مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي
ISSN 1112-9255
المجلد6،العدد1 – جوان 2019

الشيخوخة وعلاقتها بالأمراض المزمنة في الجزائر.

Aging and its relationship to chronic diseases in Algeria

ط.د. وفاء قاسمي، جامعة عنابة، الجزائر.
socio_guesmi@yahoo.fr
د. سليمة بلخيري*، جامعة تبسة. الجزائر
belkhirisalima.ps@gmail.com

تاريخ التسليم:(2019/03/31)، تاريخ المراجعة:(2018/06/03)،تاريخ القبول:(2019/06/29)

ملخص :

تشهد جميع دول العالم في الآونة الأخيرة تزايدا في نسبة الأشخاص الذين بلغوا أو تجاوزوا سن 60 عاما، كما يوصف هذا التزايد بالسريع، وتقع مسؤولية كبيرة لدى حكومات الدول اتجاه هذه الفئة العمرية، والتي تحتاج إلى رعاية صحية خاصة وإلى بيئات داعمة لها، نظرا لارتفاع معدلات الإصابة عندها بالأمراض خاصة المزمنة، وتهدف الدراسة الحالية إلى استقصاء واقع العلاقة بين المسنين والأمراض المزمنة في الجزائر باعتبار أن الجزائر دولة شباب، غير أن الدراسة خلصت إلى بروز ظاهرة اجتماعية جديرة بالبحث وهي بوادر الشيخوخة في المجتمع الجزائري، ما يعني تغير في الهيكلة المرضية، كون أن السن من أهم المتغيرات التي لها تأثير على الإصابة بالأمراض المزمنة، حيث نجد تباين في الجماعات العمرية وتمايزات أخرى بشأن نطاق المرض.

الكلمات المفتاحية: الشيخوخة، الأمراض المزمنة، المسن، العمر المتوقع عند الميلاد.

Abstract :

All the countries of the world are witnessing an increase in the proportion of people who have reached or exceeded the age of 60 years, and is characterized by an increase rapidly, and is a major responsibility of the governments of countries towards this age group, which need special health care and supportive environments, The study aims to investigate the reality of the relationship between the elderly and chronic diseases in Algeria, considering that Algeria is a youth country, but the study concluded the emergence of a social phenomenon worthy of research and the signs of aging in Algerian society, which means a change in the structure of disease, The fact that age is one of the most important variables affecting the incidence of chronic diseases, where there is variation in age groups and other concentrations on the scope of the disease.

Keywords : Aging, chronic diseases, age, life expectancy at birth.

* **المؤلف المراسل: د.سليمة بلخيري، الإيميل: belkhirisalima.ps@gmail.com**

مقدمة:

إن الشيخوخة ليست مرضا، بل هي مرحلة تنتظرنا في محطات عمرنا الأخيرة، لها سماتها التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الأخرى، حيث اختلفت النظريات في تحديد الحيز العمري لهذه المرحلة وحتى سماتها النفسية والاجتماعية، خصوصا أن المراحل العمرية المختلفة التي تسبقها لها تأثير مباشر عليها منذ الولادة مرورا بالطفولة والصبا، ومرحلة الشباب وصولا إلى مرحلة الرجولة وتداخلها مع مرحلة الشيخوخة، وما ينتاب هذه المراحل المختلفة من انفعالات وتفاعلات تغرس في ذات الفرد كيانا له سمات خاصة تنعكس على شخصيته، والتي تجعل من الذات شخصية لا تشبهها شخصية بعينها، وبطبيعة الحال فإن هذه المؤثرات والتفاعلات تحملها إلى مرحلة الشيخوخة. وهكذا، فالمسنين لا يكونون متجانسين على الإطلاق، والتغيرات الجسمية والعقلية وحتى الاجتماعية في مرحلة الشيخوخة تختلف اختلافا كبيرا من فرد لأخر، مما قد يجعل بعض الأفراد يبدون أكثر تقدما في العمر من البعض الأخر، لعل هذا ما دعا بعض الباحثين إلى النظر إلى العمر الزمني على أنه ليس هو العمر الطبيعي الذي يحسب منه بداية الشيخوخة، ومهما كان هذا الاختلاف فإنه يؤكد أن مرحلة الشيخوخة تتميز بظهور الكثير من التغيرات الفيزيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تسبب ظهور الكثير من المشكلات للمسنين فتعيق توافقهم النفسي والاجتماعي، كالإصابة بالأمراض المزمنة وفقدان العلاقات الاجتماعية والعديد من الاهتمامات والنشاطات وزيادة الاعتمادية وعدم الثقة بالذات والشعور بالوحدة والعزلة من أهم هذه المشاكل في هذه المرحلة العمرية. لقد بدأ اهتمام وعناية الدول المتقدمة بالمسنين مبكرا، ففي عام 1972 أعدت منظمة الصحة العالمية تقريرا علميا تنبأت فيه بالخطر الداهم الذي يمكن أن يلحق باقتصاديات الدول المتقدمة، نتيجة لإهمال المشروعات التنموية لفئة المسنين، وأصدرت منظمة الأمم المتحدة بتاريخ 14 ديسمبر 1978 قرار حمل رقم 52/23 يقضي بإنشاء الجمعية العلمية لرعاية المسنين، كحل يهدف إلى العناية بالمسنين، هذا وأوصت برعاية شاملة متكاملة لهم، وقد شكلت بالفعل وعقدت أول اجتماعات لها في فيينا 1982. ثم توالى الاهتمام بالمسنين فبدأت تعقد المؤتمرات والندوات الخاصة، وفي التسعينات بدأت الجامعات بفتح أقسام خاصة له مثل: طب وتمريض المسنين، وبدأت رعاية المسنين تدرس كموضوعات في بعض المقررات العلمية. وبالتالي أصبحت رعاية المسنين مسألة تشغل دوائر البحث العلمي في المؤسسات التربوية والنفسية والاجتماعية، وقد اتسعت رؤية المجتمعات لمشكلة المسنين ومعاناتهم وأوجه النشاط التي تعينهم على المواجهة. فالاهتمام يبدو واضحا في العصر الحديث في كيفية الارتقاء بالخدمات والرعاية الصحية لهذه الفئة من توفير للخدمات الترفيهية والرعاية بمختلف أشكالها بشكل متطور وعالي المستوى، مما يخفف الأعباء والمشكلات التي يعاني منها المسن في هذه الدول المتقدمة، خاصة مع الارتفاع المتزايد الذي تعرفه نسبة الشيخوخة في دول العالم، فالتنبؤات

المستقبلية لعلماء الديموغرافيا لفئة العمر الثالث أكدت فرضية الارتفاع، وبأن وتيرة النقلة ستكون أسرع من وتيرة الاكتظاظ السكاني خصوصا أن عددهم الإجمالي سيرتفع إلى 1.2 مليار مسن بحلول سنة 2025، حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية.

أن الجزائر كإحدى دول العالم تشهد هي بدورها تغيرات في التركيب العمري للسكان وتمر بتحول ديموغرافي، ذلك نتيجة لعدة عوامل، لكن أبرز ما يلاحظ هو بروز ظاهرة الهرم السكاني أو شيخوخة السكان، المتمثلة في التزايد المطرد لكبار السن مقابل انخفاض نسبة صغار السن، والذي يزامن والتحول الوبائي المتمثل في ظهور نمط جديد من الأمراض هو الأمراض المزمنة وتراجع معدلات الإصابة بالأمراض المتنقلة. حيث يعد السن كما أشارت له عديد الدراسات أحد العوامل المساعدة على ارتفاع احتمال الإصابة ليس بمرض مزمن واحد بل أكثر من مرض (الوريكات، 2010، ص ص 121-122).ضمن هذا المبحث العريض بالذات لا نرمي في حدود ما يسمح به المجال المتاح لهذه المساهمة العلمية إلى أن نلم بكل ما تتطلبه الدراسة المفصلة للشيخوخة والأمراض المزمنة. وإنما نرمي على وجه التحديد إلى محاولة تسليط الضوء بالتحليل والنقد على جانب مهم والمتمثل في دراسة كيفية تطور ظاهرة الشيخوخة في الجزائر؟، مع توضيح ما هي العوامل التي أدت إلى ارتفاع عدد المسنين فيها؟، ومن جهة أخرى هل هناك علاقة بين التقدم في السن لدى الجزائريين وارتفاع احتمال الإصابة بأكثر من مرض مزمن؟. وعليه، من المهم الإشارة هنا إلى أننا ننطلق في تعقلنا لهذا الطرح من جملة من المعطيات الواقعية بأن نورد كثيرا من المعطيات الإحصائية والمفردات التي تؤشر بعمق على الإشكال المطروح فيما يتعلق بواقع العوامل التي أدت إلى ارتفاع نسبة الشيخوخة في الجزائر، وعلاقتها بارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة التي باتت السبب الرئيس للوفاة.

2. الشيخوخة، والأمراض المزمنـــة (تحديد المفاهيم):

1.2 **مفهوم الشيخوخة:** من الناحية اللغوية، جاء في المنجد في اللغة العربية المعاصرة: الشيخوخة مرحلة أخيرة أو آخر طور من حياة الإنسان، وعصا الشيخوخة سند الشيخ ومعينه (نعمه وآخرون، 2008، ص 808). فنلاحظ أن المعنى الدلالي للفظ الشيخوخة هي تلك المرحلة العمرية المتقدمة، وهو ما ذكر في القرآن الكريم، أين بين أن الشيخوخة هي المرحلة الأخيرة من عمر الإنسان في الحياة الدنيا، حيث قال الله تعالى: (الله الذي خلقكم من ضعف، ثم جعل من بعد ضعف قوة، ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة، يخلق ما يشاء وهو العليم القدير) (القرآن الكريم، سورة الروم، الآية 54). أما من الناحية الاصطلاحية، الشيخوخة "مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف العقلية والجسدية في التدهور بصورة أكثر

وضوحا مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر." (الشاذلي وآخرون،2011، ص 627). وقد ركز هذا التعريف للشيخوخة على أنها ظاهرة بيولوجية فقط، تتمظهر في تلك التغييرات المورفولوجية التي تظهر على الفرد المسن.

ويعرف الباحث معن خليل العمر الشيخوخة بأنها "مرحلة بيولوجية على صعيد التحولات العمرية، وتمثل أيضا مرحلة اجتماعية ثقافية على صعيد الدور الاجتماعي في مرحلة عمرية تحددها ثقافة المجتمع لهذه المرحلة." (معن،2005، ص 248). الشيخوخة "مرحلة من مفاهيمنا عن دورة الحياة تحددها بشكل أو بآخر معتقداتنا حول الإنسان، وهي خاضعة للأنظمة السائدة من اتجاهات وقيم، والشيخوخة يمكن اعتبارها ظاهرة اجتماعية بيولوجية." (عزت، 1984، ص 18–19). فالمتمعن في كلا التعريفان، يجد أنهما يشتركان في تعريف الشيخوخة بأنها ظاهرة بيولوجية واجتماعية، فهي ليست فقط عملية بيولوجية يمر بها الإنسان وتشكل المرحلة النهائية في دورة حياته، بل أيضا مرحلة اجتماعية وثقافية تقاس بمدى قدرة هذا الفرد على أداء الأدوار الاجتماعية وعلاقاته ومدى توافقه الاجتماعي. وهناك من قسم الشيخوخة إلى ثلاث مستويات وهي كالتالي:

- الشيخ الشاب والذي يبلغ من العمر 60 –74 سنة.
- الشيخ الكهل والذي يبلغ من العمر 75– 84 سنة.
- الشيخ الهرم والذي يبلغ من العمر 85 سنة فأكثر.

ولقد ظهر اختلاف بين الباحثين في تحديد السن التي تبدأ منها مرحلة الشيخوخة، وهنا نجد منظمة الصحة العالمية عام 1972 على أن سن 65 سنة هو بداية لمرحلة الشيخوخة، واعتبار الشخص مسنا، وأن هذه السن تتفق وسن التقاعد مع الغالبية العظمى من الدول، وفصلت في الأمر بعدها سنة 1973 الجمعية العامة للأمم المتحدة بتحديد سن 65 لاعتبار الشخص مسنا، وأكدت أن هذا التحديد يختلف باختلاف الأفراد (نجيب وآخرون، 2003، ص05).

وعموما، يمكن القول أن الشيخوخة هي "المرحلة الأخيرة من دورة حياة الفرد تبدأ ببلوغه سن 60 سنة فأكثر، تحمل معها عدة تغييرات تتضح بتراجع وظائفه الجسدية، النفسية، العقلية والاجتماعية، ويزداد معها تبعا لذلك اعتماده على غيره، كما يختلف هذا حسب شخصية الفرد المسن والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في مجتمعه، وهي كمرحلة عمرية متوقع حدوثها ولا يمكن تجنبها أو تأخيرها."

2. 2 تعريف الأمراض المزمنة: يؤثر المرض على الأفراد بطرق مختلفة، وله آثار على الفرد والمجتمع، ويمكن أن نميز بين نمطان من الأمراض، الأمراض المعدية والأمراض المزمنة، والمريض من الناحية اللغوية هو من فسدت صحته فضعف، أو من به نقص أو انحراف. وإن كتب التفسير كانت أكثر اهتماما من معاجم اللغة بتعريف المرض والمريض، إذ يقول الأصفهاني إن المرض هو الخروج عن

الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان الأول جسمي والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل والجبن والنفاق وغيرها من الزذائل الخلقية. أما في اللغة الفرنسية: Maladie يحوي دلالات تشير إلى حدوث محسوس يصيب فردا ما، فكرة عامة ومجردة عن حالة نقيضة للصحة الجيدة (بونت و إيزار، 2006، ص 839). ومن الناحية الاصطلاحية، فمحاولة إعطاء تعريفا دقيقا للمرض في غاية الصعوبة نظرا لاختلاف العلوم والمداخل في تفسيرها للمرض من حيث أسبابه وأنواعه ومراحله. فهناك نظرة عضوية بيولوجية، وهناك من يرجعه إلى أثر العوامل الاجتماعية أو الثقافية أو البيئية، فيعرف المرض حسب القاموس الطبي (petit Larousse médicale) أنه اعتلال أو عجز في الصحة. حيث أن هذه العلة تحمل عدة خصائص، أسباب، علامات وأعراض تدل على أن الجسم غير قادر على القيام بوظائفه (Domart et Bourneuf, 1983, p555). والمتعن في التعريف يجد أنه عرف المرض على أنه مجرد حالة بيولوجية مختلة كعضو من ذلك الجسم اضطربت وظائفه أو عدم قيام جسم الإنسان ككل بأنشطته المعتادة، وبالتالي فهذا التعريف للمرض ركز على البعد الطبي البيولوجي له فقط، وتم تجاهل البعد الاجتماعي والثقافي.

إن مفهوم المرض من خلال رؤية علماء الاجتماع تحكمه مجموعة من القيم الاجتماعية التي تنبثق عن خبرة الناس نتيجة لعضويتهم في جماعات مختلفة، إضافة لمتغيرات كالسن والجنس والظروف الأسرية والأصول الاجتماعية والطبقية، استنادا إلى ذلك ذهب علماء الاجتماع في النظر إلى أن المرض يعني في أحد جوانبه مدى "اتفاق ثقافة المجتمع على أن المعاناة من شيء ما تعد مرضا أولا تعد كذلك، فعندما يتفق أفراد المجتمع على شيء ما بأنه مرض، فإنهم يشكلون أفكارهم وسلوكياتهم وتوقعاتهم بناء على هذا الاتفـاق". (الخشاب، 2003، ص41).

هذا ويمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية "انحرافا ضارا و مؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عدة علامات وأعراض تدل على أنه حالته غير طبيعية، لذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض، رغم ذلك فإن الخطوط الفاصلة والقاطعة بين المرض والصحة غير واضحة دائما (خليل، 2006، ص 30). ويتضمن هذا التعريف أن المرض يحدث عندما يتعرض أو يعرف التوازن الفسيولوجي لجسم الإنسان اختلالا تصاحبه علامات توحي بذلك ما يجعل المرض نتيجة مترتبة عن تعطل الميكانزمات التي تتحكم في الحالة الطبيعية للكائن الحي، ويؤكد أنه ليس هناك حدود فاصلة بين الصحة والمرض بمعنى أن المرض يصيب الإنسان بنسب متفاوتة وليس هناك إنسان خالي من الأمراض، وهذا التعرف بدوره يركز على الجانب البيولوجي للمرض فقط. وهي نظرة اختزالية قاصرة تستبعد تأثير العديد من العوامل

الاجتماعية والثقافية وحتى البيئة، فالأبعاد الايكولوجية أصبحت تمثل إحدى تجليات العلاقة المعقدة بين الإنسان والبيئة، ذلك أنها تمثل مؤشرا حاسما لذلك التفاعل بين الإنسان والواقع المحيط به بأبعاده الطبيعية والاجتماعية والثقافية، الذي يعتبر جانبا مهما لا يمكن إغفاله بأي حال من الأحوال من أجل الفهم العلمي الصحيح للمرض. أما عالم الاجتماع تالكورت برسونز Taloct Parsons في إطار دراسته السوسيولوجية لدور المريض فقد أشار إلى أن مفهوم المرض يعني انحرافا بيولوجيا أو اجتماعيا لأدوار الأفراد بوجه الخصوص عن المعايير المتعارف عليها(طويل، 2011 /2012، ص17).

هنا يمكن القول أن تعريف برسونز للمرض كان من وجهة نظر اجتماعية، حيث فسر معنى المرض كانحراف باعتباره ظرفا غير مرغوب فيه، فبالنسبة للمريض يؤدي إلى عدم راحته واضطراب دائم أو مؤقت في وظائفه الاجتماعية والبيولوجية، كذلك الحال بالنسبة للمجتمع إذ يعني المرض إنقاص قدرات الجماعة الاجتماعية أو النسق الاجتماعي، وهذا يراه أصحاب النظرية البنائية الوظيفية أن المرض يعتبر خلل وظيفي يهدد استقرار النسق الاجتماعي العام.

إن الأمراض المزمنة هي أمراض لا تسببها الجراثيم، ولا تنتقل من مريض لآخر، ولها أسباب متعددة ومختلفة، إنها الأمراض التي تبدأ وتتطور ببطء وتدوم لسنوات عديدة وهي تشمل إصابة أو ضعف أجهزة الجسم بشكل يعوقها عن تأدية وظائفها الفيزيولوجية الطبيعية، ومن أمثلة هذه الأمراض: أمراض القلب، أمراض الكبد، مرض السكري والتهاب المفاصل (حداد وآخرون، 2006، ص373). وهي أمراض قد ترافق المريض لمدى حياته كما قد تكون سبب وفاته، ويمكن للفرد أن يتعرض للإصابة بأكثر من مرض مزمن.

3. مراحل تطور النمو السكاني في الجزائر: نحو قراءة في تطور السياسة السكانية: الجدير بالذكر في هذا المحور من الدراسة الإشارة إلى مراحل تطور النمو السكاني في الجزائر وإلى السياسة السكانية المتبعة وما عرفته من تغييرات لكي نؤسس لفهم الهرم العمري للسكان الجزائريين وكيفية تغير التركيب العمري وبروز ظاهرة الشيخوخة وارتفاع أعداد كبار السن. هذا ولقد مر النمو السكاني في الجزائر بمراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة تشجيع النمو السكاني (1962-1979): ورثت الجزائر بعد الاستقلال واقعا اجتماعيا واقتصاديا وحتى صحيا مزريا كنتيجة للسياسة الفرنسية المطبقة، مما تطلب على السلطات ضرورة القيام بتنمية شاملة تجعل الجزائر تلحق بركب الدول المتقدمة، فشجعت الزيادات في معدل الولادات لتعويض ما ضاع في حرب التحرير، واعتبار الزيادة السكانية هي قوة عمل يعتمد عليه في بناء البلاد والعمل على تخفيض مستوى الوفيات، وبذلك عرفت هذه المرحلة نمو سكاني سريع. حيث انتقل

عدد السكان سنة 1974 من 15.16 مليون نسمة ليصل سنة 1980 إلى 18.66 مليون نسمة، ويرجع سبب هذا النمو الديموغرافي السريع في المقام الأول إلى سياسة الدولة في تلك الفترة حول المسألة السكانية وفي ظل الأيديولوجية المتبناة، فالخطاب السياسي لم يكن يشعر بالقلق إزاء التزايد السكاني حيث اعتبره رأسمال وطني. أما على المستوى الاقتصادي الذي عرف تحسنا انعكس بدوره على الجانب الاجتماعي، فعرف المستوى المعيشي تحسنا ملحوظا عن المرحلة السابقة ، وتم:

- ✓ تنفيذ المخطط الثلاثي الأول والرباعي الأول.
- ✓ إصلاح التعليم العالي 1970 وقرار ديمقراطية التعليم ومجانيته.
- ✓ تأميم المحروقات (البترول والغاز) 1971.
- ✓ الثورة الزراعية (أو ما يسمى بالإصلاح الزراعي) 1972.

وبالنسبة للتركيب العمري للسكان في هذه المرحلة، تميزت باتساع قاعدة الهرم العمري، فنجد نسبة الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين سنة وما دون 15 سنة 47.94% سنة 1977، والتي سنها أكثر من 65 سنة كانت بنسبة 4% فقط خلال نفس السنة (ONS: N°20,21 et 22).

المرحلة الثانية: إعادة النظر في السياسة السكانية (1980-1990): تميزت بداية الثمانينات بظهور توجه جديد حيال القضية الديموغرافية، من خلال إدراج السياسة السكانية ضمن السياسات التنموية، وبرزت رغبة السلطة السياسية في التحكم في النمو الديموغرافي، وتم الاعتراف الرسمي لأول مرة بالمشكلة السكانية في الجزائر عام 1980، حيث جاء في تقرير الأمين العام لحزب جبهة التحرير الوطني في المؤتمر الاستثنائي للحزب ما يلي: "إن النسبة العالية من النمو الديموغرافي التي تعرفها الجزائر تلغي مفعول كل التحسينات النوعية التي تطمح إلى تحقيقها عبر برامج التنمية...إن تجاهل النمو السكاني وعدم محاولة تطويقه يجعل جزءا هاما من أنشطتنا تذهب سدى...إن المشكلة الآن مطروحة وبصورة استعجاليه حتى لا نترك للأجيال القادمة الأعباء المترتبة على هذا الوضع. (وهواه، 2005/2004، ص332). وقد تجلى بوضوح في المخططين الخماسيين (1980-1984) و(1985-1989)، أين تم هنا الإشارة بصراحة إلى أن النمو الديموغرافي يشكل عقبة في وجه التنمية، ويعيق الجهود المبذولة في سبيل رفع مستوى المعيشة وتحسن حياة المواطنين. وتجسيدا لهذا التوجه الجديد تم إعداد برنامج حكومي لتباعد الولادات سنة 1983، أطلق عليه PNMCD(**P**rogramme **n**ational de **m**aitrise de la **c**roissance **d**émographique)، ولإنجاحه جندت له حملة إعلامية واسعة (ومضات إشهارية في الإذاعة والتلفزيون، خطابات سياسية ودينية...)، كما تم فتح العديد من مراكز حماية الأمومة والطفولة والتي عرفت تطورا سريعا، حيث بلغ عدد المراكز 444 مركزا عام 1984 وارتفع 749 مركزا عام 1985 وتضمن هذه المراكز خدمات تنظيم النسل. وكنتيجة لهذه السياسة وللظروف

الاقتصادية السائدة، شهدت الجزائر سنة 1986 نقطة تحول ديموغرافي، حيث تم تسجيل انخفاض محسوس في المواليد بنسبة 9.5% في سنة واحدة، إذ انتقل عدد المواليد من 845381 سنة 1985 إلى 764537 سنة 1986، بذلك عرفت فترة الثمانينات انخفاضا في معدل النمو الديموغرافي إلى 3.4%. ومع ذلك استمر ارتفاع عدد سكان الجزائر من 18.6 مليون نسمة سنة 1980 إلى 25 مليون نسمة سنة 1990. كما هو موضح في الجدول الآتي :

الجدول رقم (01): يوضح

تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة (1980- 1990)

السنوات	1980	1983	1985	**1986**	1987	1988	1989	1990
السكان بالملايين	18.66	20.52	21.86	**22.51**	23.14	23.78	24.40	25.02

Source: (ONS, (1962-1990)

ومن مميزات هذا المرحلة من حيث التركيب العمري للسكان هو استمرار اتساع قاعدة هرم الأعمار وأكثرهم دون سن العمل، الأمر الذي جعل احتياطات السكان تفوق القدرات الإنتاجية، فالفئة العمرية (سنة -19 سنة) تمثل 54% والفئة العمرية (20-59سنة) تمثل 40% أما الذين تجاوزا سن 60 سنة وصلت إلى 03.96%، من مجموع عدد السكان الذي كان يقدر بـ: 23 مليون نسمة سنة1987 (ONS, N°80,1998).

المرحلة الثالثة:استمرار النمو الديمغرافي (2000- 2017): تميزت هذه المرحلة باستمرار النمو السكاني وارتفاع عدد المواليد والذي انتقل من 589 ألف مولود سنة 2000 إلى 1040000 مولود حي سنة 2015، ويواصل الارتفاع ليصل سنة 2017 إلى 1060000 مولود حي (ONS,2017,p40). بمعدل نمو طبيعي شهدا ارتفاعا من 1.48% سنة 2000 ليصل إلى معدل قدر بـ: 2.09% سنة 2017، كما انتقل العدد الإجمالي للسكان من 30.4 مليون نسمة سنة 2000 إلى 41.7 مليون نسمة سنة 2017 (ONS, 2017, p40). وتواصل البنية السكانية تطورها وتغيرها من حيث الفئات العمرية في هذه المرحلة أيضا، لتنخفض الفئة دون سن 15 سنة إلى 31.17% سنة 2002 وإلى 28.38 سنة 2006، وان عرفت ارتفاعا طفيفا سنة 2017 لتصل إلى 29.3%. وواصلت الفئة العمرية (15-59 سنة) ارتفاعها من 59.36% سنة 2000 لتصل إلى 64.29% سنة 2006، لتعرف انخفاضا سنة 2017 حيث وصلت إلى 61.1%. أما الفئة المسنة 60 سنة فما فوق عرفت هي بدورها تغييرات إذ انتقلت من 4.54% سنة 1998 لتصل إلى 7.33% سنة 2006 وتواصل ارتفاعها بشكل ملفت للانتباه لتصل سنة 2017 إلى 9.1% (ONS,2017,p40).

4. عوامل ارتفاع عدد المسنين في الجزائر: مساهمة في رصد الواقع: لم يعد يوصف نمو سكان العالم حاليا بأنه يعرف نمو سريعا فحسب، بل أخذت في التزايد نسبة الأشخاص الذين بلغوا أو تجاوزا سن 60 سنة بوتيرة سريعة للغاية، مما سمح ببروز ظاهرة تشيخ السكان، والتي تتمثل في التزايد المطرد لنسبة المسنين على حساب نسبة صغار السن (الشباب) مست جميع دول العالم دون استثناء ومنها الجزائر، حيث عرفت أعداد كبار السن في الجزائر تزايدا ملحوظا ويتزايد أعداد المسنين في الجزائر نتيجة عدة عوامل منها:

4-1 ارتفاع عدد المواليد: شهد النمو الديموغرافي في الجزائر بعد الاستقلال منحى متغير، إذ ظل يرتفع باستمرار وبوتائر مختلفة، ففي فترة السبعينات عرفت الجزائر انفجارا سكانيا غير مسبوق، حيث وصلت معدلات النمو الديموغرافي خلالها إلى 3.2%، فتضاعف سكان الجزائر مرتين في ظرف 20 عاما، حيث ارتفع عدد السكان من 10.45 مليون نسمة سنة 1962 إلى 20.52 مليون نسمة سنة 1983. في سنة 1986 عرفت الجزائر تحولا ديموغرافيا تمثل في انخفاض معدل النمو الديموغرافي أين تم تسجيل انخفاض محسوس في المواليد بنسبة 9.5% في سنة واحدة، وفي فترة التسعينات انعكست الأزمة المتعدد الأبعاد التي عاشتها الجزائر على معدل النمو الديموغرافي، الذي انخفض معدله إلى 2.8 %، إلا أنه يبقى مرتفعا مقارنة بمعدل النمو الطبيعي لكل من تونس والمغرب الذي يقدر بـ: 1.7%. ابتداء من سنة 2000 عرف النمو الديموغرافي في الجزائر استقرارا نسبيا، حيث بلغ 1.48% و وصل معدل المواليد 20 ‰ بعدما كانت 50 ‰ سنة 1970 و31‰ سنة 1990، كما انتقل العدد الإجمالي للسكان من 30.4 مليون نسمة سنة 2000 إلى 39.9 مليون نسمة حسب إحصاء للسكان سنة 2015 بمعدل نمو طبيعي يقدر بـ2.15% (ONS,2015,p05). بلغ عدد سكان الجزائر 42.2 مليون نسمة سنة 2018، وحسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء أن عدد سكان الجزائر سوف يبلغ 43.0 مليون نسمة بحلول سنة 2019 (ONS,2017,p01).

عرف المعدل الخام للولادات استقرار بين سنتي 2013 و2014، حيث انتقل من25.14‰ إلى 25.93‰، كما عرف ارتفاعا نسبيا سنة 2015 ووصل إلى 26.03‰ وبالمثل عرف المعدل العام للخصوبة ارتفاعا من 2.9 سنة 2013 إلى 3.1 طفل لكل امرأة خلال سنة 2015، كما واصل متوسط السن عند الإنجاب استقراره بنفس الوتيرة خلال الفترة الممتدة ما بين سنتي(2012- 2015) بـ 31.8 (ONS,2015,p02).

4-2 زيادة معدل الأمل في الحياة للجنسين (رجال نساء): عرفت توقعات الحياة بالنسبة لسكان الجزائر بحسب ما تعرضه التقارير أنه في تزايد، مع العلم أن معدل الأمل في الحياة يعكس فقط متوسط عدد السنوات التي يعيشها الفرد ولا يظهر طبيعة الأمراض التي يعيشها مجتمع ما.

الجدول رقم (02): يوضح الأمل في الحياة عند الولادة بالسنوات في الجزائر خلال (1970- 2015)

السنوات	رجال	نساء	المجموع
1970	52.6	52.8	52.6
1980	55.9	58.8	57.4
1991	66.9	67.8	67.7
2009	74.7	76.3	75.7
2010	76.3	76.3	76.3
2014	76.6	77.8	77.2
2015	77.8	76.4	77.1

المصدر: للمزيد أنظـر:

- Grangaud, (2012), p 7
- et Social,(2008), p20 Conseil National Économique
-), p034201 ONS,(1990-
- 5), P5ONS,(201

يتضح لنا من المعطيات الواردة في الجدول أعلاه، أن معدل الأمل في الحياة بالنسبة للجنسين رجال ونساء في تزايد، وإن كان هذا المعدل منخفضا ما بين سنتي (1970-1980) من 52.6 سنة إلى 57.4 سنة، نظرا للظروف التي كانت تعيشها البلاد في تلك الفترة، والتي استقلت حديثا بعد حرب دمرت مجمل البنى التحتية بها وانتشار كبير للأمراض خاصة المعدية، والمشاريع التنموية التي شرعت فيها مازالت في بدايتها، ليعرف معدل الأمل في الحياة تزايدا ملحوظا بداية من سنة 1991 ليصل إلى 67.7 سنة، ليواصل ارتفاعه إلى75.7 سنة عام 2009، وما بين عامي 2010 و2015 يصل من 76.3 إلى 77.1 سنة للجنسين.

4-3 انخفاض معدلات الوفيات: إن انخفاض معدل الوفيات في جميع الفئات العمرية يزيد متوسط العمر المأمول عند الميلاد، بشكل عام فقد تراجع المعدل الخام للوفيات في الجزائر خاصة بين سنتي 2012 و2013، من 4.53‰ إلى4.39‰ أي بانخفاض نسبي قدره 1.1%، و إن عرف ارتفاعا نسبيا سنة 2015 والذي وصل إلى 4.57‰. علما أن المعدل الخام للوفيات سنة 1997 كان يقدر بـ 6.12‰ (ONS,2015,p05). بذلك نسجل أن المعدل الخام للوفيات في المجتمع الجزائري في انخفاض مستمر. أيضا لابد من التعرف على معدل وفيات الأطفال خاصة الرضع، والذي يعد مؤشرا بالغ الأهمية فحدوث تناقص كبير في معدل الوفيات الرضع عاملا هاما في زيادة عدد السكان، فقد استطاعت الجزائر أن تخفض مؤشر وفيات الرضع، إذ انتقل معدل الوفيات من 36.9‰ لسنة 2000 إلى 25.5‰سنة

2008 ووصل إلى23.7‰سنة 2010، ليصل سنة 2015 معدل وفيات الرضع للإناث بـ20.7 ‰ و23.7‰ للرضع الذكور ليقدر إجمالي الوفاة للرضع لنفس السنة أي 2015 بـ 22.3‰ (ONS,2015,p05). وهو يعتبر ترجمة للجهود المبذولة والبرامج الصحية المعتمدة من قبل الجزائر لتحسين المؤشرات الصحية العامة.

4-4 ارتفاع المستوى المعيشي والصحي: إن لارتفاع المستوى المعيشي وتحسن الوضع الصحي العام دورا في زيادة متوسط سنوات العمر المتوقع للفرد أن يعيشها، حيث بلغ عدد سكان الجزائر بعد الاستقلال حوالي 10 مليون نسمة. أما بالنسبة لأمل الحياة عند الولادة فلم يتعد 50 سنة بسبب الأوضاع الصحية المزرية، خاصة فيما يخص وفيات الأطفال فقارب 200 وفاة في كل 1000 ولادة (حاروش، 2008، ص 128-129). كما لم تكن المؤشرات الصحية للشعب الجزائري محددة، أما فيما يخص الأمراض التي انتشرت في تلك الفترة أغلبها أمراض معدية فطرية والتهابات، نتيجة عن عدم توفر النظافة الكافية لتفادي هذا النوع من الأمراض، وما زاد في تعقيدها هو حالة سوء التغذية التي مست جزءا كبيرا من أفراد المجتمع الجزائري، ومن بين الأمراض الالتهابية التي انتشرت بين الأطفال واعتبرت من أهم أسباب وفياتهم هي الكزاز (Tétanos) والسعال الديكي (Coqueluche)، سبب انتشار هذه الأمراض هو عدم توفر اللقاحات بالشكل الكافي إن لم نقل انعدامها.

عقدت الجزائر عقب نيلها لاستقلالها العزم على تحقيق تنمية شاملة تخرجها من التخلف وانتهجت إستراتيجية لبلوغ ذلك، والتي عرفت عدة إصلاحات عموما كانت لها نتائج ايجابية على الوضع الاجتماعي للجزائريين بتحسن مستوى المعيشي وشهدت الوضعية الصحية تطورا ملحوظا، حيث أصبح من السهل اكتشاف الأمراض في مراحلها المبكرة، خاصة بعد تقرير الدولة الجزائرية لمجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974 وإصرارها على التمسك به إلى اليوم رغم الأزمة الاقتصادية التي تمر بها، ما ساهم في تحسن الوضع الصحي العام للسكان الجزائريين وزيادة عدد السنوات التي تعيش الفرد الجزائري.

5. السن والإصابة بالأمراض المزمنة: علاقة التقدم في العمر بارتفاع احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة

تؤكد الكثير من الدراسات التي أجريت حول الظروف والعوامل التي تحدد مستويات الصحة ومسببات المرض أن السن يعد أحد العوامل التي تساعد على الإصابة بالمرض، فهناك أمراض تصيب فئة عمرية محددة دون أخرى، كشلل الأطفال، هشاشة العظام التي تصيب المسنين (قدري وآخرون، دس، ص 103-104-105). نجد تمايزات بشأن نطاق ونمط المرض، فبين الجماعات العمرية للشبان تكون معدلات الأمراض الخطيرة كالأمراض المعدية والطفيلية أعلى منها بين الجماعات العمرية المتقدمة

في السن، ومن ناحية أخرى تزيد معادلات الإصابة بالأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكري بزيادة التقدم في السن (جلبي، 2014، ص209). فمن منطلق الإطار البيولوجي أن نتوقع معدلا عاليا للإصابة بالأمراض المزمنة بين كبار السن، حيث ترجع الأمراض المزمنة بصفة أساسية إلى تفكك أنسجة الجسم وعجز الأعضاء عن تأدية وظائفها بطريقة عادية. وبالتالي، فإن السن يعتبر عامل مهم يزيد من فرص الإصابة بنمط مرضي معين وهو المرض المزمن والذي قد يكون سبب المباشر للوفاة.

بحسب تقرير التنمية البشرية هناك ميزتان أساسيتان لطبيعة الأمراض التي تصيب الفرد الجزائري، من جهة، الوجود المتزايد والمقلق للأمراض المزمنة، ومن جهة ثانية هناك استمرارية لبعض الأمراض المعدية (Conseil National Économique,2006,p20). وهذا ما أكدته عديد الدراسات التي خلصت بأن الجزائر لا يزال بها أمراض دول العالم الثالث، مع ظهور نمط أمراض الدول المتقدمة (bougharbal, 2010, p7). والذي يشير إلى ذلك التحول الذي مس نمط الأمراض في الجزائر، من طور غلبة وسيطرة الأمراض المعدية، إلى طور باتت فيه تحل الأمراض المزمنة المراتب الأكثر أهمية بين أسباب وفاة الجزائريين، أي تحول وبائي ذو اتجاهين استمرار الأمراض المتنقلة وظهور نمط جديد من المرض (الأمراض المزمنة)، خلافا إلى ما هو سائد في الدول المتقدمة، حيث نجد النمط السائد حاليا هو الأمراض المزمنة أما الأمراض المتنقلة تمثل المرحلة الأولى، وإن كانت مرحلة طويلة جدا امتدت من نشأة المجتمعات الغربية إلى العصور الوسطى، أين كان النظام الإقطاعي سائدا وكانت الزراعة تهيمن على مجمل النشاط الاقتصادي، أين سادت مختلف الأوبئة والأمراض المتنقلة التي كانت تقضي على آلاف السكان، ثم مرحلة انحسار الأوبئة والتي تزامنت مع المرحلة الصناعية، فقد بين عديد الباحثين التحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في أوربا والتي ساهمت في تخفيض معدلات حدوث الأوبئة، وأخيرا مرحلة الأمراض المزمنة أثناء القرن العشرين والمرتبطة بأساليب الحياة الحضرية الناتجة عن ارتفاع مستوى الرفاهية الاجتماعية ونمط التغذية.

الجدول رقم (03): يوضح نسب الإصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر لسنة 2006

الأمراض المزمنة	%
ضغط الدم	24.58
السكري	12.33
الربو	9.00
الروماتيزم	8.15
أمراض الأوعية والقلب	6.80
الأمراض العقلية	5.44

الإعاقات السمعية والبصرية	6.40
أمراض الجهاز العصبي	3.66

Source : (Institut National de la Santé Publique, 2007, p59)

إن قراءة ما تشير إليه الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه، تجعلنا نقول بأن مرض ارتفاع الضغط الدموي والسكري وأمراض القلب والأوعية، السرطانات وأمراض الرئة المزمنة تأتي في صدارة هذه الأمراض المزمنة المنتشرة في الجزائر، أين أصبحت الصحة العمومية في الجزائر تشهد مؤخرا تهديدا حقيقيا بسبب ارتفاع نسب الإصابة بالأمراض المزمنة التي غيرت الخارطة الصحية للوطن، والتي أصبحت السبب الرئيس لوفاة الجزائريين وهو ما توضحه معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يوضح توزيع أسباب الوفاة عند الجزائريين بالنسبة المئوية سنة 2006

الأمراض المتنقلة	%32.80
الأمراض الغير متنقلة	%85.80
الإصابات (الحوادث)	%8.40
المجموع	%100

Source : (Institut National de la Santé Publique, 2007, p45)

إن القراءة الأولية للجدول أعلاه تجعلنا نقول: أن أهم أسباب الوفيات في الجزائر هي الأمراض المزمنة بنسبة 85.80% أولها أمراض ارتفاع الضغط الدموي ومضاعفاته كأمراض القلب والشرايين بـ 44.5% والسرطان بنسبة 16.0% ثم تاليها الأمراض متنقلة بنسبة 32.80% ثم الإصابات خاصة الحوادث المرورية بنسبة 8.40%.

وبالرغم من قلة الدارسات التي أجريت حول واقع الأمراض المزمنة في الجزائر، إلا أننا نجد المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002 والذي أجري على عينة طبقية شملت 10200 أسرة، كشفت أن معدل انتشار الأمراض المزمنة يرتفع كلما ارتفع السن، فالفئة العمرية 60 سنة فما فوق أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض خاصة عند الإناث، وبأن مرض ضغط الدم من الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا وترتفع نسبة الإصابة به بين الإناث عنها عند الذكور، كما يرتفع معدله بين الأشخاص المسنين ليصل حوالي 26% بين الأشخاص الذين سنهم 70 سنة فأكثر (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاءات، جوان 2003، ص12-13). وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (05): يوضح نسبة المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حسب السن والجنس

الجنس / فئات السن	ذكـــور	إناث	المجمـوع
سنة إلى 4 سنوات	1.8	1.5	1.6
5 إلى 14 سنة	3.3	20.7	3
15 إلى 59 سنة	8.8	12.8	10.8
60 سنة فما فوق	45.3	60	52.5
المجمـــوع	9.7	13.1	11.4

المصدر: (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاءات، 2003، ص12)

تشير المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، أن نسبة المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حسب السن والجنس، أن الفئة العمرية المسنة (60 سنة وما فوق) ترتفع فيها نسبة المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل، وتنخفض لدى الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين سنة إلى 4 سنوات، ما يوحي أن هناك تباين في الجماعات العمرية وتمايزات أخرى بشأن نطاق انتشار المرض المزمن، وبأن السن من أهم المتغيرات التي لها تأثير على الإصابة بالأمراض المزمنة.

وفي ذات السياق الجدير بالذكر أنه من النتائج التي توصل إليها المسح الجزائري أيضا لصحة الأسرة الذي أقيم سنة 2002، أنه لا يوجد شخص بلغ سنة 60 سنة لا يعاني من مشكل صحي، وأن التقدم في العمر يصاحبه ارتفاع مطرد لمعادلات الذين يعانون من مشاكل الصحية، حيث نجد أنه من بين مجموع الفئات العمرية، فالفئة التي يتراوح عمرها ما بين 60 إلى 64 سنة نجد نسبة 67.3% يعانون من مشكل صحي لترتفع هذه النسبة بارتفاع السن لتصل إلى 85.8% لنسبة للفئة العمرية التي تجاوز سنها 72 سنة عند الإناث، وكذا الحال عند الذكور، فاللذين يتراوح عمرهم مابين 60 و64 سنة نجد ما نسبته 45.9% يعانون من مشكل صحي، فترتفع النسبة لتصل إلى 72% عند الذكور الذين تجاوز سنهم 75 سنة فأكثر، كما أن أغلب هذه المشاكل الصحية هي أمراض مزمنة. وهو الذي تؤكده المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح نسبة المسنين الذين يعانون من مشكل صحي حسب السن والجنس

الجنس / فئات السن	ذكور	إناث
60-64 سنة	45.9	67.3
65- 69 سنة	56.7	75.7
70- 74 سنة	63.3	74.7
75 سنة فأكثر	72	85.8
المجموع	59.0	74.7

المصدر: (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاءات، 2003، ص46)

جدول رقم (07): يوضح معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب السن والجنس

الجنس / فئات السن	ذكـــور		إنـــاث		المجمـوع	
	معدل انتشار المرض%	العدد	معدل انتشار المرض%	العدد	معدل انتشار المرض%	العدد
سنة-18 سنة	2.9	32386	2.4	31440	2.6	63827
19-24 سنة	3.4	12030	3	11901	3.2	23932
25- 34 سنة	3.6	14964	5.1	14498	4.3	29462
35-59 سنة	12.7	20238	24.3	20587	18.5	40826
6 سنة فما فوق	42	6676	60.4	6362	51	13038
المجموع	8.4	86298	12.6	84802	10.5	171100

Source: (Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, 2007, p32)

تشير المعطيات الإحصائية الواردة في الجدول أعلاه، والصادرة عن دراسة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2006، على أن عدد حالات الإصابات بالأمراض المزمنة في الجزائر تعرف انتشار بين الجزائريين لتمس مختلف الشرائح العمرية لكنها ترتفع بشكل كبير بين المسنين 60 سنة فما فوق، مفاده أن معدل انتشار الأمراض المزمنة يرتفع كلما ارتفع السن، حيث وصلت نسبة انتشار الأمراض المزمنة إلى 51% عند الفئة العمرية 60 سنة فما فوق، لترتفع عند الإناث 60.4% مقارنة بالذكور 42%، ما يوحي أن الأمراض المزمنة كما تتوزع بشكل مختلف بين الفئات العمرية فهي تتوزع

أيضا بشكل مختلف من حيث الجنس لتبقى النساء أكثر عرضة لخطر الإصابة بهذه الأمراض من الرجال.

من بين الأمراض المزمنة نجد الداء السكري الذي يعرف انتشارا واسعا بين الجزائريين ويشكل أحد الأسباب الرئيسة للوفاة، لأن لهذا المرض الخطير له من التأثيرات التي قد تؤدي إلى الإعاقة وسببا في ظهور أمراض أخرى كالقصور الكلوي المزمن وتصلب الشرايين ...، فقد أظهر المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (2012-2013) أن الفئة العمرية 70 سنة فما فوق يرتفع فيها معدل الإصابة بمعدل انتشار يقدر بـ:32.4%، ولتبقى النساء أكثر المصابات به بمعدل 7.5% من عند الرجال 3.7% (Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, 2015, p235). كما أظهر هذا المسح العنقودي أيضا، أن معدل انتشار مرض القلب بلغ 1% عند الإناث و0.8 %عند الذكور، ومن حيث توزيع المرض حسب الفئات العمرية فهو يعرف ارتفاعا كلما تقدم الفرد في العمر حيث قدر بـ 5.4 ، لدى الفئة العمرية 70 سنة فما فوق.

خاتمـــة:

وعليه يمكن القول، أن الجزائر تشهد تغييرات على مستوى الهيكل العمري للسكان، والذي نلمسه في التزايد الكبير والسريع لكبار السن، فالأرقام التي سبق عرضها في هذه المساهمة العلمية المتواضعة توحي لنا ببروز ظاهرة اجتماعية جديرة بالبحث والدراسة وهي بوادر الشيخوخة في المجتمع الجزائري، ما يعني تغير في الهيكلة المرضية، كون أن السن من أهم المتغيرات التي لها تأثير على الإصابة بالأمراض المزمنة. فالتحول الديموغرافي الذي يتزامن و التحول الوبائي، المتمثل في تناقص الفئات العمرية النشطة وارتفاع نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة فما فوق، ستكون له عواقب وخيمة، إذا لم يكن هناك تخطيط سواء على مستوى الإمكانات المادية والبشرية، ومن دون قفزة نوعية في مجال الوقاية التي من الواجب أن تصبح أولوية الأولويات، لا يمكن للدولة مواجهة شيخوخة السكان مع ما يرافقها من تناقص في الفئات العمرية النشطة، وفي نفس الوقت مواجهة الانفجار الكبير لجملة من الأمراض خاصة المزمنة والتي تتطلب علاجات باهظة الثمن لا يقدر عليها الغالبية العظمى من المواطنين وعبئا كبيرا على كاهل الأفراد، كل هذه المعطيات تترتب عنها بالضرورة التحول في البرامج الصحية والتحول في الأولويات في جميع المجالات، انطلاقا من التحول في بنية الهياكل الصحية أي في هندسة بنائها إلى المسارات العلاجية التي تختلف اختلافا واضحا بين الأمراض المتنقلة والمزمنة، بل أن الأمر يتطلب مراجعة البرامج التكوينية للأطباء والشبه طبيين وكل هذا يستدعي نظم تسيير حديثة ومختلفة وطرق تمويل مغايرة عن تلك التي كانت سائدة في المراحل الأولى للاستقلال.

قائمة المراجع:

أولا المصادر:

- القرآن الكريم.

ثانيا – المراجع باللغة العربية:

-أنطوان نعمه وآخرون، (2008)، المنجد في اللغة العربية المعاصرة، بيروت: دار المشرف، ط 3.

- بيارت بونت وميشال إيزار، (2006)، معجم الأثنولوجيا والأنتروبولوجيا، ترجمة: مصباح الصمد، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

-سامية مصطفى الخشاب، (2003)، النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة، القاهرة: مؤسسة المعارف للطباعة.

-عايد الوريكات، (2010)، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

-عزت سيد إسماعيل، (1984)، الكويت: التقدم في السن، دار القلم.

-علي عبد الرزاق جلبي، (2014)، دراسات في علم الاجتماع الطبي، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط3.

- عياش وهواه،(2004-2005)، التنمية والتحولات الصحية- الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة (1830 -2002)، جامعة الجزائر، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

- قدري الشيخ علي وسوسن سمور وماري حداد، (2010)، علم الاجتماع الطبي، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

- ليندة حداد وآخرون: تمريض صحة المجتمع، أكاديميا انترناشيونال للطباعة والنشر، بيروت، 2006

-محمد أحمد نجيب وآخرون، (2003)، المسنون في مصر ديموغرافيا واجتماعيا واقتصاديا، القاهرة: المركز الديموغرافي بالقاهرة.

- محمود خليل الشاذلي وآخرون، (2011)، طب المجتمع، بيروت: أكاديميا انترناشيونال للطباعة والنشر، ط 2.

- معن خليل العمر، (2005)، علم المشكلات الاجتماعية، الأردن: دار الشروق.

- محمد طويل، (2011 -2012)، مقاربة سوسيولوجية لانتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض السكري والقلب، جامعة الجزائر 02، رسالة دكتوراه علوم في الديموغرافيا، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

- نجلاء عاطف خليل، (2006)، علم اجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، الإسكندرية: مكتبة الأنجلو المصرية.

- نور الدين حاروش، (2008)، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر: دار كتامة للكتاب.

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاءات، (2003)،النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الجزائر.

ثالثا – المراجع باللغة الأجنبية:

-André Domart et Jacques Bourneuf, (1983),Petit Larousse médicale Paris : libraire Larousse.

- Conseil National Économique et Social,(2006), Algérie :Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD).

- Institut National de la Santé Publique, (2007), Enquête nationale de santé, projet TAHINA (Transition and health impact in north Africa) novembre 2007

- Jean Paul Grangaud, (2012) , Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Ipmed

- ONS, annuaire statistique N°20,21 et 22, Algérie en quelques chiffres, Démographie Algérie N°36 et 47.

- ONS,Office National des Statistiques, collection Statistiques N°80,1998

- ONS, Office National des Statistique, (2015), Alger: Démographie Algérienne 2015, N°740.

- ONS, Office National des Statistique, (2017), Alger: Démographie Algérienne 2017.

- Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques,(2015), Alger :Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête national a indicateurs multiples MICS4 2012-2013 .

-Rachid bougharbal , (2010), la transition épidémiologique en Algérie, Alger : journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef .