التشيخ والأمراض المزمنة في الجزائر

-دراسة تحليلية استشرافية-

-in Alegria-Prospective Analytical Study and chronic diseases Aging

مريم بودوخة [1]

جامعة محمد لمين دباغين سطيف2(الجزائر)[1]

تاريخ الاستلام : 2019/11/13 ؛ تاريخ المراجعة : 29/ 11 /2019 ؛ تاريخ القبول : 2019/12/31

ملخص :

إن تخيل الحدث المستقبلي المتمثل في أزمة الإنفاق على الصحة ناتج عن مقدمات التحول التي حدثت على المستوى السكاني، ولذلك فمن الواجب إلقاء الضوء على اتجاهات الوفيات باعتبارها المحرك الرئيسي لحدوث الانتقال الديمغرافي والوبائي، هذا الأخير الذي ألقى بضلاله على رسم شكل التركيبة السكانية الحالية وكذلك المستقبلية ومن ثم استطالة أمل الحياة وحدوث التشيخ السكاني آجلا، كل ذلك يصب في اتجاه تعاظم تكاليف الإنفاق الصحي باحتياج الفئات السكانية المتقدمة في العمر إلى الرعاية.

الكلمات المفتاحية: انتقالية ديمغرافية– انتقالية وبائية– شيخوخة السكان– تركيبة سكانية– أمراض مزمنة.

Abstract

The anticipation of a future crisis in health spending is the result of the assumptions of transformation that took place at the population level, Mortality trends should therefore be highlighted as the main locomotive of the demographic and epidemiological transition, The latter cast a shadow on the definition of the present and future form of the demographic composition, and thus the long-term perspective of the longevity and ageing of the population, All of this is in line with rising health care costs, just as the aging population will need to be looked after.

Keywords : demographic tansition– epidemiological transition - Population aging- Population structure- Chronic diseases

I-تمهيد:

إن تتبع مراحل الانتقال الديمغرافي في الجزائر يحيل إلى كثير من التصورات المستقبلية سواء على الصعيد الاجتماعي من حيث تغير نموذج الزواج والأسرة و الخصوبة، أو على الصعيد الاقتصادي في تغير نسبة الفئات النشطة والفئة المعيلة وما إلى ذلك، أو حتى تصورات المشهد السياسي وانعكاس التغير الديمغرافي على التنمية و التسيير الرشيد للموارد وفق تغير احتياجات السكان بناءا على تغير نموهم و توزيعهم، ناهيك عن ارتباط كل هذه الأجزاء ببعضها البعض وتوليفها لمالا نهاية من المفرزات الأخرى.

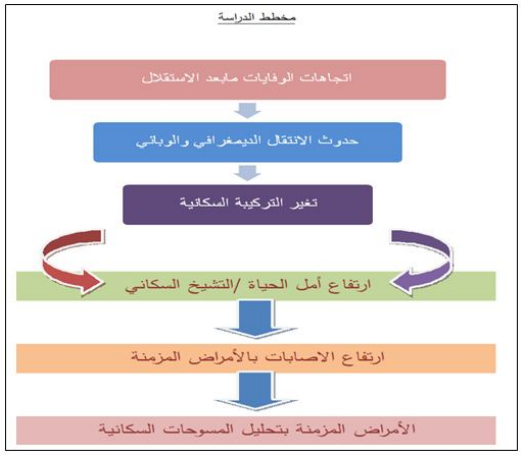
وقد انعكس الانتقال الديمغرافي كذلك على الواقع الصحي من حيث تغير التركيبة السكانية ونزوحها سريعا نحو التشيخ، وقد تحمل العقود القليلة القادمة مزيدا من الثقل للظاهرة وستلقي بضلالها على المطالبة بالمزيد من التكفل الصحي، مع استمرار معدل عال من انتشار الأمراض المزمنة توافقا مع تقدم السكان بالسن و إتباع أنماط معيشية غير مناسبة .

1.I-إشكالية البحث: يجمع الخبراء الديمغرافيون على أن الجزائر لم تصل بعد إلى المرحلة النهائية من الانتقال الديمغرافي، بالرغم من أنها عرفت مرحلة نمو سكاني بطيء أعقبه نمو سكاني سريع، خاصة مع استمرار انخفاض الوفيات وفي مقدمتها وفيات الأطفال، نظرا لحدوث تغير وبائي في نفس الوقت، ومن ثم فإن النموذج السكاني الذي تتصف به الجزائر اليوم ينبئنا بحسب النظرية إلى مزيد من التحول المرتقب، على مستوى التركيبة السكانية، لنلاقي نفس مصير النمو السكاني

في الدول المتقدمة، والذي ستكون فيه ظاهرة تشيخ السكان أهم مظاهره، وبالتالي الزيادة في انتشار الأمراض المزمنة ومن هذا المنطلق نتساءل : هل يحمل الانتقال الديمغرافي ومستقبل التركيبة السكانية للجزائر بوادر أزمة اقتصادية صحية؟

II- منهج البحث وأدوات التحليل: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من منطلق فهم تدرج الأحداث الديمغرافية وما ستؤول إليه، وقد استعنا بمجموعة من الاحصائيات ونتائج المسحوات السكانية وتقاريرها لتبرير المقدمات وصياغة النتائج الاستشرافية .

الشكل رقم 1 مخطط الدراسة



المصدر :إعداد شخصي

III : تغير خارطة الأمراض وفق تفسير نظريتي الانتقال الديمغرافي والوبائي:

1.III-تطور الوفيات اتجاهاتها وأسبابها في فترة ما بعد الاستقلال: إن الانتقال الديمغرافي المعبر عن الواقع السكاني اليوم يفسره كذلك الانتقال الوبائي، بل إنه من أجل فهم صورة التركيبة السكانية في الجزائر وما شهدته من انتقال ديمغرافي، لابد من معرفة خطة سير الأمراض المعدية والمزمنة و أثرها على الوفيات والمراحل العمرية المستهدفة، خاصة أن الوفيات تعتبر ثاني أهم عامل بعد الولادات في النمو السكاني حيث " أن الانتقال الوبائي يأتي مرافقا للانتقال الديمغرافي مرحلة بمرحلة ، فمع تراجع الوفيات والخصوبة، تتغير نماذج الأمراض و أسباب الوفيات كل ذلك في إطار تغير مجتمعي"[1]

وفي السبعينيات إلى ثمانينيات وحتى بدية التسعينيات كان الهرم السكاني في الجزائر واعدا بمستقبل زاهر، حيث أن القاعدة العريضة للفئات العمرية الأصغر سنا كانت دليلا على الغنى البشري و تنوع الفئة النشطة في السنوات القريبة اللاحقة، على الرغم من ثقل التكلفة الاقتصادية الخاصة بإعداد الأجيال - التعليم والتكوين- ناهيك عن تحدي الصحة ومكافحة الأمراض المعدية آنذاك، والتي غالبا ما هددت تلك الفئات العمرية الصغرى، وحيث كان خفض معدل وفيات الأطفال بعد الاستقلال أولوية عالمية كما وحتى محلية، و إذ كللت جهود الدولة بانخفاض معدل وفيات الأطفال من 124.4‰ في سنة 1967 إلى 57.8‰ في سنة1990.[2]

وفي التقرير الوطني للمؤتمر العالمي حول الصحة والتنمية، أشير إلى أن معدل وفيات الأطفال في سنوات الثمانينيات وحدها (1981-1989) قد عرف انخفاضا ملموسا بحوالي عشرين درجة في الألف مثلما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم 1 : نسب وفيات الأطفال من 1981 إلى 1989

السنوات	ذكر	انثى	مجموع
1981	84.4	85.1	84.7
1982	83.9	83.6	83.7
1983	85.2	80.3	82.7
1984	83.6	79.0	81.4
1985	80.0	76.6	78.3
1986	73.1	68.3	70.7
1987	66.8	62.0	64.4
1988	62.8	58.0	60.4
1989	61.9	55.4	58.1

Source[3]: rapport national à la conférence internationale sur la population et la développement, édition 1995, p16

ومن خلال بيانات الجدول نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال لم يستمر في الانخفاض فحسب سنوات الثمانينيات، إلا أن ذلك كان سريعا مقارنة بسنوات السبعينيات، خاصة ما بين سنة 1984 و 1985 حيث وصل إلى 81.4‰ بالنسبة للأولى و78.3‰ فيما يتعلق بمجموع معدلات وفيات الأطفال ذكورا و إناثا، أيضا نلاحظ أنه بعد سنة 1984 من خلال التقرير كان الانخفاض نحو 3 إلى 4 درجات في الألف لكل سنة.

وبالمقارنة مع معدل وفيات الأطفال سنوات السبعينيات وبين الوفيات العامة –خاصة في المرحلة العمرية المنحصرة ما بين 15-50 سنة نجد الأخيرة لا تكاد تذكر، وهو ما يعد خاصية أساسية في الأهرام السكانية الخاصة بدول العالم النامي ومنها الجزائر كما نلاحظ في الجدول التالي :

الجدول رقم 2: معدل الوفيات العامة من سنة 1960 إلى 2015.

السنوات	القيمة	التغير
2015	15.10	7.74 %
2010	16.73	11.40 %
2005	18.88	0.68 %
2000	18.76	9.67 %
1995	17.10	11.92 %
1990	15.28	1.13 %
1985	15.11	0.88 %
1980	15.24	2.01 %
1975	14.94	3.47 %
1970	14.44	0.50 %
1965	14.51	2.43 %
1960	14.88	

source[4]:World Population Prospects 2019https://ar.knoema.com/atlas/الجزائر/topics 5-15-سن-بين-البالغين-وفيات-معدل-السكان/علم-/

ومن خلال مؤشرات الجدول المبينة للوفيات العامة فإن الحديث بشكل خاص عن وفيات الأطفال، لا يعني إهمال الوفيات العامة أو تلك التي تحدث في مراحل عمرية متقدمة، بل يرجع إلى الفرق في التأثير على النمو السكاني لا سيما في مرحلة ما بعد الاستقلال، خاصة إذا علمنا أن السياسات الصحية للدولة في ذلك الوقت، قد انصبت فعلا في محاربة الأمراض المعدية : الشلل السل، الديفتيريا، الكزاز، السعال الديكي، الحصبة من خلال البرنامج التلقيح الموسع أو برنامج التحصين الموسع"PEV" (Programme Élargi de vaccination) الموافق لتعليمات منظمة الصحة العالمية،أو تلك البرامج التي هدفت إلى القضاء على الأمراض المنتقلة عن طريق المياه أو عن طريق الحيوانات كالكوليرا و التيفويد و التهاب الكبد، وغيرها من الاستراتيجيات المتبعة لخفض معدلات الوفيات.

إن السياسات الصحية التي اتبعتها الجزائر للخفض من معدلات الوفيات ووفيات الأطفال بشكل خاص كان دائما يواجهها العائق المادي، ونستطيع كذلك أن نربطها بالتذبذب بمنتوجات الطاقة وما يسفر عنه سوق المحروقات، هذا مع العلم أن فترة العقود الأربعة التي تلت الاستقلال قد كانت البرامج الصحية فيها موجهة في الغالب إلى تحسين صحة الأم و الطفل، لاعتبارات

التصنيفات العالمية للدول والمستوى المعيشي فيها"وقد تميزت مرحلة 1974 ببداية تجسيد الطب المجاني فعلا، حيث أن الاستراتيجية تتضمن توزيع فرص العلاج على كل السكان، وخلال هذه الفترة تضاعف عدد السكان ليصل إلى 20.84 مليون نسمة بعد أن كان 10.81 مليون نسمة سنة 1962"[5]

تلك السياسة الصحية أخرت النتيجة المرجوة في الانخفاض الوفاتي حتى سنة 1984 ، حيث مثلت مرحلة محورية في سياسة الإنفاق الصحي وهو ما ظهرت نتائجه بسرعة كما بينا في البيانات المعروضة في الجدول رقم1، وحيث تحدثنا عن نقلة في الانخفاض في وفيات الأطفال، وحتى في هذه النقطة كنا بعيدين عن نموذج العالم المتقدم وظلت معدلات 50‰ بداية التسعينيات نتيجة الظروف السياسية والاقتصادية التي مرت بها البلاد كابحة لسرعة الانخفاض، وفي التحقيق الوطني" قياس مستوى المعيشة " Mesure de niveaux de vie " الذي أجري على" 5910 أسرة عبر التراب الوطني أظهر أن نسبة التغطية باللقحات للأطفال دون الخمس سنوات ضد مرض السل" BCG" كان 99%، ومرض الحصبة قد وصل إلى 75.7%، أما الدفتيريا ، التيتانوس والسعال الديكي بلغ 90.43%[6]

2- ما الذي نتج عن اتجاهات الوفاة؟ (إسقاط مضامين نظريتي الانتقال الديمغرافي والوبائي)

ماذا نستطيع أن نقول عن اتجاهات الوفيات سواء العامة أو الخاصة بالأطفال دون الخمس سنوات أو الرضع أو حتى وفيات الأمهات وفئة البالغين الأكثر 15 سنة، هل كانت منخفضة بالشكل المطلوب؟ ومن خلال العرض السابق نستنتج أن تلك المعدلات ليست كافية، حيث أنه وبالمقارنة العالمية نجد أن مجموع وفيات الأطفال على مستوى العالم في سنوات 1975 إلى 1980 كانت بنسبة 89‰ مقابل 142 ‰ في سنوات 1950 إلى سنة 1955 وبين هذه السنوات انتقلت البلدان المتطورة من 56‰ إلى 19‰ فيما البلدان المتخلفة قد انتقلت من 164‰ إلى 100‰ كما أن نسبة 81‰ المسجلة في سنوات 1980 إلى 1985 تمثل نسبة 133 مليون ولادة سنوية"[7]ولا تزال الهوة بين العالم المتقدم ككل والعالم النامي ومنها الجزائر كبيرة جدا.

لكن على العموم فقد أدى ذلك الانخفاض في نهاية الأمر إلى حدوث الانتقال الديمغرافي، كما أن استخدام مصطلح "سرعة انخفاض معدل الوفيات" يقاس بالمقارنة بمعدل الخصوبة وليس بالمقارنة العالمية" ففي أعقاب الاستقلال بدأت تتشكل العلامات الأولى من التحول الديمغرافي التي سارت مع التقدم الصحي، و حيث بدأت الوفيات في الانخفاض ابتداء من سنة 1970، وقد كانت الخصوبة مرتفعة جدا في ذلك الوقت،وهذا ما أدى إلى النمو السكاني السريع"[8]

وبالتالي فإن ما يهمنا في الإشارة إلى معدل الوفيات وخاصة وفيات الأطفال منها، هو ما يعكسه على تغير الهرم السكاني أوحدوث الانتقال الديمغرافي على العموم أو كالذي عرفته الجزائر،وقد أشار الديمغرافيون إلى أن سرعة انخفاض معدل الوفيات هو العامل الأساسي في تشكل معالم التحول من مرحلة النمو السكاني البطيء إلى مرحلة النمو السكاني المتزايد

ولابد هنا من الإشارة إلى أن نظرية الانتقال الوبائي كما جاء بها عبد الرحيم عمران، أو تلك الدراسات اللاحقة والداعمة لها-و إن اختلفت مع النظرية الأصلية فقط في تحديد مراحل الانتقال من ثلاث أو أربع مراحل أو أكثر ونفس الشيء بالنسبة لنظرية الانتقال الديمغرافي -إلا أنها تصور بشكل فعلي الواقع الصحي كما الديمغرافي في الجزائر، فانخفاض الوفيات يعكس جليا المرحلة الثانية التي سميت بمرحلة انحسار الأوبئة" وبشكل خاص تشرح وتحلل النظرية، علاقة الحالة الصحية العامة التي يمر بها سكان العالم بمراحل نمو سكاني مختلفة، بحيث يرتكز نمو السكان على معدلات الإصابة بالأمراض، وما يرتبط بها من وفيات والتي لها أثارها على نمو سكان العالم"[9] وحيث تنص النظرية-مبدئيا- على أن المجتمع السكاني في أي منطقة يمر بثلاث مراحل، مرحلة الأوبئة والمجاعات /مرحلة انحسار الأوبئة /مرحلة الأمراض الانحلالية والأمراض من صنيع الإنسان.

وبحسبها كذلك فإن هناك تماثلا أو تزامنا بين الانتقال الوبائي والانتقال الديمغرافي، أو لنقل أن ما يحدث من تحسن في الأوضاع الصحية أو في مرحلة السيطرة على الأمراض المعدية يؤدي بالضرورة إلى خفض معدلات الوفيات ويوضح الشكل التالي ذلك:

شكل رقم 2: مراحل الانتقالية الديمغرافية والوبائية

إعداد شخصي : في الجزائر مثلت مرحلة الاستعمار الفرنسي المرحلة الأولى من الانتقال الوبائي حيث استعمل المحتل، كل وسائل الإبادة، ناهيك عن سياسة التجويع والتشريد التي أجبرت الشعب الجزائري على المعيشة المتدنية وسواد الأمراض والأوبئة ونقص التغذية، وككل المجتمعات التي تعاني مآسي الحروب وويلات المجاعات و الأوبئة، تكون فيها الخصوبة مرتفعة كرد فعل عن ارتفاع الوفيات، وهو أيضا ما ينطبق على المرحلة الأولى من مراحل الانتقالية الديمغرافية.

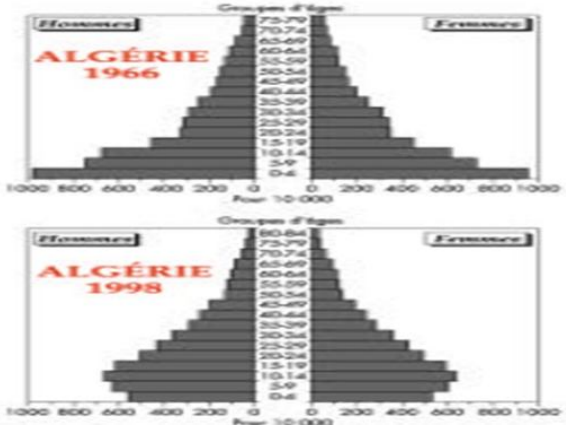
وحتى في السنوات الأولى من الاستقلال كانت لا تزال الجزائر، تشهد ركودا في النمو الديمغرافي بسبب الظروف الاقتصادية النامية ببطء آنذاك، ولعل سياسة تأميم المحروقات وما كان له من عائد اقتصادي واضح، قد أثر بشكل مباشر في الانتقال الصحي والذي يعني تحسن المرافق والمراكز و الطواقم الصحية كما والبرامج والسياسات والتي كانت السبب في خفض الوفيات ومن ثم ارتفاع النمو السكاني.

ثانيا- انعكاسات الانتقال الديمغرافي و الديمغرافي على التركيبة السكانية الحالية و المستقبلية

في الدول المتقدمة يعتبر الهرم السكاني ذو القمة العريضة أمرا شائعا، بالرغم من أنه يشكل تحد على المستوى الاقتصادي والاجتماعي الذي يمثله إلا أن بعض الآليات المتخذة والسياسات والتدابير التي إلى حد كبير، هي ناجعة أو متكيفة على واقع الحال، مع الاعتماد الدائم على الهجرة المستمرة إليها من الدول الفقيرة أو النامية، نستطيع القول بأنها لا تعاني نفس الثقل الاقتصادي و منه على قطاع الصحة بالتحديد، لكن بالنسبة لنا على غرار الدول القريبة من حيث التركيبة يختلف الأمر كلية.

1- خصائص التركيبة السكانية: يبين الهرمين التاليين شكل التغير الذي حدث على المستوى الديمغرافي مابين سنتي 1966 و سنة 1998

الشكل رقم 3 التركيبة السكانية الهرمية ما بين 1998/1966



Source[10]:Brahim Brahmia ,Les systèmes de sante maghrébins –une transition inachevée https://slideplayer.fr/slide/11133623

إن شكل الهرم الذي بدأ يضيق في القاعدة سنوات التسعينيات، عبر عن مرحلة تحول سكاني أو ما يفترض أن يكون- في حالة الاستمرار في الانخفاض السكاني- عبر عن المرحلة الثالثة من الانتقال الديمغرافي (انخفاض الوفيات /انخفاض المواليد) لكن، ما حدث بعد ذلك هو عودة ارتفاع معدلات الخصوبة وهذا ما أخر عملية الانتقال الكلية، ويعود سبب ذلك إلى

وصول أجيال الثمانينيات -حيث الكتلة السكانية أو الشريحة الأكبر- إلى سن الزواج، وهو بدوره ما أدى إلى انتعاش الخصوبة مرة أخرى، هذا ما يجعل السنريوهات التنبؤية مفتوحة على كل الاحتمالات: النمو الزائد المفرط أو مجرد مرحلة عابرة للنمو السريع لها ظروفها الخاصة، ومن ثم العودة إلى الانخفاض السكاني.

ما نريد الوصول إليه من خلال عرض سيرورة النمو السكاني، وسواء وصلنا إلى المرحلة الأخيرة من مراحل الانتقال الديمغرافي أم لا، إلا أنه من الواضح أن الفئات العمرية الأصغر سنا والتي تسير إلى التشيخ، عددها أكبر بكثير مما عرفناه في أي مرحلة من المراحل الماضية في تاريخ الجزائر.

حين نمعن النظر مرة أخرى في الهرم السكاني لسنة 1998، نجد القاعدة العريضة المعبرة عن العدد الأكبر للسكان فيما القمة والتي تحتوي على الكتلة السكانية الأقل سنتساءل ما مصير القاعدة بعد جلين إلى ثلاثة أجيال؟

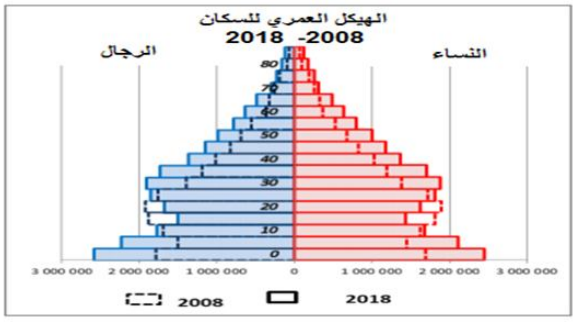
الجدول رقم 3: هيكل السكان حسب العمر والجنس في 2018/07/1

الجدول: هيكل السكان حسب العمر والجنس
(عن 10 000) في 01/07/2018

الفئة العمرية	الذكور	إناث	معا
00 an	124	117	**241**
01 04 ans	485	458	**943**
05-09 ans	524	496	**1 020**
10-14 ans	416	393	**809**
15-19 ans	352	337	**689**
20-24 ans	395	380	**775**
25-29 ans	438	424	**862**
30-34 ans	447	442	**890**
35-39 ans	407	399	**807**
40-44 ans	323	320	**644**
45-49 ans	272	275	**548**
50-54 ans	233	235	**468**
55-59 ans	186	187	**373**
60-64 ans	151	150	**302**
65-69 ans	117	113	**230**
70-74 ans	71	74	**145**
75-79 ans	57	60	**117**
80-84 ans	38	42	**79**
85 ans & +	29	30	**59**
TOTAL	5 066	4 934	**10 000**

المصدر: [11] ديمغرافيا الجزائر 2018،2017-http://www.andi.dz/index.php/ar/statistique/demographie-algerienne

الشكل رقم: 4 مقارنة بين الهيكل العمري 2018/2008



المصدر[12]: المرجع السابق

ونلاحظ من خلال الجدول المبين للهيكل العمري للسكان لسنة 2018 وفي الشكل رقم 4، مقارنة مباشرة بين هرم 2008 وهرم 2018، أين نرى بشكل جلي كيف انتقلت الكتلة السكانية الأكبر من القاعدة إلى الوسط وما هي تكهنات المستقبل، "فعلى إثر تزايد عدد الولادات وتباينات وتيرة هذا الارتفاع عبر السنوات، بلغت نسبة الفئة السكانية دون الخامسة من العمر 11.8% من إجمالي السكان مقابل 11.9% خلال سنة 2017، بينما تواصل الفئة السكانية دون الخامسة عشر من العمر في الارتفاع حيث انتقلت من 29.7 إلى 30.1 خلال نفس الفترة، ويتواصل تراجع نسبة السكان في سن النشاط الاقتصادي (15-59) منتقلة من 61.1% إلى 60.6% خلال نفس و انتقلت نسبة البالغين 60 سنة فأكثر من 9.1% إلى 9.3% مابين 2017 و 2018، وبلغ حجم هذه الفئة 3969000 شخصا "[13]

2-ارتفاع أمل الحياة والتشيخ السكاني

إن أهم ما يغذي التغير في التركيبة السكانية واتجاهها نحو التشيخ هو تطور أمل الحياة نحو الارتفاع، إذ يعتبر ارتفاع أمل الحياة غاية منشودة لأي بلد ودليل على نجاعة بعض أوجه سياسته الصحية، ومن جهة ثانية فإنه يزيد من حجم الكتلة السكانية، ونظرية الانتقال الوبائي تعطينا لمحة و استشراف عن تصور أمل الحياة للمجتمعات التي تصل إلى المرحلة الأخيرة من مراحل الانتقالية الوبائية، حيث يرتفع أمل الحياة وتعمر الأجيال التي تشيخ أكثر من أي وقت سابق، وفي الجزائر نجد أن أمل الحياة قد ارتفع بشكل مطرد، و الجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم 4 يوضح تطور أمل الحياة في الجزائر من 1965 إلى 2009

السنة	الذكور	الاناث	مج السكان	السنة	الذكور	الاناث	مج السكان
1965	51.15	51.17	51.12	**1991**	66.8	70.7	68.75
1670	52.79	52.8	52.77	**1998**	70.5	72.9	71.70
1977	5327	53.48	53.05	**1999**	70.9	72.9	71.90
1979	55.74	56.33	55.14	**2000**	71.5	73.4	72.45
1981	58.81	59.59	58.03	**2001**	71.9	73.6	72.75
1982	59.95	61.38	58.51	**2002**	72.9	74.4	73.65
1983	62.45	63.32	61.57	**2003**	72.9	74.9	73.90
1984	62.94	63.76	62.11	**2004**	73.9	75.8	74.85
1985	63.42	64.19	62.65	**2005**	73.6	75.6	74.60
1986	64.74	65.27	64.2	**2006**	74.7	76.8	75.75
1987	66.05	66.34	65.75	**2007**	74.7	76.8	75.75
1988	66.18	66.41	65.95	**2008**	74.8	76.4	75.60
1989	66.32	66.48	66.15	**2009**	74.7	76.6	75.50
1990	66.81	67.14	66.48				

source [14]:Hamza Cherif, Population et besoins en Algérie a l histoire 2038

ومن الواضح أن تطور أمل الحياة في الجزائر قد قفز قفزة نوعية بالتركيز على الفترة ما بعد الاستقلال والمرحلة الحالية، ويحيل هذا التغير مباشرة إلى مشكلة جديدة تلوح في الآفاق، وهي شيخوخة السكان المستقبلية " فالمجتمع الجزائري لا يعاني مشكلة الشيخوخة بشكل واضح الآن ويصنف من المجتمعات الشابة، إلا أن هذه المرحلة لن تطول وسوف تجد الجزائر نفسها أمام أعداد كبيرة من المسنين قد تصل إلى ¼ إجمالي عدد السكان خلال العقدين القادمين، وهذا يفرض علينا وجوب الاستعداد لهذه المرحلة التي من المتوقع أن تشهد كثير من المشاكل المرتبطة بهذه الشريحة من السكان تتمثل في الرعاية الاجتماعية والصحية[15] "

ثالثا-الإصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر

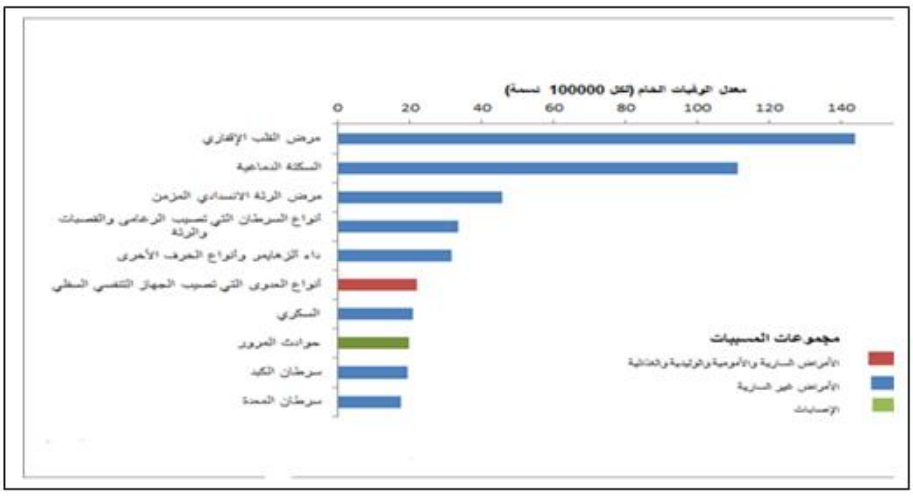
1-المقارنة الإقليمية و العالمية : حين نستمر في تتبع السيناريو المنطقي لتطور الحالة السكانية في الجزائر نصل إلى النتيجة الوحيدة المتوقعة وهي مزيد من الإصابات بالأمراض المزمنة على المدى القريب "إذ نعيش في بداية الألفية الثالثة تغيرا وبائيا واضحا في خريطة الأمراض التي تصيب البشر من حيث النوعية والخطورة و الإزمان وعبء المرض، سوء في العالم المتقدم حيث تظهر هذه النقلة الوبائية جلية أو في العالم النامي مثلما يحدث في الجزائر"[16]

وبشكل خاص ونتيجة أولا لاستمرار تقدم التشيخ في البيئة الهرمية للمجتمع الجزائري، وثانيا لمختلف العوامل الاجتماعية و للثقافة الصحية التي يختص بها الفرد الجزائري، كقلة ممارسة النشاطات الرياضية وتناول المؤكلات غير الصحية، واضطرابات النوم ومختلف الضغوطات اليومية وما إلى ذلك من مميزات نمط المعيشة العام، وهذا ما يجعلنا أكثر عرضة من أي وقت سبق للإصابة بالأمراض المزمنة، لما تمثله من خطورة حيث "لم يهدد أي خطر من أخطار الصحية الكبرى التي ظهرت، أسس الصحة العمومية في عمق ذاتها، مثلما تهدده نشأة الأمراض المزمنة غير السارية، فأمراض القلب والسرطان وداء السكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، التي كانت فيما مضى لا ترتبط إلا بالمجتمعات الغنية أصبحت الآن عالمية، وأكثر ما يعاني منها الفقراء وتشترك هذه الأمراض في أربعة عوامل للخطر ألا وهي: تعاطي التبغ والإسراف

في تعاطي الكحول والنظم غير الصحية والخمول البدني"[17]وهنا لابد من التأكيد على أن الفئات السكانية السائرة بسرعة إلى التشيخ، تعاني أيضا تشيخا مبكرا، ليس على صعيد التقدم في العمر فقط وبلوغ عتبة الأكثر من 60 سنة وإنما لتآكل البنية العضلية بسبب قلة النشاط والخمول، مما يجعل تعريف التشيخ متقدما أكثر من أي وقت سابق، وهذا ما دفع الرئيس النيجري يهون من مشكلة الأمراض المعدية الفتاكة في إفريقيا ويقول ليس" ليس بوسعنا أن نقول إن علينا أن نعالج أمراض أخرى أولا كالإيدز والعدوى بفيروسه، والملاريا والسل، ومن ثم نلتفت إلى الأمراض المزمنة، فلو انتظرنا عشر سنوات فقط لاستفحلت المشكلة وازدادت تكاليفها إلى حد يتجاوز القدرة على التصدي لمعالجتها[18] "

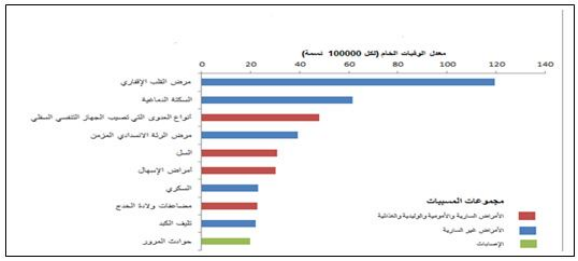
بالإضافة إلى ذلك فإن التغطية الصحية والسياسات المتبعة للوقاية والتصدي للأمراض المزمنة التي لا تضاهي مثيلتها في الدول المتقدمة، ذلك لأنه في الغالب أن الدول التي تعاني اقتصاديتها من نمو بطيء لا تولي أهمية بالغة لقطاع الصحة، وهو الأمر الذي استدعى انتباه المنظمات العالمية كمنظمة الصحة العالمية "وقد كان جزء كبير من عمل المنظمة في السنوات الأولى من العقد يعنى بجمع البيانات وصياغة الحجج، لإعلاء مكانة الأمراض غير السارية في الخطط العالمية الخاصة بالصحة والتنمية، واستخدمت البلدان من جانبها -ولاسيما البلدان ذات الاقتصاديات الناشئة- النهج التدريجي الذي تتبعه المنظمة في جمع البيانات الموحدة عن العبء "[19] ونلاحظ أن الدول متوسطة الدخل ومنها الجزائر تشترك في معدلات انتشار متقاربة للأمراض المزمنة، كما وأنه ونظرا للانتقال الديمغرافي والوبائي، فإننا نلمس تراجع للأمراض المعدية، مع ارتباط هذه الظاهرة كذلك بالمستويات الاقتصادية ونظم الإنتاج وهو ما يوضحه الشكلين المواليين، حيث نرى أن اللون الأزرق المعبر عن أسباب الوفيات بأمراض مزمنة هو السائد في الشكل الأول، وهو للدول الذي يعتبر دخلها متوسطا عاليا، بينما في الشكل الثاني نلاحظ النموذج قريبا من الكلاسيكي مع بداية انتشار للأمراض المزمنة فيه أيضا. ونلاحظ في الشكلين أيضا أن الاصابة بالأمراض القلبية ومن ثم كذلك الاصابة بالسكتة الدماغية هما الأعلى من حيث التسبب في الوفاة، ونشير هنا أن هذين السببين كذلك يمثلان المراتب الأولى للوفاة في الدول المرتفعة الدخل، لكن من جهة أخرى نلاحظ أن أمراض العدوى التي تصيب الجهاز التنفسي السفلي لا تزال تودي بحياة الكثيرين من الأشخاص في الدول المتوسطة الدخل، وفي نفس الإطار نجد الإصابة بها يقل مع تحسن المستوى الاقتصادي كما هو واضح، وهو نفس الأمر الذي نشاهده في الأمراض المعدية المرتبطة بولادة الخدج، حيث ترتفع في البلدان متوسطة الدخل الدنيا.

الشكل رقم 5 الأسباب العشرة المؤدية للوفاة العام في العام 2016 في البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى



المصدر:[20] منظمة الصحة العالمية، تقديرات الصحة العالمية لعام 2016:**الوفيات حسب السبب العمر الجنس وحسب البلد والمنطقة**، 2000-2016
https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

الشكل رقم 6 الأسباب العشرة المؤدية للوفاة العام في العام 2016 في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى



المصدر[21]: المرجع السابق

المسوح السكانية الجزائرية المتعلقة بالأمراض المزمنة:

تعتبر الجزائر كذلك من الدول التي لها خبرة في مجال المسوح حول صحة الأسرة على العموم، وفي مجال الأمراض المزمنة بالخصوص، نظرا للإحساس المتزايد بتفاقم المشكلة وللانتشار المتسارع في الإصابات، ومنه المسح الذي انطلق فيه حول انتشار الأمراض المزمنة في الجزائر "ويهدف هذا المسح الذي تم انجازه بالتنسيق مع الديوان الوطني للإحصاء ومكتب المنظمة العالمية للصحة بالجزائر، إلى الكشف عن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع بغية التوصل إلى وضع برامج وقائية ضد انتشار هذه الأمراض، وحسب نائب المدير بوزارة الصحة، فإن هذا المسح قد استهدف الفئة العمرية ما بين 18 و69 سنة، ويشمل أزيد من 7000 عائلة تمثل كل ولايات الوطن، كما تم فيه الكشف عن التغيرات التي مست النمط المعيشي للمجتمع الجزائري، والتعرف بدقة عن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، من بينها السكري وارتفاع ضغط الدم الشرياني والأمراض التنفسية والقلب والصحة العقلية والفم والأسنان"[22] وعلى الرغم من الأهمية البالغة لنتائج المسح وتعبيره عن واقع الأمراض المزمنة في الوقت الراهن حيث أجري في شهر نوفمبر 2016 إحياء لليوم العالمي لمرض السكري، إلا أنه لا يزال قيد التحليل من قبل الهيئات المنظمة له.

بالإضافة إلى هذا المسح يتوفر لدينا، التقرير الرئيسي حول المسح الوطني حول صحة الأسرة الذي أجري سنة 2002 "PAPFAM"وكذلك التحليل المعمق لنفس المسح "المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2005، و نتائج بيانات المسح العنقودي الجزائري المتعدد المؤشرات حول وضعية الأم والطفل لسنة 2006"MICS3"، و المسح الوطني حول استخدام الوقت لسنة 2012 وفيهم بعض المعطيات الهامة التي تمكننا من تتبع سير المرض المزمن وتطوره في الجزائر، و سنشير من خلالهم إلى أهم ما يناسب الورقة العلمية.

جدول رقم5 :كبار السن المصابون بأمراض مزمنة حسب الجنس و وسط الإقامة

المتغيرات	ضغط الدم	السكري	قرحة المعدة	أمراض القلب	آلام المفاصل	صداع مزمن	اعتام عدسة العين	آلام في الظهر
النوع								
رجال	24,4	10,9	12,0	7,2	20,4	5,9	8,7	10,2
نساء	28,4	9,3	10,8	6,4	23,7	7,5	5,2	8,5
وسط الإقامة								
حضر	25,5	9	15,5	6,5	25,8	8,3	8,2	12,1
ريف	31,1	12,8	11	9	23,3	7,1	7,4	8,1
المجموع	28,9	11,3	12,8	8	24,3	7,6	7,7	9,7

Source[23]: Ministre de la sante et la population et de la reforme hospitalière ,**rapport principal de la sante de la famille 2002 PAPFAM** ,juillet 2004 ,p131

إذا عدنا للشكلين الموضحين للأسباب الوفاة العشرة لسنة 2016 نجد أنه ومن خلال الجدول المعبر عن نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة الذي أجري سنة 2002، أن أمراض القلب كانت في المراتب الأولى في الإصابة لدى المسنين، وباختلاف طفيف لصالح النساء ب28.4% مقابل 24.4% للرجال، كما أننا نلاحظ أن أمراض المفاصل ومن ثم القرحة المعدية يأتيان لاحقا، مع أن أمراض المفاصل تشكل نسبة إصابة كبيرة نسبيا تقدر ب44.1% مجموع النساء والرجال.

ويأتي الجدول الموالي بما أنه مستخلص من نتائج نفس المسح، ليوضح بشكل أكثر عمقا التصريح بالمرض لدى المسنين ومدى تطابقه مع التشخيص الطبي.

جدول رقم6 : انتشار الأشخاص المسنين حسب الأمراض الرئيسية و حسب الجنس

نوع المرض	ذكور		إناث		المجموع	
	المصرح به	التشخيص الطبي	المصرح به	التشخيص الطبي	المصرح به	التشخيص الطبي
ضغط الدم	35,1	94,7	49,7	96,7	43,3	96,0
السكري	16,4	97,6	17,3	97,4	16,9	97,5
قرحة المعدة	17,1	90,2	20,7	87,3	19,1	88,4
أمراض القلب والأوعية الدموية	11,4	96,0	12,5	94,4	12,0	95,1
مرض الكلى	6,9	87,0	5,2	85,5	6,0	86,2
أمراض المفاصل	28,6	87,0	42,6	87,9	36,5	87,6
الربو	7,1	97,2	4,6	88,9	5,7	93,4
تضخم البروستاتا	7,4	94,1	0,8	78,9	3,7	92,3
الجلوكوما	5,6	81,0	4,8	82,7	5,1	81,9
إعتام عدسة العين	13,5	86,7	10,0	84,8	11,6	85,8
ألام الظهر	13,4	65,3	15,5	68,7	14,6	67,3
عدم التحكم بالبول	9,6	81,3	8,4	65,7	8,9	73,1
أمراض نفس عصبية	7,7	71,2	6,5	62,8	7,0	67,0

Source [24]:projet pan arabe pour la sante de la famille**, Enquête Algérienne sur la Santé de la famille,analyses approfondies,** (2005)p 117

يشير الجدول إلى عدد من الملاحظات الإضافية الملحقة للجدول السابق منها:

*نلاحظ من خلال الجدول تقارب نسب المرض ما بين تصريح المريض وما بين التشخيص الطبي، وأكثر الأمراض التي ابتعد فيها قليلا التصريح بالمرض من قبل المسن والتشخيص الطبي هي مرض الجلوكوما، مرض الكلى، الربو وتضخم البروستاتا وما يقابله من التهاب المثانة لدى النساء.

*يعتبر التصريح بالمرض أعلى و أكثر ملاحظة بالنسبة للإناث منه عن الذكور، وقد يعود ذلك اهتمام المرأة بصحتها بشكل أفضل، مع أن التصريح بالإصابة من قبلهن وحتى بالتشخيص الطبي تظهر نسب إصابة أكثر فيما يتعلق بأمراض الضغط الدموي، السكري، قرحة المعدة، أمراض القلب آلام المفاصل، آلام الظهر.

أما من خلال توزيع الأمراض المزمنة على مختلف المؤشرات الديمغرافية من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات حول وضعية الأم والطفل 2006، في مقدمتها مؤشر السن وعدد المصابين كما يوضح الجدول نجد مجموعة من الملاحظات الأخرى والتي سندرجها بعد الجدول:

جدول 7: توزيع الأمراض المزمنة حسب الفئة العمرية و نوع المرض

	0-18	19-24	25-34	35-59	60فأكثر	المجموع
ضغط الدم و الشرايين	0,06	0,13	0,57	7,82	31,15	4,38
مرض السكري	0,16	0,23	0,42	4,13	12,52	2,10
أمراض القلب	0,22	0,26	0,46	2,91	10,59	1,70
مرض الربو	0,7	0,80	0,91	1,80	3,09	1,20
أمراض المفاصل	0,25	0,26	0,31	1,65	6,98	1,11
آخر	1,27	1,58	1,90	4,08	5,72	2,43
المجموع*	2.66	3.26	4.57	22.39	70.05	
الفاعلين	63827	23932	29462	40826	13038	171100

Source [25]Ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalière, office national des statistique, **enquête national a indicateurs multiples suivi de la situation des enfants et des femmes,** p 33، *حساب شخصي

*نلاحظ من خلال الجدول أن أمراض الدم والشرايين هي الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائري ب 4.38% من خلال المسح، يليها مرض السكري ب2.10% ثم أمراض القلب 1.70% وهي النسب المنتشرة من حيث الترتيب في كل دول العالم، بغض النظر عن ارتفاع أو انخفاض معدل الانتشار، وحيث أنه للإشارة فإن الدول المتقدمة لديها نسب انتشار عالية جدا مقارنة بالجزائر نظرا للتركيبة السكانية فيها، بينما يتوقع بحسب كل ما طرحناه سابقا إلى زيادة في أعداد المصابين نظرا لتغير التركيبة السكانية أيضا، علما بأن هذه النسب معبرة عن السنة التي أجري فيها المسح العنقودي MICS3 (2006)

*ما يمكن التركيز عليه من خلال الجدول هو عدد المصابين في كل فئة عمرية وحيث أن فئة الأقل من 18 سنة تكون الإصابة بالأمراض المزمنة ضعيفة تقدر 2.66% مهما كان نوع المرض، أما بالنسبة للفئة العمرية 19-24 سنة و الفئة التي تليها 25-34 سنة فنجد قرب نسب انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة للفئتين مع ارتفاع نسبي لفئة 25-34 ب 4.57% مقارنة ب 3.26% للفئة 19-24 ، وإذا نظرنا إلى الفئتين مقارنة بالفئة الأولى (فئة الأطفال) نلاحظ أن طول الفئة ليس نفسه، حيث أن الفئة الأخيرة تمتد 18 سنة، بينما تمثل الفئتين الأخرتين 10 سنوات وهذا من الممكن أن يشير إلى تضاعف نسبة انتشار الإصابة كلما انتقلنا إلى مستوى الفئة الأعلى.

*لا يحدث نفس الشيء في الفئتين المتبقيتين، بل إن أكثر من الضعف يصابون بأمراض مزمنة في الفئة العمرية 35-59 ب 22.39% وأكثر من 70% في الفئة العمرية 60 سنة فأكثر .

*من جهة ثانية فإن الرقم الذي تمثله نسبة الإصابة في فئة 35-59 بالإضافة إلى الفئة 19-24 و الفئة 25-34 باعتبارها تمثل الفئة النشطة، تشكل فيها النسب مجتمعة ما قدره 30.22% وهو رقم معتبر ويضيف مزيدا من العبء الاقتصادي والمتمثل في الطلب المتزايد على العلاج.

وبالمقارنة مع نتائج المسح الوطني حول استخدام الوقت من حيث متغير السن نجد عناصر أخرى كذلك للتحليل، وبشكل خاص نجد أن هذا المسح يركز بشكل مباشر على المصابين بأمراض مزمنة في الفئة النشطة (فئة الأكثر من 12 سنة) -مع اقتطاع 6 سنوات للوصول إلى 18 سنة ولو أن هذا يعتبر هامشيا نوعا ما -

وبداية بتأثير المرض المزمن في الحياة اليومية للأشخاص بحسب السن والجنس ومختلف المؤشرات الديمغرافية، ويعتبر هذا المؤشر محوريا في الورقة البحثية من حيث تعبيره على التحول في قيمة الشعور بالمرض أو التعايش معه وفقا للظروف المختلفة في مقدمتها عامل السن

جدول8 : تركيبة السكان البالغين 12 سنة فأكثر و الذين صرحوا أنهم يعانون من مرض مزمن حسب تأثيره في حياتهم اليومية .

		يؤثر بشدة	نوعا ما	لا يؤثر	المجموع
إناث	الحالة الفردية				
	مشتغل	24,2	66,5	9,3	100
	ماكثة في البيت	29,1	66,7	4,2	100
	متمدرس/طالب	34,4	55,6	10,0	100
	متعاقد /ذو معاش	35,8	61,8	2,4	100
	آخر	40,1	59,9	0,0	100
	الفئة العمرية				
	12-14	17,4	71,1	11,5	100
	15-24	36,7	55,3	8,0	100
	25-59	26,5	67,9	5,6	100
	60فاكثر	35,9	62,2	1,8	100
	المجموع	30,6	65,2	4,3	100
ذكور	الحالة الفردية				
	مشتغل	22,0	69,3	8,6	100
	ماكثة في البيت	0,0	0,0	0,0	0
	متمدرس/طالب	26,3	66,1	7,6	100
	متعاقد /ذو معاش	35,4	60,0	4,6	100
	آخر	29,3	63,4	7,3	100
	الفئة العمرية				
	12-14	18,8	71,0	10,1	100
	15-24	28,6	58,3	13,2	100
	25-59	23,6	68,9	7,3	100
	60فاكثر	36,2	59,5	4,4	100
	المجموع	29,9	63,7	6,3	100

المصدر [26]: الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الوطني حول استخدام الوقت**، 2012 ، ص 18

نستقي من الجدول عديدا من الملاحظات الخاصة بالحالة الفردية أو حتى الفئة العمرية لكل من الإناث والذكور أهمها:

*بالنسبة للحالة الفردية للإناث نجد أن أعلى نسبة للتأثير للمرض المزمن هو على فئة المتقاعدات وذوات المعاشات، وهذا يؤشر على الحالة الاقتصادية و التكيف المادي مع المرض، وبالرغم من أن هذه الفئة تشكل الشريحة الأكبر من حيث التأثر بالمرض بنسبة قدرها 35.8% إلا أن الثقل المادي يزداد لدى الفئتين الأخيرتين واللتين تتوزعان بشكل متساوي تقريبا وهما فئة الطلاب المتمدرسين وفئة الماكثات في البيت وحيث أن مجموعهما يشكل ما نسبته 53.3%

*أما بالنظر إلى الفئة العمرية تحديدا نجد نسبتين عاليتين للتأثر بالمرض المزمن تعود إلى فئة 15-24 بنسبة 36.7% وهذا من الممكن أن يدل على تدهور التعامل مع المرض والتعايش معه لفئة سنية تعتبر الأقوى فزيولوجيا، بالإضافة إلى فئة الأكثر من 60 سنة، وهي من الفئات الضعيفة فزيولوجيا وبالتالي فإن هذه النتيجة الثانية منطقية إلى حد ما .

*لو أننا نقوم كذلك بجمع الفئة العمرية 15-24 سنة مع الفئة العمرية 25-59 سنة -وهي إجمالا تشكل الفئة النشطة-نجد رقما ضخما مقدراه 63.2% وهو ما يدل على ثقل المرض وتأثيره على أهم فئة سكانية من الناحية الاقتصادية، وإن كان هذا على مستوى الفئة المستجوبة اعتبارها لا تمثل كل المجتمع الجزائري.

*حين نعقد المقارنة بين نفس النسب السابقة للإناث والأخرى المتعلقة بالذكور نجد ملاحظة هامة متعلقة بالمشتغلين من الذكور، حيث يشعرون بنسبة ضئيلة فقط بتأثر شديد للمرض عليهم (22% للذكور مقابل 24.2 للإناث)، وهذا يعني أنه ليس هناك فرق

واضح بين إحساس الإناث والذكور بشدة المرض على الرغم من اختلاف البنية الجسدية، و الأعباء المضافة المتوقعة على الإناث بسبب انشغالهم بتربية الأبناء والقيام بمسؤوليات أسرية أخرى.

*كما نلاحظ من خلال التصنيف النوعي ارتفاع نسبة المصرحين بكونهم يتأثرون بالمرض بشدة من الذكور لفئة المتقاعدين وذوي المعاشات بنسبة 35.4% وهي نسبة قريبة كذلك مما لاحظناه لدى الإناث .

*نلاحظ أيضا أن مجموع إجابات الأشخاص من الفئة النشطة تقدر ب 52.2% من الذين أجابوا بأنهم يعنون من أثر شديد للمرض عليهم ، وقد يعود ذلك إلى الخصائص الجسمية للذكور مقارنة بالإناث حيث لاحظنا أن مجموع الفئة في الإجابة على نفس السؤال هي أكثر من 62 %

على العموم، فإن الإشارة إلى بعض نتائج المسوحات الوطنية التي تعلقت بمؤشرات الأمراض المزمنة، أظهرت أنها تشترك في معدل إصابة مرتفع نسبيا، إذا ما قورنت بمثيلاتها في العالم وهي مرشحة للزيادة في المراحل العمرية الأقل كذلك، ولعل المسح المتعلق باستخدام الوقت 2012 والذي يعد قريبا من المرحلة التي نعيشها اليوم يشير إلى هذه المشكلة المتفاقمة.

إن الأرقام الإحصائية المبينة لانتشار الأمراض المزمنة يرتبط بالمراحل الزمنية التي أجريت فيها المسوح وفيها تشابه من حيث خصائص التركيبة السكانية، بحيث أننا في كل تلك الفترة (منذ إجراء أول مسح أدرجناه 2002 وحتى آخر واحد 2012) لا نزال على أعتاب الانتقال الديمغرافي لم نمر بشكل فعلي للمرحلة الاخيرة رغم أن معدل الإصابات كما هو يشكل بالفعل ثقلا على المستوى الاقتصادي.

كما اشتركت المسوحات كذلك في أن أمراض الضغط الدموي والقلب والمفاصل والسكري هي الأمراض الأكثر انتشارا، وللإشارة كذلك فهي الأعلى من حيث التكلفة العلاجية وهي في الغالب ترتبط ببعضها البعض، وقد يكون المصاب بأحدها مصابا بأخرى ومن هنا يزيد من شدة التأثر بالمرض وترفع بذلك كلفة العلاج.

خلاصة:

هدفت الورقة العلمية إلى تحليل المعطيات الإحصائية التي تثبت التدرج المنطقي للأحداث الديمغرافية المؤدية في الأفاق المستقبلية القريبة إلى تشكل بوادر أزمة على مستوى التركيبة السكانية، فقد أكدت الدراسة على أن العبء الديمغرافي للفئات السكانية المتقدمة بالعمر، أمر لا محالة منه من خلال ما تم عرضه من أدلة إحصائية منطقية، تشير إلى تغير عام في معدل الوفيات والانخفاض المستمر فيها، نتيجة أيضا للانتقال الوبائي وانحسار واضح للأمراض المعدية، وقد بينت الدراسة أن الجزائر تواصل تسجيل معدلات أمل حياة مرتفع وهذا ما يرجح أن يزيد في السنوات اللاحقة القادمة.

وعلى جانب آخر وبالنظر إلى نتائج بعض المسوحات الوطنية، تبين كذلك أن معدل انتشار الأمراض المزمنة كذلك يعرف ارتفاعا ملاحظا حتى على مستوى الفئات العمرية الصغرى، ناهيك أن معدل انتشار الاصابة للفئات العمرية الكبرى ومقارنة بالمعدلات العالمية يعد كذلك مقلقا.

ومن كل ما سبق نستنتج أن توسع انتشار الاصابة بالأمراض المزمنة مع انتقال الفئات السكانية قريبا إلى قمة الهرم، ينذر بأزمة على مستوى الانفاق الصحي خاصة إذا أشرنا إلى كون تكلفة العلاج بالنسبة للأمراض المزمنة تفوق بكثير التكلفة الاقتصادية لعلاج الأمراض المعدية سواء لأن الأولى تستمر في الزمن، أو لأنها تعتمد في علاجها على أدوية باهضة الثمن في حد ذاتها.

ولأن الورقة البحثية تؤكد على مصير حتمي مستقبلي فإننا نقترح إعداد برنامج وطني للوقاية من خطر الإصابة من بالأمراض المزمنة، بالتشجيع على ممارسة الأنشطة البدنية وذلك بتكثيف المنشآت الرياضية، وتسهيل الانخراط فيها وتزويدها بكل المستلزمات، وهذا لارتباط الإصابة بتلك الأمراض بالخمول البدني وقلة النشاط على العموم.

ولابد أيضا من تكثيف حملات التوعية للمعيشة بنمط صحي سواء من حيث الغذاء، أو الساعات الكافية للنوم وتجنب الارهاق وإطالة السهر والبقاء أمام الشاشات الإلكترونية.

كما أنه لابد من السيطرة على سوق الأدوية وتكريس انتاج محلي يخفض من التكلفة الاقتصادية للعلاج ويفتح المنافسة الوطنية على توفير العلاج الافضل والمناسب للمواطن، خاصة اذا تعلق الامر بفئة المسنين ناهيك عن كون إصابتهم بأمراض مزمنة لا تقتصر على مدة محددة من العلاج أو على نوع وحيد من الأدوية.

- الإحالات والمراجع :

[1] Omran abdelrahim(1971) ,**the epidemiologic transition –a theory of the epidemiology of population change,** Milbank memorial fund quarterly, volume 49,n 4, pp 509-538.

[2] Ons , publication trimestriel,1987,p 42 + Ons démographie algérienne n 499, 520

[3] rapport national a la conférence internationale sur la population et la développement, édition 1995, p16

[4]World Population Prospects 2019 https://ar.knoema.com/atlas/الجزائر/topics-15-سن-بين-البالغين-وفيات-معدل-السكان-علم/5 (تاريخ الزيارة 10 /2019/09)

[5] Centre international de l'enfance(1994), **systèmes de politique de sante au Maghreb**, un état des lieux , p72

[6] ONS, Statistique sur la sante novembre 1996, **données Statistiques**, n 275, Alger.p6

[7] Population et société mai 1993, **bulletin mensuel d information démographique**, p 169

[8]Chenafi fouzia, **transition démographique et naturel**, actes du séminaire national sur la situation dermographique de l Algérie université d'Oran 21 et 22 mai p 20

[9]نسيم مطر، **نظرية التحول الوبائي**، منتدى الجغرافيين العرب،2006 ص2، http://www.arabgeographers.net/vb/threads/arab6993/ (تاريخ الزيارة 2019/7/27)

[10]Brahim Brahmia, **Les systèmes de sante maghrébins –une transition inachevé** https://slideplayer.fr/slide/11133623 (تاريخ الزيارة2019/7/15)

[11] ديمغرافيا الجزائر http://www.andi.dz/index.php/ar/statistique/demographie-algerienne-2017 (تاريخ الزيارة 2019/7/15)

[12]المرجع السابق.

[13]المرجع السابق.

[14] Hamza Cherif**, Population et besoins en Algérie a l histoire 2038.**

[15]عيساني نورالدين، **ظاهرة شيخوخة السكان في الجزائر وعوامل تطورها(2015)**، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، العدد 19 جوان،ص63

[16]عبد الكريم قريشي،رمضان زعطوط، الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع، **مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية**، العدد 17 ديسمبر 2014 ص 279.

[17]منظمة الصحة العالمية ، **الامراض المزمنة كارثة بالتصوير البطيء** https://www.who.int/publications/10-year-review/ncd/ar/index1.html (تاريخ الزيارة 2018/6/22)

[18] Word health organization, **rapport preventing chronic disease a vital investment** https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf(تاريخ الزيارة 2019/6/21)

[19] منظمة الصحة العالمية ، الامراض غير السارية –كارثة بالتصوير البطيء ، المرجع السابق.

[20]منظمة الصحة العالمية، **تقديرات الصحة العالمية لعام 2016**، الوفيات حسب السبب العمر الجنس وحسب البلد والمنطقة 2000-2016 https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death (تاريخ الزيارة 2019/6/22)

[21]المرجع السابق.

[22] الشروق اونلاين, **/**إطلاق-أول-مسح-وطني-حول-انتشار-الأمراض https://www.ennaharonline.com(تاريخ الزيارة2019/9/10)

[23]Ministre de la sante et la population et de la reforme hospitalière, **rapport principal de la sante de la famille 2002 PAPFAM(2005)**, juillet 2004, p131.

[24] Projet pan arabe pour la sante de la famille, **Enquête Algérienne sur la Santé de la famille, analyses approfondies**, p117.

[25] Ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalière(2006), office national des statistique, enquête national a indicateurs multiples , **suivi de la situation des enfants et des femmes**, p 33

[26]الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الوطني حول استخدام الوقت 2012**، ص 18

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

مريم بودوخة (2019)، **التشيخ والأمراض المزمنة في الجزائر** -دراسة تحليلية استشرافية- ، مجلة الباحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية ، المجلد 11(04)/ 2019، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص.ص 149-162