مجلة آفاق لعلم الاجتماع
ISSN: 1112-8259 EISSN: 2600-6855
المجلد 10 العدد 2/ ديسمبر 2020 ص ص14-31

وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030

Maternal mortality in Algeria in the context of the Millennium Development Goals and the 2030 Agenda for Sustainable Development

د. معاش فيصل*
كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف 1، الجزائر

تاريخ الإرسال: 2020/10/25 تاريخ التقييم: 2020/10/26
تاريخ القبول: 2020/10/31

الملخص:

حاولت هذه الدراسة تسليط الضوء على ظاهرة وفيات الأمهات في الجزائر وتقييم مدى تحقيقها للغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية وقدرتها على تحقيق الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

أظهرت الدراسة أن الجزائر لم تتمكن من تحقيق الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية على الرغم من التقدم الكبير الذي عرفته في مجال خفض وفيات الأمهات، وأنها على الأرجح لن تتمكن كذلك من تحقيق الغاية (3-1) في حال استمرار نفس الاتجاهات الحالية لنمو مؤشراتها.

الكلمات المفتاحية: وفيات الأمهات، مؤشرات، الأهداف الإنمائية للألفية، أهداف التنمية المستدامة، خطة التنمية المستدامة 2030.

Abstract:

This study tried to highlight the phenomenon of maternal mortality in Algeria and assess its achievement of the target 5.A of the MDG sand its ability to achieve the targets 3.1 of the SDGs.

The study showed that Algeria did not fully achieve target 5.A of the MDGs despite the great improvement it witnessed in reducing maternal mortality, and it would also be unable to achieve the target 3.1 if the same current trends persist.

Keywords: maternal mortality, indications, Millennium Development Goals, MDGs, Sustainable Development Goals, SDGs.

* المؤلف المرسل ، fmaache@yahoo.fr

1- مقدمة

تُعد التنمية أحد أهم الأهداف التي تسعى كل دول العالم لتحقيقها، فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياسا لرفاهيتها وعنصرا أساسيا لاستقرارها، ما جعلها تشغل اهتمام المفكرين والباحثين والحكومات والمجتمعات والهيئات الدولية كالأمم المتحدة. فمنذ نشأتها عام 1945 وضعت الأمم المتحدة التنمية على رأس أولوياتها ولعبت دورا مهما في تحديد الممارسات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي يجب على الدول والأفراد ممارستها لتحقيق التنمية من خلال رعايتها للعديد من الاتفاقيات وعقدها لسلسلة من القمم والمؤتمرات العالمية ذات الصلة بالتنمية، ومن أبرز هذه المؤتمرات مؤتمر قمة الألفية عام 2000 والذي تُوج بتبني الأهداف الإنمائية للألفية والتي رسمت الإطار العام لمسار التنمية في الدول النامية إلى غاية سنة 2015. وبعد النجاح الكبير الذي حققته الأهداف الإنمائية للألفية تم الاتفاق خلال القمة العالمية بنيويورك في عام 2015 على جيل جديد من الأهداف التنموية عُرف باسم "خطة التنمية المستدامة لعام 2030" لتقود الجهود العالمية اتجاه قضايا التنمية في العالم على مدى الـ 15 سنة القادمة.

وحينما نتناول قضية التنمية في العالم لابد لنا أن نبرز الموقع الذي تحتله الصحة في خريطة التنمية، ذلك أن الصحة لا تنعزل عن سائر عناصر عملية التنمية وتتأثر بها وتُؤثر فيها. هذا ما جعلها تحتل مكانة بارزة ضمن أولويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية وجعل جميع الدول -المتقدمة منها والنامية- تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية اللازمة للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية، خاصة الفئات الحساسة منها كالأمهات والأطفال. لذا فقد شكّل تحسين صحة الأمهات والحد من وفياتهن أحد المحاور الرئيسية للأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، حيث نص الهدف الخامس من أهداف الأهداف الإنمائية للألفية على ضرورة العمل على تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بين سنتي 1990 و2015. كما أعيد إدماج هذا الهدف كإحدى غايات الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وهي الغايتين (3-1) والتي نصت على ضرورة عمل جميع البلدان على خفض معدل وفيات الأمهات على الأقل إلى 70 حالة لكل 100 ألف مولود حي بآفاق عام 2030.

وإدراكا منها للأهمية البالغة التي تمثلها صحة الأمهات، وتجسيدا لالتزاماتها الدولية، بذلت الجزائر ولا زالت تبذل جهودا كبيرة في مجال رعاية الأمومة، وحرصت منذ توقيعها على إعلان الألفية على وضع سياسات وبرامج صحية متطورة للنهوض بصحة الأم، وجعلت خفض وفيات الأمهات والنهوض بصحتهن على رأس أولوياتها الصحية.

في هذا السياق، فقد جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على تطور ظاهرة وفيات الأمهات في الجزائر وتقييم مدى تحقيقها للغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية ونظيرتها (3-1) في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، من خلال رصد وتتبع وتحليل تطور المؤشر الأساسي لهاتين الغايتين وهو معدل وفيات الأمهات وحساب نسب التغير لتقييم مدى تحقيق الجزائر للغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية وقدرتها على تحقيق الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

بناءً على ما سبق ذكره فإن هذه الدراسة تسعى للإجابة على التساؤل التالي: هل حققت الجزائر الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية المتعلق بتخفيض وفيات الأمهات؟ وهل بإمكانها تحقيق الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030؟.

وللإجابة على التساؤل الوارد في الإشكالية فإننا ننطلق من الفرضيتين التاليتين:

الفرضية الأولى: سجلت الجزائر تحسنا ملموسا في مجال تخفيض وفيات الأمهات إلا أنها لم تحقق بشكل تام الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية.

الفرضية الثانية: في حال استمرار نفس الاتجاهات الحالية فمن المتوقع ألاّ تتمكن الجزائر أيضا من تحقيق الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

أما عن أهداف الدراسة فتمثلت في النقاط الآتية:

- تحليل تطور وفيات الأمهات في الجزائر؛

- تقييم إمكانية تحقيق الجزائر للغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 انطلاقا من تجربة الأهداف الإنمائية للألفية؛

- إماطة اللثام عن أسباب اختلاف التقديرات الوطنية والدولية لمعدل وفيات الأمهات ومحاولة تقدير المستوى الحقيقي للظاهرة في الجزائر.

وفي ما يخص منهجية الدراسة وأدواتها فكانت بسيطة وتمثلت في ما يلي:

- رصد تطور المؤشر الرئيسي للغايتين وهو معدل وفيات الأمهات اعتمادا على البيانات المتوفرة وهي الإحصائيات الوطنية ممثلة في نتائج ثلاث مسوح وهي: المسح الوطني حول وفيات ومراضة الأطفال MMI لسنة 1989، المسح الجزائري لصحة الأم والطفل PAPCHILD 1992، والمسح الوطني حول وفيات الأمهات INSP 1999. إضافة إلى البيانات الدولية ممثلة في تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات لسنة 2015؛
- حساب نسب تغير هذه المؤشرات بين سنتي 1990 و2015 ومقارنتها مع نسب التغير المطلوبة؛
- وضع سيناريوهات حول معدل التغير الذي يمكن أن يسود إلى غاية سنة 2030 وتقييم إمكانية تحقيق الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة 2030.

2-الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030

2-1- الأهداف الإنمائية للألفية

2-1-1- تعريف الأهداف الإنمائية للألفية ومضمونها

تمثل الأهداف الإنمائية للألفية إطار عمل وضعته الأمم المتحدة خلال قمة الألفية عام 2000 لقياس التقدم اتجاه قضايا التنمية في الدول النامية (بالخصوص مكافحة الفقر بمختلف أبعاده، التعليم، والصحة). يتكون هذا الإطار من 8 أهداف و21 غاية و60 مؤشرا لقياس التقدم صوب هذه الأهداف والتي ينبغي العمل على تحقيقها ضمن أُطر زمنية محددة بآفاق سنة 2015.

والمقصود بالهدف: التعبير الموضوعي عما هو مطلوب تحقيقه، ويكون في الغالب غير محدد كميا. أما المقصود بالغاية هو الإنجاز الفردي الذي يمكن ملاحظته ويتصل مباشرة بالهدف (أو هي الهدف الفرعي المنبثق عن الهدف الرئيسي، وتكون غالبا محددة كميا على عكس الهدف). أما المؤشر: فهو المتغير المستخدم لقياس التقدم نحو بلوغ الغاية(بن جليلي رياض، 2007، ص5).

وتتمثل الأهداف الثمانية في ما يلي:

- القضاء على الفقر المدقع والجوع؛
- تحقيق التعليم الابتدائي الشامل؛
- تشجيع المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من أسباب القوة؛
- تخفيض معدل وفيات الأطفال؛
- تحسين صحة الأمهات؛
- مكافحة فيروس ومرض الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض الأخرى؛
- ضمان الاستدامة البيئية؛
- إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

2-1-2- مؤشرات الغاية 5.أ من الأهداف الإنمائية للألفية

شكل تحسين صحة الأمهات، لاسيما تخفيض وفياتهن أثناء الحمل أو النفاس، محور الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، وهذا لكونها وسيلة رئيسية للوصول إلى التنمية المستدامة، إذ أن الحالة الصحية للأم لا تُؤثر عليها وحدها، بل تمتد لتشمل الأسرة والمجتمع ككل. وقد جُعل هذا الهدف في غايتين وهما الغاية (5.أ) التي تنص على تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و2015"، والغاية (5.ب) التي تنص على تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015. يتم رصد الغاية (5.أ) من خلال مؤشرين وهما معدل وفيات الأمهات ونسبة الولادات التي تتم بإشراف موظفي صحة من ذوي الاختصاص.

- معدل وفيات الأمهات: معدل (أو نسبة) وفيات الأمهات هو عدد النساء اللائي يَمُتن لأي سبب يتصل بالحمل أو يتفاقم، أثناء الحمل والتوليد من جراء الحمل أو من طريقة إدارته (باستثناء الحوادث والأسباب الطارئة)، أو في غضون 42 يوما بعد انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل وموقعه، لكل 100000 مولود حي. ويتم حسابه بقسمة مجموع وفيات الأمهات المسجلة (أو التقديرية) في فترة على مجموع المواليد الأحياء المسجلة (أو التقديرية) في نفس الفترة وضرب حاصل القسمة بـ 100000(فريق الأمم المتحدة للتنمية، 2003، ص50).

- نسبة الولادات التي تتم بإشراف موظفي صحة من ذوي الاختصاص: نسبة الولادات التي تتم بإشراف موظفي صحة من ذوي الاختصاص هي النسبة المئوية لحالات الوضع بحضور موظفين مدربين للاضطلاع بما يلزم من إشراف ورعاية وتقديم النصح للمرأة أثناء الحمل والمخاض/التوليد ولإجراء التوليد بأنفسهم، وتقديم العناية للوليد. ولا يشمل "موظفو الصحة ذوو الاختصاص" إلا الموظفين الذين تلقوا التدريب المناسب والذين يمتلكون ما يُلائم من أجهزة وأدوية، ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات (أو القابلين التقليديين) حتى وإن تابعوا دورة تدريبية قصيرة(فريق الأمم المتحدة للتنمية، 2003، ص53).

2-2 - خطة التنمية المستدامة لعام 2030

2-2-1- تعريف خطة التنمية المستدامة لعام 2030 ومضمونها

"خطة التنمية المستدامة لعام 2030" أو "أهداف التنمية المستدامة" هي خطة للتنمية تم إقرارها من قبل رؤساء الدول والحكومات المجتمعين في المقر الرئيسي للأمم المتحدة بنيويورك في سبتمبر 2015 لتحل محل الأهداف الإنمائية للألفية وتسترشد بها جهود التنمية العالمية خلال الأعوام الخمسة عشر القادمة حتى عام 2030. وتتألف هذه الخطة من 17 هدفا و169 غاية

مرتبطة بها، وهي أهداف وغايات عالمية تشمل العالم أجمع، ببلدانه المتقدمة والنامية على حد السواء. كما أنها متكاملة وغير قابلة للتجزئة تحقق التوازن بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة: البعد الاقتصادي والبعد الاجتماعي والبعد البيئي(الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2015، ص3).

تتمثل الأهداف الـ17 للخطة في النقاط الآتية:

- القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان؛
- القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة؛
- ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار؛
- ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع؛
- تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات؛
- ضمان توافر المياه وخدمات الصرف الصحي للجميع وإدارتها إدارة مستدامة؛
- ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة؛
- تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع؛
- إقامة بُنى تحتية قادرة على الصمود، وتحفيز التصنيع المستدام الشامل للجميع، وتشجيع الابتكار؛
- الحد من انعدام المساواة داخل الدول وفيما بينها؛
- جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة؛
- ضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة؛
- اتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لتغير المناخ وآثاره؛
- حفظ المحيطات والبحار والموارد البحرية واستخدامها على نحو مستدام لتحقيق التنمية المستدامة؛
- حماية النظم الإيكولوجية البرّية وترميمها وتعزيز استخدامها على نحو مستدام، وإدارة الغابات على نحو مستدام، ومكافحة التصحر، ووقف تدهور الأراضي وعكس مساره، ووقف فقدان التنوع البيولوجي؛
- التشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يُهمّش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية وصول الجميع إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعّالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات؛
- تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل تحقيق التنمية المستدامة(الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2015، ص18-19).

2-2-2- مضمون الغاية (3-1) ومؤشراتها

من بين أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر (17)، هناك هدف واحد يركز على تحسين الصحة وهو الهدف الثالث: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار. يتكون هذا الهدف من 13 غاية و27 مؤشر، من بينها الغاية (3-1) المتعلقة بوفيات الأمهات، وهي غاية تم ترحيلها من الأهداف الإنمائية للألفية، حيث تنص على خفض النسبة العالمية للوفيات

النفاسية (معدل وفيات الأمهات) إلى أقل من 70 حالة لكل 000 100 مولود حي بحلول عام 2030". وقد تم الاحتفاظ بنفس مؤشري الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية وهما:

- نسبة (أو معدل) وفيات الأمهات؛
- نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحّيون مَهَرة.

وهنا نلاحظ أنه على عكس الأهداف الإنمائية للألفية حُدّد الهدف المنشود كمستوى محدد لوفيات الأمهات ينبغي العمل على بلوغه وليس كنسبة تخفيض.

3. السياسة الوطنية المتعلقة بصحة الأم

شكلت حماية صحة الأم والطفل أحد أهداف السياسة الصحية العمومية في الجزائر حيث خصص القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها فصلا كاملا (الفصل الخامس) لموضوع حماية الأمومة والطفولة، وقد نصت المادة 68 من هذا القانون على أن حماية الأمومة والطفولة تتمثل في جميع التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف على الخصوص حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلاله وبعده، وتحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي والنفسي. وفي هذا الإطار تبنت الجزائر مجموعة من السياسات ووضعت العديد من البرامج التي تهدف إلى رفع المستوى الصحي للأم والطفل.

3-1- برامج تباعد الولادات وتنظيم الأسرة

3-1-1- البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات سنة 1974

بدأ الاهتمام بموضوع تنظيم الأسرة في السنوات الأولى بعد الاستقلال حيث أُنشأ أول مركز لتباعد الولادات في الجزائر بمستشفى مصطفى باشا الجامعي سنة 1967، ثم بعدها أنشأ مركزين آخرين بكل من قسنطينة ووهران سنة 1969 إلا أن العمل توقف في هذين المركزين بعد مرور سنتين (بوتفنوشات حياة، 2013، ص56). ولكن التحول الرئيسي في مجال تنظيم الأسرة حدث بداية من سنة 1974 مع إطلاق البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات le programme national de protection maternelle et infantile et) PMI/EN espacement des naissances) والذي جاء لتطوير وتقديم وسائل منع الحمل في المؤسسات الصحية العامة. وقد ركز هذا البرنامج على إنشاء وتوسيع شبكة مراكز حماية الأمومة والطفولة PMI عبر كل التراب الوطني والتي تتمثل مهمتها الأساسية في حماية وتعزيز صحة الأم والطفل في إطار سياسة مجانية العلاج التي أكدها قانون 73-65 لسنة 1973.

3-1-2- البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي PNMCD 1983

أُطلق البرنامج بتاريخ 20 فيفري 1983، ورغم أنه ليس برنامجا صحيا بأتم معنى الكلمة فهو يندرج في إطار السياسة السكانية التي تهدف إلى خفض معدل النمو الديموغرافي والتي تبنتها الجزائر في نهاية السبعينيات وبدأت في تنفيذها مطلع الثمانينيات، إلا أنه ساهم بشكل كبير في تعزيز برنامج تباعد الولادات وتحسين الحالة الصحية للأمهات والأطفال في الجزائر. كما أنه استفاد من شبكة مراكز حماية الأمومة والطفولة PMI التي أُنشئت في إطار البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات. وقد اعتمد البرنامج إستراتيجية عمل قائمة على ثلاث محاور(Lakrouf Ali, 2014, p3-4):

- تطوير الهياكل القاعدية والتنظيم المادي: ساهم البرنامج في توسيع شبكة الهياكل القاعدية التي تشرف على تباعد الولادات والتي بلغ عددها 340 مركزا لحماية الأمومة والطفولة وتباعد

الولادات PMI/EN عند إطلاق البرنامج سنة 1983 ليرتفع إجمالي عدد هذه الهياكل إلى 745 وحدة سنة 1984 ثم 1400 وحدة سنة 1986 ثم 1800 سنة 1987 ليبلغ 1955 وحدة سنة 1988. هذا التطور السريع جاء نتيجة السياسة التي انتهجها البرنامج والمتمثلة في دمج نشاط تباعد الولادات في جميع الهياكل الصحية القائمة: عيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية وقاعات العلاج.

- الإعلام والتثقيف والتوعية: البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي هو برنامج تحفيزي، لذا فقد أعطى أهمية كبيرة لجانب الإعلام وتوعية السكان من أجل تغيير الذهنيات والمواقف اتجاه قضايا الإنجاب والأدوار الأسرية.

- تشجيع أنشطة البحث والدراسات السكانية: خلال تنفيذ هذا البرنامج تم إجراء العديد من المسوح التي ساهمت بشكل كبير في جمع البيانات حول الظواهر الديموغرافية وتحليلها وضع السياسات والبرامج الصحية والسكانية.

3-1-3- تعديل البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي سنة 1995

عرف البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي اهتماما كبيرا من السلطات في فترة الثمانينات سواء على صعيد التجنيد أو على صعيد التمويل، ولكن هذا الاهتمام قل بشكل كبير بداية من سنة 1989 نتيجة للظروف السياسية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر في بداية التسعينيات، بالإضافة إلى ظهور مفهوم جديد على المستوى الدولي وهو مفهوم "الصحة الإنجابية" وتحول الاهتمام بموضوع تنظيم الأسرة من كونه وسيلة من وسائل السياسة السكانية إلى مكون من مكونات الصحة الإنجابية. هذا ما جعل البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي يخضع لتعديل كبير بداية من سنة 1995، حيث تم:

- إنشاء الهيئة الوطنية للصحة الإنجابية والتخطيط الأسري (la comité national de la santé reproductive et de la planification familiale) في نوفمبر 1995 وهي مسؤولة عن توجيه إستراتيجية العمل لتحسين الرعاية الصحية الإنجابية وتعزيز الالتزام بتنظيم الأسرة؛

- اعتماد إستراتيجية جديدة تعتمد على تحسين الجانب النوعي للخدمة أكثر من الجانب الكمي من خلال تعزيز الموارد، وتحسين القدرات التقنية للموظفين، وتنظيم المرجعية في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة (Lakrouf Ali, 2014,p3). وفي هذا الإطار، تم إدماج نشاط تنظيم الأسرة في مصالح طب النساء والتوليد على مستوى المستشفيات الجامعية من خلال إنشاء 363 مركز للتخطيط العائلي CPF (les centres de planification familiales) على مستوى مصالح التوليد للمراكز الإستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية على المستوى الوطني، وهذا طبقا للقرارين الوزاريين: القرار رقم 39 الصادر في 4 سبتمبر 1992 والقرار رقم 5 الصادر في 25 فيفري 1995. وقد جاء هذا المشروع لتنصيب المراكز المرجعية التي تضم الموظفين المناسبين، الطبيين منهم وشبه الطبيين، وتوفير واسع لمجموع الخدمات المدمجة في مجال الإنجاب إلى جانب إزالة الهوة المتواجدة بين التوليد وتنظيم الأسرة (بوتفنوشات حياة، 2013، ص57). وفي نفس الوقت تم تقليص دور قاعات العلاج في نشاط تنظيم الأسرة نتيجة لعدم توفرها لا على الإمكانيات البشرية ولا على الوسائل التي تضمن لها تأدية هذا النشاط (Oufriha F-Z., 2002, p219).

2-3- برامج مكافحة وفيات الأمهات

3-2-1- البرنامج الوطني لمكافحة وفيات ومراضة الأمهات والوفيات حول الولادة سنة 1997

صدر البرنامج الوطني لمكافحة وفيات وأمراض الأمهات والوفيات حول الولادة سنة 1997 (Le programme national de lutte contre la mortalité et la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale)ووُزع على مستوى الولايات. أهم الأنشطة التي نص عليها هذا البرنامج هي(واضح صليحة، 2017، ص40):

- ترقية مفهوم تنظيم الأسرة وتشجيع منع الحمل بالوسائل الاصطناعية بهدف المباعدة بين الولادات؛
- متابعة الأم والطفل أثناء فترة الحمل والفترة ما بعد الوضع؛
- تحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة.

وقد واجه هذا البرنامج العديد من المشاكل التنظيمية مما تطلب البحث عن آليات لتنشيطه وفي هذا الإطار تم تنظيم ملتقى وطني لإعادة تنشيط البرنامج في مارس 2002 ضم العديد من الخبراء وكان من نتائجه إنشاء الهيئة الوطنية لمكافحة وفيات وأمراض الأمهات وحول الولادة في جويلية 2002.

3-2-2- البرنامج الوطني حول الولادات 2005-2008

رغم أن هذا البرنامج لم يكن موجها بالأساس لمكافحة وفيات الأمهات إلا أنه اهتم بشكل كبير بهذا الموضوع حيث أنه وضع معايير ترتبط بالعناية الصحية بالمرأة قبل وأثناء الولادة، وكان من أهدافه:

- الحد من مضاعفات الحمل المرتبطة بارتفاع ضغط الدم وخفض عدد الوفيات النفاسية الناجمة عن الارتعاج بنسبة 30٪ وضمان الإدارة الفعالة لـ 50% من حالات مقدمات الارتعاج أو الارتعاج الشديد بحلول عام 2008 (MSPRH, 2005, p24)؛
- خفض وفيات الأمهات من مضاعفات نزيف الولادة بنسبة 30%، وضمان الإدارة الفعالة لـ 50% من جميع حالات النزيف قبل الولادة بحلول عام 2008 (MSPRH, 2005, p29).

ولتحقيق هذه الأهداف،ركز البرنامج على ما يلي:

- تعزيز الفحوصات أثناء مرحلة الحمل بغية الاكتشاف المبكر لأمراض الحمل السائدة (السكري وارتفاع ضغط الدم)، وتنفيذ استشارات مرجعية متخصصة لهاتين الحالتين على مستوى العيادات متعددة الخدمات؛
- توحيد وتحسين معايير المراقبة أثناء الولادة بغية الحد من وفيات الأمهات الناتجة عن نزيف الولادة؛
- تدريب الموظفين على التعرف على حالات الخطر التي تتطلب نقلها في وقت مبكر إلى المراكز الصحية ودور الولادة المرجعية؛
- تنظيم دورات إعلامية وتثقيفية للنساء الأكثر عرضة لهذه المخاطر قصد زيادة عدد الفحوص على مستوى المراكز الصحية المرجعية.

3-2-3- التصريح الإجباري وتدقيق وفيات الأمهات

من أجل تحسين رصد وفيات الأمهات والتحليل المعمق لأسبابها أصدرت وزارة الصحة والسكان في سنة 2013 قرارا يؤسس للتصريح الإجباري لوفيات الأمهات ثم أتبعته في سنة 2014 باستحداث تدقيق وفيات الأمهات (l'audit de décès maternel).

4-2-3- البرنامج الوطني لتسريع تخفيض وفيات الأمهات (2015-2019)

يستند البرنامج الوطني لتسريع تخفيض وفيات الأمهات للفترة 2015-2019 إلى خمسة مجالات عمل أو أهداف إستراتيجية وهي:

الهدف الاستراتيجي 1: تعزيز تنظيم الأسرة والوصول إليها؛

الهدف الاستراتيجي 2: تحسين نوعية الرعاية أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة؛

الهدف الاستراتيجي 3: الوصول إلى كل النساء للحد من عدم المساواة؛

الهدف الاستراتيجي 4: تعزيز مشاركة المرأة والأسر ومقدمي الرعاية واستخدام تأثيرهم في مجتمعاتهم المحلية؛

الهدف الاستراتيجي 5: تحسين إدارة مكافحة وفيات الأمهات من خلال تقييم العمل والتعبئة الاجتماعية وتعزيز الاتصالات.

وقد وُضع لكل هدف من هذه الأهداف الإستراتيجية مجموعة من التدابير أو الإجراءات حيث بلغ عددها 20 إجراء.

4- عرض النتائج ومناقشتها

4-1- وفيات الأمهات في الجزائر حسب التقارير الوطنية

4-1-1- لمحة عن البيانات الوطنية المتعلقة بوفيات الأمهات

جرت أول محاولة لتقدير وفيات الأمهات سنة 1989 بمناسبة المسح الوطني حول وفيات ومراضة الأطفال MMI (Mortalité et Morbidité infantile) وقد استُخدِمت فيه طريقة الأخوات وقُدر معدل وفيات الأمهات بـ 230 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي. ثم جرى تقديره مرة ثانية سنة 1992 خلال المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل (PAPCHILD 1992) باستخدام طريقة الأخوات أيضا أين قُدر المعدل بـ 215 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي. أما المرة الثالثة فكانت سنة 1999 بمناسبة المسح الوطني حول وفيات الأمهات الذي نفذه المعهد الوطني للصحة العمومية مستخدما أسلوب "دراسات الوفيات في سن الإنجاب RAMOS" حيث قَدّر هذا المسح معدل وفيات الأمهات بـ117,4 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي كما توصل هذا المسح إلى أن وفيات الأمهات تُشكل ما نسبته 9% من إجمالي وفيات النساء في سن الإنجاب.

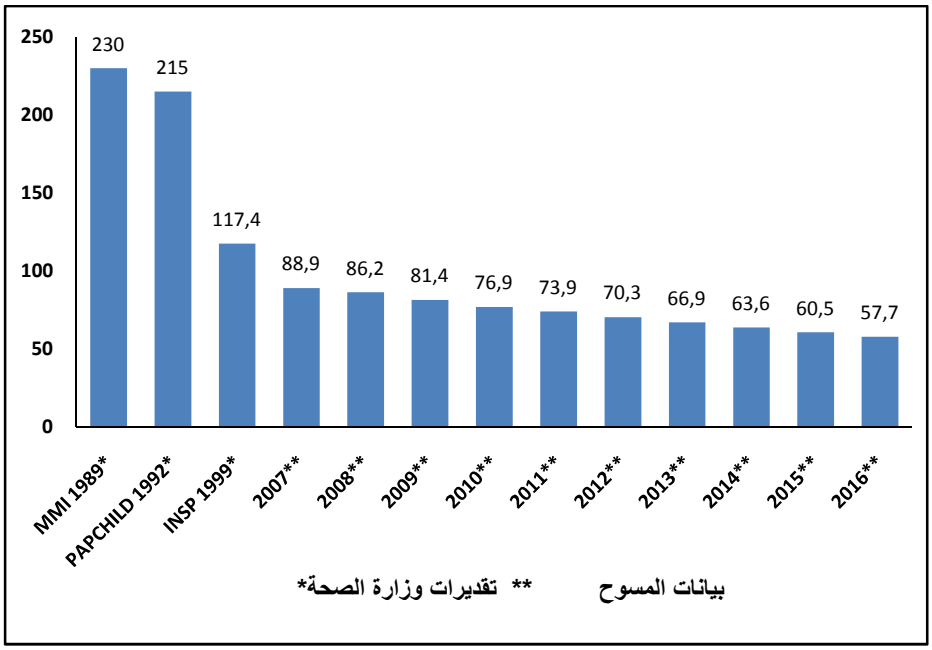
ومنذ سنة 1999 لم يجرى أي مسح وطني شامل لتقدير وفيات الأمهات، والبيانات الوحيدة المتوفرة هي التقديرات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي لا تُوضح طريقة إعدادها، وهذا ما يطرح إشكالية كبيرة تتعلق بموثوقية هذه التقديرات. فإذا كانت هذه التقديرات يتم إعدادها من خلال إحصائيات المستشفيات ودور الولادة التابعة للوزارة فإنها تعطينا تقديرا ناقصا بشكل كبير لمستويات الظاهرة. فهي لا تأخذ في الحسبان سوى وفيات الأمهات التي تحدث أثناء الولادة أو خلال الفترة التي تليها مباشرة في وحدات الولادة التابعة للقطاع العام، ولا تأخذ في الحسبان الوفيات التي تقع في البيوت، أو في عيادات القطاع الخاص أو حتى تلك

الوفيات التي تحدث في بقية مصالح المستشفيات (أقسام الجراحة، مصالح الإنعاش، ...) دون أن يتم تقييدها ضمن وفيات الأمهات.

4-1-2- تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر

الشكل 1 يعرض تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر من نهاية الثمانينات إلى غاية سنة 2016 حسب المعطيات الوطنية المتوفرة.

شكل رقم 1: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر (لكل 100 ألف مولود حي) خلال الفترة 2016-1989



Sources : - Gouvernement Algérienne, **Objectifs du Millénaire pour le Développement,** Rapport national 2000-2015, juin 2016, p80.
- Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières, direction de la population, « **Situation démographique et sanitaire** », juillet 2017, p13.

من خلال هذا الشكل يظهر بوضوح أن معدل وفيات الأمهات في تراجع مستمر، حيث انخفض من 230 حالة لكل 100 ألف مولود حي بمناسبة المسح الوطني حول وفيات ومراضة الأطفال لسنة 1989 إلى حوالي 60 حالة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2015 وحوالي 58 حالة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2016، وهذا راجع أساسا للمجهودات التي بذلتها الجزائر في سبيل تحسين الصحة العمومية بشكل عام وصحة الأمهات بشكل خاص من خلال إنشاء العديد من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في صحة الأم والطفل (EHS –mère et enfant)، زيادة نسبة التغطية بالأخصائيين ذوي المهارة (الأطباء المختصين في التوليد وطب النساء والقابلات)،

وتحسين شروط متابعة الحمل والولادة. بالإضافة إلى تبني العديد من البرامج والسياسات التي تهدف إلى تحسين صحة الأمهات والحد من وفياتهم (برنامج تباعد الولادات، المخطط الوطني لخفض وفيات الأمهات...).

2-4- وفيات الأمهات في الجزائر حسب تقرير الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات لسنة 2015

1-2-4- نبذة عن الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات لسنة 2015

تأسس الفريق بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات The United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (UN MMEIG) بهدف إعداد تقديرات لمعدل وفيات الأمهات تكون قابلة للمقارنة على المستوى الدولي بالحصول على المشورة المستقلة من فريق استشاري تقني يضم علماء وأكاديميين يتمتعون بالخبرة في مجال قياس معدل وفيات الأمهات، وهو يضم كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة، وقد قام هذا الفريق بعقد شراكة مع فريق في جامعة ماساتشوستس في أمهرست بالولايات المتحدة الأمريكية وجامعة سنغافورة الوطنية بسنغافورة وجامعة كاليفورنيا في بيركلي بالولايات المتحدة الأمريكية (منظمة الصحة العالمية، 2015، ص1).

ولحد كتابة هذا البحث أجرى الفريق 9 جولات لتقدير وفيات الأمهات في العالم، آخرها الجولة التاسعة سنة 2019 والتي تناولت "اتجاهات وفيات الأمهات للفترة 2000-2017"، وقبلها كانت الجولة الثامنة التي تناولت اتجاهات وفيات الأمهات للفترة 1990-2015 وهي التقديرات التي سنعتمد عليها في هذه الدراسة.

تقوم إستراتيجية عمل الفريق على ما يلي:

- إدخال جميع مصادر البيانات المتوفرة عن وفيات الأمهات في كل بلد مع تصحيح ما يشوبها من أخطاء ناتجة عن القصور في الإبلاغ وسوء التصنيف، وكذا إعطاء كل مصدر وزنا مختلفا تبعا لجودته حيث تُعطى البيانات من مصادر الجودة الأعلى وزنا أكبر في النموذج بحيث تُؤثّر على التقديرات النهائية أكثر من البيانات الأقل دقةً؛

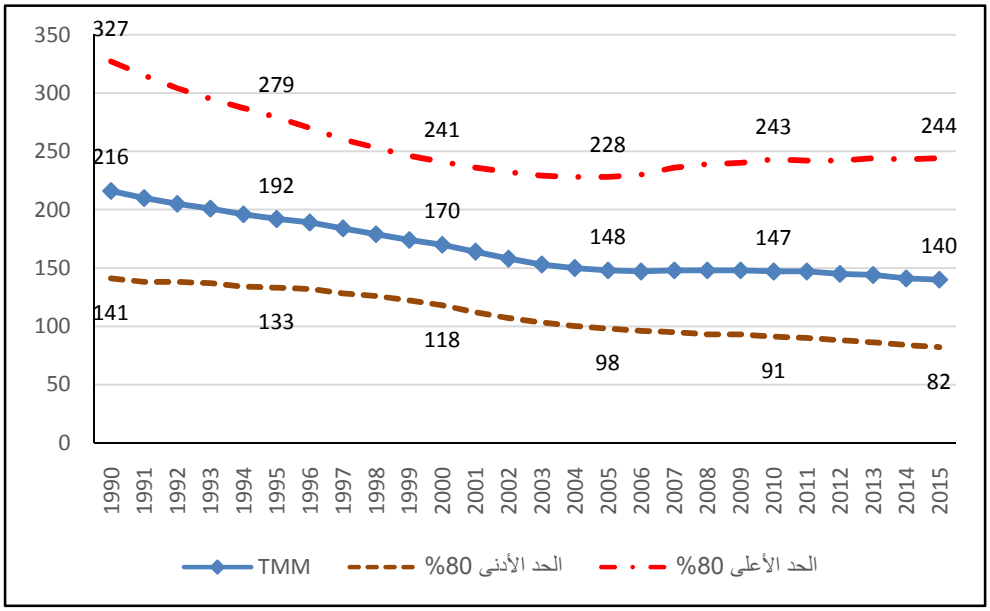
- وضع نموذج مبسط تستمد من خلاله تقديرات تخص البلدان التي لا تتوفر لديها بيانات موثوقة باستخدام عوامل معروفة بارتباطها بوفيات الأمهات (covariate informations). وقد اختار الفريق منذ سنة 2010 ثلاث متغيرات وهي: نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDB)، معدل الخصوبة العام (GFR) ونسبة الولادات التي تتم تحت إشراف كادر صحي مؤهل (SAB).

1-2-4- مستويات واتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر

يعرض الشكل (2) تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات MMEIG لمعدل وفيات الأمهات في الجزائر للفترة 1990-2015 مع مجال عدم اليقين بنسبة 80%. وهو يُظهر أن معدل وفيات الأمهات في الجزائر لا يزال يعرف مستويات مرتفعة جدا وفق تقديرات فريق MMIEG ولم يعرف تحسنا كبيرا بين سنتي 1990 و2015، حيث أنه انخفض من 216 حالة سنة 1990 إلى 140 حالة (لكل 100 ألف مولود حي) سنة 2015، أي أنه انخفض بنسبة 35% فقط خلال 25 سنة بمعدل 1,8% سنويا.

كما يظهر الشكل أيضا أن مجال عدم اليقين بنسبة 80% لهذه التقديرات واسع جدا وهذا راجع إلى عدم وجود بيانات وطنية موثوقة حول وفيات الأمهات في الجزائر.

شكل رقم 2: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر للفترة 1990-2015 حسب تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات لسنة 2015



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على تقديرات الفريق المشترك MMIEG لسنة 2015.

إن هذه النتائج -رغم عدم اليقين الكبير الذي يعتريها- تؤكد على ضعف جودة البيانات الوطنية لوفيات الأمهات وعدم موثوقيتها لدى الهيئات الدولية، والحاجة الملحة إلى إجراء دراسات وطنية لتقدير المستويات الحالية للظاهرة في الجزائر.

4-3- تقييم الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية

4-3-1- تقييم الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية من خلال البيانات الوطنية

لقياس نسبة التخفيض بين سنتي 1990 و2015 وتقييم مدى تحقق الغاية (5.أ) فإننا نحتاج أولا إلى تحديد معدل وفيات الأمهات سنة 1990، فكما هو معروف فإن طريقة الأخوات المستخدمة في كل من MMI 1989 وPAPCHILD 1992 تقيس معدل وفيات الأمهات لفترة سابقة تمتد لعدة سنوات قبل المسح وهي 5 سنوات في كل المسحين. أي أن MMI 1989 قدر معدل وفيات الأمهات للفترة 1985-1989، أما PAPCHILD 1992 فقد قدر المعدل للفترة 1988-1992، وعليه فمن المنطقي أخذ هذا الأخير كمعدل وفيات الأمهات لسنة 1990 باعتبارها تمثل منتصف الفترة (1988-1992). على هذا الأساس نجد أن معدل وفيات الأمهات انخفض بمقدار 71,86% بين سنتي 1990 و2015 بمعدل انخفاض سنوي قدره 4,95%، وهي نسبة قريبة جدا من النسبة المطلوبة في هذه الغاية (75%).

وبالتالي يمكن القول اعتمادا على هذه النتيجة أن الجزائر اقتربت بشكل كبير من تحقيق هدف تخفيض وفيات الأمهات بمقدار الثلثين بين سنتي 1990 و2015.

إلا أن هناك العديد من الشواهد والأسباب التي تجعلنا نشكك في موثوقية التقديرات الوطنية للسنوات الأخيرة وبالتالي صحة هذه النتيجة، أبرزها:

- عدم وجود أي دراسة إحصائية وطنية حول وفيات الأمهات منذ سنة 1999، والاعتماد فقط على التقديرات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات دون توضيح طريقة إعدادها يطرح إشكالية تتعلق بموثوقية هذه التقديرات سواء تم إعدادها من خلال إحصائيات المستشفيات ودور الولادة التابعة للوزارة أو وفق نماذج إحصائية؛
- من المعروف الترابط الوثيق بين وفيات الأمهات ووفيات الأطفال خصوصا حديثي الولادة، وعند تحليلنا لوفيات الأطفال في الجزائر نجد أن وتيرة انخفاض هذين المعدلين قد تراجعت بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة حيث بلغ معدل انخفاضها السنوي 1,34% و1,25% على التوالي خلال الفترة 2010-2015، بالمقابل نجد وفق هذه الإحصائيات أن معدل وفيات الأمهات قد انخفض بمعدل 4,68% سنويا خلال هذه الفترة !؛
- يزيد من هذه الشكوك الأخبار اليومية المتداولة المتعلقة بالاكتظاظ الشديد في دور الولادة وحالات وفيات الأمهات العديدة المسجلة نتيجة الإهمال والتي كانت نهايتها في كثير من الأحيان التوقيف أو السجن وأروقة العدالة.

4-3-2- تقييم الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية من خلال البيانات الدولية

من خلال تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات فإن معدل وفيات الأمهات في الجزائر انخفض بمقدار 35% فقط بين سنتي 1990 و2015. مما يعني أن الجزائر كانت بعيدة جدا عن تحقيق هدف تخفيض وفيات الأمهات بمقدار الثلثين بين سنتي 1990 و2015.

تجدر الإشارة إلى أن تقرير سنة 2015 صنّف الجزائر ضمن البلدان التي «لم تحرز أي تقدم» في مجال تخفيض وفيات الأمهات وتحقيق الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية وهذا بسبب أنه قدر أن هناك احتمال يفوق 10% بعدم وجود أي تخفيض في معدل وفيات الأمهات بين سنتي 1990 و2015. حيث أن التقرير أخذ في الحسبان في هذا التصنيف زيادة على تقديرات نسبة التخفيض درجة عدم اليقين المرتبطة بها. (WHO, 2015, p25).

4-3-3- تقييم الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية من خلال الجمع بين التقديرين

كل من التقديرات الوطنية وتقديرات الفريق المشترك بين الوكالات تعتريها درجة عالية من عدم اليقين حيث نرى أن التقديرات الوطنية تُقدّر الظاهرة تقديرا ناقصا بالمقابل فإنّ تقديرات الفريق المشترك التي تقدِّرُها تقديرا زائدا، وعليه فإنّ السيناريو الأقرب إلى الواقع حسب رأينا هو أن المعدل الحقيقي لوفيات الأمهات محصور بين التقدير الوطني وتقدير الفريق المشترك، أي:

إذا قمنا بتقدير معدل وفيات الأمهات من خلال المتوسط الحسابي البسيط للتقديرين نجد أن معدل وفيات الأمهات في الجزائر قد بلغ 100,25 حالة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2015،

وبالتالي انخفض بحوالي 53,5% بين سنتي 1990 و2015 (وهي نفس النسبة التي انخفض بها معدل وفيات الأطفال دون الخامسة). مما يعني أن الجزائر لم تتمكن من تحقيق هدف تخفيض وفيات الأمهات بمقدار الثلثين بين سنتي 1990 و2015.

4-4- تقييم واستشراف للغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030

تنص الغاية (**1.3**) من خطة التنمية المستدامة 2030 على ضرورة تخفيض معدل وفيات الأمهات إلى ما دون 70 حالة لكل 100 ألف مولود حي بحلول عام 2030. ولتقييم واستشراف هذه الغاية فمن الضروري أولا وضع افتراضات حول المستويات الحالية للظاهرة نظرا للتباين الكبير حولها بين التقديرات الوطنية والتقديرات الدولية، وثانيا حول معدلات الانخفاض التي من الممكن أن تسود إلى غاية سنة 2030.

4-4-1- السيناريو 1 (السيناريو المتفائل)

بافتراض صحة التقديرات الوطنية فإن معدل وفيات الأمهات قد وصل إلى ما دون 70 حالة لكل 100 ألف مولود حي منذ سنة 2013 وبالتالي: تكون الجزائر قد حققت الغاية (1.3) من أهداف التنمية المستدامة 2030، وإذا افترضنا ثبات معدل التغير السنوي لوفيات الأمهات عند المستوى الخاص بالفترة 2010-2016، أي:(-4,675%) فإن معدل وفيات المتوقع بآفاق سنة 2030 سيكون:

- أي أنه: في حال ما إذا كانت التقديرات الوطنية لمعدل وفيات الأمهات صحيحة وساد نفس معدل الانخفاض السنوي للفترة 2010-2016 فإن معدل وفيات الأمهات سيبلغ 29,5 حالة لكل 100 ألف مولود حي بآفاق سنة 2030.

4-4-2- السيناريو 2 (السيناريو المتشائم)

إذا افترضنا صحة تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات لمعدل وفيات الأمهات لسنة 2015، وكذا ثبات معدل التغير السنوي لوفيات الأمهات عند المستوى الخاص بالفترة 2010-2015 والذي قدر بـ (-0,971%)، فإنّ معدل وفيات المتوقع بآفاق سنة 2030 سيكون:

- أي أنه: في حال ما إذا كانت تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات لمعدل وفيات الأمهات لسنة 2015صحيحة وساد نفس معدل الانخفاض السنوي للفترة 2010-2015 فإن معدل وفيات الأمهات سيبلغ 121 حالة لكل 100 ألف مولود حي بآفاق سنة 2030، وبالتالي ستبقى بعيدة جدا عن تحقيق الغاية (1.3) من أهداف التنمية المستدامة 2030.

4-4-3- السيناريو 3 (السيناريو الراجح)

وهو السيناريو الراجح بالنسبة إلينا ووفقا لهذا السيناريو فإن معدل وفيات الأمهات في الجزائر انخفض بمقدار 10,45% بين سنتي 2010 و2015 أي بمعدل تغير سنوي قدره (-2,184%).

وإذا افترضنا زيادة على ذلك ثبات معدل التغير السنوي لوفيات الأمهات عند المستوى الخاص بالفترة 2010-2015، فإنّ معدل وفيات المتوقع بآفاق سنة 2030 سيكون:

- في هذه الحالة فإنه من المتوقع بلوغ الهدف المطلوب بعد t سنة حيث:

بالتعويض نجد $t \cong 17$، أي بآفاق سنة 2032.

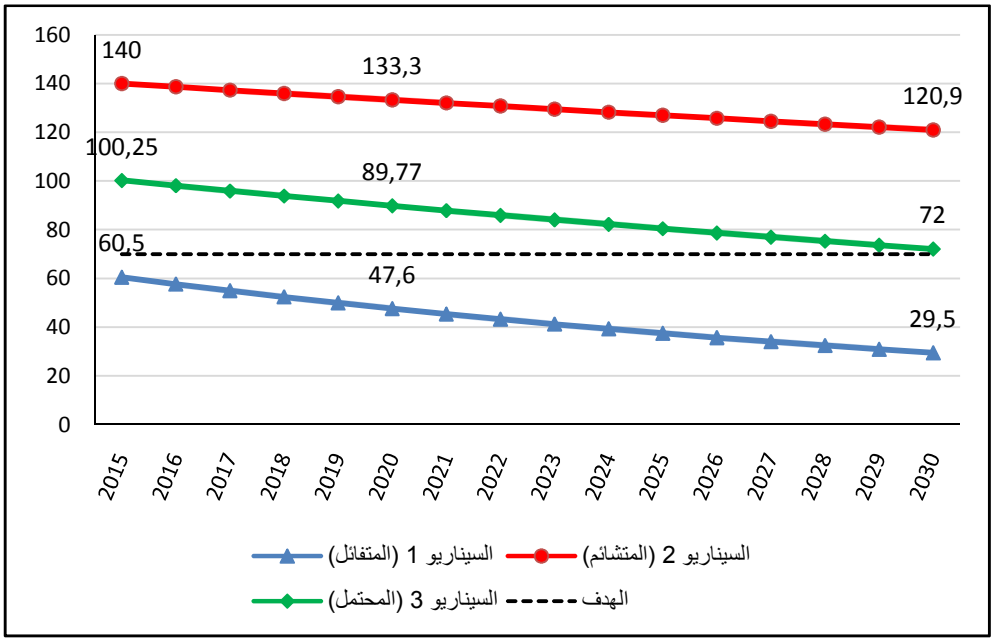
- ولبلوغ الهدف في آفاق سنة 2030 يجب العمل على تخفيض معدل وفيات الأمهات بمعدل سنوي لا يقل عن r' حيث:

بالتعويض نجد $r' \cong -2{,}366$

❖ أي أنه: إذا كان تقديرُنا لمعدل وفيات الأمهات لسنة 2015 بحوالي 100 حالة (لكل 100 ألف مولود حي) صحيحا، وساد نفس معدل الانخفاض السنوي للفترة 2010-2015 والذي قدّرناه بـ (2,184%) فإن معدل وفيات الأمهات سيبلغ 72 حالة لكل 100 ألف مولود حي بآفاق سنة 2030،وسيتم بلوغ غاية تخفيض المعدل إلى ما دون 70 حالة بآفاق سنة 2032، ولبلوغ هذه الغاية بآفاق 2030 نحتاج إلى معدل تخفيض سنوي خلال الفترة 2015-2030 لا يقل عن 2,366%.

والشكل 3 يعرض هذه السيناريوهات:

شكل رقم 3: معدل وفيات الأمهات بآفاق سنة 2030



المصدر: من إعداد الباحث.

- الخاتمة

حاولت هذه الدراسة تقييم الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية واستشراف الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 المتعلقتين بخفض وفيات الأمهات. حيث توصلت من خلال رصد واستشراف المؤشرات الخاصة بهما إلى النتائج التالية:

- الجزائر حققت تقدما كبيرا في تخفيض وفيات الأمهات إلا أنها لم تتمكن من تحقيق الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية؛

- وجود تفاوت كبير بين البيانات الوطنية والدولية حول المستويات الحالية لمعدل وفيات الأمهات في الجزائر واتجاهاتها ونسب تحقيقها الغاية (5.أ) من الأهداف الإنمائية للألفية؛

- أظهرت الدراسة تضاربا كبيرا بين التقديرات المبنية على البيانات الوطنية والتقديرات المبنية على البيانات الدولية بخصوص قدرة الجزائر على تحقيق الغاية (3-1) من خطة التنمية المستدامة لعام 2030. فحسب التقديرات الوطنية فإن هذه الغاية محققة منذ سنة 2013، أما التقديرات الدولية فأظهرت أن هذه الغاية لن تتحقق إذا استمرت نفس الاتجاهات الحالية. ونتيجة لعدم اليقين الكبير المحيط بكلا التقديرين، حاولنا التوفيق بينهما (متوسط التقديرين) فوجدنا أن الغاية (3-1) لن تتحقق إلا بآفاق 2032.

بناءا على النتائج المستخلصة من هذه الدراسة فإننا نوصي بما يلي:

- ضرورة إجراء مسح وطني حول وفيات الأمهات في أقرب وقت ممكن قصد تقدير المعدل الفعلي للظاهرة وكذا خصائصها وتوزيعها الجغرافي، وهذا نظرا للتضارب الكبير بين التقديرات الوطنية والتقديرات الدولية وعدم اليقين الذي يعتريها إضافة إلى المدة الطويلة التي مرت منذ إجراء آخر مسح حول الظاهرة في الجزائر؛

- ضرورة إضفاء شفافية أكبر حول الطريقة الحالية لإعداد التقديرات الخاصة بوفيات الأمهات؛

- تحسين عملية رصد وفيات الأمهات في الجزائر بتطوير نظام الرصد الحالي حتى يأخذ في الحسبان الوفيات التي تجري في البيوت أو في بقية المصالح والعمل على رصدها مستقبلا من خلال نظام الحالة المدنية؛

- مواصلة وتعزيز الجهود المبذولة في سبيل تحسين صحة الأمهات والحد من وفياتهن.

- قائمة المراجع

1.بن جليلي، رياض، "حساب فجوة الأهداف الإنمائية للألفية"، مجلة جسر التنمية، العدد 65، الكويت: المعهد العربي للتخطيط، جويلية 2007.

2. فريق الأمم المتحدة للتنمية، مؤشرات معدة لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، فريق الأمم المتحدة برئاسة صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية- شعبة الإحصاء، نيويورك، سبتمبر، 2003.

https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_95A.pdf (consulté le : 24/10/2020)

3. الجمعية العامة الأمم المتحدة، تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة السبعون، البندان 15 و116 من جدول الأعمال، وثيقة رقم A/RES/70/1 صادرة بتاريخ 25 سبتمبر 2015.
https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=A (consulté le : 24/10/2020)

4. القانون رقم 05/85 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405ه الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 8 من الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الصادر بتاريخ 17 فيفري 1985.

5. بوتفنوشات، حياة، "حول الوضعية الديموغرافية في الجزائر والصحة الإنجابية"، مجلة دراسات اجتماعية، المجلد 5، العدد 2، الجزائر: مركز البصيرة للبحوث والاستشارات التعلمية، 2013.

6. Lakrouf Ali, "La politique algérienne en matière de population", revue El-Bahith en sciences humaines et sociales, N°17, Université Kasdi Merbah Ouargla, Décembre 2014.

7. OUFRIHA Fatima-Zohra, Sysème de santé et population en Algérie, Alger: Editions ANEP, 2002

8. Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières**,** Programme National de Périnatalité–programme triennal 2005-2008 http://www.sante.dz/pnp/pnp.pdf(consulté le : 02/04/2020).

9. Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières, Direction générale de la prévention et de la promotion de santé, Plan National de réduction de la mortalité maternelle 2015-2019.

10. Gouvernemant Algérienne**,** Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport national 2000-2015, juin 2016.
https://consulat-lyon-algerie.fr/wp-content/uploads/2016/12/Objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-Algerie-2016.pdf
(consulté le : 23/10/2020)

11. Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières, Direction de la population, « Situation démographique et sanitaire », juillet 2017.
https://www.unicef.org/algeria/rapports/plan-national-de-r%C3%A9duction-de-la-mortalit%C3%A9-maternelle-2015-2019(consulté le : 24/10/2020)

12. منظمة الصحة العالمية، الاتجاهات المسجلة في معدل وفيات الأمهات في الفترة بين عامي 1990 و2015، تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة، تقرير موجز، جنيف، سويسرا 2015.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/ar/ (consulté le : 01/11/2020)

13. World Health Organisation, « Trends in maternal mortality 1990 to 2015 »,estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division", Geneva, Switzerland, 2015. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf (consulté le : 24/10/2020).