

تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة بالجزائر (الهدف الرابع والخامس).
Millennium Development Goals (MDGs) in health in Algeria (goal 4 and 5).

د.بن عمار نوال*

¹ جامعة باتنة -1- (الجزائر).

تاريخ الاستلام : 2019-01-08؛ تاريخ المراجعة : 2021-09-17 ؛ تاريخ القبول : 2021-11-10

ملخص :

يهدف هذا المقال الموسوم بتقييم الأهداف الإنمائية في مجال الصحة بالجزائر (الهدف الرابع والخامس)، إلى تسليط الضوء حول الجهود الجزائرية في المجال الصحي وخاصة فيما يتعلق بخفض وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات في إطار الأهداف الإنمائية للألفية، مبرزين في ذلك جملة من البرامج والآليات التي سعت الجزائر من خلالها لتحقيق هذين الهدفين، كما تم التطرق في هذه الورقة البحثية لإبراز تطور معدل وفيات الأطفال بداية من سنة 1966 إلى غاية 2016 والتغيرات التي طرأت عليه خلال هذه الفترة بفضل البرنامج الخاص بالتلقيحات والبرنامج الخاص بمكافحة الإسهال، أما فيما يخص تحسين صحة الأمهات فقد تناولت الدراسة جملة من الخدمات الصحية التي يجب توفيرها من الجهات المعنية بذلك من أجل تحسين نوعية الحياة من خلال تحقيق حياة آمنة للأمهات قبل وأثناء وبعد الولادة.

ويبقى الهدف الرئيسي لهذا المقال هو رصد وتقييم التقدم الذي حققته الجزائر في تحقيق هذين الهدفين، باعتبارها من ضمن الدول المشاركة في قمة الألفية.

الكلمات المفتاحية: الأهداف الإنمائية للألفية ؛ معدل وفيات الأطفال ؛ صحة الأمهات؛ تطور الأمراض والوفيات في الجزائر.

Abstract:

This article, entitled "Evaluating the development goals in the health field in Algeria (Fourth and Fifth Goals)", aims to shed light on Algerian efforts in the health field, especially with regard to reducing child mortality and improving maternal health in the framework of the Millennium Development Goals, highlighting a number of programs And the mechanisms through which Algeria sought to achieve these two goals, as was discussed in this research paper to highlight the development of child mortality from 1966 to 2016 and the changes that occurred during this period thanks to the special program for vaccinations and the program to combat diarrhea, as for the improvement of Maternal health study has addressed a number of health services that must be provided by relevant stakeholders in order to improve the quality of life through the achievement of a safe life for mothers before, during and after birth.

The main objective of this article remains to monitor and evaluate the progress made by Algeria in achieving these two goals, as it is among the countries participating in the Millennium Summit

Keywords: The Millennium Development Goals; Child mortality rate; Maternal health; The development of diseases and deaths in Algeria.

I- تمهيد :

تشكل الأهداف الإنمائية الثمانية، والتي تتراوح طموحاتها من إنهاء الفقر المدقع إلى وقف انتشار مرض الإيدز وتوفير التعليم الابتدائي لجميع الأطفال وتخفيض من معدلات وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأمهات بحلول سنة 2015، خطة عمل رئيسية لجميع دول العالم وجميع المنظمات العاملة في مجال العمل التنموي، وقد حشدت هذه الجهات جهودا كبيرة لم يسبق لها مثيل في السنوات الماضية من أجل تحقيق هذه الأهداف خدمة لسكان العالم الأفقر والأقل حظا، وإن تحسين الصحة النفسانية أمر أساسي لإنقاذ أرواح أكثر من نصف مليون امرأة اللواتي يلقين حتفهن نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة كل سنة، ويمكن تجنب وقوع جميع هذه الوفيات تقريبا بشرط حصول النساء في البلدان النامية على نظام غذائي

واف من الناحية التغذوية وعلى مياه مأمونة وعلى خدمات مرافق الصرف الصحي وتعلم المبادئ الأساسية للكتابة والقراءة والخدمات الصحية الضرورية أثناء الحمل والولادة، ولتحقيق رعاية صحية أفضل للأم يجب توفير خدمة الصحة الإنجابية النوعية، وسلسلة من التدخلات في الوقت المناسب لضمان انقضاء فترة الحمل والأمومة بسلامة، والفشل في عدم تقديم هذه الخدمات سيؤدي إلى مئات الألوف من الوفيات التي يمكن تجنبها في كل عام وهي حالة مؤسفة للوضع المتدني للمرأة في كثير من المجتمعات، وتعتبر وفيات الأطفال ظاهرة ديموغرافية تعكس لنا المستوى الصحي لأي بلد، كما أنها مؤشرا أساسيا للمستوى المعيشي، حيث تتأثر بعدة عوامل منها الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية، مما يجعل حياة الطفل مرتبطة أكثر بمدى إيجابية هذه العوامل أو سلبيتها، وترتفع معدلات الوفيات في هذه المرحلة ارتفاعا ملموسا، وتشكل هذه الشريحة القاعدة العريضة للهزم السكاني، وقد شهد العالم بمختلف قاراته هبوطا في مستوى الوفيات في العصر الحديث كما كان عليه من قبل، ففي كل سنة يموت نحو 10 ملايين طفل قبل أن يبلغوا الخامسة من العمر، وتقع نصف هذه الوفيات في أفريقيا ويموت العديد منهم بسبب أمراض يمكن الوقاية منها كالمالريا والإسهال والتهابات الجهاز التنفسي، والجزائر باعتبارها دولة نامية كانت تعرف كل عام عدد كبير من المواليد، وبالمقابل تفقد عدد كبير منهم خاصة شريحة الأطفال، فالمجتمع الجزائري يمتاز بتغيره وتجده وحركيته من سنة إلى أخرى فالأمراض والمجاعات وسياسات فرنسا سابقا أصابت التركيبة السكانية بخلل، حيث كان نقص عدد السكان واضحا قبل الستينات، و كان لا يتجاوز عشرة ملايين ثم شهدت الجزائر نموا سكانيا مفاجئا بلغ في 1 جانفي 2019 حوالي 43 مليون نسمة، والسؤال الذي يمكن طرحه في هذه الدراسة و من خلال تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة في الجزائر بالنسبة للهدفين الرابع والخامس هل فعلا حققت الجزائر هذين الهدفين ما بين 2000-2015؟

II.- مفهوم التنمية البشرية: بعد مخاض طويل، عاد الفكر التنموي ليكتشف الحقيقة البديهية التي مؤداها أن الإنسان هو غاية جميع ما في الطبيعة وأن البشر هم الثروة الحقيقية للأمم، بمعنى "أن الإنسان هو جوهر التنمية وأن التنمية يجب أن تستجيب ليس فقط للمطلوبات الاقتصادية بل الاجتماعية والسياسية أيضا".¹

بحلول عقد التسعينات وبعد ظهور سلسلة تقارير التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية، تبنت أدبيات التنمية البشرية، وركزت السياسات والاستراتيجيات التنموية أكثر على موقع الإنسان في العملية التنموية بوصفه وسيلة وهدفا في آن الوقت.²

لقد استعملت تعابير مختلفة للدلالة على مفهوم التنمية البشرية قبل أن يتبلور في صيغته الحالية منها فارتبط خلال عقد الخمسينات بتحقيق الرفاه الاجتماعي، ثم انتقل إلى التدريب والتعليم وتكوين المهارات، فتلبية الحاجات الأساسية خلال عقد السبعينات، ليستقر مع بداية عقد التسعينات على توسيع الخيارات أمام الأفراد.³

يعرف برنامج الأمم المتحدة للتنمية (PNUD) في تقريره الصادر عام 1990، التنمية البشرية بأنها "عملية توسيع القدرات البشرية والانتفاع بها"⁴، تضمن هذا التعريف جانبين رئيسيين للتنمية البشرية هما:⁵

- تكوين وتوسيع القدرات البشرية الممكنة من التوصل إلى مستوى رفاه إنساني راق من خلال الاستثمار في التعليم وتنمية مهارات الأفراد والصحة والتغذية.

- العمل على التوظيف الكفاء والاستفادة الكاملة من تلك القدرات المكتسبة، في جميع مجالات النشاط الإنساني، أي استخدام تلك القدرات في تحقيق الأهداف الإنتاجية المرغوبة والمشاركة الفعالة في العملية التنموية، إضافة إلى التمتع بالحقوق السياسية والاجتماعية.

ومنه فمفهوم التنمية البشرية على النحو السابق، يعد أكثر اتساعا وشمولا من مفاهيم التنمية التي هيمنت على الفكر التنموي في أعقاب الحرب العالمية الثانية، وحتى عقد الثمانينات فهي تنمية تعنى بتوسيع نطاق الخيارات أمام الأفراد، ويمكن أن تتعدد وتتغير هذه الخيارات حسب الظروف والزمان، إلا أن أهمها:⁶

- أن يحيى الإنسان حياة طويلة وصحية خالية من الأمراض.

✦ أم يحصل على قدر معقول من التعليم.

✦ أن يكون بإمكانه الحصول على الموارد اللازمة لتحقيق مستوى حياة كريمة.

III. - الأهداف الإنمائية للألفية: أقر المجتمع الدولي في العديد من المحافل المنعقدة وعلى أعلى المستويات بأهمية مواجهة التحديات، وظهر هذا الإقرار في أبرز تجلياته مع بداية الألفية الثالثة، من خلال تبني الأمم المتحدة لإعلان الألفية، الذي تضمن "الأهداف الإنمائية للألفية" التي أقرت التزام المجتمع الدولي الصارم بالتصدي للمشكلات المهمة التي ترهن جهود تحقيق التنمية المستدامة في البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً.

1.3 التعريف بالأهداف الإنمائية للألفية: في عام 1995، قررت لجنة مساعدات التنمية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE) إعادة النظر في آليات منح المساعدات التنموية، ومراجعة السياسات والاستراتيجيات التي كانت متبعة من قبل الدول المانحة، على نحو يفعل دور تلك المعونات في تحقيق التنمية في الدول النامية التي ظلت معطلة، استغرقت عملية المراجعة عاماً كاملاً، والنتيجة كانت نشر حمل عنوان "تشكيل القرن الواحد والعشرين: دور التعاون من أجل التنمية"، حدد التقرير السابع أهداف أساسية للتنمية عرفت بـ "الأهداف الدولية للتنمية"، مستمدة من اتفاقات وقرارات مؤتمرات وقيم الأمم المتحدة خلال النصف الأول من تسعينات القرن العشرين.⁷

أصبحت الأهداف السبعة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية أساساً لنقير "عالم أفضل للجميع: التقدم المحرز صوب أهداف التنمية الدولية"، الذي قدمته الأمم المتحدة ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وصندوق النقد الدولي، والبنك الدولي، إلى اجتماع مجموعة الثمانية الذي عقد في 22 جويلية 2000 في أوكيناوا باليابان وقد تم وضع قائمة تضم 21 من المؤشرات لرصد هذه الأهداف السبعة.

خلال مؤتمر قم الألفية الذي انعقد شهر سبتمبر من العام ألفين، تبنت الدول المشاركة وعددها 189 دولة من بينها الجزائر إعلان الألفية، وطلبت الجمعية العامة للأمم المتحدة من الأمين العام إعداد خارطة طريق لتحقيق الالتزامات الواردة في الإعلان، أثمرت بتبني الأهداف الدولية للتنمية وأضافت عليها هدفاً ثامناً هو إقامة شراكة عالمية من أجل تحقيق التنمية، وسميت الأهداف الثمانية "الأهداف الإنمائية للألفية"، وهي تختلف عن الأهداف الدولية للتنمية في كونها تؤكد على أن القضاء على الفقر وتحسين مستويات المعيشة في البلدان النامية، مسؤولية كل دول العلم لا مسؤولية البلدان النامية وحدها.⁸ تستخدم الأهداف الإنمائية للألفية، كإطار عام مشترك لتوجيه السياسات والبرامج التنموية وتقييم مدى فاعليتها، وقد جرى التأكيد على هذه الأهداف في اجتماع "موننتيري" المنبثق عن مؤتمر الأمم المتحدة لتمويل التنمية في مارس 2002، ومؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة (ريو+10) بجوهانزبورغ في سبتمبر 2002.

حدد واضعوا الأهداف الإنمائية للألفية العام 2015 من أجل بلوغها، بناء على افتراضهم أن اتجاه التقدم وتيرته المسجلين على صعيد التنمية البشرية خلال الخمس والعشرين سنة السابقة على 1990، والتي اعتبرت سنة الأساس لقياس التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية، سوف تستمر إلى غاية العام 2015، وبالتالي فإن أهداف الألفية تعد إسقاطات للاتجاهات المحققة خلال السبعينات والثمانينات حتى عام 2015، وهو ما يعكس تفاوتها بين ميدان وآخر⁹، فمثلاً تم الالتزام بتخفيض نسبة الفقراء بالنصف أما نسبة الأطفال الذين يموتون دون سن الخامسة، فقد التزمت المجموعة الدولية بالعمل على تخفيضها بمقدار الثلثين.¹⁰

IV. - تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في المجال الصحي: تعد اليوم الأهداف الإنمائية للألفية التي صادق عليها العالم بنيويورك أيام 6 و 8 سبتمبر من عام 2000 بحضور 147 رئيس دولة و حكومة و ممثلي 189 بلد، الإطار العام الذي يسمح بمتابعة و تقييم مستويات نمو مختلف المؤشرات الاجتماعية و الاقتصادية التي تركز عليها السياسات العامة، و إقامة بعض المقارنات الإقليمية و الدولية، و لا تقتصر مقارنة الأهداف الإنمائية للألفية على التقييم الأولي للمؤشرات الكمية، بل

إلى كافة الجوانب الحيوية لحياة الشعوب و ضمان مستقبل أفضل لها كما جاء في البند الخامس من توصيات إعلان الأهداف الإنمائية و اقتراح السياسات الاجتماعية المناسبة.

تعتبر الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة بمثابة دليل استرشادي للمجهود الذي تبذله الدول في مجال التنمية، و قد تم قبول هذه الأهداف كإطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية، و يمكن حصر هذه الأهداف فيما يلي:

▪ القضاء على الفقر المدقع و الجوع. تحقيق التعليم الابتدائي الشامل. تشجيع المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة من أسباب القوة. تخفيض معدل وفيات الأطفال. تحسين صحة الأمهات. مكافحة فيروس و مرض الإيدز و الملاريا و غيرهما من الأمراض. ضمان الاستدامة البيئية. إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

و سيتم التطرق إلى هدفين أساسيين من هذه الأهداف الواردة في قمة الألفية و التي تتعلق ب:

❖ تخفيض وفيات الأطفال. تحسين صحة الأمهات.¹¹

V. - الأهداف الإنمائية للألفية (الهدف الرابع و الخامس)

الهدف	الغاية	المؤشر
تخفيض معدل وفيات الأطفال	تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار 3/2 من 1990 إلى 2015.	-معدل وفيات الأطفال الرضع. -معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. -نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة.
تحسين صحة الأم	-تخفيض من نسبة وفيات الأمهات بمقدار 4/3 من 1990 إلى 2015. -تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015.	-نسبة وفيات الأمهات. -معدل انتشار استخدام أساليب منع الحمل. -مدى التغطية بالرعاية الصحية قبل و أثناء و بعد الحمل.

المصدر: محمد علي دحمان(2011)، تقييم نفقات الصحة و التعليم، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية مدرسة الدكتوراه تخصص:تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان الجزائر، ص40.

1.5 تخفيض معدل وفيات الأطفال: تقع التنمية الصحية ضمن أولويات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية لذلك عملت الدولة و لا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية و لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمراض كالأطفال من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة و القيام بحملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية المعدية، و تنظيم حملات التوعية و كذا تنفيذ برنامج الصحة المدرسية.

في دولة الجزائر حقق نظام الرعاية الصحية إنجازات متعددة من خلال توفير مختلف الخدمات الصحية للمواطنين هذه الخدمات الوقائية و العلاجية و غيرها ساهمت في تخفيض معدل وفيات الأطفال باعتبارها إحدى المؤشرات الأساسية في قياس فعالية النظام الصحي و شموليته.

بعد تخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين من 1990 إلى 2015 أحد الأهداف الأساسية للألفية حيث أنه لم يعد كمتطلب أساسي لحقوق الإنسانية، بل هو قرار اقتصادي سليم و لاشك أن مجالات التقدم الباهرة التي حققتها العديد من الدول خلال العشرية الأخيرة في خفض وفيات الأطفال تدعوا إلى التفاؤل، إذ أصبحت أسباب وفيات الأطفال و حلولها معروفة عبر التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها و تحمل نفقاتها و التي تؤدي إلى إنقاذ حياة الملايين من الأطفال. بعد أن صادقت الجزائر على ميثاق الألفية سنة 2000 فقد بادرت إلى تنفيذ مجموعة من البرامج التي من شأنها التخفيض في معدل وفيات الأطفال حيث تمثلت هذه البرامج في:

•البرنامج الخاص بتوسيع التلقيح.

•البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال.

البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال.¹²

1.1.5 معدلات التغطية بالتطعيم للأطفال ما بين [12-23] شهر: الأمراض التي يتم منعها بواسطة التطعيمات من شأنها أن تكون خطيرة وحتى فتاكة، فالتطعيمات تقلص وبشكل ملحوظ خطورة الإصابة بالعدوى، وذلك من خلال استعمال مصادر الحماية الطبيعية في الجسم من أجل تطوير مناعة بوجه المرض.

جدول رقم 01: تطور معدلات التغطية بالتطعيم (الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-23 شهرا %).

السنة	1992 EASME	1995 MDG	2000 EDG	2002 EASF	2006 MICS3
Vaccin BCG	97	93	93	97,1	99
DTCP1	95,4	/	91	96,3	98,3
DTCP2	92,4	/	91	95,2	97
DTCP3	89	83	89	92,3	94,8
Anti rougeoleux	85,7	77	83	90,6	90,5
مجموع اللقاحات	83,3	84	87	88,9	88

Source : rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement(2010), Algérie, juillet.

يتضح من خلال الجدول أن ما نسبته 83,3 % من الأطفال من الفئة العمرية (23/12 شهرا) ملقحين تلقيحا شاملا سنة 1992 و في سنة 1995 ارتفعت هذه النسبة ارتفاعا طفيفا لما كانت عليه سنة 1992، لكن أبرزت النتائج الأولية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 أن 88% من الأطفال تلقوا تلتقيحات شاملة، 99 % ممن تلقوا خاص بل BCG أما الجرعة الأولى و الثانية و الثالثة لللقاحات الخاصة (الديفتيريا و الكزاز و السعال الديكي و شلل الأطفال) ارتفعت نسبة هذه اللقاحات سنة 2006 و لكن كانت النسبة الإجمالية لتلقي اللقاحات منخفضة عن سنة 2002 أين عرفت هذه السنة أعلى نسبة للتلقيحات ب 88,9 %.

جدول رقم 02: تطور معدل وفيات الأطفال حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية.

السنة	ذكور	إناث	المجموع
*1966	/	/	174
*1977	/	/	115
*1980	/	/	102,8
*1987	/	/	64,42
*1998	/	/	37,4
2000	38,4	35,3	36,9
2001	38,9	35,9	37,5
2002	36,1	33,3	34,7
2003	/	/	32,5
2004	32,2	28,5	30,4
2005	32,2	28,5	30,4
2006	28,3	25,3	26,9
2007	/	/	26,2
2008	/	/	25,5
**2010	24, 9	22	23,5
**2015	23,2	20,5	21,9
**2016	22,9	20,2	21,6

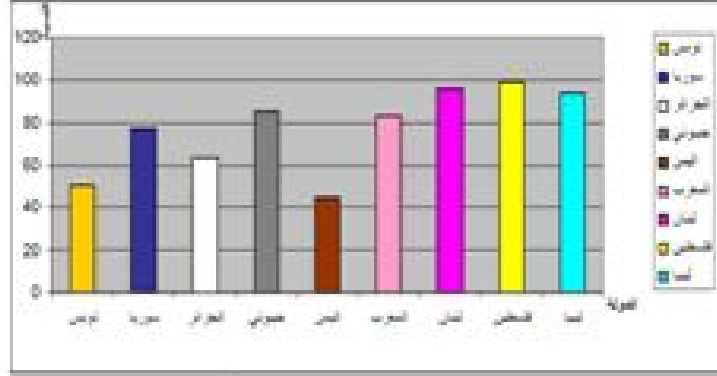
المصدر: محمد علي دحمان(2011)، مرجع سابق، ص42.
*الديوان الوطني للإحصاء نتائج تعداد 1987. ** البنك الدولي.

لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض من معدل وفيات الأطفال، فبعد أن كان معدل وفيات الأطفال يقارب 200 وفاة لكل 1000 طفل انخفض هذا المعدل ليصل إلى 34,7 سنة 2002 ثم إلى 25,5 لسنة 2008 أي أن معدل وفيات الأطفال شهد تراجع بمعدل سنوي 3,7 لكل 1000 طفل.

2.5 تحسين صحة الأمهات: تعتبر صحة المرأة الأم من أهم أولويات التنمية، و تأتي هذه الأهمية من كون أن صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط و إنما تمتد لتشمل الأسرة و المجتمع ككل الأمر الذي جعل العناية بصحة المرأة و لا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء النفاس هاجسا عالميا و صار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إنجابية لائقة من الأهداف الإنمائية للألفية، لهذا تسعى الدول عبر جملة من الخدمات الصحية إلى توفير نظام رعاية أفضل للأمهات قبل و بعد الولادة مع توفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الأسرة و في الجزائر تسعى الجهات المعنية إلى تحسين نوعية الحياة وذلك من خلال تحقيق حياة آمنة للأمهات قبل و أثناء و بعد الولادة.¹³

1.2.5 رعاية الحمل: تعتبر الرعاية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المنخفضة لنسب وفيات الأمهات و حسب تقارير منظمة الصحة العالمية فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا في تخفيض نسبة وفيات حديثي الولادة و تقليل من نسب المواليد ناقصي الوزن، و من المعروف كذلك أن مضاعفات الحمل لدى المرأة هي في ذات الوقت نتيجة لحالتها الصحية قبل الحمل و سببها في حالة الاعتلال التي قد تحدث بعد الحمل و الولادة و لهذا تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل بما تتضمنه من فحوصات و تحاليل مخبرية، و غيرها من أفضل الفرص التي تتاح للأم حتى تقف على وضعها الصحي. الشكل التالي يوضح أكثر تموقع الجزائر ضمن بعض الدول العربية من حيث الرعاية الصحية بالسيدات أثناء الحمل.

مخطط رقم 01: نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بأخر مولود خلال الفترة الممتدة ما بين 2001-2006.

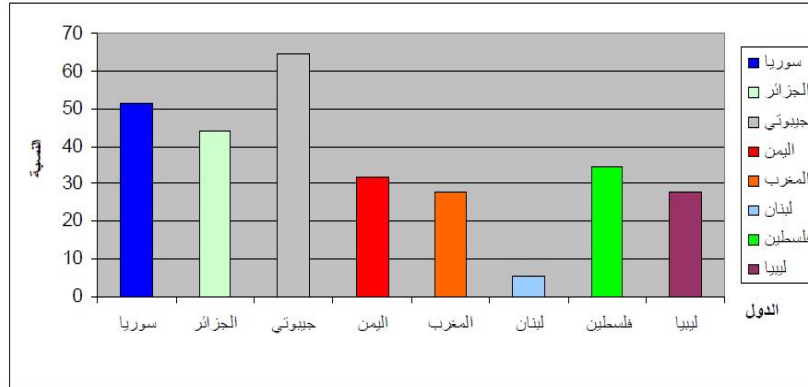


المصدر: محمد علي دحمان (2011)، مرجع سابق، ص 43.

تظهر النتائج المسجلة على أن الأمهات الصغيرات في السن و حالات الحمل ذات الرتبة المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي الرعاية الصحية عن بقية النساء، و بالتالي المولود الأول يحظى بأكثر رعاية صحية ثم تقل هذه النسبة تدريجيا، و يرجع هذا إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن.

كما تشير النتائج على أن نسبة 9, 43% من السيدات في الجزائر يتلقين جرعة واحدة أو أكثر من اللقاح ضد التيتانوس أثناء الحمل، فبالرغم من أن النسبة تبقى دون المتوسط إلا أنها أفضل من بعض الدول العربية حيث وصلت النسبة أديها في لبنان 5,5%.

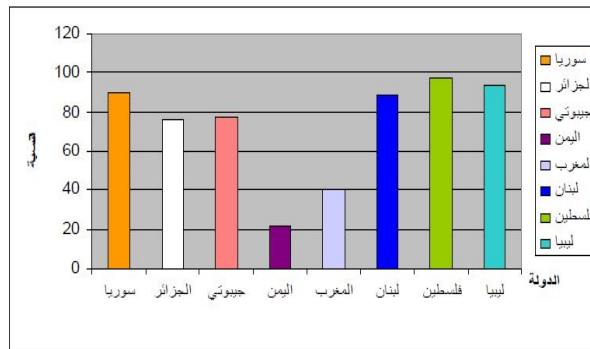
مخطط رقم 02: نسبة السيدات اللاتي تلقين جرعة واحدة ضد التيتانوس خلال الفترة 2001-2006.



المصدر: محمد علي دحمان(2011)، مرجع سابق، ص44.

2.2.5 الرعاية أثناء الولادة: تشير الدراسات و البحوث أن الجزائر تتقدم نحو تحقيق نسبة عالية من الولادة بالمراكز الصحية و تحت إشراف كادر طبي مؤهل ب77% مقارنة ببعض الدول العربية على غرار اليمن و المغرب، مع العلم أن كل دولة قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها إلى مستويات دنيا خاصة و أن هذا السلوك يساهم و بدرجة كبيرة في تحقيق أحد أهداف الألفية و الخاص بتخفيض نسبة وفيات الأمهات.¹⁴

مخطط رقم 03: نسبة السيدات اللاتي وضعن مولدهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية من 2001-2006.

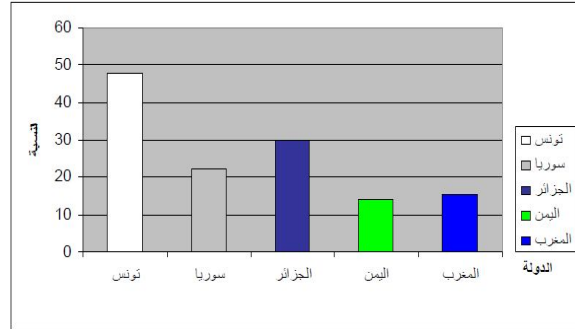


المصدر: محمد علي دحمان(2011)، مرجع سابق، ص45.

تعتبر الجودة في الرعاية الصحية أحد المؤشرات المهمة لقياس تقدم الشعوب و تنميتهم خصوصا الرعاية الخاصة بالأطفال و الأمهات، فتنمية الكادر الطبي من الناحية العلمية والتكنولوجية تعد من أهم العوامل في تخفيض وفيات الأمهات خاصة إذا كان أكثر إحاطة ودراية بالمخاطر والأسباب الرئيسية المؤدية للوفيات، وتعتبر دولة فلسطين الدولة العربية الأولى من ناحية توليد النساء على يد كادر طبي مؤهل ما بين 2001-2006 بنسبة تقارب 100% تليها ليبيا وسوريا بنسب تراوحت ما بين 85% و 90%، أما الجزائر فقاربت نسبة السيدات اللاتي وضعن مولدهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل 80%.

3.2.5 الرعاية بعد الولادة:

مخطط رقم 04: نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة في بعض الدول العربية من 2001-2006.



المصدر: محمد علي دحمان (2011)، مرجع سابق، ص 45.

من خلال البيانات في الشكل يتضح أن 30 % فقط من الأمهات يتلقين رعاية صحية بعد الولادة في الجزائر وبالرغم من انخفاض تكاليف الخدمات الصحية إلا أن نسبة الأمهات اللاتي تستقدن من رعاية صحية بعد الولادة لا تتجاوز 23,8 % بالنسبة للعائلات ذوي الدخل المنخفض، و مع تبقي النسبة أفضل من بعض الدول العربية الأخرى على غرار المغرب أين تستفيد الأمهات ذوي الدخل المنخفض فقط من 4,7 % من الخدمات الصحية بعد مرحلة الولادة.

لكن و من جهة أخرى تشير التقارير أن هناك اتساع في الفجوة بين مستويات الرعاية الصحية في كل من الحضر و الريف أين بلغت أقصاها في تونس بينما كان أدنى مستوى لها في الجزائر مما يشير إلى ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية الصحية في المناطق الريفية.

VII. تطور الأمراض والوفيات في الجزائر:

1.6 تطور معدلات الأمراض الخاصة بالأطفال: لا يوجد نظام تسجيل الأمراض بشكل منتظم سواء من حيث الأسباب العلاجية أو الاستشفائية، و مع ذلك فمن المؤكد أن الجزائر في التحول الوبائي عرفت انخفاض و اختفاء بعض الأمراض المعدية (آخر حالة لشلل الأطفال سجلت سنة 1996 و بالنسبة للدفتيريا سنة 2006)، و بدأت المراقبة الفعلية للأمراض بداية سنوات الثمانينات مع تراجع واضح للمرض بفضل البرنامج الوطني الموسع للقاحات و هذا ما سنلاحظه في الجدول التالي.

جدول رقم 03:التحول الوبائي و تطور الأمراض و برنامج اللقاحات الموسعة.

السنة	1963	1979	1989	1998	*1999	*2000	2008
المرض							
الديفتيريا	381	73	9	57	3	3	0
الكزاز	58	37	63	28	10	10	3
السعال الديكي	591	81	22	13	31	31	80
شلل الأطفال	75	72	18	/	0	0	/
الحصبة	902	14973	4162	3132	1889	1889	1547

Source : J-P Grangand(2014), évolution de la pédiatrie algérienne, cinquante ans de pédiatrie, colloque international sur les politiques de santé-Alger, 18-19 janvier 2014, p3. *MSP- Direction de la Prévention.

2.6 معدل وفيات الأطفال الرضع: يمثل معدل وفيات الأطفال الرضع مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية و يعتبر كذلك مؤشرا للمستوى الصحي العام في

المجتمع، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية قوية مع معدلات الخصوبة السائدة حيث أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا و زادت معدلات الخصوبة.

جدول رقم 04: تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع من 1975-2016.

السنوات	TMI	السنوات	TMI
1979-1975	112,5	2004	30,4
1980	102,85	2005	30,4
1984	81,24	2006	26,9
1987	64,42	2007	26,2
1992	55,4	2008*	25,50
1995	41,1	**2009	24,3
1997	40,2	**2010	23,5
1998	37,4	**2011	22,9
1999	39,4	**2012	22,4
2000	36,9	**2013	22,2
2001	37,5	**2014	22
2002	34,7	****2015	21,9
2003	32,5	2016	21,6

Source : ONS : données statistiques n° 397 et 398, MICS3-2006.

*publication ONS : Démographie Algérienne N° 499-520. **banque mondiale.

لقد استطاعت الجزائر أن تخفض من معدل وفيات الأطفال الرضع من 112,5 حالة وفاة ما بين 1975-1979 إلى 21,6 حالة وفاة سنة 2016 ، إن الانخفاض المسجل راجع بالضرورة إلى الرعاية التي تحظى بها كل من الأم و المولود و خاصة الولادات التي تتم بالمؤسسات الصحية من أجل تجنب المخاطر الصحية التي يمكن أن يتعرض لها الجنين أو المولود.

إن فلا بد أن تلقى الأم الرعاية الصحية المطلوبة أثناء و بعد الحمل، و إذا قلنا رعاية صحية فهذا يعني بالضرورة توفير الهياكل الصحية و الكوادر الطبية المؤهلة إضافة إلى توفير شروط أخرى التي يمكن أن تؤدي إلى تقليص حدوث الوفيات، كتباعد الولادات و التقليل من الإنجاب.

كذلك يرجع النقص الملحوظ في عدد وفيات الأطفال إلى البرامج الصحية التي استفادت منها هذه الشريحة حيث انتقل معدل وفيات الأطفال من 142 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1970 إلى 84,72 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1980 ليصل إلى 34,7 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2002 و 26,9 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2006.

رغم التحسن الملحوظ في معدل وفيات الأطفال إلا أنه لا بد من الإشارة على أن وفيات الأطفال ما زالت مرتبطة بدرجة كبيرة بعوامل داخلية من الصعب التحكم فيها، كما أن أغلب وفيات الأطفال تحدث ابتداء من الأسبوع 28 من الحمل و هذا إن دل على شيء فإنما يدل على ضرورة تدعيم العلاجات في الفترة الممتدة ما بين الحمل و بعد الوضع.

جدول رقم 05: وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 مولود حي.

السنة	معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات لكل 1000 مولود حي		
	ذكور	إناث	المجموع
1975	/	/	184
1990	53	44,7	55,7
2000	44,8	41,3	43
2001	44,4	41,9	43,3
2002	41,5	38,6	40
2003	40,1	35,4	37,8
2004	37,4	33,4	35,5
2006	32,9	29,8	31,4
2007	32,7	28,9	30,8
2008	31,3	28,1	29,8
*2015	26,8	24	25,5
*2016	26,6	23,8	25,2

Source : contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, intitulée : « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil », 28 mars 2011, p6.

*banque mondiale.

توضح البيانات الواردة في الجدول الانخفاض المحسوس في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حيث انخفض هذا المعدل من 55,7 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 40 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2000 ليصل إلى 29,8 وفاة لكل مولود حي سنة 2008، أي أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عرف انخفاضا بمعدل سنوي يقدر ب 2 % و هو ما يترجم جهود و مساعي الدولة اتجاه هذه الشريحة من المجتمع و التي استقرت في حدود 25,2 لكل 1000 مولود حي سنة 2016 .

3.6 تغيرات في معدل وفيات الأمهات: لا تزال وفيات الأمهات من المشاكل الصحية العامة التي واجهتها الجزائر و لا تزال تواجهها إلى يومنا هذا بالرغم من البرامج الصحية التي انتهجتها الجزائر و الجهود المبذولة لحماية صحة الأم و الطفل يبقى هذا المعدل مرتفع بشكل غير طبيعي، في منتصف 80 و كجزء من تنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال التي تبنتها الحكومة في عام 1984، تم اتخاذ عدة إجراءات لحماية الأم و الطفل بما في ذلك تنفيذ برنامج لمكافحة أمراض و وفيات الأمهات وفترة ما حول الولادة.

في عام 1989 و كجزء من دراسة استقصائية عن وفيات و أمراض الأطفال في الجزائر ما بين 1985-1989 و الذي كان الهدف منه تقييم برامج ضد وفيات الأطفال، و قد تم طرح سؤالين مهمين لتقييم مستوى وفيات الأمهات و تم الاعتماد على طريقة الأخوات في الاستبيان.

معدل وفيات الأمهات الذي وجد خلال هذا التحقيق و بهذه الطريقة هو 230 وفاة لكل 100000 مولود حي، أما في سنة 1992 عند إجراء المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، و بنفس الطريقة السابقة بلغ معدل الأمهات 215 وفاة لكل 100000 ولادة حية و في نفس الوقت

معدلات وفيات الأمهات التي تم جمعها من المرافق الصحية كانت أقل من ذلك بكثير، نلاحظ في الجدول و هذا الفارق يمكن تفسيره أن عدد كبير من الولادات تحدث في المنزل و السبب الثاني يعود إلى القصور في الإبلاغ عن وفيات الأمهات و بعد المسافة بين مكان الولادة و الهيكل الصحي.

جدول رقم 06: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر من 1962-2014.

السنة	معدل وفيات الأمهات	السنة	معدل وفيات الأمهات
1962	500	2006	92,6
1981	215	2007	88,9
1989	230	2008	86,2
1992	210	2009	84
1999	117,4	2011	75,9
2001	113,8	2012	70,3
2004	99,5	2013	69,9
2005	96,5	2014	60,3

Source : 1999: Enquête mortalité maternelle, INSP ; 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH.

- Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
- ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
- MSP/RA, 2004 ; CNES, 2006, Mission-algérie.CH, 2011.

تحسن صحة الأمهات هي واحدة من الأهداف الرئيسية للسياسة الوطنية للعمل و الوقاية و الصحة و يشكل واحدا من المحاور ذات الأولوية للتدخل و على الرغم من التقدم المحرز تظل الجزائر تعاني من وفيات الأمهات ففي سنة 1992 و كجزء من المسح الجزائري للأم و الطفل قدر معدل الوفيات بـ215 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية ، و حسب التحقيق الوطني حول وفيات الأمهات لسنة 1999 وصل المعدل إلى 117 حالة وفاة أي انخفاض بنسبة 50 % في فترة 7 سنوات 1999-1992 و هذا الانخفاض يرتبط بالتحسن العام في إدارة الحمل و الولادة و كذا انخفاض معدلات الخصوبة (معدل الخصوبة الكلي) الذي بدوره عرف انخفاض من 8 أطفال لكل امرأة إلى 2 طفل ما بين 1970-2009 و تشكل وفيات الأمهات لوحدها 10% من مجموع وفيات النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة في 2009 ثم إنها تشكل حوالي 25% في وقت إجراء المسح الأول 1989، و كأدنى مستوى سجل لوفيات الأمهات كان سنة 2008 بمعدل 86.2 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية و يمكن أن يكون سبب هذا الانخفاض راجع لأسباب اجتماعية و اقتصادية أو حتى ثقافية فخروج المرأة للعمل و تحسن مستواها التعليمي كانت له المساهمة الكبرى في ذلك، فمعرفة المرأة لوسائل منع الحمل جعلها تدرك مدى أهمية المبادعة بين الولادات من أجل تجنب عواقب الحمل المتكررة.

جدول رقم 07: تقصي حالات الحمل الخطرة ما بين 2007-2009 (PMI).

2009		2008		2007		المؤشرات
%	N	%	N	%	N	
/	725154	/	712740	/	674033	إجمالي عدد النساء الحوامل حسب PMI
4,9	35446	4,9	34929	5,3	35898	عدد النساء الحوامل مع حمل خطر
14,4	5099	14,4	5036	10,7	3832	-حمل مع مرض السكري
36,7	13018	36,3	12678	34,9	12545	-حمل مع مضاعفات الضغط الدموي
48,9	17329	49,3	17215	54,4	19521	-عوامل خطر أخرى

Source : contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, op.cit, p4.

تقضي الحمل الخطر أعطت نتائج جد هامة من أجل البرنامج الوطني الصحي، فعدد النساء الحوامل المسجلات على مستوى مراكز الأمومة (النساء الحوامل اللائي قمن على الأقل بفحص واحد أثناء الحمل) عرف زيادة تجاوزت 674033 خلال سنة 2007 و 712740 سنة 2008، ليبليغ عددهن 725154 سنة 2009 و لقد قدرت نسبة الحمل مع عوامل الخطر ب 10,7 % حمل خطر مع مرض السكري سنة 2007 و ما نسبته 14,4 % لكل من سنتي 2008-2009، و لقد كان الحمل المصحوب بمضاعفات الضغط الدموي أعلى بكثير من عوامل الخطر الأخرى و هذا ما نلاحظه في الجدول حيث قدرت نسبة النساء الحوامل ذوات خطر مرتبط بالضغط الدموي سنة 2007 ما نسبته 34,7 % و ارتفعت هذه النسبة ما بين 2008 و 2009 لتصل إلى 37 %.

جدول رقم 08: توزيع وفيات الأمهات الاستشفائية حسب الفئات العمرية.

2009		2008		2007		السنوات
						الفئات العمرية
0,3%	1	0,7%	2	0,3%	1	19-15
6,6%	21	5,1%	15	10,6%	31	24-20
19,8%	65	21,2%	63	22,5%	66	29-25
28,6%	91	26,3%	78	25,3%	74	34-30
25,5%	81	27,6%	82	21,2%	62	39-35
17,3%	55	16,8%	50	16%	47	44-40
2,5%	8	2,4%	7	4,1%	12	49-45
100	320	100	297	100	293	المعدل العام

Source: Farid Chaoui, & al (2012), op.cit, p 72.

تتعرض الأمهات للوفاة في كل مراحل حياتهن الإنجابية، خاصة في المناطق الريفية التي تندر أو تكاد تنعدم بها خدمات الصحة فضلا عن خدمات الصحة الإنجابية الضرورية للأم وإبنها، ونلاحظ من الجدول أعلاه ارتفاع معدل وفيات الأمهات في الأعمار الصغيرة حيث عرفت الفئة العمرية 25-29 سنة ما نسبته 22,5% سنة 2007 أما الفئة العمرية 30-34 فبلغت نسبة الوفيات فيها 25% وهي الفئة العمرية أكثر تضررا من وفيات الأمهات، أما سنة 2009 انخفضت وفيات الأمهات في الفئة العمرية 25-29 سنة ليصل إلى حوالي 20% أما الفئة العمرية 30-34 سنة استمرت في الارتفاع لتبلغ 28,6%.

جدول رقم 09: توزيع وفيات الأمهات حسب وقت حدوثها

2009		2008		2007		المرحلة
						السنة
3,8%	12	4,7%	14	2,4%	7	الفصل الأول من الحمل
5,7%	18	5,7%	17	5,1%	15	الفصل الثاني من الحمل
24,2%	77	25,6%	76	16,7%	49	الفصل الثالث من الحمل
42,8%	136	38,4%	114	51,5%	151	أثناء الولادة
24,2%	77	25,6%	76	24,2%	71	بعد الولادة
100	320	100	297	100	293	المجموع

Source: Farid Chaoui, & al (2012), op.cit, p 72.

بمقارنة هذه البيانات مع تلك التي تحصلنا عليها لسنوات 2008 و 2009، ندرك المخاطر التي تدور حول الأم حسب وقت حدوث الولادة و نجد أن نسبة كبيرة من الوفيات تحدث أثناء الولادة و هذه الفترة ذات أهمية كبيرة خاصة من

ناحية الرعاية الصحية ففي سنة 2007 بلغت نسبة الوفيات في هذه الفترة 51 % أما سنة 2008 وصلت إلى حوالي 39 %، و نظرا لانخفاض متوسط العمر عند الزواج الأول (فاق 30 سنة عام 2008) يبدو أنه من المرجح أن نسبة كبيرة من وفيات الأمهات تحدث خلال الحمل الأول، و فيما يتعلق بأسباب الوفاة تبين تقارير برنامج فترة ما حول الولادة أن الأسباب الرئيسية للوفاة بسبب النزيف و تمزق الرحم، و تمزق الرحم نتيجة لضعف الإشراف على العمل.¹⁵

جدول رقم 10: توزيع وفيات الأمهات حسب السبب

2009		2008		2007		
38,4%	123	35,7%	106	35,5%	104	النزيف
18,4%	59	20,5%	61	19,5%	57	مضاعفات متعلقة بارتفاع ضغط الدم
12,2%	39	12,5%	37	15,4%	45	تمزق الرحم
4,7%	15	5,7%	17	5,5%	16	عدوى النفاس
26,3%	84	25,6%	76	24,2%	71	أسباب أخرى
100	320	100	297	100	293	المعدل العام

Source : Farid Chaoui, & al (2012, op.cit, p 72).

و علاوة على ذلك، لا يمكن تحديد سبب الوفاة في كثير من الحالات و يمكن إرجاع سبب الوفاة لأسباب مرضية أو الموت المفاجئ، الصدمات، ضيق التنفس، الإسهال بعد الولادة... الخ، و لهذا لا بد من إنشاء نظام للتدقيق في وفيات الأمهات.

VIII. خلاصة:

من خلال تقييم الأهداف الإنمائية في الجزائر وما مدى تحققها على أرضية الواقع، يمكن القول بأن الجزائر خطت خطوة إيجابية في مجال تخفيض معدلات وفيات الأطفال وكذا من جانب تحسين صحة الأمهات لكن ليس حسب الهدف المنشود من الأهداف الرامية، لذلك لقد بقيت هذه المعدلات هاجس أمام التنمية في الجزائر لأن هذين المؤشرين هما بحد ذاتهما يعتبران مقياسين مهمين في مجال معرفة تقدم الشعوب من عدمها فعلى الجزائر العمل بمجهودات وإستراتيجيات جادة من أجل تحسين المستوى الصحي لكل الشرائح وخاصة هاتين الشريحتين من المجتمع بغية الارتقاء إلى الدول الرائدة في المجال الصحي.

قائمة المراجع:

1. مدحت القريشي (2007)، التنمية الاقتصادية (نظريات وسياسات وموضوعات)، الطبعة الأولى، الموسوعة العربية للمعرفة من أجل التنمية المستدامة، دار وائل للنسر، السلط، الأردن، ص60.
2. محمد حسن دخيل (2009)، إشكالية التنمية الاقتصادية المتوازنة (دراسة مقارنة)، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، ص20-21.
3. علي لبيب (2007)، السكان والمستوطنات البشرية، الموسوعة العربية للمعرفة من أجل التنمية المستدامة، الطبعة الأولى، الدار العربية للعلوم-ناشرون، بيروت، لبنان، ص
4. UNDP(1990), « Human development report », p10.
5. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2003)، تقرير التنمية الإنسانية العربية عام 2003، ص18.
6. بن عيشي بشير (2004)، واقع التنمية البشرية في الوطن العربي، الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، ص82.
7. علي عبد القادر علي (2003)، التطورات الحديثة في الفكر التنموي والأهداف الدولية للتنمية، ندوة حول الأهداف الدولية للتنمية وصياغة السياسات الاقتصادية والاجتماعية في الدول العربية، تونس، ص1.

8. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2003)، تقرير التنمية البشرية 2003، أهداف التنمية للألفية، تعاهد بين الأمم لإنماء الفاقة البشرية، تعاهد كركي للطبع، بيروت، لبنان، ص 29.
9. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2005)، الاستثمار في التنمية: خطة عملية لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية، شركة تنمية الاتصالات وشركة غرو ندي ونورثدج، واشنطن، ص 19.
10. خبابة عبد الله، بوقرة رابح (2009)، الوقائع الاقتصادية، العولمة الاقتصادية-التنمية المستدامة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ص 343-344.
11. أمير جيلالي (2009)، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 198.
12. علي دحمان محمد (2011)، تقييم نفقات الصحة و التعليم، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية مدرسة الدكتوراه تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان الجزائر، ص 40-41.
13. علي دحمان محمد (2011)، تقييم نفقات الصحة و التعليم، مرجع سابق، ص 42-43.
14. علي دحمان محمد (2011)، نفس المرجع، ص 44.
15. علي دحمان محمد (2011)، نفس المرجع، ص 45.
16. Farid Chaoui, Michel Legros, Nouredine Achour, Nouredine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangand(2012), **Les Notes .IPEMED Etudes et Analyses, Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays des Maghreb, des états en transition sanitaire (Algérie, Maroc, Tunisie)**, monographies nationales, N° 13 Avril, pp60-61-62.
17. Farid Chaoui, & al, op.cit, pp64-66.
18. Farid Chaoui & al. Ibid, p 70.
19. Enquête mortalité maternelle, INSP ; 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH.
20. Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992.
21. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
22. ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
23. MSP/RA, 2004 ; CNES, 2006, Mission-algérie.CH, 2011.
24. J-P Grangand(2014), évolution de la pédiatrie algérienne, cinquante ans de pédiatrie, colloque international sur les politiques de santé-Alger, 18-19 janvier 2014, p3.
25. MSP- Direction de la Prévention.
26. Rétrospective statistique 1962-2011, Evolution de la population Algérienne (résidente), chapitre 1, Démographie.
27. ONS : données statistiques n° 397 et 398, MICS3-2006.
28. publication ONS : Démographie Algérienne N° 499-520.
29. banque mondiale.
30. contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, intitulée : « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil », 28 mars 2011.

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

د.بن عمار نوال ، (2021) تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة بالجزائر (الهدف الرابع والخامس) ، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد 13(04) / 2021 B، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص.ص 175 - 188.