

الانتقال الصحي في الجزائر

أ/ فاتح بعيط، جامعة الحاج لخضر باتنة

ملخص:

عاشت الجزائر خلال السنوات الأخيرة ثلاثة أنواع من الانتقالات، الأول ديمغرافي أين تراجعت فيه معدلات الخصوبة والوفيات والثاني غذائي تزايدت فيه السمنة والخمول وأخيرا الانتقال الصحي الذي اختص بالارتفاع المستمر في أمل الحياة عند الولادة الذي تعدى 75 سنة متقاربا في ذلك مع الدول المتقدمة وتراجع في الأمراض المعدية مع عدم الاختفاء المطلق لداء السل والتهاب الكبد الفيروسي والانتشار الواسع للأمراض المزمنة كارتفاع الضغط الشرياني والسكري والسرطانات التي شكلت الأسباب الرئيسية لوفاة السكان. الكلمات المفتاحية: الانتقال، الصحة، الأمراض المزمنة، أسباب الوفيات، الجزائر.

Résumé :

Au cours des dernières années, l'Algérie a vécu une triple transition : démographique marqué par une baisse de la fécondité et de la mortalité, nutritionnelle ou l'obésité et la sédentarité prennent l'ampleur et sanitaire caractérisée par un allongement de l'espérance de vie à la naissance qui dépasse 75 ans et converge avec les pays développés, recul des maladies transmissibles sans disparition complète de la tuberculose pulmonaire et les hépatites virales et prédominance des pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète, cancers,...) qui constituent les principales causes de décès de la population.

Les mots clés : transition, santé, maladies chroniques, causes de décès, Algérie

مقدمة:

عديدة هي الأفكار التي أراد من خلالها الديمغرافيين تفسير مسار الانتقال الديمغرافي بمركبتيه الخصوبة والوفيات هاتين الأخرتين التي وجدت كل واحدة منها أسبابها في التحولات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

هذه التطورات ساهمت في تغيير الوضعية البائية للسكان بتراجع الأمراض المعدية وإطالة أمل الحياة عند الولادة وزحزحة الوفيات إلى الأعمار المتقدمة ومن هذه الزاوية كانت الأسبقية في التنظير لعبدل عمران 1 سنة 1971 الذي حاول تفسير التغير السكاني في مقارنة وبائية وكانت نظريته مبنية على أن الانتقال البائي يرافق الانتقال الديمغرافي مرحلة بمرحلة فأثناء تراجع الوفيات والخصوبة هناك تغير في نموذج الأمراض وفي أسباب الوفيات والكل في إطار مسار تنمية المجتمع وقد قسم هذا الانتقال إلى ثلاثة مراحل:

الأولى هي مرحلة الطاعون والمجاعات L'âge de la peste et de la famine أين تموقت خلاله معدلات الوفيات في مستويات عالية جدا ردا على الأوبئة مما حال دون النمو السكاني المتواصل وشكلت أثناءه أمراض الرئة والإسهال والجذري وداء السل الأسباب الرئيسية للوفاة والتي مست خاصة فئة الأطفال والنساء، أما أمل الحياة عند الولادة فقد كان متذبذبا ومنخفضا ما بين 20 و40 سنة.

الثانية هي مرحلة انحسار الأوبئة l'âge du recul des pandémies والتي عرفت الاختفاء في تذبذب الوفيات نتيجة التحسن في المعيشة والمرافق الصحية ويعجل معدل الانخفاض كلما قلت أو اختفت ذروة الأوبئة، كما ازداد أمل الحياة عند الولادة من 30 إلى 50 سنة وبدأ النمو السكاني في التغير أخذا شكل منحنى أسّي.

مرحلة الأمراض التنكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان

: L'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société أثناءه تستمر الوفيات في التراجع لتستقر في نهاية المطاف في مستوى ضعيف كما تعتبر الأمراض التنكسية كالسرطان والمزمنة كأمراض القلب والحوادث الشريانية الدماغية الأسباب الرئيسية للوفاة خاصة لذوي الأعمار المتقدمة، أما أمل الحياة عند الولادة قد تعدى 50 سنة كما تصبح الخصوبة العامل الحاسم في النمو السكاني.

- في سنة 1986 تم اقتراح المرحلة الرابعة من نموذج الانتقال الوبائي من طرف أولشانسكي وأولت 2.

بعد دراستهما لجدول الحياة واستخلاصهما للارتفاع الغير متقطع في أمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافا لما أتى به عمران وهو ما أطلقا عليه بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكسية

L'âge retardé des maladies dégénératives

- في سنة 2000 قام جاك فلان و فرنس مسلي 3 بدراسة تغيرات أسباب وأعمار الوفيات في فرنسا ابتداء من سنة 1925 وذلك بتقدير دور التغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة وأقرا بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة والتي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية وارتفاع الأمراض المزمنة ونهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب والأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في رفع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية وهو ما أطلق عليه الباحثين بثورة القلب والأوعية الدموية La révolution cardiovasculaire.

- في سنة 2001 اقترح جون ماري روبين 4 إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل الانتقال الوبائي من خلال دراستهما لتطور تشتت أمل الحياة في فرنسا وقد أقر بوجود ثلاث مراحل:

الأولى وهي مرحلة الطاعون والأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و19م.

الثانية وهي مرحلة تراجع الأوبئة، أين شهدت أثناءها وفيات الأطفال والأمهات الانخفاض وأدت إلى تقلص شديد في تشتت أمل الحياة، هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي اتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية وأمريكا الشمالية واليابان.

أما الثالثة فقد دمج فيها روبين مرحلة الأمراض التنكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان لعمران مع عمر انحصار الأمراض التنكسية لاولشانسكي وأولت ومرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية لفلان ومسلي لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة غزو مدى الحياة L'âge de la conquête de l'étendue de la vie نظرا لصعوبة التمهيد وتاريخ المرور بين المراحل التي شملها الدمج .

في 2004 عاد كل من جاك فلان وفرنس مسلي بطرح تنظير جديد في هذا المسار من خلال دراسة تقارب وتباعد الوفيات في مقاربة حديثة للانتقال الصحي 5 وأشار بأن هذا النموذج يتكون من تتابع ثلاثة مراحل:

الأولى والتي تشمل كل مراحل الانتقال الوبائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساسا إلى انهيار الأمراض المعدية وارتفاع مثلثتها المزمنة.

الثانية وهي مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية حيث تحدث أين يرتفع أمل الحياة نتيجة تراجع لأمراض القلب والأوعية الدموية.

وأخيرا مرحلة بطيء الشيخوخة.

بين طرح فكرة النظرية عند البعض والنموذج عند البعض الآخر يبقى الانتقال الصحي من أهم المسارات التي عاشتها جل البلدان المتقدمة وبعض السائرة في طريق النمو ولكن في صور مختلفة وبالمقابل هناك اتجاه عالمي لمرور كل الدول والمجتمعات بهذه التحولات الصحية التي تلازم الانتقال الديمغرافي والغذائي مرحلة بمرحلة.

المعطيات والطرق:

أجرت الجزائر العديد من التحقيقات الصحية والديمغرافية بوتيرة سريعة ابتداء من سنة 1990 ولكن معطيات هذه التحقيقات لم تستغل جيدا إلا في معرفة صحة الأم والأطفال ولم تسعى للبحث في أسباب التغيرات الصحية التي مرت بها البلاد ولعل أهمها الانتقال الصحي الذي بدأت ملامحه في الظهور مطلع سنوات التسعينات ولذلك فإن هذه الورقة تسعى إلى تحليل النموذج الجزائري بدراسة تطور أمل الحياة عند الولادة والتغير في نموذج الأمراض المنتشرة بين السكان بالإضافة إلى أسباب الوفيات.

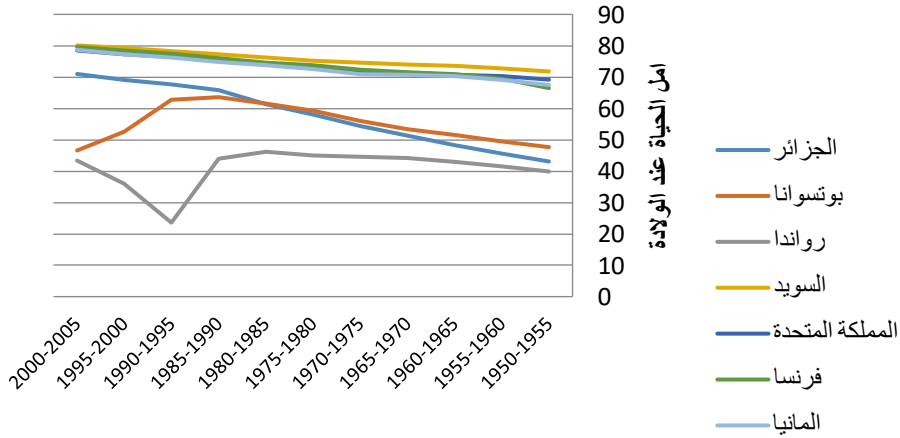
إن المعطيات المستخدمة في هذا العمل مستقاة من شعبة السكان لهيئة الأمم المتحدة "المراجعة 2012" وإحصاءات السجل السنوي للأوبئة الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية لسنوات 1980-2007 والتحقيقين الوطنيين للصحة لسنتي 1990 و2005 والتحقيق الوطني حول الوفيات لسنة 2002 وأخيرا شهادات الوفاة الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية ما بين 2002 و2008.

النتائج:

(I) أمل الحياة عند الولادة

قليلة هي الإحصائيات التي أعطت صورة واضحة عن أمل الحياة عند الولادة لدى الجزائريين قبل نهاية الحرب العالمية الثانية، وبالمقابل مع مطلع سنوات 1950 سجل هذا المؤشر قيمة 43.1 سنة متاخما في ذلك العديد من البلدان الجنوبية كبوتسوانا، رواندا والكاميرون وبتأخر تجاوز 30 سنة نظير أمل حياة البلدان المتقدمة كالسويد، المملكة المتحدة، ألمانيا وفرنسا.

هذا المعدل شهد مع منتصف عشرية 1980 الاستمرارية في التطور عند الجزائريين أخذا منحى التقارب مع البلدان الشمالية المتقدمة ومقلصا بذلك الفارق إلى حوالي 5-7 سنوات ليصل إلى مستوى 74 سنة لدى الجنسين بحلول 2006 ومتباعدة عن الدول الجنوبية التي مرت ابتداء من نفس العشرية بظروف أعاق تطور أمل حياتها الذي لم يتخطى 50 سنة مع بداية القرن الجديد نتيجة الحروب والمجاعات ووباء السيد واللازمات الاقتصادية.



منحنى رقم 1: تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر ما بين 1950-

2005

المصدر : <http://esa.un.org/unpp>

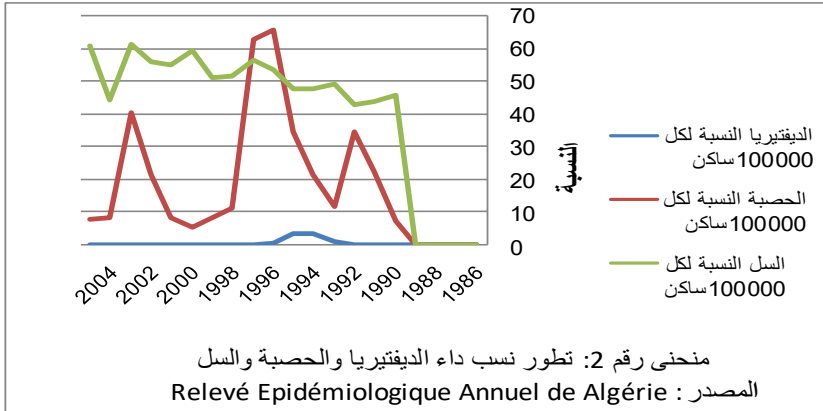
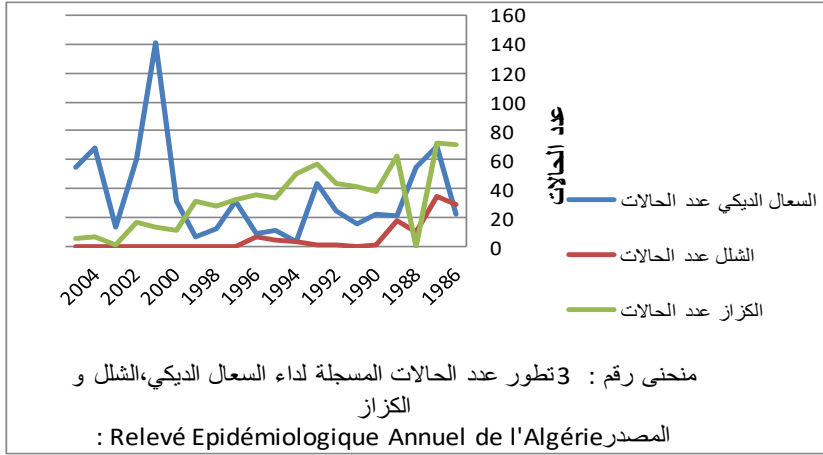
(II) تطور الوضعية الوبائية في الجزائر

(1) الأمراض المعدية

بعد التراجع الذي شهدته معظم الأمراض المعدية خلال سنوات الثمانينات بسبب الحملات الإلحاقية والاعتماد على الوقاية، عرفت الساحة الوبائية رجوع البعض منها نتيجة تقليص الموارد المالية المخصصة لمكافحتها وتدهور الظروف الأمنية والاجتماعية والاقتصادية للسكان نتيجة تداعيات العشرية السوداء (منحنى 2-5)

(2) أمراض البرنامج الواسع للتلقيحات:

عرفت هذه الفئة من الأمراض 6 التذبذب بين الارتفاع والتراجع فداء السل الذي شهد الانخفاض منتصف الثمانينات بمعدل 35 حالة لكل 100.000 شخص عاد بقوة ليصل إلى 60.62 حالة لكل 100.000 شخص في 2005، أما الديفتيريا فقد كرر الظهور منتصف سنوات التسعينات بنسب تتراوح بين 3 و 4 حالات لكل 100.000 شخص نتيجة حالات وبائية حادة في منطقتي الوسط وجنوب البلاد بعد أن كان 0.09 حالة لكل 100.000 سنوات 1980-1989، وموازية مع ذلك فإن داء الحصبة لم يتراجع أيضا وبلغ معدل 62.48 حالة لكل 100.000 شخص سنة 1996، هذه المعدلات العالية أجبرت السلطات الصحية على مراجعة جدول التلقيحات سنة 1996 وإدخال الجرعة الإجبارية الثانية من اللقاح ضد الحصبة للأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة ليسجل بعدها هذا الداء تراجعا إلى معدل 7.97 حالة لكل 100.000 شخص سنة 2005، وعلى عكس من كل ذلك فإن الكزاز قد انخفض إلى 0.02 حالة لكل 100.000 شخص ما بين 1989 و2005 وهو مؤشر على التغطية الإلحاقية الجيدة ضد هذا الداء عند الأم في سن الإنجاب زيادة على إجراء الولادات في الهياكل الصحية، أما الشلل فقد اختفى تماما من الساحة الوبائية ويعتبر تاريخ 1996 آخر سنة عرفت التصريح بوجوده في الجنوب الجزائري.

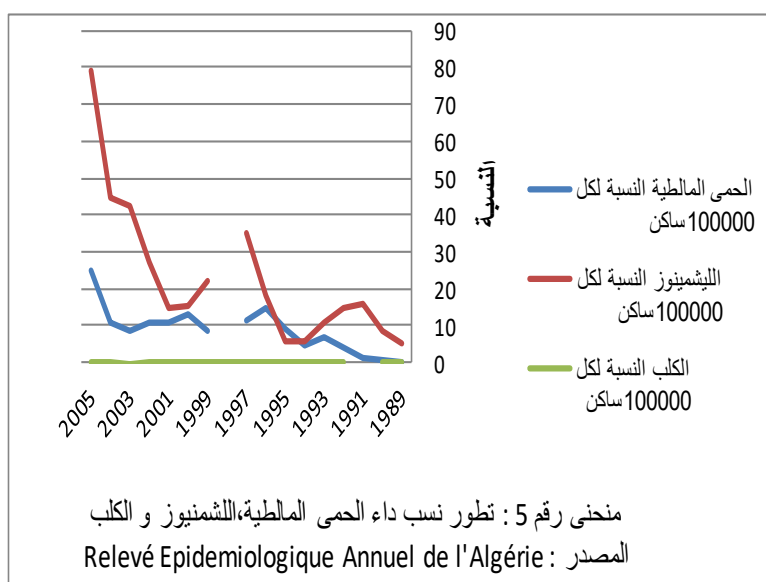


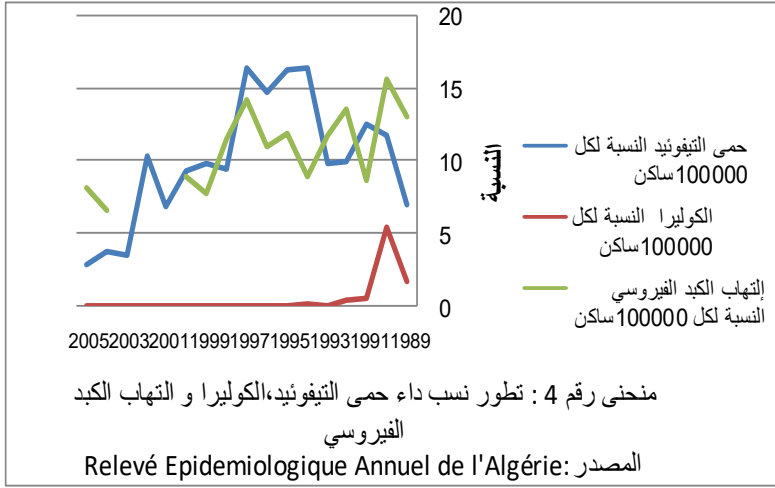
(3) الأمراض المنتقلة عن طريق المياه:

شكلت الأمراض المنتقلة عن طريق المياه⁷ أهم الأسباب المؤدية للحالات المرضية ضمن الأمراض الإلجارية التصريح في الجزائر وحدثها متعلقة مباشرة بشروط النظافة العامة والتموين بالمياه الصالحة للشرب، فمثلا حمى التيفوئيد قد انخفضت معدلاتها من 16.29 إلى 2.82 حالة لكل 100.000 شخص ما بين سنة 1997 و2005 وكذلك التهاب الكبد الفيروسي الذي تراجع من 15.59 إلى 6.56 حالة لكل 100.000 شخص ما بين 1990 و2004 نتيجة إدخال السلطات الصحية التلقيح المجاني والإلجاري ضد التهاب الكبد الفيروسي "النوع ب" في 2003/01/01 خاصة للمواليد الجدد.

4) الأمراض المنتقلة عن طريق الحيوانات:

تتواجد هذه الأمراض في حالة وبائية وتمثل ما يقارب ربع الحالات المصرح بها⁸ بالرغم من بداية تطبيق البرنامج الوطني لمكافحة هذه النوعية من الأمراض سنة 1984 بهدف تقليص الحالات المرضية والوفيات ولكن الملاحظ هو الزيادة في معدلات ظهورها فالحمى المالطية مثلاً شهدت التدرج في الارتفاع من 14.7 إلى 24.71 حالة لكل 100.000 شخص ما بين 1996 و2005 وداء الليشمينوز من 35.07 إلى 70.83 حالة لكل 100.000 شخص ما بين 1997 و2005 خاصة في الهضاب العليا تحت تأثير العمران الفوضوي.





(5) الأمراض الغير المعدية:

لقد أعطى التحقيين الوطنييين للصحة⁹ ¹⁰ لسنتي 1990 و2005 صورة واضحة عن نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان خاصة منها الغير معدية أين لوحظ بأن النموذج الجزائري يمتاز بالارتفاع المستمر للأمراض المزمنة والتكيسية والتراجع في مثيلتها المعدية وهو ما يؤكد الانتقال الصحي الذي تمر به البلاد (شكل 1-4).

(6) الأمراض داخل العائلة

كشف التحليل المقارن لنسبة الأمراض داخل العائلة ما بين 1990 و2005 زيادة في نسب كل من أمراض القلب والأوعية الدموية من 1.2 % إلى 7.5 % وأمراض الجهاز الهضمي من 10.8 % إلى 14.8 % وأمراض الغدد من 0.5 % إلى 2.7 % والتراجع في نسبة الأمراض المعدية من 8.5 % إلى 5.4 % والأمراض التنفسية من 35.7 % إلى 25 % مع ثبوت نسبي في أمراض المفاصل والسرطان والاضطرابات العقلية.

(7) الفحوصات الطبية:

أظهرت دواعي الفحوصات الطبية لدى عينة السكان خلال الثلاثة شهور التي سبقت تحقيقي 1990 و2005 على الترتيب ارتفاع في نسبة الإقبال على فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية من 4.3 % إلى 8.9 % وأمراض

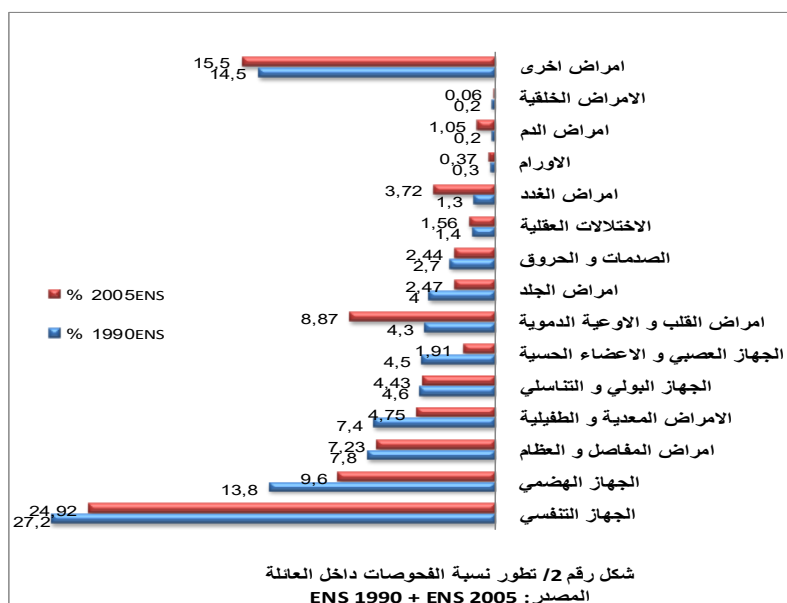
الغدد من 1.3% إلى 3.7% وانخفاض في فحوصات الأمراض المعدية من 7.4% إلى 4.8%.

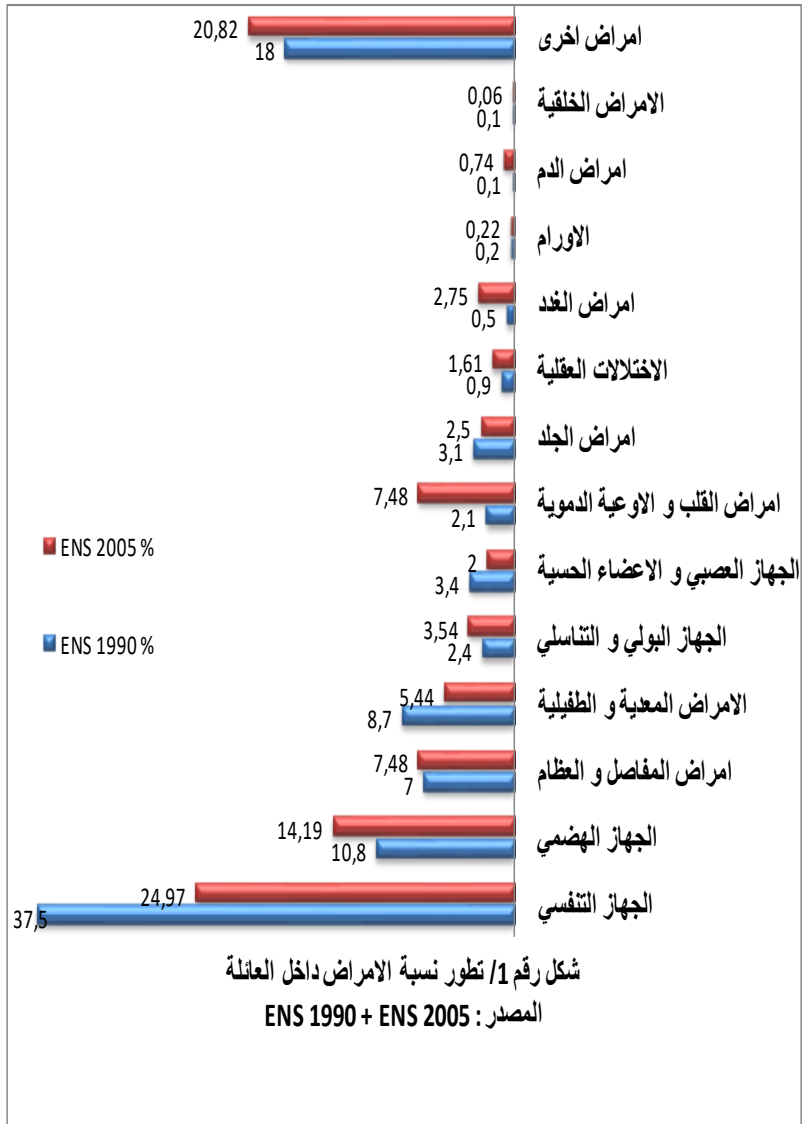
(8) الاستشفاء:

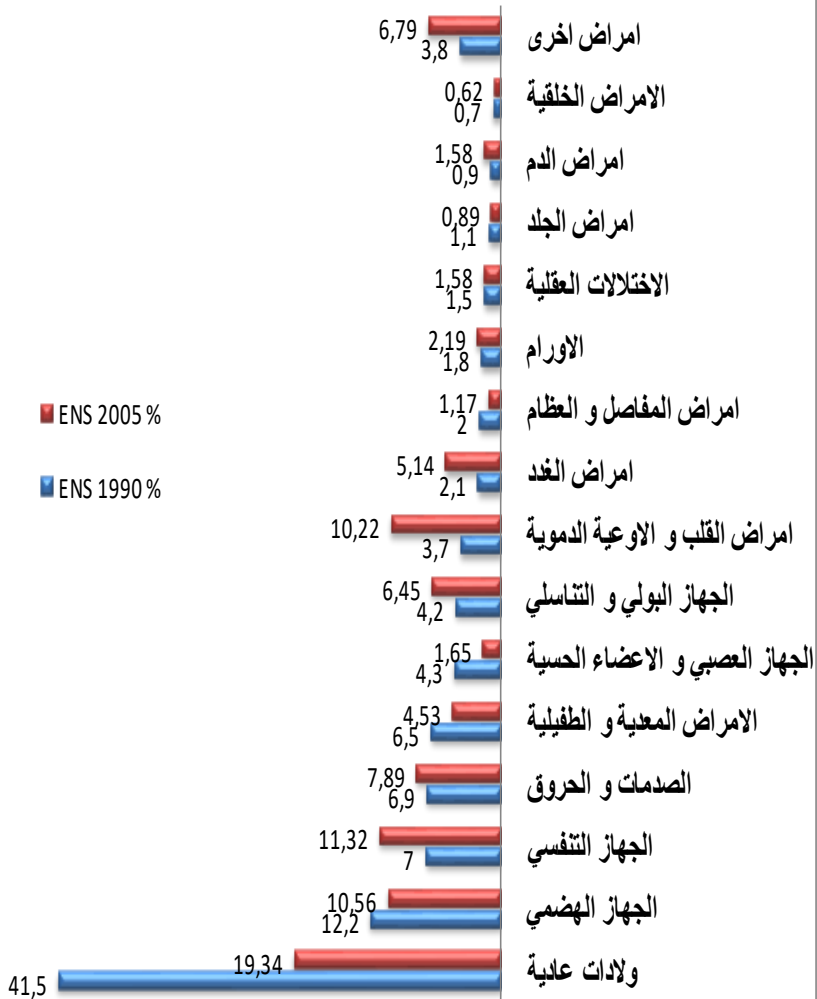
الدراسة المقارنة لدواعي الاستشفاء خلال العام الذي سبق تحقيقي الصحة 1990 و2005 وبعض النظر عن نسبة الولادات العادية التي عرفت التراجع من 41.5% إلى 19.34% بين التاريخين على التوالي فقد لوحظ ارتفاع في نسبة الاستشفاء للأمراض التنفسية من 7% إلى 11.30% وأمراض القلب والأوعية الدموية من 3.7% إلى 10.2% وتراجع طفيف في نسبة الاستشفاء بسبب الأمراض المعدية من 6.5% إلى 4.5%.

(9) الأمراض المزمنة:

لا تعتبر الأمراض المزمنة سببا رئيسيا في الموت فقط ولكن عاملا مهما في الإعاقة بشتى أنواعها وتزيد من مستوى التكلفة الطبية، وقد سمح التحقيين بإعطاء توزيع دقيق لهذه الأمراض التي يعاني منها أفراد العائلة لتظهر الزيادة المستمرة في داء ارتفاع الضغط الشرياني من 17.2% إلى 24.5% والسكري من 6.9% إلى 12.1% وبالمقابل تراجع طفيف في داء الروماتيزم والأمراض العقلية مع ثبوت السرطان في مستوى 0.6%.

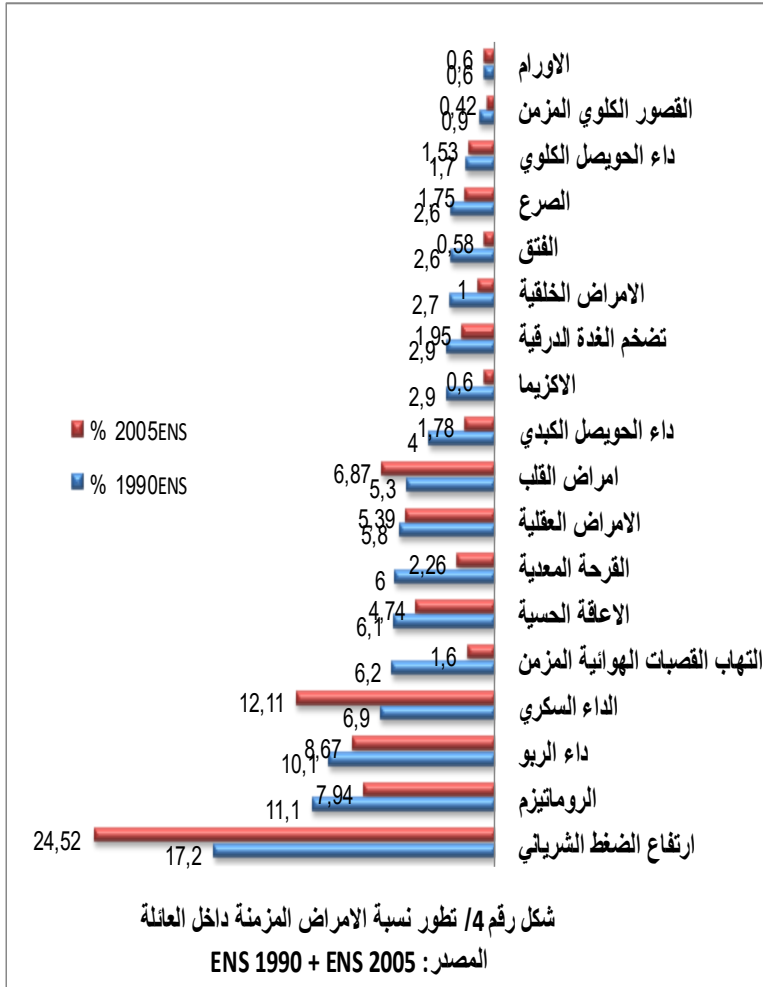






شكل رقم 3/ تطور نسبة الاستشفاء (بضم الولادات العادية)

المصدر : ENS 1990 + ENS 2005



(III) أسباب الوفيات:

لا يزال موضوع دراسة أسباب الوفيات في الجزائر من المواضيع التي لم تنل الاهتمام الوفير نظرا لغياب سلسلة هذه الأسباب في المنظومة الاحصائية الوطنية، فمنذ الاستقلال ومنذ إنشائه فقد اقتصرت أعمال الديوان الوطني للإحصائيات على الجانب الكمي دون النوعي، ونظرا للأهمية تحديد أسباب وفيات السكان لتوجيه السياسات الصحية فقد تم إنشاء سنة 1995 على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية وحدة جمع وتحليل أسباب وفاة الجزائريين ولكن ميدانيا وبالرغم من تطور نظام المعلومات الصحي والانتشار الواسع للأطباء وإجبارية إصدار

الشهادة الطبية للمتوفي قبل الدفن مهما كان مكان هذا الحدث إلى أن معدل التغطية¹¹ لم يتجاوز 30% سنة 2005 بعد ما كان 10-15% ما بين 1995-2003 زيادة على النسبة الكبيرة من الوفيات الغير معروفة السبب، ومنذ الدراسة الموثقة التي قام بها جاك فلان وبرتراد جارو¹² حول أسباب الوفيات في مدينة تبسة سنتي 1974-1975 بقيت الساحة مبتورة من الأعمال إلى غاية سنة 2002 أين قام نفس المعهد بإجراء الشطر الأول من التحقيق الوطني للصحة (2002-2005) بجمع وتحليل أسباب الوفيات في الجزائر والذي عكس ارتفاع الأمراض المزمنة والتكيسية والناجمة عن الصدمات نظير الأمراض المعدية.

الجدير بالذكر ان هذا التحقيق اعتمد فيه على نوعين من التصنيفات العالمية:

الأول تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD الذي يستخدمه البنك العالمي منذ سنوات التسعينات بغية توحيد وتحليل ونشر المعلومات المتاحة عن صحة سكان مختلف الدول حيث يقوم على حساب سنوات العمر المصححة DALY كمقياس لعبء الأمراض ثم تطبيقه في مجال صياغة السياسات الصحية وقد قسم أسباب الوفيات إلى أربعة مجموعات كبرى الأولى تضم الأمراض الغير معدية والثانية الأمراض المعدية وأمراض مرحلة البيرينتال¹³ والأمومة والثالثة الصدمات وأخيرا مجموعة الوفيات الغير معروفة السبب.

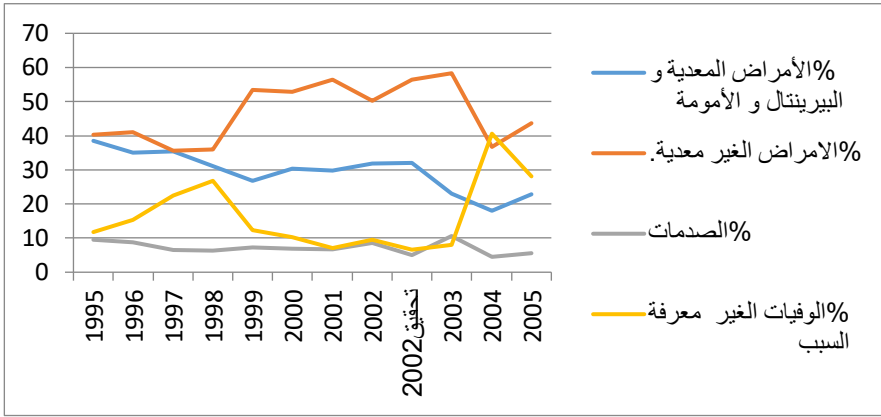
أما الثاني فهو التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية المراجعة العاشرة "CIM10" الخاص بالمنظمة العالمية للصحة حيث تصنف الأمراض والوفيات في صيغة شفرات وتسمح بتسجيل وتحليل وتقييم المعطيات من أجل استخدامها في الدراسات والتخطيط الصحي.

1) أسباب الوفيات حسب تصنيف العبء العالمي للأمراض:

الدراسة التحليلية لتطور أسباب الوفيات¹⁴ لدى الجزائريين ما بين 1995 و2005 حسب التصنيف GBD تصدرته الأمراض الغير معدية بنسبة تراوحت بين 40-60 % متبوعة بالأمراض المعدية وأمراض مرحلة البيرينتال والأمومة بحوالي 20-30 % وأخيرا الصدمات والوفيات الغير معروفة السبب بنسبة 10 % (منحنى رقم 6).

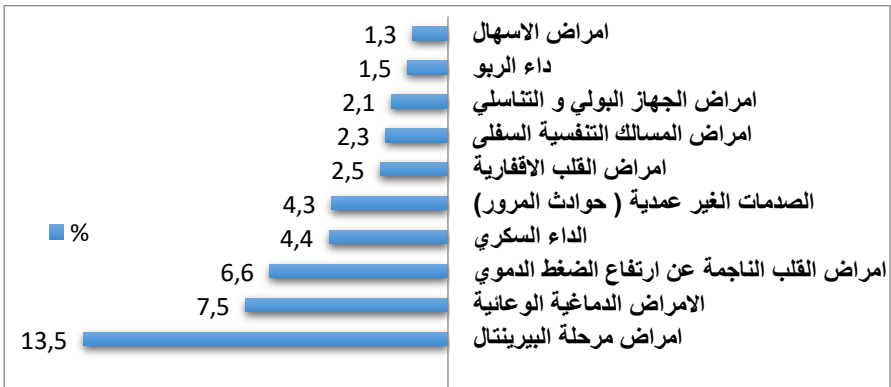
أما التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولى وبغض النظر على أن الوفيات خلال مرحلة البيرينتال قد احتلت الريادة بنسبة 13.5% فإن جل الوفيات¹⁵ المتبقية كانت بسبب الأمراض المزمنة وعلى رأسها الأمراض الدماغية الوعائية

بنسبة 7.5 % ثم أمراض القلب الناجمة عن ارتفاع الضغط الشرياني بمستوى 6.6 % ليليها الداء السكري بنسبة 4.4 % (شكل رقم 5).



منحنى رقم 6 / تطور نسب الوفيات المسجلة في الجزائر ما بين 1995-2005 حسب تصنيف GBD

المصدر/ INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie.



شكل رقم 5/ توزيع العشرة اسباب الاولى لوفيات الجزائريين لسنة

2002

حسب التصنيف GBD

المصدر : EM 2002

(2) أسباب الوفيات حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية

ما يمكن قوله حول أسباب الوفيات في الجزائر حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض والمشاكل الصحية هو وجود نقص في الأرقام الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية خاصة منها المتعلقة بشهادة الوفاة فهذه الإحصائيات تدل على أن الجزائر في أوج الانتقال الصحي ولكن في صورة غير دقيقة، هذا النقص يكمن في مساهمة بعض الأمراض في النسبة الحقيقية للوفيات فالتحقيق الوطني للصحة¹⁶ لسنة 2002 أعطى نسبتي 26.1% و 9.5% من الوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية والأورام بينها شهادات الوفاة¹⁷ لسنتي 2004 و 2005 أعطت 14.0% و 18.2% للداء الأول نظير 5% و 6.5% للداء الثاني على التوالي.

هذه الإحصائيات المبتورة مردها إلى النقص الكبير في معدل التغطية للأسباب الوفاة الذي لم يتعدى 25% (32260 وفاة) و 29.5% (40199 وفاة) لسنتي 2004 و 2005 من مجمل الوفيات المصرح بها لدى الديوان الوطني للإحصائيات والمقدرة بحوالي 129390 و 136380 وفاة للعامين على التوالي.

بالرغم من هذه التحفظات فإن دراسة أسباب الوفاة¹⁸ بين 2002 و 2008 والتي حدثت جلها في المراكز الصحية والاستشفائية تعكس ثقل الأمراض المزمنة والمستعصية التي تفتك بأرواح الجزائريين مقارنة بالأمراض المعدية التي تراجعت دون الاختفاء التام، حيث أعطى التصنيف العاشر للأمراض الصادرة للوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية بمعدلات تراوحت بين 20 و 25% متبوعة بأمراض مرحلة البيرينثال بمتوسط 15% فالأورام بنسبة 8 إلى 9.5% مع الحضور الدائم للأمراض المعدية بنسبة 2.8 إلى 3.8% (شكل رقم 01).

2008 (%)	2002 (%)	
19.7	26.1	أمراض جهاز الدورة الدموية
17.2	13.5	أمراض مرحلة البيرينثال
24.5	12.9	أمراض وعلامات ونتائج فحوصات غير عادية
8.1	9.5	الأورام
4.9	6.8	أمراض جهاز التنفسي
5	5.8	أمراض الغدد
2.8	3.8	الأمراض المعدية
2.7	3	أمراض الجهاز الهضمي

شكل رقم 01/ أهم أسباب الوفيات في الجزائر لسنتي 2002 و 2008 حسب التصنيف الإحصائي العالمي العاشر للأمراض

المصدر Causes و Enquête de Mortalité 2002 (INSP) و médicales de décès en Algérie années: 2007-2008

الخاتمة:

يتميز نموذج الانتقال الصحي الذي تعرفه الجزائر بالإطالة المستمرة في أمل الحياة عند الولادة للجزائريين الذي تعدى 75 سنة متقاربا مع الدول الشمالية وبالتغير في نوعية الأمراض التي أصبحت مزدوجة التكلفة، عدم الاختفاء المطلق بل والزيادة في معدلات بعض الأمراض المعدية كداء السل والتهاب الكبد الفيروسي برغم سياسة الطب المجاني والحملات الالاقاحية، هذا التراجع تم استخلافه بنوعية جديدة من الأمراض هي الأمراض المزمنة والتكيسية التي تترأسها أمراض القلب والسرطانات التي أضحت تهدد السكان سواء بالإعاقة أو بالوفاة نتيجة التحضر والتغير في النمط المعيشي.

أما أسباب وفيات الجزائريين، فبرغم ضعف المنظومة الإحصائية وعدم اهتمامها الجاد بهذه النوعية من المعطيات يبقى التحقيق الوطني للصحة (2002-2005) الوحيد الذي كشف أن الجزائريين يموتون نتيجة الأمراض المزمنة والتكيسية مع الحضور الدائم وبنسبة ضعيفة للأمراض المعدية.

البيبلوغرافيا:

- Caselli G, Meslé F et Vallin J, (2001). « Les entorses au schéma de la transition épidémiologique», Communication au Congrès international de la population, Salvador, Brésil.
- INSP, (1990). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.
- INSP, (2005). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.
- INSP, (2005). Synthèse Enquête mortalité Projet INCO-MED - TAHINA-, Alger, Algérie.

- INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie.
- INSP, (2008). « Causes médicales de décès en Algérie années : 2007-2008», Alger, Algérie.
- Meslé, F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, pp. 1161-1171.
- Meslé F, et Vallin J. (2003). « La transition sanitaire Progrès et résistances en Afrique » in Questions de population. Des enjeux internationaux aux perspectives locales chapitre 4, INED, Paris, France.
- Omran Abdel R., (1971). « The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, pp. 509-538.
- Olshansky J and Ault B, (1986). « The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases», *The Milbank Quarterly*, vol.64, n° 3, pp. 355-391.
- ONU. (1966). Demographic yearbook, International Department of Economic and Social affairs, pp.280, New York, USA.
- Robine, J-M. (2001). « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie». *Population* 56(1-2), pp 199-222.
- Vallin, J. and Meslé, F. (2004). « Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition» . *Demographic Research*, Special Collection 2: Determinants of Diverging Trends in Mortality, Article 2, 12-43. <http://www.demographic-research.org/special/2/2>.
- Vallin, J ; Garros, B. (1973). « La mortalité par cause en Algérie. Le cas de Tébessa». *Population* 32(4), pp. 807 – 833.

المواقع:

- Relevé épidémiologique annuel <http://www.ands.dz/insp/rem.html>
- World Population Prospects: The 2012 Revision <http://esa.un.org/wpp>.

- ¹ Omran Abdel R., 1971. « The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, p. 509-538.
- ² Olshansky J and Ault B, (1986). « The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases», *The Milbank Quarterly*, vol.64, n° 3, pp. 355-391.
- ³ Meslé, F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, pp. 1161-1171.
- ⁴ Robine, J-M. (2001). « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie». *Population* 56(1-2), pp 199-222.
- ⁵ Vallin, J. and Meslé, F. (2004). « Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition» . *Demographic Research*, Special Collection 2: Determinants of Diverging Trends in Mortality, Article 2, 12-43. <http://www.demographic-research.org/special/2/2>.
- ¹ INSP (non daté). Relevé épidémiologique annuel (1990-2007) <http://www.ands.dz/insp/rem.html>
- ⁷ INSP, (non daté). Op cité.
- ⁸ INSP, (non daté). Relevé épidémiologique annuel (1995-2006) <http://www.ands.dz/insp/rem.html>
- ⁹ INSP, (1990). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.
- ¹⁰ INSP, (2005). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie.
- ¹¹ INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1-16, Alger, Algérie
- ¹² Vallin, J ; Garros, B. (1973). «La mortalité par cause en Algérie. Le cas de Tébessa». *Population* 32(4), pp. 807 – 833.
- ¹³ مرحلة البيرينثال تمتد من الأسبوع 22 من الحمل حتى الأسبوع الأول بعد الوضع
- ¹⁴ INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1-16, Alger, Algérie
- ¹⁵ INSP, (2005). Synthèse Enquête mortalité Projet INCO-MED -TAHINA-, Alger, Algérie.
- ¹⁶ INSP, (2005). Op cité.
- ¹⁷ INSP, (2006). Op cité.
- ¹⁸ INSP, (2008). « Causes médicales de décès en Algérie années : 2007-2008», Alger, Algérie.