واقع الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر

مقارنة مع بلدان المغرب العربي "تونس و المغرب"

أ. **بن زايد ريم** (طالبة دكتورا بجامعة وهران)
أ.د فضيل عبد الكريم
جامعة وهران (الجزائر)

ملخص:

لقد أولت الجزائر إلى جانب بلدان المغرب العربي "تونس – و المغرب" ، اهتماما كبيرا بمجال المـــرأة و الصـــحة، و بالخصوص ما يتعلق بالصحة الانجابية الخاصة بها، فهي تعتبرها من الملفات الأساسية و من الأولويات الوطنية في مجال الصحة و السكان ككل،فالتمتع بالصحة الإنجابية و الجنسية هي من الضروريات الأساســية للأفــراد و الأزواج و الأســر ، و التنميــة الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمعات و الأمم.

تعتبر بلدان المغرب العربي " الجزائر – تونس – المغرب" من بين 189 دولة التي تعهدت مند بداية الألفية الجديدة على تحقيق الأهداف الإنمائية، باعتبارها كإطار دولي لقياس التقدم المحرز للتنمية البشرية عامة, و تحوي هده الأهداف على ثمانيــة أهداف أساسية منها ثلاث أهداف ذات صلة مباشرة بالصحة الإنجابية " تقليص وفيات الأطفال- تحسين صحة الأمهات- مكافحة فيروس فقدان المناعة".

من خلال هدا سنتطرق إلى وضع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغــرب العربـــي " تـــونس- و المغرب"، من خلال مجموعة من المؤشرات أهمها: تطور وفيات الأطفال و الأطفال- و المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل و مـــا بعد الولادة ، و توفير كل الاطارات المختصة في مجال التوليد ، إضافة إلى القضاء على كل الأمراض المتنقلة جنسيا.

الكلمات المفتاحية :المرأة و الصحة- وفيات الأمهات- وفيات الأطفال- الولادات تحت إشراف مختصين-الصـــحة الإنجابيـــة- التنظيم العائلي-الأمراض المتنقلة جنسيا.

Résumé :

L'Algérie avec les pays de Maghreb « Maroc et Tunisie » ont donné l'importance au sujet de santé de la femme, sur tout la santé reproductive, ils ont considéré comme un dossier principale et comme priorité national dans les progrès de la santé public.

Une saine de santé reproductive et sexuelle se sont des conditions essentielles pour les individus, et les couples, et les ménages, et aussi pour le développement sociaux économiques dans le monde entier.

Les pays du Maghreb parmi les 189 pays qui ont engagé pour la réalisation des objectives millénaire pour le développement, il ya huit objectifs principale, parmi trois objectives qui ont une relation direct avec la santé reproductives « réduction de la mortalité infantile- améliorer la santé maternelle- combattre le VIH ».

A partir de la on va démontré la situation de la santé reproductive chez la femme Algérienne part a port « la Tunisie et le Maroc », a partir de l'ensemble des paramètres comme : l'évolution de mortalité infantile et maternelle- suivi prénatale- accouchement assisté….ects.

Mot de clé : la femme et la santé- mortalité maternelle-mortalité infantile- la santé reproductive-planification familiale -l'accouchement assisté- les maladies sexuelle transmissibles.

مقدمة: تعتبر صحة المرأة عموما و الأم خصوصا من أولويات السياسات التنمية، و هدا من منطلق أن صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط و إنما تمتد أثارها لتشمل الأسرة و المجتمع ككل.

إن توفير الرعاية اللازمة للأمهات قبل و أثناء و بعد الحمل من ضمن قائمة الأهداف الإنمائية، فتمكين المرأة اجتماعيا و اقتصاديا و سياسيا مرهون بتحقيق الهدف المتعلق بتحسين و ضعها الصحي.

- لقد بدلت الجزائر مجهودات معتبرة من أجل تحسين الصحة العمومية و خاصة ما تعلق منها بصحة الأمهات (برنامج مكافحة وفيات الأمهات و الرضع، التخطيط الأسري....)، و في هذا المجال تضمن القانون رقم 05 المؤرخ في 16 فيفري سنة 1985 المعدّل و المتمم و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها فصلا كاملا (الفصل الخامس) حول حماية الطفولة و الأمومة و أهم ما جاء فيه[1]:

✓ استفادة الأسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة على صحة أفرادها و توازنهم النفسي.
✓ حماية صحة الأم بتوفير أحسن رعاية صحية و اجتماعية لها قبل و أثناء و بعد الحمل.
✓ الكشف عن الأمراض التي من الممكن أن يصاب بها الرحم ، و ضمان صحة الجنين و نموه حتى الولادة.
✓ المحافظة على صحة الأم و جنينها من خلال برنامج الوطني لتباعد الولادات و هذا لضمان توازن عائلي منسجم.
✓ جواز الاجهاض لغرض علاجي لانقاض حياء الأم من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي المهدد بالخطر بالغ على ان يتم الاجهاض في هيكل متخصص بعد فحص و معاينة طب مختص.

مفهوم الصحة الانجابية:[2] حسب المنظمة العالمية للصحة تعرف الصحة الانجابية كحالة رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي و وظائفه و عملياته، و ليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، و لذلك تعني الصحة الانجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية و مأمونة ، و قدرتهم على الانجاب ، أو حريتهم في تقرير الانجاب و موعده و تواتره، وهدا الشرط الأخير ضمنا على الرجل و المرأة في معرفة و استخدام أساليب تنظيم الأسرة مأمونة و فعالة و مقبولة في نظرهم، و اساليب تنظيم الخصوبة التي يخترانها و التي لا تتعارض مع القانون، و على الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل و الولادة.

أولا-المؤشرات التي تتعلق بالحمل و الولادة: في هذه النقطة سنتطرق إلى تقييم وضع الصحي للمرأة أثناء الحمل و بعد الولادة من خلال تقييم تطور معدل وفيات الامهات و الأطفال و عمر المتوسط للمرأة اثناء الولادة اضافة الى الولادات التي تتم ت حت اشراف أخصائيين ....إلخ

1.1 تطور وفيات الأمهات: يعتبر معدل وفيات الأمهات مؤشرا هاما و اساسيا لقياس مستوى التنمية المحققة في بلد ما ، و هو من بين الاهداف الأساسية للتنمية البشرية(الأهداف الانمائية للألفية) يتوقف على تخفيض وفيات النساء بنسبة ثلاثة أرباع خلال المدة الزمنية 1990-2015، و أيضا على جعل الطب الانجابي في متناول جميع النساء بحلول 2015.

و **نعني بوفيات الأمهات:** وفاة كل امرأة أثناء فترة الحمل أو خلال 42 يوما من فترة انتهاء الحمل [3]، بصرف النظر عن مكان و مدة الحمل و هذا لأسباب متعلقة أو متفاقمة من الحمل و الولادة.

---

[1] القانون رقم 05 -85 المؤرخ بتاريخ 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها ، الجريدة الرسمية العدد 1985/8 ص 182.

[2] منظمة الصحة العالمية، تعريف الصحة الانجابية الذي وافقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان و التنمية، القاهرة 1994.

[3] معطيات منظمة الدول العربية، مواجهة وفيات الامهات و مراضتهن في الدول العربية، بالمشاركة مع منظمة الامم المتحدة، 2005، ص 26

الجدول رقم 01: تطور معدل وفيات الامهات في الجزائر

	1985-1989	1992	1999	2007	2008	2015
معدل الوفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية	230	215	217	88,9	86,2	57,5

Source :
1. les donnes des enquêtés national.
2 .les donnes de rapport national sur les OMD 2010 Algérie.

من خلال المعطيات الاحصائية المتعلقة بتطور معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية، نلاحظ انخفاض ملحوظ من الثمانينات و إلى يومنا هذا ، حيث نجد أن المعدل كان يقدر ب 230 وفاه لكل 100.000 ولادة حية خلا الفترة 1985-1989 ليصل إلى 86,2 وفاه لكل 100.000 ولادة حية سنة 2008، وحسب الاهداف الانمائية سيتم تخفيض النسبة إلى 57,5 وفاه لكل 100.000 ولادة حية، فقد انخفض المعدل بمقدار 143,8 نقطة من 1985 إلى 2008، و بمقدار 172,5 من 1985 إلى 2015.

و هذا بفضل البرامج الوقائية التي تبنتها الدولة في مجال الاهتمام بصحة الام و الطفل منذ الاستقلال و إلى يومنا هذا، حيث كان اول برنامج في قامت به الدولة في فترة الستينات من خلال إقامة العديد من البرامج من بينها مراكز حماية الأمومة التي تشهد تزايد مستمر من فترة إلى اخرى، حيث كانت تقدر ب 77 مركز سنة 1969 ، لتصل إلى 133 مركز سنة 1972[1]، إضافة إلى برنامج التوليد بدون خطر الذي يعرف منذ سنة 2000[i] حيوية كبيرة تتمثل في التكوين المتواصل للإطارات الطبية والشبه الطبية و تطوير اجراءات التكلف بالإستعجالات التوليدية و أكبر قسط من هذا البرنامجموجه للمناطق الريفية.

أما**على مستوى البلدان المغرب العربي "تونس و المغرب":**

- **بالنسبة للتونس**: كان للبرنامج الدي تبنته الحكومة التونسية سنة 1990 " البرنامج الوطني للسلامة الأم و الوليد"، دور كبير في تقليص وفيات الأمهات و الأطفال ، و تحسين الوضع الصحي للهده الفئة فقد انخفضت معدلات وفيات الأمهات من 68,9 وفاه لكل 100.000 ولادة حية سنة 1994 إلى44,8 سنة 2010[(2)]، فتونس هي البلد المغاربي الذي يتميز بانخفاض في معدل وفيات الامهات مقارنة مع الجزائر و المغرب الاقصى.
- أما بالنسبة **للمغرب الأقصى:** فقد اظهرت البحوث الديموغرافية التي قامت بها المندوبية السامية للتخطيط سنة 2009- 2012 [3] أن معدل وفيات الامهات قد انخفض بمقدار 60% حيث انتقلت من 332 وفاه لكل 100.000 ولادة حية سنة 1985[4]، لتصل إلى 112 وفاه لكل 100.000 ولادة حية , وهذا يرتبط ارتباطا قويا بالتطور المناسب للخدمات الصحية للأمهات رغم المجهودات الا انه تبقى نسبة الوفيات مرتفعا مقارنة مع الجزائر و تونس فالمغرب لا زال يحتاج الى المزيد من المجهودات في هذا المجال.

2.1 تطور وفيات الأطفال: تعتبر وفيات الأطفال أيضا مؤشرا أساسيا للقياس التنمية البشرية المحققة في البلاد، بصفته يقيس مدى التقدم الصحي المحقق عبر الزمن.

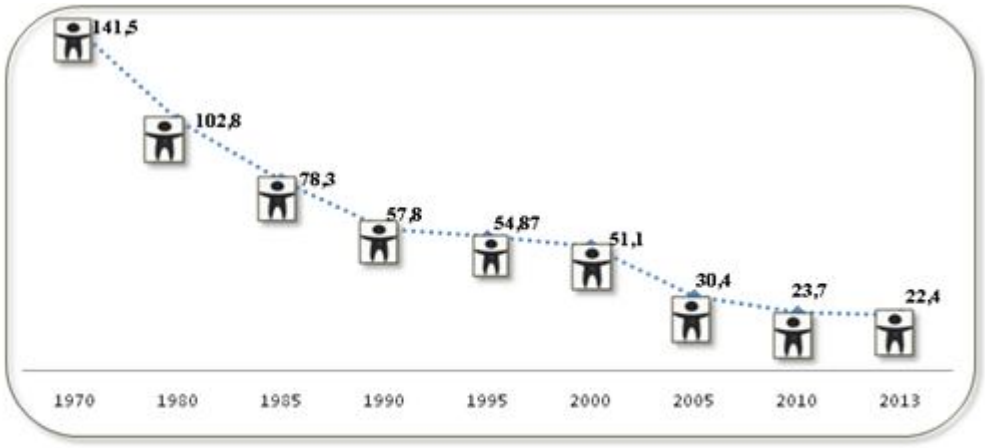
[1] جميلة عطار ، أثر الوفيات في الانتقال الديموغرافي ، مذكرة الماجيستير، قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، السنة الجامعية 2014 ، ص 64.

[2] الصندوق الامم المتحدة للسكان، التقرير الوطني للجمهورية التونسية حول مستوى تنفيد لبرامج عمل المؤتمر الدولي للسكان ز التنمية +20 2013، ص 38.

[3] المملكة المغربية ، تقرير الأهداف الانمائية 2012

[4]المندوبية السامية للتخطيط، البحث الوطني حول السكان و الصحة.

التمثيل البياني رقم 01: تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر



Source : Ministère de sante et reforme hospitalière

من خلال التمثيل البياني للمعطيات الاحصائية المتعلقة بتطور معدلات وفيات الاطفال في الجزائر، نلاحظ أن هذه النسبة شهدت انخفاض ملحوظ حيث كانت تقدر النسبة ب 141,5 ‰ سنة 1970 ليصل إلى 22,4 ‰ سنة 2013 ، بقيمة انخفاض مقدرة ب 119 نقطة, و هذا بفضل برنامج مكافحة الامراض المتوطنة و تطعيم الأطفال و الوقاية من الأمراض ، و مباعدة الولادات و تحسين المستوى المعيشي و الصحي ككل.

- أما بمقارنتها مع بلدان المغرب العربي نجد أن **تونس** هو البلد المغاربي الذي يتميز بتحسن كبير في الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة و السكان ككل، إضافة إلى تحسن الأوضاع الاجتماعية ، مقارنة مع الجزائر و المملكة المغاربية.
- حيث نجد ان معدل وفيات الأطفال الرضع قدرت في التسعينيات قدرت ب 31,7 ‰ لتصل إلى 16 ‰ سنة 2011[(1)].
- بينما **المغرب الأقصى** يشهد ارتفاع ملحوظ في معدل وفيات الأطفال بالمقارنة مع الجزائر و تونس، رغم كل المجهودات المبذولة في مجال الصحة ، و هذا بسبب الفوارق الكبيرة الموجودة بين المناطق المملكة في مجال التنمية، حيث كان يقدر المعدل ب73 ‰[2] لينخفض و يصل إلى 40‰ في الفترة (1999 - 2003)[(3)]، ثم إلى 28,8‰ سنة 2011 [(4)].
- هذا الانخفاض الملحوظ في معدل وفيات الأطفال في بلدان المغرب العربي " الجزائر - المغرب و تونس" راجع إلى توسيع التغطية الخاصة بالتلقيح و تطعيم الأطفال حيث تقدر مثلاً نسبة التغطية الخاصة بتلقيح الأطفال ضد داء الحصبة الذي يعتبر من أخطر الأمراض التي تصيب الاطفال، و الذي يدلي بحياة الألاف من الأطفال، ب (96% بالجزائر - و 97% بتونس – و98% بالمغرب) و هذا سنة 2010 بعدما كان يقدر ب(83% بالجزائر - و 93% بتونس – و79%

[1] الصندوق الامم المتحدة للسكان, نفس المصدر, ص 32.

[2] المملكة المغربية، المندوبية السامية للتخطيط، البحث الوطني حول السكان و الصحة (1985 - 1992).

[3] المملكة المغربية، المندوبية السامية للتخطيط،البحث الوطني حول صحة الأم و الطفل 1997.

[4] المملكة المغربية، المندوبية السامية للتخطيط،البحث الوطني حول الصحة و السكان 2011.

بالمغرب) سنة 1990[1] ، فالتلقيح ضد هدا الداء ساهم في التحكم في عدد كبير من الوافيات بنسبة 74% سنة 2010 على المستوى العالمي.

3.1 تطور السن المتوسط للولادة للأمهات:

عمر المرأة أثناء الحمل و الولادة له دور كبير في التأثير على صحة الأم و مدى تحملها لفترة الحمل.

و حسب المنظمة العالمية للصحة العمر المثالي للمرأة الحامل هو عقد 20 ، فإذا بلغت المرأة أكثر من 30 سنة فهنا يزيد احتمال تعرضها للإصابة بمضاعفات صحية كثيرة كمرض السكري و ارتفاع ضغط الدم، و انخفاض المشيمة و الولادة المبكرة في بعض الحالات و غيرها من الأمراض المزمنة التي قد تؤثر على الحمل و الولادة.

الجدول رقم 02: تطور السن المتوسط للمرأة أثناء الولادة في الجزائر

	1990	2002	2005	2008	2010	2011
السن المتوسط للولادة	29,5	32	31,9	31,9	31,7	31,6

Source : Ministère de santé et de population et réforme hospitalière

من خلال المعطيات المتحصل عليها من وزارة الصحة في الجزائر فإن متوسط العمر الخاص بالمرأة أثناء الولادة في الجزائر كان يقدر ب 29,5 سنة في عام 1990 ليصل إلى 31,6 سنة عام 2011.

4.1 المتابعة الصحية قبل الولادة و بعد الولادة: المتابعة الصحية للأم الحامل قبل الولادة و بعد الولادة من الأولويات الأساسية للحد من وفيات الأمهات.

- فقد أكدت المنظمة العالمية للصحة أن الرعاية الصحية للمرأة الحامل أثناء فترة الحمل و بعدها تلعب دور كبير في الحد من وفيات الأمهات و الرضع، فضلا عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة و قلة الوزن، إضافة إلى هذا فإن هذه الرعاية تسمح لمقدمي الخدمات الصحية بمعرفة كل المعلومات المتعلقة بصحة المرأة الحامل من تاريخ الطبي ، و تقدير الموعد المحتمل للولادة ، وسبل التغذية و الرعاية الصحية السليمة[2].

الجدول رقم 03: **المتابعة الصحية قبل الولادة من 1زيارة إلى 4 زيارات على الأقل**

السنوات	1992	2002	2006	2012
%المتابعة قبل الولادة	58	81	90,4	97,5

Source :
Les donnes des enquêtes nationales
Les donnes d'OMS 2014

- من خلال المعطيات الاحصائية نلاحظ أنه و بفضل التوعية الصحية و برنامج التكفل بالمرأة الحامل ، و تنظيم الطب الخاص بفترة الولادة و ما بعد الولادة [3]، شهدت نسب المتعلقة بالمتابعة الصحية للمرأة الحامل قبل الولادة تحسن ملحوظ حيث كانت تقدر ب 58% سنة 1992 لتصل إلى 97,5% سنة 2012.
- أما فيما يتعلق بالمتتابعة الصحية بعد الولادة لا تزال نوعا ما قليلة، حيث تقدر نسبة النساء اللواتي يقمن بالمتابعة الصحية بعد فترة الولادة ب 30 % منهم 36 % في المراكز الحضرية مقابل 23,9% في المناطق الريفية[4].

[1] OMS, statistique sanitaires mondial année 2010,2012.

[2] منظمة الصحة العالمية ، التوليد في طب الأسرة ، دليل ارشادي ،ليونز بول 2006.

[3] الوزارة المنتدبة المكلفة بشؤون الأسرة و المرأة ، نفس المصدر، ص 10.

[4] CNES, rapport nationale sur le développement humain 2008 Algérie, p 22.

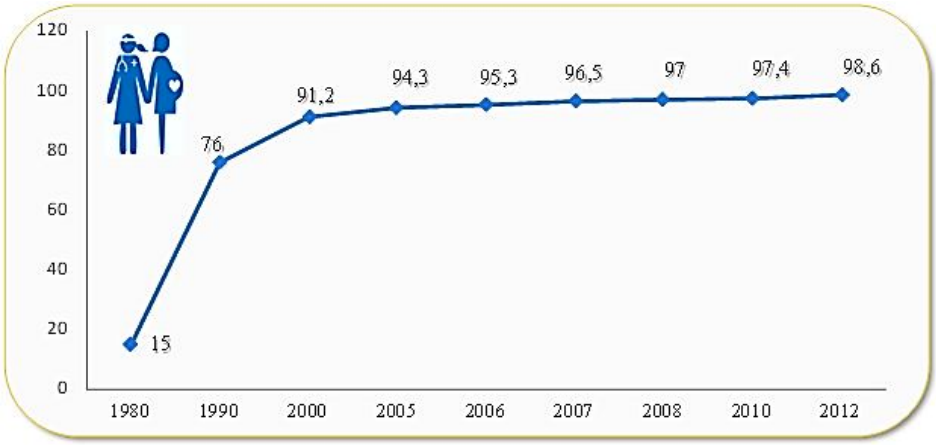
أما على مستوى بلدان المغرب العربي:

- بالنسبة **للتونس** تقدر نسبة المتابعة الصحية للنساء الحوامل قبل الولادة ب 98,1% سنة 2011 بعدما كانت تقدر ب 72% سنة 1989 [1].
- أما بالنسبة **للمغرب الأقصى** فكانت تقدر نسبة المتابعة الصحية للنساء الحوامل قبل الولادة ب 33% ما بين 1987-1991[2] لتصل إلى 77,1% سنة 2011[3].

5.1 تطور نسبة الولادات التي تتم تحت اشراف أخصائيين في مجال التوليد: إن الولادات التي تـم تحـت اشـراف أخصائيين لها در كبير في الحد من وفيات الأمهات و الأطفال ، و تفادي أخطار الولادة و العناية بحالتهم الصحية أثناء الولادة و بعدها.

التمثيل البياني رقم 02: الولادات التي تتم تحت اشراف مختصين في المجال

Source :



1. les donnes de rapport national sur les OMD 2010 Algérie.
2. OMS, statistiques sanitaire mondiale 2013.

من خلال التمثيل البياني للمعطيات الاحصائية نلاحظ أن النسبة شهدت تحسن ملحوظ، بفضل البرامج الصـحية المنتهجة من طرف الدولة في مجال العناية بصحة الأم و الطفل، و هذا من خلال التكوين المتواصل للإطارات الطبية و الشبه الطبية المختصة في طب التوليد سواء داخل الوطن أو خارجه من خلال ملتقيات وأيام دراسية مختصـة ودورات تدريبية، سعيا إلى تحسين الخدمات المقدمة، و هذا كان له الفضل في رفع معدلات الولادات التي تـتم تحـت اشـراف أخصائيين من 15% سنة 1980 ، إلى 76% سنة 1990 ثم إلى 98,6% سنة 2012.

أما مغاربيا:

- بالنسبة **للتونس** قدرت نسبة الولادات التي تتم تحت اشراف أخصـائيين ب 98,5 % سـنة 2011 ، مقابـل 94,5 %سنة 1994، و 71% سنة 1987، و هذا لأكبر دليل على تحسن مستوى الخدمات الصحية بتونس.
- **أما المغرب الأقصى** فالنسبة ضعيفة نوعا ما عن الجزائر و تونس، بحيث تقدر ب 73,6% حسب "**معطيات البحـث الوطني للسكان و صحة الأسرة 2011**"، بعدما كان يقدر ب 31% في الفترة 1987-1991،و قد كشـفت معطيـات صدرت حديثا، أن ثلث الولادات بالمغرب تتم في المنازل[4] خاصة في المناطق الريفية.

---

[1] الصندوق الامم المتحدة للسكان, نفس المصدر, ص38.

[2] Haut-commissariat de planification, rapport national des OMD Maroc 2012, p 54.

[3] المندوبية السامية للتخطيط, البحث الوطني حول السكان و الصحة و الأسرة ,المملكة المغربية 2011.

[4] تحصلنا عليها من الموقع الالكتروني : http://www.bayanealyaoume.press.ma/ 20 janv. 2016

ثانيا-مجال تنظيم العائلي : لقد احتلت فكرة التنظيم العائلي الصدارة في البحوث و الدراسات عبر العالم، و جاءت هذه الفكرة تفاديا أو للحد من النمو السكاني المتزايد و تحسين الوضع الصحي للأم و الطفل، و الهدف من ورائه هو: الحد من النمو السكاني المتزايد-خفض إصابة النساء بفقر الدم- حماية الشابات أو النساء العليلات من أخطار الولادة- ضمان الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأم والطفل- خفض معدل نمو الأسرة وهذا يساعد على تحسين مستوى الحياة والصحة.....إلخ[1].

1.2 نسبة النساء في سن الإنجاب: لقد شهدت نسبة النساء في سن الانجاب ارتفاعا ملحوظا من الاستقلال و إلى يومنا هذا، حيث كانت تقدر النسبة ب 41,47% في تعداد 1966 لتصل إلى 45,04% في تعدادا 1987 ثم إلى 57,67% في تعداد 2008[2].

أمابالقيم المطلقة فقد انتقل عدد النساء في سن الانجاب في الجزائر من 2,49 مليون امرأة في سنة 1966 ، ليصل إلى 5,09 مليون امرأة سنة 1987 ثم إلى 9,7مليون امرأة سنة 2008.

2.2 تطور استخدام موانع الحمل: لقد شهدت نسبة استخدام موانع الحمل في الجزائر ارتفاع ملحوظ، من 35% سنة 1980 إلى 50,9 % سنة 1990 منها 43,1% طرق حديثة، لتصل النسبة إلى 61,4% سنة 2006 منها 52 % طرق حديثة، ثم إلى 64 % سنة 2014 منها 54% طرق حديثة و هذا بفضل التوعية بضرورة التنظيم العائلي، إضافة إلى الأثر الفعال للبرامج الوطنية و السياسات السكانية ، هذا ما يمثله التمثيل البياني للمعطيات الاحصائية.

الجدول رقم 04: تطور استخدام موانع الحمل في الجزائر

	1980	1992	1995	2000	2002	2006	2014
جميع الوسائل	35,5	50,9	56,9	64	57	61,4	64
الحديثة منها	-	43,1	49	50,1	51,8	52	54

Source:
1- les donnes des enquêtes nationales.
2- UNFPA, état de la population mondiale2014, New York, p 105.

فبفضل برامج تنظيم العائلي حققت نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل، حيث انتقلت الخصوبة من 7,6 طفل للمرأة الواحدة في السبعينيات ، إلى 2,93 طفل للمرأة الواحدة سنة 2013 [3]، مما ساهم في خفض معد النمو السكاني الذي يقدر ب 2,1%.

أما بالنسبة للبلدان المغرب العربي:

- **بالنسبة للتونس:** لقد أتاحت السياسة التونسية في مجال التنظيم العائلي للمرأة القدرة على التحكم في خصوبتها كشرط أساسي للتحرر، و بإمكان أكثر من 3/2 من النساء اللجوء إلى وسائل منع الحمل العصرية، حيث تقدر نسبة استخدام وسائل منع الحمل في تونس ب 64% منها 43%عصرية سنة 2014[4]، و نتيجة للدلك انخفض المؤشر الكلي للخصوبة6,4 طفل للمرأة الواحدة سنة 1970 إلى 2 طفل للمرأة الواحدة سنة 2014[5].

[1] OMS.www.oms.org.
[2]Les données de l'ONS
[3]ONS, Données démographiques 2013.
[4]UNFPA, état de la population mondiale 2014, New York, p.106
[5]AFBD, annuaire statistique des pays d'Afriques année 2015 , p 285/www.AFBD.org.

- **بالنسبة للمغرب**:يقدر معدل استخدام للوسائل منع الحمل بالمغرب ب 68% منها 58% عصرية[1], لقد أثمرت سياسة المغرب في مجال التنظيم العائلي من انخفاض معدلات الخصوبة التي انتقلت من أكثر من 5 أطفال سنة 1980 إلى 2,7 سنة 2014[2].

ثالثا-مجال الأمراض المتنقلة جنسيا: منذ اكتشاف أولى الإصابات بداء السيدا في الجزائر سنة 1985 ، عرف هذا المرض نموا مستمرا، فبتاريخ 31 ديسمبر 1990 كان عدد الأشخاص المصابين بهذا المرض 68 حالة، منها 32 حالة تم تسجيلها خلال سنة 1990[3] لوحدها، و على مدار العشريتين الأخيرتين تضاعف عدد حالات الاصابة بمرض السيدا بنحو77 مرة ، ليبلغ 5209 حالة بتاريخ 31 ديسمبر 2009، منها 1028 مصاب و 4181 حامل فيروس نقص المناعة البشرية[4].

- لقد اتخذت الجزائر مجموعة منالإجراءات لمواجهة هذا الداء، ومنها وضع استراتيجية بهذا الشأن وإنشاء مخبر وطني لإجراء التحاليل والفحوصات وإنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة جنسيا ومرض نقص المناعة المكتسبة وتشكيل فوج عمل مواضعي وتنفيذ برنامجي متوسط المدى مع منظمة الصحة العالمية[5]، تحصي الجزائر تسعة مراكز مهمتها الأساسية التكفل التام بالمصابين بفيروس نقص المناعة[6].

الجدول رقم 05: تطور عددالنساءالمصابينبفيروسنقصالمناعةفيسنالانجاب15-49 سنة

	1990	2000	2002	2004	2005	2007
عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة في سن الانجاب15-49 سنة	192	248	329	683	205	244

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Direction de la prévention

لقد قدر عدد الاصابات بداء فقدان المناعة في الجزائر ب1316 إصابة سنة 1990 منها 192 امرأة في سن الانجاب 15-49 سنة، ليصل العدد إلى 1533 بزيادة قدرها217 حلة منها 248 امرأة في سن الانجاب، ليصل أيضا إلى 2363إصابة منها 683 حالة سنة 2004، ثم إلى 3747 إصابة منها 244 امرأة في سن الإنجاب.

بالنسبة لنسبة الاصابة الخاصة بنساء الحوامل فقد شهدت النسبة تراجعا من سنة 2000 إلى 2007، حيث كانت تقدر ب 0,20% سنة 2000 إلى 0,14 % سنة 2004 ثم إلى 0,09% سنة 2007، فخلال 2009 تم تسجيل 65 مولود لأمهات حاملات فيروس السيدا، من بينهم 4 مواليد بنسبة 6,15% انتقل اليهم فيروس من الأم عن طريق العدوى، و 40 مولود بنسبة 61,53% فقد و ابصارهم، و نجى 21 بنسبة 32,30 من العدوى[7].

تشكل العلاقات الجنسية الغير الشرعية أهم أسباب انتقال هذا المرض لكلا الجنسين في الجزائر بنسبة 57,15%[8]، في حين تبقى احتمالات انتقال المرض من الأم إلى الطفل أو عن طريق عمليات نقل الدم ضعيفة.

[1]UNFPA ,même source,p106.
[2]UNFPA, même source ,p106
[3] LE GOUVERNEMENT ALGERIEN [2005]: « Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement », op.cit., p.59
[4] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE [2010] :«Rapport de situation national à l'intention de L'UNGASS sur le suivi de la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies (UNGASS) sur le VIH / SIDA (Période considérée : 2008 – 2009) », op.cit., p.17p.7
[5] نفس المصدر، الوزارة المنتدبة المكلفة بقضايا المرأة و الأسرة ، ص11.
[6]بلعاطل عياش، سياسات التنمية المستدامة و الأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر "دراسة تقييمية للحدود الالتزامات و طبيعة الإنجازات، رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة فرحات عباس ، سطيف، 2011، ص 123.
[7]MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE [2010]:même source ,p 17.
[8] Même source, p 18

أما على مستوى بلدان المغرب العربي:

- بالنسبة **للتونس** فقد سجلت اول حالة مصابة بداء السيدا سنة 1986، و منذ تلك الفترة تزايد العدد ليصل إلى 1706 حالة سنة 2011، أما عدد النساء المصابات بهذا الداء و التي تتراوح أعمارهم ما بين 15-49 سنة فيقدر ب 426 حالة سنة 2011[1].

يصيب فيروس السيدا بنسبة 0,43% عاملي و عاملات الجنس بتونس ، و 3,1% من المدمنين على المخدرات بواسطة الحقن ، و 4,9% من الرجال المثالين[2].

- أما بالنسبة **للمملكة المغربية**: انتقلت نسبة النساء الحوامل المصابات بفيروس السيدا ب 0,03% سنة 1994 إلى 0,07% سنة 1997، ثم 0,17% سنة 2009 ثم إلى 0,11 سنة 2012[3].

و قد أظهر تقرير الاهداف الانمائية للمملكة المغربية عن وجود جهات تفوق فيها نسب الاصابة هذه النسبة، و قد سجل مستوى الوباء مرتفع في

بعض الجهات **مثل:** جهة سوس- ماسة – و درعة تبلغ حوالي 5% بين محترفات الجنس بالمغرب، و لدى الرجال الذين لديهم علاقة مع الرجال، و بالخصوص في الجهة الشرقية ٌإقليم الناظور بنسبة 25 % لدى مستعملي المخدرات و الحقن[4].

رابعا-مجال التغطية الطبية في مجال صحة الأم و الطفل: لقد ساهمت مختلف السياسات الصحية المنتهجة منذ أكثر من 50 سنة من الاستقلال، في تحسين أنواع العلاج وتوسيع التغطية الصحية الخاصة بكل فئة السكان دون استثناء.

الجدول رقم 06: التغطية الصحية في مجال العناية بصحة الأم و الطفل

	1998	2008
طبيب نساء	طبيب لكل 4579 امرأة في سن الإنجاب	طبيب لكل 3692 امرأة في سن الإنجاب
طبيب الأطفال	طبيب لكل 18647 طفل في سن أقل من 18 سنة	طبيب لكل 11646طفل في سن أقل من 18 سنة
الشبه الطبي	قابلة لكل 638 امرأة في سن الإنجاب	قابلة لكل 1033 امرأة في سن الإنجاب

Source :2ème rapport national sur les objectifs millénaire pour développement 2010.p82

لقد لعبت الموارد البشرية دورا هاما في تحسين نوعية العلاج و الحد من وقوع وفيات الأطفال و الأمهات، و هذا بفضل تدعيم التكوين الطبي وشبه الطبي، فحسب المعطيات الاحصائية المقدمة في الجدول أعلاه فقد انتقل عدد الأطباء في مجال طب نساء من 4579 طبيب لكل امرأة في سن الانجاب سنة 1998، إلى 3692 طبيب لكل امرأة في سن الإنجاب سنة 2008 و هذا بزيادة معتبرة قدرها 887 طبيب.

- أما بالنسبة للتغطية في مجال طب الأطفال فقد انتقل العدد من 18647 طبيب لكل طفل أقل من 18 سنة، إلى 11646 طبيب لكل طفل أقل من 18 سنة فقد حققت الجزائر تحسن معتبر بزيادة قدرها 7001 طبيب.

[1]Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) / Programme National de Lutte contre le sida et les MST" Tunisie »

[2]عبيد.ف، الوضعية الوبائية للأمراض المنقولة جنسيا و السيدا في العالم و تونس، مكافحة الإقصاء و التمييز 2012.

[3] المملكة المغربية، تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2012 ، ص 59.

[4]المملكة المغربية، نفس المصدر، ص 58.

o أما بالنسبة للتغطية المتعلقة بعدد القابلات فقد حققت أيضا تحسن جيد فقد انتقل العدد من 638 قابلة لكل امرأة في سن الإنجاب سنة 1998، إلى 1033 قابلة لكل امرأة في سن الإنجاب، بزيادة قدرها 395 قابلة.

قائمة المصادر و المراجع:

أولا-باللغة العربية:

1. الصندوق الامم المتحدة للسكان،التقرير الوطني للجمهورية التونسية حول مستوى تنفيد لبرامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية +20 ،2013.
2. القانون رقم 05 -85 المؤرخ بتاريخ 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها،الجريدة الرسمية العدد8/ 1985.
3. المملكة المغربية،المندوبية السامية للتخطيط،البحث الوطني حول السكان والصحة (1985- 1992).
4. المملكة المغربية،المندوبية السامية للتخطيط،البحث الوطني حول الصحة والسكان 2011.
5. المملكة المغربية،المندوبية السامية للتخطيط،البحث الوطنيح ولصحة الأم والطفل 1997.
6. المملكة المغربية،تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2012.
7. المندوبية السامية للتخطيط،البحث الوطني حول السكان والصحة1992.
8. بلعاطل عياش،سياسات التنمية المستدامة والأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر "دراسة تقييمية للحدود الالتزامات وطبيعة الإنجازات، رسالة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوما لتسيير، جامعة فرحات عباس،سطيف، 2011.
9. جميلة عطار، أثر الوفيات في الانتقال الديموغرافي، مذكرة الماجيستير،قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، السنة الجامعية 2014.
10. عبيد.ف،الوضعية الوبائية للأمراض المنقولة جنسيا والسيدا في العالم وتونس، مكافحة الإقصاء و التمييز 2012.
11. معطيات منظمة الدول العربية، مواجهة وفيات الأمهات و مراضتهن في الدول العربية، بالمشاركة مع منظمة الأمم المتحدة، 2005.
12. منظمة الصحة العالمية،التوليد في طب الأسرة،دليل ارشادي، ليونزبول 2006.
13. منظمة الصحة العالمية، تعريف الصحة الإنجابية الذي وافقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان والتنمية،القاهرة 1994.

ثانيا-باللغة الفرنسية:

14. AFBD, annuaire statistique des pays d'Afriques année 2015.
15. CNES, rapport nationale sur le développement humain 2008 Algérie.
16. Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) / Programme National de Lutte contre le sida et les MST" Tunisie »
17. Haut-commissariat de planification, rapport national des OMD Maroc 2012,
18. LE GOUVERNEMENT ALGERIEN [2005]: « Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement »
19. LE GOUVERNEMENT ALGERIEN [2010]:Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement »
20. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE [2010] :«Rapport de situation national à l'intention de L'UNGASS sur le suivi de la déclaration d'engagement de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies (UNGASS) sur le VIH / SIDA (Période considérée : 2008 – 2009) »
21. OMS, statistique sanitaires mondial année 2010,2012.
22. OMS, statistiques sanitaire mondiale 2013.
23. ONS, Données démographiques 2013.
24. ONS,les donnes des enquêtés national.
25. UNFPA, état de la population mondiale 2014, New York.

ثالثا- مواقع الأنترنيت:

26. www.bayanealyaoume.press.ma le :20 janv. 2016
27. OMS.www.oms.orgle :03 janv. 2016