

بعض المؤشرات الديمغرافية لتقييم واقع الصحة في الجزائر

An Overview of Health Situation in Algeria through Demographic Indicators

نعيمة أوطالب¹، نوال بلجود²¹ كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة، n.outaleb@univ-bouira.dz² المدرسة العليا للأساتذة، بوزريعة، nawelnawel020@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2024/04/26

تاريخ القبول: 2024/06/25

تاريخ النشر: 2024/06/30

ملخص:

إن تناول واقع الصحة في الجزائر بتعدد مداخله يحيلنا إلى التساؤل عن المؤشرات الفعلية التي تقيم هذا الواقع وتعكس جوانبه عمليا. وبالنظر إلى صعوبة معالجة كافة المداخل في هذا المقال، فقد بدا لنا مهما طرح بعض المؤشرات الديمغرافية وربطها مع مستوى تطور الموارد البشرية والطبية والهياكل القاعدية الصحية التي يجوزها القطاع في الجزائر. إن تصنيف هذه المؤشرات في ثلاثة عناصر قد يقارنا من استقراء واقع الصحة وانعكاساتها الفعلية على السكان، وقد اخترنا لذلك في العنصر الأول البحث في التطور الكمي للأطباء والصيدالة وجاء العنصر الثاني لبيان هو الآخر مدى تطور الهياكل الصحية القاعدية، أما العنصر الثالث فقد عرض بالتفصيل مؤشري وفيات الأمهات ووفيات الأطفال الأقل من سنة.

كلمات مفتاحية: الصحة، الجزائر، وفيات الأطفال، الأطباء، الهياكل الصحية .

Abstract :

The diverse approaches to the health situation in Algeria prompt us to question the actual indicators that assess this situation and effectively capture its dimensions. In view of the challenge of treating all the approaches, it is worthwhile to present certain demographic indicators and relate them to the level of development of medical human resources and health infrastructure that the sector has in Algeria. Dividing these indicators into three elements could provide us with a better extrapolation of the health situation and its actual implications on the population. Specifically, we have opted to explore the quantitative development of doctors and pharmacists in the first element, while the second element aims to

illustrate how much the fundamental health infrastructures have developed .The third element focuses on detailing the indicators of maternal and infant mortality.

Keywords: Health; Algeria; Infant Mortality; Doctors; Health Infrastructures.

* المؤلف المرسل: نعيمة أوطالب، الإيميل: n.outaleb@univ-bouira.dz

1. مقدمة:

كثيرا ما نقرأ أو نسمع من الرأي العام أن "الصحة في الجزائر مريضة"، وإذا لزم العلاج لأمراض معينة فالمقصد هو الدول الأجنبية، وأن مستويات الرعاية الصحية والخدمات في القطاع ليست بالمعايير الدولية: لا توجد أشعة ولا تحاليل ولا أدوية ولا حتى أماكن للاستشفاء في المراكز الاستشفائية بالقدر الكافي الذي يغطي طلبات السكان، بالمقابل نجد أن هناك تطور في عدد الهياكل الصحية وفي عدد الإطارات الطبية والشبه الطبية، وتزايد في حجم الانفاق الذي يتلقاه القطاع إضافة إلى تدعيمه بالقطاع الصحي الخاص منذ نهاية الثمانينات. زد على ذلك صفة الإصلاح والانعاش التي لازمت القطاع لعقود وما حملته الوزارة من تسمية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع إعادة الهيكلة التي تطال القطاع في الغالب كل 10 سنوات. كل هذا التدمير الذي نسمعه هل هو مجرد إشاعات رافقت تطور القطاع الصحي أم حقيقة يلمسها غالبية السكان بما فيهم الفاعلين فيه، أو بصفة أدق ما هي المؤشرات التي يمكن من خلالها تقييم واقع الصحة في الجزائر؟

لقد تطور قطاع الصحة في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا قاطعا أشواط كبيرة تمهدف دوما إلى تقريب الصحة من المواطن الذي له الحق فيها وهذا ما نصت عليه جميع الدساتير الجزائرية، وفي الوقت نفسه شهدت الجزائر تزايدا ملحوظا في عدد السكان وصل إلى حد أنه تضاعف إلى ثلاث مرات عما كان عليه بعد الاستقلال ولا زال في تزايد مستمر. في العموم، يكفل حجم السكان لقطاع الصحة أن يوفر له اليد العاملة المؤهلة ويطلب منه بالمقابل خدمات ورعاية صحية تصاحب مختلف التركيبات السكانية خاصة العمرية منها دون استثناء ولكن بفروقات تخص كل مرحلة عمرية كما تخص الرجال والنساء.

ومما لا يخفى على أحد فإن الصحة مطلب ضروري للسكان وفي الوقت نفسه يمثل مصدرا أساسيا للتطور الاقتصادي والاجتماعي (حوالف، 2017)، وعليه بدا لنا مهما أن نتقصى واقعها في الجزائر من خلال بعض المؤشرات الديمغرافية وعلى أساسها سنقيم القطاع الصحي على مدار ستة عقود، ونحاول أن نعرف ما إذا وصلت الدولة لتغطية صحية تراعي أغلب احتياجات السكان ومطالبهم الفعلية فيما يخص التشخيص والعلاج والتداوي والاستشفاء ككل وبخدمات صحية ملائمة للمعايير الدولية. ولهذا الغرض افترضنا أن تحسن بعض المؤشرات الديمغرافية مرده إلى تطور عدد الأطباء والصيدالة وتزايد عدد الهياكل القاعدية الصحية، وعليه كلما غطت الموارد البشرية الطبية والهياكل القاعدية حجم السكان المتزايد تحسنت المؤشرات الديمغرافية وأصبحت الصحة بصحة وعافية.

وفي السياق نفسه، ولتشريح واقع الصحة في الجزائر كان لا بد علينا جمع الإحصائيات اللازمة لذلك مما نشره الديوان الوطني للإحصائيات وما نشر من تقارير عن نتائج التحقيقات الديمغرافية والصحية ذات الطابع الميداني في الجزائر¹. وحسب آخر الإحصائيات فإن هذا قطاع اهتم بتكوين وتأطير الموارد البشرية من أطباء في جميع التخصصات وأعاون الشبه الطبي والصيدالة وغيرهم ممن يحتاجهم القطاع، كما ركز على بناء الهياكل القاعدية والمنشآت الصحية، اللتين من خلالهما ستغطي الدولة احتياجات سكانها في مجال الصحة والمرض وهذا ما سنعرضه في كل من العنصر الأول والثاني ثم سنعالج في العنصر الثالث مستويات تطور المؤشرات الديمغرافية خاصة تلك التي تخص صحة الأمومة والطفولة في إشارة لها لتقييم واقع الصحة في الجزائر.

2. تطور المورد البشري الطبي في الجزائر ما بين (1966-2019):

بعد الاستقلال وجد قطاع الصحة نفسه مشلولاً حاله حال القطاعات الأخرى وهذا بسبب ما خلفه الاستعمار من فوضى في الجزائر خاصة بعد أن سحب أطقمه الطبية، وكان لا بد على السلطات آنذاك أن تجد حلولاً سريعة ومنها العمل بما هو موجود من هياكل وإطارات طبية وغيرها واستدعاء الأطباء من الخارج وخاصة من الدول العربية فيما يعرف بالتعاونية الطبية الأجنبية² (شريف، 2005-2006) لتعويض عبء الفراغ الذي تحمله القطاع آنذاك.

لم يتعد عدد الأطباء المحليين 350 طبيب مقابل 937 طبيب أجنبي، وبذلك مثل الأطباء الأجانب ثلاثة أضعاف المحليين سنة 1962، من مجمل 1279 طبيب كانت مهامهم تغطية احتياجات 10 ملايين نسمة (طبيب لكل 7036 نسمة). وفي السياق نفسه، يوضح الجدول رقم 1 أن تزايد عدد الأطباء خلال الأربع سنوات (1962-1966) كان ضئيلا إذا ما وجدنا أن القطاع قد تدعم بحوالي 19 طبيب في كل سنة (أجانب ومحليين) للمدة نفسها، بالمقابل نجد أن عدد السكان كان في تزايد سريع وصل إلى أكثر من 12 مليون نسمة تكفل بها 1356 طبيب سنة 1966.

وفي انتظار تكوين الطاقم الطبي الجزائري بعد سن قانون مجانية التعليم في 1971 بدأت بوادر السياسة الصحية تظهر، حيث أقرت الدولة فيها مجانية العلاج بالهيكل التابعة لها بالمرسوم رقم 73-65 الصادر في 28 ديسمبر 1973 (معاش، 2020) وبدأ العمل به في جانفي 1974 ثم أدمج في دستور 1976 (شريف، 2005-2006)، حيث نصت المادة 67 على: "أن كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم"، والتزم في المادة 33 على أن "الدولة مسؤولة عن ظروف حياة كل مواطن فهي تتكفل باستيفاء حاجاته المادية والمعنوية ومتطلباته المتعلقة بالأمن والكرامة وتستهدف تحرير المواطن من البطالة والمرض والجهل" (العباسي، 2017).

الجدول رقم (01): تطور المورد البشري الطبي في الجزائر من (1966-2019)

السنوات	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب	أطباء الأسنان	عدد السكان لكل طبيب أسنان	عدد الصيادلة	عدد السكان لكل صيدلي	عدد السكان حسب التعدادات
1966*	1.356	8738	171	69292	216	54856	12.096.000
1977	4.321	3948	933	18283	906	18828	17.058.000
1987	17.760	1303	5648	4097	1752	13207	23.139.000
1998	29.970	985	7954	3710	4299	6864	29.507.000

34.591.000	4314	8019	3248	10649	721	47.994	2008
43.450.000	3309	13129	2797	15533	649	66923	2019
44.244.435	3351	13202	2861	15464	658	67239	2020
45.023.000	3300	13642	2775	16223	636	70804	2021
45.799.000	-	-	-	-	-	-	2022
46.552.000	-	-	-	-	-	-	2023***
<p>(*) تبدأ المعطيات الخاصة بعدد الأطباء من سنة 1962 والخاصة بعدد أطباء الأسنان والصيدالة سنة 1963</p> <p>(**) تقدير عدد السكان سنة 2019 وأجل التعداد السادس لسنة 2023.</p> <p>(***) التوقعات الأولية، حساب مديريةية السكان(DPOP)، وزارة الصحة، 2023.</p>							
<p>المصدر:</p> <p>1. (Office nationale des statistiques، 2022)</p> <p>2. (Ministere de la sante، 2023)</p>							

لقد ساهمت هذه السياسة جملة وتفصيلا في تضاعف حجم الإطارات ككل، وجعل الجزائر تنتهج برامج صحية جديدة للنهوض بالوضعية الصحية الحرجة التي خلفها الاستعمار خاصة في مجال وفيات الأطفال والأمهات والحد من انتشار الأمراض المعدية. لقد لاحظنا أنه في سنة 1977 تضاعف حجم الإطارات الطبية) إلى أربعة أضعاف بالنسبة للأطباء، وتسعة أضعاف بالنسبة لأطباء الأسنان، والصيدالة، وهذا ما وسع دائرة التغطية الصحية في الجزائر إلى أكثر من نصف ما كانت عليه من قبل أمام تزايد مطرد لعدد السكان (أنظر الجدول رقم 1).

وعلى أرض الواقع بدأ انحصار المورد البشري الطبي الأجنبي ليتقارب مع قرينه المحلي في العدد سنة 1973 (1241 طبيب محلي يرافقه 1226 طبيب أجنبي) ثم بدأ عدد الإطارات الطبية الأجنبية ككل في التناقص فعليا ابتداء من سنة 1986 ليصل إلى أدنى عدد سنتي 1993 (3 أطباء أسنان و3 صيدالة) و1994 (111 طبيب)، بسبب العشرية السوداء ليختفي العدد من خريطة الإحصائيات حتى يومنا هذا.

لقد قطفت ثمار مجانية التعليم ومجانية الصحة والتكوين المكثف للمورد البشري الطبي التي طبقت خلال السبعينات في نهايتها وتستمر حتى عشرية الثمانينات وزيادة بشرية طبية وصلت نسب النمو السنوي ما بين 1966 و1987 من % 11 إلى حدود 19.7% سنويا حسب التخصص، ثم انخفضت ما بين 1987 و2019 لتستقر فيما بعد في حدود 5%. (أنظر الجدول رقم 02).

الجدول رقم (02): توزيع نسب النمو السنوي للموارد البشرية الطبية ونمو السكان في الجزائر ما بين (1966-2019)

المدد الزمنية	الأطباء (%)	أطباء الأسنان (%)	الصيدالة (%)	النمو السكاني (%)
(1977-1966)	11 %	16.7%	13.9%	32%
(1987-1977)	15 %	19.7%	06.8%	31%
(1998-1987)	04.9%	03.2%	08.5%	22%
(2008-1998)	04.8%	03%	06.4%	16%
(2019-2008)	05.2%	03.5%	04.6%	21%
المصدر: قامت الباحثتان بحساب معدلات النمو السنوي (2023)				

في عشرية الثمانينات سنت الدولة قانون الصحة 05/85 والذي ركز بدوره على حماية الصحة وترقيتها وعززت في قانون الصحة 2018 في المادة 05 على المنظومة الصحية التي يجب أن تركز على قطاع عمومي قوي، وعلى ضمان خدمات صحية ذات جودة. وصدر ميثاق الصحة سنة 1998 وجاء ليؤكد على ضرورة إزالة الفوارق الجهوية وأن حماية الصحة لا تنحصر على ما تقدمه المنظومة الصحية لوحدها (العباسي، 2017). ميدانيا، لقد عمقت الدولة الفارق بين 1962 و2019 لأضعاف كثيرة وانتقل العدد من طبيب لكل 8738 نسمة حسب إحصائيات 1966، ليسجل طبيب لكل 649 سنة 2019 وطبيب لكل 636 نسمة في سنة 2021، وهذا يعني أن التغطية الصحية أصبحت تشمل أغلبية الساكنة وأصبحت أفضل مما كانت عليه سابقا.

لقد تضاعف الأطباء من ثلاثة إلى أربع مرات في كل عشرية منذ الاستقلال (من 1.356 طبيب سنة إلى أكثر 1966 إلى أكثر من 70.000 طبيب سنة 2021)، ومن خمس إلى ست مرات في كل عشرية فيما يخص أطباء الأسنان والصيدالة، حيث كان عددهم 171 سنة 1966 ليقفز إلى أكثر من 16.000 طبيب أسنان سنة 2021، و216 صيدلي ليصل إلى أكثر من 13.000 للمدة نفسها. إن لهذه الإطارات الطبية نصيبها في الهجرة والاستنزاف نحو الخارج وهذا ما عانى منه القطاع الصحي في الجزائر ولا زال يورد رأس ماله البشري الطبي إلى الدول المتقدمة خاصة الدول الأوروبية.

ضف إلى ذلك نجد أن هناك إعادة هيكلة خريطة الصحة وإطلاق حملات تنظيم النسل والتحكم في النمو الديمغرافي على هيئة برامج وطنية ظرفية تشرف عليها وزارة الصحة والسكان، وكل هذا قابله نمو سريع بمعدلات مرتفعة وصلت إلى أكثر من 30% ما بين 1966 و1987 أشارت إلى تضاعف السكان في أقل من 25 سنة (أكثر من 23 مليون نسمة سنة 1987) الذي لم تكف احتياجاته عن التزايد وفي قمتها نجد مطلب الصحة. صحيح أن معدلات النمو السكاني ما بين 1987 و2008 تميزت بالانخفاض المحسوس (أنظر الجدول رقم 2)، إلا أنها عاودت الارتفاع إلى 21% خلال المدة الممتدة ما بين 2008 و2019. وهنا حري بنا أن نتساءل عن عودة ارتفاع معدل النمو السكاني ما بين 2008 و2019: هل له ثقل على مطلب الصحة في الجزائر؟ وهل سيتأثر قطاع الصحة بحجم السكان المتزايد كما حدث في بداية التسعينات؟ وكيف سيلبي مطالبه؟

ومما سبق نستنتج نظريا أن المورد البشري الطبي قد يغطي احتياجات غالبية السكان وحتى طلباتهم بالنظر إلى الإحصائيات المنشورة، لكن ما لاحظناه هو تناقص عدد الأطباء ما بين 2019 و2020 بـ 448 طبيب دون غيرهم من الإطارات الأخرى، إذ وصل عددهم إلى 84.161 سنة 2019 لينخفض إلى 83.713 سنة 2020 حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات³ وهنا نتساءل لماذا هذا الانخفاض؟ وهل الصحة في الجزائر تشبعت ووصل حال سكانها إلى الرفاه الصحي وبذلك أصبحت تصدر الأطباء إلى الخارج؟ أم أن الخلل بدأ يظهر بنزوح إطاراتها الطبية إلى القطاع الخاص ومغادرة آخرين الجزائر ككل؟ كما يجب أن نسأل ما إذا كان عدد الأطباء المتخرجين هو نفسه أو يقارب عدد الأطباء الذين هم يشتغلون

سواء في القطاع العمومي وقطاع الخواص معا، وهل تعدد الهياكل الصحية القاعدية المنتشرة على الخريطة الصحية للجزائر تستوعب الإطارات الطبية المتخرجة للتشغيل وطلبات السكان للاستشفاء؟

3. تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر ما بين (1966-2019)

لقد اتجهت السياسة الصحية في الجزائر إلى الاستغلال الأمثل للهياكل الصحية من خلال قانون 05/85 وقانون 2018 والتزمت على أن تكون الهياكل الصحية في متناول جميع السكان مع توفير أكبر درجة من الفعالية والسهولة واحترام كرامة الانسان (المادة 11) هذا من جهة، ومن جهة أخرى ركزت على ترسيخ ثلاثة مبادئ أساسية تعتمد فيها اعتمادا كليا على الرعاية الصحية والخدمية لكافة السكان وتلبي مطالبهم من خلال التوزيع الجيد للعلاج وتسهر بذلك على السير الحسن لهياكلها وخدماتها وإطاراتها (شريف، 2005-2006) وتفيد هذه المبادئ في:

1.3. تقسيم القطاع الصحي: ووضع خريطة صحية لهياكله متكامل وتتكافل فيما بينها، حيث يضم كل قطاع مستشفى عام وعيادات طبية ومراكز صحية وقاعات للعلاج وعيادات للتوليد.

2.3. التدرج في العلاج: ويكون كما يلي: العلاج الأولي (المستوى الأول)، ثم العلاج العام (المستوى الثاني)، ثم العلاج الذي يتطلب التخصص (المستوى الثالث)، وفي الأخير العلاج الذي يتطلب تخصص دقيق وعالي (المستوى الرابع).

3.3. الخريطة الجهوية للصحة: والتي تقسم التراب الوطني انطلاقا من مستويات العلاج المذكورة في النقطة الثانية إلى 13 منطقة تضم كل ولايات الوطن (شريف، 2005-2006).

إن الخريطة الصحية في الجزائر قد عرفت حركية دورية من هيكلة وإعادة هيكلة، وإصلاح وإعادة إصلاح الهدف منها توزيع الخدمات الصحية والرعاية والتكفل بجميع السكان، وضم الإطارات الطبية والشبه الطبية بالكم الذي يغطي احتياجات السكان (طبيب لكل 649 نسمة سنة 2019). وما سنعرضه عن مخطط الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر يعود لسنة 2019 وهو التقسيم الذي جرى خلال السنوات 2008، و2009، و2010 حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات (Office nationale des

(statistiques, 2022)، والذي صدر مرسومه سنة 2007 تحت الرقم 07-140 استحدثت على إثره المؤسسات العمومية الجوارية⁰

وقسمت الخريطة الصحية إلى 5 مناطق صحية، لكل منطقة مجلس إقليمي ومرصد (العباسي، 2017)، وصنفت الهياكل عموما إلى ست مؤسسات تتكفل بصحة السكان لكل منها دوره معظمها تابع للقطاع العمومي ومنها ما هو تابع للخواص. نجد خمس منها استشفائية فيها مراكز جامعية ومستشفى جامعي من مهامها تكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية، وهي بذلك تمثل شريان النظام الصحي في الجزائر ومن مهامها الاستشفاء وتقديم العلاج العام والمتخصص والعلاج الذي يتطلب دقة وتخصص عالي مثل مستشفى طب الأطفال بوهران ومستشفى طب العيون وغيرها (أنظر الجدول رقم 03).

ما نستخلصه من إحصائيات مخطط الهياكل الصحية في الجزائر هو غياب نظام المستشفيات الكبرى أو المجمعات الاستشفائية القابلة للمنافسة الإقليمية والقارية وحتى الدولية والقادرة على التكفل بعدد كبير من المرضى المحليين والأجانب، وما استحدثت من تقسيم في سنة 1998 هو نوى لمستشفيات منها ما هو جامعي وعددها 15 على المستوى الوطني⁴ ومنها ما هو متعدد التخصصات ومنها ما هو متخصص، دعمه جملة وتفصيلا تقسيم 2007 المطبق فعلا سنة 2008.

لقد تضاعف عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة منذ ظهورها على الخريطة الصحية من 31 مؤسسة متخصصة سنة 1998 ليصل إلى 79 مؤسسة متخصصة سنة 2019 تتوزع على 36 ولاية، كما استحدثت المراكز الطبية الاجتماعية، ومؤسسات الصحية الجوارية التي كانت تسمى سابقا بالمراكز الصحية (المستوصفات) والتي اشتغلت عليها الدولة وضاعفت فيها العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج ومراكز التوليد. ولتشريح مساهمة الهياكل الصحية في التغطية الصحية والخدمية للسكان سنقف عند النقط الآتية التي استخلصناها من معطيات الجدول رقم 03:

الجدول رقم (03): تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر من (1966-2019)

2019	2008	1998	1987	1977	1966	الهياكل الصحية
210	190	201	مستشفيات 261	مستشفيات 183	-	1. المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) توجد ب 9 ولايات
09	04	-	-	-	-	2. المؤسسة الاستشفائية (EH) توجد ب 9 ولايات
15	13	13	-	-	-	3. المركز الاستشفائي الجامعي (CHU)
01	01	-	-	-	-	4. المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EHU) ³
79	57	31	-	-	-	5. المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS) توجد ب 36 ولاية
273	271	المراكز الصحية 1126	المراكز الصحية 1205	المراكز الصحية 620	-	6. المؤسسة الصحية الجوارية (EPSP)
1763	1419	478	412	153	-	العيادات (Polyclinique)
6044	5077	3780	2693	1325	-	قاعات العلاج

849(*)	504	447	-	47	-	مراكز التوليد
667	611	504	-	-	-	المراكز الطبية الاجتماعية (C MS)
69663(**)	60532	58243	55001	45029	-	عدد الأسرة بالمؤسسات الاستشفائية
840	968	1099	-	-	-	عدد الصيدليات العامة
<p>(*) يجمع كل مراكز التوليد في القطاع العام وفي القطاع الخاص الموجودة في كل أصناف الهياكل الصحية.</p> <p>(**) عدد الأسرة حسب وزارة الصحة (59314) أقل بكثير من العدد المصرح به من طرف الديوان الوطني للإحصائيات وبفارق يتجاوز (10.000 سرير)</p> <p>المصدر: من إعداد الباحثين على أساس معطيات. (Office nationale des statistiques, 2022) (ONS, Algerie en quelques chiffres Resultats 2000, 2001)</p>						

1.3. لقد توسعت المستوصفات إلى مؤسسات عمومية للصحة الجوارية تتوفر على العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج ومراكز التوليد وهي تمثل الشبكة الصحية القاعدية ومهمتها تقديم العلاج الأولي لكل مواطن جزائري (شريف، 2005-2006)، وإن بدا أن عددها قد زاد على المستوى الوطني ليصل إلى أكثر من 1700 عيادة وأكثر من 6000 قاعة علاج حسب إحصائيات 2019، فإنه لا بد على المتفحص أن يأخذ بعين الاعتبار مساحة الجزائر الشاسعة، وعدد ولاياتها الذي أصبح 58 ولاية و553 دائرة و5411 بلدية حسب تقسيم 18 ديسمبر 2019، وكلها تحتاج إلى تغطية صحية وخدمية متوازنة.

2.3. لم تحظى الجزائر بإنشاء مستشفيات كبرى بمعايير دولية ذات منافسة عالمية لحد الآن، وإذا ربطناه بعدد الأسرة مهما كان نوعها ومهما كانت المؤسسة الاستشفائية التي يوجد بها، نجد أنه لم يواكب حركية تكوين الأطباء والنمو السكاني معاً، وبذلك لم يواكب احتياجات السكان فيما يخص الاستشفاء داخل المؤسسات العمومية، وذلك حسب ما تكشفه الإحصائيات، ففي سنة 1977 عدد الأسرة في جميع

المستشفيات وصل إلى 45.059 سرير ليلبلغ 69.663 سرير سنة 2019، ولو احتسبنا معدل الزيادة السنوية للأسرة داخل المؤسسات الاستشفائية لوجدناه لم يتعدى 2 % على مدار كل عشرية، بل وتناقص ما بين سنتي 1987 و1998 إلى (-1472)⁵

هذا ما إذا اعتمدنا أن الإحصائيات المقدمة من طرف الديوان الوطني للإحصائيات فيما يخص عدد الأسرة في المستشفيات ونفرض أنها لا تشوبها شائبة ولم تتأثر بالتقسيم الذي مس قطاع الصحة آنذاك. إذا سلمنا أن عدد الأسرة لا يواكب عدد طالبي الاستشفاء والرعاية الصحية الاستشفائية، فإن هذا الأمر يحيلنا مباشرة إلى الضغط الذي تعاني منه المؤسسات الاستشفائية، وبالتالي هناك ضعف في مجال استقبال المرضى، وهنا ينكشف خلل نقص الهياكل الصحية القاعدية وإن كان هناك استثمار فيها وما تبعه هو عبارة عن نوى مستشفيات تؤدي إلى سلوك المستشفى يعاين ويشخص المرض ولكن "روح لدارك ومرض"، ويمكن أن نشرح خلل الذي أصاب الهياكل القاعدية الصحية على أربع مستويات:

- **المستوى الأول:** يتمثل في أن الهياكل القاعدية الصحية التي بنيت حديثا هي عبارة عن نوى مستشفيات لا تفي بغرض طلبات الاستشفاء والعلاج مهما كانت درجته، يقابلها اهتراء في المنشآت القاعدية الصحية الموجودة.

- **المستوى الثاني:** يظهر جليا في عجز الهياكل في استقبال المرضى، حيث أن عدد الأسرة لم يواكب التزايد السكاني لعقود ماضية ولا يتوافق حاليا مع عدد طالبي الاستشفاء.

الجدول رقم (04): توزيع الأطر الطبية بين القطاعين العام والخاص في الجزائر
ما بين (1998-2018)

2018	2008	1998	الموارد البشرية الطبية
67615	41154	26675	القطاع العام
42034	25509	15548	القطاع الخاص
5.1%	4.4%	-	نسبة النمو السنوي للقطاع العام
5.1%	5.1%	-	نسبة النمو السنوي للقطاع الخاص
109649	66663	42223	مجموع الموارد البشرية في القطاعين
5.1%	4.7%	-	النسبة الاجمالية للنمو السنوي للموارد البشرية الطبية ضمن القطاعين
<p>المصدر: من إعداد الباحثين على أساس معطيات (ONS, Algérie en quelques chiffres Resultats 2000, 2001) (ONS, Algérie en quelques chiffres Resultats (2006-2008), 2009) (ONS, Algérie en quelques chiffres, Resultats 2016-2018, 2021) قامت الباحثتان بحساب نتائج النمو السنوي (2023).</p>			

- **المستوى الثالث:** يبرز في عدم التوازن في التوزيع الجغرافي للمؤسسات العمومية الصحية بين مختلف جهات الوطن، حيث أن العاصمة لوحدها تستحوذ على 55 بالمئة من المؤسسات العمومية للصحة، في حين أن كل من الشرق والغرب يحوزان على الترتيب 22 بالمئة و20 بالمئة، أما الجنوب الكبير فيسجل بما فيه الشرقي والغربي على التوالي 2 بالمئة و1 بالمئة فقط من مجمل المؤسسات الاستشفائية (بودلال، 2015).
- **المستوى الرابع:** ظهور تباين وفروقات في مستوى أداء الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر من حيث النوعية والفعالية سواء على المستوى الطبي أو الإداري (حوالف، 2017) رافقها لعقود.

3.3. في ظل الضغط على القطاع العمومي بسبب تزايد احتياجات السكان للصحة ظهر في نهاية الثمانينات وبداية التسعينات ما يعرف بالقطاع الخاص للتكفل بصحة السكان والذي رخصت له الدولة بعد التعديلات التي طالت السياسة الصحية في الجزائر، حيث عمل الخواص على فتح عيادات طبية خاصة (شرفي)، وقد حاولوا أن يوفرُوا نوعية معينة للرعاية الصحية والخدمية للمستفيدين من العلاج (2005-2006)، وقد حاولوا أن يوفرُوا نوعية معينة للرعاية الصحية والخدمية للمستفيدين من العلاج مقابل تكاليف محددة مسبقاً، وهذا سبب فقدان القطاع العمومي عدد مهم من الأطقم الطبية المتخصصة، والجدول رقم 4 يبين توزيع الموارد البشرية الطبية بين القطاع العام ونظيره الخاص خلال 20 سنة الماضية (1998-2018) بمعدلات نمو سنوية متقاربة تصل إلى 5.1%.

وفي السياق نفسه، يوضح الجدول رقم 5 مدى توسع القطاع الخاص في 10 سنوات الأخيرة (2008-2019). صحيح أن عدد العيادات الخاصة قد تزايد في 10 سنوات الأخيرة إلى نصف ما كان عليه سنة 2008 بزيادة تصل إلى 50% ونمو سنوي يتراوح من 3% إلى 12% حسب نوع العيادة الطبية. إلا أن هذه الزيادة لا تغطي جميع احتياجات السكان لسبب أول هو أن تكاليف العلاج في العيادات الخاصة مهما كان نوعها توصف دوماً بأنها باهظة وما ينجر عنها من تكاليف أخرى ثانوية كأشعة وتحاليل قد تقف كعائق أمام طالب العلاج.

ويتمثل السبب الثاني في أن معظم هذه العيادات يديرها طبيب واحد وهي خاصة بالكشف والفحص لا غير، ولا يمكنها أن تتكفل بالمرضى استشفائياً إلا في حالات العيادات الخاصة التي يشرف عليها مجموعة من الأطباء ومساعدتي التمريض وطاقم طبي متكامل.

الجدول رقم (05): تطور عدد العيادات الطبية في الجزائر ما بين (2008-2019) حسب نوع

العيادات

2019	نسب النمو السنوي (%)	2018	2008	نوع العيادات الطبية (Cabinet)
11210	6.6 %	10620	5621	عيادات طبية متخصصة
8686	3.0%	8347	6202	عيادات طبية عامة
7966	4.8%	7526	4717	عيادات طب الأسنان
1029	12%	938	301	عيادات المجموعة
28.891	5%	27431	16.841	مجموع العيادات بالقطاع الخاص
المصدر: (Office nationale des statistiques, 2022) قامت الباحثتان بحساب نتائج النمو السنوي (2023).				

4.3. وبما أن أول ما يشار له بالبنان حول صحة الأمومة والطفولة هو مستوى التغطية الصحية والخدمية التي تكفلها مراكز التوليد وتتلقاها الشريحتان (الأم والمولود)، قامت الدولة بإنشاء مراكز حماية الأمومة والطفولة PMI لرعاية الأمهات الحوامل والأطفال الرضع والأقل من 5 سنوات. إن هذه المراكز هي الأخرى تعرضت لحركة غير مسبوقه فقد ظهرت مراكز ريفية في السبعينيات (47 مركز توليد حسب إحصائيات 1977)، ثم اختفت في الثمانينيات واختفت معها إحصائيات مراكز التوليد حتى سنة 1989 لتحصى بـ 333 مركز، لتعاود الظهور في التسعينيات 447 مركز. وخلال هذه العشرية (2008-2019) ادجت في الإحصائيات مراكز التوليد الريفية والحضرية والموجودة في القطاع العام والقطاع الخاص، ووصل عدد المراكز التي أحصيت في سنة 2019 هو 849 مركز.

تتم مراكز التوليد مباشرة بمعاينة صحة الأمومة والطفولة⁶، وذلك لأنها تقبل الأمهات عند الوضع وبذلك تكون الأم ووليدها تحت الرعاية الصحية والخدمات لهذه المراكز على الأقل 48 ساعة الأولى بعد الوضع. وكما هو معلوم، فإن صحة الأمهات ترتبط بصحة الأطفال خلال الخمس سنوات الأولى من العمر على الأقل. وتعد الأمهات خلال الحمل وأثناء الوضع أكثر عرضة للأمراض وللوفاة. إضافة إلى ذلك نجد أن ولادة كل طفل تحتاج لعناية خاصة بالأم وبالطفل باعتبارهما في حالي وهن وضعف وإعالة كاملة خاصة للمولود، وهو الآخر معرض لخطر الوفاة خلال السنة الأولى من العمر، وبذلك تعتبر المؤشرات الديمغرافية عن الحالة الصحية للأمهات والأطفال دون 5 سنوات من أهم المؤشرات التي تعبر عن تقدم الدول وتكشف عن مستوى التغطية الصحية وبالتالي عن واقع الصحة لكل بلد، وهذا ما سنفصل في العنصر القادم حول تقييم واقع الصحة باستخدام بعض المؤشرات الديمغرافية ونركز خصوصا على معدلات وفيات الأطفال والأمهات عند الوضع والتي ستكشف وتدعم استنتاج نقص هياكل أدى إلى نقص التكفل بما وقد يدق ناقوس الخطر بالقطاع الصحي في الجزائر.

4. تقييم واقع الصحة عن طريق بعض المؤشرات الديمغرافية:

مما لا شك فيه أن كل من صحة الأم وصحة الطفل تمثلان عنصرا هاما في تقييم النظام الصحي لأي بلد والكشف عن حالته وعن مستوى التطور الاجتماعي (Ministere de la sante d. l., Decembre 2020)، الذي وصل إليه، ويرجع السبب إلى الرعاية الطبية الخاصة التي تحتاجها بالضرورة المرأة الحامل وجنينها أو الأم ووليدها عند الولادة وفي مدة النفاس، وأي مكروه ومضاعفات خطيرة أثناء الحمل أو أثناء الولادة وبعدها تصيب المرأة قد تؤدي مباشرة إلى وفاة الأم والجنين أو المولود، وعليه كلما ارتفعت معدلات وفيات الأمهات والأطفال ما دون السنة كلما كانت الأحوال الصحية للبلد متدهورة وكلما أثر ذلك على الولادات وعلى الخصوبة وبالتالي يؤثر مباشرة في معدلات النمو السكاني. ولهذا الوفيات انعكاس على الأحوال الاجتماعية والاقتصادية لأي بلد وبذلك تعتبر وفيات الأطفال الأقل من سنة كمجس لأن مؤشراتنا حساسة جدا وتكشف عن المستوى الصحي وحتى الاقتصادي والاجتماعي لأي بلد (Ministere de la sante et de la population، 2001).

سنعرض في هذا العنصر بعض المؤشرات الديمغرافية لتقييم بها واقع الصحة في الجزائر (أنظر الجدول رقم 6)، ومن ثم سنتتبع تطور وفيات الأطفال الأقل من سنة منذ 1970 وكيف كان لجهود الدولة الجزائرية فيما يخص السياسة الصحية والسياسة السكانية التي ركزت في برامجها⁷ المتعددة على صحة الأم والطفل الأثر البالغ في خفض معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة، ومعدلات وفيات الأمهات عند الوضع وتباعد الولادات.

نلاحظ من الجدول رقم 6 أنه بالنسبة لمعدلات الزيادة الطبيعية ومعدل الولادات الخام أنهما عرفا انخفاضاً محسوساً خلال 1998 أما ما قبل أي 1977 و 1987 فقد عرف المؤشران ارتفاعاً كبيراً ساهم في الزيادة السكانية المعتبرة للجزائر ثم بعد 1998 عاود الارتفاع ليساهم من جديد في تدعيم حجم السكان. إن لهذه الزيادة الديمغرافية انعكاساتها على الصحة وعلى الطلب عليها خاصة فيما يخص فئتي الأمهات والأطفال الأقل من سنة، اللتان تحتاجان إلى عناية طبية وصحية خاصة لها أثرها في تقييم المستوى الصحي وحتى التنموي للبلاد.

ونجد على أرض الواقع أن معدلات وفيات الأمهات لا زالت مرتفعة وذلك حسب تقديرات التحقيقات الميدانية أين وصلت سنة 1989 على 230 حالة وفاة لكل 100.000 ألف ولادة حية انطلاقاً من نتائج المسح الوطني حول وفيات ومرضاة الأطفال⁸.

وأعطى تقدير المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل⁹ 1992 معدل 215 حالة لكل 100.000 ألف ولادة حية أي بانخفاض طفيف لا يعكس تماماً جهود الدولة في هذا المضمار. لقد انخفضت وفيات الأمهات بصفة ملحوظة إلى النصف لتصل إلى 117 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 1999 حسب تقديرات المسح الوطني حول وفيات الأمهات¹⁰ وحسب تقديرات وزارة الصحة¹¹ واصل هذا المعدل انخفاضه ليصل إلى حدود 81.4 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 2009 وانخفض إلى 57.7 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 2016 (معاش، 2020) وفيما يخص وفيات الأطفال الأقل من سنة نفصل فيها في العنصر الموالي، وما لاحظناه هو أن متوسط العمر وهو المؤشر الوحيد الذي

الجدول رقم (06) تطور بعض المؤشرات الديمغرافية في الجزائر ما بين 1977 و 2019 (%)

2020	2019	2008	1998	1987	1977	السنوات
17.1	19.9	19.1	15.2	27.6	31.7	معدل الزيادة الطبيعية (TAN) %
22.42	24.4	23.5	21.2	34.6	45	معدل الولادات (TBN) %
18.9	21	25.5	53.3	64.4	127	معدل وفيات الأطفال دون السنة (TMI) %
76.3	سنة 77.7	سنة 75.7	سنة 71.6	سنة 65.4	سنة 55	أمل الحياة (e ₀) بالسنوات
<p>المصدر: من إعداد الباحثين على أساس معطيات (ONS, Demographie algerienne 1998, 1999) (ONS, Demographie algerienne, 2008, 2009) (Office nationale des statistiques, (ONS, Demographie algerienne 2018, 2019) 2022) (2023،Ministere de la sante)</p>						

حافظ على ارتفاعه ليصل إلى أكثر من 77 سنة حسب تقديرات سنة 2019 أي بفارق تجاوز قليلا 20 سنة لمدة قدرها 52 عام (1966-2019).

1.4. تطور معدلات وفيات للأطفال في الجزائر ما بين 1977 و 2019:

وفي السياق نفسه، يقيس معدل وفيات الأطفال دون الخامسة¹² من العمر عملية التقدم والتطوير في كل المجالات خاصة الاقتصادية والصحية ومستوى الوضع الصحي للطفل وللأم في جميع بلدان العالم (بلجود ، (2018-2019))، ولأن معدلات وفيات الأطفال الرضع¹³ تعتبر كمؤشر يمكن أن نقيم به واقع الصحة ويعكس مستوى خدماتها، يجب أن نذكر بأن أكبر نسب الوفيات تحدث عند المواليد الجدد حيث تمثل وفيات ما حول الولادة أكبر معدلات وفيات الرضع. ويتعرض حوالي 4 ملايين طفل كل سنة للوفاة خلال الشهر الأول من حياتهم، ويموت نصفهم خلال اليوم الأول بعد الولادة. إضافة إلى ذلك نجد

أن خطر الوفاة يلاحق الأطفال دون السنة أكثر من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، حيث تمثل وفيات الأطفال الرضع الأقل من سنة 60% من مجموع الوفيات الأقل من 5 سنوات (اليونسيف، 2007). إن الانخفاض في معدل وفيات ما حول الولادة في الجزائر كان بوتيرة بطيئة وبنسبة قليلة حيث تعسر خفض معدل الوفيات المبكرة للمواليد الجدد إلى أن تراجع بنقطتين فقط وبالمقابل تراجع معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات الذي انخفض بعشر نقاط في المدة الزمنية نفسها، كما أشارت الإحصائيات إلى أنه قد حدث تراجع في معدل الولادات الميتة من 23,6% سنة 2005 إلى 21,4% سنة 2006 وبقي مستقرا في السنة الموالية، لينخفض إلى 18,4% سنة 2009، بينما ارتفع معدل الوفيات المبكرة للمواليد الجدد من 17,3% بين 1998-2002 و إلى 17,9% بين سنتي 2003-2007 وانخفض إلى 15,7% بين 2008-2012 وانتقل معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في المدد الثلاثة نفسها على التوالي من 34,2% إلى 30,3% وأخيرا إلى 24,1% (Ministere de la sante et de la population e, 2015).

الجدول رقم (07): تطور معدل وفيات الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات وعدل وفيات

الأمهات عند الوضع في الجزائر

السنوات	معدل وفيات الرضع (0-1 سنة) %	وفيات الأطفال (1-5 سنوات) %	معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية	مراكز التوليد
1977	127,05	57,08	(*)	47
1987	64.42	13.19	230 (1989)	(*)
1998	53.35	7.3	117.4 (1999)	447
2008	25.5	4.4	81.4 (2009)	504
2019	21	2.9	48.5	849
المصدر: (Office nationale des statistiques، 2022)				
(Ministere de la sante، 2023)				

(*) لا توجد معلومة إحصائية تخص سنة 1977 و1987 والتي نشرت تخص سنة 1989 وعدد المراكز هو 333.

نلاحظ من خلال قراءة الجدول رقم 7 انخفاض صريح في معدل وفيات الأطفال ويمكن أن نقسم هذا الانخفاض إلى 5 مراحل كل مرحلة تمثل عشرية من الزمن:

1.1.4. العشرية الأولى (1966-1977): لقد أثمرت جهود الدولة وجاءت سياستها الصحية التي وضعت في نهاية الستينات وخلال السبعينات مع كل هذه البرامج الوطنية للصحة والتي أظهرت فاعليتها ميدانيا خاصة في بداية الثمانينات من خلال تحسن أغلب المؤشرات الديمغرافية التي لها علاقة بالصحة كتراجع بعض الأمراض المعدية في أوساط الأطفال والقضاء على أخرى، والارتفاع في أمل الحياة من 50 سنة في 1960 إلى 60 سنة في 1982 (شريف، 2005-2006)، زد على ذلك الانخفاض في معدلات وفيات الأطفال من 141‰ سنة 1970 إلى 64‰ سنة 1987.

وفعليا ومنذ سنة 1970 بدأت تسجل معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة سقوطا حرا إلى ما دون النصف في أواخر الثمانينات أين بلغ 141‰ خلال سنة 1970، ليسجل 64.42‰ خلال سنة 1987، و إن دل هذا على شيء فإنه يدل على نجاعة السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة آنذاك بداية بإطلاق حملات التلقيح ومكافحة الأمراض منذ سنة 1963 (بلجود، 2018-2019)) بما فيها حملة التلقيح ضد الشلل وضد التيتانوس والدفتريرا وضد السعال الديكي وضد السل والجذري التي أصبحت إجبارية في سنة 1969 (شريف، 2005-2006) بموجب المرسوم 96-69 والمتضمن إلزامية التلقيح ومجانيتها.

لقد وضعت الجزائر في نهاية الستينات وبداية السبعينات برنامج الصحة لحماية الناس والمجتمع والوقاية من الأمراض المنتشرة (حوالف، 2017)، دعمتها بحملات الوقاية ومكافحة الأمراض خاصة المعدية منها(القضاء على الملاريا والسل)، وكان ذلك تحت وصاية المعهد الوطني للصحة العمومية منها برنامج تعميم اللقاح(التلقيح الإجباري للأطفال)، وبرنامج تطوير مراكز الأمومة والطفولة، وبرنامج مكافحة سوء التغذية

التي دعمها البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات سنة 1974 وتعميم النظافة المدرسية (معاش ، 2020)، وتدعم ذلك بمحاربة الأمية في أوساط عامة السكان، وعليه جاءت ثمار البرامج الصحية مع إقرار إجبارية التعليم المجاني الذي سهل تكوين الأطباء وأعوان الصحة وإنشاء أول مركز لحماية الأمومة والطفولة، التي وصل عددها إلى 250 وحدة سنة 1979 كانت مهمتها متابعة الحمل وتحديد الحمل الموجود في حالة خطيرة، وتوجيه الأمهات إلى مراكز الولادة والتكفل بمن عتد الولادة ثم مراقبة الأم والمولود بعد الولادة وإجراء ومتابعة التلقيح للأطفال حتى ست سنوات (شريف، 2005-2006)

إضافة إلى إقرار الطب المجاني سنة 1974 الذي ساهم في الإقبال على الرعاية الصحية للأم وللطفل والاهتمام بمراكز الأمومة وإنشائها في الأرياف واحتواء كل مستشفيات الجزائر على مصلحة خاصة بطب النساء وأخرى خاصة بطب الأطفال، كما وضعت الدولة برنامج تدريب القابلات ما بين 1978 و1979 الهدف منه حماية الأم والطفل والتكفل الأمثل بهما والمتابعة الطبية للنساء الحوامل وعند الوضع في جميع مراكز حماية الأمومة والطفولة (شريف، 2005-2006).

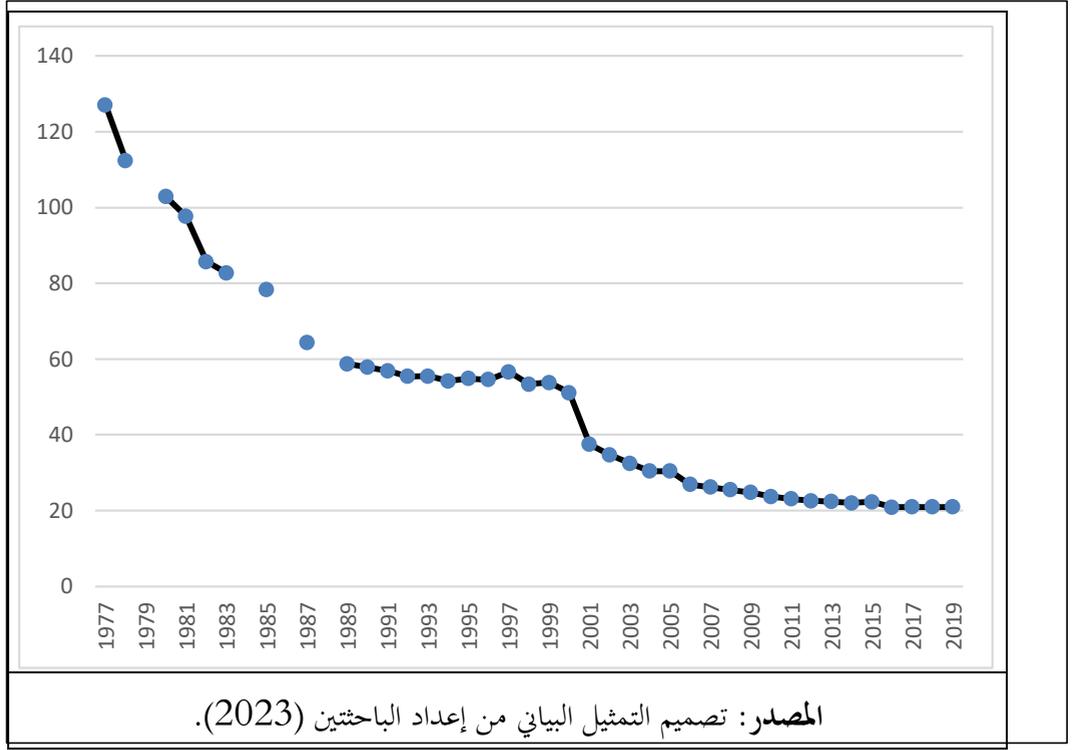
2.1.4. العشرية الثانية (1977-1987): وفي ظل استمرار النمو السكاني المتسارع اضطرت الجزائر إلى انتهاج سياسة تنظيم النسل منذ 1983 حيث أطلقت بتاريخ 20 فيفري 1983 البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي (معاش ، 2020) وطبق فعلا في سنة 1984، وإن كانت هذه التجربة قد بدأت باحتشام كتجربة أولية في سنة 1967 بإنشاء أول مركز "لتنظيم الولادات"¹⁴ على مستوى مستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة (شريف، 2005-2006). وقد جاء هدف البرنامج الوطني للتحكم بالنمو الديمغرافي هو حماية الأم والطفل بتوجيه الزوجات وأغلب الحوامل إلى المتابعة الطبية الإلزامية خاصة أثناء الحمل وبالتالي الحفاظ أكثر على صحة الأمهات والتقليل من وفيات الأطفال، والعمل على توعية النساء في المراكز الصحية بضرورة استعمال وسائل منع الحمل وتقديمها مجانا وإرساء ثقافة التباعد بين الولادات، وعليه توسعت شبكة مراكز حماية الأمومة والطفولة من 340 مركز عند انطلاق البرنامج إلى 1955 مركز سنة 1988، وبذلك تضاعفت أكثر من 5 مرات في غضون 5 سنوات، وهذا يبين الاهتمام الشديد والحرص من السياسة الصحية للدولة على تباعد الولادات ومحاولتها الجادة في التحكم في النمو

الديمغرافي من خلال التكفل ومتابعة صحة الأمهات والأطفال. كما وضعت الدولة البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال سنة 1984، وبالفعل تحقق ميدانيا انخفاض في معدلات الولادات وانخفاض محسوس وملحوظ في معدلات الوفيات خاصة شريحة الأقل من سنة. (أنظر الرسم البياني رقم 01)

3.1.4. العشرية الثالثة (1987-1998): نلاحظ استمرار الانخفاض في معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة كما هو موضح في الرسم البياني رقم 1، لكن هذه المرة بوتيرة متناقلة بمجال يصل إلى 11 نقطة بين المعدلين (64.42% سنة 1987 مقابل 53.35% خلال سنة 1998). والسبب يعود إلى الظروف التي شهدتها عشرية التسعينات من صعوبات مالية واقتصادية كبيرة انعكست على قطاع الصحة مباشرة وعلى الرعاية الصحية والخدمات التي يقدمها وظهر ذلك في معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة التي تجاوزت عتبة 50%. صحيح أن معدلات وفيات الأطفال تعكس الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والصحية وحتى السياسية لأي بلد، وصحيح أن معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة انخفضت للنصف في حقبة الثمانينات لكنها بقيت مرتفعة مقارنة مع مستويات الدول المتقدمة في هذا المجال، وهذا يكشف أن خفض هذه المعدلات يحتاج لمزيد من البرامج الصحية الفعالة ولمزيد من الوقت وهذا ما لم يحدث في عشرية التسعينات التي بدت تعاني من نتائج أزمة انخفاض أسعار البترول التي شهدتها الجزائر سنة 1986 فأثرت مباشرة على الوضعية الصحية في الجزائر وألقت بظلالها على عشرية 1987-1998.

لقد عرفت عشرية التسعينات إعادة هيكلة قطاع الصحة، الذي اعتمد في سياسته الصحية على استرجاع تكاليف العلاج وذلك بمشاركة المستفيدين منه سنة 1995 وذلك بإيعاز من البنك العالمي. وتتمثل هذه المشاركة بدفع أجرة الفحص وبإسهام جزائي في تكاليف الاستشفاء يقدر بـ 100 دج لليوم الواحد (شريف، 2005-2006).

الرسم البياني رقم (01): تطور وفيات الأطفال الأقل من سنة في الجزائر ما بين 1977-2019



لم تخلو هذه العشرية من البرامج الصحية وإن لم تكن بالكثافة والفعالية نفسها التي عرفها قطاع الصحة من قبل، وظهر تراجع سياستها الصحية من خلال نتائج المؤشرات الديمغرافية الحساسة للصحة والتي تطورت ببطء شديد لم يعكس الأهداف المسطرة نظريا بل عكس حقيقة الواقع الصحي في الجزائر ما بين 1987-1998. لقد برجت الجزائر في سياستها السكانية سنة 1983 البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي هذا تزامنا مع تضاعف عدد السكان. وخضع هذا البرنامج للتعديل سنة 1995 وذلك بإدراج تنظيم الأسرة وتباعد الولادات ضمن مفهوم "الصحة الإنجابية" وإنشاء الهيئة الوطنية للصحة الإنجابية والتخطيط الأسري في شهر نوفمبر 1995 وهي مسؤولة عن الرعاية الصحية الإنجابية وتهدف إلى تعزيز الالتزام بتنظيم الأسرة (معاش ، 2020)، أما في سنة 1997 فقد أعلنت عن برنامج مكافحة وفيات الأمهات والأمراض التي قد تصيبهن ومكافحة الوفيات ما حول الولادة، وبذلك أدمجت سياستها السكانية ضمن السياسة الصحية الجديدة.

ما لاحظناه أن هذه البرامج الصحية وجهت مباشرة للتحكم في النمو الديمغرافي وبصفة معلنة عما كانت عليه من قبل، لكنها لم تكن بالكثافة نفسها من حيث العدد ولا من حيث الفعالية، وذلك لأن التحكم في النمو الديمغرافي كان لوحده برنامجا للسياسية السكانية بالجزائر ليتحول فيما بعد إلى جزء من السياسة الصحية ويختزل في الصحة الإنجابية، والتي هي في حقيقة الأمر لم تحظ في حد ذاتها بالعناية اللازمة وذلك بسبب نقص وضعف الهياكل المتخصصة في صحة الأمومة والطفولة كما أسلفنا الذكر وخضوعها لحركية مستمرة عن طريق إدماج نشاط تنظيم الأسرة في مصالح طب النساء والتوليد على مستوى المستشفيات الجامعية وإنشاء 363 مركز للتخطيط العائلي (معاش، 2020). وظهر هذا التراجع من خلال النتائج بحيث أن معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة لم تصل إلى نصف ما وصلت إليه في العشرية السابقة، وميدانيا بقيت مرتفعة وسجلت أكثر من 50% سنة 1998، أي أن مخلفات أزمة 1986 عطلت إلى حد ما عجلة التقدم الاقتصادي في الجزائر والتي بدورها عطلت الانفاق على قطاع الصحة وعلى الرعاية الصحية والخدمات التي مست مباشرة صحة الأمومة والطفولة، وبالتالي انعكست على معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة التي لم ترقى إلى مستوى أعلى بل بينت بأن هناك خلل ما في قطاع الصحة بالجزائر قد يكون سببه المباشر إهمال الحفاظ على المكتسبات السابقة.

4.1.4. العشرية الرابعة (1998-2008): يوضح الجدول رقم 7 الانخفاض المباشر لوفيات الأطفال الأقل من سنة لأكثر من النصف ما بين 1998 و 2008، أي من 53.35% إلى 25.5%، وذلك نظرا لتحسن الأوضاع في الجزائر ما بعد نهاية التسعينات وانفراج الأزمة المالية والسياسية، وانتهاج سياسة الإنعاش الاقتصادي بما فيها التطبيق السريع لستة برامج فيما يخص حماية الأم والطفل نذكر أهمها:

* البرنامج الخاص بتوسيع اللقاحات.

* البرنامج الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد.

* البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الاسهال لدى الأطفال.

* البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال (شريف، 2005-2006).

* البرنامج الوطني لمكافحة الوفيات حول الولادة ما بين 2005 و 2008

واصلت السياسة الصحية في الجزائر اهتمامها خلال بداية الألفية الجديدة بميدان الوقاية والذي وجهته مباشرة نحو خفض كل من المراضة ووفيات الأطفال الأقل من سنة (والتي تسببها الأمراض المعدية كالسيل والدفتيريا والسعال الديكي، والتيتانوس، والحصبة) بطريقة ملموسة (Ministere de la sante et de la population , 2001)، كما فعلت البرنامج الوطني لمكافحة وفيات ومراضة الأمهات والوفيات ما حول الولادة عن طرق إنشاء الهيئة الوطنية لمكافحة وفيات ومراضة الأمهات والوفيات ما حول الولادة في جويلية 2002 (معاش ، 2020)، وسارعت لإطلاق البرنامج الوطني لمكافحة الوفيات حول الولادة ما بين 2005 و2008، والذي ركز على تعزيز الفحوصات اثناء الحمل وتوحيد وتحسين معايير المراقبة أثناء الولادة (معاش ، 2020).

5.1.4. العشرية الخامسة (2008-2019): نلاحظ مرة أخرى انخفاض للوفيات الأقل من سنة ولكن هذه المرة بوتيرة بطيئة عن سابقاتها، أي خلال عشر سنوات جاء حجم الانخفاض بـ 4.5 نقط فقط وفي هذا الشأن على قطاع الصحة أن يراجع هياكله القاعدية فيما يخص مراكز حماية الأمومة والطفولة وموارده البشرية وبرامجه الصحية فيما يخص الولادات وصحة الأطفال الأقل من سنة وصحة الأمومة إن لم نقل سياسته الصحية والسياسة السكانية ككل إن كان يعتمد عليها بطريقة مباشرة وصریحة. لقد لاحظنا هيمنة كبيرة للقطاع الخاص خاصة في مراكز الأمومة حيث سجلت ارتفاعا في عدد هياكلها انتقل من 85 مركزا سنة 2008 إلى 135 سنة 2020 قابله انخفاض في القطاع العام قدر بـ 15 مركزا، كما تضاعف عدد عيادات الطب الخاص الذي انتقل من 5621 سنة 2008 إلى 11591 سنة 2020 وهذا يدل على الإقبال الكبير للمواطنين في السنوات الأخيرة على المراكز الصحية الخاصة في مجال طب النساء والتوليد ورعاية الأمومة والحوامل حسب ما تؤكد معطيات البحث العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 من خلال إقبال النساء على الولادة في المراكز الخاصة (Ministere de la sante d.، Decembre 2020)، على الرغم من مجانية التداوي في المؤسسات العمومية، وهذا يدل على تراجع القطاع الحكومي في مجال الرعاية الصحية والخدمية وتراجع فعالية سياسته الصحية عما كانت عليه خلال عشرية السبعينات. يمكن كذلك أن يعود هذا التراجع إلى عدم وضوح السياسة السكانية التي انتهجتها الدولة أو تنتهجها حاليا وذلك من خلال

عودة معدلات النمو السكاني للارتفاع في عشريّة 2008-2019، وإلى قلة البرامج الصحية المعلن عنها فيما عدا البرنامج الوطني لتسريع خفض وفيات الأمهات (2015-2019) (معاش ، 2020).

5. خاتمة:

ما تعكسه المؤشرات الديمغرافية التي عرضناها عن واقع الصحة في الجزائر هو أن هذا القطاع سيواجه الضغط بسبب زيادة معدلات الزيادة الطبيعية والتي تزيد مباشرة في معدلات الزيادة السكانية وبذلك تصبح طلبات السكان بمختلف تركيبته العمرية متجددة وملحة على الصحة وخدماتها. أما الانخفاض في معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة ومعدلات وفيات الأمهات عند الوضع لم يرقى بعد إلى المعايير الدولية وإن قاربها، وهذا من شأنه أن يضع الصحة في الجزائر في حرج كبير لأنها لم تحافظ على مكتسبات السنوات السابقة لما قدمته البرامج الصحية من نتائج إيجابية خاصة في عشريتي (1977-1987) وإلى حد ما (1998-2008)، وستسبب في ضغط متواصل ومستمر على الهياكل الصحية وعلى الموارد البشرية الطبية. أما مؤشر متوسط العمر فقد زاد وهذا يمثل من جهة جانب إيجابي في ازدياد أعمار السكان، ويمثل من جهة أخرى جانبا من الضغط على الصحة في الجزائر وذلك بازدياد عدد المسنين وهي الأخرى فئة عمرية تحتاج إلى رعاية صحية خاصة ومكثفة نتيجة لضعف بنيتها العضوية وتعرضها للإصابة بالأمراض المزمنة وغيرها.

أما فيما يخص الهياكل الصحية القاعدية فإن قطاع الصحة يشهد الكثير الاختلالات الجغرافية على أرض الواقع من حيث توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، كما يعرف التباين والفروق في مستوى أداء مؤسساته من حيث نوعية الخدمات الصحية المقدمة وجودتها وفعاليتها سواء على المستوى الطبي أو الإداري. كما يحتاج القطاع إلى تشييد الهياكل الصحية القادرة والقابلة للمنافسة الدولية. وعلى مستوى السياسات يفتقد القطاع لسياسة سكانية واضحة تساير النمو الديمغرافي وأما السياسات الصحية التي يعلن عليها فهي برامج ظرفية وفي أغلب الأحيان آنية تعالج ظاهرة أو ظواهر صحية طارئة وليست دورية بما مخططات للأزمات الصحية هذا من جهة. ومن جهة أخرى يعاني من نقص في الموارد البشرية الطبية وإن كان وجودها الكمي حاضر لكن يستنزفها كل من القطاع الخاص وتستنزفها الهجرة إلى دول أخرى.

وفي ظل ثلاثية:

* السكان بمؤشراته الديمغرافية التي المرتفعة، والتي ولا تتزامن مع تقدم اقتصادي عالي؛

* ونقص الهياكل الصحية القاعدية التي تتماشى وزيادة السكان وخلل توزيعها الجغرافي؛

* ونقص الموارد البشرية الطبية وصعوبة الحفاظ عليها وعلى المكتسبات الإيجابية السابقة.

يحتاج القطاع الصحي في الجزائر بالضرورة إلى سياسة صحية وأخرى سكانية واضحتين ومستمرتين

تتماشيان مع بعضهما البعض، وعليه وإن لم تؤخذ هذه الثلاثية في الحسبان من طرف المسؤولين والمتخصصين

في الميدان، فإن واقع الصحة في الجزائر سيتعرض لحالة من الوهن، تتطلب إنعاشا وعلاجاً ثم تأهيلاً ووقاية

مستمرة حتى تبرأ الصحة المريضة في الجزائر.

6. الإحالات:

¹ Les rapports de : MICS2 (2000), MICS3 (2006), MICS4 (2012-2013) et MICS6(2019) ; et plus enquête de la sante de la famille (2002).

² Coopération médicale étrangère.

³ في حين أن وزارة الصحة تعلن عن عدد من الأطباء أقل بكثير (66.923 طبيب) من الذي سجله

الديوان الوطني للإحصائيات 84.161 لسنة 2019، أي بفارق وصل إلى (17238 طبيب)

⁴ CHU و EHU توجد بكل من الجزائر العاصمة، سطيف، البليدة، تلمسان، تيزي وزو، باتنة، بجاية،

سيدي بلعباس، عنابة، قسنطينة، وهران

⁵ قد يرجع هذا التناقص إلى التقسيم الذي اعتمد سنة 1998.

⁶ تنص المادة 68 (الفصل الخامس) من القانون 85-05 على أن 'حماية المومة والطفولة تتمثل في جميع

التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف على الخصوص حماية صحة الم بتوفير أحسن الظروف

الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلالها وبعده، وتحقيق أفضل الظروف الصحية لصحة الطفل ونموه

الحركي والنفسي' (معاش ، 2020)

⁷ أعطت الجزائر لصحة الطفولة أهمية بالغة ضمن سياساتها الصحية ووضعت لذلك 8 برامج وقائية تستهدف مباشرة الأطفال في سن مبكرة وحددت أهدافا نذكر منها القضاء على الأوبئة المتنقلة والأمراض المستعصية التي تصيب الطفولة بمضاعفات خطيرة قد تؤدي إلى الوفاة، برامج التطعيم التي استحدثت منذ السبعينات وطورت في الثمانينات ساهمت هي الأخرى في القضاء على العديد من الأمراض المتنقلة مثل الدفتيريا والسعال الديكي وغيرها (Ministere de la sante d., Decembre 2020).

⁸ Enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantile (MMI) 1989.

⁹ Enquête algérienne sur la santé maternelle et infantile (EASM, PAPCHILD1992).

¹⁰ Enquête nationale sur la mortalité maternelle 1999.

¹¹ تعتمد تقديرات وزارة الصحة على إحصائيات وفيات الأمهات الحاصلة بالمستشفيات ودور الولادة العمومية، ولا تأخذ في الحسبان الوفيات التي تقع في البيوت ولا في العيادات الخاصة أو تلك التي تحدث في بقية مصالح المستشفيات (اقسام الجراحة ومصالح الإنعاش وغيرها، كما لا تأخذ في الحسبان سوى وفيات الأمهات التي تحدث اثناء الولادة أو خلال الفترة التي تليها مباشرة في وحدات الولادة التابعة للقطاع العام (معاش ، 2020).

¹² احتمال الوفاة ما بين الولادة وعيد الميلاد الخامس.

¹³ الوفاة بين الولادة وعيد الميلاد الأول.

¹⁴ أنشأت الدولة بعدها مركزين بكل من قسنطينة وهران سنة 1969، إلا انهما توقفوا عن العمل بعد مرور سنتين. عن بوتفوشات حياة، 2013 في المرجع (معاش ، 2020).

7. قائمة المراجع:

1. البونسيف .(2007). وضع الأطفال في العالم 2008 .
2. بلجود , ن .((2019-2018). الأسباب السوسيو ديمغرافية لوفيات ماحول الولادة .أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم علم اجتماع العائلة و السكان . قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، الجزائر 2.
3. بودلال, ع .(2015). مؤشرات الصحة والتنمية المستدامة في ظل الإصلاحات الاقتصادية بين التحديات وأفاق المستقبل .منشورات البحث الحوكمة والاقتصاد الاجتماعي. 86-101, (01)
4. حوالف, ر .(2017). واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات .مجلة المؤسسة. 219-236, (06)
5. شريفى, خ .(2006-2005). دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص باسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر 2004 .الجزائر، الجزائر: رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص سبر الأراء تحت إشراف صالح محمد، قسم العلوم الاقتصادية، الجزائر 3.
6. معاش , ف .(2020). وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 .أفاق لعلم الاجتماع، . 14-31
7. Ministere de la sante et de la population. (2001). *Enquête nationale sur les objectifs de la fin decennie: Sante mere et enfant EDG Algerie 2000 MICS2-*. Alger: Ministere de la sante et de la population et de la reforme hospitaliere et Institut National de la Sante publique.
8. Ministere de la sante. (2023). *Situation demographique et sanitaire (2000-2022)*. Alger: Direction de la population.
9. Ministere de la sante. (2004). *Enquete algerienne sur la sante de la famille 2000, Rapport principal*. MSPRH, ONS, et Ligue des etats Arabes, Alger.
10. Ministere de la sante. (2001). *Enquete nationale sur les objectifs de lafin decennie, Sante mere et enfant EDG, Algerie MICS 2000*. Alger.
11. Ministere de la sante. (2008). *Enquete nationale a indicateurs multiples MICS3 2006 ; Rapport principal*. Ministere de la sante et de la population, et de la reforme hospitaliere;, Alger.

12. Ministere de la sante. (2015). *Enquete par grappes a indicateurs multiples MICS4 , 2012-2013*. Ministere de la sante et de la population, et de reforme hospitaliere;, Alger.
13. Ministere de la sante. (Decembre 2020). *Enquete par grappes a indicateurs multiples (MICS) 2019; Rqpport final et resultats*. Alger: Ministere de la sante, de la population, et de reforme hospitaliere.
14. Office nationale des statistiques. (2022). *La retrospective statistique (1962-2020)*. Alger: Office nationale des statistiques.
15. ONS. (1999). Demographie algerienne 1998. (294), *Office nationale des statistiques*. Alger: Office nationale des statistiques.
16. ONS. (2001). Algerie en quelques chiffres Resultats 2000. (31). Alger: Office nationale des statistiques.
17. ONS. (2009). Algerie en quelques chiffres Resultats (2006-2008). (39). Qlger: Office Nqtionqle des statistiques.
18. ONS. (2009). Demographie algerienne, 2008. (520), *Office Nationale des statistiques*. Alger.
19. ONS. (2012). Algerie en quelques chiffresm resultats 2009-2011. (42), *Office Nationale des Sstatistiques*. Alger.
20. ONS. (2019). Demographie algerienne 2018. (853), *Office nationale des statistiques*. Alger.
21. ONS. (2021). Algerie en quelques chiffres, Resultata 2016-2018. (49). Office nationale des statistiques.