

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة -
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

الانتقال الديمغرافي و الوبائي في الجزائر .

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا

تحت إشراف :
الدكتور قواوسي علي

من إعداد الطالب :
بعيط فاتح

لجنة المناقشة

رئيسا
مقررا
عضوا
عضوا

أستاذ التعليم العالي المستشفي الجامعي باتنة
أستاذ محاضر جامعة باتنة
أستاذ محاضر جامعة وهران
أستاذ محاضر جامعة باتنة

ساعي يوسف
قواوسي علي
دلاندة عيسى
حفاظ الطاهر

السنة الجامعية 2008/2009

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة -
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

الانتقال الديمغرافي و الوبائي في الجزائر .

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا

تحت إشراف :
الدكتور قواوسي علي

من إعداد الطالب :
بعيط فاتح

لجنة المناقشة

رئيسا
مقررا
عضوا
عضوا

أستاذ التعليم العالي المستشفى الجامعي باتنة
أستاذ محاضر جامعة باتنة
أستاذ محاضر جامعة وهران
أستاذ محاضر جامعة باتنة

ساعي يوسف
قواوسي علي
دلاندة عيسى
حفاظ الطاهر

السنة الجامعية 2008/2009

الإهداء و الشكر

إلى كل من اعز و احترم

الفهرس

01	المقدمة العامة
04	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة
04	المقدمة
04	الإشكالية
04	الفرضيات
04	أسباب اختيار الموضوع
05	أهداف الدراسة
05	تحديد المفاهيم
08	الدراسات السابقة
10	المناهج المتبعة
11	مصادر المعطيات
11	صعوبات البحث
13	الفصل الثاني: نموذج الانتقال الديمغرافي
13	المقدمة
13	I مراحل الانتقال الديمغرافي
14	II كرونولوجيا الانتقال الديمغرافي
17	III الانتقال الديمغرافي في أوروبا
19	IV لمحة حول الانتقال الديمغرافي في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، كندا واليابان
21	V (الانتقال الديمغرافي في البلدان النامية
21	1- أمريكا اللاتينية والكارييب
23	2 - شمال إفريقيا والشرق الأوسط
25	3 - إفريقيا الشبه صحراوية
27	VI أشكال الإنتقال الديمغرافي
28	- الخاتمة
30	الفصل الثالث: نموذج الانتقال الوبائي
30	المقدمة
30	I مراحل نموذج الانتقال الوبائي
33	II التفاعل بين الانتقال الديمغرافي و الانتقال الوبائي

34	III) الانتقال الوبائي في البلدان المتقدمة.....
34	- الدول الأوروبية.....
39	IV) الانتقال الوبائي في افريقيا.....
42	V) اسباب الوفيات في العالم.....
44	- الخاتمة.....
46	الفصل الرابع: تطور الوضعية الوبائية، نموذج الأمراض وعوامل الخطر القلبية الوعائية في الجزائر.....
46	- المقدمة.....
46	I) تطور الوضعية الوبائية في الجزائر.....
46	1- أمراض البرنامج الواسع للتلقيحات.....
48	2- الأمراض المنتقلة عن طريق المياه.....
49	3- الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوانات.....
51	II) الأمراض الغير معدية.....
51	1. الأمراض داخل العائلة.....
52	2. الفحوصات الطبية.....
53	3. الاستشفاء.....
54	4. الأمراض المزمنة.....
55	III) عوامل الخطر القلبية الوعائية.....
55	1- ارتفاع الضغط الدموي.....
56	2- الداء السكري.....
57	3- ارتفاع الدهون المزدوجة.....
58	4- استهلاك التدخين.....
59	5- تناول المشروبات الكحولية.....
60	6- السمنة.....
61	7- الخمول.....
62	- الخاتمة.....
64	الفصل الخامس: دراسة الوفيات في الجزائر.....
64	- المقدمة.....
64	I) الوفيات العامة.....
66	II) وفيات الاطفال.....
69	III) أمل الحياة عند الولادة.....
70	IV) أسباب الوفيات.....

1- أسباب الوفيات حسب تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD.....	71
أ- التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولي للوفيات حسب التصنيف GBD.....	71
ب- التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولي للوفيات من تصنيف GBD حسب الفئات العمرية.....	72
2- أسباب الوفيات حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية.....	76
-الخاتمة.....	79
الفصل السادس: دراسة الخصوبة في الجزائر.....	81
-المقدمة.....	81
I) العوامل الوسطية للخصوبة.....	81
1- تقديم نموذج بنغارتس.....	82
2- مساهمات العوامل الوسطية للخصوبة.....	85
II) انتقال الخصوبة و المنظومة الصحية.....	87
- الخاتمة.....	88
- اختبار الفرضيات.....	89
- الخاتمة العامة.....	90
- التوصيات.....	92
- قائمة المراجع.....	94

قائمة المنحنيات

- 14 منحني رقم 01: الشكل العام لنموذج الانتقال الديمغرافي.
- 18 منحني رقم 02: الانتقال الديمغرافي في السويد.
- 19 منحني رقم 03: الانتقال الديمغرافي في فرنسا.
- 20 منحني رقم 04: الانتقال الديمغرافي في اليابان.
- 22 منحني رقم 05: الانتقال الديمغرافي في الأرجنتين.
- 22 منحني رقم 06: الانتقال الديمغرافي في المكسيك.
- 22 منحني رقم 07: الانتقال الديمغرافي في قواتيمالا.
- 22 منحني رقم 08: الانتقال الديمغرافي في الشيلي.
- 23 منحني رقم 09: الانتقال الديمغرافي في اليمن.
- 24 منحني رقم 10: الانتقال الديمغرافي في مصر.
- 24 منحني رقم 11: الانتقال الديمغرافي في المغرب.
- 24 منحني رقم 12: الانتقال الديمغرافي في إيران.
- 24 منحني رقم 13: الانتقال الديمغرافي في تركيا.
- 25 منحني رقم 14: الانتقال الديمغرافي في مالي.
- 26 منحني رقم 15: الانتقال الديمغرافي في غانا.
- 26 منحني رقم 16: الانتقال الديمغرافي في زيمبابوي.
- 26 منحني رقم 17: الانتقال الديمغرافي في ليبيريا.
- 27 منحني رقم 18: الأشكال الرئيسية للانتقال الديمغرافي.
- 33 منحني رقم 19: العلاقة بين الانتقال الديمغرافي و الوبائي.
- 35 منحني رقم 20: تطور أمل الحياة عند الولادة للنساء في أوروبا الوسطى الغربية.
- 35 منحني رقم 21: تطور أمل الحياة عند الولادة للرجال في أوروبا الوسطى الغربية.
- 35 منحني رقم 22: تطور أمل الحياة عند الولادة للنساء في أوروبا الشمالية الغربية.
- 36 منحني رقم 23: تطور أمل الحياة عند الولادة للرجال في أوروبا الشمالية الغربية.
- 36 منحني رقم 24: تطور أمل الحياة عند الولادة للنساء في أوروبا الجنوبية.
- 36 منحني رقم 25: تطور أمل الحياة عند الولادة للرجال في أوروبا الجنوبية.
- 37 منحني رقم 26: تطور أمل الحياة عند الولادة للنساء في أوروبا الوسطى.
- 38 منحني رقم 27: تطور أمل الحياة عند الولادة للنساء في البلدان السابقة الانتماء للاتحاد السوفياتي.
- 38 منحني رقم 28: تطور أمل الحياة عند الولادة للرجال في أوروبا الوسطى.
- 38 منحني رقم 29: تطور أمل الحياة عند الولادة للرجال في البلدان السابقة الانتماء للاتحاد السوفياتي.

40	منحنى رقم 30: بلدان ذات ارتفاع قوي في أمل الحياة عند الولادة
40	منحنى رقم 31: بلدان توقف تطور أمل حياتها عند الولادة
40	منحنى رقم 32: بلدان ذات تراجع معتدل نسبيا في أمل الحياة عند الولادة
41	منحنى رقم 33: بلدان ذات تطور منتظم في أمل حياتها عند الولادة
41	منحنى رقم 34: بلدان ذات تراجع قوي في أمل حياتها عند الولادة
41	منحنى رقم 35: بلدان ذات تذبذب في أمل حياتها عند الولادة
47	منحنى رقم 36: تطور نسب داء الديفتيريا، الحصبة والسل
48	منحنى رقم 37: تطور عدد الحالات المسجلة لداء السعال الديكي، الشلل والكزاز
49	منحنى رقم 38: تطور نسب داء حمى التيفوئيد، الكوليرا والتهاب الكبد الفيروسي
50	منحنى رقم 39: تطور نسب داء الحمى المالطية، الالتهاب الكبدي و الكلب
	منحنى رقم 40: تطور المعدل الخام للمواليد، الوفيات ومعدل النمو الطبيعي في الجزائر من
65	1900- 2007
69	منحنى رقم 41: تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر

قائمة الأشكال

- الشكل رقم 01: النسب المئوية لأسباب الوفيات في أوروبا لسنة 1998 42
- الشكل رقم 02: النسب المئوية لأسباب الوفيات في إفريقيا لسنة 1998 43
- الشكل رقم 03: العشرة أسباب الأولى للوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1900 43
- الشكل رقم 04: العشرة أسباب الأولى للوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1990 43
- الشكل رقم 05: تطور نسبة الأمراض داخل العائلة 51
- الشكل رقم 06: تطور نسبة الفحوصات داخل العائلة 52
- الشكل رقم 07: تطور نسبة الاستشفاء (بضم الولادات العادية) 53
- الشكل رقم 08: تطور نسبة الأمراض المزمنة داخل العائلة 54
- الشكل رقم 09: نسبة ارتفاع الضغط الشرياني للجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة 55
- الشكل رقم 10: نسبة الداء السكري لدى الجزائريين من ذوي الفئة 35-70 سنة 56
- الشكل رقم 11: نسبة الدهون المزدوجة لدى الجزائريين من ذوي الفئة 35-70 سنة 57
- الشكل رقم 12: نسبة الجزائريين المدخنين ذوي الفئة 35-70 سنة 58
- الشكل رقم 13: نسبة استهلاك الكحول لدى الجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة 59
- الشكل رقم 14: نسبة السمنة لدى الجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة 60
- الشكل رقم 15: نسبة النشاط الحركي للجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة 61
- الشكل رقم 16: توزيع العشرة أسباب الأولى لوفيات الجزائريين لسنة 2002 حسب التصنيف GBD 71
- الشكل رقم 17: توزيع العشرة أسباب الأولى من وفيات الجزائريين من ذوي الفئة 0-15 سنة حسب التصنيف GBD 72
- الشكل رقم 18: توزيع العشرة أسباب الأولى من وفيات النساء الجزائريات من ذوات الفئة 15-45 سنة حسب التصنيف GBD 73
- الشكل رقم 19: توزيع العشرة أسباب الأولى من وفيات الرجال الجزائريين من ذوي الفئة 15-45 سنة حسب التصنيف GBD 73
- الشكل رقم 20: توزيع العشرة أسباب الأولى من وفيات الجزائريين الأكبر من 45 سنة حسب التصنيف GBD 74
- الشكل رقم 21: توزيع العشرة أسباب الأولى لوفيات النساء الجزائريات الأكبر من 45 سنة حسب التصنيف GBD 75
- الشكل رقم 22: توزيع العشرة أسباب الأولى من وفيات الرجال الجزائريين الأكبر من 45 سنة حسب التصنيف GBD 75
- الشكل رقم 23: أسباب الوفيات في الجزائر لسنة 2002 حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض 76
- الشكل رقم 24: اثر العوامل الوسطية في الخصوبة ما بين 1986 و 2002 85

قائمة الجداول

- جدول رقم 01: العلاقة بين نوع الاقتصاد ومعدلات الوفيات والمواليد خلال الشكل الكلاسيكي للانتقال الديمغرافي.....16
- جدول رقم 02: تطور معدلات وفيات الأطفال ما بين 1904-1940.....66
- جدول رقم 03: تطور معدلات وفيات الأطفال ما بين 1947-1969.....67
- جدول رقم 04: تطور وفيات الأطفال حسب الجنس ما بين 1990-2007.....68
- جدول رقم 05: تطور احتمال وفيات الأطفال ما بين 1992-2002.....68
- جدول رقم 06: توزيع نسب الوفيات المسجلة في الجزائر ما بين 1995-2005.....70
- جدول رقم 07: توزيع الوفيات المصرح بها حسب الولايات لسنتي 2004 و 2005.....77
- جدول رقم 08: توزيع أسباب الوفيات في الجزائر لسنوات 2004، 2002 و 2005 حسب التصنيف الإحصائي
- 78العالمي العاشر للأمراض.....
- جدول رقم 09: قيم مؤشر الزواجية، موانع الحمل، العقم ما بعد الولادة، الإجهاض المتعمد / معدل الخصوبة
- 84.....البيولوجية القصوى ما بين 1986 و 2002.....

المقدمة العامة

لقد عرفت العديد من بلدان العالم خلال القرن الماضي العديد من التحولات الديمغرافية أهمها انخفاض الوفيات نتيجة لاكتشاف المضادات الحيوية، البسترة بالإضافة إلى التعقيم، وانخفاض الخصوبة نتيجة تبني سياسات التحكم و اللجوء الواسع لاستعمال وسائل التخطيط العائلي هذا ما أطلق عليه بالانتقال الديمغرافي. هذا الأخير كان مرافقا للانتقال الوبائي الذي امتاز بانخفاض الأمراض المعدية والطفيلية نتيجة لتطور الطب خاصة في البلدان المتقدمة و بقائها بنسب مرتفعة أو أقل في الدول النامية و الارتفاع الرهيب في الأمراض المزمنة نتيجة للتضرر و تغير النمط المعيشي. من هذا المنطلق يمكن للقارئ والمتتبع لهذه الدراسة من فهم المنطلقات العلمية و التعرف على أقسامه و نتائجه و لذلك فقد قسمنا هذا العمل إلى ستة فصول:

الفصل الأول: ومن البديهي أن يكون منهجيا و الذي اشرنا فيه إلى الإشكالية كمركز للبحث، الفرضيات كمنطلقات منهجية، اختيار الموضوع و أهداف الدراسة بغية الوصول إلى نتائج لم يتم الوصول إليها، تحديد المفاهيم التي رأيناها مهمة سواء للمختص في الديمغرافيا أو غير ذلك، الدراسات السابقة كترجمات معرفية نستشهد و ننطلق مجددا من نتائجها، المناهج المتبعة و لهذا الغرض فلقد وظفنا المنهج الوصفي التحليلي و المنهج المقارن نظرا لخصوصية الموضوع و قلة المعطيات القاعدية، أما مصادر البحث فكان السواد الأعظم منها التحقيقات الديمغرافية و الطبية بالإضافة إلى مقالات البحث و الكتب المنشورة في بعض المواقع الخاصة على شبكة الانترنت و أخيرا اشرنا إلى الصعوبات التي واجهتنا في إنجاز هذه الدراسة.

الفصل الثاني: الذي تطرقنا فيه إلى نموذج الانتقال الديمغرافي بمراحله الأربعة، إلى تطوره الزمني، إلى إثراء الباحثين و إلى بدايته و تطوره في البلدان المتقدمة و السائرة في طريق النمو و أخيرا إلى أشكاله المختلفة.

الفصل الثالث: و الذي خصصناه إلى نموذج الانتقال الوبائي، إلى منشأه و تطوره الزمني ومختلف التعديلات التي طرأت عليه غاية سنة 2004 ليلي ذلك دراسة أمل الحياة في أوروبا و إفريقيا.

الفصل الرابع: الذي أظهرنا فيه الوضعية الوبائية في الجزائر من خلال تراجع الأمراض المعدية و الطفيلية منذ الاستقلال و تطور الأمراض المزمنة و المستعصية ما بين 1990 و 2005 بالإضافة إلى عوامل الخطر القلبية و الوعائية.

الفصل الخامس الذي قدمنا عبره مراحل تراجع الوفيات الجزائرية في مسار الانتقال الديمغرافي و إلى الارتفاع المستمر في أمل الحياة عند الولادة و مقاربتة الدول المتقدمة معززين نموذج الانتقال الوبائي بأسباب الوفيات.

الفصل السادس: خصصناه لدراسة العوامل الوسطية للخصوبة في الجزائر و مساهمة كل عامل في تطور مستواها بالإضافة إلى دور المنظومة الصحية و برنامج التحكم في النمو السكاني.

و في الختام عرجنا على نتائج الانتقال الديمغرافي و الوبائي في بلادنا و على أهم التوصيات التي نخالها مهمة كما تجدر الإشارة فإننا فضلنا مصطلح النموذج على النظرية في كلا الانتقالين و ذلك لأسباب التالية:

- الانتقال الديمغرافي هو نموذج تطبيقي يصف انتقال الخصوبة و الوفيات من مستويات عليا إلى أخرى منخفضة و لم يراعي أثر الزواجية و لا الهجرة (نظام مغلق اعتبر صافي الهجرة معدوما).

-
- الانتقال الديمغرافي لا يزال محل تجديد و دراسات نظرا لظهور عوامل أخرى مآثرة خاصة في الوفيات كوباء السيدا.
 - مصطلح الانتقال الوبائي وسع إلى الانتقال الصحي وتم ربطه بمختلف العوامل و المحددات الاقتصادية و الاجتماعية، البيئية و الاحتياجات الجديدة في ميدان الصحة.
 - عودة الأوبئة، ظاهرة الشيخوخة و الارتفاع المستمر في أمل الحياة عند الولادة.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

المقدمة

لم تكن الجزائر يوما بمعزل عن التحولات الديمغرافية و الوبائية التي عرفتھا معظم دول العالم فلقد شهدت انخفاضا في الخصوبة من مستويات عليا لتقارب عتبة خلف الأجيال بالإضافة إلى تراجع الوفيات, أما الحقل الوبائي فلقد شهد تراجع معظم الأمراض المعدية مع بقاء أو إعادة ظهور البعض منها بين الفينة و الأخرى نتيجة لتقطع الموارد المالية لبعض البرامج الوطنية الخاصة بمكافحة هذا النوع من الأمراض و الفقر من جهة أخرى و هو ما عرفتہ بداية سنوات 1990 بالإضافة إلى الارتفاع المقلق للأمراض المزمنة, التنكسية و حوادث المرور .

الإشكالية:

إن التفاعل بين الانتقال الديمغرافي و الوبائي بلا شك بتراجع الخصوبة، الوفيات و ارتفاع أمل الحياة عند الولادة كانت نتيجة اختفاء أمراض الأوبئة و التحسن في الظروف الطبية و المعيشية مع ظهور نوعية جديدة من الأمراض المسماة الحضرية أو المزمنة مسببة الموت في أغلب الأحيان، و في هذا الإطار يمكن أن نطرح إشكالية عملنا بالصيغة التالية: ما هي المراحل التي مرت بها الوفيات أثناء انتقالها و ما هو ثقل و نوعية الأمراض المسببة لها و أهم التغيرات التي حصلت على الخصوبة أثناء الانتقال الوبائي في الجزائر؟

الفرضيات:

إن طبيعة البحث الذي نتناوله تملي علينا طرح و التحقق من بعض الفرضيات التي أردناها على مستويين: على مستوى الوفيات:

- الوفيات في الجزائر مردها للأمراض المزمنة و التنكسية مع عدم الاختفاء المطلق للأمراض المعدية.
- الانتقال الوبائي ساهم في إنتاج نموذج جديد من الأمراض مع انتشار عوامل الخطر بين السكان على مستوى الخصوبة:

- إن تراجع الوفيات ساهم في خفض الخصوبة مع إحداث تغيرات في عواملها الوسطية.
- هل يمكن إرجاع انتقال الخصوبة في الجزائر إلى اثر العوامل الوسطية للخصوبة فقط دون مساهمات المنظومة الصحية و البرامج السكانية في ذلك.

أسباب اختيار الموضوع:

يمكن أن نرجع أسباب اختيار و العمل على تقصى حيثيات هذا الموضوع إلى ما يلي:
- موضوع الانتقال الديمغرافي لا يزال يحتل مكانة مفصلية في الدراسات السكانية خاصة في البلدان السائرة في طريق النمو و التي لم تستكمل مراحلہ الأخيرة أما ربطه بالانتقال الوبائي و بنموذج الصحة و الأمراض لا يزال في مرحلة المهد.

- معظم البحوث اهتمت بكل نموذج على حدا فلقد تم دراسة نموذج الانتقال الديمغرافي و ذلك بتحليل تطورات الخصوبة الحالة الزوجية، التغيرات العميقة التي حدثت على مستوى العائلة و أثر السياسة السكانية في هذا المسار و بالمقابل قلة البحوث التي كشفت نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان و أسباب الوفيات في مقاربة وبائية.

أهداف الدراسة:

- تتلخص أهداف الدراسة في ثلاثة نقاط:
- تحديد خصائص نموذج الانتقال الوبائي في الجزائر و ذلك بمتابعة تطور الأمراض الوبائية و الحضرية.
 - معرفة ثقل و أسباب الوفيات في الجزائر.
 - تقصي اثر العوامل الوسطية في انتقال الخصوبة و دور التغطية الطبية في ذلك.

تحديد المفاهيم:

المعدل الخام للولادات TBN:

هو العدد الولادات خلال سنة معاشة أثناء مرحلة الملاحظة منسوباً إلى الأشخاص الذين يشكلون السكان تحت الملاحظة.

$$TBN(t) = \frac{N(année t)}{P(milieu année t)}$$

المعدل الخام للوفيات TBM:

هو العدد الوفيات خلال سنة معاشة أثناء مرحلة الملاحظة منسوباً إلى الأشخاص الذين يشكلون السكان تحت الملاحظة.

$$TBM(t) = \frac{M(année t)}{P(milieu année t)}$$

معدل النمو الطبيعي TAN:

و هو ناتج الفرق بين المعدل الخام للمواليد و المعدل الخام للوفيات.

$$TAN = TBN - TBM$$

المؤشر التركيبي للخصوبة ISF:

هو العدد المتوسط من الأطفال الذين أنجبتهن النساء خلال حياتهن الإنجابية.

مفهوم الانتقال الديمغرافي:

هو المرور من وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات عاليتين إلى وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات منخفضتين خلال مدة زمنية و هذا موازياً لتنمية اجتماعية و اقتصادية.

كما جاء مفهوم الانتقال الديمغرافي في القاموس السويسري للسياسات الاجتماعية بأنه نظام ديمغرافي مميز بولادات ووفيات عاليتين متبوعاً بعد ذلك بانخفاض الوفيات مما يؤدي إلى زيادة في السكان و التي لا يمكن امتصاصها إلا بالانخفاض الكافي للمواليد للحصول على توازن بين المواليد و الوفيات.

مفهوم الانتقال الوبائي:

مرحلة انخفاض الوفيات التي تزامنت مع الانتقال الديمغرافي رافقها تحسن في النظافة، التغذية و تنظيم الخدمات الصحية و تحول في أسباب الوفيات بحيث تراجعت الأمراض المعدية تدريجيا فاسحة المجال لنمو الأمراض المزمنة، التنكسية و الحوادث.

تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD:

1- الأمراض المعدية، أمراض مرحلة الأمومة، البيرينثال و التغذية:	2- الأمراض الغير المعدية:	3- الصدمات:	4- أسباب الوفيات الغير محددة و المجهولة
<ul style="list-style-type: none">- الأمراض المعدية و الطفيلية.- تعفن المسالك التنفسية.- أمراض مرحلة الأمومة.- أمراض مرحلة البيرينثال.- نقص التغذية.- أمراض أخرى معدية.	<ul style="list-style-type: none">- الأورام الخبيثة.- النيو بلازم.- 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 الخلقية.- أمراض الفم.- أمراض أخرى غير معدية.	<ul style="list-style-type: none">- الغير عمدية.- العمدية.- صدمات/ حوادث محددة.- جروح ناجمة عن الصدمات.- صدمات أخرى.	

التصنيف العالمي العاشر للأمراض (CIM 10):

الرمز	الداء
A 00 - B 99	- الأمراض المعدية
C 00 - D 49	- الأورام.
D 50 - D 89	- أمراض الجهاز الدموي.
E 00 - E 90	- أمراض الغدد.
F 00 - F 99	- الاضطرابات العقلية.
G 00 - G 99	- أمراض الجهاز العصبي.
H 00 - H 59	- أمراض العيون ولواحقها.
I 00 - I 99	- أمراض الأذن ووتوء العظم.
J 00 - J 99	- أمراض جهاز الدورة الدموية.
K 00 - K 93	- أمراض الجهاز الهضمي.
L 00 - L 99	- أمراض الجلد.
M 00 - M 99	- أمراض العظام والمفاصل.
N 00 - N 99	- أمراض الجهاز البولي والتناسلي.
O 00 - O 99	- حمل، ولادة، ونفاس.
P 00 - P 96	- أمراض مرحلة البيرينثال.
Q 00 - Q 99	- تشوهات خلقية و نقائص الكروموزومات.
R 00 - R 99	- أمراض، علامات ونتائج فحوصات غير عادية.
S 00 - T 98	- أضرار (جروح صدماتية)، تسممات و بعض النتائج لأسباب خارجية.
V 01 - Y 98	- أسباب خارجية للوفيات.
V 80 - V 89	- حوادث أخرى للنقل البري (بما فيها حوادث الطرق).
W 00 - W 19	- السقوط.
W 20 - W 49	- التعرض لقوى ميكانيكية.
W 50 - W 64	- التعرض لقوى ميكانيكية.
W 65 - W 74	- غرق وحوادث الغطس.
W 75 - W 84	- حوادث أخرى تصيب التنفس.
W 85 - Z 99	- التعرض للتيار الكهربائي و الأشعة.
X 00 - X 09	- التعرض للدخان، النار واللهب.
X 20 - X 29	- ملامسة الحيوانات والنباتات السامة.
X 30 - X 39	- التعرض للقوى الطبيعية.
X 40 - X 49	- حوادث التسمم بمواد مؤذية.
X 58 - X 59	- حوادث التعرض لعوامل أخرى.
X 60 - X 84	- جروح ذاتية.
X 85 - Y 09	- الاعتداءات.
Y 10 - Y 34	- حوادث غير محددة.
Y 40 - Y 84	- تعقيدات العلاجات الطبية.
Y 85 - Y 89	- آثار الأسباب خارجية.

الدراسات السابقة:

لقد نال موضوع الانتقال الديمغرافي بمركباته خاصة الخصوبة الحيز الكبير من الدراسات و الأبحاث السكانية ابتداء من منتصف الثمانينات و بداية التسعينات، ففي سنة 1992 قامت وزارة الصحة بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء بإجراء المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (EASME -92)¹ على عينة ممثلة تشمل 6500 أسرة معيشية و لقد أبرز هذا المسح أن معدل الخصوبة الكلية قد انخفض إلى 4.4 طفل/ امرأة خلال الخمس سنوات التي سبقت العملية كما أن دالة المعدلات العمرية للخصوبة بينت أن هذه الأخيرة بدأت في الانخفاض عند الفئات العمرية المتقدمة في السن مع وجود اختلاف بين خصوبة الوسطين حيث بلغ معدل الخصوبة الكلية 5.3 طفل/ امرأة في الريف مقابل 3.6 في الحضر. كما أكدت الدراسة على تأثير التعليم على الخصوبة فمتوسط عدد المواليد الأحياء الذين أنجبتهن أمهاتهم طيلة فترة حياتهن الإيجابية بالنسبة للنساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي.

- مع مطلع سنوات التسعينات قام الدكتور قواوسي علي² بدراسة تطور الولادات ما بين 1970- 1986 و ذلك باستعمال طريقة "La double standardisation" التي تسمح بتحليل الفرق بين معدلين خاصين للمواليد مع حساب أثر التركيبة حسب العمر و الجنس، أثر نسبة المتزوجين و أثر الخصوبة الشرعية، فتبين عندها أن تراجع المواليد خلال هذه الفترة مرده إلى تراجع الزواج الذي لعب دورا أساسيا متبوعا بانخفاض الخصوبة، أما التركيبة حسب العمر و الجنس لعبت دورا ضئيلا في اتجاه رفع الولادات و عند تطبيقه لنموذج بنغارتس الهادف إلى قياس تأثير و مساهمة العوامل الوسطية للخصوبة الشرعية تبين أن تراجع الرضاة لعب دورا مفصليا عام 1970 في إلغاء أثر انتشار موانع الحمل خاصة في المدن، هذا الدور الذي استخلف عام 1986 بالاستعمال الواسع لهذه الموانع التي أصبحت العامل المحدد للخصوبة الفرقية.

- الدراسة التي ضمها كتاب الانتقال الديمغرافي في بلدان الجنوب و هو خلاصة للأيام العلمية الثالثة لشبكة الديمغرافيين للوكالة الجامعية الفرنكوفونية عام 1998 و التي قام من خلالها الدكتور قواوسي علي بالبحث في الانتقال الديمغرافي في منطقة المغرب العربي و التي جاءت بعنوان <<السياسة السكانية، الضغط المالتوسي أو الانتشار الثقافي: أي نموذج للانتقال بالنسبة للمغرب العربي؟>>³ حيث وصف هذا المسار بالظاهرة الموجعة للمجتمع وان هذا الأخير سيعرف تغيرات عميقة و غير متوقعة على مستوى العائلة، سوق الشغل و حتى النظام السياسي، ثم أكد بأن تراجع الزواج لعب دورا أساسيا في هذا الانتقال أكثر من الدور الذي لعبته الخصوبة بتراجعها و استعمال موانع الحمل. ثم أشارت هذه الدراسة إلى أن المجموعة العمرية 15- 25 سنة هي أحد أهم ضحايا هذا الانتقال بل وهي محركه في آن واحد و لا يمكن تحميل السياسة السكانية فقط كل الآثار الناجمة عن هذا الانتقال لأنه برغم اختلاف تاريخ بدايتها في كل من تونس، الجزائر و المغرب إلا أن هذه البلدان تملك مستويات متقاربة في الخصوبة، الزواج و استعمال وسائل التخطيط العائلي.

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

² Kouaouci, A. (1992). «Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986 », *Population* 47(2), pp.327 – 351.

³ Kouaouci, A. (1998). «Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? », *in les transitions démographiques des pays du Sud*, pp. 53– 64. Editions ESTEM Paris.

- الدراسة التي جاءت في نفس الكتاب المذكور أعلاه و التي قام بها الباحث بو يسرى عبد العزيز بعنوان <<الانتقال الديمغرافي في الجزائر، رؤية مستقبلية>>¹ حيث استهلها بكونولوجيا السياسة السكانية في الجزائر من مرحلة أن الجزائر قادرة على تغذية 50 مليون ساكن و شعار أن أحسن قرص هو التنمية و عدم دمج المشاكل السكانية ضمن السياسات التنموية إلى مرحلة اليقين بأن إشكالية السكان هي أحد العوائق الكبرى في وجه التنمية.

عدم تحقيق الأهداف المنشودة من طرف السلطات العمومية ترجم في الواقع بتطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي (PNMCD-1983) الهادف إلى التقليل و التنظيم الإرادي للنمو السكاني و ذلك في إطار احترام القيم الاجتماعية و الضوابط الدينية و بمعنى آخر وضع معادلة السكان و التنمية في الإطار الأمثل و الصحيح آخذين في الحسبان الجانب التاريخي، الثقافي، الاقتصادي و الديمغرافي للمجتمع.

كما أشارت هذه الدراسة إلى تراجع معدلات الوفيات العامة، معدلات وفيات الأطفال و ارتفاع أمل الحياة عند الولادة، الذي أرجعته إلى مساهمة المنظومة الصحية في مكافحة بعض الأمراض المميتة كالسل، حمى المستنقعات و الجذري بالإضافة إلى تحليل محددات تراجع معدلات المواليد، سن الزواج و ارتفاع المستوى التعليمي خاصة عند الإناث زيادة على مشاركة المرأة في الحقل الاقتصادي كما تطرقت هذه الدراسة إلى الجانب الديني و بأن الإسلام لا يتعارض مع تنظيم النسل و الأزواج لهم الحرية المطلقة في توقيف الإنجاب أو تحديد عدد أطفالهم بل و أكثر فهم أحرار في تنظيم حياتهم العائلية مقارنة بالعوائق الموضوعية و اختياراتهم المعيشية و أن استعمال موانع الحمل جائزة شرعا مع التحريم المطلق للإجهاض إلا في الإطار الطبي و القانوني اللذان يسمحان بأنقراض حياة الأم.

- الدراسة التي قام بها أحمد مقدم وباحثين آخرين² حول العلاقة بين الانتقال الديمغرافي، الزواج، العائلة مع ديناميكية النموذج العائلي في الجزائر، فلقد تم تحليل السلوك الاجتماعي الجديد للعائلة الجزائرية الذي أثر بتراجع منحنى الخصوبة مطلع سنوات 1980، فعندما تم تحليل مختلف التحقيقات و الإحصاءات السكانية تبين الارتفاع في العمر المتوسط للزواج عند الجنسين ما بين 1966-1995 الذي مرده إلى جملة التغيرات الاجتماعية، الاقتصادية و الثقافية التي عرفتها البلاد خلال هذه الحقبة.

- البحث الذي قامت به نادية عتوت وباحثين آخرون³ حول تأثير المستوى التعليمي للإناث على الخصوبة والزواج ما بين 1970-1998 موضحين أن أسباب ارتفاع سن الزواج مع تقلص الفارق العمري بين الزوجين راجع إلى تدرس الإناث من جهة و مشكل البطالة و السكن من جهة أخرى بالإضافة إلى غلاء تكاليف الزواج.

- كما كشف التحقيق الوطني حول صحة العائلة (EASF-2002)⁴ الذي أجرى على عينة مكونة من 10200 عائلة الانخفاض المستمر في المؤشر التركيبي للخصوبة للخمس سنوات التي سبقت العملية و الذي قدر ب 2.4 طفل/ امرأة مع وجود اختلاف بين الوسطين 2.1 و 2.7 طفل/ امرأة في الوسطين الحضري و الريفي على الترتيب، مع معدلات قصوى لدى الفئة العمرية 30-34 سنة.

¹ Bouisri, A (1998). « La transition démographique en Algérie : réflexion sur l'avenir », in les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 441– 456. Editions ESTEM Paris.

² Mokaddem, A et al (2001). Transition démographique et structure familiale, CENEAP, Algérie.

³ Attout, N et al (2001). Education, Fécondité et Nuptialité, CENEAP, Algérie.

⁴ ONS, (2002). Enquête Algérienne sur la santé de la Famille: Rapport principal, Algérie.

كما توصل البحث إلى أن العدد المتوسط للأطفال عند النساء الغير عازبات ما بين 15- 49 سنة هو 3.9 طفل مع وجود تباين بارتفاع المستوى التعليمي من 5 أطفال لدى الأمهات الأميات إلى 1.8 لذوات المستوى الثانوي فأكثر، كما تجدر الإشارة بأن 78% من هذه النساء يستعلمن وسيلة تأخير أو تجنب الحمل كما تعتبر الأقراص المادة الأكثر استعمالا بنسبة 74.6% بغض النظر عن الوسط.

- موضوع الانتقال الوبائي بدأت ملامحه في الظهور بعد التحقيق الوطني للصحة (ENS-1990)¹ الذي أجرى على 12000 عائلة و الهادف إلى:

- معرفة الحالة المرضية للسكان، طلب العلاجات و استعمال الخدمات الصحية.

- معرفة ثقل الأمراض المزمنة التي يعاني منها السكان.

- الحصول على بعض المؤشرات كالوفيات حسب السن و المجموعة العمرية.

و من خلاله اتضح بأن الأمراض المزمنة و التنكسية هي الأكثر انتشارا و سببا رئيسيا في طلب المفعوصات الطبية و الاستشفاء مع بقاء نسبة لا بأس بها من الأمراض المعدية.

- التحقيق الوطني حول الاستعجالات الطبية و الجراحية (ENUMC-2003)² الذي امتد ما بين 3- 10 مارس 2003 و الذي ضم عينة مكونة من 191570 مريض حيث كشف بأن معظم الوفيات كانت ناجمة عن أمراض القلب و الشرايين (17.93%) و الصدمات مع وجود نسب عالية من الضغط الدموي (5.96%)، الربو (3.72%) و الداء السكري (3.27%) كما تجدر الإشارة إلى أن الضغط الدموي و الداء السكري من نوع 2 أكثر انتشارا بين النساء.

- التحقيق الوطني للصحة (ENS-2005)³ الذي يدخل في الإطار العام لمشروع البحث حول الانتقال الوبائي و أثره على النظام الصحي (TAHINA) في بعض البلدان الأوروبية و إفريقيا الشمالية و الهادف إلى تقدير الأمراض على مستوى السكان، استهلاك العلاجات و نسبة عوامل الخطر القلبية الوعائية بغرض إنشاء إستراتيجية لتفسير هذا للانتقال فكانت نتائج هذا العمل مماثلة للتحقيق الأول لسنة 1990 مع ميزة الارتفاع المستمرة في الأمراض المزمنة والانتشار الواسع لعوامل الخطر القلبية و الوعائية.

المنهج المتبعة: لقد اعتمدنا في دراستنا هذه حول الانتقال الديمغرافي و الوبائي في الجزائر على:

1 / المنهج الوصفي التحليلي: الذي يقوم بوصف ظاهرة من الظواهر كالوفيات أو الخصوبة و محاولة الوصول

إلى الأسباب و العوامل التي تتحكم فيها و استخلاص النتائج.

2 / المنهج المقارن: يقوم هذا المنهج بمقارنة الظواهر فيما بينها أو العوامل المكونة لها كتغير نموذج الأمراض و

أسباب الوفيات بين مرحلتين و مقارنة مستويات، اتجاهات و العوامل المتحكممة في الخصوبة.

¹ INSP, (1990). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.

² INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.

³ INSP, (2002). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.

مصادر المعطيات:

اعتمدنا في بحثنا هذا على نتائج التحقيقات السابقة للصحة و السكان كالمسح الوطني لصحة الأم و الطفل (1992- EASME)، التحقيق الوطني لصحة العائلة (EASF-2002) ، التحقيقين الوطنيين للصحة 1990 و 2002- 2005 بالإضافة إلى الدراسات السابقة لخيرة الديمغرافيين الجزائريين و بعض الأجانب.

صعوبات البحث:

- قلة المعطيات و الدراسات حول أسباب الأمراض والوفيات في بلادنا خلال الأربع عقود الأولى من حياة الجزائر المستقلة.
- رفض بعض الجهات تزويدنا بقاعدة المعطيات لبعض المسوح و التحقيقات سواءا قديمة أو جديدة بحجة السرية.

الفصل الثاني

نموذج الانتقال الديمغرافي

المقدمة

لقد سمحت التقنيات الحديثة للديمغرافيا التاريخية بتقدير سكان المعمورة عبر مختلف الحقب الزمنية ومتابعة النمو الديمغرافي السريع مع بداية القرن العشرين خاصة بعد الوثبة السكانية من 1 إلى 2 مليار ما بين 1810 و 1925م، هذه الوثبة كانت نتيجة التغير في المعدلات الحيوية للسكان حيث عرفت معدلات الخصوبة والوفيات تحولات هامة أين تراجعت إلى مستويات متدنية جدا بعد أن كانت أرقامها عالية وارتبط هذا الانخفاض بشكل كبير بالثورة الصناعية وما تبعها من تحسن في الميدان الصحي، ارتفاع المستوى المعيشي وغياب المجاعات نتيجة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

(I) مراحل الانتقال الديمغرافي:

المرحلة الأولى: و التي عرفها المجتمع ما قبل الصناعي بمعدلات وفيات و مواليد مرتفعة و غير متحكم فيها حوالي 40 % و توازنهما أدى إلى نمو ضعيف للسكان.¹

المواليد كانت مرتفعة و ذلك مرده لغياب التخطيط العائلي، لتعويض وفيات الأطفال المرتفعة ما بين 5- 10 سنوات الأولى من الحياة، بغية المساهمة في اقتصاد الأسرة، اعتبار الأطفال ك رأس مال اقتصادي وكأحد اشكال التأمين في مرحلة الشيخوخة.

أما الوفيات فكانت مرتفعة للحضور المكثف للأمراض المعدية منها الطاعون و الحمى القرمزية (La scarlatine)، المجاعات و الحروب، قلة المياه الصالحة للاستهلاك و انعدام النظافة اللذين ساهما في ظهور الكوليرا، التيفوئيد و الإسهال في صيغة أوبئة التي رفعت من معدلات الوفيات خلال حقب زمنية وهو الذي ترجم بالتذبذب على المنحنى رقم 01.

المرحلة الثانية: التي عرفت تراجع في معدلات الوفيات مع بقاء المواليد مرتفعة مما أدى إلى ارتفاع معدل النمو الطبيعي.²

- التراجع في الوفيات مرده الى التحسن في إمدادات التغذية خلال القرن 18م، التحسينات الكبيرة في مجال الصحة العمومية كاستعمال التلقيحات التي ساهمت في خفض وفيات الأطفال، التحسينات في إمدادات المياه، الصرف الصحي وتنامي المعرفة العلمية بأسباب المرض وترقية الوضع الاجتماعي للأمهات .

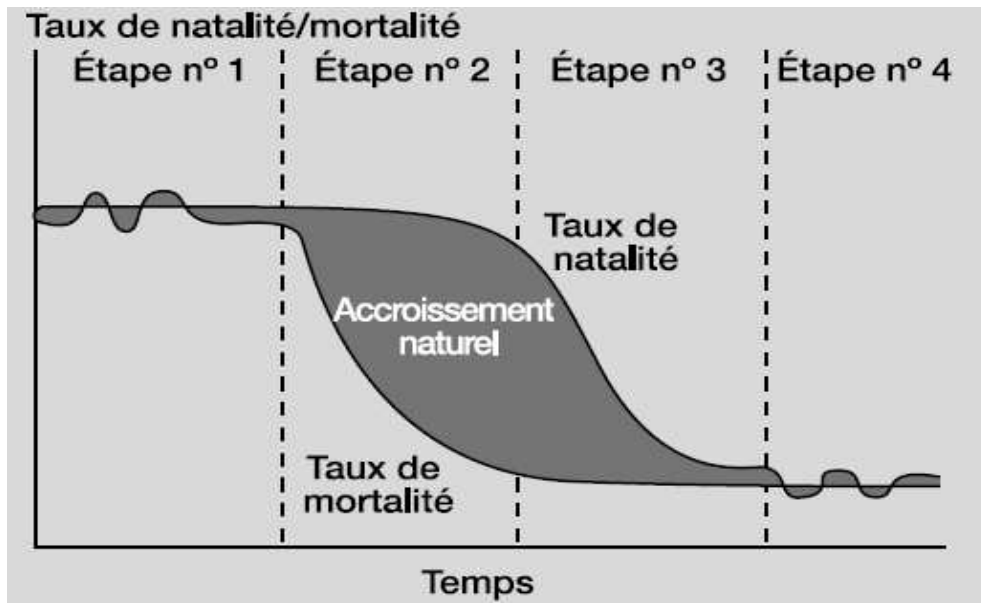
المرحلة الثالثة: اختصت هذه المرحلة باتجاه السكان نحو حالة التوازن وذلك بتراجع المواليد مع استمرارية انخفاض الوفيات مع ظهور الفارق بين المعدلين وهو ما ينافي معتقدات مالتوس بأن التغيرات الحاصلة في معدلات الوفيات هي السبب الأول في تغيرات السكان.

¹Tabutin D,(1980). problème de transition démographique, tome 1, CABAY, Louvain-la-Neuve.

² http://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_démographique

- انخفاض المواليد مرده إلى وعي الآباء في المناطق الريفية بأنهم غير ملزومون بإنجاب العدد الكبير من الأطفال للمساعدة في الاحتياجات و لضمان شيخوخة مريحة، ارتفاع استعمال الآلات الزراعية و الصناعية الذي قلل من الحاجة إلى اليد العاملة في الريف.¹، زيادة التحضر غير من القيم التقليدية المفروضة على الخصوبة وقيمة الأطفال في المجتمع الريفي، المعيشة الحضرية رفعت من تكلفة إعالة أبناء العائلة النووية، تحسن ظروف المرأة والانتشار الواسع لموانع الحمل و معرفة كيفية استعمالها.

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة التي عرفت فيها الوفيات والمواليد توازن في مستويات ضعيفة [مع استقرار معدل نمو السكان] وهو حال اليوم الولايات المتحدة الأمريكية، اليابان، السويد و بريطانيا العظمى.



منحنى رقم 01 / الشكل العام لنموذج الانتقال الديمغرافي

المصدر : 1 : *Personnel du Population Référence Bureau. « Transitions de la population mondiale », Population Bulletin 59, no 1*

(Washington, DC : Population Référence Bureau, 2004).

(II) كرونولوجيا نموذج الانتقال الديمغرافي:

ان التحول في مسار النمو السكاني للعالم كان محل اهتمام العديد من الأخصائيين فكانت الأسبقية لوارن س طومسون (Warren .S. Thompson) عام 1929 الذي قام بدراسة التاريخ الديمغرافي القريب لسكان 22 بلد و ذلك بتحليل تطور معدلات المواليد، الوفيات والنمو الطبيعي ما بين 1908-1913 و 1927 ليصنف شعوبها إلى ثلاثة فئات بحسب نموها الديمغرافي.²

¹ [Montgomery K. The "Demographic Transition" www.uwmc.uwc.edu/geography/Demotrans/demodef.htm](http://www.uwmc.uwc.edu/geography/Demotrans/demodef.htm)

² THOMSON W, (1929), <<population>>, American journal of sociology, vol.34, N°6, p 959-975.

الفئة أ: وهي البلدان ذات معدلات وفيات ضعيفة و معدلات مواليد ونمو في تراجع سريع و تشمل كل من أوروبا الغربية، شمال إيطاليا و إسبانيا

الفئة ب: وهي البلدان التي تختص بمعدلات وفيات التي تراجعت بسرعة مقارنة بمعدلات المواليد ومعدلات النمو المتزايدة وتضم باقي إيطاليا، البلدان السلافية (Slaves) لأوروبا الوسطى.

الفئة ج: و هي البلدان ذات معدلات وفيات و مواليد العديمة التحكم إراديا.

- في عام 1939 ظهر لأدولف لندري (Adolphe Landry) كتابه الذائع الصيت - الثورة الديمغرافية - والذي يعتبر خلاصة للعديد من الأبحاث ما قبل الحرب العالمية الثانية حيث قدم فيه الوضعية الماضية والآنية لسنوات 1909-1933 وأسباب تراجع الوفيات والمواليد ولخصها في الأنظمة التالية.¹

النظام الأولي: والذي امتاز بغياب الاهتمام بالوسائل الشخصية ولا بزيادة أفراد العائلة أي غياب كل أشكال تنظيم الولادات لا في الزواج، لا في غيابه أو في تأخره، مما نتج عنه ارتفاع في عدد المواليد بتوجه نحو نمو السكان الذي أثر بدوره في تراجع المستوى المعيشي ورفع معدلات الوفيات.

النظام الوسيط: ويمثل المرحلة التي يتزايد فيها اهتمام الأشخاص والمجتمع برفع مستويات المعيشة وذلك باللجوء إلى الزواج وإقصاء كل محددات المواليد.

النظام الحديث: والذي اتصف بالاستعمال الواسع لوسائل التخطيط العائلي حيث كان الشغل الشاغل للأشخاص هو تحسين مستوى حياتهم حتى وإن اقتضى الأمر عدم الإنجاب بتاتا.

- في عام 1945 تبنى فرانك ولاس نوتستين (Frank W. Notestein) مختلف الأطوار التي طرحها طومسون ومثلها بدوره في ثلاثة مراحل.²

مرحلة القدرة على النمو العالي أو القوي: والتي اتسمت بخصوبة ووفيات عاليتين ليليها زيادة سريعة للسكان نتيجة تراجع الوفيات.

مرحلة النمو الانتقالي: والتي اتصفت بتراجع الوفيات والخصوبة حيث سبقت الوفيات الخصوبة في ذلك مما نتج عنه زيادة سريعة في النمو الديمغرافي.

مرحلة بداية التراجع: حيث ينعدم أثناءها معدل النمو وهو حال البلدان الأوروبية، الولايات المتحدة الأمريكية، استراليا وزلندا الجديدة أين استمرت خلالها الخصوبة بالانخفاض ما بين الحرب العالمية الأولى والثانية.

- في 1945 قام كينسلي دافيس (Kingsley Davis) بدراسة الانتقال الديمغرافي في العالم حيث حلل النمو السكاني حسب القارات وأسبابه، نتائج التوسع الأوروبي والنمو السكاني في آسيا.³

¹ Adolphe Landry, (1934), la révolution démographique, études et essais sur les problèmes de population, INED, Paris, France.

² Notestein, F.(1945), << Population : the long view >> in Food for the world, Edited by E.Schultz, university of Chicago press.

³ Davis, K (1945). << The world demographic transition>>, Annals of the American academy of political and social vol.237, pp36-56.

- في عام 1947 قدم س.ب. بلاكر (C.B. Blaker) خمس مراحل لنمو السكان:¹

- 1- **مرحلة الثبوت:** ذات خصوبة ووفيات عاليتين ومعدل ضعيف للنمو السكاني.
- 2- **مرحلة بداية الزيادة السكانية:** ذات خصوبة عالية ووفيات مرتفعة هذه الأخيرة التي تبدأ في الانخفاض وبالتالي توليد زيادة معدلات النمو الديمغرافي.
- 3- **مرحلة نهاية الزيادة السكانية:** والتي شهدت انخفاض الخصوبة والوفيات.
- 4- **مرحلة التوازن الديمغرافي :** بين معدلات ضعيفة للوفيات والخصوبة الذي نجم عنهما نموا ضعيفا للسكان.
- 5- **مرحلة التراجع:** والتي اتسمت بمعدلات ضعيفة للخصوبة والوفيات، مع وجود فارق سلبي في النمو الديمغرافي (الوفيات أكبر من الخصوبة).

- في عام 1958 أصدر كل من انسلي .ج. كول و إدغار هوفر (Ansley .j. Coale et Edgar Hoove) كتابا حول التنمية الاقتصادية في الهند² وأوضحا العلاقة بين نوع الاقتصاد ومعدلات المواليد والوفيات وقد أقروا بوجود ثلاثة أنواع من التنمية الاقتصادية وثلاثة أنماط من النمو الديمغرافي وأن مواليد والوفيات مرتبطة ارتباطا وثيقا بالتنمية الاقتصادية

نوع الاقتصاد:	وضعية المعدلات:	الأسباب:
اقتصاد فلاحي و زراعي (استغلال ذاتي، تطور تقني بطيء وتبادل ضئيل).	- معدل الوفيات مرتفع ومتذبذب. - معدل المواليد مرتفع و في استقرار. - نمو بطيء للسكان.	- تغذية فقيرة. - قلة النظافة. - غياب ممارسة الطب.
مرحلة التنمية الاقتصادية (المرور من اقتصاد ريفي إلى اقتصاد حضري يشمل توزيع العمل، ظهور الأسواق والتقدم التقني).	- تراجع في معدل الوفيات. - تراجع في معدل المواليد (مع وجود فارق مقارنة بالوفيات). - نمو سكاني مرتفع نوعا ما.	- تغذية أكثر تنظيم و إتزان. - ترقية و تنمية التلقيحات والطب الوقائي. - تحسينات في علاج الأمراض. - انخفاض في أفراد العائلة باعتبارها الوحدة الإنتاجية. - ترقية العمل الخارجي للمرأة. - تراجع المحاسن الاقتصادية للعائلة الكبيرة. - تراجع قوة العادات والتقاليد.
اقتصاد نام (توزيع كبير للشغل و سرعة في التقدم التقني).	- معدل الوفيات ضعيف ومستقر نوعا ما. - معدل المواليد ضعيف مع احتمال التذبذب. - نمو سكاني ضئيل.	- تقدم وتعميم الطب. - زيادة الاهتمام بالعناصر السالفة الذكر والاستعمال الواسع لوسائل منع الحمل الفاعلة.

جدول رقم 01 / العلاقة بين نوع لاقتصاد و معدلات الوفيات والمواليد خلال الشكل الكلاسيكي للانتقال الديمغرافي

المصدر: (A .j Coale et E. M Hoover 1958)

¹ Blacker ,C.P.(1947). << Stages in population growth >>, The Eugenics Review, 39(3), pp 88-101.

² Coale A J and Hoover E M, (1958). Population Growth and Economic Development in low-Income Countries, a case study of India's prospects, Princeton University Press.

- في عام 1980 وضحا فان دي وال وج كنودال (Van De Wall E et Knodel J) ¹ دور بعض المتغيرات كاللسانيات، الديانة والعادات التي يمكن أن تجتمع وتؤثر في تراجع الخصوبة فعند مقارنة تطورها عند الجالية الوالونية و الجالية الفلاموندية بلجيكا ظهر جليا أثر الخصائص اللسانية، فالقرى السكانية القريبة والتي تنتمي إلى جاليات مختلفة اللغة تتشارك في نفس الخصائص الاجتماعية والاقتصادية وبالمقابل تختلف في النظام الديمغرافي.
- لاحقا أصبح هذا النموذج محل ثراء بتجارب البلدان السائرة في طريق النمو وبعض البلدان الأوروبية خلال سنوات الثمانينات وقد تم إعادة النظر في مراحله من طرف زامون وتابوتان عام 1994 (Zamoun S et Tabutin D) حيث لخصا الانتقال الديمغرافي بما يأتي²:
- 1- ما قبل مرحلة الانتقال مع معدلات مواليد ووفيات في مستويات متذبذبة وعالية ما بين 30-40% ونمو ضعيف للسكان.
 - 2- بداية تراجع الوفيات مع بقاء معدلات المواليد مرتفعة مما نجم عنه زيادة في النمو الطبيعي للسكان.
 - 3- زيادة سريعة في تناقص معدلات المواليد ولكن بتأخر مع معدلات الوفيات مما يؤدي إلى بداية تباطؤ النمو الطبيعي.
 - 4- ما بعد مرحلة الانتقال أين تستقر معدلات الوفيات والمواليد في مستويات أقل من 10% وبموجبه يتباطئ النمو الديمغرافي.

(III) الانتقال الديمغرافي في أوروبا

عرفت بلدان هذه المنطقة الانتقال الديمغرافي بتواريخ ووتيرة مختلفة فمنها من كانت سباقا وبوتيرة منتظمة و منها من تداركت تأخرها بوتيرة متسارعة³ :

1- مراحل انخفاض معدلات الوفيات

مرت دول أوروبا في مسار تراجع وفياتها بالمراحل التالية :

أ/ نهاية القرن 18 و بداية القرن 19

بداية تراجع الوفيات خصت به كل من فرنسا و البلدان الشمالية حيث تراوحت معدلات الوفيات الفرنسية للنصف الثاني من القرن 18 ما بين 33-37 % مقابل 25-29 % للبلدان الشمالية.

ب/ حوالي 1870-1880م

وهي المرحلة التي عرفت الموجة الثانية من انخفاض الوفيات والتي مست معظم الدول الأوروبية ليس فقط الغربية منها (انجلترا بلاد الغال، بلجيكا، هولندا وسويسرا)، الشرقية (روسيا وبولونيا) بل تعدت إلى أوروبا الجنوبية ولكن بتأخر ببعض السنين، أما مستويات بداية الانخفاض فكانت مختلفة فجل البلدان تموقت بمعدلات حوالي 25 % عدا البعض منها كإيطاليا والنمسا اللتين قاربتا معدل 30% بالإضافة إلى أن وتيرة تراجع الوفيات لهذه البلدان إبان هذه المرحلة كانت أسرع مقارنة بالمرحلة السابقة.

¹ Van DE Walle E, Knodel j, (1980). <<Europe's fertility transition, new Evidence and lessons for to day's developing world >>, n° 6. Population Bulletin (PRB).

² Economic Commission for Africa, (2001). The state of demographic transition in Africa, pp .9-10.

³ Tabutin D, op.cit

ج/ بداية القرن الـ 20

وهي الفترة التي شهدت خلالها بعض الدول كإسبانيا، البرتغال، بلغاريا ورومانيا بداية تراجع الوفيات بوتيرة سريعة.

2- مراحل انخفاض المواليد:

على غرار مثيلتها الوفيات، فإن مواليد البلدان الصناعية لم تشهد تراجعاً في نفس الوقت ولا ابتداءً من نفس المستوى ويمكن تصنيف ذلك في أربع مراحل:

أ/ ابتداء من النصف الثاني من القرن 18:

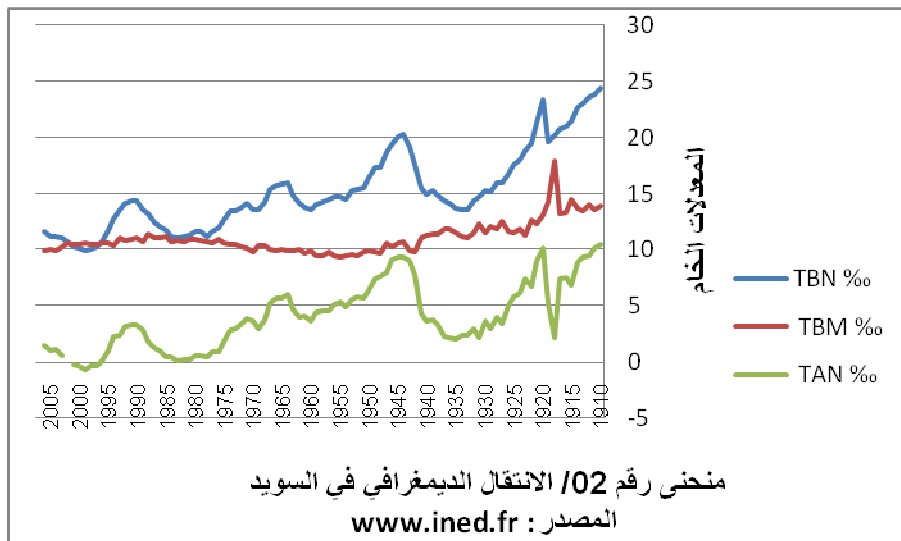
حيث عرفت إبانها ثلاثة بلدان تراجع مستدام في المواليد وهي فرنسا (1760م)، فلندا (حوالي 1750م) وتشيكوسلوفاكيا (1785م)، كما تعتبر فرنسا البلد السباق في الاستعمال الواسع لوسائل تحديد المواليد داخل الزواج حيث وصلت معدلات المواليد إلى 26 ‰ عام 1850 بالرغم من الزواج القوي والمبكر نسبياً.

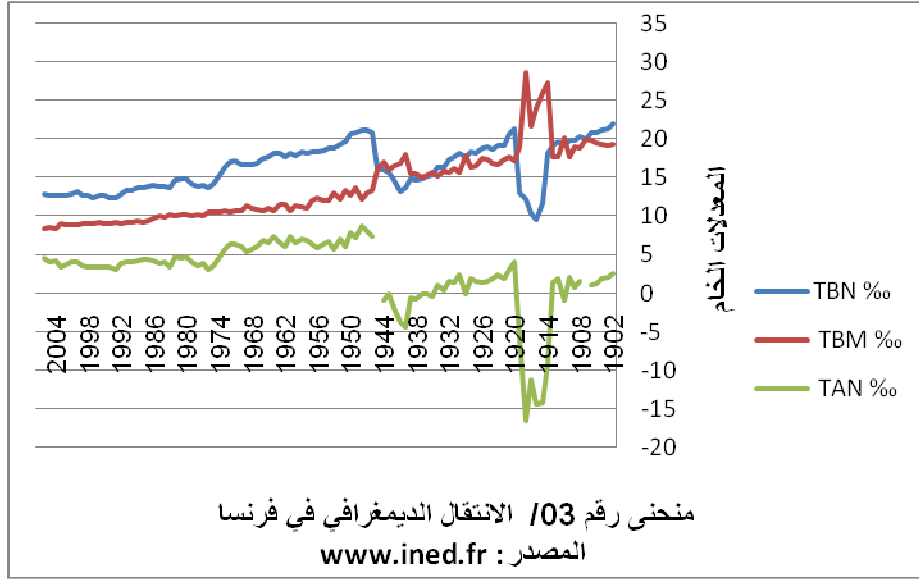
ب/ حوالي 1857-1880:

أين شهد عدد كبير من البلدان أيضاً انخفاض في المواليد وأغلبها في نفس الوقت مع تأخر زمني بفارق 5-10 سنوات مقارنة بانخفاض الوفيات وهي السويد (1860)، النرويج، إنجلترا وبلاد الغال، سويسرا، النمسا، هولندا، بلجيكا، ألمانيا بالإضافة إلى البلدان الجنوبية كإسبانيا وإيطاليا ليأتي بعدها دور الدنمارك حوالي 1890.

ج/ حوالي 1900: ظاهرة تراجع المواليد تعدت إلى كل من بولونيا، روسيا، أستراليا وزيلندا الجديدة.

د/ حوالي 1920-1925: ليأتي دور البلدان ذات النمط الزراعي كبلغاريا، رومانيا والبرتغال.





IV) لمحة حول الانتقال الديمغرافي في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، كندا واليابان:

1- الولايات المتحدة الأمريكية إحدى خصائص الانتقال الديمغرافي في و.م.أ هو التراجع المبكر والمنتظم في المواليد منذ بداية القرن 19م 55% حوالي 1800، 30% في 1900 و 26% سنة 1920 مع مستويات انطلاق عالية جدا لوجود سكان مهاجرين شباب ذو خصوبة عالية.

كما شهدت الخصوبة تناوبا بين الصعود والنزول حسب الوضعية التاريخية¹، فلقد قدر المؤشر التركيبي للخصوبة 3اطفال / امرأة مابين 1920-1928 ليبدأ في التراجع ابتداء من 1933 أين أصبح 2.1 طفل لكل امرأة، ليرتفع مجددا بعد الحرب العالمية الثانية إلى مستوى 3.3 سنوات 1947-1964 وما دون عتبة الخلف في نهاية القرن العشرين بحوالي 1.8 طفل/ امرأة.

2- كندا:

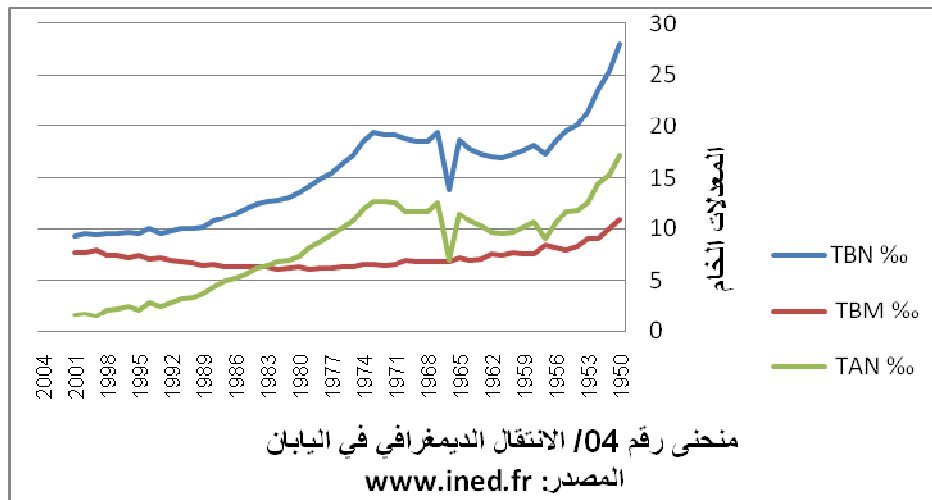
تبقى كندا من بين الدول القلائل التي تحضى بسلاسل المواليد والوفيات ابتداء من القرن 18م، هذا ما ساهم في تتبع انتقالها الديمغرافي، فالمواليد بقيت ولمدة طويلة في مستويات عالية لتتراجع بعدها في النزول مطلع القرن 20م مع ميزة الاختلاف بين المناطق² حيث لم يتجاوز معدلها 24.4% في الاقاليم البريطانية (الأنجو سكسونية) سنوات 1906-1910 مقابل 37.7 / في الاقاليم الفرنسية (الفرنكوفونية) خلال نفس المرحلة الزمنية، هذا التباعد في معدلات المواليد أخذ في التقلص ليختفي تماما سنة 1965 حيث شكلت الهجرة الأوروبية والتحضر عاملان مهمان في نمو السكان.

¹ Tabutin D, op.cit

² Biraben. J-N et LEGARE .J (1967). <<Nouvelles données sur la mortalité et la fécondité au Canada >> *Population*, 22(02), pp 255-286.

3- اليابان:

يختلف اليابان عن باقي الدول الغربية بالسرعة و النمط الحديث في انتقاله الديمغرافي فهو قريب من بعض الدول النامية منه إلى البلدان الغربية فالمواليد اليابانية¹ عرفت تذبذبا في مستويات 27- 35 % ما بين 1817- 1920 لتشرع في التراجع البطيء حتى انهارت سنوات 1945- 1946 بسبب الحرب العالمية الثانية، لتعود في الزيادة نتيجة تطبيق قانون تحسين النسل عام 1948 (La loi eugénique)، كما عاودت التذبذب بين الانخفاض والزيادة حتى عام 1970 أين سلكت بعدها المواليد مسار التقلص بوتيرة ثابتة، وبالمثل فان الوفيات عرفت نفس المسار اعتبارا من سنة 1930 ثم لتتسارع بعد الحرب العالمية الثانية.



¹ Biraben J-N, (1993). << Le point sur l'histoire de la population du Japon>>. *Population* 48(2), pp. 443 – 472.

(V) الانتقال الديمغرافي في البلدان النامية

1- أمريكا اللاتينية و الكارييب

على غرار باقي أنحاء العالم، عرف سكان أمريكا اللاتينية و الكارييب مسار الانتقال الديمغرافي بتراجع قوي للوفيات انطلاقا من سنة 1930 نتيجة الحملات الأولى للصحة العمومية والتهئية في المدن الكبرى ولدى أغلبية السكان المهاجرين من أوروبا ليتضاعف بذلك أمل الحياة عند الولادة ما بين 1930-1960 ليصل إلى 60 سنة بعد ما كان 25 سنة في القرن 19م تحت وطأة الأمراض المعدية، ويمكن اعتبار هذه الانتقال كأحد أهم التغيرات الاجتماعية التي عرفت المنطقة خلال القرن الماضي لما له من تداعيات أبرزها الحاصلة على المستوى الهرم السكاني و بالمقابل فان أمريكا اللاتينية تختص بأربع نماذج كبرى¹:

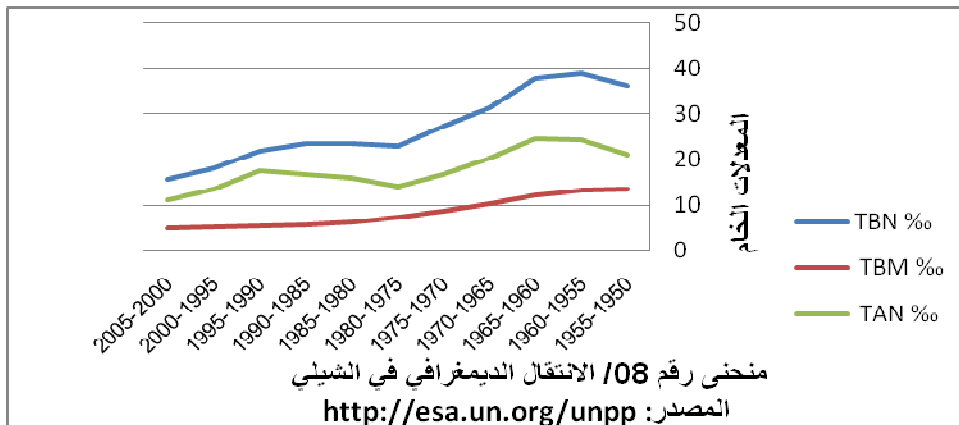
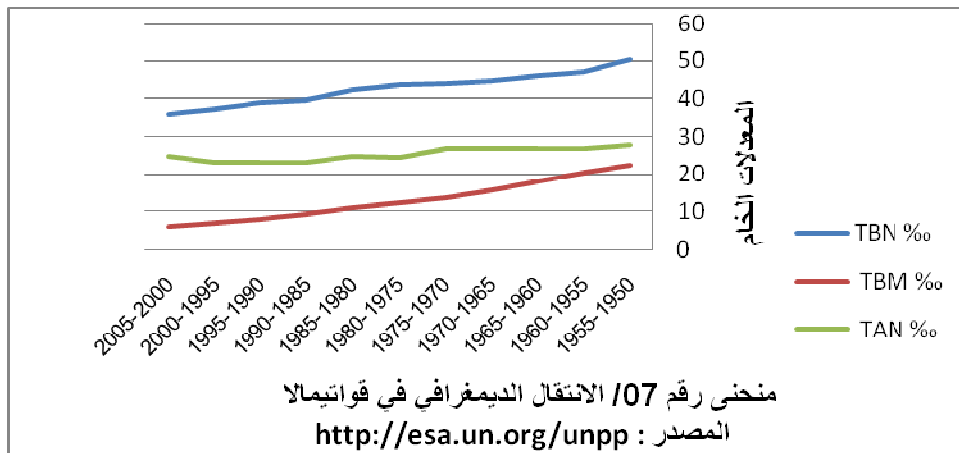
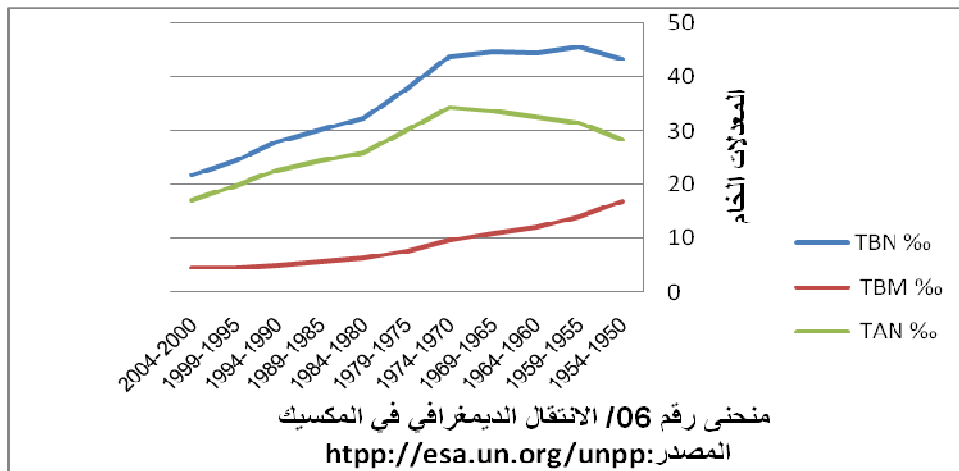
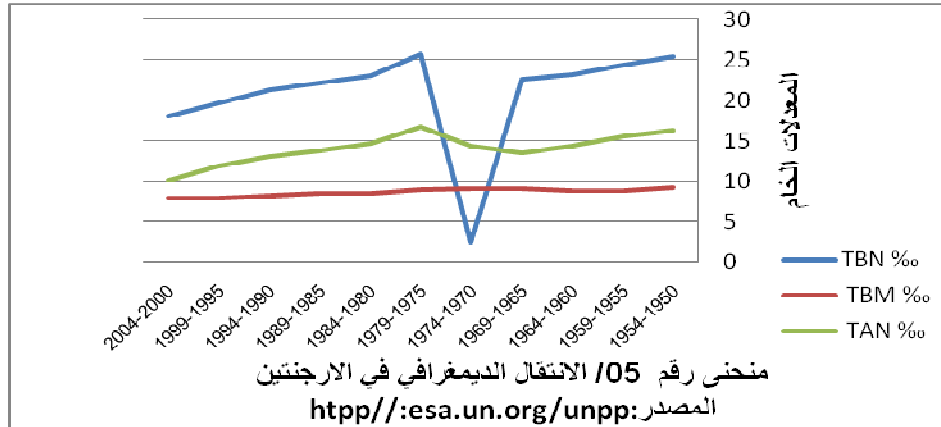
النموذج 1: ويضم كل من الأرجنتين والأورغواي اللتين عرفتا الانتقال مبكرا ومماثلا للنموذج الأوروبي، فترجع الخصوبة حصل خلال النصف الأول من القرن 20م وإبان سنوات 1950 فديمغرافية الأرجنتين عرفت تقلصا في مؤشرها التركيبي للخصوبة الذي انتقل من 6 إلى 3.2 طفل/ امرأة سنة 1947 أما الوفيات فقد تراجعت قبل 1960 لتسمح بتموقع معدل النمو الطبيعي ما فوق 1.5% في بداية القرن ذاته. كما مثلت الهجرة الأوروبية نحو الأرجنتين و الاورغواي أحد العوامل الهامة في الظهور المبكر لانتقال الخصوبة.

النموذج 2: و يشمل كل من قواتيبيمالا، الهندوراس، هايتي و بوليفيا أين عرفت فيهم انتقلا متأخرا وشديد البطئ ومعدلات نمو ثابتة حتى سنوات 1980، فالوفيات مثلا في هايتي مطلع سنوات 1960 كانت مرتفعة والمواليد لم تتراجع وبذلك نموا ضعيفا للسكان لم يتعدى 2% ليرتفع بداية 1980 بمعدلات تقارب 3% ثم ليعود سنوات 1990-1999 إلى المستويات التي كان عليها حقبة 1960.

النموذج 3: ويحوي كل من المكسيك، البرازيل، بيرو، كولومبيا، فينزولا، جمهورية الدومينيكا و جامايكا حيث عرف معدل النمو الطبيعي فيهم بين 1950-1960 قيما تقارب 3% أو تتعدها، فالمكسيك مثلا شهدت تراجعا متأخرا للخصوبة خلال النصف الثاني من سنوات 1960 وبعدها تسارعا نتيجة تطبيق السياسة الوطنية للتخطيط العائلي بحلول عام 1974.

النموذج 4: و تندرج تحت طيابة كل من الشيلي، ترينيتي وتوباغو حيث يمثلون حالة وسطية: مسارا مماثلا للانتقال الديمغرافي لمجموعة الدول السالفة و لكن انطلاقا من معدلات ضعيفة جدا.

¹ Guzman J- M., Rodriguez J. et all, (2006). << La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950 >>, Population, 61 (5-6), pp.623-734.



2- شمال إفريقيا و الشرق الأوسط

هذه المنطقة عرفت الانتقال الديمغرافي بصفة عامة سنوات 1950-1960 متبعة بذلك المنحى الكلاسيكي: في البداية كانت الوفيات مرتفعة جدا حيث قارب المعدل الخام للوفيات 25% و أمل الحياة عند الولادة 40 سنة لتتراجع بعدها تراجعاً سريعاً بينما المواليد التي كانت عالية جدا حوالي 50% ما يعادل 7-8 طفل/ امرأة تراجعت ببطء حتى بداية حقبة 1980 أين تسارعت وتيرة تراجعها وبذلك دخلت المنطقة في مرحلة تباطؤ النمو، وعند تحليل المنحى الكلاسيكي ما بين 1950-2005 لثمانية بلدان من المنطقة يمكن طرح خمسة نماذج¹.

أ/ النموذج التقليدي: و المنتمية إليه فلسطين و اليمن والمتميز بوفيات أعلى من 40% ونمو سريع أكبر من 3.2% سنوياً.

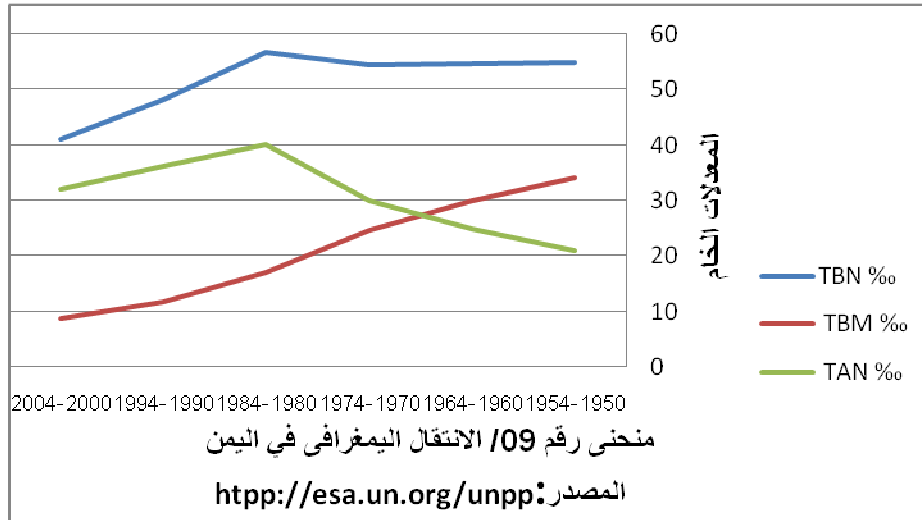
ب/ النموذج المبكر والبطيء: الذي عرفته مصر والعراق بمعدلات مواليد لا تزال حوالي 30% ونمو فاق 3.2 % سنوياً.

ج/ النموذج الكلاسيكي الغير مكتمل: حيث تراجعت خلاله المواليد منذ ما يقارب 25 سنة بطريقة تقريبا منتظمة و غير قابلة للرجوع و في مطلع سنة 2005 سجلت المواليد معدل حوالي 24 % وآخر للنمو حوالي 2 %.

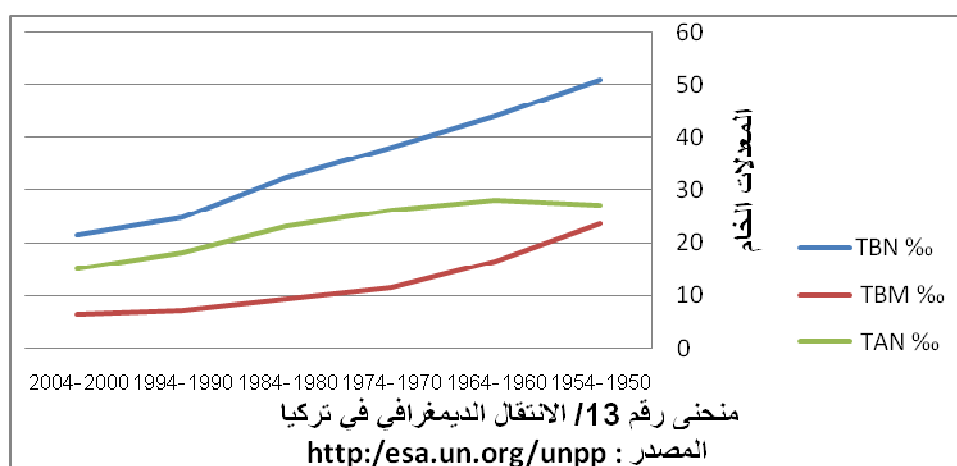
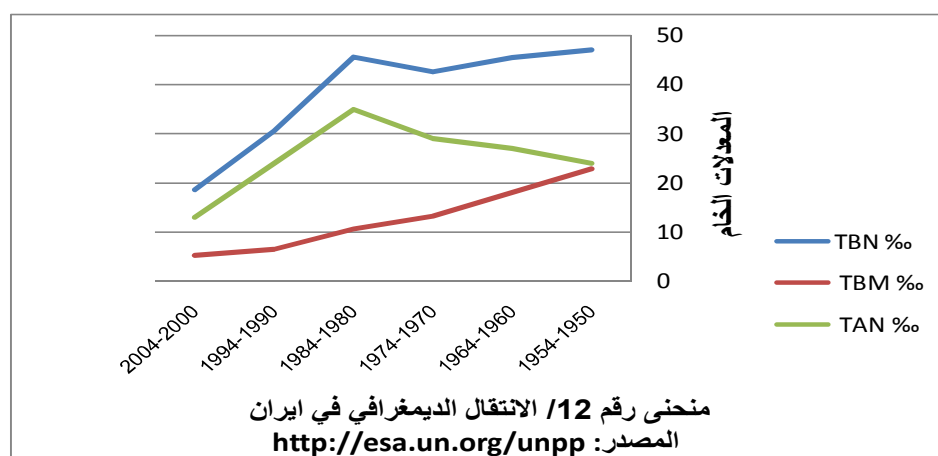
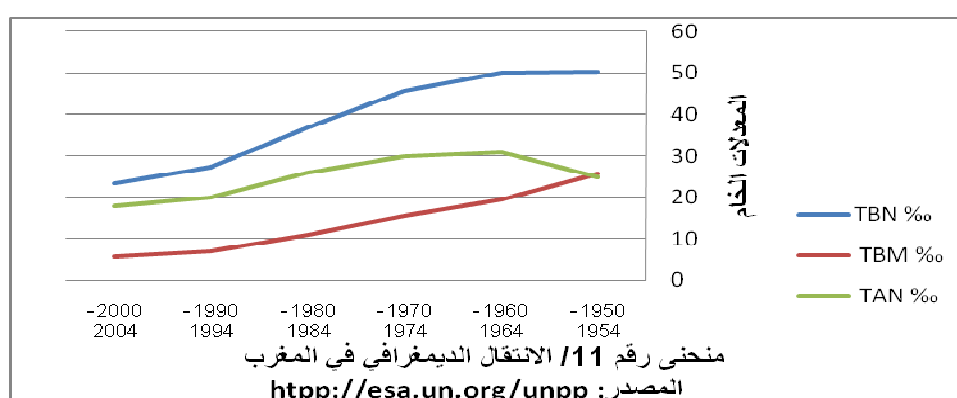
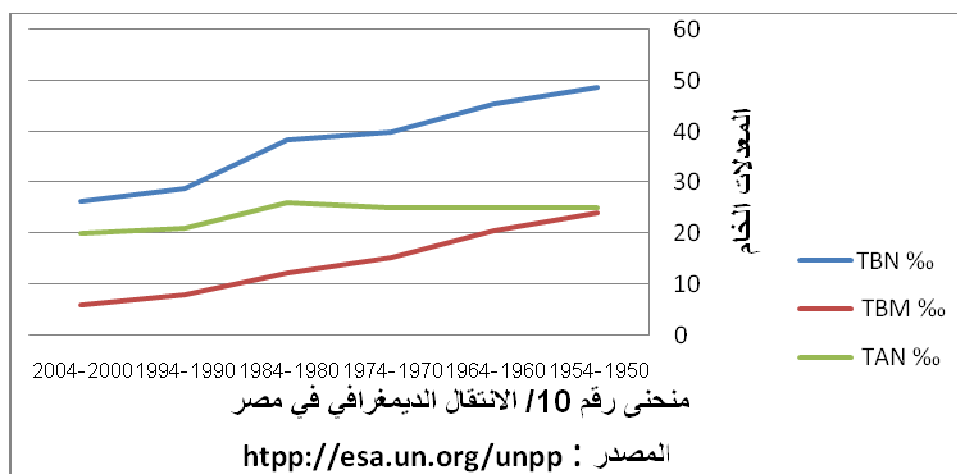
هذا النموذج يشمل كل من المغرب، الجزائر ليبيا عمان، سوريا و الأردن.

د/ النموذج المتأخر السريع: الذي عرفته إيران حيث انهارت فيه الخصوبة ما بين 1985-1990م بالإضافة إلى لبنان الذي سجلت أضعف نمو طبيعي في المنطقة 1.3 %.

هـ/ النموذج الشديد التقدم: الذي اختصت به تونس، لبنان، تركيا، إسرائيل و إمارات الخليج (البحرين، الإمارات العربية المتحدة، الكويت، قطر) حيث مواليدهم انخفضت ما دون 20 % والنمو تعدى 1 % سنوياً.



¹Tabutin D. et Schoumaker B, (2005). << La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique >>, Population, 60 (5-6), pp.611-724 .



3- إفريقيا الشبه الصحراوية:

عرفت بلدان إفريقيا الشبه الصحراوية الانتقال الديمغرافي ابتداء من منتصف القرن 20م حيث شهدت الوفيات تراجعاً ما بين 1950- 1990 أين انتقل خلالها أمل الحياة عند الولادة من 36.7 إلى 48.6 سنة. ولكن المفاجئ هو عودة ارتفاع هذه الوفيات مطلع القرن 21م تحت تأثير الأوبئة، الأمراض المعدية، السيدا، الأزمات الاقتصادية، الحروب الأهلية و الإبادة الجماعية للسكان، بالمقابل فإن المواليد شرعت في الانخفاض ابتداء من عشرية 1980 أين انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 6.7 طفل/امراة عام 1980 إلى 5.4 سنوات 2000- 2004.

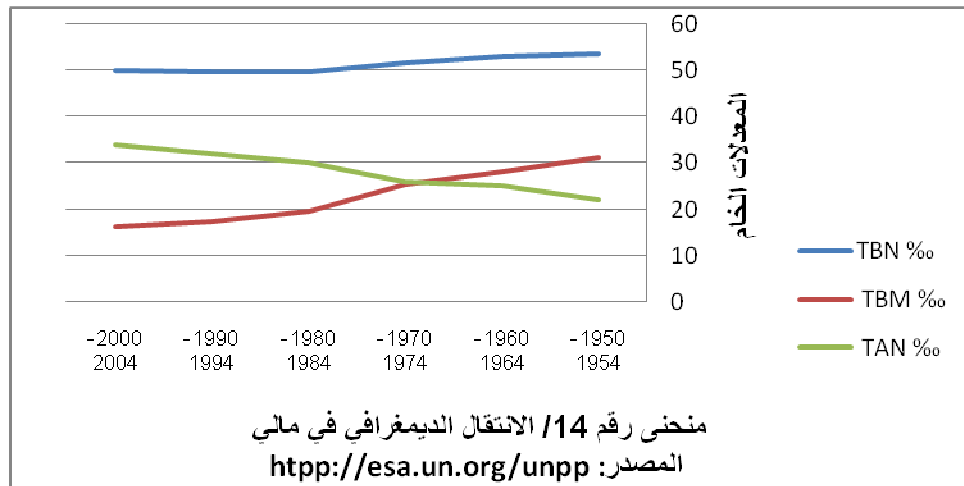
اليوم البلدان الإفريقية تختص بأربع نماذج من الانتقال الديمغرافي وهي¹.

أ/ **النموذج التقليدي:** و الموضح في حالة مالي، أين تراجعت خلاله الوفيات مع بقاء المواليد ثابتة في مستويات عالية حوالي 45- 50% .

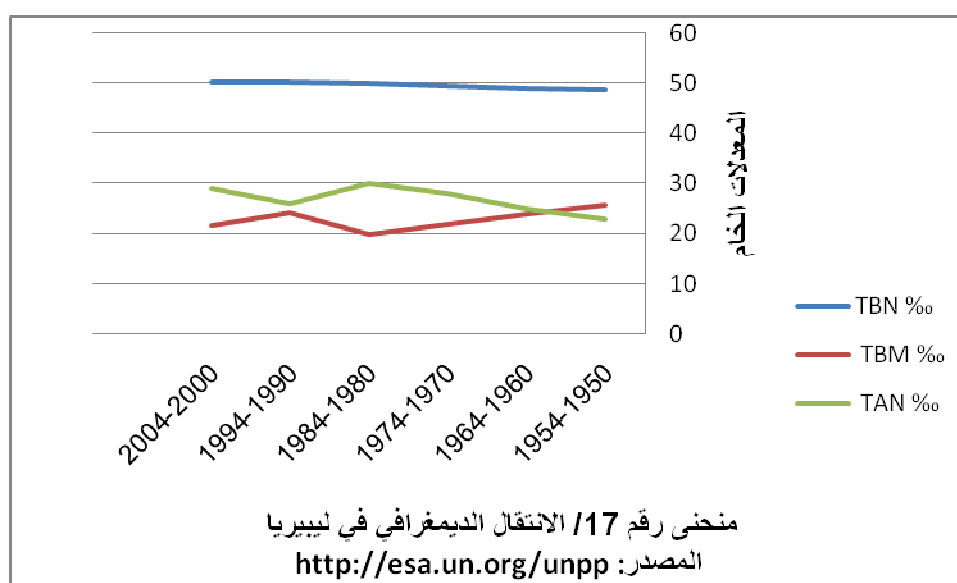
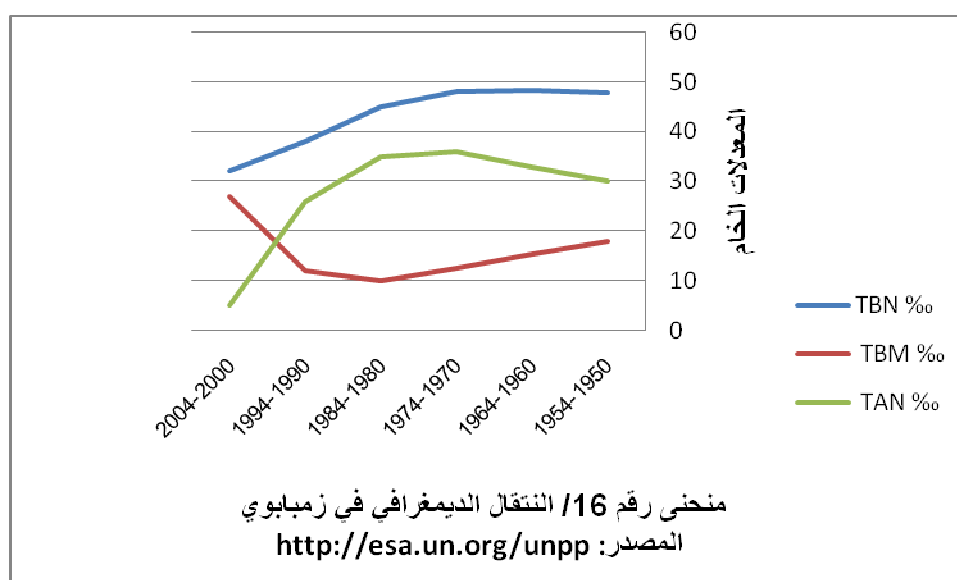
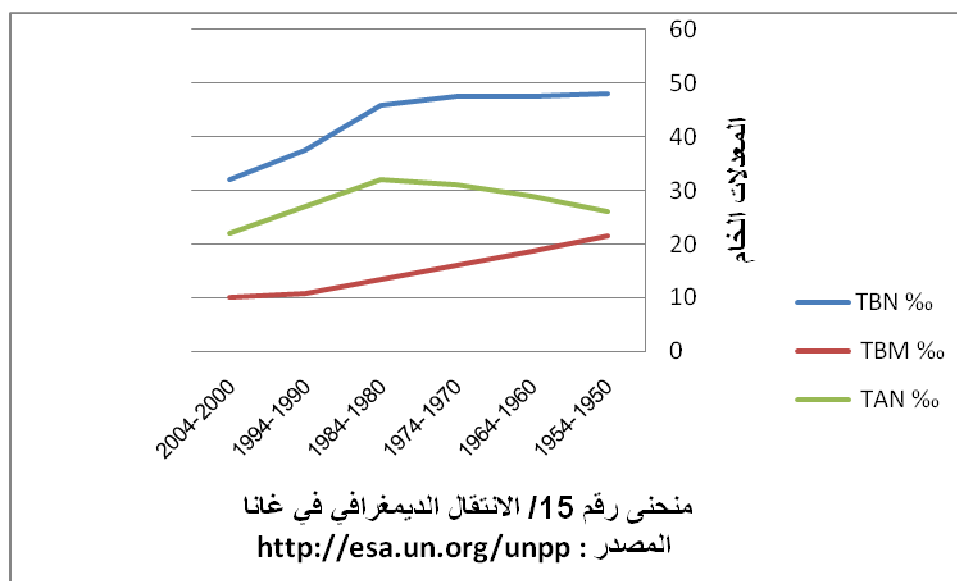
ب/ **النموذج الكلاسيكي للتغيرات:** الموضح في حالة غانا حيث انخفضت أثناءه الوفيات انخفاضاً منتظماً منذ 50 سنة والمواليد منذ 20 عاماً مع تباطؤ النمو الطبيعي و بقاءه في مستويات عالية.

ج/ **النموذج المضطرب بالسيدا:** والموضح في حالة زيمبابوي أين عرف المسار تكسراً فبعد انخفاض الوفيات والمواليد حتى حوالي سنوات 1990 استعادت الوفيات ارتفاعها مؤدية في بعض الأحيان إلى تناقص قوي في النمو.

د/ **النموذج المضطرب بالحروب:** و الموضح في حالة ليبيريا مع عودة المعدلات العالية للوفيات نتيجة الصراعات (سيراليون، الكونغو، بوروندي) أو الإبادة الجماعية للسكان (رواندا 1994).



¹ Tabutin D. et Schoumaker B, (2004). << La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique >>, Population, 59 (3-4), pp. 521-622.



(VI) أشكال الانتقال الديمغرافي

إن تحليل السلاسل الزمنية للنمو الطبيعي على المدى الطويل كشف بأن كل الدول قد عرفت التتابع في ثلاثة أطوار، طور زيادة النمو (أكثر سرعة مقارنة بتراجع الوفيات)، طور الثبوت في القمة (ثبوت النمو في مستوى أقصى) و أخير طور انخفاض النمو ومرده إلى انخفاض الوفيات ولكن خلال فترات وأنماط متباينة. انطلاقا من أشكال النمو الطبيعي لما يقارب 60 بلد (28 متقدم و 30 بلد في طريقة النمو) قسم جون كلود شيسني (CHESNAIS J-C)¹ الانتقال إلى عدة أنواع:

1- البلدان الأوروبية المتقدمة (النوع 1): وهي البلدان التي يمكن تمييزها بخاصيتين:

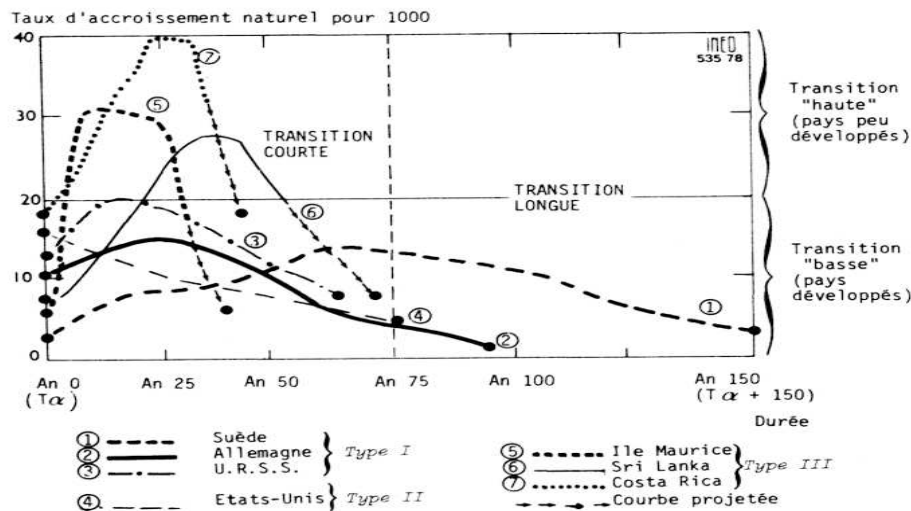
المستويات العليا من النمو الطبيعي بمعدلات دائما أقل من 2 % في السنة وانتقال ديمغرافي طويل جدا زمنيا (من 75 حتى 200 سنة) وعند دراسة هذه الدول بمعزل عن حالة فرنسا (شكل مستو) وإيرلندا (شكل U) فإنه يمكن تقسيمها إلى :
أ/ النموذج الشمالي الذي يتصف بانتقال طويل جدا زمنيا (ما يقارب 150 سنة) ونمو أقصى ما بين 1870 و 1880م.
ب/ النموذج الغربي الذي يمتاز بانتقال ديمغرافي طويل زمنيا (حوالي 100 سنة) مع نمو أقصى حوالي سنوات 1900
ج/ النموذج الجنوبي الذي يختص بانتقال أقل طولا زمنيا و نمو أقصى ما بعد سنوات 1900 وفي الذروة أحيانا.

2- البلدان السائرة في طريق النمو (النوع 3): وهي البلدان التي تتسم بالقمة الثابتة في النمو الأقصى والأكبر

دائما من 2% سنويا (أحيانا يصل إلى 4%) ومدة الانتقال قصيرة نسبيا (40-80 سنة).

3- ما بين هاذين النوعين يتموقع النوع الوسيط (النوع 2): الخاص بأكبر البلدان المستقطبة للمهاجرين

(الولايات المتحدة الأمريكية، كندا، أستراليا، زيلندا الجديدة، الأرجنتين و الأورغواي).



منحنى رقم 18/ الأشكال الرئيسية للانتقال الديمغرافي

Chesnais J-C, (1986) . << L'effet multiplicatif de la transition démographique >>, Population, 34(6), pp.1138 – 1144.

/المصدر/

¹ Chesnais J-C, (1986) << La transition démographique : étapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. Présentation d'un Cahier de l'INED >>, Population, 41(6), pp. 1059 – 1070.

الخاتمة

إن نموذج الانتقال الديمغرافي هو النموذج الذي يصف عمليا تراجع الوفيات و الخصوبة من مستويات عليا إلى أخرى متدنية وذلك في إطار التنمية الاقتصادية و الاجتماعية. هذا المسار الذي بدأ منذ أكثر من 150 سنة في البلدان المتقدمة و قد استكملت كل مراحله، أما البلدان المتخلفة فقد عرفتة بإطلاقه متأخرة فمنها من إستكملتة كحالة إفريقيا الشمالية ومنها من بقيت في مراحله الأولى نتيجة الأوبئة، الحروب وظاهرة الخصوبة العالية الاستدراكية كحالة إفريقيا ما دون الصحراء.

الفصل الثالث

نموذج الانتقال الوبائي

المقدمة:

عديدة هي الأفكار التي أراد من خلالها الديمغرافيين تفسير المسار التاريخي للانتقال الديمغرافي بمركباته الخصوبة والوفيات هاتين الآخريتين التي وجدت كل واحدة منها أسبابها في التحولات الاقتصادية، الاجتماعية والسياسية. هذه التطورات ساهمت في تراجع بعض الأمراض و غيرت الوضعية الوبائية للسكان بتراجع الأمراض المعدية، إطالة أمل الحياة عند الولادة و كثافة الوفيات في الأعمار المتقدمة ومن هذه الزاوية كانت الاسبقية في التنظير لعبدل عمران¹ (Abdel Omran) سنة 1971 الذي حاول تفسير التغير السكاني في مقاربة وبائية و كانت النظرية على حد قوله مبنية على أن الانتقال الوبائي يرافق الانتقال الديمغرافي مرحلة بمرحلة فأثناء تراجع الوفيات و الخصوبة هناك تغير في نموذج الأمراض و في أسباب الوفيات و الكل في إطار مسار تنمية المجتمع .

(I) مراحل نموذج الانتقال الوبائي:

لقد قسم عمران الانتقال الوبائي إلى ثلاثة مراحل أو أعمار و هي :

1- مرحلة الطاعون و المجاعات : L'âge de la peste et de la famine

حيث تمومت خلال هذه المراحل معدلات الوفيات في مستويات عالية جدا بين الذروة و المنخفضات ردا على الأوبئة مما حال دون النمو السكاني المتواصل و شكلت أثناءه الأنفلونزا، أمراض الرئة، الإسهال، الجدري و داء السل الأسباب الرئيسية للوفاة والتي مست خاصة فئة الرضع، الأطفال و النساء، أما أمل الحياة عند الولادة فقد كان متذبذبا و منخفضا ما بين 20 و 40 سنة.

2- مرحلة انحسار الأوبئة : l'âge du recul des pandémies

عرفت هذه المرحلة الاختفاء في تذبذب الوفيات نتيجة التحسن في المرافق الصحية ومستويات المعيشة وبعجل معدل الانخفاض كلما قلت أو اختفت ذروة الأوبئة، كما ازداد أمل الحياة عند الولادة من 30 إلى حوالي 50 سنة و بدأ النمو السكاني في التغير آخذا شكل منحني أسّي.

3- مرحلة الأمراض التنكسية و الأمراض التي هي من صنع الإنسان

: L'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société

أثناءه تستمر الوفيات في التراجع لتستقر في نهاية المطاف في مستوى ضعيف كما تعتبر الأمراض التنكسية و المزمنة كأمراض القلب، السرطان والحوادث الشريانية الدماغية الأسباب الرئيسية لوفاة السكان خاصة لذوي الأعمار المتقدمة. أثناء هذه المرحلة فإن أمل الحياة المتوسط عند الولادة قد ارتفع تدريجيا حتى تعدى 50 سنة كما تصبح الخصوبة العامل الحاسم في النمو السكاني.

¹ 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.

- في سنة 1986 تم اقتراح المرحلة الرابعة من نموذج الانتقال الوبائي من طرف أولشانسكي وأولت¹ (Olshansky Jay et Brian Ault) بعد دراستهما لجدول الحياة و استخلاصهما للارتفاع الغير متقطع في أمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافا لما أتى به عمران و هو ما أطلقا عليه بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكسية (L'âge retardé des maladies dégénératives) و التي تمتاز بالخصائص التالية.

- 1- تراجع سريع في معدل الوفيات التي تتمركز معظمها في الأعمار المتقدمة و التي تحدث تقريبا بنفس الوتيرة عند الذكور و الإناث.
- 2- التركيبة العمرية للوفيات حسب السبب مازالت إلى حد كبير نفسها كما هو الحال في المرحلة الثالثة لعمران إلا أن التوزيع العمري للوفيات نتيجة الأمراض التنكسية قد انتقل تدريجيا في اتجاه كبار السن.
- 3- التحسينات السريعة نسبيا في البقاء على قيد الحياة قد تركزت عند السكان ذو الأعمار المتقدمة، و أثناء هذه المرحلة فإن الأسباب التنكسية الرئيسية للوفاة التي سادت خلال المرحلة الثالثة لعمران تبقى هي نفسها خلال المرحلة الرابعة المؤدية للوفاة إلا أن خطر الموت نتيجة هذه الأمراض قد توزع من جديد عند كبار السن.

- في سنة 2000 قام جاك فلان و فرنس مسلي² (Vallin Jacques et Meslé France) بدراسة تغيرات أسباب و أعمار الوفيات في فرنسا ابتداء من سنة 1925 وذلك بتقدير دور التغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة و أقرأ بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة التي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية و ارتفاع الأمراض المزمنة و نهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب و الأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في رفع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية و هو ما أطلق عليه الباحثين بثورة القلب و الأوعية الدموية (La révolution cardiovasculaire).

- في مقال له سنة 2001 اقترح جون ماري روبين³ (Jean-Marie Robine) إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل الانتقال الوبائي من خلال دراسته لتطور تشتت أمل الحياة في فرنسا و قد أقر بوجود ثلاث مراحل.

الأولى وهي مرحلة الطاعون و الأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و 19م.

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، أمريكا الشمالية واليابان.

¹ 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.

² Meslé, F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, pp. 1161-1171.

³ 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.

أما الثالثة فقد دمج فيها روبين عمر الأمراض التنكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان لعمران مع عمر انحصار الأمراض التنكسية لاولشانسكي وأولت و مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية لفلان ومسلي لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة غزو مدى الحياة (L'âge de la conquête de l'étendue de la vie) نظرا لصعوبة التفصيل وتاريخ المرور بين المراحل التي شملها 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 للانتقال الصحي¹ وأشار بأن هذا النموذج يتكون من تتابع ثلاثة مراحل: الأولى و التي تشمل كل مراحل الانتقال الوبائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساسا إلى انهيار الأمراض المعدية و ارتفاع مثيلتها المزمنة. الثانية و هي مرحلة ثورة القلب و أوعية الدموية حيث تحدث أين يرتفع أمل الحياة نتيجة تراجع لأمراض القلب و الأوعية الدموية. وأخيرا مرحلة بطئ الشيخوخة.

¹ 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>.

(II) التفاعل بين الانتقال الديمغرافي و الانتقال الوبائي:

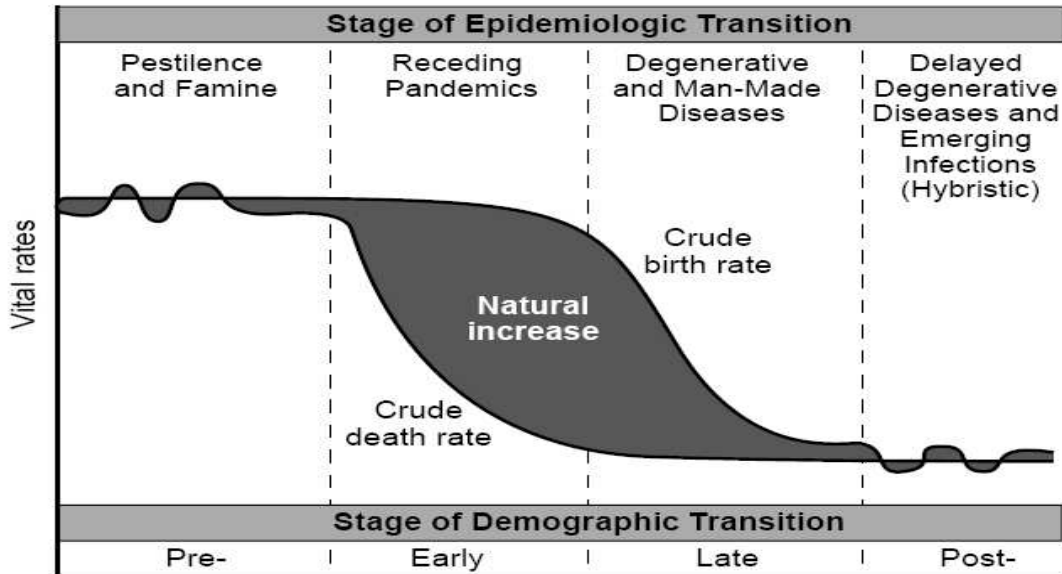
خلال مرحلة الطاعون و المجاعات فإن أهم الأسباب المؤدية للوفيات هي موجات الأوبئة، الإسهال، أمراض النقص الغذائي خاصة لدى الأطفال و الأمهات ، داء السل و الجذري بالإضافة إلى النسب الضعيفة من أمراض القلب، هذه الوضعية ترجمت في المرحلة الأولى من الانتقال الديمغرافي بالارتفاع الشديد في معدل الوفيات ما بين 30- 50 % مع وجود تذبذبات نتيجة لهذه الأوبئة القاتلة و المجاعات، و بالمثل فقد كانت الخصوبة مرتفعة بمعدل فاق أو يساوي 40 % وهذا بغية استدراك وفيات الأطفال على الخصوص.

المرحلة الثانية من الانتقال الوبائي عرفت انحصار الأوبئة مع بقاء الأمراض المعدية سببا رئيسيا في الوفاة كداء السل عند النساء و الجذري لدى الأطفال، هذا التحسن ترجم ديمغرافيا ببداية تراجع الوفيات مع اختفاء التذبذبات نتيجة اختفاء الأوبئة مع بقاء الخصوبة عالية لاستدراك الوفيات.

أثناء عمر الأمراض التنكسية و التي هي من ضع الإنسان فان جل الأمراض المعدية و الناجمة عن النقص الغذائي قد تراجعت تاركة مكانها للأمراض المزمنة، ما جعل الوفيات تستمر في التراجع خاصة لدى الأطفال و هو ما أثر بطريقة مباشرة في بداية تراجع الخصوبة.

خلال مرحلة تأخر سن الأمراض التنكسية فإن الأسباب الرئيسية للموت هي أمراض القلب، السرطان، الحوادث الشريانية الدماغية مع عودة بعض الأمراض المعدية المميتة كداء السيدا و هو ما ترجم في المرحلة الرابعة من الانتقال الديمغرافي بوفيات متدنية و متذبذبة بالإضافة إلى التراجع المستمر للخصوبة.

Demographic/Epidemiologic Transition Framework



منحنى رقم 19 / العلاقة بين الانتقال الديمغرافي و الوبائي

(III) الانتقال الوبائي في الدول المتقدمة:

1- الدول الأوروبية: التقارب و التباعد في أمل الحياة.

خلال نصف قرن و ابتداء من سنة 1950 إلى غاية 1995 فإن الخريطة الأوروبية لأمل الحياة قد تغيرت كلياً¹. فلقد شهدت أوروبا مطلع 1950 تحسناً ملحوظاً في أمل حياتها عند الولادات بل وتداركت الدول الجنوبية والشرقية منها الفارق الذي قدر على الأقل بعشرين سنة مقارنة بأوروبا الشمال الغربية ولكن بقدوم منتصف عشرية 1960 تغير هذا الاتجاه نتيجة الأزمة الصحية التي ألمت بدول أوروبا الشرقية و الوسطى التي كانت تحت لواء النظام السوفياتي وأدت إلى كبح هذا التطور بل وفي بعض الأحيان تراجع أمل الحياة خاصة عند الرجل.

فمجموعة دول أوروبا الشمالية التي شهدت أثناءها كل من النرويج، السويد، الدنمارك وإسlanda التقارب في تطور أمل الحياة بعد الحرب العالمية الثانية من مستويات انطلاقه تراوحت ما بين 65-70 سنة عند الرجال نظير 70-75 سنة عند النساء إلا أن الدنمارك شهد الركود مع مطلع عشرية 1980 وعدم تعديده سنة 2005 معدل 80 سنة² كمتوسط أمل الحياة عند الولادة، أما فلندا فقد تداركت تأخرها الذي فاق عشرة سنوات مقارنة بدول هذه المجموعة ليستقر أمل حياتها عند الولادة عند 75 سنة عند الرجال و 82 سنة عند النساء³.

- أما المجموعة دول أوروبا الوسط غربية فقد امتازت بالزيادة و التقارب في منحنى تطور أمل الحياة الذي تعدى متوسطه 78 سنة بحلول 2005⁴ في كل من ألمانيا، لوكسنبورق و النمسا مع تحسن طفيف في سويسرا الذي فاق 80 سنة بنفس التاريخ.

- مجموعة دول أوروبا الشمال غربية المتكونة من فرنسا، بلجيكا، المملكة المتحدة و إيرلندا فقد عرفت التطابق في منحنى تطور أمل الحياة بتدرج سريع إبان سنوات 1950 متبوعاً بالتباطؤ خلال عشرية 1960 ثم مرحلة جديدة من التطورات مع مطلع 1970 ولتسجل فرنسا في سنة 2005 أعلى معدل في المنطقة و المقدر بحوالي 84 سنة.

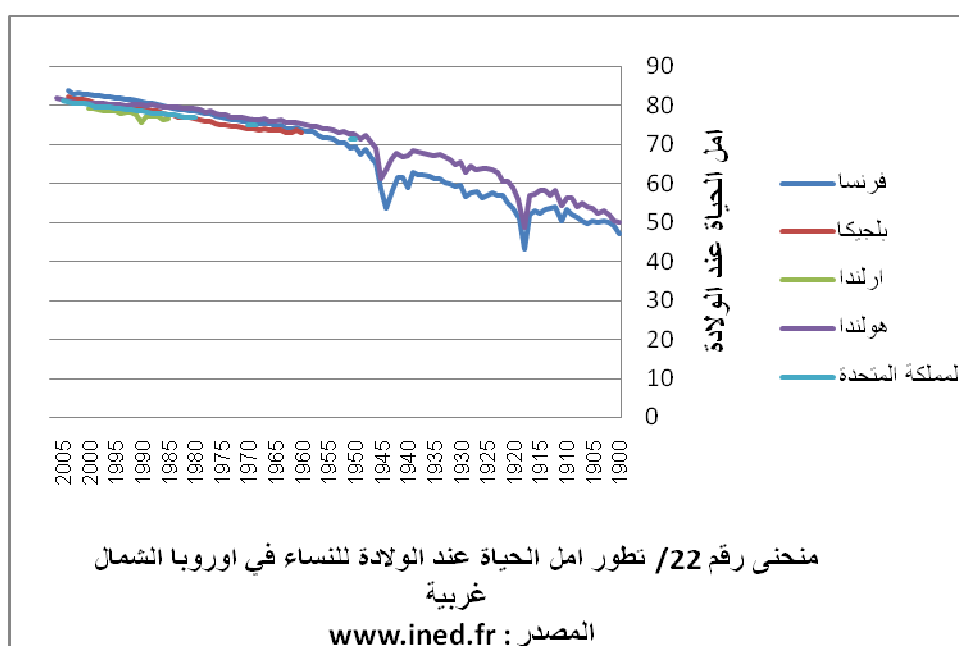
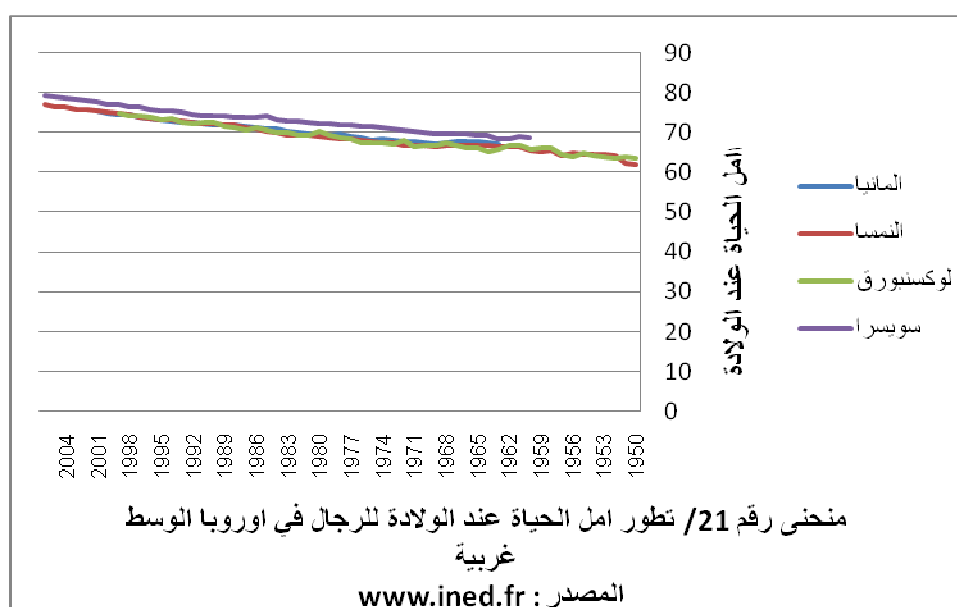
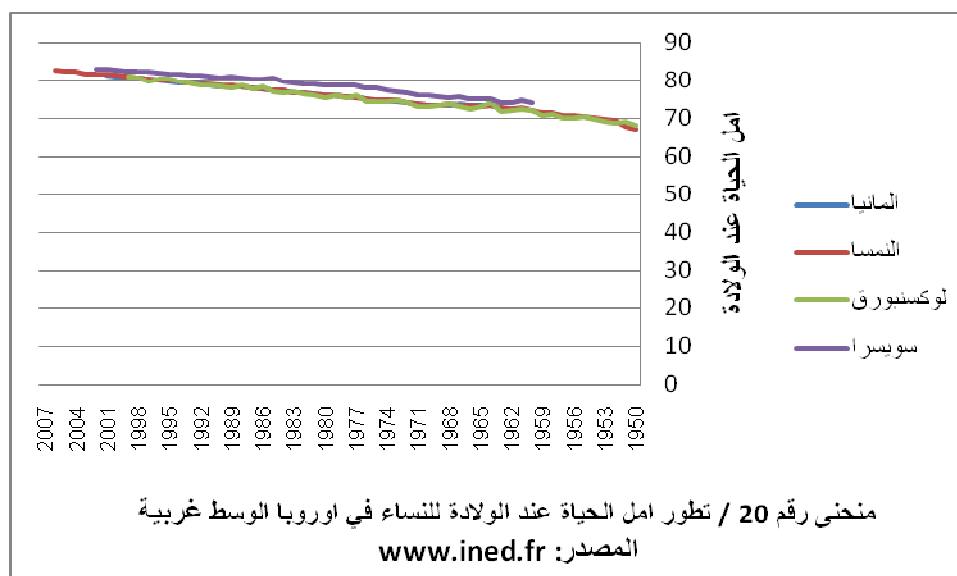
- أما إيطاليا، إسبانيا، اليونان، مالطا و البرتغال التي تشكل أوروبا الغربية فقد تداركت تأخرها مقارنة بالبلدان الشمالية و الغربية من مستوى 60 سنة عند النساء وما بين 50-55 سنة لدى الرجال بعد الحرب العالمية الثانية ليتعدى في المتوسط عتبة 80 سنة لدى النساء و 75 سنة لدى الرجال بحلول سنة 2005.

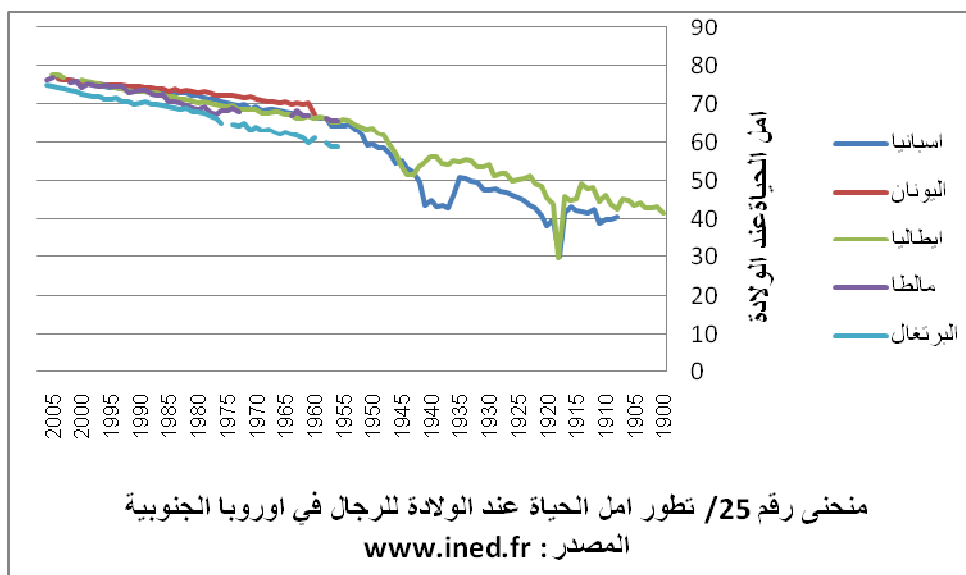
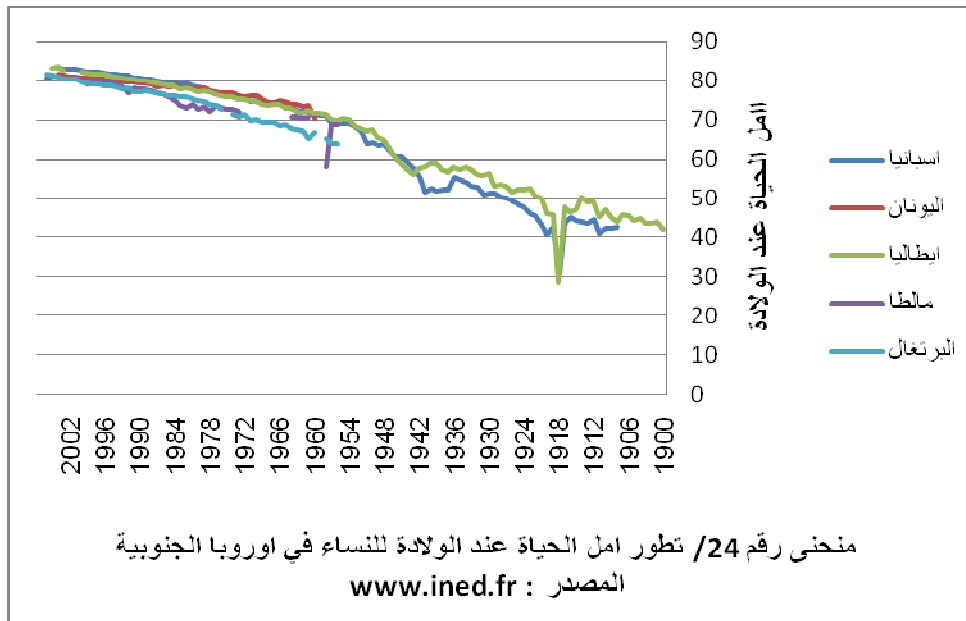
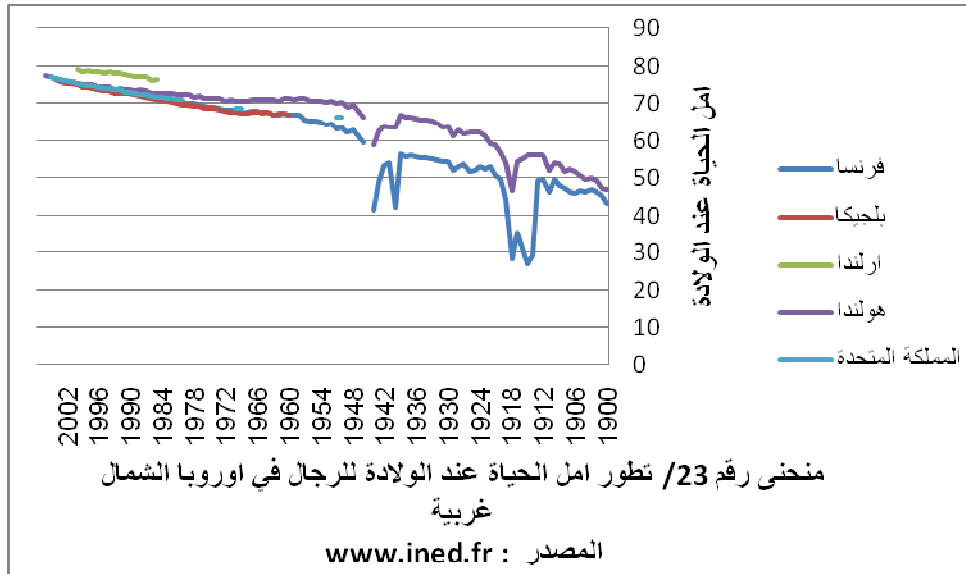
¹ Vallin J, Meslé F, (2001). « Évolution de la mortalité en Europe depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès », in *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*, p. 33-188, Strasbourg, éditions du Conseil de l'Europe, 344 p. (Études démographiques n° 36).

² Pison G, (2005). « Tous les pays du monde Population et Sociétés », n° 414, INED, Paris, France.

³ Pison G, (2005). « Tous les pays du monde Population et Sociétés », n° 414, INED, Paris, France.

⁴ Pison G, (2005). « Tous les pays du monde Population et Sociétés », n° 414, INED, Paris, France.

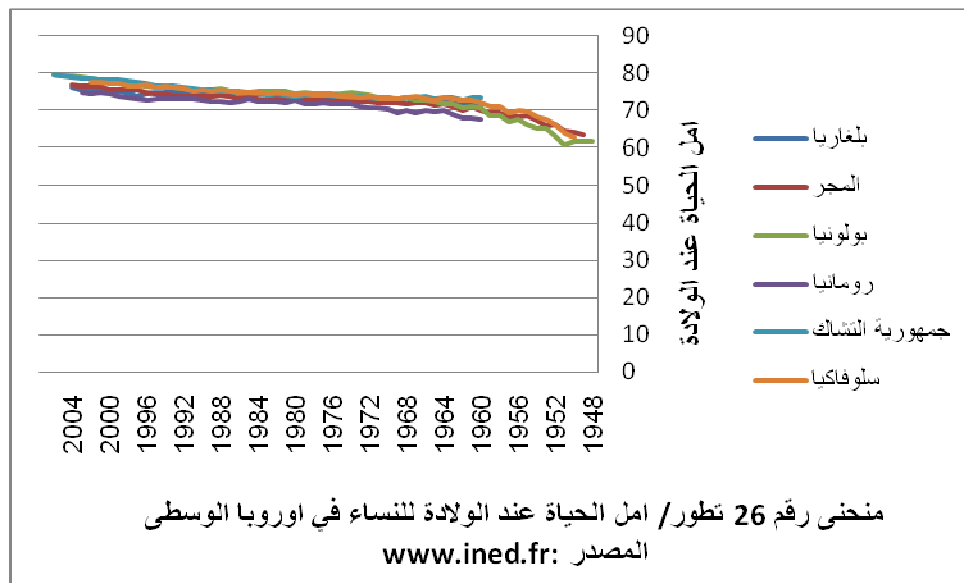




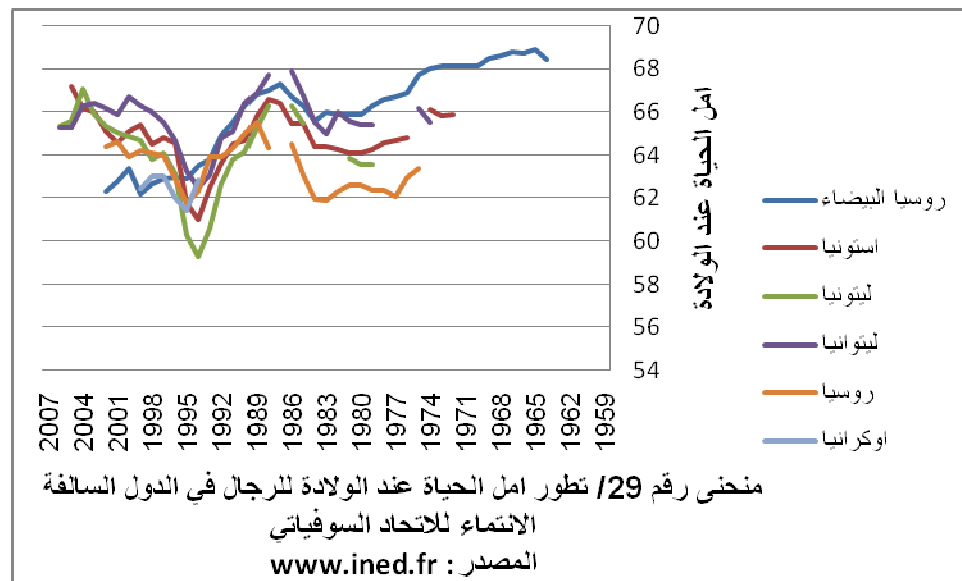
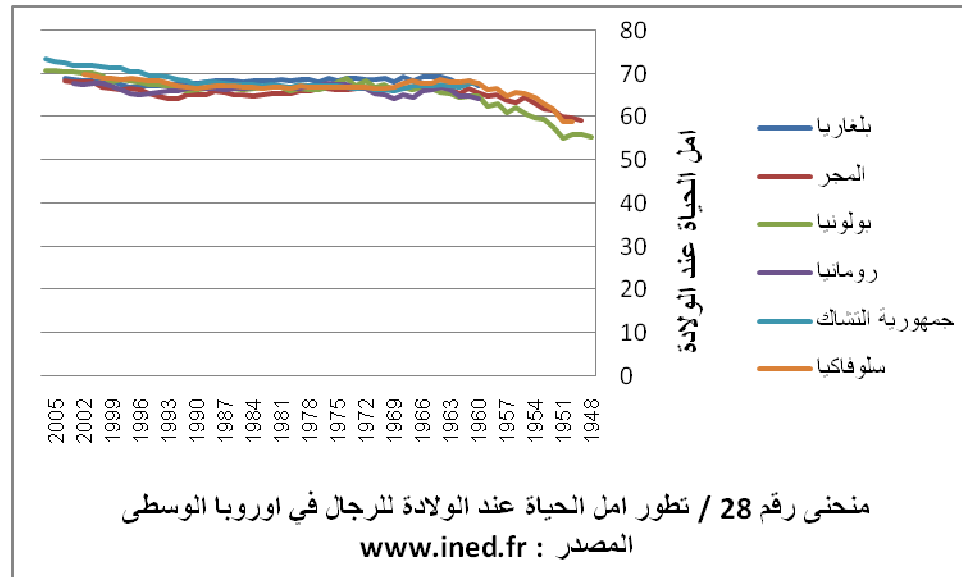
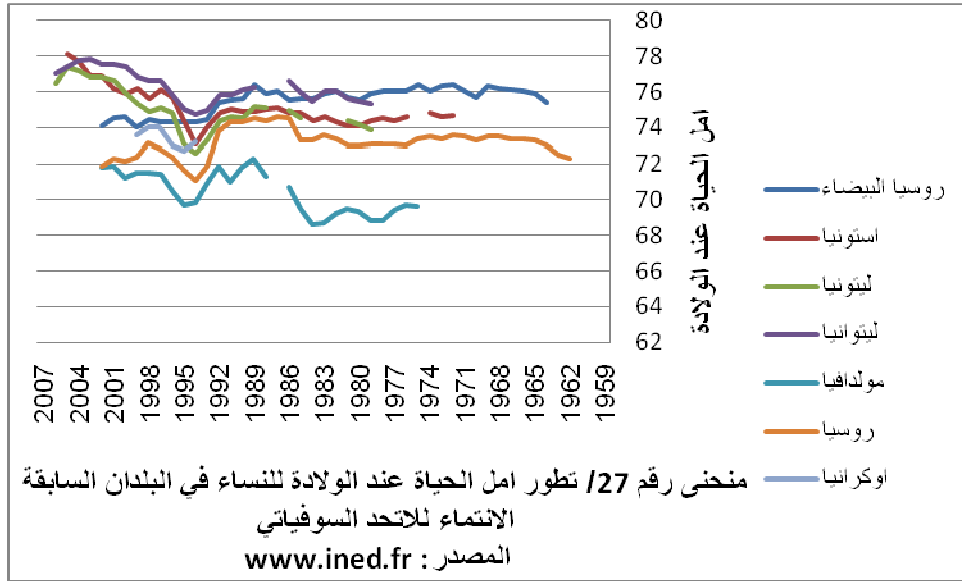
إذا كانت دول أوروبا الشرقية بقيت بمعزل عن كبرى التطورات التي حصلت ابتداء من سنوات 1970 في جل الدول الصناعية فإن الأزمة الصحية التي ألمت بهذه الدول قد أخذت أشكالاً مختلفة سواء في أوروبا الوسطى أو في الدول السالفة الانتماء للإتحاد السوفياتي، وتجدر الإشارة إلى وجود اختلافان يميزان أوروبا الوسطى مقارنة بدول الإتحاد السوفياتي¹:

الأول: ابتداء من سنة 1965، التدهور العام للوضع كان أقل ملاحظة في المنطقة الأولى مقارنة بالثانية على التوالي و كما هو موضح في المنحنيات الأربعة الآتية فإن أمل الحياة للرجال في أوروبا الوسطى قد توقف أو تراجع قليلاً بينما عند النساء فقد عرف التطور البطيء و بمقابل ذلك فإن أمل الحياة للدول السالفة الانتماء للإتحاد السوفياتي قد تراجع بقوة عند الرجال و توقف عند النساء.

ثانياً: تطور أمل الحياة في دول الاتحاد السوفياتي قد تغير فجأة و ذلك ابتداء من سنة 1985 بتذبذبات قوية ناجمة عن حملة مكافحة الكحول التي أطلقها الرئيس ميكايل غوربا تشوف والتي أحدثت ارتفاعاً خافياً خاصة عند الرجال غاية 1987 أين حدثت الانتكاسة بسبب الارتخاء في المتابعة الذي توبع بتصاعد الإتحاد السوفياتي والمرور بالمباغت والسوء التسيير نحو اقتصاد السوق.



¹ 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.



IV) الانتقال الوبائي في إفريقيا:

إذا تتبعنا تطورات أمل الحياة في إفريقيا منذ مطلع سنوات 1950 فإنه يلاحظ جلّيا غياب التجانس في معظم المنحنيات¹، فقط دول إفريقيا الشمالية التي شهدت ارتفاعا قويا في معدل أمل الحياة عند الولادة من مستويات انطلاقه قاربت 45 سنة لتتعدى 70 سنة ما بين 1950 و 2000 و لتقلص بذلك تأخرها مقارنة بالدول المتقدمة.

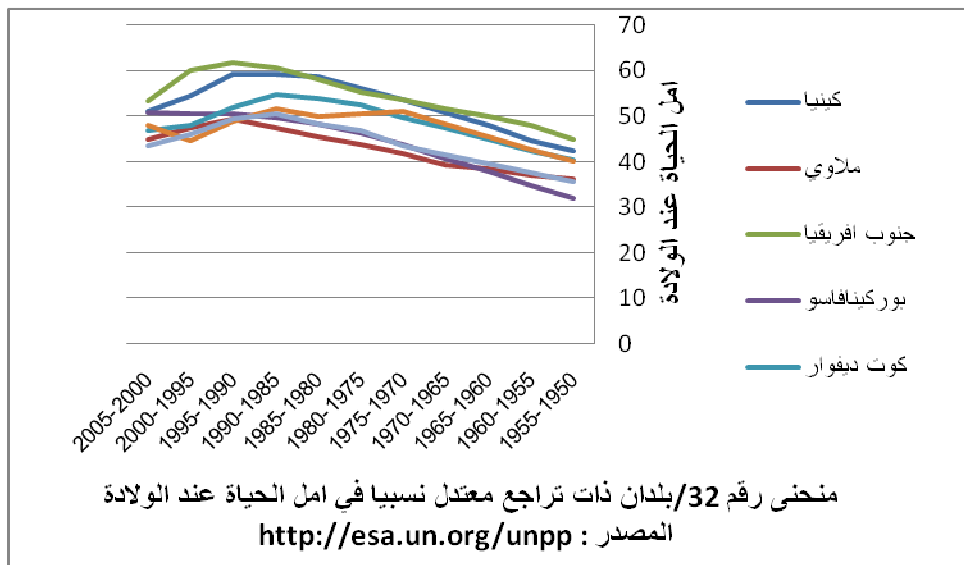
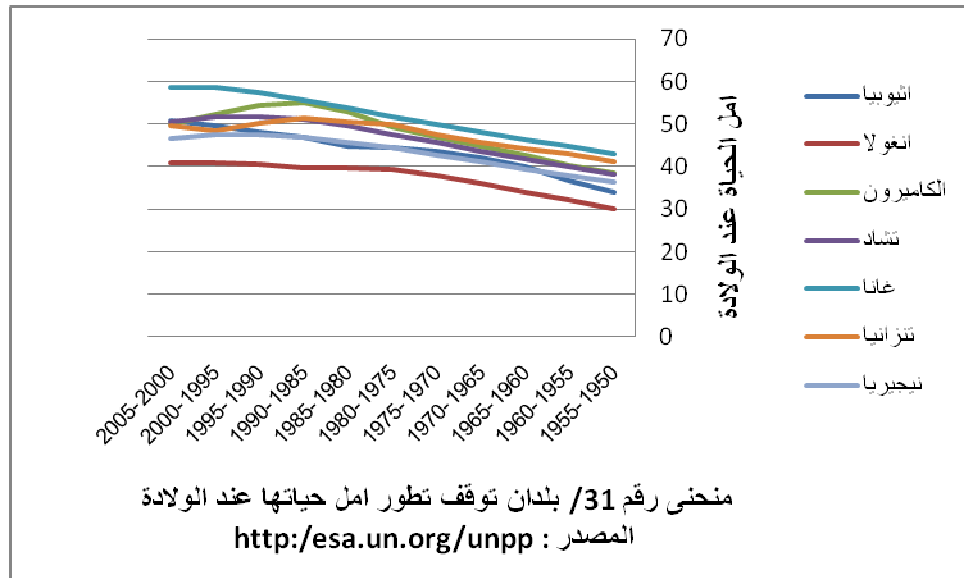
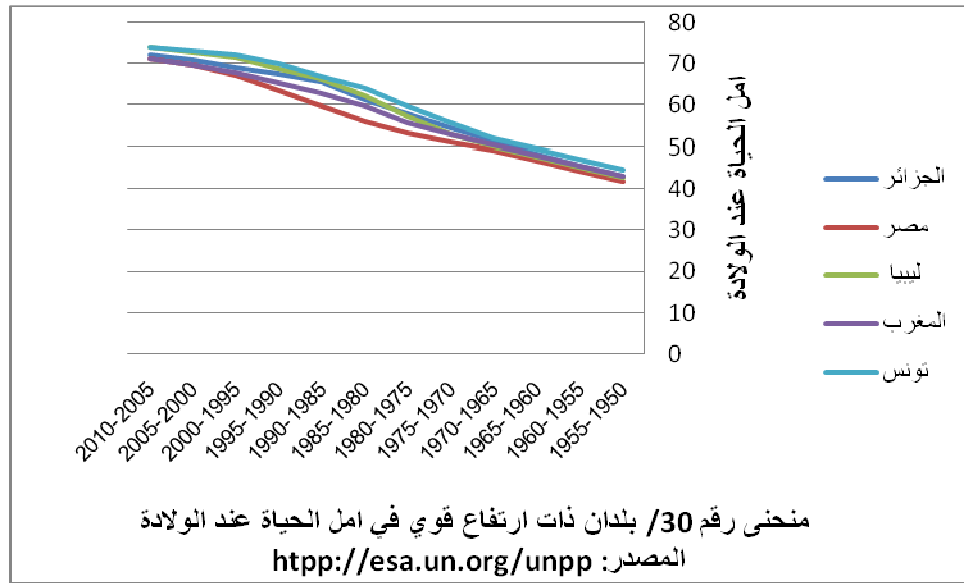
- أما دول إفريقيا الشبه الصحراوية فإنها لم تستطع تتبع نفس التطور الذي سلكته دول إفريقيا الشمالية بعدما كان أمل حياتها عند الولادة يساوي أو يفوق أمل حياة هذه المنطقة الأخيرة سنوات 1950، كما تجدر الإشارة فإن بلدان إفريقيا الشبه الصحراوية تمتاز بخاصية عدم التجانس في تطورها فمثلا السودان، السنغال و مالي لهم مستوى انطلاقة منخفض بعد الحرب العالمية الثانية من 35 سنة ليصل إلى معدل 50 سنة مع مطلع القرن الجديد أما النيجر و غينيا فقد تطورتا تطورا منتظما على مدى كل المرحلة و لكن بوتيرة بطيئة جدا.

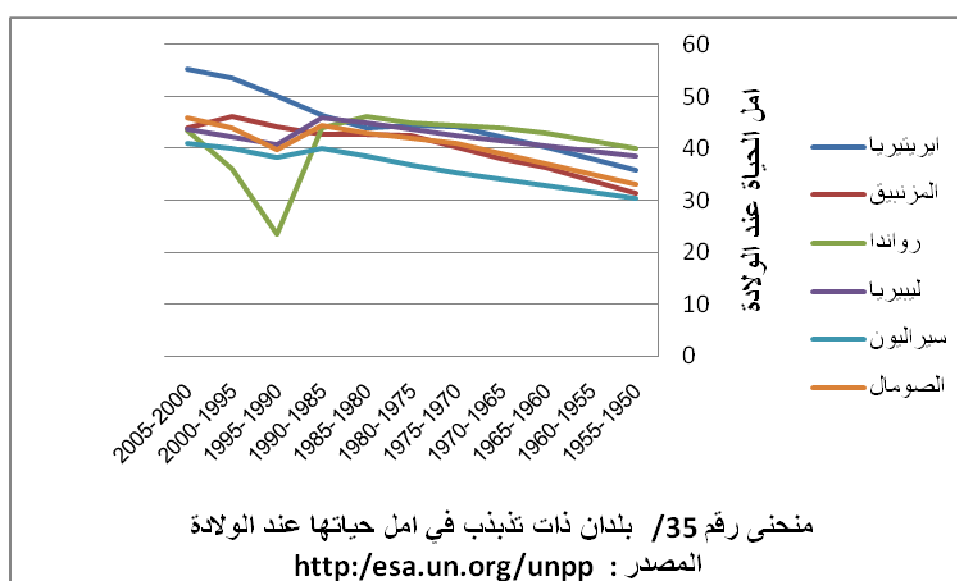
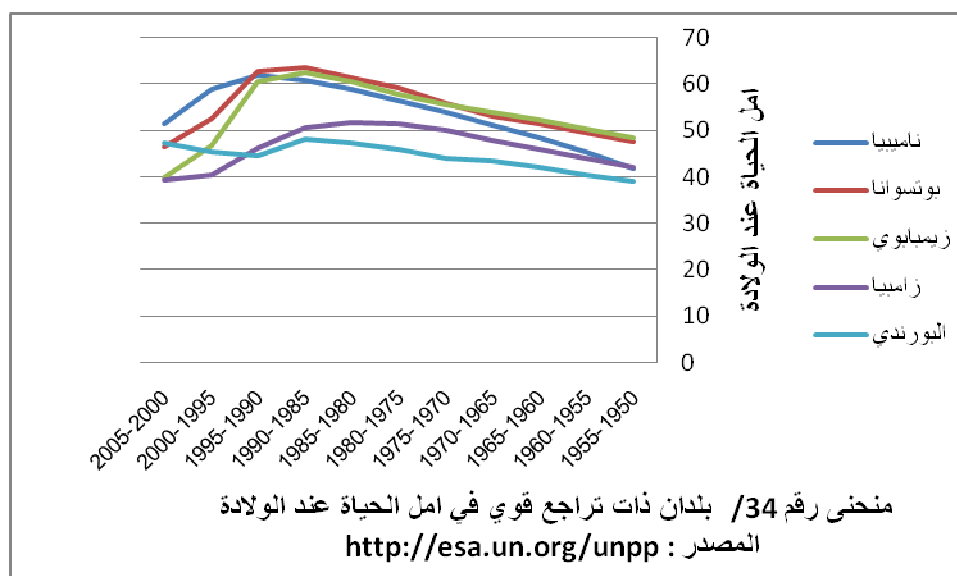
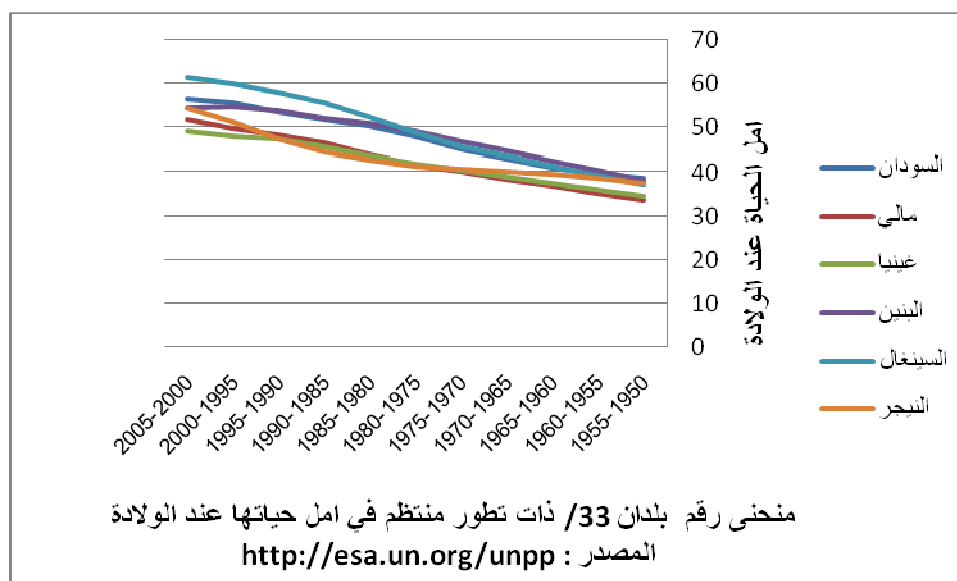
- ثلة أخرى من الدول عرف أمل حياتها الانطلاقة من مستويات متدنية ما بين 30- 40 سنة لتشهد نهاية سنوات 1980 الثبوت كحالة غانا، تشاد، و نيجريا أو التراجع الطفيف كالكامرون، إثيوبيا و تنزانيا.

- دول أخرى من القارة الإفريقية اختصت بالتراجع في أمل حياتها عند الولادة ابتداء من سنوات 1980 و الذي كان: إما تراجعا معتدل نسبيا كالذي حدث في جمهورية إفريقيا الوسطى، بوركينا فاسو، مالاوي و أوغندا. إما تراجعا حديثا والذي خصت به دولة جنوب إفريقيا و كينيا إلى مادون 60 سنة مع مطلع سنوات 2000. و أخيرا تراجعا قويا كالذي عرفته كل من بوتسوانا، زيمبابوي، ناميبيا و زيمبيا بسبب وباء داء فقدان المناعة المكتسبة/ السيدا هذا الأخير الذي جعل أمل الحياة لا يتعدى 45 سنة.

- نموذج آخر من دول القارة السمراء عرف أثنائه أمل الحياة التراجع بعد التطورات الطفيفة نتيجة الحروب والأزمات السياسية خاصة بعد سنوات 1990 في كل من ليبيريا، رواندا، المزنبيق و سيراليون

¹ 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.

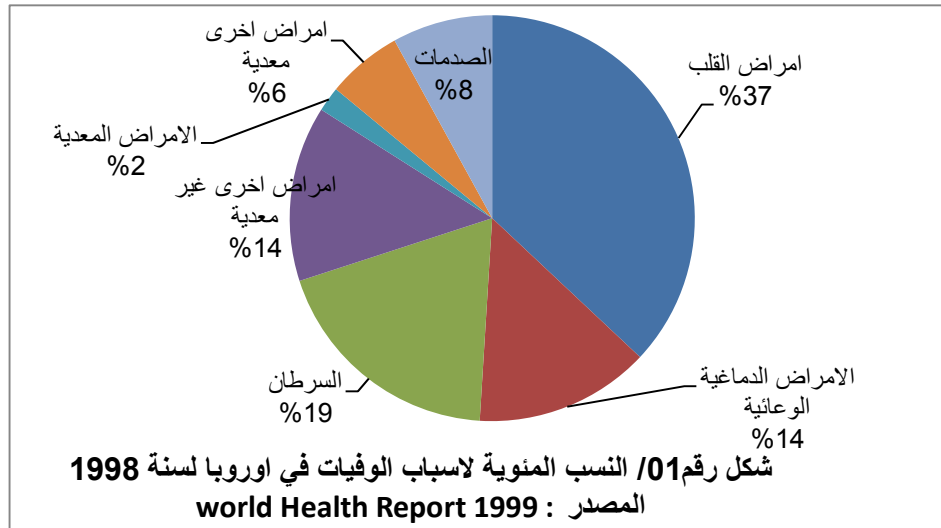


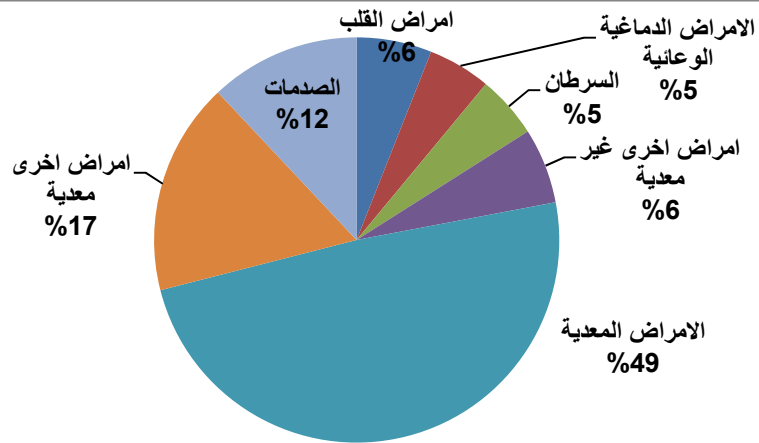


(V) أسباب الوفيات في العالم

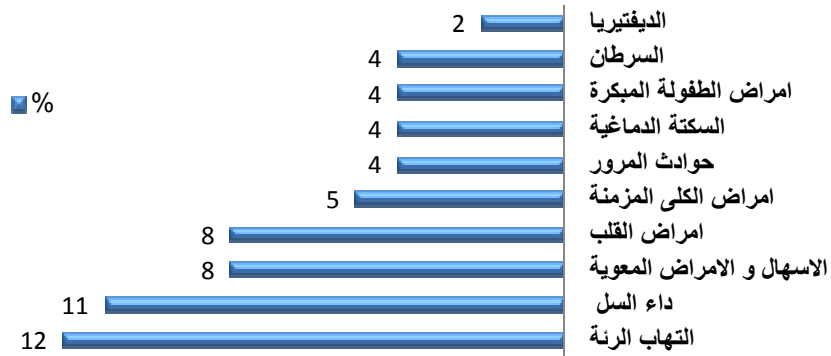
إن الإختلاف الذي رأيناه سالفاً في أمل الحياة عند الولادة بين العالم المتقدم الذي تعدى فيه عتبة 80 سنة مع نهاية القرن 20م و بين البلدان المتخلفة التي شهدت الانتكاسة خاصة منها الإفريقية راجع إلى الحالة الوبائية و إلى أسباب الوفيات هذا الإختلاف يجد تفسيره في الأشكال التالية التي توضح الأسباب الرئيسية للموت في كل من أوروبا و إفريقيا سنة 1998 ثم الولايات المتحدة الأمريكية كحالة مثالية عن الدول المتقدمة ما بين 1900 و 1998. ففي أوروبا شكلت الأمراض المزمنة و المستعصية الدواعي الكبرى للوفيات و التي تصدرتها أمراض القلب بنسبة 37% ثم السرطان و الأمراض الدماغية الوعائية بنسب 19% و 14% على التوالي، أما الأمراض المعدية فقد ساهمت بمجموع 8% من هذه الأسباب، و بالمقابل بأن إفريقيا ترأسها الأمراض المعدية بمجموع 66% نظير 6%، 5% و 5% لكل من أمراض القلب، الأمراض الدماغية الوعائية و السرطان على الترتيب.

أما الولايات المتحدة الأمريكية باعتبارها حالة مثالية لهذا الانتقال الوبائي، فقد شكلت الأمراض المعدية سنة 1900 الدواعي الرئيسية للوفيات كالتهاب الرئة بنسبة 12%، داء السل بحوالي 11% و الإسهال و الأمراض المعوية بنسبة 8%، أما مساهمات الأمراض المزمنة فقد كانت ضعيفة ولم تتعدى 8% لأمراض القلب و 4% لكل من السرطان و الأمراض الدماغية الوعائية، أما مع نهاية سنة 1998 فقد تغيرت هذه الوضعية الوبائية رأساً على عقب لتحتل أمراض القلب صدارة العشرة أسباب الأولى من الوفيات بنسبة 31% ثم السرطان و السكتة الدماغية بنسبتي 23% و 7% على التوالي أما الأمراض المعدية فقد تدرجت إلى حوالي 5% من نسبة الوفيات

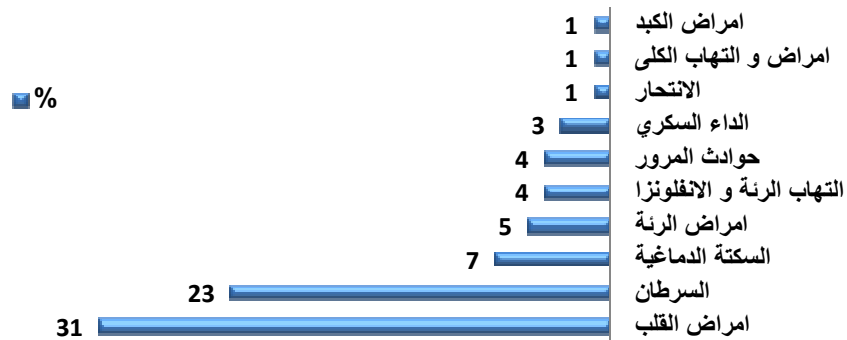




شكل رقم 02 / النسب المئوية لأسباب الوفيات في افريقيا لسنة 1998
المصدر : world Health Report 1990



شكل رقم 03 / العشرة اسباب الاولى للوفيات في الولايات المتحدة
الامريكية لسنة 1900
المصدر : www.prb.org



شكل رقم 04 / العشرة اسباب الاولى للوفيات في الولايات المتحدة
الامريكية لسنة 1990
المصدر : www.prb.org

الخاتمة:

إن نموذج الانتقال الوبائي هو النموذج الذي يعطي التفسير السببي لتراجع الوفيات و الإطالة المستمرة لأمل الحياة عند الولادة بالإضافة إلى تراجع الخصوبة، بمعنى أن المراحل الأربعة من الانتقال الديمغرافي قد وجدت تفسيرها السببي في المراحل الأربعة من الانتقال الوبائي، و على غرار ذلك فإن هذا الأخير قد بدأ في البلدان المتقدمة و ذلك بتغير نموذج الأمراض و في أسباب الوفيات التي انتقلت من الأمراض المعدية إلى مثيلتها المزمنة و المستعصية وهي الآن في مواجهة تحديات نتاج هذا الانتقال المزدوج كالشيخوخة السكانية و توقعات بلوغ أمل الحياة عند الولادة عتبة 150 سنة. أما البلدان السائرة في طريق النمو فقد بدأت انتقالها مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين فمنها من قارب أمل حياتها عند الولادة الدول المتقدمة و شكلت التكلفة المزدوجة من الأمراض المزمنة و المعدية الأسباب الرئيسية للوفيات كما هو الحال في إفريقيا الشمالية، و منها من توقف تطورها في منتصف عشرينية 1980 عقب انتشار وباء السيدا، الحروب و انعدام التكنولوجيا الطبية.

الفصل الرابع

تطور الوضعية الوبائية،

نموذج الأمراض و عوامل الخطر

القلبية الوعائية في الجزائر

المقدمة:

لفهم مسار الانتقال الوبائي و خصائصه التي تختلف من بلد إلى آخر يجب تحليل تطور الوضعية الوبائية و التغير في نموذج الأمراض المنتشرة بين السكان بالإضافة إلى عوامل الخطر القلبية الوعائية التي تزيد من الحالات المرضية ومن نسب الوفيات

(I) تطور الوضعية الوبائية في الجزائر

1- أمراض البرنامج الواسع للتلقيح : PEV

أ/ داء السل Tuberculose :

غداة الاستقلال، كان داء السل من أهم الأمراض المسببة للوفيات حيث حاز خلالها على 20% من الأسرة الاستشفائية، وقد كشف التحقيق الوبائي الذي أجرى ما بين 1964 - 1966 أن معدل الحالات السنوية مرتفع جدا و الذي قدر بحوالي 150 حالة لكل 100000 شخص مما دفع السلطات سنة 1968 بإجراء أول حملة تلقيح ضد السل و أمراض أخرى ليليها تبني إجبارية ومجانية اللقاح ضد هذا الداء مع مطلع سنة 1969.

- خلال الفترة 1976-1980 و 1986-1989 عرفت الوضعية الوبائية تحسنا سريعا بفضل تنمية 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 رجوعا قويا على الساحة الوبائية نظرا للتقطع في الكمية المخزنة للأدوية، تدهور الظروف الاجتماعية و الاقتصادية للسكان بالإضافة إلى النزوح الريفي في اتجاه المناطق الحضرية لينتقل معدل الإصابة من 45.52 إلى 56.39 ثم 60.62 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990، 1997 و 2005 على التوالي.

ب/ الديفتيريا Diphthérie :

إذا قارنا متوسط معدل الحالات السنوية لمرض الديفتيريا للمراحل 1963-1969، 1970-1979 و 1980-1989 فإننا نلاحظ تراجع قوي لهذا الداء الذي انتقل من سنة 3.97 إلى 1.78 ثم 0.09 حالة لكل 100000 شخص للفترات السابقة على الترتيب، ليعود في الظهور منتصف سنوات التسعينات بنسب 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 تراجعا قويا في عدد الحالات المصرح بها ما بين 3 و 8 حالات عبر كامل الوطن.

ج/ الكزاز Tétanos :

عرف الكزاز تراجعا ابتداء من نهاية سنوات الثمانينات حيث انتقلت نسبة الحالات السنوية من 0.45 إلى 0.26 حالة لكل 100000 شخص ما بين سنتي 1980 و 1989، كما عرف الثبوت في مستويات منخفضة أثناء عشرية التسعينات، ليليها التراجع القوي مع بداية الألفية الجديدة حيث انتقل من نسبة 0.04 إلى 0.02 حالة لكل 100000 شخص ما بين سنة 2000 و 2005، هذا التطور الملاحظ يعكس التغطية الالفاحية الجيدة ضد الكزاز عند الأم في سن الإنجاب زيادة على إجراء الولادات في الهياكل الطبية.

د/ السعال الديكي La coqueluche :

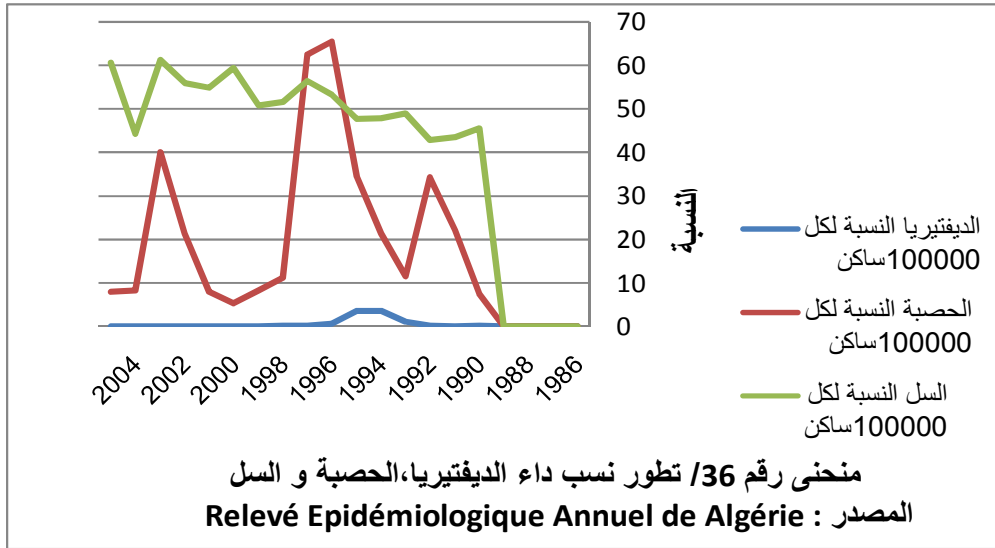
لقد سجل السعال الديكي تراجعاً ملحوظاً و منتظماً في نسبه فعند مقارنة الثلاثة عشرين الأولى بعد الاستقلال 1960، 1970 و 1980 فإن متوسط النسبة المسجلة قد انتقل من 10.76 إلى 7.88 ليصل بعدها إلى 2.02 حالة لكل 100000 شخص، لتعرف سنوات التسعينات الندرة في هذا الداء بتسجيل ظهور 4 حالات سنة 1994، و بالمقابل عرفت الساحة الوبائية مع مطلع القرن الجديد الارتفاع في عدد الحالات المصرح بها، 114 حالة سنة 2001 و 68 حالة سنة 2004.

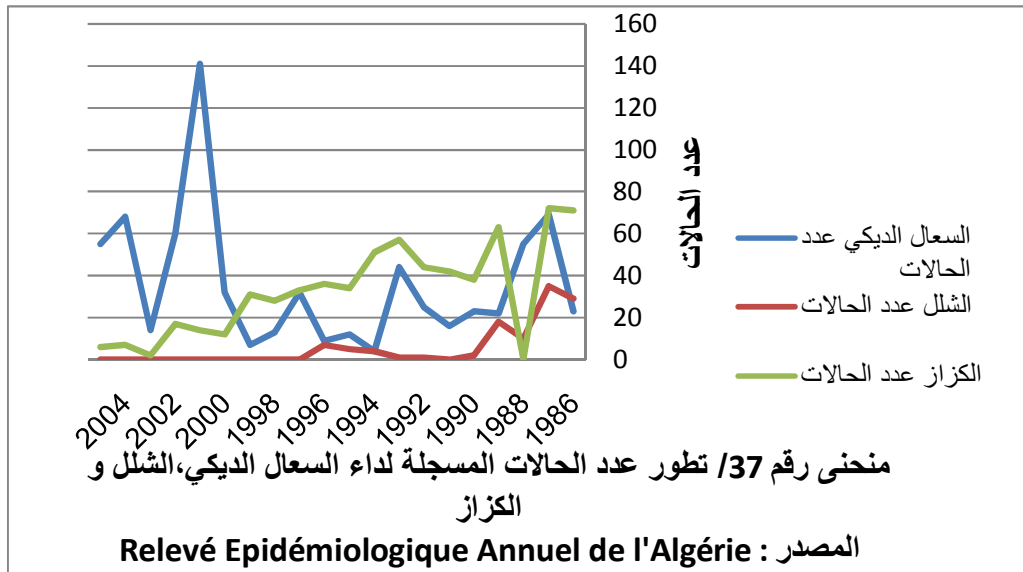
ه/ الحصبة La Rougeole :

خلافاً لأغلبية الأمراض الأخرى، فإن داء الحصبة لم يتراجع خاصة خلال عشرينية التسعينات فلقد شهدت معدلاته ارتفاعاً مهماً و مستمراً 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 تراجعاً إلى نسبة 7.97 حالة لكل 100000 شخص سنة 2005.

و/ الشلل La polyomyélite :

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





2- الأمراض المنتقلة عن طريق المياه:

تعتبر الأمراض المنتقلة عن طريق المياه (حمى، التيفوئيد، الكوليرا، التهاب الكبد الفيروسي) أولى الأسباب المؤدية للحالات المرضية ضمن الأمراض الإجبارية التصريح في الجزائر وحدثها متعلقة مباشرة بشروط النظافة العامة و التمرين بالمياه الصالحة للشرب ، فقد لوحظ ارتفاع في معدلها مابين 1993 و 1996 من 28.66 إلى 35.45 حالة لكل 100000 شخص، حيث شكلت حمى التيفوئيد وحدها نسبة 44 و 47% من مجموع التصريحات الخاصة بهذه الفئة.

أ/ حمى التيفوئيد La fièvre Typhoïde:

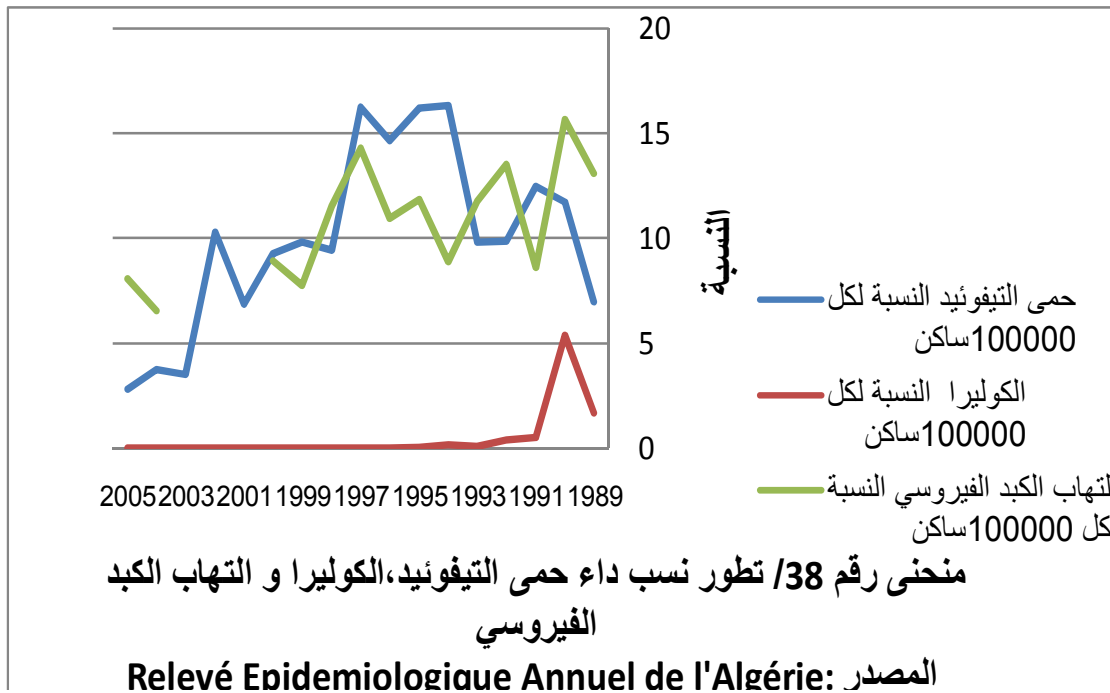
اتسمت حمى التيفوئيد خلال سنوات الستينيات بمعدلات ظهور ضعيفة ، و لكن مع بداية التسعينات أصبح هذا الداء يهدد صحة السكان حيث انتقل معدله من 9.82 حالة لكل 100000 شخص سنة 1993 إلى 16.35 سنة 1994 ثم 16.29 سنة 1997، و قد أرجعت الدراسات الوبائية أسباب هذا الارتفاع إلى النوعية السيئة للمياه الموجهة للاستهلاك البشري زيادة على اختلاط قنوات الصرف الصحي مع قنوات مياه الشرب، و بالمقابل عرف هذا المرض تراجعاً قوياً مع بداية القرن الجديد حيث سجل مرورا من 6.87 إلى 2.82 حالة لكل 100000 شخص ما بين 2001 و 2005 على التوالي.

ب/ الكوليرا Choléra:

لقد عاشت البلاد حالات وبائية لمرض الكوليرا قبل منتصف سنوات التسعينات حيث انتقل معدله من 5.39 حالة لكل 100000 شخص سنة 1990 إلى 0.06 عام 1993 ثم 0.02 سنة 1995، و يعتبر هذا التاريخ الأخير، آخر سنة عرفت فيها البلاد ظهوراً للكوليرا.

ج/ التهاب الكبد الفيروسي Les Hépatites Virales:

يتواجد هذا الداء في حالة وبائية ، بل ويعتبر كأحد أهم مشاكل و تحديات الصحة العمومية في بلادنا نظرا لخطورة مضاعفاته 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 والإجباري 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 .



3- الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوانات:

هذه الأمراض تتواجد في حالة وبائية و تمثل ما يقارب ربع الحالات المصرح بها بالرغم من بداية تطبيق البرنامج الوطني لمكافحة هذه النوعية من الأمراض سنة 1984 بغرض تقليص الحالات المرضية و الوفيات ولكن بدون جدوى حيث لوحظ مع مطلع سنوات 1990 ارتفاع قوي في نسبها والتي كان لها أثر اجتماعي و اقتصادي قوي.

أ- الحمى المالطية: La brucellose

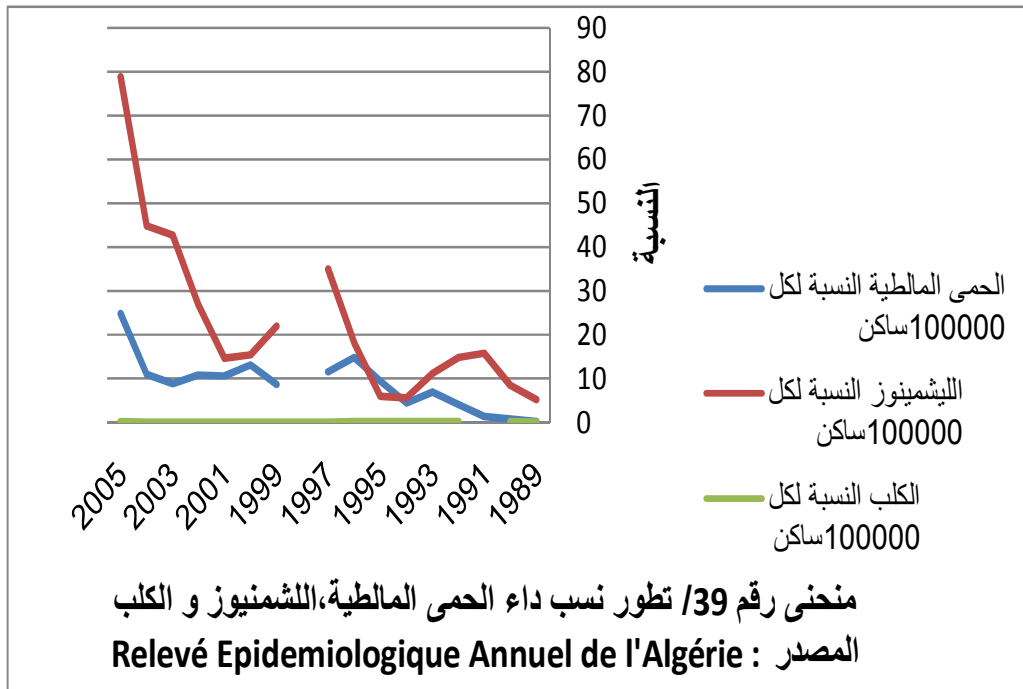
داء نادر غاية 1984 جراء حدوث وباء منطقة الجنوب ومنذ هذا التاريخ و الإحصائيات الطبية لهذا المرض في الارتفاع حيث شهدت عشرية التسعينات التدرج في الارتفاع من 0.66 إلى 14.7 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990 و 1996 ليليهما الثبوت النسبي مع بداية القرن بمعدل 10.58 ثم الارتفاع القوي سنة 2005 إلى مستوى 24.71 حالة لكل 100000 شخص.

ب- الليشمينوز leishmaniose

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 100000 شخص سنة 2005.

ج - الكلب La Rage:

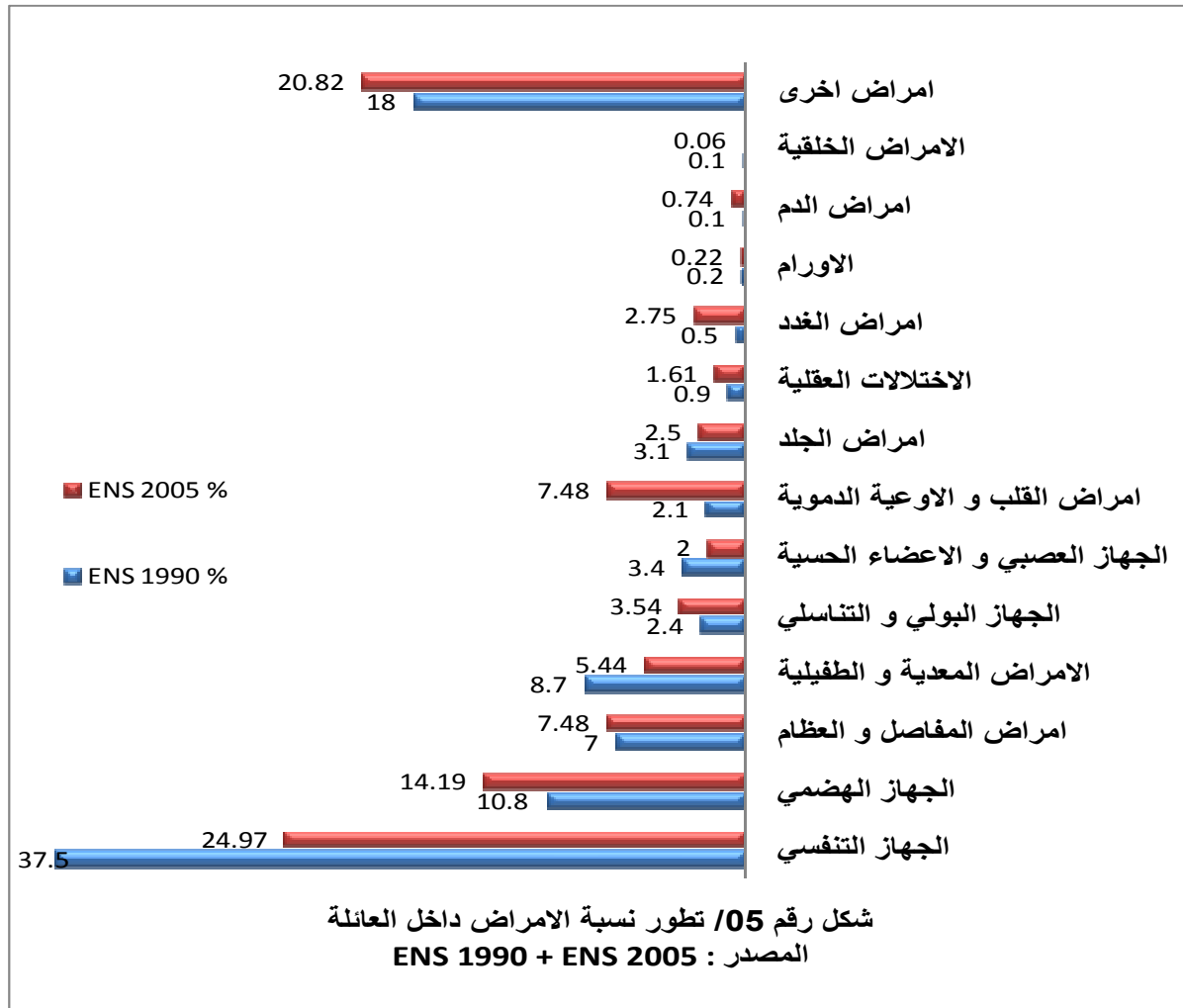
بالرغم من توفر اللقاح الفعال ضد الكلب بعد الإصابة المباشرة بهذا الداء إلا أنه لوحظ في منتصف سنوات 1990 و 2000 الزيادة في النسب المسجلة 0.14 و 0.10 حالة لكل 100000 شخص على التوالي.



(II) الأمراض الغير المعدية:

لقد سمح التحقيين الوطنيين للصحة لسنتي 1990 و 2005 بإعطاء صورة واضحة عن نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان خاصة منها الغير معدية و ذلك بإتباع منهجية موحدة في التقصي حول الحالات المرضية التي أصابت العائلة أثناء 15 يوم التي سبقت العمليتين، دواعي اللجوء إلى الفحوصات الطبية خلال الثلاثة شهور الأخيرة و أسباب الاستشفاء بالإضافة إلى توزيع الأمراض المزمنة، حيث لوحظ بأن نموذج الأمراض يمتاز بالارتفاع المستمر للأمراض المزمنة و التنكسية والتراجع المستمر في مثيلتها المعدية وهو ما يؤكد الانتقال الوبائي الذي تمر به البلاد.

1- الأمراض داخل العائلة:



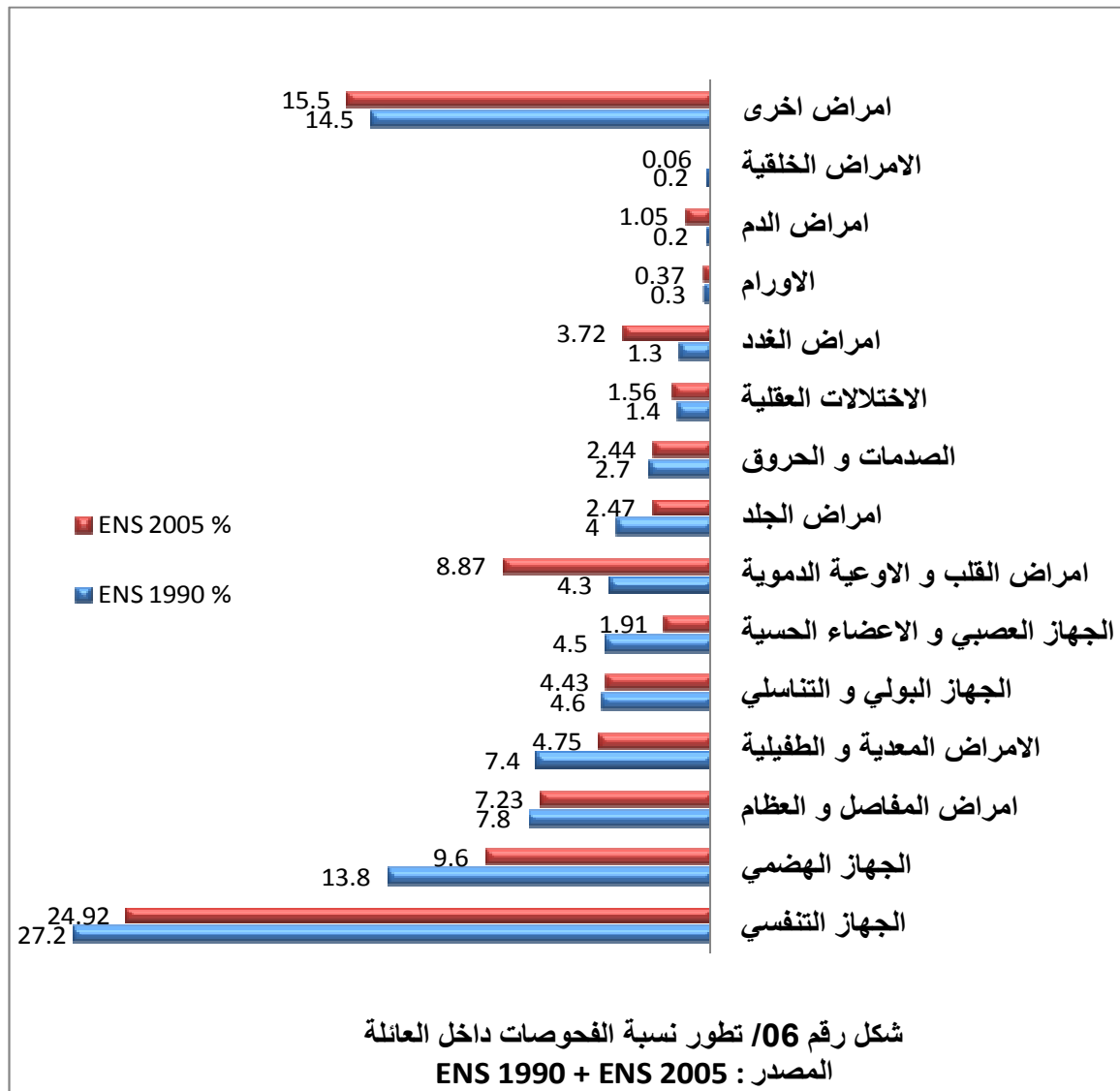
كشف التحليل المقارن لنسبة الأمراض داخل العائلة ما بين 1990 و 2005 على التوالي:

- ارتفاع في نسب كل من أمراض القلب و الأوعية الدموية من 1.2 % إلى 7.5 %، أمراض الجهاز الهضمي من 10.8 % إلى 14.8 % و أمراض الغدد من 0.5 % إلى 2.7 %.
- التراجع في نسبة الأمراض المعدية و الطفيلية داخل العائلة من 8.5 % إلى 5.4 % بالإضافة إلى الأمراض التنفسية من 35.7 % إلى 25 %.
- ثبوت نسبي في أمراض المفاصل و العظام، السرطان و الاضطرابات العقلية.

2- الفحوصات الطبية:

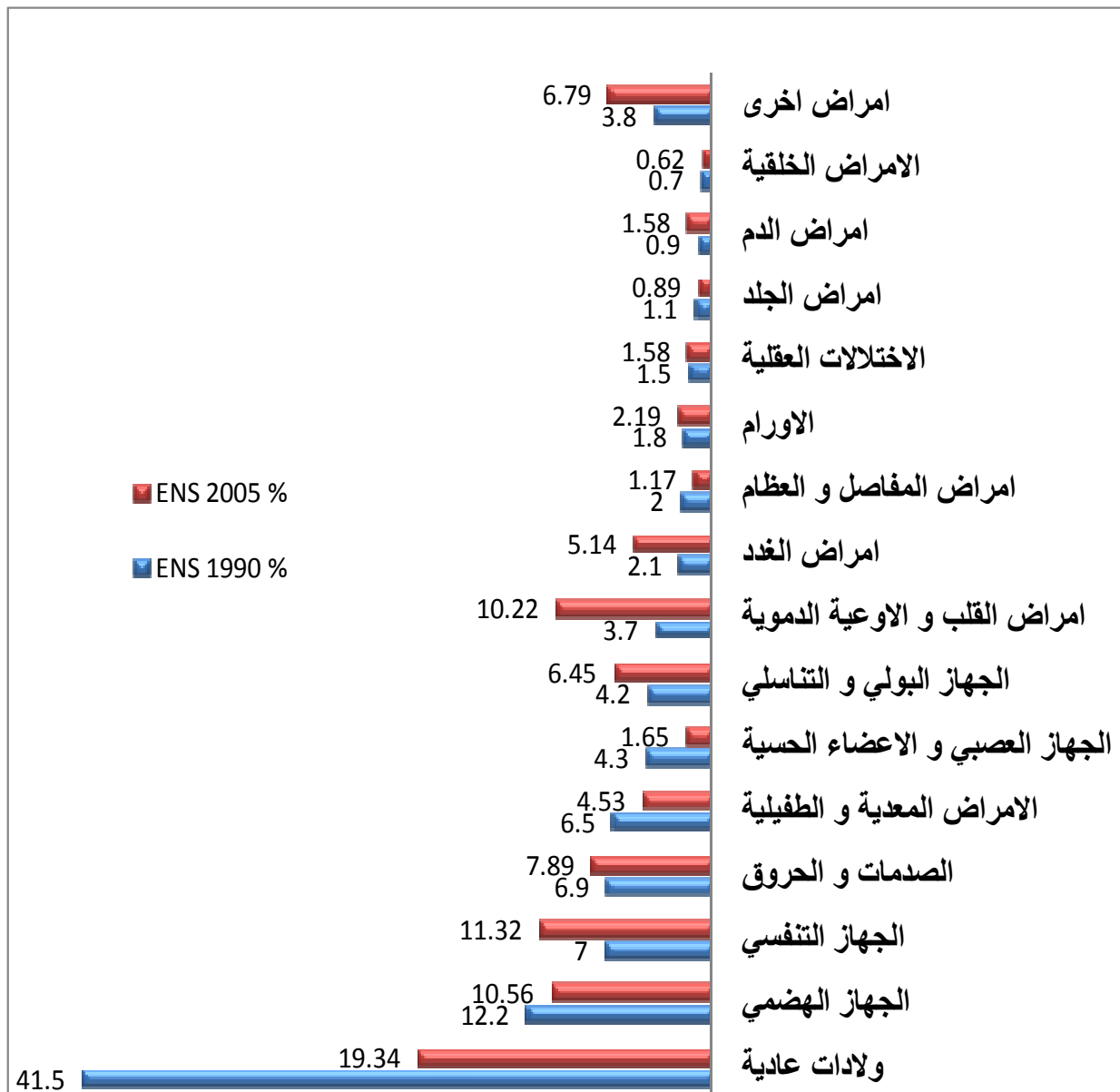
أظهرت دواعي الفحوصات الطبية لدى عينة السكان خلال الثلاثة شهور التي سبقت تحقيقي 1990 و 2005 على الترتيب:

- ارتفاع في نسبة الإقبال على فحوصات أمراض القلب و الأوعية الدموية من 4.3% إلى 8.9%، أمراض الغدد من 1.3% إلى 3.7% و أمراض الدم من 0.2% إلى 1.1%.
- تراجع في فحوصات الأمراض المعدية و الطفيلية من نسبة 7.4% إلى 4.8%، أمراض الجهاز الهضمي من 13.8% إلى 9.6% بالإضافة إلى أمراض الجهاز العصبي و الأعضاء الحسية من 4.5% إلى 1.9%.
- استقرار في طلب فحوصات أمراض المفاصل و العظام، السرطان، الاضطرابات العقلية، الصدمات و الحروق و أمراض الجهاز البولي و التناسلي.



3- الاستشفاء:

- الدراسة المقارنة لدواعي الاستشفاء خلال العام الذي سبق تحقيقي الصحة 1990 و 2005، وبعض النظر عن نسبة الولادات العادية التي عرفت التراجع من 41.5% إلى 19.34% بين التاريخين على التوالي، فقد لوحظ:
- ارتفاع في نسبة الاستشفاء للأمراض التنفسية من 7% إلى 11.30%، أمراض القلب و الأوعية الدموية من 3.7% إلى 10.2%، أمراض الغدد من 2.1% إلى 5.1% و الصدمات و الحروق من 6.9% إلى 7.9%.
 - تراجع في نسبة الاستشفاء بداعي الأمراض المعدية و الطفيلية من 6.5% إلى 4.5%.
 - تقارب في نسب الاستشفاء بسبب أمراض الجهاز الهضمي، أمراض العظام و المفاصل، السرطان و أمراض الجلد.

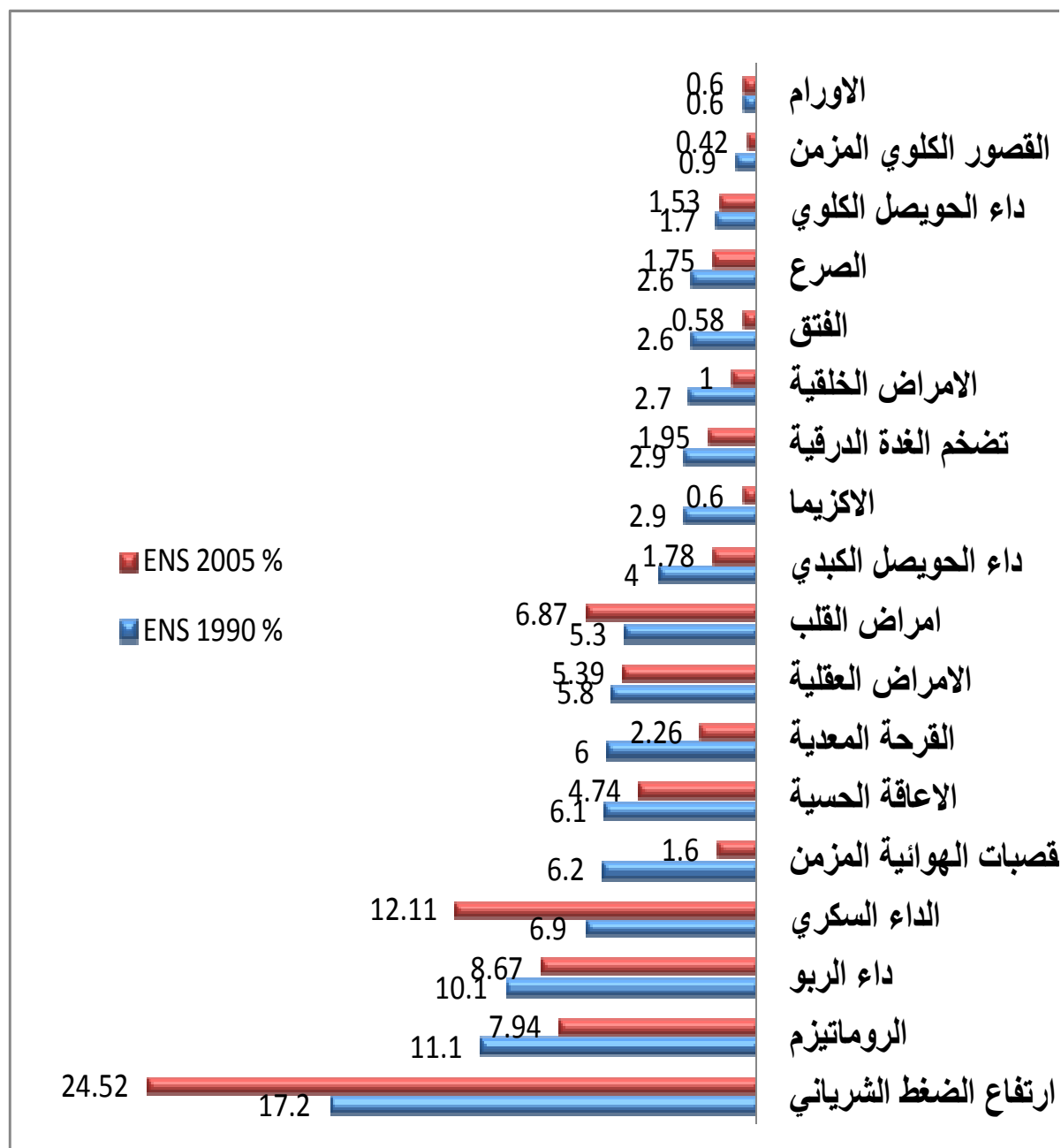


شكل رقم 07/ تطور نسبة الاستشفاء (بضم الولادات العادية)

المصدر : ENS 1990 + ENS 2005

4- الأمراض المزمنة:

لا تعتبر الأمراض المزمنة فقط منبعا للموت و لكن سببا مهما في الإعاقة بشتى أنواعها التي تهدد بصفة عامة صحة السكان و تزيد من مستوى التكلفة الطبية، وقد سمح التحقيين السالفين الذكر بإعطاء توزيع دقيق لهذه الفئة من الأمراض التي يعاني منها أفراد العائلة لتظهر جليا الارتفاع المستمر في داء ارتفاع الضغط الشرياني من 17.2% إلى 24.5%، الداء السكري من 6.9% إلى 12.1% و أمراض القلب من 5.3% إلى 6.9% وبالمقابل تراجع طفيف في داء الروماتيزم، الربو، الأمراض العقلية مع ثبوت داء السرطان في مستوى 0.6%.



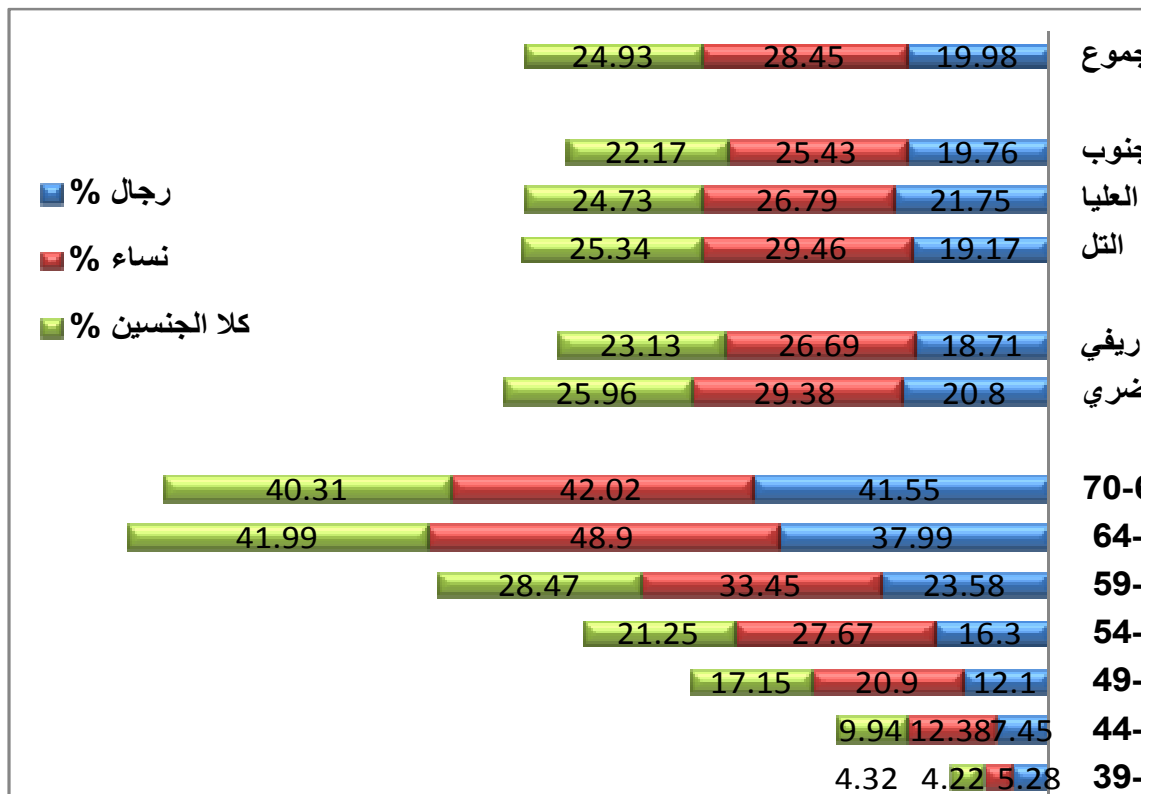
III) عوامل الخطر القلبية الوعائية: Les Facteurs de Risques Cardio-vasculaires:

لقد أصبح من الضروري في الدراسات الحديثة حول انتشار الأمراض بين السكان أن تسكتمل بتقصي السبعة عوامل الخطر القلبية الوعائية لتسطير إستراتيجية العلاج والتكفل بالمضاعفات الجانبية وخلافا للتحقيق الذي قامت به مصالح الصحة بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة سنة 2003 في مقارنة مايعرف بالتحقيق STEPS الذي لم يراعي العشوائية وإنما عينة مقصودة من سكان ولايتي سطيف و مستغانم، ولهذا يبقى التحقيق الوطني للصحة 2005 الوحيد الذي قدر انتشار هذه العوامل بين أفراد السكان الجزائريين.

1- ارتفاع الضغط الدموي L'Hypertension Artérielle:

يعتبر هذا الأخير من أهم عوامل الخطر القلبية الوعائية حيث عرفته المنظمة العالمية للصحة بأنه الارتفاع في الضغط الشرياني الانقباضي بقيمة أكبر أو تساوي 140 ملم زئبقي و/ أو الضغط الشرياني الارتخائي بقيمة تفوق أو تساوي 90 ملم زئبقي وفي إطار هذه المرجعية قدر التحقيق الوطني للصحة 2005 خصائصه التالية :

- نسبة ارتفاع الضغط الدموي لدى الجزائريين من ذوي الفئة العمرية 35-70 سنة حوالي 24.93 % مع ميزة انتشاره الواسع بين النساء بنسبة 28.93% نظير 19.98% لدى الرجال.
- هذه النسبة التي ترتفع بارتفاع الأعمار تشهد قيمتها القصوى 41.99 % لدى الفئة 60-64 سنة.
- التقارب في نسبة انتشاره بين الوسط الريفي الحضري و بين المناطق الجغرافية



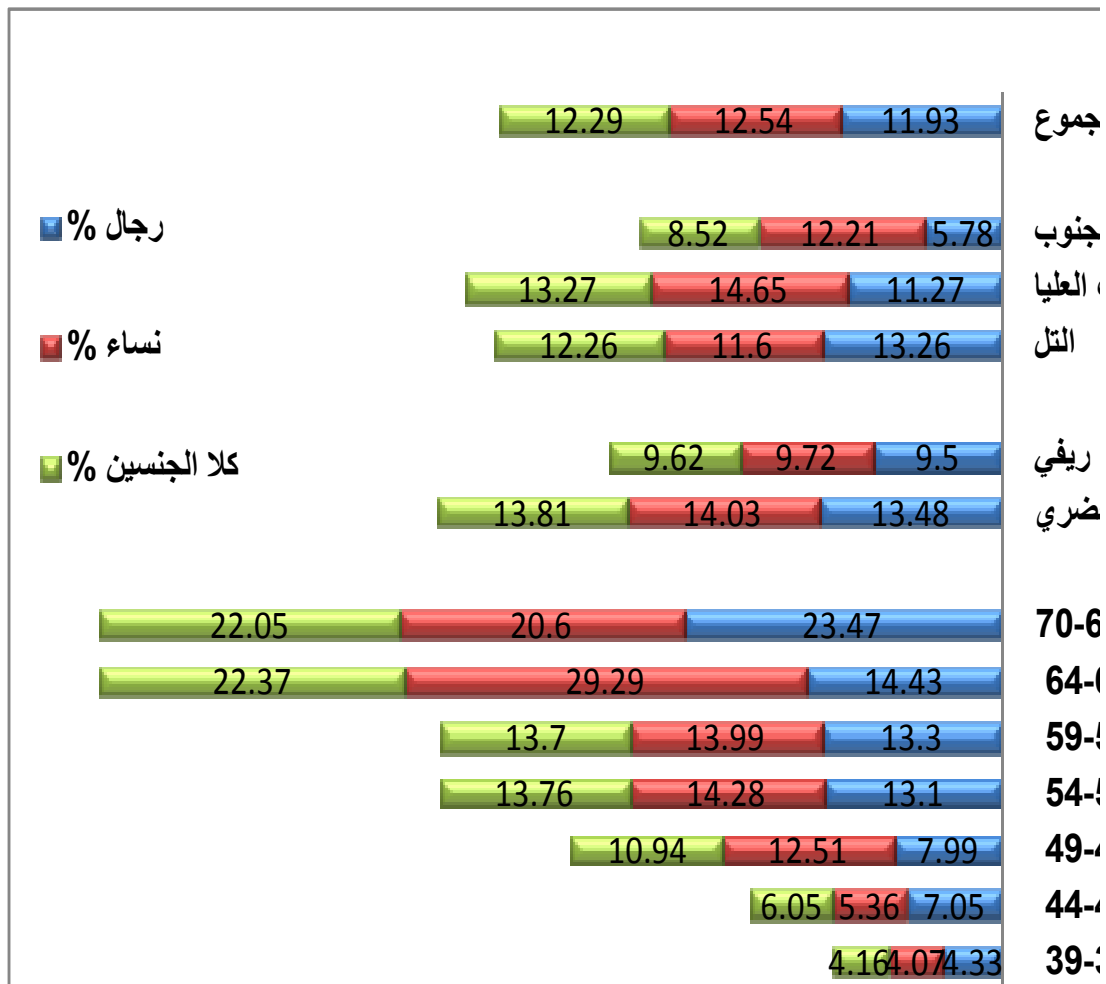
شكل رقم 09/ نسبة ارتفاع الضغط الشرياني للجزائريين ذوي الفئة 35-

2- الداء السكري Le Diabète:

يعرف الداء السكري بأنه ارتفاع تركيز الغلوكوز في الدم بقيمة تساوي أو تتعدى 1.26 غ/ل وهو اخطر العوامل لما له من تأثيرات فان لم يكن سببا في الموت فهو سببا في الإعاقة الحسية والحركية (تصلب الشرايين، العمى، القصور الكلوي المزمن...).

هذا العامل الخطر وجد لدى الجزائريين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35- 70 سنة بنسبة 12.29 %، والذي يرتفع بمجرد التقدم في العمر ليعرف حده الأقصى لدى النساء من ذوات الفئة 60- 64 سنة بنسبة 29.29 % و لدى الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 65- 70 سنة بنسبة 23.47 %.

- هذا الداء أكثر انتشارا في الوسط الحضري بنسبة 13.81 % مقابل 9.62 % في الريف.
- توزيعه حسب المناطق كشف احتلاله الصدارة في منطقتي الهضاب العليا والتل مقارنة بالجنوب التي سجلت اضعف نسبة والمقدرة بحوالي 8.52 %.

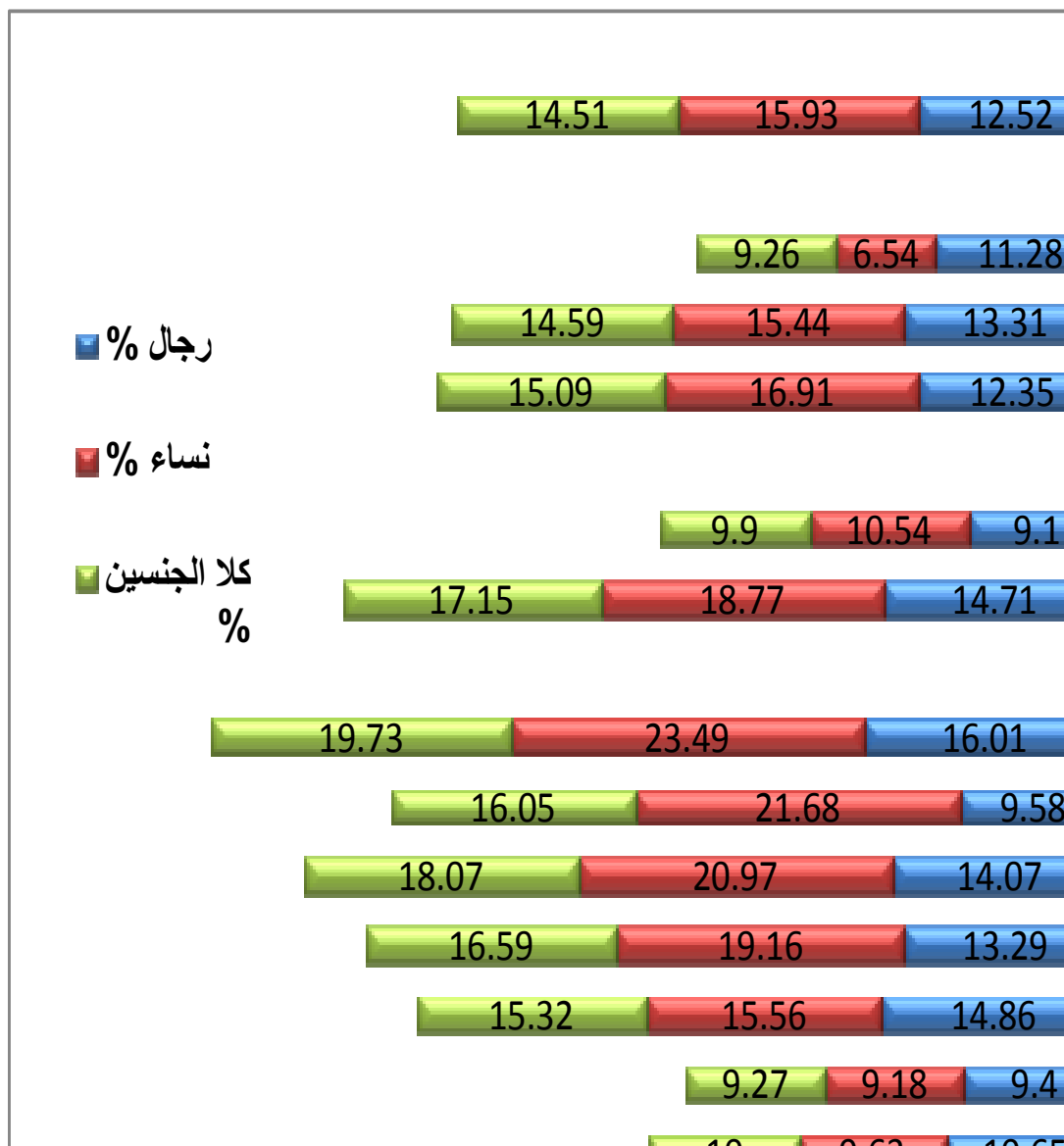


شكل 10/ نسبة الداء السكري لدى الجزائريين من الفئة 35-70 سنة

3- ارتفاع الدهون المزدوجة La Dyslipidémie:

يعرف هذا العامل الخطر بارتفاع الكوليسترول في الدم بنسبة تعادل أو تفوق 200 ملغ/ دسل مع ارتفاع تركيز حمض التريغليسريد في الدم بمستوى يساوي أو يتعدى 150 ملغ/ دسل هذا العامل الذي يزيد من نسبة الوفيات والإعاقة نتيجة تصلب الأوعية الدموية و الضغط الشرياني قد وجد سنة 2005 لدى 14.51 % من الجزائريين من ذوي الأعمار 35-70 سنة مع خاصية الانتشار الواسع بين النساء، حيث يرتفع بارتفاع أعمارهن مسجلا قيمته القصوى 23.49 % لدى الشريحة 65-70 سنة نظير 16.01 % عند الرجال.

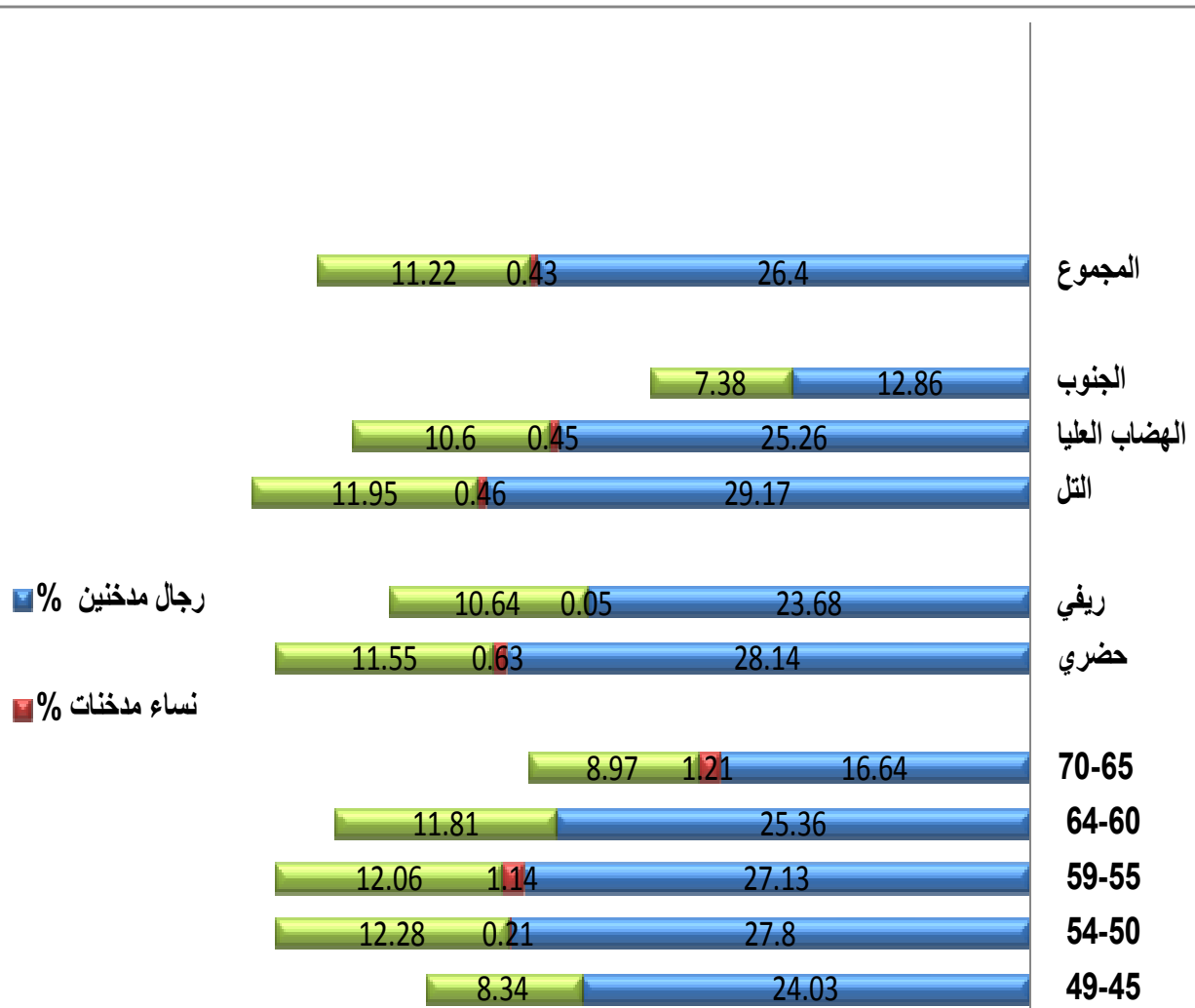
التحليل حسب الوسط أعطى الصدارة للوسط الحضري بنسبة 17.15 % مقابل 9.9 % في الوسط الريفي أما حسب المناطق الجغرافية فإنه يقل في الاتجاه شمال- جنوب.



4- استهلاك التدخين Le Tabagisme :

لقد قدرت نسبة استهلاك التدخين باعتباره رابع عامل خطر قلبي وعائي وأول سلوك سام في التحقيق الوطني للصحة 2005 للجزائريين من ذوي الأعمار 35-70 سنة بحوالي 11.22 % وهي نسبة عالية تساهم في الفتك بأرواح الأشخاص وتزيد من خطر إصابتهم بشتى أنواع السرطانات.

تحليل هذا السلوك السام حسب الجنس كشف بأنه سلوك رجالي بنسبة 26.4 % نظير 0.43 % لدى النساء و أن الفئة 40-44 سنة هي الأكثر تناولا للتدخين بمستوى 13.61 % مع غياب الفارق بين الواسطين، كما سجلت منطقة الجنوب أقل نسبة استهلاك و المقدرة بحوالي 7.38 % مقارنة بباقي المناطق.



شكل رقم 12/ نسبة الجزائريين المدخنين ذوي الفئة 35-70 سنة
المصدر : ENS 2005

5- تناول المشروبات الكحولية L'alcoolisme :

على غرار التدخين فإن تناول المشروبات الكحولية قد وجد عند الجزائريين سنة 2005 من ذوي الفئة العمرية 35- 70 سنة بحوالي 6.50 %.

- التوزيع حسب الجنس كشف أنه سلوك سام رجالي بنسبة 15.27 % نظير 0.28 % لدى النساء.

- التوزيع حسب الوسط أظهر بأن الجزائريين في الوسط الحضري هم أكثر استهلاكاً للكحول بمستوى 7.28 % مقابل 5.13 في الريف.

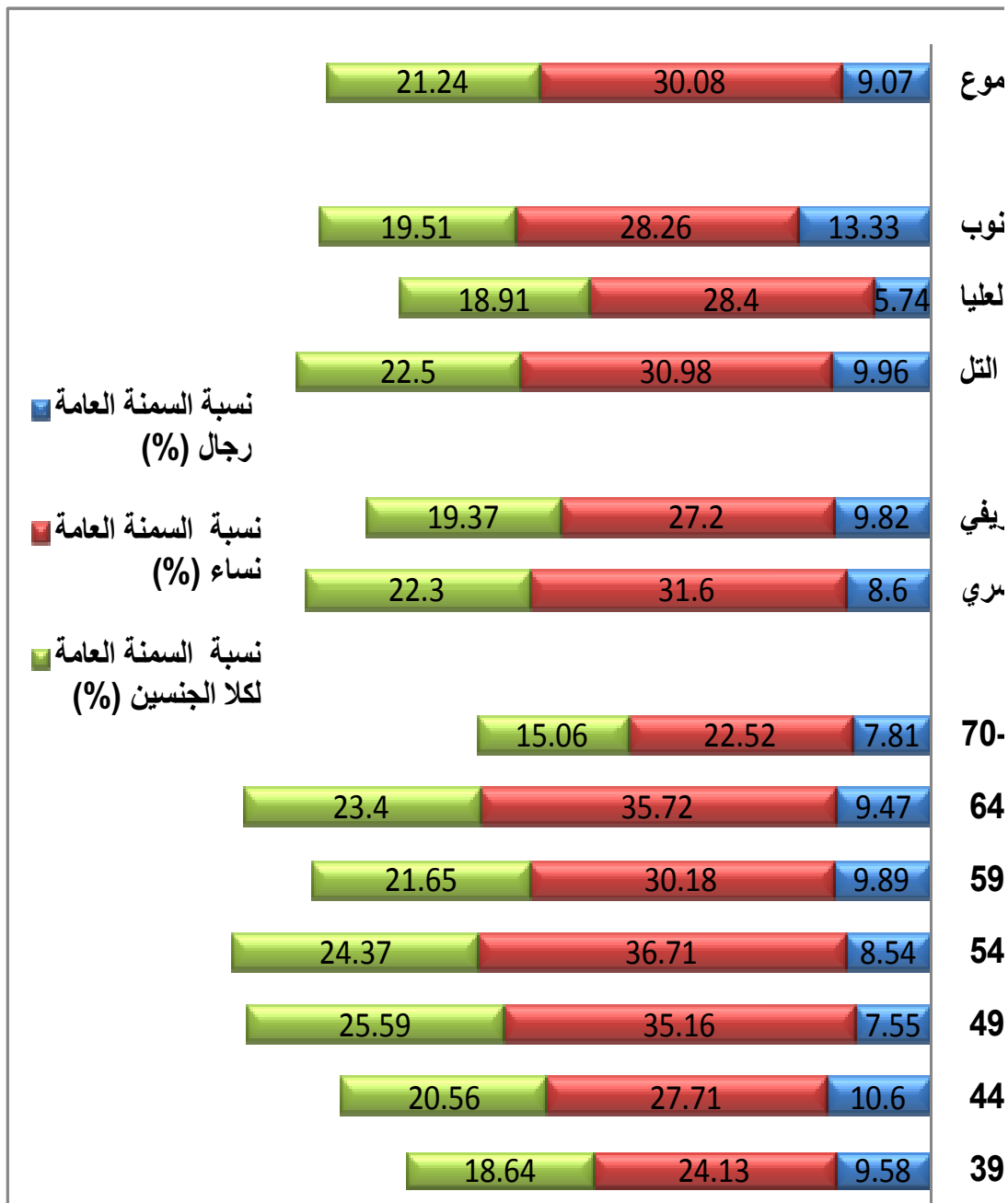
- التحليل حسب المناطق الجغرافية دل على أن نسبة استهلاكه تقل في الاتجاه شمال- جنوب بنسب 7.99 %، 4.76 % و 0.62 % في كل من التل، الهضاب العليا و أخيرا الجنوب على التوالي.



6- السمنة l'obésité :

تعرف السمنة بانها الارتفاع في مؤشر الكتلة الجسمية (IMC) الذي يتعدى القيمة 30، هذا العامل الذي أصبح يشكل وباءا في الدول المتقدمة نتيجة لتغير النمط المعيشي و محاسن التحضر، فخلال التحقيق الوطني للصحة 2005 وجد بان 21.24% من الجزائريين من ذوي الفئة العمرية 35-70 سنة يعانون من السمنة و أن النساء هن الأكثر إصابة به بنسبة 30.08% مقابل 9.07% عند الرجال.

كما كشف التوزيع حسب الوسط و المناطق الجغرافية أن نسبة انتشاره لا تختلف كثيرا، 22.3% في الحضر نظير 19.37% في الريف و أن سكان التل هم الأكثر إصابة به مقارنة بالمناطق الأخرى.



7- الخمول *Sédentarité*:

الخمول وعدم ممارسة النشاطات الحركية عامل يزيد من درجة الأمراض والوفيات، ونظرا لأهميته القصوى تم التقصي عنه سنة 2005 فكانت النتائج على النحو التالي:

أ/ السير:

- الجزائري يقوم بالمشي بمعدل 63 دقيقة/ اليوم.
- ظاهرة المشي عند الرجال أكبر منها عند النساء بمعدل 82.93 دقيقة/ اليوم مقابل 50.02 دقيقة/ اليوم على التوالي.

ب/ الجلوس و الاتكاء:

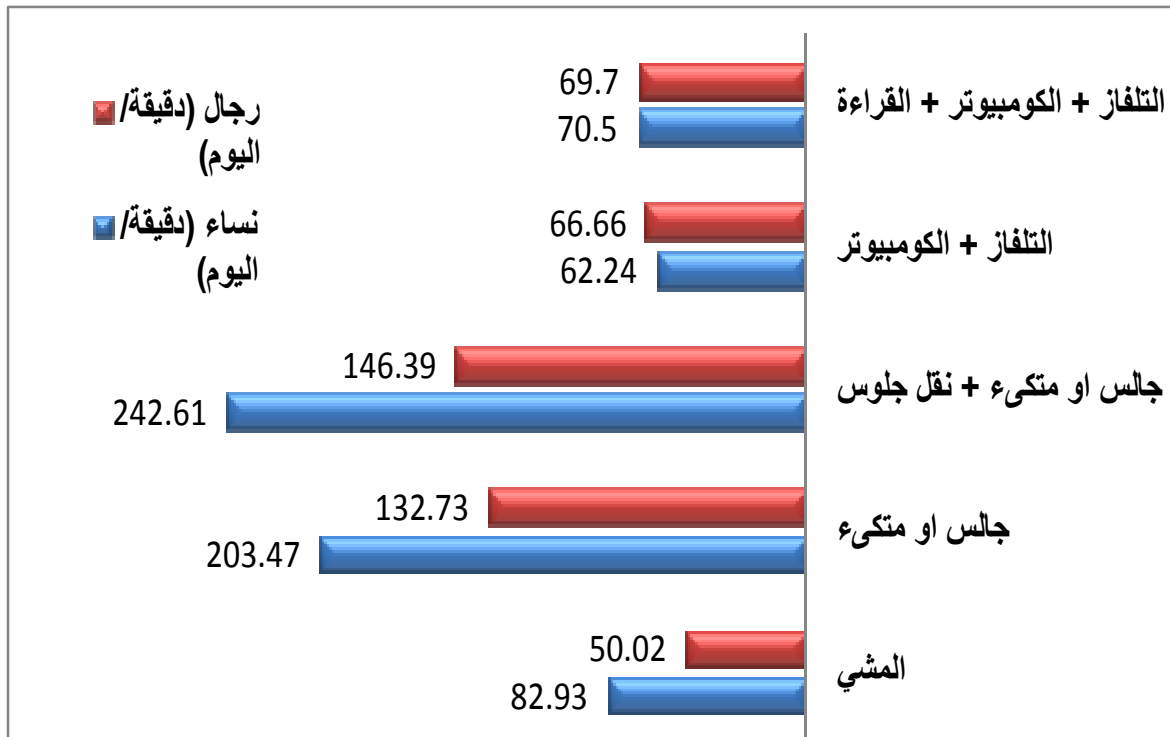
- الجزائري يطيل جلوسه و اتكائه بحوالي 162 دقيقة/ اليوم.
- الرجال أكثر جلوسا و اتكاء مقارنة بالنساء بنسبة 203.47 و 132.73 دقيقة/ اليوم على الترتيب.

ج/ النقل:

24 دقيقة يوميا هي المدة الزمنية التي يقضيها الجزائري في النقل.

د/ مشاهدة التلفاز و استعمال الكمبيوتر:

يستعمل الجزائري هاذين الجهازين بوقت قدره 65 دقيقة/ اليوم مع تقارب النسب بين الجنسين.



شكل 15/ نسبة النشاط الحركي للجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة
المصدر: ENS 2005

الخاتمة:

يمتاز نموذج الأمراض في بلادنا بتكلفة مزدوجة، فبرغم تراجع و اختفاء بعض الأمراض المعدية إلى أن الساحة الوبائية لا تزال تعاني من الارتفاع المقلق لداء الحصبة، التهاب الكبد الفيروسي و الليمفوما، و الزيادة السريعة في الأمراض المزمنة التي تستوجب تكفل خاص بالإضافة إلى انتشار عوامل الخطر القلبية الوعائية بين السكان نظرا لتغير النمط المعيشي و التحضر و بذلك تزيد من نسبة الإعاقة و الوفيات.

الفصل الخامس

دراسة الوفيات

في الجزائر

المقدمة

عرفت الوفيات أثناء مساري الانتقال الديمغرافي والوبائي في بلادنا التراجع من معدلات عليا الى أخرى منخفضة بالإضافة إلى التغير في أسبابها والذي يمكن إرجاعه إلى خروج البلاد من مرحلة الاستعمار، التحسن في المستوى المعيشي والتغطية الصحية.

(I) الوفيات العامة

مرت الوفيات العامة الجزائرية أثناء مسار الانتقال الديمغرافي بالمراحل التالية:

المرحلة الأولى:

و التي امتدت ما بين 1901- 1945 حيث عرفت أثنائها المعدلات الخام للوفيات مستويات مرتفعة و متذبذبة ما بين 25.1 % و 43.1 % وهي إحدى خصائص الدول الغير نامية أما معدل النمو الطبيعي فقد كان ضعيفا ما بين 0.5 % سنوات 1901- 1905 و 1.7 % بنهاية سنوات 1930، كما تجدر الإشارة فإن ارتفاع الوفيات يعود للأسباب التالية¹:
- وفيات الجزائريين في الحرب العالمية الأولى (1914- 1918) بعد تجنيدهم إجباريا في الجيش الفرنسي.
- نتيجة الازمة الزراعية الخطيرة سنوات 1920- 1922.
- الوفيات التي حصلت نتيجة مشاركة الجزائريين في الحرب العالمية الثانية (1939- 1945).
- الازمة الزراعية، المجاعة و الجفاف سنة 1945 بالإضافة إلى الإبادة السكانية في أحداث 08 ماي 1945.

المرحلة الثانية:

ما بين 1946- 1971 حيث شهدت معدلات الوفيات التراجع من 23.2 % إلى 16.7 % مع بقاء المواليد عالية مما أعطى نموا قياسيّا للسكان في حدود 3.34 % سنة 1970.

المرحلة الثالثة:

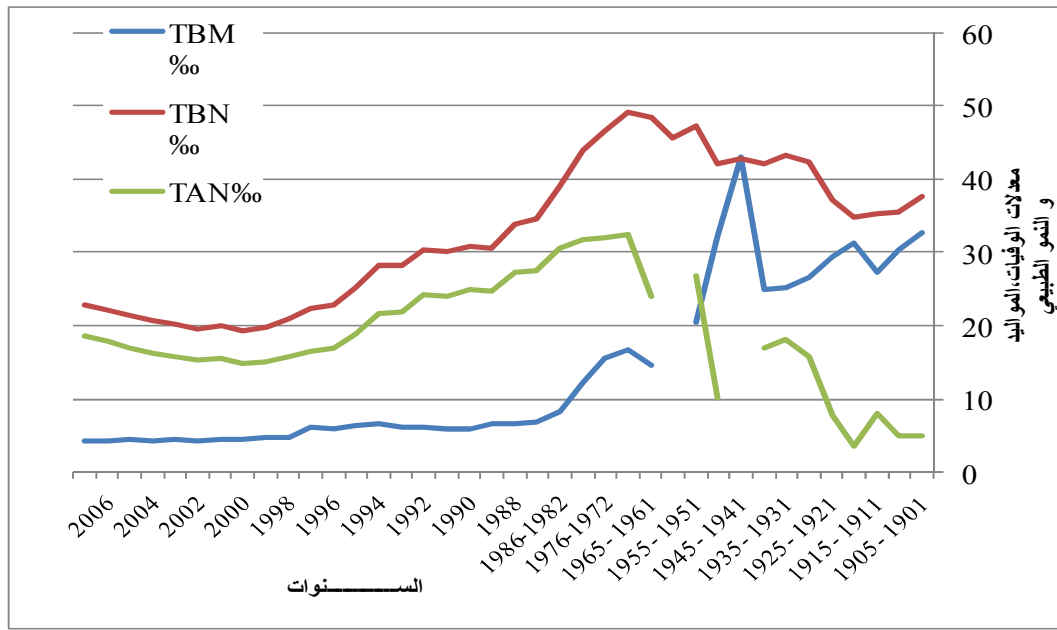
و التي دارت رحاها ما بين 1972- 1986 حيث اختصت الوفيات بالتراجع السريع من معدل 15.6 % إلى 8.4 % و بداية سقوط المواليد مع بقاء معدل النمو الطبيعي ما فوق 3 %، وهذا راجع إلى سياسة الاصطلاحات كإدخال مجانية العلاج حيز التطبيق ابتداء من 1974، تحسين الظروف المعيشية و التطبيق الفعلي للسياسة السكانية².

المرحلة الرابعة:

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

¹ Maison, D. (1973). «La population de l'Algérie». Population 28(6), p. 1079 – 1107.

² Kouaouci, A. (1996). Genèse et évolution de la politique de population en Algérie (1962-94), IPPF, Tunisie.



منحنى رقم 40/ تطور المعدل الخام للمواليد، الوفيات ومعدل النمو الطبيعي في الجزائر من 1900 - 2007.

Kouaouci A, (1992). Familles, femmes et contraception: contribution à une sociologie de la famille

المصدر

Algérienne, CENEAP, Algérie.

www.ONS.dz

(II) وفيات الأطفال

المرحلة الأولى ما بين 1901-1945:

تميزت هذه الفترة بالتباين في إحصائيات وفيات الأطفال بين أرقام الحالة المدنية و هيئة الأمم المتحدة، فمعدلات الحالة المدنية¹ أشارت إلى تراجع معدلات وفيات الأطفال لمجمل سكان الجزائريين من 115 % إلى 87 % ما بين 1901-1904 و 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، و بالنظر إلى الوضعية السياسية و الاقتصادية التي كانت تعيشها الجزائر آنذاك كالاستعمار، المجاعة، الأزمة الزراعية و الجهل تبقى هذه المعدلات بعيدة جدا عن الحقيقة و غير مقدره لأن الكثير من وفيات الأطفال الجزائريين بعد الولادة لا يتم التصريح بها خاصة في الوسط الريف.

الحالة المدنية	الأمم المتحدة		
	الجزائريين TMI%o	الأوروبيين TMI%o	
115	-	-	1901-1904
108	-	-	1905-1909
90	-	-	1910-1914
-	91,1	110,1	1920-1924
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 02/ تطور معدلات وفيات الأطفال 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.

المرحلة الثانية 1945-1971:

بالرغم من اختلاف المصادر و نقص التقدير الاحصائي الجيد لوفيات الأطفال² 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 الاحصائية نتيجة ثورة التحرير ليلها التراجع الطفيف بعد الاستقلال بمتوسط 128% حسب نفس التحقيق.

¹ Vallin, j. (1975). «La mortalité en Algérie ». Population 30(6), pp.1023 –1046.

² ONU, (1966). Demographic yearbook, International Department of Economic and Social affairs, p.280, New York, USA.

التحقيق الديمغرافي 70-69	التحقيق حول الخصوبة 70	الحالة المدنية			
		كل الجزائر	البلديات الحضرية	الولايات و الدوائر	
-	193	96	-	186	1947
-	165	90	-	173	1948
-	181	95	-	196	1949
-	166	86	-	191	1950
-	163	83	-	182	1951
-	117	85	-	163	1952
-	144	87	-	175	1953
-	143	86		154	1954
-	129	81	149	143	1955
-	165	92	137	167	1956
-	168	105	160	171	1957
-	160	121	170	186	1958
-	169	118	184	165	1959
-	178	112	167	155	1960
-	146	-	153	-	1961
-	129	-	-	-	1962
-	131	-	-	-	1963
-	123	-	-	-	1964
-	126	-	-	-	1965
-	133	80	111	-	1966
-	126	83	109	-	1967
-	121	90	117	-	1968
145	136	81	105	-	1969

جدول رقم 03/ تطور معدلات وفيات الأطفال مابين 1947-1969

المصدر/ Vallin j, (1975). «La mortalité en Algérie », Population 30(6), p1032.

المرحلة الثالثة 1972-1986:

شهدت هذه الفترة الاستمرار المتواصل في تراجع وفيات الأطفال ولكن بوتيرة بطيئة ما بين 1976-1980 و 1981-1985 من معدل 85‰ إلى 65‰ هذا ما أجبر السلطات الصحية بتطبيق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات هذه الفئة¹ ابتداء من 1984 و إدخال إجبارية التلقيح ضد الحصبة (VAR) مع مطلع 1985.

¹ 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.

المرحلة الرابعة ما بعد 1986:

تميزت مرحلة ما بعد 1986 بارمدة من التحقيقات الديمغرافية والطبية التي عكست العديد من المؤشرات منها وفيات الأطفال، فقد اظهر التحقيق الجزائري لصحة الأم و الطفل 1992 ثم التحقيق الجزائري حول صحة العائلة 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 عرفت 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 بتحسّن قدره 12 نقطة أما الثاني فيشير إلى تقلص هذا الفارق بين المناطق الريفية و الحضرية بمكسب يقارب 15 نقطة من 21.3 % إلى 6.8 % خلال نفس الفترة.

ذكور % TBM	إناث % TBM	كلا الجنسين % TBM	
60,00	55,50	57,80	1990
59,40	54,20	56,90	1991
57,70	53,00	55,40	1992
57,61	53,29	55,49	1993
56,80	51,51	54,21	1994
57,94	51,68	54,87	1995
56,88	52,21	54,59	1996
59,50	53,66	56,64	1997
38,7	36,0	37,4	1998
40,2	38,6	39,4	1999
38,4	35,3	36,9	2000
38,9	35,9	37,5	2001
36,1	33,3	34,7	2002
34,6	30,3	32,5	2003
32,2	28,5	30,4	2004
32,4	28,2	30,4	2005
28,3	25,3	26,9	2006
27,9	24,4	26,2	2007

جدول رقم 04 / تطور وفيات الأطفال حسب الجنس ما بين 1990-2007

المصدر / www.ons.dz

1q0		
EASF 2002	EASME 1992	
31,4	31,8	الوسط الحضري
38,2	53,1	الوسط الريفي
33,3	36,7	إناث
35,6	50,8	ذكور
34,5	43,7	كلا الجنسين

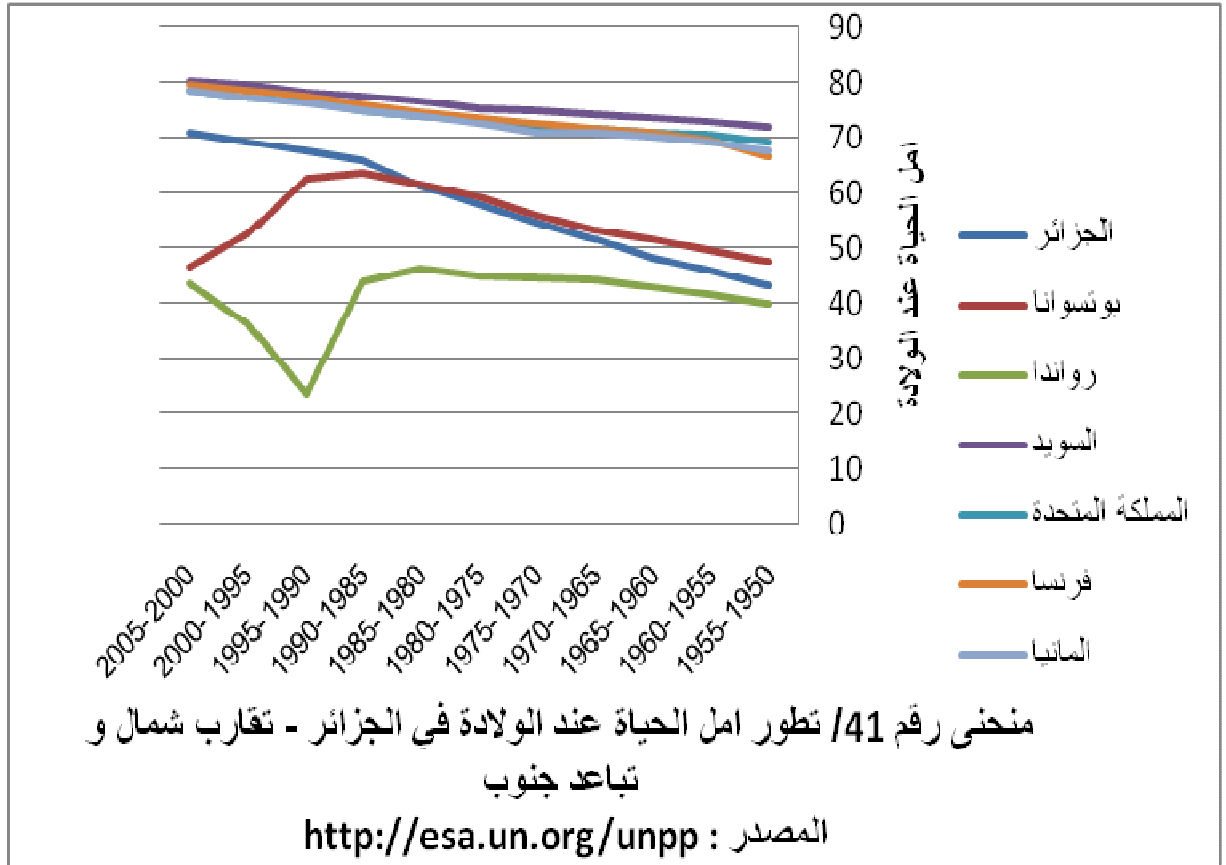
جدول رقم 05 / تطور احتمال وفيات الأطفال ما بين 1991-2002

المصدر / www.ons.dz, ANDS, Algérie. www.ons.dz, (2003). www.ons.dz, population et développement en Algérie Rapport national CIPD + 10,

(III) أمل الحياة عند الولادة : التقارب مع الشمال و التباعد مع الجنوب.

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 و الكاميرون و بتأخر تجاوز 30 سنة نظير أمل حياة البلدان المتقدمة كالسويد، المملكة المتحدة، ألمانيا و فرنسا.

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



(IV) أسباب الوفيات:

لا يزال موضوع دراسة أسباب الوفيات في الجزائر من المواضيع التي لم تنل الاهتمام الوفير نظرا لغياب سلسلة هذه الأسباب في المنظومة الإحصائية الوطنية، فمنذ الاستقلال ومنذ إنشائه فقد اقتصر أعمال الديوان الوطني للإحصائيات على الجانب الكمي دون نوعي، ونظرا للأهمية القصوى في تحديد أسباب الوفيات لدى السكان لتوجيه السياسة الصحية فقد تم إنشاء سنة 1995 على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية وحدة جمع و تحليل أسباب وفاة الجزائريين، ولكن ميدانيا بالرغم من تطور النظام المعلوماتي لقطاع الصحة والانتشار الواسع للأطباء بالإضافة إلى إجبارية إصدار الشهادة الطبية للمتوفي قبل الدفن مهما كان مكان هذا الحدث إلى أن معدل التغطية لم يتجاوز 30 % سنة 2005 بعد ما كان 10- 15 % ما بين 1995- 2003 زيادة على النسبة الكبيرة من الوفيات الغير معروفة السبب، ومنذ الدراسة الموثقة التي قام بها جاك فلان و برتراند جارو¹ (Jacques Vallin et Bertrand Garros) حول أسباب الوفيات لمدينة تبسة سنتي 1974- 1975 بقيت الساحة مبتورة من الأعمال غاية سنة 2002 أين قام نفس المعهد بإجراء الشطر الأول من التحقيق الوطني للصحة (2002- 2005) بجمع وتحليل أسباب الوفيات وطنيا الذي عكس ثقل الأمراض المزمنة، التنكسية و الناجمة عن الصدمات نظير الأمراض المعدية و الطفيلية.

	الأمراض المعدية البيرينثال و الأمومة	%	الامراض الغير معدية.	%	الصدمات	%	الوفيات الغير معرفة	%	المجموع
1995	7644	38,5	7990	40,3	1914	9,6	2312	11,7	19860
1996	4784	35,1	5587	41,0	1178	8,7	2076	15,3	13626
1997	6031	35,4	6068	35,6	1122	6,6	3842	22,5	17063
1998	4799	31,0	5538	36,0	992	6,4	4113	26,7	15442
1999	3618	26,8	7209	53,5	978	7,3	1667	12,3	13472
2000	5378	30,3	9377	52,8	1207	6,8	1802	10,2	17764
2001	5127	29,7	9760	56,5	1168	6,7	1225	07,1	17280
2002	5523	31,8	8719	50,2	1488	8,6	1651	09,5	17381
تحقيق 2002	5304	32,0	9385	56,4	843	5,1	1094	06,6	16626
2003	3178	23,0	8054	58,3	1465	10,6	1120	08,1	13817
2004	5791	18,0	11887	36,8	1470	04,5	13112	40,6	32260
2005	9147	22,8	17526	43,6	2232	05,5	11294	28,0	40199

جدول رقم 06 / توزيع نسب الوفيات المسجلة في الجزائر ما بين 1995-2005

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

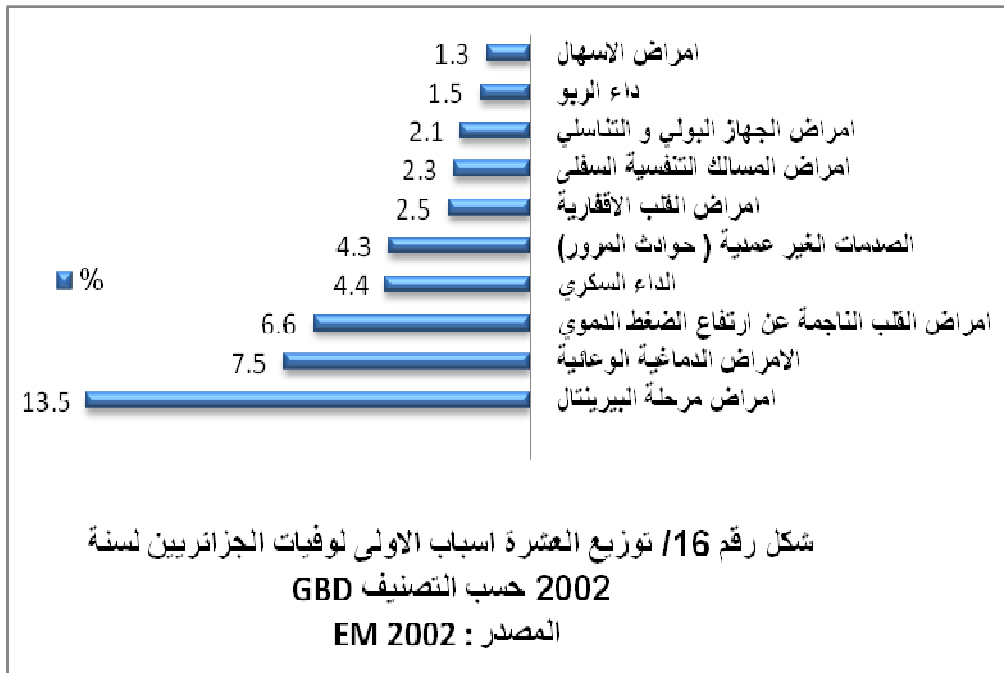
¹ Vallin, J ; Garros, B. (1973). «La mortalité par cause en Algérie. Le cas de Tébessa». Population 32(4), pp. 807 – 833.

1- أسباب الوفيات حسب تصنيف العبد العالمي للأمراض GBD:

التوزيع الإجمالي لأسباب الوفيات لدى الجزائريين لسنة 2002 حسب التصنيف GBD تصدرته الأمراض الغير معدية بنسبة 58.6 % متبوعة بالأمراض المعدية وأمراض مرحلة البيرينثال، الأمومة و التغذية بحوالي 22.7 % ثم الصدمات بشتى أنواعها بنسبة 10.6 % و أخيرا الوفيات الغير معرفة السبب بنسبة 8.1 % .

أ/ التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولى للوفيات حسب التصنيف GBD:

كشف التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولى للوفيات من تصنيف العبد العالمي للأمراض وبغض النظر على أن الوفيات خلال مرحلة البيرينثال قد احتلت الريادة بنسبة 13.5 %، فإن جل الوفيات المتبقية كانت بسبب الأمراض المزمنة و على رأسها الأمراض الدماغية الوعائية بنسبة 7.5 % ثم أمراض القلب الناجمة عن ارتفاع الضغط الدموي بمستوى 6.6 % ليليها الداء السكري بنسبة 4.4 % مع ميزة أن داء الربو أكثر فتكا بالنساء بمعدل 1.7 % مقابل حوادث المرور لدى الرجال 6.1 %.



ب/ التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولى للوفيات من تصنيف GBD حسب الفئات العمرية:

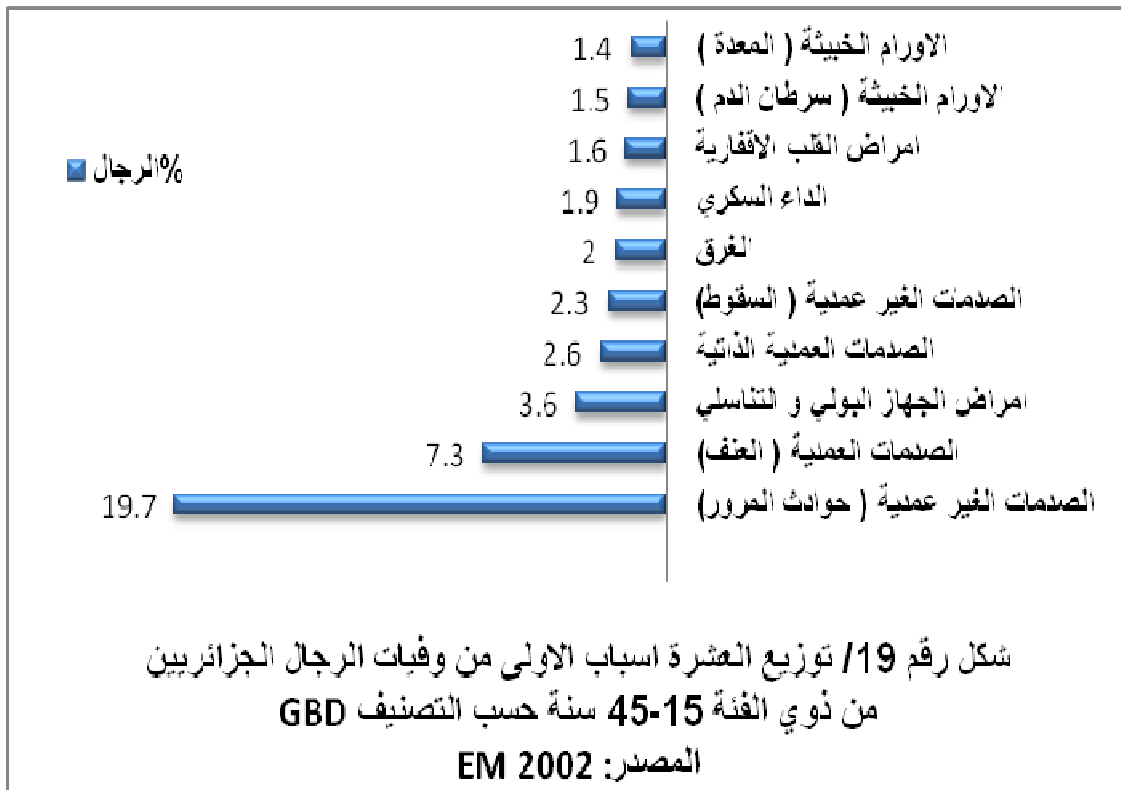
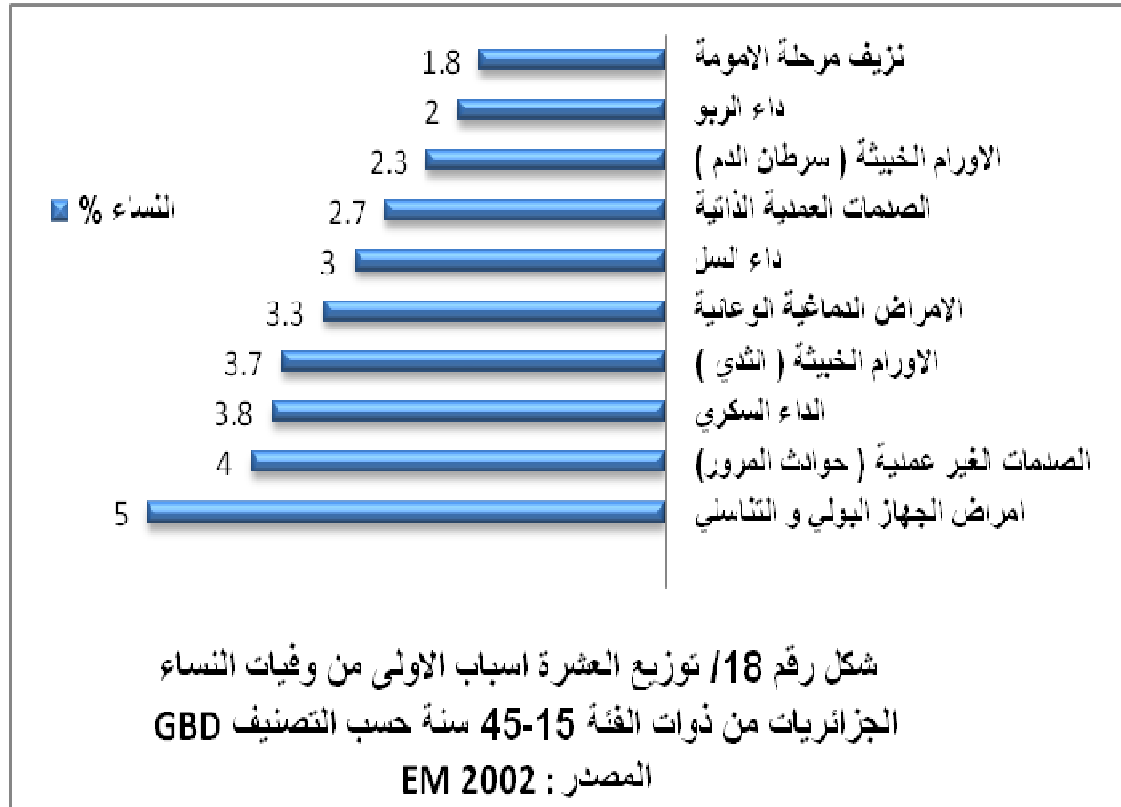
* الفئة 0-15 سنة:

و هي الفئة التي يعرف أفرادها مرحلة النمو و عدم النضج التام للجهاز المناعي وهو ما يعكس أن هذه الشريحة كانت عرضة للوفاة نتيجة أمراض مرحلة البيرينتال بنسبة 51.3 %، لتليها أمراض المسالك التنفسية السفلى بمعدل 5.6 % ثم الإسهال وحوادث المرور مع الحضور المهم للوفيات الناجمة عن سوء التغذية، النقائص الخلفية على مستوى العمود الفقري (سبينابفيدا) و الغدد بنسبة 1.4 % على التوالي.



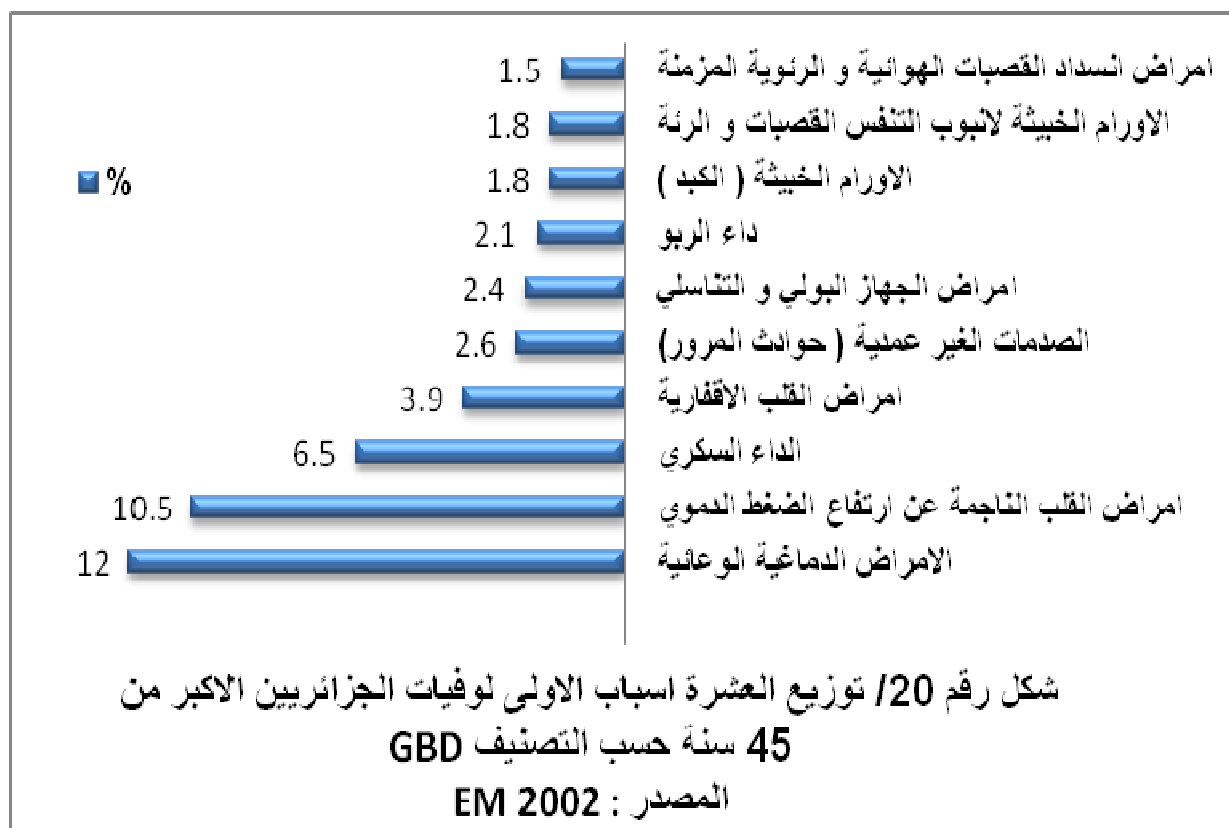
* الفئة 15-44:

وهي المرحلة التي تعرف فيها خاصة النساء النشاط الإنجابي والأعمال المتعبة و الخطيرة لدى الرجال، فلدى فئة النساء تصدرت أسباب الوفيات أمراض الجهاز البولي والتناسلي بنسبة 5 % ثم حوادث المرور بمعدل 4 % فالداء السكري، سرطان الثدي و الأمراض الدماغية الوعائية بنسب 3.8 %، 3.7 % و 3.3 % على التوالي مع بقاء داء السل قاتلا لحوالي 3 % من نساء هذه الفئة، أما عند الرجال فدواعي الوفيات ترأسها الصدمات سواءا حوادث المرور أو العنف بنسب 19.7 % و 7.3 % و حتى السقوط و الغرق لتساهم بعد ذلك الأمراض المزمنة و التنكسية كالداء السكري و أمراض القلب الاقفارية و حتى سرطان الدم بمتوسط نسبة قدرها 1.6 %.



* الفئة 45 سنة أكثرها:

أين تشهد أثناءها النساء بداية نهاية نشاطهن الإنجابي مع الانتشار الواسع لعوامل الخطر القلبية الوعائية لدى الجنسين كارتفاع الضغط الدموي و نسبة الدهون في الدم، التدخين، استهلاك الكحول و حتى السمنة و هو ما عكسته الأرقام فمعظم الوفيات كانت ناجمة عن الأمراض المزمنة و التنكسية، حيث تتقدمت فيها الأمراض الدماغية الوعائية بنسبة 12 %، أمراض القلب الناجمة عن ارتفاع الضغط الدموي بمعدل 10.5 %، الداء السكري بحوالي 6.5 % مع ميزة أن سرطان الكبد والثدي أكثر فتكا بالنساء بنسب 2.1 % و 1.3 % على التوالي نظير حوادث المرور، سرطان الرئة و البروستات بمعدل 2.7 % لدى الرجال.





شكل رقم 21/ توزيع العشرة اسباب الاولى لوفيات النساء الجزائريات
الأكبر من 45 سنة حسب التصنيف GBD
المصدر : EM 2002



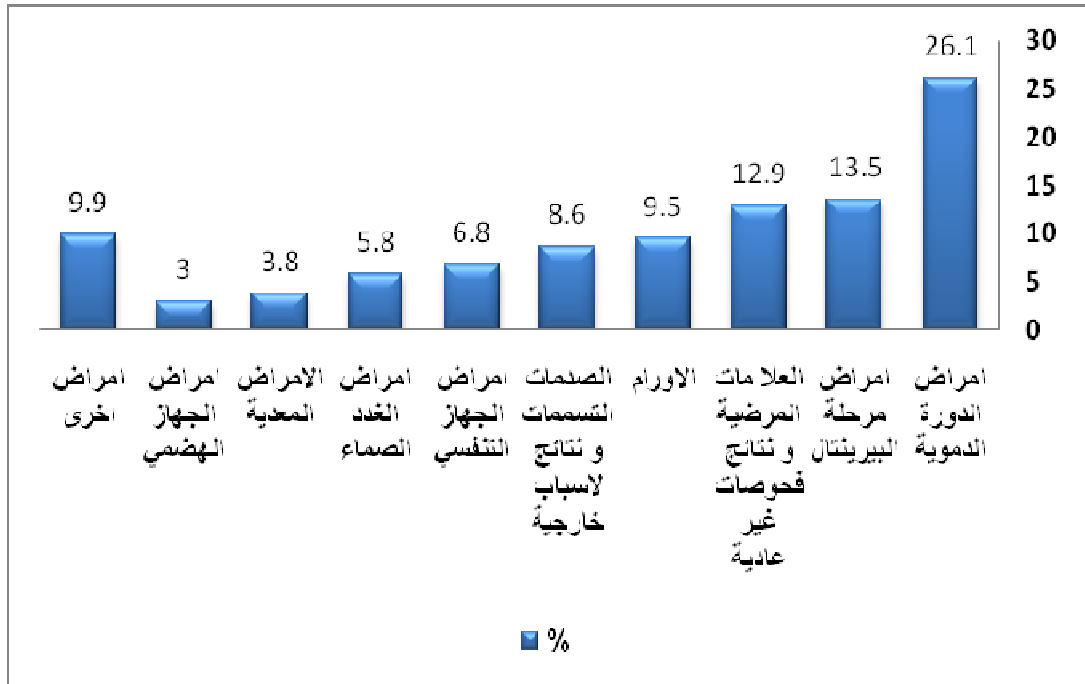
شكل 22/ توزيع العشرة اسباب الاولى من وفيات الرجال الجزائريين الأكبر
من 45 سنة حسب التصنيف GBD
المصدر : EM 2002

2- 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 CIM 10 هو وجود نقص في الأرقام الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية خاصة المتعلقة بشهادة الوفاة فهذه الإحصائيات تدل على أن الجزائر صحيح في أوج الانتقال الوبائي ولكن في صورة غير دقيقة، هذا النقص يكمن في مساهمات بعض الأمراض في النسبة الحقيقية للوفيات فالتحقيق الوطني للصحة لسنة 2002 أعطى نسبتي 26.1 % و 9.5 % من الوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية و الأورام بينها شهادات الوفيات لسنتي 2004 و 2005 أعطت أرقاما غير واقعية 14.0 % و 18.2 % للداء الأول نظير 5 % و 6.5 % للداء الثاني على التوالي.

هذه الإحصائيات المبتورة راجعة إلى النقص الكبير في معدل التغطية للأسباب الوفاة الذي لم يتعدى 25 % (32260 وفاة) و 29.5 % (40199 وفاة) لسنتي 2004 و 2005 من مجمل الوفيات المصرح بها لدى الديوان الوطني للإحصائيات و المقدرة بحوالي 129390 و 136380 وفاة للعامين على التوالي (انظر الجدول رقم 07).

فنظرا لهذه الأسباب يبقى التحقيق الوطني للصحة 2002 الوحيد الذي يعكس ثقل الأمراض المزمنة و المستعصية بالإضافة إلى الصدمات التي تفتك بأرواح الجزائريين مقارنة بالأمراض المعدية التي تراجعت دون الاختفاء التام من الساحة الوبائية، حيث أعطى هذا التصنيف الصدارة للوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية (أمراض القلب و الأوعية الدموية، الحوادث الشريانية الدماغية،...) بنسبة 26.1 % متبوعة بأمراض مرحلة البيرينثال، العلامات المرضية و نتائج الفحوصات الغير عادية فالأورام بنسب 13.5 %، 12.9 % و 9.5 % على التوالي مع حضور الأمراض المعدية بنسبة 3.8 %.



شكل رقم 23/ أسباب الوفيات في الجزائر لسنة 2002 حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض
المصدر / Enquête de Mortalité 2002 (INSP)

INSP/ONS 2005%	INSP 2005	ONS 2005	INSP/ONS 2004%	INSP 2004	ONS 2004	
30,3	480	1584	36,40	540	1483	ادرار
49,0	1762	3592	38,48	1302	3384	الشلف
44,4	624	1405	38,16	493	1314	الاغواط
17,6	371	2106	05,90	121	2061	ام البواقي
36,4	1623	4463	38,25	1647	4316	باتنة
04,2	156	3719	12,30	463	3781	بجاية
49,7	1574	3165	41,20	1075	2608	بسكرة
96,3	1030	1070	00,28	3	1047	بشار
34,3	1450	4236	00,76	3	3969	البليدة
22,6	491	2172	26,17	587	2243	البويرة
05,9	58	979	46,40	310	668	تمنراست
33,7	894	2650	0	0	2625	تبسة
18,6	832	4466	01,65	72	4339	تلمسان
42,0	1520	3617	34,14	1096	3210	تيارت
08,1	414	5108	03,50	171	4880	تيزي وزو
75,0	10720	14299	90,60	11676	13105	الجزائر العاصمة
17,3	476	2756	10,20	262	2568	الجلقة
42,3	892	2110	58,12	1245	2142	جيجل
11,4	627	5498	00,25	14	5431	سطيف
38,9	582	1498	25,05	349	1393	سعيدة
05,1	172	3331	08,70	274	3151	سكيكدة
73,9	2080	2816	59,04	1677	2840	سيدي بلعباس
52,9	1970	3724	45,80	1675	3683	عنابة
22,9	398	1734	12,75	228	1787	قائمة
08,9	488	5425	09,20	481	5234	قسنطينة
29,8	799	2683	19,85	509	2568	المدية
07,2	231	3188	08,40	255	3033	مستغانم
52,5	1796	3416	27,00	854	3162	مسيلة
48,6	1665	3426	03,45	98	3218	معسكر
08,5	166	1949	64,08	1267	1977	ورقلة
04,3	312	7245	0	0	6750	وهران
17,0	167	981	31,62	278	879	البيض
51,9	81	156	29,76	50	168	اليزي
19,1	406	2120	19,10	392	2053	برج بو عريريج
12,7	257	2024	03,04	56	1839	بومرداس
08,6	99	1144	01,25	13	1033	الطارف
32,5	90	277	52,00	133	256	تندوف
25,3	287	1136	29,05	315	1084	تيسمسيلت
39,8	867	2174	21,00	426	2035	الواد
01,5	25	1567	02,00	28	1424	خنشلة
16,6	283	1704	0	0	1623	سوق اهراس
03,1	64	2030	05,80	114	1962	تيبازة
08,4	200	2376	23,06	549	2380	ميلة
25,6	674	2636	30,00	729	2423	عين الدفلة
0	0	738	18,00	125	698	النعامة

0	0	1614	0	0	1497	عين تيموشنت
0	0	1441	0	0	1315	غرداية
01,6	46	2832	03,75	105	2796	غليزان
	40199	136380		32260	129390	المجموع
	(29,5%/ONS)			(25% /ONS)		

جدول رقم 07/ توزيع الوفيات المصرح بها حسب الولايات لسنتي 2004 و 2005

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

الرمز	الداء	2002	%	2004	%	2005	%
A 00 - B 99	الأمراض المعدية	511	3,8	916	2,8	1161	2,9
D 48 - C 00	الأورام	1269	9,5	1622	5,0	2612	6,5
D 50 - D 89	أمراض الجهاز الدموي.	88	0,7	230	0,7	310	0,8
E 00 - E 90	أمراض الغدد.	771	5,8	1324	4,1	2035	5,1
F 00 - F 99	الاضطرابات العقلية.	55	0,4	3	0,0	15	0,0
G 00 - G 99	أمراض الجهاز العصبي.	185	1,4	227	0,7	411	1,0
H 00 - H 59	أمراض العيون ولواحقها.	1	0	1	0,0	2	0,0
H 60 - H 99	أمراض الأذن و نتوء العظم.	1	0	1	0,0	---	---
I 00 - I 99	أمراض جهاز الدورة الدموية.	3485	26,1	4526	14,0	7330	18,2
J 00 - J 99	أمراض جهاز التنفسي.	911	6,8	2144	06,6	2091	5,2
K 00 - K 93	أمراض الجهاز الهضمي.	404	3	777	02,4	1098	2,7
L 00 - L 99	أمراض الجلد.	13	0,1	29	0,09	48	0,1
M 00 - M 99	أمراض العظام والمفاصل.	27	0,2	12	00,0	53	0,1
N 00 - N 99	أمراض الجهاز البولي والتناسلي.	346	2,6	606	01,9	843	2,1
O 00 - O 99	حمل، ولادة، ونفاس.	68	0,5	80	00,2	128	0,3
P 00 - P 96	أمراض مرحلة البيرينثال.	1810	13,5	4401	13,6	7135	17,7
Q 99 - 00 Q	تشوهات خلقية و نقائص الكروموزومات.	348	2,6	781	02,4	1402	3,5
R 00 - R 99	أمراض، علامات و نتائج فحوصات غير عادية.	1727	12,9	13112	40,6	11294	28,1
S 00 - T 98	أضرار (جروح صدماتية)، تسممات و بعض النتائج لأسباب خارجية.	192	1,4	---	---	---	---
Y 01 - V 98	أسباب خارجية للوفيات.	1146	8,6	1468	5,07	2231	5,3

جدول رقم 08/ توزيع أسباب الوفيات في الجزائر لسنوات 2004، 2002 و 2005 حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض CIM10

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

الخاتمة:

عرف انتقال الوفيات في بلادنا المرور بكل مراحل الانتقال الديمغرافي و الوبائي مع تواصل ارتفاع أمل الحياة عند الولادة وتعديه عتبة 74 سنة متباعدة في ذلك عن الدول الإفريقية ومتقاربا مع الدول المتقدمة، أما عن أسباب هذه الوفيات فبرغم قلة الدراسات و ضعف المنظومة الإحصائية إلى أن التحقيق الوطني للصحة كشف أن الجزائريين سنة 2002 قد توفوا بنسبة كبيرة نتيجة الأمراض المزمنة ، المستعصية وحوادث المرور مع التواجد المستمر للأمراض المعدية .

الفصل السادس

دراسة الخصوبة في الجزائر

المقدمة

كثيرة هي التقنيات الديمغرافية التي تسمح بمعرفة أسباب التحولات التي عرفتتها الخصوبة خلال مرحلة الانتقال، ولعل نموذج العوامل الوسطية لبغاريس الأكثر استعمالاً من حيث الكشف عن أثر بعض العوامل كالزواجية، استعمال موانع الحمل، الرضاغة، العقم والإجهاض في مستوى الخصوبة هو الأمثل استعمالاً في حالة انتقال الخصوبة الجزائية دون أن ننسى دور تطور المنظومة الصحية في تراجع بعض الأمراض والتكفل الجيد بصحة الأمومة.

(I) العوامل الوسطية للخصوبة

إن مصطلح العوامل الوسطية للخصوبة قد أطلق لأول مرة من طرف دافيس كينسلي وبلاك جوديث سنة 1956¹ (DAVIS Kingsley et BLAKE Judith) بعد محاولاتها لتفسير الشروط الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية التي بإمكانها التأثير في الخصوبة، والتي قسمها الباحثين إلى ثلاث فئات:

الفئة الأولى: العوامل المتعلقة بالعلاقات الجنسية:

- 1- سن بداية العلاقات الجنسية – الجماع -
- 2- العزوبة النهائية.
- 3- مرحلة الانسحاب والتخلي عن النشاط الجنسي.
أ/ الطلاق، الانفصال.
ب/ الترمل.
- 4- الامتناع الإرادي – التعفف-
- 5- الامتناع الغير إرادي (مرض، انفصال،...).
- 6- شدة العلاقات (باستثناء فترات الامتناع).

الفئة الثانية: العوامل المتعلقة باحتمال حدوث الحمل:

- 1- الخصوبة، عدم الإخصاب اللاإرادي (العقم).
- 2- استعمال أو عدم استعمال موانع الحمل.
أ/ وسائل ميكانيكية وكيميائية.
ب/ وسائل أخرى.
- 3- الخصوبة وعدم الإخصاب الإرادي (التعقيم الإرادي، علاج طبي).

¹ DAVIS K and BLAKE J , (1956). « Social Structure and Fertility: An Analytic Framework», Economic Development and Cultural Change, 4(3), pp 211-235.

الفئة الثالثة: العوامل المتعلقة بالحمل والنجاح في مخاض الولادة:

- 1- وفيات الأجنة نتيجة لأسباب لا إرادية.
 - 2- وفيات الأجنة نتيجة لأسباب إرادية (الإجهاض).
- في سنة 1978، واعتمادا على الإطار المفاهيمي لأعمال دافيس وبلاك، وضع جون بنغارتس (BONGAARTS John) نموذجاً لتحليل الخصوبة والذي قسمه كذلك إلى ثلاث فئات¹:

الفئة الأولى: العوامل المتعلقة بالعرضة لخطر الحمل

- الزواج

الفئة الثانية : العوامل المتعلقة بالخصوبة الشرعية الطبيعية أي غياب التنظيم الإرادي للمواليد:

- عدم الإخصاب بعد الولادة.
- وفيات داخل الرحم.
- العقم المرضي.

الفئة الثالثة : العوامل المجتمعة مع التنظيم الإرادي للخصوبة:

- موانع الحمل.
- الإجهاض المتعمد.

- في سنة 1982 أقر بنغارتس² بوجود أربع عوامل فقط من العوامل السابقة الذكر التي تؤثر مباشرة في الخصوبة وهي نسبة النساء المتزوجات، عدم الإنجاب بعد الولادة، موانع الحمل والإجهاض. كما أضيف عامل العقم إلى باقي العوامل بعد أن لاحظ بنغارتس ومجموعة من الباحثين³ أن العقم المرضي قد تسبب في 60 من التغيرات التي حصلت على الخصوبة في إفريقيا الشبه صحراوية.

1- تقديم نموذج بنغارتس:

إن التأثير المثبط (effet inhibiteur) لكل عامل من العوامل الوسطية يقاس بمقارنة مستوى الخصوبة التي يجب أن تكون في حضوره مع التي يمكن ملاحظتها في غيابه، هذا المؤشر المقاس يدعى معدل الخصوبة والذي يتغير من مجتمع إلى آخر ولكن بنغارتس حصره بين 13 و 17 ولادة / امرأة مع متوسط قدره 15,3 ولادة / امرأة.

¹ Bongaarts J , (1978). « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », Population and Development Review, 4(1), pp. 105-132.

² Bongaarts J , (1982). « The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables », Studies in Family Planning. 13(6/7), pp. 179-189.

³ Bongaarts J, Frank O and Lesthaeghe R , (1984). « The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa », Population and Development Review, 10(3), pp. 511-537

إن أثر مختلف العوامل الوسطية يقاس وفق مؤشرات تملك قيما محصورا بين 0 و 1 (كلما قارب المؤشر الصفر، كلما كان أثر العامل على الخصوبة مهما وقويا وبالمقابل كلما قارب العدد 1 قل أثره على الخصوبة).

$$TF = C_m \cdot C_c \cdot C_i \cdot C_a \times TFBM$$

C_m = مؤشر نسبة النساء المتزوجات Indice de nuptialité

(= 1 كل النساء في سن الإنجاب متزوجات، = 0 في غياب الزواج).

C_c = مؤشر موانع الحمل Indice de contraception

(= 1 في غياب استعمال موانع الحمل، = 0 إذا كان كل النساء في سن الإنجاب يستعملن طريقة فعالة لمنع الحمل بنسبة 100 %).

C_a = مؤشر الإجهاض المتعمد Indice d'avortement provoqué

(= 1 في غياب الإجهاض، = 0 في حالة إجهاض كل الحوامل).

C_i = مؤشر عدم الإخصاب (العقم المؤقت) الذي يلي الولادة Indice de stérilité post-partum

(= 1 في غياب الرضاعة الطبيعية والامتناع الجنسي، = 0 في حالة العقم النهائي).

$TFBM$ = معدل الخصوبة البيولوجية القصوى Le taux de fécondité biologique maximum

$$C_m = \frac{TF}{TFL} \quad \text{حيث}$$

TF = معدل الخصوبة العامة.

TFL = معدل الخصوبة الشرعية.

$$C_c \cdot C_a = \frac{TFL}{TFN}$$

TFN = معدل الخصوبة الطبيعية.

$$C_c = 1 - u \cdot e \cdot s$$

u = نسبة المتزوجات اللاتي استعملن موانع الحمل.

e = فعالية موانع الحمل المستعملة.

s = عامل مصحح راجع إلى التداخل مع العقم الطبيعي والمقدر بحوالي 1,08.

$$C_a = \frac{TF}{(TF + b \cdot T_A)}$$

T_A = معدل الإجهاض.

b = عدد الولادات التي تم تجنبها بالإجهاض (المقدر بحوالي 0,4 في حضور استعمال موانع الحمل).

$$C_i = \frac{TFN}{TFBM}$$

$$C_i = \frac{20}{(18.5 + i)}$$

أو

$$C_i = 1.753.e^{(0.14B-0.00187B^2)}$$

i = مدة انقطاع الطمث أو الامتناع ما بعد الولادة.

B = مدة الرضاعة.

EASF 02			EASME 92			ENAF 86			المؤشرات
الريفي	الحضري	كل الجزائر	الريفي	الحضري	كل الجزائر	الريفي	الحضري	كل الجزائر	
0,496	0,523	0,480	0,564	0,629	0,509	0,669	0,716	0,594	C _m
0,490	0,476	0,445	0,554	0,624	0,481	0,665	0,720	0,572	C _c
0,719	0,704	0,730	0,769	0,738	0,804	0,735	0,606	0,794	C _i
14,6	15,4	13,5	18,3	18,3	18,3	18,7	22,7	16,7	C _a TFBM
2,4	2,7	2,1	4,4	5,3	3,6	6,1	7,1	4,5	TF

جدول رقم 09 / قيم مؤشر الزواجية، موانع الحمل، العقم ما بعد الولادة، الإجهاض المتعمد / معدل الخصوبة البيولوجية القصوى ما بين 1986 و 2002.

BOUMEGHAR Amel et AMOKTANE Faouzi, (2007). «Nuptialité et Fécondité en Algérie », in enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002: Etudes approfondies, ONS, p. 93.

المصدر

إن التحليل المقارن لتطوير العوامل الوسطية للخصوبة عبر مختلف التحقيقات الوطنية كشف التقارب بين مؤشري موانع الحمل والزواجية حيث تغيرا في اتجاه واحد ابتداءً من سنة 1986، ثم ليظهر الفرق جليا بينهما سنة 2002 خاصة في أثر موانع الحمل بين الوسط الحضري والريفي، هذا الفارق الذي قدر بحوالي 0,15 نقطة سنة 1986، ليتعدى بعدها إلى 0,14 نقطة سنة 1992 وأخيرا 0,02 نقطة بحلول سنة 2002؛ كما تجدر الإشارة فإن الرضاعة كان أثرها ضعيفا سنة 1992 وهذا دليل على الانتشار الواسع لموانع الحمل.

2- مساهمات العوامل الوسطية للخصوبة:

لمعرفة التغيرات وأثر مختلف العوامل الوسطية في مستوى الخصوبة الجزائرية ما بين 1986 و 2002 فإننا نقوم أولاً بالتحويلات اللوغارتمية التالية:

$$[(TFBM.Ca)]_1 . C_{i_1} . C_{c_1} . C_{m_1} = TF_1$$

$$[(TFBM.Ca)]_2 . C_{i_2} . C_{c_2} . C_{m_2} = TF_2$$

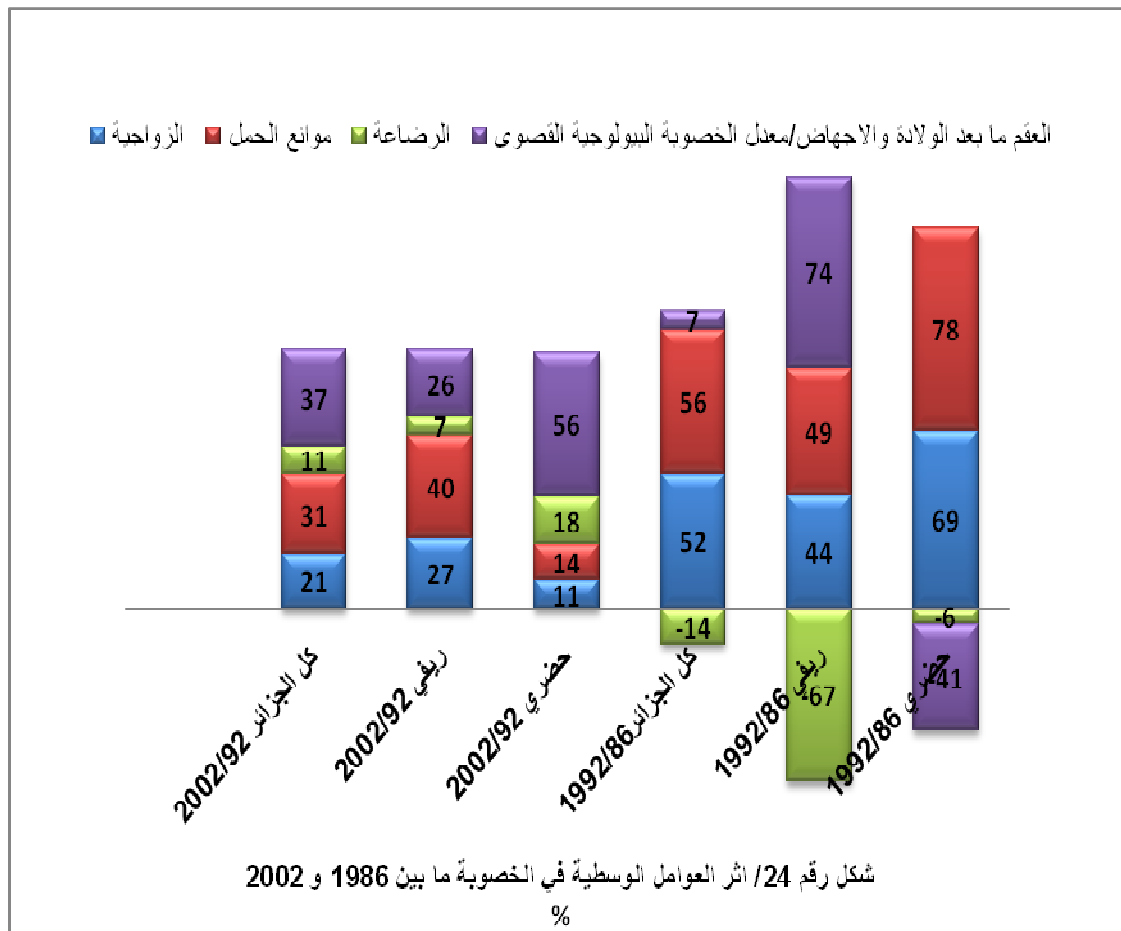
$$\left(\frac{[(TFBM.Ca)]_1}{[(TFBM.Ca)]_2} \right) \text{ لو} + \left(\frac{C_{i_1}}{C_{i_2}} \right) \text{ لو} + \left(\frac{C_{c_1}}{C_{c_2}} \right) \text{ لو} + \left(\frac{C_{m_1}}{C_{m_2}} \right) \text{ لو} = \left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو}$$

$$\left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} / \left(\frac{C_{m_1}}{C_{m_2}} \right) \text{ لو} = \left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} \text{ أثر الزواجية:}$$

$$\left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} / \left(\frac{C_{c_1}}{C_{c_2}} \right) \text{ لو} = \left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} \text{ أثر موانع الحمل:}$$

$$\left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} / \left(\frac{C_{i_1}}{C_{i_2}} \right) \text{ لو} = \left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} \text{ أثر الرضاعة:}$$

$$\left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} / \left(\frac{[(TFBM.Ca)]_1}{[(TFBM.Ca)]_2} \right) \text{ لو} = \left(\frac{TF_1}{TF_2} \right) \text{ لو} \text{ أثر العقم بعد الولادة، الإجهاض/الخصوبة البيولوجية القصوى:}$$



- ما بين 1986 و 1992

موانع الحمل ساهمت بخفض 56% من مستوى الخصوبة متبوعة مباشرة بالزواجية بنسبة 52% ليليها الأثر الضعيف للعقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى بحوالي 7%، أما الرضاعة فقد عملت على تشجيع الخصوبة وذلك برفعها بنسبة 14%.

التحليل حسب الوسط كشف أن أثر موانع الحمل والزواجية في تراجع الخصوبة كبير في الوسط الحضري مقارنة بالريف بنسبة 78% مقابل 49% للعامل الأول و 11% نظير 27% للعامل الثاني، أما الرضاعة فهي في مجملها سلوكا ريفيا وقد مارست أثرا سلبيا في تراجع الخصوبة بنسبة 67% مقابل 16% في الحضر، والجدير بالذكر أن أثر العقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى كان متضادا فهذا العامل ساهم في حفظ الخصوبة بنسبة 74% في الوسط الريفي و رفعها بنسبة 41% في الحضري وهو ما يمكن إرجاعه إلى قلة الرعاية الطبية للحوامل في الريف.

- ما بين 1992 و 2002

ما يمكن تميزه خلال هذه المرحلة أن كل العوامل الوسطية سلكت إتجاها واحدا هو خفض الخصوبة وبمستويات مختلفة مع تراجع أثر موانع الحمل والزواجية بنسبة 31% و 21% مقارنة بالمرحلة السابقة والمقابل اكتسبت الرضاعة والعقم ما بعد الولادة / الإجهاض نقاط هذا التراجع معزرتين مكانتهما بأثر قدره 11% و 37% على التوالي.

التحليل حسب الوسط كشف أن أثر موانع الحمل والزواجية في تراجع الخصوبة كان كبيرا في الوسط الحضري مقارنة بالريف بنسبة 14% مقابل 40% للعامل الأول و 69% نظير 44% للثاني وهو عكس ما لوحظ في المرحلة السابقة . أثر العقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى والرضاعة ساهموا في حفظ خصوبة الوسط الحضري مقارنة بالريف بنسبة 56% مقابل 26% للعامل الأول و 18% نظير 7% للثاني على التوالي وهو كذلك عكس ما شوهد في المرحلة السابقة.

كما تجدر الإشارة فان عامل الإجهاض و الخصوبة البيولوجية القصوى خلال الفترة الممتدة ما بين 1986-2002 تستوجب التحليل التالي:

- تراجع جداء TFBM .Ca راجع إلى تراجعهما معا أو تراجع احدهما الذي تم تعويضه بارتفاع الثاني.
- مساهمة الإجهاض أكثر من مساهمة الخصوبة البيولوجية القصوى وهي إحدى خصائص المجتمعات التي تختص بالانتشار الواسع لموانع الحمل وذلك لتجنب الحمل الغير مرغوب فيه .
- مساهمة الخصوبة البيولوجية القصوى اكبر من مساهمة الإجهاض الذي يمكن إرجاعه إلى تحسن القدرة الإنجابية للنساء نظرا لتحسن صحة السكان.

(II) انتقال الخصوبة والمنظومة الصحية:

إنه من المجحف تفسير تراجع الخصوبة إبان الانتقال الديمغرافي والوبائي بالعوامل الوسيطة فقط دون ذكر مساهمات السياسة الصحية في ذلك، فخلال الانتقال الوبائي¹ الذي ينتقل فيه النظام الصحي من الطب التقليدي وغياب التلقيحات والنظافة البيئية إلى نظام منظم وكامل يعتمد على العلاجات الحديثة والوقاية بالإضافة إلى إنشاء البرامج الصحية التي تهدف إلى حماية السكان.

وكما رأينا سابقا في تطور الوضعية الوبائية لبلادنا هو التراجع في الأمراض المعدية خاصة منها القاتلة للأطفال كالشلل، الكزاز والكوليرا.... التي ساهمت بدورها بهذا الأثر في تراجع الخصوبة هذا الأثر الايجابي في تراجع الخصوبة مرده إلى تطور المنظومة الصحية.

فخلال عشرية 1960، كانت أغلب الهياكل الصحية متواجدة في المدن الكبرى والإقبال على العلاجات محدودا خاصة في الوسط الريفي، هذا ما أجبر السلطات العمومية لفرض الطب المجاني ابتداءً من 1974/1/1 وخلق العديد من الهياكل الطبية اللامركزية خاصة في المناطق الريفية.

أما التخطيط العائلي² فقد بدأ ميدانيا سنة 1967 بفتح أول مركز لتباعد الولادات والهادف إلى حماية الأمومة والطفولة. كما شهدت نهاية السنوات 1960 ونهاية السنوات 1980 تضاعف وانتشار الهياكل الصحية، من 143 هيكل استشفائي سنة 1969 إلى 208 سنة 1989 من بينها 13 مركز استشفائي جامعي بالإضافة إلى 276 عيادة توليد، 433 عيادة متعددة الخدمات، 1075 مركز علاج، 6380 عيادة طبية خاصة بالإضافة إلى تضاعف الأطباء بحوالي 11,5 مرة. سنة 1983 عرفت انشاء وتطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي (PNMCD) والذي ارتكز على ثلاثة محاور رئيسية:

1- تقوية ودعم شبكة وحدات الخاصة بخدمات التخطيط العائلي.

2- إنشاء برنامج بحث ودراسات بغية دمج السياسة السكانية ضمن المخطط الوطني للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.

3 وضع برنامج: اتصال، تعليم وتحسيس السكان بمحاسن وسائل التخطيط العائلي وخطرت تقارب الولادات على صحة الأم والعائلة، هذا ما ساهم في رفع مستوى متابعة الحمل من 30% سنة 1980 إلى 57,3% سنة 1992 وارتفاع الولادات في الوسط الطبي بنسبة 76% سنة 1996 بعدما كانت 40% سنة 1979.

تطور المنظومة الصحية الجزائية بالإضافة إلى برنامج التحكم الديمغرافي ساهما في خفض مستوى الخصوبة وذلك بمتابعة الحمل خاصة العالي الخطر والولادة في الوسط الطبي المكيف للإقلال خاصة من وفيات الأطفال بالإضافة إلى توزيع موانع الحمل مجانا على مستوى كل مراكز حماية الأمومة والطفولة.

¹ Caldwell J C, (2001). «Population health in transition», Bulletin of the World Health Organization, 79 (2), Pp 159-179.

² BAIT F, (2003). «La transition démographique et la politique de population en Algérie », mémoire de licence en Démographie, université de BATNA, p19

الخاتمة

لقد ساهمت العديد من العوامل في انتقال الخصوبة الجزائرية كالانتشار الواسع في استعمال موانع الحمل وتقارب ذلك بين الواسطين بين الحضري والريفي، تراجع الزواجية وبنسبة أقل التخلي عن الرضاعة، بالإضافة إلى مساهمة تطور المنظومة الصحية والبرامج السكانية في تعديل السلوك والصحة الإنجابية للمرأة الجزائرية وتوعيتها بحفظ الخصوبة و تباعد الولادات الذي يذر محاسن على الخلية الأسرية.

اختبار الفرضيات

الفرضية الأولى

إن تصنيف أسباب الوفيات الجزائرية ابتداء من سنة 1995 إلى غاية 2005 زيادة على التحليل الدقيق للتحقيق الوطني 2002 يؤكد صحة الفرضية المطروحة فحسب التصنيف العالمي العاشر الأمراض قد تسببت أمراض الدورة الدموية (ارتفاع الضغط الشرياني، الحوادث الشريانية الدماغية....) في نسبة 26.1% من الوفيات لعام 2002 كما شكلت الأورام نسبة 9.5% مقابل 3.8% نتيجة الإصابة بالأمراض المعدية.

الفرضية الثانية

إن الإطالة المستمرة في أمل الحياة عند الولادة للجزائريين الذي تعدى 74 سنة كان نتاج التغير في نموذج الأمراض فالتحليل المقارن للتحقيقين الوطنيين للصحة 1990 و 2005 أكد صحة الفرضية حيث شكلت فيه الأمراض المزمنة و التنكسية الغالبية العظمى بالإضافة إلى انتشار عوامل الخطر القلبية الوعائية بين السكان، فمثلا على مستوى العائلة عرفت أمراض القلب و الأوعية الدموية الارتفاع من 2.1 % إلى 7.5 %، أمراض الجهاز الهضمي من 10.8 % إلى 14.8 % مقابل تراجع في نسبة الأمراض المعدية و الطفيلية من 8.5 % إلى 5.4 %.

أما عوامل الخطر القلبية الوعائية لدى الجزائريين لسنة 2005 فقد تصدره ارتفاع الضغط الشرياني بنسبة 24.93 % ثم السمنة بحوالي 21.24 % فارتفاع الدهون المزدوجة و الداء السكري بنسبتي 14.51 % و 12.29 % على الترتيب بالإضافة إلى استهلاك التدخين الذي وجد عند 11.22 % من الجزائريين مقابل 6.5 % كنسبة استهلاك الكحول

الفرضية الثالثة

إن تراجع معدلات خام وفيات الأطفال من حوالي 78‰ إلى 55.40‰ ثم 34.7‰ ما بين 1986 و 1992 و 2002 قابله تراجع في المؤشر التركيبي للخصوبة الذي انتقل من 6.1 طفل/ امرأة إلى 4.4 ثم 2.4 طفل/ امرأة مع إحداث تغيرات في عواملها الوسطية وهو ما يطابق الفرضية المقدمة فمثلا

- ما بين 1986 و 1992 فإن موانع الحمل ساهمت بخفض 56% من مستوى الخصوبة متبوعة بالزواجية بنسبة 52% ليليهما الأثر الضعيف للعقم ما بعد الولادة والإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى بحوالي 7%، أما الرضاعة فقد عملت على تشجيع الخصوبة وذلك برفعها بنسبة 14%.

- أما ما بين 1992 و 2002 فإن كل العوامل الوسطية سلكت اتجاها واحدا هو خفض الخصوبة وبمستويات مختلفة مع تراجع أثر موانع الحمل والزواجية بنسبة 31% و 21% مقارنة بالمرحلة السابقة وبالمقابل اكتسبت الرضاعة والعقم ما بعد الولادة / الإجهاض نقاط هذا التراجع معززتين مكانتهما بأثر قدره 11% و 37% على التوالي.

الفرضية الرابعة

تطور المنظومة الصحية الجزائرية بالإضافة إلى برنامج التحكم الديمغرافي ساهما في خفض مستوى الخصوبة وذلك بمتابعة الحمل الذي انتقل مستواه من 30% سنة 1980 إلى 57.3% سنة 1992 وارتفاع الولادات في الوسط الطبي بنسبة 76% سنة 1996 بعدما كانت 40% سنة 1979 بالإضافة إلى توزيع موانع الحمل مجانا على مستوى كل مراكز حماية الأمومة والطفولة

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة:

قبل الخوض في بعض الخلاصات التي سنطرحها في ختام هذه الدراسة من الأجدر بنا أن نذكر بأن هدف هذا العمل هو تحليل و تفسير تراجع الوفيات و الخصوبة في مقارنة ديمغرافية- وبائية أو صحية، فالانتقال الديمغرافي الذي بدأته الجزائر بالمرحلة الأولى التي امتدت ما بين 1901 و 1945 حيث شهدت أثناءها المواليد و الوفيات معدلات عالية و متذبذبة نتيجة الأوبئة، الأزمة الزراعية و وفيات الجزائريين في الحرب العالمية الأولى و الثانية نتيجة تجنيدهم إجباريا في صفوف الجيش الفرنسي، لتليها الثانية ما بين 1945 و 1971 التي اختصت بتراجع معدلات الوفيات العامة إلى مستوى 16.7 % مع بقاء المواليد مرتفعة مما أعطى للجزائر خاصية الانتماء للدول ذات النمو القياسي للسكان بمعدل 3.34 %، أما المرحلة الثالثة فقد دارت رحاها ما بين 1971 و 1986 و امتازت بتسارع وتيرة تراجع الوفيات و بداية سقوط المواليد مع بقاء النمو الطبيعي فوق عتبة 3 %، أما الأخيرة فكانت بعد 1986 وشهدت تراجع الوفيات مع الانخفاض السريع للمواليد ولمعدل النمو الطبيعي الذي لم يتجاوز 1.86 % سنة 2007.

- أما الانتقال الوبائي فقد عرفته الجزائر بالتغير في نموذج الأمراض وفي أسباب الوفيات، فهذا النموذج عرف تقلص معدلات الأمراض المعدية فمنها من اختفى تماما من الساحة الوبائية كداء الشلل و منها من بقي يفتك بأرواح الجزائريين كداء السل، الحصبة و التهاب الكبد الفيروسي برغم سياسة الطب المجاني، الحملات الالقاحية و البرامج الصحية، هذا التراجع في نسب الأمراض المعدية تم استخلافه بنوعية جديدة من الأمراض نتيجة التحضر و التغير في النمط المعيشي هي الأمراض المزمنة و التنكسية التي تترأسها أمراض القلب و الأوعية الدموية زيادة على الانتشار الواسع لعوامل الخطر القلبية الوعائية التي تهدد السكان سواء بالإعاقة أو بالوفاة.

- أما أسباب وفيات الجزائريين، فبرغم عجز المنظومة الإحصائية و عدم اهتمامها الجاد بهذه النوعية من المعطيات يبقى التحقيق الوطني للصحة (2002- 2005) الوحيد الذي كشف أن الجزائريين يموتون نتيجة الأمراض المزمنة، التنكسية و الحوادث مع الحضور الدائم و بنسبة ضعيفة للأمراض المعدية.

- هذا التحسن في الميدان الديمغرافي و الوبائي لدى الجزائريين أثر أولا في أمل الحياة عند الولادة الذي ارتقى سنة 2005 إلى ما فوق 74 عاما بعد ما كان حوالي 43 سنة مع مطلع سنوات 1950 متقاربا في ذلك مع أمل حياة الدول المتقدمة و متباعدة عن الدول الإفريقية خاصة الشبه الصحراوية منها، وثانيا في تراجع الخصوبة نتيجة تراجع الزواجية و الاستعمال الواسع لموانع الحمل سواء في الوسط الحضري أو الريفي على السواء.

التوصيات

التوصيات:

- اعتمادا على نتائج هذه الدراسة يمكننا ان نقدم التوصيات التالية
- مواصلة مكافحة الأمراض المعدية بالطرق الوقائية و العلاجية.
 - إنشاء وحدات تقصي الأمراض التنكسية كسرطان الثدي و عنق الرحم لدى المرأة و سرطان الرئة و البروستات لدى الرجال عبر مختلف مستشفيات الوطن.
 - إنشاء وحدات متابعة الأمراض المزمنة.
 - إنشاء هياكل على المدى الطويل وعلى الأقل بعض الأقسام على مستوى المستشفيات في الحال لعلاج المسنين، هذه الفئة التي ما فتئت تزيد وهي الأكثر عرضة لعوامل الخطر والوفات الناجمة عن الأمراض المزمنة.
 - التوعية المستمرة في وسائل الإعلام و المدارس بالإضافة إلى إجبارية تطبيق القانون الخاص بمكافحة استهلاك التدخين في الأماكن العمومية و تناول المشروبات الكحولية.
 - إجبارية ممارسة الرياضة لكل الأعمار أو على الأقل المشي للإقلال من خطر السمنة وارتفاع الدهون المزوجة في الدم.
 - تناول وجبات متزنة صحيا و الابتعاد عن الأكل السريع في المطاعم.
 - تهيأت الساحة الطبية للتكفل بالمسنين وذلك بفتح أبواب التكوين في اختصاص طب الشيخوخة حتى وإن اقتضى الأمر الاستعانة بالخبرة الأجنبية.
 - إصدار قانون يجبر الأطباء على إصدار شهادة الوفاة مطابقة لتلك الشهادة المتوفرة على مستوى المستشفيات لحالات الموت المنزلية والتصريح بها على مستوى قسم الإحصاء للحالة المدنية قبل الحصول على تأشيرة الدفن.
 - إصدار قانون يجبر الديوان الوطني للإحصائيات والمعهد الوطني للصحة العمومية بالتعاون وتبادل المعطيات القاعدية الخاصة بأسباب الوفيات التي تخدم السياسة الصحية الوطنية.
 - عدم تشفير التحقيقات الديمغرافية والصحية وتمكين الشباب الباحثين من الحصول على المعطيات القاعدية ولو بالقسط القليل حسب متطلباتهم للرفع من مستوى البحث العلمي.

البيليو غرافيا

Attout, N et all (2001). Education, Fécondité et Nuptialité, CENEAP, Algérie.

Bait F, (2003). «La transition démographique et la politique de population en Algérie », mémoire de licence en Démographie, université de BATNA, p19.

Blacker ,C,P.(1947). << Stages in population growth >>, The Eugenics Review, 39(3), pp. 88-101.

Biraben. J-N et LEGARE .J (1967). <<Nouvelles données sur la mortalité et la fécondité au Canada >> *Population*, 22(02), pp 255-286 .

Biraben J-N, (1993).<< Le point sur l'histoire de la population du Japon>>. *Population* 48(2), pp. 443– 472.

Bongaarts J ,(1978). « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, 4(1), pp. 105-132.

Bongaarts J , (1982). « The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables », *Studies in Family Planning*. 13(6/7), pp. 179-189.

Bongaarts J, Frank O and Lesthaeghe R , (1984). « The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 10(3), pp. 511-537 .

Boumeghar A et Amokrane F, (2007). «Nuptialité et Fécondité en Algérie », in enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002: Etudes approfondies, ONS, p. 93.

Bouisri, A (1998). « La transition démographique en Algérie : réflexion sur l'avenir», in les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 441– 456. Editions ESTEM Paris.

Coale A J and Hoover E M, (1958). Population Growth and Economic Development in low-Income Countries, a case study of India's prospects, Princeton University Press.

Chesnais J-C, (1986) << La transition démographique : étapes, formes, implications économiques. Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. Présentation d'un Cahier de l'INED>>, *Population*, 41(6), pp. 1059 – 1070.

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

Caldwell J C, (2001). «Population health in transition», *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (2), pp 159- 179.

Chesnais J-C, (1986) . « L'effet multiplicatif de la transition démographique», *Population*, 34(6), pp.1138 – 1144.

Davis, K (1945). << The world demographic transition>>, Annals of the American academy of political and social vol.237, pp.36-56.

Davis K and Blake J, (1956). « Social Structure and Fertility: An Analytic Framework», *Economic Development and Cultural Change*, 4(3), pp 211-235.

Economic Commission for Africa,(2001). The state of demographic transition in Africa, pp .9-10.

Guzman J- M., Rodriguez J. et all, (2006). << La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950 >>, *Population*,61 (5-6), pp.623-734.

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

INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.

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

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

Kouaouci, A. (1992). «Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986», *Population* 47(2), pp. 327 – 351.

Kouaouci, A. (1998).Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? In les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 53– 64. Editions ESTEM Paris.

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

Kouaouci A, (1992).Familles, femmes et contraception: contribution à une sociologie de la famille Algérienne, CENEAP, Algérie.

Mokaddem, A et all (2001).Transition démographique et structure familiale, CENEAP, Algérie.

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

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.

Maison, D. (1973). «La population de l'Algérie». *Population* 28(6), pp. 1079 – 1107.

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.

Notestein, F.(1945), << Population : the long view >> in Food for the world, Edited by E.Schultz, university of Chicago press .

ONS, (1992). Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant : Rapport principal, Algérie.

ONS, (2002). Enquête Algérienne sur la santé de la Famille: Rapport principal, Algérie.

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.

Pison G, (2005). « Tous les pays du monde *Population et Sociétés*», n° 414, INED, Paris, France.

SPRH, (2003). population et développement en Algérie Rapport national CIPD + 10, ANDS, Algérie.

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.

Rockett Ian R.H(1999), "Population and Health: An Introduction to Epidemiology," 2d ed. *Population Bulletin*, 54(4) (Washington, DC: Population Référence Bureau).

Tabutin D,(1980). problème de transition démographique, tome 1, CABAY, Louvain-la-Neuve.

Thomson W, (1929), <<population>>, American journal of sociology, vol.34, N°6, pp. 959-975.

Tabutin D. et Schoumaker B, (2005). << La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique >>, *Population*, 60 (5-6), pp.611-724.

Tabutin D. et Schoumaker B, (2004). << La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique >>, Population, 59 (3-4), pp. 521-622.

Van DE Walle E, Knodel j, (1980). <<Europe's fertility transition, new Evidence and lessons for to day's developing world, >>, n° 6. Population Bulletin (PRB).

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, Meslé F, (2001). « Évolution de la mortalité en Europe depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès », in *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*, pp.33-188, Strasbourg, éditions du Conseil de l'Europe, 344 p. (Études démographiques n° 36).

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

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

مواقع الانترنت:

OMS(1999), World Heath Report, www.who.org.

<http://esa.un.org/unpp>.

www.prb.org. Population Référence Bureau: Washington USA.

www.ined.fr. Institut nationale d'études démographiques Paris FRANCE

www.insp.dz Relevé Epidémiologique Annuel de L'Algérie.

www.ons.dz. Office national des statistiques Algérie.

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

Montgomery K, The "Demographic Transition"
www.uwmc.uwc.edu/geography/Demotrans/demodef.htm
