5,44 %** تم لتعرف ارتفاعا خلال الموسمين المواليين بنسبة **16,45 %** و **8,58%** على الترتيب تم انخفض بنسبة **9,35%** خلال العام الدراسي 2004-2005 و يعتبر العام الدراسي 2006-2007 الذي شهد أكبر معدل تراجع بنسبة **72,69%** كما يعتبر الموسم الموالي أكبر موسم عرف عدد الراسبين بقيمة 555164 راسب حيث عرف ارتفاعا بنسبة **254,58%** بالمقارنة مع العام الذي سبقه و للإشارة فإنه و في جميع السنوات كانت نسبة الرسوب كبيرة عند الذكور بدلا من الإناث فكانت نسبة الرسوب عند الفتيات تتأرجح بين **17,4%** و **20,1 %** أما نسبة الرسوب لدى أوساط الذكور فكانت تتخبط بين **23,4%** و **28,1%** و هذا باستثناء الموسم الدراسي 2006-2007 أين بلغت نسبة التسرب الإجمالية **9,50%** موزعة بنسبة **5,45%** لصالح الفتيات و **13,39%** لصالح الذكور ، أما معدلات التخلي و الخروج من المدارس لم تعرف تراجعا إلا خلال موسمين فقط و بنسب قليلة و كان ذلك بنسبة **31,87%** خلال الموسم الدراسي 2003-2004 و **33,18%** خلال الموسم الدراسي 2005-2006 و على هذا الأساس معدلات التسرب من المدارس شكلت معدل ارتفاع سنوي في المتوسط قدر **8,36%** خلال تسع سنوات وهذه الظاهرة منتشرة عند الذكور أكثر مما هي عند الإناث ، و هي تتماشى طرديا مع المستوى التعليمي على مستوى كلا الجنسين، إلا و انه معدل تسرب فتيات السنة الرابعة متوسط أكثر ممن يتسربن في السنوات السابقة فخلال الموسم الدراسي 2008-2009 بلغ معدل متسربات السنة الثالثة متوسط **5,17%** ليرتفع إلى **13,92%** في أوساط فتيات السنة الرابعة متوسط.

أما عدد الهياكل المخصصة لهذا الطور فهي كالتالي:

الجدول رقم (11)

تطور عدد الهياكل في الطور المتوسط

السنوات	المدارس	الداخليات	أنصاف الداخليات	الطاقة المتوسطة للمؤسسة	عدد المكتبات
2001-2000	3,414	347	949	590	/
2002-2001	3,526	373	924	600	/
2003-2002	3,650	362	1,307	599	2972
2004-2003	3,740	361	1,306	594	3149
2005-2004	3,844	326	978	587	3139
2006-2005	3,947	337	1,191	563	3389
2007-2006	4,104	338	1,172	595	3534
2008-2007	4,272	298	1,324	608	3432
2009-2008	4,579	316	1,513	690	3632
2010-2009	4,801	388	1,728	636	3977

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

لقد عرفت المؤسسات التربوية تطورا قدر ه 1387 متوسطة أي ما نسبته **40,63%** فانتقل عددها من 3414 مؤسسة خلال الموسم الدراسي 2000-2001 ليصبح 4801 مؤسسة خلال الموسم الدراسي 2009-2010 و بهذا تكون قد شكلت معدل نمو سنوي متوسط **3,49 %**، و هذا ما أدى إلى التقليل من الضغط على القدرة الإستعابية للمؤسسات فبعدما كانت تتسع لإستعاب **590** تلميذا خلال الموسم الدراسي 2000-2001 أصبحت تتسع إلى **636** تلميذا خلال الموسم 2009-2010 أي بزيادة فرصة لتمدرس **46** تلميذا كما بلغت حجرات الدرس 73815 حجرة و عليه أصبحت نسبة إشغال الحجرة ب **42** تلميذا و ما يعادل **1,12** فوج ،كما عرفت الداخليات تطورا قدر ه **41** داخلية وبمعدل **11,82%** و أنصاف الداخليات عرفت هي الأخرى زيادة ب **779** نصف داخلية أي ما نسبته **82,09%** و هذا خلال عشر سنوات ، موزعين على كافة التراب الوطني تقريبا في مقدمتهم ولاية المدية ب **27** داخلية و تليها ولاية أدرار ب**26** داخلية ، أما أنصاف الداخليات تعد ولاية تيزي وزو في مقدمتهم ب **127** نصف داخلية و تليها ولاية سطيف ب **99** نصف داخلية و تعتبر ولاية تندوف الولاية الوحيدة على المستوى الوطني التي لا يوجد بها أنصاف الداخليات و كل هذا خلال العام الدراسي 2009-2010 .

I-3-2-4- التعليم التحضيري: إلى جانب هذه الأطوار السابقة الذكر نجد مرحلة التعليم التحضيري غير الإلزامي المتكون من سنتين و الذي يستقبل الأطفال ابتداء من سن الرابعة و يتم هذا التعلم في أقسام تفتح خصيصا في بعض المدارس الابتدائية أو في رياض الأطفال و يخضع إلى وصاية وزارة التربية الوطنية بينما يتم تسييره من قبل البلديات، بعض المؤسسات الاقتصادية العمومية و أحيانا من[1] قبل الخواص، و لقد عملت الجزائر بتوفير كل الإمكانات المادية و البشرية لتوسيع قاعدة الهرم

[1] - أ.د. العياشي عنصر، **حقوق الإنسان في برامج التعليم الثانوي، حالة الجزائر**، المعهد العربي لحقوق الإنسان ،2002 ص: 06.

التعليمي و اعتبرت من هذا النظام قاعدة الهرم التعليمي و تجسد ذلك في الأمر (35-76) الصادر بتاريخ 16-04-1976 و المتضمن تنظيم التربية و التكوين في الجزائر و تشهد الجزائر نوعين من رياض الأطفال النوع الأول المسير من قبل البلديات أما الثاني تشرف عليها الشركات الوطنية و الهيئات الحكومية.[1]

إن هذا التعليم مخصص للأطفال الذين لم يبلغوا السن الإلزامي للالتحاق بالمدرسة كما أنه غير إجباري فالغاية من هذا التعليم هو:

- ❖ تهيئة الأطفال للدخول إلى المدرسة الأساسية.
- ❖ تربيتهم على حب الوطن و تعويدهم على العمل الجماعي.
- ❖ تلقينهم مبادئ القراءة و الكتابة و الحساب.

و يجوز للجماعات المحلية و الشركات الوطنية و المؤسسات و الإدارات العمومية و التعاونيات المختلفة أن تفتح مثل هذه المدارس بعد الحصول على رخصة من وزير التربية الوطنية، كما أن القانون المتعلق بالبلدية المؤرخ في 07 أفريل 1990 تحت رقم 90-08 يمنح للمدرسة التحضيرية إمكانية المبادرة باتخاذ كل إجراء من شأنه تشجيع و ترقية التعليم التحضيري. [2] و رغم هذا إلا أن الجزائر و مقارنة بالدول الأوربية فإنها تشهد نقصا كبيرا في هذه المؤسسات لكن رغم ذلك يمكن القول أن انتشار رياض الأطفال حتى في المدن الصغيرة لدليل على وعي الشعب عامة و وزارة التربية خاصة إلى أهمية هذه المرحلة التحضيرية.

و ليكن في العلم أن الدولة تحتمل عبء تمويل جميع مؤسسات النظام التربوي سواء من جوانب التسيير أو التجهيز و الاستثمار و لا تشكل أي استثناء عن هذه القاعدة سوى جزء على مستوى التعليم التحضيري.

[1] - مراد زعيمي، **المرجع السابق** ، ص: 88.
[2] - موالفي سامية، **المرجع السابق** ، ص: 127-128.

الجدول رقم (12)

تطور عدد أطفال الطور التحضيري

السنوات	السنة الأولى تحضيري		السنة الثانية تحضيري		الجملــة		
	المجموع	البنـات	المجموع	البنـات	المجموع	البنـات	الذكور
2001-2000	25,589	12,573	21,081	10,195	46,670	22,768	23,902
2002-2001	31,917	15,885	25,096	11,981	57,013	27,866	29,147
2003-2002	32,049	15,468	18,046	8,912	50,095	24,380	25,715
2004-2003	35,296	16,846	21,310	10,324	56,606	27,170	29,436
2005-2004	50,285	24,271	20,980	9,837	71,265	34,108	37,157
2006-2005	4,074	2,052	97,168	47,318	101,242	49,370	51,872
2007-2006	2,915	1,563	108,681	53,987	111,596	55,550	56,046
2008-2007	1,315	705	132,846	64,955	134,161	65,660	68,501
2009-2008	5,110	2,764	417,089	198,848	422,199	201,612	220,587
2010-2009	/	/	/	/	427,913	206,483	221,430

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

إن التعليم التحضيري في المدارس العمومية يستقبل الأطفال الذين يبلغ سنهم 05 سنوات إلا أنه و بموجب المرسوم التنفيذي رقم 08-287 المؤرخ في 17 سبتمبر المحدد لشروط إنشاء مؤسسات و مراكز استقبال الطفولة الصغيرة سمح لقطاع الخاص بالاستثمار في هذا المجال ويستقبل في هذه المراكز كل الأطفال مهما كان سنهم و الذين لم يتم قبولهم في المدارس العمومية وتكون تحت وصاية وزارة التضامن الوطني و تعتبر وزارة التربية الوطنية الوحيدة المسؤولة عن البرامج المتبعة بهذه المراكز بالإضافة إلى المدارس القرآنية تحت وصاية وزارة الشؤون الدينية و على هذا الأساس نلاحظ أن الأطفال الملتحقين بالطور التحضيري عرفوا نموا خلال السنوات المبينة في الجدول إذ بلغ عددهم سنة 2001 46670 تلميذا و كانت نسبة الفتيات **48,79 %** و خاصة في السنوات الأخيرة بفضل إصلاح المنظومة التعليمية فبلغ عددهم 101242تلميذا سنة 2006 وبلغت نسبة الفتيات **48,76 %** أما خلال الموسم 2009-2010 فبلغ عدد السجلين 427913 و بلغت نسبة الفتيات **48,52 %**من مجموع التلاميذ المسجلين أما عدد التلاميذ المسجلين في المؤسسات الخاصة بلغ عددهم 5687 تلميذا سنة 2009 من بينهم 2035 تلميذة و بلغ عدد المسجلين بالمدارس القرآنية 56874 تلميذا من بينهم 27780 تلميذة و خلال الموسم الدراسي 2009-2010 بلغ عدد التلاميذ المسجلين في المؤسسات الخاصة 1240 تلميذا من بينهم 611 تلميذة و كان عدد المسجلين في المدارس القرآنية 49037 تلميذا من بينهم 25973 تلميذة .

أما بالنسبة لمؤطري هذا الطور فكان عددهم مدون على الجدول التالي:

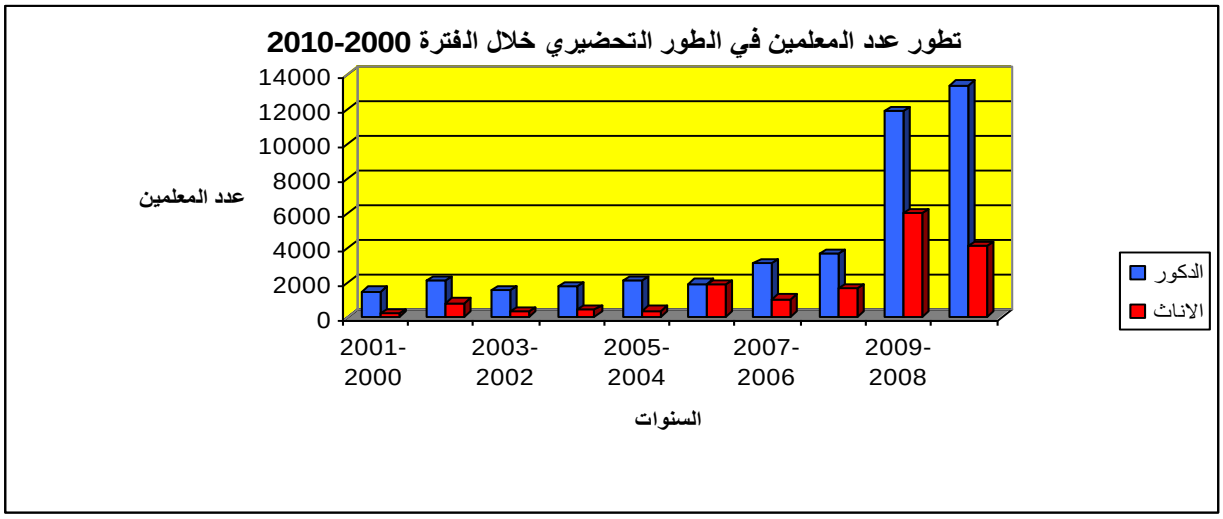
الجدول رقم (13)

تطور عدد المربيين (المؤطرين) للطور التحضيري

السنة	المعلمون		
	الذكور	البنات	المجموع
2001-2000	196	1466	1662
2002-2001	806	2049	2855
2003-2002	299	1496	1795
2004-2003	414	1740	2154
2005-2004	353	2112	2465
2006-2005	1833	1924	3757
2007-2006	1008	3067	4075
2008-2007	1631	3621	5252
2009-2008	5997	11933	17930
2010-2009	4107	13417	17524

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

وللتوضيح أكثر اعتمدنا على الجدول التالي:



SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

من البيان يلاحظ كذلك زيادة في عدد المعلمين من سنة إلى أخرى حيث عرف نموا من سنة 2000الى سنة2010ب15862 وبهذا يكون قد شكل معدل النموالسنوي في المتوسط يقدر ب**%39,80**

I-3-3- مبادئ النظام التربوي:

في نفس السياق تحدد أمرية 1976 في المواد (4-6) التي شكلت إطارا مرجعيا لمختلف مشاريع الإصلاح التي مست منظومة التربية و التكوين، المبادئ العامة الضابطة للنظام التربوي سواء تعلق الأمر بقضايا طبيعة التعليم و شروط الاستفادة منه أو الجهات الرسمية المشرفة عليه و المن ظمة له و سنوجز هنا بعض المبادئ الأساسية للنظام التربوي منها:

- لكل مواطن الحق في التعليم و يكفل هذا الحق من خلال تعميم التعليم الأساسي.
- إجبارية التعليم للأطفال من سن السادسة إلى نهاية السنة السادسة عشر من العمر.

- إقرار مجانية التعليم في جميع المستويات و المؤسسات التربوية مهما كان نوعها و مستواها.
- تضمن الدولة الالتحاق بالتعليم الثانوي لجميع التلاميذ بدون تمييز أو قيد.
- يكون التعليم باللغة العربية في جميع المستويات و في جميع المواد.
- تشجيع تعليم اللغات الأجنبية.
- تأكيد سيادة الدولة على النظام التربوي الوطني و عدم السماح بمبادرات فردية أو جماعية كانت خارج الإطار المحدد بهذه الوثيقة.
- ربط النظام التربوي الوطني بالمخططات الوطنية للتنمية الشاملة.
- إشراك الأسر في العمل التربوي المدرسي و تشجيع مساهمة أولياء التلاميذ في كل ما يهم تربية و تكوين أبنائهم.
- إشراك التلاميذ و المعلمين في الحياة الاجتماعية بالمؤسسات التربوية ليكونوا مجتمعا تربويا فعليا.

و التعليم الأساسي هو الحد الأدنى الذي يقوم على توفير تعليم مناسب لجميع الأطفال و قد تبنت الجزائر نظام المدرسة الأساسية نموذج بلجيكي ألماني حتى تؤدي الحق المعترف به عالميا و المتمثل في أن لكل شخص الحق في الحصول على القدر الكافي الشامل من التربية و التعليم، فهي تعطي كل واحد إمكانية تحصيل أحسن المعارف و الوصول إلى أعلى المراتب التي تمكنه أن يكون مستقبلا قائما بذاته و مهيئا بفعالية لمجابهة الحياة المستقبلية، و بذلك فهي تتيح الفرصة لكل تلميذ كي يقوي مواهبه و يستخدم ميوله و استعداداته بما يوفره له من نشاطات مختلفة.

I-3-4- مراحل تطور التعليم في الجزائر[1]:

عرف تنظيم التعليم في الجزائر مرحلتين رئيسيتين:

I-3-4-1- المرحلة الأولى: 1962-1976:

و تعتبر هذه المرحلة بمثابة فترة تحضيرية سمحت بانطلاق المدرسة الجزائرية بعد الاستقلال ، لقد كان ينبغي إدخال تعديلات بصفة تدريجية من أجل تأسيس نظام تربوي مطابق للمحاور الكبرى لمخطط التنمية الوطنية و قد حددت لهذه المرحلة عدة أولويات نذكر منها على الخصوص:

- تعميم التعليم من خلال خلق مؤسسات مدرسية في مختلف المناطق النائية و المحرومة.
- تكييف مضمون البرامج الموروثة عن العهد الاستعماري.
- التعريب التدريجي للتعليم.

و قد أسفرت هذه الإجراءات عن عدد من النتائج السريعة منها بالخصوص:

[1] - أ.د. العياشي عنصر، **المرجع السابق** ، ص: 05.

- ✓ ارتفاع معدل التمدرس للأطفال في سن الدراسة الذي انتقل من **20%** في الدخول المدرسي الأول بعد الاستقلال إلى**70%** في نهاية هذه المرحلة.
- ✓ ارتفاع عدد مراكز التكوين الخاصة بالمعلمين لتبلغ **44** مركزا بقدرة استيعاب تبلغ 20.000 مقعد للتكوين التربوي للمعلمين.

I-3-4-2- المرحلة الثانية: منذ سنة1976:

بدأت هذه المرحلة بإصدار الأمر رقم 35/76 بتاريخ 16 أبريل 1976 الذي نظم التربية و التكوين في الجزائر و قد أدخل هذا النص القانوني تعديلات جوهرية على طريقة تنظيم التعليم ليتماشى مع التحولات العميقة في الميادين الاقتصادية و الاجتماعية و لقد رسخ الطابع الإلزامي و المجاني للتعليم الأساسي لمدة 9 سنوات كما سمح بترسيخ الامتيازات و التوجهات الأساسية للتربية الوطنية في المجالات التالية:

- إقامة نظام تعليمي وطني أصيل في مضامينه و تأطيره و برامجه.
- دمقرطة التعليم من خلال المساواة في الحظوظ الممنوحة لكل الأطفال الجزائريين.
- التفتح على العلوم و الثقافة الحديثة.

كما تضمنت الأمرية المذكورة مجموعة من الأهداف الوطنية أهمها:

- تنمية شخصية الأطفال و المواطنين و إعدادهم للحياة و العمل.
- اكتساب المعارف العامة العلمية التكنولوجية.
- الاستجابة للتطلعات الشعبية للعدالة و التقدم.
- تنشئة الأجيال على حب الوطن.

و حددت ذات الوثيقة مجموعة من الأهداف الإستراتيجية ذات طبيعة دولية أهمها:

- ✓ تلقين التلاميذ مبدأ العدالة و المساواة بين المواطنين و الشعوب.
- ✓ إعدادهم لمكافحة كل أشكال التمييز و التفرقة.
- ✓ توفير تربية تساعد الأجيال الناشئة على التفاهم و التعاون بين الشعوب و صيانة السلم في العالم على أساس الاحترام المتبادل بين الأمم.
- ✓ تنمية تربية تتفق و تكرس مبادئ حقوق الإنسان و حرياته الأساسية.

I-3-5- تعليم الطفلة الجزائرية: كرس مبدأ المساواة بين الجنسين فيما يخص الحقوق و الواجبات في القوانين و التنظيم المعمول بهما على مستوى الوطن و يضمنه دستور (فيفري 1989 و مراجعته في دستور 1996) و هذا ما ركز عليه الأمر رقم 35/76 المؤرخ في 16 أبريل 1976 المتعلق بتنظيم

التربية و التكوين[1] و تجسيدا لهذا المبدأ تتمتع الطفلة الجزائرية بحقوقها كاملة دون تمييز و قد تم إحراز تقدم كبير لا سيما في التعليم الأساسي حيث وصلت النسبة إلى **96%** من مجموع البنات و أصبحت نجاحاتها تفوق نسبة الذكور إذ بدأت نسبة الطالبات في بعض أطوار التعليم تتجاوز نسبة الطلبة، كما تستفيد الطفلة من الرعاية الصحية الكاملة سواء في الوسط المدرسي أو على مستوى الهياكل الصحية العمومية، و قد ساعد ارتفاع عدد هياكل قطاع التربية الوطنية في جعل المدرسة أكثر قربا من مساكن التلاميذ و خاصة في المناطق الريفية بغرض زيادة فرصة الالتحاق بالمدرسة و الاستمرار فيها لا سيما بالنسبة للفتيات، كما تعطي الدولة فرصة التعلم حتى للأحداث المسجونين بمن فيهم الفتيات و قد شارك خلال الموسم الدراسي 2004-2005 على المستوى الوطني 544 سجينا في شهادة البكالوريا نجح فيها 233 سجينا و سجينة فيما نجح 259 سجينا و سجينة في شهادة التعليم الأساسي من 525 سجين شاركوا في هذا الامتحان، و في إطار العشرية الدولية لمحو الأمية أعدت جمعية إقرأ مشروعا يتعلق بمحو أمية المرأة و الفتاة ما بين 18-39 سنة و قد تم بلوغ الهدف الرئيسي من هذا المشروع هو ترقية و تأهيل30.000 امرأة و فتاة من الناحية الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية[2].

I-3-6- التضامن المدرسي: إن عمليات التضامن المدرسي جاءت بموجب تشريعات وطنية للتضامن فإنه فضلا عن المساعدات المالية التي يستفيد منها الطفل المعوز في شكلها النقدي تعمل الحكومة الجزائرية جاهدة بتقديم خدمات تضامنية في شكلها العيني و المتمثلة في حزمة من الأدوات المدرسية **"Trousseaux scolaire"** أو الاستفادة من الكتب المدرسية مجانا وهذا لتقليص الفوارق الاجتماعية.

I-3-6-1- المنحة المدرسية للأطفال المتمدرسين المحرومين: تم إحداث هذا النوع من المنح المدرسية في شكلها النقدي لصالح الأطفال المحرومين المتمدرسين بموجب المرسوم الرئاسي رقم 02-286 المؤرخ في 7 سبتمبر 2002 المتعلق بإحداث منحة مدرسية خاصة لصالح الأطفال المتمدرسين المحرومين.

أحدثت بالنسبة للدخول المدرسي 2003/2002 منحة مدرسية خاصة مبلغها ألفا دينار **(2000 دج)** عن كل طفل معوز مسجل في المؤسسات التابعة لوزارة التربية الوطنية و كل معوق متمدرس في المؤسسات التربوية المتخصصة و يقصد بالطفل المعوز، الطفل:

- اليتيم.
- ابن أو بنت ضحايا إره اب.

---

[1] - د. مليكة طفياني، **واقع المشاريع التعليمية الموجهة للمرأة في الجمهورية الجزائرية الديمقراطية**،منظمة المرأة العربية ،2005، ص :10.

[2] - تقرير الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة، **المرأة الجزائرية... واقع و معطيات** 2006، ص: 25-26.

- ❖ المعوق.
- ❖ المنحدر من عائلة محرومة.
- ❖ من لا يتوفر لأوليائه أي دخل أو هم بصدد فقد حقوقهم على مستوى منظومة التأمين على البطالة.
- ❖ من يقل دخل أوليائه الشهري عن ثمانية آلاف دينار**(8000 دج)**[1].

إلا أنه أصبحت **3000 دج** لكل طفل معوز بداية من الموسم الدراسي 2009/2008 ، وتقرر إعطاء هذه المنحة لجنة يترأسها رئيس الدائرة و تتكون من رئيس المجلس الشعبي البلدي، مسؤول المكتب البلدي للنشاط الاجتماعي، ممثل جمعية أولياء التلاميذللمؤسسة المعنية.

و بعدها يكلف مسير المؤسسة المدرسية بدفع هذه المنحة على أساس القوائم التي تحددها اللجنة المذكورة من أجل تغطية تكاليف الدخول المدرسي.

I-3-6-2- المطاعم المدرسية: التزمت وزارة التربية الوطنية بوضع إستراتيجية لدعم التمدرس آخذة بعين الاعتبار احتياجات الفئات المعوزة من تلاميذ الأسر المحتاجة بالوسط القروي و شبه الحضري و بالأخص الإناث و تهدف هذه الإستراتيجية إلى توسيع خدمات المطاعم المدرسية في جميع أطوار التعليم أو ما يعرف بخدمات النصف داخلي كما يستفيد تلاميذ الطورين المتوسط و الثانوي من النظام الداخلي الإقامي.

I-3-6-3- النقل المدرسي: جاء هذا البرنامج التضامني لفك العزلة عن الأطفال المتمدرسين و باعتبار كذلك أن خدمات النقل العمود الفقري للتنمية الاقتصادية و الاجتماعية للمنطقة المستهدفة و عليه تحتوي حظيرة الحافلات للنقل المدرسي على3829 حافلة موزعة على المناطق الريفية و النائية سعيا للحد و بشكل محسوس من التسرب المدرسي.

I-3-6-4- الرعاية الصحية في الوسط المدرسي : تعد المدرسة من أكثر المؤسسات مسؤولة في تقديم التربية الصحية لأبنائها بصفة عامة و الخدمات الصحية بصفة خاصة و هذا بحكم طول المسار الدراسي للأطفال، و مرحلة الطفولة مرحلة هامة للنمو الشخصي و تهدف الحماية الصحية في الوسط المدرسي إلى[2]:

- وقاية الوسط المدرسي من الأمراض.
- علاج الأمراض البسيطة المكتشفة.
- مراقبة شروط الوقاية و النظافة و الأمن بالمؤسسات.
- المشاركة في الحملات الوطنية المتعددة لمكافحة الآفات.

---

[1] - المواد (1)، (2) من **المرسوم الرئاسي رقم 286/02 المؤرخ في 7 سبتمبر 2002 المتعلق بإحداث منحة مدرسية خاصة لصالح الأطفال المتمدرسين المحرومين**

[2] - عماد الدين الأصفهاني، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية، **التشريع المدرسي**، ص: 87.

أ- أهمية الصحة في الوسط المدرسي:

هناك عدة أسباب جعلت المجتمعات المتقدمة تولي عناية خاصة للصحة المدرسية نذكر منها[1]:

- ✓ يشكل التلاميذ شريحة واسعة من السكان.
- ✓ يتعرض الطفل في مرحلة الدراسة إلى مشاكل و ضغوطات اجتماعية قد تؤدي إلى الانطواء أو اللجوء إلى النشاط العدواني.
- ✓ تعتبر المدرسة مركز إشعاع لمكافحة الأمراض المعدية في المجتمع الذي يحيط بها.
- ✓ الصحة الجيدة للتلاميذ عامل هام يساعد الم تعلم على التعلم و اكتساب المعلومات و الخبرات التعليمية التي تهيئها له المدرسة و فيتج الفشل في أغلب الأحيان عن بعض المشاكل الصحية.
- ✓ التربية الصحية للتلاميذ تساعد على اكتساب السلوك الصحي السليم و قد يؤثر ذلك في أسرته و في حياته المستقبلية.
- ✓ كذلك البرامج الرياضية المدرسية عامل هام في رعاية صحة التلاميذ و وقايتهم من تشوهات القوام و في تحقيق التكامل بين صحتهم الجسمية و العقلية، كما تضمن إتاحة فرص أفضل للتعلم.

و عليه فإن هذه الأهداف و غيرها لا يمكن الوصل إليها إلا بتوفير أطباء و خبراء في شؤون الصحة المدرسية و ممرضات متمرسات و معلمون متدربون على الصحة و كيفية معالجتها و مسيرين مقتنعين بضرورة توفير شروط الصحة المدرسية.

و من أجل ذلك عملت وزارة التربية الوطنية على تنظيم الصحة المدرسية بإحداث وحدات الكشف و المتابعة لتتولى التغطية لتلاميذ المؤسسات التعليمية.

I-3-7- إصلاح المنظومة التعليمية:

لقد قامت الجزائر ببرنامج الإصلاح الشامل و هو اليوم حيز التنفيذ إذ تم إصلاح المناهج و البرامج التعليمية لكل الأطوار من الابتدائي و الثانوي كما أعيد النظر في المواقيت و اعتمدت المقاربة بالكفاءات في التربية و التعليم حيث وضعت مخطط لتكوين المكونين و نصبت لجنة الاعتماد و المصادقة التي تقوم باعتماد الكتب المدرسية الجديدة و كل الوثائق التربوية المرافقة [2]، إن هذا الإصلاح المستحدث بداية الموسم الدراسي 2003-2004 لإعادة تنظيم الهيكلة القديمة للتعليم الابتدائي و التعليم المتوسط التي كانت تتراوح فترة الدراسة به بين 06 سنوات و 03 سنوات أصبحت بموجب هذا الإصلاح تتراوح بين 05 سنوات و 04 سنوات على التوالي و هذا ما أدى إلى نقص الأطفال المسجلين في الطور الابتدائي مما أدى إلى شغور المقاعد و هذا ما دفع بالحكومة تقديم سنة مجانية

---

[1]- عماد الدين الأصفهاني ، **المرجع نفسه** ، ص: 89-90.

[2]- التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **بجين +5**، إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة، 2009، ص: 07.

للتعليم قبل الابتدائي ممولة من قبل الدولة في كل المدارس الابتدائية. إن هذا البرنامج الذي بادر به رئيس الجمهورية كان بمثابة ورشة هامة التي جلبت اهتمامات خاصة من طرف السلطات العمومية إلا أن الخطوط العريضة لهذا الإصلاح وضعها وزير التربية الوطنية على النحو التالي:

- إجراء تحديث عام لبرامج التعليم بالأخذ بتوجيهات اللجنة الوطنية للإصلاح.
- تسند هذه المهمة للجنة الوطنية للبرامج و التي فرقتها المختصة في هذا المجال.

و لقد أدمجت في البرامج أبعاد جديدة كحقوق الإنسان و حقوق الطفل و محاربة التمييز ضد المرأة و الحق الدولي الإنساني، كما تم تعميم و تطوير التربية السكانية و التربية الصحية و التربية البيئية كل هذه الأبعاد تكون الصرح الذي تبنى عليه التربية على المواطنة و تكوين مواطن الغد ، فالمبادئ التي تلقنها المدرسة الجزائرية للطفل على ضوء الأهداف و المبادئ الجديدة للإصلاح تتعلق بالقيم الإنسانية النبيلة كالسلم و التسامح و نبذ العنف.[1]

و الإجراءات المتخذة من طرف الوزارة للنهوض بالنظام التربوي الوطني هي:[2]

- ❖ مراجعة البرامج و المقررات في الشكل و المضمون.
- ❖ تجديد الطرق و الأساليب البيداغوجية.
- ❖ إدراج الثقافة العربية و الثقافة العربية الكلاسيكية و الحديثة المعاصرة.
- ❖ إدراج أنواع (ألوان) أدبية جديدة في محتويات التعليم (الرواية، الشعر، الخاطرة و المسرح).
- ❖ إدراج TIC في تلقين اللغة.
- ❖ تطوير الترجمة من و إلى اللغة العربية المراجع العلمية، التكنولوجية و الثقافة العالمية.

على العموم الإصلاحات اتخذت وفق ثلاث محاور رئيسية هي: تحسين التأطير، تحديث البيداغوجية والحقل التخصصي، و إعادة التنظيم العام للنظام التربوي.

II- حق الطفل في الرعاية الصحية:

لكل طفل الحق في أن يتمتع بأفضل حالة صحية بدنية وذهنية وروحية ممكنة ، وتتعهد الدول الأطراف بأن تسعى إلى ممارسة هذا الحق بالكامل وهذا عن طريق اتخاذ التدابير لتحقيق الأغراض التالية :[3]

أ. خفض معدل وفيات المواليد قبل الولادة .

ب. كفالة تقديم العلاج الطبي والرعاية الصحية اللازمة لجميع الأطفال مع التركيز على تطوير الرعاية الصحية الأولية.

---

[1]- التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **بجين +5**، المرجع نفسه، ص: 08

[2] - Ministère de l'éducation nationale, **« les grands gôles de la reforme du système éducatif »** Algérie, 2008.

[3]- المادة 14 من **الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته.**

جـ. كفالة تقديم التغذية المناسبة و المياه العذبة.

د. مكافحة المرض وسوء التغذية في إطار العناية الصحية الأولية من خلال تطبيق التقنياتللملائمة.

هـ. تقديم الرعاية المناسبة للحوامل والمرضعات .

و. تطوير العلاج الوقائي والتوعية في التربية الخاصة بحياة الأسرة وتوفير الخدمات

وعليه ومند أكثر من **ثلاثين** عاما من انعقاد مؤتمر **ألما أتا** في **كاجاخستان** المتعلق بالصحة الأولية سنة 1978 حيث كان إعلان **أما أتا** واضحا فيما يتعلق بالقيم المطلوبة وهي العدالة الاجتماعية والحق في تحسين الصحة للجميع والمشاركة والتضامن ، وكان هناك إحساس بأن التقدم نحو تلك القيم يتطلب تغيرات أساسية في الطريقة التي تعمل بها نظم الرعاية الصحية و تسخير إمكانيات القطاعات الأخرى ولقد ظلت الرعاية الصحية ، هي المنطلق في معظم مناقشات البلدان بشأن الصحة ، وعموما يتمتع الناس اليوم بصحة أفضل وعمر أطول مما كان عليه الحال قبل ثلاثين عاما ولو أن الأطفال ظلوا يموتون بالمعدلات نفسها التي كانت سائدة في عام1978 لشهد العالم سنة 2006 **16,2 مليون** طفل إلا أنه وفي الواقع بلغ عدد وفيات الأطفال**9,5 مليون** طفل.[1]

II-1- الصحة الإنجابية والجنسية (الأمومة الآمنة): بصفتهن مانحات الرعاية الأساسية للأطفال يعتبر تحسين صحة المرأة عنصرا محوريا في تأمين حقوق الفتيات والنساء وبالتالي فإن تعزيز الصحة الإنجابية وصحة الأم وخدماتهما سوف يتم بصورة مباشرة في تحقيق الهدف الرابع من أهداف الألفية الإنمائية وهو الهدف الذي يسعى إلى تخفيض وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار **الثلثين** بين ما بين 1990- 2015.

و يراعي مفهوم الصحة الإنجابية الروابط التي تربط بين الجوانب الخاصة بكل من تعزيز الصحة و الرعاية الصحية ذات العلاقة بالإنجاب و بين الاختيارات المتعلقة بعدد الأطفال و توقيت ولادتهم و بين الأمراض و الإصابات المتصلة بالنشاط الجنسي و الإنجاب و الجهاز التناسلي، فلهذه الروابط آثار مهمة بالنسبة إلى السياسات العالمية و البرامج على الصعيد الوطني، هذا و قد اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة و الخمسون في مايو 2004 إستراتيجية الصحة الإنجابية لتعجيل التقدم نحو بلوغ المرامي و الأهداف الإنمائية الدولية، و قد أكد هذا القرار على عدد من البرامج منها جعل الصحة الإنجابية و الجنسية جزء لا يتجزأ من التخطيط على الصعيد الوطني، و تقوية قدرات النظم الصحية بمشاركة المجتمع و المجموعات اللاحكومية، مع إيلاء اهتمام خاص إلى صحة الأم و الوليد في جميع البلدان و رصد تنفيذ الإستراتيجية بما يكفل أن يستفيد منها الفقراء و سائر الطوائف المهمشة.

---

[1] - التقرير الخاص بالصحة في العالم، **الرعاية الأولية الآن أكثر من وقت مضى** ،منظمة الصحة العالمية، 2008 ص: 05.

II-1-1- وفيات الأمهات: يهدف المرمى الإنماني الخامس للألفية إلى تحسين صحة الأمومة علما بأن الهدف المقرر لهذا المرمى هو خفض معدل وفيات الأمومة بنسبة **03 أرباع** في الفترة بين 1990-2015 و يعمل خفض مخاطر وفاة الأم وتعرضها للمرض بصورة مباشرة على تحسين احتمالات بقاء الطفل على قيد الحياة، فقد أظهرت الأبحاث أن الأطفال الرضع في الدول النامية الذين تتوفى أمهاتهم أثناء الأسابيع الستة الأولى من حياتهم، من المحتمل إلى حد بعيد أن يتوفوا في العامين الأولين من الحياة مقارنة بالأطفال الرضع الذين تبقى أمهاتهم على قيد الحياة.

II-1-2- الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات: توقيت و أسباب وفيات الأمهات و المواليد الجديدة أمور معروفة جدا، و تحدث وفيات الأمهات في معظم الأحيان ابتداء من الأشهر الثلاثة الأخيرة من فترة الحمل و حتى الأسبوع الأول بعد الولادة باستثناء الوفيات الناتجة عن مضاعفات الإجهاض، و تظهر الدراسات أن مخاطر الوفاة بالنسبة للأمهات ترتفع بصورة خاصة في أول يومين بعد الولادة و ترتبط أغلبية وفيات الأمهات بمضاعفات التوليد، بما في ذلك ما بعد الولادة، و التشنج أثناء الحمل أو الولادة و يمكن معالجة غالبية هذه الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات بصورة سريعة إذا توافرت الكوادر الصحية الماهرة، و إذا توافرت كذلك الأدوية الأساسية و الأجهزة و المعدات...[1]

II-1-3- الأسباب غير المباشرة: لا يقتصر العديد من العوامل التي تسهم في تعرض الأمهات لمخاطر الوفاة على الحمل دون غيره و لكن هذه العوامل قد تتفاقم بسبب الحمل و الولادة و تقييم الأسباب غير المباشرة لوفيات الأمهات يساعد في تحديد إستراتيجيات التدخل الأكثر ملائمة من غيرها لصالح صحة الأم و الطفل و قد يكون التعاون بين البرامج المختصة مثل تلك التي تتصدى للملاريا و المبادرات المعنية بصحة الأم في حالات كثيرة، أكثر السبل فعالية في التصدي لبعض هذه الأسباب غير المباشرة بما في ذلك تلك التي يمكن الوقاية منها أو معالجتها إلى حد كبير مثل فقر الدم، حيث يؤثر هذا المرض لدى الأمهات حوالي نصف مجموع النساء الحوامل مع العلم أن اليافعات الحوامل أكثر عرضة لمرض فقر الدم من النساء الأكبر سنا، و يمكن أن تفاقم حالة فقر الدم الأمراض المعدية مثل الطفيليات المعوية و الملاريا التي تؤثر على حوالي **50 مليون** امرأة كل سنة، كما يمكن أن تفعل ذلك رداءة و نوعية الأغذية فكل هذه العوامل تزيد من مستوى قابلية وفاة الأم.[2]

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** **وضع الأطفال في العالم** ، 2009، ص: 9- 10.
[2] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** **وضع الأطفال في العالم** ، المرجع نفسه، ص: 10.

الجدول رقم (14)

التوزيع الإقليمي لوفيات الأمهات

الدول	العدد	النسب (%)
شرق آسيا/منطقة المحيط الهادي	45000	08
أمريكا اللاتينية/ بحر الكاريبي	15000	03
الدول الصناعية	830	1 >
دول وسط و شرق أوربا	2600	1 >
شرق/ جنوب إفريقيا	103000	19
غرب وسط إفريقيا	162000	30
الشرق الأوسط و شمال إفريقيا	21000	4
جنوب آسيا	187000	35

المصدر: تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولةUnicef، وضع الأطفال في العالم 2009،ص:06.

II-1-4- الرعاية أثناء الحمل: تعد فترة الحمل فرصة هامة لأن تتلقى المرأة الحامل أنواعا من العناية التي قد تلعب دورا كبيرا في سلامتها و سلامة طفلها، فمثلا إذا استغلت فترة الحمل في إخبار النساء و الأسر بعلامات الخطر و الأعراض و مخاطر الولادة فقد يمهّد هذا الطريق لجعل النساء يلدن بمساعدة كادر صحي مؤهل ، كما يمكن الاستفادة في فترة الحمل في تقديم معلومات عن المباعدة بين مرات الحمل و هو ما يعتبر عاملا مهما في زيادة فرصة احتفاظ الطفل بحياته، زيادة على ذلك يعد تلقيح المرأة ضد الكزاز أثناء فترة الحمل قد ينقذ حياتها و حياة وليدها، كما يمكن الحد من المضاعفات التي قد تحدث كنقص وزن المولود مثلا، و يمكن تجنبه باستخدام عدد من التدخلات كتحسين تغذية الأم و وقاية الأم من العدوى أثناء فترة الحمل، و توصي منظمة الصحة العالمية بألا يقل عدد زيارات رعاية الحمل عن **أربع** زيارات و جاءت هذه التوصية بناء على دراسة تأثيرات النماذج المختلفة لرعاية الحمل و وضعت منظمة الصحة العالمية إرشادات محددة كما يجب أن تحتوي عليه زيارة رعاية الحمل و منها: قياس ضغط الدم، و تحليل الدم، قياس الوزنو الطول .[1]

II-2- حفظ صحة الأطفال و تعزيزها: لا تزال الجهود الدولية و الوطنية تواصل دعمها للتوسع في تطبيق إستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفولة باعتبارها أسلوبا لتحسين جودة الرعاية المقدمة للأطفال سواء في المرافق الصحية أو في المنازل، و ينظر إلى التدبير المتكامل لصحة الطفولة على أنه الإستراتيجية الرئيسية لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية فيما يتعلق بصحة الطفولة و أنه يسهم في إنقاذ أرواح ملايين الأطفال الذين يموتون دون الخامسة من العمر.

[1] - متابعة النساء و الأطفال، **المسح العنقودي متعدد المؤشرات**، الجمهورية العربية السورية، 2008، ص: 41.

II-2-1- لقاحات الأطفال: يلعب تحصين الأطفال باللقاحات دورا هاما في سبيل تحقيق الهدف الرابع من أهداف الألفية ، حيث أنقذت اللقاحات ملايين الأطفال رغم ذلك إلا أنه لا يزال حوالي **27 مليون** طفل في العالم لا يحضون بالحصول على اللقاحات الدورية و نتيجة لهذا يموت ملايين الأطفال سنويا بأمراض يمكن الوقاية منها باللقاحات [1] و نظرا لما في ذلك من فوائد جاء في برنامج العمل للجمعية العامة للأمم المتحدة خلال الدورة السابعة و العشرون المنعقدة في 10 ماي 2002 تحت عنوان عالم جدير بالأطفال هو ضمان التحصين الكامل للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة بنسبة **90%** على الصعيد الوطني على ألا تقل نسبة التغطية عن **80%** في كل منطقة [2] و تشير إحصائيات اليونسيف أن تطعيم الأطفال ضد الأمراض يمكن أن ينقذ نحو **مليون** طفل سنويا و وفقا لإرشادات اليونسيف و المنظمة العالمية للصحة يجب أن يتلقى الطفل لقاح **BCG** لحمايته من السل و **ثلاث** جرعات من لقاح **DPT** لحمايته من الدفتيريا و السعال الديكي، و الكزاز و **ثلاث** جرعات من لقاح شلش الأطفال و **جرعة** من لقاح الحصبة ببلوغ الطفل **اثني عشر شهرا** من العمر، و لقد كان نجاح حملة استئصال الحصبة عاملا رئيسيا في التأثير على تصميم أنجح برنامج وقائي للصحة العامة في التاريخ و هو برنامج التحصين الموسع الذي أطلق في عام1974 الذي كان يهدف إلى تطعيم الأطفال ضد الستة أمراض السابقة الذكر خلال العام الأول من أعمارهم و عند بداية البرنامج كان أقل من **05%** من أطفال العالم محصنون ضد هذه الأمراض و تشير آخر الإحصائيات أن معدلات التطعيم العالمية كما قيست في تغطية الدفتيريا، السعال الديكي، و الكزاز تتجاوز الآن**75%**.[3]

II-2-2- التغذيـة: من المعروف أن الحق في الغذاء حق طبيعي لكل فرد بوصفه إنسانا، و هو ما أكدته اتفاقية حقوق الطفل في المادة **23** لذلك فإن التغذية السليمة يمكن أن تغير حياة الأطفال و تحمي صحتهم و مهما بلغت الفوائد التي يمكن أن تترتب على التغذية الجيدة فإن ضمان توافر مثل هذه التغذية تتعلق بالقانون الدولي الذي ينص على ذلك بعبارات متنوعة و يمكن التعرف على سوء التغذية في مجتمع ما عن طريق مقارنة أطوال و أوزان الأطفال بالأطوال و الأوزان المرجعية، و تعتبر نسبة الوزن إلى العمر مقياسا إلى سوء التغذية الحاد و المزمن، فالأطفال الذين يقل وزنهم بمقدار **ضعفي** الانحراف المعياري يعتبرون ناقصي الوزن الحاد أو المتوسط أما الأطفال الذين يقل وزنهم عن **03** أضعاف الانحراف المعياري فيعتبرون ناقصي الوزن نقصا حادا، كما يعد سوء التغذية العامل الرئيسي في أكثر من نصف إجمالي وفيات الأطفال دون الخامسة، و يجب أن تبدأ التغذية الكافية أثناء حمل الأم .

---

[1] - متابعة النساء و الأطفال، **المرجع نفسه**، ص: 32.
[2] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**،**عالم جدير بالأطفال**، 2008،ص: 29.
[3] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**،وضع الأطفال في العالم، **بقاء الأطفال على قيد الحياة** ، 2008 ص: 29-30.

الجدول رقم (15)

الأطفال الذين يعانون نقص الوزن عام2007

إفريقيا	آسيا	بقية العالم
39 مليون	10 ملايين	99 مليون
%27	%7	%67

المصدر: تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة Unicef، وضع الأطفال في العالم 2009،ص:23.

II-2-3- بقاء الطفل: أحد أهم الأهداف البعيدة هو خفض معدل وفيات الرضع و وفيات الأطفال دون سن الخامسة، إذ تعد هذه المعدلات مؤشرا حساسا لتطور بلد ما و دليلا معبّرا عن أولوياتها و قيمها و الاستثمار في صحة الأطفال و أمهاتهم ليس متطلبا أساسيا لحقوق الإنسان فحسب بل هو قرار اقتصادي سليم و لا شك أن مجالات التقدم الباهرة التي حققتها العديد من الدول خلال العقود الأخيرة في خفض وفيات الأطفال تدعو ا إلى التفاؤل، فقد أصبحت أسباب وفيات الأطفال و حلولها معروفة و أصبحت التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها و تحمل نفقاتها و التي تؤدي إلى إنقاذ حياة ملايين الأطفال متوافرة و بسهولة.

II-2-3-1- وفيات الرضع "الأطفال حديثي الولادة": حتى منتصف أواخر التسعينات كان يتم الحصول على تقديرات عدد وفيات الأطفال التي تحدث بين المواليد الجدد، و في عامي 1995 و 2000 ظهرت تقديرات أكثر دقة لوفيات الأطفال حديثي الولادة، و هناك تر ابط وثيق بين أنماط وفيات المواليد الجديدة ففي عام 2004 بلغ **03** حالات وفاة لكل **1000** ولادة حية و بسبب وجود عدد أعلى في الولادات في منطقة جنوب آسيا فإنها تشهد أعلى معدل لوفيات المواليد الجديدة في العالم. و تشير الأدلة الأخيرة إلى أن **04 مليون** طفل يموتون كل سنة في الشهر الأول من حياتهم و تشكل وفيات حديثي الولادة حوالي **40%** من مجموع إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة و حوالي**60 %** من وفيات الرضع تحت عمر السنة و تشهد **الهند ربع** إجمالي الوفيات العالمي، و قد قدّرت سلسلة بقاء حديثي الولادة الصادرة عن صحيفة **"دالانسيت"** و التي ذكرت عام2005 أن **03 ملايين** من بين **04 ملايين** وفاة يمكن منعها سنويا إذا تحققت تغطية عالية **(90%)** لمجموعة من التدخلات الفعالة و غير المكلفة التي أثبتت نجاعتها و التي يمكن تقديمها من خلال الرعاية المتنقلة لتوسيع نطاق الخدمة و الرعاية السريرية في المرافق الصحية عبر الرعاية المتواصلة لحديثي الولادة (رعاية الحوامل قبل و أثناء و بعد الولادة).[1]

[1]- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**،وضع الأطفال في العالم، **بقاء الأطفال على قيد الحياة** ، المرجع السابق،ص: 04.

الجدول رقم (16)

المعدلات العالمية لوفيات المواليد الجديدة في العالم

الإقليم	%	الإقليم	%	الإقليم	%	الإقليم	%
غرب/ وسط إفريقيا	44	شرق/ جنوب آسيا	36	جنوب آسيا	41	الشرق الأوسط/ شمال إفريقيا	34
شرق آسيا/ منطقة المحيط الهادي	18	أمريكا اللاتينية/ بحر الكاريبي	13	رابطة الدول المستقلة حديثا	15	دول وسط أوربا/ رابطة الدول المستقلة حديثا	3

المصدر: تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة Unicef، وضع الأطفال في العالم 2009، ص:09.

II-2-3-2- وفيات الأطفال دون الخامسة: إن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر و الذي يختصر بـ: ***USMR*** هو احتمال وفاتهم قبل حلول عيد ميلادهم الخامس، فمنذ بداية الثمانينات من القرن العشرين كانت صحة الطفل و ما زالت تشكل حالة الطوارئ "صامتة" حيث أنه ما يقارب **15 مليون** طفل مازالوا يموتون سنويا قبل بلوغ سن الخامسة من العمر و في أواخر السبعينات نشر العالمان **جوليا والش** و **كنيث وارين** كتاب الرعاية الصحية الأولية الانتقائية إستراتيجية مؤقتة للسيطرة على الأمراض في الدول النامية و هو تقرير ملم اقترح إستراتيجية بديلة لتخفيض وفيات الرضع و الأطفال بسرعة و بتكلفة معقولة، و قد كان هذا هو الأساس الذي بنيت عليه ثورة "بقاء الطفل" التي أطلقت عام 1982 التي ترأستها اليونسيف و التي ركزت على أربع تدخلات منخفضة الكلفة يشار إليها مجتمعة بـ: **GOBI**، مراقبة النمو لمعالجة سوء التغذية، و معالجة الجفاف عن طريق الفم لعلاج الإسهال و الرضاعة الطبيعية لتأمين صحة الأطفال و التطعيم ضد06 أمراض فتاكة للأطفال، و قد تم دعم **GOBI** ببرامج رئيسية قادتها المنظمة العلمية للصحة. و يتم التعبير عن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الوفيات لكل ألف ولادة حية.

الجدول رقم (17)

وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم عام2007

إفريقيا	آسيا	بقية العالم
4.7 مليون	3.8 ملايين	0.7 مليون
%51	%41	%8

المصدر: تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة Unicef، وضع الأطفال في العالم 2009، ص:22.

لقد انخفض عدد وفيات الأطفال كثيرا عما كان عليه في عام 1960 و هو أقدم عام تتوفر فيه أعداد وفيات الأطفال حيث تراجعت من **20 مليون** وفاة تقريبا عام 1960 إلى أقل من **10 ملايين** عام 2006 و توفي في عام 2007، **9,2 مليون** طفل قبل بلوغ سن الخامسة و شكلت قارتا إفريقيا و آسيا معا نسبة **92%** من إجمالي الوفيات، و تظل إفريقيا أكبر القارات التي تشهد الوفيات بنسبة **51%** ،أكثر من نصف العالم و هذا ما يعتبر تهديدا لصحة و حياة الطفل بذات القارة، غير أن آسيا شهدت

انخفاضا في نسبة الوفيات منذ عام 1980 إلا أنها ما تزال تحتل نسبة مخيفة بمقدار **41%** من إجمالي الوفيات العالمي.

و في هذا السياق شهدت السنوات الأخيرة تقدما مهما في مجال بقاء الأطفال و في بعض المناطق شهدت معدلات الوفيات انخفاضا إلى النصف منذ عام 1990 في شرق آسيا و الباسيفيك و وسط و شرق أوربا و الدول المستقلة حديثا في وسط و شرق أوربا و أمريكا اللاتينية و الكاريبيو هذا ما أدى إلى وفيات الأطفال دون الخامسة يقل عن **30** وفاة بين كل **1000** ولادة حتى عام 2006، و تبقى دولة إفريقيا جنوب الصحراء المنطقة الجغرافية الأكثر إثارة للقلق فبالإضافة إلى أنها تسجل أعلى معدلات لوفيات الأطفال أظهرت أقل تقدم فمنذ عام 1990 استطاعت تخفيض عبء وفيات الأطفال بنسبة **14%** فقط بين الأعوام 1990 و عام 2006، حيث شهدت المنطقة **49%** من الوفيات الأطفال دون الخامسة من العمر رغم أن **22%** فقط من أطفال العالم يولدون هناك.

الجدول رقم (18)

الأهداف الإنمائية للألفية حول صحة الأم و الطفل

الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، خفض معدل وفيات الأطفال	
الغايات	**المؤشرات**
خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، بمقدار الثلثين بين عامي 1990 و 2015.	▪ **معدل الوفيات دون سن الخامسة.** ▪ **معدل وفيات الأطفال الرضع.** ▪ **نسبة الأطفال الذين تبلغ أعمارهم سنة واحدة، المحصنين ضد الحصبة**
الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، تحسين صحة الأمهات	
الغايات	**المؤشرات**
خفض نسبة وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بين عامي 1990 و 2015.	▪ **نسبة وفيات الأمهات.** ▪ **نسبة الولادات التي أشرفت عليها كوادر صحية ماهرة.**
تحقيق فرصة تعميم الحصول على الصحة الإنجابية بحلول عام 2015.	▪ **معدل انتشار استخدام أساليب منع الحمل.** ▪ **معدل الولادات بين اليافعات.** ▪ **مدى التغطية بالرعاية أثناء الحمل (على الأقل زيارة واحدة و على الأقل أربع زيارات).** ▪ **الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة.**

المصدر: تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة ، وضع الأطفال في العالم 2009،ص:03.

II-3- الوضع الصحي في الجزائر: إن الجزائر أعطت أهمية كبيرة لقطاع الصحة، وهذا نظرا للحالة الصحية التي عرفتها البلاد، لهذا قامت ببذل قصارى جهدها للنهوض بالقطاع بوضع سياسات وطنية للصحة وتسخير كل الوسائل لبناء الهياكل لتكوين الأطباء وشبه الأطباء إضافة إلى توفير التجهيزات داخل الهياكل الصحية لتعميم العلاج لكافة المواطنين، وبهذا احتلت الجزائر مركزا لا يستهان به في تقديم الخدمات الصحية ومن بين الإنجازات التي حققتها: كالتقليل من وفيات الرضع و الأطفال دون الخامسة من العمر، والأمهات، وارتفاع متوسط العمر المتوقع لدى الرجال والنساء، وأصبح غالبية السكان يحصلون على الخدمات الصحية، كما قامت بتخصيص موارد هامة وهذا لتعزيز الخدمات

الصحية الوقائية والعلاجية للأمهات والأطفال، فقد تم تحقيق تقدم ملحوظ في مجال تنظيم الأسرة زيادة على ذلك أن نسبة التزود بالمياه النظيفة والصرف الصحي أصبحا متاحين بشكل كبير جدا في أوساط العائلات.

II-3-1- الإطار التشريعي: إن صحة ورفاهية الطفل تكفلهما جميع الدساتير الجزائرية، إذ نص الدستور 1996 على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين وتتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها [1] ، وهذا لكون الجزائر من الدول الموقعة لاتفاقية حقوق الطفل، لذلك لا بد من أن تعمل جاهدة على تطبيق مبادئ وأحكام الاتفاقية. * كما أن القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها يتضمن فصلا بكامله يتعلق بحماية الأمومة والطفولة في المواد (67-75) ويتضمن على وجه الخصوص: حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلاله وبعده و الكشف عن الأمراض التي يمكن أن يصاب بها المريض وضمان صحة الجنين ونموه حتى الولادة والمحافظة على صحة الأم والطفل من خلال برنامج وطني يهدف إلى ضمان توازن عائلي منسجم، إضافة إلى المرسوم التنفيذي رقم 05-436 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة.

ولهذا فإن سياسة الدولة من وراء كل هذا هو ضمان الاستفادة من الخدمات الصحية وتشجيع العمليات الوقائية من خلال إحداث التلقيح المجاني، وإقرار مجانية العلاج منذ سنة 1974.

II-3-2- البرامج الصحية لحماية الطفل والأم: رغم الضعف المسجل والاختلالات، فلا يمكن تجاهل التنمية التي عرفتها المنظومة الصحية منذ الاستقلال، حيث سجلت تقدما معتبرا سواء على مستوى المؤشرات الرئيسية المرضية أو على مستوى الموارد البشرية، المادية وكذلك من حيث الهياكل والبنايات وأهم البرامج التي تبنيها الحكومة الجزائرية غداة الاستقلال على النحو التالي:

II-3-2-1- المرحلة الأولى: 1962-1974: وهذه المرحلة المباشرة لما بعد الاستقلال، حيث لم يكن المجتمع الجزائري الذي انتهكته الحرب التحريرية والظروف المحيطة بذلك كانتشار الفقر وكثرة الأمراض والأوبئة والإعاقات سوى هياكل صحية قليلة وإطارات وطنية محدودة بالإضافة إلى واقع اجتماعي صعب كما ورد في ميثاق طرابلس (مئات الآلاف من الأرامل، عشرات الآلاف من المعطوبين وآلاف العائلات والأطفال المشردين...) وهذا ما دفع بالحكومة الجزائرية القيام بسياسات استعجاليه للخروج من هذه الوضعية ومن بين البرامج المتبناة خلال هذه المرحلة.

---

[1] - المادة 54 **من دستور 1996 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**، المعدل لدستور 28 نوفمبر 1989.

* - الجزائر وقعت على اتفاقية حقوق الطفل بموجب **المرسوم الرئاسي رقم 92-461 المؤرخ في 19 ديسمبر 1992**.

- **كالحماية المدرسية:** حيث تكفلت السلطات كليا ومجانا بالمتمدرسين وسمي هذا النشاط بالنظافة المدرسية و كان ذلك عن طريق تنظيم زيارات طبية موجهة لأطفال المدارس.
- **تباعد الولادات:** قبل الاستقلال لم يكن هناك تخطيط عائلي في الجزائر لكن بعد الاستقلال وفي سنة 1967 كان أول مركز تباعد الولادات الذي أنشأ بمستشفى مصطفى باشا ثم بعدها في قسنطينة، وهران للتكفل بالمشاكل المتعلقة بتباعد الولادات.[1]

وما يميز هذه المرحلة أيضا هو كثرة وفيات الأطفال والرضع إضافة إلى تفاقم الأمراض المتنقلة التي تؤدي إلى الوفاة والإعاقة وهذا ما دفع إلى التسارع للحد من هذه الأمراض ووفياتها وذلك عن طريق سياسة التطعيم لكل الأطفال الذي تم إحداثه بموجب المرسوم رقم69-08 المؤرخ في 17 جوان 1969 الذي ينص على إجبارية ومجانية التلقيح صد السعال الديكي، الكزاز، الديفتريا، السل، الملاريا الحصبة[2]

II-3-2-2- المرحلة الثانية: 1975-1980: بعد الشروع في الطب المجاني منذ سنة 1974 فخلال هذه المرحلة تم ظهور بما يعرف ب الثورة الثقافية عن طريق التكفل بالحماية الصحية في المدارس والأم والطفل ومن جهة أخرى زادت الحملات المتعلقة بالتلقيح ضد الأمراض المتنقلة بوحمرون (الحصبة) السل، الدفيريا، السعال الديكي، الشلل والمكافحة ضد الأمراض غير المتنقلة والمتمثلة في الأمراض العقلية، وأمراض القلب، الشرايين، وتسوس الأسنان، السرطان.

تكثيف النشاطات المتعلقة بالنظافة والمحيط كنظافة المسكن، معالجة وصرف المياه القذرة والبقايا الصناعية، التغذية والمياه الصالحة للشرب، تلوث البيئة.

II-3-2-3- المرحلة الثالثة : 1980-1984: لقد تم التأكيد في 1980 على النقاط الأساسية العامة لتحسين ووضع نظام للنظافة والوقاية والتربية الصحية وخاصة فيما يتعلق ب حماية الأم و الطفل الصحة المدرسية حماية العمال وتطهير المحيط، المكافحة ضد الأمراض المتنقلة.

1- تسطير برنامج وطني للبيئة ضد الفضلات الصناعية، وتلوث الجو، المياه وذلك بالتعاون مع الجهات المعنية.

2- المكافحة ضد الأمراض الطفيلية بوضع برنامج لكل الأمراض الطفيلية المعروفة لضمان التكفل بكل الأمراض.

3- المكافحة ضد الأمراض المتنقلة، العمل على مكافحة الأمراض المتنقلة غير المبررة بالتلقيحات عن طريق:

---

[1]- أمير جيلالي، **تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر** ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر 2000-2001، ص: 130.

[2]- Mustapha Bouziani, **prophylaxie et stratégies de la lutte contre les maladies transmissibles**, CMM édition, 1998, p : 160.

- ✓ تعزيز نظام المراقبة والتدخلات ضد العدوى ولاسيما بالحمى، التيفوييد ،الكوليرا.
- ✓ وضع نظام التصريح والإشارة والتكفل بالأمراض الزهرية***Vénériennes***وتباعد الولادات
- ✓ تسطير برنامج واسع للمعلومات والتربية.
- ✓ تسخير الموارد البشرية والمادية لتنفيذ البرنامج الوطني لتباعد الولادات.
- ✓ حماية الطفولة والصحة المدرسية.
- ✓ تطوير التربية الصحية على مستوى المدارس.
- ✓ تنظيم الزيارات الطبية في الوسط المدرسي.
- ✓ حماية الأطفال وهذا عن طريق إنشاء هياكل لاستقبال المتشردين والمطرودين من أوليائهم والتكفل الكامل من طرف الدولة بالمشاكل الاجتماعية والتربوية والمهنية لهؤلاء الأطفال المتشردين والبحث على إدماجهم ضمن أسرهم اجتماعيا.

البرنامج الوطني للصحة ماي 1984 أهدافه: إلا أن وزارة السكان والصحة أنجزت بعض البرامج العملية بتطبيق المخطط المقرر بتنفيذه في سنة1985:

حماية الأمومة والطفولة : مكافحة وفيات الأطفال وهذا بوضع برنامج وطني يهدف إلى تخفيض **50%** من الوفيات مع بداية1990 وهذا البرنامج يتضمن النقاط التالية:

- ✓ نشر وتنفيذ برنامج للوقاية لمكافحة أمراض الإسهال التي تصيب الأطفال وتؤدي إلى وفياتهم.
- ✓ الاتفاقية المبرمة بين وزارة الطاقة واليونيسيف لتوريد وحدة الصناعة للأملاح.
- ✓ تقديم دفاتر فردية للصحة موجهة لضمان المتابعة الصحية منذ الولادة.
- ✓ تقييم في الميدان مدى تطبق برنامج الوقاية ضد أمراض الإسهال.
- ✓ تعميم عملية التلقيح.

تم تحضير هذا العمل في السداسي الثاني من سنة 1984 ودخل حيز التطبيق منذ فيفري 1985 وفق المهام التالية:

- ✓ تعيين فريق من المسؤولين على التلقيحفي كل قطاع صحي.
- ✓ الحماية الصحية للطفل عن طريق اللقاحات ضد السل والشلل، الدفتيريا ، الكزاز، الحصبة، السعال الديكي التي تعتبر إجبارية[1]
- ✓ تلبية الالتزامات للمرسوم بتوضيح دفتر الصحة المؤكد في المادة 28 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 سواء بوصفة طبية تشهد على التلقيحات المقبولة.[2]

[1] - المرسوم التنفيذي **رقم 85-282 المؤرخ في 12 نوفمبر 1985 الذي يؤكد إجبارية التلقيحات**.
[2] - المرسوم التنفيذي **رقم 85-282 المؤرخ في 12 نوفمبر 1985 الذي يؤكد إجبارية التلقيحات**،المرجع نفسه.

تباعد الولادات: المشاركة في الحملة الوطنية المتعلقة بتباعد الولادات عن طريق وزارة الصحة بما يلي:

- تنظيم ندوات لتحسين القابلات والأطباء لمختلف التقنيات.
- إنجاز ونشر كراسات جدول تباعد الولادات.
- تعيين في كل قطاع صحي تقنيين ساميين أو تقنيين في الصحة من العنصر النسوي للإعلام والتوعية في ميدان التخطيط العائلي.
- العمل على ضمان التمويل المنظم بالمنتوجات التي تمنع الحمل وأخذ القرارات ببيعها ابتداء من سبتمبر 1985م من طرف الدواوين الصيدلانية.

كل هذه البرامج بالإضافة إلى عدة برامج كالوقاية ضد الأمراض الآتية من المياه، والوقاية من أمراض السل، الوقاية ضد الملاريا، طب الشغل، ونظافة المحيط المهني والجامعي.[1]

II-3-2-4- المرحلة الرابعة: 1985-1994: كانت تهدف هذه المرحلة إلى القضاء النهائي للأمراض عن طريق تطبيق برنامج من طرف اللجنة الوطنية للتلقيحات حيث جعلت التلقيحات إجبارية خلال المخطط الخماسي الثاني 85-89 ضد الأمراض الستة الشائعة التي تؤدي إلى وفاة الأطفال الدفتيريا السعال الديكي، الشلل، السل، الكزاز للفئة العمرية 5 سنوات و 6 سنوات حيث بفضل هذه البرامج تحقق انخفاضا في وفيات الأطفال إلى**50** لكل ألف ولادة حية سنة1990بعدما كان **87,7 بالألف** سنة 1981 و على هذا الأساس تم إنشاء مركز التلقيح داخل الهياكل الصحية لتنظيم الفحوصات لطب الأطفال وكذا نشاطات الوقاية وحماية الأم والطفولة ، وحتى تشمل العملية كامل السكان اتخذت السلطات المحلية توفير كل الإمكانيات الضرورية لنقل فرق الوقاية للأماكن البعيدة عن مراكز التلقيح.

II-3-2-5- المرحلة الخامسة: 1994 إلى يومنا هذا : مضمون هذه المرحلة هو تخلي الدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة المجال للتمويل الشخصي من طرف المستفيد مع إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية 50دج للطب العام و 100 دج للطب المتخصص وفتح المجال أمام الاستثمار الخاص في الخدمات الصحية ابتداء من سنة1990.

وما يميز هذه المرحلة أيضا هو تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائيا في أواخر سنة 2009، حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرض عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي ***CNAS*** و ***CASNOS*** أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية النشاط الاجتماعي***DAS***[2] ومن أهم ما تم التوصل إليه خلال هذه المرحلة هو تخفيض نسبة وفيات الأطفال إلى **54** وفاة لكل ألف مولود حي سنة 1996 بعدما

1- أمير جيلالي ، **المرجع السابق** ،ص: 136.
2- جمعة الطيب، **مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحية، دراسة حالة المستشفى الجامعي باتنة**،رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2008-2009، ص: 110.

كانت **84,7 بالآلف** سنة 1981 وهذا ما أدى إلى انخفاض منحنى وفيات الأطفال، إضافة إلى وفيات الأمهات التي كانت **230** وفاة لكل 100.000 سنة 1989 حيث أصبحت **160** سنة 1996 وأصبحت أغلبية الولادات تتم في المراكز الصحية بنسبة **79%**[1].

II-3-3- الأوضاع الديموغرافية والصحية: حققت الجزائر نموا سكانيا متواصلا فلم يشهد أي تراجع منذ سنة 2000 و يرجع كل هذا بشكل أساسي إلى تحسين الخدمات الصحية ،و المستويات المعيشية بالإضافة إلى برنامج التحكم في النمو الديموغرافي و مختلف التحولات الاقتصادية و الاجتماعية و الذي تبعه في المقابل تحسن في المؤشرات الصحية(زيادة في طول العمر المتوقع ،انخفاض في عدد الوفيات، ...)

II-3-3-1- التركيبة العمرية للسكان:

الجدول رقم (19)

التوزيع العمري للسكان الوحدة10[3]

البيان	2000	2001	2002	2003	4020	2005	2006	2007	2008
0 - 4 سنة	2996	2967	2973	2917	2935	2988	3150	3232	3392
5 - 14 سنة	7319	7158	6990	6866	6699	6522	6352	6236	6105,6
15 - 59 سنة	18056	18643	19218	19815	20415	21010	21524	22098	21844,48
أكثر من 60 سنة	2045	2111	2176	2250	2315	2386	2455	2530	2577,92
المجموع	30416	30879	31357	31848	32364	32906	33481	34096	33920

Source : office national des statistiques

لقد طرأ انخفاض في قوة الأطفال في الفئة العمرية أقل من خمس سنوات بعدما كانت تشغل نسبة **19,8 %** سنة 1980 و **10,9** سنة 1998 و **9,07%**سنة 2004 لترتفع إلى **10%** خلال إحصاء 2008 في حين بلغ مجموع الأطفال الأقل من 15 سنة **28%**أما الذين ممن هم في سن النشاط (15-59 سنة) فقدر عددهم ب **64,4%**و بطبيعة الحال تؤدي هذه التركيبة الشابة للمجتمع الجزائري حتما إلى ظهور احتياجات جديدة على الصعيد الاقتصادي و الاجتماعي ، و التي على السلطات العمومية أخذها بعين الاعتبار و هذا بفضل تراجع سن الزواج ، تطور مستوى التعليم ، دخول المرأة عالم الشغل ،...

II-3-3-2- تنظيم الأسرة: تتأثر مستويات واتجاهات الخصوبة بعدة عوامل ديموغرافية واجتماعية وثقافية وأخرى اقتصادية، لكن قد نجد صعوبات لتحديد درجة تأثير كل هذه العوامل ، ومن أهم هذه العوامل تنظيم الأسرة، وقد بدأت برامج تنظيم الأسرة عام1980 بهدف خفض الخصوبة حيث ساهمت

2- **Plan cadre des nations unies pour la coopération au développement UNDAF** (2002-2006), Algérie, Mai 2002, p : 15-16

في التأثير على السلوكيات الإنجابية من خلال توسيع استعمال وسائل تنظيم الأسرة [1] فللتنظيم السليم للأسرة له آثار إيجابية على صحة الأم والطفل كمنع الحمل المبكر، ومنع الحمل المتأخر والمباعدة بين الحمل و ما يليه، وتحديد عدد الأطفال.

الجدول رقم (20)

استعمال وسائل منع الحمل

السنوات	1986	1992	1995	2000	2002	2004	2006 *
الحبوب	26,4	38,7	43,4	44,3	45,5	/	46,05
اللولب	2,1	2,4	4,1	4,3	3,0	/	/
العازل	0,5	0,7	0,8	1,5	1,2	/	2,3
وسائل أخرى	2,1	1,3	0,7	/	1,1	/	0,3
وسائل عصرية	31,1	43,1	49,0	50,1	51,8	53,8	51,95
وسائل تقليدية	4,4	7,7	7,9	13,9	5,2	4,8	/
الاستعمالات	35,5	50,8	56,9	64,0	57,0	58,6	/

Source: Le rapport national sur O.M.D, Algérie, Juillet, 2005, p

*** - Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national a indicateurs multiples, MICS3 Algérie Juillet, 2007, p : 60.**

أوضحت بيانات الجدول أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل **61,05%** في سنة 2006 مقابل **58,6%** سنة 2004 و **57%** في سنة 2002 و **64 %** سنة 2000، و**56,9%** سنة 1995 و **50 %** سنة 1992 و **35,5%** سنة 1986 حيث نلاحظ ارتفاع في استعمال الوسائل وخاصة استعمال الوسائل الحديثة حيث ارتفعت نسبة استعمال الوسائل الحديثة من **31,3%** سنة 1986 إلى **53,8%** سنة 2004 وتعد الحبوب الوسيلة الأكثر استعمالا حيث بلغت نسبتها **26,4%** سنة 1986 إلى **46,06 %** سنة 2006 من مجموع النساء.

وكما تشير دراسات المسح الجزائري لسنة 2006 أن هناك تباينات واضحة حسب سن المرأة حيث تنخفض نسبة استعمال الوسائل بارتفاع طول الفترة الزوجية، إضافة إلى التوزيع السكني حيث بلغت النسبة **62,5 %** في الوسط الحضري و**59,9%** في الوسط القروي، والمستوى التعليمي وكل هذا أدى إلى الانخفاض في معدل الخصوبة ومعدل وفيات الأمهات أثناء الولادة فقد أصبح معدل الخصوبة **2,7** طفل لكل امرأة بعدما كان **7** أطفال مع بداية السبعينات.

زيادة على هذا الانخفاض شهدت الخصوبة العمرية تغييرا من حيث تركيبتها حيث أن المعدل يبلغ أقصى قيمة في الفئة العمرية 30-34 و 35-39 ب **129,2‰** و **108,9‰** على التوالي كما يتأثر

[1]- **Enquête Algérienne sur la santé de la famille, rapport principal**, Juillet 2004, p : 118.

*- **Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national a indicateurs multiples**, MICS3 Algérie Juillet, 2007, p : 60.

هذا المؤشر هو الآخر بالمستوى التعليمي للمرأة والتوزيع السكاني كذلك حيث نجد أن **2,19** طفل لكل امرأة حضرية و **2,38** طفل لكل امرأة ريفية كما أن هذا المعدل لا يزال مرتفعا في مناطق الجنوب مقارنة مع الشمال في حين بلغ متوسط العمر الإنجابي للمرأة الجزائرية ب **31,02** سنة وبهذا تكون نسبة النمو الديموغرافي قد انخفضت لتصبح **1,5%** مقارنة مع سنوات السبعينات أينما كانت **03 %**.

الجدول رقم (21)

الحركة الطبيعية للسكان **الوحدة 10^3**

السنوات / البيان	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
الولادات الحية	594	589	619	617	649	669	703	739	783
مجموع الوفيات	141	140	141	138	145	141	147	144	149
زيادة طبيعية	452	449	478	479	503.3	528	556	595	634
الزواج	163,1	177,5	134,3	218,6	240,5	267,6	279,5	295,3	325,5

Source : office national des statistiques

الجدول رقم (22)

المؤشرات الديموغرافية

البيان	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
المعدل الخام للولادات	19,82	19,36	20,03	19,86	20,36	20,67	21,36	22,07	22,98
المعدل الخام للوفيات	4,72	4,59	4,56	4,41	4,55	4,36	4,47	4,30	4,38
معدل الزيادة الطبيعية	15,1	14,8	15,5	15,3	15,8	16,3	16,9	17,8	18,6
المعدل الخام للزوجات	5,44	5,84	6,29	6,97	7,55	8,27	8,50	8,82	9,55
معدل النمو الطبيعي للسكان	1,51	1,48	1,55	1,53	1,58	1,63	1,69	1,78	1,86
المعدل الإجمالي للخصوبة	/	/	/	2,494	2,348	2,381	2,325	2,27	/

Source : office national des statistiques

ما يمكن استخلاصه من الجدولين السابقين هو نظرا للحقائق التاريخية التي أدت إلى الخسارة البشرية الناتجة عن الحرب التحريرية، وكذلك التطورات الاقتصادية المبرمجة وهذا في إطار ما يعرف بالاستثمار الصناعي الوطني قامت السلطات العمومية بتجنب سياسة عدم الإنجاب لغرض تعويض الخسائر البشرية التي تكبدتها إبان الثورة وإعادة تكوين العائلات التي عاشت وعانت القهر الاستعماري.

فعليه التحول الديم وغرافي كان متماشيا مع هذه السياسة وبالمقارنة مع الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة حتى مطلع السبعينات إلا وأنه شهد نموا متسارعا بعد الانخفاض الحاد في

الإيرادات البترولية سنة 1986 الذي تبعه معدل البطالة، التضخم، وانخفاض في المستويات المعيشية في الجزائر وبالتالي فالنمو الديمغرافي المدخر خلال السبعينات والقليل المخفي منه خلال الثورة أدى إلى الارتفاع الظرفي في معد لات الولادة الناتجة عن كثرة الزواج بين الفئة العمرية المولودة بين 1970 – 1985. فقد شهد معدل الزيادة الطبيعية عن **2%** خلال 1995 و **1,43%** سنة 2000 تم عرف ارتفاعا سنة 2005 ليصل إلى **1,69%**.

معدلات الزواج هي الأخرى عرفت قفزة وهذا نتيجة للتحسينات التي عرفتها سوق العمل وتحسن المستوى المعيشي حيث تم تسجيل في مطلع سنة2000 لدى مصالح الحالة المدنية زيادة هامة في عدد حالات الزواج حيث بلغ المعدل الخام للزواج **5,36 بالألف** سنة 1998 ليصل إلى **8,5 بالألف** سنة 2005، وبلغ المعدل الخام للمواليد أكثر من **35 للألف** خلال النصف الأول لسنوات الثمانينات ثم انخفض إلى أقل من**20 للألف** سنة 1999 ليرتفع إلى**21 للألف** سنة 2005، كما تم ملاحظة زيادة في عدد الولادات بناء على معطيات مصالح الحالة المدنية انطلاقا من سنة 2000 وكل الاحتمالات توحي أن هذه الزيادة تكون مستمرة وهذا راجع إلى كثرة الولادات بين 1975-1985 التي تعتبر الفئة الغالبة في المجتمع الجزائري عدد حالات الزواج السنوية قدرت ب158000 سنة 1998، و 280.000 سنة 2005، 295.295 سنة 2006. [1]

II-3-3-3- المؤشرات الصحية: تعتبر سياسة الدولة في مجال العناية الصحية ناجحة إذا ترتب عليها زيادة في رفاه المجتمع من خلال تحسين الأحوال الصحية أو ازدياد درجة عدالة توزيع الخدمات الصحية وينطوي ذلك على مجموعة من المؤشرات.

II-3-3-3-1- معدل أمل الحياة عند الولادة: إن معدل الأمل في الحياة عند الولادة سجل كسب "gain" مهم وحقق قيم جد مرتفعة مقارنة بدول الإقليم والدول السائرة في طريق النمو حيث قدر في الدول العربية **45** سنة 1960ليرتفع إلى حوالي **69 سنة** عام 2007 فهو يقارب **70 سنة** في كافة الدول العربية ماعدا جيبوتي ب **43,3 سنة** والسودان ب **49,1 سنة** وموريتانيا ب **59,6** سنة واليمن ب **62,5 سنة**.

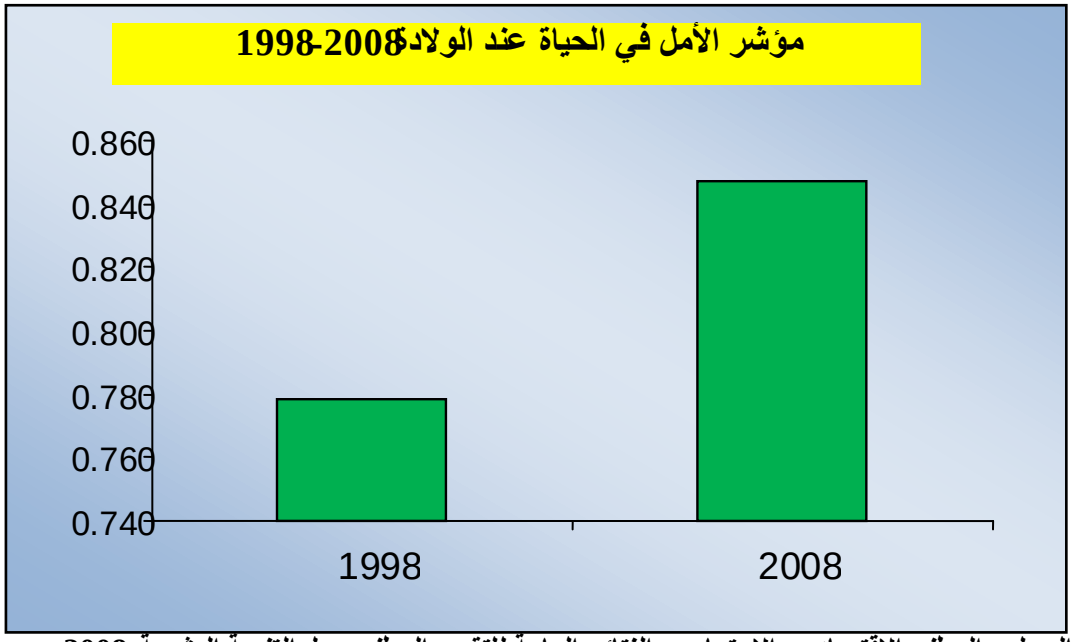
[1]- Rapport national sur **le développement humain « RNDH » de CNES** ; réalisé en coopération avec PNUD ; Algérie 2006, 2007 ; p: 21-22.

الجدول رقم : (23)

أمل الحياة عند الولادة

السنوات / الجنس	1970	1980	1985	1991	1996	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008
الرجال	52,6	55,9	62,7	66,9	66,8	71,5	71,9	72,5	73,9	-	74,6	74,7	74,9
النساء	52,8	58,8	64,2	67,8	68,4	73,4	73,6	74,4	75,8	-	76,7	76,8	76,7
المجموع	52,6	57,4	63,6	67,3	67,7	72,5	72,9	73,4	74,8	74,6	75,7	75,7	75,7

Source : office national des statistiques



المصدر:المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية 2008، ص:07

يعتبر الأمل في الحياة عند الولادة واحدا من أهم المؤشرات التنموية ومدى اهتمام الدولة بصحة المواطنين هذا المؤشر الذي فاق **73 سنة** عام 2002 وبهذا نكون قد تحصلنا على ربح في العمر البشري أكثر من **20 سنة** بالنسبة لسنة1970 وخلال عشرية حقق ربح يقدر**6,1 سنة** منها **6,6** سنة للنساء و **5,6 سنة** للرجال فقدر معدل الأمل في الحياة **72,5 سنة** عند الرجال و**74,4**سنة للنساء سنة 2002 وبهذا يكون فارق العمر **1,9** للنساء مقارنة بالرجال [1] أما معدل الأمل في الحياة عرف ارتفاعا ب**1,03** نقاط بين الفترة1995-2005 حيث بلغ**0,845** سنة 2006 و **0,830** سنة 2004 و **0,807** سنة 2002 كما بلغ سنة 2008 **74,9 سنة** لدى الرجال و**76,7 سنة** لدى النساء.و عليه خلال عشر سنوات يكون هذا المؤشر قد عرف تحسنا حيث انتقل من**0,778** سنة 1998 إلى**0,847** سنة 2008، أي بنسبة ارتفاع قدرها **9%** ومعدل تزايد سنوي يقارب نسبة **1%**. كما سجل الأمل في

[1]- Rapport national de **ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalière**, décembre 2003, p : 16.

الحياة عند الولادة زيادات معتبرة حيث بلغ قيمة من بين القيم المرتفعة التي سجلتها بلدان منطقة الشرق الأوسط وبلدان شمال إفريقيا **(MENA)**.وأدى ذلك إلى ارتفاع في امتداد العمر يفوق **04 سنوات** بالنسبة للجنسين (**72 سنة** عام 1998)، أي **4 سنوات ونصف** بالنسبة للرجال و **3 سنوات** بالنسبة للنساء. وكل هذه النتائج والتحسنات التي حصلت في أوساط المجتمع الجزائري ناتجة إلى عدة عوامل يمكن استدراجها كما يلي:

معدل وفيات الأطفال والأطفال حديثي الولادة عرف هذا المعدل انخفاض مستوى يقدر ب**10** نقاط بالنسبة لكل ألف ولادة حية، وهذا بفضل مجهودات الدولة التي مست خدمات صحة الطفل حيث قدرت عدد وفيات الأطفال ب **36,9** وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2000 ليصل إلى **26,9 بالألف** سنة 2006 و **26,2** سنة 2007 ،و **25,5** سنة 2008 أي بانخفاض يفوق **11 نقطة** في ظرف يقل عن 10سنوات. إن هذا التراجع الملاحظ جد مهمو الذي كان ناتج عن البرنامج الخاص للوقاية من الوفيات قبل الولادة الذي دخل حيز التنفيذ سنة 2006 من قبل فريق طبي متكون من **234** موزعون على **20** ولاية عبر تراب الوطن.

أما وفيات الأطفال فقد عرفت هي الأخرى انخفاض ا محسوسا إذ انخفضت من **43,00** حالة لكل 1000 مولود حتى سنة 2000 ليصل إلى **31,41 بالألف** سنة 2006 أي بمعدل يقدر ب **11,59 نقاط** للألف.

وفيات الأمهات: معدل وفيات الأمهات انخفض ب **3,2 نقاط** وبمعدل **100** لكل ألف ولادة حية منذ سنة 1990 ،كما بلغت نسبة النساء اللواتي يقمن بالمتابعات والعلاجات قبل الولادة ب**89,4%** من مجموع النساء كما ارتفعت نسبة الولادات داخل المؤسسات الاستشفائية فكانت **87 %** سنة 2000 ثم ارتفعت إلى **95,3%** سنة 2006 فرغم كل هذا إلا أن معدل وفيات الأمهات يبقى مرتفعا نوعا ما حيث بلغ**92,6** لكل 100.000 ولادة حية سنة 2006 و **87** لكل 100.000 سنة 2007.

المعدل الخام الإجمالي للوفيات: بالموازاة مع المعدلين السابقين هو الآخر شهد تراجع ب **3,6 نقاط** لكل 1000 مواطن بين 1995-2005 فكان سنة **4,59** لكل 1000 سنة 2000 و **4,3** لكل 1000 سنة 2006 و **4,4** سنة 2007. [1] وعموما هذا التراجع في إجمالي الوفيات راجع إلى التركيبة العمرية للسكان باعتبار الجزائر مجتمع فـتي يغلب عليه فئة الشباب كما أوضحه الجدول الخاص بتوزيع السكان.

II-3-3-3-2- تطعيم الأطفال: يعتبر برنامج التطعيم الموسع للأطفال من بين المحاور الكبرى التي تبنتها الحكومة الجزائرية سنة 1985، والذي يعتبر من الهدف العالمي "الصحة للجميع لعام 2000"

[1]- Rapport national sur **le développement humain « RNDH » de CNES** ; réalisé en coopération avec PNUD ; Algérie 2007,juillet 2008 , p :20.

وقد أصبح التطعيم ضد الحصبة إجباريا سنة1987 وقد تم إدراج مؤخرا التطعيم ضد تضخم الكبد في رزنامة التلقيح الجزائري ويعتبر التلقيح إجباري لبعض الأمراض المتنقلة وهذا جدول يوضح برنامج التلقيح في الجزائر.

الجدول قم (24)
برنامج Calenderer التطعيم في الجزائر

سن التلقيح	اللقاحات
عند الميلاد	الدرن + الشلل + تضخم الكبد
1 شهر	ضد تضخم الكبد
3 أشهر	السعال الديكي + الشلل الجرعة الأولى
4 أشهر	السعال الديكي + الشلل الجرعة الثانية
5 أشهر	السعال الديكي + الشلل الجرعة الثانية + تضخم الكبد
9 أشهر	المضاد للحصبة
18 شهر	إعادة السعال الديكي + الشلل
6 سنوات	الكزاز للأطفال + الشلل + المضاد للحصبة
11-13 سنة	الكزاز للكبار + الشلل
16-18 سنة	الكزاز للكبار + الشلل
كل 10 سنوات بعد بلوغ 18 سنة من العمر	الخناق، الكزاز للكبار + الشلل

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة، التقرير الرئيسي، 2004، ص: 76.

يكون الطفل مستكملا بكل التطعيمات عند أخذه كل هذه التلقيحات قبل بلوغه عام الأول.

الجدول رقم (25)
التوزيع النسبي للأطفال (12-23 شهر) الذين تلقوا التطعيم

البيان	النوع		مكان الإقامة		إجمالي (%)
	ذكور	إناث	حضر	ريف	
الدرن	99,2	99,9	99,9	99,1	99,5
السعال الديكي + الشلل الجرعة الأولى	97,9	98,6	99,4	96,9	98,3
السعال الديكي + الشلل الجرعة الثانية	96,6	98,2	98,8	95,7	97,4
السعال الديكي + الشلل الجرعة الثالثة	93,1	95,7	97,2	90,9	94,3
الحصبة	91,5	93,2	92,7	91,8	92,3
السعال الديكي + الشلل إعادة	24,9	32,0	30,1	26,2	28,4
التطعيم الكامل	90,0	91,2	92,2	88,8	90,6
عدد الأطفال	398	379	424	353	776

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة، التقرير الرئيسي، 2004، ص: 78

يتضح من الجدول أن ما نسبته **90,6%** من الأطفال من الفئة العمرية (12-23 شهر ا) استكملت التطعيمات ومن الملاحظ أنه لا يوجد فارق واضحا بين الذكور والإناث إذ تبلغ نسبة استكمال التطعيم حوالي**90%** لكل منهما وهي أكثر انتشارا في الحضر بالمقارنة مع الريف فتقدر بـ**92,2%** و**88,8%** على التوالي و قدر عدد الأطفال الذين يملكون الدفتر الصحي بحوالي **97 %** من الأطفال ذو السن (12-23 شهر ا) وترتفع هذه النسبة في الوسط الحضري بنسبة **99%** مقابل **96%** في

الوسط القروي [1] في حين أوضحت النتائج الأولية للمسح الجزائري للسكان سنة 2006، أن نسبة **83,3%** من أطفال العينة المدروسة تلقوا التطعيم أي ما يعادل 2994 طفل و **88 %** يملكون الدفتر الصحي. [2]

II-3-3-3-3- معدل وفيات الرضع: تعتبر وفيات الرضع أحد أهم المؤشرات التي تدل على درجة نمو بلد ما وذلك لكون هذه الظاهرة مرتبطة ارتباطا وثيقا بالحالة الصحية السائدة في المجتمع والإمكانيات الصحية المتاحة للسكان وكذا مستواهم المعيشي وعليه فكلما تحسنت هذه العوامل انخفض معدل وفيات الرضع والعكس صحيح كما يدل هذا المؤشر على مدى نجاح سياسات الصحة والسكان المتبعة من طرف السلطات العمومية.

الجدول رقم (26)

تطور معدل وفيات الرضعTMI حسب الجنس لكل1000 ولادة حية

البيان	1992	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2015
الذكور	50,8	40,2	38,4	38,9	36,1	/	32,2	32,4	28,3	/	/	/
الإناث	36,7	38,6	35,3	35,9	33,3	/	28,5	28,2	25,3	/	/	/
المجموع	43,7	39,4	36,9	37,5	34,7	32,5	30,4	30,4	26,9	26,2	25,5	15,6

Source : office national des statistiques

وفيات الرضع بصراحة عرفت انخفاض منذ الاستقلال بعدما كانت**142** حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 1970 تراجعت لتصبح **84,72 بالألف** ثم أصبحت **34,7‰** سنة 2002، و **30,4‰** سنة 2004 و **26,9‰** سنة 2006 و **26,2‰** سنة 2007 وهذا التراجع ناتج عن بنية الوفيات إذ أن نسبة الوفيات لا تشكل سوى **17%** من مجموع الوفيات سنة 2002 بعدما كانت **44 %** سنة 1970. كما أن هناك تفاوت في المعدلات بين الجنسين تراوح بين**14 نقاط** لصالح الإناث سنة 1992 (**50,8 ‰** للإناث و **36,7‰** للذكور) وأصبح **3 نقاط** سنة 2006 دائما لصالح الفتيات (**28,3‰** للذكور و**25,39 ‰** للإناث). وكما أوضحته بيانات المسح الجزائري للسكان لسنة 2002 أن هناك تباينات حسب وسط الإقامة حيث يكون هذا المعدل منخفض في الوسط الحضري ويكون مرتفع في الوسط القروي فيقدر ب **25,6‰** للإناث في الوسط الحضري بينما **32,3‰** في الوسط الريفي أما معدل وفيات الذكور يقدر ب **33,7‰** و **33,8‰** في الوسط الحضري والريفي على الترتيب.

[1] - **المسح الجزائري حول صحة الأسرة، التقرير الرئيسي**، جويلية، 2004، ص: 78.

[2]- **Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national a indicateur multiples**, MICS3 Algérie, Juillet, 2007, p : 42.

الجدول رقم (27)

تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من05 سنوات لكل ألف ولادة حية

البيان	1992	1995	1999	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2015
ذكور	94,8	66,40	46,70	44,80	39,5	37,44	37,50	32.92	-	-
إناث	42,5	60,90	44,80	41,30	38	33,41	32,95	29.81	-	-
المجموع	48,6	63,50	45,80	43	38,8	35,51	35,29	31.41	37	16.2

Source : office national des statistiques

يعد خفض وفيات الأطفال بمقدار **الثلثين** حسب أجندة الألفية وعالم جدير بالأطفال لا تزال أحد أهم الأهداف بعيدة المنال. فحسب التوقعات وانطلاقا من سنة1990 ستكون **21,6%** وهذا ما يعاكس الهدف المنشود والمقدر ب **15,6%** وعلى عكس ذلك وبالمقارنة مع الفترة الحديثة (2000-2004) يمكن تحقيق هدف خفض في الوفيات بنسبة **17,8%** أما وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر ستكون **27,7%** في حين الهدف المرجو هو **16,2%** [1] ورغم ذلك إلا أن معدل وفيات الأطفال في انخفاض مستمر منذ الاستقلال بعدما كان **170‰** غداة الاستقلال إلا أنه ارتفع مرة أخرى ليبلغ ذروته سنة1995 **63,50 ‰**.

وعليه الاستراتيجيات التنموية للعشرية لقطاع الصحة المتبعة منذ 2004 حققت تطور إيجابي في هذه المؤشرات مما يسمح بتحقيق هدف الألفية.

و من بين العوامل التي تؤدي إلى وفاة الأطفال والرضع على وجه الخصوص المستوى التعليمي للأم فمعدل وفيات الأطفال يتماشى بطريقة عكسية مع المستوى التعليمي للأم فكلما ارتفع هذا الأخير انخفض معدل وفيات الأطفال حيث قدر هذا المعدل ب**40 ‰** لدى الأمهات الأميات في حين نجد**12 ‰** بالنسبة للأم ذات المستوى الثانوي أو أكثر ،كما يتأثر أيضا بسن الأم فنجد نسبة الوفيات **30 ‰** في الفئة العمرية (20-34 سنة) للأم ويرتفع إلى أكثر من **40 ‰** إذ قل السن أوفاق هذا المجال.

و من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى وفاة الطفل هي كذلك مرتبة الولادة فيرتفع هذا المعدل كلما كانت مرتبة الولادة متأخرة حيث تصل إلى**27,6‰** إذا كانت في المرتبة **الثانية** أو **الثالثة** وترتفع إلى **38,2‰** إذا احتلت المرتبة الرابعة فأكثر مع العلم أن**أوّل** ولادة يكون فيها المعدل مرتفع أيضا.

كل هذه العوامل بدون ما أن نهمل الجانب البيئي الذي يلعب دور ا مهم ا ه والآخر في حماية حياة الأطفال وخاصة رفاهية المسكن فيصل المعدل إلى **40 ‰** وفاة في المنازل التقليدية و **21 ‰** في المنازل الفردية أو شقق، أما من حيث خصائص المسكن لاسيما المصدر الرئيسي للمياه الصالحة للشرب والربط بشبكة الصرف الصحي وطريقة التخلص من القمامة فيقدر المعدل ب **29,9 ‰** إذا كان مصدر المياه الصالحة للشرب من الشبكة العامة و **39,9 ‰** إذا كانت من مصدر آخر وتعتبر الفئة 1 شهر و 11 شهرا الأكثر تعرضا للوفاة فهي تبلغ **37,9%** و **39,6%** على التوالي ،أما

[1]- **Le rapport national sur O.M.D**, Algérie, Juillet, 2005, p : 50.

بالنسبة للربط بشبكة الصرف الصحي فإن المعدل يبلغ **42,2‰** في حالات عدم الربط بالشبكات و**29,4‰** إذا كان المسكن مرتبط كذلك التخلص من القمامة تمثل أحد العوامل التي تؤدي إلى تباينات في الوفيات فالمعدل يصل إلى **24,2 ‰** إذا كانت العملية تتم عن طريق جامع القمامات ويرتفع إلى **38,6‰** إذا كانت بطريقة أخرى وتعتبر الفئة أكثر تضررا وتأثرا هي الفئة العمرية بين1 شهر و 11 شهرا يمثل المعدل ب **28,5 %** و **44,3%** على التوالي من مجموع وفيات الأطفال.[1]

II-3-3-3-4- نقص الوزن عند الأطفال الأقل من 5 سنوات: إن الحالة التغذوية للطفل تعكس الوضعية الصحية للطفل وتعتبر الحالة التغذوية للأم مهمة لصحة الجنين وتحدد حجمه ووزنه عند الولادة. فولادات قبل **37** أسبوعا من تاريخ الحمل وتعثّر النمو داخل الرحم يعتبران من أكثر الأسباب المباشرة لنقص وزن الطفل عند الولادة بما يقل عن **2,5 كلغ** فالأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة يكونو ا أكثر عرضة للمرض والوفاة بسبب العدوى ويعتبر مقياس الوزن بالنسبة للعمر مؤشرا مركبا يعكس كلا من الحالة التغذوية السابقة والحالية.

[1]- **Enquête Algérienne sur la santé de la famille**, rapport principal, Juillet, 2004, p : 40-43

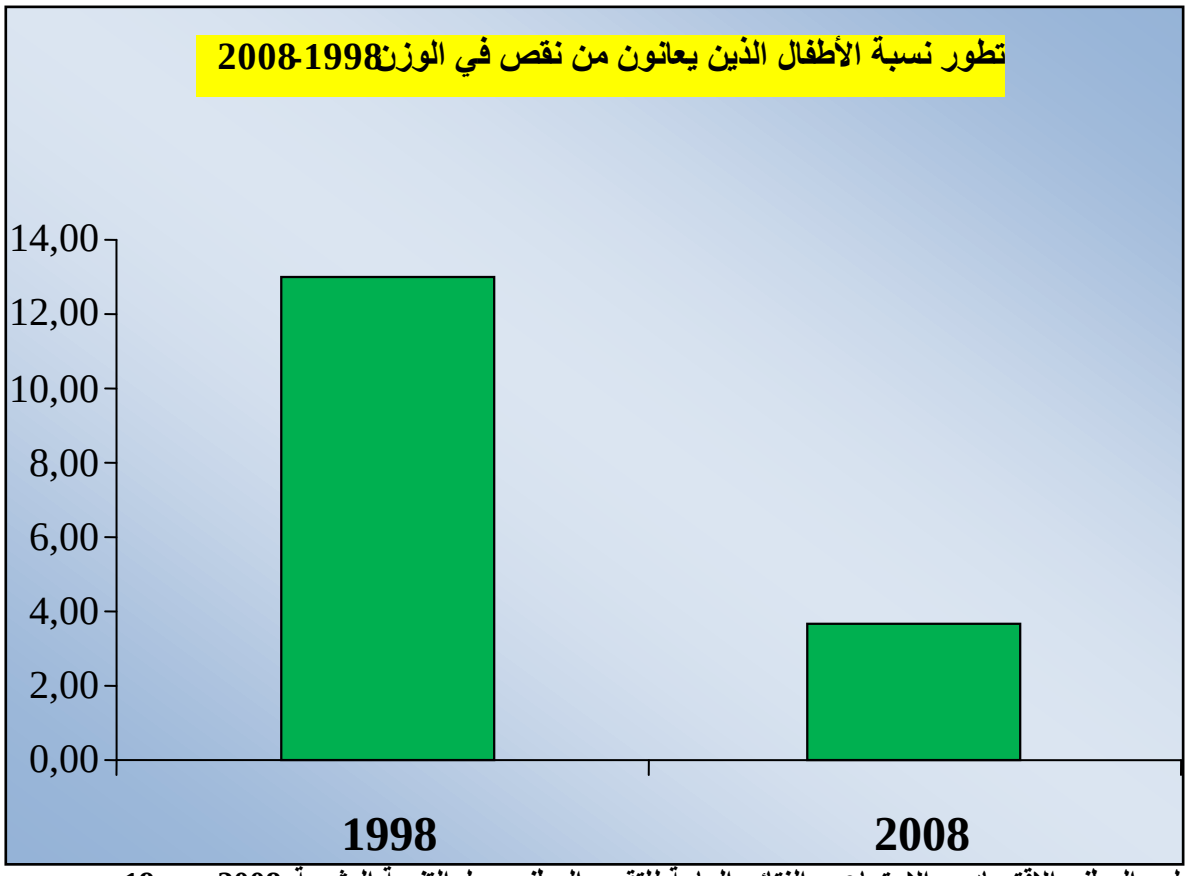
الجدول رقم (28)

نقص الوزن عند الأطفال أقل من خمس سنوات لسنة2006

		نقص الوزن الوزن/ العمر		التأخر في النمو الطول / العمر		تأخر النمو ، نقص الوزن الوزن / الطول		زيادة الوزن الوزن/الطول	عدد الأطفال
		-2 إ.م	-3 إ.م	-2 إ.م	-3 إ.م	-2 إ.م	-3 إ.م	+2 إ.م	
الجنس	الذكور	3,8	0,6	11,6	3,2	2,9	0,7	8,5	6785
	الإناث	3,6	0,6	11,0	2,7	2,9	0,6	10,1	6573
المنطقة	الوسط	2,7	0,5	9,4	2,4	1,9	0,4	8,9	4557
	الشرق	3,2	0,7	10,7	2,5	2,4	0,4	9,3	4036
	الغرب	3,6	0,5	11,8	3,2	4,0	0,9	10,8	3030
	الجنوب	7,8	1,1	16,8	5,1	4,9	1,2	7,9	1735
الإقليم	حضري	3,1	0,5	10,4	2,7	3,0	0,6	10,5	7137
	ريفي	4,4	0,7	12,4	3,3	2,8	0,7	7,9	6222
العمر	- 6 أشهر	1,4	1,0	7,9	1,6	4,1	0,6	15,8	1174
	6- 11شهر	2,9	0,7	9,3	1,8	3,6	0,9	12,6	1502
	12- 23شهر	4,4	0,9	15,4	4,2	3,0	0,9	14,9	2760
	24- 35شهر	4,2	0,8	10,4	3,2	3,4	0,4	6,3	2791
	36- 47شهر	3,7	0,5	11,1	3,2	1,9	0,6	5,5	2602
	48- 59شهر	4,0	0,4	10,9	2,3	2,4	0,5	5,5	2529
المستوى التعليمي للأم	بدون	5,0	0,9	15,7	4,7	2,7	0,7	7,3	4053
	إبتدائي	4,2	0,8	10,7	2,7	3,1	0,7	9,1	2553
	متوسط	3,3	0,4	9,8	2,1	3,0	0,6	10,0	3266
	ثانوي	2,5	0,4	8,8	2,1	2,9	0,5	10,3	3793
	عالي	1,3	0,2	5,0	1,2	4,0	0,5	14,0	692
المجموع		3,7	0,6	11,3	3,0	2,9	0,6	9,3	13358

Source : Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national a indicateurs multiples, MICS3 Algérie Juillet, 2007, p : 38

إ.م : الانحراف المعياري



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية، 2008، ص:19.

لقد عرف الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن انخفاضا مقارنة مع السنوات السابقة وخاصة في السنوات الأخيرة حيث كان معدل الأطفال الذين يعانون نقص الوزن الحاد **1,5%** سنة 1992 ثم انخفض إلى **2,5%** سنة 2002. أما الذين يعانون من نقص في الوزن المعتدل بلغت نسبهم بـ**7,7%** سنة 1992 و **7,9%** سنة 2002 وحسب معطيات المسح الجزائري للسكان لسنة 2006 أن هناك **3,7 %** من الأطفال يعانون من نقص الوزن من بينهم **0,6%** يعانون من النقص الحاد في حين بلغ الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو **11.3%** و **03%** منهم يعانون تأخر حاد والذين يعانون من النحافة قدرت نسبتهم ب **2,9%** من إجمالي الأطفال الذين يقل عمرهم عن 5 سنوات. وتختلف هذه النسب حسب التوزيع السكني فتكون مرتفعة في الوسط القروي وتنخفض في الوسط الحضري حيث بلغت **12,4%** في الوسط الريفي و **9,3 %** في الوسط الحضري وهذا على عكس المسح الجزائري للسكان لسنة 2002 الذي أظهر العكس فبلغت النسبة **10,3%** في الوسط الريفي مقابل **10,6%** في الوسط الحضري وبهذا يكون المعدل قد انخفض ب **9,3 نقاط** مقارنة بسنة 1995 التي شهدت **13 %**.و بهذا تكون قد تراجعت نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن بـ¾ بين سنة 1998 و سنة 2008، حيث انتقلت من**13%** إلى **4%**. وفي الوقت ذاته، بلغت نسبة الأطفال المصابين بزيادة في الوزن حوالي **10%** سنة 2008 ، مما يعكس تغيرا ملحوظا في نظام التغذية واختلالا في حصة

التغذية. ومن شأن ذلك أن يجعل الجزائر تضاهي البلدان الأكثر تقدما في هذا المجال، وتعتبر المراقبة الدقيقة للأطفال الذين يعانون من نقص عند الولادة في الشهور الأولى مهمة لاتخاذ ما يلزم من إجراءات علاجية، ومن الأسباب المحتملة لذلك الافتقار للوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية نظرا لعدم وجود ما يكفي من التوجيه من قبل الأخصائيين في مجال الصحة، وقلة التوعية الجماهيرية.

II-3-3-3-5- رعاية الأمومة: إن الاستشارة الطبية والعناية الصحية للمرأة أثناء وبعد الحمل، من أهم العوامل التي تساعد على تحسين صحة الأمومة والطفولة ويمارس طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها في الهياكل التالية:[1]

- ❖ الهياكل الصحية القاعدية العمومية والخاصة.
- ❖ عيادات الولادة العمومية والخاصة.
- ❖ مصالح أمراض النساء والتوليد.
- ❖ مصالح طب المواليد حديثي الولادة.

وتشير غالبية الدراسات أن السيدات الأصغر سنا والسيدات اللواتي يضعن مولودهن الأول والسيدات المقيمات في الحضر والسيدات الأكثر تعليما أكثر إقبالا على متابعة الحمل،و تعتبر المتابعة الطبية أحسن طريقة للوقاية من وفيات الأمهات والأمهات الحوامل والأطفال حيث بلغت **89,4%** من النساء اللواتي قمن بمتابعات طبية من قبل أشخاص مختصين في مقابل **9,7 %** لم يقمن بأي متابعة طبية قبل الولادة إلا أن أغلب المتابعات كانت من قبل أطبا**76,4%** بعدما كانت **19,3 %** من النساء لا يقمن بأية استشارة و **61.6 %**من طرف الطبيب سنة 2002 بينما كانت **39,3%**من النساء تتابع في المؤسسات العمومية و **57,7 %** في المراكز الاستشفائية الخاصة سنة 1997 ويعود ذلك إلى عدة عوامل كالمستوى التعليمي للمرأة والتوزيع السكني فكلما كان المستوى التعليمي مرتفع ا كلما تبعته المتابعة الطبية والعكس صحيح ونفس الشيء بالنسبة للوسط السكني فهي ترتفع في الوسط الحضري وتنخفض في الوسط الريفي. وهذا حسب ما يوضحه الجدول التالي:

[1] - المادة 03 من **المرسوم التنفيذي 05-436 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة و ما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة وممارسة ذلك**.

الجدول رقم (29)

المتابعة الطبية للنساء الحوامل لسنة2006

		الأشخاص المستشارين				الأشخاص المؤهلين	عدد النساء
		طبيب	قابلة ممرضة	آخرون*	المجموع		
المناطق	الوسط	26,7	6,3	2,4	64,2	33,0	1861
	الشرق	23,9	6,4	0,9	68,7	30,4	1713
	الغرب	24,6	6,7	0,9	67,8	31,2	1273
	الجنوب	10,9	13,1	0,7	75,3	24,0	714
الإقليم	حضري	27,5	9,0	1,3	61,9	36,5	2953
	ريفي	18,5	5,4	1,4	74,5	23,9	2608
العمر	19 -15	25,4	10,6	8,7	55,3	36,0	30
	24 -20	25,6	9,2	1,2	64,0	34,8	689
	29 -25	25,0	8,1	1,2	65,5	33,2	1552
	34 -30	24,1	8,5	0,8	66,4	32,5	1531
	39 -35	20,4	5,1	1,3	73,2	25,5	1176
	44 -40	19,9	3,7	3,1	72,7	23,7	537
	49 -45	20,3	7,9	5,6	66,2	28,2	47
المستوى التعليمي	بدون	14,9	3,6	1,9	79,2	18,5	1542
	إبتدائي	20,1	7,2	1,6	71,1	27,3	1057
	متوسط	23,2	8,3	1,4	66,9	31,5	1406
	ثانوي	31,7	10,8	0,5	57,0	42,5	1230
	عالي	42,5	7,5	1,7	48,3	50,0	326
المجموع		23,3	7,3	1,4	67,8	30,6	5561

Source : Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national a indicateurs multiples, MICS3 Algérie Juillet, 2007p : 63.

***- بالإضافة إلى النساء غير المصرحين**

II-3-3-3-6- وفيات الأمهات: وفيات الأمهات والوفاة قبل الولادة يعتبر خطر يهدد الصحة العمومية بالجزائر فمنذ الجهود المبذولة مع بداية السبعينات في مجال حماية الصحة الإنجابية والطفولة إلا أنه يمكن القول أن معدل وفيات الأمهات لا يزال مرتفع قليلا رغم تحقيقه تحسنات ملموسة وهذا حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (30)

تطور وفيات الأمهات لكل100.000 ولادة حية

السنوات	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007
المعدل	75,5	61,7	53,3	53,4	117,4	45,0	47,3	38,2	99,5	96,8	92,6	87

Source :

- **Rapport national sur O.M.D, Algérie, Juillet 2005, p : 55.**
- **Rapport national sur le développement humain de CNES;Juillet 2008; p : 94.**

وفيات الأمهات في تراجع بالمقارنة بين السنوات حيث كانت **210** في كل 100.000 ولادة حية سنة 1992 ثم أصبحت **117** لكل 100.000 ولادة حية حسب إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية و **96** سنة 2005 و **92,6** سنة 2006 و **87** سنة 2007 وهذا التراجع كله نتيجة للمتابعات الطبية السابقة الذكر التي تقوم بها الأمهات فحسب ما ورد عن المركز العالمي للطفولة أن الاستشارات قبل الولادة تقوم بتخفيض **50 %** من احتمال وفيات الأمهات.

بالإضافة إلى مكان الولادة حيث معظم الولادات أصبحت تتم في المراكز الاستشفائية وهذا على عكس السابق فبلغت نسبتهم **40 %** سنة 1980 وارتفعت إلى **76 %** سنة 1992 (**90 %** في ولاية الجزائر **68 %** في المناطق القروية)، وفي بعض الأحيان في المنازل بنسبة **24%** وأغلبية الولادات كانت على يد قابلة **Sage-femme** بنسبة **69%** و **6,7 %** بواسطة طبيب وأغلبها كان في القطاعات الصحية العمومية بنسبة **71 %** مقابل **5 %** في المصالح الخاصة [1] وكما أوضح المسح الجزائري للسكان لسنة 2002 أن ما نسبته **80 %** تمت في المستشفى أو في مراكز الأمومة، **6 %** في المراكز الصحية، **4%** في المصحات الخاصة في حين بلغت نسبة الولادات التقليدية "المنزلية" ب **09 %** و **1%** غير مبينة أما حاليا وحسب ما أفادنا به المسح الأخير لصحة الأم والطفل لسنة 2006 أن **95,3 %** تتم في المؤسسات الاستشفائية منها **95,2 %** على يد أشخاص مؤهلين موزعة بنسبة **78,1 %** على يد قابلة ممرضة **Sage-femme infirmière** ، ويأتي في المرتبة الثانية الأطباء ب **17,2 %** في حين بلغت الولادات التقليدية **2,4 %** و **1,2 %** من الحالات غير مبين طبيعتها وتكثر الولادات داخل المستشفيات في الأوساط الحضرية فهي تصل إلى **98,1 %** و **92 %** في الوسط الريفي.

أما خدمات بعد الولادة، قامت بها **30,6 %** من النساء، من بينها **36,5%** في الوسط الحضري و **23,9%** في الوسط القروي وقامت بهذه الزيارات الطبية **18 %** من النساء اللواتي ليس لهن مستوى دراسي و **50 %** لذوات المستوى الجامعي بعدما كانت سنة 2002 **30 %** من السيدات قمن بالمتابعة بعد الوضع وتفاوتت هذه النسبة حسب وسط الإقامة إذ نجدها **34 %** في الحضر مقابل **26%** في الريف وبنسبة **22%** عند الأميات و **56%** من السيدات الحاصلات على المستوى الثانوي فأكثر ولكن في العلم أن نسبة وفيات الأمهات لا تزال مرتفعة في ولايات الجنوب وهذا بحكم الطابع المناخي القاسي بالمنطقة من جهة وقلة المواصلات من جهة أخرى وبعد المراكز الصحية وهذا ما يعد عائقا على الأم للقيام بالمتابعات الطبية البعدية أو القبلية فحوالي **43,4 %** من حالات الزيارات قبل الولادة تكون سيرا على القدم و **40 %** بواسطة الحافة أو سيارات الأجرة، **16,5 %** بواسطة

[1]- Projet de rapport, **la santé de la mère et de l'enfant**, CNES, IXème session plénière, Juillet 1997, p : 31.

السيارات الخاصة حسب إحصائيات المجلس الاقتصادي والاجتماعي لسنة 1997 حول صحة الأم والطفل.

الجدول رقم (31)

تطور القابلات بين 2004 و2006

المراكز الطبية السنوات	2004	2006	معدل النمو
القطاعات الصحية	6142	6501	5,8
المستشفيات الجمعية	521	561	7,6
المستشفيات الخاصة	104	110	5,7
المجموع	6767	7172	5,9

Source : Rapport national sur le développement humain « RNDH » de CNES ; réalisé en coopération avec PNUD ; Algérie 2007 ;juillet 2008 ;p : 59.

إن توزيع القابلات حسب المناطق يتراوح بين1200 و 1400 ماعدا منطقة الجنوب رقم 06 التي تحتل أكبر قيمة ب 2500 وهذا ما يدل على توسيع نطاق العلاجات الوقائية حيث بلغت **88 %** نسبة الأطفال الملقّحين أقل من سنتين، في حين بلغ معدل النساء لكل قابلة ب 1334 امرأة على المستوى الوطني و 2510 امرأة لكل قابلة في ولايات الجنوب.

II-3-3-3-7- مكافحة أمراض الأطفال المنقولة عن طريق المياه: إن صغار الأطفال الأكثر تعرضا من أية فئة عمرية أخرى للتأثيرات المرضية الناجمة عن تناول مياه الشرب غير المأمونة، وتناول كميات غير كافية من المياه، وضعف مستوى المرافق الصحية ونقص سبل النظافة الشخصية، فالمياه والصرف الصحي عنصران حيويان في حد ذاتهما إلا أنهما متطلبان أساسيان مهما ن لخفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال ولمكافحة الأمراض ومهمان أيضا لخفض مستوى نقص التغذية لدى الأطفال، وتحقيق هدف تعميم التعليم وبالأخص للفتيات، و من المحتمل أن يبقين على مقاعد الدراسة لفترة أطول عندما يقللن من الفترات الزمنية التي يقضينها في جلب المياه فيقدر عدد الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يموتون سنويا بسبب الإسهال نتيجة استخدامهم مياه الشرب غير المأمونة وافتقار لمرافق الصرف الصحي أكثر من **1,5 مليون** طفل وهناك **125 مليون** طفل دون السنة الخامسة يعيشون في أسر لا تتوافر لها إمكانية الوصول إلى المصادر المحسنة للمياه وأكثر من **280 مليون** طفل دون الخامسة يقيمون في أسر لا تملك فرصة الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة وكل هذه العوائق تعد انتهاكات لحقوق الطفل وقد أكدت خطة تنفيذ مؤتمر القمة العالمي للتنمية المستديمة عام 2002 على ضرورة توفير مرافق الصرف الصحي في المدارس كإحدى أولويات العمل، في حين كررت الدورة 13 للجنة الأمم المتحدة للتنمية المستديمة هذا المرفق سنة 2005 وأكدت على الحاجة إلى التثقيف بالنظافة الشخصية في المدارس ويعتبر تأمين خدمات المياه والصرف

الصحي في المدارس أمرا ضروريا لتحسين مستويات الالتحاق بالمدارس إضافة إلى تحسين مستويات تعليم الفتيات وبقائهن في مقاعد الدراسة[1] .

ونتيجة لذلك تحتل أمراض الملاريا، الكوليرا، الإسهال...كثرة الانتشار لافتقار المياه المحسنة والربط المحسن لقنوات الصرف الصحي حيث يؤدي الإسهال بوفاة حوالي**1,8 مليون** شخص كل عام ويعتبر الأطفال الفئة الأكثر تضررا، حيث تحتل نسبة **88 %** من مجموع الوفيات وبمعدل 5000 طفل يموتون كل يوم بالإضافة إلى ذلك يعاني مئات الملايين من الأطفال في انخفاض معدل النمو البدني وإعاقة وظائفهم الإدراكية بسبب الديدان المعوية، لذلك ومع الاعتراف بأثر الصرف الصحي على أهداف الألفية الإنمائية،أعلنت الجمعية العامة عام 2008 سنة دولية للصرف الصحي في أعقاب تقديم اقتراح من48 بلدا بناء على توصية المجلس الاستشاري للأمم المتحدة المعني بالمياه والمرافق الصحية. أما في الجزائر وحسب معطيات المعهد الوطني للصحة العمومية أن مرض الملاريا يصيب الأطفال بكثرة عند بلوغ سن 15 سنة فما فوق بنسبة **92,1 %** ويعتبر الذكور أكثر تعرضا للإصابة من الفتيات فهي تساوي **84,9 %** للذكور و **15,4 %** للإناث وتؤدي إلى التأثير على المستوى التعليمي للطفل بنسبة **60 %** وتعتبر ولاية تامنغاست من أكثر الولايات تعرضا لخطر الملاريا حيث بلغت **307** حالة إصابة سنة 2003 و هو ما يشكل نسبة **71 %** ويعود سبب انتشارها في المناطق الجنوبية لكثرة هجرة المهاجرين الأفارقة، وملائمة الظروف الطبيعية لنمو الحشرة الناقلة للمرض وظروف العدوى من تلوث وكثرة المستنقعات والمياه الراكدة في حين بلغ عدد الإصابة بداء الإسهال لدى الأطفال في الجزائر 16445 حالة للأطفال الأقل من 5 سنوات.[2]

الجدول رقم (32)

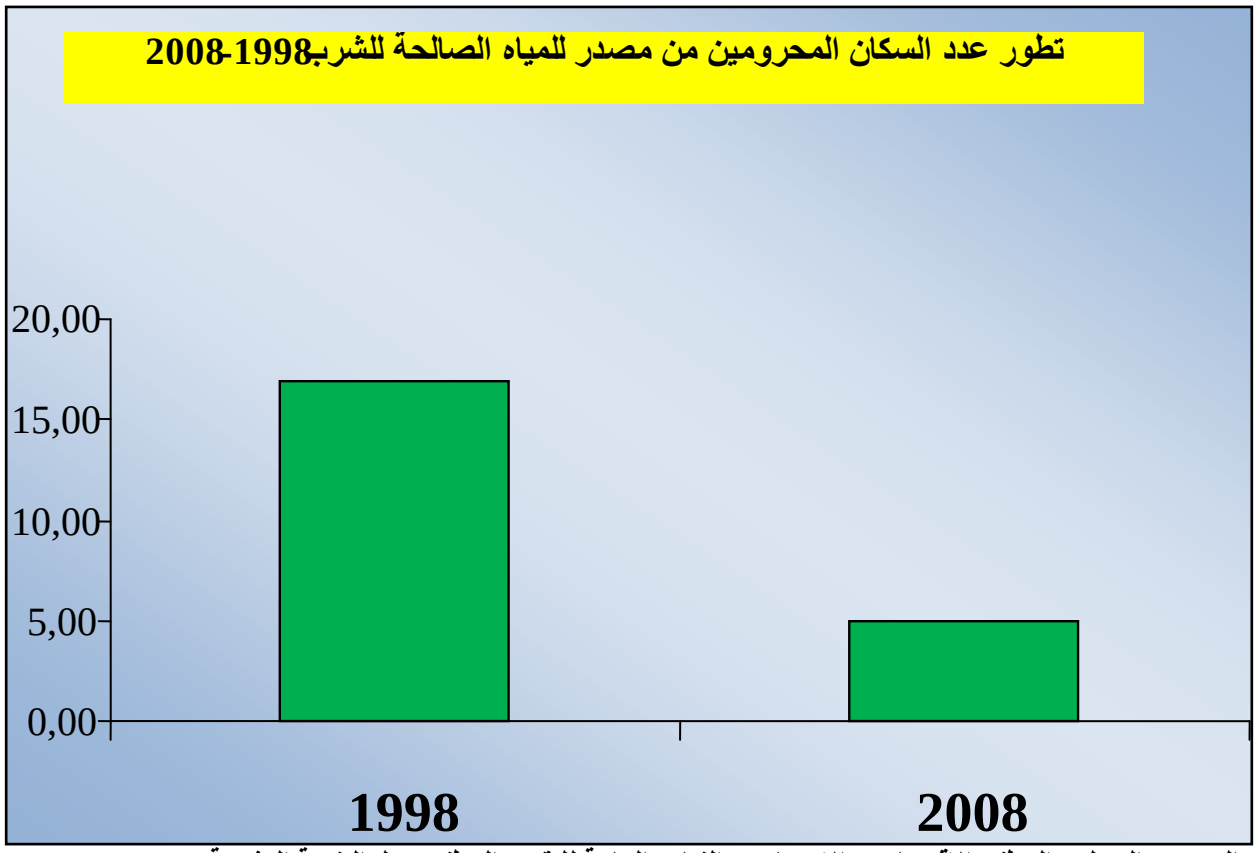
نسبة السكان المستفيدين من المياه حسب المصدر في سنة2006

	المصادر المحسنة								المصادر غير المحسنة				مصادر المياه المحسنة للشرب
	ماء الحنفية في المنزل	في فناء	حنفية عامة	بئر بمضخة	بئر محمي	ماء المطر	ماء في زجاجة	مصدر محمي	بئر غير محمي	مصدر غير محمي	صهريج الشاحنة	أخرى	
حضري	56,3	17,9	11,3	3,4	4,85	0,05	1	3,75	1,15	1,4	11,65	0,8	84,75
ريفي	71,8	7,7	2,4	0,7	1,9	0,0	1,7	1,9	0,1	0,6	10,4	0,7	87,9
المجموع	40,8	12,2	8,9	6,1	7,8	0,1	0,3	5,6	2,2	2,2	12,9	0,9	81,6

Source : Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national a indicateurs multiples, MICS3 Algérie Juillet, 2007, p: 29

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **تقرير دوري عن المياه والصرف الصحي** ، 2006، ص: 3-10.

[2] - مجلة جزائرية تربوية تعليمية، **رسالتنا** ،العدد الأول، أوت، بدون سنة النشر، ص: 40-43.



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية 2008، ص:18.

يعد ربط السكنات بالمياه المأمونة والمرافق الصحية واحد من أهداف الألفية للتنمية المستديمة فأظهرت نتائج المسح أن ما نسبته **71,7 %** من الأسر يستعملون مياه الشبكة العامة للشرب وتتفاوت هذه النسبة حسب وسط الإقامة لتبلغ **83,9 %** في الحضر و **53,4 %** في الريف بينما صرحت **8,6 %** من الأسر القاطنة في الحضر و **59,3 %** في الأرياف تزودن بالماء الشروب من الحنفيات العامة إلا أن هذه النسب شهدت ارتفاعا خلال أقل من10 سنوات و كما ورد في التحقيق الأولي لصحة السر لسنة 2006 تتبين أن نسبة **85,1%** من السكان يحصلون على المياه من مصادر محسنة منها **87,9%** في الأوساط الحضرية و**81,7%** في الأوساط القروية كما أن هناك تفاوت حسب المناطق فهو أقل أهمية في مناطق الجنوب إذ بلغت نسبة التزود بالمنطقة **73 %** فقط أما المناطق الوسطى فهي شبه مزودة كليا بنسبة **93,7 %** [1] وكل هذه التحسنات راجعة إلى البرامج الوطنية والسياسات العمومية لتجنب فقدان المياه الصالحة للشرب حيث قامت الدولة بتبني برنامج تحلية مياه البحر لتبلغ

[1]- **Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national et indicateurs multiples**, MICS3 Algérie Juillet, 2007 : 29.

13 محطة وتعتبر محطة وهران الأكثر أهمية 500.000 م3 في اليوم، وبعد ذلك ارتفع عدد السكان الموصولين بشبكة مياه الشرب **"AEP"** نسبة **93 %** .[1]

وفي هذا المجال بذلت السلطات جهودا لمكافحة شبح ندرة المياه. وتتلخص مجمل نشاطات القطاع في مخطط توجيهي للمنشآت (الذي صادق عليه مجلس الوزارء في فيفري سنة 2007) من خلال صيغة تسيير وحكم راشد مدرجين ضمن المخطط الوطني لتهيئة الإقليم .

في ميدان تعبئة وتوزيع المياه الصالحة للشرب، سمحت الجهود المبذولة خلال العقد الحالي من تسجيل تحسنات معتبرة. تم استغلال **15 سدا** في غضون السنوات الخمس الأخيرة، بما فيها سدود بني هارون وتاكسبت في سنة 2007. وسوف يرتفع عدد السدود المستغلة على المستوى الوطني ليبلغ **61 سدا** نهاية سنة 2008.

فانعكس الاهتمام والأولوية المعطاة من قبل السلطات العمومية لهذا القطاع لضمان الوسائل التنظيمية والمالية من أجل تنميته بالتخصيص له ما يقرب **18 مليار دولار**. ونحصي كذلك قرابة **1500** مشروع قيد الإنجاز في إطار خطة العمل 2005-2009. ويسمح عدد السدود المنجزة التي تبلغ **60 سدا**، سعة تخزين قدرها **5,8 مليار متر مكعب**.

الجدول رقم (33)

نسبة الربط بقنوات الصرف الصحي لسنة2006

	صرف صحي غير محسن			صرف محسن			نسبة السكان المربوطين بالقنوات المحسنة
	بدون تصريح	أخرى	لا يوجد مرحاض	حفرة مغطاة	متصل بحفرة امتصاص	متصل بشبكة صرف صحي	
حضري	1.5	0.3	0.6	0.4	5.3	91.9	97.6
ريفي	1.2	2.0	10.4	4.4	32.3	49.8	82.5
المجموع	1.35	1.15	5.5	2.4	18.8	70.85	92.05

Source : Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national et indicateurs multiples, MICS3 Algérie Juillet, 2007 p: 30.

لقد انتقلت نسبة الربط بالمرافق الصحية بنسب مهمة فكانت سنة 2002 **78,8%** لديهم دورة المياه خارج المساكن و **14,2%** داخل المساكن في حين **6,8 %** من السكان بدون دورة المياه أ ما الوقت الحالي، فبلغت نسبتهم الإجمالية **92,7 %** وهناك تفاوت بين أوساط الإقامة فهي تقدر ب **97,6 %** في الوسط الحضري و **86,5 %** في الأرياف. أما من حيث المناطق فهي متوازية إذ تتراوح بين **90 % - 95%**.

[1]- Nation Unies, conseil économique social et culturel, **Réponses du Gouvernement de l'Algérie à la liste des points à traiter (E/C.12/DZA/Q/4) ;** janvier 2010, P : 34.

III- حماية الأطفال الأشد احتياجا:

إن أحد أهم الأدوار المهمة التي يمكن للأمم أن تضطلع بها هي نظرة الضعفاء و المهمشين و تشمل المسؤولية الأكبر في أن تكفل تحقيق رفاه هؤلاء الأطفال و هذا باستخدام كل الموارد و الخبرات الكفيلة بذلك.

و عليه فقد أكد مؤتمر القمة العالمي للطفولة في عام **30-09-1990** بنيويورك أن ملايين الأطفال يعيشون في أوضاع صعبة للغاية، منهم اليتامى، أطفال الشوارع المحرومين من الأسرة، المعوقون الذي يتوجب على الدول أن تبذل قصارى جهدها لكي يتمتع هؤلاء الضعفاء بحقوقهم مثل بقية الأطفال وبدون أي تمييز.

III-1- الأطفال تحت كفالة الدولة "الطفولة المسعفة": هناك بعض الأطفال يحرمون من الرعاية الأسرية في وقت مبكر و هذا لأسباب قد ترجع إلى فقدان الوالدين أو أحدهما أو ولادته م بطريقة غير شرعية و حماية هؤلاء الأطفال من الضياع أو التشتت لابد على الدولة أن تبدل كل جهدها في وضع إستراتيجيات لضمان التكفل بهؤلاء الأطفال المتروكين و مساعدتهم و إدماجهم في الحياة الاجتماعية.

و الجزائر كذلك بذلت مجهودات كبيرة منذ الاستقلال لحماية الأطفال الذين لا كفيل لهم و من بين البرامج المطبقة في هذا المجال هو ضمان الرعاية الشاملة للأم الحامل و تمكينها من الإقامة داخل المستشفى خلال مدة **06 أشهر، 03 أشهر** قبل الوضع و **03 أشهر** بعده ضمانا لسلامتها و سلامة مولودها، ثم بعدها للأم الاختيار في التخلي أو الاحتفاظ بالطفل، فإذا تخلت الأم عن الطفل ويكون ذلك عن طريق محضر التخلي الذي بموجبه تنتقل الرعاية إلى الدولة [1]، إذا فالدولة تعتبر راعيا لمن لا راعي له بالنسبة للأطفال المتخلى عنهم نهائيا من قبل ذويهم أو لغياب الأبوين مؤقتا، أو بربائب الدولة.[2]

إذ تم إنشاء مراكز خاصة في مناطق من الوطن للتكفل بهؤلاء الأطفال تحت وصاية وزارة التضامن الوطني و تتمثل في ديار حضانة الأطفال **"Pouponnières"** هذا النوع من المؤسسات يأوي الأطفال الذين يتراوح سنهم من **0-06 سنوات** أما مراكز رعاية الطفولة المسعفة فهي تأوي الأطفال من **06 سنوات إلى 19 سنة** و تقوم هذه المؤسسات بتوفير الإقامة و الطعام و الرعاية الصحية و الاجتماعية للأطفال، و في هذا الصدد أصبحت الجمعيات الخيرية هي الأخرى تبذل جهدا كبيرا و مد يد العون و المساعدة لهذه الشريحة في المجتمع، بغية إشباع احتياجات هؤلاء الأطفال و إعادة

---

[1]- **مديرية النشاط الاجتماعي لولاية تلمسان**.

[2]- بن عصمان نسرين إيناس ، **مصلحة الطفل في قانون الأسرة الجزائري** ،رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية جامعة تلمسان ، 2008/ 2009. ، ص: 271.

تكييفهم و تنمية شخصياتهم عن طريق البرامج المخصصة على يدي مختصين، من أجل إدماج هذه الفئة في المجتمع و حسب تقديرات وزارة التضامن الوطني أن هناك حوالي **3000 طفل** سنويا يعيشون خارج العائلة.

و يمكن كذلك أن تنقل الرعاية إلى عائلات أخرى عن طريق الكفالة

وقد عرضت وزيرة الأسرة و قضايا المرأة مخطط العمل الوطني لحماية الطفولة و قالت أنه يأتي برؤية شاملة و منهجية كفيلة لحماية و تحسين حقوق الطفولة في كل المجالات و كانت الحكومة الجزائرية قد صادقت على ذات المخطط شهر فيفري 2008، و حسب الوزيرة فقد تم إعداده باشتراك كل القطاعات الوزارية و مؤسسات المجتمع المدني و الخبراء موضحة على أنه يحتوي على أولويات أساسية تتمل في العمل على تجسيد مبدأ تكافؤ الفرص بين كل الأطفال و خاصة من الذين يعانون ظروفا صعبة كالطفولة المسعفة أو ذوي العاهات.

الجدول رقم (34)

عدد الأطفال الموجودين في ديار الحضانة

نوع المؤسسة	عدد المؤسسات	قدرة الإستعاب	عدد الأطفال		
			2002	2003	2004
ديار حضانة الطفولة المسعفة FEA	32	2548	1245	1700	1700
ديار إستقبال الأطفال الأيتام FAO	4	290	244	230	132
المجموع	36	2838	1489	1930	1832

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p : 12

الجدول رقم (35)

الأطفال الموضوعين في عائلات الإستقبال عن طريق الكفالة

السنوات	العائلات المستقبلة		المجموع
	الكفالة الوطنية	الكفالة الأجنبية	
2002	1987	188	2175
2003	1644	303	1947
2004	1030	245	1275

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p : 13

III-2- الأطفال المعوقين: أدرج مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل الأطفال المعوقين في فئات الأطفال الذين يعيشون ظروفا صعبة بصفة خاصة و الذين يحتاجون إلى مساعدة و حماية بشكل خاص فحسب ما نصت عليه اتفاقية حقوق الطفل يجب أن يتمتع الطفل المعوق بحياةكاملة و في ظروف تضمن له كرامته و تيسر له مشاركته الفعلية في المجتمع **و** لابد أن ينعم الطفل المعوق برعاية خاصة[1]، ففي معظم الدول يشكل الأطفال الذين يعانون من إعاقة بدنية أو ذهنية واحدة أو أكثر الشريحة الأكبر من الأطفال الأقل حظا و الأكثر إقصاء ا، و عليه بذلت جهود كبيرة خلال العقد لمنع حالات الإعاقة بما في ذلك الحماية الدولية للقضاء على شلل الأطفال و الجهود الخاصة بزيادة استهلاك ملح اليود غير أنه من الواضح أن الأطفال المعوقون لا يزالون يعانون التمييز و التهميش إزاء إعاقتهم و أغلبيتهم الساحقة لا تلتحق بالمدارس و هناك من **ستة إلى ثمانية مليون طفل** معوق يعيشون في مأوى في جميع أنحاء العالم و زيادة على ذلك يتعرض بنسبة **03** إلى **04 مرات** أكثر من غيرهم من الأطفال إلى التجاهل و الاعتداءات البدنية و تقع معظمهم في العالم النامي و أغلبهم يعيشون في أحوال فقيرة و في مناطق ريفية.

و لقد جرى على الصعيد الدولي إحراز تقدم كبير في الاعتراف بحقوق الطفل المعوق و تم وضع معايير مفصلة نتيجة اعتماد الجمعية العامة في عام 1993 للقواعد المعيارية المعنية بتكافؤ الفرص للمعوقين و شكل المؤتمر العالمي لعام 1994 بشأن تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة خطوة هامة في تشجيع الإستراتيجيات الشاملة بغية ضمان تعليم الأطفال المعوقين.

و من بين البرامج كذلك الدولية لمحاربة الإعاقة هو مشاركة برنامج الأمم المتحدة و وكالاتها في القضاء على الأخطار التي تشكلها الألغام الأرضية[2].

III-2-1- التعليم المتخصص: يعتبر مبدأ التعليم المتخصص للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هو إلحاق الطفل غير العادي بقدر المستطاع بالمدارس العادية حتى لا تختلف طريقة تعليمه و برامج دراسته عما يلقى في البرامج العادية إلا في حدود ظروفه الخاصة، و لذلك تتجه طرق التعليم الخاصة بهم و العلاج الذي يقدم إليهم على نفس الأسلوب الذي يطبق في المدارس العامة.

و تتحمل الحكومة الجزائرية مسؤولية محورية في جميع القضايا المرتبطة بالأطفال الذين يعانون من إعاقات و تلعب كل من التربية و التعليم، وزارة التضامن الوطني جميعا أدوارا رئيسية، حيث قامت بإنشاء مدارس للتعلم المتخصص للأطفال المعوقين سمعيا و ذهنيا، و كذلك مدارس صغار الصم البكم و مؤسسات التعليم المتخصص هي مؤسسات تابعة لوزارة التضامن أما البرامج التعليمية يص ادق عليها رسميا من طرف وزارة التربية الوطنية.

---

[1]- المادة 23 من **اتفاقية حقوق الطفل**.

[2]- تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، **الاحتفال باليوم الدولي للقضاء على الفقر**، المرجع السابق، ص: 141-142.

و يشرف على تعليم هؤلاء الأطفال أخصائيين في مجال التعليم و التربية متخرجين من مراكز وطنية مختصة في تكوين الموظفين الاختصاصيين و تنظيم تدريبات لتحسين مستوى المؤطرين التقنيين و الإداريين التابعين للمؤسسات المعنية الموضوعة تحت وصاية الوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية.

الجدول رقم (36)

الأطفال الموضوعين في المراكز المتخصصة

نوع المؤسسة	عدد المؤسسات	قدرة الإستعاب	عدد الأطفال		
			2002	2003	2004
مدارس المكفوفين	17	2350	1254	1340	1491
مدارس الصم	33	4660	3382	3690	3300
مراكز ضيق التنفس	6	1240	400	320	196
مراكز المعوقين ذهنيا	75	6840	5010	4530	5674
مراكز المعوقين حركيا	3	310	225	260	225
المجموع	134	15400	10271	10140	10886

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p : 13

الجدول رقم (37)

الأطفال المعوقين المدمجين في المدارس العادية

البيان	السنوات		
	2002	2003	2004
الطور التحضيري	48	46	89
التعليم	254	328	417
المجموع	302	374	506

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p : 15

III-2-2- الرعاية الصحية: يتمتع الأشخاص المعوقون بالحق في الحماية الصحية و الاجتماعية طبقا للتشريع الجاري المعمول به، و يجب أن تتسم الأعمال التي تكون في فائدة الأشخاص المعوقين باحترام شخصيتهم الإنسانية و مراعاة كرامتهم و حساسيتهم الخاصة، و ينتفع الأشخاص المعوقين بالعلاج الملائم و إعادة التدريب و الأجهزة المعدة لأجلهم، و يمارس المستخدمون الطبيون و الأشخاص الآخرون الضروريون للتكفل بالأشخاص المعوقين أعمالهم في المؤسسات المناسبة وفقا للأحكام التي تحدد عن طريق التنظيم، كما توفر مصالح الصحة، طبقا للتشريع المعمول بهما التغطية

الصحية و تسهر بالاتصال مع المصالح المعنية على احترام مقاييس النظافة و الأمن في المؤسسات المتخصصة المعدة للأشخاص المعوقين.[1]

و تنشأ وحدات استشفائية أو مؤسسات خارج المستشفيات تخصص للوقاية و اكتشاف الأمراض و المعالجة أو التكفل بالأطفال من الجنسين البالغين من العمر أقل من السادسة عشر **(16) سنة** الذين تمثل اضطراباتهم أو اختلالاتهم العقلية المرض الوحيد أو المرض الرئيسي.

و بدأ تنفيذ مشروع مثالي للرعاية الصحية في الدول العربية لتحقيق المزيد من الرعاية الخاصة لهذه الفئات و المتمثلة في[2]:

- ✓ تقديم الوسائل و المعلومات الحديثة لعلاجهم.
- ✓ تخصيص ميزانيات لتوفير العلاج لهم.
- ✓ تكثيف التدريب و إرسال البعثات للاطلاع على أحدث وسائل رعاية المعوقين.

III-2-3- الرعاية اللاحقة: بعد نهاية تأهيل المعوق خلال فترة زمنية معينة يتم إلحاق المعوق بمؤسسات أخرى كمراكز التكوين لتعليم بعض الحرف كالخياطة و الحلاقة بالنسبة للإناث، أما الأطفال المكفوفون يتم إدماجهم في التعليم النظامي بعد اجتيازهم السنة السادسة من التعليم الابتدائي، أو إدماجهم في نوادي رياضية التي تسمح لهم بالمشاركة في عدة تظاهرات.

و يعتبر المعوقون ذو أولوية عن غيرهم عن باقي الأطفال و من بين الامتيازات التي يستفيد منها المعوق ما يلي:

- مجانية النقل في السكك الحديدية مهما كانت الإعاقة.
- تقديم منحة مقدرة بـ: **3000 دج** لكل طفل معوق لا يتجاوز **18 سنة** و السيارات المهنية و التجهيز بالأعضاء الاصطناعية الموجهة للمعوقين.
- وضع ترتيبات لفائدة الإدماج المهني للمعوقين.

III-2-4- الأطفال الذين يعانون نقصا في التنفس: تنشأ مؤسسات مكلفة باستقبال الأطفال و المراهقين الذين يعانون نقصا في التنفس و تسمى مراكز لمن يعانون نقصا في التنفس و توضع تحت وصاية وزير الحماية الاجتماعية حيث تتولى هذه المراكز ما يلي[3]:

- ❖ تستقبل الأطفال و المراهقين الذين يعانون نقصا في التنفس و ترعاهم و تتكفل بهم من الناحية النفسانية.

---

[1] - قانون رقم **05/85 مؤرخ في 26 جمادى 1405 الموافق لـ 16 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها**، الفصل التاسع.

[2] - موالفي سامية، **المرجع السابق**، ص: 175.

[3] - Ministère de l'emploi et de la solidarité nationale, **Recueil de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'action social**, Juin 2006.

❖ تضمن لهؤلاء الأطفال و المراهقين قصد اندماجهم المدرسي و المهني:

- إما تعليما في مؤسسات التربية الوطنية أو عن طريق موظفين تابعين للوزارة المكلفة بالتربية الوطنية.
- و إما تكوينا مهنيا في هياكل التكوين المهني أو عن طريق موظفين تابعين للوزارة المكلفة بالتكوين المهني.

❖ تضمن في المجال الطبي لهؤلاء الأطفال و المراهقين متابعة طبية يقوم بها موظفون أو مؤسسات علاج تابعون للوزارة المكلفة بالصحة.

حيث يكون قبول الأطفال و المراهقين الذين يعانون نقصا في التنفس في المراكز بناء على ملف طبي يعده طبيب مختص في الأمراض الصدرية أو أمراض الحساسية يمارس في المؤسسات العمومية التابعة للوزارة المكلفة بالصحة، و في حالة الضرورة يتم تمديد إقامة الطفل أو المراهق الذي يعاني نقصا في التنفس حسب الشروط نفسها.

III-4- الأطفال ضحايا الإيدز: لا يزال الحد من انتشار مرض الإيدز هدفا عالميا و إقليميا و محليا لما يشكله هذا المرض من خطر على المجتمع الإنساني و تطوره الاقتصادي و الاجتماعي و مما لا شك فيه أن التباين في الوضع الاجتماعي و الاقتصادي له دور كبير في المساعدة على انتشار فيروس نقص المناعة المكتسب بين النساء و الفتيات بشكل خاص. و ما زال الكثير من الأطفال يفقدون آباءهم بسبب هذا المرض مما أدى إلى تزايد عدد الأطفال الأيتام و الضعفاء و من البديهي جدا أن الأطفال يعانون طويلا قبل موت داويهم خاصة الفتيات اللاتي قد أخرجن من المدرسة للاعتناء بالأب أو الأم. فالأطفال المصابون أو المتأثرين منه أو الذين يعيشون في دول فيها معدلات انتشار مرتفعة يواجهون مخاطر إقصاء مفرطة جدا عن إمكانية الوصول إلى الخدمات الأساسية و الرعاية و الحماية، مع وقوع الآباء و الأمهات، و المعلمين و العاملين في المجال الصحي و موفري الخدمات الأساسية الآخرين فريسة للمرض و وفاتهم بعد ذلك ،إن هذا الوباء يمزق النسيج الاجتماعي و الثقافي للأسر التي هي خط الحماية الأول للأطفال.[1]

إن هذا المرض يرفع احتمال وضع الأطفال في مؤسسات الرعاية أو دفعهم إلى العيش في الشوارع أو إخضاعهم لمزاولة عمل الأطفال فكثيرا من الذين يتّمهم الوباء أصبحوا عرضة للمخاطر (العنف الإساءة الاستغلال، التمييز...) و قد أسهم هذا الوباء المتفشي في وجود مستويات مرتفعة من الفقر و انتشار عمل الأطفال و خفض لفترات البقاء على قيد الحياة، و كثيرا ما يتعرض حق الطفل في

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **الطفولة المهددة**، المرجع السابق، ص :16.

التعليم للخطر عندما يصاب مانحو الرعاية بالمرض أو يتوفون، لأن ذلك المرض أو الوفاة يدفع الطفل إلى ترك التعليم و القيام بأدوار الراشدين في الرعاية و النهوض بأعباء الأسرة[1].

الجدول رقم (38)

تطور حالات و معدل الإصابة بمرض فقدان المناعة بالجزائر

البيان	1999	2000	2001	2002	2003	2004	*2005
في 31 /VIH12/ SIDA	1316	1533	1697	1861	2069	2363	/
% النسبة	0,00437	0,00500	0,00546	0,00592	0,00649	0,00731	
الراشدين من 15 إلى 49 سنة	728	769	996	1097	1233	1599	/
% النسبة	0,00447	0,00481	0,00574	0,00616	0,00675	0,00855	0,030
النساء من 15 إلى 49 سنة	192	248	293	329	388	683	/
% النسبة	0,00238	0,00314	0,00342	0,00374	0,00431	0,00714	0,05
الأطفال من 0 إلى 14 سنة	42	48	59	62	71	81	/
% النسبة	0,00041	0,00043	0,00059	0,00062	0,00071	0,00081	0,001

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p : 19

***- CENEAP ; Etude sur le niveau de vie et la mesure de la pauvreté en Algérie (LSMS 2005), Mai 2006, p : 177.**

تعد الجزائر من الدول ذات نسبة الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسب VIH/SIDA ضعيفة لكن و حسب التحقيق الذي قامت به **CENEAP** سنة 2005 حول المستوى المعيشي و قياس الفقر في الجزائر **LSNS** أنه سوف تشكل خطرا مستقبلا الأمراض المنقولة عن طريق المياه[2] التي لا تزال تشكل خطرا يهدد البشرية جمعاء و الأطفال بوجه الخصوص رغم المجهودات المبذولة.

فبلغ عدد الحالات المتراكمة لمرض فقدان المناعة التي أحصيت في 1990/12/31 من طرف المخبر الوطني المرجعي كانت كالتالي، **68 حالة** من بينها **32 حالة** في نفس السنة أي تقريبا خلال الفترة 1985- 1989 ، كما أنه عدة تحقيقات أسفرت أن الجزائر نسبية الإصابة فيها ضعيفة كما أكده تحقيق CENEAP لسنة 2005 حيث من بين 70468 مانح للدم ما بين 1994-1996 هناك **07** حالات

[1] - تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم**، المرجع السابق، ص : 67-71.

[2] - CENEAP ; **Etude sur le niveau de vie et la mesure de la pauvreté en Algérie (LSMS 2005)**, Mai 2006, p : 177.

حامل إيجابي **seropositif** أي بنسبة **0,009%**، في حين قدرت نسبة الإصابة بفيروس " VIH Sida" خلال سنة 1998 عند مانح الدم هي **0,014%**، و حسب تحقيق أعد سنة 1996 أنه من بين 8000 امرأة حامل لم يسفر و لا حالة حامل إيجابي للفيروس و دراسة أعدت سنة 2002 على مرض السل أسفرت أن نسبة الإصابة تقدر بـ:**0,18%** و في 2003/12/31 سجلت 614 حالة سيدا من بينها 49 حالة جديدة و 1455 حالة للحامل الإيجابي أي 2069 حالة، من بين 1455 حالة للحامل الإيجابي **30%** نساء و تعتبر الفئة العمرية الأكثر تعرضا للإصابة [20-49] سنة نسبة **42%** و حسب الجنس هناك **70%** من بين 614 حالة إصابة عند الرجال، و **30%** عند النساء و النسبة القصوى سجلت عند الفئة العمرية [25-49 سنة] بنسبة**80%** و تشكلت نسبة الإصابة بين الأطفال**3,5%** في الفئة العمرية [0-14 سنة].

و في بداية الأمر كانت بداية ظهور الوباء عن طريق الدم أساسا ، **43%** عن طريق الجنس و **23,5%** عن طريق الدم. و **2%** حالات العدوى تنتقل من الأم إلى الطفل.

و مع بداية التسعينات أقيمت حملات و نشاطات هامة تحت إشراف اللجنة الوطنية لمحاربة الأمراض المتنقلة عبر الجنس و قامت ببرامج استعجالية لمحاربة **VIH** و هذا بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية **OMS** ما بين 1988-1990 مباشرة بعد تسجيل الحالات الأولى للمرض و هذه المرحلة اتسمت بإعداد و تنفيذ بالترتيب برنامجين على المدى المتوسط بالتعاون مع **OMS** خلال الفترة (1991-1999) و برنامج وسيط بين 1994-1995 و كذلك عن طريق إعداد منظومة تدخلات و إطار تنظيمي للوقاية و التكفل بالمرضى.

و خلال السنوات الأخيرة أبدت السلطات العمومية إرادة سياسية واضحة لمحاربة هذا الوباء و تجسدت هذه الإرادة في الانضمام و بدون تحفظ إلى الاتفاقيات الجهوية و الدولية للحد من انتشار الوباء و وقاية السكان الأكثر عرضة للداء.[1]

وقد تم اتخاذ الإجراءات لمواجهة هذا الداء، ومنها وضع إستراتيجية بهذا الشأن وإنشاء مخبر وطني لإجراء التحاليل والفحوصات وإنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة جنسيا ومرض نقص المناعة المكتسبة وتشكيل فوج عمل مواضعي وتنفيذ برنامجي متوسط المدى مع منظمة الصحة العالمية، فقد تم اعتماد خطط عمل قطاعية خماسية للفترة 2007-2011 تتضمن برامج وقائية وأخرى صحية وبرامج للدعم وقد بدأ تنفيذها سنة 2005 و تمتد على مدار سنتين، فتتمحور حول 4 محاور تتعلق بـ:

- حماية السكان خاصة الفئات الهشة.
- التكفل بالأشخاص حاملي فيروس السيدا.

[1] - le rapport national sur O.M.D, **op-cit**, p : 59-60.

- تجنيد الحركة الجمعوية والمجتمعية.
- دعم المعارف حول الأمراض الجرثومية من خلال التحقيقات حول حمل فيروس السيدا والسلوكيات.

وقد تم إنشاء وتطوير مراكز الكشف المبكر التي تقدم خدماتها مجانا وسريا، على مستوى كل ولايات الوطن.واتخاذ تدابير ترمي إلى الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين أثناء الوضع. كما أدى تكريس مفهوم الصحة الإنجابية تطوير الخدمات في هذا المجال، إلى توسيع المعلومات بخصوص التخطيط العائلي ليشمل خاصة الحماية من الأمراض المتنقلة جنسيا ومرض فقدان المناعة / السيداكما يسجل وجود برنامج تعاون أوروبي في مجال الوقاية من مرض السيدا للفترة من 2009-2011.

خلاصـــة الفصـــل:

سجلت الجزائر تحسنا كبيرا في مجال حماية الطفولة و خاصة خلال السنوات الأخيرة حيث قامت بتطوير الاستراتيجيات و الخطط التي من شأنها أن تؤثر في حياة الأطفال و عليه فحماية الطفولة من شأنه أيضا المساهمة في تحقيق أهداف الألفية للتنمية ،و الجدير بالذكر على أنه رغم التحديات القائمة إلا أن هناك حاجة لإدامة البرامج و تكييفها و إيلاء المزيد من الإهتمام بقضايا الطفولة حيث جرى تحديد خطة العمل الوطنية لسنة 1992 الخاصة بإنقاد الطفل و حمايته و نموه استجابة للقمة العالمية للأطفال فكانت هذه الخطة مختصرة وواسعة النطاق فهي تعطي الأولوية لمسائل مثل صحة الطفل و حماية الأطفال و الأمهات ،و الحصول على التعليم و الدعم للأطفال المهملين ،و قد قامت وزارة التضامن الوطني بعدد من التدخلات الخاصة بأطفال الشوارع و الأطفال المهمشين ،و المشردين و هذا بدعم من الوكالات التابعة للأمم المتحدة ،بالإضافة إلى خطة العمل الوطنية للطفولة 2008-2015 و التي جعلت الأطفال طرفا في المشاركة والمساهمة بآرائهم في المجالات التي تخص حمايتهم وترقيتهم .

و على هذا الأساس شهت السنوات الأخيرة نجاحا في زيادة نسب تمدرس الأطفال إلا أنه نسب تمدرس الفتيات لا تتماشى مع نسب الذكور، كما يعتبر الدعم الموجه للفقراء إحدى الاستراتيجيات الضرورية للزيادة في نسب التسجيل المدرسي ،و لا تزال برامج الرعاية الصحية من أولويات الحكومة للخفض من وفيات الأطفال و الأمهات رغم التراجع الذي طرأ و قد قامت الوزارة الوصية على ذلك بتبني برنامجا وطنيا خاصا بالمرحلة ما قبل الولادة و تدريب موظفين في مجال الطب و زيادة التوعية بين النساء الحوامل ، كما تم تحضير برنامجا خاصا بالصحة و التغذية بدعم من اليونيسيف بهدف تحسين عملية التحصين ،و نقص الحديد ،و سوء التغذية العام إلا أنه لا يزال أطفال المناطق الريفية يعانون من سوء التغذية و كثرة الوفيات نظرا لحصولهم المحدود للخدمات الصحية.

الفصل الثالث
الميزانية المخصصة للطفولة حسب القطاعات

تمهيـــد:

على اعتبار الميزانية العامة للدولة هي الإطار الذي يتم التصويت فيه على النفقات من حيث كونها تخصيص للموارد العامة من جهة ، و تقرير أنواع و مستويات الضرائب التي تمول هذه النفقات من جهة أخرى ، فهي الوثيقة التي تعكس جميع برامج و نشاطات الحكومة وعليه في الوقت الحالي ظهرت آراء و اهتمامات متزايدة في أرجاء العالم حول الموازنات المركزة على الأطفال و التي من خلالها يمكن الكشف فيما إذا كانت الموارد كافية لتأمين حقوق الطفل .

و كانت إحدى نقاط التركيز عل هذا النوع من الميزانيات أنها تهدف إلى تحقيق النمو الاقتصادي لأنه يساعد الأطفال من خلال زيادة مداخيل الأسر المعرضة للمخاطر ،كما أنه يتيح مزيدا من الاستثمارات المباشرة للبنى التحتية الاجتماعية ، و الخدمات الاجتماعية للتصدي للفقر و التعرض للمخاطر على المستوى الأسري.

و من هنا تناول هذا الفصل مختلف حقول الإنفاق الحكومي المخصص للطفولة في الجزائر حسب القطاعات التالية:

* قطاع التربية الوطنية : و الذي من خلاله كان تشخيص ميزانية التربية الوطنية باعتباره القطاع الذي يضم أكبر قدر من الأطفال إذ يسهر القطاع بتوفير موارد مالية لضمان مجانية التعليم بالإضافة إلى الخدمات الملحقة التي يستفيد منها أطفال المدارس " التغذية المدرسية ، المنح النقل المدرسي، الصحة المدرسية،..."

* برامج المساعدة و التضامن الاجتماعي : هنا تم فحص ميزانية قطاع التضامن الوطني الأسرة و الجالية بالخارج و هذا لكون القطاع هو الآخر يضمن التكفل بشريحة معتبرة من الأطفال سواء بطريقة مباشرة كحماية الطفولة المسعفة ، و ذوي الاحتياجات الخاصة ، أو بطريقة غير مباشرة كالمساعدات المالية و العينية التي تستفيد منها العائلات المعوزة و التي تكفل الأطفال .

* قطاع الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات: يعتبر قطاع الصحة من القطاعات التي لها دور بالغ الأهمية حيث يكفل القطاع مجانية العلاج لكل المواطنين بدون استثناء بالإضافة إلى خدمات حماية الأم و الطفل من خلال حملات التطعيم المجانية و المتابعات الطبية ، و السهر على تحسين و جودة الخدمات وفي هذا المجال قامت السلطات بعزل مستشفى الأم و الطفل عن المستشفيات، و تكوين أخصائيين في هذا المجال،...

I- مفهوم الموازنة العامة في الجزائر:

الموازنة العامة هي عمل سياسي يعبر عن فلسفة الدولة، بل هي الحوار الذي تدور حوله جميع أعمال الدولة و نشاطاتها في جميع الميادين السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و غيرها، و قد ظهرت هذه الأخيرة عمليا بظهور الدولة و عرفت عدة تطورات قبل أن تأخذ شكلها و مضمونها الحديث لذلك فإن تطور مفهوم الموازنة العامة التي تحمل في شقيها موارد يجب تحصيلها و نفقات يمكن تمويلها بهذه الموارد قدر المستطاع قد شغلت و ما زالت تشغل المسيرين للأموال العمومية و السياسيين من أجل الوصول إلى أهداف تخدم طبقة أو مجموعة من طبقات المجتمع أو كله.

I-1- تعريف الموازنة العامة في التشريع الجزائري:

تلجأ الدولة في العصر الحديث إلى وضع برنامج مالي مرتبط بفترة من الزمن للإنفاق على تحقيق أهداف معينة مختلفة و تتضمن هذه البرامج موارد الدولة في تلك الفترة المقلبة و نفقاتها و لا يرتبط وضع البرامج المالية بفلسفة معينة[1] و عليه تبلورت عدة تدخلات لتعريف الميزانية و اختلفت حسب نظرة كل باحث أو مشرع إلى الموازنة العامة و على هذا الأساس عرضها المشرع الجزائري كما يلي:

"إ ن الإيرادات و النفقات النهائية للدولة، المحددة سنويا بموجب قانون المالية و الموزعة وفق الأحكام التشريعية تمثل الميزانية العامة للدولة"[2].

كما عرفتها المادة 03 من القانون رقم 90-21: "الميزانية هي الوثيقة التي تقدّر للسنة المدنية مجموع الإيرادات و النفقات الخاصة بالتسيير و الاستثمار و منها نفقات التجهيز العمومي و النفقات برأس المال و ترخص بها"[3].

I-2- التطور التاريخي للميزانية في الجزائر:

لقد مر النظام المالي في الجزائر بعدة مراحل إبتداءا من العهد العثماني ،ثم خلال الفترة الإستعمارية فشهدت عدة تغيرات و إصلاحات من فترة إلى أخرى ، إلى أن تم صدور القانون17-84 و القانون 90-21.

I-2-1- المرحلة الاستعمارية:

لقد حافظت السلطات الفرنسية على الضرائب التي كانت سائدة في العهد العثماني من أجل تمويل العمليات العسكرية لجيشها و خاصة في السنوات الأولى من الإحتلال ، كما حافظت على الموظفين العاملين بقطاع الضرائب ، و في سنة 1845 قامت السلطات الفرنسية بإصلاحات جوهرية

---

[1] - د. علي زغدود، **المالية العامة**، ديوان المطبوعات الجامعية، 2005، ص: 69.
[2] - المادة 06 من **القانون رقم 84-17 الصادر بتاريخ 07 جويلية 1984 المتعلق بقوانين المالية**.
[3] - المادة 03 من **القانون 90-21 الصادر بتاريخ 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية**.

لم تختفي نهائيا إلا في سنة 1900 ، حيث قامت باقتراح لجنة برلمانية خاصة مكلفة بدراسة دفاتر الإعتمادات الإضافية للجزائر و قد تحقق ذلك في 01 جانفي 1846، بجعل كل إرادات و نفقات الجزائر تلحق بميزانية الدولة ، باستثناء تلك التي لها طبيعة محلية فإنها تحدد بأمر ملكي ، و في 19 ديسمبر 1900 صادق البرلمان على قانون يتم بموجبه إنشاء ميزانية خاصة للجزائر تضم كل إراداتها و نفقاتها بما يعني التمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي[1].

و قد حافظ قانون 20 سبتمبر 1947 على استقلالية هذه الموازنة و ذلك إلى غاية الإصلاحات المحدثة بفعل تفجير الثورة التحريرية إبتداءا من سنة 1956 ، حيث طرأت عدة تعديلات إلى أن تم صدور أمرية 20يناير 1959 المتعلقة بقوانين المالية الفرنسية أو ما يمكن تسميته بالقانون الأساسي و هو بمثابة الميثاق التي تستمد منه الأحكام التي تتعلق بمحتوى و طريقة تنظيم قوانين المالية ، و قد نصت مادته السادسة عشر " أن الميزانية مكونة من مجموع الحسابات التي ترسم لسنة مدنية ، جميع الموارد و الأعباء الدائمة للدولة[2].

I-2-2- مرحلة بعد الاستقلال:

لقد استلهم المشرع الجزائري العمل غداة الاستقلال طبقا للتشريع الفرنسي بموجب أمرية 1959 و ظل سائد بما يشبه الفراغ المالي في ميدان الميزانية إلى أن جاء القانون 84-17 الصادر بتاريخ 7 جويلية 1984 المتعلق بقوانين المالية الذي حدّد مصادر موارد الدولة وكيفية الحصول عليها والنفقات وتقسيمها إلى نفقات التسيير ونفقات الاستثمار والموازنات الملحقة والجماعات والهيئات العمومية والحسابات الخاصة بالميزانية وعمليات الخزينة.

I- 3- أهمية الميزانية العامة:

نظرا لأن الدولة أصبحت تهدف إلى تحقيق الرفاهية الاجتماعية و التنمية المستديمة للاقتصاد الوطني مع الاستخدام الرشيد للموارد المالية المتاحة أو الممكن إتاحتها، و البحث عن تحقيق معدلات نمو عالية للناتج الوطني الإجمالي؛ إضافة إلى تطوير المرافق العامة و تعميم الخدمات الأساسية في كافة الميادين كالصحة و التعليم و الحماية الاجتماعية لذلك فهي تهدف إلى ما يلي:

- فمن الناحية **الاقتصادية** أصبحت الموازنة في الفكر الحديث أحد فروع دراسات التخطيط الاقتصادي أو دراسات السياسة المالية، و تجسيدا لهذا أصبحت الموازنة أداة لمواجهة المشكلات في الاقتصاد الرأسمالي و أداة فعالة لتدخل الدولة لدعم جهود التنمية الاقتصادية و التي من أولوياتها المحافظة على أهداف العمالة الكاملة، و درجة معقولة من الاستقرار في

[1]- د. لعمارة جمال، **منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر**، دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004، ص: 11-12

[2]-Bachir Yelles Chaouche ; **le budget de l'état et des collectivités locales**; OPU; 1990; p: 25.

الأسعار[1] و وسيلة للتحكم في النفقات و ترشيدها و التحكم في مصادر الإيرادات و البحث عنها و في حالة التضخم تقوم بامتصاص الطلب الزائد بفرض الضرائب أو بتخفيض الإنفاق الحكومي و في حالة الكساد تقوم بامتصاص الفائض عن طريق تخفيض الضرائب.

- أما من الناحية **الاجتماعية** يظهر دور الموازنة من خلال إعادة توزيع الدخل الوطني بفضل سياساتها الاجتماعية حيث تقوم بتحصيل الإيرادات في شكل ضرائب و رسوم لتعيد توزيعها في شكل تحويلات للفئات المحرومة و من أمثلتها الضمان الاجتماعي، الإسعاف الاجتماعي تحويلات اجتماعية لحماية بعض الأفراد أو الفئات الاجتماعية التي تتميز بوضعيتها الصعبة في المجتمع سواء ا من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية أو الجسمانية (معوقون، مرضى مزمنون...) و هذا لإزالة الفوارق الاجتماعية و الرفع من المستوى المعيشي، و تساوي الفرص في الحصول على المداخيل، أو النفقات المخصصة للصحة و التعليم و تنمية المناطق الفقيرة حتى باتت تنعت بالرفاهية الاجتماعية أو دولة التحويلات.
- من الناحية **السياسية** فهي تعتبر وثيقة محاسبية لنفقات الدولة و إيراداتها، بل أصبحت لها أهمية سياسية كبيرة، حيث يشترط لتنفيذ بنودها أن يعتمد مشروعها من طرف البرلمان، و هذه الموافقة من ممثلي الشعب على خطة الحكومة و على سياستها المالية و الاقتصادية بصفة عامة و الموازنة العامة تكون المرآة العاكسة لها و من هنا يمكننا القول بأن الموازنة العامة تعتبر إحدى أدوات المؤسسات السياسية المؤثرة على أموال المجتمع من حيث تنظيم صرفها من جهة و المحافظة عليها من جهة أخرى.[2]

II- نفقات قطاع التربية و التعليم:

II-1- تحويلات دعم التربية و التعليم :

تتخذ التحويلات الموجهةمن ميزانية الدولة إلى دعم التربية و التعليم صورة المنح التي يستفيد منها التلاميذ و مختلف أصناف الخدمات الإجتماعية الملحقة كالنقل المدرسي ، و الداخليات ، بالإضافة إلى الإعتمادات الموجهة للمطاعم المدرسية ، فضلا عن منحة التمدرس المستحدثة مؤخرا .

II-1-1- المطاعم المدرسية:

كل مديرية تربية على مستوى الولاية تحتوي على مفتشية المطاعم المدرسية إلا أن عملها يبقى محدود و نتيجة لجهد الدولة و اهتمامها بالتضامن المدرسي فإن الدولة تتكفل بمجانية الإطعام لفائدة

---

[1] - د. لعمارة جمال، **أساسيات الموازنة العامة للدولة، المفاهيم و القواعد و المراحل و الاتجاهات الحديثة** دار الفجر للنشر و التوزيع، 2004، ص: 26-27.

[2] - دراوسي مسعود، **السياسة المالية و دورها تحقيق التوازن الاقتصادي حالة الجزائر 1990-2004**، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية ، 2005، ص: 137.

أطفال العائلات الفقيرة و من أجل تحسين و جودة هذه الخدمة يقوم القطاع بتكوين مفتشين اختصاصيين في التغذية المدرسية حيث كان عدد مفتشي التغذية **37** مفتش ، و **119** مستشاري التغذية خلال الموسم الدراسي2000-2001 ليرتفع إلى **38** مفتش،و**52** مستشارا خلال 2005-2006.

الجدول رقم تطور (39)

تطور نفقات المطاعم المدرسية الوحدة 10^9دج

السنوات	نفقات الإطعام	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2000	**46.0**	**0.35**	/	/
2001	**1.50**	**1.09**	**1.04**	**77.223**
2002	**2.41**	**1.52**	**0.91**	**60,61**
2003	**3.63**	**2.12**	**1.23**	**04.51**
2004	**3.89**	**2.09**	**0.26**	**13.7 0**
2005	**6.04**	**2.82**	**2.15**	**26.55**
2006	**6.49**	**2.92**	**0.45**	**44.7 0**
2007	**7.35**	**3.12**	**0.86**	**17.13**
2008	**11.92**	**4.25**	**4.57**	**18.62**
2009	**12.39**	**3.31**	**0.47**	**94.3 0**
2010	**12.85**	**3.29**	**0.46**	**73.3 0**

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2000 إلى سنة2010، المديرية العامة للميزانية.

يلاحظ من خلال الجدول أن النفقات المخصصة للمطاعم المدرسية في تزايد مستمر حيث ارتفعت من **0,46 مليار** دج سنة 2000 إلى **12,85** مليون دج سنة2010 أي بمعدل نمو في المتوسط على مدار عشر سنوات يقدر بـ: **48,85%** و يمكن تفسير هذه الزيادة إلى مصاريف صيانة و تجديد تجهيزات المطاعم المدرسية من جهة و الزيادة في عدد التلاميذ المستفيدين من هذه الخدمة و خاصة في سنة 2008 أين بلغت هذه النفقات ذروتها و في نفس السنة كذلك شهدت أكبر عدد من التلاميذ المستفيدين إذ بلغ عددهم بقرابة **2400.000 تلميذ**ا أي ما يعادل نسبة **61%** من مجموع التلاميذ و كان ذلك راجع إلى دمج تلاميذ الطور التحضيري للاستفادة من هذه الخدمة بدون استثناء ، و ما أدى كذلك إلى الرفع من النفقات هو الزيادة في تكلفة الوجبة الغذائية و هذا حسب ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (40)

تطور قيمة الوجبة الغذائية للتلميذ الوحدة دج

البيان	2001*	2002*	2003*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الشمال	12	12	15	18	20	20	20	30	30	30
الجنوب	14	14	17	20	25	25	25	35	35	35

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2004 إلى سنة2010 ، المديرية العامة للميزانية.

***Comite des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, P: 06**

II-1-2- الإعانات الموجهة إلى المدارس الابتدائية ذات النظام الداخلي:

من المعلوم جدا و حسب ما جاء في الجدول رقم **(12)** من الفصل الثاني هو تم إدراج النظام الداخلي في المدارس الابتدائية منذ موسم 2000-2001 و خاصة في المناطق الصحراوية و على هذا الأساس هناك مخصص في الميزانية القطاع بعنوان إعانات لمؤسسات التعليم الثانوي و الأساسي هذا البند من النفقات يحتوي على مخصص تحت عنوان إعانات المدارس الابتدائية ذات النظام الداخلي و تطورت هذه الاعتماد حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (41)

تطور إعانات المدارس الابتدائية ذات النظام الداخلي الوحدة 10^9دج

السنوات	الإعانات	%الميزانية	التغير	%التغير
2000	04.0	0.03	/	/
2001	0.08	0.06	0.04	98.117
2002	0.08	0.05	0.01	84.9
2003	0.11	0.06	0.02	98.27
2004	0.11	0.06	0.01	72.5
2005	0.12	0.06	0.01	40.8
2006	0.11	0.05	-0.02	01.-13
2007	0.13	0.06	0.02	43.22
2008	0.14	0.05	0.01	65.4
2009	0.16	0.04	0.02	72.16
2010	0.16	0.04	0.00	00.0

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2000 إلى سنة2010 ، المديرية العامة للميزانية.

يلاحظ من الجدول أن قيمة الإعانات عرفت تطورا هاما منذ سنة 2001 إذ وصلت إلى **0,08 مليار دج** بعدما كانت تقدر بـ: **0,04 مليار دج** سنة 2000 أي بزيادة أكثر ضعف المخصص و هذا نسبة للزيادة في عدد المستفيدين من النظام الداخلي في الطورين الأول و الثاني و الذي تبعه زيادة في عدد الداخليات ،كذلك سنة 2009 شهدت إعانة معتبرة بمبلغ **0,9 مليار دج** أي بنسبة زيادة **16,72%**

أما سنة 2010 فبقيت ثابتة بنفس القيمة و بهذا يكون هدا المخصص قد شهد معدل نمو متوسط بقيمة **%20,07**

أما التلاميذ المستفيدين من النظام الداخلي فكان عددهم حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (42)

تطور عدد تلاميذ الطور الأول و الثاني المستفيدين من النظام الداخلي

البيان	05-04	06-05	07-06	08-07	09-08	10-09
المجموع	4136	3360	3195	3713	3187	3579
الذكور	4055	2977	2960	3243	2686	3161
الإناث	81	383	235	470	501	418

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

II-1-3- المنح المدرسية:

تلاميذ الطور الثالث من التعليم الذين محل إقامتهم بعيد عن المدارس يستفيدون من النظام الداخلي أو من النظام النصف الداخلي كما يمكنهم كذلك الاستفادة من المنحة إذا كان من عائلة معوزة و تقدر قيمة تكلفة التلميذ الداخلي بـ: **1296 دج** أما النصف الداخلي بـ: **648 دج** للتلميذ[1] و لمعرفة قيمة المخصصات لهذه الخدمة لابد من معرفة عدد التلاميذ الممنوحين و هذا حسب ما يوضحهم الجدول التالي:

الجدول رقم (43)

تطور عدد تلاميذ الطور الثالث المستفيدين من المنح المدرسية

السنوات	داخلي	نصف داخلي	المجموع
2001-2000	16472	118630	135102
2002-2001	20053	109495	129548
2003-2002	21136	137078	158214
2004-2003	21841	140583	162424
2005/2004	24115	168905	193020
2006-2005	21307	187774	209081
2007-2006	25472	246823	272295
2008-2007	23455	261364	284819
2009-2008	23495	332512	356007
2010-2009	21805	371696	393501

SOURCES : SOUS-DIRECTION DES STATISTIQUES, M.E.N

التلاميذ المستفيدين من النظامين في زيادة مستمرة كما أن نسبة التلاميذ المستفيدين من المنح هي الأخرى متزايدة و كل هذا في إطار ما يعرف بالتضامن المدرسي مما أدى إلى تحسين معدلات

[1] - Comité des droits de l'enfant, **Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93**, Réponses Reçues le 25 Août 2005, P: 06-07.

النجاح في شهادة التعليم الأساسي من جهة و الزيادة في معدلات الانتقال خلال السنوات الدراسية و زاد من طوال فترة المكوث في كرسي الدراسة و خاصة عند الفتيات اللواتي كن عند بلوغهن سن محدد تضطر إلى التخلي عن كرسي الدراسة نظرا لبعد الإقامة عن المؤسسة، و خاصة في المناطق الريفية حيث انتقل عدد التلاميذ المستفيدين من النظام الداخلي **16472 تلميذا** سنة 2000 تمثل نسبة الفتيات **0,59%** لتنتقل إلى **21805 تلميذا** سنة 2010 تمثل نسبة استفادة الفتيان منهم بـ: **0,35%**.

أما المستفيدين من النظام النصف الداخلي فقد بلغ عددهم **118630 تلميذا** سنة 2000 و مثلت نسبة الفتيات منهم **8,87%** لتنتقل سنة 2010 إلى **371696 تلميذا** و تمثل نسبة استفادة الفتيات **6,22%**.

و زيادة على ذلك تم التوسع في تحسين و بناء الهياكل الداخلية و النصف الداخلية خلال الفترة محل الدراسة كما هو مبين في الجدول رقم **(16)** من الفصل الثاني و عليه فالمخصصات الموجهة للمستفيدين من المنح مبينة في الجدول التالي.

الجدول رقم (44)

قيمة المنح المخصصة لتلاميذ الطور الثالث الوحدة 10^9 دج

السنوات	داخلي	نصف داخلي	المجموع
2001-2000	0.02	0.08	0.10
2002-2001	0.03	0.07	0.10
2003-2002	0.03	0.09	0.12
2004-2003	0.03	0.09	0.12
2005/2004	0.03	0.11	0.14
2006-2005	0.03	0.12	0.15
2007-2006	0.03	0.16	0.19
2008-2007	0.03	0.02	0.20
2009-2008	0.03	0.22	0.25
2010-2009	0.03	0.24	0.27

المصدر: المبالغ محسوبة من طرف الطالب.

II-1-4- إعانات لمؤسسات التعليم الأساسي:

إن هذا النوع من الإعانات موجه إلى مؤسسات التعليم الأساسي لتسديد مصاريف تسيير هذه المؤسسات المفتوحة أو المقررة للفتح، و كذلك يظم هذا الاعتماد جزء من إعانة المنح الممنوحة للتلاميذ الداخليين و النصف الداخليين، و تجديد الآلات و صيانتها، بالإضافة إلى فواتير الاشتراك في الإنترنيت و عليه فإن هذه الاعتمادات تطورت حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (45)

تطور الاعتمادات المخصصة لإعانة مؤسسات التعليم الأساسي الوحدة: 10^9دج

السنوات	الإعانات	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2000	2.57	1.94	/	/
2001	4.65	3.38	2.08	71.80
2002	5.10	3.23	0.45	64.90
2003	5.57	3.26	0.47	25.90
2004	6.45	3.46	0.88	84.15
205	7.48	3.49	1.02	83.15
2006	7.95	3.58	0.47	29.60
2007	9.26	3.92	1.31	49.16
2008	10.64	3.79	1.39	00.15
2009	15.43	4.12	4.79	98.44
2010	16.60	4.25	1.17	61.70

المصدر:مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2000 إلى سنة 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

يلاحظ من الجدول أن قيمة الإعانات عرفت نموا و خاصة بعد سنة 2000 أين كانت تمثل **2,57 مليار دج** حيث انتقلت إلى **4,65 مليار دج** أي بنسبة زيادة **80,71%** و بقيت متزايدة بنسب هامة تتراوح بين**7,61%** و **44%** و بهذا تكون قد سجلت معدل نمو في المتوسط يقدر بـ:**22.16%** خلال عشر سنوات و يمكن تفسير هذهالزيادة إلى ما يلي[1]:

- تسيير المؤسسات التعليمية الجديدة و المقدرة بـ: **301** مؤسسة سنة 2004 ثم تم فتح **151** مؤسسة خلال الموسم 2005/2004 أما سنة 2006 فتم تخصيص المبلغ لتسيير **165** مؤسسة جديدة و**170** مؤسسة أخرى كان مبرمج فتحها خلال سبتمبر 2007 أما في سنة 2008 تم تخصيص المبلغ لتسيير **170** مؤسسة التي تم فتحها في سبتمبر 2007 إضافة إلى **213** مؤسسة مقرر فتحها في سبتمبر 2008، أما خلال سنة 2009 يمكن تفسير هذه الزيادة للتكفل بـ: **109** مؤسسة التي تم فتحها سنة2008 من مجموع **213** التي كان واجب فتحها إضافة إلى **100** مؤسسة مقرر فتحها سنة2009، أما خلال سنة2010 فكانت الزيادة للتكفل بتسيير**284** مؤسسة ثم فتحها و **100** مؤسسة مقررة للفتح في سبتمبر2010.
- الأثر المالي الناتج عن رفع معدل الوجبة الغذائية اليومية و التكفل بعدد التلاميذ الجدد المستفيدين من النظام الداخلي و النصف الداخلي.
- التجديد الجزئي للتجهيزات و الأثاث للمدرسين و اقتناء مواد العمل الموجه للبيداغوجيا.
- تحسين وسائل سير المؤسسات الموجودة.
- مصاريف الاشتراك في الإنترنيت.

[1]- **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية القسمI** ، من سنة 2004 إلى سنة 2010 ، المديرية العامة للميزانية

II-1-5- التضامن المدرسي:

النشاطات الاجتماعية المدرسية التي تبنتها الجزائر منذ موسم 2001/2000 هي المنحة المدرسية التي تمنحها في شكلها النقدي لكل طفل معوز يبلغ دخل ذويه أو يقل عن **8000 دج** و المقدرة بـ: **2000 دج** و هي ممولة كليا من الميزانية العامة للدولة، بالإضافة إلى ذلك فهي تتحمل أيضا كثيرا من المنح العينية كالمطاعم السابقة الذكر، المحافظ المدرسية و خلال سنة 2004،حوالي**1.200.000 تلميذا** في جميع الأطوار الأساسية من عائلات ضحايا الإرهاب، و أيتام الوالدين، أو الوالدين غير الموظفين، أو المعوقين استفادوا من المحفظة المدرسية، المآزر، الكتب،... [1] و خلال سنة 2009/2008 تم منح**500.000** محفظة **trousseaux** لصالح الأطفال المعوزين.[2]

الجدول رقم (46)

قيمة المنح المدرسية و المحافظ الموزعة الوحدة10[9]دج

البيان	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
مخصصات المنح	4.4	6	6	6	6	6	6	6	6	9
مجانية الكتاب	/	/	/	/	/	/	5	5	6	5.6

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2000 إلى سنة 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

يلاحظ من الجدول ان النفقات التضامنية، و قيمة مساهمة الدولة في مجانية الكتاب المدرسي بقيت بقيمتها الثابتة ما عدا سنة2001 التي كانت **4,4 مليار دج** للمنح و سنة 2010 أصبحت **9 مليار دج** و هذا نتيجة للرفع من قيمة المنحة إلى**3000 دج** كذلك بالنسبة لمجانية الكتاب التي سجلت زيادة بمقدار **1,5 مليار دج** خلال سنة2009 بعدما كانت 5 مليار دج.

II-2-النشاطات الثقافية و الرياضية المدرسية :

الحق في الترفيه ينصّ عليه القانون المتعلق بالتربية البدنية و الرياضية فهو ينصّ على أن الممارسة الرياضية و البدنية حق لكل المواطنين و بدون تمييز حسب الشيء أو الجنس كما أن هذه الممارسة إجبارية في جميع أطوار التربية الوطنية و يمكن أن تمارس في المرحلة التحضيرية بهدف تنمية القدرات العقلية و النفسية للطفل مع تزويد كل المؤسسات التربوية بالتجهيزات الملائمة للتربية البدنية و الرياضية التي تراعي أطوار التعليم[3]

[1] - Comité des droits de l'enfant, 25 Août 2005, **Op-Cite**, P: 06-07-08.

[2] - Algérie 1999-2008 une décennie de réalisation, **synthèse du rapport de l'Algérie sur l'état de mise en œuvre du programme d'action en matière de gouvernance** ; Novembre 2008, P: 26.

[3] -التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،**بجين+ 15** ، المرجع السابق ، ص: 26

الجدول رقم (47)

تطور نفقات النشاطات الثقافية و الرياضية في مؤسسات التعليم الأساسي. الوحدة 10[9] دج

السنوات	المخصصات	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2000	0.02	0.02	/	/
2001	0.03	0.02	0.01	24.20
2002	0.05	0.03	0.02	00.50
2003	0.05	0.03	0.00	00.0
2004	0.05	0.03	0.00	00.10
2005	0.05	0.03	0.00	00.10
2006	0.07	0.03	0.02	56.28
2007	0.08	0.03	0.01	14.17
2008	0.09	0.03	0.01	76.90
2009	0.13	0.03	0.04	44.44
2010	0.15	0.04	0.02	54.11

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة 2000 إلى سنة 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

إن النفقات المخصصة لنشاطات الثقافة و الرياضة قد سجلت سنة2000 مبلغ **0,02 مليار دج** في حين قدرت **0,15 مليار دج** سنة 2010 و بهذا يكون قد سجلت زيادة سنوية متوسطها **20,17 %** خلال عشر سنوات و نمو هذه النفقات ما هو إلا دليل على مدى اهتمام الدولة بتوفير أحسن جو للنشاطات الرياضية بالإضافة إلى الثقافية منها كالرحلات و الحفلات التي يستفيد منها التلاميذ خلال المواسم الدراسية من كل سنة و على هذا الأساس و حسب إحصائيات وزارة التربية الوطنية أنه يوجد على مستوى المتوسطات **2016 ملعب رياضي** موزعة على مستوى **4579 متوسطة** في مقدمتها ولاية الوادي بـ **98 ملعب** و تليها الجزائر العاصمة بـ **86 ملعب** و ولاية ورقلة ثم ولاية تلمسان بـ**80 ملعب** في حين بلغ عدد قاعات الرياضة بـ **200 قاعة** و **131 مختلطة** و بهذا يكون بلغ عدد المرافق الرياضية**2419** في حين بلغ عدد المتوسطات غير المجهزة**2160 متوسطة** خلال الموسم الدراسي 2009/2008 أما خلال الموسم 2010/2009 بلغ عدد المرافق الرياضية **2805 مرفق رياضي** موزعة كما يلي **2400 ملعب رياضي** و **181 قاعة للرياضة** و **224 مرافق مختلطة** ، كل من الملاعب و القاعات الرياضية موزعة على **4784 متوسطة** في حين بلغ عدد المتوسطات غير المجهزة بـ**1979 متوسطة**.[1]

II-4- أجور و مرتبات موظفي التعليم الأساسي :

و يظم هذا الأجور و الرواتب و التعويضات ، المعاشات والمنح، التكاليف الاجتماعية ، الدفع الجزافي الخاص لموظفي التعليم الأساسي و كانت النفقات المتخصصة لهذا البند كما يلي :

[1] -Enquête exhaustive, **Enseignement moyen ,2008-2010** , sous – direction de statistiques , Ministère de l'éducation nationale .

الجدول رقم (48)

تطور مرتبات موظفو التعليم الأساسي الوحدة 10^9دج

السنوات	إلى % الميزانية	الأجور الرئيسية	التعويضات و المنح	المنح العائلية	الضمان الإجتماعي	الخدمات الإجتماعية	الدفع الجزافي	المجموع
2000	70.43	46.80	20.28	4.05	16.77	1.92	3.68	93.50
2001	68.44	46.80	20.28	4.54	16.77	1.97	3.68	94.04
2002	68.45	54.83	23.24	5.08	19.52	2.00	3.55	108.23
2003	65.28	56.75	24.25	5.08	20.20	2.17	3.25	111.70
2004	65.22	55.93	34.39	4.74	22.58	2.27	1.81	121.72
2005	64.24	55.50	49.00	5.45	24.56	2.29	9.43	137.74
2006	63.55	56.05	50.02	5.44	26.52	3.08	/	141.10
2007	61.12	58.50	50.11	5.50	27.00	3.06	/	144.17
2008	60.09	76.52	51.23	5.56	31.94	3.34	/	168.58
2009	62.04	129.28	48.34	6.50	44.41	3.67	/	232.19
2010	59.53	129.50	47.43	6.34	44.23	5.00	/	232.50

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2000 إلى سنة2010 ، المديرية العامة للميزانية.

يلاحظ من الجدول أن الأجور الخاصة بالموظفين عرفت نموا متسارعا و خاصة خلال سنة 2008 و هذا راجع كذلك إلى نمو في عدد الموظفين حيث بلغ عدد المؤطرين في نفس السنة**135744** مؤطرا ويمكن تفسر هذه الزيادة كذلك إلى التكفل بالمناصب المالية الشاغرة المفتوحة أو المحتملة للفتح و موجهة كذلك للتكفل بالأثر المالي الناجم عن الرفع في سعر الساعات الإضافية و في الأجور ، و زيادة على ذلك الترقية العادية للمستخدمين الفعليين أما الدفع الجزافي بدأ في التنازل منذ سنة 2002 إذ انخفض بمعدل **3,54 %** خلال سنة 2002 و بمعدل **8,40 %** خلال سنة 2004 مع العلم أنه تم تقدير معدل الدفع الجزائي**2 %** خلال هذه السنة بالمقارنة مع سنة2003 أين تم تقديره بـ**3 %** أما سنة 2005 فبلغ معدل التراجع بـ**47,78 %** إلى أن تم حذفه نهائيا سنة2006.

II-5- إعانات مراكز تكوين معلمي المدرسة الأساسية :

يعتبر التكوين توجها حاسما لكل إدارة من اجل الحسين المستمر للمؤهلات و المكتسبات العلمية للموظف و التكيف الدائم لمعارفهم بما يتماشى و تطور المجتمع ، و عليه فلقد أصبح من المسلمات المطروحة أمام المؤسسات التعليمية أن تكو ين المؤطرين أصبح عنصرا فاعلا في الارتقاء بالأداء و الجودة أثناء الممارسة المهنية و خاصة في الوقت الحالي أين يقوم القطاع بخوض معركة إصلاح المنظومة التربوية بالإضافة إلى التغييرات الهامة التي رافقت التغييرات التكنولوجية وعليه يعتبر التكوين كخيار إستراتيجي في تنمية الموارد البشرية و الترقية .

و تعتبر المؤسسات التربوية من أحوج المؤسسات أن تملك معلمين مكونين و قادرين على القيام بمهامهم على أحسن وجه ، و هذا باعتبارهم سوف يشرفون على تكوين التلاميذ الذين هم بدورهم يصبحون فيما بعد مشرفين و مكونين لأجيال آخرون .

و لهذا الغرض تساهم ميزانية القطاع بجزء من نفقاتها تحت عنوان « **إعلانات لمعاهد تكوين معلمي المدرسة الأساسية و تحسين مستواهم** » من القسم السادس المعنون بإعانات التسيير و كانت نفقات هذا البند حسب ما يوضحه الجدول .

الجدول رقم (49)

تطور إعانات معاهد تكوين معلمي المدرسة الأساسية الوحدة 10^9دج

السنوات	مبلغ الإعانات	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2000	**0.28**	**0.21**	/	/
2001	**0.50**	**0.36**	**0.22**	**06.76**
2002	**0.29**	**0.18**	**-0.21**	**60.-41**
2003	**0.16**	**0.09**	**-0.13**	**35.-44**
2004	**0.27**	**0.14**	**0.10**	**49.64**
2005	**0.27**	**0.13**	**0.01**	**51.2**
2006	**0.26**	**0.12**	**-0.01**	**38.-4**
2007	**0.26**	**0.11**	**0.00**	**00.0**
2008	**0.30**	**0.11**	**0.04**	**35.16**
2009	**0.45**	**0.12**	**0.15**	**62.47**
2010	**0.43**	**0.11**	**-0.02**	**78.-3**

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة 2000 إلى سنة 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

يلاحظ من الجدول أن وتيرة هذه الإعانات تعرف تقلبات كثيرة حيث ارتفعت بمقدار **75,06 %** سنة 2001 ثم لتعرف تراجعا 2002 بنسبة **41,60 %** ثم انخفضت سنة 2003 بمعدل **44,35 %** ثم بدأت ترتفع شيئا فشيئا إلى حين تراجعت خلال سنة 2006 بنسبة **4,38 %** و يمكن تفسير هذه التقلبات كما يلي ، ففي سنة 2005 كانت الزيادة للتكفل بنفقات التغذية و المنح و مصاريف التأمين للمتربصين الجدد و كذا للتكفل بالأثر المالي الناجم عن تطبيق الإجراءات الجديدة المتعلقة برفع الأجر الأدنى المضمون ، منحة المردودية ، الأجر الوحيد و تأسيس منحة التأهيل [1] و في سنة 2004 كانت الزيادة للتكفل بمنح و تغذية **400 متربص** .[2]

أما فيما يخص الانخفاض المسجل خلال سنة 2006 فهو راجع إلى الفائض في الإيرادات الذي سجلته هذه المعاهد بعنوان السنة المالية 2005 و المقدرة بـ: **0,5 مليار دج** أما في سنة 2008 كانت الزيادة نتيجة للتكفل بمنح و تغذية المتربصين بالإضافة إلى مراجعة تكلفة الوجبة الغذائية للمتربص حيث انتقلت من **60 دج/اليوم** سنة 2007 إلى **80 دج/ لليوم** سنة 2008 و في سنة 2009 سمحت هذه الزيادة للمؤسسة بتحمل نفقات التغذية و منح المتربصين و كذا تحسين وسائل سير و تسيير المصالح

[1] - **مشروع ميزانية الدولة لقطاع التربية ، القسم I** ، المديرية العامة للميزانية ، سبتمبر 2004 ، ج I ، ص: 03
[2] - **مشروع ميزانية الدولة لقطاع التربية ، القسم I** ، المديرية العامة للميزانية ، سبتمبر 2003، ج I ، ص: 371

من جهة و إعادة تقييم إعانة الدولة بعد نفاذ و استهلاك الرصيد المتبقي أما نقصان سنة 2010 يفسر بتعديل الاعتمادات لسنة2009.

بالإضافة إلى هذا و حسب ما جاء في مشروع ميزانية الدولة لقطاع التربية الوطنية لسنة 2006 و 2007 و 2008 أنه تم خلق بند جديد لتكوين المكونين أثناء الخدمة بالنسبة لمعلمي التعليم الابتدائي هذا البند جاء ضمن نفقات النشاطات الثقافية و الرياضية من القسم الثالث حيث بلغ المخصص ما قيمته **0,5 مليار دج** سنة 2006 و **2,04 مليار دج** لسنة 2007 أي بزيادة قدرها **1,57مليار دج** و بمعدل زيادة **334,68 %** أما سنة 2008 فقدرت هذه النفقات بـ: **2,5 مليار دج** أي بزيادة قدرها **0,46 مليار دج** و بمعدل نمو يقدر بـ: **22,66%** وللعلم فإن هذه الاعتمادات مخصصة للتكفل بمعلمي التعليم الابتدائي أما أساتذة التعليم المتوسط فتكوينهم أوكل إلى قطاع التعليم العالي و البحث العلمي و تطورت هذه النفقات حسب الرزنامة التالية ففي سنة 2007 تم تخصيص ما قيمته **1,013مليار دج** و في سنة 2008 بلغ **2,7 مليار دج** منها **0,8 مليار دج** لتغطية مصاريف طبع الكتب و الدعائم البيداغوجية.

II-6-ميزانية التجهيز لقطاع التربية الوطنية:

تعتبر نفقات التجهيز من أهم ما يميز ميزانية الدولة من حيث خصوصيتها ، فهي تأخذالاهتمام الأكبر من ميزانية الدولة سواء من حيث إعدادها أو من حيث تحقيقها و إنجازها و على هذا فإن إدراج ميزانية التجهيز في قاموس المالية العامة يبقى دائما موضوع مبهم و هذا راجع بصفة أساسية إلى غياب تعريف ميزانية التجهيز في القوانين الجزائرية المتعلقة بالموضوع و هذا عكس الميزانية العامة التي وجدت لها تعريفات في القوانين17/84 و القانون 21/20.

مع العلم أن فكرة ميزانية التجهيز نجدها في الأصل تتعلق بالنفقات فقط بحيث مجموع الإيرادات تغطي مجموع النفقات جملة واحدة أي لا يوجد تخصيص في ذلك كجزء لتغطية نفقات التسيير و الآثار لتغطية نفقات التجهيز و هذا ما يتضمنه مبدأ شمولية الميزانية في القاعدة الخاصة بعدم التخصيص و لكن و باعتبار الإصلاحات الجديدة التي تمس ميادين عديدة و التي تؤثر مباشرة على النظام المالي للدولة في الجزائر مما يسمح باستعمال ميزانية التجهيز كأداة هامة و ضرورية لتحقيق التنمية الاقتصادية و الاجتماعية [1]

و رغم هذا إلا أن الإبهام يبقى دائما مطروحا و بالتالي يبقى استعمال مصطلح ميزانية التجهيز محل تداول رسمي و أساسي في النصوص القانونية و حتى أنه واسع الاستعمال في البحوث و الدراسات العلمية التي تخص المالية العامة و تعرف أيضا بالنفقات الاستثمارية التي يتولد عنهاازدياد في الناتج

[1] - عبد الغفور مصاد ، **ميزانية الدولة للتجهيز منذ سنة 1998** ، مذكر ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية ، جامعة الجزائر ، 2002 ، ص: 01-03.

الوطني الإجمالي **PNB** و بالتالي ازدياد ثروة البلاد ، و تكوين رؤوس الأموال العينية في المجتمع و تدرج في الجدول – ج- من قانون المالية .

ميزانية التجهيز لوزارة التربية الوطنية تتكون أبواب نفقاتها من القطاعات الفرعية التالية ، البعث العلمي المعلوماتية ،المنشآت القاعدية و الإدارية و كانت النفقات التجهيزية المخصصة للقطاع خلال سنة 2001 **39 مليار دج** منها **10 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي في حين بلغت إعتمادات الدفع **32,21 مليار دج** منها **03 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي ، و في سنة 2002 بلغت المبالغ المالية **39 مليار دج** منها **7,44 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي أما إعتمادات الدفع فكانت بقيمة **31,9 مليار دج** منها **7,3 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي، و في سنة 2003 بلغت رخص البرامج **52 مليار دج** منها **4,7 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي أما إعتمادات الدفع بلغت **38,75 مليار دج** منها **5,33 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي و في سنة 2004 قدرت رخص البرامج بـ **30,35 مليار دج** و **4,71 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي في حين بلغت إعتمادات الدفع **40,45 مليار دج** و **5,64 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي .

و خلال الفترة الممتدة بين **(2005-2009)** تم تبني البرنامج التكميلي لدعم النمو هذا البرنامج الثري الذي استفاد القطاع من خلاله بغلاف مالي قدره **515,13 مليار دج** في حين بلغت إعتمادات الدفع **421,92 مليار دج** موزعة كما يلي فخلال سنة 2005 تم تخصيص **33,20 مليار دج** للبرنامج العادي و لم يخصص أي مبلغ للبرنامج التكميلي لدعم النموأو لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي أما إعتمادات الدفع بلغت قيمة **10,07 مليار دج** للبرنامج العادي **5,64 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي و **08 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو ، و في سنة 2006 بلغت رخص البرامج **63,31 مليار دج** إما إعتمادات الدفع فبلغت **40,23 مليار دج** ، و في سنة 2007 ثم تخصيص **32,65 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **5,92 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب ، و **11,25 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا أما إعتمادات الدفع فبلغت **69,59 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **5,84 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب و ما قيمته **9,54 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا و في سنة 2008 بلغت رخص البرامج **63,95 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو فقط أما إعتمادات الدفع فبلغت **65,29 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو, و **03,07 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب ،و **75,18 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا، و في سنة 2009 بلغت رخص البرامج **166,04 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **1,7 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب و **4,8 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا أما إعتمادات الدفع فبلغت **116,4 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو، و **0,9 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب و**3,9 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا ، و في سنة 2010 رخص البرامج بلغت

147 مليار دج موزعة كما يلي **97 مليار دج** للبرنامج العادي ،و **50 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو أما إعتمادات الدفع فبلغت **150 مليار دج** موزعة كما يلي **3,06 مليون دج** للبرنامج العادي و**118,17 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو ، و**0,5 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب و**0,7 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا و فيما يلي بعض البرامج المقترحة للطفولة من ميزانية التجهيز للقطاع حسب ما يوضحها الجدول التالي

الجدول رقم (50)

البرامج المقترحة في إطار ميزانية التجهيز للطفولة لقطاع التربية الوطنية الوحدة 10^{9}دج

سنوات	عناوين المشاريع	رخص البرامج
	تجهيز تقني بيداغوجي لـ 500 ملحقة تعليم أساسي و 130 مدرسة أساسية	0.30
2003	إنجاز 12 مطعم مدرسي	0.06
2004	إنجاز 2535 قسم و 87 مؤسسة تعليم أساسي و39 مطعم ، 13 داخلية و 05 داخليات	16.73
	إنجاز 135 مدرسة أساسية	8.80
	إنجاز 100 مطعم مدرسي	0.58
2005	إنجاز و تجهيز 20مدرسة ابتدائية	0.52
2006	دراسة ، بناء و تجهيز 353 مدرسة أساسية	26.68
	دراسة ، بناء و تجهيز 50 مدرسة أساسية	4.07
	دراسة، بناء و تجهيز 120 مطعم مدرسي	0.69
	تجهيز 1000 مدرسة أساسية بالمعلوماتية	2.00
	دراسة، بناء و تجهيز 18 مدرسة أساسية	1.10
	دراسة ،بناء و تجهيز 20 مطعم مدرسي	0.13
	اقتناء 20 مخبر للمعلوماتية و تركيب شبكات محلية لمؤسسات الطور الثالث بورقلة	0.15
	دراسة ، بناء و تجهيز 81 مدرسة أساسية	5.54
	دراسة ، بناء و تجهيز 110 مطعم مدرسي	0.51
	تجهيزات معلوماتية لـ 40 مدرسة أساسية (ولاية تيارت)	0.08
	تجهيزات معلوماتية لـ 31 مدرسة أساسية (ولاية سعيدة)	0.06
	إنشاء مخابر للمعلوماتية في04 مدارس أساسية (ولاية المدية)	0.01
	إنشاء مخابر للمعلوماتية في40 مدارس أساسية (ولاية المسيلة)	0.08
2007	تجهيزات معلوماتية للمدرسة الأساسية (ولاية النعامة)	0.04
	إنجاز 120 مدرسة أساسية منها 30 للاستبدال	10.30
	إنجاز 100 مطعم مدرسي لتوفير 200 وجبة غذائية	1.00
	اقتناء وسائل تعليمية لصالح 370 مدرسة ابتدائية مقررة خلال الدخول المدرسي 2009/2008	1.50
	اقتناء وسائل تعليمية لصالح 300 متوسطة يتم استلامها خلال الدخول المدرسي 2009/2008	1.80
2008	إنجاز 1000 قاعة تدريس (78 مدرسة ابتدائية و توسيع 300 قسم)	2.20
	إنجاز 80 مدرسة أساسية	11.20
	التجهيز بالعتاد المدرسي لـ 17000 قسم (التعليم التحضيري)	1.70
2009	تجهيزات تعليمية لـ 17000 قسم بيداغوجي (التعليم التحضيري)	0.51
	إنجاز و تجهيز 93 متوسطة	12.17
	إنجاز و تجهيز 396 مدرسة ابتدائية	11.86
2010	إنجاز و تجهيز 300مطعم مدرسي	4.50

المصدر : مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية من سنة2003 إلى سنة 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

بالرجوع إلى معطيات الجدول فخلال سنة 2003 بلغت قيمة النفقات **0,06 مليار دج** كبرنامج غير ممركز للبرنامج الخاص بدعم الإنعاش الاقتصادي و **0,3 مليار دج** كبرنامج مركزي للبرنامج العادي و في سنة 2004 كانت النفقات كلها مركزية للبرنامج العادي و في سنة 2007 كانت النفقات بقيمة **6,76 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **1,38 مليار دج** للبرنامج الخاص لتطوير مناطق

الجنوب و **6,32 مليار دج** للبرنامج الخاص لتطوير مناطق الهضاب العليا و في سنة 2009 كانت النفقات المركزية **2,21 مليار دج** ، و **0,2 مليار دج** برامج قطاعية غير ممركزة .

III- برامج المساعدة و التضامن الاجتماعي:

لقد بذلت الجزائر مجهودات جبارة في مجال التنمية الاجتماعية و هذا لغرض التقليل من الفوارق الاجتماعية بين مختلف الطبقات من جهة و كذلك فيما بين المناطق الجغرافية من جهة أخرى فقد أحدثت نظاما للتضامن الاجتماعي تحت وصاية وزارة التشغيل و التضامن الاجتماعي من أجل تعزيز و تقوية الحماية الاجتماعية بواسطة دعم مداخيل الفئات المحرومة ، و الفئات ذات الدخل الضعيف من خلال الشبكة الاجتماعية ، و مساعدة المعاقين ، و اختلفت مستوياتها بحسب فترات النمو الاقتصادي و الاجتماعي، رغم ذلك إلا أن قضايا توزيع الدخل و البطالة و الرعاية الاجتماعية و الإسكان ظلت على الدوام محل اهتماما عاما كبيرا .

III-1- التدخلات الاجتماعية لفائدة العائلات:

عرفت الجمعية العامة للضمان الاجتماعي سنة 1954 المنح العائلية على أنها كل منحة نقدية أو عينة تهدف إلى تحسين وضعيات العائلات و يكون ذلك إما عن طريق مساعدة أرباب العائلات لتحمل مختلف العائلات من أجل تحسين المستوى المعيشي لهذه العائلات .

و تعتبر **السويد** من الدول الأوائل التي تبنت هذا الاتجاه كما تهدف هذه المنح كذلك إلى إعادة توزيع المداخيل في إطار **مبدأ التضامن الوطني** [1] و هذا النوع من التحويلات الاجتماعية عبارة عن مكمّل دخل **un complément de revenu** للعمال الموظفين الذين لديهم أطفال و هي بذلك شكل من أشكال إعادة توزيع الدخل لصالح الأطفال و يستفيد من هذه المنح أبناء العمال الأجراء بغض النظر عن فروع النشاط الاقتصادي ، و كذلك أبناء العمال الأجراء الذين توقفوا عن العمل نهائيا أو مؤقتا بسبب المرض أو الإعاقة أو حوادث العمل أو الإحالة إلى التقاعد أو الوفاة و قد عرف نظام المنح العائلية تحولات كثيرة على كل الأصعدة فعلى صعيد مبالغ هذه المنحة هي قسمان المنحة العائلية و منحة التمدرس فقد انتقلت المنحة العائلية من مبلغ بسيط خلال **الستينات** ليعرف تزايد من حين لآخر ثم استقر منذ سبتمبر 1996 عند الحد التالي :

- **600 دج** للأطفال **الخمسة** الأوائل و **300 دج** للطفل **السادس** و من بعده و ذلك شهريا لكل دخل يساوي أو يقل عن **15000 دج** .
- **300 دج** لكل طفل شهريا حينما يزيد الدخل الشهري عن **15000 دج .**

[1] - مذكرة الحلقة الدراسية، **المجهود الاجتماعي للأمة بين إشكالية التمويل و التسيير** ، السنة الرابعة اقتصاد و مالية فرع الميزانية ، المدرسة الوطنية للإدارة ، 2004/2003 ص: 08-09

أما بالنسبة لمنحة التمدرس فهي تقدم لكل طفل يتراوح عمره ما بين 6 سنوات و 21 سنة و هي توزع كما يلي :

- **800 دج** لكل طفل بالنسبة لـ **05** الأطفال الأوائل و **400 دج** إبتداءا من الطفل **السادس** و تقدم **400 دج** بالنسبة للأجراء الذين يفوق دخلهم عن **15000 دج** لكل طفل [1] حيث بلغت قيمة الإعانات العينية لنفقات العلاج بـ **28,8 مليار دج** سنة 1998 ، و **31,30 دج** سنة 1999 و**33,24 مليار دج** سنة 2000 [2].

بالإضافة إلى هذه المنح هناك منحة تقدم للعائلات ذات الدخل الضعيف التي لها طفل معوق تكفله قتو هذه المنحة بـ **1000 دج** في الشهر على كل طفل معوق تحت الكفالة [3] و **4000 دج** لكل معوق بنسبة **100%** .

الجدول رقم (51)

تطور نفقات الميزانية للعائلات التي تكفل أطفال معوقون أقل من18 سنة الوحدة 10^9دج

سنة 2003		سنة 2004		الفصل الأول من سنة2005	
العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ
17332	0,21	17795	0,21	23069	0,07

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, 03:CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p

لا تزال النفقات العمومية لصالح الدعم المباشر وغير المباشر في الارتفاع مع التحويلات الاجتماعية للدولة التي تزداد أهميتها أكثر فأكثر في تحسين مستوى معيشة الأسر.

وقد ارتفعت إلى **1083 مليار دج** عام 2008، أي نسبة **13,6%** من الناتج الداخلي الإجمالي. وبالدولار الأمريكي، فهي تصل إلى **16,8 مليار دولار**. علما أن الصادرات خارج قطاع المحروقات قد بلغت **1,8 مليار دولار أمريكي**.

وبالنسبة إلى عدد السكان، قدر المبلغ الشهري المتوسط **2594 دج** لكل رأس للتحويلات الاجتماعية عام 2008 ، وهو يمثل ما يقارب**22%** من الدخل الوطني الأدنى المضمون.

و عليه فقد سجلت النفقات الاجتماعية للدولة معدل نمو سنوي قدره **18%** خلال الفترة 1999-2008 وذلك بعدما تضاعفت بأكثر من **04 مرات** مقارنة لعام 1999، ويعود هذا الارتفاع إلى تكفّل ميزانية الدولة بفئات السكان المحرومة، وذلك من خلال أجهزة الحماية الاجتماعية (الشبكة

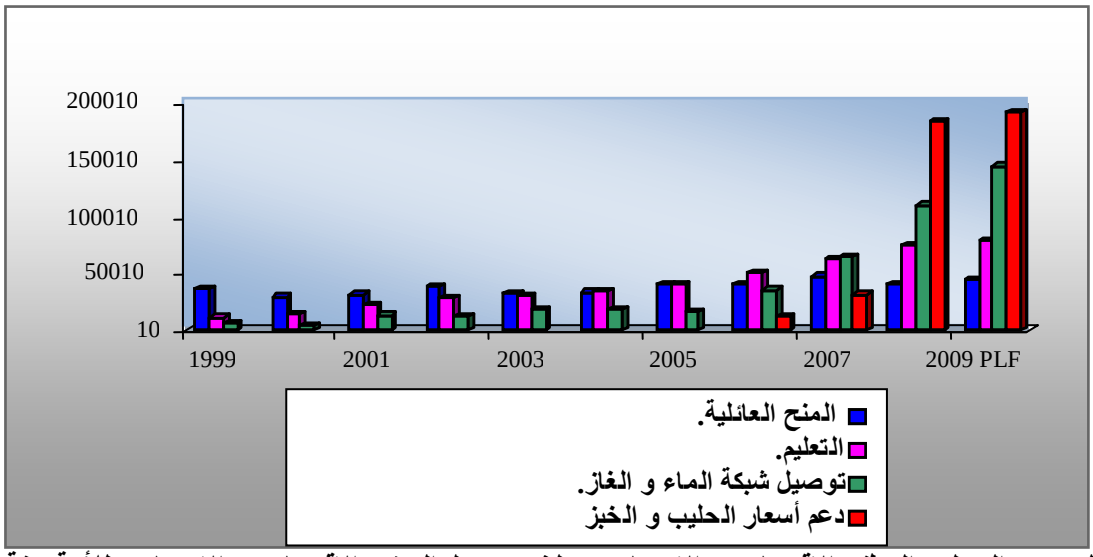
[1]- وداد فؤاد ، **المرجع السابق** ، ص 37-38.

[2] - office national des statistiques ; **L'Algérie en quelques chiffres** ; résultats 2002 ,N- 33; édition 2004 ; p 15

[3]- Comité des droit de l'enfant , CRC/C/RESP/93,**op.cit**,P :03

الاجتماعية، ترقية مناصب شغل الشباب،...) وكذا بتطبيق إصلاحات فيما يخص الأسعار. وقد سجل ارتفاع معتبر في الإعانات الموجهة للأسعار إبتداءا من عام 2007، قدر بأكثر من **491%** في عام 2008.

تطور الدّعم الموجه للعائلات من 1999- 2009



المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي، ملخ ص حول الوضع الاقتصادي و الاجتماعي للأمة سنة 2008 ديسمبر 2009، ص: 64.

تقدر ميزانية الدولة بحوالي **13%** من الناتج الداخلي الإجمالي بينما كانت تقدر بحوالي **7%** من الناتج الداخلي الإجمالي بين عامي1999 و2006.

ويمكن تصنيف التحويلات الاجتماعية في ميزانية الدولة وفقا لوظيفتها في الفروع التالية[1]:

الدعم الموجه للسكن: والذي يهدف أساسا إلى تسهيل استفادة الأسر من السكن الاجتماعي أو ما يماثلها (المساعدة المقدمة للبناء، السكن التساهمي، البيع بالإيجار).

وتضاعفت المساعدات المالية بالنسبة لهذا الفرع بـ **(03) أضعاف** بين عامي 2000 و2008 منتقلة من **68 مليار دج** إلى**209,6 مليار دج** خلال هذه الفترة.

الدعم الموجه للعائلات : بحيث انتقل من **47 مليار** دج في عام 2000 إلى **206 مليار دج** في عام 2007 **و410 مليار دج** في عام2008. وقد **تضاعف** هذا الدعم بين عامي 2007 و2008، مما يرجع إلى الدعم الموجه للأسعار الذي انتقل من **31 مليار دج** في عام 2007 إلى **184 مليار دج** في عام 2008، أي تضاعف بـ **(06) مرات**.

الدعم الموجه للمتقاعدين: بلغت المبالغ المخصصة لهذا الفرع **115 مليار دج** في عام 2008 مقابل **100 مليار دج** في عام2007 **و71 مليار دج** في عام2006.

[1] - المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي، **ملخص حول الوضع الاقتصادي و الاجتماعي للأمة سنة 2008** ، ديسمبر 2009، ص: 65.

الدعم الموجه للصحة: والذي ارتفع بـ **140 مليار دج** في عام 2008 مقابل **108 مليار دج** في عام 2007 و**71 مليار دج** في عام2006.

الدعم الموجه للمجاهدين: والذي انتقل من **90 مليار دج** في عام 2007 إلى **110 مليار دج** في عام 2008.

الدعم الموجه للمحرومين: المعوقين وذوي المداخيل الضعيفة والذي يجاور**100 مليار دج**.

وفي المجموع، بلغت التحويلات الاجتماعيةالتي خصصتها الدولة**1083,273 مليار دج** عام 2008

الجدول رقم (52)

تطور الإعانات النقدية للأشخاص المعوقون بنسبة100 % الوحدة10^9 دج

السنوات	المبلغ	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2002	3.12	10.17	/	/
*2003	3.60	10.21	0.48	29.15
*2004	4.32	13.63	0.72	00.20
2005	5.00	13.58	0.68	74.15
2006	5.08	10.60	0.08	52.10
2007	5.40	08.43	0.32	38.60
*2008	8.64	17.20	3.24	78.37
*2009	8.88	10.39	0.24	28.18
*2010	9.54	10.27	0.66	41.80

المصدر : مراسيم توزيع الإعتمادات

***مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج ، المديرية العامة للميزانية**

يلاحظ من الجدول أن المنح المقدمة سجلت ارتفاعا خلال 08 سنوات بمعدل **205,51 %** مقارنة بين سنة2002 و 2010 فارتفعت من **3,12 مليار دج** سنة2000 إلى **9,54 مليار دج** و بهذا تكون قد سجلت معدل نمو في متوسط**13,71 %** و يمكن تفسير هذه الزيادةللتكفل في عدد المستفيدين من المنحة المقدمة للأشخاص المعوقين بنسبة**100 %** الذين بلغ عددهم**1850000**معوّق سنة 2008 و**100000** معوّق سنة 2009 . كما أنه تم تخصيص مبلغ قدره **0,15 مليار دج** موجه للمساهمة في الحركة الجمعوية التي تنشط في مجال التضامن الوطنيللأطفال المعاقين [1] .

III-2- دعم الفئات الاجتماعية الهشّة :

هذا الدعم موجه إلى فئات اجتماعية محددة مثل المسنين ، الطفولة المسعفة و الهيئات المتخصصة كما تم خلق نوادي الأيتام سنة 1998 لكي تكفل الأطفال ضحايا الإرهاب ليثما يجدون عائلاتهم ، و إيواء الأطفال المشردين لكن بأسر قضائي موزعون على **35** مركز و يحضون هناك بجميع حقوقهم بدون تمييز ممولة من طرف الدولة (حق التعلم ، الصحة، ...)إلا أنه في الجزائر ليس

[1] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج** المديرية العامة للميزانية سبتمبر،2008 و 2009 ، ج II ، ص: 180

هناك قانون خاص ينص على المساعدة المالية للأم العازبة لرعاية طفلها المولود خارج نطاق الزواج لكنها يمكنها من الاستفادة من الإعانة العينية ، و النفسية حيث سخّرت لهم الدولة **03 مراكز** لإيواء هؤلاء الأمهات الذين لا يريدون العودة إلى المنزل.

الجدول رقم (53)

تطور نفقات رعاية الأطفال المسعفون و حماية الطفولة الوحدة 10[6] دج

السنوات	المبلغ	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2002	167.46	55.0	/	/
2003*	167.46	47.0	0	000.
2004*	167.46	53.0	0	000.
2005	167.46	45.0	0	000.
2006	167.46	35.0	0	000.
2007	167.46	26.0	0	000.
2008*	180.00	36.0	12.54	49.70
2009*	190.00	22.0	10.00	56.50
2010*	190.86	21.0	0.86	450.

المصدر : مراسيم توزيع الإعتمادات

***مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج ، المديرية العامة للميزانية.**

ما يمكن ملاحظته من الجدول هو ثبات المخصصات خلال **الست** سنوات الأولى ثم بدأت بالارتفاع بنسب خفيفة ، و عموما أن هذا المخصص يشغل هو الآخر نسب ضئيلة جدا في ميزانية القطاع إذ حقق معدل نمو في المتوسط **1,69 %** ، كما تم تخصيص مبلغ مبلغ**0,01 مليار دج** خلال سنة 2009 للأمهات العازبات و التي لا تسمح لهن الظروف الاجتماعية التكفل بمصاريف تربية هؤلاء الأطفال .

و في سنة 2010 تم تقدير مبلغ**860.000 دج** على للتكفل بحوالي**260.000 طفل** على وجه التقدير[1] و زيادة على ذلك تقدر المنحة الممنوحة لكل طفل محروم من العائلة يبلغ من العمر أقل من 15 سنة و هو موضوع في وسط عائلي مؤجر بـ :[2]

- **1300 دج** / شهريا للطفل السّليم
- **1600 دج** / شهريا للطفل المعاق

[1] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن ،الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج**، المديرية العامة للميزانية ، سبتمبر 2009 ج II ، ص: 180

[2] - **القرار الوزاري المشترك المعدل و المتمم للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في22 نوفمبر 1988**

الجدول رقم (54)

تطور النفقات المخصصة لمؤسسات حماية الطفولة الوحدة 10[9]

السنـــة	مراكز إعادة التربية و الحماية	ديار حضانة الطفولة المسعفة	ديار استقبال الأطفال الأيتام	المجموع
2003	56.0	0.41	0.08	1.04
2004	0.69	0.53	0.09	1.31
2005	0.72	0.53	0.08	1.33

Source : Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005, p : 09

يلاحظ من خلال الجدول استحواذ نفقات إعادة تربية الأطفال على بقية النفقات و هذا راجع إلى كثرة الأطفال في هذه المراكز فنسبتها فاقت **53,5 %** من مجموع النفقات خلال ثم تليها ديار حضانة الطفولة المسعفة التي عرفت ارتفاعا خلال سنة 2004 لا من حيث الكم ولا من حيث المخصصات المالية إذ سجلت هذه الأخيرة معدل نمو في المتوسط يقدر بـ **39,75 %** و أما النفقات المخصصة لديار حضانة الأيتام فتأتي في مؤخرة هذه المراكز و هذا نتيجة لقلة عدد الأطفال التي تأويهم إذ تراجعت قيمة النفقات الموجهة لهذه المراكز خلال سنة2004 بمبلغ قدره**5496000 دج** أي ما يعادل نسبة **0,06 %** و في الأصل هذه النفقات لم تشكل سوى معدل نمو في المتوسط يعادل **6,69 %** سنويا .

III-3- النفقات المخصصة للمؤسسات المتخصصة :

إن حماية الطفل المعوق من حيث الخدمات الصحية و التعليمية يكفله التشريع الجزائري و السهر على ضمانها و تحسينها باستمرار داخل هذه المراكز و حسب ما نصت عليه المادة **03** من القانون **09/02** يجب ضمان التعليم الإجباري و التكوين المهني للأطفال المعوقين [1] بالإضافة على ضمان التعليم و انسجامهم الاجتماعي من خلال تمكينهم من النشاطات الرياضية و الثقافية و هذا ما يترتب على الدولة تسخير إمكانيات بشرية و مادية لضمان هذه الحقوق للطفل المعوق (أجور المستخدمين ، وسائل التعليم النشاطات الثقافية و الرياضية ، و الرحلات التي يستفيد منها الأطفال المعوقين و الحفلات،...)

[1] - loi 02-09 du 08 mai 2002 **relative à la protection et la promotion des personnes handicapées**

الجدول رقم (55)

تطور نفقات المؤسسات المتخصصة الوحدة 10^9 دج

السنوات	المبلغ	إلى الميزانية %	التغير	التغير %
2002	2.77	9.01	/	/
2003*	3.11	8.81	0.34	12.28
2004*	3.30	10.40	0.19	6.10
2005	4.06	11.02	0.76	23.02
2006	4.21	8.79	0.15	3.750
2007	4.61	7.20	0.41	9.670
2008*	7.47	14.87	2.85	61.82
2009*	7.98	9.33	0.51	6.800
2010*	8.18	8.80	0.20	2.520

المصدر : مراسيم توزيع الإعتمادات

***مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج ، المديرية العامة للميزانية.**

من خلال الجدول نلاحظ أن هذه النفقات عرفت تطورا محسوسا إذ أنها شكلت ارتفاعا يقدر **195,44 %** بعدما كانت **2,77 مليار دج** سنة 2002 أصبحت **8,18 مليار دج** و بهذا تكون قد سجلت زيادة في المتوسط خلال الفترة محل الدراسة في الجدول **15,75 %** و يمكن تفسير هذه الزيادة بارتفاع عدد الأطفال المسجلين في المؤسسات المتخصصة هذا من جهة و من جهة أخرى لغرض تغطية الأثر المالي الناتج عن إحداث مؤسسات متخصصة جديدة حيث تم استحداث**12** مؤسسة و فتح**180** منصب مالي إضافي أي معدل **15** منصب لكل مؤسسة بالإضافة إلى تحمل تكاليف إضافية لصيانة المباني و التغذية التي تصل فيها النسبة اليومية من**56 دج** إلى**61 دج** هذا سنة 2004[1].

في سنة 2009 يمكن تفسير أن هذه الزيادة راجعة إلى الأثر المالي الناجم عن تطبيق الشبكة الجديدة للأجور ، و إحداث **400** منصب مالي إضافي لفائدة هذه المؤسسات منها **305** مناصب عبارة عن منتوج التكوين و كذا **19** منصب موجّه لتدعيم المؤسسات المنشأة حديثا ، و تدعيم وسائل المصالح لهذه المؤسسات المتخصصة [2] أما الزيادة التي شاهدتها هذه النفقات خلال السنة الجارية 2010 فهي راجعة إلى إحداث **12** مؤسسة إضافية متخصصة و **05** مراكز طبية بيداغوجية للأطفال المصابين ذهنيا بولايات جيجل ، تلمسان ، بشار ، أم البواقي ، سطيف .

- مركز طبي بيداغوجي للأطفال المعاقين حركيا بولاية جيجل
- مركز طبي متعدد الخدمات لحماية الشبيبة

[1] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج** المديرية العامة للميزانية ، سبتمبر 2004 ، ج II ، ص: 210

[2] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج** المديرية العامة للميزانية ، سبتمبر 2009 ، ج II ، ص: 172

- مدرسة لصغار المكفوفين بولاية الطارف .
- 04 دور للأطفال المسعفين بولاية أم البواقي ، سعيدة ، الجلفة ، و ميلة .

كما تفسر هذه الزيادة أيضا عن الأثر الناجم عن إحداث **458** منصب مالي إضافي تحت الوصاية منها **240** منصب مالي لفائدة **12** مؤسسة متخصصة و المتوقع فتحها لسنة 2010 و كذا نفقات تسيير هذه المؤسسات ، و **193** منصب مالي عبارة عن منتوج التكوين .[1]

III-4- مراكز تكوين مؤطري المؤسساتالمتخصصة:

III-4-1- العمال الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين بقسنطينةCNFPH:

ينشأ مركز وطني لتكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين و يعتبر المركز مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية و يخضع للقوانين و التنظيمات المعمول[2] و يوضع المركز تحت وصاية الوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية [3].و يكون مقره في **قسنطينة** و يمكن نقله على أي مكان آخر من التراب الوطني بمرسوم يصدر بناءا علىاقتراح الوزير الوصي[4]

مهام المركز

تتمثل مهام المركز فيما يلي : [5]

- ✓ ضمان تكوين الأخصائيين القائمين بوظائف التعليم و التربية و إعادة التربية و المساعدة الاجتماعية و تحسين مستواهم و تجديد معارفهم في مؤسسات المعوقين الموضوعة تحت وصاية الوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية .
- ✓ تنظيم تدابير لتحسين مستوى المؤطرين التقنيين و الإداريين التابعين للمؤسسات المعنية الموضوعة تحت وصايا الوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية و تحديد معارفهم .
- ✓ المشاركة في إعداد البرامج و الطرق التربوية و كذا الوسائل التعليمية اللازمة للتنشيط و لحصص التربية و إعادة التربية المطبقة في المؤسسات و ضمان طبع البرامج المقررة ونشرها.
- ✓ المشاركة في تقييم البرامج و طرق التنشيط و التربية و إعادة التربية المطبقة في المؤسسات و ضمان طبع البرامج المقررة و نشرها.

---

[1] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج** ،المديرية العامة للميزانية ، سبتمبر 2010 ، ج II ، ص :178

[2] - المرسوم التنفيذي رقم **87-257 المؤرخ في 01 ديسمبر 1987 يتضمن إنشاء مركز وطني لتكوين الموظفين الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين**

[3] -المادة 2، **المرجع نفسه.**

[4] - المادة 3 ،**المرجع نفسه.**

[5] - المادة 5 ،**المرجع نفسه** .

✓ المشاركة في تقييم البرامج و طرق التنشيط و التربية و إعادة التربية قصد جعلها ملائمة و حديثة باستمرار .

التنظيم المالي للمركز[1]

تشمل ميزانية المؤسسة على باب الإيرادات و باب النفقات حيث تشمل الإيرادات على يلي:

✓ إعانات التسيير و التجهيز المخصصة طبقا للقوانين و التنظيم المعمول به

✓ الهبات و الوصايا الممنوحة و المقبولة طبقا للتنظيم المعمول به

✓ الإيرادات المختلفة المرتبطة بنشاط المؤسسة

و تشمل النفقات نفقات التسيير و الصيانة و كل المصاريف ال ضرورية لتحقيق أهداف المؤسسة

و يعدّ المدير مشروع ميزانية المؤسسة و يقدمه لمجلس الإدارةللمناقشة.

الجدول رقم (56)

تطور نفقات تكوين المؤطرين الأخصائيين في مؤسسات المعوقين بقسنطينة الوحدة 10^6 دج

السنوات	المبلغ	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2002	36.27	0.12	/	/
2003*	40.71	0.12	4.44	12.24
2004*	42.23	0.13	1.52	3.74
2005	48.93	0.13	6.70	15.87
2006	49.91	0.10	0.98	2.00
2007	51.41	0.08	1.50	3.00
2008*	103.71	0.21	52.30	101.73
2009*	118.01	0.14	14.30	13.79
2010*	118.01	0.13	0.00	0.00

المصدر : مراسيم توزيع الإعتمادات

***مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج ، المديرية العامة للميزانية.**

من الجدول يلاحظ ان نفقات المركز عرفت نموا يقدر بـ **225,39%** ت حيث إنتقلت من **36,27 مليون دج** سنة 2002 لتصل إلى**118,01 مليون دج** خلال سنة 2010 و هذا تكون قد سجلت معدل نمو في المتوسط يقدر **16,51 %** خلال الفترة المبينة في الجدول.

و هذه النفقات تغطي نفقات المستخدمين و نفقات تسيير المصالح لهذا المركز .

[1] المادة 24 ، **المرجع نفسه**.

III-4-2- مركز الرعاية و المساعدة الاجتماعية للطفولة المسعفة و حماية الطفولة ببير خادم : CNFPS

تتخذ مدرسة تكوين الإطارات **بالشراقة** المنشأة بالأمر رقم 68-109 المؤرخ في 08 مايو سنة 1968 تسمية «**المركز الوطني لتكوين الموظفين المتخصصين في الطفولة المسعفة و حماية الطفولة و المراهقة و المساعدة الاجتماعية**» و يعتبر المركز مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و تخضع للقوانين و التنظيمات المعمول بها [1] يوضع المركز تحت وصاية الوزير المكلف بالشؤون الاجتماعية [2] ، و يكون مقر المركز **بالشراقة** ولاية **تيبازة** و يمكن نقله إلى أي مكان آخر من التراب الوطني بمرسوم يصدر بناءا على تقرير الوزير الوصي[3].

إلا أنه و بناءا على تقرير وزير الشؤون الاجتماعية ، تم نقل المركز الوطني لتكوين الموظفين المتخصصين الموجود سابقا بالشراقة إلى المقر المتخصص في **إعادة التربية الموجود ببئر خادم** [4] و هذا بعد حل هذا الأخير بموجب المرسوم التنفيذي رقم 91-70 المؤرخ في 02 مارس 1991 المتضمن حل المركز المتخصص لإعادة التربية في**بئر خادم** و نقل الوسائل و الهياكل التابعةله.

و من مهام المركز القيام بتكوين الموظفين المتخصصين القائمين بمهام التربية و إعادة التربية في المؤسسات التابعة للوزير الوصي و المكلفة بالمحافظة على الطفولة و المراهقة و الطفولة المسعفة.

---

[1] - المادة 1 من **المرسوم التنفيذي رقم 87-258 المؤرخ في 01 ديسمبر 1987 يتضمن تغيير تسمية مدرسة تكوين الإطارات في الشراقة و إعادة تقسيمه.**

[2] - المادة 2 **المرجع نفسه.**

[3] - المادة 3 **المرجع نفسه.**

[4] - المادة 1 من **المرسوم التنفيذي رقم 91-71 المؤرخ في 02 مارس 1991 يتضمن نقل مقر المركز الوطني لتكوين الموظفين المتخصصين.**

الجدول رقم (57)

تطور نفقات تكوين الأخصائيين في الرعاية و المساعدة الاجتماعية للطفولة المسعفة و حماية الطفولة و المراهقة بهيئ خادم الوحدة 10^6 دج

السنوات	المبلغ	إلى الميزانية%	التغير	التغير%
2002	21.50	0.07	/	/
2003*	22.94	0.07	1.44	6.70
2004*	24.35	0.08	1.41	6.15
2005	28.74	0.08	4.39	18.01
2006	29.60	0.06	0.86	3.00
2007	30.49	0.05	0.89	3.00
2008*	62.79	0.13	32.30	105.95
2009*	72.07	0.08	9.28	14.78
2010*	72.07	0.08	0.00	0.00

المصدر : مراسيم توزيع الإعتمادات

***مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج ، المديرية العامة للميزانية.**

إن نفقات هذا المركز المتخصص هي الأخرى عرفت ارتفاعا يقدر بـ **235,19 %** حيث ارتفعت من **21,5 مليون دج** سنة 2002 لتصل إلى **72,07 مليون دج** و بهذا تكون قد سجلت معدل نمو متوسط **19.70%** كذلك نلاحظ من الجدول أن هذه النفقات سجلت تراجعا بحوالي **2 مليون دج** خلال سنة 2004 أي ما يعادل **8,98 %** .

III-5- حماية الأطفال الذين يعيشون تحت خط الفقر:

تحمل التجربة الجزائرية في مجال حماية الأطفال من التهميش و الإقصاءالاجتماعي و جعلهم ينعمون بكافة الحقوق و بدون تمييز الكثير من الخصوصيات في ميدان التنمية الاجتماعية عموما و الحماية الاجتماعية تحديدا ، و كان ذلك منذ نيل الاستقلال الوطني أين تبنت سياسة دعم الأسعار إذ أن هذا النظام أعطى عدة خصوصيات للنشاط الاجتماعي للدولة و هو الإجراء الذي يقضي بأن مجموعة من المواد الاستهلاكية و الغذائية ، و مجموعة من الخدمات العمومية مثل **الماء ، النقل و السكن** ليست في متناول كل الطبقات الاجتماعية مما يعي ضرورة تدعيمها حتى تسمح بإدخالها في نطاق التكاليف السوقية إلا أنه و منذ سنة 1992 تم إعادة النظر في هذه السياسة المنتهجة أين ظهرت توجهات جديدة اقتصادية أدت بالانتقال من النظام الاشتراكي إلى النظام الرأسمالي [1] و نظرا لأن تكاليف الدعم كانت مرتفعة بدأت في عملية إصلاحه و على ضوء الحاجة إلى تقليص عجز الميزانية العامة و إصلاح نظام الأسعار بما يجعلها تعكس التكلفة الحقيقية تم تقليص دعم المواد الأساسية ليقتصر فقط على **ثلاث** سلع أساسية و هي **فرينة الخبز ، الدقيق و الحليب** ، و في المقابل تم استحداث

[1] - مذكرة الحلقة الدراسية ، **المرجع السابق** ، ص: 24

ميكانزمات جديدة للحماية الاجتماعية من أجل التغلب على آثار التصحيح الهيكلي و ما نشب عنه من أوضاع اجتماعية مزرية و بهذا فقد تم تغيير طبيعة المساعدات التي كانت تقدمها الدولة من الطريقة غير المباشرة إلى الطريقة المباشرة من خلال تقديم الامتيازات و المنح مباشرة إلى الفئات التي تحتاجها فعلا و هو ما يحقق و لو درجة مقبولة من العدالة الاجتماعية رغم التكاليف التي تستهلكها في سبيل تحديد المستفيدين منها و بذلك فهي تمثل مباشرة للعائلات الفقيرة و الطبقات المحرومة دون غيرها [1] و على هذا الأساس تم خلق النظام الحالي للشبكة الاجتماعية الذي عرف ثلاث مراحل رئيسية

III-5-1- المرحلة الأولى : في جوان 1992 ثم إلغاء دعم المواد الاستهلاكية و الإبقاء على ثلاث مواد أساسية فقط هي **الخبز ، الحليب ، السميد** و في المقابل تم تأسيس آلية جديدة لدعم مداخيل الفئات الاجتماعية الأشد حرمانا مباشرة و يأخذ هذا الدعم أربع صور كالتالي :

- المنح المكملة للمنحة العائلية ICAF : و تقدم هذه المنحة للأجراء النشطين و غير النشطين المستفدين من نظام المنح العائلية ، و تقدر هذه المنحة بـ**60 دج شهريا** عن كل طفل مستفيد من المنح العائلية .

- منحة الدخل الوحيد IPSU: و تمنح لكل أجير متزوج يساوي أو يقل دخله عن **7000 دج شهريا** بشرط أن تكون الزوجة أو الزوج بدون دخل و قيمة هذه المنحة تساوي**500 دج شهريا** .

- منحة الفئات الإجتماعية بدون دخل : ICPR: و يستفيد منها الفئات الاجتماعية بدون دخل و تقدر قيمتها **120 دج شهريا** عن كل فرد في العائلة المستفيدة.

- المنحة المكملة للمعاشات: و يستفيد منها المتقاعدون و ذوي المعاشات و ريوع منظومة الضمان الاجتماعي الذين يكون دخلهم مساويا أو يقل عن **7000 دج شهريا** و هي محددة بـ**120 دج** كل شهر و نظرا لبعض النقائص الناجمة عن ضعف تشخيص المستفيدين من بعض المنح من جهة و تقليص حجم التخصيصات المالية من جهة ثانية أحدثت بعض التحولات و هذا المرحلة الثانية[2].

III-5-2- المرحلة الثانية : نظرا لعدم فعالية البرامج الأولى المتبناة و سلبياتها العديدة و التي نذكر منها على سبيل المثال :

- أن مبلغ المنحة زهيد بالنظر إلىأسعار المواد الأساسية .

[1] - مذكرة الحلقة الدراسية ، **المرجع نفسه** ، ص: 29

[3] - أحمد نعيمي ، **الوظيفة الاجتماعية للنفقات في الميزانية العامة حالة الجزائر(1963- 2007)** ، أطروحة دكتوراه الدولة في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر ، 2008/2007 ، ص: 114

- تعرضت المجالس البلدية المكلفة بتسيير هذه المنحة إلى صعوبات كثيرة في أداء هذه المهمة بسبب كثرة الوافدين على شبابيكها.
- كان الكثير من الأشخاص يتقاضون هذه المنحة رغم أن وضعيتهم لم تكن تبرر ذلك في حين أن المستحقين الفعليين كانوا لا يتقاضونها.

و بناءا على هذا قامت السلطات في **أكتوبر 1994** بتعديل هذه المنحة من حيث مضمونها و شكلها و المستفيدين منها ، حيث تم وضع منحة الدخل الوحيد **IPSU** على عاتق الهيئة المستخدمة و منحة الفئات الاجتماعية بدون دخل**ICPR** على عاتق صندوق التقاعد و المنحة المكملة للمنحة العائلية على عاتق الميزانية العامة للدولة و ثم إستبدال المنحة الموجهة للفئات الاجتماعية بدون دخل **ICSR** بالإعانات التالية :

المنحة الجزافية للتضامن AFS : يستفيد من هذه المنحة أرباب العائلات أو الأشخاص الذين يعيشون لوحدهم و بدون أي دخل و يبلغون من العمر **60 سنة** .

- أرباب العائلات كذلك أو الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم بدون دخل العاجزين عن العمل المعوقون ، الأشخاص المسنون .
- المرأة ربة العائلة بدون دخل مهما كان سنهما .
- الأشخاص فاقدي البصر .
- العاجزون و المصابون بأمراض مستعصية العلاج الذين يزيد أعمارهم عن18 سنة .
- العائلات التي على عاتقها فرد معوق واحد أو أكثر الذين ليس لهم أي مصدر للدخل و الحائزين على بطاقة معوق و تعطي هذه المنحة على كل شخص مصاب متكفل به[1]

و بلغت هذه المنحة في بداية أمرها **600 دج** في **الشهر** مع زيادة **120 دج** عن كل شخص مكفوف في حدود **3 أفراد** كحد أقصى منذ سنة 1996 و انطلاقا من سنة 2001 ارتفعت هذه المنحة إلى**1000 دج**

منحة أشغال الخدمات العامة IAIG: يستفيد من هذا التعويض الأشخاص في سن العمل و ليس لهم دخل مقابل مشاركتهم في أشغال ذات المصلحة العامة في ورشات البلديات و ثم تحديدها بـ**97 دج** في **اليوم** لتصل كحد أقصى إلى**2100 دج** في **الشهر** [2] ثم تم رفعها إلى **2800 دج** في **الشهر** إبتداءا من **أكتوبر** 1996م

و تجدر الإشارة أن أرباب العائلات و كذا الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم المستفيدين من منحة **AFS** و **IAIG** و ذويهم كلهم مؤمنين اجتماعيا بحيث تتكفل الدولة بتسديد الاشتراكات إلى الصندوق

---

[1] -Agence de développement social , **recueil des textes régissant les programmes sociaux , Geres par ADS** , P:63-64

[2] - **IBID** ; p: 67

الوطني للضمان الاجتماعي **CNAS** من طرف صندوق الدولة الموجه لدعم الفئات الاجتماعية المحرومة . و الجدول التالي سوف يوضح عدد المستفيدين من البرنامج و المبالغ المالية المرصودة لذلك.

الجدول رقم (58)

تطور عدد الأشخاص المستفيدين من تعويض أشغال الخدمات العامة

السنوات	عدد المستفيدين	عدد الورشات	المبالغ المالية(10^9)
1995	588200	31500	/
1996	283100	17200	/
1997	11400	8500	3.82
1998	129680	/	4.38
1999	134000	/	4.53
2000	130021	/	4.38
2001	136000	/	4.92
2002	168626	/	/
2003	180000	/	/
2004	183000	/	/

المصدر:دحماني محمد دريوش ،إشكالية التشغيل في الجزائر ،رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة تلمسان 2005-2006، ص: 185.

يلاحظ من الجدول تراجع عدد المستفيدين منذ سنة 1996 ، حيث قدر عددهم سنة 2001 **136000** مستفيد ،و عليه خلال الفترة الممتدة بين 1995- 2001 قدر معد ل عدد المستفيدين **216429** شخص بينما بلغ خلال الفترة مابين1997- 2000 **129000** مستفيد فقط ، في حين قدر متوسط القيمة المخصصة **4,4 مليار دج سنويا** و هذا ما يعادل مبلغ **3400 دج للفرد الواحد** و يمكن تفسير سبب هذا الانخفاض إلى تقليل في عدد الورشات من جهة ، ومن جهة أخرى نتيجة تطهير قوائم المستفيدين التي كانت تظم أشخاصا غير شرعي ين ، لكن مع بداية سنة 2002 بد أ عدد المستفيدين يعرف تحسنا

III-5-3- المرحلة الثالثة : كانت الشبكة الاجتماعية في الأول موكلة إلى خلية مؤقتة على مستوى وزارة العمل و الحماية الاجتماعية آنذاك و إبتداءا من **يناير 1997 م** ، أصبحت وكالة التنمية الاجتماعية **ADS** هي المسؤولة عن تسيير هذا البرنامج الاجتماعي الطموح كما أسندت إلى هذه الوكالة عملية تسيير القرض المسمى –**AL 4006** * و الذي كان يقتضي الانطلاق في تنفيذ البرامج التالية :

*-القرض (AL 4006) هو عبارة عن قرض من البنك العالمي ، و قد سمح لوكالة التنمية الاجتماعية بإجراء عملية تكوين لمختلف المتدخلين في تسيير الشبكة الاجتماعية إبتداءا من جوان 2000 و قد فاق عددهم الألف

أشغال النفع العام ذات الكثافة العمالية المرتفعة[1] TUP-HIMO:

أنشئ هذا الجهاز سنة1997 و يهدف إلى المعالجة الاقتصادية للبطالة خاصة ببطالة الشباب و الذين لا يتوفرون على أي تأهيل خاص ، و المساعدة الاجتماعية لفئات المجتمع المحرومة، و يتميز هذا الجهاز بنشاطات بسيطة لا تستدعي مستوى عالي من التقنية و كان يرمي إلى خلق عدد كبير من مناصب الشغل المؤقتة من خلال تنظيم ورشات عمل ،و تخص العناية بالطرقات و الريو المحافظة على البيئة و الغابات.

حيث قام البنك الدولي بتمويل هذا البرنامج خلال الفترة الممتدة بين1997-2000 من خلال قرض خارجي بقيمة **50 مليون دولار** لفائدة**3846** ورشة موزعة حسب القطاعات التالية:

* الأشغال العمومية (الطرقات) بنسبة**42 %**
* الزراعة (الري) بنسبة**30%**
* منشآت الري الصغرى بنسبة**24,3 %**
* العمران و أشغال التهيئة بنسبة**3,5%**

برامج التنمية الجماعية (projets de développement communautaire):

أنشئ هذا البرنامج سنة 1998 لإنشاء من اصب شغل ،و تحسين ظروف معيشة السكان القاطنين في مناطق غير مجهزة من خلال ترقية مشاريع صغيرة للمنشآت القاعدية . و يتم إنجاز هذه المشاريع بتعاون المستفيدين في إطار منظم يدعى**" جماعة "** من تأطير البلدية .

يشارك المستفيدين من النشاط الجماعي بطريقة فعلية في اختيار المشاريع ،و كذلك في تكلفة المشروع بنسبة تتراوح بين **20** و **25** من الكلفة الإجمالية للمشروع في شكل إعانات مالية شخصية ،و مواد البناء و اليد العاملة و يمكن تلخيص نتائج تطبيق هذا البرنامج و فق الجدول التالي:

1- دحماني محمد دريوش ، **إشكالية التشغيل في الجزائر** ،رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة تلمسان 2005-2006، ص: 186.

الجدول رقم (59)

تطبيق برامج التنمية الجماعية

	عدد المشاريع	حصة وكالة التنمية الاجتماعية	حصة المستفيد	المجمـــــوع	تكلفة المشروع	عدد مناصب الشغل المنشأة	تكلفة المنصب
المرحلة I 98-00	116	174946585	28057887	203004472	175039	790	256968
المرحلة II جويلية 01	91	285225000	88775000	374000000	4109890	2600	143846
المجمـــوع	207	460171585	568332887	557004472	2787461	3390	164308

المصدر: وكالة التنمية الاجتماعية ، فيفري 2002، نقلا عن ،دحماني محمد دريوش ،إشكالية التشغيل في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان ، 2005-2006، ص 190.

خلال المرحلة الأولى تم إنجاز **116** مشروع بغلاف مالي قدره **0,20 مليار دج** منها **0,17 مليار** دج أي ما يعادل **86%** من تمويل وكالة التنمية الاجتماعية و هذا ما أدى إلى خلق **790** منصب شغل من بينها **95** منصب دائم .أما خلال المرحلة الثانية فتم إنجاز **91** مشروع بتكلفة إجمالية قدرت بـ**0,37 مليار دج** منها **0,29مليار دج** أي ما يعادل **76%** من تمويل وكالة التنمية الاجتماعية و خلال هذه المرحلة تم خلق **2600** منصب شغل منها **540** منصب دائم .

- تأسيس و تجهيز الخلايا الجوارية **CDP**
- ثم تلتها برامج أخرى أسندت لوكالة التنمية الاجتماعية في عامي 1998-1999 و هي برامج عقود ما قبل التشغيل و برنامج القروض المصغرة و من أجل تحسين فعالية الشبكة الاجتماعية قامت الوكالة بالمبادرات التالية :

- استفادة المعنيين بمنحهم كل شهر و ذلك إبتداءا من يناير1997 م
- تدعيم وسائل التسيير المتوفرة لدى المتدخلين المحليين في برامج الشبكة الاجتماعية)تعيين تقنيين سامين في الإعلام الآلي على مستوى البلديات، دورات تكوين،..)
- عملية تطهير قوائم الشبكة الاجتماعية من المستفيدين غير الشرعيين[1]

III-6- ميزانية التجهيز لقطاع التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج:

إن ميزانية التجهيز للقطاع تتكون من القطاعات الفرعية المتمثلة في الحماية الاجتماعية التكوين التربية ، المنشآت القاعدية الإدارية و المعلوماتية فخلال سنة2001 ثم تخصيص ما قيمته **0,77 مليار دج** منها **0,52 مليار دج** في إطار برنامج الإنعاش الاقتصادي في حين بلغت إعتمادات الدفع **0,37 مليار دج** منها ما قيمته **0,27مليار دج** لبرنامج الانتعاش الاقتصادي ، أما خلال سنة 2002 فتم تخصيص خلاف مالي قدره **1,92 مليار دج** منها **0,5 مليار دج** في إطار برنامج الإنعاش

[1] - أحمد نعيمي ، **المرجع السابق** ، ص :115-116

الاقتصادي أما إعتمادات الدفع بلغت **1,10 مليار دج** منها **0,41 مليار دج** لبرنامج الإنعاش الاقتصادي، و أما خلال سنة 2003 ثم تخصيص **1,01 مليار دج** للبرنامج العادي و ما قيمته **0,99 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي ، في حين بلغت إعتمادات الدفع **1,11مليار دج** للبرنامج العادي و **0,92 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي و في سنة 2004 تم تخصيص **1,69 مليار دج** كرخص برامج عادية و **0,95 مليار دج** في إطار برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي كما بلغت إعتمادات الدفع العادية **1,97 مليار دج** أما في إطار برنام ج دعم الإنعاش الاقتصادي بلغت **1,22مليار دج** .

أما في إطار البرنامج التكميلي لدعم النمو فتم تخصيص غلاف مالي خلال الفترة 2005-2009 قدره **21,25 مليار دج** كرخص برامج أما إعتمادات الدفع فكانت **16,59 مليار دج** و في سنة 2009 تم تخصيص **3,43 مليار دج** من برنامج التكميلي لدعم النمو ، و **0,10 مليار دج** عن طريق البرنامج الخاص بمناطق الجنوب و **0,24 مليار دج** في إطار البرنامج الخاص بالهضاب العليا و بهذا يكون القطاع قد خصص له غلاف مالي قدره **3,77 مليار دج** ، أما إعتمادات الدفع فكانت مقدرة بـ **4,49 مليار دج** منها 3,87 مليار دج للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **0,23 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب و **0,39 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا و خلال سنة2010 بلغت رخص البرامج **2,72 مليار دج** للبرنامج العادي و **1,13 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو ، و **0,01 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب ، و**0,08 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا ، أما إعتمادات الدفع فبلغت **3,31 مليار دج** منها **0,23 مليار دج** كبرنامج عادي ، و **2,99 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **0,01 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب ، و**0,08 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا . و بناءا على ذلك سوف يوضح الجدول بعض البرامج المقترحة للطفولة من ميزانية التجهيز المخصصة للقطاع خلال السنوات المعنية.

الجدول رقم (60)

البرامج المقترحة في إطار ميزانية التجهيز للطفولة لقطاع التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج

الوحدة 10^9دج

سنوات	عناوين المشاريع	رخص البرامج
2003	إعادة تأهيل مؤسسات متخصصة	62.0
	تهيئة و إصلاح 09 مدارس لصغار المكفوفين EJA, و مدارس لصغار الصم EJS	0.05
	تجهيز 06 مدارس لصغار المكفوفين EJA و مدارس لصغار الصم EJS	0.03
	اقتناء تجهيزات مسماعية ، و مكتبات سمعية ل 30 مدرسة صغار الصم ، و16 مدرسة لصغار المكفوفين	0.03
	اقتناء تجهيزات معلوماتية ملائمة لمؤسسات صغار المكفوفين	0.05
	دراسات لإنجاز 05 مؤسسات متخصصة	0.01
	اقتناء تجهيزات لمؤسسات متخصصة	0.12
	تكميل مركزين بيداغوجيين نفسيين و مركز متخصص في إعادة التربية	0.02
	إنجاز داخلية لصغار الصم بتيبازة	0.02
	تجهيز 07 مدارس لصغار المكفوفين EJA و مدارس لصغار الصم EJS	0.05
	تهيئة و توسيع 16 مدرسة لصغار المكفوفين EJA و مدارس لصغار الصم EJS	0.10
2004	تهيئة مؤسسات متخصصة	0.34
	تهيئة ، توسيع و تجهيز 09 مدارس لصغار الصم و صغار المكفوفين و مركز وطني للتكوين الخاص CNFPS	0.10
	إنجاز ملحقة مدرسة لصغار الصم بسطيف	0.01
	إنجاز مطعم بمدرسة لصغار الصم في وهران	0.01
	إنجاز مسكنين بمدرسة لصغار الصم بحجاج ولاية مستغانم	0.00
	بناء خزان ماء بمدرسة لصغار الصم ببسكرة	0.00
	إنجاز 14 مؤسسة متخصصة	0.61
	إنجاز 05 مدارس لصغار المكفوفين و صغار الصم	0.23
	تجهيز 06 مدارس لصغار المكفوفين EJA و مدارس لصغار الصم EJS	0.05
	توسيع مدرستين لصغار المكفوفين و صغار الصم	0.02
	تهيئة و ترميم و تجهيز مدرستين للصغار المكفوفين و صغار الصم	0.02
	إنجاز جناح سكنات لمدرسة صغار الصم ببراقي ، و داخلية ، قاعة متعددة الأنشطة بمدرسة صغار المكفوفين	0.04
2009	تجهيز مختلف المؤسسات	0.20
	مختلف الأشغال الخاصة بتهيئة هياكل الحماية الاجتماعية	0.80
	تجهيز داخليات و أثاث لفائدة ملحقة المركز الوطني لتكوين العمال المتخصصين بسعيدة	0.01
2010	دراسة وإنجاز و تجهيز مركزين صحيين بيداغوجيين للأطفال القصرين عقليا CNPEIM	0.16
	إعادة تأهيل، تهيئة و تجهيز و تحسين مستو ى المؤسسات المتخصصة	0.08
	تهيئة و تجهيز المركز الوطني لتكوين الموظفين المختصين لمؤسسات المعوقين CNFPH	0.04
	إعادة تأهيل و تجهيز مؤسسات صغار الصم و البكم و صغار المكفوفين	0.06
	تجهيز هيأتين جديدتين لمؤسسات صغار الصم و البكم و صغار المكفوفين	0.02

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ،الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج ، لسنوات 2003 ،2004، 2009 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

خلال سنة 2003 تم تخصيص **0,71 مليار دج** كبرنامج غير ممركز لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي و **0,07 مليار دج** كبرنامج عادي مركزي و **0,32 مليار دج** كبرنامج غير ممركز و في

سنة 2004 كانت كل البرامج المقترحة لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي هي برامج غير ممركزة بقيمة **0,95 مليار دج** كذلك البرنامج العادي كانت البرامج المقترحة هي غير ممركزة بمبلغ قدره **0,95 مليار دج** و تم إعادة تقييم إنجاز مدرسة صغار المكفوفين و مدرسة صغار الصم ببلدية سراست بغلاف مالي يقدر بـ **0,02 مليار دج** ، و في سنة 2010 كانت قيمة المبالغ المركزية **0,04 مليار دج** في حين بلغت قيمة المبالغ غير الممركزة **0,32 مليار دج**.

IV- نفقـــات قطاع الصحـــة:

يساهم الإنفاق العام على الخدمات الصحية بصورة مباشرة في تحسين الحالة الصحية للفرد من خلال تقديم الخدمات الصحية العلاجية، و الخدمات الصحية الوقائية ويعتبر الإنفاق العام على الصحة أحد مكونات الإنفاق الاجتماعي بالإضافة إلى أنه يعتبر أحد مكونات الإنفاق العام على الخدمات الصحية و يقصد به مخصصات الموازنة العامة للدولة للخدمات الصحية ، وستخدم تلك المخصصات لتقديم خدمات صحية مجانية أو شبه مجانية و تكون متاحة لجميع السكان و بدون أي تمييز أو استثناءات وتتنوع مخصصات الإنفاق العام على الخدمات الصحية [1] بنوعين نفقات التسيير ونفقات التجهيز.

الجدول رقم (61)

تطور نفقات الصحة و نصيب الفرد منها الوحدة 10^9 دج

السنوات	نفقات الصحة	PIB*	التغير	التغير%	الميزانية %	PIB إلى%	نصيب الفرد
2000	21.76	4123.51	/	/	2.250	0.53	0.72
2001	38.32	4227.11	16.57	14,76	4.580	0.91	1.24
2002	49.12	4522.77	10.79	16,28	4.660	1.09	1.57
2003	55.43	5252.32	6.310	12.85	5.050	1.06	1.74
2004	63.77	6150.45	8.340	15.05	5.310	1.04	1.97
2005	62.46	7563.61	1.310-	-2.05	5.210	0.83	1.90
2006	70.32	8520.56	7.850	12.57	5.480	0.83	2.10
2007	93.55	9306.24	23.24	33.05	09.30	1.01	2.74
2008	129.20	10993.80	35.65	38.10	9.270	1.18	3.81
2009	178.32	/	49.12	38.02	09.60	/	/
2010	195.01	/	16.69	9.360	/	/	/

المصدر: مراسيم توزيع الإعتمادات لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من سنة2000 إلى سنة 2010 .

*** التقرير العربي الموحد ، صندوق النقد العربي، 2009 ، ص265.**

لقد عرفت ميزانية القطاع نموا سنويا متوسطا **26,13 %** خلال عشرية كاملة حيث ارتفعت من **21,76 مليار دج** سنة 2000 لترتفع إلى **195,01 مليار دج** أي بمعدل نمو هائل يقدر **896,28 %** و بالنسبة إلى نفقات الصحة بالمقارنة مع **PIB** سجلت منوا إيجابيا إذ ارتفعت من **0,53%** سنة 2000 إلى **1,18%** و هذا راجع إلى الارتفاع في مستوى الناتج الداخلي الخام الناتج عن ارتفاع

[1] - د طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية** ،مكتبة القدس للنشر،2006 , ص 327، 328.

عوائد الصادرات النفطية التي ساهمت في ارتفاع الموازنة العامة بالجزائر هذا من جهة ومن جهة أخرى من العوامل التي أدت الزيادة في النفقات الصحية نتيجة للطلب الضخم على الخدمات الصحية ،و التزايد المستمر للسكان ، وما يمكننا ملاحظته من الجدول هو ارتفاع في مستوى نصيب الفرد من نفقات الصحة حيث انتقل من**0,72مليون دج** للفرد إلى **3.81 مليون دج** و يعتبر مقياس نصيب الفرد من الإنفاق الصحي مؤشرا جيدا للحكم على الحالة الصحية للمجتمع.

و تجدر الإشارة بأن التعداد الميزاني للإدارة المركزية قد عرف انخفاضا ب **42** منصب مالي ، و هذا نتيجة لتحويل الوصاية للوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة من وزارة الصحة إلى وزارة التضامن الوطني ، الأسرة و الجالية الوطنية بالخارج.[1] و في نفس السنة تم تخصيص غلاف مالي بقيمة **0,21 مليار دج** للتكفل بنفقات تنظيم المحاضرات ، و الملتقيات و التي خصصت لمواضيع تتعلق بالأسرة و الطفل و المزمع تنظيمها مع مصالح الوزيرة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة.[2]

IV-1- نفقات تسيير الهياكل القاعدية:

الإنفاق على تسيير الهياكل الصحية القاعدية الخاصة بقطاع الصحة العمومية عرف نموا هاما و خاصة خلال السنوات الأخيرة حيث سجل معدل نمو خلال سنة 2010 يقدر ب **5,47 %** ،و مردّ هذه الزيادة يعود إلى تزايد احتياجات الهياكل القاعدية لهذا القطاع بمختلف أنواعها و اختصاصاتها إلا أن الهياكل الفاعلة و التي تعرف تنامي في نشاطها و إنفاقها بالخصوص القطاعات الصحية باعتبارها الخلية الأساسية في العمل الطبي و الوقائي .

و لإعطاء صورة أوضح عن زيادة الإنفاق الصحي على مستوى الهياكل الصحية يمكن الاستعانة بالجدول التالي :

[1] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات**، المديرية العامة للميزانية، ج 2 ،2009 ص: 257.

[2] المرجع نفسه، ص: 260.

الجدول رقم (62)

تطور نفقات المؤسسات الصحية " المراكز الاستشفائية الجامعية ، القطاعات الصحية ، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة " **الوحدة: 10^9دج**

البيان	2002	2003	2004	2005	2008	2009	2010
نفقات الموظفين	46,53	52.09	54.04	56.00	94.24	195.07	118.35
نفقات التكوين	61,1	1.91	2.18	2.28	5.30	8.00	8.55
التغذية	1.20	1.35	1.83	1.81	5.61	6.53	7.10
أدوية و منتوجات طبية	11.02	15.50	16.50	18.50	39.49	44.50	49.27
نفقات الوقاية	1.56	2.43	2.61	2.73	5.19	8.00	8.20
الأدوات و المعدات الطبية	2.59	3.30	3.78	4.07	9.00	10.00	10.50
صيانة المباني الصحية	1.49	2.30	2.73	3.00	7.00	8.50	8.93
نفقات التسيير الأخرى	2.69	4.44	4.50	6.04	10.69	12.82	13.75
الخدمات الاجتماعية	0.77	0.86	1.04	1.23	1.72	1.81	2.36
نفقات البحث الطبي	0.02	0.04	0.04	0.05	0.05	0.05	0.05
المجموع	69.49	84.22	89.24	95.70	178.28	215.28	227.05

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات لسنوات 2002، 2003، 2004، 2005، 2008، 2009، 2010 ، المديرية العامة للميزانية.

إن الملاحظة الأولية التي يكشف عنها الجدول الرقمي هو استحواذ النفقات الخاصة بالموظفين في جميع السنوات ، ثم تليها نفقات الأدوية و المنتوجات الطبية حيث احتلوا نسبة **52,12 %** و **21,70%** على الترتيب سنة 2010 ، و بهذا يكونوا قد سجلوا معدل نمو خلال نفس السنة ب**2,85%** و**10,71 %** على التوالي و يمكن تفسير هذه الزيادة الحاصلة على مستوى إنفاق الهياكل الصحية و على مدار السنوات المبينة فيالجدول أعلاه كما يلي :

<u>الموظفون:</u>

إن الارتفاع المسجل خلال سنة2003 قدر بنسبة**1%** راجع إلى ترقية المستخدمين،و توظيف **600** منصب مالي شاغر لأطباء مختصين ، و في سنة 2004 قدرت ب**3,75%**كان فضلا عن هذين السببين تخصيص مبلغ بقيمة**0,85 مليار دج** لتسوية المستحقات فيما يخص المستخدمين، و في سنة 2005 كانت الزيادة ب **3,63 %** و هذا راجع للتكفل بالأثر المالي الناجم عن رفع الحد الأدنى للأجور. أما في سنة 2009 فكانت الزيادة بنسبة **20 %** لغرض التكفل بالشبكة الجديدة للأجور التي دخلت حيز التنفيذ و إعادة تقييم النقطة الاستدلالية و كذا إنشاء المنحة الجزافية التعويضية بالإضافة إلى التكفل بالمناصب المالية المفتوحة خلال سنة 2008 ، زيادة على ذلك تم فتح **11024** منصب ميزاني موجه للمؤسسات الصحية ، و في سنة 2010 قدرت الزيادة بـ **2,85 %** فكان اعتماد هذه السنة موجه للتكفل بالأثر المالي الناجم عن فتح**13158** منصب ميزاني موجه للمؤسسات الصحية

نفقات التغذية:

تتعلق هذه النفقات بتغذية المرضى فعرف هذا البند زيادة سنة 2003 قدرت بـ **12,58%** و قدرت قيمة اليوم الواحد للتغذية **85 دج** و هذا حسب قيمة شغل الأسرة بقيمة **70 %** ،و في سنة 2004 عرفت نموا ب **35 %** لنفس السبب إلا أنه تم تقدير القيمة اليومية للتغذية بـ**100 دج** و كذا تم تخصيص مبلغ **0,28مليار دج** لتسديد المستحقات، و في سنة 2005 تراجعت بـ**0,28%** و تم تحديد قيمة التغذية بـ **110 دج**، أما خلال سنة 2009 ارتفعت ب **48,69 %** و كانت هذه الزيادة موجهة لتغذية المرضى على أساس قيمة اليوم الواحد للتغذية الذي حدد بـ**300 دج** و قد تم احتساب هذه القيمة على اعتبار أن نسبة امتلاء الأسرة **75 %** من مجموع **65000 سرير** ،و كذا للتكفل بتغذية المستخدمين المكلفين بالمناوبة ، و المتبرعين بالدم ، المرضى المصابين بالأمراض العقلية و المصابين بالعجز الكلوي و مرافقي المرضى ، و في سنة 2010 قدرت الزيادة **8,79 %** في حين تم تحديد قيمة التغذية اليومية**300 دج** للفرد .

نفقات الأدوية :

إن النفقات المخصصة للأدوية للقطاعات الصحية عفرت ارتفاعا واضحا فبعدما كانت تبلغ **15,85%** سنة 2000 أصبحت **20,70 %** خلال سنة 2010 و بهذا عرفت هذه النفقات نسبة نمو سنوية في المتوسط**19,51%** ،و هذا راجع إلى عملية الإستراد الواسع للأدوية ، بالإضافة إلى الزيادة في عدد مستخدمي الصحة باعتبارهم المتسببون الرئيسيون في تزايد النفقات الصحية هذا من جهة و من جهة أخرى توسيع شبكات توزيع العلاج و الدواء ، ونقص الهياكل الإنتاجية التي تغطي نسبة قليلة فقط من الاستهلاك الوطني و زيادة على ما تم ذكره هناك نقائص أيضا تمثل في التسيير و التنظيم عدم البرمجة و التخطيط في المشتريات ، التأخر في الاستجابة للطلبيات و تكون التفصيلات حسب السنوات كالآتي:

في سنة 2003 ارتفعت بـ**30,73%** كما تم تخصيص ما قيمته **1,10 مليار دج** لتسوية المستحقات المتعلقة بالأدوية ،و في سنة 2004 بلغت نسبة الزيادة **6,45 %** مع إعادة تسجيل نفس المبلغ لتسوية النفقات المتعلقة بالأدوية ، أما في سنة 2005 ارتفعت بـ **12,12%** كما تم تخصيص كذلك مبلغ بقيمة **1,41 مليار دج** للتسوية النهائية للمستحقات المتعلقة بالأدوية ، في حين قدرت نسب الزيادة لسنتي 2009 و 2010 **13%** و **10,71 %** على الترتيب للتكفل بالأمراض التالية:

- زرع الكلى **40** حالة إضافية متوقعة لسنة2009 و **50** حالة إضافية متوقعة لسنة 2010
- زرع القرنية**100** حالة إضافية متوقعة لكلا السنتين.
- زرع الكبد **20** عملية إضافية متوقعة لكلا السنتين.
- جراحة القلب**100** عملية متوقعة إضافية لكلا السنتين.

- جراحة القلب للأطفال **300** حالة متوقعة إضافية لسنة2009و **200** عملية جراحية إضافية متوقعة لسنة 2010.

- أمراض الصم **80** حالة إضافية متوقعة لسنة2009 و **100** حالة إضافية متوقعة لسنة2010.

- أمراض اليتيمة **30** حالية إضافية متوقعة لكلا السنتين.

- أمراض التهاب الكبد الفيروسي **B et C 100** حالة إضافية متوقعة لكلا السنتين .

- أمراض و راثية للأطفال **PCU 160** عملية جراحية إضافية متوقعة لسنة2009.

- أمراض سكوليوز**100** عملية جراحية إضافية متوقعة لسنة2009 و **80** عملية متوقعة في2010.

و تم مؤخرا وضع قائمة للأدوية ممنوعة الاستيراد تحوي على **50** منتوجا ذا تسمية دولية مشتركة وذلك طبقا للقرار الوزاري المؤرخ في 30 نوفمبر 2008 المتعلق بمنع استيراد المنتوجات الصيدلانية والأجهزة الطبية الموجهة لطب الأسنان والتي تصنع في الجزائر.

وقد سمح هذا المنع باقتصاد **200 مليون دولار** في فاتورة الأدوية المستوردة، إذ بلغت واردات الجزائر من الأدوية **1,85 مليار دولار** سنة 2008 مقابل **1,44 مليار دولار** سنة 2007، مشكلة ارتفاعا بحوالي **28%** من فاتورة 2008.

ومن أجل ضمان السير الحسن للقطاع الصحي، اتخذت الدولة عدة تدابير تهدف إلى :

- حماية صحة الأم والطفل عن طريق توسيع البرامج في هذا المجال.
- مواصلة مكافحة الأمراض المعدية، من خلال برامج النشاط الصحي التي وضعتها الدولة وتكفلت بها.
- التقييم الحقيقي لحجم الأمراض المزمنة، من أجل ضمان تكفل أحسن.

تعزيز قدرات استيعاب مصالح الصحة العمومية

<u>نفقات الوقاية:</u>

ارتفعت هذه النفقات بمعدل سنوي**3,02%** و تفسر هذه الزيادة بشراء اللقاح ، و مواد أخرى و لوازم متعددة ضرورية للعمليات الخاصة بالوقاية، ففي سنة 2003 ارتفعت ب**43,11 %** كما تم تخصيص مبلغ **0,20 مليار دج** لتسوية المستحقات فيما يتعلق بالوقاية ، و في سنة 2004 قدر معدل الزيادة **7,16 %** منه **0,20 مليار دج** لشراء اللقاء و مواد أخرى خاصة بالوقاية ، و ما قيمته **0,75 مليار دج** لتسوية المستحقات الخاصة بالوقاية ، أما خلال سنة 2005 ارتفعت بـ**4,65 %** منه **0,30 مليار دج** لشراء اللقاح و كل المستلزمات الخاصة بالوقاية ، و تم حذف مبلغ بقيمة **0,75 مليار دج** بعد تسوية المستحقات المتعلقة بالوقاية للسنة الماضية ، أما في سنة 2009 قدرت الزيادة بنسبة **55 %** و تعد أكبر السنوات من حيث تخصيصات الوقاية إذ بلغت نسبتها **3,72** من ميزانية تسيير الهياكل الصحية و تفسر هذه الزيادة أساسا باقتناء الحقن ، و التطعيمات و مواد أخرى و لوازم ضرورية

لمتابعة البرنامج الموسع للتطعيم و كذا العمليات الخاصة بالوقاية. لا سيما لوضع حيز التنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من آفة **سونوز** و أمراض **السيدا** و آفة **السل** هذا من جهة من جهة و من جهة أخرى تم تخصيص اعتماد إضافي بقيمة **0,85 مليار دج** موجه للتكفل بالبرنامج الوطني الجديد لتلقيح الأطفال و لذي يسمى ب **هيموفيليس أفليونزا B ضد الحمى القلاعية و الأمراض الرئوية** ، اعتماد إضافي تم تخصيصه بقيمة **0,45 مليار دج** للتحكم في النمو الديموغرافي بنشاط خاص يتعلق باقتناء وسائل منع الحمل ، اعتماد ،إضافي تم إقراره بقيمة **0,5 مليار دج** للتكفل بالحصص الأولية للمواد و الحقن موجهة لتجسيد برنامج الوقاية على مستوى مؤسسات الصحة الجديدة المزمع استلامها سنة 2009.

و في سنة 2010 كانت نسبة الزيادة **5%** ترجع أساسا لاقتناء الحقن و الأمصال و مواد أخرى و مستلزمات ضرورية لمواجهة أي عدوى محتملة.

<u>نفقات التسيير الأخرى:</u>

هذه النفقات موجهة للتكفل بأبواب النفقات المتعلقة بالأدوات و الأثاث ، التكاليف الملحقة الألبسة ، حضيرة السيارات ، اللوازم ، تسديد النفقات.عرف هذا البند معدل نمو سنوي يقدر **5,5 %** قدرت الزيادة السنوية لسنة 2009 ب17**%** خصصت للنفقات التالية مبلغ بقيمة**0,71 مليار دج** لشراء الأفرشة و الأغطية و نظافة المؤسسات الصحية الموجودة ، و مبلغ مالي بقيمة **0,06 مليار دج** موجه إلى الهياكل الجديدة ، في حين تم تخصيص ما قيمته **0,5 مليار دج** موجه للنفقات المتعلقة بالنفقات الملحقة " الماء، الهاتف ، الغاز ،الكهرباء، التوثيق ،... " ، و في سنة 2010 ارتفع بنسبة**7,20%** تم تفسيرها أساسا إلى الأغراض التالية مبلغ بقيمة **0,19 مليار دج** موجه لشراء الأفرشة و الأغطية للمؤسسات الصحية الموجودة ، و **0,29 مليون دج** موجه للهياكل الجديدة ، كما تم تخصيص ما قيمته **0,44 مليار دج** لتغطية نفقات التكاليف الملحقة .

IV-2- تطور مستخدمي الصحة:

كما جاء في الجدول السابق الذكر هو استحواذ نفقات المستخدمين على ميزانية القطاعات الصحية و هذا راجع إلى التزايد المستمر لموظفي السلك الصحي من سنة إلى أخرى و هذه الفئة من المستخدمين تنقسم إلى أطباء عامون ، وأطباء أخصائيون و هذا حسب ما يوضحهم الجدولين التاليين :

الجدول رقم (63)

تطور عدد عمال السلك الطبي

البيان	2000	2001	2002	2003	2004	*2005	2006
أطباء	32332	33654	35368	36347	37720	32009	39459
جراحو الأسنان	8197	8408	8618	8842	8842	9277	9684
الصيادلة	4814	4976	5198	5705	6082	6567	7267
تقنيون سامون	47742	48755	51768	53348	55127	/	57510
تقنيون سامون	28027	2665	25752	24836	24050	/	22640
مساعدون في السلك الشبه الطبي	11243	10443	10051	9607	9322	/	9818

Source : office national des statistiques

*** CNES 2008 P :96**

الجدول رقم (64)

تطور عدد عمال السلك الطبي حسب قطاع النشاط

البيان		2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2006
أطباء		32332	33654	35368	36347	37720	32009	39459
القطاع	العمومي	22007	22878	23967	24883	25738	19659	26970
	الخاص	10325	10776	11401	11464	11982	12350	12489
جراحو الأسنان		8197	8408	8618	8842	8842	9277	9684
القطاع	العمومي	4851	4828	4871	4847	4885	4805	4956
	الخاص	3346	3580	3747	3804	3987	4472	4728
الصيادلة		4814	4976	5198	5705	6082	6567	7267
القطاع	العمومي	227	198	203	203	222	262	258
	الخاص	4587	4778	4995	5502	5860	6305	7009

Source : office national des statistiques

*** CNES 2008 P :96**

ما يمكن ملاحظته من الجدول الرقمي هو التطور في عدد عمال السلك الطبي من سنة إلى أخرى و هذا ما أدى إلى تحسين الوضعية الصحية للمواطن الجزائري وتجسد ذلك من خلال النقص في عدد الوفيات و الزيادة في العمر المتوقع عند الميلاد ، حيث عرف عدد عمال السلك الطبي "الأطباء الصيادلة جراحو الأسنان." معدل نمو سنوي متوسط **%3,43** خلال السنوات محل الدراسة في الجدول في حين عرف عمال السلك شبه الطبي زيادة سنوية في المتوسط**0.57%** ، و بهذا يكون قد عرف الجهاز الطبي تطورا قرابة نسبة **70%** في الهيئات العمومية خلال العشرية ، إذ انتقل من

21.000 طبيب ممارس (منهم **4000** أخصائي) سنة 1999 إلى **35.000** طبيب ممارس (منهم **13000** أخصائي) سنة 2007.

أما على أساس التوزيع الجغرافي تعتبر منطقة الجنوب الأقل من حيث الموظفين بالمقارنة مع بقة المناطق إذ بلغ عددهم **738** طبيب، و**160** جراح أسنان، و**160** صيدلي ، بالإضافة إلى قلة القطاع الخاص في ذات المنطقة في حين تتراوح هذه القيمة في باقي المناطق بين **2847** و **11550** طبيب و بين **512** و **3422** جراح أسنان ، و بين **280** و **2231** صيدلي .

IV- 3- التغطية الصحية:

يعتبر مؤشر عدد السكان لكل طبيب من بين المؤشرات الهامة للحكم عن الوضع الصحي لأي بلد إلا أن هذا المؤشر و إن كان يقترب من مثيله في دولة ما، فهذا لا يعني أن الرعاية الصحية هي الأخرى تقترب ، لأن مستوى التأهيل و التعليم الطبي للعمال يتغير من دولة إلى أخرى ، بالإضافة إلى مستوى التجهيزات الطبية المساندة لعمل الطبيب

الجدول رقم (65)

تطور التغطية الصحية في الجزائر

عدد السكان لكل:	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
طبيب	941	918	887	876	858	1027	849
جراح أسنان	3711	3673	3639	3681	3660	3546	3547
صيدلي	6318	6206	6033	5582	5321	5010	4607
تقني سامي	637	633	606	597	587	/	582
تفني	1085	1158	1218	1282	1346	/	1479
مساعد في الصحة	2705	1957	3120	3315	3472	/	3410

Source : office national des statistiques

*** CNES 2008 P :96**

بناءا على هذه الأرقام المبينة يلاحظ أن هناك إنخفاظ في عدد الأطباء لكل مريض إلا أنه و في المقابل لا زال القطاع الصحي في الجزائر يعاني من نقص في عمال السلك شبه الطبي الذي يتعين استدراكه حيث بلغت عدد مدارس شبه الطبي **35** مدرسة لسنة 2007 [1] و تستفيد هذه المدارس من إعانة مالية من ميزانية التسيير لوزارة الصحة بلغت قيمتها **0,11 مليون دج** سنة 2010 [2]

[1] - جمعة الطيب ، **المرجع السابق** ، ص 99

[2] - **مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات**، المديرية العامة للميزانية ، ج 2 ، 2010 ص: 281

أما من حيث المناطق الجغرافية فتبقى دائما منطقة الجنوب تعاني من نقص في التغطية الصحية رغم تطور موظفي السلك الطبي هناك خلال السنوات الأخيرة حيث يقدر معدل السكان للأطباء**2109** فرد و **9731** لكل جراح أسنان ، و**9731** لكل صيدلي.[1]

IV- 4- تطور النسيج الصحي القاعدي :

السياسة الوطنية للصحة في الجزائر عرفت تطورا مهما خلال السنوات الأخيرة و هذا راجع إلى رغبة السلطات العمومية لضمان تغطية صحية متساوية للجميع بقدر الإمكان عبر كافة التراب الوطني[2] و من أجل بلوغ هذا الهدف تمت مراقبة الصحة بجهود ضخمة من الاستثمارات ، بغية توسيع و تدعيم الهياكل الصحية من أجل تكفّل أحسن للمريض ، و مما لاشك فيه إنه مع تزايد هذه الهياكل و تطورها يؤدي لا محالة إلى تزايد الإنفاق العام الموجه لضمان سير هذه الهياكل الجديدة من متطلبات بشرية و مالية ، و عليه فسوف يوضح الجدول التالي تطور هذه الهياكل

الجدول رقم (66)

تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر

البيان	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	العدد	الأسرّة	العدد	الأسرّة	العدد	الأسرّة	العدد	الأسرّة	العدد	الأسرّة	العدد	الأسرّ	العدد	الأسرّة
الهياكل الاستشفائية (1)	224	35115	230	35143	227	36037	230	37575	231	39322	/	/	231	35869
مراكز استشفائية جامعية	13	13087	13	13465	13	13236	13	13465	13	13362	/	/	13	14150
مراكز استشفائية متخصصة	31	6416	32	6261	32	5960	32	6046	32	6222	/	/	32	7578
دور الولادة العمومية (2)	392	3393	395	3180	372	3316	396	3205	374	3279	/	/	399	3534
دور الولادة الخاصة	38	450	47	535	31	247	49	/	55	/	/	/	77	/
عيادات متعددة الخدمات	497		504		513		516		512		516		520	
مراكز صحية	1252		1268		1281		1285		1275		1292		1248	
قاعات العلاج	3964		4100		4228		4412		4545		4628		4684	
الصيدليات:	5576		5800		6046		6514		6914		/		7708	
ـ منها الخاصة	4587		4778		4995		5502		5860		/		6689	

Source : office national des statistiques

(1) الهياكل الاستشفائية تضم القطاعات الصحية، العيادات الاستشفائية ، دور الولادة الحضرية.

(2) دور الولادة العمومية تتعلق بدور الولادة المستقلة (الريفية)، و دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات و المراكز الصحية.

[1]- CNES 2008 ; RNDH ; **op. cite** ;p : 97

[2]Rapport de CNES ; **LE MEDICAMENT PLATE - FORME POUR UN DEBAT SOCIAL** ; décembre 2003 ; p:47

الجدول رقم (67)

بعض مؤشرات التغطية الصحية الهامة في الجزائر

عدد السكان لكل:	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
سرير	520	527	533	528	520	/	951
عيادة متعددة الخدمات	61199	61268	61125	61721	63211	63771	65569
مركز صحي	24294	24353	24479	24784	25384	25469	27321
قاعة علاج	7673	7531	7417	7218	7121	7110	7279
صيدلية	5455	5324	5186	4889	4681	/	2368

المصدر : **المؤشرات محسوبة من طرف الطالب مستعينا بالجدول السابق ،و الجدول رقم24** .

انطلاقا من الجدولين يمكننا القول إن تزايد الوحدات الصحية بهدف امتصاص الطلب على العلاج و الإيفاء بجميع احتياجات المواطن ، هذا بالموازاة مع التكوين المكثف للأطباء و مستخدمي القطاع الصحي حيث بلغت نسبتهم**13 %** من مجموع مستخدمي الوظيف العمومي سنة2002 .و هذا كله يفسر إلى حد كبير إلى الانعطاف الكلي في طبيعة الأمراض السائدة في الجزائر ، و ذلك بانخفاض حدة الأمراض المعدية و المتنقلة و بروز أنواع جديدة من الأمراض التي توصف أنها سائدة في الدول المتقدمة مثل **السرطان** و أمراض **القلب** ، و **الشرايين** و **الضغط** و غيرها و على رغم كل هذا إلا أن الأرقام تبقى بعيدة عن تلك التقديرات و المعايير التي وضعت سنة 1990 بالأخص العيادات المتعددة الخدمات حيث تم برمجة **عيادة واحدة** لكل**25000 ساكن** في حين أن العمل الفعلي المنجز سنة2007 كان بعيدا عن هذا الرقم ، و حتى المراكز الصحية بقيت بعيدة كل البعد عما تم برمجته في الخريطة الصحية لسنة 1990 فكان متوقع أن يكون **مركز صحي واحد** لكل **5000 ساكن** في حين أن الرقم المحقق لا يزال بعيدا عن المتوقع ، و نفس الشيء بالنسبة لقاعات العلاج و الصيدليات[1] .

IV- 5- تمويل الهياكل الصحية في الجزائر:

إن الموارد المالية للقطاع الصحي في الجزائر ترتكز أساسا على موارد اشتراكات صناديق الضمان الاجتماعي، و مساهمة العائلات، و مساهمة من الميزانية العامة للدولة.

IV- 5-1- التمويل من قبل الدولة : تقوم الدولة بتجميع ميزانيات التسيير و التجهيز السنوية لدى وزارة الصحة مضيفة إليها مساهمات بعض القطاعات الأخرى المؤسسات و الجمعيات التالية[2]:

- وزارة الدفاع الوطني التي تملك مستشفيات منها المستشفي المركزي للجيش، ستة مستشفيات و عيادات متعددة الخدمات،و عيادات الولادة.
- وزارة التربية الوطنية و وزارة التعليم العالي و هذا لوجود وحدات الكشف الطبية بالمدارس

[1] - منصوري الزين ، **تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة و البحث عن مصادر جديدة للتمويل** ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر، 1998/1999،ص: 71

[2]- Rapport de CNES ;**LE MEDICAMENT PLATE - FORME POUR UN DEBAT** 28: p **SOCIAL** ; op-cit

التي تقوم بالمتابعة الطبيةحتى المرحلة الثانوية ، بالإضافة إلى الخدمات الصحية فيالوسط الجامعي.

- وزار الداخلية على مستوى**DGSN** التي تقوم بتسيير مستشفى بالعاصمة بالإضافة إلى مراكز طبية اجتماعية.
- وزارة الشباب و الرياضة نتيجةالتأطير الطبي للفرق الوطنية.
- وزارة العدل نتيجة لاستفادة المساجين من الخدمات الطبية .
- وزارة العمل و الضمان الاجتماعي لوجود طب العمل

IV-2-5- التمويل من طرف الضمان الاجتماعي : تعتبر صناديق الضمان الاجتماعي أحد الجهات الفاعلة في تمويل إيرادات الصحة من جهة والحماية الاجتماعية من جهة أخرى و ذلك من خلال اشتراكه في نظام التعويض للأدوية فهي تتراوح بين **80 %**و **100 %**لبعض الأمراض المزمنة الأمومة وسائل منع الحمل بالإضافة إلى التكفل بمصاريف التداوي بالخارج .

IV-3-5- التمويل من طرف العائلات: الأفراد المؤمنون اجتماعيا تقوم صناديق الضمان الاجتماعي بتسديد قسط مشاركتهم ، فهذه الصناديق تقوم بالتكفل بكثير من الطبقات الهشة في المجتمع ، أما بقية الأفراد فيساهمون بأثمان رمزية في المؤسسات العمومية **50 دج** للاستشارة الطبية ،و **100 دج** لليوم بالنسبة للإقامة بالمستشفى ، و كان هذا المصدر من المصادر الهامة منذ 1974 إلا أنه تراجع بفتح المجال أمام الخواص للاستثمار في القطاع الصحي إلا أن صناديق الضمان الاجتماعي لا تقوم بتعويض إلا مبلغ قليل جدا من مبلغ الاستشارة الطبية لدى العيادات الخاصة .

الجدول رقم (68)

تطور إيرادات القطاع الصحي الوحدة: 10^9 دج

البيان	2002	2003	2004	2005	2008	2009	2010
مساهمة الدولة	187.81	176.04	139.04	59.46	60.98	57.98	46.75
م ج م ض إ (1)	38.00	38.00	38.00	35.00	27.02	25.00	24.00
ت ص وت إ (2)	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30
إيرادات أخرى	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80
رصيد السنوات السابقة	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.14	0.13
المجموع	227.05	215.28	178.28	95.70	89.24	84.22	71.99

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات لسنوات 2002، 2003، 2004 ، 2005 ، 2008 ، 2009، 2010، المديرية العامة للميزانية.

(1) مساهمة جزافية لمنظمات الضمان الاجتماعي.

(2) تسديد للصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي بالنسبة للخدمات المسيرة عن طريق معاهدات.

IV-6- صندوق الاستعجالات و النشاطات العلاجية الطبية[1]:

يفتح في كتابات الخزينة حساب تخصيص خاص تحت رقم 096-302 وعنوانه صندوق الاستعجالات والنشاطات العلاجية الطبية ويعتبر الوزير المكلف بالصحة هوالآمر بصرف هذا الحساب

IV-6-1- موارد الصندوق :

- ناتج الرسم الإضافي على المنتوجات التبغية **6 دج** لكل علبة سجائر بموجب قانون المالية لسنة 2004 بعدما كانت **2,5 دج** لكل علبة بموجب قانون المالية لسنة 2002 .
- الإتاوة المنصوص عليها في المادة 68 من قانون المالية لسنة 2000 .
- تخصيصات الميزانية .
- كل الموارد الأخرى و المساهمات المحتملة .

IV-6-2- نفقات الصندوق:

- النفقات المتعلقة بعلاج الأمراض المرتبطة باستهلاك المنتوجات التبغية .
- النفقات المتعلقة بحملات الإعلام لمكافحة التدخين.
- النفقات الطبية الناتجة عن الأحداث الاستثنائية خاصة المتعلقة بالانتشار الوبائي الناجم عن بعض الأمراض **التيفوئيد ، الكوليرا ، التهاب السحايا ، الحصبة**،... التي تستلزم وضع في أقرب وقت إمكانيات معتبرة.

الجدول رقم(69)

تطور الوضعية المالية للصندوق الوحدة: 10^9 دج

البيان	2002	2003	2004	2006	2009
الوضعية المالية للصندوق في 31 جويلية	01	03,33	07,39	19,35	19,20

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات لسنوات 2002، 2003، 2004 2005، 2008 ، 2009، 2010 المديرية العامة للميزانية.

IV-7- تحويلات دعم الحصول على العلاج:

يمكن حصر التحويلات الموجهة إلى دعم الحصول على العلاج في الأصناف الأساسية التالية: إعانات الميزانية العامة إلى المؤسسات الاستشفائية ، المساهمة في الصندوق الوطني للاستعجالات و النشاطات العلاجية الطبية ، الإعانات الموجهة للصحة المدرسية ، و أخيرا دعم الحفاظ على الصحة العامة. و فضلا عن الوضعية المزرية التي اتسمت بها الحالة الصحية للبلاد عقب الاستقلال، هناك

[1] Décret exécutif n° **02-247 du 23 juillet 2002 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé "Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux**".

عامل آخر ساهم في تزايد الضغط على عرض الخدمات الصحية و هو النمو الديموغرافي الذي فاق **3%** سنويا بين عامي 1962و 1985 ليبدأ بعدها في مرحلة الانحسار .و هناك بعض التحويلات الاجتماعية المنضوية في بند التحويلات **" التحويلات المتعلقة بالإعفاءات و النفقات الاجتماعية الأخرى"** ،و هي تلك التحويلات التي تأخذ الصورة المباشرة مثل الدعم الموجه إلى الجمعيات ذات الطابع الاجتماعي أو الإنساني أو الخيري في إطار دعم المجتمع المدني , أو دعم الخدمات الاجتماعية التي يستفيد منها الموظفون و العمال . كما يمكن أن تأخذ الصورة غير المباشرة و المتمثلة في التكلفة المالية التي تتحملها الميزانية العامة نتيجة إعفاء بعض المواد الأساسية أو بعض الأنشطة من الرسم على القيمة المضافة **TVA** إلى جانب إعفاء بعض أنواع الأدوية من هذه الضريبة.

و عموما يمكن القول أن بند **" التحويلات المتعلقة بالإعفاءات و النفقات الاجتماعية الأخرى"** ليس له أثر بالغ على نمو التحويلات الاجتماعية فهو لم يساهم في تطورها خلال الفترة الجزئية الأولى إلا بنسبة **1,2%** و**2,68%** في الفترة الجزئية الثانية وهو نفسه على امتداد الفترة الزمنية ككل 1964-2002[1]

[1] - أحمد نعيمي، **المرجع السابق** , ص: 251 .

الجدول رقم (70)

تطور بعض الأمراض الواجبة التبليغ في الجزائر

البيان	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
داء الليشمانيات (الجلدي)	4450	4293	8049	13749	14822	25511	14714	6755	7632
التهاب السحايا	3623	4027	4607	6241	3675	3580	2880	3565	3941
التيفويد	2805	2077	3218	1110	1203	918	945	637	806
التهاب الأمعاء الغليظة	2616	2829	2342	1932	1485	1460	1010	1092	1132
حمى مالطية	3933	3200	3262	2783	3524	8032	7812	7733	5056
الحصبة	1601	2423	6674	1268	2687	2589	932	823	1547
كباد حمودي	2704	2705	2315	2080	2105	2625	2932	3467	3541
حثار (تراخوما)	791	914	1495	1358	860	822	221	211	374
ك م ي د و (1)	771	651	644	692	573	689	593	595	468
داء الليشمانيات (فيروس)	220	127	106	131	130	115	93	104	80
مرض البقيري	31	00	71	221	108	37	31	07	46
الكزاز	12	14	4	02	07*	06*	02*	03*	0*
					05**	09**	03**	07**	0**
الدفتيريا	03	03	00	07	08	03	05	00	01
الدباح (الخانوق)	32	141	60	17	68	55	17	47	78

Source : office national des statistiques

(1) كيس محتوي على يرقات الدودة الوحيدة .

*** كزاز رضيعي.**

**** كزاز غير رضيعي.**

IV-8- ميزانية التجهيز لقطاع الصحة :

إن مجهود الاستثمار أو إقامة الهياكل القاعدية الصحية في الجزائر عرف تطورا كبيرا، و قد تزامن هذا مع انطلاق مخططات التنمية **" برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي، و البرنامج التكميلي لدعم النمو."** التي كرست جزءا كبيرا من قدراتها للنهوض بالصحة من خلال الاستجابة إلى الطلب الاجتماعي على العلاج ، و ذلك من خلال توفير الوسائل المادية و البشرية و التنظيمية و تحسينها بالخصوص في المناطق الريفية المترامية في أرجاء الوطن الشاسع ، و ما ميز الفترة أن الهياكل القاعدية عرفت انطلاقة جديدة و قوية ، فازدادت معدلات استهلاك الإعتمادات المخصصة لهذا الغرض ، و كذا معدلات الإنجاز لهذه الهياكل ، بالإضافة إلى مساهمة المؤسسات الدولية فيما يخص إنجاز المستشفيات الجاهزة و في فترة قصيرة جدا .

كما أن سياسة تجهيز الهياكل الصحية لا تختلف تماما عن إنجاز الهياكل نفسهافالانطلاقة الحقيقية لهذه العملية بدأت مع بداية **الثمانينات** ، أين سطّر برنامج وطني واسع للتجهيز الطبي و دفع مشتريات التجهيز و الوسائل الطبية الجراحية ، حيث انتقلت من**50 مليون دج** سنة 1979 إلى **600 مليون دج** سنة 1981 ونظرا للحاجة الملحة لهذه الوسائل في مثل هذه المهام المتعلقة بصحة حياة البشر فإن

الحاجة إليها تبقى دائما و متجددة ، فتاريخ الطب الحديث و كل ما يدور حول الأجهزة الطبقيتزامن مع الثورة العلمية فأصبح البلاتو التقني و كل ما يهم العلاج من أولويات البحث لما لهذه الأجهزة من دور كبير و فعال في تشخيص المرض و علاجه ، فهناك من الأجهزة ما هو مرتبط بالتحليلات ، و هناك ما يخص العلاج، ... و هياكلنا الصحية عرفت رواجا في كسب هذه الأجهزة بالأخص في فترة**السبعينات** و **الثمانينات** و قد عرفت المستشفيات الكبرى في البلاد **" إبن باديس بقسنطينة ، و مصطفي باشا بالعاصمة ، و مستشفى وهران، ... "** تجهيزات بأحدث الوسائل و الأجهزة العلمية التشخيصية أو العلاجية مثل**liarem scanner**، **échographie** ، و أجهزة أخرى حديثة[1].

وتتكون ميزانية التجهيز للقطاع من أبواب النفقات التالية **:" تكوين، دراسات عامة، تعليم عالي مستشفيات، مؤسسات متخصصة، وحدات خفيفة."**

<u>الأهداف حسب القطاعات الفرعية:</u> تمثلت الأهداف المنوط بالفروع السابقة الذكر كما يلي:

- تحسين الخدمات الاجتماعية من حيث العلاجات الصحية اتجاه السكان .
- الزيادة في عرض خدمات العلاج للمراكز الإستشفائية الجامعية و المؤسسات الصحية المتخصصة.
- توسيع عرض العلاجات المقدمة من طرف كامل الشبكة الصحية بما فيها القطاع الخاص.
- تثمين و توسيع الأعمال الوقائية.
- تهيئة و تجهيز هياكل تكوين الشبه الطبي .

و علية استفاد القطاع سنة2001 من غلاف مالي قدره**11,08 مليار دج**، منه**2,80 مليار دج** في إطار برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي، في حين بلغت إعتمادات الدفع**11,1 مليار دج** منه **2,00 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي ، و في سنة 2002 كانت رخص البرامج **13,96مليار دج** ، وكانت إعتمادات الدفع كالتالي **4,70 مليار دج** ، و في سنة 2003 خصص للقطاع ما قيمته **4,25 مليار دج** برنامج مركزي ،و **4,10 مليار دج** كبرنامج غير ممركز ، و كانت حصة برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي من هذه المبالغ **2,25 مليار دج** كبرنامج مركزي ، و ما قيمته **1,45 مليار دج** كبرنامج غير ممركز ، أما إعتمادات الدفع فبلغت**4,66 مليار دج** للبرنامج العادي و **3,80 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي ، و في سنة 2004 بلغت رخص البرامج **6,48 مليار دج** للبرنامج العادي و**3,50 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي ، وكانت إعتمادات الدفع **7,36 مليار دج** للبرنامج العادي و **5,90 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي، و في سنة2005 بدأ الشروع في البرنامج التكميلي لدعم النمو حيث كانت رخص البرامج المخصصة للقطاع في إطار هذا البرنامج **4,69 مليار دج** خلال الفترة الممتدة بين2005-2009 في حين بلغت إعتمادات الدفع**4,18 مليار دج**

[1] منصوري الزين ، **<u>المرجع السابق</u>** ، ص: 58.

و عليه في سنة 2005 بلغت رخص البرامج **10 مليار دج** للبرنامج العادي فقط ولم يستفيد من أي مخصص في إطار البرنامج الأخرى ، و إعتمادات الدفع بلغت **15 مليار دج**، منها **0,41 مليار دج** لبرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي ، و **2,02 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو ،و في سنة 2009 كانت رخص البرامج الإجمالية **49,10 مليار دج** منها **26,56 مليار دج** للبرنامج العادي و **12,51 مليار دج** لبرنامج دعم النمو الاقتصادي ، و **3,5 مليار دج** لبرنامج الخاص بمناطق الجنوب و **6,54 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا ، و خلال سنة 2010 بلغت قيمة رخص البرامج **56,5 مليار دج** للبرنامج العادي ، و **69,12 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو، و ما قيمته **2,44 مليار دج** لبرنامج الخاص بمناطق الجنوب ، و **3,44 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا في حين بلغت إعتمادات الدفع **20 مليار دج** للبرنامج العادي ، و **144,12 مليار دج** للبرنامج التكميلي لدعم النمو و **2,44 مليار دج** للبرنامج الخاص بمناطق الجنوب ، و**3,44 مليار دج** للبرنامج الخاص بالهضاب العليا و فيما يلي بعض البرامج المخصصة للطفولة من ميزانية التجهيز المخصصة للقطاع.

الجدول رقم (71)

البرامج المقترحة في إطار ميزانية التجهيز للطفولة لقطاع الصحة و السكان الوحدة 10[9]دج

السنة	عناوين المشاريع	رخص البرامج
2005	إنجاز مركز لطب القلب و جراحة القلب للأطفال	0,70
	إنجاز مركب أمومة و طفولة	0,40
2010	13 عيادة متعددة الخدمات، 04 للأمومة، و 03 مركبات أمومة و طفولة	0,22
	45 عيادة متعددة الخدمات، و 01 للأمومة	5,93

المصدر: مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات لسنة 2005 و سنة 2010، المديرية العامة للميزانية.

خلاصـــة الفصـــل:

الميزانية العامة للدولة ليست فقط الوثيقة المحاسبية المعبّرة عن تقديرات النفقات و الإيرادات لفترة مستقبلية و إنما هي البرنامج الاقتصادي و الاجتماعي للسلطة التنفيذية بكل تأثيراتها الاقتصادية و الاجتماعية و المالية في ظل الدولة الموزعة ،و هذا ما يتطلب تجاوز تقديمها بالشكل الكلاسيكي بما يسهل إبراز طبيعة المهام الموكلة للسلطات العامة ،و الفئات المستفيدة منها .و على هذا الأساس إذا حاولنا التمعن في ميزانية الطفولة من الميزانية العامة للدولة في الجزائر لوجدناها ذات نسب قليلة إلا أنها تساهم في مهمة بناء القدرات البشرية فتساهم وزارة التربية الوطنية في ضمان مجانية التعليم لكل الأطفال و إلزاميته بالإضافة إلى العديد من الخدمات المجانية الملحقة به لضمان تعميم التعليم الابتدائي لكل الأطفال و تحسين نوعيته ، كما تقوم وزارة الصحة بالسهر على تقديم الدعم لحصول الأطفال على الخدمات الوقائية و العلاجية بصفتها المجانية ،و زيادة على ذلك تساهم ميزانية الطفولة في القيام بالمهام الحمائية للأطفال من التهميش و الإقصاء و الفقر الذي يهدد العديد منهم و ذلك من خلال الحماية للطبقات الهشة كمعدومي الدخل ، الفقراء ،المعوقون ، الطفولة المسعفة ،و هذا فضلا عن برامج المساعدة الغذائية التي تستفيد منها الكثير من العائلات المعوزة.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة:

قامت هذه المذكرة بتسليط الضوء عن التقدم المحرز في مجال حماية الطفولة في الجزائر و عليه فلقد مكّن هذا البحث بإعطاء و لو صورة بسيطة عن واقع الطفل الجزائري ،و تطور وضعه مع مدار السنين و من خلال ذلك كانت الإحاطة بالموضوع حسب القطاعات ذات العلاقة من خلال التعرف على تمدرس الأطفال ،و ما مدى اهتمام القطاع الوصي بذلك بالإضافة إلى الوضع الصحي للطفل الجزائري و ما تتبنيه الوزارة المكلفة بذلك من خطط و برامج لحماية الطفولة و الأمومة ، كما تناول البحث الأطفال الذين يعيشون ظروفا صعبة و حرمتهم من كرامتهم و من حقوقهم و تقضي على آمالهم ،و هم الأطفال الذين يعانون من إعاقات ، أو يعيشون في مؤسسات إيوائية ، مع الأخذ في الاعتبار أن الفقر و تدني الدخل أحد أسباب سلب الأطفال من حقوقهم ،و قد ركز التحليل على النوع الاجتماعي**Le genre** لمختلف الفئات العمرية من الأطفال لمعرفة و مقارنة الوضع بين الفتيات و الفتيان ،و عليه فلقد حققت الجزائر تقدما خلال السنوات الأخيرة لا مثيل له من قبل حول المسائل المتعلقة بحماية الطفولة و يعتبر قطاع الصحة و التعليم كخير دليل على ذلك و تقوم الحكومة حاليا بالنظر في وسائل بديلة لوضع الأطفال في المؤسسات ،و اعتماد قانون لحماية الطفل كما أن هناك برامج إضافية لدعم الأطفال المعوقين و إدماجهم على الرغم من استمرار تهميشهم و تخصيص موارد مالية ضخمة للقطاعات المحتاجة بالإضافة إلى تنفيذ استراتيجيات وقائية شاملة لمكافحة الإساءة و الإهمال .

و من بين النتائج التي تم التوصل إليها لتقييم وضع الطفل الجزائري و فعالية الميزانية المخصصة له بالاعتماد على بعض المؤشرات ما يلي:

- لقد ساهمت ميزانية الطفولة المخصصة لقطاع التعليم بتعميم التعليم الابتدائي و تقليل التفاوت بين الجنسين و انتشار التعليم في الريف بصورة تقترب منها في الحضر بالإضافة إلى الزيادة في نسبة مشاركة الفتيات و يعتبر مؤشر الالتحاق بالمدارس أحد مؤشرات التقييم و عليه فلقد شهد هذا المعدل تطورا محسوسا حيث بلغ **95,28 %** سنة 2009 في مرحلة التعليم الإجباري و فضلا عن ذلك زادت معدلات تمدرس الأطفال البالغين السن الإجباري للتمدرس **6 سنوات** فبلغت **97,40 %** سنة 2010 بعدما كانت **94,02 %** سنة 2001 ، بالإضافة إلى تعميم التعليم التحضيري مع بداية الموسم الدراسي 2009/2008 لكل طفل بالغ **5 سنوات** من العمر و بهذا تكون

ميزانية الطفولة في الجزائر قد قطعت شوطا مهما لبلوغ الهدف الثاني من أهداف الألفية للتنمية .

- بالإضافة إلى ذلك قد مكنت ميزانية الطفولة من ارتفاع معدلات النجاح في شهادة التعليم الأساسي إذ بلغت **47,67%** سنة 2008 بعدما كانت **41,6%** سنة 2000 و هذا ما قابله في امتحانات التعليم الابتدائي فقدرت **84,72%** سنة 2008 بعدما كانت **79,20%** سنة 2000.

و رغم كل هذه التحسنات إلا أن هناك تحديات تواجه تحقيق الهدف الإنمائي الرامي إلى تعميم التعليم الابتدائي في الجزائر و منها مشكل الرسوب و التسرب المرتفعة و لا سيما في صف فتيات الطور الثالث و بالخصوص في المناطق الريفية ، و زيادة على ذلك لا يزال هناك أطفالا لم يلتحقوا بالمدارس بعد و الذين بلغت نسبتهم **02,6 %** سنة 2010 .

- لعبت ميزانية الطفولة دورا بارزا في الرعاية الصحية الأولية و هذا باعتبارها إستراتيجية أساسية لكونها تشمل على برامج وقائية تساهم في خفض معدلات وفيات الأطفال و أمراض الطفولة و الأمراض المتعلقة بالولادة و ذلك عن طريق برنامج التلقيح الوطني و الرعاية الصحية المتكاملة للطفل بالإضافة إلى المتابعة الطبية للأم قبل أثناء و بعد الولادة مجانا.
- كما عملت على خلق التنسيق الفعال و المستمر مع كافة الجهات التي ترعى الطفولة و خاصة في مجال الصحة المدرسية التي تهتم بصحة التلاميذ و تغذيتهم ،بالإضافة إلى وجود برامج تهتم بالفئات الخاصة مع الأخذ بعين الاعتبار قضايا النوع الاجتماعي **Le genre** في كافة البرامج المتعلقة بالطفولة.

و رغم هذه التطورات التي تعرفها في مجال خفض معدل وفيات الأطفال، و الرضع مما جعل الجزائر تحتل مراتب متقدمة في هذا المجال إلا أنه لا تزال بعيدة عن المستوى المطلوب لبلوغ الهدف المنشود لسنة 2015.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية أو المترجمة إليها:

الكتب:

- السيد عبد الحميد عطية ، **الخدمة الاجتماعية ومجالاتها التطبيقية**،المكتب الجامعي الحديث،1998.
- السيد عبد الحميد عطية ، **التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية** ، دار المعرفة الجامعية ، 2005.
- الطاهر زرهوني، **التعليم في الجزائر قبل و بعد الاستقلال** موفم للنشر، 1993.
- أميرة منصور يوسف علي، **محاضرات في قضايا السكان و الأسرة و الطفولة** المكتب الجامعي الحديث، 1999.
- بهي الدين حسن ، **حقوق الطفل في إطار حقوق الإنسان ، إشكالية تطبيق اتفاقية حقوق الطفل في المجتمع المصري** ، 1999.
- جمال أسد مزعل، **الاعتبارات الاقتصادية في التعليم**،جامعة الموصل،بغداد.
- حسنين المحمدي بوادي ، **حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية والقانون الدولي**، دار الفكر الجامعي الطبعة الأولى ، 2005.
- حازم الببلاوي، **دور الدولة في الاقتصاد** دار الشروق، القاهرة، 1998.
- حسين عبد الحميد أحمد رشوان، **الفقر والمجتمع دراسة في علم الاجتماع** مؤسسة دار الشهاب
- حسين عمر، **الرفاهية الاقتصادية**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1993.
- رابح تركي، **أصول التربية والتعليم**، الجزائر، الطبعة الثانية.
- رناد يوسف الخطيب ، **رياض الأطفال واقع ومناهج**،دار النهضة العربية ،1987.
- ستيفان دي فلدر، تقديم أديب نعمة، **سياسات الاقتصاد الكلي و حقوق الطفل** بيسان للنشر و التوزيع 2000
- سعد مرسي أحمد وكوثر حسين كوجك ، **تربية الطفل** ، عالم الكتب ، الطبعة الثانية ،1987.
- سهير كامل أحمد ، **تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق**،مركز الإسكندرية للكتاب، 2002.
- سهيل الحمدان، **اقتصاديات التعليم تكلفة التعليم وعائداته**، الدار السورية الجديدة، 2002.
- شبل بدران، د. فاروق البوهي، **نظم التعليم في العالم (تحليل مقارن)** ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، 2001.
- شطاب كمال ، **حقوق الإنسان في الجزائر بين الحقيقة الدستورية والواقع المفقود**، دار الخلدونية،2005.

- عبد المجيد قدي ، **المدخل إلى السياسات الاقتصادية الكلية، دراسة تحليلية تقويمية**، د.م.ج.، طII 2005.
- عادل أحمد حشيش وسوزي عدلي ناشد، **أساسيات على الاقتصاد ، مدخل لدراسة أصول الاقتصاد السياسي**، الطبعة الجديدة ، 2001.
- عروبة جبار الخزرجي ، **حقوق الطفل بين النظرية والتطبيق**، دار الثقافة ، 2009.
- علي عزت بيكوفيتش ، ترجمة محمد يوسف عدس،**الإسلام بين الشرق والغرب** ،دار الشروق القاهرة 1994.
- فاطمة شحاتة أحمد زيدان ، **مركز الطفل في القانون الدولي العام**، دار الجامعة الجديدة للنشر 2007.
- لعمارة جمال، **أساسيات الموازنة العامة للدولة، المفاهيم و القواعد و المراحل و الاتجاهات الحديثة** دار الفجر للنشر و التوزيع،2004.
- لعمارة جمال، **منهجية الميزانية العامة لدولة في الجزائر**، دار الفجر للنشر و التوزيع،2004.
- ماكفير وبيدج أحمد ، **المجتمع** ترجمة السيد محمد الغراوي ، مكتبة النهضة المصرية ، الطبعةII.
- محمد طلعت الغنيمي ، **الأحكام العامة في قانون الأمم** ، منشاة المعارف ، الإسكندرية.
- محمد عبد الجواد محمد ، **حماية الأمومة في المواثيق الدولية والشريعة الإسلامية**، 1991.
- محمد محمود المهدلي ، **مدخل في تشريعات الرعاية الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، 1998.
- محمود حسن، **مقدمة في الخدمة الاجتماعية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بدون سنة النشر.
- محمود عباس عابدين،**علم اقتصاديات التعليم الحديث** ،الدار المصرية اللبنانية للنشر،القاهرة2000.
- مراد زعيمي ، **مؤسسات التنشئة الاجتماعية** ، منشورات جامعة باجي مختار عنابة ، 2002.
- منتصر سعيد حمودة ، **حماية حقوق الطفل في القانون الدولي العام والإسلامي**، دار الجامعة الجديدة 2007.
- همام محمد محمود زهران ، **تشريعات الطفولة** ، الدار الجامعية الجديدة للنشر ،2005.
- سامية محمد فهمي ،**الرعاية الاجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة**دار المعرفة الجامعية ، 2004.
- علي زغدود، **المالية العامة**، ديوان المطبوعات الجامعية، 2005.
- طلعت الدمرداش، **اقتصاديات الخدمات الصحية** ،مكتبة القدس للنشر، 2006.

النصوص القانونية و التنظيمية:

- **دستور الجمهورية الجزائرية** المؤرخ في 28 نوفمبر 1996.
- الإعلان الصادر في 1959/11/20 **المتعلق بحقوق الطفل**

- **الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل** الصادرة بتاريخ 20 نوفمبر 1989.
- المرسوم الرئاسي **رقم03-242 المؤرخ في08يوليو2003 يتضمن التصديق على الميثق الإفريقي لحقوق الطفل و رفاهيته،** المعتمد بأديس أبابا في يوليو سنة1990.
- **الدليل التشريعي النموذجي لحقوق الطفلالعربي .**
- القانون رقم **84-17 الصادر بتاريخ 07 جويلية1984 المتعلق بقوانين المالية.**
- القانون رقم **90-21 الصادر بتاريخ 15 أوت1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية**
- قانون رقم **05/85 مؤرخ في26 جمادى1405 الموافق لـ16 فبراير1985، يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.**
- المرسوم التنفيذي **رقم10-03 المؤرخ في4 يناير2010 يحدد شروط الدخول في مؤسسات التربية و التعليم و استعمالها و حمايتها.**
- المرسوم الرئاسي **رقم286/02 المؤرخ في7 سبتمبر2002 المتعلق بإحداث منحة مدرسية خاصة لصالح الأطفال المتمدرسين المحرومين**
- المرسوم الرئاسي **رقم92-461 المؤرخ في19 ديسمبر1992**
- المرسوم التنفيذي **رقم85-282 المؤرخ في12 نوفمبر1985 الذي يؤكد إجبارية التلقيحات**
- المرسوم التنفيذي**05-436 المؤرخ في10 نوفمبر2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة و ما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة وممارسة ذلك**
- المرسوم التنفيذي رقم**87-257 المؤرخ في01 ديسمبر1987 يتضمن إنشاء مركز وطني لتكوين الموظفين الإختصاصيين في مؤسسات المعوقين**
- المرسوم التنفيذي **رقم87-258 المؤرخ في01 ديسمبر1987 يتضمن تغيير تسمية مدرسة تكوين الإطارات في الشراقة و إعادة تقسيمه.**
- المرسوم التنفيذي **رقم91-71 المؤرخ في02 مارس1991 يتضمن نقل مقر المركز الوطني لتكوين الموظفين المتخصصين.**
- **مراسيم توزيع الإعتمادات من سنة2000 إلى سنة2010.**
- **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التربية الوطنية،**من سنة 2000 إلى سنة 2010.
- **مشروع ميزانية الدولة لوزارة التضامن الوطني ،الأسرة و الجالية بالخارج** لسنوات 2003 ، 2004 2008 ، 2009، 2010.
- **مشروع ميزانية الدولة لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات** لسنوات2002، 2003 2004، 2005، 2008، 2009، 2010.

الرسائل الجامعية:

- منصوري الزين ، **تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة و البحث عن مصادر جديدة للتمويل** رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر، 99/98.

- أمير جيلالي، **تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر**، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر، 2000-2001

- موالفي سامية ، **حقوق الطفل في التشريع الجزائري على ضوء الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل لسنة1989** ، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية، جامعة الجزائر، 2002

- عبد الغفور مٍعد ، **ميزانية الدولة للتجهيز منذ سنة1998** ، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية ، جامعة الجزائر ، 2002

- أحمد داود رقية ، **الحماية القانونية للطفل بين قانون الأسرة الجزائري والمعاهدات الدولية**، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية، جامعة تلمسان ، 2003.

- مذكرة الحلقة الدراسية ،**المجهود الاجتماعي للأمة بين إشكالية التمويل و التسيير**، السنة الرابعة اقتصاد و مالية فرع الميزانية ، المدرسة الوطنية للإدارة2003/2004 .

- دراوسي مسعود، **السياسة المالية و دورها تحقيق التوازن الاقتصادي حالة الجزائر1990-2004** أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية ، 2005.

- دحماني محمد دريوش ، **إشكالية التشغيل في الجزائر**،رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية جامعة تلمسان ، 2006/2005.

- أحمد نعيمي، **الوظيفة الاجتماعية للنفقات في الميزانية العامة حالة الجزائر (1963-2007)** أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر ، 2008/2007.

- وراد فؤاد ، **الحماية الاجتماعية و التشغيل** ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان 2008.

- جمعة الطيب، **مساهمة لتطبيق التسويق على الخدمات الصحية، دراسة حالة المستشفى الجامعي باتنة**، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009/2008.

- بن عصمان نسرين إيناس **مصلحة الطفل في قانون الأسرة الجزائري**،رسالة ماجستير في العلوم الإدارية و القانونية ، جامعة تلمسان ، 2008/ 2009.

المقالات، الدراسات والمجلات:

- طاهر كنعان ومي حنانية، **أنظمة الرفاه في شرق آسيا، حالات منتقاة: كوريا الجنوبية ماليزيا الصين** مركز دراسات الوحدة العربية،2006.

- هاي حسن، النموذج الاجتماعي الديمقراطي- **دراسة مقارنة بين السويد والنرويج والدنمارك وفنلندا**، مركز دراسات الوحدة العربية، 2006.
- عبد العزيز مخيمر عبد الهادي ، **اتفاقية حقوق الطفل خطوة إلى الإمام أم إلى الوراء**، جامعة الكويت مجلة الحقوق، مجلس النشر العلمي 1993.
- عبد الرزاق فارس، **الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي** مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت 2001.
- عثمان الحسن محمد نور، **صحة الأطفال ووفياتهم والفقر الحضري** دراسة تطبيقية في بعض المناطق الظرفية بمدينة الخرطوم الكبرى ، كلية الآداب – جامعة الملك سعود- الرياض
- هبة الليثي، **تحديات قياس الفقر في منطقة الإسكيوا** أستاذة الإحصاء بكلية الاقتصاد و العلوم السياسية جامعة القاهرة.
- العياشي عنصر، **حقوق الإنسان في برامج التعليم الثانوي، حالة الجزائر**، المعهد العربي لحقوق الإنسان 2002.
- مليكة طفياني، **واقع المشاريع التعليمية الموجهة للمرأة في الجمهورية الجزائرية الديمقراطية** منظمة المرأة العربية ،2005.
- بن ناصر عيسى، **مشكلة الفقر في الجزائر**، مجلة الاقتصاد و المناجمنت،مجلة علمية من إصدار جامعة تلمسان ، 2003.
- مجلة جزائرية تربوية تعليمية، **رسالتنا**، العدد الأول، أوت، بدون سنة النشر.
- سالم توفيق النجفي، أحمد فتحي عبد المجيد، **السياسات الاقتصادية الكلية للفقر مع إشارة خاصة إلى الوطن العربي**، مركز دراسات الوحدة العربية، 2008.
- عماد الدين الأصفهاني، **التشريع المدرسي** ، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية.

التقارير و المصادر الإحصائية:

- تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، **نحن الأطفال: استعراض نهاية العقد لمتابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل**، 2001.
- تقرير الرصد العالمي للتعليم للجميع، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة **Unesco**، **التعليم للجميع: هل يتقدم العالم في المسار الصحيح؟**، 2002.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef**، **وضع الأطفال في العالم، الطفولة المهددة**، 2005
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة **Unicef** ، **أطفال خارج إيطار الحماية، دراسة تعميقية عن أطفال الشارع في القاهرة الكبرى** 2005.

- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef ، وضع الأطفال في العالم**2006.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef، تقرير دوري عن المياه والصرف الصحي**، 2006.
- تقرير الوزارة المنتدبة و المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة، **المرأة الجزائرية... واقع و معطيات** 2006.
- تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، **الاحتفال باليوم الدولي للقضاء على الفقر**، 2006.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef ، الأطفال في الأردن، تحليل الوضع**،2006-2007.
- التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة**Unesco، إرساء أسس متينة من خلال الرعاية و التربية في مرحلة الطفولة المبكرة** 2007.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef، وضع الأطفال في العالم،2007، طبعة الشرق الأوسط، شمال إفريقيا.**
- التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع،منظمةالأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة**Unesco ،التعليم للجميع بحلول عام2015 ، هل سنحقق هذا الهدف؟**،2008.
- التقرير الخاص بالصحة في العالم،**الرعاية الأولية الآن أكثر من وقت مضى**،منظمة الصحة العالمية 2008.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef،عالم جدير بالأطفال**، 2008.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef**،وضع الأطفال في العالم، **بقاء الأطفال على قيد الحياة** 2008.
- تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة**Unicef، وضع الأطفال في العالم** ، 2009.
- التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية،**بجين +5**، إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة، 2009.
18- التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع،منظمةالأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة**Unesco أهمية الحوكمة في تحقيق المساواة في التعليم،المرجع السابق**2009.
- صندوق النقد العربي، **التقرير العربي الموحد**، 2009.
- تقرير صندوق الأمم المتحدة للطفولة**Unicef ، وضع الأطفال بالعالم، طبعة خاصة**، 2010.
المسح الجزائري حول صحة الأسرة، التقرير الرئيسي جويلية، 2004.
- متابعة النساء و الأطفال، **المسح العنقودي متعدد المؤشرات** الجمهورية العربية السورية، 2008.
- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، **النتائج العامة للتقرير الوطني حول التنمية البشرية** 2008.

- المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي، **ملخص حول الوضع الاقتصادي و الاجتماعي للأمة سنة 2008**، ديسمبر 2009.

المراجع باللغة الأجنبية:

Ouvrages :

- Abdelmadjid Bouzidi, **comprendre la mutation de l'économie algérienne** société national de comptabilité.

- Bachir yelles chaouche ; **le budget de l'état et des collectivités locales** OPU 1990 .

- Batifoler Philipe, **protection sociale**, dunod, Paris, 2000.

- Bertrand Nézeys , **économie politique manuel** , économica.

- Marie Duru-Ballat, et Agnès VanZanten, **sociologie de l'école,** Armand colling, Paris, 1999.

- Mustapha Bouziani, **prophylaxie et stratégies de la lutte contre les maladies transmissibles**, CMM édition, 1998.

- Pierre Rosanvallon, **la crise de l'état providence**, 1ère édition, 1981.

Documents législatifs:

- Ministère de l'emploi et de la solidarité nationale, **Recueil de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'action social**, Juin 2006.

- Agence de développement social , **recueil des textes régissant les programmes sociaux , Gères par ADS.**

- Décret exécutif n **02-247 du 23 juillet 2002 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n 302-096 intitulé "Fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux**".

- loi 02-09 du 08 mai 2002 **relative à la protection et la promotion des personnes handicapées.**

Articles ; études :

- Henri Sterdyniak, **la politique familiale et prise en charge du coût de l'enfant. Un investissement à long terme** ; Informations sociales 2007/1; N° 137.

- l'équité à l'égard des familles, **Famille et fiscalité en 26 questions** .

- Luis Maurin, **comment prendre en compte le coût de l'enfant ?. et au bénéfice de quelle familles…** Informations sociales 2007/1 ;N° 137.

- Mireille Zanardelli, **le coût de l'enfant : une problématique controversée au cœur des comportements de dépenses des ménages ;** CEPS/INSTEAD ; Numéro 16 FEVRIER 2000

- Perrin David, **Estimation du coût de l'enfant dans les DOM** , Travaux effectués à partir de l'Enquête Budget de Famille 2001 ; Novembre 2004.

- Pierre Guillaume, **coût de l'enfant et politique sociale dans une perspective historique**, informations sociales 2007 ;1-N° 137.

- Sylvie le Minez, et Nicole Roth, **Transferts monétaires et compensation du coût de l'état, les éléments de mesure**, Informations sociales 2007/1, N° 137.

- Valérie Albouy et Nicole Roth, **les aides publiques en direction des familles ampleur et incidences sur les niveaux de vie,** Haut Conseil de la population et de la famille ; FEVRIER. 2003.

-Ministère de l'éducation nationale, **« les grands gôles de la reforme du système éducatif »** Algérie, 2008.

Mémoires:

- AHMED ZAKANE, Thèse de Doctorat d'Etat, **Dépense publiques productive, croissance de long terme et politique économique**, UNIV. D'Alger, 2002/2003.

Rapports ;et séries statistiques :

- Projet de rapport, **la santé de la mère et de l'enfant**, CNES, IXème session plénière, Juillet 1997.

- Plan cadre des nations unies pour la coopération développement UNDAF (2002-2006), Algérie, Mai 2002.

-Rapport de CNES ; LE **MEDICAMENT PLATE - FORME POUR UN DEBAT SOCIAL** ; décembre 2003.

- Rapport national de **ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalière**, décembre 2003.

- Enquête Algérienne sur la santé de la famille, rapport principal, Juillet 2004.

- Comité des droits de l'enfant, Réponses écrites du gouvernement Algérienne, CRC/C/RESP/93, Réponses Reçues le 25 Août 2005.

- Rapport national sur **les objectifs du Millénaire pour le développement**, Algérie, Juillet, 2005.

- CENEAP ; **Etude sur le niveau de vie et la mesure de la pauvreté en Algérie (LSMS 2005)**, Mai 2006.

- Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête national et indicateurs multiples, MICS3 Algérie Juillet, 2007.

- Rapport national sur **le développement humain « RNDH » de CNES**, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, 2007.

- Algérie 1999-2008 une décennie de réalisation, **synthèse du rapport de l'Algérie sur l'état de mise en œuvre du programme d'action en matière de gouvernance** ; Novembre 2008.

- Rapport national sur **le développement humain « RNDH » de CNES**, réalisé en coopération avec PNUD, Algérie, Juillet 2008.

- Nation Unies, conseil économique social et culturel, **Réponses du Gouvernement de l'Algérie à la liste des points à traiter**

(E/C.12/DZA/Q/4) ; janvier 2010.

- Enquête exhaustive, **Enseignement moyen ,2008-2010** , sous – direction des statistiques , Ministère de l'éducation nationale.

- Office national des statistiques ; **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats 2002, N- 33 ; édition 2004.

- Office national des statistiques ; **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats 2004, N- 35 ; édition 2006.

- Office national des statistiques ; **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats 2005, N- 36 ; édition 2007.

- Office national des statistiques ; **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats 2007, N- 38 ; édition 2008.

- Office national des statistiques ; **les principaux résultats du sondage ; 5ème recensement général de la population et de l'habitat**; série statistique N- 142 décembre 2008.

- Office national des statistiques ; **L'Algérie en quelques chiffres**, résultats 2008, N- 39 ; édition 2009.

مواقع الإنترنيت:

www.joradp.dz

www.arab-api.org

www.ons.dz

www.unicef.org

www. unesco.org

www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=INSO&ID_NUMPUBLIE=INSO_137&ID_ARTICLE=INSO_137_0008

www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=INSO&ID_NUMPUBLIE=INSO_137&ID_ARTICLE=INSO_137_0068

www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=INSO&ID_NUMPUBLIE=INSO_137&ID_ARTICLE=INSO_137_0080

www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=INSO&ID_NUMPUBLIE=INSO_137&ID_ARTICLE=INSO_137_0088

الفهرس العام

الفهرس العام:

المحتويات	الصفحة
خطة الدراسة	
المقدمـــة العامـــة	أ- ح
الفصل لأول : النظام المؤسساتي لحماية الطفولة	01-45
تمهيـــــد	01
I- مظاهر حمايـة الطفـل ورعايته دوليـا	02
I-1- التطور التاريخي لحقوق الطفل	02
I-2- دوافع التحرك الدولي لحماية الطفل	03
I-3- حقوق الطفل المواثيق الدولية قبل اتفاقية حقوق الطفل 1989	04
I-3-1- حقوق الطفل في ضوء إعلان جنيف 1924م	04
I-3-1-1- المبادئ التي وردت في إعلان جنيف لحقوق الطفل لعام 1924 م	05
I-3-2- حقوق الطفل في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948 م	06
I-3-3- إعلان حقوق الطفل 1959م	06
I-3- 4- حقوق الطفل في العهدين الدوليين الصادرين عام 1966م	07
I-3- 4-1- حقوق الطفل في العهد الدولي لحقوق المدينة والسياسية	07
I-3- 4-2- حقوق الطفل في العهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	08
I-4- اتفاقية حقوق الطفل ودورها في الارتقاء بحقوق الطفل (CRC)	09
I-4-1- ظروف إنشاء اتفاقية حقوق الطفل	09
I-4-2- المبادئ الأساسية التي تقوم عليها اتفاقية حقوق الطفل	10
I-4-2-1- مبدأ المساواة التامة وعدم التمييز بين أطفال العالم	10
I-4-2-2- تحقيق مصالح الطفل العليا (الفضلى)	11
I-4-2-3- حق الطفل في الحياة والبقاء والنمو	11
I-4-2-4- احترام رأي الطفل	12
I-4-3- دور لجنة حقوق الطفل و التزامات الدول المصادقة	12
I-4-4- وظائف اللجنة	13
II- الخدمـــة الاجتماعية ورعاية الطفـل	14
II-1- التطور التاريخي لحركة رعاية الطفل	14

II-1-1- المبادئ الخاصة لرعاية الطفل	15
II-1-2- اتساع مفهوم رعاية الطفل	15
II-1-3- أنواع برامج رعاية الأطفال	16
II-1-4- تعريف رعاية الطفل من منظور الخدمة الاجتماعية	17
II-1-5- برامج خدمة الطفولة	17
II-2- مؤسسات رعايــة الطفولــة	18
II-2-1- رعاية الطفل في أسرته الطبيعية	18
II-2-1-1- أهمية الأسرة في رعاية الطفل	19
II-2-1-2- أهمية الرعاية الوالدية للطفل	19
II-2- 2- الرعاية في الأسر البديلة	20
II-2-2-1- المقصود بالرعاية البديلة	20
II-2- 2-2- خدمات الأسر البديلة	21
II-2-2- 3- أهداف مشروع الأسر البديلة	21
II-2-2-4- الفئات المنتفعة من النظام	22
II-2- 3- دور الحضانة "رياض الأطفال"	22
II-2- 4- رعاية الأطفال بالمؤسسات الإيوائية	24
II-2- 4-1- تعريف المؤسسات الإيوائية	24
III- الرفاهيــة الاجتماعيــة	25
III-1- تعريف دولة الرفاهية	26
III-2- تعريف دولة التحويلات	27
III-3- تعريف الدولة الحمائية دولة الرعاية"*Etat Providence*"	28
III-4- نظريات الرفاه الاجتماعي	28
III-4-1- نظرية Rewls 1971	28
III-4-2- نظرية Kolm	29
III-4-3- نظرية بيجوpigeou للرفاهية	29
III-5- نماذج وأنماط أنظمة الرفاه الاجتماعي	30
III-6- الفقر وتأثيره على آليات رفاهية الطفل	31
III-6-1- الفقر والأطفال وحجم الأسرة	33
III-6-2- الفقر وسوء تغذية الأطفال	34

III-6-3- الفقر والظروف السكنية للأطفال	34
III-6-4- الفقر والزواج المبكر للفتيات	35
III-6-5- الفقر والتمييز بين الجنسين	35
III-6-6- الفقر والتوزيع الإقليمي	35
III-6-7- الفقر وتعليم الأطفال	36
III-6-8- الفقر وصحة الأطفال	36
III-6-9- الفقر والتهميش والاستغلال الاقتصادي للأطفال	37
III-6-10- مؤشرات قياس فقر الأطفال	37
III-7- تكلفة الطفل و السياسة الاجتماعية	38
III-7-1- ماهية تكلفة الطفل	39
III-7-1-1- تعريف التكلفة الاقتصادية للطفل	39
III-7-1-2- الأنواع المختلفة لتكلفة الطفل	39
III-7-1-3- التكلفة الاقتصادية للطفل و الرفاه الاجتماعي	40
III-7-1-4-التخفيضات الجبائية الناتجة عن الأطفال	41
III-7-1-5- التعويضات المالية لتكلفة الطفل	41
III-7-1-6- قياس زيادة الدخل الناتج عن الطفل	42
III-7-1-7- مبادئ السياسة العائلية و تكلفة الطفل	43
III-7-1-8-الزيادة السكانية و تكلفة الطفل	44
خلاصـــة الفصـل	45
الفصل الثاني:سياسات و برامج حماية الطفولة في الجزائر	115-46
تمهيـــد	46
I- تعليم الطفل حق تكفله الدولة	47
I-1- مجانية التعليم	47
I-1-2- تعميم التعليم الابتدائي	48
I-1-2 1- الالتحاق بالتعليم قبل الابتدائي	48
I-1-2-2- أشكال التفاوت بين الجنسين في التعليم قبل الابتدائي	50
I-1-2-3- الالتحاق بلتعليم الابتدائي	51
I-1-2-4- الأطفال غير الملتحقين بالمدارس	51

I-2- تمويل التعليم	52
I-2-1- التمويل من قبل الدولة	52
I-2-2- التمويل من قبل الأفراد	53
I-2-3- التمويل الذاتي التمويل من قبل المؤسسات التعليمية	53
I-2-4- المصادر المحلية	54
I-2-5- الهبات والتبرعات	54
I-2-6- المعونات الدولية	54
I-2-8- حصة التلميذ من الإنفاق الحكومي	56
I-3- السياسة العمومية للتعليم في الجزائر	56
I-3-1- الإطار التشريعي	56
I-3-2- أطوار التعليم في المدرسة الأساسية	58
I-3-2-1- الطور الأول أو المرحلة القاعدية	58
I-3-2-2- الطور الثاني أو مرحلة الإيقاض	58
I-3-2-3- الطور الثالث أو مرحلة التوجيه	67
I-3-2-4- التعليم التحضيري	70
I-3-3- مبادئ النظام التربوي	71
I-3-4- مراحل تطور التعليم في الجزائر	72
I-3-4-1- المرحلة الأولى1962-1976	72
I-3-4-2- المرحلة الثانية منذ سنة1976	73
I-3-5- تعليم الطفلة الجزائرية	73
I-3-6- التضامن المدرسي	74
I-3-6-1- المنحة المدرسية للاطفال المتمدرسين المحرومين	74
I-3-6-2- المطاعم المدرسية	75
I-3-6-3- النقل المدرسي	75
I-3-6-4- الرعاية الصحية في الوسط المدرسي	75
I-3-7- إصلاح المنظومة التعليمية	76
II- حق الطفل في الرعاية الصحية	77
II-1- الصحة الإنجابية والجنسية (الأمومة الامنة)	78

II-1-1- وفيات الأمهات	78
II-1-2- الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات	78
II-1-3- الأسباب غير المباشرة	79
II-1-4- الرعاية أثناء الحمل	79
II-2- حفظ صحة الأطفال و تعزيزها	80
II-2-1- لقاحات الأطفال	80
II-2-2- التغذيـة	81
II-2-3- بقاء الطفل	81
II-2-3-1- وفيات الرضع "الأطفال حديثي الولادة"	81
II-2-3-2- وفيات الأطفال دون الخامسة	82
II-3- الوضع الصحي في الجزائر	83
II-3-1- الإطار التشريعي	84
II-3-2- البرامج الصحية لحماية الطفل والأم	84
II-3-2-1- المرحلة الأولى: 1962-1974	84
II-3-2-2- المرحلة الثانية: 1975-1980	85
II-3-2-3- المرحلة الثالثة: 1980-1984	85
II-3-2-4- المرحلة الرابعة: 1985-1994	87
II-3-2-5- المرحلة الخامسة: 1994 إلى يومنا هذا	87
II-3-3- الأوضاع الديموغرافية والصحية	87
II-3-3-1- التركيبة العمرية للسكان	88
II-3-3-2- تنظيم الأسرة	88
II-3-3-3- المؤشرات الصحية	91
II-3-3-3-1- معدل أمل الحياة عند الولادة	91
II-3-3-3-2- تطعيم الأطفال	93
II-3-3-3-3- معدل وفيات الرضع	94
II-3-3-3-4- نقص الوزن عند الأطفال الأقل من5 سنوات	96
II-3-3-3-5- رعاية الأمومة	99
II-3-3-3-6- وفيات الأمهات	100

II-3-3-3-7- مكافحة أمراض الأطفال المنقولة عن طريق المياه	102
III- حماية الأطفال الأشد احتياجا	106
III-1- الأطفال تحت كفالة الدولة "الطفولة المسعفة"	106
III-2- الأطفال المعوقين	107
III-2-1- التعليم المتخصص	108
III-2-2- الرعاية الصحية	109
III-2-3- الرعاية اللاحقة	110
III-2-4- لأطفال الذين يعانون نقصا في التنفس	110
III-4- الأطفال ضحايا الإيدز	111
خلاصـــة الفصـــل	115
الفصل الثالث:الميزانية المخصصة للطفولة حسب القطاعات	167-119
تمهيـــد	119
I- مفهوم الموازنة العامة في الجزائر	120
I-1- تعريف الموازنة العامة في التشريع الجزائري	120
I-2- التطور التاريخي للميزانية في الجزائر	120
I-2-1- المرحلة الاستعمارية	120
I-2-2- مرحلة بعد الاستقلال	121
I-3- أهمية الميزانية العامة	121
II- نفقات قطاع التربية و التعليم	122
II-1- تحويلات دعم التربية و التعليم	122
II-1-1- المطاعم المدرسية	122
II-1-2- الإعانات الموجهة إلى المدارس الابتدائية ذات النظام الداخلي	124
II-1-3- المنح المدرسية	125
II-1-4- إعانات لمؤسسات التعليم الأساسي	126
II-1-5- التضامن المدرسي	127
II-2- النشاطات الثقافية و الرياضية المدرسية	128
II-4- أجور و مرتبات موظفي التعليم الأساسي	129
II-5- إعانات مراكز تكوين معلمي المدرسة الأساسية	130

II-6- ميزانية التجهيز لقطاع التربية الوطنية	131
III- برامج المساعدة و التضامن الاجتماعي	135
III-1- التدخلات الاجتماعية لفائدة العائلات	135
III-2- دعم الفئات الاجتماعية الهشة	138
III-3- النفقات المخصصة للمؤسسات المتخصصة	140
III-4- مراكز تكوين مؤطري المؤسساتالمتخصصة	141
III-4-1- العمال الاختصاصيين في مؤسسات المعوقين بقسنطينةCNFPH	141
III-4-2- مركز الرعاية و المساعدة الاجتماعية للطفولة المسعفة و حماية الطفولة ببوئ خادمCNFPS	143
III-5- حماية الأطفال الذين يعيشون تحت خط الفقر	144
III-5-1- المرحلة الأولى	145
III-5-2- المرحلة الثانية	146
III-5-3- المرحلة الثالثة	147
III-6- ميزانية التجهيز لقطاع التضامن الوطني ، الأسرة و الجاليةالوطنية بالخارج	149
IV- نفقـــات قطاع الصحـــــة	152
IV-1- نفقات تسيير الهياكل القاعدية	153
IV-2- تطور مستخدمي الصحة	157
IV-3- التغطية الصحية	158
IV-4- تطور النسيج الصحي القاعدي	160
IV-5- تمويل الهياكل الصحية في الجزائر	161
IV-5-1- التمويل من قبل الدولة	161
IV-5-2- التمويل من طرف الضمان الاجتماعي	161
IV-5-3- التمويل من طرف العائلات	162
IV-6- صندوق الاستعجالات و النشاطات العلاجية الطبية	162
IV-6-1- موارد الصندوق	162
IV-6-2- نفقات الصندوق	163
IV-7- تحويلات دعم الحصول على العلاج	163
IV-8- ميزانية التجهيز لقطاع الصحة	164

خلاصــة الفصــل	167
الخاتمــة العامــة	169-168
المراجع	180-170
الفهرس	188-181
فهرس الجداول	191-189
فهرس الأشكال	192

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	القيد في التعليم قبل الابتدائي1999-2006	49
02	الإنفاق الجاري لكل تلميذ في التعليم الإبتدائي	56
03	تطور عدد تلاميذ التعليم الابتدائي حسب سنوات الدراسة والجنس	59
04	تطور تمدرس الأطفال الذين يبلغ أعمارهم6 سنوات	60
05	تطور عدد مؤطري التعليم الابتدائي	61
06	تطور عدد رسوب وتسرب الأطفال من المدارس الإبتدائية	62
07	تطور البنى التحتية للتعليم الابتدائي	64
08	تطور عدد تلاميذ التعليم المتوسط	56
09	تطور عدد مؤطري التعليم المتوسط	66
10	تطور عدد الراسبين والمتسربين من المدارس في التعليم المتوسط	76
11	تطور عدد الهياكل في الطور المتوسط	68
12	تطور عدد أطفال الطور التحضيري	07
13	تطور عدد المربيين (المؤطرين) للطور التحضيري	71
14	التوزيع الإقليمي لوفيات الأمهات	79
15	الأطفال الذين يعانون نقص الوزن عام2007	18
16	المعدلات العالمية لوفيات المواليد الجديدة في العالم	82
17	وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم عام2007	28
18	الأهداف الإنمائية للألفية حول صحة الأم و الطفل	83
19	التوزيع العمري للسكان	88
20	استعمال وسائل منع الحمل	89
21	الحركة الطبيعية للسكان	90
22	المؤشرات الديموغرافية	09
23	أمل الحياة عند الولادة	19
24	برنامج Calenderer التطعيم في الجزائر	39
25	التوزيع النسبي للأطفال (12-23 شهر) الذين تلقوا التطعيم	49
26	تطور معدل وفيات الرضعTMI حسب الجنس لكل1000 ولادة حية	49
27	تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من05 سنوات لكل ألف ولادة حية	59
28	نقص الوزن عند الأطفال أقل من خمس سنوات لسنة2006	79
29	المتابعة الطبية للنساء الحوامل لسنة2006	010
30	تطور وفيات الأمهات لكل100.000 ولادة حية	010
31	تطور القابلات بين 2004 و2006	210
32	نسبة السكان المستفيدين من المياه حسب المصدر في سنة2006	310

33	نسبة الربط بقنوات الصرف الصحي لسنة2006	510
34	عدد الأطفال الموجودين في ديار الحضانة	710
35	الأطفال الموضوعين في عائلات الإستقبال عن طريق الكفالة	710
36	الأطفال الموضوعين في المراكز المتخصصة	091
37	الأطفال المعوقين المدمجين في المدارس العادية	091
38	تطور حالات و معدل الإصابة بمرض فقدان المناعة بالجزائر	211
39	تطور نفقات المطاعم المدرسية	123
40	تطور قيمة الوجبة الغذائية للتلميذ	123
41	تطور إعانات المدارس الابتدائية ذات النظام الداخلي	124
42	تطور عدد تلاميذ الطور الأول و الثاني المستفيدين من النظام الداخلي	124
43	تطور عدد تلاميذ الطور الثالث المستفيدين من المنح المدرسية	125
44	قيمة المنح المخصصة لتلاميذ الطور الثالث	126
45	تطور الاعتمادات المخصصة لإعانة مؤسسات التعليم الأساسي	126
46	قيمة المنح المدرسية و مجانية الكتاب المدرسي	128
47	تطور نفقات النشاطات الثقافية و الرياضية في مؤسسات التعليم الأساسي	128
48	تطور مرتبات موظفو التعليم الأساسي	129
49	تطور إعانات معاهد تكوين معلمي المدرسة الأساسية	130
50	البرامج المقترحة في إطار ميزانية التجهيز للطفولة لقطاع التربية الوطنية	134
51	تطور نفقات الميزانية للعائلات التي تكفل أطفال معوقون أقل من18 سنة	136
52	تطور الإعانات النقدية للأشخاص المعوقون بنسبة100 %	138
53	تطور نفقات رعاية الأطفال المسعفون و حماية الطفولة	139
54	تطور النفقات المخصصة لمؤسسات حماية الطفولة	139
55	تطور نفقات المؤسسات المتخصصة	140
56	تطور نفقات تكوين المؤطرين الأخصائيين في مؤسسات المعوقين بقسنطينة	143
57	تطور نفقات تكوين الأخصائيين في الرعاية و المساعدة الاجتماعية للطفولة المسعفة و حماية الطفولة ، و المراهقة بدون خادم	144
58	تطور عدد الأشخاص المستفيدين من تعويض أشغال الخدمات العامة	147
59	تطبيق برامج التنمية الجماعية	148
60	البرامج المقترحة في إطار ميزانية التجهيز للطفولة لقطاع التضامن الوطني الأسرة و الجالية بالخارج	151
61	تطور نفقات الصحة و نصيب الفرد منها	152
62	تطور نفقات المؤسسات الصحية " المراكز الاستشفائية الجامعية، القطاعات الصحية ، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة "	154
63	تطور عدد عمال السلك الطبي	158
64	تطور عدد عمال السلك الطبي حسب قطاع النشاط	158
65	تطور التغطية الصحية في الجزائر	159
66	تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر	160
67	بعض مؤشرات التغطية الصحية الهامة في الجزائر	160
68	تطور إيرادات القطاع الصحي	162
69	تطور الوضعية المالية لصندوق الاستعجالات و النشاطات العلاجية الطبية	163

70	تطور بعض الأمراض الواجبة التبليغ في الجزائر	164
71	البرامج المقترحة في إطار ميزانية التجهيز للطفولة لقطاع الصحة	166

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	تطور عدد الأطفال المتمدرسين حسب الجنسمن سنة2000-2010	59
02	تطور تمدرس الأطفال الذين يبلغ سنهم06 سنوات	60
03	تطور عدد التلاميذ الراسبين و المتسربين من المدارس الإبتدائية	63
04	تطور البنى التحتية للتعليم الابتدائي	64
05	تطور عدد تلاميذ التعليم المتوسط حسب الجنس من سنة 2000-2010	65
06	تطور عدد المعلمين في الطور التحضيري خلال الفترة2000-2010	71
07	مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة1998-2008	92
08	تطور نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن1998 -2008	98
09	تطور عدد السكان المحرومين من مصدرالمياه الصالحة للشرب1998-2008	104
10	تطور الدعم الموجه للعائلات من1999-2009	137