

تطور الأمراض المزمنة في الجزائر

فرطاتي مفيدة طالبة دكتوراه ل م د، وبراهمية ابراهيم
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
جامعة قسنطينة 2 عبد الحميد مهري

Résumé

Les maladies chroniques, constituent un véritable problème de santé publique, et pèsent lourdement sur la sécurité sociale. Leur prise en charge menace les équilibres des caisses de l'assurance maladie. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence, l'évolution des maladies chroniques, les facteurs de risque et les causes principales de l'augmentation régulière de ces maladies en Algérie. Ce travail est basé sur les résultats des différentes études récentes faites dans les différentes régions du pays.

Nous visons aussi, à focaliser l'attention sur le développement de la prévention des maladies chroniques, par des incitations au changement dans le mode de vie et les comportements à risque, le dépistage et la prise en charge précoce des maladies chroniques, pour éviter leurs complications, alléger les coûts des traitements, prévenir les décès prématurés et réduire l'impact négatif sur le développement.

Mots-clés: système santé algérien, transition sanitaire, maladies chroniques, dépenses de santé, sécurité sociale Algérie.

ملخص

تمثل الأمراض المزمنة مشكل حقيقي للصحة العمومية، وعبء ثقيل على المنظومة الصحية، والتكفل بها يهدد التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي. ويهدف من خلال هذا العمل إلى تسليط الضوء على واقع الأمراض المزمنة في الجزائر، وكشف الأسباب الحقيقية وعوامل الخطر الرئيسية، للارتفاع المستمر لهذه الأمراض في بلادنا. وذلك اعتمادا على النتائج المتحصل عليها من بعض الدراسات الميدانية الحديثة المنجزة في مختلف المناطق من الوطن.

كما نهدف أيضا إلى جلب الأنظار نحو تطوير الوقاية من الأمراض المزمنة، من خلال التحفيز على تغيير نمط الحياة والتصرفات المضرة بالصحة، وكذا الكشف والتكفل المبكر بهذه الأمراض. وذلك لتفادي مضاعفاتها الخطيرة، التخفيف من تكاليف علاجها، تجنب الوفيات المبكرة، والحد من أثارها السلبية على التنمية.

الكلمات المفتاحية: المنظومة الصحية الجزائرية، التحول الصحي، الأمراض المزمنة، النفقات الصحية، الضمان الاجتماعي في الجزائر.

مقدمة:

تمثل الأمراض المزمنة مشكل حقيقي للصحة العمومية، لأنها تتطلب علاج مكلف وطويل الأجل، والتكفل بها يهدد التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي. وإذا كانت هذه الأمراض ترتفع مع زيادة عدد كبار السن، الناتج عن التطور المستمر لمتوسط العمر المتوقع الذي عرفته الجزائر منذ الاستقلال، فإن آخر الدراسات الجزائرية، تؤكد على ارتفاع الإصابات والوفيات بهذه الأمراض عند الشباب. وذلك بسبب انتشار عوامل الخطر عند هذه الفئة، وهذا ما يضاعف عبء هذه الأمراض في بلادنا.

سنقوم من خلال هذا العمل، بتسليط الضوء على مدى انتشار أهم الأمراض المزمنة في الجزائر وأسباب حدوث مضاعفاتها الخطيرة، وكيفية الحد من ارتفاعها المستمر، من أجل تخفيف تكاليف علاجها وتجنب الوفيات المبكرة. وذلك بتخفيض أو على الأقل تأخير الإصابة بهذه الأمراض، التي أصبحت تمس بشكل متزايد الفئات الشابة في بلادنا، ومنه تمكين الفرد من العيش أطول ولكن في صحة أفضل.

إشكالية الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في اكتشاف الأسباب الرئيسية التي أدت إلى التطور السريع للأمراض المزمنة في بلادنا، ومعرفة طرق الحد من ارتفاعها المستمر ومضاعفاتها الخطيرة. ونعتمد في ذلك على النتائج المتحصل عليها من الدراسات الميدانية الحديثة، المنجزة في مختلف المناطق من الوطن. وعليه قمنا بطرح التساؤل الرئيسي التالي: ما هي الأسباب الحقيقية التي أدت إلى تفاقم الأمراض المزمنة في الجزائر، وكيف يمكن الحد من مضاعفاتها الخطيرة، التي أصبحت تهدد الصحة العمومية وتثقل كاهل الفرد والمجتمع؟

ويندرج تحت هذا السؤال الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هي الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في الجزائر؟

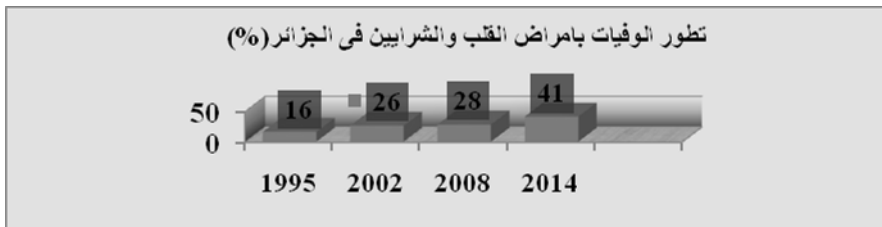
- ما هي عوامل الخطر الرئيسية لانتشار هذه الأمراض في بلادنا؟
- كيف يمكن الحد من الارتفاع المستمر لهذه الأمراض المزمنة؟
- وللإجابة على التساؤلات السابقة، قسمنا هذا الموضوع إلى المباحث التالية:
- 1- ملاحظة تطور الأمراض المزمنة في الجزائر.

- 2- عوامل الخطر الرئيسية لانتشار الأمراض المزمنة في الجزائر.
- 3- الأسباب الرئيسية لحدوث المضاعفات الخطيرة للأمراض المزمنة في الجزائر.
- 4- أثر انتشار الأمراض المزمنة على الضمان الاجتماعي الجزائري.

1 - ملاحظة تطور الأمراض المزمنة في الجزائر:

لوحظ في السنوات الأخيرة، انتشارا واسعا للأمراض المزمنة في الجزائر، على غرار دول العالم الأخرى. حيث نسبة الوفيات بالأمراض غير المتقلة، قدرت في 2008 ب 63%⁽¹⁾، وبلغت في 2014 نسبة 77%⁽²⁾. وتمثل أمراض القلب والشرابين، السبب الرئيسي للوفيات وتعرف تطورا مستمرا، وهذا ما يوضحه الشكل الموالي.

الشكل رقم (1) تطور الوفيات بأمراض القلب والشرابين في الجزائر (%)



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

- MSPRHL, L'état de santé des Algériennes et des Algériens, Rapport Annuel, 2004, p. 25.
- Projet TAHINA, Analyse des causes de décès 2002, novembre 2008, p.66.
- OMS, profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), OP.cit.

يبين الشكل أعلاه أن الوفيات بأمراض القلب والشرابين ترتفع باستمرار، إلى غاية بلوغها في 2014 نسبة 41 %. وقدرت في 2008 بـ 28 %، ابن احتلت أيضا المرتبة الأولى قبل السرطان، الذي قدر بـ 12 %⁽³⁾، بينما لم تمثل في 1995 سوى 16 %. إن احتلال الوفيات بأمراض القلب والشرابين، المرتبة الأولى من مجموع الوفيات، يؤكد التحول الصحي الجاري في الجزائر. وما تجدر الإشارة إليه، أن الوفيات بالأمراض المعدية لا تزال تمثل نسبة معتبرة من مجموع الوفيات، حيث سجلت مع أمراض الأمومة والفترة المحيطة بالولادة والأمراض المرتبطة بالتغذية في 2014 نسبة 15 %⁽⁴⁾. ومنه فإن الجزائر على غرار الدول النامية ذات الدخل المتوسط تواجه عبء مزدوج للأمراض. حيث تمر بمرحلة التحول الصحي، التي تتميز باستمرار وجود الأمراض المتنقلة، وظهور الأمراض غير المتنقلة، التي سوف تتفاقم مع شيخوخة السكان المرتقبة.

لقد أكدت العديد من الدراسات الحديثة، أن الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في بلادنا، تتمثل في ارتفاع ضغط الدم والسكري، وما ينجم عنهما من أمراض أخرى، كأمراض القلب والسكتات الدماغية والقصور الكلوي، بالإضافة إلى ارتفاع الإصابات بالسرطان. حيث انتقل معدل انتشار السرطان، من 80 حالة / 100 000 شخص في 1990، إلى 130 / 100 000 في 2010، وقدر عدد الحالات الجديدة في 2013 بـ 45000 حالة⁽⁵⁾. وسيصل إلى 300 / 100 000 في 2018⁽⁶⁾، وسيجل بذلك معدلا مماثلا لذلك الملاحظ في الدول المتقدمة.

1-1 ارتفاع ضغط الدم في الجزائر:

إن ارتفاع ضغط الدم هو مرض مزمن، وعامل خطر أساسي لأمراض مزمنة أخرى. وترتفع الإصابات بهذا المرض مع امتداد العمر، ولكنه عرف في

السنوات الأخيرة، انتشارا واسعا بين أوساط الشباب في بلادنا. ويعتبر ضغط الدم المرتفع، سببا رئيسيا لأمراض القلب وعامل الخطر الكلاسيكي الأكبر على الاحتشاء الدماغي (infarctus cérébraux)، حيث يرتفع خطر الإصابة بالسكتة الدماغية بـ 40% لكل انتقال من 5 إلى 10 ملم زئبق من الضغط الانبساطي (pression diastolique)⁽⁷⁾. وهذا ما توصل إليه الباحث FEKRAOUI، حيث بين أن ارتفاع ضغط الدم، هو عامل خطر منتشر عند الأشخاص البالغين 16-50 سنة، الذين تعرضوا للاحتشاء الدماغي، وقدر بـ 33,64%⁽⁸⁾. وأكد أيضا ABADI إن هذا الداء هو عامل رئيسي لارتفاع خطر السكتات الدماغية⁽⁹⁾. ويعتبر كذلك سببا رئيسيا للإصابة بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما أكدته عدة دراسات جزائرية. وعرف ارتفاع ضغط الدم انتشارا واسعا في الجزائر وهذا ما تم إثباته من خلال بعض الدراسات، والجدول الموالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (1): تطور نسبة ارتفاع ضغط الدم (HTA) في الجزائر (%)

حسب الدراسات لمنجزه بين (1990-2014)

الدراسات	السنة	HTA
ENS	1990	17,2
قسنطينة	1994	15,2
ENS	2005	24,93
STEPS	2005	26,0
OMS	2008	28,9
الجزائر العاصمة	2009	26,0
قسنطينة	2009	34,2
عنابة	2009	34,6
تلمسان	2009	36,21
قسنطينة	2011	34,64
SAHA	2014	35

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

- République Algérienne Démocratique et Populaire, MSP, Rapport Annuel 2004, op.cit.
- ABADI. N, op.cit, p.174.
- INSP, projetTAHINA, *Enquête nationale Santé*, Novembre 2007, p.96.
- ZAAMOUCHEA, Prévalence de l'obésité et du syndrome métabolique dans la commune de Constantine, thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de médecine de Constantine 2012-2013 p.169.
- FEKRAOUI BS, op.cit, p. 330.
- RAYANE R, *Analyse des modalités et des conditions de prise en charge des affections rénales dans la région d'Annaba*, thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de Médecine d' Annaba, 2011, p. 117.
- CHIBANE Ahcen, *l'HTA touche un tiers de la population Algérienne*, 12^e congrès de la société Algérienne de l'hypertension artérielle SAHA, octobre 2014.

من خلال الجدول وبالمقارنة بين مختلف الدراسات، نجد أن نتائج دراسة تلمسان تمثل أعلى نسبة لارتفاع ضغط الدم، وتليها تلك المسجلة في قسنطينة بنسبة 36,21% و34,64% على التوالي. بينما قدرت حسب STEP WISE التي تمت في ولايتين مستغانم وتلمسان في 2005 بـ 26,1%. ونلاحظ أنها على مستوى الوطن لم تمثل في التسعينيات سوى 17,2% والارتفاع الأكبر كان في سنوات الألفية، أين قدرت حسب TAHINA بـ 24,93% وبلغت في 2008 حسب المنظمة العالمية للصحة نسبة 28,9%.

وحسب آخر الإحصائيات المصرح بها من قبل SAHA، 35% من الجزائريين البالغين 20 سنة فما فوق، يعانون من ارتفاع ضغط الدم⁽¹⁰⁾ ويرتبط ارتفاع ضغط الدم ارتباطا وثيقا بالسكري من نوع 2، ويزيد بشكل معتبر من خطر مضاعفات هذا الداء، الذي يعرف هو الآخر انتشارا واسعا في بلادنا، وهذا ما ستتطرق إليه في المطلب الموالي.

1-2 داء السكري من نوع 2 في الجزائر:

يمثل السكري، خطر كبير على الصحة العمومية، وهذا بسبب المضاعفات الخطيرة الناجمة عنه، خاصة أمراض القلب والشرابين. ويعتبر عامل خطر للسكتات الدماغية الاسكيمية، وقدر الخطر النسبي (RR) في الجزائر بـ 5 الى 8,2%⁽¹¹⁾، ويليهما فقدان البصر والقصور الكلوي المزمن النهائي. وعرف انتشار هذا الداء في الجزائر تطورا معتبرا في السنوات الأخيرة، بسبب انتشار عوامل الخطر. وهذا الارتفاع المقلق لهذا المعدل، الذي تضاعف خلال 15 سنة الماضية، دفع الخبراء إلى دق ناقوس الخطر حول الزيادة المقلقة لهذا المرض. ومن خلال الجدول الموالي، يتم عرض نتائج الدراسات، التي عاجلت انتشار داء السكري من نوع 2 في الجزائر.

الجدول رقم (2) : تطور نسبة انتشار السكري من نوع 2 في الجزائر (%)
حسب الدراسات المنجزة بين (1990- 2013)

الدراسة	السنوات	سكر من نوع 2
دراسة وطنية صحة (ENS,INS)	1990	6,9
وهران HOUTI. A	1994	6,8
قسنطينة ABADI	1995-1994	7,7
الجزائر العاصمة	1995	8,7
سطيف MALEK	1998	8,2
STEPS	2003	7,3
دراسة وطنية ATIF et COL	2004	11
SAHA	2004	11.8
TAHINA	2005	12.29
قسنطينة LEMDAOUI	2004-2005	11.82
دراسة تلمسان	2007-2006	6,80
تلمسان YAHIA -BERROUGUET	2009	8.62
قسنطينة ZAAMOUCHE	2009	12,2
قسنطينة FEKRAOUI	2011	15,58
دراسة ميله	2013	16

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

- FERKAOUI B S, 2013-2014, op.cit, p.331.
- ZAAMOUCHEA, 2012- 2013, op.cit, p.166
- LEMDAOUI M, Epidémiologie du diabète sucré de type 2 dans la commune de Constantine, thèse de doctorat en Sciences Médicales, Faculté de médecine de Constantine, 2009, p .98.
- YAHIA- BERROUGUET A et al, Enquête sur la prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaire à Tlemcen, Médecine des maladies métabolique vol 3, N° 3, 2009.
- Algérie Focus, le diabète progresse en Algérie, AF algérie- Focus.com, octobre 2014.
- ATIF M, Benkhedda S et al, prévalence du diabète de type 2 en Algérie, Revue épidémiologique et de santé publique, aout 2006.
- MALEK. R et al, Prévalence du diabète de type 2 et de l'intolérance au glucose dans la région de sétif (Algérie), Diabetesmetab vol 27, N°2, Avril 2001.

من خلال الجدول يتبين أن هناك تقارب كبير في معدلات انتشار السكري في الجزائر، سواء كان ذلك في الشرق أو الغرب أو الوسط، وإن هذا الداء في ارتفاع مستمر. حيث في قسنطينة بين 1994-1995 وجد ABADI انتشار السكري من نوع 2 بنسبة 7,7%. وفي سطيف سنة 1998، أحصى البروفيسور MALEK في دراسته التي شملت 1457 شخص البالغين بين 30 و 64 سنة، انتشار هذا المرض بـ 8,2%. في الغرب سنة 2009، وفي الدراسة التي تمت حول سكان تلمسان البالغين أكثر من 35 سنة، قدر انتشار السكري بنسبة 8,62%.

ونلاحظ أن انتشار هذا الداء، هو أكثر ارتفاعا في دراسة ميله التي تمت في 2013، وشملت أكثر من 1000 شخص (30-64 سنة)، حيث قدر معدل الإصابة بـ 16%⁽¹²⁾. ورغم أن هذه النتائج لا تخص سوى ولاية واحدة، ولكن بالمقارنة مع الدراسات المنجزة في المناطق الأخرى، مثل سطيف، وهران تلمسان والعاصمة، يتبين ارتفاع منتظم للسكري في الجزائر. كما أنه بمقارنة الدراسات المنجزة في منطقة واحدة، نلاحظ تزايد هذا الداء باستمرار، مثل تلك المنجزة على مستوى قسنطينة، حيث انتقلت النسبة من 7,7% بين 1994-1995 إلى 11,82% في 2004-2005 وإلى 12,2% في 2009، وبلغت 15,58% في 2011، وهذا يدل على التطور السريع والمستمر لهذا المرض في الجزائر. ويعتبر انتشار داء السكري وارتفاع ضغط الدم، من العوامل الرئيسية لارتفاع الإصابات بالقصور الكلوي المزمن، وهذا ما سيتم التطرق إليه فيما يلي.

3-1 أمراض الكلى والقصور الكلوي المزمن النهائي (IRCT) في الجزائر:

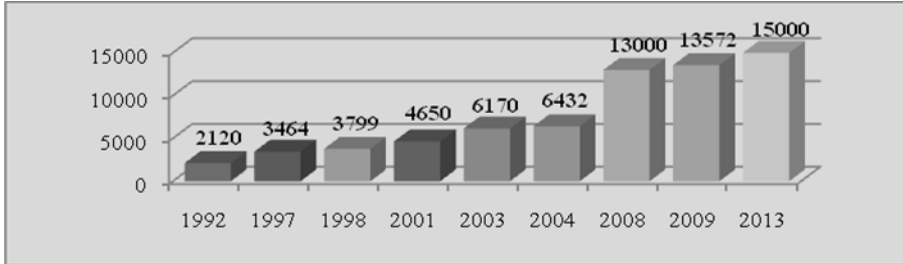
تعد أمراض الكلى من الأمراض الصامتة، فغالبا لا تظهر العلامات الأولى سوى بعد تفاقم المرض. وهذا يؤكد أهمية الكشف المبكر عند الأشخاص ذوي الخطر المرتفع، وخاصة مرضى السكري، ارتفاع ضغط الدم والأشخاص المسنين. ويهدف الكشف المبكر إلى تفادي أو على الأقل تأخير الوصول إلى المرحلة النهائية من القصور

الكلوي، الذي يتطلب علاج بديل (الغسيل الكلوي أو الزرع الكلوي)، وكذا تخفيض المضاعفات المرتبطة به. حيث يمكن تأخير تطور مرض الكلى، بالكشف والعلاج المبكر في إطار الطب العام⁽¹³⁾.

يتطلب علاج القصور الكلوي، وسائل مالية معتبرة بسبب الارتفاع المستمر لهذا الداء. حيث على مستوى الوطن، عرف القصور الكلوي المزمن النهائي (IRCT)، المعالج بالتصفية تطورا كبيرا، إذ فقط بين 2004 و2009 ارتفع بـ 80%⁽¹⁴⁾. وحسب BOUHABEL فقط في 31-12-2011 تم إحصاء 629 مريض يسكنون ولاية قسنطينة، يخضعون للغسيل الكلوي⁽¹⁵⁾. وهذا يمكننا من تقدير انتشار القصور الكلوي المزمن النهائي في المجتمع ككل بـ 667 لكل مليون شخص. بينما قدر في 2008 بـ 400 لكل مليون شخص، ولم يكن عددهم في السبعينات سوى 20 مريض⁽¹⁶⁾.

ويعتبر القصور الكلوي، مشكل حقيقي تواجهه المنظومة الصحية الجزائرية، بسبب التكاليف المعتبرة الناجمة عنه، حيث الوزن المالي المعتبر لهذا المرض والذي قدر بـ 3% من ميزانية النفقات الوطنية للصحة، يعرف هو الآخر ارتفاعا مستمرا. إذ قدر العلاج الكلي لهذا المرض في 2009 بحوالي 131 717 812 أورو⁽²⁾. ولكن للأسف انعدام الإحصائيات الدقيقة في بلادنا، تمثل عائق كبير أمام كل سياسة لترشيد النفقات الصحية وتحسين عرض العلاج، رغم الأموال الهائلة المنفقة من الدولة. حيث لا تملك الجزائر بعد سجل وطني، خاص بالقصور الكلوي المزمن المعالج، على غرار الأمراض المزمنة الأخرى. ومن خلال الشكل الموالي سيتم تتبع تطور عدد مرضى القصور الكلوي النهائي المعالج في الجزائر.

الشكل رقم (2) : تطور عدد مرضى القصور الكلوي النهائي المعالج (IRTT) في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على المصادر التالية:

- BOUHABEL A, 2013, op.cit.
- RAYANER, 2011, op.cit, p.17.
- BOULAHIA Y, Urémie terminale traitée chez l'adulte dans la Wilaya D'Alger, thèse de doctorat en Sciences médicales, Faculté de médecine d'Alger, 2009.

يوضح الشكل السابق، الارتفاع المستمر للإصابة بالقصور الكلوي المزمن النهائي في الجزائر، ويعود هذا خاصة إلى زيادة انتشار ضغط الدم المرتفع والسكري. وهذا ما أكدته RAYANE، حيث توصل إلا أن الأمراض التي سبقت الإصابة بالقصور الكلوي، تمثلت بالدرجة الأولى في ارتفاع ضغط الدم بـ 34,6 % ثم السكري بـ 26,6%⁽¹⁷⁾. وفي دراسة BOUHABEL احتل مرض Néphroangiosclérose الناجم عن ارتفاع ضغط الدم، المرتبة الأولى متبوع بالسكري، بنسبة 35,6 % وبـ 21,8 % على التوالي⁽¹⁸⁾. أما في دراسة BOULAHIA فقد احتل السكري المرتبة الأولى، وقدر بـ 30 % متبوع بارتفاع ضغط الدم بنسبة 26%⁽¹⁹⁾.

أكد BOUHABEL أن الفئة الأكثر إصابة بالقصور الكلوي المزمن، هي الفئة النشطة (45-64) سنة. وقدر متوسط عمر المرضى عند بداية الغسيل الكلوي بـ 53 سنة. وقدر عند RAYANE بـ 43,3 سنة، وعند BOULAHIA بـ 54 سنة. بينما قدر هذا المؤشر في فرنسا بـ 70 سنة في 2008⁽²⁰⁾. وسجل FEKRAOUI، نسبة 12,56 % من الإصابات

بالسكتات الدماغية عند الفئة 16-50 سنة، وأكد على ارتفاع هذه الإصابات عند الفئة 16-44 سنة، حيث انتقلت من 4,08 % في 2003 إلى 9,64 % في 2010⁽²¹⁾. وتسجل حاليا في الجزائر، سكتات قلبية في سن 18 أو 20 سنة، وسكتات دماغية في 22 سنة وقصور كلوي في 22/23 سنة⁽²²⁾.

إن هذا الوضع مقلق جدا، لأن تعرض السكان الناشطين للأمراض المزمنة الخطيرة، يؤدي إلى توقف أو قلة نشاطهم الاقتصادي، بسبب التغيب عن العمل (Absentéisme)، العجز أو الوفاة المبكرة. وهذا يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية ومنه انخفاض النمو الاقتصادي، مع استمرارهم في الحصول على الدخل أو المعاش، واستهلاك العلاج المكلف والطويل الأجل. وهذا يؤدي من جهة إلى انخفاض الموارد الموجهة للصحة، ومن جهة أخرى إلى ارتفاع النفقات الصحية، ومنه اختلال التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي.

2- عوامل الخطر الرئيسية لانتشار الأمراض المزمنة في الجزائر:

لقد أصبحت اليوم محددات الأمراض المزمنة معروفة، وأهمها السمنة والعوامل المرتبطة بنمط الحياة والسلوكيات الفردية، مثل قلة الحركة وتطور العادات الغذائية، انتشار التدخين واستهلاك الكحول.

2-1 السمنة وزيادة الوزن في الجزائر:

في العالم 2,8 مليون شخص يتوفون كل سنة بسبب السمنة، إذ تؤدي إلى ارتفاع الضغط واختلال الدهون في الدم، وتزيد بذلك من خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية، السكتات الدماغية، السكري من نوع 2 وبعض أنواع السرطان. ولقد عرف انتشار السمنة وزيادة الوزن في الجزائر، ارتفاعا معتبرا في السنوات الأخيرة. حيث قدرت حسب منظمة الصحة العالمية بـ 16,0 % في 2008⁽²³⁾، وبـ 3,17 % في 2013⁽²⁴⁾. أما TAHINA فسجلت في 2005 نسبة 21,24 %. وسجل ZAAMOUCHE في قسنطينة سنة

2009 نسبة 24,7 %، منها 32,1 % عند النساء و16 % عند الرجال⁽²⁵⁾. وبالمقارنة مع النتائج المسجلة في قسنطينة 1994-1995، يتبين إنها كانت أقل بكثير، حيث قدرت فقط بـ7,55 %، منها 5 % عند الرجال و10,5 % عند النساء⁽²⁶⁾. وهذا يبين التطور السريع لهذا الداء في بلادنا.

لقد طالت السمنة حتى الأعمار الصغيرة جدا، إذ ارتفعت من 3 % إلى 8 % عند الأطفال الأقل من 3 سنوات بين 1978-1994⁽²⁷⁾. وفي 2012 حسب دراسة BENCHIHEB التي شملت 45 747 طفل متمدرس في الابتدائي، قدرت نسبة السمنة وزيادة الوزن معاب 9,18 %، وهي تتقارب مع 10,92 % المسجلة من قبل مركز الأمراض والمراقبة الأمريكي⁽²⁸⁾.

توصل FEKRAOUI، إلى وجود خطر مرتفع للإصابة بالاحتشاء الدماغي، عند اجتماع فرط الهموسيسيتين في الدم (L'Hyperhomocystéinémie) وسمنة البطن. وتعتبر السمنة عامل خطر أساسي لمتلازمة الايض (Syndromemétabolique)⁽²⁹⁾. وتوصلت TAHINA إلى أن السكري يرتفع مع ارتفاع الوزن، إذ قدر عند ذوي الوزن الزائد بـ15,27 %. وكشفت دراسة قسنطينة 2004-2005، أن 70 % من مرضى السكري لديهم وزن زائد. أما عند توارث (Touaregs) فلم يمثل السكري سوى 0,7 % حسب دراسة 2002⁽³⁰⁾، وهو بذلك يقارب ذلك الملاحظ عند إسكيمو الألسكا وحدود الشرق، الذي يعتبر تقريبا خاليا من هذا المرض. وهذا بالطبع يعود إلى نمط الحياة، حيث تلعب التغذية السليمة والنشاط البدني دور كبير فيتجنب السمنة، ومنه الوقاية من الإصابة بالسكري، إذ أصبحنا حاليا نتحدث عن Diabésite وهذا للعلاقة الشديدة بين السكري والسمنة.

2-2 قلة الحركة وانعدام النشاط البدني:

يرتبط تغير نمط الحياة مباشرة، بمستوى التحضر الذي وصل إليه العالم اليوم، حيث الانتقال من الحياة البسيطة التي كانت تعتمد على الجهد العضلي، إلى الحياة التي

أصبحت تسود فيها الآلة أثرت مباشرة على صحة الفرد. حيث ترتبط الأمراض المزمنة كثيرا بقلّة النشاط البدني، إذ يعتبر من عوامل الخطر الرئيسية على الصحة. وحسب المنظمة العالمية للصحة، فإن الخمول (Lasédentarité) يسبب حوالي 1,9 مليون من الوفيات في العالم، و19 مليون من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (AVCI).

وقدر Paffenbarger الخطر النسبي لوفاة الأشخاص عديمي الحركة بـ 1,31، وهذا يعني أن الأشخاص عديمي الحركة، لديهم 31 % خطر أكبر للوفاة من الأشخاص النشطين⁽³¹⁾. ولقد لوحظ أن العادات الغذائية في الجزائر، أصبحت تتميز بالاستهلاك المرتفع للمواد الغنية بالدهون والسكريات، والاستهلاك المنخفض للخضر والفواكه، بالإضافة إلى انخفاض النشاط البدني⁽³²⁾. وقدر الخمول البدني على مستوى الوطن بـ 39,2 % في 2008، وهو أعلى عند النساء مقارنة بالرجال، وكان على التوالي 47,6 % مقابل 30,8%⁽³³⁾.

3-2 التدخين واستهلاك الكحول:

يعتبر التدخين، سببا رئيسيا لانتشار السرطان، أمراض القلب والشرابين وعدة أمراض أخرى⁽³⁴⁾. حيث في الجزائر 90% من سرطان الرئة تعود إلى التدخين. ويعرف هذا الأخير تزايدا مستمرا، ويتنشر عند ثلث سكان الجزائر. وقدرت نسبة الانتشار في 2011 بـ 29%. أما فيما يخص الكحول، فقد تم ترتيب الجزائر حسب المنظمة العالمية للصحة، كثاني أكبر بلد مستهلك للكحول في المغرب العربي بعد تونس، باستهلاك قدره 0,7 ل سنويا للفرد في 2013، وقدر الاستهلاك الكلي بـ 270000 هكتولتر⁽³⁵⁾.

4-2 ارتفاع متوسط العمر المتوقع:

من 47 سنة في 1962 يضاهي متوسط العمر المتوقع عند الولادة اليوم، ذلك الموجود في بعض الدول المتقدمة، إذ قدر بـ 76.59 سنة في 2015⁽³⁶⁾. ويعود هذا التقدم بالدرجة الأولى إلى تراجع الأمراض المعدية، التي غيرت بشكل جذري الخصائص الوبائية للسكان. وهذا

ما أدى إلى تأخير عمر الوفاة، ومنه ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة أولاً، ثم في مختلف أعمار الحياة بعد ذلك. حيث قدر متوسط العمر المتوقع عند 60 سنة في الجزائر بـ 19 سنة في 2011⁽³⁷⁾، وسيستقر في المتوسط عند 21.7 سنة بين 2010-2030⁽³⁸⁾. مما أدى إلى ارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة، حيث أكدت عدة دراسات جزائرية، أن امتداد العمر يعتبر من الأسباب الرئيسية لانتشار هذه الأمراض.

لاحظ ZAAMOUCHE أن السمنة ترتفع حسب الارتفاع التدريجي للسن، إلى غاية بلوغها أعلى نسبة 40,80 % عند البالغين 45-55 سنة. ويرتفع كذلك ثلاثي الدهون في الدم مع التقدم في السن، مع فارق معتبر بين الفئات العمرية، إلى غاية بلوغه 41,5 % عند الفئة 55-64 سنة. كما لاحظ زيادة انتشار متلازمة الأيض بانتظام مع السن، انطلاقاً من أقل نسبة 2,2 % عند الفئة 18-24 سنة إلى أعلى نسبة 52 % عند 55-64 سنة⁽³⁹⁾. وهذا ما توصل إليه من قبل ABADI حيث قدر انتشار السمنة بـ 2,9 % عند الفئة 20-29 سنة، وبـ 11,2 % عند 55-60 سنة⁽⁴⁰⁾.

توصلت أيضاً العديد من الدراسات الجزائرية، إلى أن السكري ينتشر مع امتداد العمر، انطلاقاً من دراسة ABADI، أين قدر بـ 5 % عند الفئة 20-29 سنة و 11,5 % عند 50-59 سنة، ليبلغ 14 % عند الأكثر من 60 سنة. ولاحظ LEMDAOUI أن هذا الداء يرتفع بشكل معتبر انطلاقاً من سن 55 سنة، وخاصة فئة العمر 60-64 سنة، وقدرت النسبة بـ 22,65 % و 32,6 % على التوالي. بينما قدر عند الفئة 35-39 سنة بـ 4,5 %⁽⁴¹⁾. وأكد ZAAMOUCHE على الفارق المعتبر للإصابة بهذا الداء بين فئات العمر، حيث توجد أعلى نسبة ابتداء من 65 سنة. وسجل FEKRAOUI نسبة 20 % عند الفئة 16-44 سنة مقابل 30 % عند الفئة 45-50 سنة⁽⁴²⁾.

كما أكد ZAAMOUCHE، على ارتفاع ضغط الدم مع التقدم في السن، مع فارق معتبر بين الفئات العمرية إلى أن يبلغ 88,80 % عند البالغين 65 سنة فما فوق⁽⁴³⁾. وقدره ABADI بـ 2,7 % عند الفئة 20-29 سنة و 17 % عند الفئة 50-59 سنة، ليصل إلى 26 %

عند الأكثر من 60 سنة. وقدّر حسب FEKRAOUI بـ 25,38 % عند الفئة 16-44 سنة وبـ 46,77 % عند الفئة 45-50 سنة. وتراوح في دراسة TAHINA بين 1,75-4,07 % عند الفئة 35-39 سنة، و 25,53-36,67 % عند الفئة 60-64 سنة، ليصل إلى 28,57-38,55 % عند الفئة 65-70 سنة.

وكذلك بالنسبة للقصور الكلوي، حيث حدده BOUHABEL بـ 1,2 % عند الفئة 5-19 سنة مقابل 29,5 % عند 20-44 سنة، ليصل إلى 43,8 % عند الفئة 45-64 سنة⁽⁴⁴⁾. وتوصل RAYANE. R إلى أن الأشخاص الأكثر عرضة لهذا المرض هم المصابين بارتفاع ضغط الدم، السكري والمسنين. وحسب RAYANE. T فإن القصور الكلوي، يمس 20 % من الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم، 30 % من المصابين بارتفاع الدهون في الدم و 25 % من الأشخاص المسنين⁽⁴⁵⁾.

مهما كانت إستراتيجية مكافحة عوامل الخطر الرئيسية للأمراض المزمنة، فإن وضعها حيز التنفيذ يتطلب مقاربة شاملة، تدمج مساهمة العديد من القطاعات، كالزراعة، التغذية، الصحة، المالية، التشريعات، التربية، الاتصال، الرياضة...⁽⁴⁶⁾. حيث تلعب جميعها ادوار مهمة، لتحفيز تغيرات حقيقية في النظام الغذائي والنشاط البدني، والقضاء على التدخين والاستعمال المفرط للكحول، التي تعتبر عوامل الخطر الرئيسية لانتشار الأمراض المزمنة في بلادنا.

3- الأسباب الرئيسية لحدوث المضاعفات الخطيرة للأمراض المزمنة في الجزائر:

رغم الانتشار المتزايد للأمراض المزمنة في الجزائر، لا توجد سياسات وقائية فعالة، ولا يعيرها الفرد ولا المجتمع الاهتمام اللازم. حيث يتم اكتشاف الإصابات بعد تفاقم المرض، ويجهل العديد من الأشخاص المرض المزمن الذي يعانون منه. حيث قدر معدل السكري غير المعروف في STEP WISE بـ 70 %، وفي دراسة سطيف بـ 48 %⁽⁴⁷⁾، وفي تلمسان بـ 39,18 %⁽⁴⁸⁾. أما على مستوى الوطن، فقد قدر معدل السكري غير المعروف في سنة 2013 بـ 50 %⁽⁴⁹⁾. كما تم التأكيد على أن الإصابات بالسكري تحدث مبكرا في بلادنا، ولا تكتشف سوى في المراحل الأخيرة بعد حدوث المضاعفات الخطيرة⁽⁵⁰⁾.

من أجل الوقاية والتكفل المبكر بمرض ارتفاع ضغط الدم، تم منذ 2003 وضع تعريف وترتيب جديد لهذا المرض، والمقترح من طرف Seven Report of the joint National committee on Prevention، والمعتمد من قبل العديد من المؤسسات العلمية، والذي سمح بتحديد العديد من فئات المرضى المصابين، واقتراح الطرق الوقائية والعلاجية المناسبة لكل فئة. ولكن بينت الدراسة التي تمت في 2011، أن تعاريف ارتفاع الضغط الدموي الجديدة، المعطاة من قبل المؤسسات العالمية، لم تدرج في الممارسات الطبية الوطنية⁽⁵¹⁾. مما يؤدي إلى عدم الاكتشاف المبكر لارتفاع ضغط الدم، وعدم إمكانية التعرف على الأشخاص الذين سيتعرضون لهذا المرض، وهذا يعود بدون شك إلى العجز في التكوين المتواصل.

كما أكدت إحدى الدراسات انه غالبا يتم اكتشاف مرض الكلى متأخرا، في المرحلة النهائية من القصور الكلوي. إذ تقريبا النصف (44,8 %) من المرضى يتم اكتشافهم في اقل من شهر قبل الحصة الأولى للتصفية⁽⁵²⁾. وهذه الحالة المؤسفة تعرض المريض إلى مضاعفات خطيرة وموت مبكر، على الرغم من العلاج المكلف المستعمل متأخرا جدا. حيث الوفيات بالقصور الكلوي في الجزائر، تعرف زيادة ثابتة كل عام، وتحديث مبكرا إذ قدر متوسط عمر الوفاة بهذا المرض بـ 63,5 سنة⁽⁵³⁾.

تلعب المؤسسات الصحية القاعدية دورا أساسيا في الوقاية من الأمراض المزمنة. فالطبيب العام وبعض مستخدمي الصحة، لهم دورا هاما في تشخيص وعلاج هذه الأمراض في المراحل الأولى. وذلك عن طريق خدمات صحية سهلة وبسيطة وغير مكلفة، مثل قياس ضغط الدم مباشرة مهما كان سبب المراجعة، قياس السكر في الدم وتحليل البول، للأشخاص ذوي الخطر المرتفع. ولكن توصلت بعض الدراسات ومنها دراسة RAYANE، إلى أن هذه الممارسات ليست جارية عند العديد من الأطباء، وكشفت عدم كفاءة وفعالية الهياكل الصحية القاعدية. وهذا يعتبر من الأسباب الرئيسية لحدوث المضاعفات الخطيرة للأمراض المزمنة في بلادنا.

ورغم أهمية الفحص المجهرى للنسيج الكلوي، في اكتشاف المرض قبل الوصول إلى القصور الكلوي المزمن النهائي، توصل BOULAHIA إلى أن فقط 10% من مجموع الأشخاص الذين يخضعون إلى التصفية، استفادوا من تحليل خزعة الكلى (Ponction Biopsie Rénale)، قبل إصابتهم بالقصور الكلوي المزمن⁽⁵⁴⁾. وقدرت هذه النسبة في دراسة BOUHABEL فقط بـ 2,5%⁽⁵⁵⁾. وهذا يعود إلى تأخر كشف القصور الكلوي المزمن في بلادنا.

إن المريض الذي يراجع الأخصائي مبكرا، يكون له الحظ أكثر للاستفادة من علاج يمكنه من تأخير ظهور القصور الكلوي المزمن النهائي عنده. حيث هناك مشاركة هامة جدا بين الأخصائي والطبيب العام في التكفل بالمرضى، وترشيد العلاجات المقدمة لهم. ولكن اكتشف BOUHABEL أن 70% من المرضى لم يتم معالجتهم من قبل أخصائي، قبل المرحلة النهائية من قصورهم الكلوي⁽⁵⁶⁾. وتوصل BOULAHIA إلى أن 37% من المرضى عند معاينة الأخصائي للمرة الأولى، كانوا في مرحلة القصور الكلوي النهائي، و45% في مرحلة خطيرة، و فقط 18% كانوا في مرحلة القصور الكلوي المعتدل⁽⁵⁷⁾.

وهنا يجب التأكيد على أن هذا يعود إلى نقص التكوين الذي تم تسليط الضوء عليه في العديد من الدراسات، مثل تلك التي استهدفت مدة اللجوء إلى أخصائي أمراض الكلى قبل بداية الغسيل الكلوي، والتي بينت أن من بين أسباب التأخير، نجد نقص التكوين. حيث 90,7% من الأطباء، يؤكدون أنهم لم يتحصلوا على التكوين حول الوقت اللازم لتحويل المريض إلى أخصائي أمراض الكلى، و31% يعتقدون أنه لا يوجد معيار محدد بدقة لإحالة المريض على الأخصائي⁽⁵⁸⁾.

وأكد الباحث ZEHNATI أن توجيه المرضى من الأطباء العامون نحو الأخصائيين ليست ممارسة جارية في المنظومة الصحية الجزائرية⁽⁵⁹⁾. وهذا يوضح غياب التعاون بين الطبيب العام والأخصائي. كما يمكن أن يعود أيضا إلى الاختيار الذاتي للمرضى،

أخذنا بعين الاعتبار التكاليف التي تبقى على عاتقهم. وهذا يبين إهمال دور الطبيب العام في الجزائر، الذي يعتبر في سياقات أخرى محور تنسيق مسار العلاج للمرضى.

ومن وجهة نظرنا فإن هذا يعود إلى ضعف التنسيق وانعدام التكامل بين القطاع الصحي العام والخاص وغياب التعاون بينهما، إذ لم يتم إطلاقا إدراج القطاع الصحي الخاص ضمن السياسة الصحية الوطنية، رغم الانتشار الواسع لهذا الأخير. فالمنظومة الصحية الجزائرية تتميز بازدواجية بدلا من التناسق والتكامل بين القطاعين. ومنه فإن إعادة النظر في عرض العلاج يعتبر ضرورة حتمية، لمواجهة التحديات الصعبة والضغطات الجديدة، التي تفرضها شيخوخة السكان، وتطور الأمراض المزمنة.

4- أثر انتشار الأمراض المزمنة على الضمان الاجتماعي الجزائري:

إن انتشار الأمراض المزمنة التي تتطلب العلاج المتخصص والتكنولوجيات الطبية المكلفة والأدوية ذات الأسعار المرتفعة، من الأسباب الرئيسية لانفجار النفقات الصحية في الجزائر. وقدّر البنك العالمي نمو هذه النفقات بـ 39% خلال 14 سنة (1995-2009)⁽⁶⁰⁾. وتستمر هذه الأخيرة في الارتفاع من سنة إلى أخرى، إذ انتقلت من 106 إلى 192 مليار دينار بين 1998-2002⁽⁶¹⁾ ومن 175 إلى 185 مليار دينار بين 2010-2011⁽⁶²⁾. وصرح مدير الضمان الاجتماعي مؤخرا، أن النفقات الصحية بلغت حوالي 300 مليار دينار في 2014⁽⁶³⁾.

إن وتيرة ارتفاع نفقات الضمان الاجتماعي مقارنة بموارده، تهدد توازنه المالي الذي هو أصلا ضعيف، وهذا يعود خاصة للنفقات المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية، والتي تعود بدورها إلى زيادة الطلب، على الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة، ذات التكلفة العالية، وخاصة أدوية أمراض القلب والشرابين والسرطان. حيث مثلت نفقات أدوية السرطان لوحدها في سنة 2014 نسبة 42% من رقم أعمال الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)⁽⁶⁴⁾.

ومنه يمكن القول أن تطور ونمو النفقات الصحية يعود خصوصا إلى فاتورة استيراد الأدوية التي ارتفعت بشكل كبير جدا في السنوات الأخيرة، حيث تضاعفت ستة مرات في فترة قصيرة، منتقلة من 400 مليون دولار في سنة 2000 إلى أكثر من 2 مليار دولار في 2014⁽⁶⁵⁾. إذ تستورد الجزائر 70 % من احتياجاتها الدوائية⁽⁶⁶⁾. وكذا البالغ الهائلة الموجهة لتعويض نفقات هذه الأدوية، وخاصة تلك المتعلقة بالأمراض المزمنة. حيث من بين النفقات الأكثر وزنا على فرع التأمينات الاجتماعية، نجد تعويض الأدوية، وتعرف ارتفاعا مستمرا، وهذا ما سيوضحه الجدول الموالي.

الجدول رقم (3): تطور نفقات تعويض الأدوية في الجزائر (1988-2014)

السنوات	تعويض الأدوية (مليار دينار)
1988	0,500
1993	5,500
1998	16,440
2000	20,76
2005	50,51
2007	64,56
2010	94,83
2011	110
2014	160

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

- ZIANI Lila et Ziani Zoulikha, op.cit.
- BRAHAMIA Brahim, quelle alternative du financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, document PDF.
- SNOUSSI Zoulikha, Zouanti Mouhamed, op.cit.
- République Algérienne démocratique et populaire, Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, *présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladies*. 2011.
- BOURKAIB Djaoued, Invité de la rédaction chaine 03, radio Algérienne, 01 septembre 2015.

مثلت نفقات تعويض الأدوية لوحدها، تقريبا 40 % من مجموع النفقات الصحية للضمان الاجتماعي بين 1999-2006⁽⁶⁷⁾. ويتبع تطور حسابات التأمين على المرض، تبين أنها تضاعفت ثلاثة مرات في غضون 7 سنوات، منتقلة من 20,76 مليار دينار في سنة 2000 إلى 64,56 مليار دينار في 2007. وفقط في سنة 2011 بلغت هذه التعويضات 59 %، بمبلغ إجمالي قدره 110 مليار دينار، بينما لم تمثل هذه النفقات في سنة 1988، سوى 0.500 مليار دينار. وبلغت 160 مليار دينار في 2014، وسيستمر نمو نفقات تعويض الأدوية مع انتشار الإصابات بالأمراض المزمنة وارتفاع استهلاك الأدوية ذات الأسعار الباهظة.

إن ارتفاع المواد الصيدلانية، سواء كان ذلك من حيث الحجم أو القيمة، يعود من جهة إلى التبعية الشبه الكلية للخارج في التمويل بهذه المواد وتحرير الاقتصاد. إذ يعود ارتفاع أسعار الأدوية إلى الارتفاع الكبير في أسعار الموردين اللذين تشتري الجزائر منهم احتياجاتها الدوائية. حيث منذ سنوات 2000 صار القطاع الخاص يحتكم على 90%⁽⁶⁸⁾ من سوق الاستيراد، مما أدى بالموردين إلى استيراد الأدوية الأصلية ذات السعر المرتفع وخاصة تلك المتعلقة بالأمراض الثقيلة (السرطان، القلب...)، من أجل الحصول على هامش ربح أكبر. ومن جهة أخرى إلى الانتشار الواسع لعرض العلاج، ارتفاع مستوى المعيشة، تعميم التغطية الاجتماعية، التحول الصحي والعوامل الديموغرافية، والمتمثلة خاصة في النمو الديموغرافي وارتفاع الفئة الأكثر من 60 سنة، وهي الفئة الأكثر عرضة للأمراض المزمنة والأكثر استهلاك للأدوية.

ورغم الإجراءات المتخذة للتحكم في عبء استهلاك الأدوية، التي تحدث عدم توازن في مؤسسات الضمان الاجتماعي، يواصل هذا الاستهلاك تسجيل ارتفاعات منتظمة، وإثقال كاهل منظومة الضمان الاجتماعي، وخاصة أن اللجوء إلى الأدوية الجنيسة يبقى منخفض نسبيا، والوقاية من الأمراض المزمنة مهمة. بينما قدورات التمويل للضمان الاجتماعي محدودة، حيث تتعلق بالنشاط المهني، وتعتمد في نفس الوقت على الهيكلة الديموغرافية وقدرة الاقتصاد على خلق مناصب شغل. الشيء الذي أصبح يهدد توازنات صناديق الضمان الاجتماعي، ويطرح بشدة إشكالية تمويل المنظومة الصحية.

خاتمة:

تعرف الأمراض المزمنة تطورا مستمرا في الجزائر، وخاصة ارتفاع ضغط الدم، السكري وأمراض القلب والشرابين التي تمثل السبب الرئيسي للوفيات في الجزائر، والناجمة خاصة عن السمنة والعوامل المرتبطة بنمط الحياة والسلوكيات الفردية. حيث تبين أن النظام الغذائي للجزائريين، أصبح يتميز بارتفاع الدهون والسكريات، وانخفاض الخضر والفواكه، بالإضافة إلى قلة النشاط البدني، وخاصة بالنسبة للمرأة، إذ تمنع العوامل الثقافية والاجتماعية، النساء من ممارسة الرياضة أو أي نشاط بدني آخر. وكذلك انتشار التدخين واستهلاك الكحول.

توصلت بعض الدراسات الحديثة، إلى أن رغم الانتشار الواسع للأمراض المزمنة في الجزائر، لا توجد سياسات وقائية فعالة، ولا يعيرها الفرد ولا المجتمع الاهتمام اللازم. إذ يتم اكتشاف الإصابات غالبا بعد تفاقم المرض، وهذا يعود إلى عدم كفاءة التشخيص والتكفل المبكر بهذه الأمراض قبل تطورها، في إطار الوقاية الثانية والثالثة. بينما الوقاية الأولية التي تتمثل في تفادي وقوع المرض، عن طريق مكافحة عوامل الخطر واعتماد التصرفات الإيجابية على الصحة، تكاد تكون منعدمة. وهذا رغم الانتشار الواسع للمراكز الصحية القاعدية ببلادنا.

لا توجد مقارنة صيدلانية فعالة مثل فعالية الوقاية بأشكالها الثلاث، لتخفيض الإصابات بالأمراض المزمنة، أو على الأقل تأخير ظهورها. حيث في السنوات الأخيرة انخفضت الإصابات والوفيات ببعض هذه الأمراض في الدول المتقدمة، بفضل الحملات التحسيسية ضد عوامل الخطر والاهتمام بالوقاية. وهذا ما يستدعي تكثيف حملات التوعية والتحسيس في الجزائر لمكافحة هذه العوامل، وضرورة تفعيل إستراتيجية الكشف والتكفل المبكر بهذه الأمراض.

ويعتبر ارتفاع متوسط العمر، من الأسباب الرئيسية لانتشار الأمراض المزمنة. وهذا ما يجعل الجزائر تعاني من مشكل مزدوج، من جهة انتشار الإصابات بين الشباب، ومن

جهة أخرى الزيادة المستمرة للفئة المسنة المصابة. ولهذا لا بد من الاهتمام بصحة المسنين في بلادنا، عن طريق توفير رعاية صحية جيدة، إنشاء مراكز صحية خاصة بهذه الفئة (gériatrie) وتكوين الموارد البشرية اللازمة في هذا المجال. بالإضافة إلى توعية فعالة خلال سنوات منتصف العمر، والتحسيس بعوامل الخطر، لأنه إذا كان السن هو عامل خطر غير قابل للتغيير، فإن عوامل الخطر الأربعة الرئيسية، هي عوامل قابلة للتغيير، ومنه فإن الأمراض والوفيات المرتبطة بها يمكن تجنبها.

ولهذا فانه من المستعجل الوقاية من السمنة، وعكس التوجهات الخطيرة على الصحة، المسجلة على مستوى العادات الغذائية والنشاط البدني، الملاحظ على المجتمع الجزائري. وذلك بالعودة إلى نموذجنا الغذائي، الخاص بدول البحر المتوسط، لان اعتماد نظام غذائي صحي، وممارسة الرياضة بانتظام، والتوقف عن التدخين وعدم الإفراط في استهلاك الكحول، يخفض من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة. كما أن الاكتشاف المبكر والعلاج الجيد للسكري، ارتفاع ضغط الدم واختلال الدهون في الدم، يخفض من الإصابة بأمراض القلب والسكتات الدماغية والقصور الكلوي وبعض أنواع السرطان.

وهذا يتطلب مقارنة شاملة تدمج العديد من القطاعات، المجتمع المدني، الأسرة والفرد. وذلك عن طريق وضع السياسات الصحية واتخاذ الخيارات الجيدة القابلة للتطبيق، لتحفيز السكان على اعتماد السلوكيات الإيجابية المفيدة للصحة والمستدامة. ووضع سجلات وطنية خاصة بهذه الأمراض، ونماذج للتسجيل والتقييم، لتوفير المعلومات والإحصائيات الدقيقة، الضرورية لاعتماد الاستراتيجيات المناسبة، لتحسين عرض العلاج وترشيد النفقات الصحية.

هوامش وإحالات :

- 1- ABADIN, Contribution de l'étude des lipides dans la population de référence de la ville de Constantine et dans les maladies cardiovasculaires, doctorat en sciences médicales, Faculté de médecine de Constantine, 1998.
- 2- Agence de la Biomédecine, La maladie rénale chronique, un risque pour bon nombre de vos patients, clés pour la dépister et ralentir sa progression, Société de néphrologie, France.
- 3- ATIF M, Benkhedda S et al, Prévalence du diabète de type 2 en Algérie, Revue d'épidémiologie et de santé publique, aout 2006, vol 54 hors sériell: 2S79-2S84
- 4- BENKHEDDA S, Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Algérie et de par le monde, SANTE-MAG, N°40-Mai 2015.
- 5- BENCHIHEB A, Epidémiologie de l'obésité chez les enfants scolarisés en classes primaires de la ville de Constantine, thèse de doctorat en sciences médicales, faculté de médecine de Constantine, 2013.
- 6- BENMENSOUR Sonia, Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb, cas: Algérie, Maroc, Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, Faculté des sciences économiques, commerciales et sciences de gestion, Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, 2012.
- 7- BONGAARTS John, Trends in causes of death in low mortality countries: implications for mortality projections, January 2014.
- 8- BOURKAIB JDAOUD, Invité de la rédaction, chaîne 03, radio Algérienne, 04-12-2014.
- 9- BOUHABEL A, Réseau épidémiologie et information en néphrologie de Constantine, thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de Médecine de Constantine, 2013.
- 10- BOULAHIA Y, Urémie terminale traité chez l'adulte dans la Wilaya D'Alger, thèse de doctorat en Sciences médicales, Faculté de médecine d'Alger, 2009.
- 11- BRAHAMIA Brahim, Les systèmes de santé maghrébins entre les impératifs de déploiement des ressources et la bonne gouvernance, Séminaire international, l'évaluation des politiques publiques, université Constantine2, Algérie, 4-5 Mai 2015.
- 12- BRAHAMIA Brahim, quelle alternative du financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, document PDF.
- 13- BRAHAMIA Brahim, économie de la santé : évolution et tendance du système de santé, OCDE- Europe de l'est Maghreb, 2010.
- 14- CHIBANE A, L'HTA touche un tiers de la population Algérienne, 12^e congrès de la SAHA, octobre 2014.

- 15- Douglas Bettcher, Transition épidémiologique et nouvelle santé publique,OMS, deuxième Conférence nationale sur la santé, Marrakech,1-3juillet 2013.
- 16- Dominique Robert, le fait médical, la dialyse. In,www.lefaitmedical.ch/fr/articles/la-dialyse-56-449.
- 17- FERKAOUIBS, Accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués de l'adulte jeune aspect cliniques, étiologiques et évolutifs, thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de médecine de Constantine, 2013-2014.
- 18- GRIFFITHSDayna and Jonathan Sturm, Review article, Epidemiology and etiology of young stroke, Research and treatment , Article ID 209370, 2011.
- 19- HADJIA, Prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire dans la wilaya d'Alger, thèse de doctorat en sciences médicales, faculté de médecine, université d'Alger, 2012.
- 20- HAFED Hamou, *L'invité de la Rédaction*, chaîne 03, Radio Algérienne, Alger, 10-9-2015.
- 21- INSP, Projet TAHINA, L'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Septembre 2010.
- 22- INSP,Projet TAHINA, Enquête nationale de santé, Novembre 2007.
- 23- LEMDAOUI MC, Epidémiologie du diabète sucré de type 2 dans la commune de Constantine, thèse de doctorat en sciences médicales, Faculté de médecine de Constantine, 2009.
- 24- MALEK. R et al, Prévalence du diabète de type 2 et de l'intolérance au glucose dans la région de sétif (Algérie), Diabetes&Metabolism vol 27, N°2, Avril 2001.
- 25- MALEK. R, Syndrome métabolique mythe ou réalité, 19ème congrès de la Société Algérienne, de Médecine Interne, Oran10-12 mai 2013.
- 26- MEKALT Khoukhaet Brahamia Brahim, Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, Bejaia 2015.Int, <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>.
- 27- MILES Rachida, Impact de l'urbanisation et des migrations internes sur le vieillissement spatial en Algérie, université Blida02.
- 28- MSPRH,L'état de santé des Algériennes et des Algériens, Rapport annuel 2004.
- 29- OMS, profils des pays pour les maladies non transmissibles(MNT), (Algérie),2014.
- 30- PIOT ANDRE Elisabeth, Moyens à mettre en œuvre pour obtenir une augmentation de l'activité physique de nos patients, thèse de doctorat en médecine, faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, année 2010.
- 31- Plan cancer Algérie. In, http://www.ands.dz/colloque/docs/plan_cancer_algerie_zitouni.pdf
- 32- Projet TAHINA, Analyse des causes de décès 2002, novembre 2008.

- 33- RAYANER, Analyse des modalités et des conditions de prise en charge et de suivi des affections rénales dans la région d'Annaba, thèse de doctorat en Sciences Médicales, Faculté de Médecine, Université d' Annaba, 2011.
- 34- RAYANET, 4000 nouveaux cas d'insuffisance rénale en Algérie, Zoom-Algérie.com.
- 35- République Algérienne démocratique et populaire, Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladies .2011.
- 36- SAMI : Société Algérienne de Médecine Interne, Diabète sucré épidémiologie et état des lieux, Bejaia, le 29 juin 2013.
- 37- SNOUSSI Zoulikha, Zouanti Mouhamed, *L'explosion des dépenses de santé en Algérie, déterminer les raisons pour contenir le problème*, document PDF
- 38- STEP WISE, mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, Approche STEP WISE Algérie 2003, rapport 2004.
- 39- Statistiques mondiales, Espérance de vie à la naissance de 2008 à 2015 par ordre alphabétique des pays, statistiques-mondiales.com septembre 2015.
- 40- Statistiques mondiales, *Statistiques et cartes*, Algérie- statistiques- mondiales.com novembre 2015.
- 41- Yahia- Berrouiguet A et al, Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires à Tlemcen, obésité abdominale et statut cardio- métabolique chez l'adulte, congrès maghrébo-français, Oran 10-12 Mai 2013.
- 42- Yahia- Berrouiguet A et al, Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires à Tlemcen, Juin 2009.
- 43- ZAAMOUCHEA, Prévalence de l'obésité et du syndrome métabolique chez l'adulte dans la commune de Constantine, thèse de doctorat en sciences médicales faculté de médecine de Constantine, 2012-2013.
- 44- ZEHNATIA, Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie, thèse de doctorat en sciences économiques, université de Bejaia (Algérie) et université de bourgogne (France), 2014.
- 45- ZOUANTI Zoulikha, L'accès de médicament en Algérie : Une ambiguïté entre le brevet des multinationals et le marché du générique, thèse de doctorat en science économique, Université Hassiba Ben Bouali de Chelef, 2013-2014.

- 46- باشا نوال، تسبير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين، دراسة بقسم مرضى القصور الكلوي المزمّن المعالجين بآلة الدياليز بمستشفى بني مسوس الجامعي، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2009.
- 47- صحة-علوم-تكنولوجيا، السكري: انتقال معدل الإصابة من 8 إلى 16 بالمئة خلال 15 سنة الأخيرة بالجزائر(الدراسات)، 17 أكتوبر 2014.
- 48- منظمة الصحة العالمية، المرتسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية (الجزائر)، 2011.

- (1)- منظمة الصحة العالمية، المرتسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية (الجزائر)، 2011.
- 2)- OMS, *profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT)*, (Algérie), 2014.
- (3)- منظمة الصحة العالمية، نفس المرجع السابق.
- 4)- OMS, *profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT)*, OP.cit.
- 5)- Plan cancer Algérie. In,
http://www.ands.dz/colloque/docs/plan_cancer_algerie_zitouni.pdf
- 6)- MEKALT Khoukha et Brahamia Brahim, *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*, Bejaia 2015.Int, <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>.
- 7)- GRIFFITHS Dayna and Jonathan Sturm, Review article, *Epidemiology and etiology of young stroke, Research and treatment*, Article ID 209370, 2011.
- 8)- FERKAOU BS, *Accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués de l'adulte jeune, aspects cliniques, étiologies et évolutifs*, thèse de doctorat en sciences médicales, faculté de médecine, de Constantine, 2013-2014, p.330.
- 9)- ABADI N, *Contribution de l'étude des lipides dans la population de référence de la ville de Constantine et dans les maladies cardiovasculaires*, doctorat en sciences médicales, Faculté de médecine de Constantine, 1998, p.294.
- 10)- CHIBANE A, *L'HTA touche un tiers de la population algérienne*, 12^e congrès de la société Algérienne de l'hypertension artérielle, SAHA, octobre 2014.
- 11)- FEKRAOU BS, op.cit, p. 16.
- (12)- صحة-علوم-تكنولوجيا، السكري: انتقال معدل الإصابة من 8 إلى 16 بالمئة خلال 15 سنة الأخيرة بالجزائر(الدراسات)، الجزائر، 17 أكتوبر 2014، شهد في 17-فيفري-2015، 07: 20 د.
- 13)- Agence de la Biomédecine, *La maladie rénale chronique, un risque pour bon nombre de vos patients, clés pour la dépister et ralentir sa progression*, Société de néphrologie, France.

- 14)- RAYANE R, Analyse des modalités et des conditions de prise en charge et de suivi des affections rénales dans la région d'Annaba, thèse de doctorat en Sciences Médicales, Faculté de Médecine, Université d' Annaba, 2011, p. 2.
- 15)- BOUHABEL A, 2013, op.cit, p. 60.
- 16)- باشا نوال، تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين، دراسة بقسم مرضى القصور الكلوي المزمن المعالجين بآلة الدياليز بمستشفى بني مسوس الجامعي، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص 9.
- (2)- RAYANE Rayane, 2011, op.cit, p.2.
- 17)- RAYANE R, 2011, op.cit, p.81.
- 18)- BOUHABEL A, 2013, op.cit., p.159 .
- 19)- BOULAHIA Y, 2009, op.cit.
- 20)- Dominique Robert, *le fait médical, la dialyse*. www.lefaitmedical.ch/fr/articles/la-dialyse-56-449.
- 21)- FEKRAOUI BS, 2013-2014, op.cit.
- 22)- BEN KHEDDA S, *les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Algérie et de par le monde*, SANTE-MAG, N°40-Mai 2015.
- 23)- المنظمة العالمية للصحة، المرتسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية، مرجع سبق ذكره.
- 24)- Statistiques mondiales, *Statistiques et cartes*, Algérie- statistiques-mondiales.com Septembre 2015.
- 25)- ZAAMOUCHE A 2012-2013, op.cit, p. 175.
- 26)- ABADI N, op.cit.
- 27)- HADJI A, Prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire dans la wilaya d'Alger, thèse de doctorat en sciences médicales, faculté de médecine, université d'Alger, 2012.
- 28)- BENCHIHEB A, *Epidémiologie de l'obésité chez les enfants scolarisés en classes primaires de la ville de Constantine*, thèse de doctorat en sciences médicales, faculté de médecine de Constantine, 2012- 2013, p.17.
- 29)- MALEK R, *Syndrome métabolique mythe ou réalité*, 19eme congrès de la société Algérienne, de Médecine interne, 10-12 mai 2013, Oran.
- 30)- LEMDAOUI MC, Epidémiologie du diabète sucré de type 2 dans la commune de Constantine, thèse de doctorat en Sciences Médicales, Faculté de médecine de Constantine, 2009 p. 100.

-
- 31)- PIOT ANDRE Elisabeth, *Moyens à mettre en œuvre pour obtenir une augmentation de l'activité physique de nos patients*, thèse de doctorat en médecine, faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2010, p.39.
- 32)- INSP, Projet TAHINA, L'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Septembre 2010.
- 33)- المنظمة العالمية للصحة، المرتسمات القطرية الخاصة بالأمراض غير السارية، مرجع سبق ذكره.
- 34)- BONGAARTS John, Trends in causes of death in low mortality countries: implications for mortality projections, January 2014, p.8.
- 35)- MEKALT Khoukha et Brahamia Brahim, op. cit.
- 36)- Statistiques mondiales, Espérance de vie à la naissance de 2008 à 2015 par ordre alphabétique des pays, statistiques-mondiales.com Septembre 2015.
- 37)- BRAHAMIA Brahim, Les systèmes de santé maghrébins entre les impératifs de déploiement des ressources et la bonne gouvernance, Séminaire international, l'évaluation des politiques publiques, université Constantine2- Algérie, 4-5 Mai 2015.
- 38)- MILES Rachida, Impact de l'urbanisation et des migrations internes sur le vieillissement spatial en Algérie, université Blida02, Algérie.
- 39)- ZAAMOUCHE A, op.cit.
- 40)- ABADI N, op.cit.
- 41)- LEMDAOUI MC, op.cit.
- 42)- FEKRAOUI BS, 2013-2014, op.cit.
- 43)- ZAAMOUCHE A, 2012-2013, op.cit, p. 118.
- 44)- BOUHABEL A, 2013, op.cit.
- 45)- RAYANE T, 4000 nouveaux cas d'insuffisance rénale en Algérie, Zoom-Algérie.com, vu : 19-9-2015.
- 46)- Douglas Bettcher, Transition épidémiologique et nouvelle santé publique, OMS, deuxième Conférence nationale sur la santé, Marrakech, 1-3 juillet 2013.
- 47)- MALEK. R et al, Prévalence du diabète de type 2 et de l'intolérance au glucose dans la région de sétif (Algérie), Diabetes&Metabolism vol 27, N°2, Avril 2001.
- 48)- A. YAHIA- BERROUIGUET et al, Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaire à Tlemcen, obésité abdominale et statut cardio- métabolique chez l'adulte, congrès maghrebo-français, Oran 10-12 Mai 2013.

-
- 49)- SAMI : Société Algérienne de Médecine interne, Diabète sucré épidémiologie et état des lieux, Bejaia, juin 2013.
- 50)- Idem.
- 51)- RAYANE R, 2011, op.cit, p.127.
- 52)- Idem, P. 116.
- 53)- BOUHABEL A, 213, op. cit, p. 177.
- 54)- BOULAHIA Y, 2009, op.cit.
- 55)- BOUHABEL A, op.cit, p. 72.
- 56)- Idem, P.74.
- 57)- BOULAHIA Y, op.cit.,
- 58)- RAYANE R, 2011, op.cit, p. 133.
- 59)- ZEHNATI A, Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie, thèse de doctorat en sciences économiques, université de Bejaia (Algérie) et université de bourgogne (France), 2014, p.400.
- 60)- SNOUSSI Zoulikha, Zouanti Mouhamed, L'explosion des dépenses de santé en Algérie, déterminer les raisons pour contenir le problème, document PDF, P.2.
- 61)- BENMENSOUR Sonia, Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb, cas : Algérie, Maroc, Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, Université Mouloud MAMMERI de Tizi- Ouzou, 2012, p. 91.
- 62)- SNOUSSI Zoulikha, Zouanti Mouhamed, op.cit.
- 63)- BOURKAIB JDAOUAD, Invité de la rédaction, chaine 03, radio Algérienne, 04-12-2014.
- 64)- HAFED Hamou, L'invité de la Rédaction, chaine 03, Radio Algérienne, Alger, 10-9-2015.
- 65)- Idem.
- 66)- ZOUANTI Zoulikha, L'accès de médicament en Algérie: Une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique, thèse de doctorat en science économique, Université Hassiba Ben Bouali de Chelef, 2013-2014, p.154.
- 67)- BRAHAMIA Brahim, Economie de la santé : évolution et tendance du système de santé, OCDE- Europe de l'est Maghreb, 2010, P.399.
- 68)- ZAHNATI A, 2014, op.cit.