البرامج الصحية في الجزائر وانعكاساتها على وفيات الأطفال

مقدمة:

إن صحة الفرد في المجتمع هي الغاية التي يرمي إلى تحقيقها المخططون في أي مجتمع، إذ أن التنمية الصحية هي عنصر أساسي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، فلأصحاء عادة هم الأكثر قدرة على الإنتاج في شتى الميادين. ولما كانت التنمية الصحية جزءا لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية بمفهومها الشامل فان أي قصور في الخدمات الصحية سينعكس سلبا على التنمية الاجتماعية بكافة جوانبها.
لهذا كان من وجبات الدول توفير وتحسين الصحة العامة لكافة مواطنيهم خاصة للأطفال منهم ذلك بوضع برامج وسياسات صحية التي تتكفل بتحقيق ذلك.

وفي الجزائر عرف القطاع الصحي عدة تحولات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا قصد النهوض به و جعله يساير التطورات الجارية في العالم، و السهر على توفير الرعاية الصحية و الطبية للسكان و وقايتهم من الأمراض المعدية و الخطيرة، و رغم النقص البشري و المادي الذي كانت تعاني منه المنظومة الصحية بعد الاستقلال إلا أن الدولة سعت جاهدة إلى توفير التغطية الصحية للسكان في مختلف فئاتهم العمرية وفق الإمكانيات المتوفرة آنذاك، من خلال وضع برامج مكثفة للتكفل وحماية المواطنين بالتنسيق مع خبراء اليونيسيف و المنظمة العالمية للصحة...الخ. و كانت هذه البرامج تهدف أساسا إلى التقليص من عدد وفيات الأطفال الرضع التي كانت منتشرة بكثرة ، خاصة في المناطق النائية منها و المفتقرة للمرافق الصحية إلى جانب مكافحة سوء التغذية و حماية الأمومة، لهذا نجد أن الجزائر اهتمت كثيرا بمؤتمر ألماآتا Alma Ata الذي انعقد في الاتحاد السوفيتي عام 1978.

و نميز ثلاث مراحل في البرامج الصحية المسطرة في الجزائر لخفض معدل وفيات الأطفال وهي:

• مرحلة الأولى 1962 – 1973:

يمكن أن نصف هذه المرحلة بمرحلة إنعاش الهياكل الموروثة عن الاستعمار الفرنسي بتوفير متطلبات الصحة الأولية، و مواجهة الوضع الصحي المتمثل في سوء التغذية و انتشار الأوبئة و نشير هنا أنه غادر الجزائر مباشرة بعد الاستقلال 2.200 طبيب و 2.700 ممرض تاركين 144مركز علاج بين مستشفى

ومستوصفات بدون عمال إداريين و لا تقنيين[1]. لهذا لجأت الجزائر إلى طلب المساعدات الأولية من روسيا، الصين، وبلغاريا حيث تم إحصاء 750 طبيب سنة 1966 أي بمثابة طبيب واحد لكل 13 000 سكان[2]، و لكن هذه الزيادة في عدد الأطباء لم تكفي عدد السكان آنذاك.

وحددت الجزائر مجموعة من الأهداف والوسائل لمسايرة الوضعية الصحية في تلك الفترة نورد بعضها.

- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية وكان ذلك سنة 1963 ومقاومة الرمد.
- مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة التي بلغ عددها 250 مركزا سنة1974. وتمثلت مهام هذه المراكز الصحية في متابعة الحمل، والكشف عن أنواع الحمل التي تشكل خطرا، والتوجيهها نحو مصالح التوليد ومراقبة الأم والرضيع بعد الولادة والقيام بالتلقيحات اللازمة، ومتابعة الطفل حتى بلوغ سن السادسة، وكانت جميع هذه الخدمات تقدم مجانا.
- انتشار التطعيم ومجانيته لخمسة أمراض – السل، التيتانوس، السعال ألديكي، شلل الأطفال، الجدري– سنة 1969 من خلال قرار رقم 96/69 المؤرخ في 1969.07.09.[3]
- كما تم فتح أول مركز خاص بتباعد الولادات سنة 1967 بالجزائر العاصمة / بمستشفى مصطفى باشا الجامعي ليتبعه بعد سنتين 1969 فتح مركزين آخرين في كل من قسنطينة ووهران، كانت تهدف هذه الأخيرة إلى العناية بصحة الأم والطفل بعد ولادته. هته المراكز كانت تعمل في إطار حماية الأمومة والطفولة و كانت جميع الفحوصات و الكشوف التكميلية الخاصة و المرتبطة بالأم و الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 16 سنة تتم مجانا.

إن حماية صحة الأم والطفل كانت من أهم أهداف الصحية العمومية منذ 1962 والتي مر تنفيذها عن طريق سياسة الوقاية.

لكن رغم هذا لم يظهر بأن هذا الجهاز المعتمد غداة الاستقلال كان حقيقة فعال كما يبدوا ولتبرير ذلك فإننا نورد معدل الوفيات الأطفال الرضع من خلال هذا الجدول.

(1) Mohamed Amir. Histoire de la santé en Algérie, opu, Alger, sd, P 205.
(2) IBID, P 220.
(3) Mustapha Khiati. Quells santé pour les Algerienes.maghreb relation, Alger,1990, P 25.

جدول رقم- 1 – تطور معدل وفيات الأطفال الرضع مابين 1966-1972

السنة	معدل وفيات الرضع
1966	174
1970	130
1972	122,1

SOURCE :ONS."Données démographiques 1984 – 1989", in **Bulletin Statistiques Courantes**, N°15, Alger, 1990, p 31.

من الجدول أعلاه نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال الرضع في هذه الفترة انحصر في حدود 142‰ ومنه يمكن القول أن هذه الفترة من مرحلة السياسة الصحية المتبعة في الجزائر لم تسجل النتائج المرجوة باعتبار أن هذا المعدل بقي مرتفعا على صعيد التراب الوطني مما أثر على أمل الحياة عند الولادة خلال هذه الفترة إذ لم يتعدى 53 سنة.[1]

• مرحلة الثانية 1974 – 1984 :

عرفت هذه المرحلة سياسة جديدة في المجال الصحي إذ أقرت الجزائر مجانية العلاج في جميع القطاعات والمؤسسات الصحة العمومية عبر القرار الذي أصدر في 1973.12.28 تحت رقم 65/73 والذي كرس مجانية الطب والعلاج وتبعته سلسلة من النصوص والمراسيم والقرارات خلال شهر جانفي 1974، مما أدى إلى تعميم الوقاية الصحية و الرعاية الطبية في جميع مناطق الوطن.

لقد تزامن تطبيق الطب المجاني في الجزائر مع الارتفاع الكبير لعائدات البترول والغاز والارتفاع الكبير أيضا لأسعار البترول، فارتفعت ميزانية القطاع بحوالي 96% خلال 12 سنة وانتقلت النفقات الوطنية على الصحة من 1,6% من مجموع الإنتاج الداخلي الإجمالي PIB سنة 1973 إلى 5,4% سنة 1979[2]. إن التمويل في القطاعات الصحية كان يتم من طرف ميزانية الدولة و الهيئات التابعة لها كصندوق الضمان الاجتماعي.

(1) Groupe interministériel .Maîtrise de la croissance démographique, bilan, Alger, 1984, p,18
(2) Kaddar Miloud. Système et politique de santé au Maghreb, un état de lieu, Paris, 1994, P 72.

وفي هذه الفترة ركزت نشاطات وقاية الأطفال أساسا على مراكز حماية الأمومة و الطفولة و تمثلت هذه النشاطات في التلقيح و متابعة نمو القامة و الوزن، والتسجيل في الدفتر الطبي الظروف التي تم فيها الحمل و الولادة.

كما قامت مراكز حماية الأمومة و الطفولة في هذه الفترة بدور أساسي في مجال التربية الصحية إذ قامت بتشجيع الأمهات على استخدام الرضاعة الطبيعية و تمديد مدتها ، وكذا إرشادهن على تنويع التغذية لأطفالهن ابتداء من الشهر الرابع، ...الخ.

في سنة 1974 وضع أول برنامج وطني لحماية الأمومة والطفولة / وتباعد الولادات PMI / EN [1]. التي كانت نشاطاته تدخل في إطار ترقية الصحة الأولية وفي إطار مجانية العلاج لمحاربة وفيات الأمهات والطفولة، وبهذا المضمون سطر هذا البرنامج في قانون الصحة لسنة 1976 حيث جاء فيه " إن السياسة الوطنية في مجال تباعد الولادات بموانع الحمل التي ترتكز على هدف هو صحة الأم والطفل وكذا التوازن العقلي والاجتماعي للأسرة تقوم بوضع مجموعة من الوسائل من طرف الوزارة المكلفة بالصحة العمومية على مستوى طبي وصحي وتربوي وبدون ضغط أو إكراه " [2].

لهذا وفرت الجزائر حوالي 260 مركز PMI/EN ما بين 1974-1980 على المستوى الوطني ماعدا في ولاية تمنراست لعدم وجود القابلات.
كما قدمت الجزائر ما بين 1974 – 1978 برنامجا مكن من إعادة تأهيل القابلات إلى مختصات في رعاية الأم و الطفل و كذا تباعد الولادات هذا من جهة، و من جهة أخرى نص قانون الصحة لعام 1976 على حماية الأمومة و الطفولة و ذلك عن :

- طريق حماية الأم بضمان أحسن الشروط الطبية و الاجتماعية قبل الحمل، أثناءه و بعده.
- تحقيق أحسن شروط الصحة و النمو الجسدي و العقلي للطفل منذ ولادته إلى أن يبلغ 6 سنوات من عمره. [3]

جدول رقم–2– تطور عدد القابلات اللواتي تم تأهيلهن و رسكلتهن في الجزائر ما بين 1974–1983

---

[1] N. Attout, R. Benkhelil. l'espacement des naissances causes de refus ou d'abandon de la contraception, Alger, CENEAP, FNUAP, SD, P 51.
[2] IBID, P51.
[3] المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي. مشروع صحة الأم و الطفل،الدورة التاسعة،الجزائر 28–29،أكتوبر،1997، ص 10.

السنة	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1983	المجموع
العدد	50	40	36	69	73	89	64	70	491

SOURCE : Malika Ladjali. L'espacement des naissances dans les pays du tiers monde, l'expérience algérienne, OPU, Alger, 1985.P67

و بهذا انخفضت معدلات وفيات الأطفال و معدل وفيات الأمهات نوعا ما في هذه الفترة حيث انحصر معدل وفيات الأطفال الرضع في حوالي 105 ‰ كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم– 3 – تطور معدل وفيات الأطفال الرضع مابين 1974–1982

لسنة	معدل وفيات الأطفال
1974	114,4
1975	110,5
1978	112,4
1980	102,8
1982	83,7

SOURCE :ONS. "Données démographiques 1984 – 1989", in **Bulletin Statistiques Courantes**, N°15, Alger, 1990, p 31.

في هذه الفترة ظهرت بعض التحسينات على مستوى تجهيز القطاع الصحي في الجزائر نتيجة الوضعية الاقتصادية المريحة التي عرفتها مداخيل الدولة من المحروقات، مما انعكس إيجابا على السياسة الصحية التي بدأت تظهر نتائجها شيئا فشيئا، فابتداء من سنة 1981 عرف معدل الوفيات الأطفال انخفاضا وسجل بالتالي قطيعة مع حركة الوفيات الموروثة بعد الاستقلال.

و على هذا الأساس يمكن القول أن السياسة الصحية المنتهجة في الجزائر بعد سنة 1973 كانت لها نتائج مرضية وهذا ما يبدو لنا واقعيا حيث ارتفع أمل الحياة عند الولادة من 57 سنة. سنة 1979 إلى 62.4 سنة 1983[1]. دليل على فعالية الجهاز الصحي في هذه الفترة.

• المرحلة الثالثة 1985 – 2010 :

(1) ONS. "Données démographique 1987-1989", in Bulletin statistique courantes, N15, Alger,1990,p35

ألغى القانون رقم 5/85 المؤرخ في 1985.02.16 و المتعلق بالحماية و الترقية الصحية قانون الصحة كما ألغي الأمر المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 و المتعلق بمجانية العلاج، مع تأكيده من جديد على مجانية العلاج و الإجراءات المتعلقة بحماية الأمومة و الطفولة. [1] كما أصدر في سنة 1988 مرسوم صحي حدد رسوم الكشف في القطاع الخاص.

وما يمكن قوله عن معدل وفيات الأطفال في هذه الفترة أنه تراجع ابتداء من 1986 حيث مثل 3/1 الوفيات الإجمالية، إلا أن التراجع الحقيقي كان ابتداء من سنة 1990 أين نلاحظ أن ارتفاع عدد الوفيات لم يعد يفسر بارتفاع عدد الأطفال المتوفين الأقل من سنة بل هو نتيجة الحالة الظرفية التي عاشتها الجزائر، حيث أصبح معدل وفيات الأطفال لا يمثل إلا 25% من مجموع الوفيات العامة [2].

كما قد يكون السبب في ركود وفيات الأطفال الرضع في التسعينات في حوالي 57.77 % في المتوسط للصعوبات ذات الطابع الاجتماعي و الاقتصادي إذ شكلت إحدى عوامل بقاء هذا المعدل إلى غاية 2000 في حدود الخمسينات. فتدهور القدرة الشرائية للأسر أثرت بشكل كبير على الوضعية الصحية للأطفال. فالمصابون من الأطفال دون الخامسة من العمر بسوء التغذية الحاد انتقلت نسبتهم من 4,9% في المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل لسنة 1992 إلى 8,3% في المسح الوطني حول أهداف نصف العشرية لسنة 1995. [3]

و رغم هذا الركود إلا أن معدل وفيات الأطفال عرف انخفاضا محسوسا منذ 1986 نتيجة البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الرضع، فحسب التحقيق الذي قام به الديوان الوطني للإحصائيات في 1995 لقياس مستوى الحياة Mesure des niveaux de vie في أوت/سبتمبر 1995 ، بين أن نسبة التغطية بالتقيحات للأطفال دون سن 5 سنوات كان كمايلي :

- ضد مرض السل BCG 99% منه 99,6% في الحضر.
- مرض الحصبة 75,7% منه 79% في الحضر[4].
- التلقيح ضد الدفتيريا، التيتانوس و السعال الديكي بلغت نسبته 90,43% بعدما كانت 83,50% في المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل في سنة 1992. [5]

هذه النسب ارتفعت قليلا في المسح العنقودي متعدد المؤشرات الخاص بمتابعة وضعية الأطفال و النساء لسنة 2006 حيث أوضحت نتائجه أن نسبة تطعيم الأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهرا بلغت

(1)المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي . مشروع صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، الجزائر، 28-29 أكتوبر 1997،ص11.
(2) وزارة الصحة و السكان. . التقرير السنوي للجنة الوطنية للسكان، مديرية السكان، الجزائر، أفريل، 1998، ص 20.
(3) نفس المرجع، ص 19.

(4) ONS. "Statistiques sur la santé", in **Données Statistiques**, N°257, Alger, Nov 1996, P 6.

(5) IBID, P 7.

99 % ضد الدرن، 94.8 % الجرعة الثالثة للتطعيم ضد الديفتيريا، و السعال الديكي و الكزاز، 93.9 % تلقو الجرعة الثالثة ضد شلل الأطفال و 90.5% تم تطعيمهم ضد الحصبة .

كما بلغت نسبة الأطفال في هذا التحقيق الذين تلقوا مجمل التطعيمات قبل بلوغهم 24 شهرا 88% [1]، في هذا التحقيق اعتبر المستوى التعليمي للام عنصرا مميزا بالنسبة للتطعيم ضد أمراض الطفولة حيث لوحظ ارتفاع نسبة التطعيم للأطفال كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم .كما لوحظ أن نسبة التطعيم كانت مرتفعة عند الذكور وفي المناطق الوسطى للبلاد وفي الحضر و أطفال الأسر الغنية.

من كل هذا نستنتج أنه رغم الحملات التلقيحية التي أقرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إلا أن نسبة التلقيح ضد الحصبة و الدفتيريا، التيتانوس و السعال الديكي بقية غير مكتملة خاصة في المناطق الريفية. مما انعكس سلبا على صحة و حياة الأطفال و الجدول التالي يبين لنا تطور معدل وفيات الأطفال ما بين 1985 – 2009 .

جدول رقم –4– : يبين تطور وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس ما بين 1985 – 2009.

السنة	الذكور	الإناث	السنة	الذكور	الإناث
1985	80	76,6	*1997	59,50	53,66
1986	73,1	68,3	*1998	55,99	50,61
1987	66,8	62,0	*1999	55,94	51,60
1988	62,6	58,0	**2000	38,4	35,3
1989	61,9	55,4	**2001	38,9	35,9
1990	60,0	55,5	**2003	34,6	30,3
1991	59,4	54,2	***2005	32.4	28.2
1992	57,7	53,0	***2006	28.3	25.3
*1993	57,61	53,29	***2007	27.9	24.4
*1994	56,80	51,51	***2008	26.9	23.9
*1995	57,94	51,68	***2009	26.6	22.9
*1996	56,88	52,21			

SOURCE : ONS. "Démographie algérienne", N°188, Alger, Novembre 1993, p2.

*ONS. "Démographie Algérienne 1999", in **Données Statistiques**, N°305, Alger, Novembre 1999.p 3.

[1] وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ،الديوان الوطني للإحصائيات.المسح العنقودي متعدد المؤشرات، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، 2008،ص 86.

ONS. "Démographie Algérienne 2003", in **Données Statistiques, N°398, Alger, juin 2003,p 4.

***ONS. "Démographie Algérienne 2009", in **Données Statistiques** ,N 554, ONS ,Alger,2009, p 4.

إن معدل وفيات الأطفال الرضع يعتبر مؤشرا ومقياسا لا لعدد الوفيات فقط بل أيضا لنوعية المعيشة و الحالة الصحية للبلاد، و حسب المعطيات السابقة فنلاحظ أن أكثر من نصف أطفال الجزائر تلقو التلقيحات مما سمح بتخفيض معدل وفيات الأطفال الراجعة للأسباب الخارجية. حيث تم القضاء عليها في سنوات الثمانينات مع برنامج مكافحة وفيات الأطفال الرضع، إلا انه كما رأينا في سنوات التسعينات عرف معدل وفيات الأطفال ركودا و هو بالتالي دليل على ظهور هيكل جديد للوفيات، و هو أن 2/1 وفيات الأطفال الرضع راجعة للأسباب الداخلية/الوفيات المحيطة بالولادة 0 –27 يوما و المقدر آنذاك بحوالي 47,2‰ [1].

و لقد انخفض معدل وفيات ما حول الولادة إلى 34,7‰ سنة 1999. وللإشارة فالجزائر تصنف ضمن البلدان ذات معدل وفيات مواليد جدد المرتفع في الدول العربية كما تبينه الإحصائيات التالية لسنة 2004 :

1– **وفيات مواليد جدد عالية:** نجد كل من موريتانيا 40‰ ،جيبوتي 45‰ ،اليمن 40 ‰ المغرب 24 ‰، جزر القمر 25 ‰، العراق63 ‰، الصومال49‰، السودان27 ‰، والجزائر22‰.

2– **وفيات مواليد جدد متوسطة** : فلسطين 14,6‰، الأردن 16‰، ليبيا11 ‰ مصر 17‰السعودية 11 ‰تونس 13‰ و لبنان 19‰ .

3– **وفيات مواليد جدد منخفضة** : نجد كل من قطر 4‰، البحرين 4‰، الإمارات 4‰ سوريا7 ‰ الكويت 8 ‰ و سلطنة عمان 5‰ [2].

أما فيما يخص معدل وفيات الطفولة فالجزائر اعتبرت في مقدمة الدول النامية التي حققت تقدما كبيرا لصالح الأطفال و احتلت بذلك المركز الثالث في العالم و المركز الأول في الشرق الأوسط و إفريقيا من حيث تخفيضها لمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة ما بين 1980 – 1990. [3] لهذا تم تصنيفها ضمن الدول التي تعرف معدلا متوسطا لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في الدول العربية سنة 2004 :

---

[1] المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. مشروع صحة الأم والطفل، المرجع السابق، ص 59.

(2)منظمة الأمم المتحدة للطفولة .وضع الأطفال في العالم 2009 ،اليونيسيف ،جنيف ،2009.ص–ص 118–128

[3] UNICEF. L'enfant Algérien, produit pour le fond des nations unies pour l'enfant, UNICEF en Algérie, 1993, P 32.

1- **وفيات الطفولة عالية**:السودان 109‰ ، الصومال 142 ‰، جيبوتي 127 ‰، موريتانيا 119‰ ،اليمن 73‰، جزر القمر 66 ‰و العراق44‰.

2- وفيات الطفولة متوسطة: الجزائر37 ‰، مصر 36 ‰، الأردن 24‰ ، فلسطين 27‰ ،السعودية 25 ‰ ،المغرب 34‰ ،لبنان 29 ‰، و تونس 21‰.

3- وفيات الطفولة منخفضة: الإمارات العربية المتحدة 8 ‰ ، البحرين 10 ‰، ليبيا18 ‰ ،سوريا 17‰ ، الكويت 11 ‰ ،سلطنة عمان 12‰ وقطر 15 ‰[1].

أما عن أسباب وفيات الأطفال الرضع في فترة الثمانينيات و بداية التسعينيات فتبقى الولادات المبكرة Prématuré هي السبب الأول في وفيات الأطفال الأقل من شهر بنسبة 23,2% تلتها نسبة 12,9% للأطفال المصابين بالإسهال أو بصعوبة التنفس في حين الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين شهر و 11 شهرا فكان السبب الأول في موتهم هو القيء و الحمى بنسب 30,0% و 28,1% على التوالي حسب المسح الوطني لسنة 1992.

جدول رقم – 5 – : أسباب وفيات الأطفال الرضع حسب تحقيق 1992.

سبب الوفاة	أقل من شهر	1 – 11 شهر
الإسهال	2,7	20,3
القيء	10,5	30,0
إسهال أو صعوبة التنفس	12,9	18,3
الحمى	11,5	28,1
الطفح الجلدي	-	10,2
التشنجات	8,9	18,8
الولادة المبكرة	23,2	6,8
أخرى	11,4	14,2

المصدر: وزارة الصحة والسكان، و آخرون. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل1992، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، الجزائر، القاهرة، 1994.ص 41.

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009، المرجع السابق ص ص118-128

كما سبق ذكره ثم إرساء البرنامج الوطني لحماية الأمومة و الطفولة في الجزائر سنة 1974 و تم تعزيزه بتبني البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال لسنة 1985 وذلك بدمج ثمانية برامج ثانوية، من بينها البرنامج الموسع للتطعيم الذي يدخل في إطار الهدف العالمي " الصحة من أجل الجميع لسنة 2000".

فارتفعت بذلك نسب التطعيم التي أدت إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال على العموم لكن تبقى أسباب أخرى لها دلالة إحصائية وتأثر بصفة كبيرة على هذا المعدل وهي العوامل الديمغرافية والثقافية و كذا العوامل البيئية كما يبينه الجدولان التاليين:

جدول رقم –6– يبين توزيع وفيات الأطفال و الطفولة حسب العوامل الثقافية و الديمغرافية من خلال نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002

الخلفية	معدل وفيات الأطفال الرضع	معدل وفيات الطفولة
المستوى التعليمي للأم		
أمية	39.9	46.7
تقرأ وتكتب	29.1	33.4
ابتدائي	27.3	30.6
متوسط	25.6	29.2
ثانوي فأكثر	11.8	11.8
سن الأم		
أقل من 20 سنة	45.9	50.7
29 -20	30.6	36.3
34-30	29.9	33.8
49-35	40.2	46.1
رتبة الطفل المتوفى		
الأولى	31.0	34.1
الثانية و الثالثة	27.6	32.8
الرابعة فأكثر	38.2	44.3
الفترة بين ولادة الطفل المنوفي و الذي قبله		
أقل من سنتين	51.2	59.5
2- 3سنوات	31.1	36.7
4 سنوات فأكثر	25.8	29.5

المجموع	33.1	38.3

المصدر: وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات و آخرون. المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، الجزائر، القاهرة، 2004.ص 47-48

فمن الجدول أعلاه نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال و الطفولة ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي للأم حيث وصل معدل وفيات الأطفال إلى 11,8 ‰ عند الأمهات اللواتي لديهن مستوى تعليمي ثانوي فأكثر ليرتفع إلى 39.9 ‰ عند الأميات كما أنه ينخفض عند الأمهات اللواتي يتراوح سنهن مابين 30-34 سنة والذين رتبتهم في الولادة الثانية و الثالثة و المدة الفاصلة بين ولادتهم والولادة التي سبقتهم أزيد من أربع سنوات.

كما أن نتائج هذا المسح بينت أن للعوامل الاجتماعية و البيئية تأثير على وفيات الأطفال الرضع حيث يبين الجدول أدناه أن وفيات الأطفال تنخفض عند الذين يقطنون في الشقق و ومزودين بشبكة المياه الصالحة للشرب والذين بيوتهم مزودة بشبكة الصرف الصحي وجامع القمامة. ومن هنا نستنتج أن للظروف البيئية و النظافة أثر بالغ في حفظ معدل وفيات الأطفال الرضع.

جدول رقم -7- يبين توزيع وفيات الأطفال و الطفولة حسب العوامل الاجتماعية والبيئية من خلال نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002

الخلفية	معدل وفيات الأطفال الرضع	معدل وفيات الطفولة
نوع المسكن		
شقة	21.5	25.6
منزل فردي	30.2	35.5
منزل تقليدي	40.4	45.5
المصدر الرئيسي لمياه الشرب		
الشبكة العامة	29.8	34.5
أخرى	39.9	46.4
الارتباط بشبكة الصرف الصحي		
مرتبط بالشبكة	29.4	33.2
غير مرتبط بالشبكة	42.2	51.1
كيفية التخلص من القمامة		
جامع القمامة	24.2	28.6
توضع في مكان مخصص	31.2	35.7

أخرى	38.6	47.2
المجموع	33.1	38.3

المصدر: وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات و آخرون. المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، الجزائر، القاهرة، 2004.ص 47-48

في حين في المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات فقد انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع إلى 21.14 ‰ ومعدل وفيات الطفولة إلى 2.8 ‰ كما هو مبين في الجدول الموالي حسب خلفية المبحوثة.

جـــدول رقـــم- 8- يبين معدلات وفيات الأطفال حسب العوامل الاجتماعية والبيئية من خلال المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات 2012-2013

المتغيّرات الاجتماعية والاقتصادية	معدل وفيات الأطفال الرضع	معدل وفيات الطفولة
منطقة الجغرافية		
الشمـــال (مركـــز)	14.0	1.7
الشمال الشرقـــي	16.7	1.9
الشمال الغربـــي	27.6	4.7
الهضاب العليـــا الوسطى	26.2	4.3
الهضاب العليا الشرقيـــة	25.5	3.1
الهضاب العليا الغربيـــة	19.9	3.6
الجنوب	32.1	2.5
منطقة السكن		
حضري	18.8	2.9
ريفي	25.3	2.5
المستوى التعليمي للام		
أمية	25.6	4.4
الابتدائي	22.8	1.7
المتوسط	20.0	2.8
الثانوي فاكثر	19.3	2.3
مؤشر الثروة		
أكثر فقرا	31.3	3.7
فقيرا	17.7	3.8
متوسط	18.2	2.6
غني	20.3	0.5

المجموع	21.14	2.8

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4) 2012-2013, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2015, p 57.

أما في المسح الخامس المتعدد المؤشرات فقد انخفض معدل وفيات الأطفال والطفولة حسب نتائجه إلى 19‰ كما هو مبين في الجدول التالي

جـــدول رقـــم- 9- يبين معدلات وفيات الأطفال حسب منطقة السكن من خلال المسح العنقودي السادس المتعدد المؤشرات 2019

منطقة الجغرافية	معدل وفيات الأطفال المبكرة	معدل وفيات الأطفال الرضع	معدل وفيات الأطفال والطفولة
الشمـــال (مركـــز)	**11**	**13**	**14**
الشمال الشرقـــي	18	24	28
الشمال الغربـــي	9	14	15
الهضاب العليـــا الوسطى	9	20	21
الهضاب العليا الشرقيـــة	12	15	19
الهضاب العليا الغربيـــة	10	14	15
الجنوب	16	23	28
المجموع	12	17	19

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6) 2019, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2020, p 121.

وحسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات فان معدل وفيات الأطفال الرضع يعرف استقرارا منذ 2016 في حدود 21 ‰- 22.5 ‰ عند الذكور و 19.4‰ عند الإناث- في حين معدل وفيات

الأطفال دون الخامسة من العمر هو في حدود 24.2‰ - 25.7 ‰ عند الذكور و 22.7‰ عند الإناث –[1].

الخلاصة:

في الأخير يمكن القول هنا أن البرامج الصحية المنتهجة في الجزائر ساعدت على تخفيض معدلات وفيات الأطفال باختلافها، لكن تبقى دائما لا تساير النمو الديمغرافي الذي حصل في الجزائر بعد الاستقلال، ضف إلى ذلك عدم توزيع هذه المرافق على التراب الوطني، بالتساوي، حيث أن أغلبها تتمركز في أهم المدن الحضرية وفي الغالب بالشمال الجزائري على غرار المناطق الجنوبية. فمثلا في سنة 1995 أحصيت 7 ولايات لا يتواجد بها طبيب مختص في طب الأطفال كما أحصيت 9 ولايات لا يوجد بها طبيب مختص في طب النساء و التوليد [1]. هذا الذي ترتب عنه ارتفاع معدل وفيات الأطفال وبالفعل فمسح الجزائر حول صحة الاسرة لسنة 2002 بين أن 51 % من الاطفال اللذين أصيبو بمرض ما لم يعالجوا في الوسط الريفي وان 16.9 % من الاطفال اللذين اصيبو ا بالاسهال لم يعالجوا في المناطق الريفية .

إن الوضعية المتدهورة التي عرفها القطاع الصحي العمومي في التسعينيات و مدخل الألفية الحالية (نقص الأجهزة الطبية أو تعطلها في غالب الأحيان مع فقدان التقنيين لتصليحها و فقدان الأدوية و المنتجات الصيدلانية الخاصة بالعلاج الأولي) جعل المواطنين يتوجهون إلى القطاع الخاص الذي يعرف بالمقابل إقبالا كبيرا ذلك نتيجة الموارد المادية والبشرية التي تعتبر أحسن من القطاع العام.

فحاليا مجانية الطب لم يعد لها أي معنى باعتبار أن ½ السكان يتبعون الفحص لدى الخواص ، مع هذا نعيش الآن حركة وفيات أطفال منخفضة نوعا ما إذ لا يتعدى معدل وفيات الأطفال حاليا 21 ‰. مما أثر على أمل الحياة عند الولادة الذي ارتفع إلى 77.8 سنة في سنة 2019 [2].

---

[1] ONS. "Démographie Algérienne 2019", in **Données Statistiques**, **N°890/Bis**, Alger, 2019,p 27.

(1) المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. مشروع صحة الأم والطفل، المرجع السابق، ص 18.

[2] ONS. "Démographie Algérienne "2019, op.cit , p 25

قائمة المراجع:

1–باللغة العربية:

1- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. مشروع صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، الجزائر، 28-29 أكتوبر 1997.

2- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. وضع الأطفال في العالم 2009 ، اليونيسيف ،جنيف ،2009.

3- وزارة الصحة و السكان. التقرير السنوي للجنة الوطنية للسكان، مديرية السكان، الجزائر، أفريل، 1998.

4- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ،الديوان الوطني للإحصائيات.المسح العنقودي متعدد المؤشرات، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، 2008.

5- وزارة الصحة و السكان، و آخرون. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل1992، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، الجزائر، القاهرة، .1994

6- وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات و آخرون. المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، التقرير الرئيسي، الجزائر، القاهرة، 2004.

2–باللغة الفرنسية:

7- Amir Mohamed. Histoire de la santé en Algérie, opu, Alger, sd.

8- Attout N., R. Benkhelil. l'espacement des naissances causes de refus ou d'abandon de la contraception, Alger, CENEAP, FNUAP, SD.

9- Groupe interministériel .Maîtrise de la croissance démographique, bilan, Alger, 1984.

10- Khiati Mustapha. Quelles santé pour les Algériennes. Maghreb relation, Alger,1990.

11- Ladjali Malika. L'espacement des naissances dans les pays du tiers monde, l'expérience algérienne, OPU, Alger, 1985.

12- Miloud Kaddar. Système et politique de santé au Maghreb, un état de lieu, Paris, 1994.

13-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4) 2012-2013, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2015.

14-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 6) 2019, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Alger, 2020.

15- ONS. "Données démographique 1987-1989", in Bulletin statistique courantes, N15, Alger,1990.

16 - ONS. "Démographie algérienne", N°188, Alger, Novembre 1993.

17-ONS. "Démographie Algérienne 2019", in **Données Statistiques**, **N°890/Bis**, Alger, 2019.

18- ONS. "Démographie Algérienne 1999", in **Données Statistiques**, N°305, Alger, Novembre 1999.

19- ONS. "Démographie Algérienne 2003", in **Données Statistiques**, N°398, Alger, juin 2003.

20- ONS. "Démographie Algérienne 2009", in **Données Statistiques** ,N 554, ONS ,Alger,2009.

21- ONS. "Statistiques sur la santé", in **Données Statistiques**, N°257, Alger, Nov 1996.

22- UNICEF. L'enfant Algérien, produit pour le fond des nations unies pour l'enfant, UNICEF en Algérie, 1993.