التحول الصحي في الجزائر،الأسباب والتداعيات

أ/ بعيط فاتح

قسم العلوم الاجتماعية

جامعة باتنة

الملخص:

على الرغم من ضعف نظام المعلومات الصحي والديمغرافي في الجزائر إلا أن معطيات التحقيقات والشهادات الطبية للوفاة كشفت بأن البلاد تعيش تحولا صحيا مزدوج التكلفة: تراجع في معدلات انتشار بعض الأمراض السارية مقابل ارتفاع في الأمراض المزمنة والمستعصية كالضغط الشرياني والسكري والسرطانات.

هذا التحول الصحي ساهم في إطالة أمل الحياة عند الولادة الذي تعدى 75 سنة وغير من نموذج الوفيات، فحسب تصنيف العبء العالمي للأمراض فإن الأمراض غير السارية ساهمت بأكثر من 40% من الوفيات نظير 20% لتلك السارية سنة 2002.

أما التصنيف العالمي العاشر للوفيات فقد أوضح بأن 20% من السكان الجزائريين يموتون بأمراض جهاز الدورة الدموية و8% نتيجة السرطانات سنة 2008.

الكلمات المفتاح: التحول، الصحة، الأمراض غير السارية، الجزائر.

ABSTRACT

In spite of the weakness of health and demographic information system in Algeria, surveys' results and medical certificates of death revealed that the country lives a health transition with double burden : decline of some diseases and appearance of chronic diseases (hypertension arterial, diabetes and cancers)

This health transition contributed to the prolongation of life expect ancy at birth that is over 75 years and improves the death model.

According to GBD classification, non communicable diseases contributed more 40% deaths than 20% for communicable diseases in 2002.

The CIM 10 classification witnessed that 20% Algerian population die because of circulatory system diseases an 8% due to cancers in 2008.

Key words : transition, health, non communicable diseases, Algeria.

مقدمة:

عديدة هي الأفكار التي أراد من خلالها الديمغرافيون تفسير مسار التحول الديمغرافي بمركبتيه الخصوبة والوفيات، هاتين الأخيرتين التي وجدت كل واحدة منها أسبابها في التحولات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

هذه التطورات ساهمت في تغيير الوضعية الوبائية للسكان بتراجع الأمراض المعدية وإطالة أمل الحياة عند الولادة، وزحزحة الوفيات إلى الأعمار المتقدمة. ومن هذه الزاوية كانت الأسبقية في التنظير لعبدل عمران 2 سنة 1971 الذي حاول تفسير التغير السكاني في مقاربة وبائية وكانت نظريته مبنية على أن التحول الوبائي يرافق التحول الديمغرافي مرحلة بمرحلة. فأثناء تراجع الوفيات والخصوبة هناك تغير في نموذج الأمراض وفي أسباب الوفيات، والكل في إطار مسار تنمية المجتمع. وقد قسم هذا التحول إلى ثلاثة مراحل:

ـ الأولى هي مرحلة الطاعون والمجاعات « Age of pestilence and famine »أين تموقعت خلاله معدلات الوفيات في مستويات عالية جدا ردا على الأوبئة، مما حال دون النمو السكاني المتواصل، وشكلت أثناءه أمراض الرئة والإسهال والجذري وداء السل الأسباب الرئيسية للوفاة والتي مست خاصة فئة الأطفال والنساء. أما أمل الحياة عند الولادة فقد كان متذبذبا ومنخفضا ما بين 20 و40 سنة.

ـ الثانية هي مرحلة انحسار الأوبئة « Age of receding pandemics » والتي عرفت الاختفاء في تذبذب الوفيات نتيجة التحسن في المعيشة والمرافق الصحية، وتعجيل معدل الانخفاض كلما قلت أو اختفت ذروة الأوبئة، كما ازداد

[2] Omran Abdel R., 1971. « The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

أمل الحياة عند الولادة من 30 إلى 50 سنة وبدأ النمو السكاني في التغيّر آخذا شكل منحنى أسّي.

ـ الثالثة هي مرحلة الأمراض التنكيسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان « Age of degenerative and man-made diseases»، أثناءها تستمر الوفيات في التراجع لتستقر في نهاية المطاف في مستوى ضعيف. كما تعتبر الأمراض التنكيسية كالسرطانات والأمراض المزمنة كأمراض القلب والحوادث الشريانية الدماغية الأسباب الرئيسية للوفاة خاصة لذوي الأعمار المتقدمة، أما أمل الحياة عند الولادة فقد تعدى 50 سنة كما أصبحت الخصوبة العامل الحاسم في النمو السكاني.

– في سنة 1986 تم اقتراح المرحلة الرابعة من نموذج التحول الوبائي من طرف أولشانسكي وأولت3 بعد دراستهما لجداول الحياة واستخلاصهما للارتفاع غير المتقطع في أمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافا لما أتى به عمران وهو ما أطلقا عليه بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكيسية « Age of delayed degenerative diseases » .

– في سنة 2000 قام جاك فلان وفرنس مسلي4 بدراسة تغيرات أسباب وأعمار الوفيات في فرنسا ابتداء من سنة 1925 وذلك بتقدير دور التغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة. وأقرا بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة والتي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية وارتفاع الأمراض المزمنة ونهاية

[3] Olshansky J and Ault B, (1986). « The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases», *The Milbank Quarterly*, vol.64, n° 3, pp. 355-391.

[4]Meslé, F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, pp. 1161-1171.

هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب والأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في رفع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية، وهو ما أطلق عليه الباحثون بثورة القلب والأوعية الدموية « The cardiovascular revolution ».

– في سنة 2001 اقترح جون ماري روبين5 إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل التحول الوبائي من خلال دراسته لتطور تشتت أمل الحياة في فرنسا. وقد أقر بوجود ثلاث مراحل:

ـ الأولى وهي مرحلة الطاعون والأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و19م.

ـ الثانية وهي مرحلة تراجع الأوبئة، أين شهدت أثناءها وفيات الأطفال والأمهات الانخفاض وأدت إلى تقلص شديد في تشتت أمل الحياة. هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي اتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية وأمريكا الشمالية واليابان.

ـ أما الثالثة فقد دمج فيها روبين مرحلة الأمراض التنكيسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان لعمران مع عمر انحصار الأمراض التنكيسية لاولشانسكي وأولت ومرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية لفلان ومسلي لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة غزو مدى الحياة « the dispersion of life spans » نظرا لصعوبة التمفصل وتاريخ المرور بين المراحل التي شملها الدمج .

ـ في عام 2004 عاد كل من جاك فلان وفرنس مسلي بطرح تنظير جديد في هذا المسار من خلال دراسة تقارب وتباعد الوفيات في مقاربة حديثة للتحول الصحي6، وأشار بأن هذا النموذج يتكون من تتابع ثلاثة مراحل:

[5] Robine, J-M. (2001). « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie». *Population* 56(1-2), pp 199-222.

ـ الأولى والتي تشمل كل مراحل التحول الوبائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساسا إلى انخفاض الأمراض المعدية وارتفاع في مثيلتها المزمنة.
ـ الثانية وهي مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية حيث تحدث أين يرتفع أمل الحياة نتيجة تراجع لأمراض القلب والأوعية الدموية.
ـ وأخيرا مرحلة بطئ الشيخوخة.

وبين طرح فكرة النظرية عند البعض والنموذج عند البعض الآخر يبقى التحول الصحي من أهم المسارات التي عاشتها جل البلدان المتقدمة وبعض السائرة في طريق النمو، ولكن في صور مختلفة وبصفة عامة هناك اتجاه عالمي لمرور كل الدول والمجتمعات بهذه التحولات الصحية التي تلازم التحول الديمغرافي والغذائي مرحلة بمرحلة.

ـ المعطيات والطرق:

أجرت الجزائر العديد من التحقيقات الصحية والديمغرافية بوتيرة سريعة ابتداء من سنة 1990، لكن معطيات هذه التحقيقات لم تستغل جيدا إلا في معرفة صحة الأم والأطفال، ولم تسع للبحث في أسباب التغيرات الصحية التي مرت بها البلاد، ولعل أهمها التحول الصحي الذي بدأت ملامحه في الظهور مطلع سنوات التسعينات. ولذلك فإن هذه الورقة تسعى إلى تحليل أسباب وتداعيات النموذج الجزائري وذلك بدراسة تطور أمل الحياة عند الولادة والتغير في نموذج الأمراض والوفيات المنتشرة بين السكان، بالإضافة إلى أسباب الوفيات.

---

[6] Vallin, J. and Meslé, F. (2004). « Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition» . *Demographic Research*, Special Collection 2: Determinants of Diverging Trends in Mortality, Article 2, 12-43. http://www.demographic-research.org/special/2/2.

إن المعطيات المستخدمة في هذا العمل مستقاة من منشورات الديوان الوطني للإحصاء الجزائري، وشعبة السكان لهيئة الأمم المتحدة "المراجعة الأخيرة لسنة 2012"، وإحصاءات السجل السنوي للأوبئة الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية لسنوات 1980-2007، والتحقيقين الوطنيين للصحة لسنتي 1990 و2005، والتحقيق الوطني حول الوفيات لسنة 2002، وأخيرا شهادات الوفاة الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية ما بين 2002 و2008.

ـــ النتائج:

I) الوفيات العامة:

شهدت الوفيات خلال مسار التحول الصحي في الجزائر التراجع من معدلات عليا إلى أخرى منخفضة بالإضافة إلى التغير في أسبابها والذي يمكن إرجاعه إلى خروج البلاد من مرحلة الاستعمار، والتحسُّن في المستوى المعيشي بالإضافة إلى التغطية الصحية للسكان، وقد مرت الوفيات العامة في تطورها بالمراحل التالية:

ـــ المرحلة الأولى:

وقد امتدت ما بين 1901- 1945 حيث عرفت أثناءها المعدلات الخام للوفيات مستويات مرتفعة ومتذبذبة ما بين 25.1 ‰ و 43.1 ‰، وهي إحدى خصائص الدول النامية. أما معدل النمو الطبيعي فقد كان ضعيفا ما بين 0.5 % سنوات 1901- 1905 و1.7 % بنهاية عشرية 1930، كما تجدر الإشارة فإن ارتفاع الوفيات يعود للأسباب التالية7:

Maison, D. (1973). «La population de l'Algérie». Population 28(6), p. 1079 – 1107.[7]

– وفيات الجزائريين في الحرب العالمية الأولى (1914– 1918) بعد تجنيدهم في الجيش الفرنسي.

– نتيجة الأزمة الزراعية الخطيرة سنوات 1920– 1922.

– الوفيات التي حصلت نتيجة مشاركة الجزائريين في الحرب العالمية الثانية (1939– 1945).

– المجاعة والجفاف سنة 1945 بالإضافة إلى الإبادة السكانية في أحداث 08 ماي 1945.

ـــ المرحلة الثانية:

وتمتد ما بين 1946– 1971 حيث شهدت معدلات الوفيات تراجعا ملحوظا من 23.2 ‰ إلى 16.7‰ مع بقاء نسبة المواليد عالية، مما أعطى نموا قياسيا للسكان في حدود 3.34 % سنة 1970.

ـــ المرحلة الثالثة:

وتمتد ما بين 1972– 1986 أين اختصت الوفيات بالتراجع من معدل 15.6‰ إلى 8.4 ‰ وبداية انخفاض المواليد مع بقاء معدل النمو الطبيعي فوق 3 %، وهذا راجع إلى سياسة الإصلاحات الصحية التي انتهجتها البلاد كإدخال مجانية العلاج حيز التطبيق ابتداء من 1974، والتطبيق الفعلي للسياسة السكانية8.

ـــ المرحلة الرابعة:

Kouaouci, A. (1996). Genèse et évolution de la politique de population en Algérie 8 (1962-94), IPPF, Tunisie.

وتبدأ ما بعد 1986، والتي شهدت الاستمرار في تراجع معدلات الوفيات بوتيرة بطيئة في مستوى 4-6 ‰ مع الانخفاض السريع للمواليد ولمعدل النمو الطبيعي الذي وصل إلى 1.86 % بنهاية سنة 2007.

II) وفيات الأطفال:

ـ المرحلة الأولى ما بين 1901- 1945:

تميزت هذه الفترة بالتباين في إحصائيات وفيات الأطفال بين أرقام الحالة المدنية وهيئة الأمم والمتحدة، فمعدلات الحالة المدنية[9] أشارت إلى تراجع معدلات وفيات الأطفال لمجمل سكان الجزائريين من 115 ‰ إلى 87 ‰ ما بين 1901- 1904 و 1930- 1934، أما هيئة الأمم المتحدة فقد قدرت وفيات الأطفال الأوروبيين المقيمين بالجزائر بمتوسط يفوق 110 ‰ ما بين 1920- 1944 مقابل متوسط معدل 90 ‰ لدى الأطفال الجزائريين، وبالنظر إلى الوضعية السياسية والاقتصادية التي كانت تعيشها الجزائر آنذاك كالاستعمار والمجاعة والأزمة الزراعية والجهل تبقى هذه المعدلات بعيدة جدا عن الحقيقة وغير مقدرة لأن الكثير من وفيات الأطفال الجزائريين بعد الولادة لا يتم التصريح بها أو تسجيلها في الحالة المدنية خاصة في الوسط الريفي.

	الأمم المتحدة		الحالة المدنية
	الأوروبيين TMI‰	الجزائريين TMI‰	
1901-1904	-	-	115
1905-1909	-	-	108
1910-1914	-	-	90
1920-1924	110,1	91,1	-

[9] Vallin, j. (1975). «La mortalité en Algérie ». Population 30(6), pp.1023 –1046.

90	89,7	116,5	1925-1929
87	87,4	122,4	1930-1934
-	84,5	111,7	1935-1939
-	94,0	110,7	1940-1944

جدول رقم 1/ تطور معدلات وفيات الأطفال في الجزائر ما بين 1904-1940

المصدر/ - Vallin, j. (1975). «La mortalité en Algérie », Population 30(6), p.1031.
- ONU. (1966). Demographic yearbook, International Department of Economic and Social affairs, p.280, New York, USA

ـــ المرحلة الثانية 1945- 1971:

على الرغم من اختلاف المصادر ونقص التقدير الإحصائي الجيد لوفيات الأطفال[10] فإنه يلاحظ التراجع والتذبذب في معدلاتها ابتداء من نهاية الحرب العالمية الثانية من معدل 193‰ إلى 143‰ ما بين 1945- 1954 حسب تحقيق الخصوبة (1966- 1969)، ومن معدل 96 ‰ إلى 86 ‰ لكل الجزائر خلال نفس الفترة لتشهد بعدها وفيات الأطفال الارتفاع إلى مستويات تعدت 160‰ في شتى المصادر الإحصائية نتيجة ثورة التحرير، يليها التراجع الطفيف بعد الاستقلال بمتوسط 128‰ حسب نفس التحقيق.

ـــ المرحلة الثالثة 1972- 1986:

شهدت هذه الفترة الاستمرار المتواصل في تراجع وفيات الأطفال ولكن بوتيرة بطيئة ما بين 1976- 1980 و1985 – 1989 من معدل 85‰ إلى

[10] ONU, (1966). Demographic yearbook, International Department of Economic and Social affairs, p.280, New York, USA.

65‰ هذا ما أجبر السلطات الصحية بتطبيق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات هذه الفئة (11) ابتداء من 1984 وإدخال إجبارية التلقيح ضد الحصبة مع مطلع 1985.

ـــ **المرحلة الرابعة** ما بعد 1986:

تميزت مرحلة ما بعد 1986 بإجراء العديد من التحقيقات الديمغرافية والصحية التي عكست العديد من المؤشرات منها وفيات الأطفال، فقد أظهر التحقيق الجزائري لصحة الأم والطفل عام 1992 ثم التحقيق الجزائري حول صحة العائلة عام 2002 تراجع معدلات وفيات الأطفال بحوالي 20 نقطة من مستوى 55.40 ‰ إلى 34.7 ‰ خلال نفس العشرية، وليستمر في هذا المنحى مسجلا 26.2 ‰ سنة 2007، كما عرف الفرق في احتمال وفيات الأطفال التحسن حسب الجنس والوسط. فالأول دل على أن وضعية الإناث أحسن من الذكور و أن الفرق في احتمال الوفاة قد تقلص بينهما تدريجيا بتحسن قدره 12 نقطة، أما الثاني فيشير إلى تقلص هذا الفارق بين المناطق الريفية والحضرية بمكسب يقارب 15 نقطة من 21.3 ‰ إلى 6.8 ‰ خلال نفس الفترة.

	ذكور ‰ TBM	إناث ‰ TBM	كلا الجنسين ‰ TBM
1990	60,00	55,50	57,80
1992	57,70	53,00	55,40
1994	56.80	51,51	54,21
1996	56,88	52,21	54,59

[11] MSPRH, (1996) .Enquête nationale sur les objectifs de la mi- décennie : Santé de la mère et de l'enfant MDG Algérie 1995, p.130, Algérie.

1998	38,7	36,0	37,4
2000	38,4	35,3	36,9
2002	36,1	33,3	34,7
2004	32,2	28,5	30,4
2006	28,3	25,3	26,9
2007	27,9	24,4	26,2

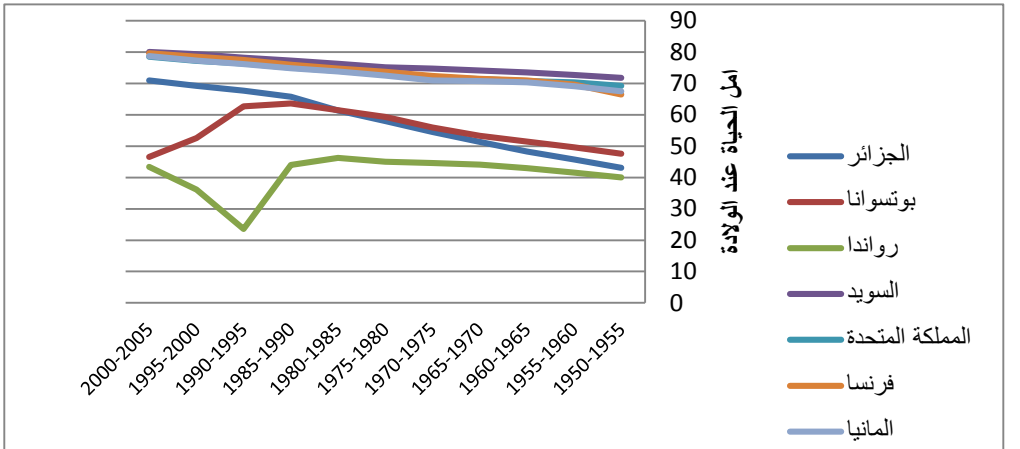
جدول رقم 2 / تطور وفيات الأطفال في الجزائر حسب الجنس مابين 1990- 2007

المصدر/ الديوان الوطني للإحصاء www.ons.dz

III) أمل الحياة عند الولادة:

قليلة هي الإحصائيات التي أعطت صورة واضحة عن أمل الحياة عند الولادة لدى الجزائريين قبل نهاية الحرب العالمية الثانية، وبالمقابل مع مطلع سنوات 1950 سجل هذا المؤشر قيمة 43.1 سنة متاخما في ذلك العديد من البلدان الجنوبية كبوتسوانا، رواندا والكاميرون و بتأخر تجاوز 30 سنة نظير أمل حياة البلدان المتقدمة كالسويد، المملكة المتحدة، ألمانيا وفرنسا.

هذا المعدل شهد مع منتصف عشرية 1980 الاستمرارية في التطور عند الجزائريين آخذا منحى التقارب مع البلدان الشمالية المتقدمة، ومقلصا بذلك الفارق إلى حوالي 5- 7 سنوات ليصل إلى مستوى 74 سنة لدى الجنسين بحلول 2006، ومتباعدا عن الدول الجنوبية التي مرت ابتداء من نفس العشرية بظروف أعاقت تطور أمل حياتها الذي لم يتخطَّ 50 سنة مع بداية القرن الجديد نتيجة الحروب والمجاعات ووباء السيدا واللازمات الاقتصادية.



منحنى رقم 1: تطور امل الحياة عند الولادة في الجزائر مابين 1950-2005

المصدر : http://esa.un.org/unpp

VI) تطور الوضعية الوبائية في الجزائر:

1 – الأمراض المعدية:

بعد التراجع الذي شهدته معظم الأمراض المعدية خلال سنوات الثمانينات بسبب الحملات الإلقاحية والاعتماد على الوقاية، عرفت الساحة الوبائية رجوع البعض منها نتيجة تقليص الموارد المالية المخصصة لمكافحتها وتدهور الظروف الأمنية والاجتماعية والاقتصادية للسكان نتيجة تداعيات العشرية السوداء (منحنى 2–5).

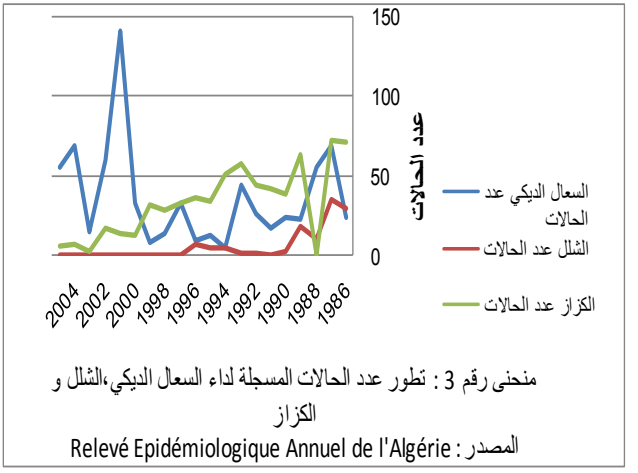
ا– أمراض البرنامج الواسع للتلقيحات:

عرفت هذه الفئة من الأمراض(12) التذبذب بين الارتفاع والتراجع. فداء السل الذي شهد الانخفاض منتصف الثمانينات بمعدل 35 حالة لكل 100000

[12] INSP (non daté). Relevé épidémiologique annuel (1990-2007) http://www.ands.dz/insp/rem.html

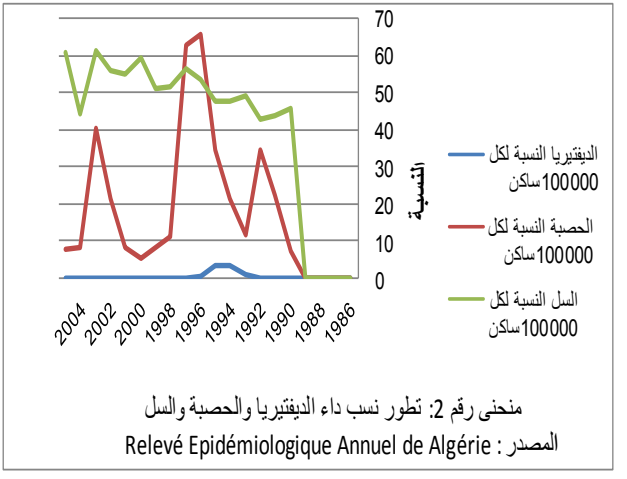
شخص عاد بقوة ليصل إلى 60.62 حالة لكل 100000 شخص في 2005، أما الديفتيريا فقد كررت الظهور منتصف سنوات التسعينات بنسب تتراوح بين 3 و4 حالات لكل 100000 شخص نتيجة حالات وبائية حادة في منطقتي الوسط وجنوب البلاد بعد أن كانت 0.09 حالة لكل 100000 سنوات 1980-1989، وموازاة مع ذلك فإن داء الحصبة لم يتراجع أيضا وبلغ معدل 62.48 حالة لكل 100000 شخص سنة 1996، هذه المعدلات العالية أجبرت السلطات الصحية على مراجعة جدول التلقيحات سنة 1996 وإدخال الجرعة الإجبارية الثانية من اللقاح ضد الحصبة للأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة ليسجل بعدها هذا الداء تراجعا إلى معدل 7.97 حالة لكل 100000 شخص سنة 2005.

وعلى العكس من كل ذلك فإن الكزاز قد انخفض إلى 0.02 حالة لكل 100000 شخص مابين 1989 و2005، وهو مؤشر على التغطية الإلقاحية الجيدة ضد هذا الداء عند الأم في سن الإنجاب زيادة على إجراء الولادات في الهياكل الصحية، أما الشلل فقد اختفى تماما من الساحة الوبائية ويعتبر تاريخ 1996 آخر سنة عرفت التصريح بوجوده في الجنوب الجزائري.



منحنى رقم 3 : تطور عدد الحالات المسجلة لداء السعال الديكي،الشلل و الكزاز

المصدر : Relevé Epidémiologique Annuel de l'Algérie



منحنى رقم 2: تطور نسب داء الديفتيريا والحصبة والسل

المصدر : Relevé Epidémiologique Annuel de Algérie

ب- الأمراض المنتقلة عن طريق المياه:

شكلت الأمراض المنتقلة عن طريق المياه[13] أهم الأسباب المؤدية للحالات المرضية ضمن الأمراض الإجبارية التصريح في الجزائر. وحدتها متعلقة مباشرة بشروط النظافة العامة والتموين بالمياه الصالحة للشرب، فمثلا حمى التيفوئيد قد انخفضت معدلاتها من 16.29 إلى 2.82 حالة لكل 100000 شخص مابين سنة 1997 و2005، وكذلك التهاب الكبد الفيروسي

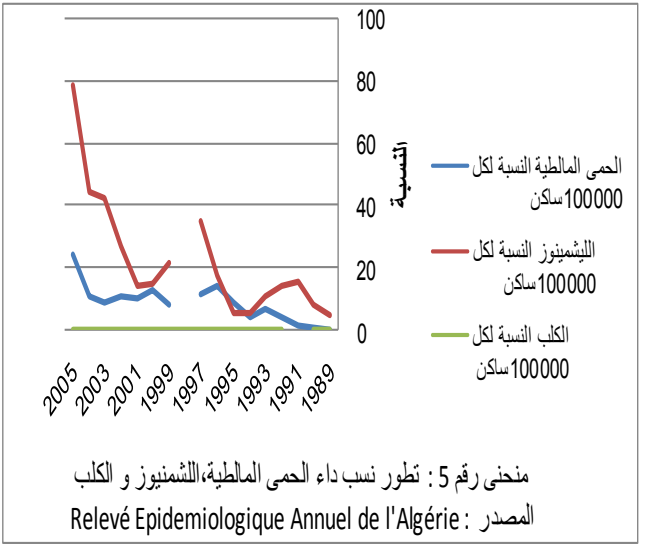
[13] INSP, (non daté). Op cité.

الذي تراجع من 15.59 إلى 6.56 حالة لكل 100000 شخص مابين 1990 و2004 نتيجة إدخال السلطات الصحية التلقيح المجاني والإجباري ضد التهاب الكبد الفيروسي "النوع ب" في 2003/01/01 خاصة للمواليد الجدد.

ج- الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوانات:

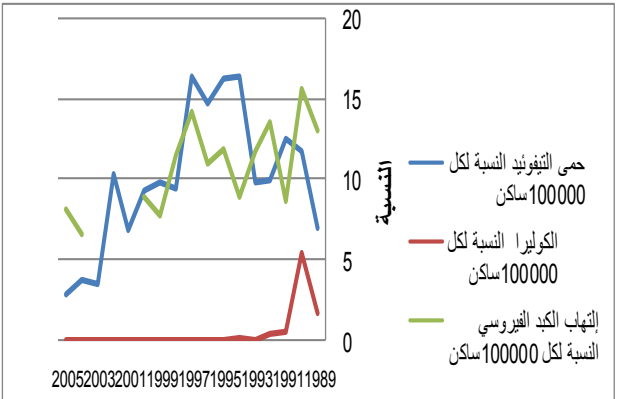
تتواجد هذه الأمراض في حالة وبائية، وتمثل ما يقارب ربع الحالات المصرح بها[14] بالرغم من بداية تطبيق البرنامج الوطني لمكافحة هذه النوعية من الأمراض سنة 1984 بهدف تقليص الحالات المرضية والوفيات، ولكن الملاحظ هو الزيادة في معدلات ظهورها. فالحمى المالطية مثلا شهدت التدرج في الارتفاع من 14.7 إلى 24.71 حالة لكل 100000 شخص مابين 1996 و2005، وداء الليشمينوز من 35.07 إلى 70.83 حالة لكل 100000 شخص مابين 1997 و2005 خاصة في الهضاب العليا تحت تأثير العمران الفوضوي.

[14] INSP, (non daté). Relevé épidémiologique annuel (1995-2006) http://www.ands.dz/insp/rem.html



منحنى رقم 5 : تطور نسب داء الحمى المالطية،اللشمنيوز و الكلب

المصدر : Relevé Epidemiologique Annuel de l'Algérie



منحنى رقم 4 : تطور نسب داء حمى التيفوئيد،الكوليرا و التهاب الكبد الفيروسي

المصدر: Relevé Epidemiologique Annuel de l'Algérie

2 الأمراض غير المعدية:

لقد أعطى التحقيقان الوطنيان للصحة لسنتي 1990 [15] و2005 [16] صورة واضحة عن نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان خاصة منها غير

[15] INSP, (2005). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.

المعدية أين لوحظ بأن النموذج الجزائري يمتاز بالارتفاع المستمر للأمراض المزمنة والتنكيسية والتراجع في مثيلتها المعدية، وهو ما يؤكد التحول الصحي الذي تمر به البلاد (شكل 1-4).

ا-الأمراض داخل العائلة

كشف التحليل المقارن لنسبة الأمراض داخل العائلة ما بين 1990 و2005 زيادة في نسب كل من أمراض القلب والأوعية الدموية من 1.2 % إلى 7.5 % وأمراض الجهاز الهضمي من 10.8% إلى 14.8% و أمراض الغدد من 0.5% إلى 2.7% والتراجع في نسبة الأمراض المعدية من 8.5% إلى 5.4% والأمراض التنفسية من 35.7% إلى 25% مع ثبوت نسبي في أمراض المفاصل والسرطان والاضطرابات العقلية.

ب- الفحوصات الطبية:

أظهرت دواعي الفحوصات الطبية لدى عينة السكان خلال الثلاثة شهور التي سبقت تحقيقي 1990 و2005 على الترتيب ارتفاعا في نسبة الإقبال على فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية من 4.3% إلى 8.9% وأمراض الغدد من 1.3% إلى 3.7% وانخفاضا في فحوصات الأمراض المعدية من 7.4% إلى 4.8%.

ج- الاستشفاء:

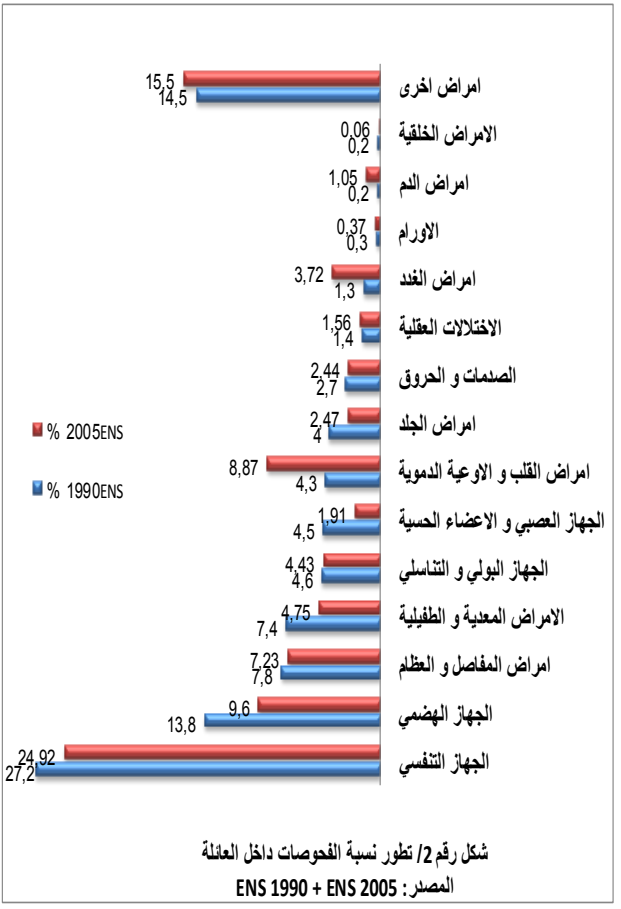
إن الدراسة المقارنة لدواعي الاستشفاء خلال العام الذي سبق تحقيقي الصحة 1990 و2005 وبغض النظر عن نسبة الولادات العادية التي عرفت التراجع من 41.5% إلى 19.34% بين التاريخين على التوالي قد لوحظ فيها ارتفاع في نسبة الاستشفاء للأمراض التنفسية من 7% إلى 11.30% وأمراض

[16] INSP, (1990). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.

القلب والأوعية الدموية من 3.7% إلى 10.2% وتراجع طفيف في نسبة الاستشفاء بسبب الأمراض المعدية من 6.5% إلى 4.5%.

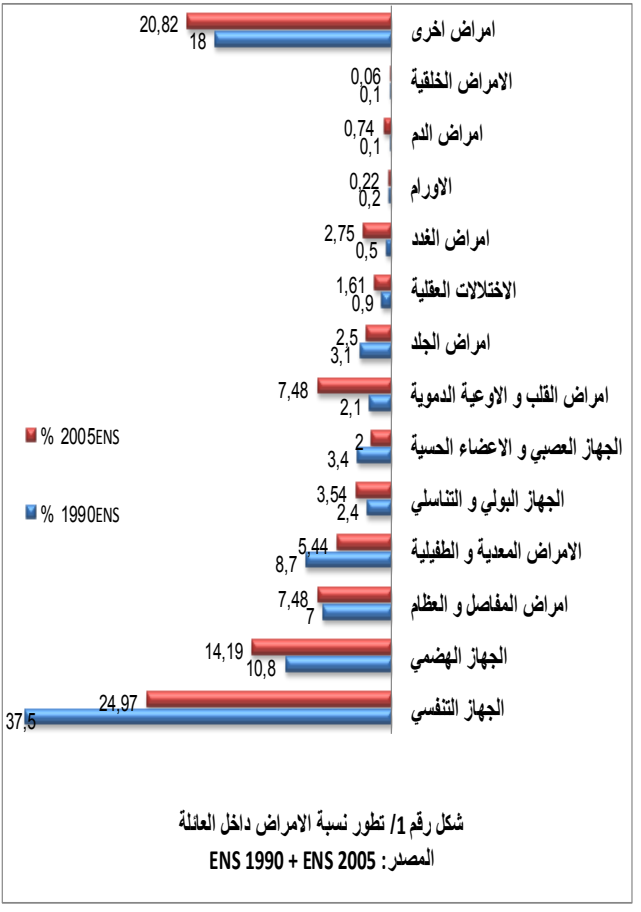
د- الأمراض المزمنة:

لا تعتبر الأمراض المزمنة سببا رئيسيا في الموت فقط ولكن عاملا مهما في الإعاقة بشتى أنواعها، وزيادة من مستوى التكلفة الطبية. وقد سمح التحقيقان بإعطاء توزيع دقيق لهذه الأمراض التي يعاني منها أفراد العائلة لتظهر الزيادة المستمرة في داء ارتفاع الضغط الشرياني من 17.2% إلى 24.5%، والسكري من 6.9% إلى 12.1%، وبالمقابل تراجع طفيف في داء الروماتيزم والأمراض العقلية مع ثبوت السرطان في مستوى 0.6%.



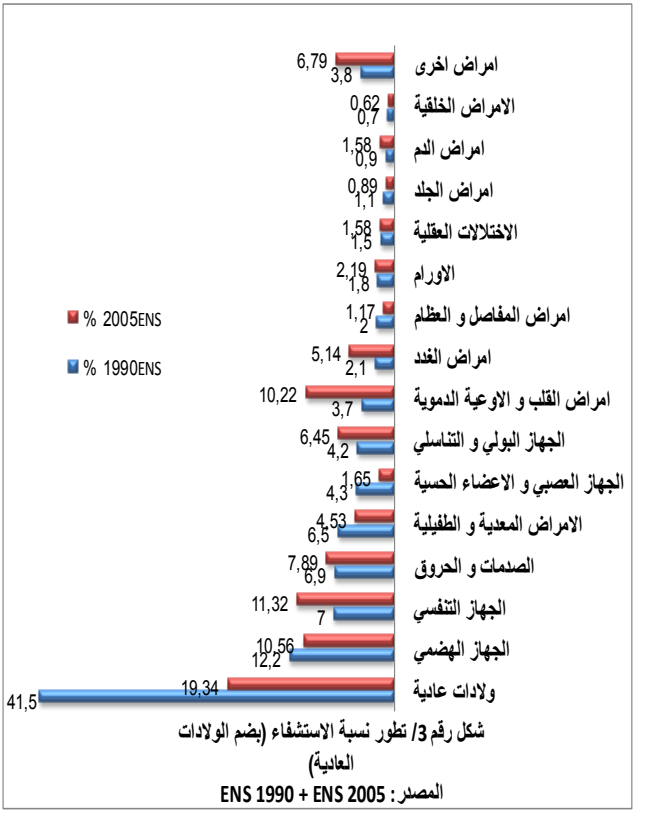
شكل رقم 2/ تطور نسبة الفحوصات داخل العائلة

المصدر: ENS 1990 + ENS 2005



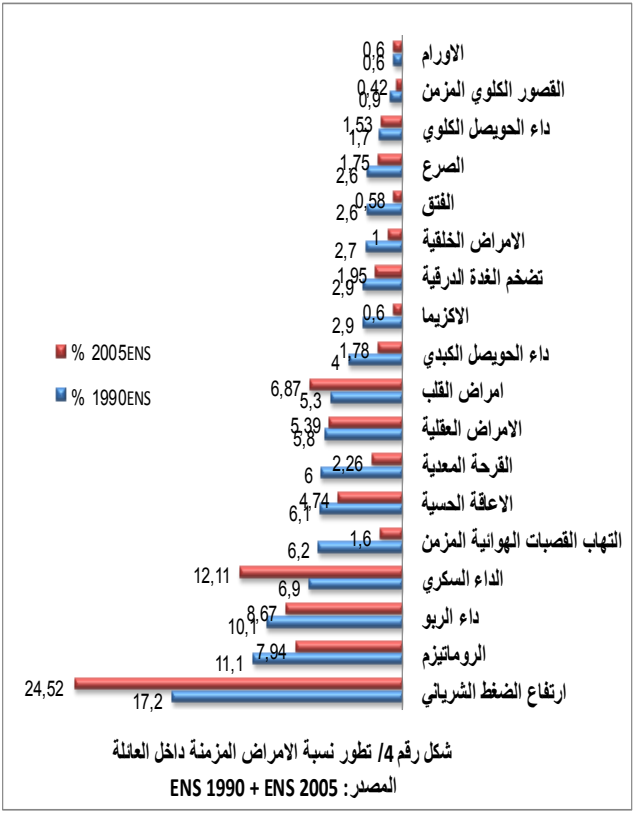
شكل رقم 1/ تطور نسبة الامراض داخل العائلة

المصدر: ENS 1990 + ENS 2005



شكل رقم 3/ تطور نسبة الاستشفاء (بضم الولادات العادية)

المصدر : ENS 1990 + ENS 2005



شكل رقم 4/ تطور نسبة الامراض المزمنة داخل العائلة

المصدر: ENS 1990 + ENS 2005

V) أسباب الوفيات:

لا يزال موضوع دراسة أسباب الوفيات في الجزائر من المواضيع التي لم تنل الاهتمام الكافي نظرا لغياب سلسلة هذه الأسباب في المنظومة الإحصائية الوطنية، فمنذ الاستقلال ومنذ إنشائه اقتصرت أعمال الديوان الوطني للإحصائيات على الجانب الكمي دون النوعي، ونظرا لأهمية تحديد أسباب وفيات السكان لتوجيه السياسات الصحية فقد تم سنة 1995 إنشاء وحدة جمع وتحليل أسباب الوفيات على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية، ولكن ميدانيا وبالرغم من الانتشار الواسع للأطباء وإجبارية إصدار الشهادة الطبية

للمتوفي قبل الدفن مهما كان مكان هذا الحدث إلا أن معدل التغطية[17] لم يتجاوز 30% سنة 2005 بعد ما كان 10- 15% ما بين 1995- 2003 زيادة على النسبة الكبيرة من الوفيات غير معروفة السبب.

ومنذ الدراسة الموثقة التي قام بها جاك فلان وبرتراد جارو18 حول أسباب الوفيات في مدينة تبسة سنتي 1974- 1975 بقيت الساحة مبتورة من الأعمال إلى غاية سنة 2002 أين قام نفس المعهد بإجراء الشطر الأول من التحقيق الوطني للصحة (2002- 2005) بجمع وتحليل أسباب الوفيات في الجزائر والذي عكس ارتفاع الأمراض المزمنة والتنكيسية والناجمة عن الصدمات نظير الأمراض المعدية. كما تجدر الإشارة إلى أن هذا التحقيق اعتمد فيه على نوعين من التصنيفات العالمية:

ـ الأول هو تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD الذي يستخدمه البنك العالمي منذ سنوات التسعينات بغية توحيد وتحليل ونشر المعلومات المتاحة عن صحة سكان مختلف الدول، حيث يقوم على حساب سنوات العمر المصححة DALY كمقياس لعبء الأمراض ثم تطبيقه في مجال صياغة السياسات الصحية.

وقد قسم أسباب الوفيات إلى أربعة مجموعات كبرى، الأولى تضم الأمراض غير المعدية، والثانية الأمراض المعدية وأمراض مرحلة البيرينتال[19] والأمومة، والثالثة الصدمات، وأخيرا مجموعة الوفيات غير معروفة السبب.

[17] INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie

[18] Vallin, J ; Garros, B. (1973). «La mortalité par cause en Algérie. Le cas de Tébessa». Population 32(4), pp. 807 – 833.

[19] مرحلة البيرينتال تمتد من الأسبوع 32 من الحمل حتى الأسبوع الأول بعد الوضع

ـ أما الثاني فهو التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية المراجعة العاشرة "CIM10" الخاص بالمنظمة العالمية للصحة حيث تصنف الأمراض والوفيات في صيغة شفرات وتسمح بتسجيل وتحليل وتقييم المعطيات من أجل استخدامها في الدراسات والتخطيط الصحي.

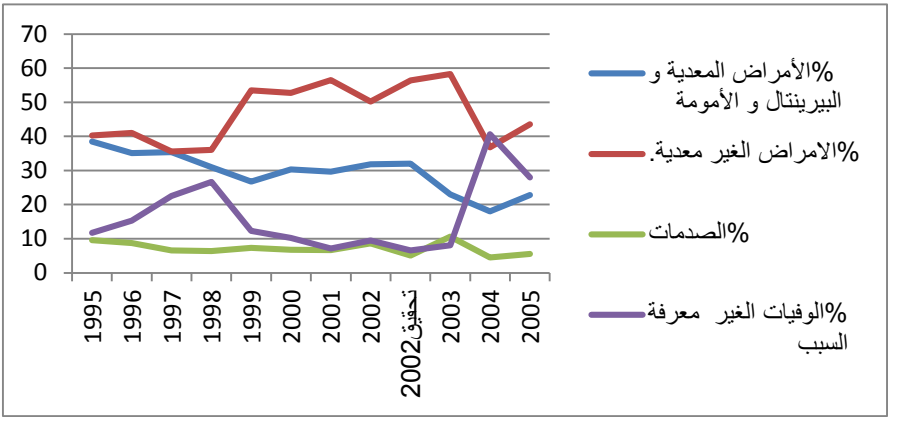
1 ـ أسباب الوفيات حسب تصنيف العبء العالمي للأمراض:

تشير الدراسة التحليلية لتطور أسباب الوفيات[20] لدى الجزائريين مابين 1995 و2005 حسب التصنيف GBD إلى تصدر الأمراض غير المعدية بنسبة تراوحت بين 40–60 %، متبوعة بالأمراض المعدية وأمراض مرحلة البيرينتال والأمومة بحوالي 20–30 %، وأخيرا الصدمات والوفيات غير معروفة السبب بنسبة 10 % (منحنى رقم 6).

أما التوزيع التفصيلي للأسباب العشرة الأولى، وبغض النظر عن أن الوفيات خلال مرحلة البيرينتال قد احتلت الريادة بنسبة 13.5%، فإن جل الوفيات[21] المتبقية كانت بسبب الأمراض المزمنة وعلى رأسها الأمراض الدماغية الوعائية بنسبة 7.5 % ثم أمراض القلب الناجمة عن ارتفاع الضغط الشرياني بمستوى 6.6 % ليليهما داء السكري بنسبة 4.4 % (شكل رقم 5).

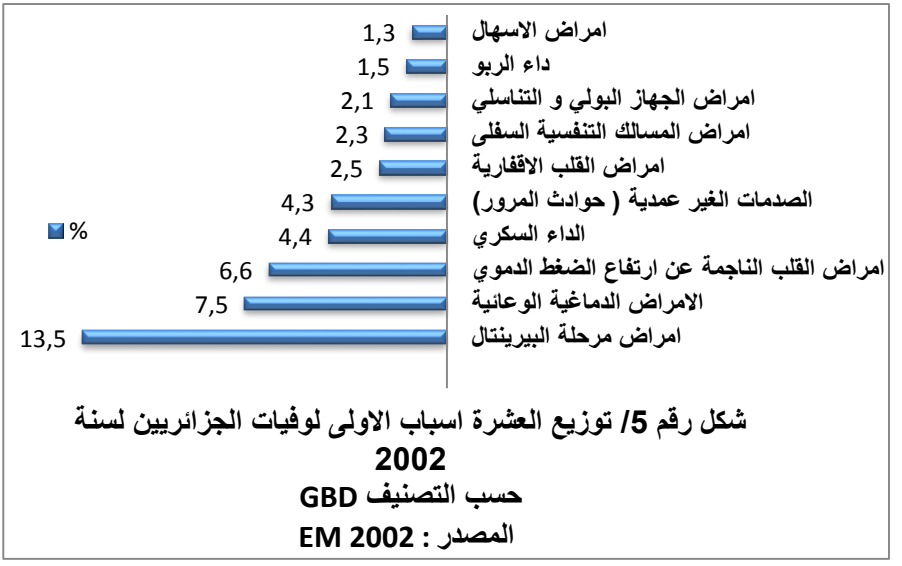
[20] INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie

[21] INSP, (2005). Synthèse Enquête mortalité Projet INCO-MED -TAHINA-, Alger, Algérie.



منحنى رقم 6 / تطور نسب الوفيات المسجلة في الجزائر ما بين 1995-2005 حسب تصنيف GBD

المصدر/ INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie.



شكل رقم 5/ توزيع العشرة اسباب الاولى لوفيات الجزائريين لسنة 2002
حسب التصنيف GBD
المصدر : EM 2002

2 ـ أسباب الوفيات حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية

ما يمكن قوله حول أسباب الوفيات في الجزائر حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية هو وجود نقص في الأرقام الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية، خاصة منها المتعلقة بشهادة الوفاة. فهذه الإحصائيات تدل على أن الجزائر في أوج التحول الصحي ولكن في صورة غير دقيقة، هذا النقص يكمن في مساهمة بعض الأمراض في النسبة الحقيقية للوفيات.

فالتحقيق الوطني للصحة[22] لسنة 2002 أعطى نسبتي 26.1% و9.5 % من الوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية والأورام، بينها شهادات الوفاة[23] لسنتي 2004 و2005 أعطت 14.0 % و18.2 % للداء الأول نظير 5% و6.5% للداء الثاني على التوالي.

هذه الإحصائيات المبتورة مردها إلى النقص الكبير في معدل التغطية لأسباب الوفاة الذي لم يتعدَّ 25 % (32260 وفاة) و29.5% (40199 وفاة) لسنتي 2004 و2005 من مجمل الوفيات المصرح بها لدى الديوان الوطني للإحصائيات والمقدرة بحوالي 129390 و136380 وفاة للعامين على التوالي.

وعلى الرغم من هذه التحفظات فإن دراسة أسباب الوفاة[24] بين 2002 و2008 والتي حدثت جلها في المراكز الصحية والإستشفائية تعكس ثقل الأمراض المزمنة والمستعصية التي تفتك بأرواح الجزائريين مقارنة بالأمراض المعدية التي تراجعت دون الاختفاء التام، حيث أعطى التصنيف العاشر للأمراض الصدارة للوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية بمعدلات تراوحت

[22] INSP, (2005). Op cité.

[23] INSP, (2006). Op cité.

[24] INSP, (2008). « Causes médicales de décès en Algérie années : 2007-2008», Alger, Algérie.

بين 20 و25 %، متبوعة بأمراض مرحلة البيرينتال بمتوسط 15 % فالأورام بنسبة 8 إلى 9.5 % مع الحضور الدائم للأمراض المعدية بنسبة 2.8 إلى 3.8 % (جدول رقم03).

	2002 %	2008 %
أمراض جهاز الدورة الدموية	26.1	19.7
أمراض مرحلة البيرينتال	13.5	17.2
أمراض وعلامات و نتائج فحوصات غير عادية	12.9	24.5
الأورام	9.5	8.1
أمراض جهاز التنفسي	6.8	4.9
أمراض الغدد	5.8	5
الأمراض المعدية	3.8	2.8
أمراض الجهاز الهضمي	3	2.7

جدول رقم 3/ أهم أسباب الوفيات في الجزائر لسنتي 2002 و2008 حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض

المصدر Enquête de Mortalité 2002 (INSP) و Causes médicales de décès en Algérie années: 2007-2008

الخاتمة:

يتميز نموذج التحول الصحي الذي تعرفه الجزائر والذي عكسته مختلف الإحصائيات بالإطالة المستمرة في أمل الحياة عند الولادة الذي جاوز 75 سنة

متقاربا في ذلك مع الدول المتقدمة، وبالتغير في نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان والتي أصبحت مزدوجة التكلفة أي عدم الاختفاء المطلق في بعض الأمراض المعدية كداء السل والتهاب الكبد الفيروسي برغم سياسة الطب المجاني والحملات الإلقاحية، هذا التراجع تم استخلافه بنوعية جديدة من الأمراض هي الأمراض المزمنة والتنكيسية التي تترأسها أمراض القلب والسرطانات التي أضحت تهدد السكان سواء بالإعاقة أو بالوفاة نتيجة التحضر والتغير في النمط المعيشي.

أما أسباب وفيات الجزائريين، فعلى الرغم من ضعف المنظومة الإحصائية وعدم اهتمامها الجاد بهذه النوعية من المعطيات, يبقى التحقيق الوطني للصحة (2002- 2005) وشهادات الوفاة خاصة لسنة 2008 الوحيدين اللذين كشفا بأن السكان الجزائريين يموتون نتيجة الأمراض المزمنة والتنكيسية مع الحضور الدائم وبنسبة ضعيفة للأمراض المعدية.

إن هذه الوضعية الصحية المزدوجة التكلفة ستجبر السلطات الصحية في البلاد على إعادة التفكير في الخريطة الصحية الحالية، وولوج المرضى للهياكل الصحية، والاعتماد على الرعاية الصحية الأولية والوقاية خاصة من تعقيدات الأمراض المزمنة والتنكيسية.

البيبليوغرافيا:

قائمة المصادر والمراجع

Caselli G, Meslé F et Vallin J, (2001). « Les entorses au schéma de la transition épidémiologique», communication au congrès international de la population, Salvador, Brésil.

INSP, (1990). Enquête nationale de santé: rapport principal, Algérie.

INSP, (2005). Enquête nationale de santé: rapport principal, Algérie.
INSP, (2005). Synthèse enquête mortalité projet INCO-MED -TAHINA-, Alger, Algérie.
INSP, (2006). «Amélioration de la certification des causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie.
INSP, (2008). « Causes médicales de décès en Algérie années : 2007-2008», Alger, Algérie.
Kouaouci, A. (1996). Genèse et évolution de la politique de population en Algérie (1962-94), IPPF, Tunisie
Maison, D. (1973). «La population de l'Algérie». Population 28(6), p. 1079 – 1107.
Meslé, F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, pp. 1161-1171.
Meslé F, et Vallin J. (2003). « La transition sanitaire Progrès et résistances en Afrique » in Questions de population. Des enjeux internationaux aux perspectives locales chapitre 4, INED, Paris, France.
MSPRH, (1996) .Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie : Santé de la mère et de l'enfant MDG Algérie 1995, p.130, Algérie
ONU. (1966). Demographic yearbook, International Department of Economic and Social affairs, p.280, New York, USA
Omran Abdel R., (1971). « The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, pp. 509-538.
Olshansky J and Ault B, (1986). « The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases», *The Milbank Quarterly*, vol.64, n° 3, pp. 355-391.

ONU. (1966). Demographic yearbook, International Department of Economic and Social affairs, pp.280, New York, USA.

Robine, J-M. (2001). « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie». *Population* 56(1-2), pp 199-222.

Vallin, J. and Meslé, F. (2004). « Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition» . *Demographic Research*, Special Collection 2: Determinants of Diverging Trends in Mortality, Article 2, 12-43. http://www.demographic-research.org/special/2/2.

Vallin, J ; Garros, B. (1973). « La mortalité par cause en Algérie. Le cas de Tébessa». Population 32(4), pp. 807 – 833.

Vallin, j. (1975). «La mortalité en Algérie », Population 30(6), p.1031.

مواقع الانترنت

Office national des statistiques www.ons.dz

Relevé épidémiologique annuel de l'institut national de santé publique de l'Algerie
http://www.ands.dz/insp/rem.html

World Population Prospects: The 2012 Revision
http://esa.un.org/wpp