

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

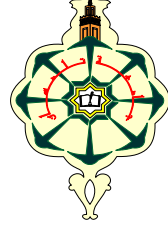
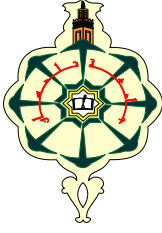
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الإحصاء الاجتماعي



الانتقالية الصحية و الديمغرافية في الجزائر.

إعداد الطالبة:

إشراف الأستاذ الدكتور:

بوبر زليخة

طواهي ميلود

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. حمزة الشريف علي
مشرفا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر أ	د. طواهي ميلود.
عضوا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر ب	د. مرحوم فريد
عضوا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر أ	د. بن تامي رضا

﴿إِنْ كُلُّ مَنْ فِي السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ

إِلَّا آتَى الرَّحْمَنِ عَبْدًا (93) لَقَدْ

أَخْصَاهُمْ وَعَدَّهُمْ عَدًّا (94)﴾

سورة مريم

الإهداء

إلى روح أبي

إلى أمي أطال الله في عمرها

إلى إخوتي، أخواتي، و ابنائهم، و بناتهم، خاصة إيمان و أمين

إلى كل أستاذ علمني درسا منذ بداية مشواري الدراسي

إلى زملائي طلبة الماجستير دفعة 2013

إلى زميلاتي في العمل خاصة حوتي نصيرة

إلى كل أساتذة و طلبة العلوم الإجتماعية

أهدي هذا العمل

التشكرات

الحمد لله وكفى و الصلاة و السلام على الحبيب المصطفى

تحية شكر و تقدير و عرفان لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور "طاهري ميلود" الذي تكرم بقبول الإشراف على عملي فقدم لي النصح و التوجيه و التقويم ما أضاء لي طريق بحثي.

فله خالص و الثناء و التقديرو أسأل الله أن يمدّه بالصحة و العافية.

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر للسيد العميد "حمزة الشريف علي" الذي اتاح لنا فرصة التكوين في هذا التخصص بفضل مشروعه القيم و الذي يعد خطوة إيجابية للعلوم الإجتماعية لما للإحصاء الإجتماعي من أهمية بالغة .

أشكر أيضا اللجنة المناقشة، كما لا ننسى بالشكر عمال المكتبة لما قدموا لنا من عون.

فهرس المنحنيات

- الشكل رقم 01: الشكل العام لمراحل الإنتقالية الديمغرافية.....34
- الشكل رقم 02: الإنتقالية الديمغرافية لفرنسا (1900-2016).....36
- الشكل رقم 03: تطور سكان الجزائر (1900-2015).....38
- الشكل رقم 04: تطور عدد سكان الجزائر (1901-1954).....40
- الشكل رقم 05: منحنى تطور المواليد و الوفيات و الزيادة الطبيعية. (1900-1954).....41
- الشكل رقم 06: تطور عدد سكان الجزائر (1962-2016).....43
- الشكل رقم 07: تطور المواليد و الوفيات و الزيادة الطبيعية للجزائر (1962-2014).....44
- الشكل 08: تطور المواليد و الوفيات و معدل الزيادة الطبيعية للجزائر (1900-2014).....46
- الشكل رقم 09: الأهرام السكانية لأهم تعدادات الجزائر المستقلة.....47
- الشكل رقم 10: الهرم السكاني للجزائر: (2000-2014).....48
- الشكل رقم 11: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء السل في الجزائر بالنسبة لكل 10000
70.....
- الشكل رقم 12: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الدفتيريا في الجزائر بالنسبة لكل
100000.....71
- الشكل رقم 13: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الكزاز في الجزائر بالنسبة لكل
10000.....72
- الشكل رقم 14: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء السعال الديكي في الجزائر بالنسبة لكل
10000.....73

- الشكل رقم 15: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء الحصبة في الجزائر بالنسبة لكل 10000.....74
- الشكل رقم 16: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء الشلل في الجزائر بالنسبة لكل 10000.....75
- الشكل رقم 17: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء الحمى المالطية بالنسبة لكل 10000.....76
- الشكل رقم 18: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء الليشمينوز في الجزائر بالنسبة لكل 10000.....77
- الشكل رقم 19: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء حمى التيفوئيد بالنسبة لكل 10000.....78
- الشكل رقم 20: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء الكوليرا في الجزائر بالنسبة لكل 10000.....79
- الشكل رقم 21: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء التهاب الكبد الفيروسي في الجزائر بالنسبة لكل 100000.....80
- الشكل رقم 22: منحني تطور عدد الحالات المسجلة لداء السيدا في الجزائر.....81
- الشكل رقم 23: نسب الإصابات بالأمراض المزمنة حسب التحقيين الوطنيين للصحة ENS1990 ENS2005.....84
- الشكل رقم 24: تطور المعدل الخام للمواليد (1900-1955).....101
- الشكل رقم 25: منحني تطور الولادات (2000-2013) في الجزائر.....104
- الشكل رقم 26: منحني تطور المعدل الخام للمواليد (2000-2013) في الجزائر.....105
- الشكل رقم 27: منحني تطور المؤشر التركيبي للخصوبة ISF لجزائر.....106
- الشكل رقم 28: منحني تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر (1900-1945).....

- الشكل رقم 29: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر: (1945-1970)..... 115
- الشكل رقم 30: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر(1970-1985)..... 116
- الشكل رقم 31: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر(1985-2014)..... 117
- الشكل رقم 32: منحنى تطور أهم الوفيات المصرح بها في الجزائر (2000-2013).... 117
- الشكل رقم 33: منحنى تطور معدل وفيات الرضع (1962-2013) في الجزائر..... 118
- الشكل رقم 34: منحنى تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (1990-2012) في الجزائر..... 119
- الشكل رقم 35: منحنى تطور وفيات الأمهات (1962-2012) في الجزائر..... 120
- الشكل رقم 36: منحنى تطور أمل الحياة لدى الجنسين (1970-2013) في الجزائر..... 121
- الشكل رقم 37: توزيع أهم الأسباب المؤدية للوفيات لدى الجنسين لسنة 2013 في الجزائر 129
- الشكل رقم 38: توزيع أهم أسباب الوفيات في الجزائر لسنة 2013 (%)..... 131
- الشكل رقم 39: توزيع الوفيات حسب الاسباب المرضية لفئة(1-14 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %..... 134
- الشكل رقم 40: توزيع الوفيات حسب الأسباب المرضية لفئة(15-24 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %..... 135
- الشكل رقم 41: : توزيع الوفيات حسب الاسباب المرضية لفئة(25-44 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %..... 136

الشكل رقم 42: توزيع الوفيات حسب الاسباب المرضية لفئة (45-60 سنة) ل سنة 2013 في

الجزائر %.....137

.ا

- الجدول رقم 01: تطور أهم المؤشرات السكانية لسنة 2014 في الجزائر.....51
- جدول رقم 02: الإنجازات المحققة في المجال الصحي (1962 – 1973).....64
- جدول رقم 03: تطور المؤسسات الصحية من (1979 – 1982).....65
- الجدول رقم 04: تطور الهياكل الصحية في الجزائر 1986-2012.....67
- جدول رقم 05: تطور عدد المختصين في القطاع الصحي (2000 – 2012).....68
- الجدول رقم 06: السكان البالغين أكثر من 12 سنة المصابون بأمراض مزمنة في الجزائر لسنة 2012.....82
- الجدول رقم 07: توزيع السكان البالغين أكثر من 12 سنة المصابون بأمراض مزمنة حسب نوع المرض.....83
- الجدول رقم 08: تطور معدل التغطية التطعيمية في الوطن (%).....85
- الجدول رقم 09: تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر (1966 – 2014).....98
- الجدول رقم 10: تطور المعدل الخام للمواليد (1900 – 1955).....100
- الجدول رقم 11: تطور معدلات الخصوبة في الجزائر (1970 – 1995).....102
- الجدول رقم 12: تطور معدل الخصوبة و متوسط عمر الأمومة (1990 – 2014).....106
- الجدول رقم 13: توزيع معدلات وفيات الرضع و الأطفال دون الخامسة حسب العوامل الديمغرافية.....124
- الجدول رقم 14: معدل وفيات الرضع و الأطفال دون سن الخامسة حسب المستوى التعليمي للأم.....126
- الجدول رقم 15: معدلات وفيات الرضع و الأطفال الأقل من 5 سنوات حسب نوع و خصائص المسكن.....128

جدول رقم: 16 أسباب الوفيات في الجزائر حسب التصنيف الاحصائي العالمي العاشر للإمراض

(%) (2002،2004،2005،2012،2013).....130

.....	فهرس الأشكال
.....	فهرس الجداول
.....	الفهرس
.....	مقدمة عامة

الفصل الاول: الفصل التمهيدي.

01	.....	1-الدراسات السابقة
06	.....	2-الإشكالية
07	.....	3- الفرضيات
07	.....	4- أهداف الدراسة
08	.....	5- تحديد المفاهيم
10	.....	6-منهج البحث
11	.....	7- مصادر المعطيات
11	.....	8-صعوبات الدراسة

الفصل الثاني: الإنتقالية الديمغرافية في الجزائر.

13	.....	تمهيد
14	.....	أولا:النمو الديمغرافي
14	.....	1- أفكار النمو السكاني

14	1-1 الفكر السكاني القديم
17	2-1 الفكر السكاني في العصور الوسطى
17	إبن خلدون
17	المذهب التجاري
18	المذهب الطبيعي
19	2-نظريات النمو الديمغرافي
19	1-2 نظرية مالتوس
20	2-2 النظريات بعد مالتوس
21	1-2-2 النظريات الطبيعية
22	2-2-2 النظريات الاجتماعية
24	2-3-المالتوسيون الجدد
25	3-محددات النمو السكاني
25	1-3 الخصوبة والمواليد
26	2-3 الوفيات
26	3-3 الهجرة
27	ثانيا: الإنتقالية الديمغرافية
28	1-نظرية الإنتقالية الديمغرافية
33	2-مراحل الإنتقالية الديمغرافية

34	3-النموذج العام لشكل الإنتقالية الديمغرافية.
36	ثالثا: الإنتقالية الديمغرافية في الجزائر
37	1-مراحل النمو السكاني.
38	1-1-قبل الإستعمار
39	1-2-أثناء الإستعمار
41	1-3-بعد الإستعمار
44	2-مراحل الإنتقالية الديمغرافية في الجزائر
46	3-تطور أهم المؤشرات الديمغرافية .
52	خاتمة الفصل

الفصل الثالث: الإنتقالية الصحية في الجزائر.

54	تمهيد
54	أولا: نظرية الإنتقالية الصحية .
54	1-نظرية الإنتقالية الوبائية
56	2-مراحل الإنتقالية الوبائية
59	3-من الإنتقالية الوبائية إلى الإنتقالية الصحية.
60	4-مراحل الإنتقالية الصحية.
61	ثانيا: الإنتقالية الصحية في الجزائر

61	1-مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر
69	2-تطور الوضعية الصحية في الجزائر
69	2-1-تطور الوضعية الوبائية.....
69	2-1-1-امراض البرنامج الواسع للتلقيح
75	2-1-2-الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوانات
77	2-1-3-الامراض المنتقلة عن طريق المياه
80	2-1-4-داء السيدا.....
81	2-2-الأمراض المزمنة.
84	2-3 الصحة الإنجابية
86	خاتمة الفصل

الفصل الرابع:تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية.

88	تمهيد
88	أولا:تحليل الخصوبة.....
88	1-التحليل البيولوجي.
89	2-التحليل الديمغرافي.....
90	3-التحليل السوسولوجي.....
94	4-التحليل السيكولوجي.....

95	ثانيا:المواليد والخصوبة في الجزائر
96	1-تطور المواليد والخصوبة.....
97	2-المعدل الخام للمواليد.....
99	ثالثا:مراحل إنتقال الخصوبة في ظل التطورات الصحية.
99	1-تذبذب الخصوبة 1900-1949
101	2-إرتفاع الخصوبة 1954-1970.....
102	3-إنخفاض الخصوبة1972-1996.....
104	4-إستقرار الخصوبة:1997-2000 إلى يومنا هذا.....
104	5-عودة إرتفاع الخصوبة2001- إلى يومنا.....
105	6-تطور المؤشر التركيبي للخصوبة.....
107	خاتمة الفصل.....

الفصل الخامس:تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية.

109	تمهيد.....
109	أولا:تحليل الوفيات.....
109	1-التحليل البيولوجي للوفيات.....
111	2-التحليل الديمغرافي للوفيات.....
112	3-التحليل السوسيوولوجي للوفيات.....

113.....	ثانيا: تطور الوفيات في الجزائر.
113.....	1-مراحل إنتقال الوفيات في ظل التطورات الصحية.
113.....	1-1-المرحلة الأولى: 1900-1945.....
114.....	1-2-المرحلة الثانية:1946-1970.....
115.....	1-3-المرحلة الثالثة:1971-1986.....
116.....	1-4المرحلة الرابعة: من 1987 إلى يومنا.....
118.....	2-وفيات الرضع.....
119.....	3-وفيات الأطفال دون الخامسة.....
120.....	4-وفيات الأمهات.....
121.....	5-تطور أمل الحياة.....
122.....	ثالثا:أسباب الوفيات.....
122.....	1-الأسباب الإجتماعية.....
122.....	2- الأسباب الديمغرافية.....
128.....	3-الأسباب المرضية للوفيات.....
132.....	3-1 الأسباب حسب الفئات العمرية.....
137.....	3-2السياسة الصحية لمكافحة الوفيات في الجزائر.....
141.....	خاتمة الفصل.....

142.....نتائج الدراسة

144.....الخاتمة العامة

.....قائمة المصادر و المراجع

.....الملاحق

عرفت الجزائر في ظل التغيرات الكبرى التي شهدتها العالم تحولات عديدة ،وقد تجلت ملامح هذه التحولات خصوصا على الوجه الديمغرافي للمجتمع خاصة من حيث دينامية السكان المتسارعة بعد الإستقلال و التي كانت نتيجة حتمية للتزايد غير المسبوق في الولادات و الذي تزامن مع الإنخفاض المحسوس للوفيات مما نتج عنه إرتفاع لمعدل الزيادة الطبيعية و التي أعتبرت من أعلى الزيادات في العالم.

تحول هذين العاملين (المواليد و الوفيات) كان مرهونا بالتحسن الملحوظ للقطاع الصحي و الوقائي الذي عمل على القضاء على الأوبئة المعدية و السارية (المتنقلة عن طريق المياه و الحيوانات) كما ساهم في الرفع من أمل البقاء على قيد الحياة و الذي أدى بدوره إلى التغيير الجذري في التركيبة السكانية للمجتمع الجزائري.

كما مست هذه التحولات جانبا أخر من جوانب المجتمع تمثل في الجانب البنيوي الوظيفي للأسرة هته المؤسسة التي تغير شكلها و مراكز و أدوار أفرادها خاصة الأم التي تغير دورها من مجرد إنجاب الأطفال و تربيتهم و الإهتمام بأمور البيت إلى الخروج إلى الدراسة و العمل و المشاركة في جميع المجالات الاجتماعية ،الاقتصادية وكذلك السياسية مما أدى إلى تغيير نظرتها للإنجاب الذي أصبح عائقا أمام طموحاتها مما سبب إنخفاض للمواليد.

كما أن قيمة إنجاب طفل لم تعد نفسها مثل الماضي نظرا لتغير القيم و المعايير بين الماضي و الحاضر.

وقد أدى التحضر و تغير نمط الحياة بدورها إلى ظهور نوع جديد من الأمراض كالحمول و السمنة المفرطة و الإدمان و ما يترتب عنه من أمراض عقلية و نفسية.

إن هذا التحول في النمو السكاني و الذي كان متزامنا مع التحول الصحي ،جعلنا نحاول التعرف على مدى تأثير الإنتقالية الديمغرافية بالإنتقالية الصحية. وسعيا للوصول إلى هذه النتيجة قمنا بتقسيم بحثنا إلى خمسة فصول كالآتي:

الفصل الأول: تمثل في الإطار المنهجي حيث إنطلقنا في دراستنا بالإعتماد على أهم الدراسات التي تناولت موضوعنا أو جزءا منه معتمدين على نتائجها لبناء إشكالية البحث، لتأتي بعدها الفرضيات، أهداف الدراسة، ثم تحديد المفاهيم المتعلقة بالموضوع و في الأخير ذكر أهم المصادر التي إعتدنا عليها كمرجع موثوق للمعطيات.

الفصل الثاني: المعنون بالإنتقالية الديمغرافية في الجزائر.

حيث عرجنا في البداية على النمو الديمغرافي ،بالتطرق إلى أهم الأفكار و النظريات التي تناولت مسألة النمو السكاني ،ثم تعرضنا لأهم محددات النمو السكاني و العوامل المؤثرة عليها بعدها إنتقلنا إلى نظرية الإنتقالية الديمغرافية و التي إنبثقت عن محاولات تفسير تحول النمو السكاني بالإعتماد على عاملي المواليد و الوفيات، متتبعين أهم مراحل هذه الإنتقالية في أوروبا ،لنستعرض بعدها تطبيق هذه النظرية على النمو السكاني في الجزائر، بتتبع مراحل تطور كل من المواليد و الوفيات و الزيادة الطبيعية وإجمالي عدد السكان في كل مرحلة.

الفصل الثالث: الإنتقالية الصحية في الجزائر: تطرقنا في البداية إلى الإنتقالية الوبائية التي صاغها عمران و حدد مراحلها لتعمم مؤخرا إلى الإنتقالية الصحية .

أما فيما يخص تطبيق هذه النظرية و مراحلها على الجزائر فقد قمنا في البداية بتتبع تطور النظام الصحي، وبعدها محاولة تتبع مسار الوضعية الوبائية مرحلة بمرحلة من خلال عرض إحصائيات الحالات المسجلة لأهم الأمراض سواء أمراض البرنامج الواسع للتلقيح أو تلك الناجمة عن العدوى من الحيوانات أو المنتقلة عن طريق المياه . و التطرق أيضا إلى الأمراض المزمنة و الحضرية ، و تناولنا أيضا الصحة الإنجابية بإعتبارها مؤشرا هاما للتقدم الصحي لأي بلد.

الفصل الرابع: خصصناه لتتبع مراحل تطور الخصوبة المتزامنة مع التطور الصحي.

حيث وقفنا في البداية عند مفهوم الخصوبة بتحليلها بيولوجيا، ديمغرافيا، نفسيا وسوسولوجيا.

ثم قمنا بتتبع أهم مراحل زيادة و إنخفاض هذا المؤشرومدى تأثيره بالتطورات الصحية.

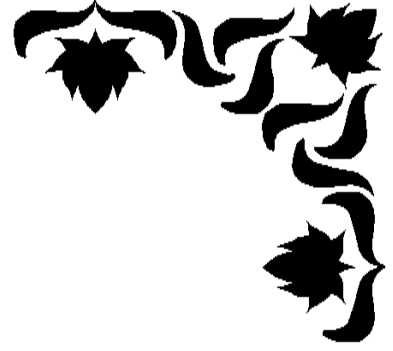
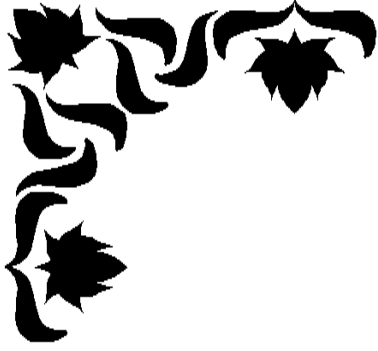
الفصل الخامس: المعنون بتطور الوفيات في ظل التطورات الصحية. تطرقنا لمفهوم الوفيات من خلال

تحليلها تحليلا بيولوجيا، ديمغرافيا و سوسولوجيا كما تعرضنا لأهم المراحل التي مرت بها الوفيات

سواء بالارتفاع أو الانخفاض أو الاستقرار. لنتقل بعد ذلك للتطرق لأهم الإحصائيات المسجلة عن

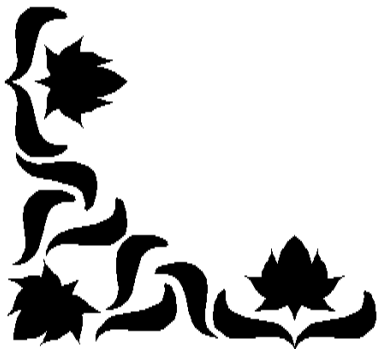
الوفيات لدى فئات الرضع و الأطفال دون سن الخامسة و فئة الأمهات كذلك، و كذا معرفة أهم

العوامل المسببة للوفيات خاصة ما تعلق بالأسباب المرضية و الطبية.



الفصل الأول:

الفصل التمهيدي



1-الدراسات السابقة:

حضي موضوع الإنتقالية الصحية والديموغرافية في الجزائر كغيره من الدراسات الحديثة، باهتمام مجموعة من الباحثين و الهيأت الحكومية في عدّة دراسات أهمها:

1)الدراسة التي قام بها محمد زيدان في رسالة ماجستير سنة 2001 بعنوان الإنتقال الديمغرافي و الأفاق الديمغرافية في الجزائر حيث إنطلق من الإشكالية التالية:

-ما هي حالة الإنتقال الديمغرافي في الجزائر؟ و ما هي أفاقه؟

و قد تناولت هذه الدراسة كل من الوفيات و الخصوبة و الزواج و الهجرة كمتغيرات أساسية للإنتقال.

و توصل في الأخير إلى أن الجزائر عرفت إنفجارا سكانيا سنة 1971 و حسب توقعات الأفاق الديمغرافية ستنخفض الولادات و عندما تتعدى لجزائر إنتقاليتها ستواجه مشاكل الشيخوخة .

2) الدراسة التي قام بها فاتح بعيط حول الإنتقالية الديمغرافية و الوبائية في الجزائر سنة 2009 و هي رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في تخصص ديمغرافياإدقام بتفسير و تحليل تراجع الوفيات و الخصوبة في مقارنة ديمغرافية وبائية .

حيث تتبع مراحل الإنتقال الديمغرافي من سنة 1941 إلى غاية سنة الدراسة المطروحة و قد تمكن من التوصل إلى نتائج أهمها :

-تراجع الأمراض المعدية من الساحة الوبائية في الجزائر.

-إنتشار الامراض غير المعدية خاصة المزمنة.

-أهم أسباب الوفيات في الجزائر في السنوات الأخيرة تتمثل في الأمراض المزمنة خاصة عند كبار السن.

3) أطروحة دكتوراه من إعداد الطالبة دريد فاطمة جاءت بعنوان النمو الديمغرافي و أثره على التنمية الاقتصادية و الإجتماعية و هي دراسة ميدانية في تخصص علم اجتماع التنمية تطرقت فيها إلى الإشكالية التالية: ما مدى تأثير الجوانب الاقتصادية و الإجتماعية على تطبيق التنظيم العائلي داخل الاسرة الجزائرية؟

و قد توصلت إلى نتائج أهمها :

أن الجزائر بإعتبارها دولة نامية أصبحت تعاني من النمو الديمغرافي السريع الذي اصبح يهدد تنميتها الاقتصادية و الإجتماعية خاصة بعد الإستقلال ،لذا تم إرساء قواعد التنمية الوطنية و اعتماد النهج الإشتراكي الذي يعتمد على مخططات التنمية من طرف الدولة و خاصة عندما إرتفعت نسبة النمو إلى 3.3% سنة 1966 مما شد إنتباه المسؤولين إلى ضرورة إتباع سياسة سكانية منذ 1967 و ا توجيه الأسر بإعتبارها هدف اساسي لتقليل الولادات ، و قد إعتمدت هذه السياسة على:

-تنمية القاعدة الهيكلية للتنظيم المادي و الأداء فيما يخص التنظيم العائلي .

-مساهمة التربية و الإعلام في تحسيس الافراد و السكان بأهداف التحكم في الخصوبة.

4) في سنة 1992، قامت وزارة الصحة بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء بإجراء المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل (EASME)¹ على عيّنة تشمل 6500 أسرة ولقد أبرز هذا المسح أن معدّل الخصوبة الكلية قد إنخفض إلى 4.4 طفل لكل امرأة خلال الخمس سنوات التي سبقت العملية كما أن دالة المعدّلات العمرية للخصوبة بيّنت أن هذه الأخيرة بدأت في الانخفاض

¹ONS (1992) Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant – Rapport principal, Algérie.

عند الفئات العمرية المتقدمة في السن. و بلغ معدّل الخصوبة الكلية 5.3 طفل لكل امرأة في الريف مقابل 3.6 في الحضر.

5) مع مطلع سنوات التسعينات، قام الدكتور قواوسي علي¹ بدراسة الولادات ما بين 1970 – 1986، وذلك باستعمال "La double standarisation" التي تسمح بتحليل الفرق بين معدّلين خاصين للمواليد مع حساب أثر التركيبة حسب العمر والجنس، و أثر نسبة المتزوجين وأثر الخصوبة، فتبيّن عندها أن تراجع المواليد خلال هذه الفترة مردّه إلى تراجع سن الزواج الذي لعب دوراً أساسياً نجم عنه انخفاض الخصوبة، أما التركيبة حسب العمر والجنس لعبت دوراً ضئيلاً في اتجاه رفع الولادات.

6) الدراسة التي ضمّتها كتاب الإنتقالية الديمغرافية في بلدان الجنوب وهو خلاصة للأيام العلمية الثالثة لشبكة الديمغرافيين للوكالة الجامعية الفرنكوفونية عام 1998 والتي قام من خلالها الدكتور قواوسي علي بالبحث في الانتقالية الديمغرافية في منطقة الجنوب العربي والتي جاءت بعنوان "السياسة السكانية، الضغط المالتوسي أو الانتشار الثقافي: أي نموذج للانتقال بالنسبة للمغرب العربي؟"² حيث وصف هذا المسار بالظاهرة السلبية للمجتمع وأن هذا الأخير سيعرف تغييرات عميقة وغير متوقّعة على مستوى العائلة.

7) الدراسة التي جاءت في نفس الكتاب المذكور أعلاه والتي قام بها الباحث بوسيري عبد العزيز بعنوان "الانتقال الديمغرافي في الجزائر، رؤية مستقبلية" حيث استهلّها بكرونولوجيا السياسة السكانية في الجزائر من مرحلة أن الجزائر قادرة على تغذية 50 مليون ساكن وشعار أن أحسن قرص هو

¹Kouaouci, A (1992) « Tendance et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986 » Population (2), pp. 328 – 351.

²Kouaci A. 1998, « Politique de population, pression malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? », in les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 59 – 64, Edition ESTEM, Paris.

التنمية وعدم دمج المشاكل السكانية ضمن السياسات التنموية إلى مرحلة اليقين بأن إشكالية السكان هي أحد العوائق الكبرى في وجه التنمية.

(8) كما كشف التحقيق الوطني حول صحة العائلة (EASF- 2002)¹ الذي أجري على عينة مكونة من 10200 عائلة الانخفاض المستمر في المؤشر التركيبي للخصوبة للخمس سنوات التي سبقت العملية والذي قدر 2.4 طفل لكل امرأة مع وجود اختلاف بين الوسطين 2.1 و 2.7 طفل لكل امرأة في الوسطين الحضري والريفي على التوالي، مع معدلات قصوى لدى الفئة العمرية 30 - 34 سنة.

(9) أما موضوع الإنتقالية الصحية بصفة عامة فقد بدأت ملامحه في الظهور بعد التحقيق الوطني للصحة (ENS- 1990)² الذي أجري على 12000 عائلة والهادف إلى:

- معرفة الحالة الصحية للسكان، مدى طلب العلاجات واستعمال الخدمات الصحية.

- معرفة ثقل الأمراض المزمنة التي يعاني منها السكان،

- الحصول على بعض المؤشرات كالوفيات حسب السن والمجموعة العمرية.

ومن خلاله إتضح بأن الأمراض المزمنة والتنكسية هي الأكثر إنتشاراً وسبباً رئيسياً في طلب الفحوصات الطبية والإستشفاء مع بقاء نسبة لا بأس بها من الأمراض المعدية.

(10) التحقيق الوطني حول الإستعجالات الطبية والجراحية (ENUMC- 2003)³ الذي إمتد بين 3 - 10 مارس 2003 والذي ضمّ عيّنة متكونة من 191570 مريض حيث كشف بأن

¹ONS, (2002), Enquête Algérienne sur la santé de la famille, Rapport principal, Algérie.

²INSP (1990), Enquête nationale de santé, Rapport principal, Algérie.

³INSP (2002), Enquête nationale sur les urgences médico-chirurgicales, Algérie.

معظم الوفيات كانت ناجمة عن أمراض القلب والشرابين (17.93%) والصددمات مع وجود نسب عالية من الضغط الدموي (5.96%)، الربو (3.72%) وداء السكري (3.27%).

11) التحقيق الوطني للصحة (ENS - 2005)¹، الذي يدخل في الإطار العام لمشروع البحث حول الانتقال الوبائي وأثره على النظام الصحي (TAHINA) والهادف إلى تقدير الأمراض على مستوى السكان، طلب العلاجات ونسبة عوامل الخطر القلبية الوعائية بغرض إنشاء إستراتيجية لتسيير هذا الانتقال فكانت نتائج هذا العمل مماثلة للتحقيق الأول لسنة 1990 مع ميزة الإرتفاع المستمرة في الأمراض المزمنة والإنتشار الواسع لعوامل الخطر القلبية والوعائية.

12) المسح العنقودي متعدّد المؤشّرات (MICS3- 2006)² حيث كشف عن عدّة مؤشّرات تخص السكان في الجزائر والذي أجري على عيّنة مكوّنة من 29476 أسرة واستخدم لإجراء هذا المسح ثلاثة استبيانات:

1. إستبيان المنزلية لجمع معلومات عن الظروف والإسكان، والخصائص الإجتماعية والديمغرافية والصحية لجميع أفراد الأسرة لتحديد أهم عوامل وأسباب الوفيات كالصرف الصحي والتغذية والتلقيحات ... وغيرها.

2. إستبيان فردي لكلّ امرأة في سن 15 إلى 49 سنة والذي يبيّن الإنخفاض المستمرّ في المؤشّر التركيبي للخصوبة الذي قدّر بـ 2.4 طفل لكل امرأة مع وجود إختلاف بين الوسطين الحضري والريفي.

¹INSP (2002), Enquête nationale de santé, Rapport principal, Algérie.

²MICS3 (2006), Enquête nationale à indicateurs multiples, Algérie.

2-الإشكالية:

يرتبط النمو السكاني بالزيادة الطبيعية التي تمثل الفرق بين معدّل المواليد ومعدّل الوفيات، وقد عرف هذا النمو تزايداً بطيئاً حتى أوائل القرن العشرين. إذ يرجع هذا البطء بطبيعة الحال إلى الارتفاع الكبير في مستوى معدّل الوفيات مما أدى بدوره إلى نقص الزيادة الطبيعية التي عرفت تراجعاً كبيراً. كما يمكن إرجاعه إلى مجموعة من العوامل البيئية والتي كانت ضابطاً أساسياً للنمو ومتحكماً رئيسياً في حركته بدرجة كبيرة. ومن أبرز هذه العوامل: المجاعات والحروب والأمراض المعدية والمنتقلة عبر المياه وغيرها، إلا أنه في العصور الحديثة تمكّن الإنسان من التقليل في الوفيات والزيادة في الولادات بتطوير الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية بما فيها الصحية أو الطبية، والجزائر كغيرها من الدول النامية عرفت تحولا واضحا لنمو سكانها ومرت بمراحل مختلفة لهذا النمو ، و هو ما يطلق عليه الديموغرافيون الإنتقالية الديموغرافية والتي رافقتها الإنتقالية الوبائية أو ما يطلق عليه الإنتقالية الصحية بصفة عامة.

ومن هذا المنطلق نريد معرفة مدى تأثير الإنتقالية الصحية على الإنتقالية الديموغرافية. بالجزائر.

أو بصيغة أخرى: ما هي أهم المراحل التي مرت بها الإنتقالية الصحية ومدى إنعكاسها على الإنتقالية الديموغرافية؟

ويندرج تحت هذه الإشكالية الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي أهم مراحل الإنتقالية الديموغرافية والصحية في الجزائر؟
- ما هي أهم التطورات التي شهدتها المنظومة الصحية؟ وكيف أثر ذلك على النمو الديموغرافي؟
- كيف أثرت مراحل الإنتقالية الصحية على المواليد والوفيات في الجزائر؟
- ما هي المراحل التي مرّت بها الوفيات أثناء إنتقالها وما هو ثقل ونوعية الأمراض المسببة لها وأهمّ المتغيّرات التي حصلت على الخصوبة أثناء الإنتقالية الصحية في الجزائر؟

2-الفرضيات:

وللرد على كل هذه التساؤلات، سنعتمد على مجموعة من الفرضيات.

الفرضية العامة:

التطور في المجال الصحي ساهم مساهمة فعالة في إنخفاض معدّل الوفيات والتحكم في معدّل الولادات مما أدى إلى التغيّر في نموالسكان للمجتمع الجزائري.

الفرضيات الجزئية:

- الإنتقالية الصحية في الجزائر أدّت إلى تراجع الأمراض المعدية مما ساهم في تراجع معدّل الوفيات.
- التحسن في الظروف المعيشية للسكان بما في ذلك الخدمات الصحية أدّى إلى التحول الديمغرافي.
- أدى الإهتمام بالصحة الإنجابية من خلال التحكم في الولادات و العمل على متابعة صحة الأم و الجنين إلى إنخفاض الخصوبة و التقليل من وفيات الأمهات و الرضع.

3-أهداف الدراسة:

تتلخص أهداف الدراسة في النقاط التالية:

- تحديد خصائص نموذج الإنتقالية الصحية في الجزائر وذلك بمتابعة تطور الأمراض الوبائية والحضرية.
- معرفة ثقل وأسباب الوفيات في الجزائر.
- تقصي أثر الرعاية و الخدمات الصحية في الإنتقالية الديمغرافية ودور التغطية الطبية والصحية بصفة عامة في هذه الإنتقالية.

4-تحديد المفاهيم:

* مفهوم الإنتقالية الديمغرافية:

هي المرور من وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات عاليتين إلى وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات منخفضة خلال مدّة زمنية وهذا بموازاة لتنمية إجتماعية وإقتصادية.

كما جاء مفهوم الإنتقالية الديمغرافية في القاموس السويسري للسياسات الإجتماعية بأنّه نظام ديمغرافي يتميز بولادات ووفيات عاليتين متبوعاً بعد ذلك بإنخفاض الوفيات مما يؤدي إلى زيادة السكان والتي لا يمكن التحكم فيها إلا بإنخفاض كاف للمواليد للحصول على توازن بين المواليد والوفيات.¹

* مفهوم الإنتقالية الصحية:

يقصد بها: المراحل التي مرّت بها السياسة الصحية المتبعة عبر الفترات الزمنية المختلفة وكيف تغيّرت الأوضاع الصحية للسكان في كلّ مرحلة من مراحل هذه الانتقالية.²

الصحة:

الصحة إصطلاحاً: هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة به وهو مفهوم فيه دلالة على إتساع أبعادها و إعتماذ تعزيزها و الإرتقاء بها على السلامة و الكفاءة الجسمية و العقلية و إرتباطها بالسياق الاجتماعي و الثقافي و العلاقات مع الغير و يتوقف مدلولها³ في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم و النفس و المجتمع في إطار التقييم.³

-تعريف منظمة الصحة العالمية OMS:

¹ فاتح بعيظ، الانتقال الديمغرافي والوبائي في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة باتنة الجزائر، 2009، ص 6.

² الرعاية الصحية الأولية: التقرير الخاص بالصحة في العالم، منظمة الصحة العالمية ص 15 2008

³ إحسان علي محاسنة: البيئة و الصحة العامة دار الشروق (بدون تاريخ) ص 71.

ان التعريف الأكثر تداولاً هو الذي وضعته المنظمة العالمية للصحة في المادة الأولى من ميثاقها ' أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 1946/07/22 بنصها على أنها "حالة من إكمال السلامة بدنيا و عقليا و إجتماعياً' لا مجرد الخلو من المرض أو العجز"¹

- الوباء: هو ظهور عدد من حالات المرض في مجتمع أو إقليم ما على نطاق واسع أكثر من المعتاد,² أو على نحو غير متوقع بالقياس والزمان المفترضين.

- المرض: هو الوضع الذي يظهر فيه الكائن الحي إنحرافات تشريحية أو كيميائية أو فيزيولوجية عن الحالة السوية.³

* الخصوبة:

هي قدرة الرجل والمرأة على المشاركة في إنتاج النسل ويقابلها العقم وقد يكون فيزيولوجياً أو إختيارياً.

كما تعبر عن مدى إنتاج المواليد فعلاً، سواءاً كان ذلك بالنسبة للفرد أو لمجموعة أفراد، ويعرفها رولان بريسيا بالقدرة على الإنجاب، كما يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء.

المعدل الخام للولادات TBN‰: هو حاصل قسمة عدد المواليد أحياء في السنة على متوسط عدد السكان لنفس السنة.

معدل الخصوبة الكلي: هو متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لكل إمراة خلال فترة حياتها الإنجابية .

معدل الخصوبة العام حسب السن (‰): هو حاصل قسمة عدد المواليد الأحياء للنساء في نفس السن خلال السنة على العدد الكلي للنساء في سن الحمل.

¹ قندلي رمضان: الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارنة)-دفاتر السياسة و القانون العدد 6 جانفي 2012 ص219.

² المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات دار الكتاب العربي القاهرة 1967 ص 23.

³ المرجع نفسه ص 24.

متوسط العمر عند الإنجاب: هو السن المتوسط للنساء اللواتي وضعن مولودا في نفس السنة.

* مفهوم الوفيات La mortalité:

عملية بيولوجية واضحة منفردة بمعنى أنّها تقع مرّة واحدة بالنسبة للفرد وليست متجدّدة وهي أمر عام يحدث لجميع البشر أي أنّهم يخضعون لحتمية الوفاة.

المعدّل الخام للوفيات TBM%: هو عدد الوفيات خلال السنة أثناء المرحلة الملاحظة منسوباً إلى إجمالي عدد السكان خلال نفس السنة.

معدل وفيات الرضع: هو حاصل قسمة عدد وفيات الأطفال الرضع الأقل من سنة خلال السنة على عدد الولادات الحية لنفس السنة.

معدل النمو الطبيعي: هو ناتج الفرق بين المعدّل العام للولادات والمعدّل العام للوفيات لنفس السنة.

5 منهج الدراسة:

لكل بحث علمي منهج معين يستعمله الباحث لترتيب حيثيات بحثه بإعتباره أساس كل بحث علمي سليم إضافة إلى أنه يضفي على البحث أهمية بالغة، و يحدد المنهج تبعاً للأهداف العامة و النتائج التي يريد الباحث الوصول إليها و التحقق منها من خلال المعطيات التي يحصل عليها.

إنطلاقاً من طبيعة الموضوع، و المتمثل في فهم ظاهرة الإنتقالية الديمغرافية و علاقتها بمثلتها الصحية، و تفسير ذلك حسب المجتمع المدروس، تطلب هذا منا وصفاً دقيقاً لكل عناصر الظاهرة و المتمثلة في محددات النمو الديمغرافي في الجزائر إستخدامنا المنهج الوصفي التحليلي مدعماً بالأدوات الإحصائية و نتائج التعدادات و المسوحات و التحقيقات الوطنية إعتقاداً على بعض النظريات السكانية قصد توضيح بناء النسق المفاهيمي عند تحليل متغيرات الفرضية.

6- مصادر المعطيات:

اعتمدنا في بحثنا هذا على نتائج التحقيقات السكانية السابقة مثل المسح الوطني لصحة الأم والطفل (EASME 1992)، و التحقيق الوطني لصحة الأسرة (EASF 2002).

التحقيقات الوطنية للصحة 1990، 2002، 2005،

2006 MICS: المسح العنقودي متعدد المؤشرات

التعداد السكاني 1998

التعداد السكاني 2008

معطيات الديوان الوطني للإحصاء ONS.

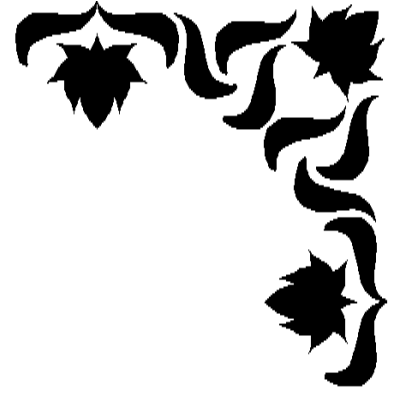
معطيات مديرية الصحة لولاية تلمسان.

7) صعوبات الدراسة:

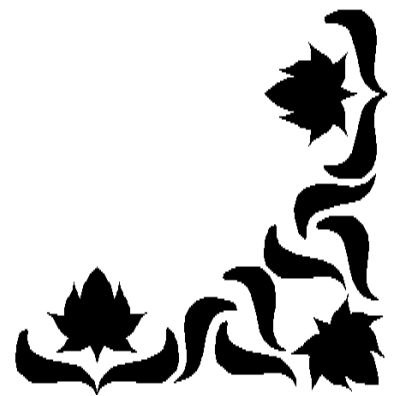
-النقص في البيانات الإحصائية الخاصة بالأوبئة المنتشرة خلال الفترة الإستعمارية و لذلك بدأنا

دراستنا فيما يخص الإنتقالية الصحية في الجزائر بداية من 1962.

-ندرة الدراسات و البحوث الخاصة بالإنتقالية الوبائية في الجزائر.



الفصل الثاني
الانتقالية الديمغرافية
في الجزائر.



الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

تمهيد:

منذ القرن الثامن عشر حيث بدأ يتوقّر العالم على معطيات وتقديرات سكانية أكثر دقة وسكان العالم يتزايدون بسرعة لم يعرف تاريخ البشرية مثيلاً لها فقد إستغرق سكان العالم آلاف السنين ليبلغ عددهم المليار الأول سنة 1830. بينما بلغ عددهم 5 ملايين سنة 1987 حسب مصادر لمنظمة الأمم المتحدة أي بزيادة 4 ملايين نسمة في مدة تقلّ عن 160 سنة، وحري بنا أن نشير أن التطور الديمغرافي الذي بدأ يعرفه العالم في القرن العشرين لم يكن متجانساً على سطح الأرض كلّه، بل يختلف حسب إختلاف البلدان، حسب درجة تقدّمهم الاقتصادي والاجتماعي، كما أن هذا النمو المذهل لم يقع في نفس الوقت على مجموع سكان المعمورة، فلقد مسّ في البداية سكان أوروبا واليابان منذ القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين وبعد ذلك جاء دور دول الجنوب المتكونة من أمريكا اللاتينية، آسيا وإفريقيا، حيث عرفت تزايداً سريعاً في عدد سكانها منذ النصف الثاني من القرن الماضي.

كلّ هذه التحولات تبلورت في إطار نظرية الإنتقالية الديمغرافية، والتي ظهرت في أوروبا مهد الثورة العلمية والثقافية الحديثة، وهذا ما يطرح تساؤلاً جوهرياً يدور حول ماهية هذا التحول الديمغرافي، و مراحلها وأسبابه، وهل هو نتيجة للتقدّم العلمي والرقى السوسيوثقافي الذي عرفته أوروبا، أم هو مجرد خطوة استباقية وعفوية انبثقت عن النظرية المالتوسية؟ وأيّ موقع للدول النامية بما فيها الجزائر في خضمّ هذه التحولات السكانية.

1- النمو الديموغرافي في الفكر السكاني القديم:

تركز الإهتمام في المجتمعات القديمة على أهمية عملية الإنجاب بهدف تعويض الفقد السكاني الناجم عن إرتفاع معدلات الوفيات بسبب إنتشار الأمراض والأوبئة فضلا عن قتلى الحروب. ولقد كان هناك إعتقاد في اليونان القديمة بأن وظيفة العديد من الآله هي مساعدة الأباء على إنجاب الأطفال والأتيان بهذه الأطفال إلى الدنيا والإهتمام بهم حتى يصلوا إلى سن البلوغ . فلم ترق الأفكار السكانية في بدايتها إلى مستوى النظريات وبدورها لم تعالج بطريقة موضوعية قضايا الزيادة السكانية فلم تكن هناك التعقيدات الاقتصادية والاجتماعية مطروحة بحدة كما هي عليه اليوم.

بدأت فكرة التزايد السكاني تعرف التعقيدات ابتداء من الفكر المالتوسي ومنه يمكن إعتبار كل من الأفكار والكتابات السكانية قبل مالتوس ما هي إلا وجهات نظر طرحت من قبل الفلاسفة والساسة الإقتصاديين.¹

1.1. الفكر السكاني القديم:

لقد عرفت المسألة السكانية كتابات مبكرة من طرف الساسة والمفكرين وهي تعبر عن وجهات نظر لآراء مختلفة تختلف إختلاف الزمان والمكان.

✓ **الفكر الصيني:** إن الفكرة العامة التي تكمن وراء التفكير الصيني القديم هي فكرة التناسب بين السكان والموارد أو بعبارة أخرى هي تصور علاقة مثالية نموذجية بين الأرض ومواردها وبين السكان بحيث أن الإنحراف من هذه العلاقة يؤدي في نهاية الأمر إلى تدهور الإقتصاد. وكان حكماء

¹: توبين علي، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية (رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الإقتصادية). جامعة الجزائر 2003-2004 ص09.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الصين وعلى رأسهم كونفوشيوس أول من أشار إلى فكرة الحجم الأمثل¹. كما اعتقد كونفوشيوس أن من مسؤولية الحكومة أن تنقل السكان من المناطق المزدحمة إلى المناطق الأقل عدداً، وأوضح أيضاً العوامل التي تؤثر في نمو السكان وحصرها في عوامل: نقص الغذاء، الأوبئة، والحروب، الزواج المبكر والكوارث البيئية.²

✓ الفكر اليوناني: كان موضوع الحجم الأمثل للسكان La population optimale

هو المحور الذي دارت حوله كل الأفكار التي تركها أفلاطون في مؤلفيه "الجمهورية" و"القوانين" فيما يتعلّق بدراسة السكان.³

لقد إنشغل كل من أفلاطون وأرسطو بمشكلة حجم السكان حيث أقر أن المجتمع يجب أن يبلغ حجمه من الكبر بالدرجة التي تجعله مكثفي بذاته اقتصادياً وقادراً على الدفاع عن نفسه.⁴

ويشير مفهوم الحجم الأمثل للسكان عند كل من أفلاطون وأرسطو إلى ذلك الحجم الذي يحقق ويحافظ على رفاهية وأمن المواطنين على أفضل نمو ممكن وهذا يعني أن كلا من الفيلسوفين كان قد إنشغل بضرورة وصول السكان إلى حجم يسمح بإدارة أكثر كفاءة للحكومة وكان أفلاطون على الخصوص هو أول من حدد الحجم الأمثل بـ 5040 نسمة.⁵

غير أن أرسطو إتجه في معالجته لموضوع السكان إتجاهاً واقعياً فضلاً عن أنّه تناول عديداً من المسائل السكانية مثل توزيع السكان ونمو السكان والمعدل الأمثل للسكان.⁶

فهو يرى أنه لكي يثبت حجم السكان عند حجم معين يجب على الدولة حساب أو تقدير فرص الوفيات عند الأطفال، العقم عند المتزوجين،

¹ عبد العاطي السيد، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص 182.
² علي عبد الرزاق جليبي، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1980، ص 62.
³ نفس المرجع، ص 69.
⁴ عبد العاطي السيد، مرجع سابق، ص 83.
⁵ نفس المرجع، ص 83.
⁶ علي عبد الرزاق جليبي، مرجع سابق، ص 83.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

كما شغلت مسألة السكان بال الإغريق، فهنا ذكر مالتوس أن فلاسفة الإغريق كانوا يخافون خطر الزيادة السكانية ولذلك بالرغم من توسعهم في الاستعمار كانوا يخشون كثرة النسل فيعمدون إلى قتل أطفالهم.¹

✓ الفكر الروماني القديم:

لقد عالج الرومان المسائل السكانية في ضوء امبراطورية عظمى وليس على أساس الدولة المدنية فلم ينزعجوا لكثرة العدد بل على العكس كانوا يعدونها أمراً ايجابياً وعندما وجدوا أن علامة قلة النسل قد بدأت في الظهور عقب الحرب فكروا في وسائل مختلفة لإكثار النسل² وقد رأوا أن محدّدات النسل تتمثل في الفيضانات والأوبئة والمجاعات والحيوانات المتوحشة والحروب.

1. 2. الأفكار السكانية في العصور الوسطى:

أما اذا انتقلنا الى العصور الوسطى نجد ان مفكري هذه الحقبة, لم يسهموا كثيرا في الدراسات السكانية البحتة , و أن معظم ما كتبه الفلاسفة كان يتسم بالطابع الأخلاقي و الديني و أبعد ما يكون عن طابع البحث العلمي سياسيا كان أو إجتماعيا.

➤ ابن خلدون (1332 – 1406)

في القرن الرابع عشر جاء ابن خلدون ليوجه المزيد من عنايته إلى دراسة مظاهر التفاعل بين الإنسان والبيئة الطبيعية، وأظهر أثر العامل الجغرافي على إزدياد كثرة العمران وإزدياد السكان بالظروف المناخية والتأثير المعتدل من الأقاليم إذ أن الأقاليم المعتدلة يكون سكانها أعدل أجساماً وأخلاقاً.

¹ عبد الحميد لطفي وحسن الساعاتي، دراسات في علم الاجتماع، دار المعارف، مصر، 1981، ص 60.
² نفس المرجع، ص 29.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

ويذهب ابن خلدون إلى أن المجتمعات تمر خلال مراحل تطويرية محددة تؤثر على عدد المواليد والوفيات في كل مرحلة. إذ يستمد المجتمع في المرحلة الأولى من تطور وزيادة عددهم وعندما ينتقل إلى المرحلة الأخيرة يشهد ظروف ديموغرافية مخالفة إذ ينخفض فيها معدل المواليد ويرتفع معدل الوفيات، كما أوضح تأثير كل مرحلة من تطور المجتمع على المواليد والوفيات، وذلك باعتبار أن الخصوبة العالية في المرحلة الأولى من تطور المجتمع ترجع إلى نشاط السكان وقدرتهم. أما في المرحلة الأخيرة من تطور المجتمع فتظهر المجاعات والأوبئة والثورات مما يقلل من نشاط السكان ويقلل من نسلهم.¹

➤ المذهب التجاري: (المار كنتلي)

لقد ذهب فلاسفة الماركنتلي إلى أن الحجم الكبير والمتنامي للسكان يؤدي بالضرورة إلى العديد من المزايا الإقتصادية والعسكرية للدولة ذلك أن تراكم الثروة والقوة في نظرهم ونجاعة قدرة الدولة لا يتحقق إلا بكثرة السكان.

بصفة عامة أكد أصحاب المدرسة الماركنتيلية على مزايا التزايد الكثير للسكان و إقترحوا سياسات تهدف إلى الرفع من النمو السكاني بما في ذلك التدابير التي تشجع على الزواج و إنتشار العائلة الممتدة و تحسين الصحة العمومية و ضبط الهجرة إلى الخارج و جلب المهاجرين الأجانب خصوصاً العمال الذين يتوفرون على كفاءات مهنية .

إعتبر بعض الماركنتيليون أمثال تشايلد و كوك و دوقونان بأن ثروة البلد الحقيقية تكمن في أكبر عدد ممكن من السكان ؛ بينما اعتبر الآخرون أمثال فورثري ضرورة تواجد كثرة السكان و وفرة المال (معا). وحتى الماركنتيليون الذين لم تكن لهم آراء تذكر عن السكان كانوا يعتبرون بأن قوة الدولة تكمن في كثرة السكان.

¹ عبد الحميد الغزالي، اقتصاديات السكان، وكالة المطبوعات الكويت، 1973، ص 33.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

درس بعض الماركنتيليون العوائق المختلفة التي تحول دون التزايد السكاني من أوبئة و حروب و ظروف مناخية و عدم القدرة على الانجاب المنسوبة إلى الحواضر و إلى أسباب أخرى كالإجهاض و تأخير سن الزواج و و الوفيات و آثار الهجرة إلى المستوطنات و كذا هجرة العمال المتخصصين القادمة من الخارج، لكن أصحاب هذه الأفكار عموماً، لم يبحثوا عن تفسير نسقي للتطور السكاني و لأسبابه.

بالإضافة إلى ذلك فإن السيطرة السياسية تحتاج هي أيضاً إلى جنود و تجار كثيرين ولأن التجار كانوا سباقين في دعوتهم للإستعمار والبحث عن الثروات، إقتضت مصلحتهم توفير أكبر عدد ممكن من الجنود والتجار والخدم لتسهيل مهمتهم وتقوي دولتهم. لذلك ساد مرحلة الفكر التجاري حملة من التشريعات والإجراءات شملت أغلب دول أوربا الغربية، انصبّت كلها على تشجيع الزيادة السكانية بشتى الطرق¹.

➤ المذهب الطبيعي:

كان أصحاب هذا الإتجاه يجذبون تزايد السكان، و لكن بشرط ألا يعيش الناس في بؤس و لذلك كان المهم في نظرهم الإكثار من إنتاج الأراضي و في هذا الصدد كتب كني Quesnay قبل مالتوس بأربعين عاماً "ليس للتناسل حدود غير القوت، ومع ذلك فالتناسل يميل دائماً الى الخروج على هذه الحدود، و ليس أدل على ذلك من وجود أناس في فقر مدقع في كل مكان، و مع ذلك لم يشتم فقرهم عن التناسل و التكاثر".

أثرت هذه الأفكار في التفكير السياسي في أوربا حوالي منتصف القرن 18 وكان من بين آثارها رد فعل عكسي لوجهة نظر التجار عن السكان، فقد إهتم الطبيعيون بحدة الفقر الذي كان يعاينه

¹ عبد الكريم اليافي، في علم السكان مطبعة دمشق، سوريا ، 1958، ص 10.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الشعب أكثر من إهتمامهم بملء خزانة الدولة بالثروات، وهكذا غيروا مبدأ الإهتمام بالقوة إلى الإهتمام بالشعب¹. كما إعتقد الطبيعيون أن هناك علاقة طردية بين السكان وموارد العيش.¹

2. نظريات النمو الديمغرافي:

2. 1. نظرية مالتوس (1776-1834):

جاءت هذه النظرية نتاج لكتابات رجل الدين و المعلم الجامعي روبرت مالتوس Thomas Robert Malthus في مقالته الشهيرة "حول مبادئ السكان و أثرها على تقدم المجتمع" وهي من أوائل النظريات التي عاجلت مسألة النمو السكاني، وملخص النظرية أن هناك خطورة في زيادة السكان وخاصة أن هذه الزيادة تسير بمعدّل هندسي (1، 2، 4، 8، 16، ...) بينما تزيد الموارد الغذائية بمعدل حسابي (1، 2، 3، 4، 5، ...) فإذا تضاعف عدد السكان في 25 سنة فإن الموارد الغذائية تزيد بنفس النسبة بل أقل وهذا ما يدعو الناس إلى التنافس على الطعام. و الى سوء الصحة العامة وتفشي الأمراض وشح الطعام فتنتشر المجاعات وهكذا فقلة الطعام بالنسبة للسكان تؤدي إلى الحرب والمجاعة والأمراض. وهذه العوامل هي العوامل التي تحد من تزايد السكان.²

ويرى مالتوس أن الزيادة السكانية هي مجرد عملية بيولوجية بحتة لا علاقة لها بالقيم الإجتماعية السائدة، وبعبارة أدق لا توجد صلة بين الزيادة وبين تغير وتطور قوى الإنتاج ويذكر مالتوس مصدرين بنى عليهما تحليله:

الأول أن الغذاء ضروري لحياة الإنسان، والثاني أن العاطفة من الجنس ضرورية وسوف تظلّ في المستقبل في حالتها الراهنة تقريباً وهذا أن المصدران من طبيعة ثابتة ومتعارضان.³

¹ عبد الحميد الغزالي، مرجع سابق، ص 344.

² رمزي زكي، المشكلة السكانية والخرافة المالتوسية، منشورات المجلس الشعبي الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت، سنة 1984، ص 28.

³ رمزي زكي مرجع سابق، ص 29.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

وقد رأى مالتوس أن العامل المحدد لتعداد السكان هو إتساع الأراضي وانتاجيتها، فالإنتاج لا يمكن زيادته إلى ما لا نهاية لأنه يتعرّض في النهاية لقانون الغلة المتناقصة. أي تناقص الإنتاج مع إزدياد إستخدام رأس المال والعمال فإذا ترتّب على زيادة السكان الوصول إلى هذه الدرجة من مراحل الإنتاج فإن النتيجة ستكون المجاعة بلا شك لكن عدة عوامل تدخل قبل الوصول إلى هذه الحالة لتحد من النمو السكاني وهي سوء التغذية والمجاعات العارضة والأوبئة والفقير.¹

إعتمد مالتوس في رؤيته التثاؤمية للمشكلة السكانية على ركيزتين أساسيتين، الأولى هي اعتبار أن السكان متغير مستقل لا علاقة له بالنظام أو المحيط الإجتماعي الذي يتواجد فيه والثاني هو أن قانون الغلة المتناقصة.²

2.2. النظريات بعد مالتوس:

بعد أن ظهرت عيوب مالتوس وازداد في الوقت نفسه الاهتمام بالتغيرات الاجتماعية في تفسير الظاهرة السكانية كان منتظراً أن تظهر تفسيرات جديدة حول زيادة السكان. لقد وضع مالتوس أسلوباً في النظريات السكانية إعتمدتها أغلب النظريات التي جاءت بعده لتفسير زيادة السكان إلا أنها كانت تنتهي عادة بنتائج أكثر تفاقماً مما إنتهت عليه نظرية مالتوس وتميّز بين نوعين من النظريات: مجموعة النظريات الطبيعية من ناحية ومجموعة النظريات الاجتماعية من ناحية أخرى.

¹ محمد خزيك، مشكلة السكان في مصر، الدار القومية للطباعة والنشر، عدد 327، بدون تاريخ، ص 20.
² رمزي زكي، مرجع سابق، ص 47.

➤ النظريات الطبيعية:

تعتمد هذه الأخيرة أساساً على الاعتقاد بأن طبيعة الإنسان نفسه وطبيعة العالم الذي يعيش فيه تتحكما في نموه بنسبة معينة وفي اتجاه لا يسيطر عليه وإن كانت هناك سيطرة ما. فهي محدودة جداً وهذا النوع من النظريات بين كيف كان علماء الحياة يحاولون إيجاد قانون لنمو السكان يتمكنون به من معرفة ما حدث في الماضي وما سيحدث في المستقبل دون أي تدخل من الإنسان من ناحية القيم والاتجاهات لأن ذلك شيء طبيعي ولا يمكن إذن للإنسان منعه ومن أبرز العلماء الذين كتبوا حول الموضوع هربرت سبنسر وكورادجيني وسادلروديلدي.¹

✓ هربرت سبنسر (1820 – 1903)

إعتقد سبنسر بوجود قانون طبيعي يحل الإنسان من أية مسؤولية من التحكم في زيادة عدد أفرادهِ ويرى أن الطبيعة حققت هذه الغاية عن طريق إضعاف إهتمام الإنسان بالتناسل.

لقد أكدت نظريته على العلاقة بين زيادة السكان والحضارة بمعنى أنه كلما تعقدت الحضارة كلما زاد الجهد الفيزيولوجي للإنسان وهو ما يترتب عليه قلة الإنجاب وبإختصار فإن التقدم الحضاري غير مساعد على الإنجاب المرتفع.²

✓ كوراد جيني: يعتقد هذا الأخير أن العامل الرئيسي في نمو السكان هو التغير البيولوجي أكثر منه إجتماعي أو إقتصادي؛ إذ يرى أن المعدلات المختلفة للزيادات في فئات السكان تؤدي بسرعة كبيرة جداً إلى التغيرات في الصفات البيولوجية، وقد إعتد في دراسته على إحصائيات للعديد من الأقطار، وأظهرت هذه الإحصائيات أن نسبة صغيرة نسبياً من جيل واحد. تولد أغلبية السكان في الجيل الثاني وقد وصف عملية نمو الشعوب بأنها الارتفاع والهبوط الدوراني للسكان.³

¹ عبد الكريم اليافي، مرجع سابق ص 83 – 84.

² فتحي محمد أبو عيانة، مشكلات السكان في الوطن العربي ، ص 37.

³ محمد علي الفراء، مشكلة إنتاج الغذاء في الوطن العربي، عالم المعرفة الكويت، العدد 15. 2. 1979، ص 14 – 15.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

✓ مايكل توماس سادلر (1750 - 1835):

كان يرى بأن القانون الطبيعي الذي يحكم نمو السكان هو على النقيض تماماً. من القانون الذي أتى به مالتوس، فكان من رأيه أن ميل البشر إلى الزيادة سوف يتناقض بالطبيعة كلما زاد الازدحام وأن أعدادهم تتوقف عن الزيادة حينما يستطيع عدد من الناس تحقيق أكبر عدد من السعادة مع تساوي جميع الأشياء الأخرى إذ يقول "إن مبدأ الزيادة في أعداد البشر يمكن التعبير عنه بإيجاز شديد كالتالي: أن توالد البشر إذا شارك جميع الأشياء الأخرى بتناسب سلبي لا يتحقق بسبب البؤس ولكنه يتحقق بفعل سعادة النوع ورخائه"¹

✓ توماس دبلدي (1790 - 1870):

لقد رأى دبلدي أن التزايد في عدد السكان يرتبط إرتباطاً عكسياً بموارد الغذاء، فكلما تحسنت موارد الغذاء المتاحة للإنسان كلما قلت الزيادة في أعدادهم وفي كل المجتمعات فإن الفقر يشجع على الخصوبة العالية لدى السكان ومن هنا يرى أن الزيادة مستمرة في عدد الذين لا يحصلون إلا على قدر من الغذاء أي بمعنى آخر في صفوف السكان الأشد فقراً أما الأغنياء الذين يتمتعون بكفاية الغذاء فإن عددهم في تناقص مستمر.²

➤ النظريات الاجتماعية:

تقوم النظريات الاجتماعية على أساس آخر هو أن النمو السكاني ليس موضوعاً لأي قانون طبيعي ثابت وإنما نتيجة للظروف الاجتماعية التي يحددها الناس أنفسهم. أي أن نمو السكان يخضع لعدد كبير من العوامل المختلفة التي يتحدد عددها تبعاً لأنواع البنيات الاجتماعية التي يعيش فيها الناس ومن أبرز من كتب حول هذا الموضوع كارل ماركس وكارسوندرز³

¹ حنفي عوض، مرجع سابق، ص 37.

² فتحي محمد أبو عيانه، مرجع سابق، ص 403.

³ عبد الحميد لظفي وحسن الساعاتي، مرجع سابق، ص 84.

✓ كارل ماركس:

ينكر كارل ماركس أن الفقر والشقاء يرجعان إلى ميل طبيعي في الإنسان إلى إنجاب عدد من الأطفال (كما قرر مالتوس من قبل) ويرى أن الفقر البؤس يديان بوجودهما في زمان ومكان معينين إلى النظام الذي يكون سائداً تلك الفترة ويعجز عن تشغيل أفراد المجتمع تشغيلاً كاملاً، ويقال أيضاً أنه لا يوجد قانون عام ثابت للسكان وإنما لكل عصر ولكل مجتمع قانون خاص به، وأنه لا يوجد سكان فائضون عن الحاجة ولا فقر ولا بؤس إذا تحول النظام الرأسمالي إلى النظام الاشتراكي، أي أن ظروف الزمان والمكان هي التي تخلق مشكلة السكان وليست بعض الخواص الثابتة في الطبيعة كما ينادي أصحاب النظريات الطبيعية.¹

ومع كل أبعاد هذه النظرية الإيديولوجية فقد ثبت بالدليل القاطع فشلها نظرياً وواقعياً فمعظم الدول الاشتراكية تعاني من الانفجار السكاني والتخلف الاجتماعي والإقتصادي.²

✓ . كارسوندرز:

تقوم نظرية كارسوندرز على أساس أن الإنسان ذاته قادر على التحكم في أعداده وأنه يناضل باستمرار في سبيل الوصول إلى العدد الأمثل **Optimum number**، وهو العدد الذي ينتج أعلى متوسط للعائد بالنسبة للفرد الواحد إذا أخذنا في الاعتبار البيئة أو مستوى المهارات وعادات الناس وتقاليدهم وغير ذلك وعندئذ تحكم الإنسان بوجه عام في أعداده بقصد الوصول إلى الحد الأمثل الذي يختلف بالطبع من وقتٍ لآخر.³

¹ حنفي عوض، مرجع سابق، ص 45.

² نفس المرجع، ص 46.

³ فتحي محمد أبو عيانه، مرجع سابق، ص 531.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

وذكر كارسوندرز بأن الإنسان قد إضطر إلى إبتكار أساليب عديدة للوصول إلى هذه الغاية مثل الإجهاض وعزل النساء وغير ذلك حتى يتحكّم في زيادة عدده ولهذا يؤكّد كارسوندرز على تحكّم الإنسان الفعلي في زيادة عدد أفراده أكبر ما فعل مالتوس¹.

✓ آرسين ديمون:

يرى ديمون أن الفرد في المجتمع يميل إلى الإرتفاع إلى مستويات إجتماعية أعلى في شكل حراك إجتماعي ويتجه إلى اهتمامه بذاته.

وهو يعتبر أن الإنهماك في تحسين الأحوال الشخصية الفردية يعد علامة من علامات تدهور المجتمع وضعف الروح القومية وهو عامل من عوامل تفكك الأسرة، كما يشير إلى أن الهجرة إلى المدن تشكل عاملاً سلبياً آخر في نمو المجتمع.²

2-3 المالتوسيون الجدد:

يطلق على الباحثين الجدد الذين يؤيدون فكر مالتوس المالتوسيون الجدد.

ويذهب هؤلاء إلى القول بأن السكان لديهم إمكانيات النمو بمعدلات مرتفعة وما لم يتخذ خطوات للإبطاء. من هذا النمو سوف يتضخّم عددهم في اتجاه مضاد ومعاكس لحدود الموارد المتاحة سواء كانت غذائية أو أخرى ضرورية للعيش والبقاء.³

ولا يذهبون إلى حدّ القول بأن الإقلال من النمو السكاني سيقضي على المشكلات الاجتماعية والمعاناة فحسب بل ذهبوا إلى أن مثل هذه الخطوات سوف تحقق التطور الاقتصادي وتحسّن مستويات المعيشة ذلك لأن النمو السكاني السريع يعدّ في نظرهم من أهم معوقات التطور الإقتصادي إذ بدلاً من أن توجه الموارد لدفع التطور الإقتصادي، تستخدم لإعالة القطاع غير

¹ نفس المرجع، ص 403.

² محمد شفيق، السكان والتنمية، القضايا والمشكلات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1997، ص 126.

³ عبد العاطي السيد، مرجع سابق، ص 118.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الإنتاجي من السكان (الأطفال والشباب). إلا أن بعضهم مثل فرانس بيليس فضل استعمال وسائل منع الحمل بدلا من العزوف عن الزواج كما قال مالتوس.

3- محددات النمو السكاني:

إن التغيير في حجم السكان سواءا بالزيادة أو النقصان يسمى بالحركة السكانية، وهو حصيلة لثلاث عوامل و هي المواليد، الوفيات و الهجرة.

هذه العوامل الثلاثة تؤثر في معدلات النمو السكاني كما تؤثر في البناء الديمغرافي للمجتمع.

وتتجدد المجتمعات تبعا لهذه العوامل فهي تفقد في كل حين عددا من أفرادها و تعوضهم بمواليد جدد، و تختلف الخصوبة و الوفيات عن ظاهرة الهجرة باعتبارها ظاهرتين حيويتين تؤثران في كم السكان و تركيبهم النوعي و العمري.

3-1 الخصوبة و المواليد:

تعتبر المواليد من أهم عوامل حركة السكان فهي تؤثر في نمو و زيادة حجم السكان أو ثباته و تحديد النوع، و معدلاتها تتفاوت من مجتمع لآخر و يرتبط مفهوم المواليد بمفهوم الخصوبة باعتبار أن هذا الأخير يشير إلى المعدل الفعلي للمواليد كما يشير إلى القدرة على الإنجاب و مما لا شك فيه أن نظام الأسرة و الزواج يتحكمان في الخصوبة من حيث فترات الإتصال الجنسي لأن هذا الأخير محرم في بعض المجتمعات قبل الزواج الرسمي وهذا راجع إلى الدين السائد في هذه المجتمعات.

إضافة إلى أن معدلات الخصوبة تختلف حسب المستوى الإجتماعي و الإقتصادي، ووسط الإقامة و العوامل البيئية و مستوى المعيشة و التطور الصحي .

أما إتجاه الخصوبة و المواليد في مجتمع ما فيتحدد بالعوامل التالية:

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

-نسبة النساء اللاتي هن في سن الحمل من 15 إلى 49 سنة عموما فكلما زاد عدد النساء في هذا العمر زاد احتمال إرتفاع نسبة المواليد وتنخفض هذه النسبة كلما نقص عددهن.

_ كلما كان الزواج مبكرا شجع ذلك على زيادة المواليد ، وكلما كان متأخرا قلت النسبة.

_تحسن المستوى الصحي و المعيشي يعمل على زيادة نسبة المواليد .نظرا للعناية بصحة الأمهات و الإهتمام بصحة الجنين.و التخفيف من نسبة الوفيات عند حديثي الولادة.

-نوع الحياة الفكرية و المادية التي يعيشها السكان وما يتميز به من حركة وحمول، لديه أثر على زيادة أو نقصان المواليد.

3-2 الوفيات:

تعتبر الوفيات عاملا من عوامل النمو السكاني ،حيث أنها تؤثر تأثيرا كبيرا في حجم السكان وتركيبهم ،فهي ظاهرة تعمل على تناقص عدد الأفراد.ويختلف معدل الوفيات من مجتمع لآخر بل وفي نفس المجتمع من فترة لأخرى.

تختلف أسباب الوفيات فقد تكون طبيعية أو بسبب مرض معين ،أو حادث ،أو عن طريق الإنتحار و الجرائم و الحروب و المجاعات، كما أنها تتأثر بالظروف الإقتصادية و الإجتماعية السائدة في المجتمع،إضافة إلى أن تقدم العلوم الطبية و الإهتمام بالرعاية للأفراد وتطعيم الأطفال ضد مختلف الأمراض و الأوبئة الفتاكة كل هذا ساهم في الخفض من معدلات الوفيات.

3-3 الهجرة:

هي عملية إنتقال أو تحول أو تغيير المكان لفرد أو لجماعة من السكان من من منطقة إعتادو على الإقامة فيها إلى منطقة أخرى خارج حدود هذا البلد أو من منطقة لأخرى مغايرة في نفس البلد

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

و تعتبر نموذجا من تحرك من مكان لأخر بحثا عن فرص العمل أو عن أنماط معيشية تختلف عن تلك التي إعتادو عليها في موطنهم وقد كانت قديما هربا من الأوبئة و الحروب و المجاعة و الجفاف.¹ و يتأثر المهاجرون بفعل عوامل الجذب و الدفع من بلد لأخر ، كما تؤثر الهجرة في إتجاه التغيير الإقتصادي و الإجتماعي ذلك لما تخلفه من تغيير في حجم السكان سواء في البلد المهاجر إليه أو المهاجر منه.

والهجرة الخارجية نوعان:

*إرادية: وهي الهجرة بدون ضغط أو إجبار رسمي. حيث يقوم المهاجر او المجموعة من المهاجرين بتغيير بلد إقامتهم تطلعا لتغيير مستواهم المعيشي إلى الأحسن أو بحثا عن العمل أو طلبا للعلم .

*الإرادية: الإضطرابية أو القسرية: و المقصود بها نقل الأفراد أو الجماعات من مكان إقامتهم الأصلي إلى مكان آخر و ذلك إجباريا من طرف السلطة خشية حدوث كارثة كالزلازل و الفيضانات أو الحروب.

ثانيا: الإنتقالية الديمغرافية:

يقصد بالإنتقالية الديمغرافية التحول من نظام تقليدي للتوازن السكاني حيث تكون معدّلات الولادات والوفيات في مستويات عليا إلى نظام عصري للتوازن، وحيث تكون معدّلات المواليد والوفيات في مستويات دنيا وينتج عن هذا التحول الاستقرار في معدّل النمو الطبيعي (معدل الولادات - معدل الوفيات) عند حدّه الأدنى بعد مروره بثلاث مراحل: المرحلة التقليدية حيث يكون عند حدّه الأدنى ثم المرحلة الانتقالية حيث يتزايد عددهم ويمرّ بحدّه الأعلى ويبدأ في التناقص وفي المرحلة الأخيرة يرجع إلى مستواه الأول ويستقرّ عند هذا المستوى.²

¹ علي عبد الرازق جليبي مرجع سابق ص25.

² نفس المراجع، ص29

1- نظرية الإنتقالية الديمغرافية:

تعتبر نظرية الإنتقالية الديمغرافية واحدة من أهم النظريات السكانية التي تهتم بالسكان عبر العصور المختلفة والمتعاقبة في جميع دول العالم بغض النظر عن تقدّمها أو سيرانها في طريق النمو.

تعتبر هذه النظرية المحور الرئيسي الذي تركز عليه الدراسات السكانية، إذ تمثل الإطار العام الذي يستخدمه دارسو علم السكان لشرح كافة التغيرات السكانية، وقد قامت هذه النظرية على توافر بيانات تاريخية عن الفترة: 1907- 1928¹ لمعدلات المواليد و الوفيات من السجلات الحيوية، و التعدادات في بعض الدول الأوربية و أمريكا الشمالية بالإضافة إلى بعض المعلومات المتواضعة عن الدول الأخرى

وقد أقيمت هذه النظرية على أساس تجارب بيولوجية مجملية في أول الأمر على بعض المجموعات الحيوانية، قام بها العالم "ريموند بيرل" واستنتج² أن النمو الطبيعي يحدث في دورات مميزة من خلال الدورة الواحدة وفي مساحة معيّنة ووسط معيّن، وتوصّل إلى أن النمو يبدأ ببطء ثم ما يلبث أن يتزايد بالتدرج وبنسبة ثابتة، حتى يصل إلى منتصف الدورة، بعد هذه الدورة فإن الزيادة المطلقة للوحدة الزمنية تصبح أقل حتى نهاية الدورة، وقد اعتمد هذا العالم في وصفه لنظرية الانتقالية الديمغرافية على المنحنى اللوجيستي وذلك ليتمكّن من شرح منحنى النمو السكاني وتحديد المراحل والدوريات التي مرّ بها السكان.

كما ساند هذه النظرية العالم كوراد جيني Corado Gini: وهو مفكر إجتماعي إيطالي إهتم بدرجة كبيرة بدراسة التغير السكاني باعتباره مؤشرا على تطور و تغير المجتمع.

¹بعيط فاتح: الإنتقال الديمغرافي و الوبائي في الجزائر مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا جامعة باتنة 2008-2009 ص26
² فتحي محمد أبو عيانة، مرجع سابق، ص 241.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

و قد تعرض لقضية الإنتقالية الديمغرافية في مؤلفه "أثر السكان في تطور المجتمع"¹ سنة 1912 أين إهتم بتحليل العلاقة بين السكان و تطور أو تغيربناء المجتمع و خاصة من النواحي البيولوجية،المورفولوجية،الإقتصادية و الثقافية.

كان يرى من خلال هذه النظرية أن دورة النمو السكاني تشبه دورة حياة الفرد، حيث أنها تتميز بمرحلة نمو سريع ومبكر وهو ما يُعرف في حياة الفرد بمرحلة الطفولة تليها مرحلة النضج والثبات والتي تعرف بمرحلة الشباب لينتهي في الأخير عند مرحلة الشيخوخة.²

وقد سمي هذه المراحل كالتالي:³

-النشأة والتكوين.

-التقدم و الازدهار.

-الإضمحلال و الفناء.

و افترض أنه في كل مرحلة من مراحل تطور المجتمع يمكن أن نلاحظ خصائص محددة تميز نمو السكان و نتائجها تترتب عن هذا النمو تؤثر على مختلف جوانب المجتمع البيولوجية و الإقتصادية و غيرها.

كما بحث عن مدى الإرتباط بين التحول السكاني و تطور المجتمع.

و في عام عام 1929 قام وارين تومسون Warren Thompson بتجميع بيانات عن المتغيرات الديموغرافية لبعض دول أوروبا. ومن خلال دراسة هذه البيانات توصل إلى أن التاريخ الديموغرافي لهذه الدول يوحى بامكانية تصنيفها الى 3 مجموعات رئيسية وفقا لأنماط النمو السكاني التي سادت هذهالدول كالاتي:

¹فتحي محمد أبو عيانة،مرجع سابق ص242

² ، نفس المرجع ص 24.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

1- المجموعة أ (وتشمل شمال وغرب أوروبا) :والتي أوضحت دراسة بيانات المتغيرات الديمغرافية فيها إلى أن هذه الدول إنتقلت في خلال الجزء الأخير من القرن التاسع عشر إلى عام 1927 من معدلات مرتفعة للزيادة الطبيعية (المواليد الخام - الوفيات الخام) إلى معدلات منخفضة للزيادة الطبيعية، وأن هذه الدول قد تواجه توقفا لمعدلات الزيادة في السكان، ثم تأخذ بعدها أعداد السكان في هذه الدول في الانخفاض (نمو سكاني سالب).

2- المجموعة ب (ايطاليا وأسبانيا وسلوفاكيا في وسط أوروبا)، حيث وجد تومسون أن هذه الدول تواجه إنخفاضا في كل من معدلات المواليد والوفيات. ولكنه رأى أن معدل الوفيات سوف ينخفض بصورة أكثر سرعة من إنخفاض معدل المواليد. وأن ظروف هذه الدول تشابه الظروف التي عاشتها المجموعة الأولى منذ 30-50 عاما.

- المجموعة ج (باقي الدول): وهذه الدول لم يتوصل تومسون إلى أي دليل على وجود أي نوع من التحكم في معدلات المواليد أو الوفيات فيها. ونتيجة لنقص السيطرة على المواليد فقد رأى تومسون بأن هذه الدول سوف تستمر في النمو إلى الحد التي يتحدد بمستوى حد الكفاف. وفي عام 1945 قام فرانك نوتشتاين بإعادة تناول دراسة تومسون حيث إقترح إعطاء المسميات الأتية للمجموعات الثلاثة:

-المجموعة الأولى أسماها الإنخفاض الملموس.

-المجموعة الثانية أسماها النمو التحويلي.

-المجموعة الثالثة أسماها النمو المرتفع.

ومن هنا برز مصطلح الإنتقالية الديمغرافية ، والذي يعبر عن فترة النمو السريع للسكان حينما ينتقل المجتمع من معدلات مواليد ووفيات مرتفعة، أي من النمو المرتفع، إلى الإنخفاض الملموس. ومن الواضح أن نظرية الانتقالية الديمغرافية بدأت في صياغاتها الأولى كوصف للتغيرات الديموغرافية التي

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

حدثت في الدول المتقدمة بصفة خاصة عملية التحول من معدلات المواليد المرتفعة ومعدلات الوفيات المرتفعة إلى معدلات المواليد والوفيات المنخفضة. وقد كان المفهوم في البداية عبارة عن ترتيب وصفى للدول وفقا لمعدلات النمو السكاني، والناشئ عن التغيرات المختلفة من معدلات المواليد والخصوبة. ثم تم تطويره بصورة تؤكد أن كافة المجتمعات السكانية تعيش عملية تحول ديموغرافي عند نقطة معينة في تاريخها. ففي المرحلة الأولى من عملية التحول تؤدي ثنائية معدلات المواليد المرتفعة والوفيات المرتفعة إلى وجود مجتمع سكاني متوازن عند معدلات نمو سكاني منخفضة أو قد تصل إلى الصفر. وتصف هذه الحالة المجتمعات السكانية عبرآلاف السنين الماضية. ثم تأخذ معدلات الوفيات في الإنخفاض بسبب بعض العوامل الخارجية (عن سلوك النمو السكاني)، مثل تحسن مستويات التغذية وإختراع الادوية الفعالة وإنتشار الخدمات الصحية العامة. ويترب عنإنخفاض معدلات الوفيات مع إستمرار معدلات الخصوبة مرتفعة حدوث نمو كبير في السكان. على أن نظرية التحول الديموغرافية تؤكد أنه بعد فترة تأخير معينة تبدأ معدلات الخصوبة في الإنخفاض أيضا استجابة لإنخفاض معدلات الوفيات، وهو ما يؤدي إلى إنخفاض معدلات النمو السكاني إلى مستوى توازني جديد، حيث تكون كل من معدلات المواليد والوفيات منخفضة.

وبناء على ماسبق يمكن تلخيص المراحل التي تشملها نظرية التحول الديموغرافي في بداية صياغتها إلى ثلاثة مراحل كالآتي:

المرحلة الاولى: وفيها تفترض النظرية أن هناك توازن في حجم السكان عند معدلات زيادة طبيعية منخفضة والناجحة عن ارتفاع معدلات الخصوبة والوفيات. حيث أن ارتفاع معدلات الوفيات في ظل إنخفاض مستوى الخدمات الصحية والتطعيم وغيرها من العوامل تدفع بالمجتمع الى تبني سلسلة من الإجراءات للحفاظ على الخصوبة عند مستويات مرتفعة. وإلا فإن المستويات المرتفعة من الوفيات سوف تؤدي إلى إنخفاض أعداد السكان، وشيئا فشيئا يزول المجتمع. غير أنه بمرور الوقت تأخذ الوفيات في الإنخفاض عند توافر الأساليب الصحية وهو ما يؤدي إلى الموقف الذي ترتفع فيه

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

مستويات الخصوبة وتقل مستويات الوفيات، وهكذا يحدث إختلال في توازن المرحلة الأولى وهو ما يدفع بالمجتمع نحو المرحلة الثانية

المرحلة الثانية: وفي هذه المرحلة يحدث نمو سكاني سريع ناجم عن عدم التوازن بين أنماط إنخفاض معدلات المواليد ومعدلات الوفيات. حيث يكون إنخفاض معدلات الوفيات أكبر من إنخفاض معدلات المواليد وهو ما يدفع بالنمو السكاني نحو الزيادة.

المرحلة الثالثة: وفي هذه المرحلة يأخذ أفراد المجتمع في محاولة التحكم في مستويات المواليد (استجابة لانخفاض معدلات الوفيات)، مما يدفع بحجم السكان بصورة مستمرة نحو التوازن عند المستويات المنخفضة من الوفيات.

ويتمثل جوهر نظرية الإنتقالية الديموغرافية في أن هناك فترة تأخير معدلات الخصوبة وانخفاض معدلات الوفيات، وأن هذه الفترة من التأخير تستمر إلى الحد الذي تتغير فيه الظروف الإجتماعية التقليدية وكذلك الظروف الاقتصادية وتغير المؤسسات التي تشجع المستويات المرتفعة من الخصوبة. ويحدث التحول الناتج عن التحديث¹ والذي يؤدي الى تفضيل المستويات المنخفضة من الخصوبة التي تتماشى مع المستويات المنخفضة للوفيات. ويقصد بعملية التحديث عمليات التصنيع والتحضر. وبالرغم من أن عملية التحديث هي التي تدفع بمعدلات الوفيات نحو الانخفاض (بسبب التقدم الصحي وإرتفاع مستويات المعيشة)، إلا انها تؤدي أيضا إلى إنخفاض معدلات الخصوبة غير أن النظرية قد قدمت إقتراحا لا يمكن تجاهله، وهو أن مستويات الخصوبة والوفيات تميل إلى أن تكون مرتفعة في المجتمعات التقليدية (غير الصناعية)، ومنخفضة في المجتمعات المتقدمة (الصناعية). وبين مرحلة المجتمع التقليدي (غير الصناعي) والمجتمع الصناعي تكون هناك فترة إنتقالية ديموغرافية.

ومن خلال هذه النظريات يمكننا القول بأن الباحثين ريمون بيرل وجيني وطومسون يرون بأن دورة النمو السكاني تتأثر تأثراً كبيراً بحركة المواليد أو ما يُعرف بالخصوبة من جهة و الوفيات من جهة

¹ مجلس السكان الدولي: ص09.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

أخرى وخلصوا إلى أن النمو السكاني يسير وفق عدّة مراحل أو دوريات كل دورة لها مميزات وخصائص تختلف عن الدورة التي تسبقها والتي تليها. إذن يمكن القول بأن نظرية الانتقالية الديمغرافية من أبرز النظريات المرتبطة بالدراسات السكانية فقد حظيت بإهتمام كبير فهي تعتبر الممثل الوحيد للعلاقة بين معدل المواليد والوفيات وما يمكن أن ينتج عن هذين المعدّلين من مؤشرات ديمغرافية تنعكس بالضرورة على معدل النمو السكاني¹.

2-مراحل الإنتقالية الديمغرافية:

من خلال هذه النظريات يمكن تقسيم المراحل التي مرّ بها السكان خلال تواجدهم على هذه الأرض إلى أربع مراحل وتجدد بنا الإشارة إلى أن جميع دول العالم قد مرّت بهذه المراحل سواءً كانت هذه الدول متقدمة أو متخلفة. غير أنّها تختلف في أعمار كل مرحلة من هذه المراحل.

✓ المرحلة الأولى: وتعرف بالمرحلة البدائية وتتميز بإرتفاع في معدّل المواليد ومعدل الوفيات معاً، ويتعرّض السكان خلال هذه المرحلة إلى مجموعة من العوامل نذكر منها الأمراض الوبائية والمجاعات حيث تؤدي هذه العوامل إلى ارتفاع معدّل الوفيات بأرقام كبيرة خاصة وفيات الأطفال الرضع، والذين في الخمس سنوات من عمرهم، وقد أدى هذا الارتفاع في معدلات الوفيات إلى بطء النمو السكاني².

✓ المرحلة الثانية: تعرف هذه المرحلة بمرحلة التزايد السكاني المبكّر وتتميز بنمو متزايد وسريع والذي أتى نتيجة انخفاض معدل الوفيات مع إستمرار معدل المواليد في الإرتفاع، ومن هنا تتسع الفجوة بين كل من المواليد والوفيات وبالتالي ترتفع نسبة الزيادة الطبيعية³.

ويمكن الإشارة إلى أن التطور التكنولوجي من أهم العوامل التي أدّت بالدول إلى الدخول في هذه المرحلة حيث تمكن من خلاله أن تسيطر على الأمراض الوبائية و أن تخفض من معدل الوفيات ،

¹ عنصر مفيدة:تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر' مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا 'كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا' جامعة باتنة 2008-2009.

² فتحي محمد أبو عبانة، مرجع سابق، ص 241.

³ نفس المرجع ، ص 242 – 243.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

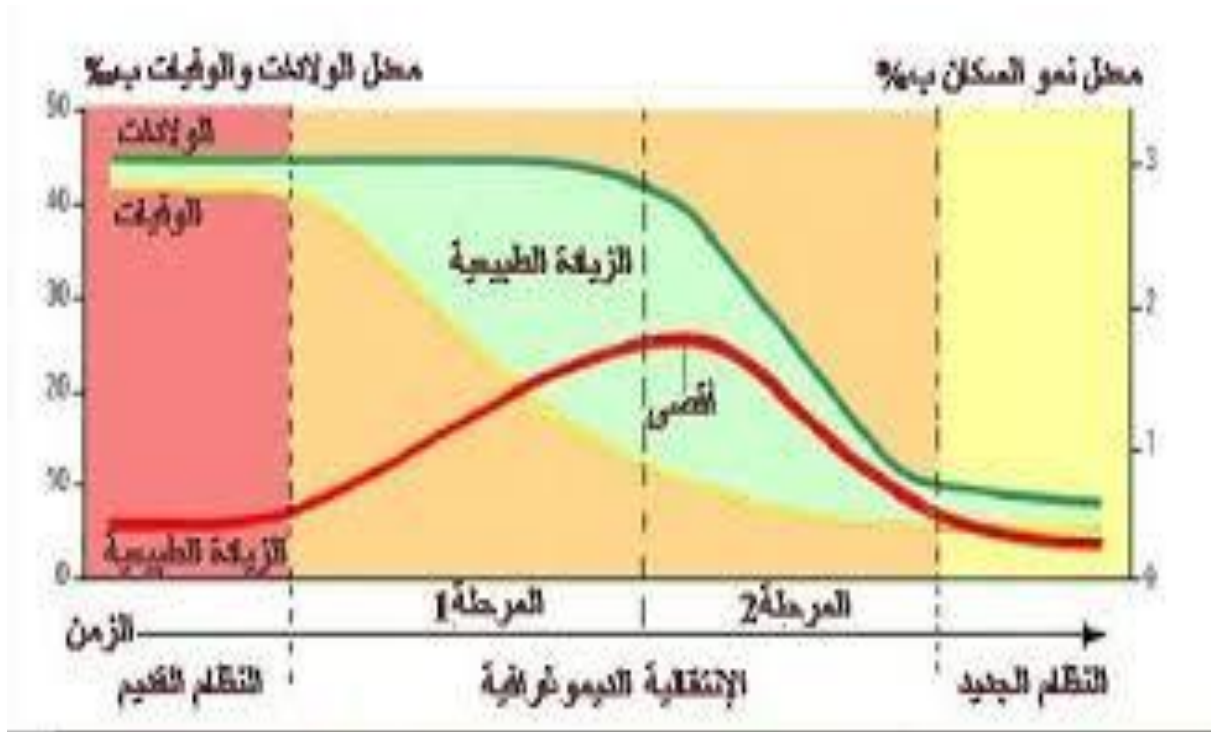
وعليه فإن ديناميكية الانفجار السكاني ترجع في الأساس إلى السيطرة على أسباب الوفيات¹.

✓ المرحلة الثالثة: وتعرف هذه المرحلة من مراحل التحول لديمغرافي بمرحلة التزايد السكاني المتأخر وهي المرحلة التي تعيشها الدول ذات الخصوبة المتوسطة والوفيات المنخفضة ويتميز النمو السكاني بأنه أقل مستوى من المرحلة السابقة ذات التزايد المبكر.

✓ المرحلة الرابعة: وهي المرحلة الأخيرة من الدورة الديمغرافية و هي مرحلة الثبات و الإستقرار الديمغرافي إذ ينخفض معدلي المواليد و الوفيات معا إنخفاضاً كبيراً.

✓ **3-** النموذج العام لشكل الإنتقالية الديمغرافية:

الشكل رقم **01:** الشكل العام لمراحل الإنتقالية الديمغرافية:



المصدر: http://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_démographique

¹ عنصر مفيدة. مرجع سابق 24

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

أشكال الإنتقالية الديمغرافية:

إن تتبع المراحل الزمنية للنمو الطبيعي كشف بأن الدول قد عرفت التابع في الثلاثة أطوار:

- طور زيادة النمو.

- طور الثبات في النمو.

- وأخيراً طور انخفاض النمو ومرده إلى انخفاض الوفيات، لكنّها كانت خلال فترات وأنماط

متباينة انطلاقاً من أشكال النمو الطبيعي لما يقارب 60 بلد (28 متقدمة و30 في طريق النمو). قسم جون كلود شيسني¹ إلى عدة أنواع.

البلدان الاوربية المتقدمة: وهي البلدان التي يمكن تمييزها بخاصتين:

المستويات العليا من النمو الطبيعي بمعدلات دائماً أقلّ من 2 % في السنة وانتقالية ديمغرافية طويلة جداً زمنياً (من 75 حتى 200 سنة) مثل فرنسا

أ. النموذج الشمالي: الذي يتصف بإنتقالية طويلة جداً زمنياً (ما يقارب 150 سنة) ونمو أقصى ما بين 1870 و1880.

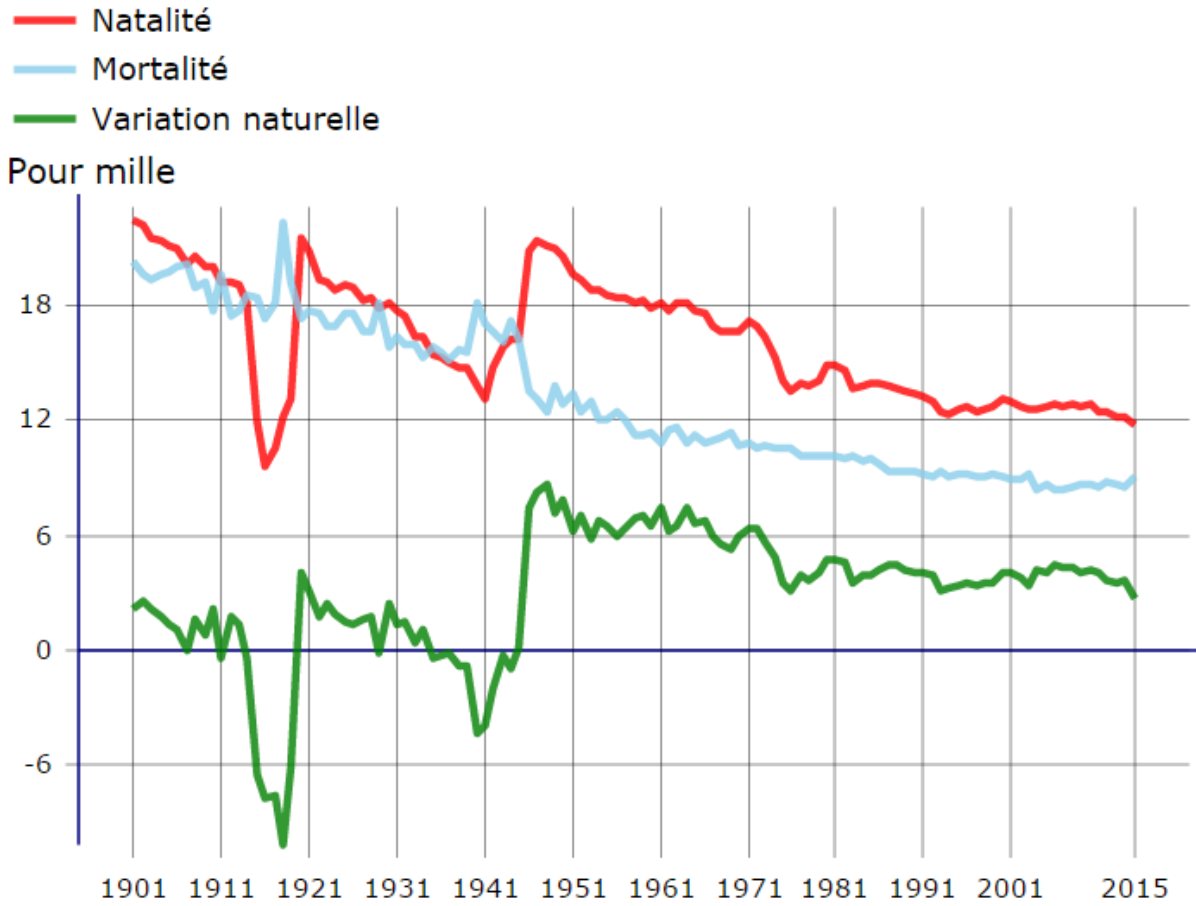
ب.ب. النموذج الغربي: الذي يمتاز بإنتقالية طويلة زمنياً حوالي 100 سنة مع نمو أقصى حالة سنوات 1900.

ت.ت. النموذج الجنوبي: والذي يختص بإنتقالية أقل زمنياً ونمو أقصى ما بعد سنوات 1900 ويبلغ الذروة أحياناً.

¹Crenais J. C. (1986) « La transition démographique, étapes forme, implications économiques, Etude de séries temporelles », (1720 – 1984) relatives à 67 pays, Présentation d'un cahier de ... population 41 (6), pp 1059 – 1070.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الشكل رقم 02: شكل الإنتقالية الديمغرافية لفرنسا (1900-2016):



<http://www.insee.fr/fr/themes/series-longues.asp?indicateur=natalite-mortalite-accroissement>

- البلدان السائرة في طريق النمو النوع -3-: وهي البلدان التي تتسم بقمة ثابتة في النمو الأقصى 2 % سنوياً (أحياناً يصل إلى 4 %) ومدة الانتقالية قصيرة نسبياً (40 - 80 سنة).

ثالثاً - الإنتقالية الديمغرافية في الجزائر:

يرتبط نمو وتحول حجم السكان بعوامل ثلاث: المواليد و الوفيات و الزيادة الطبيعية (التي تمثل الفرق بينهما) كما يرتبط بحركة الهجرة ، و على الرغم من أن هذه الاخيرة تساهم أيضا في تقدير

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

عدد السكان لكن أغلب الدراسات تعتبر صافي الهجرة منعدماً، نظراً لصعوبة تقدير هذه الظاهرة، نظراً للهجرة الداخلية الدائمة و بطرق عشوائية وكذلك بسبب الهجرة غير الشرعية نحو الخارج التي تحول دون تعداد المهاجرين إلى الخارج بشكل دقيق.¹

لمعرفة مراحل التحول في نمو السكان التي مرت بها الجزائر لا بد من تتبع مراحل النمو السكاني وذلك حسب الإحصائيات التي تسنى لنا الحصول عليها.

1-مراحل النمو السكاني في الجزائر:

شهدت الجزائر أكبر معدل نمو لها ما بين 1966 و 1998 إذ لم تشهد له مثيلاً من قبل، حيث تجاوز 3% في السنة أو بصيغة أخرى ظاهرة (Baby boom) أو ازدهار الخصوبة. هذا ما أدى إلى مضاعفة عدد السكان خلال 20 سنة من 12 إلى 23 مليون خلال سنتي 1966 و 1987. ففي بداية الإحتلال كان يقدر سكان الجزائر بعدد لا يساوي 3 ملايين نسمة أما في بداية القرن 20 كان هناك حوالي 4 ملايين نسمة وكان معدل النمو الطبيعي منخفضاً جداً، ويبقى هذا المعدل على حاله حتى نهاية الحرب العالمية الثانية بعد هذه الفترة بدأ في الارتفاع حتى وصل 2.68% مع اندلاع الثورة التحريرية، رغم الحرب بقي المعدل على حاله.² وبعد الاستقلال عرف سن الزواج إنخفاضاً مما أدى إلى ارتفاع الخصوبة، وقد صاحب هذا الارتفاع انخفاضاً في الوفيات مما تسبب في مشكلة الانفجار السكاني في الثمانينات إذ يسجل معدل النمو 3.31% خلال الفترة بين 1954 - 1971 ورغم أنه بدأ في الانخفاض إلا أن المعدل بقي فوق عتبة 3% إلى غاية

¹Démographie Algérienne 2014 n°690

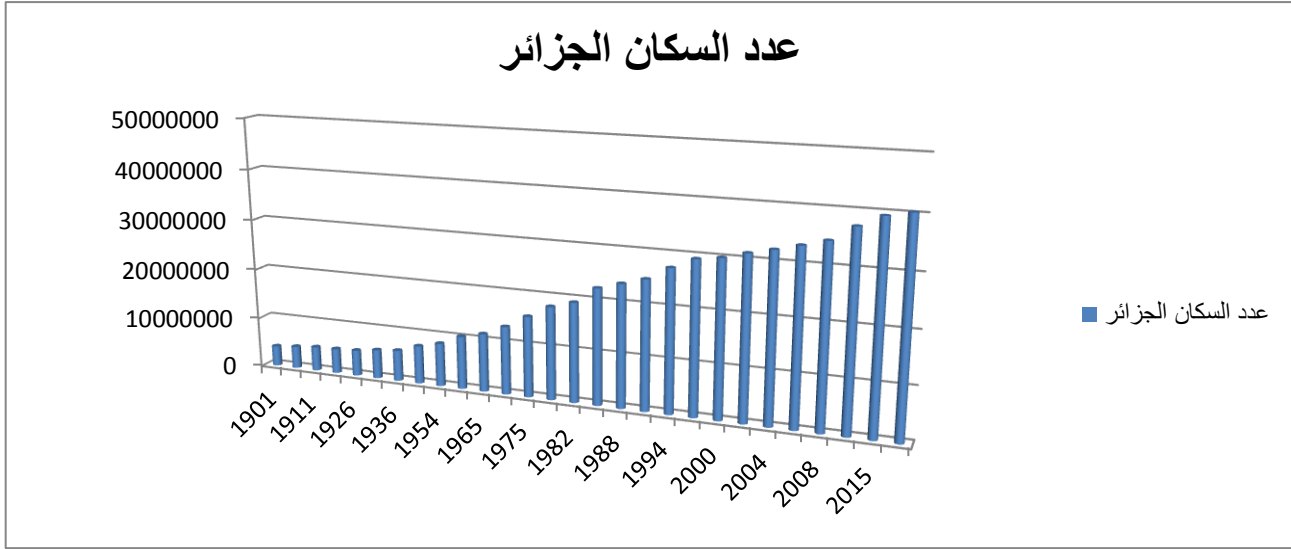
²Kouaouci Ali, (1992) Famille, femme et contraception, contribution à une sociologie de la famille algérienne CENEAD, Algérie.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

1986. أما بعد هذه الفترة تراجع معدل الوفيات مع الانخفاض في معدل المواليد ليصل معدّل النمو

1.80 % سنة 2007 وسجلت الجزائر 39.50 مليون نسمة سنة 2015.¹

الشكل رقم 03: تطور سكان الجزائر (1901-2015)



المصادر: من Djilali Sari: LA TRANSITION DE SANTE EN ALGERIE p051954-1901

من 1966-1954 مربيقي السعيد: التغيرات السكانية في الجزائر

يمكن تقسيم مراحل النمو الديمغرافي الذي مرت به الجزائر إلى المراحل التالية:

1- قبل الاستعمار:

تميزت هذه الحقبة بفجوات ديمغرافية أي تذبذب سكاني راجع إلى الأوبئة و الافات التي حملت معها خسائر بشرية هامة إضافة إلى المجاعات نظراً لقلة الأيدي العاملة في الزراعة.²

1

² مربيقي السعيد التغيرات السكانية في الجزائر (1936-1966) المؤسسة الوطنية للكتاب ص. 115

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

لذا سادت فيما بعد فكرة التوالد للإكثار من الأطفال ليصبحوا عمالا فيما بعد وكان الإعتقاد بأن الأسرة الكثيرة العدد هي الأسرة المفضلة في المجتمع، لضمان بقاء و إستمرار العائلة.

لقد كان النمو السكاني في ذلك الوقت لا يطرح أية مشكلة مادامت النسبة الطبيعية لنمو السكان ضعيفة لا تتجاوز 0.5 هذا و قد كان سكان الجزائر يقدر بنحو 4 إلى 5 ملايين نسمة.

2- أثناء الإستعمار:

يمكن تقسيم هذه الحقبة إلى ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: 1830-1900:

عرفت ظهور المقاومات الشعبية ردا على الإستعمار الذي إستعمل كل أساليب الإبادة الجماعية و التهجير.

إضافة إلى إنتشار الأوبئة و المجاعات بسبب سوء الظروف المعيشية مما أدى إلى إنخفاض عدد السكان حيث أن الفترة 1864-1868 شهدت عددا ضخما من الوفيات بسبب المجاعة حيث قدر عدد الضحايا بحوالي مليون شخصو قد فقدت بعض العشائر قرابة 67% من سكانها.¹

من 1872-1900: كان عدد السكان لا يتجاوز 2.134 مليون نسمة فالأوضاع المتدهورة جعلت عدد الوفيات دائما في إرتفاع.

المرحلة الثانية: 1900-1962:

فيالفترة الممتدة بين 1900 - 1920 كانت الوفيات والولادات مرتفعة ومتقاربة بلغت حوالي 30 % وهذا السائد في البلدان المتخلفة إلى جنوب البحر المتوسط وقد أدى هذا بطبيعة الحال إلى

¹ مربيبي السعيد مرجع سابق ص.116

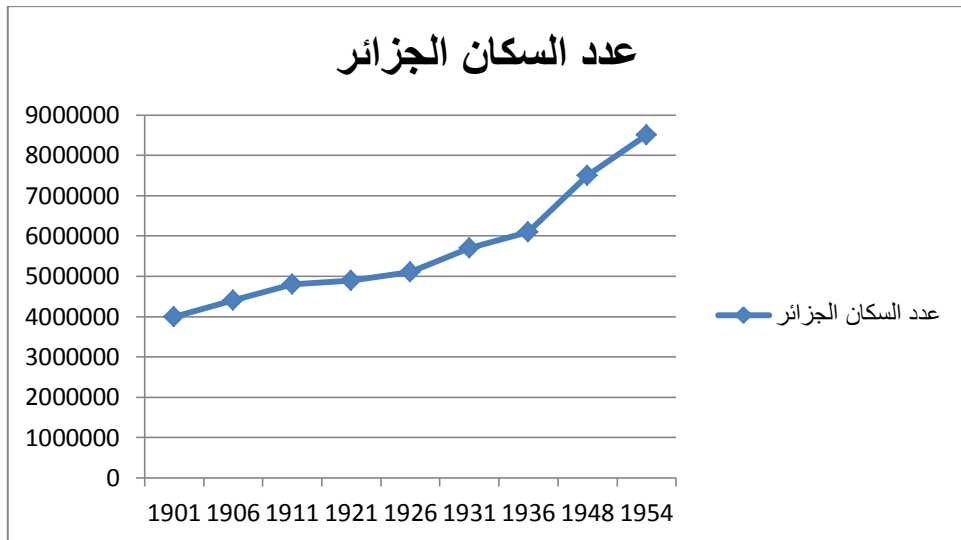
الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

تسجيل معدل نمو منخفض جداً إذ لم يتجاوز (0.95 % بين 1901 – 1910) وتعود الأسباب في ذلك إلى سوء الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها البلاد كالمجاعة وانتشار الأوبئة.

أما في الفترة الممتدة بين 1924 – 1945 شهدت البلاد صعوبة وتدهور في العيش وبالخصوص سكان الأرياف. فقد وصل معدل الوفيات إلى 29.14 % بين 1921 وإلى 1925. وسجل معدل نمو 0.78 % خلال هذه الفترة نتيجة صعوبة الحياة وكذلك نتيجة الجفاف والمجاعة وانتشار الأوبئة والأمراض المعدية، بالإضافة إلى الوفيات المسجلة في الحرب العالمية الثانية، حيث سجل ما يقارب 45 ألف متوفى في حوادث 8 ماي 1945 في يوم واحد.

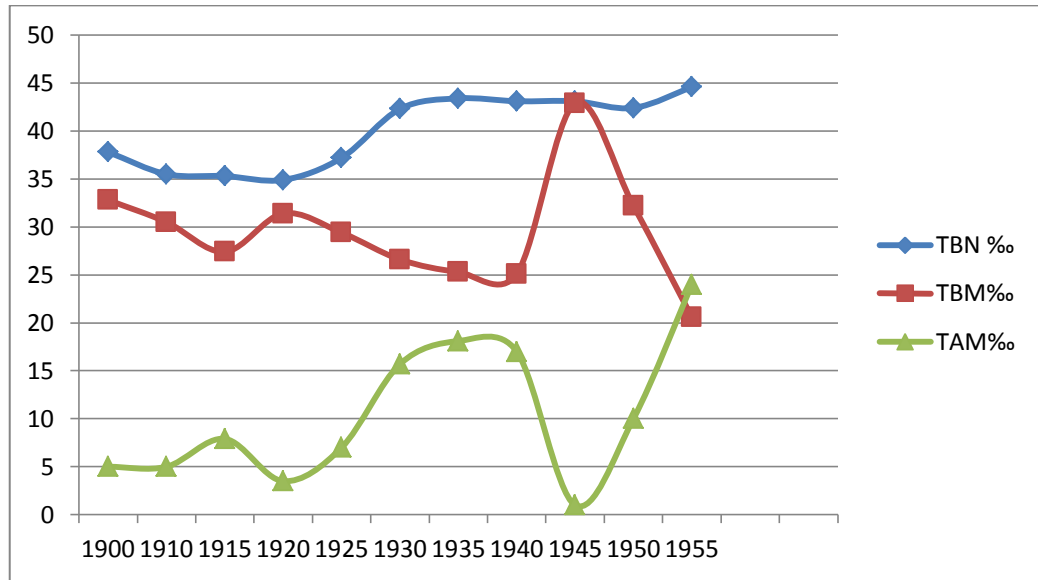
وما ميز هذه الفترة هو معدل الولادات المرتفع 43.4% من 1931 وإلى غاية 1935 وبالمقابل كان معدل الوفيات مرتفعاً 30% ما يمكن قوله عن معدل النمو الطبيعي هو أنه كان يتراجع.

الشكل رقم 04: تطور عدد سكان الجزائر (1901-1954)



المصدر: رسم المنحنى إنطلاقاً من معطيات جدول تطور سكان الجزائر (1900-1962) لمريعي السعيد التغيرات السكانية في الجزائر (1936-1966) المؤسسة الوطنية للكتاب ص 116.

الشكل رقم 05: منحنى تطور المواليد و الوفيات و الزيادة الطبيعية. (1954-1900)



المصدر: رسم المنحنى إنطلاقا من معطيات جدول تطور معدلات المواليد و الوفيات و معدل الزيادة الطبيعية للجزائر 199-1955.

Djilali Sari (Un. d'Alger)... LA TRANSITION DE SANTE EN ALGERIE.

3 بعد الإستعمار:

المرحلة الأولى: 1962-1970.

معدّل الولادات إستمر في التزايد حتى وصل سنة 1970 إلى أعلى قيمة له وهي 50 ‰ وشهدت

هذه الفترة بالنسبة لمعدل الوفيات تقلبات عديدة في منحاه وفي نفس السنة 1970 كان معدل

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الوفيات الخام يقدر بـ 16.7‰ وقد وصل معدل النمو الطبيعي نتيجة لهذه الحالة إلى قيمة عليا 3.34¹‰، مما أعطى الجزائر خاصية الانتماء للدول ذات النمو القياسي للسكان.

بينما الفترة الممتدة بين 1970 – 1985 عرفت الوفيات تراجعاً بسرعة كبيرة من سرعة تراجع الولادات وهذا ما جعل معدل النمو الطبيعي يحتفظ بقيمة مرتفعة متجاوزاً دائماً 3‰ حيث بعد سنة 1970 بدأ معدل الولادات في التراجع تدريجياً إذ سجل معدل المواليد 46.05‰ أما معدل الوفيات فسجل 15.54‰².

وكان السبب في سرعة تراجع الوفيات هو إهتمام الحكومة الجزائرية بالمواليد الجدد والرعاية الصحية المجانية، كفتح مراكز صحية عديدة على مستوى الوطن والإهتمام بتوفير الرعاية الصحية المجانية لكافة السكان سواءً في الريف أو الحضر.

المرحلة الثالثة: 1971 – 1992

تميزت هذه الفترة بانخفاض محسوس في معدل المواليد في الفترة الممتدة ما بين 1985 – 1989 وبوتيرة أسرع لأول مرة خلال السنة الممتدة ما بين 1985 و1986، إذ تجاوزت سرعة تراجع الولادات سرعة تراجع الوفيات فقد سجلت الولادات 11.4‰ أما الوفيات 4.6‰ وكانت النتيجة تباطؤ معدل النمو الطبيعي الذي استقرّ في قيمة 2.74‰ وهذا راجع إلى الحملة الكبيرة من طرف الدولة في نشر مراكز الأمومة والطفولة وتوعية السكان بفكرة التنظيم العائلي مع توفير وسائل منع الحمل فإنخفض معدل النمو الطبيعي إلى 2.49‰ سنة 1990.

¹ فاطمة دريد، النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، جامعة قسنطينة، 2006 – 2007، ص 317.

² عطال جميلة: أثر الوفيات في الإنتقال الديمغرافي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا جامعة باتنة 2013-2014 ص 26.

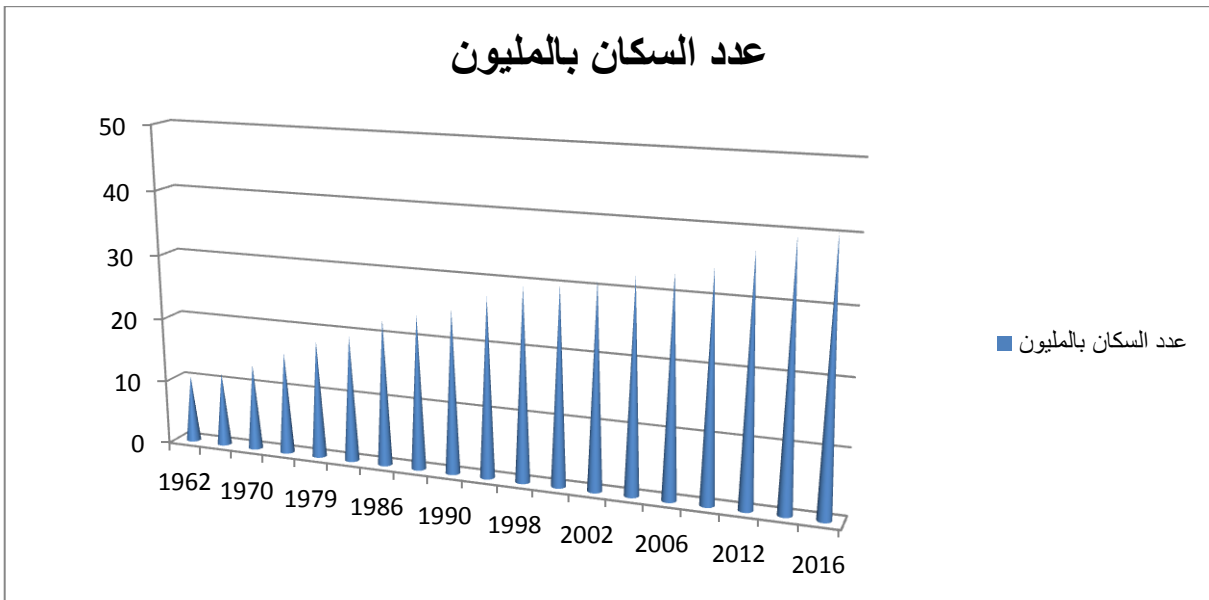
الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

المرحلة الرابعة: من سنة 1992 إلى يومنا هذا.

خلال الفترة (1992 – 1998) كان المعدل الخام للوفيات في قيمة ثابتة أي حوالي قيمة تقارب 6% أما مستوى الولادات فقد شهد انخفاضاً إذ بلغ 21.02% سنة 1998 وهذا من نتائج برامج التخطيط العائلي التي بادرت الجزائر إلى تطبيقه.¹

ونتيجة لإستقرار الوفيات وتراجع الولادات إنخفض معدل النمو الطبيعي من 2.49 سنة 1990 إلى 1.63 % سنة 2001 ثم وصل 1.91 % سنة 2008.²

الشكل رقم 06: تطور عدد سكان الجزائر (1962-2016):



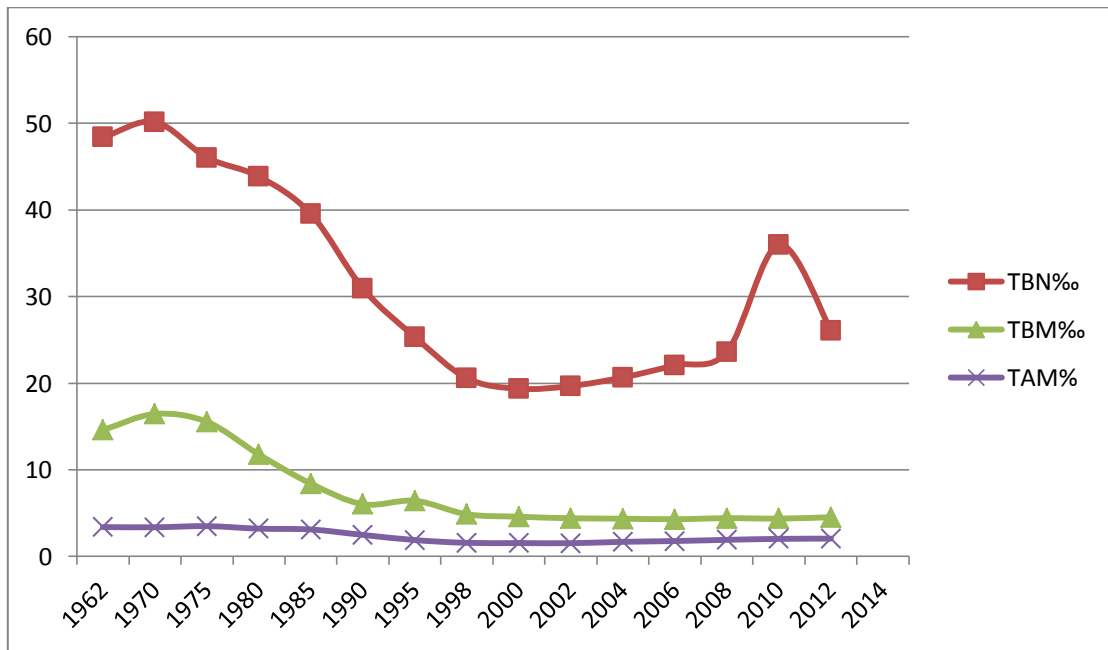
المصدر: مربيقي السعيد: التغيرات السكانية في الجزائر .

ONS :Démographie Algérienne 2000-2014-2016

¹ عطال جميلة: اثر الوفيات في الإنتقال الديمغرافي مرجع سابق ص 26.

²<http://www.ons.dz/Alger.2012>

الشكل رقم 07: تطور المواليد و الوفيات و الزيادة الطبيعية للجزائر (1962-2014):



المصدر: Démographie Algérienne 1990-2000-2014

❖ مراحل الإنتقالية الديمغرافية في الجزائر:

من خلال التتبع الزمني لكرونولوجيا تطور الولادات و الوفيات و الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر قبل و بعد الإستقلال يمكننا تمييز فترات مختلفة للنمو السكاني و التي قسمناها إلى المراحل التالية:

المرحلة الأولى: 1900-1945: تميزت هذه المرحلة بالتذبذب و عدم الوضوح في الإتجاه خاصة فيما يتعلق بالوفيات. تراوح معدل الزيادة الطبيعية بين 0.45% و 0.5% ما بين 1900 و 1920 ثم إرتفع إلى 1% في الفترة 1921-1944 حيث سجلت الوفيات إنخفاضاً في هذه الفترة مع

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

إستمرار إرتفاع الولادات. إلا أن أحداث 8 ماي 1945 حصدت أرواح العديد من أبناء الشعب و بالتالي عودة إرتفاع الوفيات.

المرحلة الثانية: 1946-1970: عرفت هذه الحقبة نموا متسارعا و في فترة زمنية وجيزة أين إنتقل عدد السكان من 7500000 نسمة سنة 1948 إلى 10400000 نسمة سنة 1962 ثم 13300000 نسمة سنة 1970، مسجلا أكبر قيمة للزيادة الطبيعية و التي تعتبر من أكبرها في العالم إذ إنتقلت من 1% سنة 1945 إلى 3.39% سنة 1962 ثم 3.21 سنة 1970.

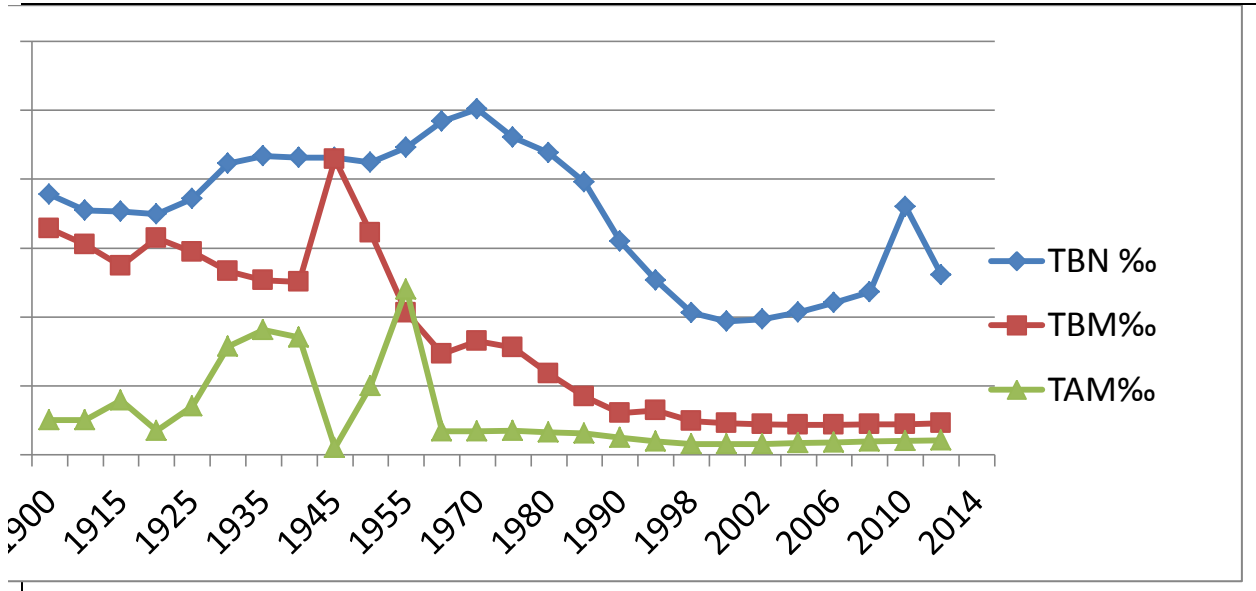
المرحلة الثالثة: 1975-2002:

أهم ما يلاحظ بالنسبة لهذه المرحلة: الإنخفاض المتسارع و المستمر للولادات مع إستمرار إنخفاض الوفيات (رغم عودة إرتفاعها سنوات التسعينات إلا أنه إرتفاع طفيف و ظرفي بسبب الأوضاع السائدة انذاك).

أما معدل النمو الطبيعي فقد بلغ 3.5% سنة 1975 لينخفض إلى قيمة 1.53% سنة 2002.

المرحلة الرابعة 2002 إلى يومنا: عرفت هذه المرحلة عودة إرتفاع عدد الولادات أين إنتقل المعدل الخام للمواليد من 19.68% سنة 2002 إلى 36% سنة 2012 مع بقاء المعدل الخام للوفيات في إنخفاض مستمر، أما الزيادة الطبيعية للنمو فقد سجلت 1.53% سنة 2002 و إرتفعت لقيمة 2.06 سنة 2012.

الشكل 08: تطور المواليد و الوفيات و معدل الزيادة الطبيعية للجزائر (1900-2014):



المصدر: رسم المنحنى إعتقادا على المعطيات السابقة

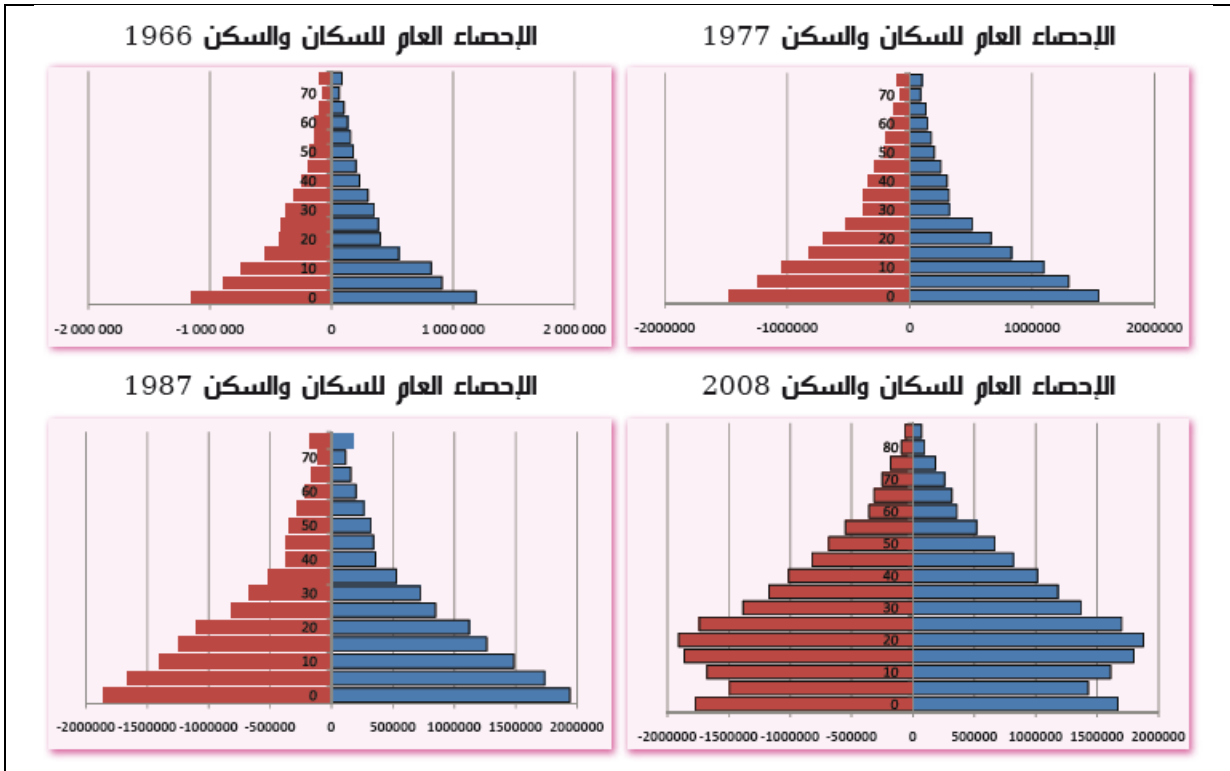
❖ تطور أهم المؤشرات السكانية: سنة 2014

بينت آخر الإحصائيات للديوان الوطني للإحصاء أن عدد السكان المقيمين في الجزائر سنة 2014 عرف زيادة طبيعية قدرت ب 840000 نسمة أي ما يعادل نموا طبيعيا قدر ب 2.15 و هو في إرتفاع معتبر مقارنة بالسنوات السابقة و يرجع هذا الإرتفاع المحسوس أساسا إلى الزيادة في عدد الولادات الحية.

* الهرم السكاني:

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الشكل رقم 09: الأهرام السكانية لأهم تعدادات الجزائر المستقلة:



المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، التحقيق الوطني حول الجدول الزمني في الجزائر 2012

بينت البيانات الإحصائية أن عدد الذكور والإناث كان تقريبا متساوياً من سنة 1970 إلى غاية

2001. ويمكن أن نقسم هذه الفترة إلى مرحلتين:

الأولى تمتد من 1970 إلى 1986 أين كان عدد الإناث يفوق الذكور حيث بلغ أكبر فرق بين

الجنسين سنة 1970 وهو 295 ألف أنثى زيادة على الذكور،

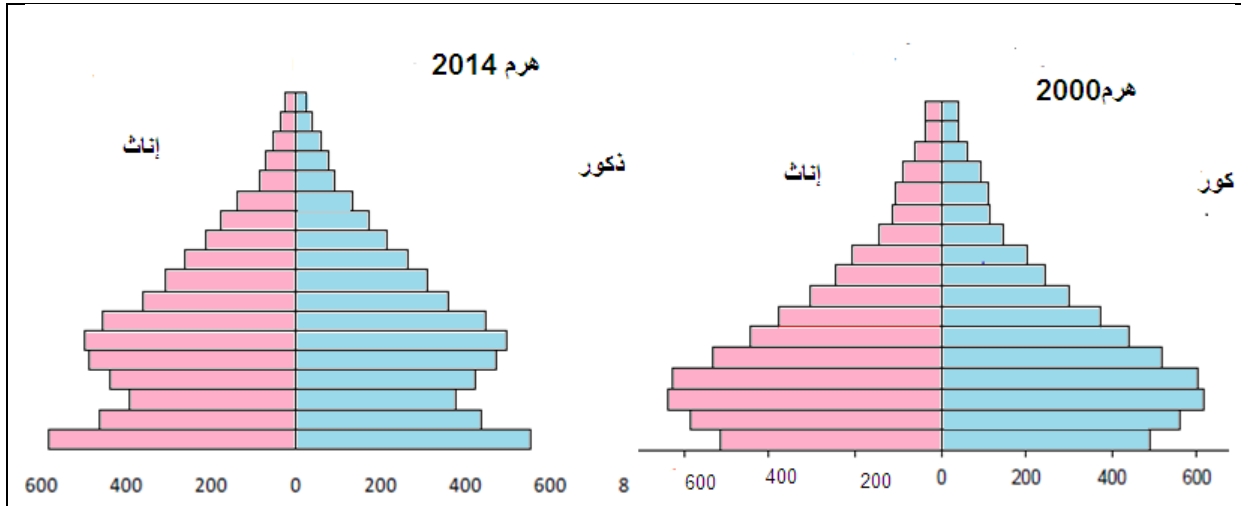
الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

وانطلاقاً من سنة 1987 بدأت المرحلة الثانية أين أصبح عدد الذكور يفوق عدد الإناث وهذا إلى غاية 2001 وبالتالي يمكن القول أن المجتمع الجزائري متوازن من حيث النوع.

الفئة الأولى (0-14) تتناقص نسبتها من تعداد لآخر ماعدا تعداد 1977، وهذا رغم ارتفاع قيمها المطلقة، ويعود هذا أساساً إلى أنها تمول الفئة الثانية (15-64) التي تظهر اتجاهها عاماً، حيث تزداد من تعداد لآخر، أما الفئة الثالثة (65 فأكثر) فرغم ارتفاع قيمها المطلقة، إلا أن نسبتها بقيت تقريباً ثابتة على مر التعدادات.

ما يظهر جلياً أن المجتمع الجزائري مجتمع شاب، هذه الزيادة يمكن أن تكون إيجابية من باب أن هذه الفئة هي القوة الإنتاجية للمجتمع، وهي التي تعول الفئتين الأخيرتين، وبالتالي يضمن الاقتصاد الوطني مصدراً دائماً لليد العاملة، أو سلبية لأنها تخلق ضغطاً مستمراً على سوق الشغل .

الشكل رقم 10: الهرم السكاني للجزائر: (2000-2014):



Situation Démographique et Sanitaire (2000 2014)

المصدر:

Ministere de la santé de la population et la réforme hospitaliere' Direction de la population.

يظهر هرم الفئات العمرية لسنة 2014: مميزات خاصة لم تكن تلاحظ من قبل، حيث

تميزت تركيبة السكان لسنة 2014 بما يلي:

*الإرتفاع في نسبة فئة السكان اللذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

*كما عرفت فئة السكان اللذين تقل أعمارهم عن 15 سنة إرتفاعا هي الأخرى.

*تواصل الإنخفاض بالنسبة للفئة السكانية في سن النشاط (15-59 سنة).

*في حين تواصل الفئة التي يفوق عمرها 60 سنة إرتفاعها.

*بلغ عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) 10.7 مليون امرأة.

المواليد و الخصوبة:

تميزت سنة 2014 بإرتفاع لم يسبق له مثيل لعدد الولادات : حيث سجلت مصالح الحالة المدنية

1014000 ولادة حية وهو ما يعادل 2700 ولادة حية في اليوم.

كما شهدت نفس السنة إرتفاعا لمؤشر الخصوبة و الذي بلغ 3.03 طفل لكل امرأة .

أما متوسط العمر عند الإنجاب فقد واصل إنخفاضه وقدر ب 31.3 سنة.

الوفيات: بلغ هذا الأخير 174000 حالة وفاة سنة 2014 وهو مرتفع نسبيا مقارنة بالسنوات

السابقة و بلغ المعدل الخام للوفيات 4.39%.

من جهة أخرى شهد أمل البقاء على قيد الحياة عند الولادة إرتفاعا إذ بلغ 77.2 سنة 77.6 عند

الذكور و 77.8 عند النساء.

*بلغ عدد وفيات الرضع 22282 حالة وفاة سنة 2014 و شهد المعدل تراجعاً و بلغ

22.0%.

*أما وفيات الأطفال دون سن الخامسة فقد شهدت تراجعاً 25.6% و تجدر الإشارة أن تراجع

هذا المعدل راجع أساساً إلى إنخفاض معدل وفيات الرضع.

الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

*المواليد أموات: عرفت سنة 2014 تسجيل 15077 ولادة ميتة و هو تقريبا نفس العدد لسنة 2010.

الزواج: عرفت سنة 2014 إنخفاضا طفيفا في حجم الزواجات إذ سجلت مصالح الحالة المدنية 3864422 حالة زواج و بذلك عرف المعدل الخام للزواجات إنخفاضا مقارنة بالسنوات السابقة و سجل 9.88%.

*الطلاق : بلغت عدد حالات الطلاق المسجلة لدى مصالح وزارة العدل 574961 حالة طلاق، و عرف هذا العدد إرتفاعا بالنسبة للسنوات السابقة .

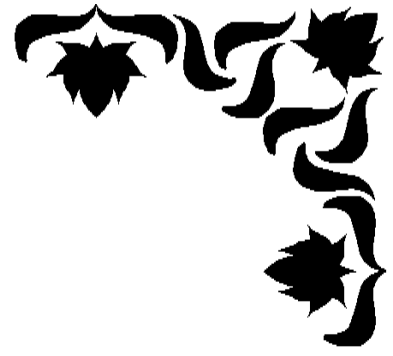
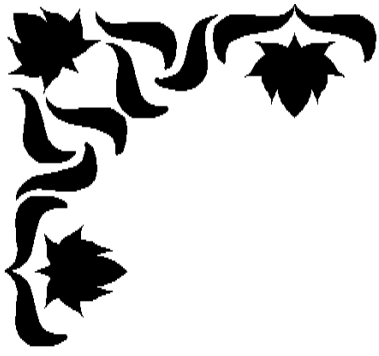
الفصل الثاني الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.

الجدول رقم 01: تطور أهم المؤشرات السكانية لسنة 2014 في الجزائر.

2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2000	1990	السنة
السكان									
39 114	38 297	37 495	36 717	35 978	35 268	34 591	30 416	25 022	عدد السكان في وسط السنة (بالآلاف)
840	795	808	748	731	690	663	449	624	النمو الطبيعي (بالآلاف)
2,15	2,07	2,16	2,04	2,03	1,96	1,92	1,48	2,49	معدل النمو الطبيعي (ب%)
الولادات - الخصوبة									
1 014	963	978	910	888	849	817	589	775	عدد الولادات (بالآلاف)
25,93	25,14	26,08	24,78	24,68	24,07	23,62	19,36	30,94	المعدل الخام للولادات (ب%)
3,03	2,93	3,02	2,87	2,87	2,84	2,81	2,40	4,50	معدل الخصوبة الكلي (طفل/امرأة)
معدل الخصوبة العام حسب السن (ب%)									
13,5	12,4	11,8	10,7	10,2	9,6	8,8	10,7	23	19-15 سنة
100,9	94,1	94,9	87,0	84,1	77,9	76,1	80,2	148	24-20 سنة
159,2	151,5	155,7	146,7	146,0	144,3	142,1	137,1	222	29-25 سنة
146,9	144,0	151,9	147,4	150,8	154,3	152,6	136,1	223	34-30 سنة
123,7	122,6	129,1	123,7	123,9	122,1	121,7	102,6	186	39-35 سنة
54,6	53,2	53,6	51,2	51,4	53,2	52,1	47,7	86	44-40 سنة
7,9	7,8	7,4	7,2	7,3	8,3	8,2	10,2	17	49-45 سنة
31,3	31,4	31,5	31,6	31,7	31,8	31,9	32,0	29,5	متوسط العمر عند الإنجاب (بالسنة)
الوفيات العامة									
174	168	170	162	157	159	153	140	151	عدد الوفيات (بالآلاف)
4,44	4,39	4,53	4,41	4,37	4,51	4,42	4,59	6,03	المعدل الخام للوفيات (ب%)
وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات									
22 282	21 586	22 088	21 055	21 046	21 076	20 793	21 072	36 270	عدد وفيات الرضع
22,0	22,4	22,6	23,1	23,7	24,8	25,5	36,9	46,8	معدل وفيات الرضع إجمالي (ب%)
23,5	23,6	23,9	24,6	25,2	26,6	26,9	38,4	49,2	معدل وفيات الرضع ذكور (ب%)
20,4	21,2	21,2	21,6	22,2	22,9	23,9	35,3	45,8	معدل وفيات الرضع إناث (ب%)
25,6	26,1	26,1	26,8	27,5	29,0	29,7	43,0	55,7	احتمال وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات إجمالي (ب%)
27,1	27,3	27,3	28,3	29,0	30,8	31,4	44,8	58,2	احتمال وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات ذكور (ب%)
23,9	24,9	24,7	25,2	26,0	27,1	27,8	41,3	54,7	احتمال وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات إناث (ب%)
المواليد أموات									
15 077	15 009	15 795	15 480	16 444	15 937	16 588	14 891	16 691	عدد المواليد أموات
14,6	15,4	15,9	16,7	18,2	18,4	19,9	24,7	21,4	معدل المواليد أموات إجمالي (ب%)
15,8	16,4	16,8	18,0	19,6	19,6	21,3	24,6	23,5	معدل المواليد أموات ذكور (ب%)
13,5	14,2	14,9	15,4	16,7	17,2	18,4	22,8	19,1	معدل المواليد أموات إناث (ب%)
احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة									
77,2	77,0	76,4	76,5	76,3	75,5	75,6	72,5	66,9	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إجمالي (بالسنوات)
76,6	76,5	75,8	75,6	75,6	74,7	74,8	71,5	66,3	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة ذكور (بالسنوات)
77,8	77,6	77,1	77,4	77,0	76,3	76,4	73,4	67,3	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة إناث (بالسنوات)
الزواج									
386 422	387 947	371 280	369 031	344 819	341 321	331 190	177 548	149 345	عدد الزواجات
9,88	10,13	9,90	10,05	9,58	9,68	9,58	5,84	5,97	المعدل الخام للزواجات (ب%)
الطلاق									
...	57 461	54 985	54 826	49 845	41 505	39 396	...	...	عدد حالات الطلاق
...	1,50	1,47	1,49	1,39	1,18	1,14	...	...	المعدل الخام للطلاق (ب%)
...	14,81	14,81	14,86	14,46	12,16	11,90	...	...	معدل الطلاق (ب%)

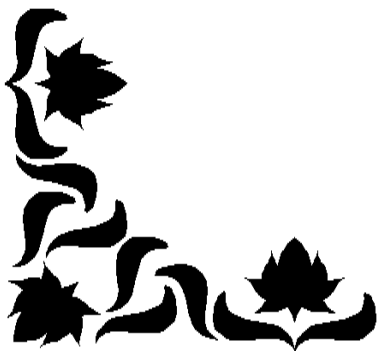
خاتمة الفصل:

عرفت الجزائر منذ ما يقارب 25 سنة إنتقالية ديمغرافية، بإنخفاض عدد المواليد و الوفيات وقد إرتبطت هذه الإنتقالية مثلما يلاحظ في معظم الدول المتقدمة منها و النامية، بالتقدم في شتى مجالات الحياة و زيادة التحضر، وعلى العموم يمكن القول أن الجزائر قد مرت بكل مراحل الإنتقالية غير أنها مع بداية القرن الجديد عرفت عودة إرتفاع للولادات مع إستمرار إنخفاض الوفيات



الفصل الثالث

الانتقالية الصحية في الجزائر.



تمهيد:

يعتبر الوضع الصحي لأي دولة مؤشرا مهما للتنبؤ بمستواها الحضاري والتقدمي, فكلما تحسن وضع السكان صحيا كلما إنعكس ذلك على وضعها الحضاري والاقتصادي والمعيشي والاجتماعي. ويعتبر التعرف على الوضع الصحي في أي دولة أمرا بالغ الأهمية, وهذه الأهمية تنبع من ضرورة التعرف على الأمراض المنتشرة في الدولة وذلك سعيا في القضاء عليها, والتمكين من السير بمسيرة التنمية نحو الأمام, . وفي ظل تنامي معدلات السكان بشكل متسارع, المتزامنة مع زيادة معدلات الهجرة الريفية إلى المدن, والتغير المستمر في طبيعة الأمراض وبيئة المرض, والتغير الحاصل في مسببات الوفاة المرتبطة بالمستويات الاقتصادية والاجتماعية تطلبت الرعاية الصحية الاهتمام بحجم المرض وذلك للكشف عن الأمراض المختلفة, والتي من دون الكشف عنها لا يمكن دفع عجلة الصحة قدما, وفي سبيل تحقيق ذلك زودت الدولة وزارة الصحة بميزانية خاصة للبرامج الوقائية ومواجهة الأوبئة التي كانت سائدة في فترة سابقة. كما خصصت برامج أخرى للتعرف على الأمراض المزمنة ومسبباتها و طرق التكفل بالمرضى.

أولا: :نظرية الإنتقالية الصحية:

لايمكننا الحديث عن الإنتقالية الصحية دون التطرق للحديث عن الإنتقالية الوبائية. لأن الأولى إمتداد للثانية.

1- نظرية الإنتقالية الوبائية:

تعد هذه النظرية من أهم النظريات التي تناولت التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض و علاقتها بالتغيرات السكانية و الإجتماعية و الإقتصادية،

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

كانت لعبدل العمران (Abdel Omran) سنة 1971 الأسبقية في تفسير التغيّر أو التحول السكاني في مقارنة وبائية¹، محاولا وصف وتحديد أهم العوامل و النتائج المترتبة عن التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض و علاقتها بالتحضر و التصنيع في الدول المتقدمة و مدلولاتها بالنسبة للدول النامية. وكانت النظرية على حدّ قوله مبنية على أن الانتقالية الوبائية أو الصحية بصفة عامة ترافق الإنتقالية الديمغرافية مرحلة بمرحلة فأثناء تراجع الوفيات والخصوبة هناك تغيير في نموذج الأمراض وفي أسباب الوفيات.

*نبذة عن واضع النظرية:

هو الدكتور عبد الرحيم عمران طبيب أمريكي من أصل مصري عمل كأستاذ للوبائيات بمدرسة الصحة العامة له عدة أبحاث نشرت من قبل منظمة الصحة العامة² who.

في سنة 1971 صاغ نظريتهالتي ذاع صيتها و أطلق عليها مسمى الانتقالية الوبائية" « Epidemiological Transition Theory».

ثم أعاد النظر فيها عام 1999 قبيلا وفاته .

إستدل عمران في وضع نظريته هذه بنظرية الإنتقاليةالديمغرافية،فارتبطت بها خاصة فيما يتعلق بتذبذب و إختلاف معدلات المواليد و الوفيات في العالم.

وعلى العموم تشرح هذه النظرية و تحلل علاقة الحالة الصحية العامة التي يمر بها سكان العالم بمراحل نموهم المختلفة، هته المراحل التي صنفتها نظرية الانتقالية الديمغرافية (كما رأينا سابقا الى اربع مراحل) بحيث يتركز نمو السكان على معدلات الإصابة بالأمراض و ما يترتب عنها من وفيات و التي لها أثارها على نمو السكان عبر العالم.

²مجلس السكان الدولي 2010 ص14.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

وقد بنى هذه النظرية على خمس فرضيات¹:

أ- الوفاة عنصر أساسي في أليات التغيرات السكانية.

ب- وجود إرتباط وثيق بين التغير في معدلات الوفاة وبين تغير نمط الإصابة بالأمراض

ج- أنوفيات الأطفال و النساء اللائي في سن الحمل هي أكثر الفئات تحولا خلال فترة الإنتقالية الوبائية.

د- وجود إرتباط وثيق بين التغير في نمط الإصابة بالأمراض و ظاهرة التحضر بما تشمله من تغيرات ديمغرافية و إقتصادية و إجتماعية.

هـ- أن الإنتقالية الوبائية في أي مجتمع تعتمد على نمط التغير في نمط الإصابة بالأمراض و سرعتها و أسبابها.

و أرجع عمران السبب الرئيسي لهذه التحولات إلى ثلاث عوامل:

- تغير طبيعة الأمراض و البيئة المحيطة مع زيادة مناعة الإنسان ضد الميكروبات و الفيروسات المسببة لها.

- إرتفاع مستوى المعيشة و تبني العادات الصحية و أساليب التغذية السليمة.

- تقدم و إنتشار الأساليب الوقائية و العلاجية الحديثة خاصة التطعيمات و المضادات الحيوية.

2- مراحل الإنتقالية الوبائية:

وقد قسّم هذه الانتقالية إلى ثلاث مراحل سنة 1971:

المرحلة الأولى: مرحلة الطاعون والمجاعات L'âge de la peste et de la famine:

¹ مجلس السكان الدولي مرجع سابق ص19.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

بدأت هذه المرحلة منذ قرون عديدة حتى بدايات منتصف القرن العشرين الميلادي وأوضح عمران أن أمراض هذه المرحلة تعتبر إمتدادا لأنماط الأمراض السائدة في العصور القديمة و التي من أهمها الأمراض الناجمة عن نقص التغذية (المجاعة) و الاوبئة و التي قضت على العديد من سكان العالم في تلك الفترة خاصة فئة صغار السن.

و أهم ما ميز هذه المرحلة:

-إنخفاض معدلات نمو السكان حيث أن إرتفاع معدل المواليد تزامن مع إرتفاع معدل الوفيات، وقد كانت المجاعات ترتبط بالقحط و تبع ذلك ظهور بعض الأوبئة كالطاعون الحصبة ، الجذري، الكوليرا، الديدفتيريا،الإسهال،السل و الإنفلونزا التي حصدت بدورها أرواح الملايين من سكان العالم خاصة الأطفال و المسنين.

لأن الأمصال و التطعيمات لم تكن قد أنتشرت بعد، كما أرتبط إنتشار الأوبئة بعوامل كثيرة كتنقص المياه الصالحة للشرب، وسوء الأوضاع البيئية وغياب التوعية الصحية.

وتعتبر الأمراض المعدية و الطفيلية من المسببات الأولى للوفيات المرتفعة في الدول النامية كما أنها المسؤولة بصفة خاصة عن وفيات الأجنة ووفيات الأطفال، كما أن نسبة كبيرة من الأطفال كانوا يتوفون قبل بلوغهم سن الخامسة عشر.

هذا و يعتبر مرض الطاعون أو كما كان يدعى "الموت الأسود" من أشد أمراض هذه المرحلة فتكا و خطرا، ففي اوريا في مرحلة ما قبل التصنيع أدى هذا الوباء الى الفتك بالكثير من السكان(يقال ان ايطاليا فقدت نصف سكانها)¹،

¹ علي عبد الرازق جليبي. مرجع سابق..ص29

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

المرحلة الثانية: مرحلة انحسار الأوبئة L'âge de recul des pandémies:

بدأت هذه المرحلة من منتصف القرن العشرين حيث إنخفضت فيها معدلات الوفيات بشكل متسارع في حين أن معدلات المواليد بقيت مرتفعة، و أدى ذلك الانخفاض في معدلات الوفيات خاصة لدى فئات صغار السن و الشباب إلى زيادة معدل النمو، و يعود كل هذا إلى التحسن اللذي طرأ على الحالة الصحية لسكان أوروبا بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، فمع تطور الطب و إكتشاف التطعيم و المضادات الحيوية ، إستطاع السكان التخلص من العديد من الأوبئة و الأمراض المعدية و الفتاكة، كما ساهم التطور الإقتصادي اللذي شهدته معظم دول أوروبا- في تحسين الأوضاع الصحية بفعل تبني السياسات الرامية إلى تحقيق القضاء على الأوبئة.

و سميت هذه المرحلة بالإنتقالية، حيث ينتقل فيها المجتمع من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة، أي من الامراض الوبائية والمعدية نحو الامراض المزمنة.

المرحلة الثالثة: مرحلة الأمراض التنكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان L'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de sociétés

تتميز هذه المرحلة بمعدلات نمو سكاني بطيئة بسبب انخفاض معدلات الولادات و كذا الوفيات، في الدول التي وصلت لهذه المراحل وهي بشكل عام الدول المتقدمة، تم القضاء على الأمراض الوبائية الخطيرة بشكل تام، و إنتقلت من الأوبئة و الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة والحبيثة كمرض السرطان بأنواعه وأمراض التحضر كالسمنة و أمراض التنفس و مرض نقص المناعة المكتسبة.

أما فيما يخص الدول النامية و المتخلفة بشكل خاص لا تزال معظمها تمر بالمرحلة الإنتقالية من التحول الوبائي .

و قد إفترض عمران أن الإنتقالية الوبائية من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة تستغرق 100 سنة و قد حدث هذا في الدول الصناعية في أوروبا إلا أنه حدث بأكثر سرعة في اليابان و شرق أوروبا ، في

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

حين أن بعض الدول النامية لا تزال تشهد هذا التحول. كما أن بعض الدول الفقيرة لا زالت لم تتجاوز المرحلة الثانية.

3- من الإنتقالية الوبائية إلى الإنتقالية الصحية:

في سنة 1986، تم إقتراح المرحلة الرابعة من نموذج الانتقالية الوبائية من طرف أولشانسكي وأولت¹ (Olshaskyet Brian Ault) بعد دراستهما لجداول الحياة وإستخلاصهما للإرتفاع غير المتقطع في أمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافاً لما أتى به عمران وهو ما أطلق عليه بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكسية (L'âge retardé des maladies dégénératives)، والتي تمتاز بالخصائص التالية:

1). تراجع سريع في معدل الوفيات التي تتمركز معظمها في الأعمار المتقدمة والتي تحدث تقريباً بنفس الوتيرة عند الذكور والإناث.

2). التركيبة العمرية للوفيات حسب السن مازالت إلى حد كبير نفسها كما هو الحال في المرحلة الثالثة لعمران إلا أن التوزيع العمري للوفيات نتيجة الأمراض التنكسية قد إنتقل تدريجياً في اتجاه كبار السن.

3). التحسينات في البقاء على قيد الحياة تركزت عند السكان ذوي الأعمار المتقدمة وأثناء هذه المرحلة فإن الأسباب التنكسية الرئيسية للوفاة التي سادت تبقى هي نفسها للمرحلة الثالثة لعمران هي للمرحلة الرابعة المؤدية للوفاة إلا أن خطر الموت نتيجة هذه الأمراض قد توزع من جديد عند كبار السن.

¹ بعيط فاتح مرجع سابق ص 42

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

- في سنة 2000 قام جاك فالان و مسلي (Vallin Jacques et Meslé France)¹ بدراسة تغيّرات أسباب وأعمار الوفيات في فرنسا ابتداءً من 1925 وذلك بتقدير دور المتغيّرات الوبائية في تطور أمل الحياة وأقرا بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة التي مرّدها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية وانتشار الأمراض المزمنة ونهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى ظهور أمراض القلب والأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي فيرتفع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية وهو ما أطلق عليه الباحثون بثورة القلب والأوعية الدموية (La révolution cardiovasculaire).

- وفي سنة 2001 اقترح جون ماري روبين (Jean Marie Robine)² في مقال له إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل الإنتقالية الوبائية وفي تعميمها إلى الإنتقالية الصحية من خلال دراسة تطور تشتت أمل الحياة في فرنسا وقد أقرّ بوجود ثلاث مراحل:

الأولى: وهي مرحلة الطاعون والأوبئة والتي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و 19 م.

الثانية: وهي مرحلة تراجع الأوبئة، أين شهدت أثناءها وفيات الأطفال والأمهات انخفاضاً وأدّت إلى تقلص شديد في تشتت أمل الحياة، هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي إتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية، أمريكا الشمالية واليابان.

أما الثالثة: دمج فيها روبين عمر الأمراض التنكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان لعبد العمران مع عمر إنحسار الأمراض التنكسية لؤلؤولاشنسكي واولت ومرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية

¹Meslé F. et Vallin J. (2000) « Transition sanitaire – tendance et perspectives) Médecine sciences ; Vol. 16, N° 11.

²Robine J. M. (2001) « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie », Population 56 (1 – 1) ; 1990, p. 222.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

لفلان ومسلي لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة غزو مدى الحياة (L'âge de la conquête de l'étendue de vie)¹ نظراً لصعوبة التمهيد وتاريخ المرور بين المراحل التي تشملها الدمج.

- في 2004 عاد كل من جاك فلان وفرنس مسلي بطرح تنظير جديد في هذا المسار من خلال دراسة تقارب وتباعد الوفيات في مقارنة حديثة للانتقالية الصحية². وأشار بأن هذا النموذج يتكون من تتابع ثلاثة مراحل:

الأولى: والتي تشمل كل مراحل الانتقال البوائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساساً إلى إختفاء الأمراض المعدية وارتفاع الأمراض المزمنة.

الثانية: وهي مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية حيث تحدث أين يرتفع أمل الحياة نتيجة تراجع لأمراض القلب والأوعية الدموية.

وأخيراً مرحلة بطء الشيخوخة.

ثانياً: الإنتقالية الصحية في الجزائر:

1- مراحل النظام الصحي في الجزائر:

المرحلة الأولى: الفترة الممتدة من 1962 – 1973:

عرفت الجزائر بعد الاستقلال في 1962 وضعية صحية متردّية، حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزاً أساساً في المدن الكبرى، كالعاصمة، وهران، قسنطينة، من خلال عيادات تشرف عليها البلديات والطب المدرسي الذي تشرف عليه وزارة التربية بالإضافة إلى الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة.

¹مجلس السكان الدولي مرجع سابق ص23

²نفس المرجع ص 25

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

تميّزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة بمحدودية خدماتها بسبب نقص الوسائل كما كان عليها إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها الاستعمار كما كانت الدولة عازمة على نشر الخدمات الصحية و التي تتمثل في الحملات التلقيحية ضد الأمراض الفتاكة والمعدية¹.

حيث بلغ عدد سكان الجزائر سنة 1962 حوالي 10 ملايين أغلبيتهم شباب، كما عرفت مرحلة ما بعد الاستقلال ارتفاعاً لمعدل المواليد نتيجة الاستقرار واللاأمن، أما بالنسبة لأمل الحياة فلم يتعدى 50 سنة بسبب الأوضاع الصحية المتردية؛

وأهم ما ميّز هذه الفترة:

أ. البنى التحتية:

- 991 قاعة علاج.

- 20 مركز صحي.

- 10 عيادات متعدّدة الخدمات.

- 45426 سرير.

ب. الموارد البشرية: في هذه الفترة، قدر عدد الأطباء سنة 1963، 1278 طبيب من بينهم 73% أجنب.

بعد الإستقلال مباشرة لم تكن المؤشّرات الصحية محددة بالتدقيق، أما فيما يخصّ الأمراض التي إنتشرت في تلك الفترة فأغلبها معدية، أو فطرية أو التهابات ناتجة عد عدم النظافة، وما زاد من

¹العلواني عديلة، تقييم فعالية النظام التعاقدى كأسلوب لتمويل الصحة العمومية، دراسة حالة الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم اقتصادية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2010 - 2011، ص 177.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

إنتشارها سوء التغذية والتي مست جزءاً كبيراً من المجتمع و عدم التزويد بالمياه الصالحة للشرب و شبكات الصرف الصحي خاصة لدى سكان القرى.

أما عن الأمراض المنتشرة والتي أعتبرت من أهم أسباب وفيات الأطفال، نجد الكزاز، السعال الديكي، وأما عن الأسباب فراجعة إلى عدم توفر اللقاحات بالشكل الكافي، إضافة إلى انتشار الأمراض، فقد خلف الاستعمار (الحرب) أشخاصاً معاقين حاولت الدولة التكفل بهم لكن ندرة الأطباء المختصين حالت دون ذلك.¹

ومن أهم البرامج التي سطرت في هذه الفترة، التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة، في إطار مراكز حماية الطفولة والأمومة، والطب المدرسي.

كما صدر المرسوم رقم 69 - 96، في 09 جويلية 1969، والقاضي بإلزامية التلقيحات

ومجانيتها وكانت خطوة إيجابية للقضاء على الأمراض المعدية إلا أنه لم يكن هناك تغطية متساوية بين المناطق الحضرية والريفية إذ تمركزت الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية والهيكل القاعدية في المدن الكبرى وغياها تقريباً في المناطق الريفية، إذ لم تعرف هذه الأخيرة إلا حضور بعض الأعوان شبه الطبيين.²

ومع بداية التسعينات، عرفت المؤسسات الصحية في الجزائر تطوراً ملحوظاً تجسّد في ارتفاع عدد الأطباء وزيادة عدد المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات.

¹ شريفي خيرة، دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات، حول الولادة في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل الماجستير، تخصّ علوم اقتصادية، جامعة الجزائر، 2007، ص 25.
² العلواني عديلة، مرجع سابق، ص 178.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

جدول رقم 02: الإنجازات المحققة في المجال الصحي (1962 – 1973).

مراكز صحية	مستشفيات	صيادلة	أطباء	الإنجازات السنوات
188	156	49	75	1962
588	263	353	423	1973

نلاحظ من الجدول ارتفاع الإنجازات في المجال الصحي سواء من توفير الأطباء الذي ارتفع بشكل كبير جداً والصيدالة وكذلك بالنسبة للمستشفيات والمراكز الصحية.

المرحلة الثانية: 1974 – 1995:

عرفت هذه المرحلة تطوراً ملحوظاً، حيث أصبح من السهل إكتشاف الأمراض في مراحل مبكرة، الأمر الذي يفسره تراجع معدل الوفيات في هذه الفترة، كما أصبح في استطاعة المرضى الاستفادة من العلاج في الخارج إذ إستفاد حوالي 40000 مريض سنة 1985 من منح للعلاج في الخارج.¹

كما إتسمت هذه الفترة بإقرار مبدأ مجانية العلاج وكان هذا القرار متعلقاً أساساً بإنشاء قانون الطب المجاني في طريق إعطاء فعالية للقطاع الصحي، ووضع برامج صحية لها إرتباط وثيق بالأوضاع الإجتماعية والإقتصادية، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم صيغة المجانية وقد أكد في هذا الصدد الميثاق الوطني عام 1976 على حق المواطن في الطب المجاني²، وقد حدث في الثمانينات إنعطاف مهم في السياسة الصحية إذ حققت المؤسسات الصحية قدراً من التقدّم من حيث عدد الأطباء، كما ارتفع عدد جراحو الأسنان والصيدالة بالإضافة إلى ارتفاع عدد المنشآت الصحية:

¹ شريفي خيرة، مرجع سابق، ص 27.
² العلواني عديلة، مرجع سابق، ص 178.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

جدول رقم 03: تطور المؤسسات الصحية من (1979 - 1982).

السنوات	1979	1980	1981	1982
القطاعات والمؤسسات				
القطاعات الصحية والمؤسسات	183	183	196	196
المجمعات الصحية	161	175	214	260
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

المصدر: INSP Algérie

إذ تم في هذه الفترة:

صدور القرار 22 المؤرخ في 1981/09/05، القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية كما تم صدور قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة 1987، نظراً لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على إستيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية وشبه الطبية، وبالتالي فتح المجال أمام القطاع الخاص.

ولقد صادقت الحكومة في 30 ماي 1984 على برامج عمل مجال الصحة العمومية ويشمل كل الجوانب الرامية في زيادة الفعالية، وتمثل قراراتها فيما يلي:¹

- تكييف النظام الصحي مع الحقائق الديمغرافية والوبائية للبلاد.
- دمج أنشطة النظافة والتطهير في مخططات التنمية.
- القيام بعمليات وقائية وتطبيق برنامج للتقليل من وفيات الأطفال.
- إعادة الاعتبار لإقتصاد الصحة.

¹- العلواني عديلة، مرجع سابق. ص 89.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

المرحلة الثالثة: من 1996 إلى يومنا

عرفت المؤسسة الصحية العمومية تطوراً ملحوظاً سواءً فيما يخص الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية، وهذا ما يوضّحه الجدول.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

الجدول رقم 04: تطور الهياكل الصحية في الجزائر 1986-2012:

الهياكل السنوات	مراكز صحية	قطاعات صحية	مؤسسات استشفائية متخصصة	عيادات متعددة الخدمات	مراكز استشفائية	قاعات العلاج
1986	1098	185	21	446	13	3748
1987	1110	177	25	642	12	3601
1998	1126	187	31	478	13	3780
1999	1186	217	31	482	13	3851
2000	1252	224	31	497	12	3964
2001	1268	230	32	504	12	4100
2002	1281	227	32	513	13	4228
2003	1285	230	32	516	13	4412
2004	1285	231	32	516	13	4545
2005	1287	232	32	517	13	4533
2006	1291	234	36	524	13	4533
2007	386	210	54	1487	13	5117
2009	00	197	61	1845	13	5258
2010	00	198	64	1491	13	5358
2012	00	198	66	1601	14	5545

Source : Annuaire statistique – DP2012.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

جدول رقم 05: تطور عدد المختصين في القطاع الصحي (2000-2012)

صيادلة		أطباء أسنان		أطباء متخصصون		أطباء عامون		المختصون السنوات
قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	قطاع خاص	قطاع عام	
4587	216	3346	4665	4522	4175	5803	11381	2000
4778	185	3580	4626	4861	4315	5915	11686	2001
4995	189	3747	4647	5216	4523	6185	11984	2002
5502	187	3804	4639	5238	4659	6226	12209	2003
5860	206	3987	4659	5606	4796	6376	12427	2004
5863	228	4318	4639	5498	5872	6453	12389	2005
7009	232	4728	4742	5913	5290	6576	12717	2006
8329	752	5223	6410	7491	8116	6764	20626	2010
9177	1000	5441	7035	8864	10442	6458	23516	2012

Source : Annuaire statistique — DP2012.

كما قامت الدولة بعدة إصلاحات، أهمها:¹

- صدور المرسوم التنفيذي رقم 97 - 465، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية وتنظيم سيرها. بهذا أصبحت المؤسسات الصحية العمومية عبر كامل التراب

¹ شريفي خيرة، مرجع سابق ص30.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

الوطني تقسم إلى المراكز الإستشفائية الجامعية، القطاعات الصحية، المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

- إضافة تسمية جديدة للوزارة المسؤولة عن الصحة بداية من جوان 1997 وأصبحت تسمى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

2-تطور الوضعية الصحية في الجزائر:

كانت الوضعية الصحية العامة للجزائريين و بعد الاستقلال متردية إذ كان السكان يعانون من الأمراض الوبائية و المعدية المختلفة، كالسل و الكوليرا و التيفويد و الإسهال، هذه الأخيرة كانت نتيجة للظروف المعيشية السيئة للبلد لذا كان من الضروري تحديد الأولويات و الإهتمام بوضع سياسة و برامج وطنية تهتم بالصحة العامة، بغية القضاء على الأوبئة و الحد من الوفيات خاصة لدى الأمهات و حديثي الولادة و الأطفال¹

2-1-تطور الوضعية الوبائية في الجزائر :

2-1-1.أمراض البرنامج الواسع للتلقيح : PEV

أ-داء السل Tuberculose :

هو مرض ينتج عن العدوى بجرثومة السل، حيث تصيب الرئتين و قد تنتقل إلى كافة أعضاء الجسم.

بعد الإستقلال ، كان داء السل من أهم الأمراض المسببة للوفيات حيث حاز خلالها على 20 % من الأسباب الإستشفائية، و قد كشف التحقيق الوبائي الذي أجرى ما بين 1964-1966 أن معدل الحالات السنوية مرتفع جدا و الذي قدر بحوالي 150 حالة لكل 100000 شخص²

²بسيط فاتح مرجع سابق ص57.

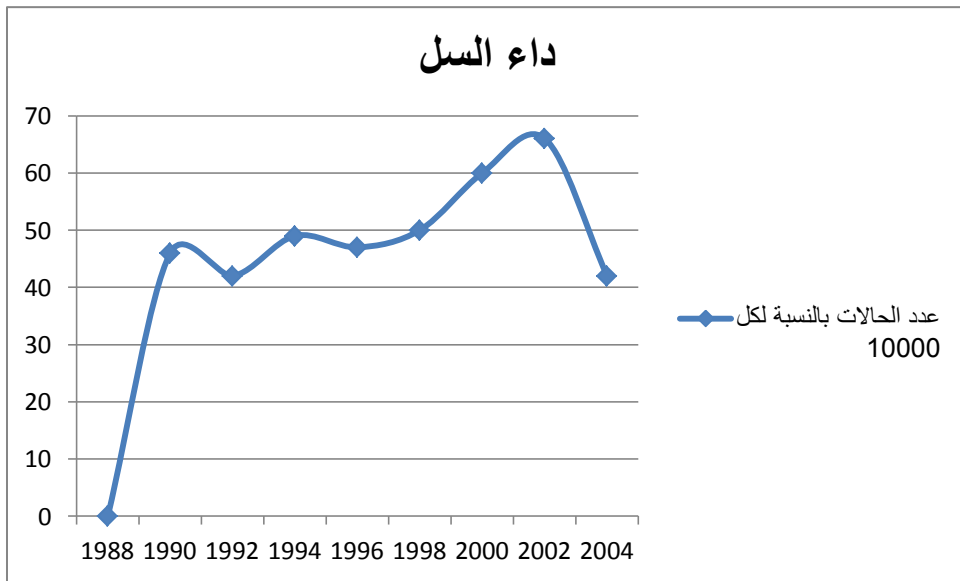
الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

مما دفع السلطات سنة 1968 لإجراء تلقيح ضد السل و أمراض أخرى ليلها تبني إجبارية و مجانية اللقاح ضد هذا الداء مع مطلع سنة 1969 .

خلال الفترة 1976-1980 و 1986-1989 عرفت الوضعية الوبائية تحسنا بفضل تطور الخدمات الصحية التي وفرت تغطية لأكثر من 90 % من السكان لينخفض معدل الإصابة من 53 إلى 35 حالة لكل 100000 شخص .

مع مطلع سنوات التسعينات و الألفية الجديدة عرف داء السل عودة قوية إلى الساحة الوبائية نظرا لتدهور الظروف الإجتماعية و الإقتصادية للسكان بالإضافة إلى النزوح الريفي في إتجاه المناطق الحضرية لينتقل معدل الإصابة من 45.52 إلى 56.39 ثم 60.62 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990 ، 1997 و 2002 على التوالي ثم بدأ في الإنخفاض إبتداءا من سنة 2004 أين سجلت 41.2 حالة لكل 100000 ساكن عبر الوطن.

الشكل رقم 11: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء السل في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005

المصدر:

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

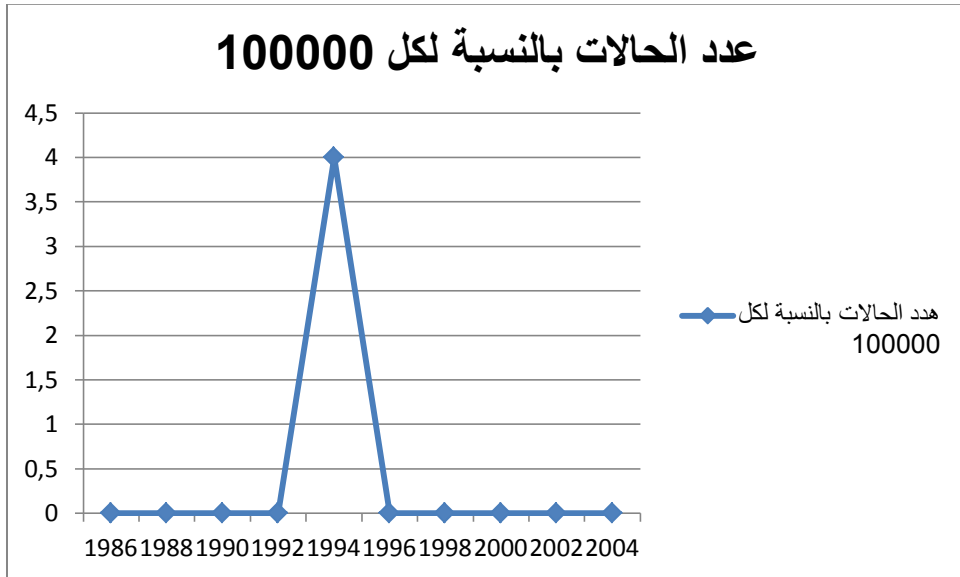
ب/الديفتيريا: **Diphthérie**:

هو مرض معدي حاد يصيب الأغشية المخاطية للأنف و الحلق بسبب جرثومة الديفتيريا و يمتد الإلتهاب أحيانا إلى القصبات الهوائية و الحنجرة مما يؤدي إلى الإختناق و عدم القدرة على التنفس.

نلاحظ تراجعاً بل إختفاء تاماً لهذا الوباء بداية الثمانينات

ليعود للظهور منتصف سنوات التسعينات بتسجيل 3.51 و 3.49 حالة لكل 100000 شخص لعامي 1994 و 1995 بسبب ظهور حالات وبائية حادة قد صرح بها في منطقتي الوسط و جنوب البلاد ، كما شهدت الساحة الوبائية مع مطلع القرن الجديد تراجعاً قوياً في عدد الحالات المصحح بها ما بين 3 و 8 حالات عبر كامل الوطن.

الشكل رقم 12: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الديفتيريا في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



المصدر: Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005

ج/ الكزاز: **Tétanos**:

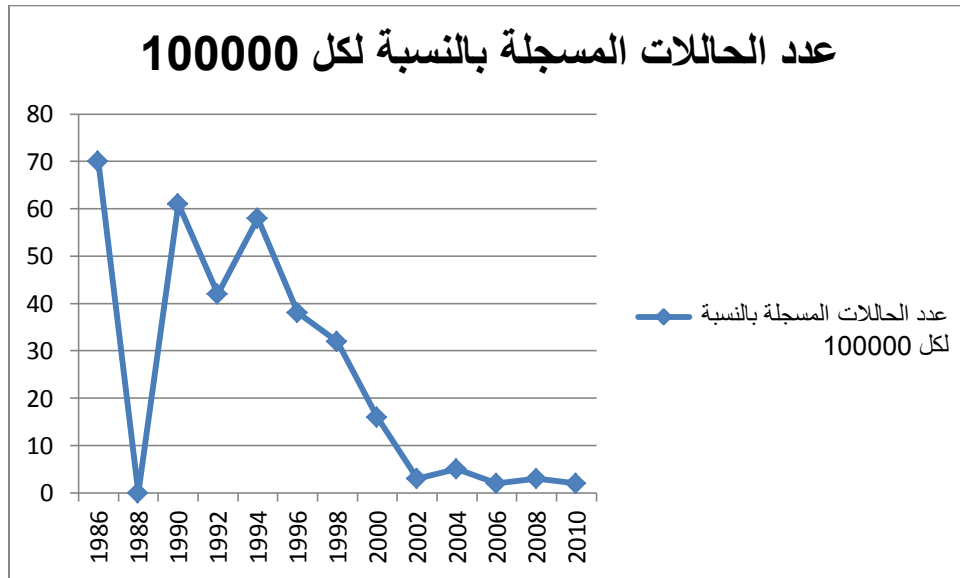
هو مرض حاد ينتج عن تلوث الجروح، بجراثيم تحمل بدورا هذه البذور تنمو في مكان الجرح وينتج عن ذلك سم قوي يمتصه الجسم، يؤدي إلى تقلصات مؤلمة للعضلات خاصة عضلات الحنك ، كما

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

يصاحبها تشنجات متوترة و، يصيب هذا الداء خاصة الاطفال الرضع في الأيام الأولى من ولادتهم نتيجة للتلوث عند قطع الحبل السري نظرا لإستعمال أدوات طبية غير معقمة.

عرف الكزاز تراجعا إبتداءا من نهاية سنوات الثمانينات حيث إنتقلت نسبة الحالات السنوية من 0.45 إلى 0.26 حالة لكل 100000 شخص ما بين سنتي 1980 و 1989 ، كما عرف الاستقرار في مستويات منخفضة أثناء عشرية التسعينات ، ليلها التراجع القوي مع بداية الألفية الجديدة حيث إنتقل من 0.04 إلى 0.02 حالة لكل 100000 شخص ما بين 2000 و 2005 ، ليختفي سنة 2010 من الساحة الوبائية إذ لم تسجل سوى 0.01 حالة لكل 100000 ساكن هذا التطور الملاحظ يعكس التغطية الالقاحية الجيدة ضد الكزاز عند الأم في سن الإنجاب زيادة على إجراء الولادات في المراكز الطبية .

الشكل رقم 13: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الكزاز في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2011

المصدر:

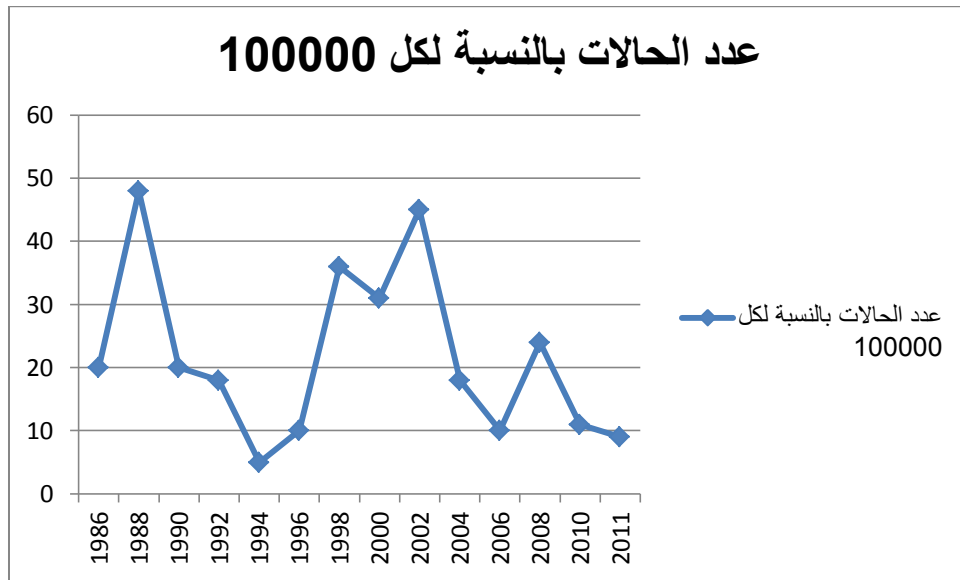
السعال الديكي - La coqueluche :

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

السعال الديكي أو الشاهوق عبارة عن عدوى حادة تصيب القنوات التنفسية العليا و تتميز بنوبات من السعال تأتي في سلسلة متكررة تسبقها شهقة ، و لهذا سمي بالشاهوق و ينتقل هذا السعال مباشرة بإستئناق رذاذ من سعال المصاب أ و بواسطة أشياء ملوثة به ، و يجب أن يلحق جميع الأطفال ضد السعال الديكي في أبكر وقت ممكن ، لأن المناعة الطبيعية في المولود الموروثة من الأم في بداية أيام الولادة ضعيفة، و من الموصى به مباشرة التلقيح ضد هذا المرض في وقت أبكر من التلقيح ضد الأمراض الأخرى و ذلك من أجل إثارة حساسية جهازه إلى الجرعات التابعة و على أية إصابة من المحتمل وقوعها .

و قد تراجع هذا النوع من الأمراض المعدية و ذلك بفضل التغطية الالقاحية و كذا الدور الفعال و المساهمة التي قامت بها الصحة المدرسية.

الشكل رقم 14: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء السعال الديكي في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005-2011.

المصدر:

ه/الحصبة La rougeole :

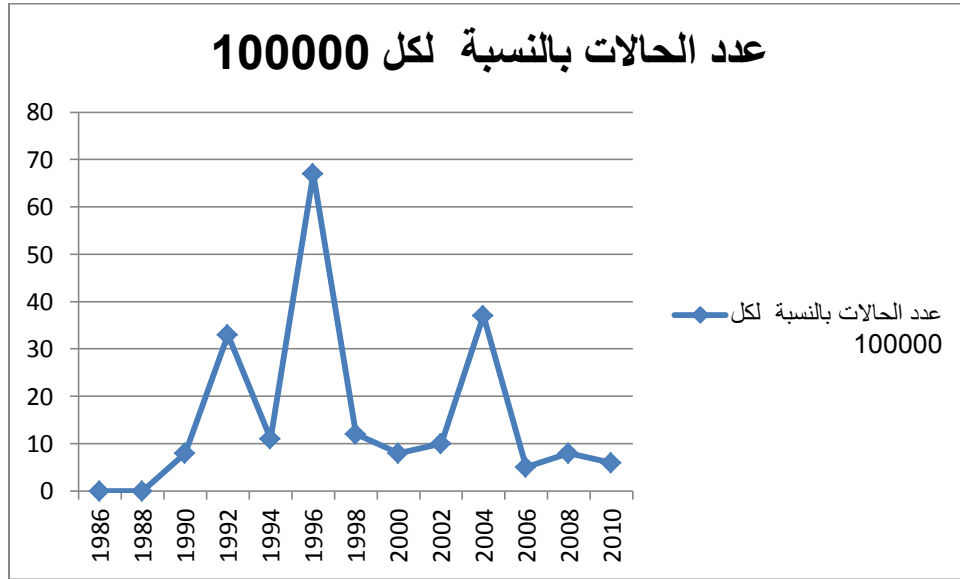
ينتج هذا المرض بسبب الإصابة بفيروس الحصبة، هو واسع الإنتشار عند فئة الأطفال الأقل من 5

سنوات .

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

خلافًا لأغلبية الأوبئة الأخرى ، فإن داء الحصبة لم يتراجع خاصة خلال عشرية التسعينات فلقد شهدت معدلاته إرتفاعا مهما و مستمرا من 7.46 ، 34.51 و 62.48 حالة لكل 100000 شخص سنوات 1990 ، 1995 و 1996 على الترتيب هذه المعدلات العالية أجبرت السلطات العمومية على مراجعة جدول التلقيحات سنة 1996 و إدخال الجرعة الإجبارية الثانية من اللقاح ضد الحصبة للأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة ليسجل بعدها هذا الداء تراجعا إلى نسبة 7.97 حالة لكل 100000 شخص سنة 2005 .

الشكل رقم15:منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الحصبة في الجزائر بالنسبة لكل 100000.

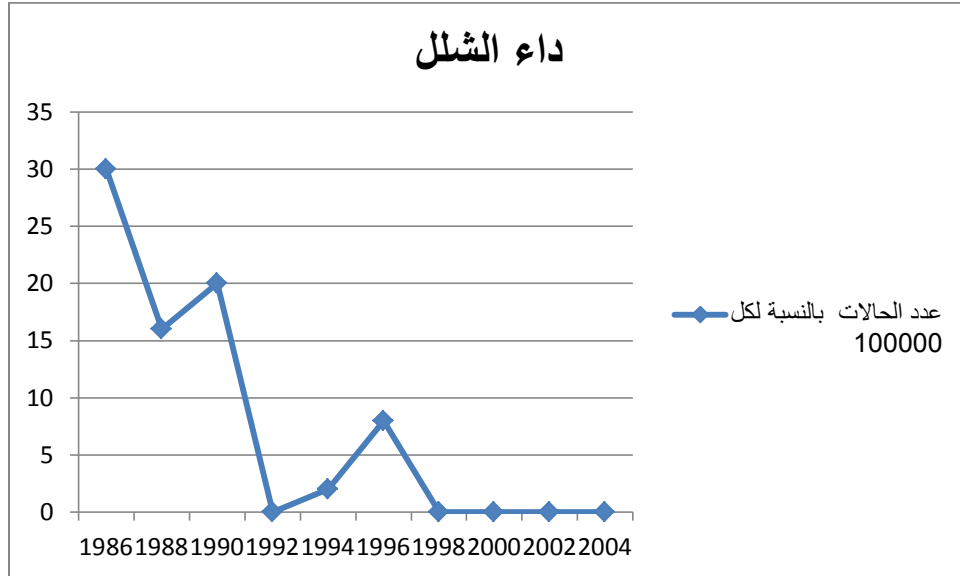


المصدر: Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005-2011.

الشلل La polyomyélite :

إختفى تقريبا من الساحة الوبائية لبلادنا و يعتبر تاريخ 1996 آخر سنة عرفت التصريح بوجود هذا الداء نتيجة الحملات الإلقاحية لولايات الجنوب التي سجلت معدلات تغطية ضعيفة .

الشكل رقم 16: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الشلل في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



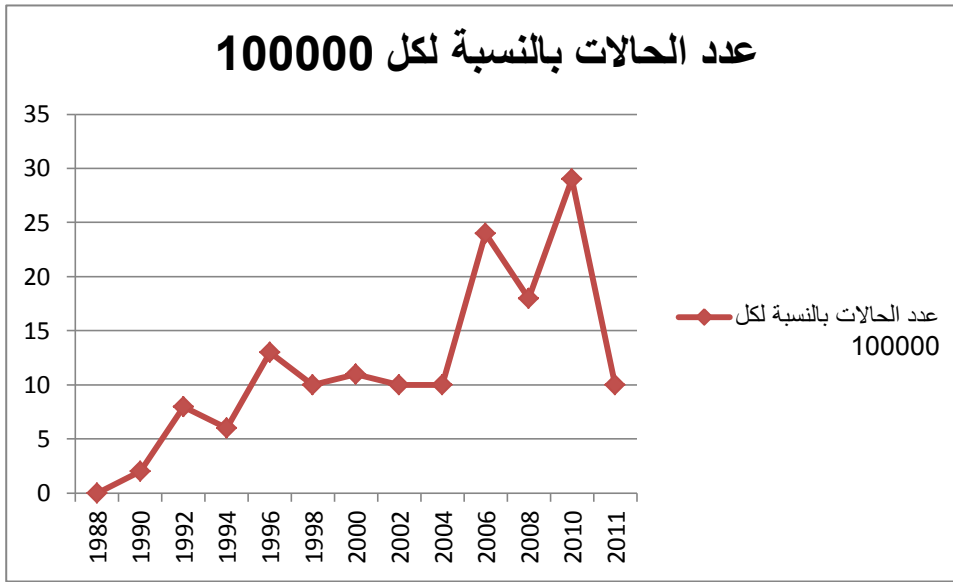
المصدر: Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005.

2-2-2- الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوانات :

أ- الحمى المالطية la brucellose :

كان هذا الداء نادرا للظهور إلى غاية 1984 جراء حدوث وباء منطقة الجنوب و منذ هذا التاريخ و الإحصائيات لهذا المرض في الإرتفاع حيث شهدت عشرية التسعينات التدرج في الإرتفاع من 0.66 إلى 14.7 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990 و 1996 ليليهما الإستقرار النسبي مع بداية القرن بمعدل 10.58 ثم الإرتفاع القوي سنة 2005 إلى مستوى 24.71 حالة لكل 100000 شخص . و سنة 2010 عاود الإرتفاع إلى 29.6 حالة لكل 100000 ثم إنخفض سنة 2011 بصورة واضحة. 10 حالات لكل 100000.

الشكل رقم 17: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الحمى المالطية بالنسبة لكل 100000.



المصدر: Relevé Epidémiologique Annuel de l'Algérie 2005-2011.

ب. الليشمينوز Leishmaniose

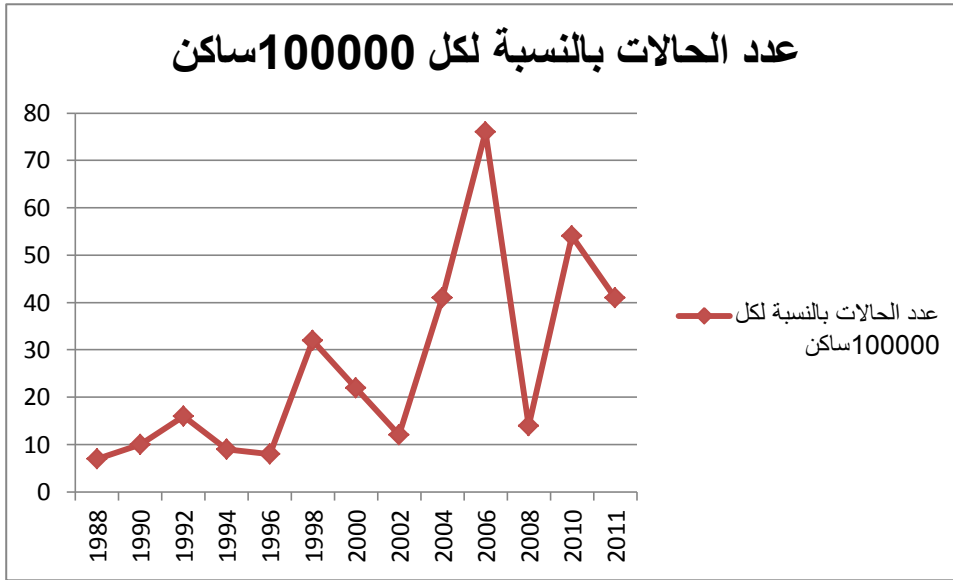
يحدث هذا المرض بسبب لسعات حشرة الليشمانيا والتي تنتشر غالبا في المناطق التي توجد فيها المستنقعات و المياه الراكدة.

عرف هذا المرض تطورا خلال السنوات الأخيرة تحت تأثير العمران الفوضوي بمحاذاة المناطق الخطيرة خاصة في الهضاب العليا حيث شهدت سنة 1997 بداية تسجيل أقوى المعدلات من 35.07 حالة لكل 100000 شخص إلى 42.64 سنة 2003 و 70.83 حالة لكل

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

100000 شخص سنة 2005. ثم إنخفض سنة 2008 إلى 12 حالة لـ 100000 ليعاود الإرتفاع سنة 2010 حيث سجلت 52 حالة لـ 100000 و عاد للإنخفاض سنة 2011.

الشكل رقم 18: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الليشمينوزي في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005-2011.

المصدر

2-2-3- الأمراض المنتقلة عن طريق المياه :

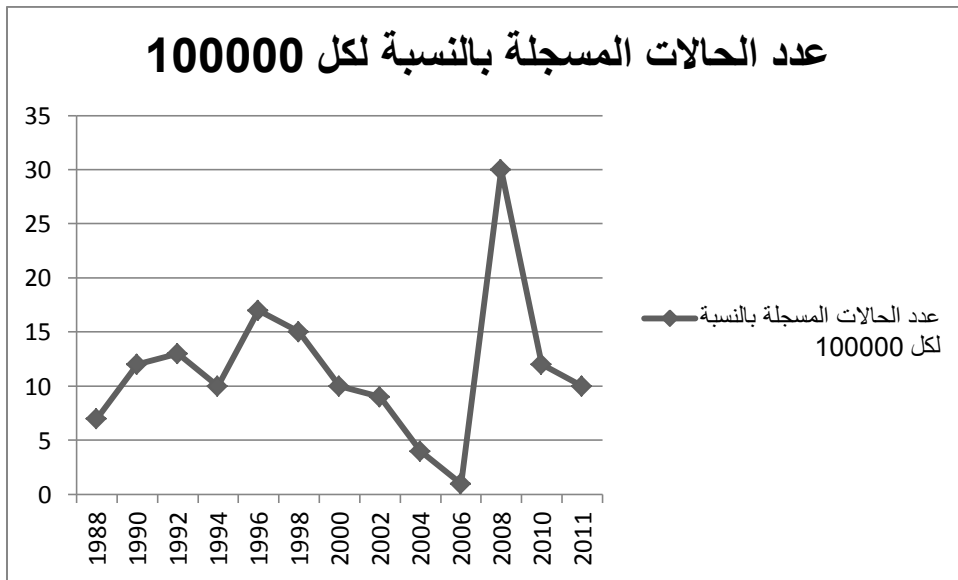
تعتبر الأمراض المنتقلة عن طريق المياه (حمى ، التيفونيد ، الكوليرا ، التهاب الكبد الفيروسي) أولى الأسباب المؤدية للحالات المرضية ضمن الأمراض الإجبارية التصريح في الجزائر و حدتها متعلقة مباشرة بشروط النظافة العامة و التموين بالمياه الصالحة للشرب ، فقد لوحظ ارتفاع في معدلها ما بين 1993 و 1996 من 28.66 إلى 35.45 حالة لكل 100000 شخص ، حيث شكلت حمى التيفوييد وحدها نسبة 44 و 47 % من مجموع التصريحات الخاصة بالأمراض المصرح بها.

أ/حمى التيفوييد **la fièvre typhoïde** :

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

اتسمت حمى التيفويد خلال سنوات السبعينات بمعدلات ظهور ضعيفة ، و لكن مع بداية التسعينات أصبح هذا الداء يهدد صحة السكان حيث إنتقل معدله من 9.82 حالة لكل 100000 شخص سنة 1993 إلى 16.35 سنة 1994 ثم 16.29 سنة 1997 ، و قد أرجعت الدراسات الوبائية أسباب هذا الارتفاع إلى النوعية السيئة للمياه الموجهة للإستهلاك زيادة على إختلاط قنوات الصرف الصحي مع قنوات مياه الشرب¹ ، و بالمقابل عرف هذا المرض تراجعاً قويا مع بداية القرن الجديد حيث سجل مرورا من 6.87 إلى 2.82 حالة لكل 1000000 شخص ما بين 2001 و 2005 على التوالي . ليسجل بعد ذلك إرتفاعا قياسيا سنة 2008 لم يسبق تسجيله حيث تم إحصاء 30 حالة لـ 100000 ساكن. ثم عاد للإخفاض سنة 2010 .

الشكل رقم 19: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء حمى التيفويد بالنسبة لكل 100000 .



Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005-2011

المصدر:

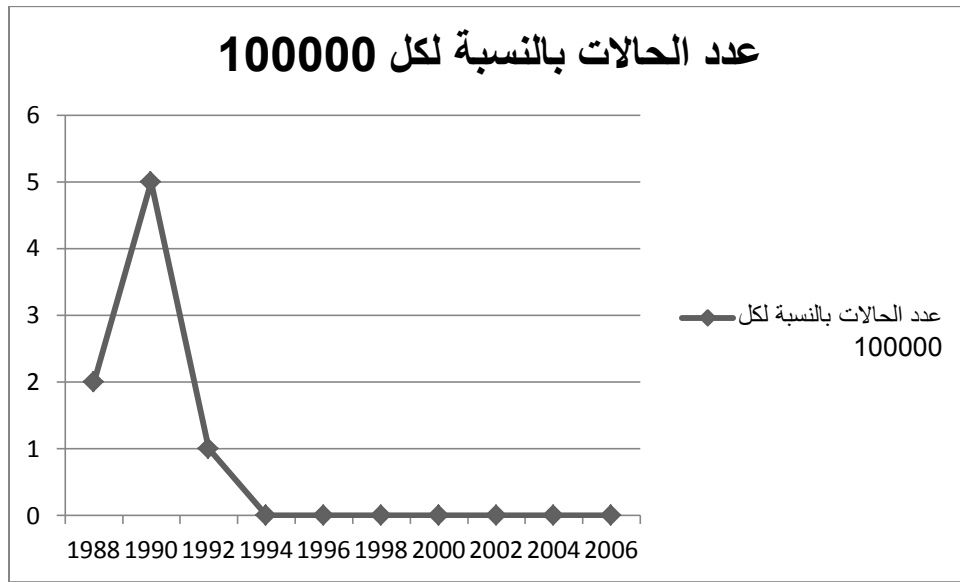
ب/الكوليرا choléra :

¹بسيط فاتح مرجع سابق ص. 65

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

لقد عاشت البلاد حالات وبائية لمرض الكوليرا قبل منتصف سنوات التسعينات حيث إنتقل معدله من 5.39 حالة لكل 100000 شخص سنة 1990 إلى 0.06 عام 1993 ثم 0.02 سنة 1995.

الشكل رقم 20: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء الكوليرا في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



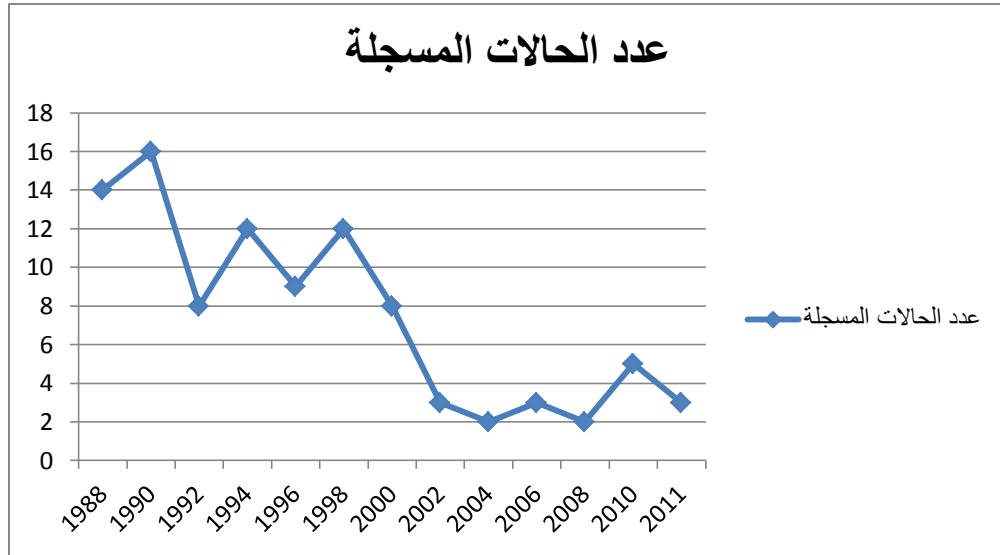
Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2007-

المصدر:

ج/التهاب الكبد الفيروسي les hépatites virales

يتواجد هذا الداء بكثرة، بل و يعتبر كأحد أهم مشاكل و تحديات الصحة العمومية في بلادنا نظرا لخطورة مضاعفته كسرطان و تشمع الكبد ، فلقد عرفت معدلاته الارتفاع في غالب الأحيان مع بعض الانخفاضات من 15.59 إلى 8.90 ثم 14.32 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990 ، 1994 و 1997 على التوالي و عند إدخال السلطات الصحية التلقيح المجاني و الإجباري ضد التهاب الكبد الفيروسي " النوع ب" في 2003/01/01 خاصة للمواليد الجدد عرف التراجع الملحوظ من 8.95 إلى 6.56 حالة لكل 100000 شخص ما بين 2001-2004.

الشكل رقم 21: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء إتهاب الكبد الفيروسي في الجزائر بالنسبة لكل 100000.



Relevé

المصدر :

Epidémiologique Annuel de l Algérie 2005-2011

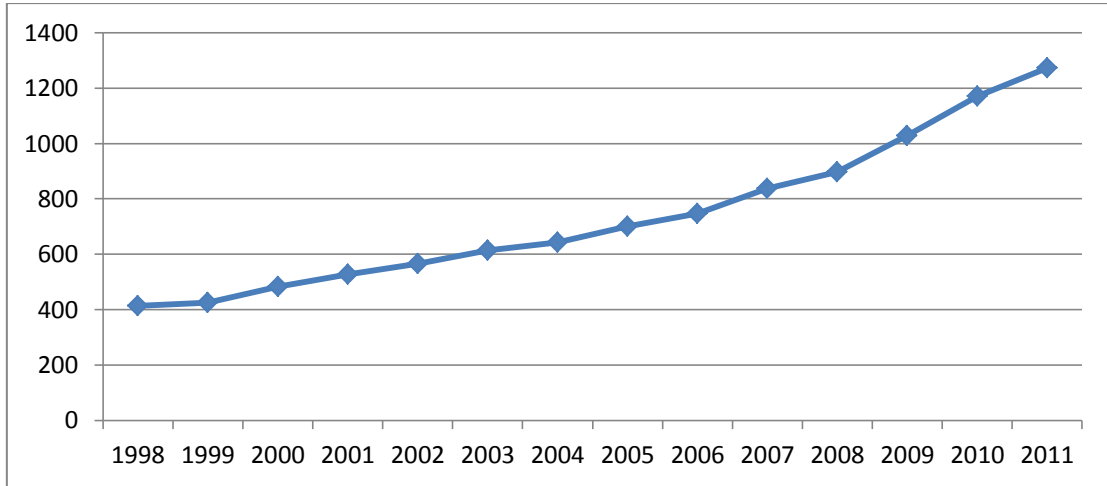
داء السيدا:

كشف منسق برنامج الامم المتحدة لمكافحة السيدا أن الجزائر تحصي 8046 مصاب بالسيدا منهم

700 حالة لسنة 2013.

و أضاف أن السبب الرئيسي للمرض هو العلاقات الجنسية حيث تمثل 90 بالمئة من حالات الإصابة بالإضافة إلى تنقل الفيروس عن طريق الأم الحامل للجنين أو عن طريق نقل الدم من شخص مصاب.

الشكل رقم 22: منحنى تطور عدد الحالات المسجلة لداء السيدا في الجزائر.



Relevé Epidémiologique Annuel de l Algérie 2011-

المصدر

2-2 الأمراض المزمنة و المستعصية :

تشمل الأمراض المزمنة عددا كبيرا من الأمراض تتشابه فيما بينها من حيث الأعراض فهي في مجملها تستمر لمدة طويلة. و تتميز بخصائص أهمها:

- في مجملها ناتجة عن نمط الحياة و سلوكات المريض، ونوع الغذاء.

-تستعصي أغلبها عن الشفاء.

-تحتاج إلى علاج طويل الأمد وتمتاز بظهور مضاعفات خطيرة.

-تؤدي غالبا إلى إعاقات جسدية أو وظيفية مما يزيد من معاناة المريض

و تمثل الأمراض المزمنة -حسب تصريح WHO- أكثر أهم أسباب الوفيات في العالم، سواء في

الدول المتقدمة أو النامية، و أخذت في الإنتشار بسبب التغير الإجتماعي و التقدم الصناعي و أنماط

السلوك و طرق العيش.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

و في الجزائر(جاء في و زارة الصحة)أن السكري و الضغط الشراييني من اهم الأمراض المزمنة المنتشرة سواء من حيث النسبة أو التكاليف.

الجدول رقم06: السكان البالغين أكثر من 12 سنة المصابون بأمراض مزمنة في الجزائر لسنة 2012. %.

المجموع	الرجال	النساء	السن
3.0	3,2	2,8	14-12 سنة
3.4	3,7	3,1	24-15
12.9	9,5	16,1	59-25
55.3	48,2	63,3	+ & 60
15.0	12,6	17,4	المجموع

الجدول الزمني 2012المصدر:الديوان الوطني للإحصاء:التحقيق الوطني حول.

2-2-1 أمراض القلب و الشرايين :

تحتل المرتبة الأولى في صف الأمراض غير المعدية ففي سنة 2000 م كانا هذان المرضان مسؤولان عن وفاة 33.33% من الوفيات المصرح بها من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية بعد أن قدرت هذه النسبة بـ 16% و ذلك خلال سنة 1995 م كما تشير آخر الدراسات إلى وجود ما يقارب 07 مليون مصاب بأمراض القلب و الشرايين التي نجحت عن تغير في كل من العادات الغذائية و العمران و التدخين و غيرها من التطورات التي يشهدها العالم اليوم .

2-2-2-داء السكري:

يظهر هذا المرض نتيجة لإرتفاع الغلوكوز في الدم بقيمة تساوي او تتعدى 1.26 غ/ل ، و يعد من أخطر الأمراض المزمنة فإن لم يسبب الموت المباشر للمريض يكون سببا في الأعاقة الجسدية كالتقصير الكلوي،العمى تصلب الشرايين.

جاء في التحقيق الوطني حول الصحة لسنة 2005 أن هذا المرض منتشر بكثرة عند الفئة العمرية 35-70 سنة وعند النساء أكثر من الرجال .

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

2-2-3- إرتفاع الدهون المزدوجة:

يظهر هذا الأخير عند إرتفاع الكوليسترول في الدم بنسبة تعادل أو تفوق 200 ملغ/دسل مع إرتفاع تركيز حمض التري غليسيريدي في الدم بمستوى يساوي أو يفوق 150 ملغ /دسل ، و هو كغيره من الأمراض المزمنة من أهم المسببات للوفيات أو الإعاقة على الأقل ، و لقد سجل سنة 2005 وجود هذا المرض عند 14.51% من الجزائريين خاصة عند الفئة 35-70 سنة .

2-2-4 الأمراض التنفسية : سجلت المصالح الطبية خلال سنة 2000 م ما يقارب

60000 حالة ربو من مجموع سكان الجزائر خلال هذه السنة و 200000 حالة إلتهاب القصبات الهوائية المزمن خلال نفس السنة و يرجع السبب الرئيسي في هذه الأمراض إلى ما خلفه التطور الصناعي من نتائج سلبية على البيئة (التلوث البيئي) .

الجدول رقم 07: توزيع السكان البالغين أكثر من 12 سنة المصابون بأمراض مزمنة حسب نوع المرض %.

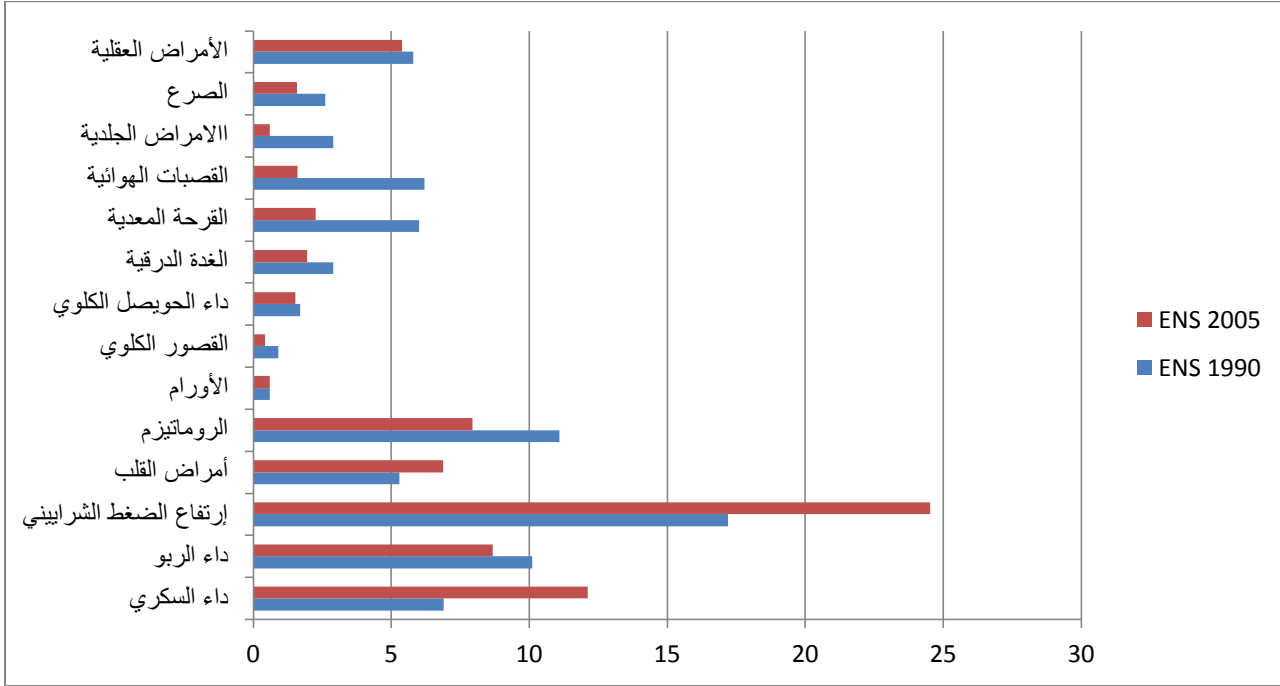
النوع	الضغط الدموي الشرياني	السكري	أمراض القلب والشرايين	الربو	أمراض المفاصل	أخرى
النساء	9,5	4,5	2,3	1,5	4,4	0,6
الرجال	5,7	3,9	2,7	1,3	2,0	0,4
المجموع	7,6	4,2	2	1,4	3,2	0,5

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء:التحقيق الوطني حول الجدول الزمني 2012.

الأمراض العقلية:

أما بالنسبة لهذا الأخير فلا تتوافر إحصائيات دقيقة بشأنه بسبب عدم التحكم في كل المرضى لأن معظمهم يتحولون في الشارع و قد شهدت البلاد في السنوات الأخيرة إنتشارا كبيرا للمصابين بهذا المرض.

الشكل رقم 23: نسب الإصابات بالأمراض المزمنة حسب التحقيين الوطنيين للصحة ENS2005 ENS1990.



المصدر: ENS 1990-ENS 2005

2- الصحة الإنجابية: تعتبر الصحة الإنجابية وحماية الأمومة والطفولة من بين الملفات الأساسية و

الأولويات الوطنية لوزارة الصحة و السكان، ولهذا تم إدراجها ضمن أهداف سياسة الصحة العمومية، من خلال التخطيط العائلي الخاص بحماية الأم ومتابعة صحة النساء الحوامل قبل و بعد الولادة، و الكشف المبكر للأمراض المنتقلة جنسيا أو السرطانات خاصة سرطان الثدي و عنق الرحم. تسعى الوزارة الوصية إلى تأمين وضع صحي جيد من خلال وضع برامج تنظيم الأسرة عبر المراحل التالية:

-مرحلة الطفولة: وضع غداة الإستقلال برنامج وطني لمكافحة أمراض الطفولة و التقليل من عدد الوفيات الذي بلغ 200‰ لهذه الفئة بعد الإستقلال مباشرة، و الذي إنخفض إلى 22‰ سنة

2014.

الفصل الثالث الإنتقالية الصحية في الجزائر

و يقوم هذا البرنامج على 10 برامج فرعية تذكر أهم واحد منها:

*البرنامج الوطني للتلقيح حيث بلغت سنة 2002 (النحقيق الوطني حول الصحة) نسبة الأطفال البالغين 12 إلى 23 شهر الملقحين تلقيحا شاملا 90% كما بلغت نسبة الأطفال الذين لديهم دفنر تطعيم 97.1% .

الجدول رقم 08: تطور معدل التغطية التطعيمية في الوطن (%).

	1991	1996	2002
BCG	91	94	98
DTC P1	88	88	93
DTC P2	86	83	89
DTC P3	82	77	86
ANTI-ROUGEOLEUX	74	75	81

المصدر: MICS 2006

خاتمة الفصل:

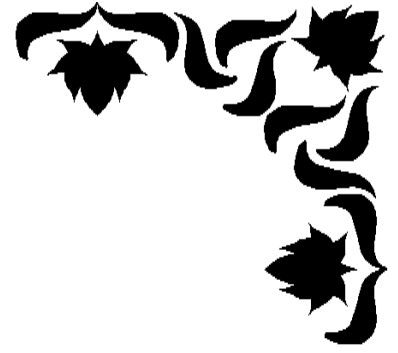
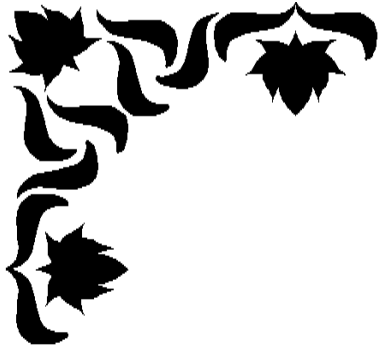
مرت الجزائر أثناء إنتقاليتها الصحية بثلاث مراحل:

-المرحلة الأولى: و هي الفترة الإستعمارية و السنوات الأولى للإستقلال حيث إنتشر بين السكان خاصة في المناطق الريفية و الوعرة عدد من الأوبئة المعدية و الطفيلية المنتشرة عن طريق المياه أو الحشرات و الحيوانات ،هذا مرده إلى الفقر و سوء التغذية و ظروف العيش المتردية وغياب شروط النظافة خاصة فيما يتعلق بالماء الشروب، و ضعف التغطية الصحية.

المرحلة الثانية:مع بداية الثمانينات أدى التطور الملحوظ في مجال الصحة و النظافة العمومية إضافة إلى تحسن مستوى المعيشة-إلى تراجع معظم الأمراض المعدية و المتنقلة.

المرحلة الثالثة:عرفت الساحة الصحية منذ نهاية التسعينات إنتشارا هائلا للأمراض المزمنة خاصة السكري و الضغط الشراييني و السرطان بجميع انواعه و تنتشر هذه الاخيرة خاصة عند فئة المتقدمين في السن و في المدن أكثر منها في الريف.

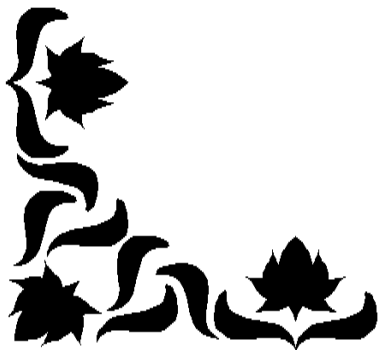
ما يمكن إستخلاصه أن الجزائر عرفت المرحلة الإنتقالية بتغيير الأمراض من نمط الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة و المستعصية.



الفصل الرابع:

تطور الخصوبة في ظل

التطورات الصحية



الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

تمهيد:

لظاهرة الخصوبة أو المواليد أثر كبير على البناء الديمغرافي في المجتمع و الحياة الاجتماعية بصفة عامة فهي تعد من أهم عوامل النمو السكاني وأكثرها تأثيراً في حجم السكان وتركيبهم العمري والنوعي، كما تعكس أنماط السلوك الإنجابي للأزواج وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية والإقتصادية.

أولاً: تحليل الخصوبة:

1- التحليل البيولوجي للخصوبة:

من الناحية البيولوجية تتحدد فترة خصوبة الذكر أي قدرته البيولوجية على الانجاب من سن 14 وأما المرأة فمن سن البلوغ حتى سن اليأس و الذي يتراوح بين 45 و 50 سنة أو أكثر أحيانا دون تحديد دقيق نظرا لما يوجد من فروق فردية، في قدرة الأفراد على الانجاب ، بسبب تدخل عدة عوامل مثل التغذية و الوراثة، وثبت علميا ان القدرة البيولوجية على الانجاب تصل الى أعلى معدلاتها في الفترة الممتدة من 20 الى 40 سنة .

وقد وجدنا في تراث علم إجتماع السكان بعض النظريات التي تبنت منظورا بيولوجيا بحتا مفاده أن نقص القدرة البيولوجية على الإنجاب هو العامل الأساسي و الحاسم في تناقص معدلات الخصوبة ولذا سميت بالنظريات البيولوجية وعلى رأسها نظرية سبنسر¹ و التي وضعها في القرن 19 إذ يذهب لحد القول بأنه كلما تطورت المجتمعات وأصبحت أكثر تعقيدا كلما إنخفضت القدرة البيولوجية على الإنجاب أما عن تفسيرها فهو في نظره في ضوء كمية الطاقة التي تبذل لإنجاز و تحقيق العمل. حيث يقول "أن انخفاض قدرة النساء على الانجاب أمر يعزى إلى إرهاقهن لعقولهن, و أن هذا الإرهاق قد يؤدي الى نتائج فيزيقية جسيمة."²

إذ أن النساء العاملات و خاصة المشتغلات بالوظائف الإدارية تملن إلى الإنجاب بمعدلات تقل بكثير عن قريناتهن من ربات البيوت أو المشتغلات بأعمال أخرى.

¹ عيد الرازق جلبي مرجع سابق ص 184
² نفس المرجع ص 186

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

ومن النظريات البيولوجية الحديثة التي فسرت الخصوبة تلك التي ربطتها بعامل التغذية كعامل حاسم نذكر ما أتى به فريتش (1980) لبيان العلاقة بين نسبة الدهون في الجسم و بين القدرة البيولوجية على الأنجاب,و التي انتهت الى بعض النتائج الهامة هي أن كلا من السمنة و النحافة المفرطتين عند النساء تسببان مشاكل ذات صلة وثيقة بالقدرة على الانجاب,ومن ثم تكون معدلات الخصوبة لديهن أقل بكثير من غيرهن من النساء ذوات النسبة المتوسطة من السمنة و النحافة.

ويميل بعض الباحثين في علم اجتماع السكان من ذوي التوجه البيولوجي الى تفسير الخصوبة في حدود عمليات بيولوجية بحتة, كالاتصال الجنسي وما يرتبط به من سياق قيمي و نفسي و صحي.و في هذا الصدد قدم كنجزي D.Kavis و جديث بلاك Gudith Blake تصنيفا لما أسماه بالميكانيزمات المباشرة¹ و ارتكزا على مبدأ أساسي هو أن: هو أن مولد طفل يصبح أمرا مستحيلا ما لم:

1- يقع الاتصال الجنسي بين الزوجين.

2- ينتج عن هذا الاتصال وجود حمل مؤكد و ناجح.

2- التحليل الديمغرافي للخصوبة:

تعد الخصوبة من وجهة النظر الديمغرافية من العناصر الرئيسية في دراسة السكان باعتبارها المحور الرئيسي للنمو السكاني. فهي ألى جانب تأثيرها بالعوامل الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية, الا أنها ذات تأثير عميق من تشكيل طبيعة التركيب السكاني و بخاصة التركيب العمري. ذلك لأن ارتفاع أو انخفاض مستوى الخصوبة يؤدي الى زيادة أو تناقص التراكم العددي في قاعدة الهرم السكاني و اتساعها او ضيقها , ووجود او عدم وجود ما يعرف بظاهرة الاحلال² و التجديد, كما يؤدي أيضا إلى إنخفاض أو إرتفاع مستوى نسبة كبار السن . كل هذا يؤدي إلى نتائج إقتصادية و إجتماعية تنعكس بدورها على معدلات النمو السكاني في المجتمع.

¹ علي عبد الرازق جليبي مرجع سابق..ص81

² نفس المرجع . ص83

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

ويولي الديمغرافيون في تحليلهم للخصوبة كمتغير ديمغرافي تابع عناية خاصة بربطها بغيرها من المتغيرات الديمغرافية الأخرى، كالتركيب العمري والنوعي، وذلك انطلاقاً من تصور أن المواليد ليسون نتاجاً لكل سكان المجتمع، بل هم نتاج لمجموعة سكانية لها خصائصها الديمغرافية المتميزة خاصة من حيث النوع والعمر¹ تلك الخصائص التي تتفاوت من مجتمع لأخر.

بالإضافة إلى ذلك فإن هناك بعض المتغيرات الديمغرافية التي تجعل معدل الإنجاب لدى الإناث في كل فئة عمرية (معدل الخصوبة العمرية) يختلف من مجتمع لأخر، كمتوسط عمر الإناث عند الزواج و نسبة الترميل الإناث، ومعدل الزواج، ولذلك يذهب الديمغرافيون إلى التمييز بين الخصوبة الفيزيولوجية من جهة أي القدرة البيولوجية على الإنجاب وبين الخصوبة الفعلية أي معدل الإنجاب الفعلي لدى الإناث المتزوجات. وفي هذا الصدد يستخدمون ما يعرف بمنحنى الخصوبة العمري¹. حيث يشيرون إلى أن معدل الخصوبة يكون منخفضاً عند الأعمار التي تقل عن 20 سنة عند الإناث ثم يرتفع ليصل إلى ذروته في العشرينيات و أوائل الثلاثينات ثم يبدأ المنحنى في الانخفاض التدريجي مع تفاوت سرعة هذا الانخفاض من مجتمع لأخر بل ومن فترة لأخرى في نفس المجتمع.

3- التحليل السوسيوولوجي للخصوبة:

يرتكز التحليل السوسيوولوجي لظاهرة الخصوبة على تصور أساسي مفاده أن الخصوبة وإنجاب الأطفال سلوك إجتماعي يتشكل في إطار السياق الإجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، وقد يتسع هذا السياق ليشمل الخصائص والظروف السياسية والإقتصادية المحيطة بالمجتمع، وقد يضيق ليتمثل في الخصائص الفردية التي يتميز بها الزوجان اللذان يتخذان قرار الحمل والإنجاب. معنى ذلك أن المنظور السوسيوولوجي يتجاوز حدود التفسير البيولوجي، حيث أن مسلمة الفطرة الإنسانية والباعث الوراثي للإنجاب لا تكفي لتفسير اختلافات معدلات الخصوبة بين المجتمعات، ومن ثم ينظر إلى السلوك الإنجابي على أنه سلوك إجتماعي في المقام الأول².

3-1 تمايزات معدلات الخصوبة بين الدول المتقدمة و الدول النامية:

¹ فتحي احمد أبو عيانة مرجع سابق ص71

² سيد عبد العاطي مرجع سابق ص 236.

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

تشير عدة دراسات إمبريقية إلى ان الدول ذات المستوى الإقتصادي الضعيف تحقق معدلات مرتفعة من المواليد على عكس الدول ذات المستوى الإقتصادي الجيد اي أن هناك علاقة عكسية بين المستوى الإقتصادي ومعدلات الخصوبة، حيث لوحظ أن معدل المواليد بلغ 6.8 في الهند في مقابل 1 أو 2 في دول أوروبا، ومع ذلك فإن هذه العلاقة العكسية قد تكشف في بعض الاحيان عن إتجاهات شاذة كما هو الحال بالنسبة لفرنزويلا فهي تتميز بارتفاع معدل الخصوبة في مقابل مستوى إقتصادي متحسن. وبوجه عام فإن معدلات الخصوبة في الدول المتقدمة إقتصاديا تميل إلى الأخفاض. و في محاولة لتفسير ظاهرة إنخفاض الخصوبة في المجتمع الغربي في ضوء السياق الإجتماعي و الثقافي لهذا المجتمع يقدم الدكتور صلاح نامق في كتابه "دراسات في السكان" تحليلا شاملا للعوامل التي أدت إلى تطور هذه الظاهرة على النحو التالي:

- إستخدام وسائل منع الحمل: عرفت وسائل الحمل إنتشارا إبتداء من منتصف القرن العشرين إذ كان لها آثار كبيرة في الإقلال الفعلي من عدد المواليد إلا أنها لم تكن في حد ذاتها عاملا أساسيا في ذلك، بل مجرد وسيلة اما السبب الأصلي في نظره فيرجع إلى الأحوال المعيشية العامة التي تغيرت تغيرا ملحوظا بعد الثورة الصناعية و التي أدت إلى الإرتفاع النسبي في المستوى المادي و الصحي للشعوب الغربية¹ و التغيير الشامل في التفكير بخصوص الإنجاب. واللجوء إلى وسائل طبية لتحديد الولادات إذ تشير الدراسات التي قام بها معهد أنديانابولس الأمريكي أن حوالي 91.8% من المتزوجين في أمريكا يستخدمون وسائل تنظيم النسل. و أن إنتشار إستخدام هذه الوسائل يزداد بإرتفاع المستوى المادي و يقل بإرتفاع سن الزوجين.

- الإجهاض: يعتبر الإجهاض إحدى الوسائل الهامة في الإقلال من عدد المواليد في الدول الغربية .

¹ نفس المرجع ص 238.

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

حيث أثبتت دراسة قامت بها الدكتورة ¹D.Wihell في الولايات المتحدة الأمريكية أن معدلات الإجهاض كانت تتراوح ما بين 16 غلى 17% من مجموع حالات الولادة سنة 1938، هذا فيما عدى حالات الإجهاض غير المصرح بها.

-إرتفاع سن الزواج: يعد إرتفاع سن الزواج لدى الفتيات خاصة سببا من أسباب إنخفاض معدل المواليد .

-ضعف الوازع الديني: دلت الأبحاث الخاصة بالخصوبة و التوالد في المجتمع الغربي أن الزوجان اللذان يتمسكان بالدين ينجبان عددا من الأطفال أكثر مما ينجمه غير المتمسكين بالدين. فقد اثبت كل من ²Freedman& Whelpton في دراستهما الحديثة عن معدلات التوالد في الولايات المتحدة الأمريكية في دراسة لهما بالإحصائيات أن العائلات المتدينة قلما تفكر في الوسائل الخاصة بمنع الحمل، و معنى ذلك أن الدين له اثر مباشر في مستوى معدلات المواليد.

-تغيير مكانة ودور المرأة:

لم يعد دور المرأة في أوروبا أواخر القرن التاسع عشر، يقتصر على رعاية شؤون الاسرة و إنجاب الأطفال مثل الماضي بل إن زيادة فرص تعليمها وخروجها إلى العمل، و مبدأتساوي فرص المرأة مع الرجل في جميع الحقوق. كان له الأثر الكبير في تغيير دور المرأة في المجتمع.

-التطور الإقتصادي و إرتفاع مستوى المعيشة:

خلفت الثورة الصناعية أثارا إقتصادية بعيدة المدى أولها الإرتفاع في مستوى المعيشة و الذي رافقه إنخفاض في معدلات المواليد في جل الدول الغربية إذن ثمة علاقة رابطة بين مستوى المعيشة المرتفع وبين معدل المواليد المنخفض وهناك عدة اسباب تفسر هذه العلاقة أهمها:

ـالدخل الكبير يتيح لصاحبه أن يبحث عن الرفاه و التسلية عند ذلك سيصطدم بالاطفال و تربيتهم فيصبحون عقبة أمامه .

¹سيد عبد العاطي مرجع سابق..ص240

²نفس المرجع ص241

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

— أصحاب الدخل الكبير قلما يتركون الامور تسير على علتها فهم يحسبون لكل صغيرة و كبيرة و يضعون خططا إقتصادية للمستقبل بكل عناية ودقة. و عند ذلك يصبح مبدأ تنظيم النسل ضمن الخطة الخاصة بالحياة مستقبلا.

— كما يرجع إنخفاض معدل المواليد في الغرب إلى إنتشار مبدأ تكاليف الأطفال :حيث اصبح الجانب المادي ذو أولوية مهمة في الحياة وهذه النظرة الفردية تضع لكل شيء ثمنه و لا بد أن تتضمن هذه النظرة مبدأ تكاليف إنجاب الأطفال فالطفل أصبح مرتبطا تمام الإرتباط بوالده من الوجهة المادية مدة طويلة هذا ما أدى إلى التفكير في تحديد عدد الاطفال وفقا للضروف المادية المتوفرة.

—الحراك الإجتماعي:

إن تغيرات المكانة التعليمية و الوضع المهني و مستوى الدخل. كلها عوامل من شأنها أن تغير مكانة الفرد سواءا الإجتماعية أو الإقتصادية . كما يعمل السياق المجتمعي بوجه عام وفرص الحراك الإجتماعي المتاحة أمام الأفراد على تغيير هذه المكانة على نحو رأسي إرتفاعا أو إنخفاضا أو ثباتا. ويعتبر أرسين ديمون Arsen Dimont أهم من فسر إنخفاض الخصوبة في ضوء متغير "الحراك الإجتماعي" حيث استعمل مفهوم الشعيرية " social capillaryy"¹ والذي يشير إلى ميل الفرد إلى الصعود إلى مكانة إجتماعية أعلى تماما مثل الخاصية الشعيرية الطبيعية للإرتفاع عن الوسط الطبيعي ، إذ شبه ديمون الشعيرية الإجتماعية بالنسبة للمجتمع بالجاذبية بالنسبة للعالم الطبيعي . كما ذكر أن الخصوبة ترتبط إرتباطا عكسيا بالحراك الإجتماعي ، إذ كلما زاد إتجاه أو إهتمام الفرد بإرتقاء مكانته الإجتماعية كلما كان أقل استعدادا للإنجاب لأنه يرى في الإنجاب عائقا يحول دون تبوئه لهذه المكانة.

¹ السيد عبد العاطي مرجع سابق..ص82

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

ومن ثم ينتهي ديمون من دراسته هذه التي قام فيها بتحليل معدلات الخصوبة في فرنسا إلى أنه في ظل الظروف الديمقراطية التي تتيح فرص الحراك الإجتماعي أمام الأفراد تقل معدلات الخصوبة و على النقيض: عندما تقل الشعيرية الإجتماعية تقل فرص الحراك الإجتماعي و تزداد معدلات الخصوبة.

3-2 الخصوبة و علاقتها بالقيم و المعايير:

يقر علم إجتماع السكان بوجود علاقة بين الخصوبة و السلوك الإنجابي بأنساق القيم والمعايير الإجتماعية من مسلمة مفادها أن لأي نظام إجتماعي ناجح، بناؤه القانوني و نسقه القيميالذي يضمن ويدعم الإنجاب الشرعي للأطفال، و ذلك لما تقوم به عملية الإنجاب من وظيفة حيوية و أساسية في بقاء المجتمع¹. تتمثل في عملية الإحلال مقابل الوفيات، وذلك إستنادا إلى التنوع و التباين و الإختلاف الواضح بين أنساق القيم و المعايير الإجتماعية التي تحدد في مجملها إطار السلوك الإنجابي لدى الأفراد وخاصة في المسائل التالية:

-تحديد السن المناسب للزواج.²

-السماح أو عدم السماح بالعلاقات الجنسية قبل الزواج ، و بالتالي بالإنجاب غير المشروع.

-تعويض ما يفقد من أطفال في الأسرة في مقابل الوفيات.

-تدعيم الروابط القرابية، و قيم المباهاة و التفاخر بالإنجاب.

-تحديد مكانة الطفل و قيمته الإقتصادية و النفسية و الإجتماعية .

4-التحليل السيكولوجي للخصوبة:

عند تحليلنا للعامل النفسي للخصوبة عند نوع واحد من السلوك الفردي هو السلوك المعيد للإنتاج،

الذي في إطاره يتخذ الفرد سواء الزوج أو الزوجة القرار بإنجاب أو عدم الإنجاب طفل.

إن القرار بإنجاب طفل يدخل ضمن سلسلة معقدة من التفاعل بين مختلف الظواهر السيكولوجية، التي

تدخل في البنية السيكولوجية للفرد، و يؤثر على هذا القرار الفردي المحيط بالإجتماعي الذي يعيش فيه

1 .

¹ علي عبد الرازق جليبي مرجع سابق ص.202
² نفس المرجع ص205

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

إذن قرار إنجاب طفل من عدمه يعتبر سلوكا ديمغرافيا يتخذه الأب أو الأم أو كلاهما وفقا لدوافع سيكولوجية بغية تحقيق هدف معين يتمثل في إعادة الإنتاج

ثانيا-المواليد و الخصوبة في الجزائر:

تعتبر الخصوبة من أهم المتغيرات الديمغرافية التي تركز عليها الدولة لقياس مدى نمو سكانها و إنتقاليتها ، و حسب المسوحات الوطنية للسكان المنجزة من طرف الديوان الوطني للإحصاء ووزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات فإن المؤشر التركيبي للخصوبة عرف إرتفاعه الأقصى سنة 1970 إذ بلغ 7.8 طفل لكل امرأة ثم عرف إستقرارا في حدود 6 أطفال لكل امرأة إلى غاية 1981 بسبب تحسن ظروف العيش كما أن النظام السياسي في السبعينات كان يشجع على كثرة الإنجاب ثم عرف هذا المعدل إنخفاض. مستمرا بعد ذلك.

و يرجع ذلك بالأساس إلى إستعمال وسائل منع الحمل و الارتفاع في متوسط سن الزواج² ، و يبلغ متوسط سن الزواج الآن 30 سنة بالنسبة للنساء و 33.7 سنة بالنسبة إلى الرجال ، و إذا كان ذلك راجعا في كثير من الأحيان إلى تأخير سن الزواج للنساء من أجل إتمام تعليمهن و الخروج إلى العمل ، من العوامل أيضا إرتفاع معدلات البطالة في صفوف الشباب .
إهتمام المرأة بالتعليم و العمل أكثر من إهتمامها بالحياة الأسرية. بما في ذلك الإنجاب لأنه يعتبر عائقا .

تفشي ظاهرة الطلاق بين الأزواج في سن الإنجاب عامل آخر من عوامل إنخفاض معدلات المواليد.

، إذ سجلت 31133 حالة طلاق في عام 2006 ، و كشف المسح متعدد المؤشرات لعام 2006 أن 1.3 % من النساء مطلقات³

¹قالنتي،ترجمة بسام مقدار أسس نظرية السكان دار التقدم 1980 الإتحاد السوفياتي ص316.

² -Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, l'enquête algérienne sur la santé de la famille.2005. P 50

³-ONS. Annuaire statistique de l'Algérie. Alger.2006

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

و يعود إنخفاض معدل الخصوبة الكلية إلى مستويات معتدلة نسبية إلى مجموعة من التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي ساهمت في تعديل السلوك الإنجابي ، كارتفاع مستوى تعليم المرأة و مساهمتها في النشاط الاقتصادي و متوسط العمر عند الزواج الأول ، و نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة و غيرها.

1-تطور المواليد و الخصوبة في الجزائر :

تميزت الجزائر في فترة الستينات بإرتفاع معدلات المواليد ، حيث قدرت بـ 50 طفل لكل 1000 من السكان سنة 1970¹ ، أما خلال العشر سنوات (من 1980 إلى 1990) شهدت تغيرات ملحوظة في الزيادة السكانية، و يمكن ارجاع تلك التغيرات خلال النصف الأول من (1980-1985) إلى الزيادة في الدخل و تحسين المستوى المعيشي ، حيث وصل عدد المواليد إلى أعلى مستوياته (أكثر من 845 ألف مولود حي عام 1985). و مع الازمة الاقتصادية التي هزت البلاد منذ النصف الثاني من الثمانينات (1985-1990) و تأثيرها على المستويات الاجتماعية ، فإن سرعة الإنجاب و زيادة السكان بدأت هي الأخرى في التأثير حيث بلغ عدد المواليد أحياء عام 1990 حوالي 759 ألف مولود حي ، و هكذا فإن أول مظاهر إنخفاض الخصوبة بدأت تظهر بعد النصف الثاني من الثمانينات ، خاصة بعد وضع سياسة (تباعد الولادات) و التي نودي بها مع بداية الثمانينات .

من خلال تتبع الإحصائيات يتبين أن معدل الخصوبة كان مرتفعا في السنوات العشر الأولى بعد الاستقلال حتى سنة 1970 حيث بلغ المعدل 7.8 طفل لكل امرأة تقريبا ، و بعدها مباشرة بدأ المعدل في الانخفاض بشكل مستمر إلى غاية العام 2006 حيث سجل القيمة 2.26 طفل لكل امرأة بإنخفاض يمثل تقريبا 5.54 طفل لكل امرأة خلال 36 سنة .

¹-Enquêté algérienne sur la santé de la famille. 2002. ONS, nuptialité et fécondité en Algérie. Mics 3 Algérie 2006

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

1-1- المعدل الخام للمواليد :

عرف المعدل الخام للمواليد تذبذبا خلال فترة الاستعمار الفرنسي ، إذ بلغ هذا المعدل ما بين (1900 و 1905) 37.8 % و سجل 35.6 % سنة 1908 قدر بـ 37.3 % ، لينخفض بـ 33.6 % سنة 1914 و 29.3 % سنة 1916 ، ليرتفع سنة 1919 إذ قدر 35 % ، هذا التذبذب راجع إلى إنذلاع الحرب العالمية الأولى (1914-1919)¹ و تأثيرها السلمي على النمو السكاني نتيجة التجنيد الإجباري في الجيش الفرنسي ، و هو ما قلل من فرص الزواج و أثر على استقرار بعض الأسر .

بعد إنتهاء الحرب العالمية الأولى ، عرفت معدلات المواليد إستقرارا حيث سجل 39.3 % سنة 1923 و 42.9 % سنة 1926 ، ليرتفع و يسجل 45.3 % سنة 1936 ، هذا الارتفاع صاحب الإنجاب المكثف لتعويض وفيات الأطفال و التي حدثت بسبب الأزمة الإقتصادية العالمية سنة 1929 ، و نتيجة الأوبئة و الأمراض ، كما أن هذا التحسن هو مصاحب للتحسن في مستوى تسجيل الولادات ، و على الرغم من هذا التذبذب إلا أن المعدل أخذ في الارتفاع و سجل 49.9 % سنة 1955 .

و بعد الإستقلال مباشرة عرفت الجزائر ارتفاعا في نسبة الولادات ، و ذلك بفعل التغيرات الإقتصادية والإجتماعية و التي كان لها الفضل في تحسين المستوى المعيشي للسكان ، و كذا إنتشار المراكز الصحية و تقديم الرعاية الطبية ، لذا يمكن إعتبار هذه الفترة بمثابة إعادة الهيكلة الديمغرافية كتعويض لحسائر الحرب ، و لم يعتبر النمو الديمغرافي مشكلا ، بل كان ينظر إليه بعين الرضى ، و لم تكن هناك سياسة سكانية و إنما تم السماح بتنظيم الأسرة لأسباب صحية و بإعتبار ذلك من حقوق المرأة ، و إنطلاقا من هذا الهدف تم إنشاء أول مركز جزائري للمباعدة بين الولادات في سنة 1967 بالجزائر العاصمة ، بقي هذا الموقف سائدا حتى سنة 1983 أين تبنت الحكومة سياسة

¹السعيد مربيبي التغيرات السكانية في الجزائر (1936-1966) المؤسسة الوطنية للكتاب 1984 ص118

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

التحكم في النمو الديمغرافي ، و منذ ذلك التاريخ شهدت الجزائر حملة إعلامية مكثفة حول الإنفجار الديمغرافي الذي عرفته ، ما بين 1966 و 1987 إذ تضاعف عدد السكان من 12 مليون نسمة إلا 23 مليون نسمة ، هذه الزيادة السريعة للسكان لا تعني أن معدل الولادات لم يشهد انخفاضا و إنما السياسة الاجتماعية و الصحية ساهمت مساهمة فعالة على الصحة و الوفيات .

الجدول رقم 09 : تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر (1966-2014)

السنوات	المعدل الخام للولادات (%)	السنوات	المعدل الخام للولادات (%)
1969-1966	47.8	1994	28.2
1970-1969	50.1	1995	25.3
1975-1971	47.3	1996	22.9
1980-1976	44.4	1997	22.5
1980	43.9	1998	20.6
1981	41.0	1999	19.8
1982	40.6	2000	19.4
1983	40.4	2001	20.0
1984	40.2	2002	19.7
1985	39.5	2003	20.4
1986	34.7	2004	20.7
1987	34.6	2005	21.4
1988	33.9	2006	22.7
1989	31.0	2007	22.98
1990	30.9	2008	23.62
1991	30.1	2010	24.07
1992	30.4	2012	26.08
1993	28.8	2014	25.93

Source : -ONS. suivant les différentes brochures (1980- 2005) Office National des Statistiques

-(ONS) Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 007-2011

-Demographie Algérienne 2014

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

و من خلال هذا الجدول نلاحظ في سنة ¹ 1970 معدل الولادات وصل إلى مستوى قياسي بنسبة 50.16% هذا الارتفاع الاستثنائي ساهمت فيه عوامل رئيسية و هي عدد النساء في سن الإنجاب ، الزواج المبكر ، ، ليبدأ بعدها الانخفاض تدريجيا ، هذا الانخفاض كان راجع لعاملين. التأخر في سن الزواج ، فبعد أن كانت جل الفتيات في سن (15-19) متزوجات فقط 13% عازبات في سن (20-24 سنة) ، و في فترة ما بعد الاستقلال ليحدث العكس لهذا السبب في إحصاء 1987 ، أقل من 10% متزوجات في سن (15-19) ، و الأغلبية عازبات في سن (20-24) .

و إنخفاض الخصوبة رغم الزواج بنسبة 40% ، و السبب الأول الذي أثر في هذا العامل هو الإستعمال الواسع لوسائل منع الحمل ، إلا أنه في السنوات الأخيرة يشهد معدل الولادات زيادة بوتيرة بطيئة إذ سجل في سنة 2006 معدل 22.07% و في سنة 2009 قدر 24.07% ليرتفع سنة 2011 إلى 24.78% و هذا راجع لإرتفاع في معدل الزواج .

ثالثا-مراحل إنتقال الخصوبة و المواليد في ظل التطورات الصحية :

1-تذبذب الخصوبة 1900-1949:

من أهم الظروف التي ساهمت مساهمة فعالة في تذبذب الخصوبة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1900 م إلى غاية سنة 1949 م هي :

01/المجاعات : لم تسلم الجزائر كغيرها من دول العالم الثالث من حدوث مجاعات بها كنتيجة لمجموعة من الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات احيانا و الجفاف احيانا اخرى لسنوات متتالية و بالتالي نقص في التغذية و هذا الأخير يؤدي بدوره إلى نقص في الخصوبة و مع زوال هذه الكوارث

¹ -ONS : série statistique rétrospective 1962-1990 in collection statistique N° 31, Alger 1991

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

الطبيعية تعاود الخصوبة مسارها نحو الارتفاع مرة ثانية و هكذا كان تأثير المجاعات على تدبذب الخصوبة خلال هذه الفترة .

02/الحروب: كانت الجزائر في هذه الفترة تحت سيطرة الاستعمار الفرنسي و كانت تقوم بثورات شعبية ضده من أجل تحرير البلاد و هذا كان له دور كبير و مساهمة فعالة في تراجع الخصوبة من جهة و من جهة أخرى فإن السلطات الفرنسية كانت تجبر شباب الجزائر على المشاركة في حروب عالمية كالحرب العالمية الأولى و الحرب العالمية الثانية و بهذا تكون قد قضت على نسبة كبيرة من الفئة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على الخصوبة و المتمثلة في فئة الشباب .

03/الأمراض و الأوبئة: شكلت الأمراض الوبائية _سببا من الأسباب التي أثرت على تراجع معدلات الخصوبة في الجزائر من قبل و خاصة في المناطق التي تميزت بارتفاع في الكثافة السكانية و ما يؤديه ذلك من سهولة انتقال الأمراض المعدية و من أبرز الأمراض التي عرفتها الجزائر خلال هذه الفترة نجد الشلل و التيفويد و الحصبة و الحمى المالطية ... إلخ¹.

الجدول رقم 10: تطور المعدل الخام للمواليد (1900-1955).

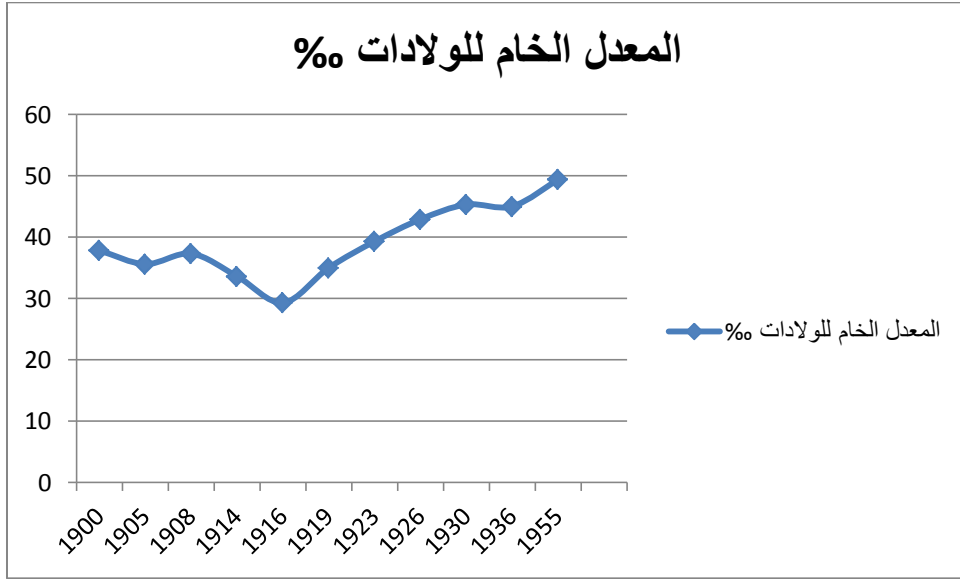
السنة	المعدل الخام للولادات ‰
1900	37,8
1905	35,6
1908	37,3
1914	33,6
1916	29,3
1919	35
1923	39,3
1926	42,9
1930	45,3
1936	45
1955	49,4

المصدر: مربيبي السعيد

¹السعيد مربيبي مرجع سابق ص121

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 24: تطور المعدل الخام للمواليد (1900-1955)



المصدر: رسم المنحنى من الجدول 10

إرتفاع الخصوبة 1962-1970 :

بعد الإستقلال مباشرة عرفت معدلات المواليد إرتفاعا واضحا إذ بلغ هذا المعدل 52.1% سنة 1963 من أهم و أبرز الظروف التي أدت إلى ارتفاع الخصوبة خلال هذه الفترة هو إستقلال الجزائر و ما خلفه من إرادة قوية لدى الشعب الجزائري في بناء مستقبل أفضل و من بين الأولويات هو تعويض خسائر هذه الفترة و التي نجد على رأسها الخسائر البشرية. كما تمكنت الجزائر من القضاء و لو بصورة نسبية على الأمراض الوبائية هذه الأخيرة التي ساهمت في القضاء على وفيات الأطفال فكان لذلك دور كبير في ارتفاع الخصوبة.

3-إنخفاض الخصوبة: 1972-1996

عرفت الخصوبة طريقها نحو الإنخفاض خلال هذه الفترة حيث إنتقل معدل الإنجاب من 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 م إلى 7.1 طفل لكل امرأة سنة 1980 م مستمرة في الانخفاض و يمكن إرجاع ذلك الى مجموعة من العوامل منها¹:

- زيادة وعي المرأة بعد الوصول إلى مستوى تعليمي لا بأس به.
- مواصلة المرأة لدراساتها سواء كان ذلك قبل أو بعد الزواج.
- خروج المرأة إلى ميدان العمل.

كما يمكن ربط تراجع الخصوبة خلال هذه الفترة بعاملين أساسيين:

الأول : ديمغرافي و يتمثل في ظاهرة من الظواهر الديمغرافية ألا و هي الزواج.

الثاني : صحي و يتمثل في إستعمال وسائل منع الحمل .

الجدول رقم 11: تطور معدلات الخصوبة في الجزائر 1970-1995):

السنة	عدد الأطفال لكل امرأة
1970	7.8
1980	6.9
1985	6.2
1990	4.5
1995	3.4

المصدر: Insp 2002

¹ السعيد مربيحي مرجع سابق ص142

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

نلاحظ أن عدد الأطفال لكل امرأة إنخفض في الفترة الممتدة بين 1970 و 1980 . و زاد التناقص بشكل سريع من 1985 إلى 1995 ، و هذا راجع للأسباب التي سبق ذكرها و يعتبر تطور الزواج من أهم الأسباب التي ساهمت مساهمة فعالة أي أن تأخر سن الزواج من 18 إلى 30 سنة لدى المرأة عمل على تقليل معدلات الخصوبة.

- تطوير الأبحاث حول العوامل المؤثرة في الخصوبة .
- تطوير أنشطة الإعلام و التحسيس و التوعية في مجال تنظيم الأسرة .
- تطوير أنشطة المباحدة بين الولادات.

كما تم خلال الفترة الممتدة من 1983 و إلى غاية سنة 1989 م توفير وسائل منع الحمل في كل العيادات المتعددة الإختصاصات و عيادات التوليد و المراكز الصحية و حتى قاعات العلاج حيث خلال سنة 1980 م بلغ عدد مراكز تباعد الولادات 260 مركز موزعين عبر كامل التراب الوطني.

تكوين ما يقارب 398 بما فيهم أطباء و قابلات و مختصون في شبه الطبي لتحسين خدمات تنظيم الأسرة ، إذ بلغ عدد النساء المترددات على المراكز خلال هذه الفترة و بالضبط في سنة 1978 م 90787 امرأة و هو ما يعادل 3.6 % من مجموع النساء المعنيات بتنظيم الأسرة (نساء متزوجات في سن الإنجاب) ، و قد تضاعف عدد المراكز إلى 440 مركز خلال سنة 1983 م و أدمجت خدمات تنظيم الأسرة في كل من مراكز الاستشفاء و العيادات المتعددة الخدمات و قاعات الاستشفاء و لكن و مع الأسف فإنه رغم تزايد عدد المراكز إلا أن نوعية الخدمات فيها لم تكن جيدة إلا في ثلثها ، كل هذا التطور أدى إلى زيادة عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل مما أدى إلى تدخل القطاع الخاص في تزويد السكان بوسائل منع الحمل بثمان في مائة (الجميع)

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

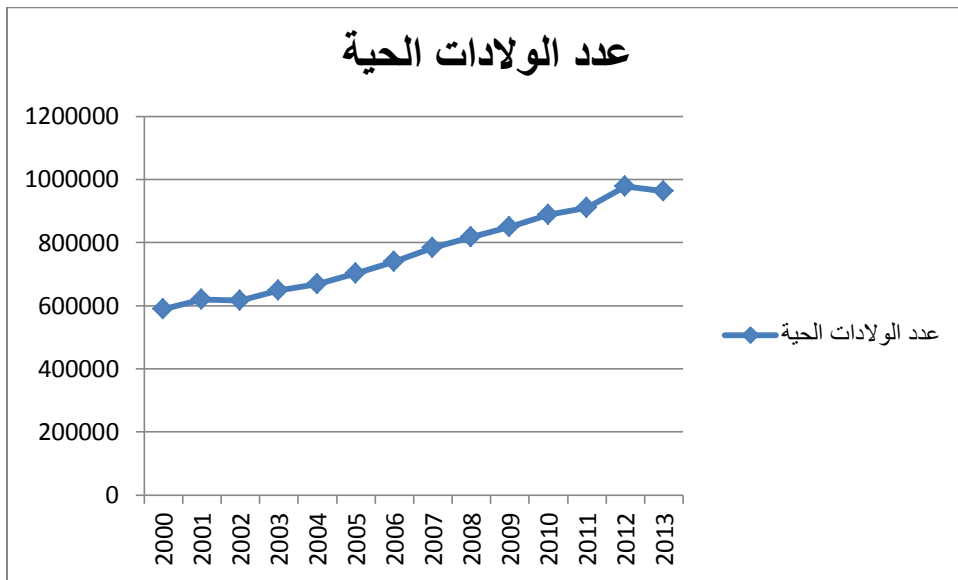
إستقرار الخصوبة : 1996-2000:

إمتدت هذه الفترة من 1996 م إلى غاية بداية القرن الجديد هذا و قد عرف معدل الخصوبة الخام خلال هذه الفترة الإستقرار النسبي و يمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب و على رأسها زيادة وعي المرأة ومواكبتها للأوضاع السائدة

عودة إرتفاع الخصوبة :2000-2014:

تتميز هذه المرحلة بعودة إرتفاع معدلات الخصوبة وهذا بعد الإنخفاض المستمر في فترة التسعينات حيث تعتبر سنة 2000 منعرجا هاما لتغير وتيرة الولادات حيث بلغ المعدل 19.36‰ سنة 2000 ليرتفع إلى 26.8‰ سنة 2012.

الشكل رقم 25: منحنى تطور الولادات (2000-2013) في الجزائر.

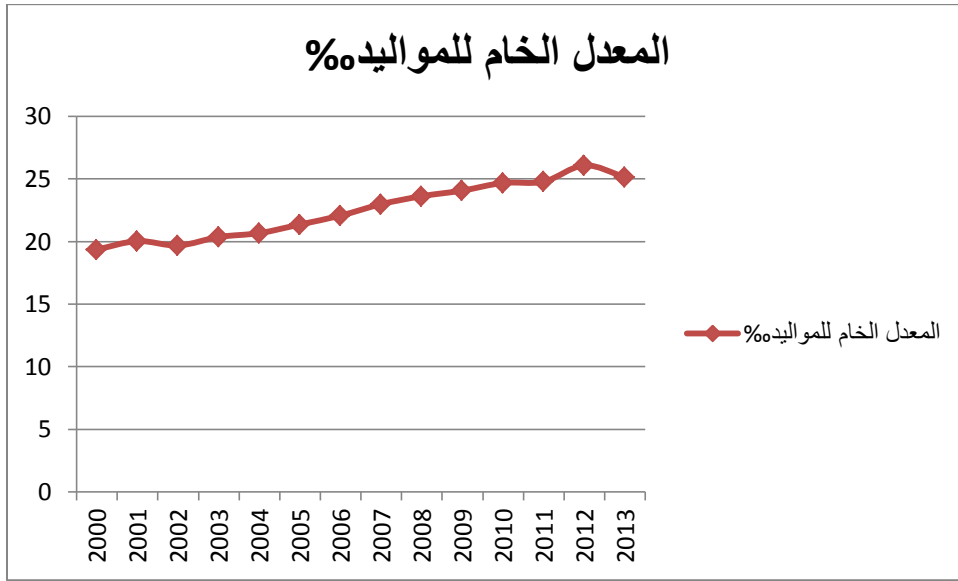


.Démographie Algérienne 2014

المصدر:

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 26: منحنى تطور المعدل الخام للمواليد (2000-2013) في الجزائر.



.Démographie Algérienne 2014

المصدر:

تطور المؤشر التركيبي للخصوبة:

عرف المؤشر التركيبي للخصوبة (وهو عدد الأطفال لكل امرأة في سن الإنجاب)

إنخفاضا محسوسا في سنوات الثمانينيات و التسعينات بعد الإرتفاع المحسوس الذي

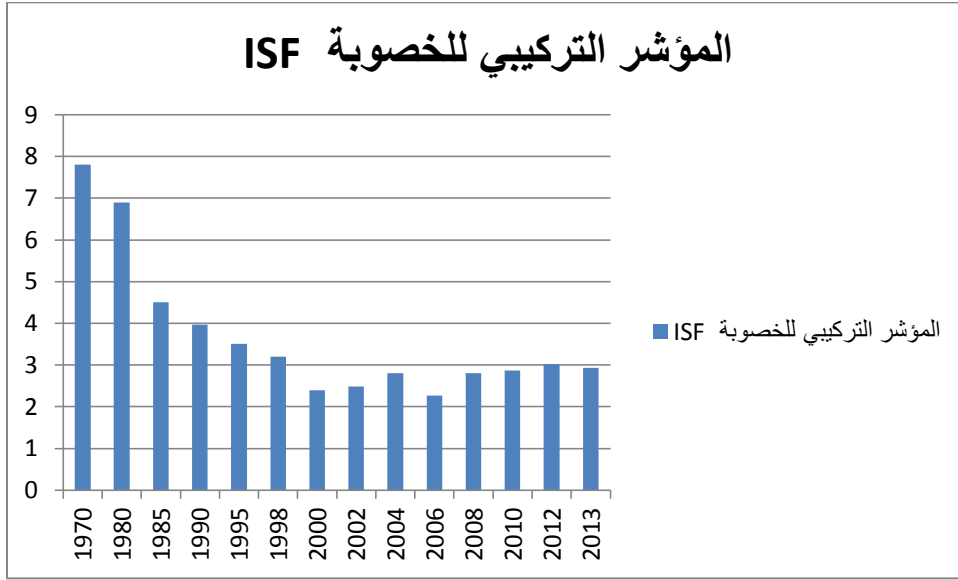
واصل إنخفاضا محسوسا في سنوات الثمانينيات و التسعينات بعد الإرتفاع المحسوس الذي بلغ

ذروته في السبعينات أين بلغ 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 و إنخفض سنة 1980 إلى 6.9

طفل لكل امرأة.

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 27: منحى تطور المؤشر التركيبي للخصوبة ISF في الجزائر:



المصدر: Enquête algérienne sur la santé de la famille.2002. nuptialité et fécondité en Algérie

. Démographie Algérienne 2014 .

الجدول رقم 12: تطور معدل الخصوبة و متوسط عمر الأمومة (1990-2014).

السنة	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
معدل الخصوبة الإجمالي (الطفل/المرأة)	4,5	2,4	2,81	2,84	2,87	2,87	3,02	2,93
متوسط العمر للأمومة (بالسنوات)	29,5	32	31,9	31,8	31,7	31,6	31,5	31,4

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات،التحقيق الوطني حول الجدول الزمني في الجزائر2012.

ما يمكن إستخلاصه من هذا الجدول هو أن المؤشر التركيبي يتناقص بإرتفاع متوسط العمر للأمومة،وهو شيء طبيعي بالرجوع لما ذكرناه سابقا فيما يخص التحليل البيولوجي للخصوبة: فكلما زاد سن الأم تقلصت فرص إنجابها.

الفصل الرابع: تطور الخصوبة في ظل التطورات الصحية

خاتمة الفصل:

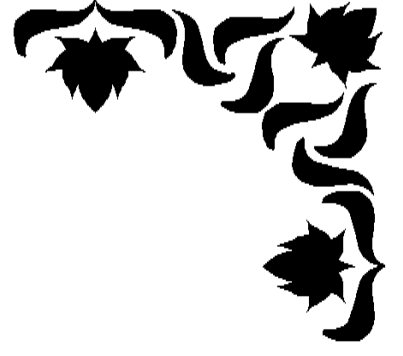
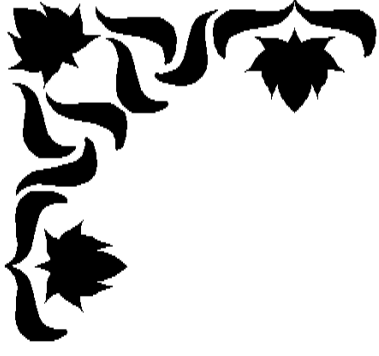
من هذا العرض المختصر للمواليد في الجزائر يتضح جليا أن الفترة الإستعمارية عرفت تذبذبا وعدم إتخاذ نمط و إتجاه معين ،ويعود ذلك إلى العوامل التاريخية و الإقتصادية،التي مرت بها البلد من فقر و مجاعة وتفشي الأوبئة في سنوات الثلاثينات جراء ظهور الأزمة الإقتصادية العالمية و الحربين العالميتين إلى جانب المقاومات و الحرب التحريرية ،وكذا إنخفاض مستوى المعيشة و إنعدام الرعاية الصحية. أما بعد الإستقلال فقد عرف المعدل العام للخصوبة إرتفاعا كبيرا خاصة في العشرية الأولى أين بلغ المعدل أقصى قيمة له سنة 1970،بعدها بدأ في الإنخفاض خاصة في النصف الثاني من الثمانينات(الأزمة الإقتصادية).

ويعود هذا التراجع إلى عدة عوامل أهمها التطور في المجال الصحي:

-إستخدام وسائل منع الحمل و الإهتمام بصحة الأم و توعيتها.

إضافة إلى تأخر سن الزواج بالنسبة للجنسين،و تغيير مكانة و دور المرأة.

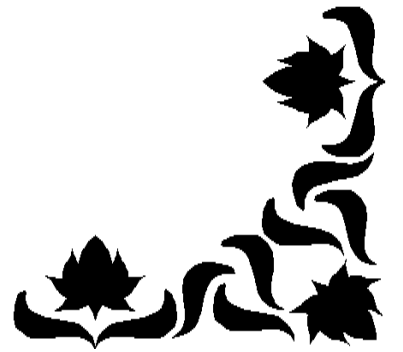
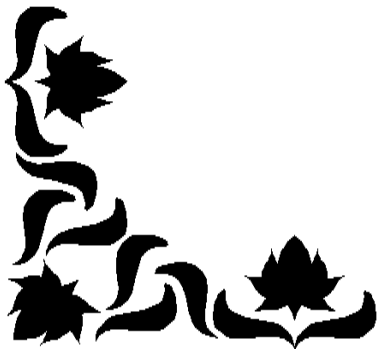
أما مطلع القرن الجديد فقد عرف المؤشر التركيبي للخصوبة إرتفاعا نسبيا مستمرا إلى غاية 2012 حيث سجل سنة 2000 2.4 و 3.2 سنة 2012.و يرجع السبب أساسا إلى عودة إرتفاع معدلات الزواج في هذه السنوات.



الفصل الخامس

تطور الوفيات في ظل

التطورات الصحية.



الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

تمهيد:

يحتل مؤشر الوفيات أهمية كبرى من حيث تحديد مستوى النمو السكاني كما أنها تعتبر إحدى محددات حجم السكان ، يمكن عن طريقها تحليل الواقع الديمغرافي للسكان و مستوى النمو ، و لمعدلات الوفيات دور في معرفة المستوى الصحي و مستوى التنمية ؛بصفة عامة .

وقدشهدت معظم دول العالم إنخفاضا في مستوى الوفيات خلال السنوات الأخيرة سواء المتقدمة أو النامية ، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى التقدم الطبي ،ويعد إنخفاض الوفيات من العوامل الأساسية التي أدت إلى ظاهرة الانفجار السكاني وخاصة في الدول النامية.

الوفيات شأنها شأن المواليد:عاملان طبيعيان يؤثران في نمو السكان من ناحية الحجم، كما يؤثران في تغيير وتعديل الخصائص الديمغرافية الأخرى فإختلاف معدلات الوفيات بإختلاف فئات العمر أو النوع أو كلاهما معا يؤدي إلى تميز البناء السكاني بخصائص مختلفة، كما أن إختلاف معدلات الوفيات بإختلاف السياق الإجتماعي و الثقافي و الإقتصادي للمجتمع عامة يثير سلسلة من التمايزات و التنوعات في الخصائص الإجتماعية¹.

فدراسة حركة الوفيات تعمل على تفسير الظاهرة في علاقتها المتبادلة بغيرها من الظواهر الإجتماعية بهدف التعرف على أسبابها و نتائجها .

أولا:تحليل الوفيات

1-التحليل البيولوجي للوفيات:

ينطلق التحليل البيولوجي لظاهرة الوفيات من تصور أساسي مفاده أن الوفاة حقيقة بيولوجية بحتة،تتأكد بغياب بعض العلامات أو الدلالات البيولوجية كالتنفس ونبض القلب أو توقف المخ أو الجهاز العصبي عن أداء وظيفته في الكائن البيولوجي²،ومن هذا المنطلق يميل علماء البيولوجيا وعلماء الإجتماع ذوي التوجه العضوي إلى إرجاع أسبابالظاهرةإلى عوامل بيولوجية بحتة .ومن أهم المتغيرات

¹ علي عبد الرازق جليبي مرجع سابق. ص.238

² فقهي أحمد أبو عيانة مرجع سابق ص. 265

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

التي يعنى التحليل البيولوجي بإبرازها تفسير الظاهرة من خلال تحليل تفاوت معدلاتها و اتجاهها في الفئات السكانية أو المجتمعات بوجه عام وبقالمغيرات التالية:

-**العامل الوراثي لمستوى العمر:** إذ هناك من العائلات من تتميز بتعمر أفرادها أي إستمرارهم على قيد الحياة لمراحل عمرية أطول من غيرهم و يطلق عليها عائلات معمرة¹ يعيش فيها الأب و الجد و الحفيد جنباً إلى جنب مدة طويلة بل و يتمتع كبار السن منهم بصحة جيدة في شيخوختهم المتأخرة بعكس عائلات أخرى من يموت أفرادها في سن مبكر من حياتهم.

-**العامل النوعي:** يشترك علماء السكان مع علماء البيولوجيا في تأكيد أهمية متغير النوع في إختلاف معدلات الوفيات و تغير أمل الحياة، حيث خلصت عدة دراسات إحصائية إلى أن الإناث في معظم الشعوب تعيش مدة أطول من الذكور.

العوامل البيئية: يندرج تحت هذه العوامل ندرة موارد العيش مما يؤدي إلى المجاعات، أو أمراض نقص التغذية التي تؤدي بدورها إلى الوفيات خاصة عند فئات الأطفال.

نذكر ايضاً من هذه العوامل: تلوث الهواء و ما يرتبط به من مشاكل صحية، وعموما يسود هذا التلوث في المناخ الحضري فهو نتاج ترابط معين بين عناصر طبيعية ضارة أو اخرى صناعية من صنع الإنسان مثل الملوثات الهوائية من غازات التي تؤدي إلى نقص في دورة الهواء مما يؤثر على الصحة العامة و يتسبب في ظهور أمراض التنفس و بدورها تتسبب في الوفيات.

و تعتبر الإصابة بأمراض الربو و الجهاز التنفسي من أكثر الأمراض إنتشاراً في المناطق الحضرية .

فقد أشار هامل Hamill في دراسة له إلى أن تلوث الهواء يزيد من معدلات الإصابة بامراض التنفس و يتسبب في وفاة 30 ألف حالة وفاة في كل سنة هذا العدد يفوق عدد اللذين يتوفون بسبب أمراض السل و السرطان².

¹فتحى أحمد أبو عيانة مرجع سابق.ص265

²نفس المرجع ص.274

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

كما يتسبب تلوث الماء شأنه شأن تلوث الهواء في عدة أمراض تؤدي بدورها الى الوفاة، فتلوث الماء بالفضلات وقاذورات البالوعات عامل أساسي في إنتشار أمراض الكوليرا ،التيفوئيد،الدونستاريا و الأمراض المعوية.و الحقيقة أن هذه العلاقة السببية قد تأكدت بوضوح بالنسبة للأمراض المعوية و الكوليرا و التيفوئيد في مدن إنجلترا و و ألمانيا و الولايات المتحدة الأمريكية، في الفترة 1850-1900 إذ أشارت دراسات إحصائية إلى أن مدنا بأكملها أصيب سكانها بهذه الأوبئة في حين أن مدنا أخرى لم تحص أية إصابة لا لسبب إلا لأن الأولى تستعمل مياهها قد تلوثت بفعل النفايات الصناعية و الأدمية.

2- التحليل الديمغرافي للوفيات:

يتجه التحليل الديمغرافي في تناوله لظاهرة الوفيات نحو التطور التاريخي للظاهرة من خلال ما يتوافر من بيانات إحصائية موثقة على شكل تعدادات أو سجلات حيوية، ليكشف عن إتجاهات الظاهرة و حجمها على المستوى المكاني و الزماني و النوعي¹ ثم يعمل على تطبيق عدد من المقاييس أو المعدلات التي توضح العلاقة السببية بين المتغيرات السكانية بعضها ببعض وذلك بدراساته لاتجاهات الوفيات و تطورها.

1- إتجاهات الوفيات في الدول المتقدمة: بدأت إتجاهات الوفيات تسجل إنخفاضا ملحوظا في أوروبا نهاية القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر، و في أمريكا الشمالية منذ بداية القرن العشرين ، و قد فسرت الظاهرة على ضوء عدد من المتغيرات، أهمها التقدم الطبي و تطور الخدمات الصحية،و العلاجية إلى جانب متغيرات أخرى ترتبط بتحسين نوع الغذاء و الماء الصالح للشرب و كذا تحسين خدمات البنى الأساسية كالصرف الصحي. فقد أكدت بحوث توماس ماكوان²1979 أن تحسين ظروف البيئة خاصة من حيث السكن كان عاملا أساسيا في تخفيض معدلات الوفيات أكثر من تقدم الممارسات و التقنيات الطبية الحديثة، حيث أدى هذا التحسين إلى إنخفاض معدلات

¹ علي عبد الرزاق جلبي مرجع سابق ص.241
²فتحي أحمد أبو عيانة مرجع سابق ص.281

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الإصابة بالأمراض المعدية وكذا الأمراض الناجمة عن تلوث الهواء ، و يحلل ماكون نتائج دراسته بقوله أن إنخفاض معدلات الإصابة بهذه الأمراض المسببة للوفاة أدى إلى إنخفاض معدلات الوفيات. كما أن تحسين نوع الغذاء و تقدم النظم و العادات الغذائية من بين هذه العوامل إذ أن الإستخدام الواسع النطاق للأوربيين للبطاطا و الذرة (هما مصدران غذائيان غنيان بالعناصر التي تقاوم الأمراض المعدية)، كان سببا مباشرا في إنخفاض معدلات الوفيات. إضافة إلى زيادة الوعي و الإهتمام بمسائل النظافة الشخصية .

2- إتجاهات الوفيات في الدول النامية: في مقابل الإنخفاض التدريجي في معدلات الوفيات الذي حدث في أوروبا و أمريكا و غيرها من المجتمعات المتقدمة، و الذي إستغرق قرابة القرنين¹ حدث إنخفاض سريع و تزايد لمعدلات الوفيات في الدول النامية على مدى فترة لا تزيد عن خمسين عاما. و مع ذلك سجل هذا الإنخفاض معدلات مختلفة بين مجتمعات العالم النامي، و يرجع ذلك إلى ما يعرف بالسياق الإجتماعي و الثقافي بصفة عامة، بما في ذلك مستوى التقدم الطبي و الرعاية الصحية.

التحليل السوسولوجي للوفيات: إن تحليل ظاهرة الوفيات لا يقتصر على التحليل البيولوجي و الديمغرافي فالتحليل لا يكون شاملا في غياب المنظور السوسولوجي أو ما يعرف بالسياق المجتمعي²:

1- إختلاف معدل الوفيات بإختلاف المكانة الإجتماعية للفرد: يميل بعض علماء الإجتماع إلى تفسير ظاهرة الوفيات بين أفراد و فئات المجتمع الواحد رجوعا إلى إرتباطها بالأدوار و المكانات الإجتماعية للأفراد أو الجماعات³، فتمايز المكانة الإجتماعية مقوم أساسي من مقومات البناء الإجتماعي لأي مجتمع أين تشغل بعض الجماعات مكانة تابعة لجماعة أخرى ، فكلما تدنت المكانة الإجتماعية ، نقص الحظ في التمتع بالمميزات الإجتماعية المتاحة فيكون الفرد أو الجماعة أقل سلطة و أقل إستحوادا لمتطلبات العيش اللائق و أكثر حرمانا من فرص الحياة.

¹فتحى أحمد أبو عيانة مرجع سابق..ص283

²علي عبد الرازق جليبي..مرجع سابق..ص246

³فتحى أحمد أبو عيانة مرجع سابق..ص290

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

2- إختلاف معدلات الوفيات بإختلاف أسلوب الحياة: لا تقل أساليب أو أنماط الحياة أهمية في تفسير ظاهرة الوفيات عن إختلاف المكانة الإجتماعية و يقصد بها نمط الحياة (mode de vie) للإشارة إلى مجموعة الإختيارات السلوكية التي ينظم بها الأفراد حياتهم اليومية،¹ مثل طريقة الأكل و الشرب و أساليب النظافة الشخصية و المكانية ، و عادات التدخين و الكحول و عادات النوم و الخمول .، و ترجع أهمية أسلوب الحياة لما يقترن بها من حالة صحية .

- إختلاف معدلات الوفيات بإختلاف محددات الوضع الطبقي: من المعروف أن فرص الحياة تتحدد بالوضع المادي للفرد الذي يجسد تمايزات الوضع الطبقي الإجتماعي و الإقتصادي. فقد كان إرتباط ظاهرة الوفيات بالوضع الطبقي مسألة تكاد تكون بديهية في التحليل السوسولوجي للظاهرة.

ثانيا: مراحل تطور الوفيات في الجزائر :

مرت الوفيات العامة بالجزائر أثناء الإنتقال الديمغرافية بالمرحل التالية :

المرحلة الأولى 1900-1945 :

عرفت هذه المرحلة إرتفاعا للمعدلات الخام للوفيات و بمستويات متذبذبة تراوحت ما بين 25.1% في 1901 و 43.1‰ ، أما معدل النمو الطبيعي فقد كان ضعيف ما بين 0.5% في 1901 و 1.7% في سنوات 1930. بسبب:

*وفيات الرجال في الحرب العالمية الأولى (1914-1918) بسبب التجنيد في الجيش الفرنسي.

*وفيات التي حصلت نتيجة التجنيد الاجباري في الحرب العالمية الثانية (1939-1945)

- الأزمة الزراعية و المجاعة و الجفاف و تفشي الأوبئة ، بالإضافة إلى الإبادة الجماعية في أحداث

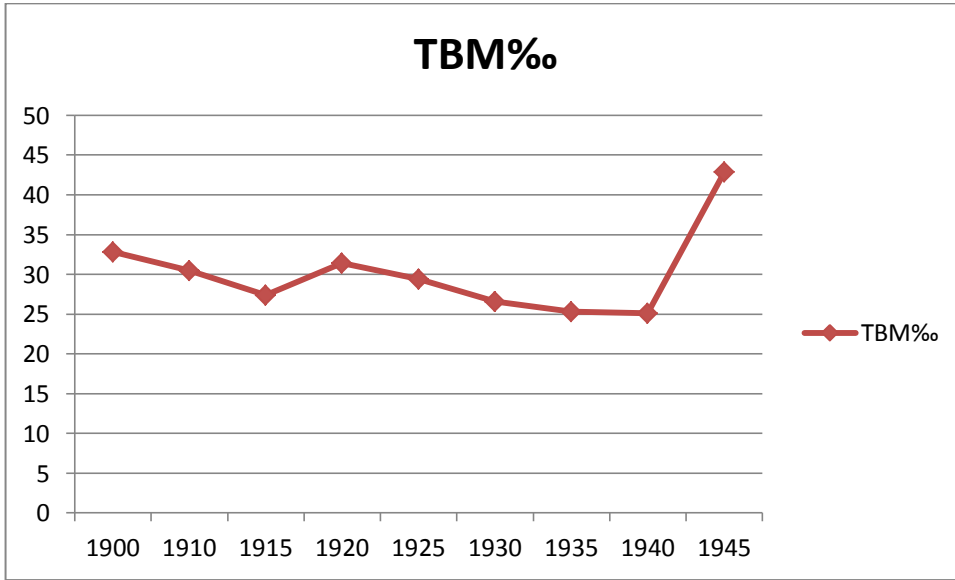
ماي 1945.

-

¹فتحي أحمد أبو عيانة.مرجع سابق..ص...292

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 28: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر: (1900-1945) :



المصدر: رسم المنحنى إعتقادا على معطيات السعيد مريعي ص121.

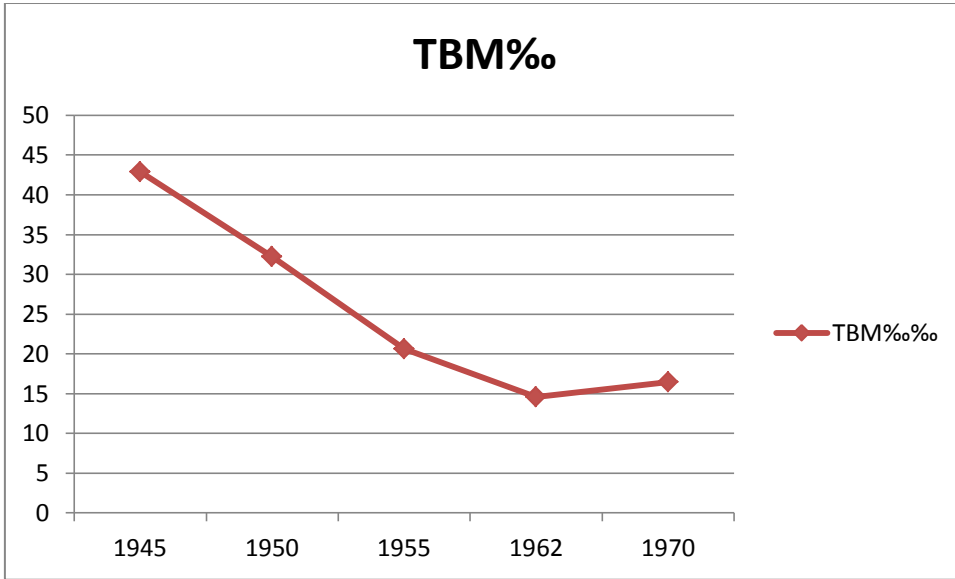
المرحلة الثانية 1946-1970

عرفت معدلات الوفيات تراجعاً من 23.2% إلى 16.7% مع بقاء معدلات المواليد

مرتفعة مما أدى إلى إرتفاع معدل النمو بشكل قياسي بلغ 3.34 سنة 1970.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 29: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر: (1970-1945)



المصدر: السعيد مريعي ص 126.

المرحلة الثالثة 1971-1986: عرفت هذه الفترة تراجعاً سريعاً من 15.6‰ إلى 8.4‰

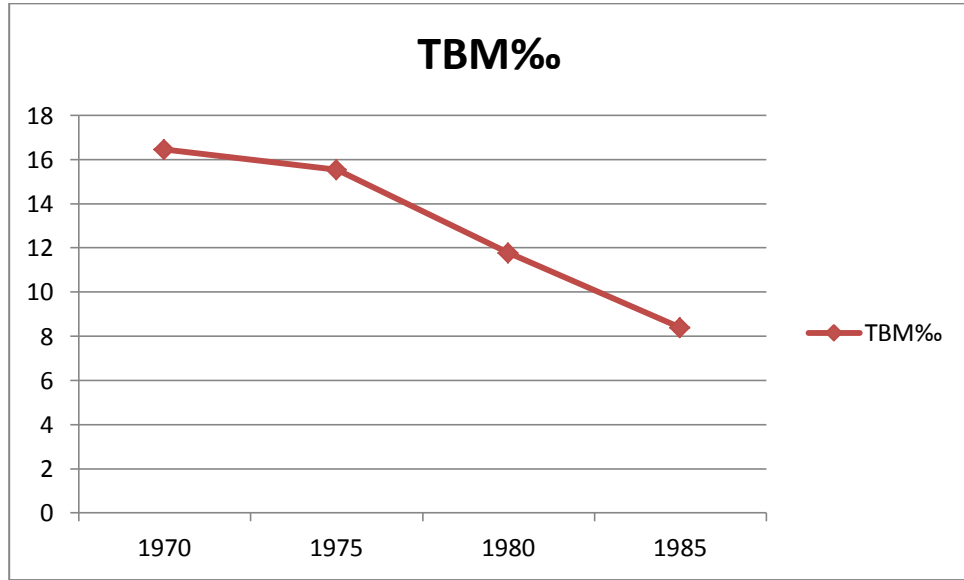
وإنخفاض في معدلات المواليد مع بقاء معدل النمو الطبيعيين فوق 03 % و هذا راجع إلى

تحسن الخدمات الصحية و مجانية العلاج ابتداءً من سنة 1974 و تحسن الظروف المعيشية و

التطبيق الفعلي للسياسة السكانية.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 30: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر (1970-1985)



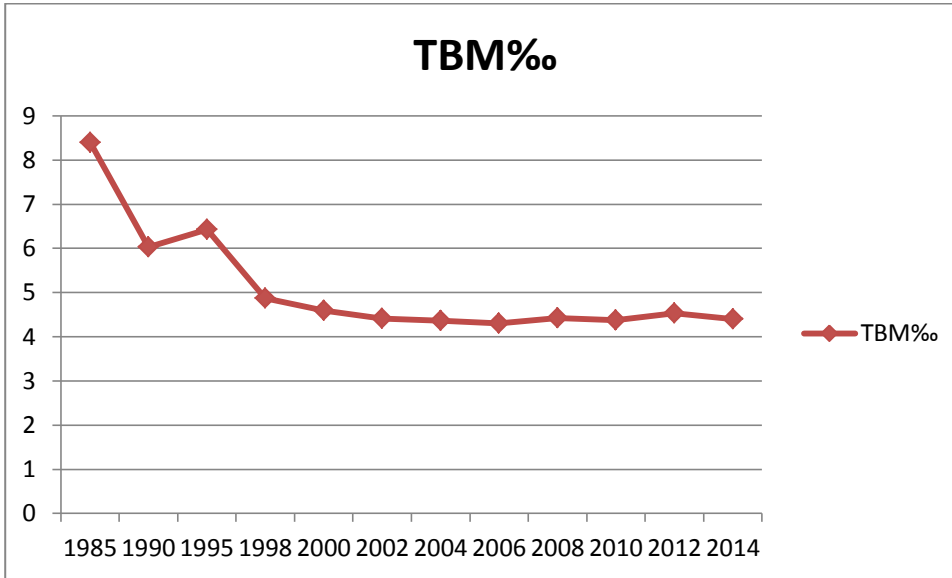
المصدر: ONS , "Données statistique ", Alger , 1998 , No 294 , p 12

المرحلة الرابعة: من 1986 إلى يومنا هذا

عرفت نهاية الثمانينات إنخفاضاً ملحوظاً لمعدل الوفيات و الذي عرف تذبذباً في عقد التسعينيات حيث عرف إرتفاعات على مراحل متذبذبة و عاد للإستقرار بداية القرن الجديد إلى يومنا هذا.

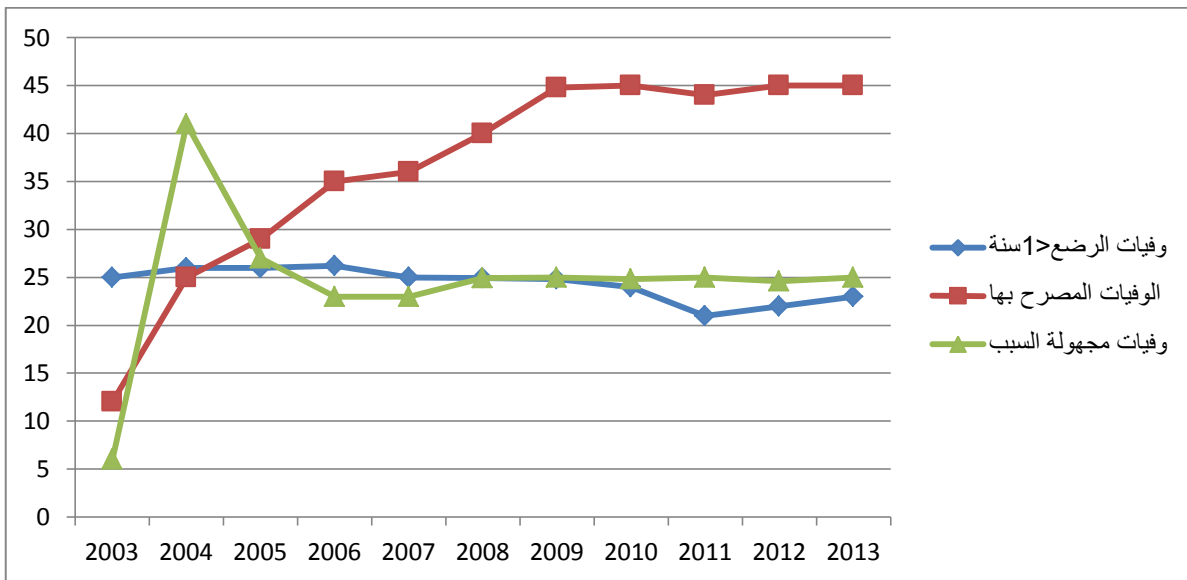
الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 31: منحنى تطور المعدل الخام للوفيات في الجزائر (1985-2014).



المصدر: Démographie Algérienne 2014

الشكل رقم 32: منحنى تطور أهم الوفيات المصرح بها في الجزائر (2000-2013).



المصدر: : Déclarations Des Causes Médicales de Décés INSP2015.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

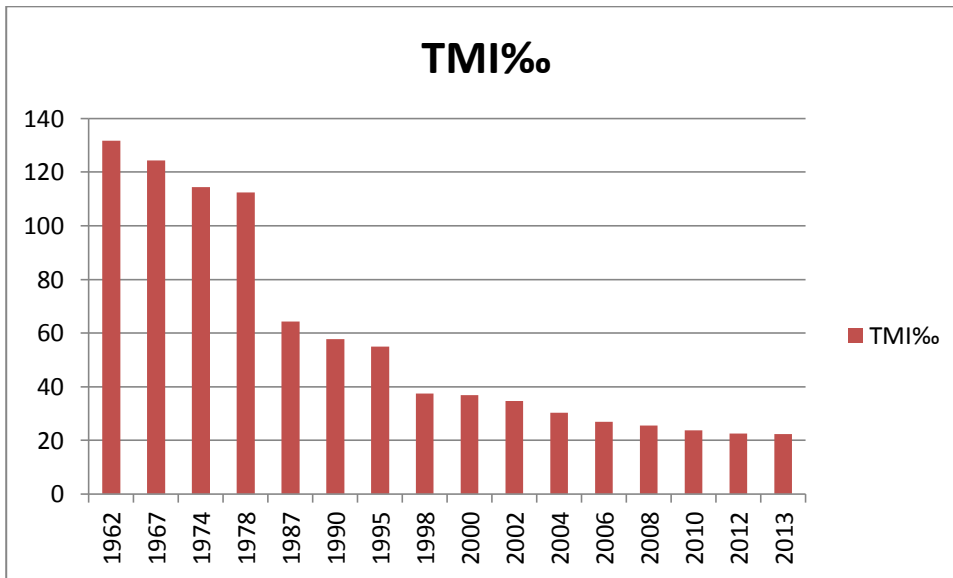
وفيات الأطفال الرضع

يعرف مؤشر وفيات الأطفال الرضع بأنه عدد الأطفال الذين يتوفون قبل بلوغ السنة الأولى من العمر من إجمالي عدد الولادات الحية خلال السنة.

نظرا لعدم وجود الإحصائيات الخاصة بهذه الفئة في الفترة الاستعمارية بسبب عدم تسجيل المواليد ، و لا التصريح بحالات الوفيات (معظم الولادات كانت في البيوت) فإننا نتابع تطور معدل وفيات الأطفال الرضع من فترة الاستقلال إلى يومنا هذا .

إذ عرفت هذه الفترة إنخفاضا محسوسا من 131.7 طفل لكل ألف مولود في سنة 1962 إلى 25.5 طفل لكل ألف مولود حي عام 2007 إلى 22.5 طفل لكل ألف مولود حتى عام 2012 حسب ما هو مصرح به بالديوان الوطني للإحصائيات.

الشكل رقم 33: منحنى تطور معدل وفيات الرضع (1962-2013) في الجزائر.



المصدر.: Djilali Sari : LA TRANSITION DE SANTE EN ALGERIE p06. (1962-2000)

(2001-2014) Démographie Algérienne 2014 n°690 :

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

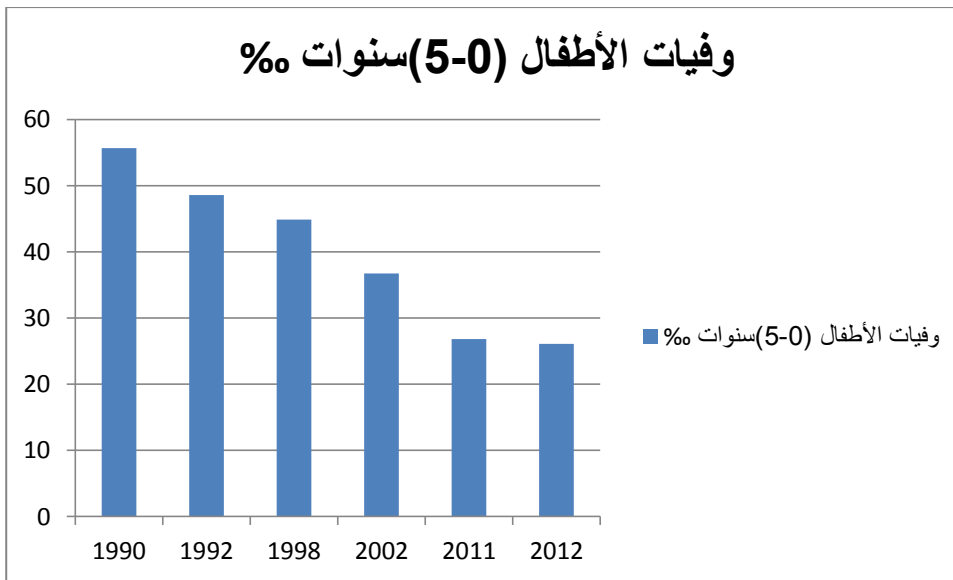
2- وفيات الأطفال دون سن الخامسة

يعرف معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأنه عدد الأطفال اللذين يتوفون قبل بلوغهم سن الخامسة منسوبا إلى إجمالي عدد الولادات الحية خلال الخمس سنوات لنفس الفترة الزمنية. المسح الوطني الجزائري حول صحة العائلة لسنة 2002 ، إنخفاضا لمعدل وفيات الأطفال في هذه الفترة (قبل سن الخامسة) من 55.7 طفل لكل ألف مولود سنة 1992 إلى 36.7 طفل لكل ألف مولود سنة 2002

و قد بلغ هذا المعدل 26.1 طفل لكل ألف مولود سنة 2012¹

و يعود هذا الإنخفاض بطبيعة الحال إلى الرعاية الصحية المقدمة لهذه الفئة كما ذكرناه سابقا من توفير للقاحات و إجبارية التطعيم و توفير العلاج المجاني في المدارس و المستوصفات ، و إختفاء الأوبئة الفتاكة و الأمراض المعدية .

الشكل رقم 34: منحنى تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (1990-2012) في الجزائر.



المصدر : Démographie Algérienne 2014 n°690

وفيات الأمهات

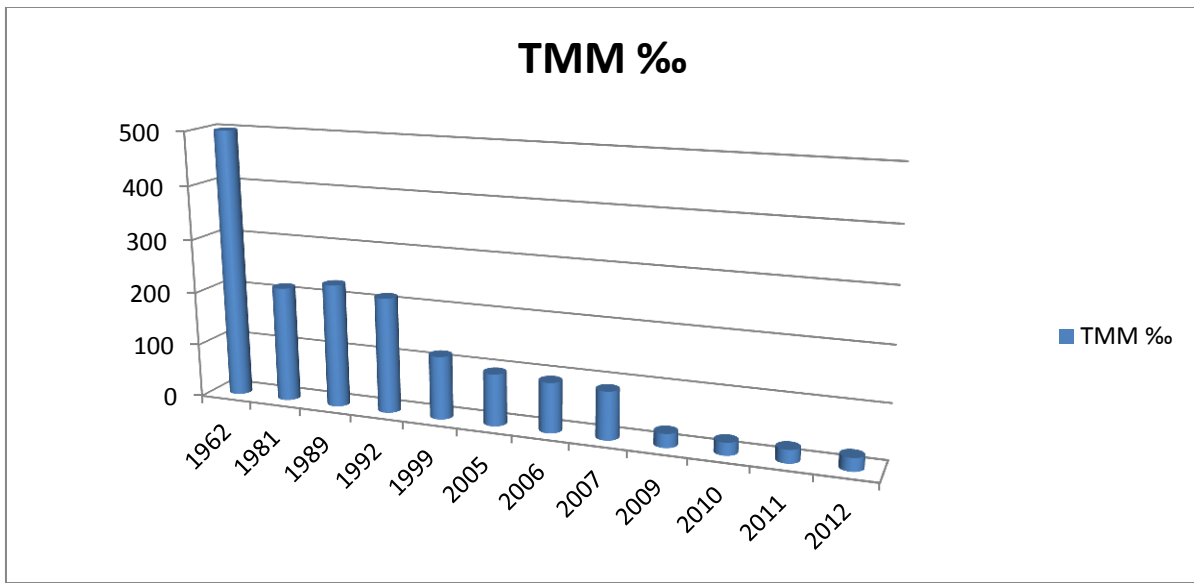
Démographie Algérienne 2014n°690-1

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

عرف هذا الأخير إنخفاضا محسوسا ، فالجزائر من البلدان التي إهتمت بصحة الأمهات عبر البرامج الوقائية التي تهتم بصحة الأم ، و الطفل منذ الاستقلال ، فقد كان من أوائل البرامج المسطرة لهذا الشأن إنشاء مراكز حماية الأمومة و الطفولة (PMI) ، و التي بدأت تتزايد في كامل التراب الوطني من 77 مركز سنة 1969 إلى 133 مركز سنة 1972.

و قد وضع برنامج توليد الأمهات بدون خطر سنة 1995 ،

الشكل رقم 35: منحنى تطور وفيات الأمهات (1962-2012) في الجزائر.



Démographie Algérienne 2014 n°690

المصدر:

يبين المنحنى التراجع الكبير سنة 2009. فقد عملت وزارة الصحة و السكان مؤخرا على الحد و التوجيه على الولادة بحضور محضر طبي يكون مؤهلا بالوسائل المادية و البشرية.

تطور أمل الحياة :

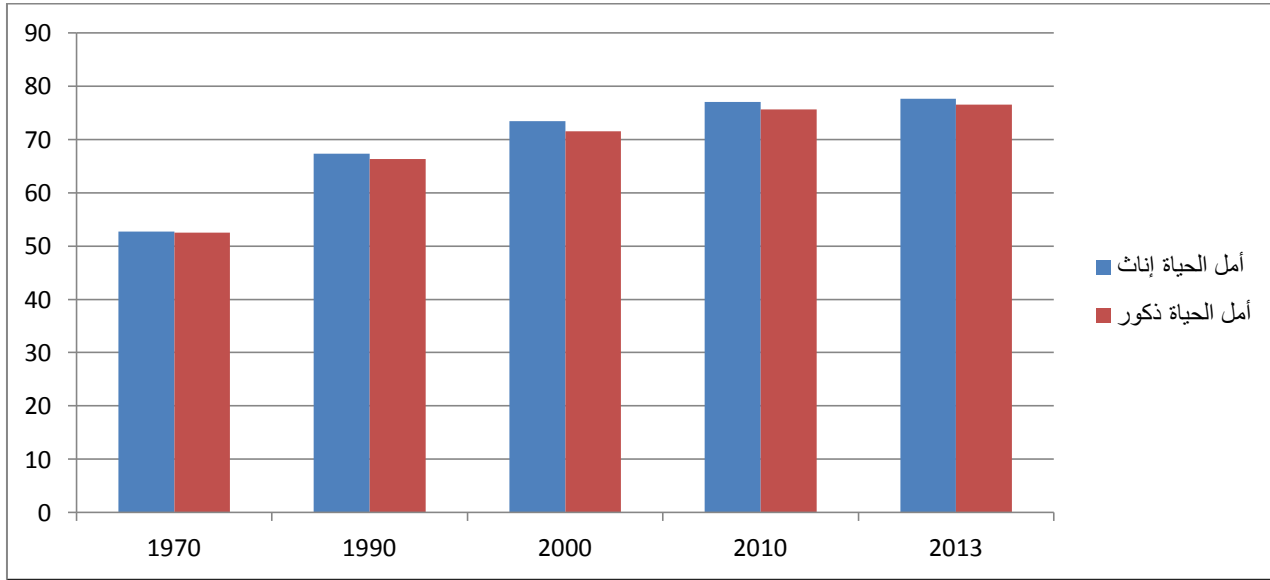
الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

يمثل أمل الحياة متوسط طول عمر الفرد و هو مرتبط بالوفاة ، لأنه يحسب بقسمة مجموع الأحياء ، في فئات السن المختلفة على العدد الإجمالي للسكان .

فكلما زادت وفيات للأطفال ، يقل أمل الحياة و يطول كلما قلت وفيات الأطفال و تعتمد عملية حساب أمل الحياة على جداول الوفيات العامة .

و يعد من أهم المؤشرات الصحية ، و قد بذلت الجزائر مجهودا كبيرا لرفع هذا المؤشر من 44 سنة عام 1992 إلى 76.4 سنة 2012 حسب آخر الإحصائيات للديوان الوطني للإحصاء سنة 2012.

الشكل رقم 36: منحنى تطور أمل الحياة لدى الجنسين (1970-2013) في الجزائر.



Démographie Algérienne 2014 n°690

المصدر:

3-أسباب الوفيات :

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

يتحدد مستوى الوفيات وخاصة وفيات الأطفال بعدة أسباب وعوامل ديمغرافية وإجتماعية واقتصادية إضافة الى البيئية والصحية والتي تمس بدرجة عالية فئة الأطفال الرضع حيث تعتبر هذه الأخيرة أحد أهم المؤشرات التي تدل على درجة نمو السكان فكلما تحسنت هذه العوامل إنخفض معدل وفيات الرضع والعكس صحيح.

3- الأسباب الاجتماعية و الديمغرافية للوفيات: المحددات الإجتماعية تسبب الوفاة عن طريق

مجموعة من العوامل:

عوامل الأمومة: مثل العمر وعدد الأطفال والفترة بين المواليد ويمكن قياسها مباشرة عن طريق المشاهدة.

عوامل بيئية: مثل تلوث الهواء والماء والغذاء، ونوع السكن وجميعها تحدد مستويات

البيئة المؤدية للصحة أو للمرض.

التغذية: وخاصة التغذية الخاصة بالأم الحامل والطفل ولا نغنى بكم الغذاء فقط بل بتنوعه وإحتوائه

على العناصر الغذائية.

الإصابات: مثل الحوادث والحروب والكوارث .

العوامل الشخصية: وهي تتوقف على سلوك الفرد نفسه وإمكانياته وعاداته وسلوكه الذي يجعله في

صحة أو مرض.

3-1 أسباب الوفيات حسب العوامل الديمغرافية والاجتماعية:

من العوامل التي لها تأثير ولو بطريقة غير مباشرة على مستوى الوفيات وخاصة وفيات الأطفال كعامل

سن الأم فمن المعروف أنه ذو علاقة بصحتها الإنجابية وقدرتها على الحمل وإبقائها في صحة جيدة وبالتالي

حماية الولادة من الوفاة، وحسب التحقيق الخاص بصحة الأم والطفل سنة 2002 نرى أن الوفيات ترتفع

بشدة بين ولادات الأمهات في بداية ونهاية الفترة الإنجابية، وتنخفض عند الأمهات ما بين 20

و39 سنة، وأن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة هو 30.4% في الحضرو 29.4% في الريف

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

إذا كانت الأم أقل من عشرين سنة عند الولادة، و 35.6 % في الحضرة و 34.9 % في الريف إذا كانت الأم أكبر من 34 سنة، أما لوفيات السنة الأولى من العمر فيحتفي التأثير السلبي لسن الأم مهما كانت فئتها الاجتماعية حيث أن تأخر سن الزواج بالنسبة للنساء وتحسن مستوى تعليمهن، وكذا ارتفاع متوسط سن الإنجاب لديهن ساعد على انخفاض معدل الخصوبة. من 7.4 مولود لكل امرأة وذلك سنة 1970 إلى 1.86 مولود لكل امرأة سنة 2007¹ وقد يرجع جزء من تلك العلاقة بين وفيات الأطفال وعمر الأم عند الولادة إلى بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وإن كانت الوفيات المبكرة تعود معظمها إلى تأثير العوامل الفيزيولوجية للطفل، وتفسر ذلك أن صغر سن الأم يفقدها الخبرة الكافية واللازمة لرعاية مولودها، كما أن جسمها في السن المبكرة قد يكون غير مهيا بيولوجيا لاستقبال الحمل، إضافة إلى أن تأثير أمراض الحمل تظهر بوضوح لدى الأمهات في بداية أو نهاية الفترة الإنجابية أما ارتفاع وفيات الأطفال لدى الأمهات الأكبر سنًا يرجع إلى التشوهات الخلقية للمولود أو الأجنة تظهر أكثر عند الأمهات في نهاية الفترة الإنجابية وكذا ارتفاع الأمراض الوراثية عند أطفال هذه الفئة من النساء .

الجدول رقم 13: توزيع معدلات وفيات الرضع و الأطفال دون الخامسة حسب العوامل

الديمغرافية.

¹-www.who.int/about/copyright/ar

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

معدلات الوفيات			الخصائص الديمغرافية
الوفيات تحت خمس سنوات 5q0	وفيات الرضع 1q0	وفيات حديثي الولادة (اقل من شهر)	
ترتيب المولود			
34.1	31.0	22.3	الاول
32.8	37.6	16.8	الثاني او الثالث
44.3	38.2	22.2	الرابع و اكثر
عمر الام عند الولادة			
50.7	45.9	29.1	اقل من 20 سنة
36.3	30.6	19.4	20 - 29 سنة
33.8	29.9	16.5	30 - 34 سنة
46.1	40.2	25.6	35 - 49 سنة
الجنس			
40.0	33.7	23.5	ذكور
33.3	28.6	17.4	اناث
الفترة ما بين الولادة			
59.5	51.2	32.0	اقل من سنة
36.7	31.1	17.8	2 الى 3 سنوات
29.5	25.8	17.1	4 سنوات و اكثر

المصدر: ENS 2002 عن عطلال جميلة.

من خلال تحقيق¹ 2002 نجد أن معدل الوفيات حسب ترتيب المولود من العوامل الرئيسية التي يتحدد مستوى وفيات الاطفال، فاحتمال وفيات الأطفال ينخفض مع زيادة ترتيب المولود، ويتضح من نتائج المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل لسنة 2002 أن هناك علاقة بين معدلات وفيات حديثي الولادة وترتيب المولود، في حين أن هناك إستقلالية بين معدلات وفيات الأطفال والرضع ورتبة المولود (لأن وفيات الأطفال لاعلاقة لها بالأسباب الداخلية بقدر ما لها علاقة بالأسباب الخارجية، وهنالك تأثير الغالب لمعدلات وفيات حديثي الولادة المبكرة وليس حديثي الولادة المتأخرة)

¹-المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل لسنة 2002 ، ص 44-47

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

يرتفع كلما كانت الرتبة متأخرة حيث يبين الجدول السابق أن المعدل يبلغ . 37.6% في الولادة ذات الرتبة الثانية أو الثالثة ويرتفع الى 38.2% إذا كانت الولادة في المرتبة الرابعة أو أعلى وتكون مرتفعة في المرتبة الأولى، أما الوفيات بالنسبة للجنس (ذكور، إناث) هناك فرق ما بين النوعين يقدر بـ 5 نقاط لصالح الإناث بمعدل 33.7 عند الذكور مقابل 28.6% عند الإناث. حيث نلاحظ أن الأطفال الذكور يتعرضون لخطر الوفاة قبل سن الخامسة أكثر من الإناث، ويرجع ذلك أساساً إلى إرتفاع مستوى الوفاة في السنة الأولى من العمر، وكذلك نجد إختلافاً واضحاً بين معدلات وفيات حديثي الولادة للذكور والإناث بتسجيل معدل أقل عند الإناث، بمعدل . 14.6% في الحضر، و 22.2% في الريف، حسب المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل لسنة 2002 إذ ترجع أسباب الوفاة خلال الشهر الأول أساساً إلى العوامل الداخلية .

كما كشف نفس التحقيق أن لعامل مستوى التعليم عند الأمهات دور في وفيات الأطفال.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الجدول رقم 14: معدل وفيات الرضع و الأطفال دون سن الخامسة حسب المستوى التعليمي للأم:

معدلات الوفيات				الخصائص الديمغرافية
الوفيات تحت خمس سنوات 5q0	وفيات الاطفال 4q1	وفيات الرضع 1q0	وفيات حديثي الولادة (اقل من شهر)	
المستوى التعليمي للام				
46.7	7.1	39.9	23.3	امية
33.4	4.5	29.1	18.0	تقرأ وتكتب
30.6	3.4	27.3	17.4	ابتدائي
29.2	3.7	25.6	18.9	متوسط
11.8	0.0	11.8	9.4	ثانوي و اكثر

المصدر: ENS 2002 عن عطلال جميلة.

ج. أسباب الوفيات حسب العوامل البيئية و الصحية :

نهتم هنا بدراسة تأثير بعض العوامل البيئية كمكان الإقامة ومصدر مياه الشرب، ونوع تسهيلات الصرف الصحي، والمناخ... الخ، حيث كان يعيش أغلبية سكان الجزائر في بيئة إجتماعية فقيرة لا تستطيع أن تضمن لهم الحياة اللائقة ولا الإستمرار فيها خاصة عند الأطفال الرضع فمعظم العائلات لا تقدر على تلبية كل إحتياجات أطفالها من التغذية الجيدة والمتوازنة، ولا الملابس ولا المأوى الملائمين ولا حتى التغطية الصحية التي تمكنهم من العيش الأفضل، كما أن تقارب الولادات يؤثر على صحة الأم والطفل معا إذ نجد أن معظم الأمهات لا يعرفن خطورتها، حيث أن مستوى وفيات الرضع والأطفال التي بلغت الجزائر جعل المعنيين يبحثون عن العوامل التي لها تأثير على وفيات الأطفال مما جعلهم يربطون هذا المؤشر ببعض الظروف المحيطية وخاصة السكن وخصائصه ويختلف المسكن من مكان لأخر كل حسب طبقتة الإجتماعية، وأظروفه الإقتصادية أو الأمنية أو مكان الإقامة العمراني، فبعض المنازل قدم بناؤها على مجرى

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

المياه الملوثة، ويلاحظ أن بعض المساكن سواء في الريف أو الحضر تفتقر للقواعد الأساسية للصحة، وبالتالي هناك إرتباط قوي بين خصائص السكن ووفيات الأطفال، حيث نجد أن معظم الأطفال الذين يعيشون في مساكن تستخدم فيها المياه الصالحة للشرب والمرحاض (المتصلة بقنوات صرف المياه الصحية لديهم إحتمالاً أقل لخطر الوفاة من غيرهم فيمكن إعتبار نظافة المنطقة المحيطة بالمسكن هي أكثر العوامل البيئية تأثيراً على مستوى وفيات الأطفال، فالبيئة النظيفة لها تأثير إيجابي على البيئة التي تؤدي إلى بعض على فرص حياة الأطفال في مختلف الأعمار، ويرتفع معدل وفيات الأطفال الرضع في المناطق غير النظيفة، التي لا توفر مرافق مكافحة الأمراض كالإسهال وسوء التغذية .

والأمراض التنفسية في الشتاء، وأمراض الإسهال والمعدية في الصيف، خاصة المتنقلة عن طريق المياه وذلك لإنخفاض منسوب المياه، وبالتالي الإهتمام بجلب الماء وإهمال الجودة، أما في فصلي الربيع والخريف فإن المعدلات تسجل إنخفاض نسبي وتكون الوفيات عادة بسبب أمراض الحساسية والربو، وفيما يخص الوفيات المبكرة فإننا لفارق في معدلات الوفيات المسجلة على مدى السنة يعود لأسباب داخلية، ولا تتعلق بالأسباب الخارجية لذا فإن تعزيز خدمات الصحة العمومية لا بد أن تكون عنصراً محورياً في عملية التكيف مع تغير المناخ¹.

¹¹ عطل جميلة مرجع سابق ص 86

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الجدول رقم 15: معدلات وفيات الرضع و الأطفال الأقل من 5 سنوات حسب نوع و خصائص المسكن:

معدلات الوفيات				خصائص المسكن
الوفيات تحت خمس سنوات 5q0	وفيات الاطفال 4q1	وفيات الرضع 1q0	وفيات حديثي الولادة (اقل من شهر)	
نوع المسكن				
25.6	6.3	21.5	15.1	شقة
35.5	11.6	30.2	18.6	منزل عادي
45.5	16.4	40.4	24.0	منزل تقليدي
المصدر الرئيسي لمياه الشرب				
34.5	11.3	29.8	18.5	الشبكة العامة
46.4	15.8	39.9	24.2	اخرى
الارتباط بشبكة الصرف الصحي				
33.2	11.5	29.4	17.9	مرتبة بالشبكة
51.1	15.7	42.2	26.5	غير مرتبطة بالشبكة
المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 ، ص 48 .				

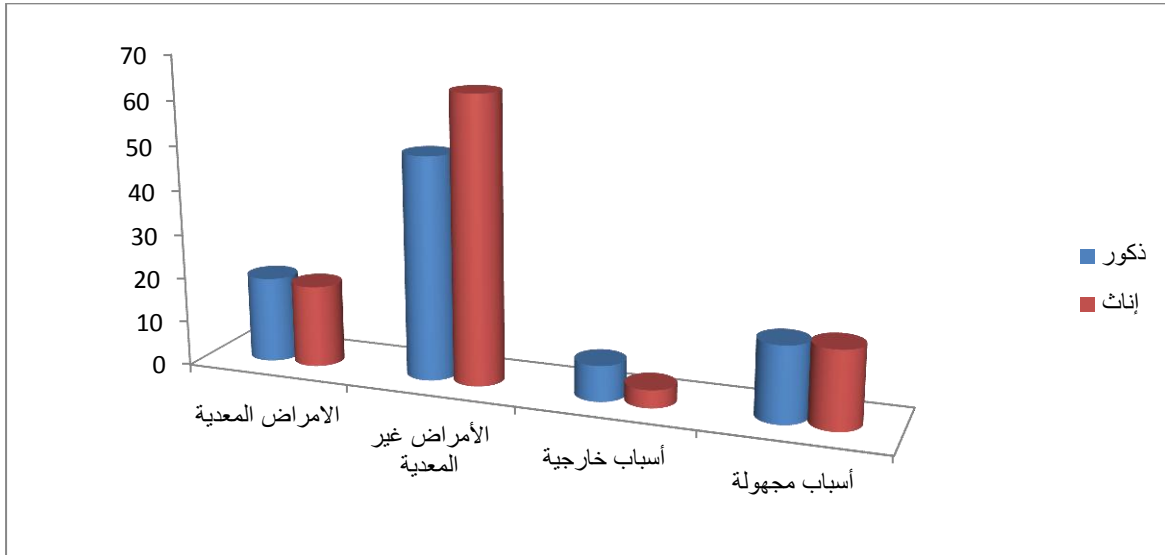
المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل 2002 ص48 عن عطل جميلة:

3-2 أسباب الوفيات حسب الأمراض:

أوضحت الإحصائيات الأخيرة والمسحات التي إهتمت بالصحة أن معظم الوفيات الناجمة عن الحالات المرضية و المصرح بها من طرف الوزارة المعنية ناجمة بالدرجة الأولى عن الأمراض المزمنة خاصة عند كبار السن لتأتي بعدها الأسباب الخارجية كالصدمات و الحوادث المختلفة و تليها الأمراض المعدية ثم الناجمة عن أسباب مجهولة.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الشكل رقم 37: توزيع أهم الاسباب المؤدية للوفيات لدى الجنسين لسنة 2013 في الجزائر.



Déclarations Des Causes Médicales De Décés INSP 2015.

المصدر:

فحسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض الذي يرتب الأمراض المسببة للوفيات يمكن تحديد

أهم الأسباب المرضية للوفيات في الجزائر حسب الجدول التالي:

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

جدول رقم 16: أسباب الوفيات في الجزائر حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض (2002, 2004, 2005, 2012, 2013) . %

الرمز	الداء	2002	%	2004	%	2005	%	2012	%	2013	%
A00- B99	الأمراض المعدية	511	3.8	916	2.8	1161	2.9	1771	2.9	1772	2.8
D48- C00	الأورام	1269	9.5	1622	5.0	26121	6.5	5751	9.3	6147	9.7
D50- D89	أمراض الجهاز الدموي	88	0.7	230	0.7	310	0.8	816	1.3	790	1.3
E00- E89	أمراض الغدد	771	5.8	1324	4.1	2035	5.1	3469	5.6	3312	5.2
F00- F99	الإضطرابات العقلية	55	0.4	3	0.0	15	0.0	23	0.0	23	0.0
G00- G99	أمراض الجهاز العصبي	185	1.4	227	0.7	411	1.0	957	1.5	909	1.4
H00- H59	أمراض العيون و لواحقها	1	0	1	0	2	0.0	4	0.01	1	0.0
H60- H99	أمراض الأذن و نتوء العظام	1	0	1	0	1		1	0.0	1	0.0
I00-I99	أمراض جهاز الدورة الدموية	3485	26.1	4526	14.0	7330	18.2	14051	22.6	13620	21.6
J00-J99	أمراض الجهاز التنفسي	911	6.8	2144	6.6	2091	5.2	3481	5.6	3957	6.5
K00- K93	أمراض الجهاز الهضمي	404	3	777	2.4	1098	2.7	2154	3.5	2049	3.2
L00- L99	أمراض الجلد	13	0.1	29	0.09	48	0.1	150	0.2	122	0.2
M00- M99	أمراض العظام المفاصل	27	0.2	12	0.0	53	0.1	48	0.1	41	0.1
N00- N99	أمراض الجهاز البولي و التناسلي	346	2.6	606	1.9	843	2.1	1708	2.8	1759	2.8
O00- O99	الحمل و الولادة و النفاس	68	0.5	80	0.2	128	0.3	120	0.2	92	0.1
P00- P96	أمراض البريتال	1810	13.5	4401	13.6	7135	17.7	9858	15.9	9700	15.4
Q00- Q99	تشوهات خلقية	348	2.6	781	2.4	1402	3.5	2690	4.3	2729	4.3

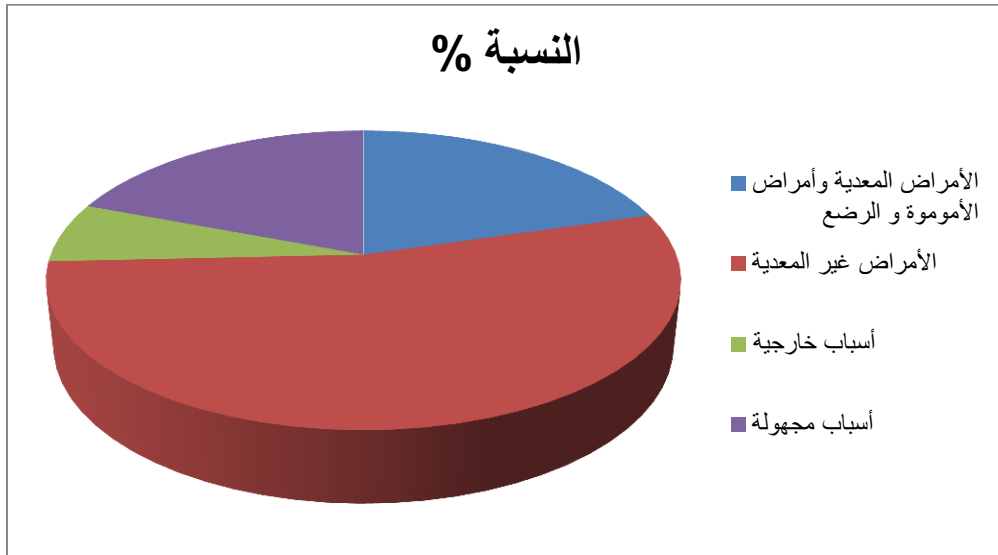
الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

19.3	1216 7	17.4	10792	28.1	11294	40.6	13112	12.9	1727	R00- R99 نتائج فحوصات غير عادية
								1.4	192	S00- T98 أضرار، صدمات، تسد مات
6.3	3963	6.8	4223	5.3	2231	5.07	1468	8.6	1146	Y01- V98 أسباب خارجية للوفيات

المصدر: Déclarations Des Causes Médicales De Décés INSP 2015.

ومن بين أهم الأمراض التي تتسبب في الوفيات في الأونة الاخيرة هي إنتشار الامراض المزمنة والذي يزيد بشكل كبير مع العمر حيث يأتي ارتفاع ضغط الدم في المرتبة الاولى ثم يأتي في المرتبة الثانية الداء السكري وبعدها امراض القلب والاعوية الدموية وكذا الربو وغيره من الامراض التنفسية المسببة للوفيات وتختلف هذه النسب من منطقة إلى أخرى يمكن القول إذن أن الأمراض المزمنة تأتي في المرتبة الأولى كأهم سبب للوفيات في الجزائر.

الشكل رقم 38: توزيع أهم أسباب الوفيات في الجزائر لسنة 2013 (%).



المصدر: Déclarations Des Causes Médicales De Décés INSP 2015.

توزيع أسباب الوفيات حسب المرض لدى كل فئة عمرية:

✓ الرضع:

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

أما عن أسباب وفيات الرضع المبكرة أغلبها الأمراض الوراثية عيوب خلقية - أمراض أثناء الحمل (- كلها عوامل داخلية) ، وهناك عوامل خارجية ولكن تأثيرها ضعيف و أسباب وفيات الرضع المتأخرة معظمها عوامل خارجية مثل كلما يتعلق بالبيئة المحيطة و صحة الأم.

الجدول رقم 17: أسباب وفيات الاطفال الاقل من 5 سنوات حسب التصنيف GBD لسنة 2002.

الأمراض	%
أمراض مرحلة البرينثال	51.3
أمراض المسالك التنفسية السفلى	5.6
أمراض الإسهال	3.7
الصدمة الغير عمدية ' حوادث المرور	3.3
النقائص الخلقية القلبية	3
النقائص الخلقية سبينا بفيدا ' العمود الفقري	1.4
النقائص الخلقية ' فقدان الجمجمة	0.6
سوء التغذية ' بروتيني - طاقوي	1.4
إضطرابات التغذية والغدد	1.4
إلتهاب السحايا	0.7

المصدر: INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico

chirurgicales, Algérie.

من خلال الجدول يتبين لنا أن أمراض البرينثال يمثل الرتبة الاولى في أسباب الوفاة بنسبة . 51.3 " % ثم تليها أمراض المسالك التنفسية السفلى بنسبة . 5.6 % وبعدها الإسهال بنسبة 3.7 % وحوادث المرور 3.3 % ومع حضور النقائص الخلقية وسوء التغذية من 1.4 % الى 06% ففي سنة 2006 سجل 17.3 % من أمراض الإسهال للفئة العمرية (6-11 شهرا) كما بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات أن 6.1 % من الأطفال دون سن الخمس سنوات تعرضوا لعدوى إلتهاب الجهاز التنفسي

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الحاد¹ وهذه المعدلات لوفيات الأطفال تمثل مؤشر هاماً لتطور الوضع الصحي للبلد ودليلاً عن أولوية الإهتمام بهذه الفئة ومكانتها. والإهتمام بصحة الأطفال وأمهم ليس مطلباً أساسياً لحقوق الإنسان فحسب، بل وتعتبر أهم المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي والعوامل الإقتصادية والإجتماعية ومستوى المعيشة لأي مجتمع كما تمثل أحد المعايير الأساسية لتحديد درجة التقدم الطبي والإجتماعي للدول.

نظم المعهد الوطني للصحة العمومية في 17 ماي 2015 يوماً دراسياً للبحث في أهم أسباب الوفيات في الجزائر للسنوات الأخيرة خاصة منها المتعلقة بالأسباب المرضية وهذا ما يوحي إليه عنوان الملتقى: الأسباب المرضية للوفيات. وقد أسفر عن عدة نتائج نلخص أهمها فيما يلي:

✓ - أسباب الوفيات لفئة (1-14 سنة):

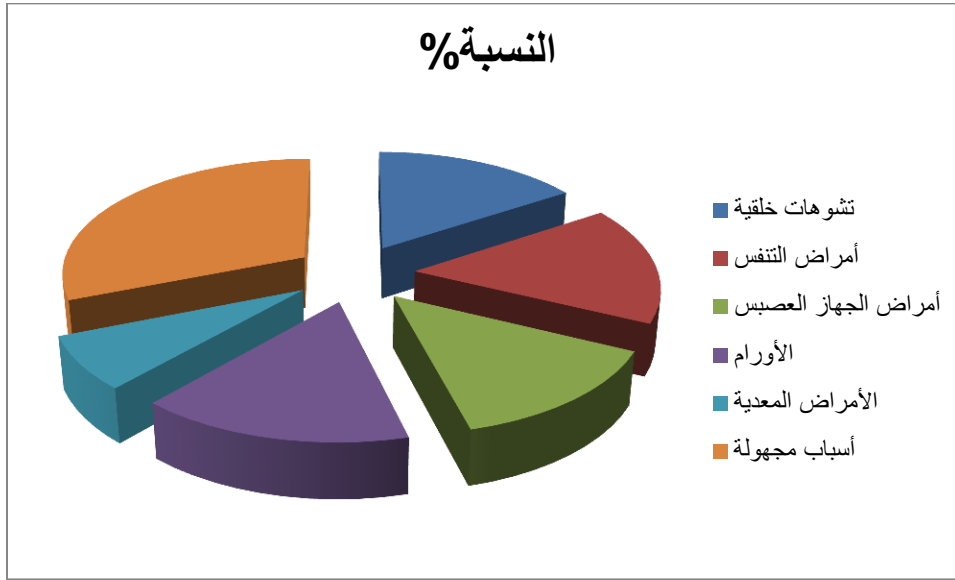
تحتل أمراض التنفس المرتبة الأولى كأهم سبب من بين الأسباب المرضية المسببة للوفيات بنسبة 10.2% تليها التشوهات الخلقية ب 9.8% ثم الاورام بنسبة 9.7% ثم أمراض الجهاز العصبي و تليها الامراض المعدية بنسبة ضئيلة.

19% من وفيات هذه الفئة لسنة 2013 مجهولة الأسباب .

¹-المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 ص 45

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

المنحنى رقم 39: توزيع الوفيات حسب الاسباب المرضية لفئة (1-14 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %:



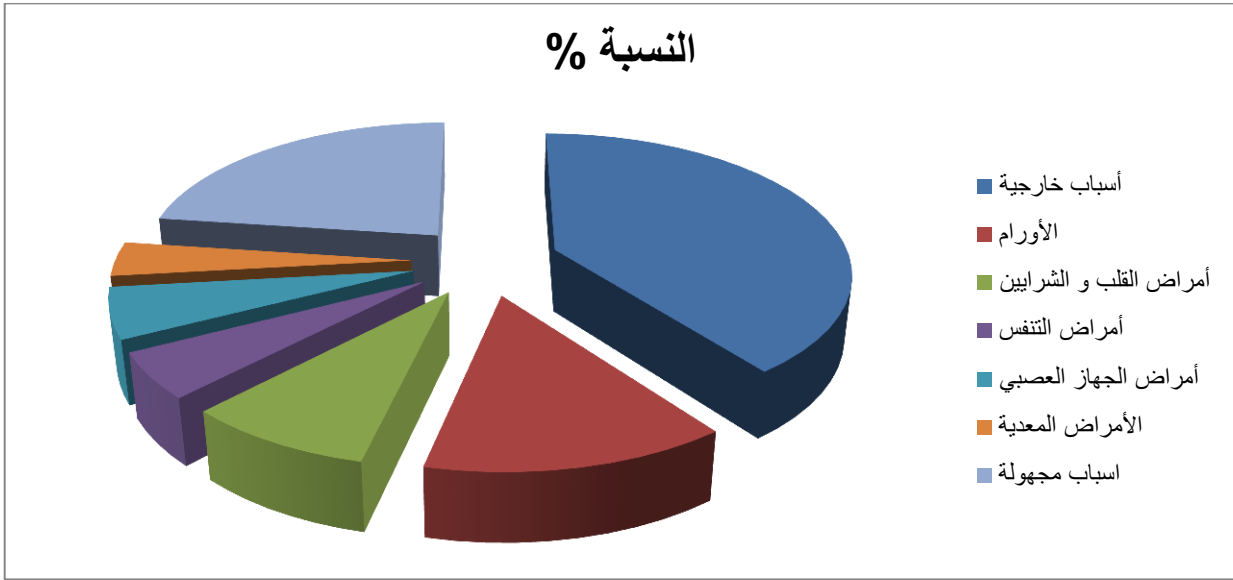
المصدر: Déclarations Des Causes Médicales De Décés INSP 2015.

أسباب الوفيات لفئة 15-24 سنة:

بالنسبة لهذه الفئة تحتل الأورام المرتبة الأولى كسبب للوفيات بنسبة 12% تليها أمراض القلب و الشرايين ثم أمراض الجهاز العصبي أما الامراض المعدية فتبقى بنسبة ضعيفة و تمثل الأسباب الخارجية عن الامراض المجهولة الاسباب أهم مسبب للوفيات لدى هذه الفئة إذ أن هذه الفئة تعد أقل عرضة للأمراض مقارنة مع الفئات الأخرى، لا يخفى عنا أن هذه الشريحة تمثل فئة المراهقين و ما يميز المراهقين عامة التسرع و التهور مما يجعلهم أكثر عرضة للحوادث بأنواعها كما تفتشت مؤخرا ظاهرة القتل بين الشباب المراهقين لأسباب مختلفة ناجمة عن ظروف الحياة المعاصرة .

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

المنحنى رقم 40: توزيع الوفيات حسب الأسباب المرضية لفئة (15-24 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %.



المصدر: Déclarations Des Causes Médicales De Décés INSP 2015

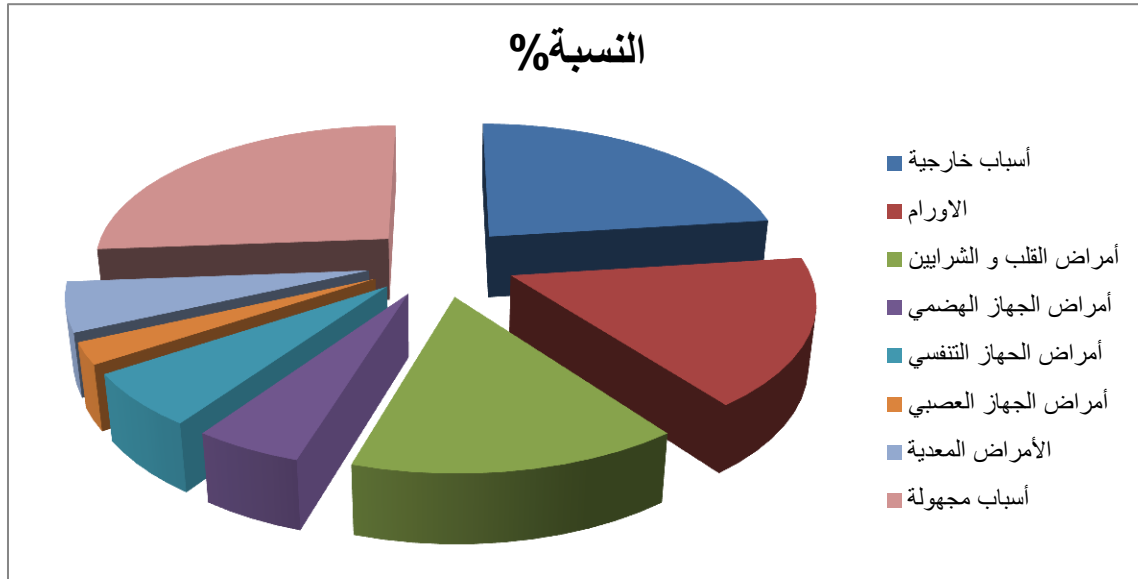
✓ أسباب الوفيات لفئة 25-44 سنة: تمثل هذه الاخيرة الفئة النشيطة في المجتمع (في سن

العمل)

تمثل الأورام أكثر الأمراض سببا للوفيات تليها أمراض القلب و الشرايين ثم أمراض الجهاز التنفسي بنفس النسبة مع الأمراض المعدية وهذه أهم ملاحظة يمكننا التوقف عندها لأن الأمراض المعدية لم تعد منتشرة عند الفئات الأخرى و لعل أهم مرض يمكن ذكره مرض السيدا الذي ينتشر بنسبة أكبر عند الشباب و لذا وجدنا من أهم مسببات الوفاة عند هذه الفئة الأمراض المعدية. تبقى أسباب الوفيات الأخرى عند هذه الفئة إما أسباب خارجية عن الأمراض و إما لأسباب مجهولة.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

المنحنى رقم 41: توزيع الوفيات حسب الأسباب المرضية لفئة (25-44 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %.



المصدر: Déclarations Des Causes Médicales De Décès INSP 2015

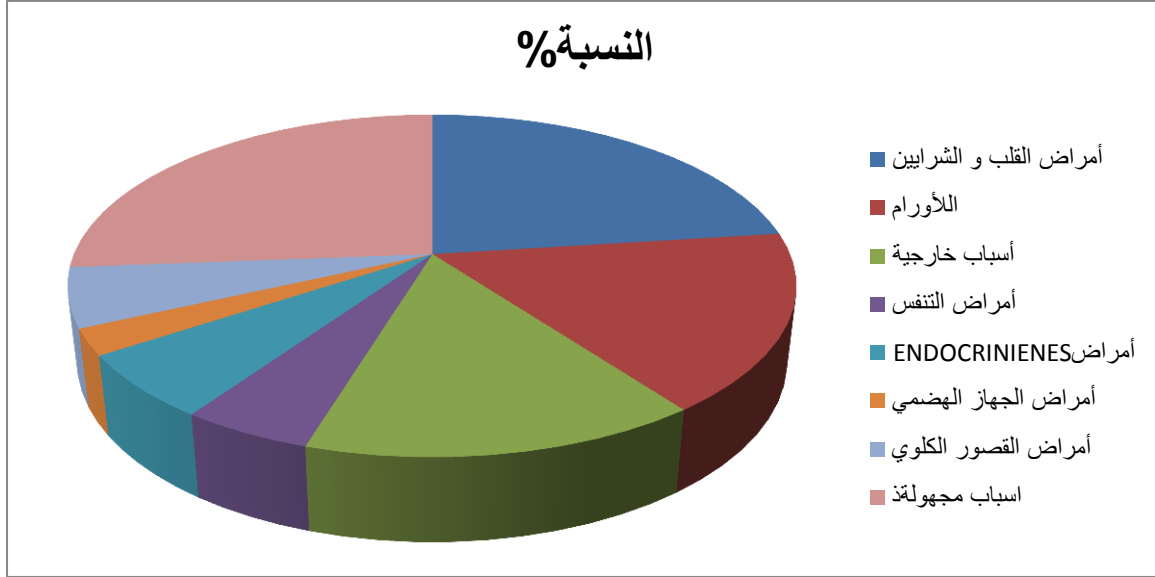
✓ أسباب الوفيات لفئة 45-65 سنة.

الواضح لدى هذه الفئة أن أمراض القلب و الشرايين أخذت حصة الأسد من حيث نسبة المسببات للوفيات إذ بلغت 25% من إجمالي مسببات الوفيات عند هذه الفئة، لتأتي بعدها الأورام ب 20% تليها أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الجهاز الهضمي و الملاحظ عند هذه الفئة غياب الأمراض المعدية كما تمثل الأسباب الخارجية عن الأمراض نسبة ضئيلة مقارنة بالفئات الأخرى و هذا دليل على أن أغلبية الوفيات عند هذه الفئة ناجمة عن الأمراض و بنسبة كبيرة بسبب أمراض القلب و الشرايين أو الأمراض المزمنة عموماً. ما يمكن إستخلاصه من هذا العرض أن أمراض القلب و الشرايين إحتلت الصدارة كسبب مرضي للوفيات لسنة 2013 خاصة لدى فئة (25-44) و (45-60) سنة معنى هذا أنه

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

كلما تقدم السن إزدادت الإصابة بأمراض القلب و الشرايين كما نجد أيضا الأورام بنسب كبيرة مع حضور بعض الأمراض المعدية خاصة لدى فئة الشباب .

المنحنى رقم 42: توزيع الوفيات حسب الأسباب المرضية لفئة (45-60 سنة) لسنة 2013 في الجزائر %.



المصدر: Déclarations Des Causes Médicales De Décés INSP 2015

4- السياسة الصحية لمكافحة الوفيات في الجزائر:

عرف قطاع الصحة الجزائري إصلاحات هامة وذلك بوضع برامج مناسبة كالسياسة السكانية وبرامج الصحة الإنجابية والخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الإجتماعي، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة والسكان حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأم والطفل وتخفيض نسبة وفيات الأمهات والأطفال والتكفل بالأشخاص المسنين الذين يستفيدون من الخدمات المجانية بما فيها الدواء، وهذا بوجود موظفي الصحة من الجنسين وبرامج حماية الأمومة والطفولة واعتماد سياسة الصحة الجوارية وتكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية، بتدعيم الخدمات في هذا المجال، إضافة إلى تخصيص نسبة 8.34 % من ميزانية الدولة لسنة 2009 للصحة، كما تم رصد ميزانية إضافية لفائدة عيادات التوليد.

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

كل هذه التطورات في الخدمات الصحية خلال السنوات الأخيرة خاصة في مجال تحسين وضع الأمومة والطفولة، نلخصه فيما يلي:

صحة الام في مجال مراقبة الحمل وتحسين الولادة : فعملية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة، وقانون الوقاية من وفيات الامهات وصلت إلى أكثر من 89.4 % سنة 2006¹ أما نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي العمومي فقدرت ب 96.5 % سنة 2006 .

❖ **تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة :** كانت تقدر سنة .

1996 ب 174 لكل 100.000 ولادة حية وتقلصت لتصل

سنة 2008 إلى 86.9 لكل 100.000 ولادة حية، خاصة بعدما عرفت سنة 2000 بداية تطبيق

برنامج خاص " بالولادة بدون مخاطر " على المستوى الوطني، إضافة إستخراج شهادة طبية قبل

الزواج لتحديد المخاطر الممكنة أن تكون من اضطرابات وراثية تسبب المرض وبطبيعة الحال

إنتقالها إلى المولود.

التكفل بالمرأة الحامل سواء خلال الحمل أو الولادة وما بعدها والمواليد الجدد : شرعت وزارة

الصحة في أبريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب

المواليد حديثي الولادة وهذا على مدار ثلاث سنوات أي من 2006 إلى 2009 وهذا التقليل نسبة وفيات

الأمهات والمواليد بنسبة 05 % السنة الأولى ليصل إلى 30 % سنة 2008، بغلاف مالي

يقدر ب 2.07 مليار دينار طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 05-439 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق

بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب لمواليد حديثي الولادة وممارسة ذلك.

تخفيض وفيات الرضع: كانت تقدر ب 141.5 ‰ في عام 1970 وتقلصت لتصل

إلى 25.5 ‰ في عام 2008 حيث لوحظ في السنوات الأخيرة إنخفاضات.

¹ -Rapport national sur le développement humain-Algerie 2005 p20-24

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

تدعيم الهياكل القاعدية : إلى جانب المراكز والعيادات الموجودة والمنتشرة عبر كافة أرجاء الوطن تم إنشاء وحدات للعلاج المكثف للحوامل على مستوى كل ولاية وإعادة تأهيل قاعات الولادة بالإضافة إلى إنشاء وحدات خاصة بالمواليد حديثي الولادة مع تكوين ورسكلة الإطارات الطبية وشبه الطبية.

مكافحة السرطان : خاصة سرطان عنق الرحم، وفي هذا الإطار يوجد 5 . مركزا عبر ولايات الوطن مختصة في مسح خلايا عنق الرحم تتوفر على وسائل تكنولوجية خاصة بالكشف المبكر عن الأمراض المتسببة في هذا النوع من السرطان.

مكافحة الاجهاض غير المأمون ومرض نقص المناعة البشرية/الإيدز : تقدر نسبة المصابين الجدد بفيروس 100000 ساكن سنة 2007 وقد انتقل عدد المصابين من 479 سنة 2000 إلى 837 نهاية 2007 إضافة إلى 2910 حالة لحاملي الفيروس ، 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 وتنفيذ برنامج متوسط المدى مع منظمة الصحة العالمية. وسعي إلى تحسين الخدمات المقدمة، يستفيد مستخدمي الصحة من التكوين المتواصل سواء داخل الوطن أو خارجه من خلال ملتقيات وأيام دراسية مختصة ودورات تدريبية حيث تم على سبيل المثال، إدخال مادة لفائدة الأطباء والقابلات العاملين في مراكز التخطيط العائلي، تتضمن الأخذ بعين الاعتبار النوع الاجتماعي في برامج الصحة.

إن لهذه السياسات تحسينات على المستوى المحقق في أمل الحياة الناتجة عن تطورات عدة في عوامل التنمية التي ساهمت في تحسين الظروف الاجتماعية عموما وذلك للإستثمار الكبير من حيث الصحة وقد جاءت هذه التطورات المحتملة بفضل تعزيز السياسات المطبقة في الصحة والمتعلقة بتمديد التغطية الصحية للسكان وتوفير الرعاية، وزيادة أعداد كبيرة من المختصين في

الفصل الخامس تطور الوفيات في ظل التطورات الصحية

الصحة على جميع المستويات والخدم من معظم الأمراض وبذلك تخفيض كل من وفيات الأمهات والرضع.

خاتمة الفصل:

يتضح مما سبق ذكره أن معدل الوفيات في الجزائر أقل تذبذبا و أكثر وضوحا في الإتجاه من معدل المواليد فقد عرف إرتفاعا خلال سنوات الإستعمار و هو شئى طبيعى لمجتمع يعيش إبادة المستعمر من جهة و تدني مستوى المعيشة من جهة اخرى، أما بعد الإستقلال فقد بدأ الإنخفاض التدريجي لمعدلات الوفيات و يعود ذلك بالدرجة الأولى إلى إهتمام الدولة بالرعاية الصحية للمواطنين كأهم الأولويات التنموية .

نتائج الدراسة

أهم ما تمكنا التوصل إليه من خلال هذه الدراسة:

-بتتبع مراحل تطور المواليد و الوفيات في الجزائر، تبين أن البلاد قد شهدت نموا قياسيا في العقد الأول للإستقلال، حيث إرتفع معدل النمو الطبيعي إلى قيمة تجاوزت 3% و قد تبين من خلال الدراسة أن هذا النمو القياسي تزامن مع تراجع معظم الأوبئة المعدية و السارية و التي كانت سببا رئيسيا للوفيات في زمن غير بعيد، أما سنوات الثمانينات فقد عرفت إنخفاضا محسوسا لكل من الولادات و الوفيات نتيجة البرامج الصحية المتحكمة في الخصوبة من جهة و الساعية إلى تخفيض الوفيات من جهة أخرى. في حين إتسمت السنوات الأخيرة بإنخفاض النمو الطبيعي بوتيرة مستقرة.

- بتتبع حركة الوفيات و رجوعا إلى أهم التحقيقات و المسوحات الوطنية الخاصة بالصحة، فحسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض المسببة للوفيات فإن أمراض القلب و الأوعية الدموية تمثل أهم مسبب للوفيات في السنوات الأخيرة بعد أن كانت الأمراض المعدية في الماضي هي السبب في ذلك، فقد أصبحت اليوم نادرة الوجود في الساحة الوبائية، إلا بعض الحالات القليلة.

تعتبر نظرية الإنتقالية الديمغرافية من أهم النظريات التي تقوم عليها الدراسات السكانية الحديثة ، إذ تمثل الإطار العام الذي يستخدمه الباحثون لشرح كافة التحولات السكانية وقد أقيمت لتحليل التغيرات في حركة كل من المواليد و الوفيات في أوروبا . وعممت لتطبق على جميع الدول ، وتمثل في جوهرها التحول في النمو السكاني الناجم عن المراحل التي تمر بها المواليد و الوفيات من مستويات مرتفعة إلى مستويات منخفضة خاصة الوفيات . نتيجة لتحسن المستوى المعيشي و التطور الطبي و هو ما تبعه تلقائيا إنخفاض مماثل لمعدلات المواليد، كما ان لعاملي التحضر والحدثة دور كبير في الخفض من معدلات الوفيات حسب ما جاءت به النظرية .

وعند تتبع هذه المراحل وجد ارتباط وثيق بين الزيادة و النقصان في معدلات الوفيات و المواليد بتغير نمط أو نوع الإصابة بالأمراض ومحاولة منه لتفسير هذه العلاقة وضع عمران سنة 1973 نظريته المشهورة المسماة الإنتقالية الوبائية ،محاولا من خلالها وصف و تحديد أهم العوامل و النتائج المترتبة عن التغير في نمط الإصابة بالأمراض و علاقتها بدينامية كل من المواليد و الوفيات في إنتقالها من مراحلها الثلاث تبعا لنوع الأمراض و الأوبئة المتفشية في فترة زمنية معينة .

ليضيف مؤخرا كل من أولشانسكي و أولت مرحلة رابعة لتعمم الإنتقالية الوبائية إلى الإنتقالية الصحية إستجابة للنقاش الدائر بين المهتمين بالرعاية الصحية،حول حالة سنوات الحياة المضافة لكبار السن نتيجة لإرتفاع إحتمال بقائهم على قيد الحياة ،و الجدل الدائر حول صحتهم مستقبلا فقد ذهب فريق منهم بالقول بأن إنخفاض الوفيات و تحسن الأساليب الطبية سوف يؤدي إلى إنحسار الوفاة و الإصابة بالأمراض خاصة المزمنة ،بينما ذهب فريق آخر للرأي القائل بأن إنخفاض الوفيات سيؤدي إلى زيادة إحتمال البقاء على قيد الحياة بمعنى أن الافراد اللذين سوف يعانون من الأمراض في فترات طويلة قبل الوفاة .و من هنا يتجلى الأثر الكبير للإنتقالية الديمغرافية على الصحية

بمعنى أن التحول السكاني بدوره يلعب دورا في تغيير نمط الأمراض المنتشرة. ومنه يمكن القول بأن التفاعل بين الإنتقالية الديمغرافية و الصحية متبادل فكلاهما يؤدي إلى الثاني.

و بإسقاط هتين النظريتين على حالة الجزائر فإنها قد عرفت إنتقالية صحية بتغيير نموذج الأمراض و أسباب الوفيات :بالإختفاء النسبي لبعض الأمراض المعدية و الإختفاء النهائي لبعضها الآخر من الساحة الوبائية ،نتيجة للطب المجاني و حملات التلقيح،إلا أن هذا التراجع عقبه نوع جديد من الأمراض المتزامنة مع التحضر ،و التغيير في نمط العيش يطلق على هذه الأخيرة الأمراض المزمنة و المستعصية نظرا لإصابة صاحبها طوال حياته و نظرا لتفاقم أو إستفحال شفاؤها وفي مقدمتها أمراض القلب و الشرايين .

أما عن أسباب الوفيات في بلدنا فقد كشفت التحقيقات التي أجريت حول الصحة مؤخرا عموما أن معظم الوفيات ناجمة عن الأمراض المزمنة و الحوادث و بنسبة ضعيفة للأمراض المعدية، كما كشفت على أن التحسن في الميدان الصحي في الجزائر أثر بدرجة كبيرة في أمل الحياة الذي إرتفع إلى قيمة 76 سنة مؤخرا متقاربا مع أمل الحياة للدول المتقدمة .

من خلال ما سبق ذكره يمكننا القول بأن تراجع الوفيات و الولادات إضافة لإرتفاع أمل الحياة نتائج حتمية للتطور في المجال الصحي الذي ساهم خاصة في التقليل من وفيات الرضع و الأطفال مما أدى إلى إرتفاع نسبة البالغين و المسنين و بالتالي فإن الإتجاهات السكانية للمجتمع الجزائري توحى بأن ظاهرة تشيخ السكان ستكون نتيجة حتمية للإنتقالية الديمغرافية و الصحية في الجزائر في السنوات القليلة المقبلة.

و كخلاصة لما سبق يمكننا القول أن الإنتقالية الديمغرافية في الجزائر منذ الإستقلال تميزت بتراجع مؤشرات الخصوبة و الوفيات مما أدى إلى إرتفاع معدل أمل الحياة و يعود ذلك إلى الإنتقالية الصحية التي تزامنت معها مرحلة بمرحلة.

قائمة المصادر و المراجع.

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- رشوان حسين عبد الحميد: السكان من منظور علم الاجتماع، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2000
- رشوان حسين عبد الحميد أحمد: الاسرة و المجتمع (دراسة في علم إجتماع الاسرة)، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003.
- رمزي زكي، المشكلة السكانية والخرافة المالتوسية، منشورات المجلس الشعبي الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت، سنة 1984.
- رمزي زكي، المشكلة السكانية و الخرافة المالتوسية، منشورات المجلس الشعبي الوطني للثقافة و الفنون والأدب الكويت.
- عبد الحميد الغزالي: إقتصاديات السكان، وكالة المطبوعات الكويت 1973.
- عبد الحميد لطفي و حسن الساعاتي: دراسات في علم الاجتماع السكاني - دار المعارف مصر 1981.
- عبد العاطي السيد: علم إجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية 1992
- عبد الكريم اليافي، علم السكان، مطبعة دمشق سوريا 1985.
- علي عبد الرازق جليبي: علم إجتماع السكان دارالمعرفة الجامعية. لإسكندرية 1986.
- عمران عبد الرحيم، سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، 1988.

-غلاب محمد السيد و صبحي محمد: السكان ديمغرافيا و جغرافيا، ط2، المطبعة الفنية الحديثة، القاهرة، 1967.

-فتحي أحمد أبو عيانة، جغرافية السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ط1، 1983.

-قوواوسي علي: السياسة السكانية في الجزائر نشأتها و تطورها (1962-1994) الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (إقليم العالم العربي)، لندن 1994

-محمد خزريك، مشكلة السكان في مصر، الدار القومية للطباعة والنشر، عدد 327، بدون تاريخ

-محمد علي الفراء، مشكلة إنتاج الغذاء في الوطن العربي، عالم المعرفة الكويت، العدد 15. 1979-

-مربي السعيد، التغيرات السكانية في الجزائر (1936-1966)، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر 1984.

الرسائل الجامعية:

أحمد زيدان: الإنتقال الديمغرافي و الأفاق الديمغرافية في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة البليدة 2001-2002

بعيط فاتح: الإنتقال الديمغرافي و الوبائي في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا جامعة باتنة 2008-2009

-دريد فاطمة، النمو الديمغرافي و سياسة تنظيم النسل في الجزائر، مذكرة مكملة لتيل شهادة الماجستير في علم إجتماع التنمية جامعة قسنطينة 1994 - 195

دريد فاطمة: النمو الديمغرافي و أثره على التنمية الإقتصادية و الإجتماعية، أطروحة دكتوراة في علم إجتماع التنمية جامعة قسنطينة 2006-2007

-قوواوسي صليحة : دور الأسرة الحديثة في تربية الابناء بالمجتمع الجزائري، رسالة مكلة لنيل شهادة الماجستير ،قسم علم الإجتماع باتنة .2008-2007.

المراجع باللغة الفرنسية:

Revue et Périodiques :

-Bouisri,A ,(1998),La transition démographique En Algérie réflexion sur l avenir-In les transitions démographiques des pays du sud, Editions ESTEM Paris.

-Chehab T ,A,(1999).Niveau ,Tendences et Déterminants de la fécondité en Algérie de 1970-1992 CENEAP Algérie p111.

-Djillali Sari,(2006),La Transition de santé en Algérie .

Documents :

-Kouaoussi Ali , ,(1992) :Tendances et facteurs de la natalité Algérienne 1970-1986.population 47(2).

-Kouaoussi Ali ,(1992) Fammilles ,Femmes et contraception :sociologies de la fammille Algérienne CENEAP ,Alger.

-Kouaoussi Ali ,(1998) :Politique de population ,pression Malthusienne ou diffusion culturelle ?Quel model de transition pour le Maghreb ?In les transitions démographiques des pays du sud,edition STEM Paris.

-Ministère de la Santé,de Population et de La Réforme
Hospitallière :Enquête algérienne sur la santé de la famille 2005.

-Ministère de la Santé,de Population et de La Réforme Hospitalière :
Enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF),1992.

-Ministère de la Santé,de Population et de La Réforme Hospitalière :
Enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF),2002.

-Ministère de la Santé,de Population et de La Réforme Hospitalière :

/Office Natonal des Statistiques,suivi de situation des enfants et des
femmes MICS 2006.

-Office Natonal des Statistiques :1998....2016.

الملاحق:

الملحق 01:

4- Evolution des mouvements démographiques naturels

Années	Natalité ‰	Mortalité ‰	Acc. Nat. %	Mort. Infan. ‰
1970	50,12	16,45	3,37	
1975	46,05	15,07	3,14	1978 : 112
1980	43,86	11,77	3,21	86,5
1985	39,50	8,40	3,11	78,3
1990	30,94	6,03	2,10	57,8
1995	25,33	6,43	1,89	55,4
2000	19,76	4,59	1,4	36,9
2005	22,07	4,30	1,69	39,4
2006	22,07	4,3	1,7	26,4

Source : ONS

الملحق 02:

Le calendrier vaccinal

Âge de Vaccination	Vaccin	(suite) Âge de Vaccination	(suite) Vaccin
A la naissance	BCG + POLIO	06 mois	Supplément de vitamine D2
01 mois	ANTI-HÉPATITE B + Vitamine D1	09 mois	ANTIROUGEOLEUX
03 mois	DTCoq + POLIO ORAL	18 mois	DTCoq + POLIO ORAL
04 mois	DTCoq + POLIO ORAL	06 ans	DT Enfant + POLIO ORAL + ANTIROUGEOLEUX
05 mois	DTCoq + POLIO ORAL + ANTI-HÉPATITE B	11 – 13 ans	DT Adulte + POLIO ORAL
		16 – 18 ans	DT Adulte + POLIO ORAL
		Tous les 10 ans après 18 ans	DT Adulte

Vaccination

En Algérie le programme élargi de vaccination est le suivant :

Age à la vaccination	Vaccin
Naissance	BCG + POLIO + HBV1
01 mois	HBV2
03 mois	POLIO ORAL1 + DTCCOQ1
04 mois	POLIO ORAL2 + DTCCOQ2
05 mois	DTCCOQ3 + POLIO ORAL3 + HBV3
09 mois	ROUGEOLE ROR
18 mois	RAPPEL
01 mois	VITAMINE D1
06 mois	VITAMINE D2

3- Naissance et taux de natalité (= 1000)

Moy. annuelle	Nais. enregistrée	Naissance estimée	Nat. estimée
1901 - 1905	183,5	165,2	27,8 ‰
1906 - 1910	125,2	167	35,2 ‰
1911 - 1915	125,7	175,6	35,3 ‰
1921 - 1925	122,3	195,2	37,2 ‰
1926 - 1930	157,2	235	42,3 ‰
1931 - 1935	195,7	261	43,4 ‰
1936 - 1940	224,7	277,2	42,1 ‰
1946 - 1950	307,9	299	42,9 ‰
1951 - 1955	349,9	389,2	47,4 ‰

Source : Synthèse établie par D. Maison (1973 : 1094) à partir de J. N. Biraben (1969)

2 - Mortalité générale et infantile

année	Mortalité générale	Mortalité infantile
1947	24,5	186
1948	19,5	173
1949	14,9	196
1950	15	191
1951	14,3	182
1952	13,3	163
1953	13,4	175
1954	13,1	155

Source : D. Maison (1955)

تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD:

4- أسباب الوفيات الغير محددة و المجهولة	3- الصدمات:	2- الأمراض الغير المعدية:	1- الأمراض المعدية، أمراض مرحلة الأمومة، البيرينتال و التغذية:
	<ul style="list-style-type: none"> - الغير عمديه. - العمديه. - صدمات/ حوادث محددة. - جروح ناجمة عن الصدمات. - صدمات أخرى. 	<ul style="list-style-type: none"> - الأورام الخبيثة. - النيوبلازم. - الداء السكري. - اضطرابات التغذية و الغدد. - الأمراض العقلية و العصبية. - أمراض الأجهزة الحسية. - أمراض القلب و الأوعية الدموية. - أمراض المسالك التنفسية. - أمراض الجهاز الهضمي. - أمراض الجهاز البولي و التناسلي. - أمراض الجلد. - أمراض العظام و العضلات. - النقائص الخلفية. - أمراض الفم. - أمراض أخرى غير معدية 	<ul style="list-style-type: none"> - الأمراض المعدية و الطفيلية. - تعفن المسالك التنفسية. - أمراض مرحلة الأمومة. - أمراض مرحلة البيرينتال. - نقص التغذية. - أمراض أخرى معدية.

تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD:

4- أسباب الوفيات الغير محددة و المجهولة	3- الصدمات:	2- الأمراض الغير المعدية:	1- الأمراض المعدية، أمراض مرحلة الأمومة، البيرينثال و التغذية:
	<ul style="list-style-type: none"> - الغير عمديه. - العمديه. - صدمات/ حوادث محددة. - جروح ناجمة عن الصدمات. - صدمات أخرى. 	<ul style="list-style-type: none"> - الأورام الخبيثة. - النيوبلازم. - الداء السكري. - اضطرابات التغذية و الغدد. - الأمراض العقلية و العصبية. - أمراض الأجهزة الحسية. - أمراض القلب و الأوعية الدموية. - أمراض المسالك التنفسية. - أمراض الجهاز الهضمي. - أمراض الجهاز البولي و التناسلي. - أمراض الجلد. - أمراض العظام و العضلات. - النقائص الخلفية. - أمراض الفم. - أمراض أخرى غير معدية 	<ul style="list-style-type: none"> - الأمراض المعدية و الطفيلية. - تعفن المسالك التنفسية. - أمراض مرحلة الأمومة. - أمراض مرحلة البيرينثال. - نقص التغذية. - أمراض أخرى معدية.

الملخص

شهدت الجزائر بعد الإستقلال نموا سكانيًا متسارعًا نتيجة الإنجازات المحققة في جميع الميادين، بما في ذلك القطاع الصحي الذي عرف بدوره انتعاشًا كبيرًا نتيجة الجهود المبذولة من طرف الدولة بهدف التنمية الصحية. وقد أدى ذلك إلى اختفاء أنواع كثيرة من الأوبئة التي كانت تشكل عبئًا على السلطات الصحية العمومية نظرًا للعدد الهائل من الوفيات المرتبطة بها، ويقصد بهذه الأنماط الوبائية الأمراض المعدية والمتنقلة. إلا أن اختفاء هذه الأمراض صاحبه ظهور نوع آخر من الأمراض التي مست فئة واسعة من أفراد المجتمع، يطلق عليها أمراض التقدم في السن، أو الأمراض المزمنة. ويسمى هذا التحول الانتقالية الوبائية أو الصحية التي عادة ما يصاحبها زيادة في كل من الولادات والوفيات. الكلمات الدالة: نمو السكان، الانتقالية الديمغرافية، الانتقالية الوبائية، الانتقالية الصحية.

Abstract

Algeria has witnessed in the few decades after its independence a fast demographic growth. This was due to achievements in all fields of life including the health sector. The efforts for health development made by the State led to the disappearance of many species of epidemics that represented a burden on public health authorities due to increase of deaths ratio associated with epidemics. What is intended here are infectious and transmitted diseases, however, the disappearance of these diseases are accompanied by the emergence of other types of health hazards affecting large communities such as aging diseases and chronic diseases. This shift is called epidemiological transition or health transition, usually accompanied by increases of birth and death ratios.

Key words:

Demographic growth, demographic transition, epidemic transition, health transition.

L'Algérie a connu durant les premières décennies de son indépendance une croissance démographique rapide. Cela était dû au développement dans tous les domaines de la vie, y compris le secteur de la santé. Les efforts déployés par l'État pour améliorer la santé a conduit à la disparition de nombreuses espèces d'épidémies qui représentaient un fardeau pour les autorités publiques due à l'augmentation du taux des décès associés aux épidémies. La référence est faite ici aux modèles épidémiologiques représentés par les maladies infectieuses et transmissibles. Cependant, la disparition de ces maladies c'est accompagnés par l'émergence d'autres maladies qui touchent une large catégorie de la communauté; qui sont les maladies de vieillissement, ou maladies chroniques. Ce changement est appelé la transition épidémiologique, ou la transition sanitaire qui est généralement accompagné par une augmentation des taux de natalité et de mortalité.

Mots Clés:

Croissance démographique, transition démographique, transition épidémiologique, transition sanitaire.