

صحة الام في الجزائر مقارنة اجتماعية واقتصادية في ضوء بيانات مختلف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (2006) MICS3, (2009) MICS4, (2020) MICS6.

الأستاذة الدكتورة شريف أسيا*

الدكتورة بلعيد أمال**

ملخص

تتناول هذه الدراسة صحة الأمهات في الجزائر إذ يعكس الاهتمام بها مدى تطور النظام الصحي وفاعلية السياسات العمومية. فمن خلال رعاية صحية متكاملة أثناء الحمل والولادة، يمكن تقليل المخاطر وحماية حياة الأمهات والمولود. حيث تهتم هذه الدراسة بتحديد تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية والمتمثلة في المستوى المعيشي، المستوى التعليمي، السن، ووسط الإقامة على صحة الأمهات، وتسلط الضوء على الفوارق الجغرافية والاجتماعية في الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية للأمهات.

إعتمدنا مجموعة من مصادر البيانات الرسمية في انجاز هذه الدراسة منها بيانات وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، منظمة الصحة العالمية، بيانات البنك الدولي والبيانات الإحصائية التي تم جمعها خلال المسوح العنقودية متعددة المؤشرات في الجزائر سنة 2006، 2012، وسنة 2020. بالإضافة إلى البيانات الحالية عن وفيات الأمهات.

تشير نتائج الدراسة الى انه رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة الجزائرية لتحسين خدمات رعاية الأمومة، وخفض معدلات وفيات الأمهات، أن المحددات الاقتصادية والاجتماعية تلعب دورًا هامًا في رسم معالم استفادة النساء من خدمات صحة الأم.

الكلمات المفتاحية: خدمات الرعاية الصحية للأمهات، وفيات الأمهات، المسح العنقودي متعددة المؤشرات (2006) MICS3, (2009) MICS4, (2020) MICS6 في الجزائر.

* أ. د. أسيا شريف، المدرسة العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، الجزائر، cherif.assia@enssea.edu.dz، مخبر الإحصاء التطبيقي <https://orcid.org/0000-0002-2241-8411>.

** د. بلعيد أمال، جامعة الجزائر 3، الجزائر، Belaidi1980@hotmail.com، مخبر الإحصاء التطبيقي

<https://orcid.org/0000-0003-3856-2175>

Abstract

This study addresses maternal health in Algeria, as the level of attention given to it reflects the development of the healthcare system and the effectiveness of public policies. Through comprehensive healthcare during pregnancy and childbirth, risks can be reduced and the lives of mothers and newborns protected. The study focuses on understanding the impact of economic and social factors on maternal health, while highlighting the geographic and social disparities in access to maternal healthcare services. A range of official data sources were used to conduct this study, including data from the Ministry of Health, Population and Hospital Reform, the World Health Organization, the World Bank, and statistical data collected from the Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) conducted in Algeria in 2006, 2012, and 2020, in addition to current data on maternal mortality. The study's findings indicate that, despite the efforts made by the Algerian government to improve maternal care services and reduce maternal mortality rates, economic and social determinants play a significant role in shaping women's access to maternal health services.

Key words: Maternal healthcare services, maternal mortality, Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS6 – 2020, MICS4 – 2012, MICS3 – 2006), Algeria.

مقدمة:

تعد صحة الأمهات من الركائز الأساسية في تقييم مستوى التنمية البشرية وجودة حياة السكان في أي مجتمع. فهي لا تعكس فقط مدى فعالية السياسات الصحية، بل تعبر أيضًا عن التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي تؤثر على فئات واسعة من السكان. في هذا السياق، يُشكل تحسين صحة النساء هدفًا استراتيجيًا ضمن سياسات الرعاية الصحية الأولية، خاصة في الدول النامية مثل الجزائر، التي تبذل جهودًا حثيثة للحد من وفيات الأمهات والرضع وتعزيز التغطية الصحية الشاملة. رغم التقدم المحرز في خفض معدلات الوفاة وتحسين خدمات صحة الأمومة، لا تزال هناك العديد من التحديات المرتبطة بالمستوى المعيشي للأمهات، التفاوت الجغرافي، ومستويات التعليم، وغيرها من العوامل التي تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر في صحة الأم. تُعد نتائج "مختلف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات" نذكر منها: (MICS6 (2020), MICS4 (2009), MICS3 (2006) "أحد أبرز الأدوات الإحصائية التي تسمح بفهم دقيق لهذه المحددات، إذ يوفر بيانات محدثة حول الوضع الصحي، الاقتصادي، والاجتماعي لهذه الفئة الحساسة من السكان. من خلال هذه الورقة البحثية، نسعى إلى تسليط الضوء على المحددات الاقتصادية والاجتماعية الرئيسية لصحة الأمهات في الجزائر، وعليه يمكننا طرح الإشكالية التالية:

إلى أي مدى تؤثر المحددات الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر على صحة الأمهات، وما طبيعة هذه

العلاقة كما تعكسها نتائج مختلف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS3(2006), MICS6(2020), MICS4(2013)؟

❖ أهداف الدراسة :

1. التعرف على الوضعية الصحية للأمهات في الجزائر من خلال بيانات مختلف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS3 (2006), MICS4 (2009), MICS6 (2020).
2. تحديد العوامل الاقتصادية التي تؤثر على صحة الأم.
3. تحديد العوامل الاجتماعية التي تؤثر على صحة الأم.
4. تحديد مدى تطور وتحسين مستوى الرعاية والخدمات الصحية للأم في الجزائر من خلال مختلف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS3 (2006), MICS4 (2009), MICS6 (2020).

❖ أهمية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة لكونها تسلط الضوء على صحة الأمهات في الجزائر باعتبارها مؤشراً جوهرياً على فعالية السياسات الصحية ومدى العدالة في توزيع الخدمات. كما تساهم في فهم أعمق للعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على استفادة النساء من خدمات الرعاية الصحية.

❖ المنهج المعتمد:

اعتمدت الدراسة منهجاً تحليلياً وصفيّاً قائماً على معالجة بيانات كمية تم جمعها من مصادر موثوقة، أهمها نتائج المسوح العنقودية متعددة المؤشرات في نسخها الثلاث (MICS3 (2006)، بالإضافة إلى تقارير وطنية ودولية صادرة عن مؤسسات صحية رسمية، بما يسمح بتقديم قراءة موضوعية وواقعية للوضع الصحي للأمهات في الجزائر.

1. تحديد المفاهيم.

1.1 مفهوم الحق في الصحة:

الصحة حق من حقوق الإنسان التي تكفلها جميع التشريعات بما فيها الاعلان العالمي لحقوق الانسان وتعرف على انها خلو الجسد من الامراض والسقم بينما تعرفها اتفاقية حقوق الطفل على انها « حق شامل لا يقتصر على تقديم خدمات مناسبة وفي حينها في مجال التالوقاية والإرشاد الصحي والعلاج والتأهيل والتخفيف

ن الألم فحسب، بل يشمل ايضا حق الطفل في النمو والتطور لتحقيق قدراته كاملاً والعيش في ظروف ممتنة من بلوغا علم مستو بصحيم خالاً للتنفيذ برامجتتنا والام

حددات أساسية للصحة. والنهج الشمولي لآراء الصحة يضع مسالة اعمال الحقا لطفل فيا الصحة في اطار الاوسعا للترامات الدولية الخاصة بحقوق الانسان.» (الامم المتحدة، 2013، صفحة 3)

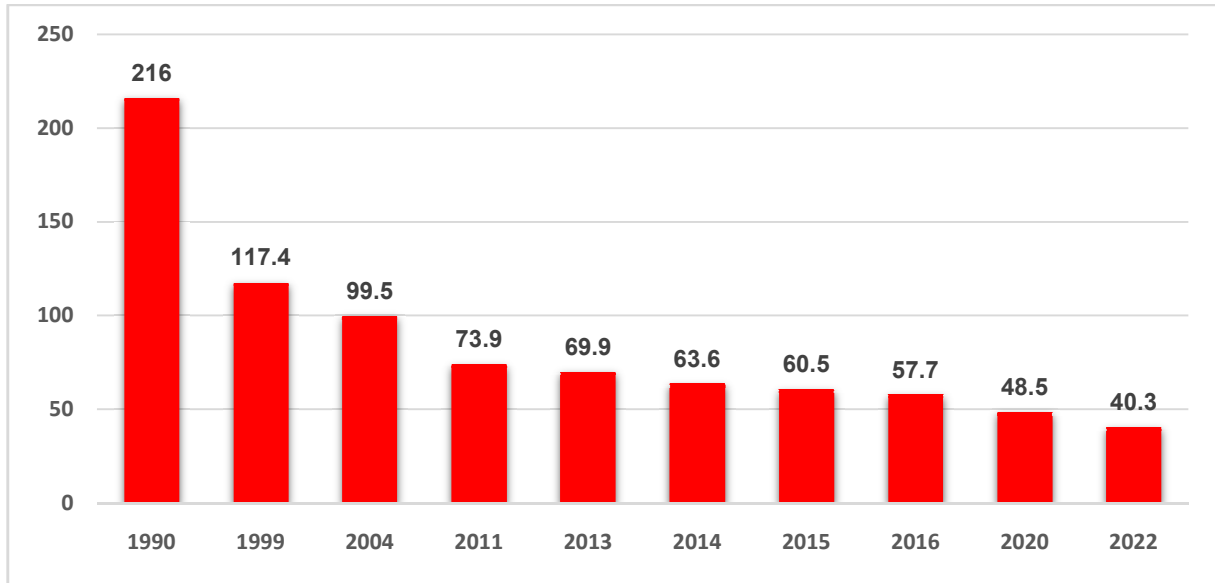
2.1 مفهوم معدل الوفيات

- **تعريف الوفاة :** الوفاة ظاهرة طبيعية تحدث نتيجة غياب أي مظهر من مظاهر الحياة. وتعرفها منظمة الصحة العالمية على انها « الإختفاء الدائم لكل مظهر من مظاهر الحياة للفرد مثل التنفس؛ النبض في أي وقت ».
- **تعريف معدل الوفيات:** يعبر معدل الوفيات عن عدد الوفيات خلال فترة معينة من الزمن بين نوع أو مجموعة معينة من الناس وهو مقياس لعدد الوفيات بالنسبة لعدد السكان في السنة الواحدة. ويعبر عنه بصيغة لكل 1000 شخص في السنة. وهناك عدة مصطلحات تتدرج تحت معدل الوفيات نذكر منها:
- **تعريف معدل وفيات الأمهات:** تعرف منظمة الصحة العالمية معدل وفيات الأمهات بأنه عدد النساء اللواتي يتوفين بسبب مضاعفات مرتبطة بالحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة خلال 42 يومًا من انتهائه، وذلك لكل 100,000 مولود حي. يشير هذا المؤشر إلى جودة وفعالية الرعاية الصحية المقدمة للأمهات، ويُعد مقياسًا مهمًا لتقدم النظم الصحية، خصوصًا في الدول النامية حيث تتركز أغلب هذه الوفيات.

2. تطور معدل وفيات الامهات في الجزائر خلال الفترة 1990 - 2022:

تراجع معدل وفيات الأمهات بشكل محسوس خلال الفترة 1990 - 2015 إذ انتقل من 216 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 1990 إلى 117.4 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 1999، ليواصل إنخفاضه إلى معدل 60.5 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 2015، في حين سجل 40.3 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 2022.

الشكل رقم (1) : تطور معدل وفيات الأمهات لكل مئة ألف مولود حي في الجزائر خلال الفترة 1990-2022.



Source : Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière, direction de la population. (2017). « Situation Démographique et Sanitaire 2000 – 2017 », Juillet 2017, p 13.

Donnée de l'année 1990 : Banque mondiale. <http://donnees.banquemondiale.org/>.

Donnée de l'année 2022 : <https://ar.knoema.com/atlas>

قسم المسح الوطني لوفيات الأمهات لسنة 1999 أسباب وفيات الأمومة إلى فئتين:

- أسباب مباشرة مرتبطة بالتوليد، كالمضاعفات الناتجة عن الحمل والولادة مثل النزيف وارتفاع ضغط الدم. والمتمثلة في: النزيف بنسبة 21% من الوفيات، يليه تسمم الدم النفاسي بـ 12.5%، ثم المضاعفات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل بـ 9.1%، كما سُجلت وفيات بسبب أمراض القلب بنسبة 8.2%، وأمراض الأوعية الدموية بنسبة 7%.
- أسباب غير مباشرة، تتمثل في أمراض مزمنة موجودة مسبقًا لدى المرأة وتزداد سوءًا خلال الحمل، كأمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض المعدية.

وأظهرت دراسة حول خصائص وفيات الأمهات خلال النصف الثاني من سنة 2014 أن:

33.1% من حالات الوفاة كانت بسبب النزيف، 12.4% بسبب تخثر الدم، و 8.3% بسبب السكتة القلبية. شهدت الجزائر تراجعًا ملحوظًا في معدل وفيات الأمهات، حيث تراجع بحوالي الثلثين. ويُعزى هذا التقدم إلى التوصيات التي خرج بها مسح 1999، والتي شملت:

• إنشاء لجان ولائية لمكافحة وفيات الأمهات ومراضة وحديثي الولادة مع تفعيل نظام التبليغ عن كل وفيات الأمهات.

• وضع دراسة شاملة لجميع مراكز صحة الأم والطفل ومراكز الأمومة والمستشفيات التي توجد بها مصلحة للتوليد مع تحديد موقعها والموارد البشرية والمادية المتاحة لهم.

• تكوين وتأهيل القابلات على مستوى مراكز صحة الأم والطفل وكذا مصالح التوليد بالمستشفيات.

عقد بعدها مؤتمر وطني لتنشيط برنامج مكافحة وفيات الأمهات والمراضة ووفيات حديثي الولادة والذي انعقد بين 12 - 13 مارس 2002، إذ تم تحديد الاجراءات اللازم تطبيقها في الأجل القصيرة (3 أشهر)، المتوسطة (4 أشهر) وعلى المدى الطويل (1 سنة)، إضافة الى ذلك فقد أكد المؤتمر على أهمية انشاء لجنة وطنية لمكافحة وفيات الأمهات والمراضة ووفيات حديثي الولادة بهدف تحليل وتقييم الأسباب الكامنة وراء التأخر المسجل في تحقيق الأهداف المسطرة والمرجوة. وقد تم تعزيز نظام الابلاغ عن وفيات الأمهات لسنة 2013، عن طريق التدقيق في حالة الوفاة ما يسمح بالتحليل المنهجي والتدقيق في نوعية الرعاية الصحية بما في ذلك الاجراءات المستخدمة في التشخيص والعلاج، كما أنه يقدم معلومات عن سبب الوفاة والظروف المؤدية اليه وكذا الاجراءات التي يجب اتخاذها لتجنب وخفض هذه الوفيات .

تبنت الجزائر بعدها المخطط الوطني الاستعجالي لخفض نسبة وفيات الأمهات 2015 - 2019 بهدف

- التعجيل في خفض نسبة وفيات الأمهات .
- تعزيز البنية التحتية والتقنية وتوفير الأدوية الأساسية في المرافق الصحية الخاصة بالأم والطفل .
- تأمين التغطية الصحية للولايات الداخلية والجنوبية وهذا من خلال توفير الأطباء المختصين بالتوليد والعناية المركزة وطب الأطفال وكذا الممرضات والقابلات.

3. المحددات الاقتصادية والاجتماعية لصحة الام في الجزائر:

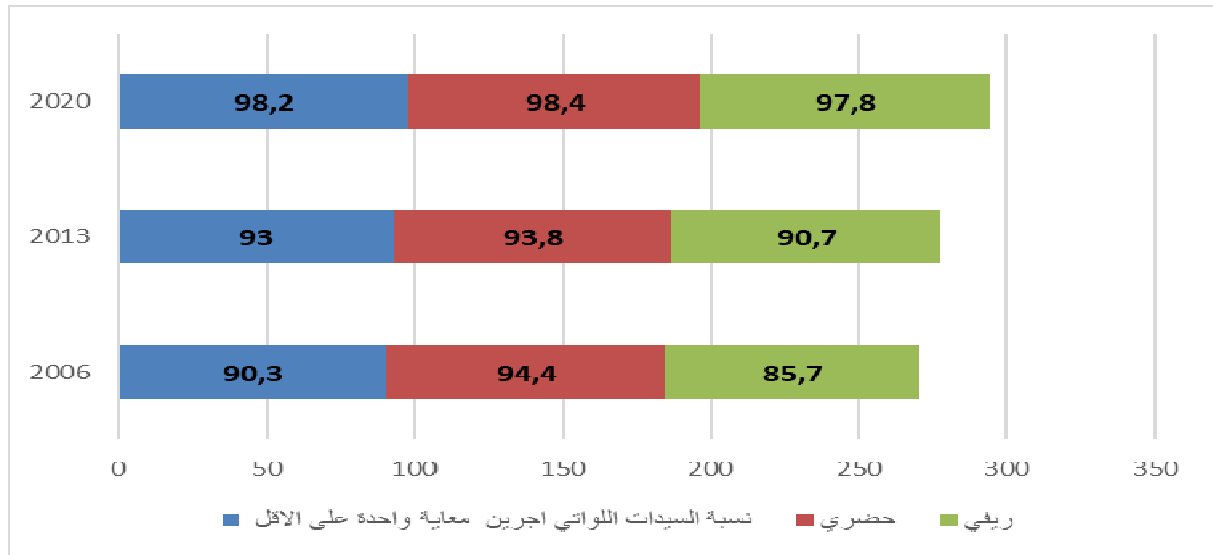
يتم رصد وتقييم صحة الامهات من خلال عدد من المؤشرات وهي: معدل وفيات الأمهات ونسبة الولادات التي تتم تحت إشراف كادر طبي مؤهل ومؤشر متابعة الحمل. حيث سنقوم بتحليل هذه المؤشرات من خلال عدد من المحددات الاقتصادية والاجتماعية كمستوى المعيشي للام، المستوى التعليمي وسط الإقامة وسن المرأة.

1.3 مؤشر وسط الإقامة:

❖ متابعة الحمل:

بينت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) 2020 أن 98.2% من السيدات اللواتي أنجبن مولود حي خلال السنتين الأخيرتين من اجراء المسح قد تابعن حملهن مرة واحدة على الأقل، إذ سجلت فروق طفيفة بين المناطق الريفية 97.8% والحضرية 98.4%. بينما أظهرت نتائج المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS4) 2012 – 2013 أن 93% من السيدات اللواتي أنجبن مولود حي خلال السنتين الأخيرتين من اجراء المسح قد تابعن حملهن مرة واحدة على الأقل، إذ سجل تراجع الفروق الكبيرة بين المناطق الريفية 90.7% والحضرية 93.8% في مقابل 90.3% من النساء اللواتي تابعن حملهن أكثر من مرة سنة 2006 منها 94.4% في المناطق الحضرية في مقابل 85.7% في المناطق الريفية.

الشكل رقم (2): نسبة السيدات اللواتي اجرين معاينة واحدة على الاقل.



المصدر : وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء MICS3 2006، ص 124. وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2012 – 2013 (MICS4)، الجزائر، ص 135. وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2019 – 2020 (MICS6)، الجزائر، ص 166.

في حين كانت نسبة من اجرين 4 معاينات أو أكثر 67.3% سنة 2012 – 2013، وتختلف هذه النسبة حسب مختلف المتغيرات حيث قدرت ب 72.3% في المناطق الحضرية في مقابل 59.5% في المناطق الريفية، بينما تتراوح من 53.2% في جنوب البلاد لتصل الى 78.6% في المناطق الوسطى من شمال البلاد.

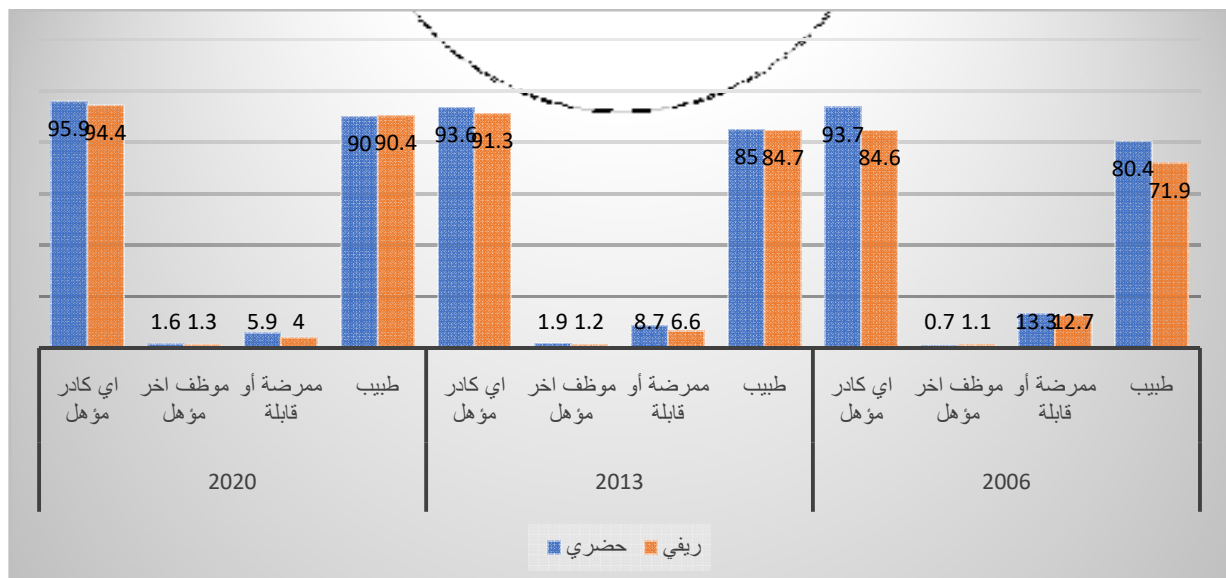
كما تراجعت نسبة السيدات اللواتي لم يتابعن الحمل من 5.7% منها 7.6% في المناطق الريفية و4.4% في المناطق الحضرية سنة 2013 الى 3.3% سنة 2020 ممن لم يتابعن حملهن منها 2.5% في المناطق الحضرية و4.3% في المناطق الريفية. في مقابل 19.3% سنة 2002 ممن لم يتابعن حملهن منها 12.4% في المناطق الحضرية و27.6% في المناطق الريفية.

❖ الكادر القائم بالمعاينة

تشير نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6 (2020 الى تراجع الاختلاف بين نسبة النساء اللواتي أجرين معاينة عند كادر أو شخص مؤهل بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية. فنسبة النساء اللواتي عاين حملهن لدى طبيب في الوسط الريفي أكثر منها في الوسط الحضري (90% و90.4% على التوالي) مقارنة ب 5.9% من النساء أجرين معاينة الحمل عند قابلة أو ممرضة في المناطق الحضرية و4% في المناطق الريفية.

كما تبين نتائج الشكل رقم (3) ارتفاع نسبة النساء اللواتي عاين حملهن لدى طبيب من 71.9% سنة 2006 الى 71.9% سنة 2013 في المناطق الريفية في مقابل 80.4% و85% خلال نفس الفترات في المناطق الحضرية، ونتيجة لارتفاع نسبة المعاينة لدى طبيب فقد تراجعت نسبة معاينات الحمل عند قابلة أو ممرضة في المناطق الريفية من 12.7% و6.6% خلال الفترات 2006، 2013 الى 4% سنة 2020 في مقابل 13.3% سنة 2006، 8.7% سنة 2013، و5.9% سنة 2020.

الشكل رقم (3) : تطور نسبة الكادر القائم بالمعاينة حسب وسط الإقامة.



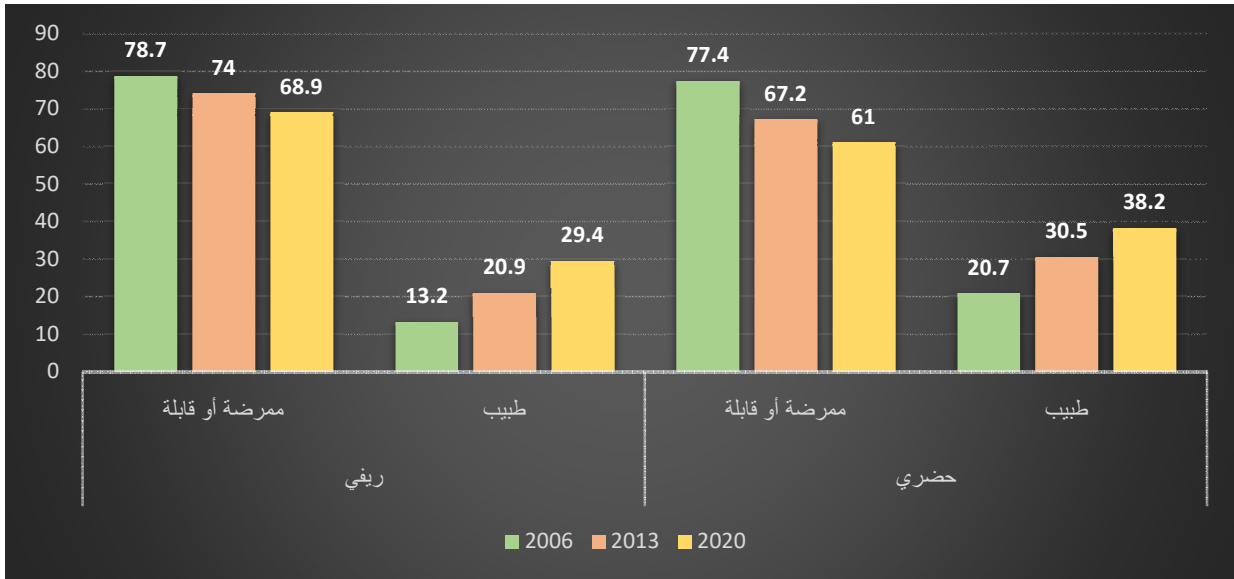
المصدر: (1) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS3، ص 123. (2) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS4، ص 136. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2019 - 2020 (MICS6)، الجزائر، ص 166.

❖ الإنجاب بحضور شخص مؤهل

سجلت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور الممرضة أو القابلة انخفاضا محسوسا من 78.1% سنة 2006 الى 69.9% سنة 2013 أو من أنجبن ولادة تقليدية من 2.4% الى 0.8% خلال نفس الفترة في مقابل الإنجاب بحضور الطبيب، إذ ارتفعت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور الطبيب خلال الفترة 2006 - 2013 من 17.2% الى 26.7%، بينما حافظت نسبة النساء اللواتي أنجبن بدون حضور أي موظف مؤهل على نسبة ضعيفة وثابتة خلال الفترة 2006 - 2013 مسجلة 0.1% من حالات الإنجاب.

تشير نتائج الشكل رقم (4) الى وجود فروق معنوية في نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل حسب وسط الإقامة. حيث سجلت نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل 97.8% في المناطق الحضرية منها 30.5% بحضور الطبيب و67.2% بحضور القابلة أو الممرضة، في مقابل 98.3% سنة 2006 منها 20.7% بحضور الطبيب و77.4% بحضور الممرضة أو القابلة، في حين سجلت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور شخص مؤهل 94.8% في المناطق الريفية منها 20.9% بحضور الطبيب و74% بحضور الممرضة أو القابلة في مقابل 91.8% سنة 2006 منها 13.2% بحضور الطبيب و78.7% بحضور الممرضة أو القابلة.

الشكل رقم (4) : توزيع نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل حسب وسط الإقامة خلال الفترة 2006 – 2020.



المصدر : (1) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS3، ص 127. (2) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS4، ص 141. وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2019 – 2020 (MICS6)، الجزائر، ص 178.

تراجعت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور الممرضة أو القابلة بأربع نقاط من 69.9% سنة 2013 الى 64.4% سنة 2019، بينما ارتفعت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور الطبيب خلال الفترة 2012 – 2019 من 26.7% الى 34.4% على التوالي.

كما نلاحظ وجود فروق معنوية في نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل حسب وسط الإقامة حيث سجلت نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل 99.2% في المناطق الحضرية منها 38.2% بحضور الطبيب و 61% بحضور القابلة أو الممرضة، مقارنة ب 97.7% في المناطق الريفية منها 29.4% بحضور الطبيب و 68.9% بحضور القابلة أو الممرضة.

2.3 مؤشر المستوى التعليمي

❖ **متابعة الحمل:** حسب نتائج المسح العنقودي لسنة 2020 فان النساء ذوات المستوى التعليمي العالي أكثر خضوعا لمعاينة الحمل 4 مرات على الاقل بنسبة 83.9% تليها ذوات المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط ب 72.7% و 69.6% على التوالي، في حين سجلت النسبة الأضعف لدى النساء ذوات المستوى التعليمي الابتدائي والاميات ب 91.9% و 48.3% على التوالي. في حين تشير نتائج المسح العنقودي لسنة 2014 الى ان النساء ذوات المستوى التعليمي العالي

أكثر خضوعاً لمعاينة الحمل مرة واحدة على الأقل بنسبة 85.7% تليها ذوات المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط ب 72.3% و 70.1% على التوالي، في حين سجلت النسبة الأضعف لدى النساء ذوات المستوى التعليمي الابتدائي والاميات ب 60.1% و 47.7% على التوالي.

❖ **الكادر القائم بالمعاينة:** يبين الجدول رقم (1) وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للسيدة ونسبة متابعة الحمل حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للسيدة كلما كانت أكثر متابعة للحمل سواء عند الطبيب أو أي شخص مؤهل في حين تقل نسبة المتابعة عند القابلة خلال الفترات 2006، 2013، و 2020، إذ تابعت 96.1% من السيدات ذوات المستوى التعليمي العالي الحمل سنة 2013 منها 91.7% عند الطبيب وهي النسبة الأكبر مقارنة ببقية المستويات في مقابل 97.6% سنة 2006 منها 91.3% ممن تابعن الحمل عند الطبيب و 6.3% عند الممرضة أو القابلة، في حين تابعت 88.6% من السيدات حملهن عند الطبيب و 21.1% عند الممرضة أو القابلة سنة 2002.

كما أن النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط والابتدائي سجلن نسبة متابعة متقاربة وبفارق نقطة واحدة أو أقل سنة 2013 بنسبة 94.1%، 93.7% و 92.1% على التوالي، بينما سجلت نسبة متفاوتة بفارق نقطتين إلى 4 نقاط والمقدرة ب 96.4%، 94.3% و 90.4% على الترتيب سنة 2006. أما السيدات الاميات فالأقل متابعة للحمل على الإطلاق إذ تابعت 87.2% الحمل سنة 2013 منها 76% عند الطبيب و 11.2% عند الممرضة أو القابلة، في مقابل نسبة أقل (77% فقط) سنة 2006 منها 63.3% من المتابعات عند الطبيب و 13.8% عند الممرضة أو القابلة، بينما تابعت 54.5% من السيدات الحمل عند الطبيب و 22.2% عند الممرضة أو القابلة سنة 2002.

بينما سجلت سنة 2020 تراجعاً في نسبة متابعة الحمل بين سيدات مختلف الفئات التعليمية إذ تابعت 93.9% من السيدات ذوات المستوى التعليمي العالي الحمل عند الطبيب وهي النسبة الأكبر مقارنة ببقية المستويات و 3.6% عند الممرضة أو القابلة، في حين السيدات ذوات المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط والابتدائي سجلن نسبة متابعة متفاوتة وبفارق نقطة إلى خمس نقاط بنسبة 90.9%، 91% و 89.7% على التوالي مقارنة ب نسبة 5.1%، 5.2% و 5.8% على عند الممرضة، بينما سجلت فارق واضح مع السيدات الاميات بنسبة تزيد عن 10 نقاط والمقدرة ب 80.1% عند الطبيب و 6.5% عند الممرضة أو القابلة.

الجدول رقم (1) : تطور نسبة الكادر القائم بالمعاينة حسب المستوى التعليمي للسيدة.

(1) 2002				
الاميات	طبيب	ممرضة □ قابلة	موظف اخر مؤهل	اي كادر مؤهل
الاميات	54.5	22.2	0	
الابتدائي	58.9	33.4	0	
المتوسط	64.7	37.8	0	
الثانوي	74.3	38	0.1	
العالي	88.6	21.1	0	
(2) 2006				
الاميات	63.3	13.8	1.3	77
الابتدائي	76.2	14.2	0.7	90.4
المتوسط	79.9	14.4	0.8	94.3
الثانوي	85.3	11.1	0.4	96.4
العالي	91.3	6.3	1.2	97.6
(3) 2013				
الاميات	76	11.2	0.9	87.2
الابتدائي	84.8	7.3	1.3	92.1
المتوسط	85.2	8.4	1.8	93.7
الثانوي	87.2	6.9	1.9	94.1
العالي	91.7	4.4	2.1	96.1
(4) 2020				
الاميات	80.1	6.5	0.3	86.9
الابتدائي	89.7	5.8	0.2	95.4
المتوسط	91	5.2	0	96.2
الثانوي	90.9	5.1	0	95.9
العالي	93.9	3.6	0	97.5

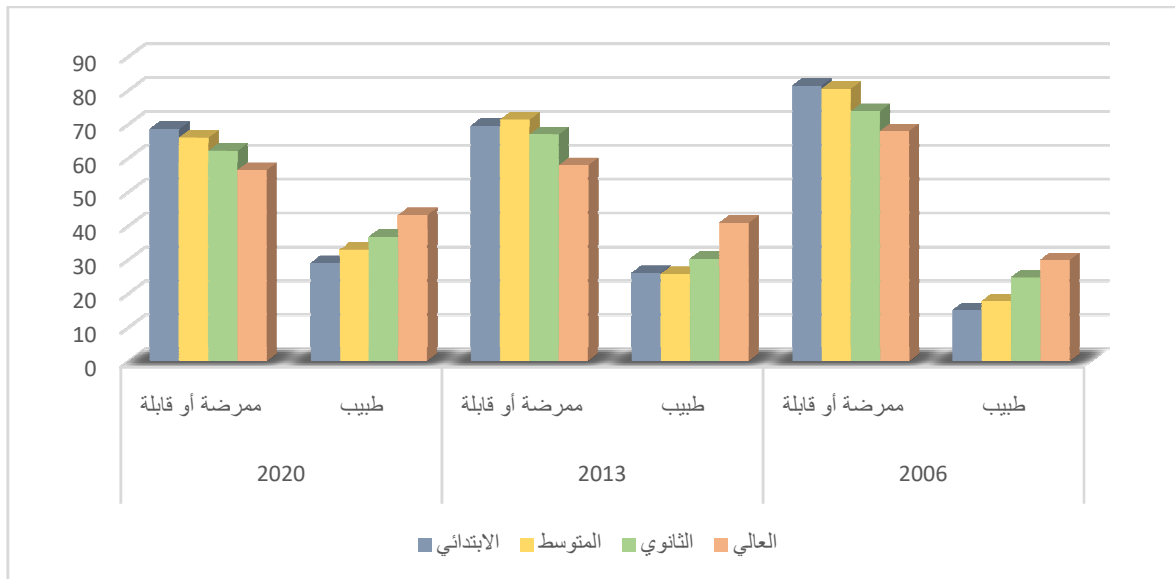
المصدر : (1) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات واخرون، المسح
الجزائري حول صحة الأسرة، ص 88. (2) وزارة الصحة والسكان واصلاح
المستشفيات، MICS3، ص 123. (3) وزارة الصحة والسكان و اصلاح
المستشفيات، MICS4، ص 4.136 (4) وزارة الصحة والسكان و اصلاح
المستشفيات، MICS6، ص 162.

❖ الإنجاب بحضور شخص مؤهل:

حسب المستوى التعليمي للأمم فقد بينت النتائج وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للأمم ونسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل، حيث كلما كانت الأم ذات مستوى تعليمي عالي كلما زادت نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل، فالنساء الاميات أقل حظا في الإنجاب بحضور شخص مؤهل بنسبة 94% منها 13.7% فقط بحضور الطبيب و80.3% بحضور الممرضة أو القابلة سنة 2013، في مقابل 88% سنة 2006 منها 9.3% بحضور الطبيب و78.9% بحضور الممرضة أو القابلة لترتفع هذه النسبة الى 98.8% لدى النساء ذوات المستوى التعليمي العالي منها 40.9% بحضور الطبيب وهي النسبة الأعلى للإنجاب بحضور الطبيب و58% فقط للإنجاب بحضور الممرضة أو القابلة سنة 2013.

كما تبين نتائج المسح العنقودي MICS6 لسنة 2020 وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للأمم ونسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل، حيث كلما كانت الأم ذات مستوى تعليمي عالي كلما زادت نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل، فالنساء الاميات أقل حظا في الإنجاب بحضور شخص مؤهل بنسبة 95.6% منها 23.6% فقط بحضور الطبيب و72% بحضور الممرضة أو القابلة لترتفع هذه النسبة الى 99.99% لدى النساء ذوات المستوى التعليمي العالي منها 43.2% بحضور الطبيب وهي النسبة الأعلى للإنجاب بحضور الطبيب و56.6% فقط للإنجاب بحضور الممرضة أو القابلة.

الشكل رقم (5) : توزيع نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل حسب المستوى التعليمي للأمم.

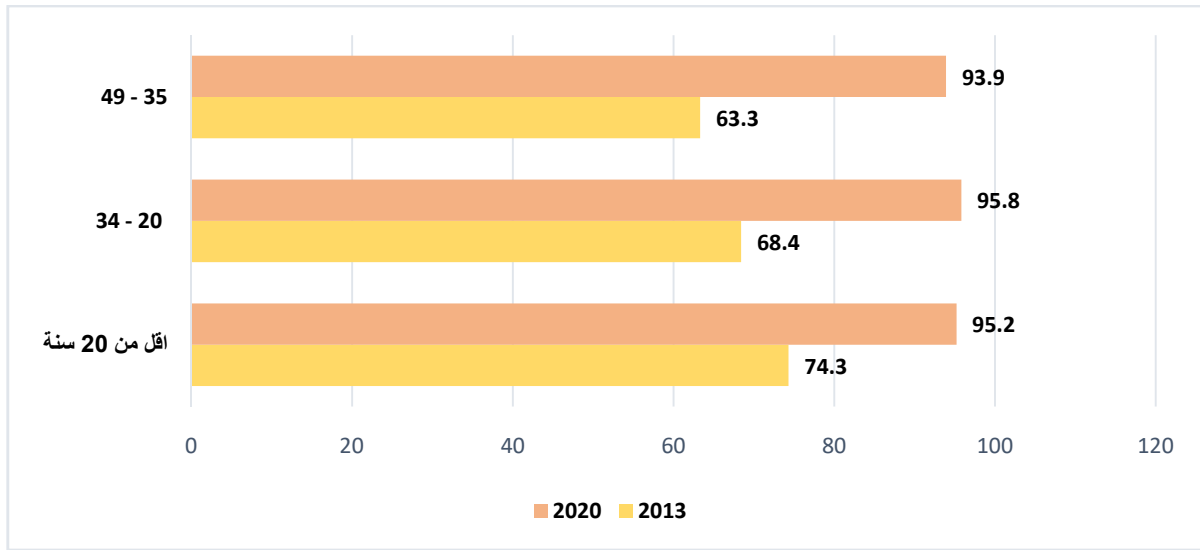


المصدر (2006) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS3، ص 123. (2013) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS4، ص 136. (2020) وزارة الصحة والسكان و اصلاح المستشفيات، MICS6، ص 162.

3.3 مؤشر السن

❖ **متابعة الحمل:** بالنظر الى سن المرأة فنلاحظ أن فئة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 35 – 49 سنة أقل متابعة للحمل من نساء الفئة 20 – 34 سنة (68.4%) والفئة أقل من 20 سنة (74.3%) سنة 2013. بينما تشير نتائج سنة 2020 الى تحسن النتائج كما أن فئة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 35 – 49 سنة أقل متابعة للحمل (93.9%) من نساء الفئة 20 – 34 سنة (95.8%) والفئة أقل من 20 سنة (95.2%).

الشكل رقم (6): نسبة السيدات اللواتي تابعن الحمل حسب السن.



المصدر: (2013) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS4، ص 136. (2020) وزارة الصحة والسكان و اصلاح المستشفيات، MICS6، ص 162.

❖ الكادر القائم بالمعاينة

يظهر الجدول رقم (2) أن النساء المنتميات الى الفئة العمرية 40 – 49 سنة والفئة أقل من 20 سنة أقل متابعة للحمل سنة 2006 مقارنة ببقية الفئات ثم ان معظمهن تابعن الحمل لدى طبيب ولكن بنسبة أقل من النسبة التي سجلتها بقية الفئات، في حين تحسنت نسبة النساء أقل من 20 سنة اللواتي يتابعن حملهن من 81.7% سنة 2006 بالفئات الأخرى سنة 2013. بينما تشير نتائج سنة 2020 الى الفئة

20 - 34 سنة كن الأكثر متابعة للحمل عند طبيب 90.7% تليها الفئة من 35 - 49 سنة 89.1% اما سيدات الفئة اقل من عشرين سنة فهن الأقل متابعة للحمل عند طبيب 80.1% والاعلى متابعة عند الممرضة او القابلة 8.7% في مقابل 5.1% و 4.7% على الترتيب.

الجدول رقم (2) : تطور نسبة الكادر القائم بمعاينة السيدة الحامل حسب سن السيدة.

(1) 2006				
اي كادر مؤهل	موظف اخر مؤهل	ممرضة □ قابلة	طبيب	
81.7	0	12.2	69.5	19 - 15
93.1	0.7	12.7	80.4	24 - 20
91.9	0.8	10.9	81.1	29 - 25
90.5	0.6	13	77.5	34 - 30
86.7	0.7	14.7	72	39 - 35
82.9	2.1	15.5	67.4	44 - 40
69.4	5.6	18.5	51	49 - 45
(2) 2013				
اي كادر مؤهل	موظف اخر مؤهل	ممرضة □ قابلة	طبيب	
94.1	1.3	11.8	82.3	19 - 15
92.9	2.2	6.9	85.9	24 - 20
94.2	1.4	7	87.2	29 - 25
92.8	1	7.8	85	34 - 30
92.1	1.8	9.4	82.7	39 - 35
87.6	3.3	9.1	87.5	44 - 40
76.2	1.7	8.7	67.5	49 - 45
(3) 2020				
اي كادر مؤهل	موظف اخر مؤهل	ممرضة □ قابلة	طبيب	
96.6	0	14.4	83.5	أقل من 20 سنة
98.9	0.4	30.9	63.4	20 - 34
98.7	1.5	27.9	56.2	49 - 35

المصدر : (1) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS3، ص 123. (2) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS4، ص 136. (3) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، MICS6، ص 178.

❖ الإنجاب بحضور شخص مؤهل

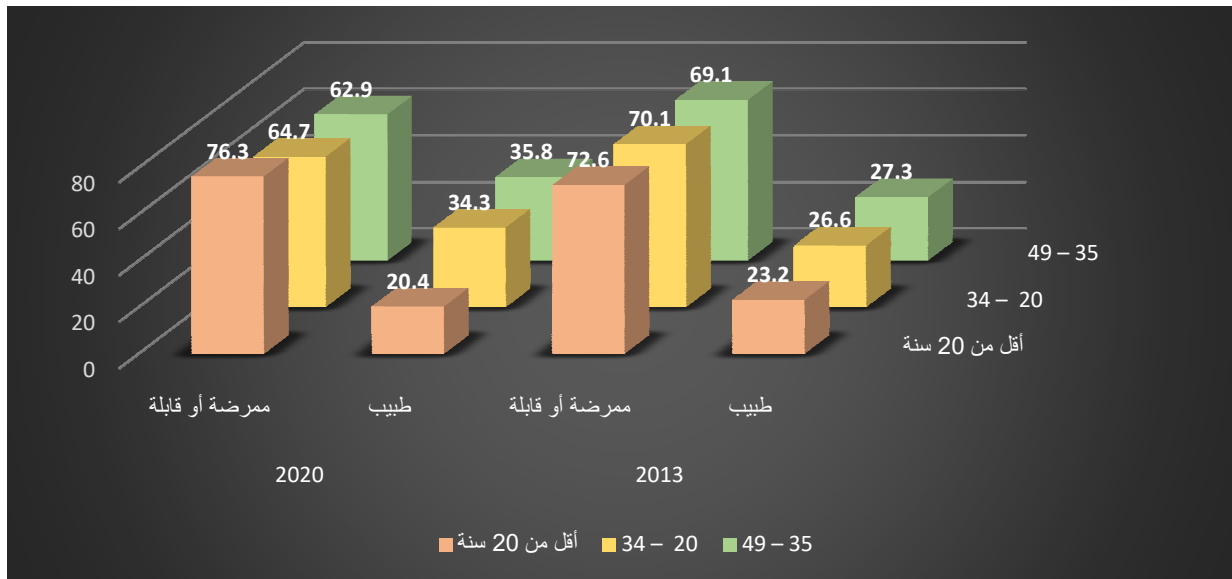
يبين الشكل رقم (7) تطور نسبة الولادات التي تمت بحضور كادر طبي مؤهل (حسب الفئات العمرية للسيدات، وذلك خلال الفترة الممتدة من سنة 2013 إلى سنة 2019.

يتضح من البيانات أن الفئة العمرية 20-34 سنة سجلت النسب الأعلى للولادة بحضور طاقم طبي مؤهل عبر مختلف السنوات، وهو ما يعكس على الأرجح وعيًا صحيًا أكبر لدى هذه الفئة، إضافة إلى سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية مقارنة بغيرها.

في المقابل، فإن النساء في الفئة العمرية أقل من 20 سنة كنّ الأقل استفادة من الرعاية الصحية أثناء الولادة، حيث لم تتجاوز نسبة الانجاب بحضور طبيب 24% في سنة 2006، قبل أن تشهد تراجعًا لتصل إلى 20% بحلول سنة 2019 في مقابل ارتفاع نسبة الولادة بحضور قابلة أو ممرضة 76.3%. كما أن الفجوة لا تزال قائمة مقارنة بالفئات الأكبر سنًا، ما يدل على استمرار بعض العوائق الاجتماعية والاقتصادية التي تحول دون الاستفادة من الرعاية الصحية عند الولادة.

أما الفئة العمرية 35 سنة فما فوق فقد عرفت هي الأخرى تحسناً في نسبة الولادة بحضور طبيب حيث ارتقت من 27.3% سنة 2013 إلى 35.8% سنة 2020، في مقابل تراجع نسبة الولادة بحضور قابلة أو ممرضة من 69.1% في سنة 2013 إلى 62.9% في سنة 2020.

الشكل رقم (7): تطور نسبة السيدات اللاتي انجن بحضور كادر طبي مؤهل .



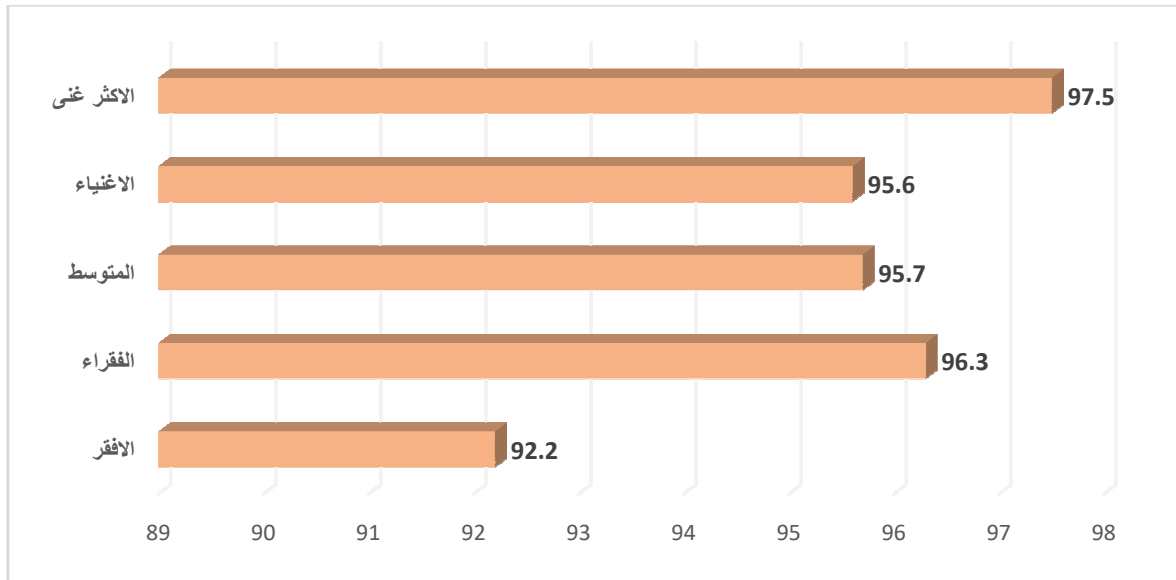
المصدر : (1) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS4، ص 141.(3) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، MICS6، ص 178.

4.3 مؤشر المستوى المعيشي

❖ متابعة الحمل:

يؤثر المستوى المعيشي للام على مدى متابعتها للحمل حيث تبين النتائج ان النساء الغنيات جدا كن أكثر من تابعن الحمل (97.5%) مقارنة بالنساء الفقيرات جدا (92.2%). الا ان هذه الفوارق لم تكن كبيرة مقارنة ببقية المستويات الأخرى فالنساء الفقيرات تابعن الحمل بنسبة (96.3%) اعلى من النساء المتوسطات والغنيات (95.7% و 95.6% على الترتيب) سنة 2020.

الشكل رقم (8): نسبة السيدات اللواتي اجرين معاينة واحدة على الاقل حسب المستوى المعيشي سنة 2020.



المصدر: وزارة الصحة، السكان، اصلاح المستشفيات، MICS6، ص 162.

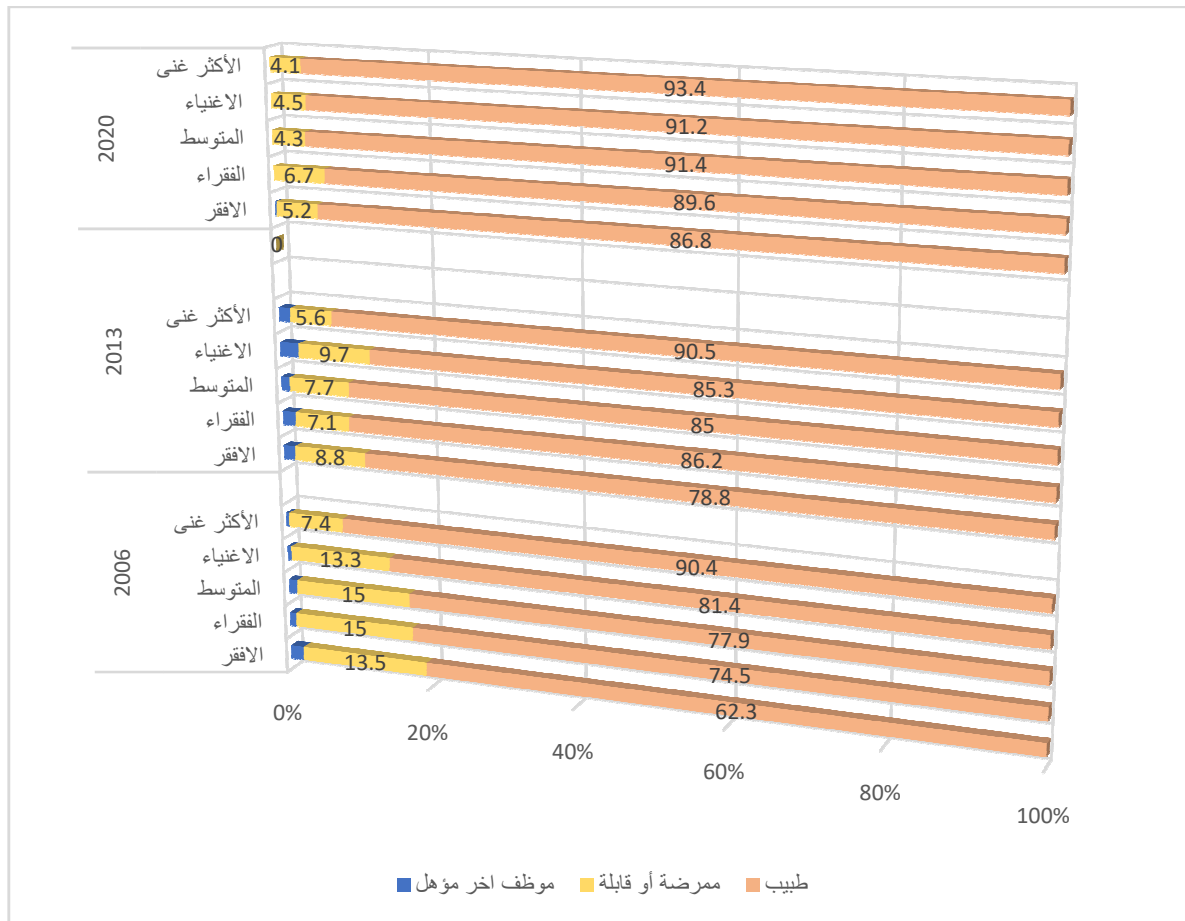
❖ الكادر القائم بالمعاينة

تبين نتائج الشكل رقم (9) أن النساء الأكثر فقرا أقل متابعة للحمل مقارنة بغيرهن فقد سجلت هذه الفئة النسبة الأقل من متابعة الحمل لدى الطبيب في مقابل نسبة مرتفعة من متابعة الحمل لدى القابلة أو الممرضة، حيث تابعت 89.4% من النساء الفقيرات و 75.9% من الفقيرات جدا الحمل سنة 2006 منها 74.5% و 62.3% عند الطبيب و 15%، 13.5% عند الممرضة أو القابلة بينما سجلت النساء المنتميات الى المستوى المعيشي المتوسط، الغنيات والغنيات جدا النسبة الأعلى من المتابعة خاصة عند الطبيب حيث سجلن نسبة 77.9%، 81.4% و 90.4% على الترتيب، في حين سجلت النسبة الأقل من المتابعة عند الممرضة أو القابلة لدى النساء الغنيات جداب 7.4%.

سجلت سنة 2013 تحسن نسبة متابعة الحمل لدى النساء الفقيرات 93.3% والفقيرات جدا 87.6% نتيجة لتحسن نسبة المتابعة لدى الطبيب والتي سجلت 86.2% و 78.8% على التوالي، في مقابل تراجع نسبة المتابعة عند الممرضة أو القابلة 7.1% و 8.8% أما بقية الفئات فقد حافظت على النسبة الأكثر ارتفاعا من متابعة الحمل.

اما سنة 2020 فقد سجلت نسبة مرتفعة تجاوزت 90% من المتابعة مهما كان مستوى الامفحين سجلن تفاوت في المتابعة لدى طبيب فكلما زاد المستوى التعليمي للام كلما زادت نسبة المتابعة عند طبيب.

الشكل رقم (9) : تطور نسبة الكادر القائم بالمعاينة حسب مؤشر الثروة.

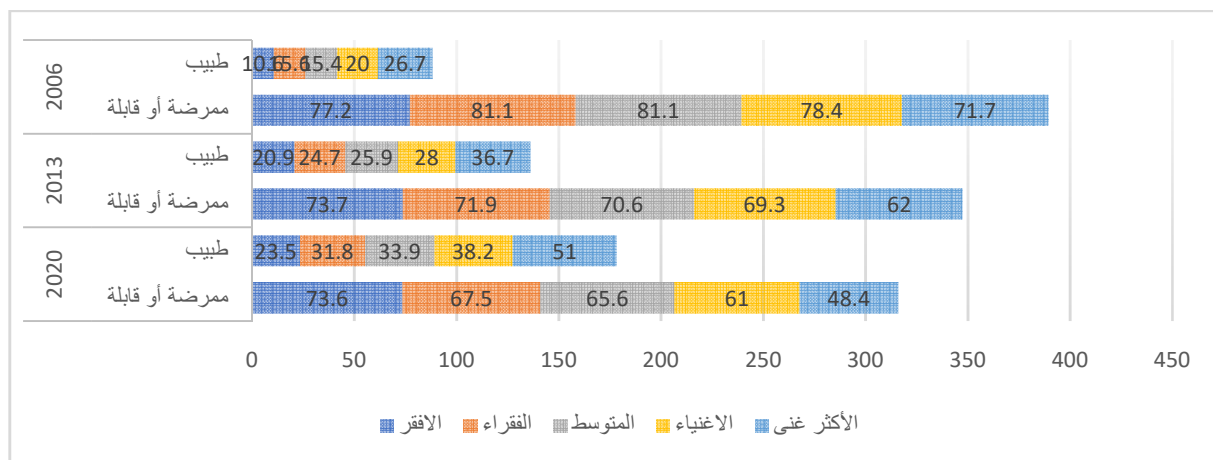


المصدر : (2006) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS3، ص 123. (2013) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS4، ص 136. (2020) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، MICS6، ص 162.

❖ الإنجاب بحضور شخص مؤهل:

نلاحظ من خلال الشكل رقم (10) أنه كلما تحسن المستوى المعيشي للأم كلما زادت نسبة الإنجاب لدى الطبيب لتصل الى أقصاها عند النساء الغنيات جدا بنسبة 34.6%، بينما تجاوزت نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل 99% من الحالات عند إنجاب السيدة في مصالح التوليد منها 75% عند الطبيب في مصالح التوليد الخاصة و21.3% في المصالح العمومية بينما تنخفض نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل الى 8.5% فقط عند إنجاب السيدة لمولودها في المنزل.

الشكل رقم (10) : توزيع نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل حسب مؤشر الثروة.



المصدر : (2006) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات، MICS3، ص 127. (2013) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، MICS4، ص 141. (2020) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، MICS6، ص 178.

يؤدي تحسن المستوى المعيشي للأم الى زيادة نسبة الإنجاب لدى الطبيب لتصل الى أقصاها عند النساء الغنيات جدا بنسبة 51%، بينما تجاوزت نسبة الإنجاب بحضور شخص مؤهل 99% من الحالات مقارنة 48.4% من الولادات بحضور ممرضة او قابلة. اما بالنسبة للسيدات الغنيات وذوات المستوى المتوسط فقد سجلن نسبا اقل وهي 38.2%، و33.9% على الترتيب بحضور طبيب مقابل 61% و65.6% بحضور الممرضة او القابلة. في حين سجلت النساء الفقيرات جدا النسب الأضعف من الولادة بحضور طبيب بنسبة 23.5% مقابل نسبة مرتفعة من الانجاب بحضور ممرضة او قابلة 73.6%.

4. مناقشة النتائج :

تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى استخدام خدمات صحة الأمومة باختلاف المحددات الاقتصادية والاجتماعية، وعلى رأسها سن المرأة أثناء الحمل، مؤشر الثروة، المستوى التعليمي، ووسط الإقامة. هذه المحددات لا تعمل بمعزل عن بعضها، بل تتفاعل لتشكّل أنماطاً واضحة في السلوك الصحي المرتبط بالحمل والولادة.

فعلى سبيل المثال، يُعد سن المرأة أثناء الحمل من العوامل الجوهرية، حيث تبين أن النساء في الفئة العمرية بين 25 و34 سنة هن الأكثر استفادة من خدمات ما قبل الولادة مقارنة بالمراهقات أو النساء فوق سن 40، وذلك نتيجة الوعي النسبي بضرورة الرعاية الصحية خلال هذه المرحلة، فضلاً عن التقبل الاجتماعي للحمل في هذا السن. في المقابل، تسجل الفتيات القاصرات نسباً منخفضة في تلقي الرعاية، وهو ما يعكس إشكاليات متداخلة كزواج القاصرات وقلة الوعي الصحي.

أما مؤشر الثروة فقد أظهر تبايناً لافتاً، حيث ترتفع معدلات استخدام خدمات الأمومة لدى النساء المنتميات للشرائح الغنية مقارنة بالفئات الأفقر، التي كثيراً ما تعاني من ضعف القدرة المالية على التنقل أو تغطية التكاليف غير المباشرة للعلاج رغم المجانية الرسمية للخدمات. هذا يشير إلى أن الفقر لا يقتصر تأثيره على الإمكانات المادية، بل يشمل ضعفاً في فرص الحصول على معلومات صحية موثوقة، مما ينعكس سلباً على أنماط السلوك الصحي.

وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي، فإن النساء ذوات المستوى التعليمي العالي أظهرن مستويات أعلى من الاستفادة من خدمات صحة الأمومة، وخاصة في مجالات الفحص المبكر للحمل، والولادة داخل المؤسسات الصحية. التعليم يُمكن المرأة من فهم مخاطر الحمل غير المراقب، ويعزز لديها قدرة اتخاذ القرار داخل الأسرة، مما يحسّن من سلوكها الصحي. وفي الجزائر، رغم تحسن نسب تدرّس الإناث، إلا أن الفوارق بين الولايات، وبين الوسطين الريفي والحضري، ما زالت تؤثر على هذا المحدد بشكل واضح. أما وسط الإقامة، فقد كشف المسح أن النساء القاطنات في المناطق الحضرية يتمتعن بإمكانية أفضل للوصول إلى الخدمات الصحية مقارنة بنظيرتهن في المناطق الريفية أو المعزولة، حيث لا تزال البنية التحتية الصحية دون المستوى المطلوب. ورغم الجهود الحكومية المبذولة في مجال تحسين التغطية الصحية، لا تزال بعض المناطق الداخلية تقتصر إلى قاعات علاج مجهزة أو إلى قاعات مؤهلات، وهو ما يعمّق الفجوة الجغرافية في التمتع بصحة أمومة جيدة.

تُظهر هذه النتائج، في السياق الجزائري، ضرورة تبني سياسات صحية واجتماعية متعددة الأبعاد، تستهدف تقليص الفوارق من خلال توجيه الموارد نحو الفئات الأقل حظاً، وتكثيف البرامج التوعوية

الموجهة للنساء في سن الإنجاب، خاصة في المناطق الريفية. كما يجب دعم تعليم الفتيات، وتحسين الوصول إلى وسائل النقل والإعلام الصحي، لتعزيز السلوك الإيجابي تجاه خدمات صحة الأمومة، وتحقيق العدالة الصحية بين مختلف فئات المجتمع .

الخاتمة والتوصيات

تُعد صحة الأمهات مرآة حقيقية لمدى نجاعة السياسات الصحية والاجتماعية في أي بلد، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة، المستندة إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، أن المحددات الاقتصادية والاجتماعية تلعب دورًا حاسمًا في رسم معالم استفادة النساء من خدمات صحة الأم. فتباينات استخدام هذه الخدمات حسب سن المرأة، ومستوى التعليم، والثروة، ووسط الإقامة، تبرهن على أن الرعاية الصحية لا تُبنى فقط على توفير الخدمة، بل على قدرة النساء على الوصول إليها والاستفادة منها. في السياق الجزائري، ورغم ما تحقق من تقدم في المؤشرات الصحية، إلا أن الفجوات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية لا تزال تحد من تحقيق العدالة الصحية. إن ما توصلت إليه الدراسة يدعو بوضوح إلى تبني مقاربة متكاملة في رسم سياسة صحية تُراعي التفاوتات وتستهدف الفئات الهشة، لاسيما النساء الريفيات والفقيرات، وتعمل على تعزيز التعليم الصحي، وتوسيع التغطية بالخدمات الأساسية، وتطوير أنظمة المتابعة والتقييم. وحدها هذه الرؤية الشاملة كفيلة بتحقيق هدف صحة أمومة عادلة وآمنة لكافة النساء، بغض النظر عن خلفياتهن الاجتماعية أو الاقتصادية.

التوصيات :

1. تعزيز التوعية الصحية حول أهمية المتابعة الطبية خلال فترة الحمل والولادة وبعدها.
2. دعم تعليم الفتيات وتمكين النساء، لما له من أثر مباشر على السلوك الصحي واستخدام خدمات صحة الأم.
3. تحسين الوصول الجغرافي إلى المرافق الصحية، من خلال إنشاء وحدات قريبة أو دعم النقل الصحي في المناطق المعزولة.
4. ضمان التوزيع العادل للكوادر الصحية، خاصة القابلات والأطباء المختصين في الصحة الإنجابية.
5. إدماج خدمات صحة الأم في برامج الدعم الاجتماعي، خصوصًا للفئات ذات الدخل المنخفض.
6. تعزيز نظام جمع البيانات الصحية وتحليلها بانتظام لتحديد المناطق والفئات الأكثر تهميشًا في مجال صحة الأم.

المراجع

1. Cherif Assia et all, "Les OMD dans les pays du Maghreb. Partager les expériences et préserver les acquis", Participation à la 7ème Conférence Africaine sur la Population, Johannesburg –Afrique du Sud, 30NOV - 4 DEC 2015.
2. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques. (2009). "Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS3), Suivi de la situation des enfants et des femmes", Rapport principal, Alger, Juillet 2009.
3. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques. (2013). "Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4), Suivi de la situation des enfants et des femmes", Rapport principal, Alger, 2012-2013.
4. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. (2020). "Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS6)", Rapport des Résultats de l'Enquête, Alger, Décembre 2020.
5. Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière, direction de la population. (2016). "Situation Démographique et Sanitaire 2000 – 2016", Juillet 2016.
6. Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière, direction de la population. (2017). "Situation Démographique et Sanitaire 2000 – 2017", Juillet 2017.
7. Ministère des Affaires Etrangères, par le Comité interministériel chargé du suivi de la mise en œuvre des ODD, "Rapport National Volontaire 2019 - Progression de la mise en œuvre des ODD", Algérie, Algérie.
8. Nations Unies. (2014). "Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement", octobre 2014.
9. ONU Algérie. "Bulletin d'information du système des Nations Unies en Algérie", Octobre, Décembre (2013), Janvier, Février, Mars 2014.
10. Organisation Mondiale de la Santé. (2014). "Statistiques Sanitaire Mondiales 2014", WHO/RHT/HRP/97.25, Genève, Suisse. WHO/HIS/HSI/14.1. 2014.
11. Office National Des Statistiques ONS. (2018). Démographie Algérienne N° 816, Juin 2018.
12. Office National Des Statistiques ONS. (2019). Démographie Algérienne N° 890.

مواقع الانترنت

1. Banque mondiale.<http://donnees.banquemondiale.org>

2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) <http://www.who.int/mediacentre>, consulter le 31-01-2024.
3. UNICEF, MICS. <http://mics.unicef.org/surveys>, consulter le 31-01-2024.
4. Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement : site officiel de l'ONU sur les indicateurs OMD. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>, consulter le 31-01-2024.
5. Office National des Statistiques. <http://www.ons.dz/-Statistiques-Sociales-.html>, consulter le 31-01-2024.