



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

قسم العلوم الاجتماعية

جامعة الحاج لخضر - باتنة

شعبة علم الاجتماع و الديموغرافيا

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

و العلوم الإسلامية

أثر الوفيات في الانتقال الديمغرافي دراسة حالة : الجزائر

مذكرة مكملة لـ شهادة الماجستير في الديمغرافيا

تحت إشراف :

من إعداد الطالبة :

الدكتور / قواوسي علي

جميلة عطال

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
أحمد بوذراع	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة	رئيسا
علي قواوسي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة	مقررا
الطاهر حفاظ	أستاذ محاضر (أ)	جامعة باتنة	عضوا مناقشا
فطيمة دريد	أستاذ محاضر (أ)	جامعة باتنة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2014/2013

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا

أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي

سورة الاسراء (الآية 85)

كلمة شكر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَالشُّكْرُ لِلَّهِ الَّذِي أَنْزَلَ هَذِهِ السُّرَّةَ وَأَنزَلَ مِنْ قَبْلُ مِثْلَهَا لَعَلَّكُمْ تَعْلَمُونَ

قَدْ تَبَيَّنَ لِلَّهِ الْعِزَّةِ الْمُغَيَّبَةِ

أتوجه بالشكر والثناء بداية إلى الله - عز وجل - الذي منحني من الصبر والعزم لإنجاز هذا العمل وشملي بعطفه ورعايته.

- إلى الأستاذ الدكتور " علي قواوسي " الذي أشرف على هذا العمل ، على ما أولاني به من توجيه ونصح ، وما بذله من وقته وصبره وجهده - فله مني جزيل الشكر وعظيم الامتنان.

- إلى أساتذتي الأفاضل بقسم علم الاجتماع و الديمغرافيا احتراماً.... تقديراً.... وعرفاناً.

- إلى الهيئة المناقشة التي ستفيدني - حتماً - بتوجيهاتها وملاحظاتھا التي لا غنى لي عنها.

- و لا انسى الاستاذ محمد جاب الله الذي قدم لي الدعم المعنوي و كل التسهيلات الادارية لانجاز هذا العمل .

- إلى هؤلاء وغيرهم كل التقدير والاحترام

و جزى الله خيراً من تأمل صنعتي

و قابل ما فيها من السهو بالعفو

وأصلح ما أخطأت فيه بفضلہ

و فطنته و أستغفر الله من سهوي

وجزاكم الله عني كل خير

إهداء

الى.....

الى من قال فيهما عز وجل

﴿وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا﴾

الوالدين العزيزين

الى اخواتي العزيزات

والى الابتسامات البريئة إبتهاال ، انور ، ايوب .

الى كل أستاذ علمني حرفا و زرع في ذهني فكرة

الى كل الزميلات والزملاء والى كل من يعرفني دورا استثناء .

جميلة
جميلة

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	معدلات الخصوبة حسب العمر ومعدل الخصوبة الكلي حسب مكان الإقامة 1970 - 2003.	29
02	تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر (1966 - 2011)	33
03	تطور معدلات الخصوبة حسب فئات السن ما بين 1970-2008	35
04	تطور معدلات الخصوبة حسب مناطق الإقامة وفئات السن (1992 - 2002)	36
05	تطور المؤشر التركيبي ISF	37
06	معدلات الخصوبة حسب العمر ومعدل الخصوبة الكلي حسب مكان الإقامة 2006	39
07	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2006)	40
08	تطور عدد السكان الجزائريين من سنة 1990 إلى سنة 2011	44
09	الهجرة الصافية الخارجية في الجزائر بطريقة احتمالات التعمير حسب الفئات العمرية و الجنس (1966-1977)	47
10	تطور عدد و نسب الزواجات في الجزائر بين (1966 - 2008)	49
11	تطور متوسط سن الزواج الأول في الجزائر حسب الجنس ما بين (1966 - 2008)	50
12	تطور متوسط السن عند الزواج للجنسين حسب الوسط المعيشي و مستوى التعليم في الجزائر (1992 - 2006)	51
13	التركيب السكاني العمري و النوعي و مكان الإقامة في الجزائري سنة 2006	52
14	تطور سكان الريف و سكان الحضر من 1886 إلى 1998 في الجزائر	55
15	الولايات الأكثر تحضرا في الجزائر حسب نتائج تعدادي 1987 - 1998	57
16	تطور معدل الوفيات الاطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة 1962 - 2008	61
17	تطور معدل وفيات الامهات بالجزائر (ل 100000 ولادة حية)	65
18	تطور امل الحياة خلال (1970 - 2012)	67
19	اسباب الوفيات في الجزائر لسنوات 2002 ، 2004 ، 2005 حسب CIM10 التصنيف الاحصائي العالمي العاشر للأمراض (%)	70

71	الوفيات بسبب الامراض المزمنة حسب مكان الاقامة 2006	20
72	اسباب وفيات الاطفال الاقل من 15 سنة حسب التصنيف 2002 GBD	21
75	اسباب وفيات كبار السن الاكثر من 45 سنة حسب التصنيف GBD	22
79	معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع و الاطفال حسب العوامل الديمغرافية	23
80	معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع و الاطفال حسب المستوى التعليمي للام	24
82	معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع و الاطفال حسب نوع و خصائص المسكن	25
94	نتائج تقنية COMPAR للذكور من تقنيات برنامج MORTPAK	26
95	نتائج تقنية ICM للذكور من تقنيات برنامج MORTPAK	27
99	التركيبة السكانية حسب الجنس و الفئات العمرية للجزائر سنة 2008-1998	28
99	التركيبة السكانية حسب الجنس و الفئات العمرية لولاية باتنة سنة 2008-1998	29
109	تطور وفيات الرضع لولايات الجزائر بين (2005-2007) (DCI)	30

فهرس الاشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	تطور معدل الخصوبة في الجزائر خلال (1970 - 2012) .	30
02	تطور عدد المواليد والمعدل الخام للمواليد في الجزائر (1970-2008)	34
03	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2006)	42
04	تطور معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة 1990 - 2011 (‰)	43
05	تطور معدل وفيات الأمهات : 1999 - 2004 - 2006 (لكل 100 ألف ولادة حية)	43
06	تطور معدلات فعالة من الولادة والوفاة والزيادة الطبيعية (1970 إلى 2009)	45
07	تطور وفيات الاطفال الرضع حسب الجنس خلال الفترة بين 1998 - 2008	62
08	تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (1990-2012)	63
09	تطور امل الحياة حسب الجنس خلال (1970 - 2008)	68
10	اسباب وفيات الفئة العمرية 15 - 45 سنة لكلا الجنسين حسب التصنيف 2002 GBD	74
11	اسباب وفيات كبار السن الاكثر من 45 سنة لكلا الجنسين حسب التصنيف 2002 GBD	76
12	الهرم السكاني للجزائر حسب الجنس و العمر لسنة 1998	100
13	الهرم السكاني للجزائر حسب الجنس و العمر 2008	101
14	الهرم السكاني لولاية باتنة حسب الجنس و العمر 1998	102
15	الهرم السكاني لولاية باتنة حسب الجنس و العمر 2008	103

فهرس المحتويات

الصفحة

فهرس الجداول

فهرس الاشكال

1..... مقدمة

الفصل الاول : الاطار المفاهيمي للدراسة

4..... تمهيد

5..... 1- الدراسات السابقة

11..... 2- الاشكالية

12..... 3- الفرضيات

12..... 4- أهداف الدراسة

13..... 5- تحديد المفاهيم

21..... 6- مصادر المعطيات

الفصل الثاني : الانتقال الديمغرافي في الجزائر

23..... تمهيد

24..... اولاً: النمو الديمغرافي في الجزائر

25.....	1- المرحلة الاولى 1945-1900
25.....	2- المرحلة الثانية 1970-1945
26.....	3- المرحلة الثالثة 1992-1971
27.....	4- المرحلة الرابعة 1992 الى يومنا هذا
27.....	ثانيا : أشكال التحول الديمغرافي (النمو السكاني)
28.....	1- النمو الطبيعي
28.....	أ- المواليد و الخصوبة
42.....	ب- الوفيات
44.....	ج- الزيادة الطبيعية
46.....	2- الهجرة
49.....	3- الزواج
52.....	4- التركيب السكاني
58.....	خلاصة

الفصل الثالث : تطور الوفيات و أسبابها في الجزائر

60.....	تمهيد
61.....	1- تطور الوفيات
61.....	1-1- وفيات الاطفال
64	1-2- وفيات الامهات

66.....	2- تطور أمل الحياة
68	3- أسباب الوفيات
84.....	4- السياسة الصحية لمكافحة الوفيات في الجزائر
88.....	خلاصة

الفصل الرابع : التقديرات الغير مباشرة للوفيات

90.....	تمهيد
91.....	اولا : وصف و تطبيق بعض الطرق الغير مباشرة على الوفيات في الجزائر
91.....	1- برنامج MORTPAK
96.....	2- الاوراق تحليل السكان PAS
108.....	ثانيا : المقارنة بين التقديرات المباشرة و التقديرات الغير مباشرة
111.....	خلاصة
112.....	اختبار الفرضيات
115.....	الخاتمة و التوصيات مقترحة
118.....	قائمة المراجع
122.....	ملخص البحث

مَغْرَمَةٌ

مقدمة عامة

إن عملية التحول الديمغرافي هي نتيجة للتحويلات الاقتصادية و الاجتماعية والثقافية التي يمر بها المجتمع وهي كذلك محركا لها لحدة الترابط بين تلك المتغيرات والاتجاهات السكانية.

ويعد نمو السكان من ابرز الظواهر الديمغرافية أهمية في العصر الحديث اذ يمثل تحديا هاما للبشرية ، و خاصة لشعوب البلدان النامية و التي يتزايد سكانها بمعدل كبير يزيد عن معدل التنمية الاقتصادية فيها و توفير الغذاء لسكانها ، و يرتبط نمو السكان بالزيادة الطبيعية (الفرق بين المواليد و الوفيات) دون أن تدخل المحجرة في حسابها لهذا فان دراسة النمو السكاني القائم على اساس الزيادة الطبيعية في بلد ما يسهم في تحديد المدة التي يستغرق هذا البلد في الوصول الى حجم معلوم اذا استمرت المعدلات على المستوى نفسه .

ولقد ساهمت البرامج الصحية والتي استهدفت بشكل خاص تخفيض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأمهات والأطفال ، و برامج تنظيم الأسرة في الانتقال من المراحل الأولى من التحول الديمغرافي إلى مراحل متقدمة منه .ولقد ساعدت البرامج الاقتصادية و الاجتماعية بقسط كبير في هذا التحول ، إضافة إلى التغير الذي نتج عن هذه البرامج على الخصائص السكانية وخاصة تعليم المرأة.

كما كان للتغيير في بعض القيم وخاصة تلك المتعلقة بقيمة الطفل وسلوكيات الزواج والقيم المرتبطة بالنوع الاجتماعي والمساواة بين الجنسين وتغيير الأدوار الأسرية والذي كان من نتائجه ظهور أنماط عائلية مختلفة والفردية الأثر الكبير على اتجاهات الخصوبة نحو التقلص. ولعل دخول الدولة الجزائرية في مراحل متقدمة من التحول الديمغرافي ، أسرع في تحول العديد من القيم وخاصة تلك المتعلقة بالسلوك الإنجابي . إذ أن ظهور العائلة النووية ذات الحجم الصغير و كل هذا من شأنه أن يخلق الظروف الملائمة للتحول الديموغرافي وخاصة في ما يتعلق بتحسين الظروف الصحية و الانجابية و من هذا المنطلق قسمنا هذا العمل الى اربع فصول :

الفصل الأول : وهو الاطار المنهجي لدراسة و الذي اشرنا فيه إلى الدراسات السابقة كبنك للمعلومات و ننطلق

من نتائجها ، ثم الإشكالية للبحث ، و الفرضيات كمنطلقات منهجية ، و أهداف الدراسة للوصول إلى نتائج

جديدة ، تحديد المفاهيم لكل ما يخص الدراسة الديمغرافية أو غير ذلك ، أما مصادر البحث فكانت من الحالة

المدنية و التحقيقات الديمغرافية بالإضافة إلى الكتب و الانترنت.

الفصل الثاني: و الذي خصصناه لنظرية النمو الديمغرافي بمراحله و بأشكاله الديمغرافية المختلفة (الخصوبة و

الولادات ، الوفيات ، الزواج ، الهجرة) و التغير في الهيكل العمري و الجنسي و الحضري و الريفي للسكان في الجزائر .

الفصل الثالث: الذي قدمنا عبره دراسة الوفيات الجزائرية في مسار الانتقال الديمغرافي من وفيات عامة ، وفيات

الاطفال و الامهات و إلى الارتفاع المستمر في أمل الحياة عند الولادة و تضمن الاسباب و العوامل المؤثرة على

الوفيات في الجزائر و منها العوامل الديمغرافية و العوامل الاجتماعية و الاقتصادية

الفصل الرابع : و الذي أظهرنا فيه وصف و تطبيق بعض الطرق الغير مباشرة على الوفيات في الجزائر

موضحين بذلك كيفية استخدام بعض الطرق لبرنامج MORTPAK و أوراق تحليل السكان PAS

مع مقارنة الطرق المباشرة مع الطرق الغير مباشرة

الفقه الاول: الاطار المفاهيمي للدراسة

- 1- تمهيد
- 2- الدراسات السابقة
- 3- الإشكالية
- 4- الفرضيات
- 5- أهداف الدراسة
- 6- تحديد المفاهيم
- 7- مصادر المعطيات

تمهيد :

إن الظواهر الاجتماعية من مواليد و وفيات و هجرة تخضع في الواقع الى التحولات الديمغرافية بحسب الظروف الاجتماعية و الطبيعية إلا أن هذه الظواهر تختلف من منطقة الى اخرى و التي تتحكم بها العديد من العوامل و الظروف لذا نجد الدراسات الحديثة للسكان تهتم بكامل العوامل المختلفة و التي يمكن أن تؤثر في النمو السكاني أو بالأحرى في نسبة المواليد و الوفيات إما بالزيادة أو بالنقصان و تعتبر هذه الظواهر من أهم الظواهر التي تستحق الدراسة خصوصا إذا كانت دراسة موسعة و مفيدة

1- الدراسات السابقة :

ان اي باحث في دراسة موضوع ما لابد له من الدراسات السابقة سواء كانت هذه الدراسات السابقة قد تناولت جزء الموضوع أو الموضوع ككل و موضوع اثر الوفيات في الانتقال الديمغرافي في الجزائر من المواضيع المهمة فلقد نال موضوع الانتقال الديمغرافي الحيز الكبير من الدراسات و الأبحاث السكانية ابتداء من منتصف الثمانينات و بداية التسعينات و من الدراسات السابقة التي تطرقت اليها مايلي:

الدراسة الاولى : قامت وزارة الصحة والسكان في 1992 بالتحقيق الوطني الخاص بصحة الأم والطفل بمساهمة

الديوان الوطني للإحصاء وبرنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال وجامعة الدول العربية ،ويعتبر هذا المسح جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي مس عدة دول عربية . وقد تم سحب عينة البحث على بيانات التعداد الوطني للسكان لسنة 1987، وشمل 6694 أسرة يتمركز 53.1% منها في الوسط الحضري ، تضمنت عينة المسح 5881 امرأة غير عازبة تقل أعمارهن عن 55 سنة و 5288 طفل دون سن الخامسة .

ولقد ابرز هذا المسح أن معدل الخصوبة الكلية قد انخفض إلى 4.4 طفل لكل امرأة خلال الخمس سنوات التي سبقت العملية أي خلال سنة 1987 كما أن دالة المعدلات العمرية للخصوبة بينت أن هذه الأخيرة بدأت في الانخفاض عند الفئات العمرية المتقدمة في السن مع وجود اختلاف خصوبة الوسطين حيث بلغ معدل الخصوبة الكلية 5.3 طفل لكل امرأة في الريف في حين بلغ معدل الخصوبة الكلية 3.6 طفل لكل امرأة في المدن .

كما أكدت الدراسة على تأثير التعليم على الخصوبة فمتوسط عدد المواليد الأحياء الذين أنجبتهن أمهاتهم طيلة فترة حياتهم الإنجابية بالنسبة للنساء المتزوجات أو اللائي سبق لهن الزواج ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي ويرتفع بانخفاض المستوى التعليمي للمرأة.

الدراسة الثانية : الدراسة التي قام بها الدكتور قواوسي علي¹ حول تطور الولادات ما بين 1970- 1986 و ذلك

باستعمال طريقة "La double standardisation" التي تسمح بتحليل الفرق بين معدلين خاصين للمواليد مع حساب أثر التركيبة حسب العمر و الجنس، أثر نسبة المتزوجين و أثر الخصوبة الشرعية، فتبين عندها أن تراجع المواليد خلال هذه الفترة مرده إلى تراجع الزواج الذي لعب دورا أساسيا متبوعا بانخفاض الخصوبة، أما التركيبة حسب العمر و الجنس لعبت دورا ضئيلا في اتجاه رفع الولادات و عند تطبيقه لنموذج بنغارتس الهادف إلى قياس تأثير و مساهمة العوامل الوسطية للخصوبة الشرعية تبين أن تراجع الرضاعة لعب دورا مفصليا عام 1970 في إلغاء أثر انتشار موانع الحمل خاصة في المدن، هذا الدور الذي استخلف عام 1986 بالاستعمال الواسع لهذه الموانع التي أصبحت العامل المحدد للخصوبة .

الدراسة الثالثة : الدراسة التي ضمها كتاب الانتقال الديمغرافي في بلدان الجنوب عام 1998 و التي قام من خلالها الدكتور قواوسي علي بالبحث في الانتقال الديمغرافي في منطقة المغرب العربي و التي جاءت بعنوان " السياسة السكانية، الضغط المالتوسي أو الانتشار الثقافي: أي نموذج للانتقال بالنسبة للمغرب العربي؟"² حيث وصف هذا المسار بالظاهرة الموجعة للمجتمع وان هذا الأخير سيعرف تغيرات عميقة و غير متوقعة على مستوى العائلة، سوق الشغل و حتى النظام السياسي، ثم أكد بأن تراجع الزواج لعب دورا أساسيا في هذا الانتقال أكثر من الدور الذي لعبته الخصوبة بتراجعها و استعمال موانع الحمل.

ثم أشارت هذه الدراسة إلى أن المجموعة العمرية 15- 25 سنة هي أحد أهم ضحايا هذا الانتقال بل وهي محركه في آن واحد و لا يمكن تحميل السياسة السكانية فقط كل الآثار الناجمة عن هذا الانتقال لأنه برغم اختلاف تاريخ بدايتها في

¹ Kouaouci, A. (1992). «Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986 », Population 47(2), pp.327 –351.

² Kouaouci, A. (1998). «Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? », in les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 53– 64. Editions ESTEM Paris.

كل من تونس، الجزائر و المغرب إلا أن هذه البلدان تملك مستويات متقاربة في الخصوبة، الزواج و استعمال وسائل التخطيط العائلي.

الدراسة الرابعة : الدراسة التي جاءت في نفس الكتاب المذكور أعلاه و التي قام بها الباحث بو يسرى عبد العزيز

بعنوان " الانتقال الديمغرافي في الجزائر، رؤية مستقبلية"¹ و الذي تناول فيه السياسة السكانية في الجزائر من مرحلة التي

كانت فيها الجزائر قادرة على تغذية 50 مليون ساكن و شعار أن أحسن قرص هو التنمية و عدم دمج المشاكل

السكانية ضمن السياسات التنموية إلى مرحلة اليقين بأن إشكالية السكان هي أحد العوائق الكبرى في وجه التنمية ، و

عدم تحقيق الأهداف المنشودة من طرف السلطات العمومية ترجم في الواقع بتطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو

الديمغرافي (PNMCD - 1983) الهادف إلى التقليل و التنظيم الإرادي للنمو السكاني و ذلك في إطار احترام

القيم الاجتماعية و الضوابط الدينية و بمعنى آخر وضع معادلة السكان و التنمية في الإطار الأمثل و الصحيح آخذين في

الحسبان الجانب التاريخي، الثقافي، الاقتصادي و الديمغرافي للمجتمع.

كما أشارت هذه الدراسة إلى تراجع معدلات الوفيات العامة ، معدلات وفيات الأطفال و ارتفاع أمل الحياة عند الولادة

، اضافة إلى مساهمة المنظومة الصحية في مكافحة بعض الأمراض المميتة كالسل، حمى المستنقعات و الجذري بالإضافة

إلى تحليل محددات تراجع معدلات المواليد ، سن الزواج و ارتفاع المستوى التعليمي .

الدراسة الخامسة : الدراسة التي قام بها أحمد مقدم وباحثين آخرين² حول العلاقة بين الانتقال الديمغرافي، الزواج،

العائلة مع ديناميكية النموذج العائلي في الجزائر، فلقد تم تحليل السلوك الاجتماعي الجديد للعائلة الجزائرية الذي أثر

بتراجع منحنى الخصوبة مطلع سنوات 1980، فعندما تم تحليل مختلف التحقيقات و الإحصاءات السكانية تبين الارتفاع

في العمر المتوسط للزواج عند الجنسين ما بين 1966 - 1995 الذي مرده إلى جملة التغيرات الاجتماعية، الاقتصادية و

الثقافية التي عرفتها البلاد خلال هذه الحقبة.

¹ Bouisri, A (1998). « La transition démographique en Algérie : réflexion sur l'avenir», in les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 441– 456. Editions ESTEM Paris.

² Mokaddem, A et all (2001). Transition démographique et structure familiale, CENEAP, Algérie

الدراسة السادسة : المسح الوطني حول صحة الاسرة (EASF-2002)¹ يهدف إلى دراسة التغير في المؤشرات الديموغرافية وكذا تصوير الواقع الصحي للأسرة الجزائرية وخاصة الجوانب المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة وصحة الأطفال دون سن الخامسة و الذي أجرى على عينة مكونة من 10200 عائلة الانخفاض المستمر في المؤشر التركيبي للخصوبة للخمس سنوات التي سبقت العملية و الذي قدر ب 2.4 طفل/ امرأة مع وجود اختلاف بين الوسطين 2.1 و 2.7 طفل/ امرأة في الوسطين الحضري و الريفي على الترتيب، مع معدلات قصوى لدى الفئة العمرية 30-34 سنة. كما توصل البحث إلى أن العدد المتوسط للأطفال عند النساء الغير عازيات ما بين 15-49 سنة هو 3.9 طفل مع وجود تباين بارتفاع المستوى التعليمي من 5 أطفال لدى الأمهات الأميات إلى 1.8 لذوات المستوى الثانوي فأكثر، كما تجدر الإشارة بأن 78% من هذه النساء يستعلمن وسيلة تأخير أو تجنب الحمل كما تعتبر الأقراص المادة الأكثر استعمالا بنسبة 74.6% بغض النظر عن الوسط.

الدراسة السابعة : الدراسة التي قام بها محمد زيدان² حول الانتقال الديمغرافي و الافاق الديمغرافية في الجزائر سنة 2001 و التي طرحت الاشكالية التالية :

ما هي حالة الانتقال الديمغرافي في الجزائر و ما هي افاقه ؟ و طرح عدة تساؤلات للاجابة على الاشكالية وهي :

- هل الجزائر فعلا معنية بالانتقال الديمغرافي ؟
- هل الجزائر حاليا في مرحلة من مراحل الانتقال الديمغرافي ؟
- متى بدأت اول مرحلة من الانتقال الديمغرافي في الجزائر ؟
- هل بدأت و متى المرحلة الثانية من مراحل الانتقال الديمغرافي ؟
- متى ستتم الجزائر انتقالها الديمغرافي ؟

¹ ONS, (2002). Enquête Algérienne sur la santé de la Famille: Rapport principal, Algérie.

² محمد زيدان .الانتقال الديمغرافي و الافاق الديمغرافية في الجزائر ،مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية الاداب و العلوم الاجتماعية ،جامعة البليدة ، الجزائر ، 2001،

- هل ستعاني الجزائر ظاهرة الشيخوخة في المستقبل ؟
 - كيف يكون التوزيع حسب العمر و حسب الجنس للسكان عندما تتم الجزائر انتقالها الديمغرافي ؟
 - ماهي المشاكل الديمغرافية و الاجتماعية المتوقعة في المستقبل ؟
- ولقد قامت هذه الدراسة على عدة فرضيات وهي : ثلاث فرضيات متعلقة بالتطور المستقبلي للخصوبة و هي :
- ستبقى الخصوبة ثابتة على ماهي عليه في المستقبل (اواخر التسعينات)
 - ستستمر الخصوبة في التراجع في المستقبل بنمط اسرع
 - ستستمر الخصوبة في التراجع في المستقبل بنمط متوسط او بطئ
- فرضية واحدة للتطور المستقبلي للوفيات و هي :
- ستستمر الوفيات في التراجع في المستقبل بنفس الوتيرة التي هي عليها .

وهذه الدراسة تناولت كل من الوفيات و الخصوبة و الزواج و الهجرة حيث كانت الوفيات في الجزائر في تزايد مستمر وصلت الى 42.1 % سنة 1960 و بعد التحسينات التي قامت بها الدول كسياسة الطب المجاني وصلت الوفيات الى 6.03 % سنة 1990 وظهر الانفجار السكاني حيث وصل معدل الخام للولادات الى 49.2 % سنة 1971 و هي اعلى قيمة له و حسب التوقعات الافاق الديمغرافية ستخفض الولادات و عندما تنتهي الجزائر انتقالها الديموغرافي ستواجه مشاكل شيخوخة السكان بأكثر شدة و أكثر صعوبة مما تشهده حاليا البلدان الغربية .

الدراسة الثامنة: الدراسة التي قام بها فاتح بعبط¹ حول الانتقال الديمغرافي و الوبائي في الجزائر سنة 2009 موضحا هدفه في تحليل وتفسير تراجع الوفيات و الخصوبة في مقارنة ديموغرافية وبائية حيث بدأ الانتقال الديموغرافي في الجزائر من 1941 الى يومنا هذا و كان معدل النمو الطبيعي للسكان 3.34 % بين سنة 1945-1971 ومع الانخفاض في الوفيات و الولادات وصل النمو السكاني الى 1.86 % سنة 2007

¹ فاتح بعبط . الانتقال الديموغرافي و الوبائي في الجزائر ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة باتنة ، الجزائر ، 2009 ،

كما عرفت ظاهرة الخصوبة و الوفيات تطور ملحوظا خاصة من ناحية ربط هذه الظاهرة بالتطورات الصحية التي

عرفتها الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ، حيث تم التوصل من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

- تراجع الأمراض المعدية.

- انتشار الأمراض الغير معدية و التي عرفت بالأمراض المزمنة و المستعصية.

- ارتفاع الحوادث الناجمة عن العنف.

و تم التوصل من خلال دراسة الخصوبة إلى أن معدلات الخصوبة في الجزائر قد عرفت انخفاض كبير و يرجع الفضل في ذلك إلى تدخل مختلف العوامل سواء كانت وسيطة أو غير وسيطة.

كما اشارات هذه الدراسة الى اسباب وفيات الجزائريين ، رغم عجز المنظومة الاحصائية و عدم اهتمامها الجاد بهذه النوعية من المعطيات حيث يبقى التحقيق الوطني للصحة (2002-2005) الوحيد الذي كشف ان الجزائريين يموتون نتيجة الامراض المزمنة ، التنكسية و الحوادث مع ظهور الدائم و بنسبة ضعيفة للأمراض المعدية .

الدراسة التاسعة : المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2006 - MICS 3)¹: حيث كشف عن عدة

مؤشرات تخص السكان الجزائري و الذي أجرى على عينة مكونة من 29476 اسرة واستخدمت هذا المسح ثلاثة استبيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات:

- 1- استبيان "المنزلية" لجمع معلومات عن الظروف الإسكان ، و الخصائص الاجتماعية والديموغرافية الصحية لجميع أفراد الأسرة لتحديد اهم عوامل و اسباب الوفيات كالصرف الصحي و التغذية و التلقيحات .. وغيرها .
- 2- استبيان فردي لكل امرأة في سن 15 إلى 49 سنة و الذي يبين الانخفاض المستمر في المؤشر التركيبي للخصوبة الذي قدر ب 2.4 طفل/ امرأة مع وجود اختلاف بين الواسطين الحضري و الريفي ، مع معدلات الخصوبة حسب الفئة العمرية.

- 3- استبيان فردي لكل طفل تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات و الذي يبين ماهي الامراض التي تسبب في وفيات

¹ MICS3, (2006). Enquete nationale a indicateurs multiples . . Algerie

الاطفال دون الخامسة كالإسهال و الذي قدر خلال اسبوعين قبل المسح بـ 8.8% من جميع الاطفال الذين تقل اعمارهم عن 5 سنوات ، كما يبين هذا المسح نسبة المستفيدين من العلاج و الشفاء من هذا الداء بـ 12.2% . اضافة الى الامراض الاخرى كالتهاب الجهاز التنفسي الحاد ، الحصبة ... و غيرها .

هذه هي الاستبيانات القياسية التي اقترحتها إدارة المشاريع المسح العنقودي متعدد المؤشرات 3، والتي كانت تكييفها من قبل الجزائر لاحتياجات معلومات محددة. في هذا الصدد، وأدخلت عدة وحدات: الأمراض المزمنة والإعاقة والوفيات وعموما، الحوادث المنزلية، و الظروف الصحية

2- الإشكالية :

تعد نظرية الانتقال الديموغرافي من ابرز المظاهر المرتبطة بدراسة السكان وربما حظيت باهتمام كبير في العصر الحديث حيث يمثل تحديا هاما للبشرية خاصة سواء كان هذا على المستوى الدول المتقدمة او الدول النامية و هذه الاخيرة التي يتزايد سكانها بمعدل يفوق معدل التزايد في حاجاتهم الاقتصادية ويرتبط نمو السكان بصفة عامة بالزيادة الطبيعية و التي تمثل الفرق بين معدل المواليد و معدل الوفيات ، وقد عرف النمو السكاني تزايد بطئ للغاية وكان ذلك حتى اوائل قرن العشرين و يرجع هذا الانخفاض بطبيعة الحال الى الارتفاع الكبير في مستوى معدل الوفيات مما يؤدي الى نقص في الزيادة الطبيعية التي عرفت تراجع كبير كما يمكن ارجاع هذا الارتفاع الكبير في مستوى الوفيات الى مجموعة من العوامل البيئية التي كانت ضابط اساسي لنمو السكاني و متحكم رئيسي في حركتها بدرجة كبيرة و ابرز هذه العوامل نجد المجاعات و الحروب و الامراض ... و غيرها ، إلا انه في العصور الحديثة تمكن الانسان التقليل من الوفيات بتطوير الاوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و في هذا الاطار نحاول معرفة اثر الوفيات في الانتقال الديمغرافي الجزائري ؟ ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من الاسئلة و التي يمكن طرحها بالصيغة التالية :

1- ما هي مراحل الانتقال الديمغرافي في الجزائر ؟ و ما هي اهم الاسباب و العوامل المؤثرة على الوفيات في الجزائر ؟

2- كيف اثرت الوفيات في الانتقال الديمغرافي الجزائري خلال العشرة السوداء ؟

3- الفرضيات:

ان هذه الدراسة تحتم علينا وضع فرضيات و التي هي اجابات عن التساؤلات المطروحة في الاشكالية و من خلال هذه الاخيرة توصلنا الى فرضيتين :

الفرضية الاولى :

- التحول الديمغرافي في الجزائر شهد توقف تام اثناء العشرية السوداء (1991 – 2000) و خلال هذه الفترة انخفضت نسبة الزواج و بذلك انخفاض في معدل الخصوبة ، و ارتفع معدل الوفيات و ذلك في الولايات الاكثر تضررا من العنف .

الفرضية الثانية :

- في المقابل شهدت الولايات الاقل تضررا من العنف خلال العشرية السوداء ، ارتفع معدل الخصوبة و ذلك بسبب الهجرة من الريف الى المدن و ارتفاع نسبة الزواج ، مع انخفاض في معدل الوفيات .

4- أهداف الدراسة :

فالانتقال الديمغرافي يهدف الى دراسة العوامل و الاسباب التي تؤثر على حركية السكان على تركيبة النوعي و العمري و الاجتماعي و العرقي و الى اخره . حيث تنقسم هذه العوامل الى عوامل مباشرة التي تحمل تأثير مباشر على تغير عدد السكان و بنيتهم (الولادات ، الوفيات و الهجرة) و عوامل غير مباشرة التي تؤثر على عدد السكان عن طريق تأثيرها على احد العوامل المباشرة الثلاثة (البطالة ، ازمة السكن ، الظروف المعيشية و البيئية و السياسية و غيرها) ويمكن تلخيص أهداف هذه الدراسة الى ثلاثة نقاط :

- 1- معرفة كل العوامل المؤثرة على عدد السكان وتركيباته المختلفة
- 2- معرفة مدى تأثير كل واحد من هذا العوامل سواء كانت مباشرة او غير مباشرة
- 3- معرفة الكيفية التي يتم التحكم في عدد السكان وبنيتهم من خلال التحكم في العوامل المباشرة خاصة الوفيات

5- تحديد المفاهيم :

يعد تحديد مفاهيم الدراسة بوضوح ودقة لكل مصطلح غامض أمرا ضروريا في أي دراسة علمية لتسهيل المعاني والأفكار المراد التعبير عنها من طرف الباحث وتجنب أي لبس في معنى هذه المصطلحات وتحديدها.

الانتقال :

هو التحول من مكان إلى آخر أو التحول من موضع إلى آخر أو من مرحلة إلى مرحلة أخرى تختلف عن الأولى إن لم يكن هذا الاختلاف جذري فهو جزئي. و يقصد بالانتقال في هذه الدراسة التحول من مرحلة ديمغرافية قديمة إلى مرحلة ديمغرافية حديثة تختلف عن سابقتها في أمور عدة نركز منها على الصحية

الانتقال الديمغرافي : Transition démographique

هو المرور من وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات عاليتين إلى وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات منخفضتين خلال مدة زمنية و هذا موازيا لتنمية اجتماعية و اقتصادية.

كما جاء مفهوم الانتقال الديموغرافي في القاموس السويسري للسياسات الاجتماعية بأنه نظام ديمغرافي مميز بولادات ووفيات عاليتين متبوعا بعد ذلك بانخفاض الوفيات مما يؤدي إلى زيادة في السكان و التي لا يمكن امتصاصها إلا بالانخفاض الكافي للمواليد للحصول على توازن بين المواليد و الوفيات¹.

الخصوبة : (Fécondité)

الخصوبة هي قدرة الرجل والمرأة على المشاركة في إنتاج النسل ويقابلها العقم وقد يكون فسيولوجيا أو اختياريا، وكما تعبر عن مدى إنتاج المواليد فعلا، سواء كان ذلك بالنسبة لفرد أو بالنسبة لمجموعة أفراد، ويعرف رولان بريس الإخصاب (Fertilité) بالقدرة على الإنجاب . كما يجب التمييز بين مفهومي الخصوبة الطبيعية و الخصوبة الموجهة.

¹ فاتح بعيط . الانتقال الديموغرافي و الوبائي في الجزائر ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة باتنة ، الجزائر ، 2009 ص 6

و يطلق لفظ الخصوبة للدلالة على ظاهرة الإنجاب في مجتمع ما ، كما يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء ، كما

تعتبر الخصوبة ظاهرة ديمغرافية قابلة لتجديد وإعادة فيمكان المرأة أن تلد أكثر من مرة واحدة و كما هي الخصوبة مختلفة من امرأة على امرأة أخرى فهي تختلف من مجتمع على مجتمع آخر و يمكن إرجاع هذا الاختلاف إلى عدة عوامل منها العوامل الاجتماعية و العوامل الاقتصادية والعوامل البيئية كما يمكن إرجاع هذا الاختلاف إلى السياسات المتبعة من طرف المجتمع.

المؤشر التركيبي للخصوبة : ISF

هو العدد المتوسط من الأطفال الذين أنجبتهن النساء خلال حياتهن الإنجابية.

الهجرة: (Migration)

حسب المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات فقد عرف الهجرة على أنها شكل من أشكال انتقال المرء من أرض تدعى المكان الأصلي (أو مكان المغادرة) إلى أخرى تدعى المكان المقصود أو مكان الوصول (التوجه) بشرط أن يتجاوز الانتقال على الأقل حدود منطقة إدارية [صندوق الأمم المتحدة: 1980، ص141]

إذا تمعنا جيدا في هذا التعريف ، نجد أن للهجرة صورة تكون إما فردية أو جماعية ؛ وأنها محكومة أساسا بالبعدين الزماني و المكاني ، لها دافع يتوخى منه الوصول إلى هدف معين . في الواقع ، يصعب حصر كل من دافع و هدف الهجرة إحصائيا ؛ لأنهما جزء من عدة أبعاد متداخلة فيما بينها ، على رأسها البعد النفسي للفرد في اتخاذ قرار الهجرة.عكس البعدين الزماني ، حيث أن للهجرة مجال زمني محصور بنقطتي بداية ونهاية، والمكاني محدد بمنطقتي الانطلاق والوصول.

الزواج:

يعبر عن عدد حالات الزواج خلال سنة معينة بالنسبة لألف ساكن و هو يرتبط بمجموعة من المفاهيم الديموغرافية

التي تحدد المفهوم الصحيح و الدقيق لظاهرة الزواج:

- متوسط السن عند الزواج : و هي المدة التي يقضيها الشخص في حالة عزوبة و التي تنتهي بالزواج قبل سن 50

-العزوبة النهائية : نسبة الأشخاص الباقون في حالة عزوبة (و عند سن 50 للإناث) .

التركيب السكاني :

هو توزيع السكان على فئات حسب العمر او الجنس او مكان الإقامة .

العشرية السوداء :

هو صراع مسلح قام بين النظام الجزائري القائم و فصائل متعددة تتبنى افكار موالية للجهة الاسلامية للإنقاذ و

الاسلام السياسي حيث بدأ الصراع في عام 1992 عقب الغاء نتائج الانتخابات الوطنية المتعددة الاحزاب لعام

1990 في الجزائر و التي حققت فيها الجهة الاسلامية للإنقاذ فوزا مؤكدا و استمر العنف الذي تسبب في تدني المستوى

الاجتماعي و الاقتصادي الى غاية عام 2002 لانتهاج الجزائر ميثاق من اجل السلم والمصالحة الوطنية و الذي وافق

عليه الشعب الجزائري في 29 سبتمبر 2005 .

الوفيات : La Mortalité

عمليات بيولوجية واضحة متنافية منفردة بمعنى انها تقع مرة واحدة بالنسبة للفرد الواحد و ليست متجددة وهي

امور عالمية تحدث لجميع بني البشر حيث تخضع لحتمية الوفاة

مقاييس الوفيات:

1- معدل الوفيات الخام :

هو عبارة عن عدد وفيات مجتمع ما (بلد أو منطقة) خلال سنة معينة مقسوما على عدد افراد نفس المجتمع

سنوات معاشة مضروبا في 1000 ويعبر عنه حسابيا بالشكل التالي :

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{\text{عدد الوفيات خلال سنة}}{\text{عدد السكان في منتصف نفس السنة}} \times 1000$$

$$TBM(t) = \frac{M(\text{année } t)}{P(\text{milieu année } t)}$$

و يتميز هذا المعدل بـ : سرعة وسهولة حسابه ، تجميع بياناته و فهمه

ولكن عيوبه : في اختلاف مصادر البيانات يؤدي الى عدم دقة البيانات كعدم وجود تجانس بين افراد المجتمع في

العمر والحالة التعليمية والنوع وللقضاء على عيوب معدل الوفيات الخام تم استحداث مجموعة اخرى من المعدلات :-

أ- متوسط معدل الوفيات الخام لفترة :

وذلك يقضى على تذبذب البيانات من سنة لأخرى ويتم حسابه بعدة طرق :

متوسط عدد الوفيات خلال سنوات الفترة

1000 *

متوسط معدل الوفيات الخام لفترة =

متوسط عدد السكان في منتصف نفس سنوات الفتر

$$1 - CDR = \frac{\frac{1}{3}(D1 + D2 + D3)}{\frac{1}{3}(P1 + P2 + P3)} \times 1000$$

$$2 - CDR = \frac{1}{3} \left[\frac{D1 + D2 + D3}{P1 + P2 + P3} \right] \times 1000$$

حيث:-

هي عدد الوفيات خلال السنوات D1 ;D2;D3

$$3 - CDR = \frac{D1 + D2 + D3}{P1 + P2 + P3} \times 1000$$

وفي هذه الحالة يجب ان نشير الى ان ذلك المعدل معدل الوفيات الخام للفترة من ... الى ...

ب- معدل الوفيات الخام الشهري :

وهو مؤشر شهري مهم خصوصا للجهات الصحية ويتم حسابه بالصورة التالية :

عدد الوفيات خلال شهر معين في سنة

1000 *

معدل الوفيات الخام الشهري =

عدد السكان في منتصف نفس الشهر لنفس السنة

حيث:-

D_M هي عدد الوفيات خلال الشهر

P_M هي عدد السكان في منتصف نفس الشهر

N_M هي عدد أيام نفس الشهر

$$MCDR = \frac{D_M \times \frac{365}{N_M}}{P_M} \times 1000$$

وحيث ان هناك عوامل مؤثرة على الوفاة (العمر والنوع وسبب الوفاة والعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية) تم

استحداث مجموعة اخرى من المعدلات :-

2- معدل الوفيات العمرى :

وهو مؤشر الذى يعتمد على تقسيم السكان والوفيات الى فئات عمرية ويتم حسابه بالصورة التالية (اذا ما

كان طول الفئة العمرية سنة واحدة):

عدد وفيات فئة عمرية معينة خلال سنة

$$\text{معدل الوفيات العمرى} = \frac{\text{عدد السكان لنفس الفئة فى منتصف نفس السنة}}{1000} *$$

حيث:-

$$ASDR = \frac{D_A}{P_A} \times 1000$$

D_A هي عدد الوفيات لفئة عمرية معينة خلال سنة

P_A هي عدد السكان لنفس الفئة فى منتصف نفس السنة

اما اذا كان لفئة عمرية وطولها n من السنوات فيكون بالشكل :

$$ASDR = \frac{D_{A+n}}{P_{A+n}} \times 1000$$

- التوزيع النسبي للوفيات حسب العمر:

وهو مؤشر مهم في معرفة اى الفئات التى يكون فيها اكثر الوفيات لمعرفة أسباب ذلك تستخدمه

الدولة فى صنع السياسات واتخاذ القرارات ولكن لا يصلح للمقارنة بين الدول ويتم حسابه بالصورة التالية :

عدد وفيات فئة عمرية معينة خلال سنة

$$\text{التوزيع النسبي للوفيات حسب العمر} = \frac{\text{عدد وفيات لفئة عمرية معينة خلال سنة}}{\text{عدد الوفيات لنفس السنة}} \times 100$$

$$D_A \% = \frac{D_A}{D} \times 100$$

حيث:-

D_A هى عدد الوفيات لفئة عمرية معينة خلال سنة

D هى عدد الوفيات لنفس السنة

3- معدل الوفيات النوعى (حسب النوع أو الجنس) :

وهو المؤشر الذى يعتمد على تقسيم السكان والوفيات الى ذكور و اناث ويتم حسابه بالصورة التالية (اذا

ما كان للذكور):

عدد وفيات الذكور خلال سنة

$$\text{معدل وفيات الذكور} = \frac{\text{عدد وفيات الذكور خلال سنة}}{\text{عدد الذكور فى منتصف نفس السنة}} \times 1000$$

$$CDR^M = \frac{D_m}{P_m} \times 1000$$

حيث:-

D_f هى عدد الوفيات الاناث خلال سنة

P_f هى عدد السكان الاناث فى منتصف نفس السنة

اما اذا كان للإناث فيكون بالشكل :

$$CDR^F = \frac{D_f}{P_f} \times 1000$$

حيث:-

D_m هي عدد الوفيات الذكور خلال سنة

P_m هي عدد السكان الذكور في منتصف نفس السنة

ويمكن عمل مزيج من هذه المعدلات مثل معدل الوفيات العمرى للإناث فيكون بالشكل :

$$ASDR^f = \frac{D_{A+n}^f}{P_{A+n}^f} \times 1000$$

4- معدل الوفاة السببي (بسبب مرض معين) :

هو عبارة عن عدد وفيات مجتمع ما (بلد أو منطقة) خلال سنة معينة بسبب مرض معين مقسوما على عدد

افراد نفس المجتمع سنوات معاشة مضروبا في 100000 وذلك بسبب صغر عدد الوفيات بسبب مرض معين ويعبر

عنه حسابيا بالشكل التالي :

عدد الوفيات بسبب المرض خلال سنة		معدل الوفيات الخام بسبب مرض معين =	100000 *
	عدد السكان في منتصف نفس السنة		

5- معدل الوفاة حسب الحالة الزوجية :

معدل الوفيات حسب الحالة الزوجية هو : عدد وفيات السكان حسب الحالة الزوجية في سنة معينة

مقسوما على عدد السكان من نفس الفئة في منتصف نفس السنة مضروبا في الف لكل الف من السكان ويعبر عن

ذلك رياضيا بالشكل التالي :

عدد الوفيات حسب الحالة الزوجية خلال سنة

$$\text{معدل الوفيات حسب الحالة الزوجية} = \frac{\text{عدد السكان من نفس الفئة في منتصف نفس السنة}}{1000 *}$$

$$\text{Gregarious death rate} = (Dg / Pg) 1000$$

اهمية دراسته : معرفة مدى ارتباط الوفيات بالحالة الزوجية

6- معدل الوفاة حسب المهنة :

معدل الوفيات حسب المهنة هو : عدد وفيات السكان حسب المهنة في سنة معينة مقسوما على عدد

السكان من نفس المهنة في منتصف نفس السنة مضروبا في الف لكل الف من السكان ويعبر عن ذلك رياضيا بالشكل

عدد الوفيات حسب المهنة خلال سنة

$$\text{معدل الوفيات حسب المهنة} = \frac{\text{عدد السكان من نفس المهنة في منتصف نفس السنة}}{1000 *}$$

اهمية دراسته : معرفة مدى ارتباط الوفيات بمهن معينة اى معرفة مدى خطورة مهنة معينة

7- معدل وفيات الاطفال (حديثي الولادة - الرضع - اقل من خمس سنوات):

وفيات الرضع : أ-وفيات رضع مبكرة (حتى 28 يوم من الولادة) ، ب - وفيات رضع متأخرة (وفيات

الاطفال الرضع من بعد 28 يوم من الولادة وحتى سنة من الولادة)

- معدل المواليد موتى :

عدد المواليد موتى خلال سنة

$$\text{معدل المواليد موتى} = \frac{\text{عدد المواليد احياء خلال السنة}}{1000 *}$$

- معدل وفيات الاطفال الخام الرضع :

عدد وفيات الاطفال الرضع خلال سنة

$$\text{معدل وفيات الاطفال الخام الرضع} = \frac{\text{عدد المواليد احياء خلال السنة}}{1000 *}$$

- معدل وفيات الاطفال الرضع المبكرة :

عدد وفيات الاطفال خلال 28 يوم من الولادة خلال سنة

$$\text{معدل وفيات الاطفال الرضع المبكرة} = \frac{\text{عدد المواليد احياء خلال السنة}}{1000 *}$$

- معدل وفيات الاطفال الرضع المتأخرة :

عدد وفيات الاطفال بعد 28 يوم من الولادة خلال سنة

$$\text{معدل وفيات الاطفال الرضع المتأخرة} = \frac{\text{عدد المواليد احياء خلال نفس السنة}}{1000 *}$$

- معدل وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات (اقل من 60 شهر) :

عدد وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات خلال سنة

$$\text{معدل وفيات الاطفال اقل من خمس سنوات} = \frac{\text{عدد المواليد احياء خلال خمس سنوات فى نفس السنة}}{1000 *}$$

8-معدل وفيات الامومة :

عدد وفيات الامهات من بداية الحمل وحتى 42 يوم من الولادة بصرف النظر عن مدة الحمل أو مكان

الولادة لاى سبب يرتبط أو يزداد سوءا بسبب الحمل أو لإدارته وليس من أسباب اخرى مثل الحوادث أو غيرها خلال

عام مقسوما على عدد المواليد احياء خلال نفس العام مضروبا فى 100000

عدد وفيات الامهات من بداية الحمل وحتى 42 يوم من الولادة خلال سنة

$$\text{معدل وفيات الامومة} = \frac{\text{عدد المواليد احياء خلال نفس السنة}}{100000 *}$$

6- مصادر المعطيات:

اعتمدنا فى بحثنا هذا على نتائج التحقيقات الديمغرافية السابقة الخاصة بالسكان " المسح الوطني لصحة

الأم و الطفل (EASME-1992) ، التحقيق الوطني لصحة الاسرة (EASF-2002) ، التحقيقين الوطنيين

للصحة 1990 و 2002-2005 و MCS3 2006 المسح العنقودي متعدد المؤشرات و التعداد السكان

1998 و 2008 و معطيات الديوان الوطني للإحصاء ONS .

الفصل الثامن : الانتقال الديمغرافي في الجزائر

تمهيد

اولا : النمو الديمغرافي في الجزائر

- 1- المرحلة الاولى : (1900 - 1945)
- 2- المرحلة الثانية : (1945 - 1970)
- 3- المرحلة الثالثة : (1971 - 1992)
- 4- المرحلة الرابعة : 1992 - الى يومنا هذا

ثانيا : اشكال التحول الديمغرافي في الجزائر

1- النمو الطبيعي

أ- المواليد و الخصوبة

ب- الوفيات

ج- الزيادة الطبيعية

2- الهجرة

3- الزواج

4- التركيب السكاني

خلاصة

تمهيد :

قبل أن أدخل في لب الموضوع ، لابد أن أطرح التساؤل التالي : هل تجاوزت الجزائر المرحلة الرابعة او الخامسة من التحول الديمغرافي أم لا ؟ ونقصد بالتحول الديمغرافي الانتقال من نظام تقليدي للتوازن الديمغرافي حيث تكون معدلات الولادات والوفيات في مستويات أعلى إلى نظام عصري للتوازن الديمغرافي حيث تكون معدلات الولادات والوفيات في مستويات أدنى ، و ينتج عن هذا التحول استقرار معدل النمو الطبيعي (معدل الولادات - معدل الوفيات) عند حده الأدنى بعد مروره بثلاث مراحل ، المرحلة التقليدية حيث يكون عند حده الأدنى ثم المرحلة الانتقالية حيث يتزايد ثم يمر بحده الأعلى ويبدأ في التناقص وفي المرحلة الأخيرة يرجع إلى مستواه الأول ويستقر عند هذا المستوى. لمعرفة المرحلة التي الت اليها الجزائر سنقوم بتحليل و تفسير المعطيات الإحصائية من التحقيقات السابقة و الخاصة بالسكان

أولاً: النمو الديمغرافي في الجزائر :

ان في الإطار العام للنمو الديمغرافي و المتمثل في النمو الطبيعي الذي عرف أكبر قيمه بين سنتي 1966 - 1998 ، شهدت الجزائر أكبر معدل نمو لها والذي لم تشهد له البلاد مثيلا من قبل حيث يتجاوز 3% في السنة ، و هذا ما أدى إلى مضاعفة عدد السكان خلال 20 سنة ، من 12 إلى 23 مليون خلال سنتي 1966 و 1987 على التوالي ، ففي سنة 1830 بداية الاحتلال الفرنسي للجزائر ، كان يقدر السكان الجزائري بتعداد يساوي 3 ملايين نسمة تقريبا ، اما في بداية القرن العشرين كان هناك حوالي 4 ملايين نسمة وكان معدل النمو الطبيعي منخفضا جدا ، و يبقى هذا المعدل بشكله المنخفض حتى تقريبا نهاية الحرب العالمية الثانية (1939- 1945) . بعد هذه الفترة يبدأ معدل النمو الطبيعي في التسارع حيث وصل إلى 2,68% عشية اندلاع الثورة التحريرية 1945 . رغم الحرب ، يبقى معدل النمو على حاله ¹، وبعد الاستقلال 1962 عملت الجزائر الى خفض سن الزواج لزيادة الانجاب و ادى هذا الى ارتفاع الخصوبة لتصل اوجها بداية السبعينات و قد صاحب هذا الارتفاع انخفاض في الوفيات مما تسبب بمشكلة الانفجار السكاني حتى غاية الثمانينات حيث سجل نمو الطبيعي 3.34 % خلال الفترة بين 1945 - 1971 و بدأ بالانخفاض لكن مع بقاء النمو الطبيعي فوق عتبة 3 % الى غاية 1986 ، أما بعد هذه الفترة شهدت تراجع الوفيات مع الانخفاض السريع للمواليد ولمعدل النمو الطبيعي الذي لم يتجاوز 1.86 % سنة 2007. وسجلت الجزائر 37.1 ملين نسمة سنة 2012 .² من خلال تحليل و تفسير تراجع الوفيات و الخصوبة و تغير النمو الطبيعي فالتحول الديمغرافي الذي مرت به الجزائر يمكن تقسيمه الى اربع مراحل :

¹ Kouaouci A, (1992).Familles, femmes et contraception: contribution à une sociologie de la famille Algérienne, CENEAP, Algérie.

² <http://www.ons.dz>, , Alger ,1990

1- المرحلة الاولى : 1900 – 1945

في الفترة الممتدة بين 1900 – 1920 كانت الوفيات و الولادات مرتفعة جدا و تقريبا متقاربة ، في مستوى 30 ‰، وهذه الخاصية تتصف بها البلدان المتخلفة . وقد نتج عن هذه الوفيات و الولادات المتقاربة معدل نمو منخفض جدا (حوالي 0,5 % بين 1901 – 1910). و هذه المؤشرات إحدى ميزات البلدان المتخلفة ، و تعود الأسباب في ذلك إلى الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي عاشتها البلاد كالمجاعة و الأوبئة التي مرت بالجزائريين في تلك الفترة .

اما في الفترة بين 1921 – 1945 شهد المجتمع خلالها صعوبة في العيش و بالخصوص سكان الأرياف . فقد وصل معدل الوفيات إلى 29.4 ‰ بين 1921 – 1925 و سجل معدل النمو الطبيعي 0.78 % خلال هذه الفترة نتيجة صعوبة الحياة و كذلك نتيجة ما حدث من جفاف و مجاعة . فاختار الكثير من الجزائريين الذهاب إلى الحرب (الحرب العالمية الثانية) هروبا من الجوع. فبالإضافة إلى الوفيات المسجلة في الحرب العالمية الثانية ، نذكر فقدان الجزائريون في حوادث 8 ماي 1945 إلى ما يقارب 45 ألف نسمة في يوم واحد. ما ميز هذه الفترة هو معدل الولادات المرتفع 43,4 ‰ ما بين 1931 و 1935 و بقي على حاله إلى غاية نهاية الفترة ، و بالمقابل لهذا الارتفاع في معدل الولادات ، كان لا يزال معدل الوفيات مرتفعا 30 ‰، و ما يمكن قوله عن معدل النمو الطبيعي خلال هذه المرحلة هو انه كان يتراجع بحوالي الـ 1 % سنويا ، ان هذا الارتفاع في معدل الولادات كان نتيجة تعويض الوفيات التي مست البالغين في الحرب العالمية الاولى الذين جندوا اجباريا من قبل السلطات الفرنسية ، نتيجة الاوضاع المعيشية السيئة التي ميزت السكان الجزائري .

2- المرحلة الثانية : 1945 – 1970

معدل الولادات يستمر في التزايد حتى يصل في سنة 1970 الى اعلى قيمة له وهي 50 ‰ خلال هذه الفترة شهد معدل الوفيات تقلبات عديدة في منحناه و في الاتجاهات . في نفس السنة المذكورة (1970) كان معدل الوفيات

الخام يقدر بـ 16.7 % و قد وصل معدل النمو الطبيعي في سنة 1970 نتيجة لهذه الحالة الى قيمة مدهشة و هي

3.34 %¹، مما أعطى للجزائر خاصية الانتماء للدول ذات النمو القياسي للسكان

بينما الفترة الممتدة بين 1970-1985 كانت الوفيات تتراجع بنمط اسرع بكثير من سرعة تراجع الولادات و

هذا ما جعل معدل النمو الطبيعي يحتفظ بقيمة مرتفعة متجاوزا دائما 3 % حيث بعد سنة 1970 بدأ معدل

الولادات في التراجع تدريجيا حيث سجلت معدلات الولادات 46.05 %، اما معدلات الوفيات فقد سجل

15.54 %² وكان السبب في سرعة تراجع الوفيات هو اهتمام الحكومة الجزائرية بالأطفال و الرعاية الصحية المجانية

كفتح مراكز صحية كثيرة تولي الاهتمام بالسكان ، اما السبب الرئيسي في انخفاض الولادات خلال هذه الفترة فقد كان

انخفاض نسبة المتزوجين أولا و الخصوبة الزوجية ثانيا ، اما السبب في بقاء النمو الطبيعي يفوق 3% لعدم انتشار الوعي

لدى الاسرة الجزائرية في استخدام وسائل منع الحمل و كذلك قتلها او انعدامها .

3- المرحلة الثالثة : 1971 – 1992

ان اهم مميزات بين هذه الفترة (1985-1989) هي انخفاض المحسوس في عدد الولادات مع

انخفاض في مستوى الوفيات ولكن بوتيرة اسرع لأول مرة و تحديدا خلال الفترة 1985-1986 ، تجاوزت سرعة تراجع

الولادات سرعة تراجع الوفيات .فقد سجلت الولادات 11.4 % اما الوفيات 4.4 % فكانت النتيجة بداية تباطؤ

معدل النمو الطبيعي 2.74 % وهذا راجع الى الحملة الكبيرة من طرف الدولة في نشر مراكز حماية الامومة

و الطفولة على المستوى الوطني و توعية الافراد بفكرة التنظيم العائلي مع توفيرها لموانع الحمل فقد انخفض معدل النمو

الطبيعي 2.49 % سنة 1990.

¹ محمد زيدان . الانتقال الديموغرافي و الافاق الديموغرافية في الجزائر ،مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ،كلية الاداب و العلوم الاجتماعية ،جامعة البليدة ، الجزائر ،2001 ص47

² فطيمة دريد. النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع ،جامعة قسنطينة ،الجزائر،2006-2007،ص 317

4- المرحلة الرابعة : 1992 الى يومنا هذا

خلال الفترة بين (1992-1998) كان معدل الخام للوفيات شبه ثابتا حول قيمة تقارب 6‰ ،

اما مستوى الولادات في هذه المرحلة فقد شهد انخفاضا شديدا فلقد انخفض معدل الولادات الخام خلال هذه الفترة

ليصل الى 21.02‰ سنة 1998 ، و هذا من نتائج برامج التخطيط العائلي التي بادرت الجزائر في تطبيقها . نتيجة

لثبوت الوفيات و تراجع الولادات فقد انخفض معدل النمو الطبيعي من 2.49 % سنة 1990 الى 1.57 % سنة

1998 ، مقارنة بالولادات ، يعتبر المستوى الذي وصلت اليه الوفيات جد متطور رغم ان خلال التسعينات مرت

بظروف امنية وذلك خلال العشرية السوداء و ادت الى تسجيل نسبة معتبرة من الوفيات حيث سجلنا معدل النمو

الطبيعي 1.51 % ، 1.48 % ، 1.63 % خلال السنوات 1999 ، 2000 ، 2004 و بعد ذلك استمر

بنفس الوتيرة ففي سنة 2008 وصل الى 1.91 %¹ .

ثانيا : أشكال التحول الديمغرافي (النمو السكاني) :

يُعرف معدل نمو السكان بأنه " معدل الزيادة أو النقصان في عدد السكان خلال سنة معينة بسبب الزيادة

الطبيعية وصافي الهجرة ، ويعبر عنه بصورة نسبة مئوية من عدد السكان الأساسي " .

وتتكون الزيادة السكانية في أي بلد من كل من الزيادة الطبيعية (عدد المواليد خلال السنة - عدد الوفيات

خلال السنة) وصافي الهجرة (عدد المهاجرين إلى البلد - عدد المهاجرين منه) وعليه فإن معدل الزيادة أو النقصان في

عدد السكان خلال سنة معينة بسبب الزيادة الطبيعية وصافي الهجرة ويساوي (معدل الزيادة الطبيعية + معدل صافي

الهجرة).

¹ <http://www.ons.dz>, Alger ,2012

1- النمو الطبيعي :

المواليد والوفيات هي أهم العوامل التي تؤثر في مستقبل السكان في أي قطر من الأقطار ما لم تتدخل عوامل خارجية كالهجرة ، ولذلك كانت مسؤولة عن الزيادة الطبيعية ، بينما كانت الهجرة مسؤولة عن الزيادة غير الطبيعية ، وحالة المواليد والوفيات تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية السائدة في الإقليم ، بل وتتأثر بوجهة نظر الناس أنفسهم في الحياة ، والأقطار الفتية تمتاز بزيادة المواليد بينما الأقطار الهرمة تقل فيها نسبة المواليد

أ- المواليد و الخصوبة :

تعد الخصوبة من أهم عوامل النمو السكاني وأكثرها تأثيراً في حجم السكان وتركيبهم العمري والنوعي ، وهي تعكس أنماط السلوك الإنجابي للأزواج وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السائدة في المجتمع . ولقد انخفض معدل الخصوبة الكلية (هو متوسط عدد المواليد أحياء للمرأة الواحدة خلال حياتها الإنجابية) من 7.8 أطفال لكل امرأة عام 1970 و 4.5 أطفال لكل امرأة عام 1990 إلى 2.3 من الأطفال لكل امرأة في 2006 ، ويرجع ذلك بالأساس إلى قبول المجتمع بأساليب منع الحمل والارتفاع في متوسط سن الزواج¹ . ويبلغ متوسط سن الزواج الآن 30 سنة بالنسبة إلى النساء و 33.7 سنة بالنسبة إلى الرجال . وإذا كان ذلك راجعاً في كثير من الأحيان إلى تأخير سن الزواج النساء من أجل إتمام تعليمهن وبدء مشوارهن المهني ، فإن من العوامل الإضافية أيضاً ارتفاع معدلات البطالة في صفوف الشباب والنقص الخطير الحاصل في السكن الذي هو في متناول الأزواج الشباب . ورغم أن الطلاق غير شائع ، إلا أنه أصبح واقعاً متزايداً . فحسب أرقام الحكومة ، سُجلت 31 133 حالة طلاق في عام 2006 ، وكشف المسح متعدد المؤشرات لعام 2006 أن 1.3 % من النساء مطلقات² .

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, *Enquête algérienne sur la santé de la famille*, 2005, p. 50.

² ONS. *Annuaire statistique de l'Algérie* , Alger ,2006

ويعود انخفاض معدل الخصوبة الكلية إلى مستويات معتدلة نسبياً إلى حزمة من التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي ساهمت معاً في تعديل السلوك الإنجابي ، كارتفاع مستوى تعليم المرأة ومساهمتها في النشاط الاقتصادي ومتوسط العمر عند الزواج الأول ، و نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وغيرها ومع ذلك لا يزال هذا المعدل عالياً وبعيداً عن مستواه في كثير من بلدان العالم

الجدول رقم 01: معدلات الخصوبة حسب العمر ومعدل الخصوبة الكلي حسب مكان الإقامة

1970 – 2003.

ISF	49-45	45-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	الفئات
7.8	42	152	281	355	388	338	114	1970
6.96	25	126	265	286	331	288	69	1980
6.24	22	101	236	308	298	240	43	1985
4.5	17	86	186	223	222	148	23	1990
3.51	15	65	140	172	167	122	21	1995
2.27	23	477	1292	1292	1111	513	44	2006

Source : Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples

. enquête algérienne sur la santé de la famille , 2002,ONS, nuptialité et fécondité en Algérie, MICS 3 Algérie 2006

❖ تطور الخصوبة في الجزائر:

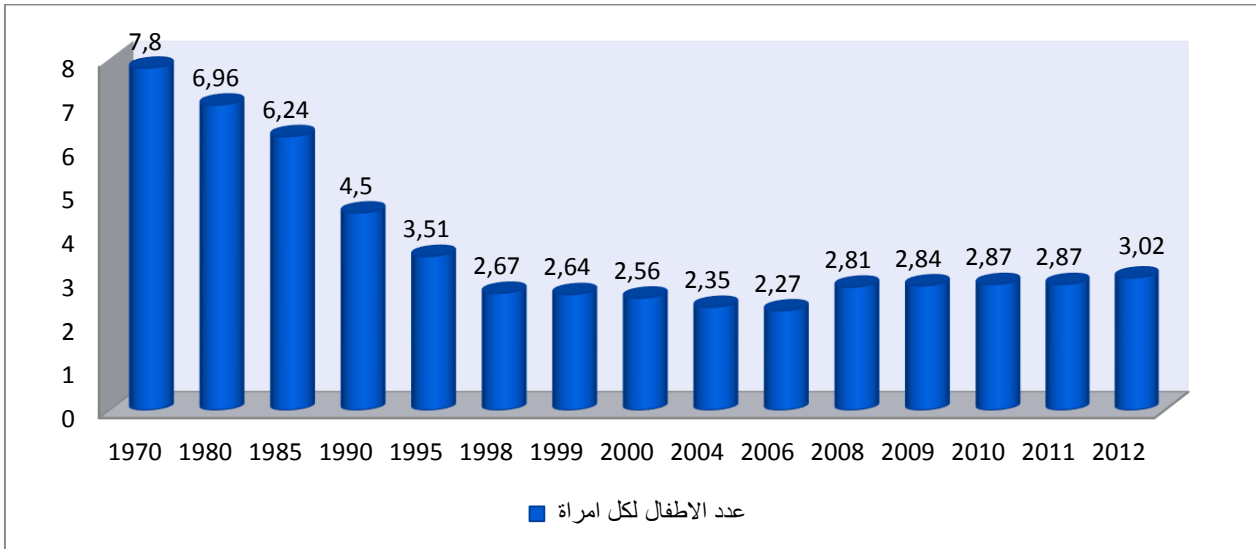
ان الجزائر في فترة الستينيات تميزت بارتفاع معدلات المواليد ، حيث قدرت بـ 50 طفل لكل 1000 من السكان سنة 1970¹. اما خلال العشر سنوات (من 1980 الى 1990) شهدت تغيرات ملحوظة في الزيادة الديموغرافية ، ويمكن ارجاع تلك التغيرات خلال النصف الأول من (1980 – 1985) الى الزيادة المؤقتة في الدخل و زيادة استهلاك الأسر ، حيث وصل عدد المواليد إلى اعلي مستوياته (أكثر من 845 ألف مولود حي عام

¹ ONS. Annuaire statistique de l'Algérie , N15. Alger ,1991.

1985). و مع الأزمة الاقتصادية التي هزت البلاد منذ النصف الثاني من الثمانينات (1985 – 1990) وتأثيرها على المستويات الاجتماعية، فإن سرعة الإنجاب وزيادة السكان بدأت هي الأخرى في التأثير حيث بلغ عدد المواليد أحياء عام 1990 حوالي 759 ألف مولود حي ، وهكذا فإن أول مظاهر انخفاض الخصوبة بدأت تظهر بعد النصف الثاني من الثمانينات ، خاصة بعد وضع سياسة (تباعد الولادات) والتي نودي بها مع بداية الثمانينات و الذي اشار اليه الاستاذ: (فيصل بوطيبة.في رسالة الدكتوراه بعنوان العائد من التعليم في الجزائر ، في جامعة الاقتصاد – تلمسان – ، 2009/2010، ص200 .)

ومن خلال الشكل أدناه المعبر عن تطور معدل الخصوبة في الجزائر منذ سنة 1960، يتبين أن المعدل كان مرتفعا ومستقرا في السنوات العشر الأولى بعد الاستقلال حتى سنة 1970 حيث بلغ المعدل 7.8 اطفال لكل امرأة تقريبا ،وبعدها مباشرة بدأ المعدل في التناقص بشكل مستمر الى غاية العام 2006 حيث سجل القيمة 2.26 اطفال لكل امرأة بانخفاض يمثل تقريبا 5.54 اطفال لكل امرأة خلال 36 سنة .

الشكل رقم 01: تطور معدل الخصوبة في الجزائر خلال (1970 – 2012) .



Source : Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples

. enquête algérienne sur la santé de la famille , 2002,ONS, nuptialité et fécondité en Algérie, MICS 3 Algérie 2006

أما عن تفسير هذا الانخفاض المستمر في معدلات الخصوبة، فانه على رأي كثير من المتخصصين في قضايا السكان توجد العديد من الأسباب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المسؤولة عن هذا، والتي من ضمنها تحسن مستوى التعليم العام لدى المجتمع الجزائري وخاصة لدى الإناث، و لكن بعد هذه الفترة و ابتداء من 2008 بدأ المعدل في الارتفاع حيث سجل 2.81 أطفال لكل امرأة و وصل في سنة 2012 الى 3.02 أطفال لكل امرأة و يمكن ارجاع هذا التغير الى رغبة الزوجين في عدد من الاطفال او ان قوة الخصوبة عند النساء المتزوجات مرتفعة .

❖ معدلات الخصوبة :

نحاول في هذا العنصر التطرق إلى أهم معدلات الخصوبة وتطورها كمعدل الخام للمواليد، معدل الخصوبة العام حسب فئات السن، وحسب مناطق الإقامة، المؤشر التركيبي للخصوبة .

✓ معدل الخام للمواليد:

ان المعدل الخام للولادات عرف تذبذبا خلال فترة الاستعمار الفرنسي، إذ بلغ هذا المعدل ما بين ¹ (1900 و 1905) 37.8 ‰ وسجل 35.6 ‰ سنة 1906، وفي سنة 1908 قدر ب 37.3 ‰، لينخفض ب 33.6 ‰ سنة 1914 و 29.3 ‰ سنة 1916، ليرتفع سنة 1919 إذ قدر 35 ‰، هذا التذبذب راجع إلى اندلاع الحرب العالمية الأولى (1914-1919) و تأثيرها السلبي على النمو السكاني نتيجة التجنيد الإجباري للجزائريين و الذي مارسه فرنسا، وهو ما قلل من فرص الزواج وأثر على استقرار بعض الأسر .

بعد انتهاء الحرب العالمية الاولى، عرفت معدلات المواليد استقرار حيث سجل 39.3 ‰ سنة 1923 و 42.9 ‰ سنة 1926، ليرتفع سنة 1930 و يسجل 45.3 ‰ سنة 1936، هذا الارتفاع صاحب الإنجاب المكثف لتعويض وفيات الأطفال و التي حدثت بسبب الأزمة الاقتصادية العالمية سنة 1929، ونتيجة الأوبئة

¹ ONS,(1994).«DEMOGRAPHIE: projection de population 1990-2010 »collections statistiques démographiques, N°66, Algérie .p 05

والأمراض ، كما أن هذا التحسن هو مصاحب للتحسن في مستوى تسجيل الولادات ، وعلى الرغم من هذا التذبذب إلا أن المعدل أخذ في الارتفاع وسجل 49.9 % سنة 1955 .

و بعد الاستقلال مباشرة عرفت الجزائر بالارتفاع في نسبة الولادات ، و ذلك بفعل التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية و التي كان لها الفضل في التحسين المستوى المعيشي للسكان ، وكذا انتشار المراكز الصحية و تقديم الرعاية الطبية ، لذا يمكن الاعتبار هذه الفترة بمثابة إعادة الهيكلة الديمغرافية كتعويض لخسائر الحرب ، ولم يعتبر النمو الديمغرافي مشكلا ، بل كان ينظر إليه بعين الرضي ، ولم تكن هناك سياسة سكانية وإنما تم السماح بتنظيم الأسرة لأسباب صحية وباعتبار ذلك من حقوق المرأة ، وانطلاقا من هذا الهدف تم إنشاء أول مركز جزائري للمباعدة بين الولادات في سنة 1967 بالجزائر العاصمة ، بقي هذا الموقف سائدا حتى سنة 1983 أين تبنت الحكومة سياسة التحكم في النمو الديموغرافي ، وأعلنت علنا أن النمو الديموغرافي سبب في العديد من المشاكل الاجتماعية ،

و منذ ذلك التاريخ شهدت الجزائر حملة إعلامية مكثفة حول الانفجار الديموغرافي الذي عرفته ، حيث ما بين 1966 و 1987 تضاعف عدد السكان من 12 مليون نسمة إلى 23 مليون نسمة ، هذه الزيادة السريعة للسكان لا تعني أن معدل الولادات لم يشهد انخفاضا وإنما السياسة الاجتماعية والصحية ساهمت مساهمة فعالة على الصحة والوفيات ، والجدول التالي يوضح الانخفاض الذي شهدته معدلات الولادات .

الجدول رقم 02: تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر (1966 – 2011) :

السنوات	المعدل الخام للولادات (‰)	السنوات	المعدل الخام للولادات (‰)
1969-1966	47.8	1994	28.2
1970-1969	50.1	1995	25.3
1975-1971	47.3	1996	22.9
1980-1976	44.4	1997	22.5
1980	43.9	1998	20.6
1981	41.0	1999	19.8
1982	40.6	2000	19.4
1983	40.4	2001	20.0
1984	40.2	2002	19.7
1985	39.5	2003	20.4
1986	34.7	2004	20.7
1987	34.6	2005	21.4
1988	33.9	2006	22.7
1989	31.0	**2007	22.98
1990	30.9	2008	23.62
1991	30.1	**2009	24.07
1992	30.4	* 2010	24.68
1993	28.8	*2011	24.78

Sources : ONS, suivant les différentes brochures (1980- 2005) * Office National des Statistiques (ONS) **Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011 Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi.

و من خلال هذا الجدول نلاحظ انه في سنة ¹ 1970 معدل الولادات وصل إلى مستوى قياسي بنسبة

50.16 % هذا الارتفاع الاستثنائي ساهمت فيه ثلاث عوامل رئيسية وهي عدد النساء في سن الإنجاب ، الزواج المبكر

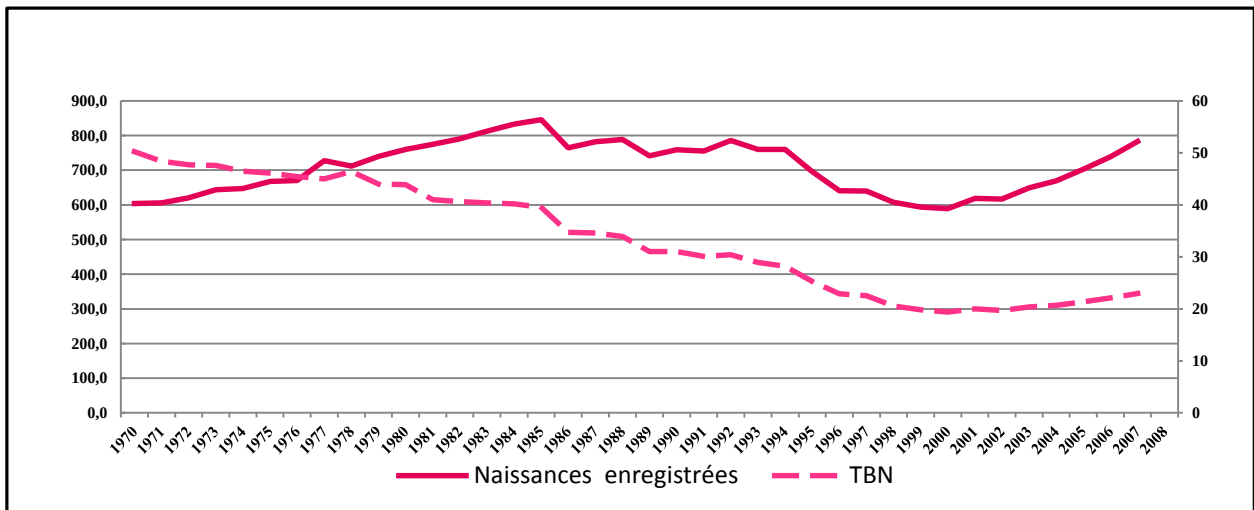
، قوة الخصوبة عند النساء المتزوجات ، ليبدأ بعدها الانخفاض تدريجيا ، هذا الانخفاض كان راجع لعاملين:

¹ ONS : série statistique rétrospective 1962-1990 in collection statistique n °31 ,Alger 1991.

➤ التأخر في سن الزواج بنسبة 65% ، حيث و بعد أن كانت جل الفتيات في سن 15-19 متزوجات فقط 13% عازبات في سن 20-24 سنة ، في فترة ما بعد الاستقلال ليحدث العكس لهذه النسب في إحصاء 1987 ، اقل من 10% متزوجات في سن 15-19 ، والأغلبية عازبات في سن 20-24 .

➤ وانخفاض الخصوبة داخل الزواج بنسبة 40% ، والسبب الأول الذي أثر في هذا العامل هو الاستعمال الواسع لوسائل منع الحمل ، إلا أنه في السنوات الأخيرة يشهد معدل الولادات زيادة بوتيرة بطيئة إذ سجل في سنة 2006 معدل 22.07 ‰ وفي سنة 2009 قدر 24.07 ‰ ليرتفع سنة 2011 إلى 24.78 ‰ وهذا راجع لارتفاع في معدلات الزواج .

الشكل رقم 02: يبين تطور عدد المواليد والمعدل الخام للمواليد في الجزائر (1970-2008) .



Sources : ONS : série statistique rétrospective 1962-1990 in collection statistique n °31 ,Alger 1991.

✓ معدل الخصوبة العام حسب فئات السن :

ان معدل الخصوبة العام في الجزائر عرف انخفاضا مستمرا ، إذ انتقل من 225.62 ‰ سنة 1966 إلى

198.63 ‰ سنة 1977 لينتقل إلى 152.26 ‰ سنة 1987 ، أي بفارق 131.87 ‰

والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم 03 : تطور معدلات الخصوبة حسب فئات السن ما بين 1970-2008:

2007-08 RGPH 2008	2000-01 Papfam 2002	1981-85 ENAF 1986	1970 ENSP 1969-71	الفئات
9	5	24	109	19-15
75	51	181	330	24-20
139	111	252	378	29-25
149	126	259	345	34-30
118	102	218	272	39-35
51	40	110	144	44-40
8.0	8	31	37	49-45
Sources : 1970 : CNRES, 1974b et 1975 ; 1981-85 : Kouaouci A 1992 ; 2000-01 : MSP et al., 2004a et Ouadah -Bedidi, 2004 ; 2007-08 : ONS, 2011				

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن:

ب انخفاض الخصوبة مس جميع الفئات العمرية من النساء ، حيث سجل أكبر انخفاض في الفئة 15- 19 ب

109 ‰ سنة 1970 لينخفض إلى 9 ‰ سنة 2008. ويعود هذا الانخفاض في الخصوبة إلى ارتفاع سن الزواج

خاصة عند النساء وبالتالي تقلص الفترة الإنجابية لديها بالخصوص الفئة العمرية 15-19.

بينما نلاحظ ارتفاع معدلات الخصوبة إذ سجل 330 ‰ و 378 ‰ و 345 ‰ على التوالي لدى

الفئات 20-24 و 24-29 و 30-34 وذلك سنة 1970 وهذا نتيجة الزواج المبكر والاستعمال الضئيل لوسائل

الحمل لتتخفض إلى 75 ‰ و 139 ‰ و 149 ‰ لنفس الفئات السابقة على التوالي سنة 2008 ، ويعود

هذا إلى التحولات الاجتماعية التي يعيشها المجتمع كعمل المرأة خارج البيت وطول فترة التعليم لديها والاستخدام الواسع

لوسائل منع الحمل ، كذلك الظروف الاقتصادية كالبطالة وأزمة السكن .

أما الفئة 45-49 فتم تسجيل معدلات الخصوبة منخفضة حيث قدرت سنة 1970 بـ 37‰ لتتخفض سنة 2008 إلى 8‰، ويعود ذلك إلى أسباب بيولوجية، أين تقل فيها احتمالات لإنجاب الأطفال للمرأة

✓ معدلات الخصوبة حسب مناطق الإقامة وفئات العمرية :

إن معدلات الخصوبة حسب مناطق الإقامة تختلف من منطقة إلى أخرى والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم 04: تطور معدلات الخصوبة حسب مناطق الإقامة وفئات السن (1992 - 2002):

EASF2002			EASME 1992			الفئات العمرية
المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	
6,0	6,0	5,0	21,0	29,0	6,0	15-19
59,0	68,0	53,0	143	185	110	20-24
119	126	113	214	260	178	25-29
134	154	122	220	256	188	30-34
105	121	95,0	164	200	132	35-39
43,0	59,0	34,0	92,0	113	75,0	40-44
9,0	13,0	7,0	23,0	26,0	21,0	45-49
2,4	2,7	2,1	4,4	5,3	3,6	ISF (15-49)
Sources: EASME 1992 & EASF, 2002						

من خلال هذا الجدول يتبين أن معدل الخصوبة في الريف دائما أعلى منه في المدينة عند كل الفئات العمرية

ومهما انخفضت الخصوبة دائما تنخفض في المدينة قبل الريف ومرد ذلك إلى جملة من العوامل فسيكون المناطق الريفية

متمسكين بالعادات والتقاليد أكثر، فالمرأة الولود خاصة التي تنجب ذكورا تتمتع بمكانة اجتماعية أعلى من مكانة المرأة

العاقرة عند زوجها وعند المجتمع، وقيمة تفضيل إنجاب الذكور لها تأثير على ارتفاع الخصوبة خاصة في حالة إنجاب البنات

أين تكون الرغبة في إنجاب ولد مهما كان عدد البنات المنجب .

ناهيك عن استعمال وسائل منع الحمل يكون في المدن أكثر منه في الأرياف حيث سجل استعمال موانع الحمل

61.4 % - 62.5 % في المدن مقابل 59.9 % في الأرياف ¹.

إضافة إلى كون الفتاة في الريف تتزوج في سن مبكر قبل الفتاة في المدينة بحكم هذه الأخيرة تواصل دراستها إلى

مستويات عالية وتحظى بفرص عمل جيدة على عكس الفتاة في الريف.

❖ تطور المؤشر التركيبي للخصوبة :

لقد عرف المؤشر التركيبي للخصوبة انخفاضا محسوسا منذ سنوات الثمانينات حيث انتقل المؤشر الإنجابي من

7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 6.9 طفل لكل امرأة سنة 1980 لينخفض إلى 3.5 طفل لكل امرأة في سنة

1995 أما في سنة 2002 فقد وصل إلى 2.4 طفل لكل امرأة ².

الجدول رقم 05 :تطور المؤشر التركيبي ISF:

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة
1970	7.80
1980	6.90
1985	6.24
1990	4.50
1995	3.51
1998*	2.70
2002**	2.40
Sources :ONS (*)RGPH-98 (**) Papfam	

¹ Chebab T, (1999). Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970 -1992. CENEAP, Algérie ,p 111

² EASF, Alger ,2002 ,p9.

من خلال الجدول يمكن تقسيم انخفاض معدل المؤشر التركيبي الى :

❖ من الفترة بين 1970-1985 عرفت انخفاضا للمؤشر من 7.8 الى 6.2 طفل لكل امرأة، ففي هذه الفترة تفسر

بانتشار الأمية وعدم الوعي بمخاطر النمو الديموغرافي ، ولم تطبق سياسة البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي بوضوح¹.

❖ و من الفترة بين 1985 إلى 2002 عرفت هي ايضا انخفاض مؤشر التركيبي للخصوبة من 6.2 إلى 2.4 طفل

لكل امرأة ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من العوامل والأسباب منها :

➤ تطبيق سياسة البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي 1983 ، وانتشار موانع الحمل والتي تقدر

نسبتها سنة 2000 بـ 64% مقابل 8% سنة 1970 .

➤ إضافة إلى زيادة وعي المرأة بعدم إنجاب الأطفال إلا بعد الوصول إلى مستوى معيشي لا بأس به.

➤ مواصلة المرأة لدراساتها سواء كان ذلك قبل أو بعد الزواج .

➤ خروج المرأة لميدان العمل.

➤ الوضع السياسي الذي مرت به الجزائر اثناء الفترة بين (1991-2000) ادى الى انخفاض الزواج

❖ و ابتداء من سنة 2005² قد سجل المؤشر التركيبي ارتفاعا طفيف حيث قدر بـ 2.56 طفل لكل امرأة و في سنة

³ 2006 أوضحت نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات أن معدل الخصوبة الكلي بلغ 2.2 طفل لكل امرأة

وان متوسط سن الأمومة بلغ 31.02 سنة كما هو موضح في الجدول الاتي ، و سنة 2008 سجل 2.81

طفل لكل امرأة ليبلغ سنة 2010 و 2011 2.87 طفل لكل امرأة ويعود هذا الارتفاع إلى تأخر سن الزواج

¹ عادل بغزة. أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية العلوم الاجتماعية و العلوم

الاسلامية ، جامعة باتنة ، الجزائر ، 2009 ، ص 49

² ONS statistique de l'Algérie . Alger ,2011.

³ MICS 3. Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples . Algérie 2006

عند الفئات العمرية 15-19 و 20-24 لأن المرأة التي تتزوج متأخرة ، تدرك مخاطر الولادة في هذه السن على صحتها وصحة الطفل ، لذا يمكن القول ؛ إن هناك سباقا ضد الساعة بالنسبة لهن ، ولن يترددن في الإنجاب سنويا.

الجدول رقم 06: معدلات الخصوبة حسب العمر ومعدل الخصوبة الكلي حسب مكان الإقامة 2006.

ISF	49-45	45-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	الفئات
2.19	0.0019	0.0459	0.1055	0.1210	0.1101	0.0503	0.0047	الحضر
2.38	0.0030	0.0505	0.1138	0.1398	0.1123	0.0526	0.0041	الريف
2.27	0.0023	0.0477	0.1292	0.1292	0.1111	0.0513	0.0044	المجموع

Source : Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples
MICS 3 Algérie 2006.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن توزيع معدلات الخصوبة حسب العمر متفاوتة فيما بينها إذ بلغت ذروتها

في الفئة العمرية من 30-34 سنة (2.29 %) و هذا راجع إلى ارتفاع عدد النساء المتزوجات في هذه

الفئات بسبب تأخره عند الفئات الأقل منها ، كما نلاحظ انخفاض للخصوبة في الفئة العمرية 15-19 سنة

(0.4 %) لتصل إلى ما يقارب من مستوى خصوبة النساء التي تزيد أعمارهم عن 45 سنة وهذا راجع إلى

تأخر سن الزواج ومواصلة المرأة لتعليمها ودخولها ميدان العمل ، و الواضح من خلال هذا التحقيق أن الخصوبة لا

تزال في انخفاض ، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية ، كما أن هذا الانخفاض متقارب حيث سجل 2.19 طفل

لكل امرأة في المناطق الحضرية و 2.38 طفل لكل امرأة في المناطق الريفية ، بينما سجل المؤشر التركيبي للخصوبة

3.6 طفل لكل امرأة حسب معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 1992 في المناطق الحضرية أما في

المناطق الريفية فقدّر بـ 4.3 طفل لكل امرأة . يمكن إرجاع هذا الانخفاض إلى الانتشار الواسع لموانع الحمل .

❖ تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2006):

بمقارنة المؤشر التركيبي للخصوبة بمناطق الإقامة في 1970-2002 فإنه يتبين لنا انخفاضاً ملحوظاً ؛

حيث نجد 8.5 طفل للمرأة في الريف سنة 1970 وفي الحضر 7.3 طفل للمرأة في نفس السنة ، ثم تنخفض في

الريف الى 2.5 طفل للمرأة في سنة 2002 ، أما في الحضر فتتخفض الى 2.0 طفل للمرأة ، وهذا ما يوضحه الجدول

التالي :

الجدول رقم 07: يبين تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2006):¹

2006	2002	1998	1992	1986	1970	
2.19	2.0	2.4	3.6	4.5	7.3	الحضر
2.38	2.5	3.0	5.3	7.1	8.5	الريف
0.13	0.5	0.6	1.7	2.6	1.2	الفارق
Sources: TABUTIN D, SCHOU MAKER B.Revue Population Numéro 5-6-2005 MICS 3 Algérie 2006. ، Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples. p644						

و من خلال هذا الجدول الذي يوضح تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مناطق الإقامة يجدر بنا التطرق

إلى فترات أساسية تميزت بها خصوبة المرأة الجزائرية وهي :

❖ في سنة 1970 تميزت بمعدل خصوبة مرتفعة حيث بلغ 7.3 طفل للمرأة على مستوى سكان الحضر و 8.3 طفل

للمرأة على مستوى سكان الريف ،وارتفاع هذه المعدلات سببها ما يلي

➤ عدم توفير ونشر موانع الحمل من طرف الدولة في بداية السبعينات والثمانينات .

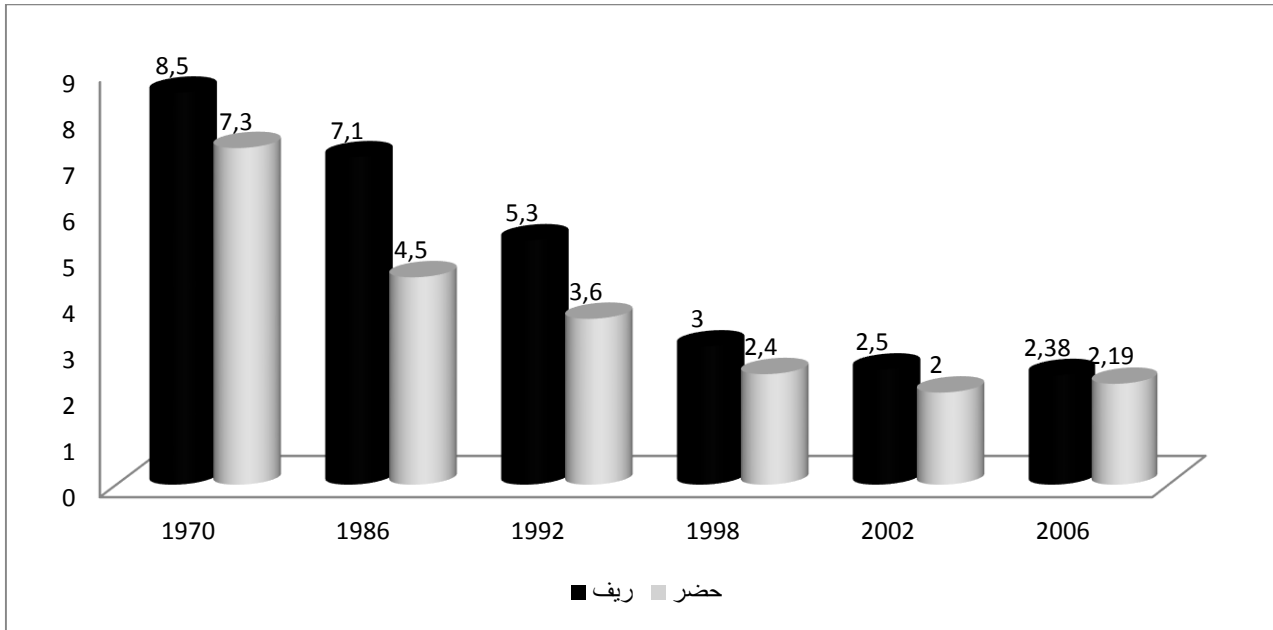
➤ عدم معرفة الزوجين بموانع الحمل .

¹ فطيمة دريد. النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع ،جامعة قسنطينة الجزائر، 2006-2007، ص328-329.

- ❖ في سنة 1986 تراجعت معدلات الخصوبة حوالي النصف بالنسبة للمرأة في المدينة ، أما على مستوى خصوبة المرأة الريفية فتراجعت تقريبا مثل خصوبة المرأة في المدينة.
- ❖ في سنة 1992 - 1998 وهذه الفترة عرفت تغيرا ملحوظا من حيث معدلات الخصوبة على المستوى الحضري و الريفي ؛ حيث تراجع معدل الخصوبة عند المرأة الحضرية بنسبة 50% وعند المرأة الريفية بنسبة 40% في سنة 1992 ، وفي سنة 1998 تراجع معدل الخصوبة ليصل إلى 2.4 طفل لكل امرأة عند سكان الحضر ، و 3 طفل لكل امرأة عند سكان الريف ، وبهذا يمكن القول أنه بعد ثلاث عشرات متتالية من الانخفاض المستمرة ؛ فإن الخصوبة الجزائرية وصلت إلى 2.2 طفل لكل امرأة .
- ❖ أما في بداية القرن 21 فكانت هذه الفترة بمثابة تأكيد واضح على وعي الأسرة الجزائرية بتقليل من عدد أطفالها لسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية منها انخفاض مستوى المعيشة بعدما كانت الأسرة الجزائرية " قديما تشجع كثرة الأطفال والذي يمثل رمزا للافتخار والاعتزاز والسيطرة والقوة "¹، إلا أن مثل هذه القيم خضعت للتغير والنظر في حجم الأسرة ، أي التقليل من عدد الأطفال والكثير من الرعاية والعناية ، وهذا يلعب دورا مهما في تأمين الاستقرار النفسي والاجتماعي لكل أفراد الأسرة ، ومن العوامل التي أدت بالأسرة الجزائرية في تقليص حجمها التطور الطبي ودخول المرأة لميدان التعليم وكذلك دخولها لميدان العمل .

¹ صليحة قواوسي . دور الأسرة الحديثة في تربية الأبناء بالمجتمع الجزائري ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ، قسم علم الاجتماع ، جامعة باتنة ، 2007، ص 55-

الشكل رقم 03: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2006)



Sources :ONS .MICS 3

ب- الوفيات :

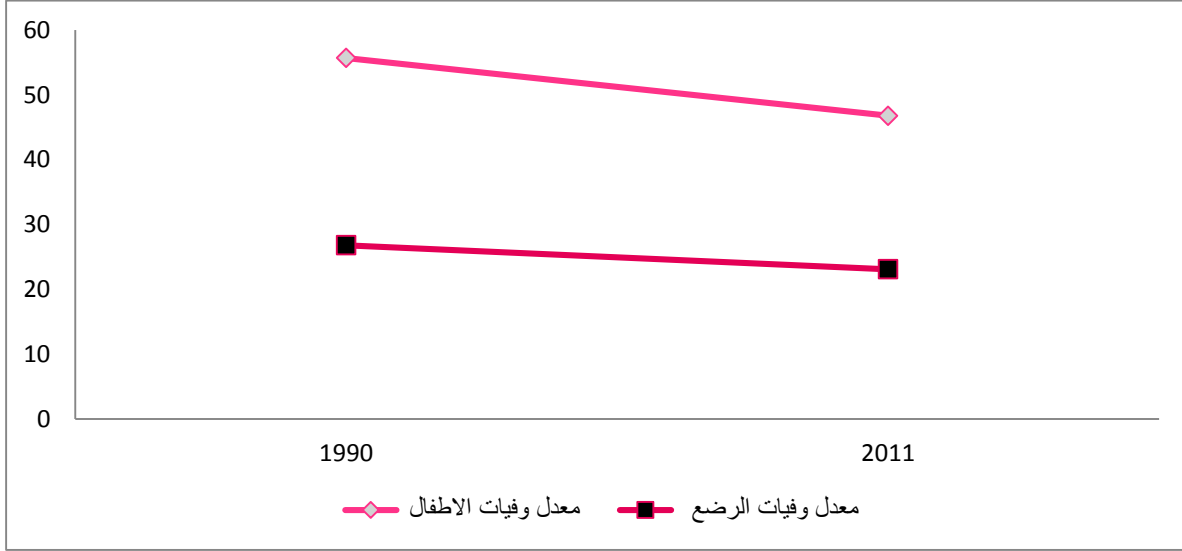
تعد الوفيات العامل الثاني من حيث الأهمية في تحديد مستوى النمو السكاني ، وتشير الإحصاءات الصحية و نتائج المسوح الأسرية إلى تحسن ملموس في المستوى الصحي للسكان بشكل عام و صحة الأم و الطفل بشكل خاص ، مما أدى بانخفاض معدل الوفيات الخام من 5.82 % عام 1998¹ إلى 4.41 % عام 2011. وترافق الانخفاض المشاهد في معدل الوفيات الخام بانخفاض مماثل في معدلات وفيات الرضع و الأطفال دون سن الخمس و وفيات الأمهات ، حيث انخفض معدل وفيات الرضع من 55.7 % إلى 26.8 % ما بين سنتي 1990 و 2011.² و كان هذا المعدل دوماً أعلى عند الذكور عن مستواه عند الإناث . كما انخفض معدل وفيات الأطفال من 46.8 % عام 1990 إلى 23.1 % عام 2011

¹ Kouaouci Ali . (1992). Familles, femmes et contraception: contribution à une sociologie de la famille Algérienne, CENEAP, Algérie. +Données Statistique Série294,1998

² ONS. statistique de l'Algérie .Alger ,2012

الشكل رقم 04: تطور معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة

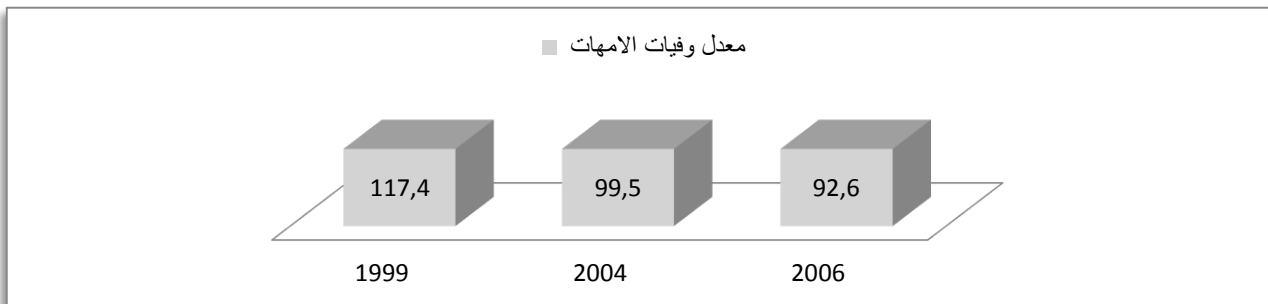
(‰) 2011 – 1990



Source : ONS (بالتصرف)

أما معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة والنفاس ، فانخفض من 117.4 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية عام 1999 إلى 99.5 وفاة عام 2004 ، إلى 92.6 وفاة عام 2006 ، ولقد كان ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة الأثر الإيجابي في هذا الانخفاض حيث ارتفعت هذه النسبة من 50.7 % عام 1992 إلى 64 % عام 2000 ثم إلى 61.4 % عام 2006.

الشكل رقم 05: تطور معدل وفيات الأمهات 1999 – 2004 – 2006 (لكل 100 ألف ولادة حية)



Source : RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN – ALGERIE 2008 (بالتصرف)

وتفاوتت مستويات الوفيات بين الوسطين الحضري والريفي ، فهي أعلى دوماً في الريف عن مستواها في الحضر بسبب صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية في بعض المناطق الريفية وخاصة النائية منها ، وتباين العوامل الاجتماعية والبيئية والثقافية بين الحضر والريف ، وارتفاع نسبة الولادات المنزلية في الريف عن مستواها في الحضر. وقد انعكس انخفاض معدلات الوفيات بشكل ايجابي على معدلات البقاء على قيد الحياة، حيث ارتفع مستوى توقع الحياة عند الولادة من 71.7 سنة عام 1998 (ذكور : 70.5 سنة - إناث : 72.9 سنة) إلى 74.8 سنة عام 2004 (ذكور : 73.9 سنة - إناث : 75.8 سنة) وإلى 75.7 سنة عام 2008¹ (ذكور : 74.9 سنة - إناث : 76.6 سنة). يتضح من ذلك أن جميع معدلات الوفيات انخفضت بشكل كبير

ج- الزيادة الطبيعية :

الزيادة الطبيعية للسكان تعبر عن الفرق بين المواليد والوفيات، كما تتصل كذلك بمسألة الزواج والطلاق، فهناك أقطار تشجع التبكير في الزواج، كما أن هناك أقطار ترتفع فيها نسبة الطلاق وإعادة الزواج ، وهنا تزداد نسبة المواليد، بينما التأخير في الزواج والاقتصار على الزواج مرة واحدة يؤدي إلى قلة المواليد

الجدول رقم 08 : تطور عدد السكان الجزائريين من سنة 1990 إلى سنة 2011

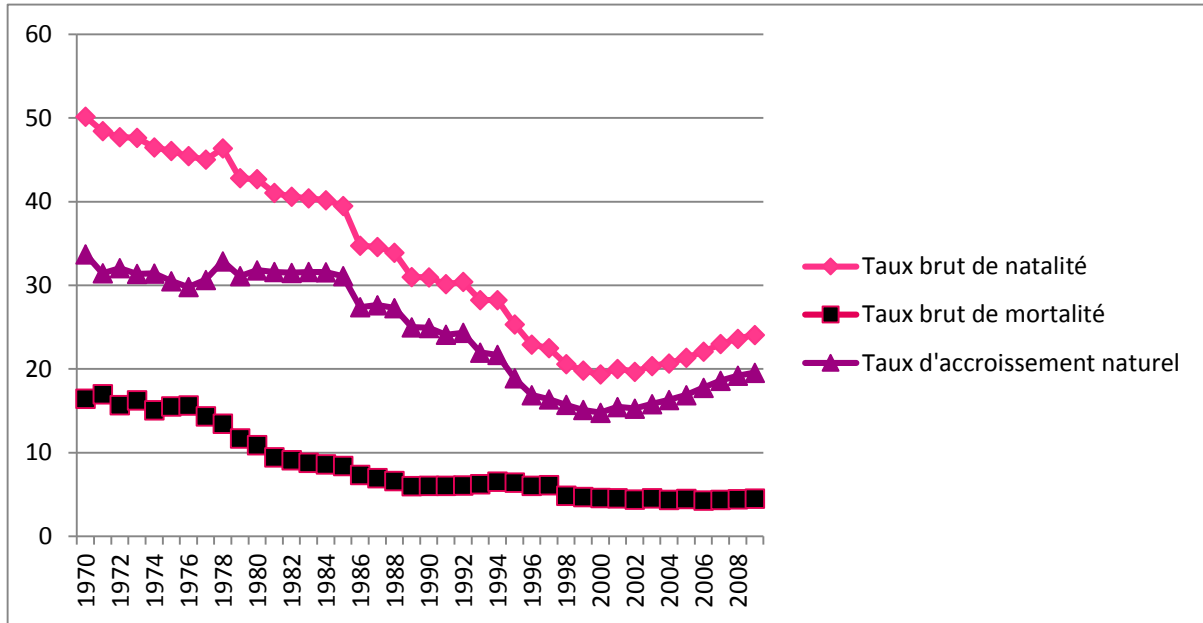
السنة	عدد السكان (بالمليون)	النمو الطبيعي	معدل النمو الطبيعي
1990	25022	624	2.49
2000	30416	449	1.48
2007	34096	634	1.86
2008	34591	663	1.92
2009	35268	690	1.96
2010	35978	731	2.03
2011	36717	748	2.04
Source :ONS . ALGERIE 1990-2012			

¹ RAPPORT NATIONAL SUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN – ALGERIE 2008.

من خلال الجدول نلاحظ ان معدل النمو الطبيعي للسكان في البداية انخفض من 2.49% إلى 1.48% لسنتين 1990 و 2000 على التوالي يمكن القول ان النمو السكاني للجزائر يسير بنفس الوتير للباقي الدول إلا ان معدل النمو الطبيعي بعد هذه السنة عاد الى الارتفاع و سجلنا 1.86% لسنة 2007 ليصل الى 2.03% لسنة 2011 و هذا ما جعلنا نعيد النظر للأسباب التي جعلت ارتفاع في هذه المعدلات كارتفاع معدل الخصوبة الكلي من 2.2 طفل لكل امرأة سنة 2006¹ حسب نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الى 2.87 طفل لكل امرأة سنة 2011² اضافة الى التحسينات في شتى الميادين (المعيشية و الصحية و الامنية ...)

وهذا ما يوضحه الشكل التالي :

الشكل رقم 06: تطور معدلات فعالة من الولادة والوفاة والزيادة الطبيعية (1970 إلى 2009)



Sources : EASF, MICS3 et ONS

¹ Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples . MICS 3 Algérie 2006

² <http://www.ons.dz> 2012

2-الهجرة :

من المعروف ان الهجرة تعني انتقال الافراد من مكان الى مكان اخر و قد تكون خارج البلاد او داخل نطاق البلد (ريف ، حضر) و لقد عرف المجتمع الجزائري ظاهرة الهجرة منذ فجر تاريخه ، وما تزال حتى الآن تشكل متغيرا أساسيا في بنائه الاجتماعي وفي العلاقة بين حواضره وأريافه. وفي هذا الصدد فقد شهد المجتمع الجزائري عدة فترات عرف فيها موجات هجرية بارزة. في إطار الهجرة الخارجية فإن الهجرة باتجاه فرنسا وأوروبا إبان الحقبة الاستعمارية شكلت الواقع الأكثر ظهورا ومرارة. أما على مستوى الهجرة الداخلية الريفية ، فلعل أولى المخططات هي تلك الموجات الهجرية التي شهدتها الريف الجزائري إبان الحقبة الاستعمارية أيضا، والتي كانت باتجاه مزارع المعمرين الأوروبيين وباتجاه المدن بحثا عن لقمة العيش ؛ بفعل سياسات الاستيلاء على الأراضي التي مارسها الاستعمار الفرنسي ، ثم كانت المخطط الثانية غداة الاستقلال تحت تأثير مخلفات الاستعمار لتتواصل بعد ذلك ، ولكن بوتائر أقل نتيجة السياسات التنموية المنتهجة اتجاه العالمين الريفي والحضري. ولعل المخطط الثالثة تلك التي شهدتها المجتمع الجزائري خلال العشريتين الأخيرتين بفعل التحولات المجتمعية الجديدة.

فخلال هذه الفترة عرف المجتمع الجزائري تحولات عميقة مست مجتمعيه المحليين الريفي والحضر فالهجرة سواء كانت داخلية او خارجية ليس لها تأثير ملموس على السكان خلال الانتقال الديمغرافي و ذلك لان تأثيرها ضئيل امام تأثير الوفيات و المواليد حيث سجل خلال فترة (1977 – 1987) حوالي نصف مليون جزائري داخل البلاد ، هذا بغض النظر عن الهجرة الخارجية لأنه لم تفلح كافة المحاولات التي جرت حتى الآن لتوفير بيانات موثوقة حول حجم الهجرة ، اما كيفية تأثير الهجرة الخارجية في الانتقال الديمغرافي للجزائر و التي تعتبر هذه الاخيرة من بلدان العالم الثالث و التي تعيش ازمة اقتصادية نجد فئة من السكان لها قابلية رغبة في الهجرة نحو الخارج و غالبا ما تكون من فئة الشباب و الذي هو القوة العاملة للبلاد و في سن الانجاب و هذا ما جعل الفئة المنحبة تتناقص نوعا ما مع تراجع الولادات ¹،

¹ <http://www.ons.dz> 2012

الجدول رقم 09: الهجرة الصافية الخارجية في الجزائر بطريقة احتمالات التعمير حسب الفئات العمرية

و الجنس (1966-1977)¹.

الإناث			الذكور			فئات الأعمار	
الهجرة الصافية	عدد السكان المتوقع لسنة 1976	عدد السكان الحقيقي لسنة 1976	الهجرة الصافية	عدد السكان المتوقع لسنة 1976	عدد السكان الحقيقي لسنة 1976	1976	1966
-67046	1045982	978937	-57953	1082359	1024406	10-14	0-4
-70904	847915	777011	-105303	880206	774903	15-19	5-9
-55405	720458	665053	-179928	799773	619844	20-24	10-14
-42678	521375	478697	-66831	527977	461146	25-29	15-19
-47446	404382	356936	-30871	332925	302054	30-34	20-24
-23945	394859	370914	-1750	314446	312696	35-39	25-29
-32885	360949	328064	-6145	296486	290341	40-44	30-34
-24029	289286	265257	-17388	254943	237556	45-49	35-39
-23478	225003	201524	-7747	199249	191502	50-54	40-44
-4630	183551	178921	-3345	170304	166959	55-59	45-49
-25608	167905	142297	-8058	147659	139601	60-64	50-54
-26503	133121	106618	-14461	128214	113753	65-69	55-59
160328	192230	352558	193679	157441	351120	70 et +	60 et +

Source : (ONS : 1999, p5-6)

حيث تحتل كندا صدارة الدول التي تستقطب الكفاءات الجزائرية، بنسبة 57 % و تليها فرنسا بـ 53 %

و قطر بنسبة 52 % و الإمارات العربية المتحدة و الولايات المتحدة في نفس المرتبة بنسبة 43 %. و يبقى تحسين

ظروف العيش وتطوير القدرات والكفاءات العلمية من بين أهم الأسباب التي تدفع الأدمغة الجزائرية للهجرة إلى الخارج

أبرزت دراسة دولية شاركت في إعدادها البوابة الجزائرية المتخصصة في التشغيل أن أغلبية الإطارات الجزائريين (82 %) مستعدون للذهاب للعمل في الخارج و يعد البحث عن أجر أفضل أول محفز بالنسبة لـ 70 بالمائة من الجزائريين الراغبين

في الهجرة . و أفادت نتائج هذه الدراسة أن " الجزائريين ينتمون للجنسيات التي تهتم كثيرا بالهجرة. و تبرز هذه الدراسة

¹ نعيمة اوطالب. الهجرة الداخلية في الجزائر تحليل احصائيات تعدادي 1987 و 1998 ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية العلوم

الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة وهران ، الجزائر ، 2005 ، ص 23

التي شملت عينة تضم 162000 شخص من بينهم 1915 جزائريا و 87 % منهم جامعيون أن الدوافع الأخرى لدى الأشخاص الراغبين في القيام بمسار مهني في الخارج يتمثل في التكوين (59 %) و البحث عن عقد عمل بمدة غير محدودة (37 بالمائة) و البعد الدولي للمؤسسة (33 بالمائة) ، بغرض تحسين أوضاعهم الاجتماعية ، وتظهر تقارير رسمية أعدتها وزارة الخارجية ، أن عدد الكفاءات العلمية الجزائرية المسجلة رسميا لدى القنصليات الجزائرية يفوق 15200 إطار. بينما بينت إحصائيات أخرى مثلما هو الشأن بالنسبة لتقرير المجلس الاقتصادي و الاجتماعي لسنة 2006 أن ” عدد الكفاءات الجزائرية التي غادرت البلاد خلال فترة التسعينات بلغ 40 ألف إطار من بينهم 10 آلاف طبيب مقيم بفرنسا. “ وجاءت الجزائر في مقدمة الدول العربية الطاردة لكفاءاتها العلمية ب 215 ألف و 347 كفاءة علمية مقيمة بالخارج ، تليها المغرب ب 207 آلاف و 117 كفاءة ، ثم مصر ب 147 ألف و 835 كفاءة مهاجرة. واستنادا إلى الأرقام التي قدمتها الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث فإن أزيد من 100 ألف إطار هاجروا مؤخرا إلى دول أجنبية بدون رجعة، وهو ما يوضح جليا بأن الجزائر تنفق على إطارات تستفيد منها دول أجنبية، بحيث وزارة التعليم العالي والبحث العلمي في وقت سابق بأن عدد الأساتذة الذين غادروا الجزائر في الفترة الممتدة بين 1993 إلى 1998 بلغ 1800 أستاذ مرجعة أسباب ذلك إلى تدهور الحالة الأمنية التي كانت تعيشها الجزائر في تلك الفترة، في حين أن هذا العدد -بحسب ذات المصدر- تقلص إلى مغادرة 784 أستاذ في الفترة الممتدة بين 1999 إلى 2003. أما عن آخر الإحصائيات فهي تشير -بحسب نقابات التعليم العالي- إلى مغادرة أزيد من 500 أستاذ جامعي أراضي الوطن في الفترة الأخيرة، وكل هذه التحركات بسبب عوامل طرد و جذب سواء كانت الهجرة داخلية او خارجية و هذه العوامل اما اقتصادية او اجتماعية و لكن يبقى تأثير الهجرة ضئيلا امام تأثير الولادات و الوفيات .

3- الزواج :

يتم الزواج في الجزائر بعقد قائم على اساس الايجاب و القبول بين الرجل و المرأة في حضور الشاهدين من الرجال و الزواج ظاهرة ديموغرافية ، مرتبطة ارتباطا وثيقا بالقيم والثقافة في أي مجتمع ، وهي تمثل في الجزائر وفي البلدان الاسلامية ، الإطار الشرعي الوحيد القانوني والديني لإنجاب الاطفال وبذلك تكوين الأسرة. فالتحولات العميقة التي عرفتها البلاد منذ الاستقلال على مختلف الأصعدة الاجتماعية والاقتصادية و السياسية ، أحدثت تغيرات في شكل الزواج في الجزائر، حيث أن تحليل الظاهرة يساهم في فعالية التحكم في أحد العوامل بمؤشر الخصوبة الذي يؤثر بدوره التركيبة السكانية و على الهرم السكاني عموما ، وتحليل الحالة الزوجية ، و الجدول الاتي يبين تطور عدد الزوجات و نسب معدل الزواج في الجزائر بعد الاستقلال الى سنة 2008 .

جدول رقم 10 : تطور عدد و نسب الزوجات في الجزائر بين (1966 – 2008)

السنة	عدد الزوجات (بالمليون)	معدل الزواج ‰	السنة	عدد الزوجات (بالمليون)	معدل الزواج ‰
1966	61.49	5.11	1999	163.12	5.44
1972	85.42	6.02	2000	193.14	5.84
1977	124.42	7.29	2001	177.53	6.29
1982	125.22	6.30	2002	218.62	6.97
1987	137.62	5.95	2003	240.46	7.55
1992	159.38	6.07	2004	267.63	8.27
1995	156.78	5.48	2005	279.54	8.50
1996	156.87	5.49	2006	295.29	8.82
1997	157.83	5.43	2007	325.48	9.55
1998	158.29	5.36	2008	331.19	9.53

Source : www.ons.dz

من الجدول نلاحظ ان معدل الزواج في الفترة بين (1966 - 1977) مرتفعة و يمكن ارجاع السبب الى انخفاض سن الزواج و لكن في الفترة بين (1977 - 1998) منخفضة و ذلك نتيجة الازمة الاقتصادية 1986 و المسببة في البطالة ، وأزمة السكن ... و غيرها اضافة الى الازمة الامنية و التحولات الاقتصادية خلال التسعينات و المسببة في تدهور الاوضاع المعيشية و الفقر .. كذلك ارتفاع سن الزواج الى 18 سنة للإناث و 21 للذكور و بعد سنة 1998 يرتفع معدل الزواج ليصل الى اعلى قيمة عرفتها البلاد منذ الاستقلال و هي 9.55 % سنة 2007 و نرجع السبب الى تحسن الاوضاع المعيشية و الامنية

الجدول رقم 11 : تطور متوسط سن الزواج الأول في الجزائر حسب الجنس ما بين (1966 - 2008)

السنة	1966	1977	1987	1998	2002	2006	2008
الرجال	23.8	25.3	27.7	31.3	33.0	33.5	33.0
النساء	18.3	20.9	23.7	27.6	29.6	29.9	29.3

Source : www.ons.dz2008
- MICS 32006

ان تأخر سن الزواج في الجزائر ظاهرة ديموغرافية و الذي تشهده منذ بداية الثمانينات و الذي يزداد من سنة إلى أخرى و هذا ما يوضحه الجدول حيث يعتبر هذا التراجع في الإقبال على الزواج إلى سن متأخرة وليد مجموعة من العوامل التغيرات الاجتماعية خلال فترة طويلة من الزمن و يمكن تلخيص أهم هذه العوامل في العناصر التالية:

-التعليم: يعتبر التعليم من العوامل الأكثر تأثيرا على سن الزواج الأول في الجزائر خاصة بالنسبة للإناث فطول تدرس الإناث يؤخر في سن زواجهن لسنوات عديدة

-المستوى المعيشي (البطالة ، السكن ...) و التحضر حيث المرأة الحضرية متطلبة عن المرأة الريفية وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 12 : تطور متوسط السن عند الزواج للجنسين حسب الوسط المعيشي و مستوى التعليم

في الجزائر (1992 - 2006)

الجنس	الذكور			الاناث		
	1992	2002	2006	1992	2002	2006
مكان الإقامة						
حضري	31.2	33.7	34.2	26.9	30	30
ريفي	28.8	31.9	32.6	24.5	29.1	29.7
المستوى التعليمي						
امي	27.4	31	30.4	23.6	28.3	28.7
ابتدائي	31	33.4	32.9	25.6	29.3	29.6
متوسط	30.9	33.2	33.9	29.9	30.7	29
ثانوي و أكثر	31.6	35.5	34.8	30.3	33.2	33.2
المجموع	30.3	33	33.5	25.9	29.6	29.8
Source : EASME 1992 ,EASF 2002,MCIS3 2006 , ONS						

نلاحظ من الجدول انه كلما ارتفع المستوى التعليمي لكلى الجنسين ارتفع متوسط سن الزواج ليصل

الفارق إلى 4.2 سنة للذكور و 6.7 سنة للإناث و للمستوى التعليمي امي و ثانوي فأكثر سنة 1992 ، فحين

وصل الفارق إلى 4.4 سنة للذكور و 4.5 سنة للإناث بالنسبة للمستوى التعليمي امي و ثانوي فأكثر سنة 2006 ، اما

بالنسبة لمتوسط سن الزواج في المناطق الحضرية مرتفع عن المناطق الريفية لدى الجنسين و خاصة عند النساء و خلال

السنوات الاخيرة ، فبالرغم من وجود هذه الفوارق إلا أن متوسط سن الزواج في ارتفاع مستمر وهذا دليل على وجود

عوامل أخرى تؤثر على متوسط سن الزواج

4- التركيب السكاني:

يطلق مصطلح التركيب العمري والنوعي للسكان على الأسلوب الذي يتوزع به أعداد السكان على فئات

عمرية ونوعية متباينة. إن أفراد أي مجتمع ليسوا مجرد عدد وإنما هم أفراد يختلفون فيما بينهم من حيث النوع إلى

(ذكور وإناث) ومن حيث العمر إلى (أطفال وشيوخ) ، ويعتبر التركيب النوعي والعمرى من أهم العوامل التي لها علاقة

بالظواهر الديمغرافية والاقتصادية من مجتمع لآخر كتنفوق نسبة الشباب عن باقي الفئات العمرية ، وهذا يساعد على توفر

القوى العاملة اللازمة للعمل ، وأيضا هذه الفئة العمرية تتميز عن غيرها بارتفاع نسبة المواليد ، وكذلك فئتي الأطفال

والشيوخ تعتبر فئات مستهلكة وغير منتجة ، و من أجل التعرف على خصائص السكان في الجزائر سوف نتناول

التركيب العمري والنوعي و الحضري و الريفي

جدول رقم 13 : يمثل التركيب السكاني العمري و النوعي و مكان الإقامة في الجزائري سنة 2006

الفئة العمرية	ذكور			اناث			مجموع		
	حضر	ريف	مجموع	حضر	ريف	مجموع	حضر	ريف	مجموع
0 – 4 سنة	8.2	9.0	8.6	8.3	8.6	8.4	8.3	8.8	8.5
5 – 9	8.6	9.1	8.8	8.4	9.1	8.7	8.5	9.1	8.8
10 – 14	10.3	11.7	10.9	10.1	11.8	10.8	10.2	11.7	10.9
15 – 19	11.0	12.0	11.9	10.9	12.1	11.4	10.9	12.1	11.4
20 – 24	11.5	12.0	11.4	11.4	12.1	11.7	11.4	12.1	11.7
25 – 29	9.6	9.8	9.7	9.0	9.7	9.3	9.3	9.8	9.5
30 – 34	7.9	7.3	7.6	7.8	7.7	7.7	7.8	7.5	7.7
35 – 39	6.6	6.0	6.4	6.9	6.1	6.6	6.8	6.1	6.5
40 – 44	5.7	5.1	5.4	6.3	5.1	5.8	6.0	5.1	5.6
45 – 49	4.9	4.0	4.5	4.9	3.9	4.4	4.9	4.0	4.5
50 – 54	4.4	3.7	4.0	5.0	4.0	4.5	4.7	3.8	4.3
55 – 59	3.4	2.8	3.1	3.2	2.6	2.9	3.3	2.7	3.0
60 فأكثر	8.0	7.4	7.7	7.9	6.9	7.5	7.9	7.2	7.6
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source :mics3

أ- التركيب العمري :

تتباين فئات السن من مجتمع لآخر، ويكون لهذا التباين أثر على نمو السكان، فالمجتمع الفتي والذي تفوق فيه نسبة الشباب يدل على قوة السكان الإنتاجية وكذلك الفعالية الاقتصادية ، والتركيب العمري يساعد على التعرف على مستقبل نمو السكان ، علما أن الهيكل الفتي يدل على وجود إمكانية كبيرة للإنجاب وذلك استنادا إلى عدد النساء اللواتي يدخلن في سن الإنجاب أكبر من عدد اللائي يبلغن سن اليأس ، وهكذا تكون فئات الشباب هي الفئة الناشطة في المجتمع ، بينهما الفئة المستهلكة تتكون من فئة صغار السن والمسنين فتعتمدان في معاشها على الفئة العاملة والقادرة على الإنتاج

و نلاحظ من خلال الجدول 13 ان السكان الجزائري ينتمي الى المجتمع الفتي حيث ان فئة الشباب بين (15 - 29) الاكثر عدد من فئة كبار السن و متقاربة مع صغار السن و الفئة اكثر من 60 سنة اما الفئة من (30 - 59) منخفضة و خاصة فئة (55 - 59) حيث سجلنا نسبة 3.0 %

أ- التركيب النوعي :

ترجع أهمية التركيب النوعي للسكان إلى كون الفرد ذكرا أو أنثى ، باعتبار النوع يحدد أدوار الفرد الاجتماعية والاقتصادية التي يقوم بها في حياته ، وقد تختلف نسبة الذكور عن نسبة الإناث من مجتمع لآخر وقد تتساوى النسبة ، وقد تزيد نسبة الذكور عن الإناث والعكس ، ويعتبر التركيب النوعي من أكثر المقاييس استعمالا لمعرفة التوازن بين السكان ، وهو ما يسمى بنسبة النوع ، ويتم حسابها بقسمة عدد الرجال على عدد النساء وضرب ناتج القسمة في 100 وأحيانا تقاس بقسمة عدد النساء على عدد الرجال

أي: نسبة النوع : عدد الرجال / عدد النساء * 100

أو

نسبة النوع : عدد النساء / عدد الرجال * 100

وهذا المقياس يسمح بعقد المقارنات المباشرة بين التكوينات النوعية للمجموعات السكانية المراد دراستها.

اما بالنسبة للسكان الجزائريين نلاحظ من الجدول رقم 13 ان عدد الذكور يفوق عدد الاناث خلال الفئات العمرية من (0-4) الى (25-29) اضافة الى الفئة بين (55 - 60 فاكتر) إلا ان كلما ارتفع السن اصبحت النسبة متقاربة حتى تصبح متساوية او تصبح عدد الاناث اكبر من الذكور و ذلك ابتداء من الفئة (30 الى 54) و هذا راجع الى ارتفاع امل الحيات عند الاناث 76.6 سنة على الذكور 74.9 سنة في 2011 .

ج- التركيب الحضري و الريفي :

إن مصطلح التحضر يعني حركة السكان من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية وما يتبع عن ذلك من تزايد .نسبة السكان المقيمين في الأماكن الحضرية عن نسبة الذين يقيمون في المناطق الريفية بينما يستخدم مصطلح " الريفي " في مقابل مصطلح " الحضري " سواء بصورة واضحة أو ضمنية ، ويشكل المصطلحات ثنائية في التصنيفات الديمغرافية وفي التعدادات الإحصائية والسكانية ، والخط الفاصل بين المناطق الريفية والحضرية يختلف باختلاف المجتمعات ففي الجزائر نلاحظ ان معظم عدد السكان يقطن في الحضر و خاصة الفئات النشيطة و يمكن ارجاع السبب الى الركوض وراء ظروف احسن او لتوفر شتى المرافق التي يحتاجها الانسان كالصحة و التعليم و العمل و نلاحظ كذلك ان فئة الاطفال (0 - 4) في الريف النسبة مرتفعة عن الحضر بنسبة 0.5 % و نرجع السبب الى عدد المواليد حيث نجدهم في الريف أكثر من المدن

ففي التعداد 1966 اعتمد الجزائر لكي يكون التجمع السكاني حضريا يشترط أن يضم ما لا يقل عن 5000 نسمة ، و أن يكون عدد المشتغلين بالمهن غير الزراعية لا يقل عن 75% ، وأن يتوفر على الهياكل الاجتماعية، والاقتصادية التي تبرز خاصية التحضر كالمستشفيات، دور السينما والمسارح، المدارس، المحاكم، نوادي الترفيه...الخ، حيث الهجرة من الريف الى المدينة تتمتع بأهمية خاصة في الجزائر لما لها من جذور قديمة تصل إلى فترة الاستعمار لدرجة

أن هذه الهجرة لم تعد نزوحاً بل تجاوزته في بعض الظروف لتصبح نزيفاً ريفياً لمجتمع كان أصله ريفياً فيصير متحضراً في أقل من 20 سنة و الجدول التالي يوضح ذلك¹ :

الجدول رقم 14: تطور سكان الريف و سكان الحضر من 1886 إلى 1998 في الجزائر.

نسبة سكان الحضر	عدد السكان			السنوات
	المجموع	الريف	الحضر	
13.9	3752037	3228606	523431	1886
16.6	4720974	3937884	783090	1906
20.1	5444361	4344218	1100143	1926
21.1	5902019	465288	1247731	1931
22.0	6509638	5078125	1431513	1936
23.6	7787091	5948939	1838152	1948
25.0	8614704	6456766	2157938	1954
31.4	12022000	8243518	3778482	1966
40.0	16948000	10261215	6686785	1977
49.70	23038942	11594693	11444249	1987
58.30	29100863	12133916	16966937	1998
Source : (ONS : 2000, p11)				

من خلال الجدول نلاحظ أن عملية التحضر في الجزائر قطعت أشواطاً كبيرة ففي تعداد 1926 كانت نسبة التحضر 20.1% لتصل إلى 31.4% في 1966 حيث عرف سكان الريف خلال الفترة الاستعمارية على أساس خاصيتين: الأولى كمية، أي أن حجم السكان يقل عن 2000 نسمة، والثانية كيفية بمعرفة نمط المعيشة الذي تحدده فئة المشتغلين بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في قطاع الفلاحة. تطور هذا التعريف خاصة بعد تعداد 1966 مطوراً معه

¹نعيمه اوطالب. الهجرة الداخلية في الجزائر تحليل احصائيات التعدادي 1987 – 1998 ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة وهران ، الجزائر ، 2005 ، ص 56-57

معدلات التحضر التي تميزت بوتيرة بطيئة ومنتظمة قبل الاستقلال ثم متسارعة بعده. بلغ الفرق بين معدلات التحضر 5 نقط في ظرف 20 سنة (من 1926 إلى 1948)؛ بينما تعدى الفرق 7 نقط بين 1948 و1966. قد يعود هذا الارتفاع المحسوس إلى الإضطرابات التي سادت تلك الفترة بداية بالمطالبة بالاستقلال ثم الحرب التحريرية وما انجر عنها من تهجير قسري لسكان القرى والمداشر وحشدهم في المدن وضواحيها. أخير تدفق سكان الأرياف بكثافة لخلف المعمرين الذين غادروا أرض الجزائر مباشرة بعد الاستقلال ، حيث التحكم في ظاهرة التحضر ليس في الامر الهين بسبب وتيرة المعدلات المتسارعة نتيجة للزيادة الطبيعية من جهة، ومواصلة تشجيع النزوح الريفي بعد إنشاء القاعدة الصناعية وتمرکز الاستثمارات في المدن الكبرى خاصة الساحلية ليتضاعف معدل التحضر مرتين (الفرق بلغ 18 نقطة في ظرف 20 سنة فقط بين 1966 و1987)، اي تضاعف عدد سكان المدن بأكثر من 4 مرات عما كان عليه بعد الاستقلال، ليصل إلى 16966937 نسمة سنة 1998 أي ما يعادل 58 % بعدما كان 3778482 نسمة سنة 1966 بفارق عددي قدره 13188455 نسمة في غضون 32 سنة.

ان المعدل التحضر واصل ارتفاعه ليصبح أكثر من نصف سكان الجزائر يعيشون بتجمعات سكنية حضرية حوالي 58.30 % حسب ما أعلنت عنه نتائج تعداد 1998 بزيادة تقدر 8.6 نقطة عن تعداد 1987 . بالرغم من التناقص الملحوظ للزيادة الطبيعية إلا أن معدل التحضر حافظ على ارتفاعه؛ ربما يعود هذا للأزمة المتعددة الجوانب التي عاشتها الجزائر مع نهاية الثمانينات وما خلفه تدهور الأوضاع الأمنية من تهجير للسكان خاصة القاطنين بالمناطق الريفية إثر أزمة التحول الديمقراطي. زيادة على هذا نجد أن 17.6 % من مجموع سكان الحضر يتمركزون بالولايات الكبرى فقط و الجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم 15: الولايات الأكثر تحضرا في الجزائر حسب نتائج تعدادي 1987 - 1998¹.

تعداد 1998			تعداد 1987			الولايات الكبرى
النسبة المئوية	السكان	سكان الحضر	النسبة المئوية	السكان	سكان الحضر	
90,7	2562428	2323347	97,9	1688005	1652424	الجزائر العاصمة
87,7	1213839	1064440	90,0	930481	837795	وهران
87,1	810914	706570	86,4	662588	572228	قسنطينة
80,9	557819	451103	81,4	455287	370816	عنابة
72,8	784283	570959	63,0	701122	441400	البليدة
86,3	5929283	5116419	87,3	4437483	3874663	المجموع
17,6	29100869	5116419	17,1	22715633	3874663	نسبة الحضر لإجمالي السكان
20,4			19,5			نسبة سكان الولايات الكبرى
Source : [ONS : 2000, p94]						

من خلال الجدول نلاحظ ان معدل التحضر يتناقص بنقطة واحدة في الولايات الكبرى الخمس خلال الفترة التعدادية (1998-1987) حيث بلغ 86.3 % مقارنة بالتعدادية السابقة (87.3 %). حيث عرفت كل من الجزائر العاصمة، وهران، وعنابة تناقصا في نسب التحضر، بينما زادت النسبة في كل من قسنطينة والبليدة. هذه الأخيرة عرفت زيادة معتبرة في نسبة تحضرها قاربت 10 نقط (63.0 % حسب تعداد 1987 مقابل 72.8 % حسب التعداد 1998)،

يمكن أن نقول بأن النمو السريع لمدن الجزائر ليس خاضع للزيادة الطبيعية فقط ، بل تساهم فيه حركة السكان، الذين عادة ما يجذبون إلى الأماكن التي تتوفر بها كل ضروريات وكماليات الحياة. مما أدى إلى زيادة حجم السكان بالمدن لدرجة التضخم على حساب ضواحيها. هذا التضخم أدى بدوره إلى ظهور مشاكل اجتماعية، اقتصادية، وبيئية عديدة.

¹نعيمه اوطالب. الهجرة الداخلية في الجزائر تحليل احصائيات التعدادي 1987 - 1998 ، المرجع السابق

خلاصة :

إن البيانات و النتائج التي توصلنا اليها توضح أن معدل النمو الطبيعي أصبح مستقرا عند مستوياته الدنيا منذ 2000 أي في حدود 1.48 % كما تظهر البيانات تناقص هذا المعدل قبل 2000 وهذا يدل على أن الجزائر تجاوزت المرحلة الانتقالية وهي تعيش المرحلة الأخيرة والعصرية المتميزة بمعدل ولادات ومعدل وفيات منخفضين ، ثم بعد ذلك بدأ معدل النمو الطبيعي في الارتفاع ليصل الى 2.04 % سنة 2011 . و يوجد عدة تفسيرات خاصة بانخفاض المعدلين السابقين ، من بينها : توفر الوسائل الخاصة بتباعد الولادات من جهة وتعقد الحياة الاجتماعية التي ساعدت على تأخر سن الزواج أو العزوف عنه من جهة أخرى بالإضافة إلى تطور الاوضاع الصحية .

المعيار الثالث: تطور الوفيات وأسبابها في الجزائر

تمهيد

1- تطور الوفيات

1-1- وفيات الاطفال

1-2- وفيات الامهات

2- تطور امل الحياة

3- اسباب الوفيات

4- السياسة الصحية لمكافحة الوفيات في الجزائر

خلاصة

تمهيد

الوفيات هي احدى المتغيرات الرئيسية لمعرفة حركة السكان في الماضي و اسقاطها في المستقبل ، كما انها تدخل كإحدى محددات التكوين العمري والنوعي للسكان فتسجيل الوفيات أهمية قصوى ، فعن طريقها يمكن تحليل الواقع الديمغرافي للسكان ومستوى النمو السكاني ، كذلك لمعدلات الوفيات وتباينها أهمية كبيرة في معرفة المستويات الصحية وتقويمها وتنميتها ، للتلبية حاجيات التغيرات السكانية في الماضي والتي هي ضرورية لعمل اسقاطات مستقبلية للسكان وللخصائص الديمغرافية الاخرى.

1- تطور الوفيات :

لدراسة معدلات الوفيات و خاصة وفيات الأطفال أهمية كبيرة لأنها تعبر عن مدى توفر الرعاية الصحية للأمهات و الأطفال ، إضافة إلى مدى توفر الخدمات الأساسية مثل المياه النقية للشرب ، الصرف الصحي ، المسكن المناسب ، والمستوى المعيشي اللائق للأسرة ، و ما هي النقائص لإدراكها .

1-1- وفيات الاطفال:

1-1-1- وفيات الاطفال الرضع:

يعرف مؤشر وفيات الأطفال الرضع بأنه عدد الأطفال الذين يتوفون قبل بلوغهم السنة الأولى من العمر منسوباً إلى إجمالي عدد الولادات الحية خلال فترة زمنية محددة .من بيانات الجدول أدناه يلاحظ انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع من 131.7 طفل لكل ألف مولود حي في العام 1962 إلى 26.2 طفل لكل ألف مولود حي في العام 2007 لإجمالي السكان مما يدل على الاهتمام الكبير الذي توليه دولة بالجنوب الصحية لهذه الشريحة المهمة من السكان.

الجدول رقم 16 : تطور معدل الوفيات الاطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة 1962 – 2008

السنوات	1962	1967	1974	1978	1987	1990
م.و.أ.ر	131.7	124.4	114.5	112.5	64.4	57.8
السنوات	1995	1998	2000	2005	2007	2008
م.و.أ.ر	54.87	37.4	36.9	30.4	26.2	25.5

Source :- ONS, publication trimestrielle , n °18, 1987,p 42
publication ONS :Démographie Algérienne N°499-520 -ONS (1990-2007),www.ons.dz

نلاحظ من خلال الجدول انخفاض متواصل لمعدل وفيات الأطفال الرضع ، إلا أنه وصل نسبة دون

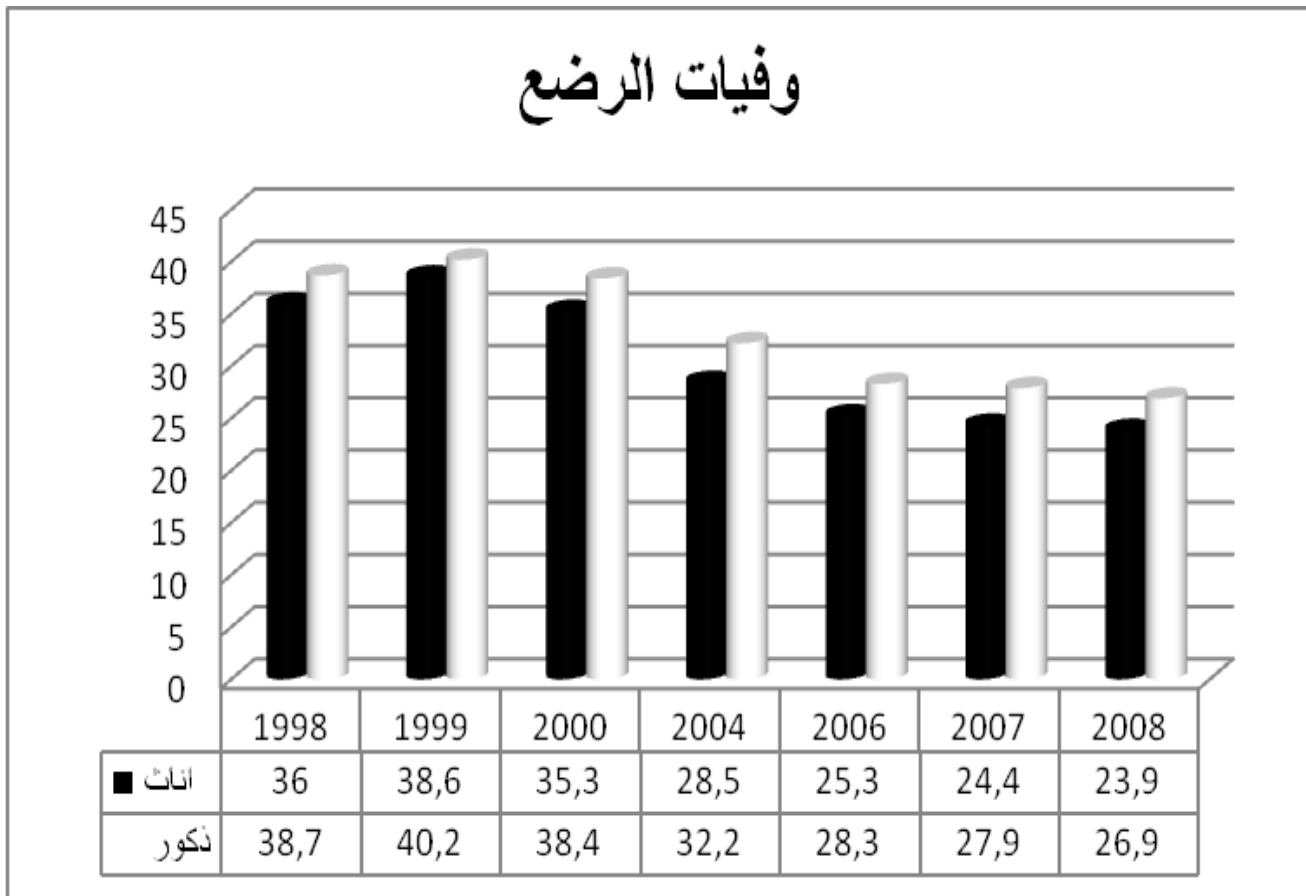
100% سنة 1981 ب 85.5% ، وبذلك نقول أن معدل وفيات الأطفال قبل الثمانينات كان مرتفعاً ، إلا

أن الانخفاض في معدل وفيات الأطفال يعود بالدرجة الأولى لبرنامج مكافحة وفيات الأطفال الذي تبنته الحكومة

الجزائرية بهدف تخفيض معدل وفيات الأطفال إلى النصف و أن لا يتجاوز 80% في أي ولاية. و هذا بالفعل الذي

تحقق بعد ذلك لكلا الجنسين و هذا ما سنلاحظه في التمثيل البياني الآتي :

الشكل رقم 07: تطور وفيات الاطفال الرضع حسب الجنس خلال الفترة بين 1998 – 2008



Source: publication ONS :Démographie Algérienne N°499-520 (بالتصرف)

و نلاحظ ارتفاع في معدلات وفيات الأطفال الرضع الذكور عن معدلات وفيات الأطفال الرضع الإناث ويرجع

ذلك إلى أن الإناث يتمتعن بميزة بيولوجية في القدرة على البقاء أكثر من الذكور خاصة في المراحل العمرية الأولى ،

وهذا يتفق مع الاتجاه العالمي في أن معدل الوفاة لدى الأطفال الذكور أكبر منه لدى الأطفال الإناث.

1-1-2- وفيات الاطفال دون السن الخامسة :

يعرف معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بأنه عدد الأطفال الذين يتوفون قبل بلوغهم سن الخامسة منسوبا

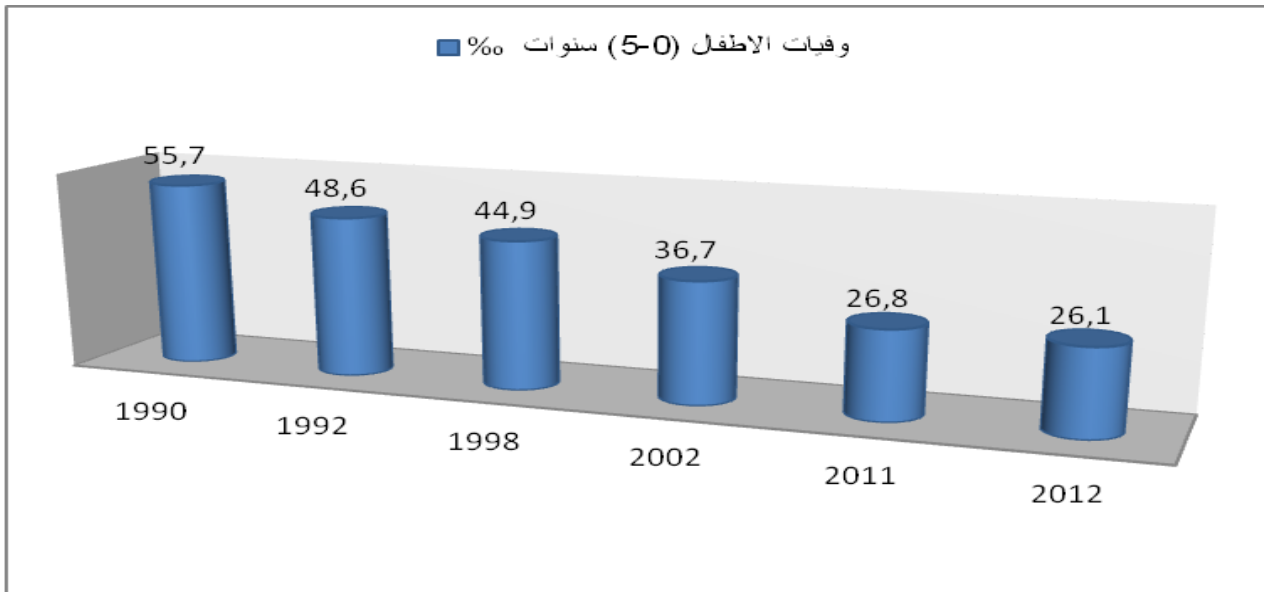
إلى إجمالي عدد الولادات الحية خلال نفس الفترة الزمنية. و من بيانات التحقيقات للصحة الاسرة نلاحظ انخفاض

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 55.7 طفلا لكل ألف مولود حي من العام 1990 إلى 26.1 طفلا

لكل ألف مولود حي في العام 2012 لإجمالي السكان ، و هذا الانخفاض يفوق النصف بقليل ، وكان ذلك نتيجة

الجهود المبذولة من الدولة في توفير مستوى متقدم من الخدمات الصحية للمواطنين والمقيمين

الشكل رقم 08 : تطور معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (1990-2012):



المصدر : المسح الجزائري حول صحة العائلة لسنة 2002 ص 40 + الديوان الوطني للإحصاء 2011-2012 (بالتصرف)

و حسب هذا الشكل نجد ان الوفيات في انخفاض مستمر حيث كان الانخفاض من 1990 الى 1992 ب
7.1 نقطة و لكن بين 2011 و 2012 نسجل 0.7 نقطة و نجد ان هذا الانخفاض يسير بوتيرة اقل ويمكن ارجاع
السبب الى القضاء على جل الامراض فقط بقيت الا المستعصية و التي لم يجد لها الطب الدواء اللازم او هي بعض
وفيات في المناطق النائية .

1-2- وفيات الامهات :

وتعد معدلات وفيات الأمهات خلال الحمل و الولادة و الاربعين يوما التي تلي الولادة عالية نسبياً ب
300 حالة وفاة لكل 100000 ولادة سنة 1975 كشف مسح أجري عام 1999 أن وفيات الأمهات عند
النفاس بلغت 117.4 حالة لكل 100 000 ولادة¹. غير أن معدلات وفيات الأمهات عند الولادة بلغت في
أقاليم الجنوب 200 حالة وفاة لكل 100 000 ولادة. وحسب تقديرات وزارة الصحة لعام 2005، انخفضت
معدلات وفيات الأمهات عند النفاس إلى حوالي 96 حالة لكل 100 000 ولادة، غير أن فوارق إقليمية كبيرة لا
تزال قائمة. فبينما يعمل نظام الرعاية الصحية ذو التغطية الجغرافية الواسعة على جعل 95.2% من جميع الولادات
تتم بمساعدة طبية (انظر المسح متعدد المؤشرات لعام 2006)، يولي اهتمام سياسي غير كاف لضمان مقاييس
عالية الجودة في جميع أنحاء البلد. وأوضح مسؤولين لوزارة الصحة أيضاً أنه قليلات هن النساء اللائي يتلقين رعاية
المتابعة بعد الوضع (30.6 % فقط حسب المسح متعدد المؤشرات). و نوضح في هذا الجدول تطور معدلات وفيات
الامهات في الجزائر

¹ [http:// www. Ons.dz2007](http://www.Ons.dz2007)

جدول رقم 17 : تطور معدل وفيات الامهات بالجزائر (ل 100000 ولادة حية) :

السنة	معدل وفيات الامهات (ل 100000 ولادة حية)	السنة	معدل وفيات الامهات (ل 100000 ولادة حية)
1975	300	1995	207
1989	230	1996	170
1990	225	1997	147
1991	220	1999	117.4
1992	215	2004	99.5
1993	213	2006	92.6
1994	210	2007	88.9
Source : CENEAP,N °,14,1997P37- INSP 1999 – Estimation MSPRH. ONS2007			

من خلال الجدول نلاحظ أن وفيات الأمهات كانت تفوق 300 وفاة لكل 100000 ولادة حية

خلال سنة 1975 ، و كسائر الوفيات فإن وفيات الأمهات هي الأخرى تعرف تراجعاً بـ 153 نقطة خلال 22 سنة

. وهذا ما يفسر ان معدل وفيات الامهات (حسب ما اشارت اليه الاستاذة سعاد مهماني في مذكرتها " تأثير برنامج

التعديل الهيكلي على الاسرة الجزائرية "الصفحة 124-125) هو مؤشر يستعمل في مجال التقدم الاجتماعي لأي

بلد يعرف بوفاة المرأة خلال الحمل و الولادة و الأربعين يوماً التي تلي الولادة ، وهي من أنواع الوفيات التي بدأت تقريبا

تختفي نوعاً ما ، فالجزائر من البلدان التي اهتمت بصحة الأمهات عبر البرامج الوقائية التي تهتم بصحة الأم و الطفل و

هذا منذ الاستقلال ، فقد كانت أول البرامج في الستينات من خلال الاهتمام الكبير للسلطات بإنشاء الكثير من

البرامج مثل مراكز حماية الأمومة و الطفولة (PMI) و التي بدأت تتزايد من سنة إلى أخرى حيث أنه في سنة

1969 كانت 77 مركزاً ليصبح 133 مركز سنة 1972 ، أما بالنسبة لوفيات الأمهات فبرنامج التوليد بدون

خطر يعرف منذ 1995 حيوية تتمثل في التدعيم بالنسبة إلى التكوين المتواصل ، تطور الإجراءات الإعلامية و التكفل

بالاستعدادات التوليدية ، و أكبر قسط من هذا البرنامج خصص للتخفيض من الوفيات بالريف حيث أن هذه

الأخيرة تمثل ¼ من وفيات الأمهات ، و من بين التوصيات الهامة التي أوصت بها وزارة الصحة و السكان عبر أنشطتها و قراراتها هي الحث و التوجيه على الولادة في وسط محضر (طبي) يكون مهيبا بالوسائل المادية منها و البشرية المؤهلة . المعطيات الاحصائية بالنسبة لوفيات الأمومة في الجزائر متعددة لسنوات الستينات و السبعينات حيث كانت تسجل الوفاة على أساس أنها وفاة طبيعية دون ذكر السبب و حتى الآن تقدر هذه النسبة دون حقيقتها بكثير في الوسط الاستشفائي فتقريبا الوفيات التي تحدث بالمنزل أو الوسط الإستشفائي ذات التسيير السيئ على أنها وفاة عادية .

2- تطور امل الحياة :

امل الحياة يمثل متوسط طول عمر الفرد ، وهو مرتبط بمسألة الوفاة اشد ارتباطا ، لأنه يحسب بقسمة مجموع الاحياء في فئات السن المختلفة على العدد الاجمالي للسكان ، و من المنطقي انه كلما زادت وفيات الاطفال أو الصغار السن يقصر امد الحياة و يطول كلما قلت وفيات صغار السن ، و الطريقة الحسابية لاستخراج امد الحياة طويلة نسبيا لأنها تعتمد على جدول الوفيات ، و باختصار فان امد الحياة هو عبارة عن عدد السنين التي يأمل كل فرد ان يعيشها في ظروف صحية و اقتصادية و اجتماعية معينة¹ ، و قد كان لاستمرار انخفاض معدل الوفيات و خاصة في الاعمار المبكرة اثره واضح في ارتفاع متوسط طول عمر الفرد ، مما ادي الى تزايد عدد السكان الذين يصلون الى اعمار متقدمة ، ويعد امل الحياة من اهم المؤشرات الصحية ، وقد بذلت الجزائر جهودا كبيرة لرفع نسبة امل الحياة من 44 سنة عام 1962 الى 75.7 سنة عام 2007 وهذا ما نلاحظه من الجدول الاتي .

¹ <http://www.onefd.edu.dz>

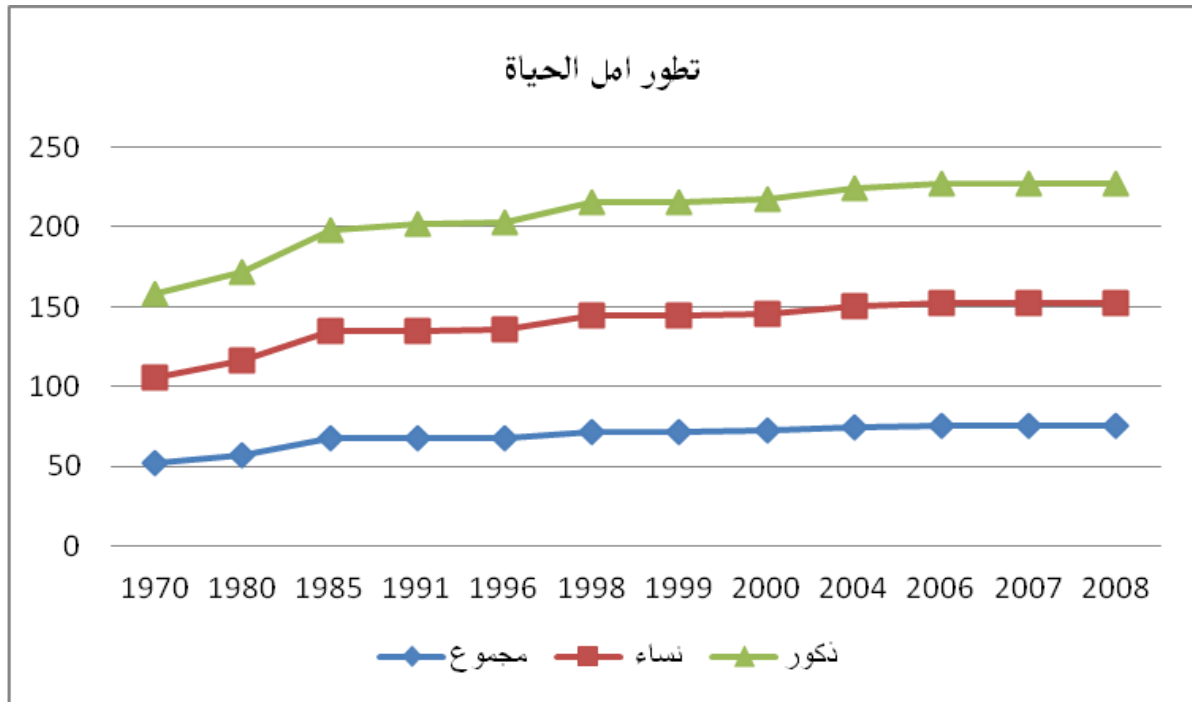
الجدول رقم 18 : تطور امل الحياة خلال (1970 - 2012) لكلا الجنسين

السنة	تطور امل الحياة خلال	السنة	تطور امل الحياة خلال
1970	52.6	2004	74.8
1980	57.4	2005	74.6
1985	67.3	2006	75.7
1990	66.9	2007	75.7
1991	67.3	2008	75.7
1996	67.7	2010	76.3
1998	71.7	2011	76.5
1999	71.9	2012	76.4
2000	72.5		

Source : www.ons.dz . publication ONS2002 :Démographie Algérienne N°499-520 .ONS2012

اما بالنسبة لأمل الحياة لكلا الجنسين قد ارتفع بوتيرة منتظمة حيث النساء تفوق عن الرجال بدرجة قليلة و سجلنا تطور امل الحياة من (52.8 سنة للنساء و 52.6 سنة للرجال عام 1970) الى (76.8 سنة للنساء و 74.4 سنة للرجال عام 2007) ويعود هذا الارتفاع الى تحسن المستوى المعيشي للسكان و تقدم في مكافحة الامراض المعدية ، اما في فترة العشرية السوداء فكان امل الحياة في ارتفاع بطئ بسبب انخفاض الانفاق الصحي من اجمالي الانفاق الحكومي الذي كان موجهها اكثر للجانب العسكري (حسب ما اشارت اليه الاستاذة لبرارة سماح في مذكرتها " دراسة وفيات الاطفال دون خمس سنوات في الجزائر " الصفحة 106).

الشكل رقم 09: تطور امل الحياة حسب الجنس خلال (1970 - 2008)



Source : www.ons.dz . publication ONS :Démographie Algérienne N°499-520 .ONS)

بالتصرف 2008

3- أسباب الوفيات :

يتحدد مستوى الوفيات وخاصة وفيات الاطفال بعدة اسباب و عوامل ديمغرافية و اجتماعية و الاقتصادية اضافة الى البيئية و الصحية و التي تمس بدرجة عالية فئة اطفال الرضع حيث تعتبر هذه الاخيرة احد اهم المؤشرات التي تدل على درجة نمو السكان فكلما تحسنت هذه العوامل انخفض معدل وفيات الرضع و العكس صحيح و على هذا الاساس سنتطرق الى الاسباب التي من المحتمل ان تؤثر على هذه الظاهرة و قديما كان يوجد مدخلين لدراسة الوفيات وهما:

المدخل الطبي : والذي حدد للوفاة اطارا يبدأ بعوامل غير معروفة طبيا تسبب تغير البيئة المحيطة بالفرد تجعله اكثر قدرة على مواجهة الامراض التي تسبب الوفيات

المدخل الاجتماعي : المحددات الاجتماعية تسبب الوفاة عن طريق مجموعة غير معروفة او محددة من العوامل

وحدثا وضع اطار جديدا للوفيات يقوم على اساس تأثير العوامل الاجتماعية الاقتصادية في ان واحد ويتلخص في ان المحددات الوسيطة للوفيات خمسة وهي :-

عوامل الامومة : مثل العمر وعدد الاطفال والفترة بين المواليد ويمكن قياسها مباشرة عن طريق المشاهدة

عوامل بيئية : مثل تلوث الهواء والماء والغذاء والجلد وجميعها تحدد مستويات البيئة المؤدية للصحة او للمرض

التغذية : وخاصة التغذية الخاصة بالأم الحامل والطفل ولا نغنى بكم الغذاء فقط بل بتنوعه واحتوائه على العناصر

الغذائية المكملة لبعضها البعض

الاصابات : مثل الحوادث والحروب والكوارث

العوامل الشخصية : وهي تتوقف على سلوك الفرد نفسه و امكانياته وعاداته وسلوكه الذي يجعله في صحة او مرض

ومن خلالها قسمنا اسباب الوفيات الى :

أ- اسباب الوفيات حسب الامراض :

فحسب التصنيف الاحصائي العالمي العاشر للامراض يبين الامراض المسببة للوفيات في الجزائر

والجدول الاتي يبين ذلك

جدول رقم 19: اسباب الوفيات في الجزائر لسنوات 2002 ، 2004 ، 2005 حسب CIM10

التصنيف الاحصائي العالمي العاشر للإمراض (%)

2005	2004	2002	الامراض
2.9	2.8	3.8	الامراض المعدية
6.5	5.0	9.5	الاورام
0.8	0.7	0.7	امراض الجهاز الدموي
5.1	4.1	5.8	امراض الغدد
0.0	0.0	0.4	الاضطرابات العقلية
1.0	0.7	1.4	امراض الجهاز العصبي
18.2	14.0	26.1	امراض جهاز الدورة الدموية
5.2	3.6	6.8	امراض الجهاز التنفسي
2.7	2.4	3	امراض الجهاز الهضمي
0.1	0.09	0.1	امراض الجلد
0.1	0.0	0.2	امراض العظام و المفاصل
2.1	1.9	2.6	امراض الجهاز البولي و التناسلي
0.3	0.2	0.5	حمل ولادة و نفاس
17.7	13.6	13.5	امراض مرحلة البيرينثال
3.5	2.4	2.6	تشوهات خلقية و نقص الكروموزومات
28.1	40.6	12.9	امراض ، علامات و نتائج غير عادية
---	---	1.4	اسباب الصدمات و التسممات
5.3	5.07	8.6	اسباب خارجية للوفيات

Source : INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1-16, Alger, Algéri

و من بين الامراض التي تتسبب في الوفيات في الاونة الاخيرة هي انتشار الامراض المزمنة و الذي يزيد بشكل كبير مع العمر حيث ياتي ارتفاع ضغط الدم في المرتبة الاولى بنسبة 41.8 % ثم ياتي في المرتبة الثانية الداء السكري ب 20.1 % وبعدها امراض القلب و الاوعية الدموية ب 16.2 % كذا الربو و غيره من الامراض المزمنة المسببة في الوفيات و تختلف هذه النسب من منطقة الى اخرى و هذا ما يبينه الجدول الاتي :

الجدول رقم 20 : الوفيات بسبب الامراض المزمنة حسب مكان الاقامة 2006

نوع المرض %	مكان الاقامة		المجموع
	حضر	ريف	
ارتفاع ضغط الدم	42.7	40.5	41.8
الداء السكري	22.5	16.3	20.1
الامراض المشتركة	11.0	9.9	10.6
الربو	11.9	10.8	11.5
مرض القلب و الاوعية الدموية	15.1	18.1	16.2
امراض اخرى	22.0	25.2	23.2

Source: MICS3 2006 P33

من خلال الجدول نلاحظ ان نسب الامراض المزمنة تختلف بين الريف و الحضر حيث نجد معظمها مرتفعة في الحضر ويمكن ارجاع السبب الى ان المدينة تمتاز بكثرة السكان و المصانع كل هذا يؤدي الى التلوث البيئي و بذلك الى انتشار الامراض عكس الريف يتميز بالهدوء و الهواء النقي .

- بالنسبة لوفيات الاطفال الاقل من 15 سنة :

وهي الفئة الاكثر تعرضا للوفيات وخاصة الاطفال الرضع و دون الخامسة من العمر لأنها في مرحلة النمو و عدم النضج في الجهاز المناعي كالامراض الجهاز التنفسي و الاسهال و اضطرابات التغذية حيث كل هذه الامراض و الاوبئة و غيرها ادت بالكثير منهم الى الوفاة وخاصة في المرحلة الاولى من التحول الديمغرافي و كانت بسبب الحروب و المجاعات اضافة الى انعدام النظافة ، اما أسباب وفيات الرضع المبكرة اغلبها الامراض الوراثية -

عيوب خلقية - امراض اثناء الحمل - (كلها عوامل داخلية) ، و هناك عوامل خارجية ولكن تأثيرها ضعيف و أسباب وفيات الرضع المتأخرة معظمها عوامل خارجية مثل كل ما يتعلق بالبيئة المحيطة و الام والوضع الاقتصادي - التعليم و اهمها امراض الجفاف والتلوث و من خلال الجدول الاتي يبين لنا ما هي الامراض المسببة في وفيات الاطفال

الجدول رقم 21: اسباب وفيات الاطفال الاقل من 15 سنة حسب التصنيف 2002 GBD :

الامراض	%
امراض مرحلة البريتال	51,3
امراض المسالك التنفسية السفلى	5,6
امراض الاسهال	3,7
الصدمات الغير عمدية 'حوادث المرور'	3,3
النقائص الخلقية القلبية	3%
النقائص الخلقية سيبنافيدا ' العمود الفقري '	1,4
النقائص الخلقية ' فقدان الجمجمة '	0,6
سوء التغذية ' بروتيني - طاقي '	1,4
اضطرابات التغذية و الغدد	1,4
التهاب السحايا	0,7

Source : INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.

من خلال الجدول يتبين لنا ان امراض البيريتال يمثل الرتبة الاولى في تسبب بالوفاة بنسبة 51.3 % ثم تليها امراض المسالك التنفسية السفلى بنسبة 5.6 % و بعدها الاسهال بنسبة 3.7 % و حوادث المرور ب 3.3 % و مع حضور النقائص الخلقية و سوء التغذية من 1.4 % الى 0.6 % . ففي سنة 2006 سجل 17.3% من امراض الاسهال للفئة العمري 6-11 شهرا كما يبين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ان 6.1 % من الاطفال دون سن خمس سنوات تعرضوا لعدوى التهاب الجهاز التنفسي الحاد ¹ وهذه المعدلات لوفيات الاطفال تمثل مؤشر حساس لتطور بلد ما ، ودليلاً معبراً عن أولوياتها وقيمها . والاستثمار في صحة الأطفال وأمهم ليس متطلباً أساسياً

¹ المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 ص 45

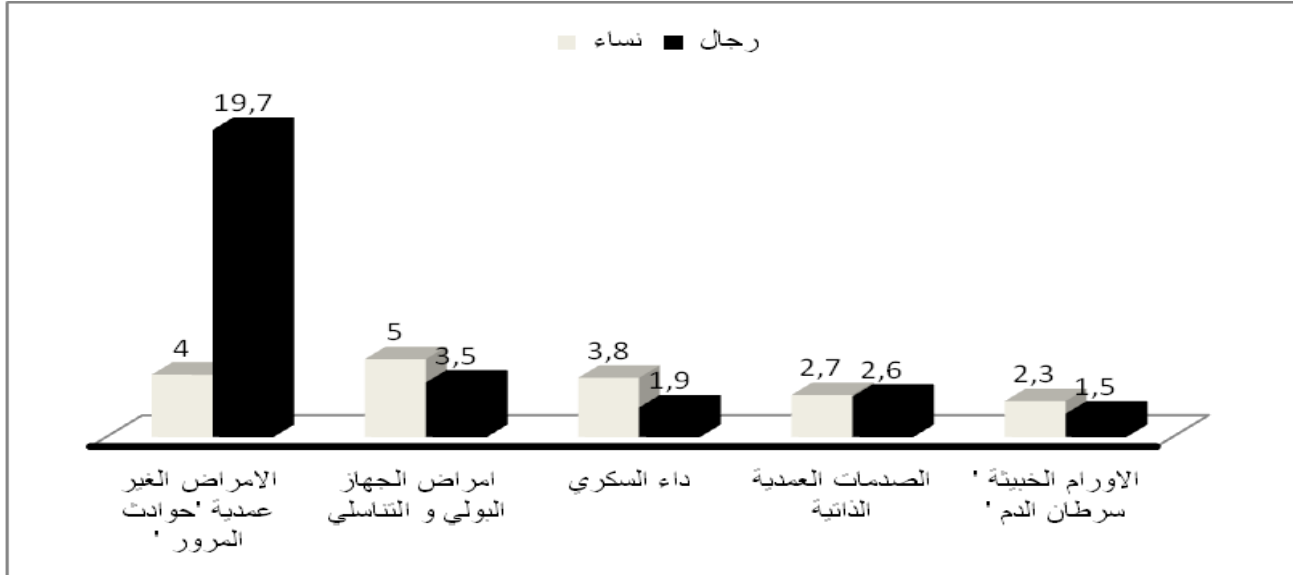
لحقوق الإنسان فحسب ، بل هو قرار اقتصادي سليم وهو من اضمن الطرق التي يمكن لبلد ما الانطلاق منها نحو المستقبل ، وتعتبر أهم المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي والعوامل الاقتصادية والاجتماعية ومستوى المعيشة لأي مجتمع كما انها هذه المعدلات احد المعايير الأساسية لتحديد درجة التقدم الاقتصادي والاجتماعي للدول .

- بالنسبة لوفيات الفئة العمرية 15 - 44 سنة :

و هذه الفئة هي الفئة النشيطة والتي في مرحلة الانجاب و التي تمثل 56.3 % من السكان سنة 2006 و بذلك تتعرض لمخاطر الانجاب بالنسبة للنساء و الرجال يتعرضون لمخاطر العمل اما الامراض التي تصيب النساء و تؤدي بحياتهن كنزيف مرحلة الامومة بنسبة 1.8 % و داء الربو ب 2 % و داء السل ب 3 % اما امراض الدماغية الوعائية ب 3.3 % اضافة الى سرطان الثدي و الذي ادي ب 3.7 % سنة 2002 و مازال الى يومنا هذا يتسبب بالعديد من الوفيات اما بالنسبة للرجال في هذه الفئة فالأمراض التي تؤدي بحياتهم نذكر منها اورام المعدة بنسبة 1.4 % و امراض القلب ب 1.6 % اما بالنسبة للغرق و الصدمات الغير العمدية كالسقوط ب 2 % و 2.3 % على التوالي و العنف ب 7.3 % و لا ننسي في الاونة الاخير ظاهرة الانتحار و التي تقوم بها هذه الفئة بشكل خاص و من خلال الشكل الاتي يتبين لنا امراض اخرى تسبب في الوفاة و لكلا الجنسين :

الشكل رقم 10: اسباب وفيات الفئة العمرية 15 - 45 سنة لكلا الجنسين حسب التصنيف GBD

2002



Source : INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.

من خلال الشكل نلاحظ ان من الاسباب التي تؤدي بوفاة بنسبة كبيرة عند الرجال نلاحظ حوادث المرور

اكثر المسببات للوفيات بنسبة 19.7% من المسببات الاخرى اما النساء فيتوفون بسبب امراض الجهاز البولي و التناسلي بنسبة 5% من الامراض الاخرى .

- بالنسبة لوفيات كبار السن الاكثر من 45 سنة :

في هذه المرحلة من العمر فالإنسان يتعرض الى امراض مزمنة و التنكسية لان جسمه يكون ضعيف و لا يستطيع مقاومة المرض لضعف القلب كارتفاع ضغط الدم و السمنة الى غير ذلك و هذا لكلا الجنسين و النساء في مرحلة اليأس اي تقل مناعة الجسم لهذه الفئة فبالنسبة للرجال نجد ان الاورام الخبيثة 'برستان' ادت بنسبة 2% و 'لانبوب التنفس القصبات و الرئة ب 2.7% و حوادث المرور ب 3.7% و النساء نذكر ان الاورام الخبيثة 'الثدي

ب 1.3 % و الكبد ب 2.1 % ' و اضطرابات التغذية و الغدد ب 1.4 % و من خلال الشكل الاتي يمكن معرفة الاسباب الاخرى التي تؤدي الى وفاة كبار السن .

الجدول رقم 22 : اسباب وفيات كبار السن الاكثر من 45 سنة حسب التصنيف 2002 GBD ¹:

الامراض	%
الامراض الغير عمدية 'حوادث المرور '	2.6
امراض الجهاز البولي و التناسلي	2.4
داء السكري	6.5
الامراض الدماغية الوعائية	12
الاورام الخبيثة لانبيوب التنفسي القصبات و الرئة	1.8
امراض القلب الناجمة عن ارتفاع الضغط الدموي	10.5
امراض القلب الالفقارية	3
داء الربو	2.1
الاورام الخبيثة ' الكبد '	1.8
امراض انسداد القصبات الهوائية و الرئوية المزمنة	1.5
Source : INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.	

حيث من الجدول نلاحظ ان من الامراض الاكثر فتكا لهذه الفئة هي امراض القلب الناجمة عن ارتفاع الضغط الدموي بنسبة 10.5 % و الامراض الدماغية ب 12 % ثم يليها الداء السكري ب 6.5 % و هذا راجع الى ضعف جسم الانسان لهذه الفئة كما ذكرنا سابقا . اما في سنة 2006 سجل نسبة 31.15 % من الامراض ارتفاع ضغط الدم للأشخاص الذين تزيد اعمارهم عن 60 سنة اما داء السكري سجل نسبة 12.52 % و امراض القلب

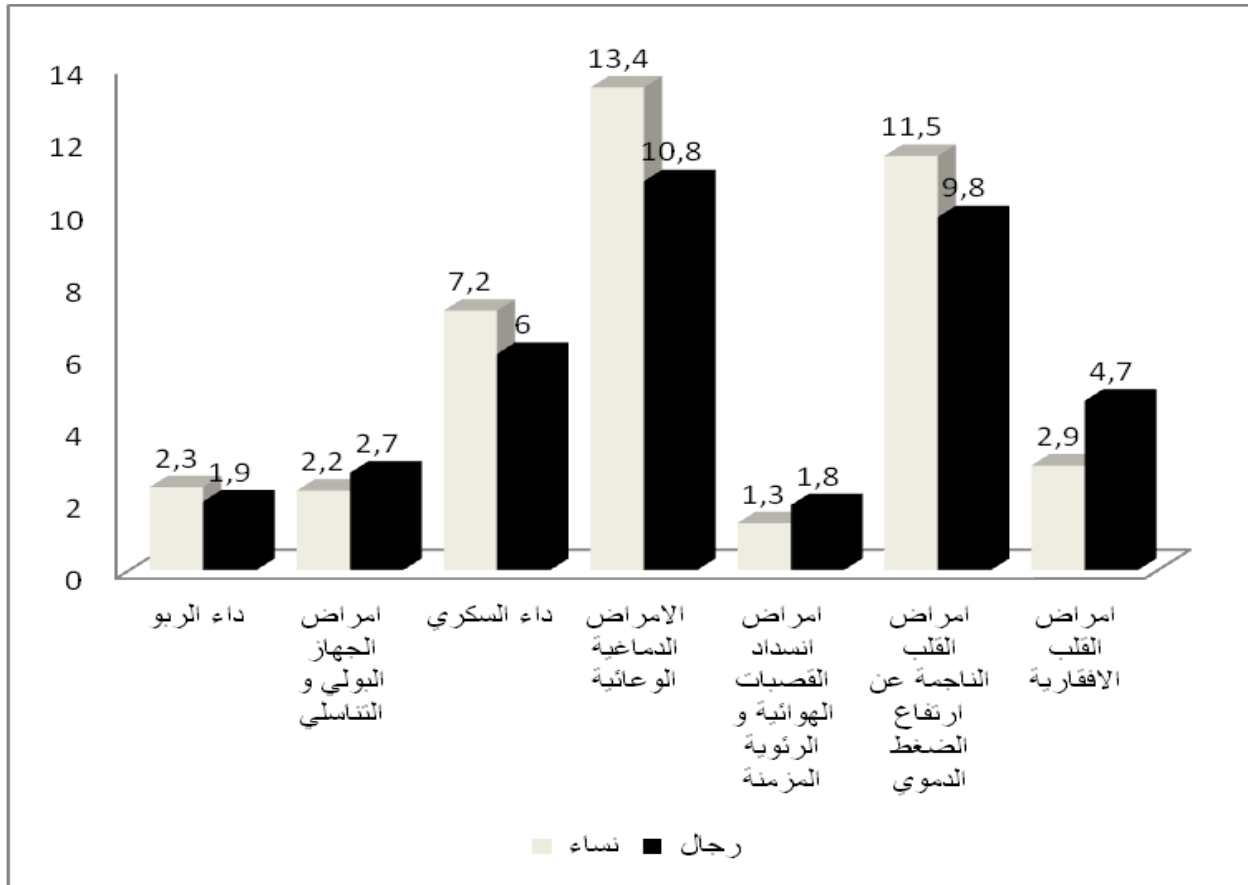
¹ فاتح بعيط. الانتقال الديموغرافي و اللوبائي في الجزائر ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ، كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة باتنة ، الجزائر ، 2009 ص 80

و الاوعية الدموية بـ 6.98 % اما الربو سجل 3.09 %¹ لنفس الفئة و السنة ، هذا ما يدل على ان الامراض

المزمنة في الوقت الحالي المسببة في الوفيات بنسب اكثر .

الشكل رقم 11: اسباب وفيات كبار السن الاكثر من 45 سنة لكلا الجنسين حسب التصنيف GBD

2002



Source : INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.

ومن خلال الشكل نلاحظ ان تقريبا معظم الامراض تؤدي بكل من الجنسين و لكن الرجال بنسبة اكبر

من النساء لان الرجال اكثر عرضة من النساء و ذلك بسبب التدخين و الاكل الغير صحية و بذل جهد في نشاط

¹ MICS3 2006 p 32

ما الى غير ذلك حيث امراض الدماغية و الوعائية سجل نسبة 13.4 % للرجال و 10.8 % للنساء أي الفارق بنسبة 3.4 نقطة كذلك المراض القلب و الضغط الدموي ب 1.7 نقطة

ب- اسباب الوفيات حسب العوامل الديمغرافية و الاجتماعية :

ان من العوامل التي يفترض ان لها تأثير و لو بطريقة غير مباشرة على مستوى وفيات و خاصة وفيات الاطفال كعامل سن الام فمن المعروف انه ذو علاقة بصحتها الانجابية و قدرتها على الحمل و ابقاءها في صحة جيدة و بالتالي حماية الولادة من الوفاة ، فمن خلال الجدول رقم 23 ، وحسب التحقيق الخاص بصحة الام و الطفل 2002 نرى ان الوفيات ترتفع بشدة بين ولادات الامهات في بداية ونهاية الفترة الانجابية ، ثم تنخفض عندما تتراوح اعمار الامهات بين 20 و 39 سنة ، و ان معدل وفيات الاطفال حديثي الولادة هو 30.4 ‰ في الحضر و 29.4 ‰ في الريف اذا كانت الام اصغر من عشرين سنة عند الولادة ، و 35.6 ‰ في الحضر و 34.9 ‰ في الريف اذا كانت الام اكبر من 34 سنة ، وبعد السنة الاولى من العمر يخففي التأثير السلبي لسن الام مهما كانت فئتها الاجتماعية حيث ان تأخر سن الزواج بالنسبة للنساء و تحسن مستوى تعليمهن ، و كذا ارتفاع متوسط سن الانجاب لديهن ساعد على انخفاض معدل الخصوبة من 7.4 مولود لكل امرأة و ذلك سنة 1970 الى 1.86 مولود لكل امرأة سنة 2007¹ ، و قد يرجع جزء من تلك العلاقة بين وفيات الاطفال و عمر الام عند الولادة الى تأثير بعض العوامل الاجتماعية و الاقتصادية ، وان كانت الوفيات المبكرة تعود معظمها الى تأثير العوامل الفيزيولوجية للطفل ، و تفسير ذلك ان صغر سن الام يفقدها الخبرة الكافية و اللازمة لرعاية مولودها ، كما ان جسمها في السن المبكرة قد يكون غير مهياً بيولوجياً لاستقبال الحمل ، اضافة الى ان تأثير امراض الحمل تظهر بوضوح بين الامهات في بداية او نهاية الفترة الانجابية ، اما ارتفاع وفيات الاطفال لدى الامهات الاكبر سنا يرجع الى ان التشوهات الخلقية للمولود و الاجنة تظهر اكثر عند الامهات في نهاية الفترة الانجابية و كذا ارتفاع الامراض الوراثية عند اطفال هذه الفئة من النساء

¹www.who.int/about/copyright/ar

و نفس الملاحظات السابقة يمكن ملاحظتها من خلال تحقيق 2002¹ اما بالنسبة لرتبة الولادة لقد بينت لنا ان معدل الوفيات ترتيب المولود من العوامل الرئيسية التي تحدد مستوى وفيات الاطفال ، فاحتمال وفيات الاطفال ينخفض مع زيادة ترتيب المولود بعدها يأخذ في الارتفاع ، ويتضح من نتائج المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 ان هناك علاقة بين معدلات وفيات حديثي الولادة و ترتيب المولود ، في حين ان هناك استقلالية بين معدلات وفيات الاطفال و الرضع و رتبة المولود (لان وفيات الاطفال لا علاقة لها بالأسباب الداخلية بقدر ما لها علاقة بالأسباب الخارجية ، وهنا يمكن التأثير الغالب لمعدلات وفيات حديثي الولادة المبكرة و ليس حديثي الولادة المتأخرة) ، يرتفع كلما كانت الرتبة متأخرة حيث يبين الجدول الاتي ان المعدل يبلغ 37.6 % في الولادة ذات الرتبة الثانية او الثالثة و يرتفع الى 38.2 % اذا كانت الولادة في المرتبة الرابعة او اعلى و تكون مرتفعة في المرتبة الاولى ، اما الوفيات بالنسبة للجنس (ذكور ، اناث) هناك فرق ما بين النوعين يقدر بـ 5 نقاط لصالح الاناث بمعدل 33.7 % عند الذكور مقابل 28.6 % عند الاناث . حيث نلاحظ ان الاطفال الذكور يتعرضون لخطر الوفاة قبل سن الخامسة اكثر من الاناث ، ويرجع ذلك اساس الى ارتفاع مستوى الوفاة في السنة الاولى من العمر ، و كذلك نجد اختلافا واضحا بين معدلات وفيات حديثي الولادة للذكور و الاناث ، فبينما نجد ان احتمال وفيات الاطفال حديثي الولادة فانه تم تسجيل معدل اقل عند الاناث ، بمعدل 14.6 % في الحضر ، و 22.2 % في الريف ، حسب المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 اذ ترجع اسباب الوفاة خلال الشهر الاول اساسا الى العوامل الداخلية .

¹ المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 ، ص 44-47 .

جدول رقم 23: معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع و الاطفال حسب العوامل الديمغرافية

الخصائص الديمغرافية	معدلات الوفيات		
	وفيات حديثي الولادة (اقل من شهر)	وفيات الرضع 1q0	الوفيات تحت خمس سنوات 5q0
ترتيب المولود			
الاول	22.3	31.0	34.1
الثاني او الثالث	16.8	37.6	32.8
الرابع و اكثر	22.2	38.2	44.3
عمر الام عند الولادة			
اقل من 20 سنة	29.1	45.9	50.7
20 – 29 سنة	19.4	30.6	36.3
30 – 34 سنة	16.5	29.9	33.8
35 – 49 سنة	25.6	40.2	46.1
الجنس			
ذكور	23.5	33.7	40.0
اناث	17.4	28.6	33.3
الفترة ما بين الولادة			
اقل من سنة	32.0	51.2	59.5
2 الى 3 سنوات	17.8	31.1	36.7
4 سنوات و اكثر	17.1	25.8	29.5

المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 ، ص 44-47 (بالتصرف) .

ولا ننسى المستوى التعليمي للأبوين ، و خاصة الام كونها في الغالب من يتكفل بالمولود الجديد (يؤثر على

المتغيرات الوسيطة للخصوبة كالسن عند الرضع و استعمال وسائل منع الحمل و غيرها) و التي تؤثر بدورها على

معدلات وفيات الاطفال ، ويبقى المستوى التعليمي للام العامل الحاسم و المهم في ارتفاع او انخفاض معدلات وفيات

الاطفال ، حيث ان اطفال الامهات اللواتي هن اعلى مستوى دراسي يتمتعون بفرص اكبر للبقاء على قيد الحياة و

تحصين اطفالهن ضد الامراض ، اضافة الى ان المرأة المتعلمة تستطيع تقدير ما اذا كانت اعراض مرض الطفل تستدعي

نقله لمراكز علاجية ام لا ، ونجد ان معدلات وفيات الاطفال و الرضع ترتفع في الارياف كلما انخفض المستوى

التعليمي للام حيث ان معدلات وفيات حديثي الولادة لا تتأثر كثيرا بالمستوى التعليمي ، و ذلك لان معظم الوفيات في هذه المرحلة و خاصة وفيات حديثي الولادة المبكرة لا تتأثر بالعوامل الخارجية ، لذا فان المعدل الكلي لوفيات حديثي الولادة يتأثر بمعدل وفيات حديثي الولادة المبكرة و يأخذ نفس الاتجاه . وبالرغم من هذا لا يمكن الغاء تأثير متغير المستوى التعليمي للام على وفيات الرضع ، كما ان اطفال الامهات الاعلى تعليما يتمتعون بفرصة اكبر للبقاء على قيد الحياة خلال السنة الاولى من العمر ، و يرجع ذلك اساسا لتأثير التعليم بعد الشهر الاول ، حيث يبلغ معدل وفيات الرضع 39.9% بين اطفال السيدات غير المتعلّمات ، في حين ان 27.3% بين اطفال الامهات اللائي أكملن تعليمهن الابتدائي على الأقل ، و في حين أن معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات يتأثر بالمستوى التعليمي للأم بمعدل 7.1% إذا لم تلتحق الأم بالمدرسة و ينخفض هذا المعدل كلما حصلت الام على فرص التعليم من خلال الجدول الاتي

جدول رقم 24 : معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع و الاطفال حسب المستوى التعليمي للام

معدلات الوفيات				الخصائص الديمغرافية
الوفيات تحت خمس سنوات 5q0	وفيات الاطفال 4q1	وفيات الرضع 1q0	وفيات حديثي الولادة (اقل من شهر)	
المستوى التعليمي للام				
46.7	7.1	39.9	23.3	امية
33.4	4.5	29.1	18.0	تقرأ وتكتب
30.6	3.4	27.3	17.4	ابتدائي
29.2	3.7	25.6	18.9	متوسط
11.8	0.0	11.8	9.4	ثانوي و اكثر
المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 ، ص 46 (بالتصرف) .				

ج- اسباب الوفيات حسب العوامل البيئية و الصحية :

نهتم هنا بدراسة تأثير بعض العوامل البيئية كمكان الإقامة ومصدر مياه الشرب ، ونوع تسهيلات الصرف الصحي ، والمناخ... الخ ، حيث يعيش أغلبية سكان الجزائر في بيئة اجتماعية فقيرة لا تستطيع أن تضمن لهم الحياة الكريمة ولا الاستمرار فيها خاصة عند الأطفال الرضع فمعظم العائلات لا تقدر على تلبية كل احتياجات أطفالها من التغذية الجيدة و المتوازنة ، ولا الملابس ولا المأوى الملائمين و لا حتى التغطية الصحية التي تمكنهم من العيش الأفضل ، كما أن تقارب الولادات يؤثر على صحة الأم والطفل معا إذ نجد أن معظم الأمهات لا يعرفن خطورتها ، حيث ان مستوى وفيات الرضع و الاطفال الذي بلغته الجزائر جعلنا نبحت عن العوامل التي لها تأثير على وفيات الاطفال مما جعلنا نربط هذا المؤشر ببعض الظروف المحيطية و خاصة السكن و خصائصه و يختلف المسكن من مكان لآخر كل حسب طبقته الاجتماعية ، او ظروفه الاقتصادية او الامنية او مكان الإقامة ... ، ففي الريف مثلا تفتقر معظم المنازل للتخطيط العمراني ، فبعض المنازل قد تم بناؤها على مجرى السيول و الامطار ، مما يعرضها باستمرار للهدم ، و يلاحظ ان بعض المساكن سواء في الريف او الحضر تفتقر للقواعد الاساسية لصحة البيئة ، كما ان معظم الطرق الرئيسية و الداخلية في هذه المناطق وعرة و غير معبدة و يصعب استخدامها عند هطول الامطار ، لذا فان معظم اطفال الريف و الحصري يتعرضون الى خطر الوفاة أكثر من غيرهم ، و بالتالي هناك ارتباط قوي بين خصائص السكن و وفيات الاطفال ، حيث نجد ان معظم الاطفال الذين يعيشون في مساكن تستخدم فيها المياه الصالحة للشرب و المراحيض المتصلة بقنوات صرف المياه الصحية يتمتعون باحتمالات اقل لخطر الوفاة من غيرهم .ومن خلال الجدول رقم (25) يمكن اعتبار مدى نظافة المنطقة المحيطة بالمسكن هي اكثر العوامل البيئية تأثيرا على مستوى وفيات الاطفال في الحضر ، فالبيئة النظيفة لها تأثير ايجابي على فرص حياة الاطفال في مختلف الاعمار ، و يرتفع معدل وفيات الاطفال الرضع في المناطق غير النظيفة ، لا توفر مرافق المحافظة على البيئة يحول دون وقوع بعض الامراض كالإسهال و سوء التغذية الناجم عن تكرار حدوث المرض حيث يعاني من الهزال 2.9% من جميع الاطفال دون خمس سنوات لسنة

2006¹، كما ان المستوى وفيات الاطفال غير الرضع في المناطق غير النظيفة يزيد عن اربعة امثال المستوى في المناطق

النظيفة

جدول رقم 25 : معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع و الاطفال حسب نوع و خصائص المسكن

معدلات الوفيات				خصائص المسكن
الوفيات تحت خمس سنوات 5q0	وفيات الاطفال 4q1	وفيات الرضع 1q0	وفيات حديثي الولادة (اقل من شهر)	
نوع المسكن				
25.6	6.3	21.5	15.1	شقة
35.5	11.6	30.2	18.6	منزل عادي
45.5	16.4	40.4	24.0	منزل تقليدي
المصدر الرئيسي لمياه الشرب				
34.5	11.3	29.8	18.5	الشبكة العامة
46.4	15.8	39.9	24.2	اخرى
الارتباط بشبكة الصرف الصحي				
33.2	11.5	29.4	17.9	مرتبة بالشبكة
51.1	15.7	42.2	26.5	غير مرتبطة بالشبكة
المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الام و الطفل لسنة 2002 ، ص 48 .				

و من خلال الجدول رقم 25 أبسط شئ يمكن قوله ان الماء ضروري للحياة ، و هو اساس الصحة ،

و الامداد غير الكافي او استعمال ماء غير نقي يدمر صحة الإنسان من خلال إصابته بالأمراض المعوية ومنها :

الكوليرا ؛ الملاريا ، التيفوئيد ؛ البلهارسيا ، أمراض الكبد ؛ الالتهاب الكبدي الوبائي الدوسنتاريا بكافة أنواعها

؛حالات تسمم حيث يعد تلوث الماء عاملا أساسيا في انتشار أمراض ولا يقل أهمية عن تلوث الهواء و يتسبب

¹MICS3 2006 P 37

بشكل كبير في وفيات الأطفال الرضع حيث سجلنا معدل 29.8% بالنسبة لشبكة العامة ، اما الاخرى 39.9% و وفيات اقل من 5 سنوات سجلنا 34.5% للشبكة العامة ، اما الاخرى 46.4% اي ان نسبة الوفيات مرتفعة للمستهلكين المياه من شبكات اخرى على الشبكة العامة ويرجع السبب ان الشبكات العامة مراقبة من طرف الدولة ، و هذا ما يمكن ملاحظته فمصدر مياه الشرب يؤثر بوضوح على مستوى الوفاة بين الاطفال ، ففي الريف يمثل معدل وفيات الاطفال دون خمس سنوات ممن يعتمدون على شبكة الضخ للحصول على الماء 72.8% ، اما الاعتماد على الابار سجل معدل 73.4% و في الحضر الاعتماد على شبكة الضخ سجل معدل وفيات الاطفال 46.4% المصادر اخرى سجل 66.4% فتوفر المياه من الناحية الكمية و النوعية هي الوسيلة الوحيدة للقضاء على هذه الوضعية و هذا حسب التحقيق 1992 ، و التي ليس لقطاع الصحة أي دور فيها ، فتسيير المياه الصالحة للشرب يعود الى قطاع اخر ، لذا فان أي سياسة صحية تعتمد على الوقاية و لا تولي اهتماما خاصا لتسيير المياه الصالحة للشرب يعود الى قطاع آخر يمكن اعتبارها سياسة فاشلة مهما كان حجم الانجازات في مجال الوقاية و العلاج . وفي هذا الصدد نشير الى ان نسبة السكان ممن لديهم القدرة على الوصول الى مصادر مياه محسنة قد انخفضت من 94% من مجموع السكان عام 1990 الى 83% عام 2004¹ . اما بالنسبة للارتباط بشبكة الصرف الصحي فان المعدل يبلغ 42.2% لما يكون غير مرتبط بينما لايفوق 29.4% اذا كان المسكن مرتبط بالشبكة .

كما أن المناخ يؤثر على الأطفال الرضع عن طريقين هما الحرارة و الرطوبة التي تؤثر في انتقال الامراض المعدية ، بينما يؤثر انخفاضها في الجهاز التنفسي للأطفال الذين يكونون اكثر حساسية للتغيرات المناخية و ظروف الطقس لذا فان الاثار الصحية الناجمة عن تغير المناخ يتوقع ان تكون و خيمة و خاصة بالنسبة للأطفال و الفقراء . هذا ما يمكن ملاحظته من الجدول تحقيق 2002 حيث نجد ان ارتفاع نسبة وفيات الاطفال اقل من عام خلال الاشهر التالية :

جويلية ، اوت ، نوفمبر ديسمبر ، جانفي ، أي ان اكبر معدلات وفيات الاطفال اقل من شهر تسجل في فصلي

¹ www.annabaa.org/nbanews/66/2932007

الصفيف و الشتاء و ذلك راجع لكثرة الامراض التنفسية في الشتاء ، و امراض الاسهال و المعدية في الصيف ، خاصة المتنقلة عن طريق المياه و ذلك لانخفاض منسوب المياه ، و بالتالي الاهتمام بكمية الماء و اهمال الجودة ، اما في فصلي الربيع و الخريف فان المعدلات تسجل انخفاض نسبي و تكون الوفيات عادة بسبب امراض الحساسية و الربو ، و فيما يخص الوفيات المبكرة فان الفارق في معدلات الوفيات المسجلة على مدى السنة يعود لأسباب داخلية ، و لا تتعلق بالأسباب الخارجية . لذا فان تعزيز خدمات الصحة العمومية لا بد ان تكون عنصرا محوريا في عملية التكيف مع تغير المناخ¹.

4 – السياسة الصحية لمكافحة الوفيات في الجزائر :

عرف قطاع الصحة الجزائري إصلاحات هامة و ذلك بوضع برامج مناسبة كالسياسة السكانية و برامج الصحة الإنجابية و الخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الاجتماعي ، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية و صندوق الامم المتحدة للطفولة و السكان حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأم و الطفل و تخفيض نسبة وفيات الأمهات والأطفال و التكفل بالأشخاص المسنين الذين يستفيدون من الخدمات المجانية بما فيها الدواء ، و هذا بوجود موظفي الصحة من الجنسين و برامج حماية الأمومة و الطفولة و اعتماد سياسة الصحة الجوارية و تكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية ، بتدعيم الخدمات في هذا المجال ، إضافة إلى تخصيص نسبة 8.34 % من ميزانية الدولة لسنة 2009 للصحة ، كما تم رصد ميزانية إضافية لفائدة عيادات التوليد.

كل هذه تطورا في الخدمات الصحية خلال السنوات الأخيرة خاصة في مجال تحسين وضع الأمومة و الطفولة ، نلخصه فيما يلي:

¹ ONS, Données Statistiques , Démographie Algérienne ,2002, N 375 . p 12

صحة الام في مجال مراقبة الحمل وتحسين الولادة : فعلمية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل

الولادة ، وقانون الوقاية من وفيات الامهات وصلت إلى أكثر من 89.4% سنة 2006¹. أما نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي العمومي فقدت بـ 96.5% سنة 2006.

التنظيم العائلي : حققت برامج التنظيم العائلي نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل، حيث أن 61.4 % في

عام 2006 و 62.5 % من النساء يستعملن وسائل منع الحمل سنة 2007 وقد بلغ معدل الخصوبة سنة 2006 بـ 2.27 طفل لكل امرأة وبهذا تكون نسبة النمو الديمغرافي قد انخفضت لتصل إلى 1.8%(2007) كما تقدر نسبة النساء اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل بـ 62.5 %

تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة : كانت تقدر سنة 1996 بـ 174 لكل 100.000 ولادة حية

وتقلصت لتصل سنة 2008 إلى 86.9 لكل 100.000 ولادة حية، خاصة بعد ما عرفت سنة 2000 بداية

تطبيق برنامج خاص "بالولادة بدون مخاطر" على المستوى الوطني ، اضافة استخراج شهادة طبية قبل الزواج لتحديد من المخاطر ممكن ان تكون من اضطرابات وراثية او تلوث بسبب المرض و بطبيعة الحال انتقاله الى المولود .

التكفل بالمرأة الحامل سواء خلال الحمل أو الولادة وما بعدها والمواليد الجدد : شرعت وزارة

الصحة في أبريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد

حديثي الولادة وهذا على مدار ثلاث سنوات أي من 2006 إلى 2009 وهذا لتقليص نسبة وفيات الأمهات

والمواليد بنسبة 05% السنة الأولى ليصل إلى 30% سنة 2008، بغلاف مالي يقدر بـ 2.07 مليار دينار تطبيقا

للمرسوم التنفيذي رقم 05-439 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها

وطب المواليد حديثي الولادة وممارسة ذلك.

¹ Rapport national sur le développement humain-algerie 2008 p20-24

تخفيض وفيات الرضع : كانت تقدر بـ 141.5% في عام 1970 و تقلصت لتصل الى 25.5% في عام

2008 حيث لوحظ في السنوات الاخيرة انخفاضات بطيئة نسبيا ، وربما يرجع ذلك الى عدد من التغيرات النوعية¹

تدعيم الهياكل القاعدية: إلى جانب المراكز والعيادات الموجودة والمنتشرة عبر كافة أرجاء الوطن سيتم إنشاء

وحدات للعلاج المكثف للحوامل على مستوى كل ولاية وإعادة تأهيل قاعات الولادة بالإضافة إلى إنشاء وحدات

خاصة بالمواليد حديثي الولادة مع تكوين ورسكلة الإطارات الطبية وشبه الطبية.

مكافحة السرطان: خاصة سرطان عنق الرحم، وفي هذا الإطار يوجد 83 مركزا عبر ولايات الوطن مختصا في

مسح خلايا عنق الرحم تتوفر على وسائل تكنولوجية خاصة بالكشف المبكر عن الأمراض المتسببة في هذا النوع من

السرطان.

مكافحة الاجهاض غير المأمون و مرض نقص المناعة البشرية/الإيدز: تقدر نسبة المصابين الجدد بفيروس

السيدا بـ 0.14/ 100000 ساكن سنة 2007 وقد انتقل عدد المصابين من 479 سنة 2000 إلى 837 نهاية

2007 إضافة إلى 2910 حالة لحاملي الفيروس ، وقد تم اتخاذ الإجراءات لمواجهة هذا الداء، ومنها وضع إستراتيجية

بهذا الشأن وإنشاء مخبر وطني لإجراء التحاليل والفحوصات وإنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة

جنسيا ومرض نقص المناعة المكتسبة وتشكيل فوج عمل مواضيعي وتنفيذ برنامجي متوسط المدى مع منظمة الصحة

العالمية. وسعيا إلى تحسين الخدمات المقدمة، يستفيد مستخدمو الصحة من التكوين المتواصل سواء داخل الوطن أو

خارجه من خلال ملتقيات وأيام دراسية مختصة ودورات تدريبية حيث تم على سبيل المثال، إدخال مادة لفائدة الأطباء

والقابلات العاملين في مراكز التخطيط العائلي، تتضمن الأخذ بعين الاعتبار النوع الاجتماعي في برامج الصحة

الإنجابية كما تم تكوين مقدمي الخدمات في مجال الكشف المبكر و التكفل بالنساء ضحايا العنف....الخ.

¹ Rapport national sur le développement humain – op.cit

ان لهذه السياسات تحسينات على المستوى المحقق في امل الحياة الناتجة عن تطورات عدة في عوامل التنمية البشرية التي ساهمت في تحسين الظروف الاجتماعية عموما و ذلك للاستثمار الكبير من حيث الصحة و قد جاءت هذه التطورات المحتملة بفضل تعزيز السياسات المطبقة في الصحة و المتعلقة بتمديد التغطية الصحية للسكان و توفير الرعاية ، وزيادة اعداد كبيرة من المختصين في الصحة على جميع المستويات و الحد من معظم الامراض و بذلك تخفيض كل من وفيات الامهات و الرضع .

خلاصة

لقد مرت الأوضاع الصحية في الجزائر بتغيرات جذرية خلال القرن العشرين المنصرم خاصة خلال الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية ، وبعد الاستقلال مباشرة رغم عدم توفر المعلومات التفصيلية والدقيقة عن السكان والأوبئة والوفيات في البلاد ، أي بعد 1962 مباشرة ظهرت التغير في نمط و هيكلية الأمراض السارية وغير السارية وانخفاض معدلات الوفيات من الأمراض السارية والحادة بنفس الوقت وابتدأت في الوقت نفسه الأمراض الانتكاسية تأخذ دوراً كأحد أسباب الوفاة و هذا ما كشفه التحقيق الوطني للصحة (2002- 2005) أن الجزائريين يموتون نتيجة الأمراض المزمنة ، التنكسية و الحوادث مع الحضور الدائم و بنسبة ضعيفة للأمراض المعدية، والمعلوم ان الانتقال الديموغرافي للوفيات في الجزائر بدأ بانخفاض تدريجي حيث كانت تقدر وفيات الرضع بـ 141.5% في عام 1970 و تقلصت لتصل الى 25.5% في عام 2008 وذلك لتحسينات في القطاعات الاجتماعية و الصحية ، هذه التحسينات أثرت أولاً في أمل الحياة عند الولادة الذي ارتقى سنة 2006 إلى ما فوق 75.7 عاما بعد ما كان حوالي 43 سنة مع مطلع سنوات 1950 وثانيا في تراجع الخصوبة نتيجة تراجع سن الزواج و الاستعمال الواسع لموانع الحمل سواء في الوسط الحضري أو الريفي.



تمهيد

اولا : وصف و تطبيق بعض الطرق الغير مباشرة على الوفيات في الجزائر

1- برنامج MORTPAK

2- الاوراق تحليل السكان PAS

ثانيا : المقارنة بين التقديرات المباشرة و التقديرات الغير مباشرة

خلاصة

تمهيد:

تعمل مختلف الدول على الاهتمام بالتخطيط العلمي و اتخاذه كأساس لتحقيق رفاهية مواطنيها ، والاهتمام بهذا الجانب يحتاج وبشكل مستمر الى توفر البيانات الدقيقة عن حجم السكان ونموهم وتوزيعهم ووضعهم الاقتصادي اضافة الى متوسط العمر المتوقع ، والخصوبة ، ومعدلات الولادات والوفيات ، والزواج ونسب التمدرس والعمالة وغيرها . لأنها أمر ضروري جداً لتخطيط.

فبالرغم من دخول العالم في الالفية الثالثة والتطور الكبير والسريع الذي يشهده العالم في مجال تكنولوجيا الانظمة المعلوماتية ، إلا أن كثير من المجتمعات النامية لا تزال تشكو من ندرة البيانات والمعلومات بشكل عام و الاحصاءات السكانية والحياتية الدقيقة بشكل خاص ، والتي تعد الحائل الاول أمام التخطيط و الجزائر من بين المجتمعات التي تعاني من الاخطاء في البيانات السكانية لذلك جاء هذا الفصل بتطبيق الطرق الغير المباشرة بهدف حساب و تقويم البيانات السكانية للجزائر وخاصة فيما يخص الوفيات .

اولا : وصف و تطبيق بعض الطرق الغير مباشرة على الوفيات في الجزائر:

تعتبر الوفيات من العناصر المهمة للنمو السكاني ، التي يتضح تأثيرها في معدلات نموهم وتركيبهم العمري ، حيث ترتبط الوفيات دائما بمستوى العمر ، كما تتأثر بمدى التحولات الاقتصادية والاجتماعية لأي مجتمع ، حيث يعكس معدل الوفيات مدى تقدم المجتمع ، كونه يمثل مقياسا صادقا لمدى توافر العناية الصحية للسكان.

يحسب معدل الوفيات الخام بعدد الوفيات في خلال العام منسوبا إلى عدد السكان في منتصف العام ، وقد جرت العادة علي حساب معدل الوفيات العام لكل 1000 من السكان.

أما معدل وفيات الأطفال الرضع فيحسب بنسبة عدد وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عام إلى إجمالي عدد المواليد أحياء خلال نفس العام .ويعتبر معدل وفاة الأطفال الرضع من المقاييس الديموغرافية الهامة التي تشير إلى مدى تقدم المستوى الصحي للدولة ، حيث يشير انخفاض هذا المعدل إلى ارتفاع المستوى الصحي والاجتماعي للسكان بوجه عام ، كما يعنى التحسن في الرعاية الصحية خاصة خدمات ما بعد الولادة لكل من المواليد والأمهات ، فالمستوى الغذائي والتعليمي للأمهات له تأثير كبير على وفيات الأطفال الرضع.

وهذه الحسابات تعرف بالطرق المباشر و التي تناولناها فيما سبق اما في هذا الفصل سنتناول بعض المؤشرات الديمغرافية من الطرق الغير مباشرة لكل من :

1- برنامج MORTPAK¹:

MORTPAK هي حزمة البرامج الحاسوبية مكتوبة انظام التشغيل Windows ، و يعرض هذا البرنامج 17 مجموعة من البرامج الحاسوب لإجراء التحليلات الديمغرافية ، و تقييم تغطية تعداد السكان و التوزيع العمري و الاسقاطات السكانية التي تستخدم على نطاق واسع لتحليل البيانات و إسقاطات ، وبناء جداول الحياة و الخروج بالتقديرات غير

¹ MORTPAK FOR WINDOWS . Ynited Nations , New York , 2003

المباشرة للوفيات و الخصوبة و غيرها من الاجراءات و ذلك لتقييم التوزيع العمري و كذا اكتمال عمليات التعداد ، و تتضمن مجموعة التقنيات التي تستفيد من نموذج الامم المتحدة. وهذه البرامج هي :

- BENHR (تقدير الاستيفاء من وفيات كبار السن)
- BESTFT (جداول الحياة)
- CEBCS (تقدير وفيات الرضع والأطفال)
- CENCT (تقدير اكتمال التعدادات)
- COMBINED (حساب جدول الحياة من العمر المتوقع عند سن 20 و تقدير البقاء على قيد الحياة في سن مبكرة)
- COMPAR (مقارنة بين معدلات وفيات التجريبية لأولئك من جداول الحياة نموذج)
- FERTCB (تقدير معدلات الخصوبة في الفئة العمرية المحددة من البيانات على الأطفال الذين ولدوا من أي وقت مضى)
- FERTPF (تقدير معدلات الخصوبة في الفئة العمرية المحددة من البيانات على الأطفال الذين ولدوا من أي وقت مضى ونمط سن الخصوبة)
- ICM (تقدير الاحتمالات السنة الواحدة من الموت من الأعمار دون سن الخامسة)
- LIFTB (بناء جدول الحياة)
- MATCH (حساب جدول الحياة نموذج)
- ORPHAN (تقدير غير المباشرة لوفيات البالغين الإناث من بيانات اليتيم)
- PRESTO- (تقدير متكامل للوفيات بين التعدادات، الخصوبة والتوزيع العمري)

- PROJCT (حساب إسقاط السكان)

- STABLE (حساب عدد سكانها مستقرة)

- UNABR (تخريج مجموعة من الاحتمالات في الفئة العمرية المحددة الموت)

- WIDOW (تقدير غير مباشر من الكبار من الذكور والإناث وفيات من البيانات الترميل)

وفي بحثنا هذا سنستعمل كل من التقنيات التالية : ICM و COMPAR

COMPAR-1 : وهي تقنية من تقنيات MORTPAK و نقوم به من اجل مقارنة معدلات الوفيات

حسب العمر او احتمالات الوفاة لنماذج الامم المتحدة و كول ديمبي اما البيانات المطلوبة في اعدادده هي :

الجنس

ادخال نوع بيانات الوفيات المطلوبة اي استخدام $nQ_x = 1$ او $nM_x = 2$

تحليل نتائج تقنية COMPAR من تقنيات برنامج MORTPAK

عند ملاحظتنا الى أمل الحياة المبينة حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات سنة 2007 و مقارنتها بنتائج ورقة

العمل COMPAR الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم 26 : نتائج تقنية COMPAR للذكور من تقنيات برنامج MORTPAK

Lmplied life Expectancy at birth										
Age Group	Empirical	United Nations Models					Coale-Demeny models			
	q(x,n)	Latin A	Chilean	So.Asian	Far East	General	West	North	East	South
0-1	0.0279	74.06	73.69	74.75	66.74	71.95	69.53	70.49	70.31	76.03
1-5	0.0050	75.97	70.24	76.72	68.35	73.06	69.73	72.39	68.42	73.53
5-10	0.0030	72.19	65.61	71.68	66.01	69.81	69.63	72.99	67.35	67.98
10-15	0.0026	69.88	65.86	66.80	66.75	68.50	69.34	72.50	67.99	68.05
15-20	0.0037	70.64	68.32	65.49	68.00	69.51	71.42	76.13	70.76	68.14
20-25	0.0048	72.07	69.93	64.51	68.97	70.41	71.86	76.95	71.45	68.64
25-30	0.0058	72.02	70.62	64.91	68.88	70.22	70.49	75.61	70.22	67.91
30-35	0.0061	72.68	72.17	66.78	69.88	71.24	70.96	76.15	70.56	69.98
35-40	0.0078	73.24	72.97	68.34	71.02	72.05	71.13	75.28	70.49	69.68
40-45	0.0104	73.91	74.13	70.43	72.74	73.21	72.20	75.09	71.55	71.04
45-50	0.0146	74.91	75.31	72.65	74.38	74.60	74.02	75.18	73.58	72.42
50-55	0.0237	74.82	75.65	74.20	75.87	75.27	74.81	75.96	75.44	73.14
55-60	0.0374	75.52	76.61	75.60	76.98	76.29	76.33	74.32	76.93	73.52
60-65	0.0562	76.47	78.02	77.96	79.22	77.88	77.61	75.84	78.07	74.01
65-70	0.0858	77.27	78.61	78.75	80.01	78.71	79.10	77.07	78.78	74.71
70-75	0.1352	77.19	78.93	78.95	80.01	78.82	>80	77.40	80.01	76.57
75-80	0.2133	76.80	77.78	78.29	79.86	78.64	>80	78.56	>80	79.64

فمن خلال هذه النتائج نلاحظ أقرب نتيجة للعمر 74.7 سنة في هذه النماذج هو 74.75 سنة و بالتالي فان

النموذج الملائم في هذه الحالة هو نموذج الامم المتحدة - جنوب آسيا - و الذي اخترناه كنموذج ملائم للمجتمع المدروس

و يؤكد سبب ارتفاع امل الحياة الى انخفاض معدل الوفيات كما ذكر سابقا .

ICM-2 : وهي تقنية من تقنيات MORTPAK و تقوم بتعديل الفئات باستخدام معاملات التصحيح

للأعمار المطلوبة في الفئات العمرية 1-0 ، 5-1 ، 10-5 اما البيانات المطلوبة في اعداده هي :

ادخال مجموعة من قيم nqx للفئات العمرية 1-0 ، 5-1 ، 10-5 .

تحليل نتائج تقنية ICM من تقنيات برنامج MORTPAK

بعد ادخال البيانات المطلوبة حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات سنة 2007 تحصلنا على هذه النتائج :

الجدول رقم 27: نتائج تقنية ICM للذكور من تقنيات برنامج MORTPAK

Age Group	$L(x)$	$Q(x,1)$	Interpolation Parameters
0	100000	0.02790	0.00189
1	97210	0.00189	0.00170
2	97026	0.00128	0.08788
3	96902	0.00100	/
4	96805	0.00084	/
5	96724	/	/

و من خلال الجدول نلاحظ ان تقنية ICM تقوم بتقدير احتمالات الوفيات لكل سنة على حدى للوفيات الاطفال دون السن الخامسة حيث نلاحظ ان احتمال الوفاة في انخفاض كل ما تقدمنا في السن و هذا ما بين ان الاطفال الحديثي الولادة و الرضع هم المعرضين لخطر الوفاة اكثر من الاطفال في سن 3 ، 4 و 5 . لان هذه الفئة لها مناعة اقوى من الرضع حيث نلاحظ احتمال الوفاة في السن (0-1) هو 0.02790 اما في السن (4-5) هو 0.00084 أي منخفض عن الاخر ، كما ان الاطفال دون الخامسة الاكثر تعرضا للوفيات لأنها في مرحلة النمو و عدم النضج خاصة في الجهاز المناعي مما يؤدي بها الى تعرضها للأمراض كأمراض الجهاز التنفسي و الاسهال و اضطرابات التغذية حيث كل هذه الامراض ادت بالكثير منهم الى الوفاة في المرحلة الاولى من التحول الديمغرافي لانعدام النظافة ، و كل ما يتعلق بالبيئة المحيطة و الام والوضع الاقتصادي و التعليمي و اهمها امراض الجفاف والتلوث .

2- الاوراق تحليل السكان PAS:

PAS هي كلمة مشتقة من Population Analysis Spreadsheets و تعني جداول

البيانات للتحليل السكان أنشأ من طرف المكتب الاحصاء الأمريكي يضم خمس وأربعون (45) تقنية

خاصة بتحليل المؤشرات السكانية والمتعلقة بقياس كل من : التركيب العمري ، الوفيات ، الخصوبة،

الهجرة ، التحضر وتوزيع السكان ، وغيرها من المؤشرات .وهي موزعة في شكل 6 مجموعات:

المجموعة الأولى Age Structure (الهيكل العمري) : و يضم 11 جدول بيانات لتحليل الهيكل العمري

للسكان و هي : AGESEX، AGEINT، ADJAGE ، GRPOP-YB ، BPSTRNG و

، SINGAGE،MOVEPOP، OPAG ، PYRAMID ، AGESMTH،BASEPOP .

المجموعة الثانية Mortality (الوفيات) : و تضم 15 جدول بيانات لتحليل الوفيات و هي

ADJMX ، BTHSRV ، E0LGST ، GRBAL ،INTPLTM and

INTPLTF، LOGITQX and LOGITLX ، LTMXQXAD،LTNTH

، LTPOPDTH ، LTSTH، LTWST ، PREBEN ،. PRECOA

المجموعة الثالثة Fertility (الخصوبة) : و تضم 13 جدول بيانات لتحليل الخصوبة و هي

ADJASFR ، ARFE-2 and ARFE-3 ، ASFRPATT ، CBR-GFR ،

TFR CBR، PFRATIO ، RELEFERT ، REL-GMPZ ، REVCBR ،

TFR-GFR، TFRLGST ،. TFRSINE

المجموعة الرابعة **Internal migration** (الهجرة الداخلية) : تضم جدول بياني واحد

لتقدير الهجرة بين منطقتين خلال تعدادين و هو **CSRMIG**.

المجموعة الخامسة : **Urbanization and distribution of the population**

(التحضر و توزيع السكان) : وتضم جدول بياني واحد لتحليل عملية التحضر و هو **URBINDEX**.

المجموعة السادسة : **Other spreadsheets** (جداول أخرى): و تضم أربع جداول بيانات

لتحليل يمكن استغلالها لأغراض عدة.

وفي بحثنا هذا سنستعمل كل من التقنيات التالية : **PYRAMID** و **ADJMX**.

بناء الهرم السكاني باستعمال الورقة الحسابية PYRAMID

يعد الهرم السكاني التمثيل البياني للتركيب السكانية فهو يبين تاريخ الديموغرافيا للمجتمع حيث أن الاضطرابات

الموجودة في شكل هرم هي نتيجة لظروف تاريخية تمس الأجيال لفترة معينة كالحروب ، المجاعات ، الأوبئة ، الكوارث

الطبيعية و الهجرة و بالتالي تكون أهرام الأعمار غير منتظمة كما قد لا تكون متناظرة بسبب اختلاف الولادات ، مستوى

الوفيات ، الهجرة بين الجنسين ، حيث أن هناك عدة أشكال للأهرام السكانية. و لتسهيل عملية بناء هرم سكاني للجزائر

نستعمل الورقة الحسابية الخاصة بالهرم السكاني

(feuille de calcul pyramid) التابعة ل **PAS**

لبناء هرم سكاني في الورقة الحسابية **PYRAMID** تتبع الخطوات التالية :

-إلغاء حماية الورقة كي نتمكن من إدخال المعطيات اللازمة:

Outils Protection Ôter la protection de la feuille.

إدخال عدد السكان الذكور حسب كل فئة عمرية خماسية الموجودة في العمود B) B9-
(B28).

-إدخال عدد السكان الإناث حسب كل فئة عمرية خماسية الموجودة في العمود C) C9 - C28).

-إدخال مجموع السكان الذكور في خانة مجموع السكان الذكور.

-إدخال مجموع السكان الإناث في خانة مجموع السكان الإناث.

عند ادخال جميع المعطيات السابقة الذكر سوف نتحصل على 3 أنواع من الأهرام و هي:

- هرم سكاني حسب جنس وعدد سكان كل فئة.

- هرم سكاني حسب جنس ونسبة كل فئة.

- هرم سكاني حسب نسبة إجمالي كل فئة.

تحليل الهرم السكاني باستعمال الورقة الحسابية PYRAMID

بعد ادخال البيانات اللازمة حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات سنة 1998 و 2008 لكل من الجزائر

و ولاية باتنة الموضحة في الجدولين الاتيين :

الجدول رقم 28: التركيبة السكانية حسب الجنس و الفئات العمرية للجزائر سنة 1998-2008

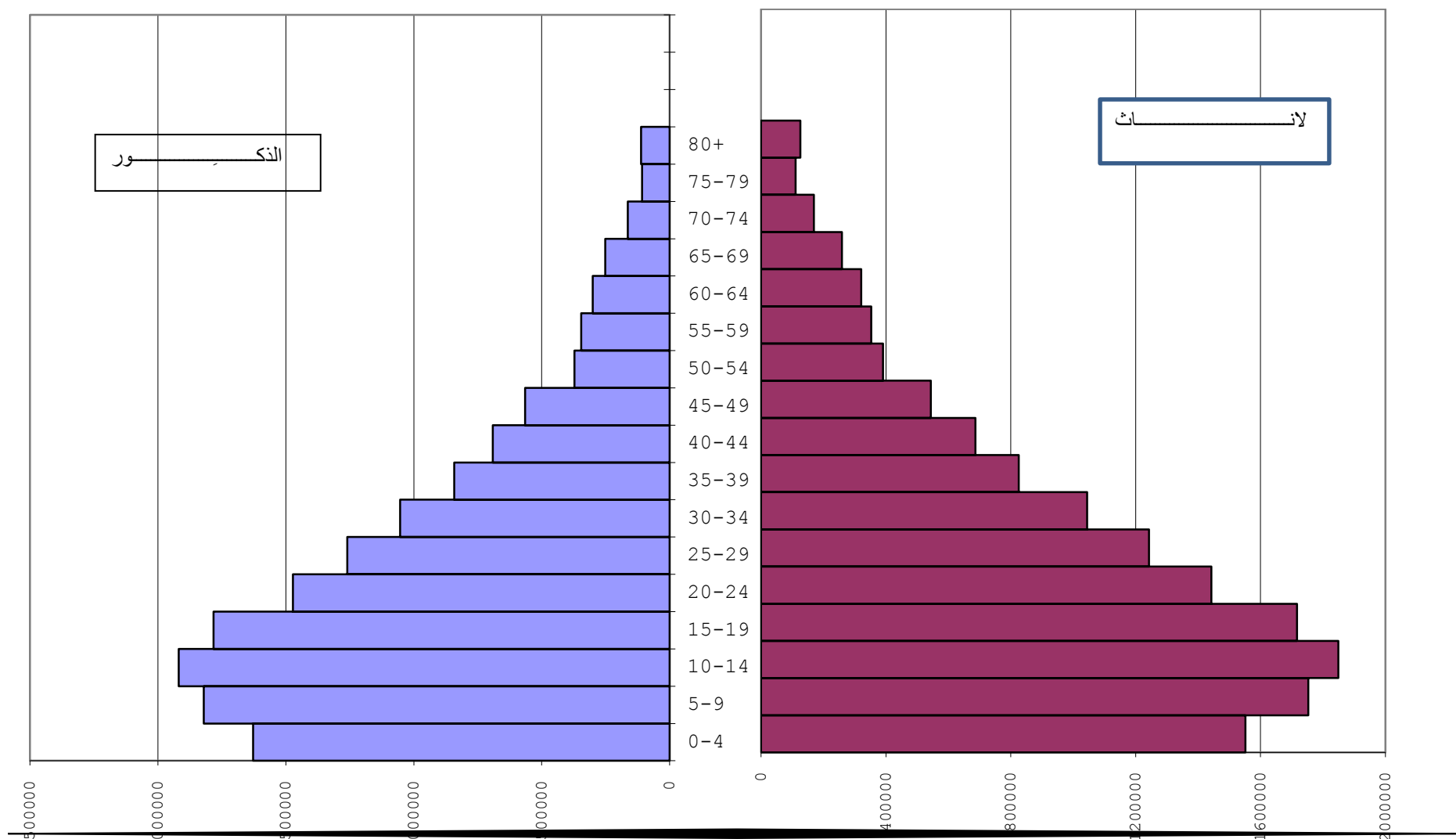
سنة 1998			سنة 1998			الفئات العمرية
المجموع	الجنس		المجموع	الجنس		
	إناث	ذكور		إناث	ذكور	
3398494	1745782	1652712	3179776	1627670	1552105	4-0
2875437	1468952	1406485	3574197	1820858	1753339	9-5
3241806	1649049	1592757	3768685	1918833	1849852	14-10
3620389	1838579	1781810	3499291	1782614	1716677	19-15
3764021	1895647	1868374	2914835	1472255	1442581	24-20
3414863	1728447	1686416	2502614	1259989	1242625	29-25
2725179	1377026	1348153	2100793	1053110	1044683	34-30
2326383	1163304	1163080	1667371	841768	825603	39-35
1996652	999381	997272	1378269	691275	686994	44-40
1615285	807773	807511	1108870	565289	543581	49-45
1337726	673428	664297	762659	371843	390816	54-50
1061565	545612	515953	698499	345318	353181	59-55
704482	353922	350560	622159	301247	320912	64-60
626233	312197	314036	510617	252003	258614	69-65
501058	246081	254977	332161	163292	168869	74-70
359785	178755	181029	217975	107732	110243	79-75
1856063	92843	92759	237820	111711	126109	+80
المصادر : الإحصاء العام للسكان و السكن 1998-2008						

الجدول رقم 29: التركيبة السكانية حسب الجنس و الفئات العمرية لولاية باتنة سنة 1998-2008

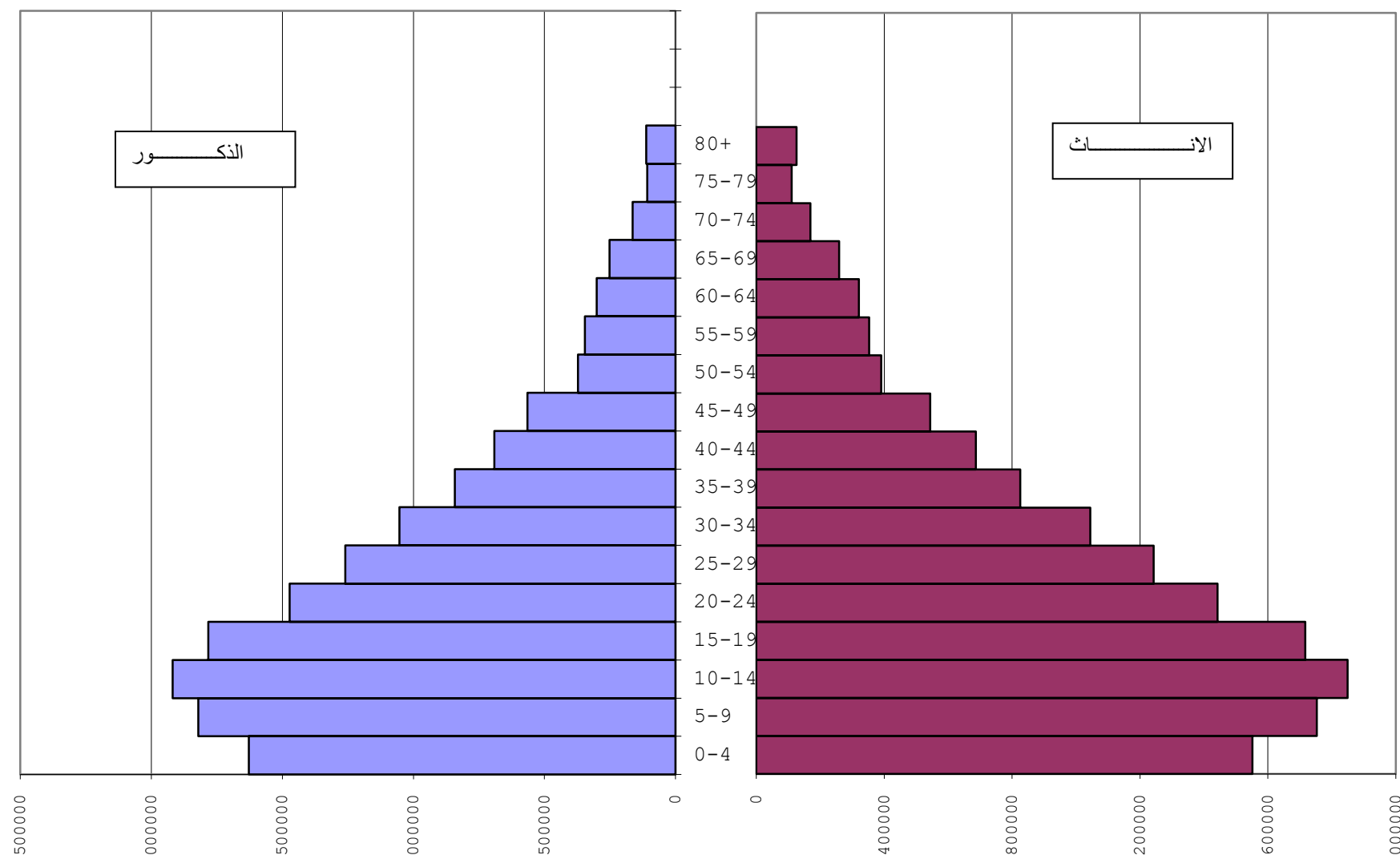
سنة 1998			سنة 1998			الفئات العمرية
المجموع	الجنس		المجموع	الجنس		
	إناث	ذكور		إناث	ذكور	
108255	55699	52556	26423	13469	12954	4-0
98829	50019	48810	30648	15656	14993	9-5
113955	58188	55767	32432	16446	15987	14-10
123279	65155	63124	29025	14731	14294	19-15
127180	63762	63418	24631	12405	12227	24-20
99755	51270	48484	20504	10378	10126	29-25
77673	38079	39594	17670	8819	8852	34-30
65576	32083	33492	14971	7410	7561	39-35
61031	29461	31570	12730	6216	6513	44-40
54625	26553	28072	10359	5254	5105	49-45
41949	21419	20530	6659	3280	3378	54-50
31529	16040	15488	5774	2871	2903	59-55
19452	9985	9466	5198	2448	2750	64-60
17422	8751	8671	3963	1989	1974	69-65
14180	6872	7308	2849	1396	1454	74-70
11021	5205	5816	1743	813	931	79-75
7201	4081	3119	91	819	1030	+80
المصادر : الاحصاء العام للسكان و السكن 1998-2008						

تحصلنا حسب الورقة الحسابية PYRAMID على الاهرامات التالية :

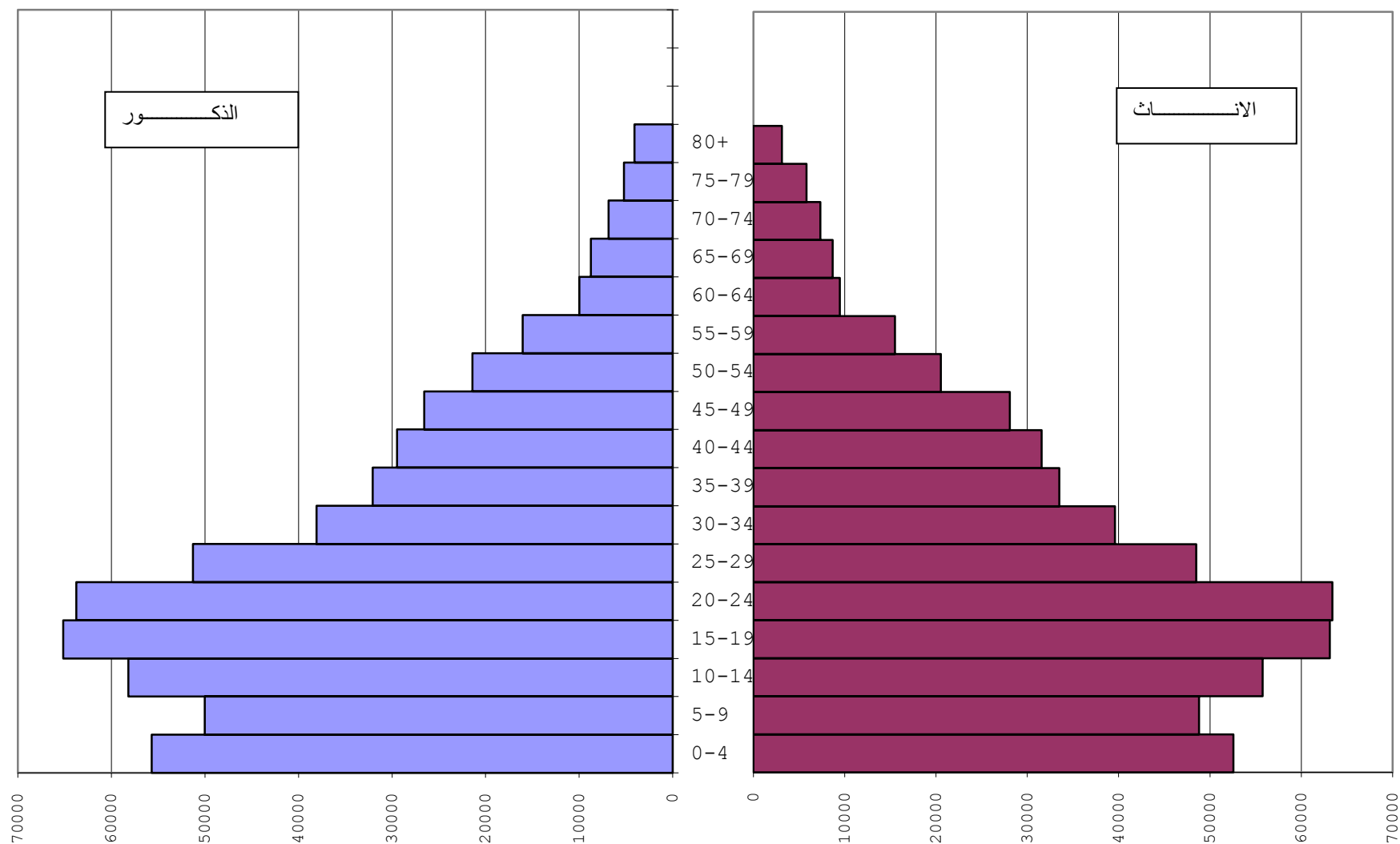
الشكل رقم 12: الهرم السكاني للجزائر حسب الجنس و العمر لسنة 1998



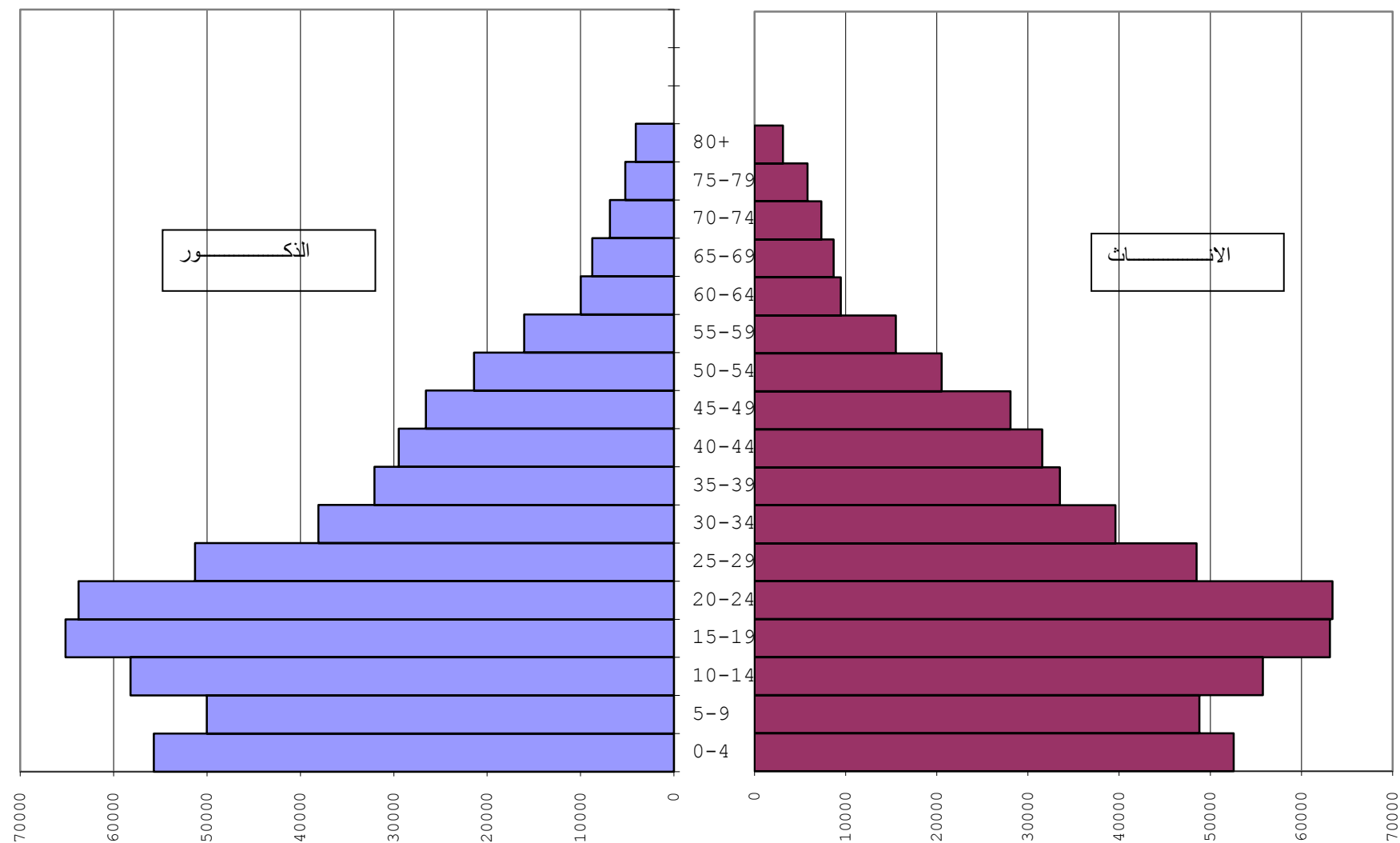
الشكل رقم 13 : الهرم السكاني للجزائر حسب الجنس و العمر 2008



الشكل رقم 14 : الهرم السكاني لولاية باتنة حسب الجنس و العمر 1998



الشكل رقم 15 : الهرم السكاني لولاية باتنة حسب الجنس و العمر 2008



تحليل الهرم السكاني للجزائر سنة 1998 و 2008

يتميز الهرم السكاني للجزائر سنة 1998 بضيق القاعدة حسب الفئة العمرية (0-4) ويعود هذا الى انخفاض المواليد اما الفئة العمرية (0-19) و هي تمثل أكبر نسبة مئوية بالنسبة للفئات العمرية الاخرى اما فيما يخص الذكورة نلاحظ ان نسبة الذكورة مرتفعة أي عدد الذكور اكبر من عدد الاناث و هذه الظاهرة طبيعية في كل زمان و مكان .

أما في سنة 2008 فقد انخفضت نسبة الفئة العمرية (0-9) نوعا ما ، إلا أن الهرم السكاني في هذه

السنة تميز بنفس مميزات الهرم السكاني لسنة 1998 رغم انخفاض الخصوبة في هذه الفترة مقارنة بسنة 2008 و السبب يعود إلى ارتفاع في معدلات الزواج لاستدراك ما حدث في العشرية السوداء بسبب الظروف الأمنية الصعبة التي مرت بها البلاد كذلك تحسن في الظروف الاجتماعية .

و الفئة العمرية (20-64) والتي تمثل الفئة النشطة في المجتمع ، و هي في انخفاض مستمر في كلا الفترتين و كلا الجنسين كما نلاحظ ان هذه الفئة تبين عدد الإناث أكبر من عدد الذكور و السبب يعود إلى هجرة الذكور بحثا عن العمل ، اما الفئة العمرية (64 - 80+) و هي فئة المسنين و التي تمثل الفئة المنخفضة في الهرم حيث نلاحظ ارتفاع طفيف في النسبة و هذا يعود إلى انخفاض الوفيات و ارتفاع أمل الحياة عند الولادة نتيجة تحسن الأوضاع الاجتماعية للسكان ، كما ان الإناث أكبر من عدد الذكور و يعود السبب إلى ارتفاع الوفيات عند الذكور و ارتفاع أمل الحياة عند الإناث مقارنة بالذكور نتيجة إلى طبيعة الأعمال الخطرة و الصعبة التي يمارسها الرجل.

تحليل الهرم السكاني لولاية باتنة سنة 1998 و 2008

يتميز الهرم السكاني لولاية باتنة سنة 1998 بقاعدة عريضة حسب الفئة العمرية (0-4) ضيق في الفئة (5-9) ويعود هذا الى انخفاض المواليد في خمس السنوات السابقة لهذه الفئة ، اما الفئة العمرية (0-24) و هي تمثل

أكبر نسبة مئوية بالنسبة للفئات العمرية الأخرى وخاصة الفئة (15-24) أما فيما يخص الذكور نلاحظ ان نسبة الذكور مرتفعة أي عدد الذكور أكبر من عدد الاناث و هذه الظاهرة طبيعية في كل زمان و مكان .

أما في سنة 2008 فقد ارتفعت نسبة الفئات العمرية و يعود السبب الى هجرة و استقطاب الولاية عدد هائل من السكان ، إلا أن الهرم السكاني في هذه السنة تميز بنفس مميزات الهرم السكاني لسنة 1998 رغم انخفاض الخصوبة في هذه الفترة مقارنة بسنة 2008 و السبب يعود إلى ارتفاع في معدلات الزواج لاستدراك ما خلفته العشرية السوداء بسبب الظروف الأمنية الصعبة التي مرت بها البلاد كذلك تحسن في الظروف الاقتصادية و الاجتماعية .

و الفئة العمرية (20-64) والتي تمثل الفئة النشطة في المجتمع ، و هي في انخفاض مستمر في كلا الفترتين و كلا الجنسين كما نلاحظ ان هذه الفئة تبين عدد الإناث أكبر من عدد الذكور و السبب يعود إلى هجرة الذكور بحثا عن العمل ، أما الفئة العمرية (64 - 80+) وهي فئة المسنين و التي تمثل الفئة المنخفضة في الهرم و هذا يعود إلى الوفيات و ذلك بسبب الامراض التنكسية و المزمنة و ارتفاع أمل الحياة عند الولادة نتيجة تحسن الأوضاع الاجتماعية للسكان ، كما نلاحظ ان الإناث أكبر من عدد الذكور و يعود السبب إلى ارتفاع الوفيات عند الذكور و ارتفاع أمل الحياة عند الإناث مقارنة بالذكور نتيجة إلى طبيعة الأعمال الخطرة و الصعبة التي يمارسها الرجل.

بناء جدول الوفيات باستعمال الورقة الحسابية: ADJMX

تعتبر الجداول الديموغرافية من الوسائل الهامة لتحليل الظواهر الديموغرافية و يعرفها Pressat :

"Un mode de description de la façon dont surviennent dans une

cohorte , les événements relatif à un ou plusieurs phénomènes

selon l'ancienneté de la cohorte " .

لبناء جدول الوفيات استعملنا الورقة الحسابية ADJMX التابعة لـ PAS نتبع المراحل التالية :

-إلغاء حماية الورقة كي نتمكن من إدخال المعطيات اللازمة:

Outils Protection Ôter la protection de la feuille.

-ادخال رمز مصدر المؤشر المستعمل:

West=1, North=2, East=3, South=4.

-ادخال مجموع الوفيات التي حدثت في سنة معينة في الخلية D 14 .

-ادخال مجموع الوفيات التي حدثت الخاصة بالذكور في الخلية D15 .

-ادخال مجموع الوفيات التي حدثت الخاصة بالإناث في الخلية D16 .

-ادخال توزيع عدد السكان ذكور حسب العمر في العمود C من الخلية C 48 -C 27 .

-ادخال توزيع عدد السكان إناث حسب العمر في العمود D من الخلية D27 . D 48 -

-ادخال قيم معدل وفيات ذكور nMx من الخلية E في العمود E 48 -E 27 .

-ادخال قيم معدل وفيات إناث nMx في العمود F من الخلية F 48 -F 27 .

-عند تسجيل المعطيات يجب حصر الفئة العمرية المفتوحة ضمن حدود الفئة 65 + و 100 + و نضع

الرقم (0) بعد الفئة المفتوحة الأخيرة.

بعد تسجيل المعطيات السابقة الذكر نتحصل على:

جدول الحياة ذكور (A57-K 100).

جدول الحياة إناث (A101-K144).

تقدير و تعديل الوفيات حسب العمر و الجنس (A145 - F 179).

4منحنيات - :

1-قيم mx ذكور المقدرة و المعدلة.

2-قيم mx إناث المقدرة و المعدلة .

3-قيم mx ذكور و إناث المقدرة .

4-قيم mx ذكور و إناث المعدلة .

تحليل النتائج عند استعمال الورقة الحسابية ADJMX

بعد اتمام من ادخال البيانات المطلوبة حسب الورقة الحسابية ADJMX و التي اخترت فيها ولاية باتنة

(عدد السكان حسب الجنس و لسنة 2007) تحصلت على النتائج و التي اشارت الى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة

لولاية باتنة لدى الجنسين من 73.81 سنة لدى الذكور و 76.53 سنة لدى الاناث سنة 2007 نتيجة انخفاض في

معدلات الوفيات خاصة وفيات الاطفال و الرضع ، و تحسن الاوضاع الاجتماعية و الاقتصادية للجزائر ، كما نلاحظ ان

أمل الحياة عند الاناث اكبر من امل الحياة عند الذكور و في كلتا السنتين و هذا راجع الى طبيعة الاعمال التي يقوم بها

الذكور من اعمال شاقة و خطرة مقارنة بعمل الاناث .

ثانيا : المقارنة بين التقديرات المباشرة و التقديرات الغير مباشرة:

ان النتائج التي توصلت اليها التقديرات المباشرة و الغير المباشرة خلال الفترة الزمنية بين (1993 – 2007)

لمعظم ولايات الجزائر فيما يخص معدلات الوفيات و خاصة وفيات الاطفال ، و الخصوبة ، و متوسط العمر المتوقع ، و الهجرة خاصة الهجرة الداخلية .

فبالنسبة لتطور معدل الوفيات تؤكد النتائج التي توضحها التقديرات المباشرة و الغير مباشرة الى استمرار هذا المعدل

في الانخفاض في معظم الولايات و التي تختلف من ولاية الى اخرى و من سنة الى اخرى فمن خلال ترتيب معدلات

وفيات الرضع للولايات حسب السنوات 1987 – 1998 – 2007 نجد

سنة 1987 : كانت الجزائر العاصمة قد سجلت ادنى معدل لوفيات الرضع تم البليدة و تليها تيزي وزو وبعدها بومرداس ثم

تيازة و هذا يفسر ان الوضع الصحي في الجزائر العاصمة احسن من الولايات الاخرى

سنة 1998 : حيث كانت الجزائر في المرتبة الرابعة بعد بومرداس و تيزي وزو و الطارف

سنة 2007 : تواصل مرتبة الجزائر العاصمة في الهبوط بعد الطارف و بومرداس و تيزي وزو و تيازة و ميلة ...

و الجدول التالي يبين تطور وفيات الرضع لبعض ولايات الجزائر خلال السنوات 2005-2006-2007 .

الجدول رقم 30 : تطور وفيات الرضع لولايات الجزائر بين (2005-2007) (DCI) :

الولايات	2005	2006	2007
ام البواقي	250	250	302
باتنة	827	814	767
بجاية	331	380	346
بشار	230	276	253
تمنراست	127	120	152
تيارت	795	723	719
تيزي وزو	275	316	543
سطيف	989	946	1025
سكيكدة	486	387	435
قالمة	178	203	235
قسمطينة	882	538	625
بوربوعريرج	338	378	393
الطارف	146	99	134
تسمسيت	171	191	216
سوق اهراس	258	191	246
ميلة	309	230	397

Source : Office National des Statistiques

و هذا ما يؤكد ان الوضع الصحي متدني في بعض الولايات ثم يختلف من ولاية الى اخرى باختلاف الفترات الزمنية

و يمكن ارجاع السبب الى التحركات السكانية هائلة نحو المدن الكبرى بحثا عن مرافق صحية متطورة اضافة الى توفر الامن

وهذا خلال العشرية السوداء .

اما بالنسبة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة نلاحظ استمراره في الارتفاع لكلا الجنسين و حسب التقديرات المباشرة و الغير المباشرة حيث تختلف من ولاية الى اخرى حسب اختلاف الوفيات و الخصوبة لكل ولاية حيث في سنة 1998 سجلنا 70.5 سنة لذكور و 72.9 سنة اما في 2007 سجلنا 74.7 سنة لذكور و 76.8 سنة للإناث حسب الديوان الوطني للإحصاء 2008 ، كما نلاحظ ان متوسط العمر عند الاناث يفوق متوسط العمر عند الذكور و هذا راجع الى النشاط الذي يمارسه كل شخص .

و بالنسبة للخصوبة فانه في انخفاض مستمر حيث قدر معدل الخصوبة من 4.38 اطفال لكل امرأة حسب الديوان الوطني للإحصاء 1993 و 2.67 اطفال لكل امرأة في عام 1998 و حسب التحقيق الوطني لصحة الاسرة (2002- EASF) قدر بـ 2.37 اطفال لكل امرأة اما المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 فقد بـ 2.27 اطفال لكل امرأة خلال هذه الفترات استمر معدل الخصوبة و الزواج في الانخفاض بسبب ارتفاع العمر عند الزواج حيث سجلنا في 2006 العمر عند الزواج للنساء هو 29.3 سنة للنساء و 33 سنة للذكور مع انتشار وسائل منع الحمل من 50.7 % سنة 1992 الى 61.4 % سنة 2006 و انخفاض معدل الخصوبة و معدل الزواج في الفترة بين (1991 – 2000) ترجع هذا الانخفاض الى تدهور الوضع الامني في البلاد و هذا يختلف من ولاية لأخرى بسبب مدى توفر الامن في كل ولاية .

فبالنسبة للهجرة حيث اضطر ما يقارب 1.5 مليون جزائري الى الفرار من ديارهم بين عامي 1993 – 1997 لما الت اليه الجزائر من تدني في الوضع الامني خلال العشرية السوداء الى العيش في المدن البعيدة عن التوتر و توفر بها الامن اما بعد هذه الفترة فكانت الهجرة بسبب بحث عن ظروف احسن اجتماعيا و اقتصاديا .

خلاصة

من الواضح ان سكان الجزائري دفع ثمننا باهظا من حيث الوفيات و تدهور الصحة وتراجع في معدل الخصوبة و فرار جماعي للسكان تاركين منازلهم بحثا عن الامن اضافة الى تدني الاوضاع الاقتصادية و الاجتماعية بسبب تدني الاوضاع السياسية خلال العشرية السوداء وهذا ما وضحته النتائج المستخلصة من التقديرات الغير مباشرة لتصحيح الاخطاء الموجودة في البيانات التقديرات المباشرة و لا يمكن اعتبار نتائج التقديرات الغير مباشرة صحيحة دائما ، لأنها مبنية في الاساس على مجتمع مغلق (الغاء عامل الهجرة) كما انها تحمل العلاقة الموجودة بين وفيات الامهات و الاطفال فلا يمكن الفصل بينهما و رغم ان الاحصائيات في الجزائر تعاني عدم الدقة إلا انه أثبتت ان معدلات وفيات الاطفال و معدل الخصوبة تتجه نحو الانخفاض و هذا الانخفاض تزامن مع الارتفاع في متوسط العمر عند الولادة و هذا يعود اساسا الى الجهود المبذولة من طرف الدولة .

اختبار الفرضيات:

الفرضية الاولى :

التحول الديمغرافي في الجزائر سلك الطريق نفسه الذي سلكته باقي الدول حيث بدأت بالمرحلة التقليدية و التي تميزت بارتفاع وتذبذب في كل من المواليد و الوفيات نتيجة الأوبئة ، الأزمة الزراعية و وفيات الجزائريين في الحرب العالمية الأولى و الثانية نتيجة تجنيدهم إجباريا في صفوف الجيش الفرنسي ، لتليها المرحلة الثانية و التي اختصت بتراجع معدلات الوفيات مع بقاء المواليد مرتفعة مما أعطى للجزائر خاصية الانتماء للدول ذات النمو القياسي للسكان بمعدل 3.34 %، أما المرحلة الثالثة و التي امتدت ما بين 1971 و 1992 و امتازت بتسارع وتيرة تراجع الوفيات و بداية سقوط المواليد مع بقاء النمو الطبيعي فوق عتبة 3%، أما المرحلة الأخيرة فكانت بعد 1992 وشهدت تراجع سريع لمعدل النمو الطبيعي الذي لم يتجاوز 1.86 % سنة 2007 إلا انه شهد توقف تام اثناء الفترة بين (1991 – 2000) و خلالها انخفضت نسبة الزواج و بذلك انخفاض في معدل الخصوبة ، و ارتفع معدل الوفيات وذلك في الولايات الاكثر تضررا من العنف بسبب تدهور الاوضاع السياسية و انعدام الامن ، حيث سجل معدل النمو الطبيعي 1.48 % سنة 2000 ليستدرك الامر بعد هذا التوتر ويرتفع الى 1.91 % سنة 2008¹.

الفرضية الثانية :

ان الجزائر مرت بمرحلة من التوتر و الذي مس العديد من الولايات و تسببت بالكثير من الخسائر سواء من الناحية البشرية أو من الناحية الاقتصادية فكم من ارواح زهقت و كم من منشأة دمرت و خربت مما

¹ Publications ONS , Démographie Algerienne N°499-520

ادى بـسكان هذه الولايات بتأجيل الزواج و نتج عنه انخفاض في الخصوبة و بالهجرة و نتج عنها انخفاض في السكان و في المقابل شهدت الولايات الاقل تضررا من العنف خلال الفترة بين (1991- 2000) ، ارتفاع معدل الخصوبة و ذلك بسبب الهجرة من الريف الى المدن و من المناطق المتضررة و ارتفاع نسبة الزواج ، مع انخفاض في معدل الوفيات لتوفر الامن وهذا ما نلاحظه في البيانات المحلية الموضحة في الملاحق عكس البيانات الوطنية فهي في اتجاه منتظم حيث تبين انخفاض في معدلات الخصوبة و ارتفاع متوسط العمر عند الولادة فيما يتعلق بمرحلة متقدمة من الانتقال الديمغرافي .

خاتمه

خاتمة و توصيات مقترحة

لا جدال أن التوالد الإنساني لم يعد مسألة تخص الزوجين فحسب ، لقد بلغ التطور الديموغرافي مرحلة دقيقة ، فإن عملية الانتقال الديموغرافي للمجتمعات تتولد عنها نتائج وتغيرات وتحددات أهمها :-

1. التغيرات الحادة في معدلات الزيادة الطبيعية للسكان ، فالمرحلة البدائية تكون الزيادة فيها طفيفة (أي معدل النمو حوالي 0.5 % بين (1901-1910) ثم تأخذ في التزايد التدريجي في المرحلة الثانية ، ومن ثم سرعان ما تصل إلى التزايد الانفجاري حيث معدل النمو يفوق 3% ، ثم يتغير معدل الزيادة بصورة حادة مرة أخرى ليصل إلى مرحلة الاستقرار السكاني حيث سجلنا معدل النمو الطبيعي 1.51 % ، 1.48 % ، 1.63 % خلال السنوات 1999 ، 2000 ، 2004 على التوالي ، نرى أن هذه التقلبات تحتاج إلى مراحل زمنية ، بالإضافة إلى تغيرات في العوامل الاقتصادية ، والسياسية... وغيرها ، وان كل مرحلة من هذه المراحل لها سماتها الخاصة التي تميزها عن غيرها.

2. إن الانتقال الديموغرافي يحدث تغيرات السكانية للمجتمع ، إذ انه يؤثر بشكل مباشر على التركيب السكاني للمجتمع وخاصة التركيب العمري للسكان ، فمثلا عندما يدخل السكان المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي ترتفع معدلات المواليد تزيد نسبة الأطفال الفئة السكانية الأولى المتمثلة بقاعدة الهرم السكاني ، وتتغير بصورة حادة في المرحلة الثانية ، أما في المرحلة الأخيرة فان نسبة كبار السن تتزايد بصورة واضحة الفئة العمرية التي تمثل قمة الهرم السكاني وتنخفض نسبة الأطفال.

3. إن الانتقال الديموغرافي يؤثر ويتأثر بالتحولات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع ويؤثر بعضها البعض ، فان التحسن الاقتصادي والاجتماعي يزيد من نسبة سكان الحضر مما يؤثر بدوره في التحولات الاقتصادية و الاجتماعية ، ومع زيادة المؤثرات تتزايد نسبة سكان الحضر مع تغير مراحل النمو السكاني حتى يصل إلى المرحلة الأخيرة ويكون اغلب السكان من الحضر و خاصة في الفترة بين 1991-2000 حيث سجلنا نسبة التحضر بـ 58.30% سنة 1998 و كان السبب الرئيسي هو توفر الامن و الاستقرار في المدن على غرار الريف بالإضافة الى التحسينات الاجتماعية و الاقتصادية .

4. إن ظاهرة وفيات الأطفال اتخذت منعرجا واحدا في كل الدول سواء المتقدمة منها أو المتخلفة ، وهذا المنعرج يتمثل في الانخفاض ، إذ أن الدول المتقدمة قد قطعت شوطا كبيرا في هذا المجال ، وأصبحت هذه الظاهرة من الحوادث

الديمغرافية النادرة ، أما الدول النامية وان لم ترق إلى هذا المستوى إلا أنها تسير على خطى الدول المتقدمة ، مما أدى إلى انخفاض وفياتها ، وان كانت تختلف من دولة إلى أخرى حسب درجة تطور كل دولة. و الجزائر من بين هذه الدول التي انخفضت فيها نسبة وفياتها و خاصة وفيات الاطفال ، وهذا بفضل السياسة التي تنتهجها ، و إذ بذلت جهودا كبيرة واستطاعت أن تسجل انخفاضا محسوسا في وفيات هذه الشريحة من المجتمع.

إن هذا الانخفاض يعكس مدى اهتمام المصالح الصحية بما يتماشى مع السياسة الصحية للدولة من أجل تحسين المستوى الصحي لهذه الشريحة بحيث ينخفض معدل الوفيات الأطفال الرضع إلى المعدلات العالمية .

في نهاية هذا الموضوع يمكن تسجيل بعض الاقتراحات ربما تساعد على تحسين الوضع الصحي في الجزائر

- 1- إعداد مراكز رعاية الأمومة و الطفولة والتي تهدف إلى تقليل أخطار الحمل والوضع حتى يمكن خفض نسبة الوفيات بين الرضع ، وتجنب الإصابة بأمراض الطفولة ، ثم رعاية الطفل حتى سن التمدرس ، وتقديم الخدمات الصحية اللازمة ليس بالمدن الكبرى فحسب بل في كل مكان حتى الاماكن النائية .
- 2- رعاية الأم الحامل رعاية صحية واجتماعية عند بدء الحمل وحتى وضعه ، ثم رعاية الأم بعد الوضع مباشرة وتقديم النصائح والتوجيهات.
- 3- محاولة تنسيق العمل بين مصالح الحالة المدنية و عيادات التوليد من اجل تقديم إحصائيات دقيقة و الاستفادة منها في البحث العلمي.
- 4- عرض الزوجين للفحص قبل الزواج ، ثم تجنب زواج القرابة.
- 5- رفع المستوى التعليمي للأمهات للتقليل من وفيات الأطفال الرضع ، وتخصيص برامج تلفزيونية خاصة بوسائل تباعد الولادات وحماية صحة الأم و الطفل.

فائفة المصادر والمراجع

المراجع

أولا : المراجع باللغة الغربية :

1- الرسائل الجامعية

1-1- الدكتوراه:

1- بوطيبة فيصل. العائد من التعليم في الجزائر ،رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد ،جامعة تلمسان ،الجزائر، 2010/2009.

2- دريد فطيمة. النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع ،جامعة باتنة ،الجزائر، 2006-2007.

1-2- ماجستير :

3- زيدان احمد. الانتقال الديموغرافي و الافاق الديموغرافية في الجزائر ،مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ،كلية الاداب و العلوم الاجتماعية ،جامعة البليدة ، الجزائر ،ص2001

4- بعيث فاتح. الانتقال الديموغرافي والوبائي في الجزائر،رسالة ماجستير في الديموغرافيا، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ،كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة باتنة،الجزائر، 2008-2009

5- بغزة عادل. أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ،كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ،جامعة باتنة ، الجزائر ، 2009 ،

6- قواوسي صليحة. دور الأسرة الحديثة في تربية الأبناء بالمجتمع الجزائري ،رسالة لنيل شهادة الماجستير ،قسم علم الاجتماع ،جامعة باتنة ،2007.

7- اوطالب نعيمة . الهجرة الداخلية في الجزائر تحليل احصائيات تعدادي 1987 و 1998 ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ،كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ،جامعة وهران ، الجزائر ، 2005،

8- مهيمني سعاد. تأثير برنامج التعديل الهيكلي على الاسرة الجزائرية ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية ،كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة باتنة،الجزائر، 2008-2009

9- لبرارة سماح . دراسة وفيات الاطفال دون خمس سنوات في الجزائر ، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في

الديموغرافية ، كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الاسلامية ، جامعة باتنة،الجزائر، 2009- 2010

2- الجرائد و الدواوين

10- وزارة الصحة و السكان ، ديوان الوطني للاحصائيات ، المسح الجزائري لصحة الام و الطفل الجزائري ، 1992 (EASME)

11- وزارة الصحة و السكان ، ديوان الوطني للاحصائيات ، المسح الجزائري لصحة العائلة الجزائري ، 2002 (EASF)

ثانيا : المراجع باللغة الفرنسية:

1- Revue et Périodiques :

12- Kouaouci A, (1992). **Familles, femmes et contraception**: contribution à une sociologie de la famille Algérienne, CENEAP, Algérie.

13- Kouaouci, A. (1992). «**Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986**», Population 47(2),

14- Kouaouci, A. (1998). **Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? In les transitions démographiques des pays du Sud**,. Editions ESTEM Paris.

15- Kouaouci . A (1983), " **Normes familiales islamiques et fécondité en Indonésie et au Pakistan** " Département de démographie université catholique de Louvain .

16- Kouaouci . A , (1981) " **Intervalle Moyen Et Moyenne Des Intewalls: que peut apporter la taple d éventualité ?** " Document de recherche , N° 55 , département de démographie de Louvain université catholique de Louvain.

17- Kouaouci. A. & al. 2005, «**Indirect Estimation of Life Expectancy at birth in subpopulations: an assessment of the US Bureau of the Census worksheet ADJMX**», *GENUS*, LXI, 2: 35-53

- 18- Kateb, K. 2007 « **Violences politiques et migration au Maghreb** », dans AIDELF, *Les migrations internationales, observation, analyse et perspectives*, Colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française, à Budapest (Hongrie) 20-24 septembre 2004
- 19- Bouisri, A (1998). « **La transition démographique en Algérie : réflexion sur l'avenir** », in les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 441- 456. Editions ESTEM Paris.
- 20- Mokaddem, A et all (2001). **Transition démographique et structure familiale**, CENEAP, Algérie.
- 21- Chebab T, (1999). Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970 -1992. CENEAP, Algérie ,p 111

2- Document :

- 22- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête algérienne sur la santé de la famille, 2005, p. 50.
- 23- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête algérienne sur la santé de la famille, ,(EASF), Alger, 2002
- 24- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête algérienne sur la santé de la famille,(EASME) Alger ,1992
- 25- Ministère de la santé et de la Population et de la Réforme Hospitaliere /Office National des Statistiques,suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 ALGERIE 2006.
- 26- Office Nationale des Statistiques, 2007-2008.
- 27- Office Nationale des Statistiques,2011.
- 28- ONS, (1991) : série statistique rétrospective 1962-1990 in collection statistique n °31 ,Alger.

- 29- ONS, bulletins démographiques, 2001-2010.Ministère de la Santé et de la Population.
- 30- ONS.(1991) : «**Annuaire statistique de l'Algérie** » , N15. Alger ,Paris, 1972, p121.
- 31- Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples . MICS 3 Algérie 2006
- 32- INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de
- 33- décès »., Alger, Algérie
- 34- INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie.
- 35- ONS, suivant les différentes brochures (1980- 2005)
- 36- Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l' ALGERIE 2007-2011 Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi.
- 37- ONS, (2002),Donnés Statistiques , Démographie Algérienne , N 375 . p 12
- 38- ONS,(1994).«DEMOGRAPHIE: projection de population 1990-2010 » collections statistiques démographiques, N°66, Algérie .p 05
- 39- ONS ,(2011)**statistique de l'Algérie** . Alger ,.
- 40- Rapport national sur le développement humain-algerie 2008 p20-24
- 3- D-Le set :**
- 41- www.who.int/about/copyright/ar 1999
- 42- <http://www.ons.dz>, Alger ,(1990-2012)
- 43- **www.annabaa.org/nbanews/66/2932007**

ملخص :

استهدف هذا البحث و الذي عنوانه "أثر الوفيات في الانتقال الديمغرافي في الجزائر " و يقصد بالانتقال الديموغرافي الانتقال من حالة ارتفاع معدلات الخصوبة والوفاة إلى انخفاض معدلات الخصوبة والوفاة . ويمر هذا الانتقال بمرحلتين : الأولى ينخفض فيها معدل وفيات الأطفال والرضع ، بينما يستمر معدل الخصوبة مرتفعاً ، فيرجع معدل النمو السكاني وترتفع نسبة الفئات العمرية الصغيرة ويرتفع معدل الإعالة. أما المرحلة الثانية فينخفض فيها معدل الخصوبة تدريجياً حتى يبلغ معدل الإحلال 2.11 (طفل لكل امرأة) فينخفض معدل النمو السكاني ويتجه نحو الاستقرار وتنخفض نسبة الفئات العمرية الصغيرة ، وترتفع نسبة السكان في سن العمل ، الذين كانوا في الفئات العمرية الصغيرة في المرحلة الأولى ، وينخفض معدل الإعالة ، وان كان يعود إلى الارتفاع مرة أخرى عندما ترتفع نسبة كبار السن نتيجة لهذا التحول. ينعكس انخفاض معدل الخصوبة ومعدل الوفيات مباشرة على نسبة الزيادة الطبيعية للسكان

مشكلة البحث:

تتمحور مشكلة البحث في معرفة أثر الوفيات في الانتقال الديمغرافي في الجزائر و ما الت اليه خلال الفترة الممتدة بين (1991-2000) أي اثناء العشرية السوداء .

فرضيات البحث:

- 1- التحول الديمغرافي في الجزائر شهد توقف تام اثناء العشرية السوداء (1991 - 2000) و خلال هذه الفترة انخفضت نسبة الزواج و بذلك انخفاض في معدل الخصوبة ، و ارتفع معدل الوفيات وذلك في الولايات الاكثر تضررا من العنف .
- 2- في المقابل شهدت الولايات الاقل تضررا من العنف خلال العشرية السوداء ، ارتفع معدل الخصوبة و ذلك بسبب الهجرة من الريف الى المدن و ارتفاع نسبة الزواج ، مع انخفاض في معدل الوفيات .

الهدف من البحث :

يهدف هذا البحث الى دراسة العوامل و الاسباب التي تؤثر على حركية السكان على تركيباته المختلفة و كيفية التحكم في عدد السكان من خلال التحكم في هذه العوامل و خاصة الوفيات . حيث تنقسم هذه العوامل الى عوامل مباشرة التي تحمل تأثير مباشر على تغير عدد السكان و بنيتهم (الولادات ، الوفيات و الهجرة) و عوامل غير مباشرة التي تؤثر على عدد السكان عن طريق تأثيرها على احد العوامل المباشرة الثلاثة (البطالة ، ازمة السكن ، الظروف المعيشية و البيئية و السياسية و غيرها) .

منهج البحث:

يعتمد هذا البحث اسلوب الوصفي التحليلي الذي يقوم بوصف ظاهرة من الظواهر كالوفيات أو الخصوبة و محاولة الوصول إلى الأسباب و العوامل التي تتحكم فيها و اسلوب المقارن الذي يقوم هذا بمقارنة الظواهر فيما بينها أو العوامل المكونة لها كأسباب الوفيات بين مرحلتين و مقارنة مستويات ، اتجاهات و العوامل المتحركة في الخصوبة و استخلاص النتائج باستخدام برنامج MORTPAK و اوراق تحليل السكان PAS لسنتي 1998-2008 .

حدود البحث المكانية و الزمانية :

المجموع الكلي لسكان الجزائر حسب الجنس و الفئات العمرية باستخدام الاحصائيات المتوفرة من الطرق المباشرة كالديوان الوطني للإحصاء ONS و 2006 المسح العنقودي متعدد المؤشرات و التعداد السكان 1998 و 2008 و غيرها

النتائج:

التحول الديمغرافي في الجزائر سلك الطريق نفسه الذي سلكته باقي الدول حيث بدأت :

- 1- بالمرحلة التقليدية و التي تميزت بارتفاع و تذبذب في كل من المواليد و الوفيات نتيجة الأوبئة ، الأزمة الزراعية و وفيات الجزائريين في الحرب العالمية الأولى و الثانية نتيجة تجنيدهم إجباريا في صفوف الجيش الفرنسي ،
- 2- المرحلة الثانية و التي اختصت بتراجع معدلات الوفيات مع بقاء المواليد مرتفعة مما أعطى للجزائر خاصية الانتماء للدول ذات النمو القياسي للسكان بمعدل 3.34 %.
- 3- المرحلة الثالثة و التي امتدت ما بين 1971 و 1992 و امتازت بتسارع و تيرة تراجع الوفيات و بداية سقوط المواليد مع بقاء النمو الطبيعي فوق عتبة 3 %.
- 4- المرحلة الأخيرة فكانت بعد 1992 و شهدت تراجع سريع لمعدل النمو الطبيعي الذي لم يتجاوز 1.86 % سنة 2007 إلا انه شهد توقف تام اثناء الفترة بين (1991 - 2000) و خلالها انخفضت نسبة الزواج و بذلك انخفاض في معدل الخصوبة ، و ارتفع معدل الوفيات في الولايات الاكثر تضررا من العنف بسبب تدهور الاوضاع السياسية و انعدام الامن ، حيث سجل معدل النمو الطبيعي 1.48 % سنة 2000 ليستدرك الامر بعد هذا التوتر و يرتفع الى 1.91 % سنة 2008 و في المقابل نلاحظ العكس في الولايات الاقل تضررا وهذا ما نلاحظه في البيانات المحلية أما البيانات الوطنية فهي في اتجاه منتظم حيث تبين انخفاض في معدلات الخصوبة و ارتفاع متوسط العمر عند الولادة فيما يتعلق بمرحلة متقدمة من الانتقال الديمغرافي .

ملح

الجدول رقم 01: نتائج تقنية ADJASFR من تقنية PAS :

Population and Reported and Adjusted Fertility Estimates					
Age	Effectifs de femmes	Données niveau national		Résultats niveau local	
		Taux de fécondité	Naissances attendues	Naissances observées	Taux de fécondité
15-19	39 528	0,0044	174	351	0,0089
20-24	28 993	0,0513	1 487	2 999	0,1034
25-29	24 158	0,1111	2 684	5 412	0,2240
30-34	17 137	0,1292	2 214	4 464	0,2605
35-39	15 006	0,1089	1 634	3 295	0,2196
40-44	12 076	0,0477	576	1 161	0,0962
45-49	9 397	0,0023	22	44	0,0046
Total	146 294	0,4549	8 791	17 726	0,9173
TFR	X	2,2745	X	X	4,5863
CBR	X	X	13,90	28,03	X
Naissances 2006		17 726			
Population totale		632 487			

تحليل نتائج تقنية ADJASFR و الذي استعملنا فيه البيانات المطلوبة من خلال محافظة الواد 2006 التالية :

● اجمالي عدد السكان في 2006 هو : 623487 و المواليد : 17726 و عدد النساء الذي تتراوح

اعمارهم بين 15-49 حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006

وتوصلنا الى المواليد المتوقعة حسب الفئات العمرية و المواليد المعدلة وسجلنا في محافظة الواد معدل الخصوبة ب :

4.58 اطفال لكل امرأة و هنا نلاحظ نسبة الخصوبة عالية في الواد ويمكن ارجاع السبب لرغبة الزوجين بعدد من

الاطفال أو لعدم استعمال موانع الحمل .

الجدول رقم 02: مقارنة التقديرات المباشرة و الغير مباشرة لمعدلات الخصوبة في 48 ولاية سنة

1998

.Wilayates	ISF : Direct	ISF : Indirect	Différence relative	Wilayates	ISF : Direct	ISF : Indirect	Différence relative
	1	2	3= (1-2)/1		1	2	3= (1-2)/1
Adrar	4,6	4,38	0,048	CONSTANTINE	2,21	2,14	0,032
CHLEF	2,84	2,69	0,053	MEDEA	2,47	2,36	0,045
LAGHOUAT	3,28	3,18	0,030	MOSTAGANEM	2,66	2,6	0,023
OUM EL BOUAGHI	2,68	2,63	0,019	M SILA	3,61	3,49	0,033
BATNA	3,06	2,94	0,039	MASCARA	2,57	2,51	0,023
BEJAIA	2,17	2,15	0,009	OUARGLA	4,06	3,9	0,039
BISKRA	3,64	3,51	0,036	ORAN	2,19	2,16	0,014
BECHAR	2,87	2,76	0,038	EL BAYADH	3,57	3,43	0,039
BLIDA	2,32	2,27	0,022	ILLIZI	4,81	4,61	0,042
BOUIRA	2,43	2,32	0,045	B.B.ARRERIDJ	3,02	3,04	-0,007
TAMANRASSET	4,47	4,26	0,047	BOUMERDES	2,32	2,2	0,052
TEBESSA	3,09	2,97	0,039	EL TARF	2,23	2,11	0,054
TLEMCEN	2,25	2,24	0,004	TINDOUF	3,93	3,79	0,036
TIARET	3,07	2,98	0,029	TISSEMSILT	3,23	3,03	0,062
TIZI OUZOU	1,99	1,94	0,025	EL OUED	4,56	4,45	0,024
ALGER	1,87	1,83	0,021	KHENCHELA	3,18	3,01	0,053
DJELFA	4,49	4,32	0,038	SOUK AHRAS	2,44	2,36	0,033
JIJEL	3,14	2,85	0,092	TIPAZA	2,3	2,24	0,026
SETIF	2,8	2,74	0,021	MILA	3,04	2,89	0,049
SAIDA	2,66	2,59	0,026	AIN DEFLA	2,86	2,68	0,063
SKIKDA	2,64	2,45	0,072	NAAMA	2,87	2,82	0,017
SIDI BEL ABBES	2,2	2,15	0,023	AIN TEMOUCHENT	2,16	2,12	0,019
ANNABA	1,94	1,87	0,036	GHARDAIA	3,33	3,28	0,015
GUELMA	2,3	2,21	0,039	RELIZANE	2,66	2,59	0,026
				Algérie	2,66	-	-

الجدول رقم 03 : مقارنة التقديرات المباشرة و الغير مباشرة لصافي الهجرة بين التعدادين

1998-1987

wilayates	Estimation indirecte		Calcul direct	wilayates	Estimation indirecte		Calcul direct
	N. net de migrants 98	N net de migrants 08			N. net de migrants 98	N net de migrants 08	
	1	2	3		1	2	3
Adrar	7333	16030	-20898	MEDEA	-30195	-98230	-59508
CHLEF	-29626	-27402	-10806	MOSTAGANEM	-8702	7473	5243
LAGHOUAT	37684	47544	-841	M SILA	2756	-12310	-4017
OUM EL BOUAGHI	-5883	30227	-5201	MASCARA	-20167	-15058	-3103
BATNA	-17124	-39417	-7145	OUARGLA	32929	-4107	12236
BEJAIA	-2536	-39171	2919	ORAN	54308	27852	40959
BISKRA	20680	7408	9187	EL BAYADH	18523	14831	3285
BECHAR	-5029	1333	-4937	ILLIZI	6658	6461	3553
BLIDA	-67889	69995	18252	B.B.ARRERIDJ	-70002	-38171	-2063
BOUIRA	-26021	-14187	-10252	BOUMERDES	-113139	64035	29056
TAMANRASSET	11222	2663	3284	EL TARF	9920	4973	12978
TEBESSA	6875	174	1453	TINDOUF	4592	15557	1895
TLEMCEN	108826	-131428	2141	TISSEMSILT	-24018	-13647	-11625
TIARET	-131428	108826	-4494	EL OUED	5537	19287	-929
TIZI OUZOU	-6534	-71484	4762	KHENCHELA	6694	-12884	2647
ALGER	393871	-22082	24961	SOUK AHRAS	2526	17146	-1934
DJELFA	102949	96456	11781	TIPAZA	-186356	11264	15086
JIJEL	-22691	426	-19126	MILA	-3461	-2393	3196
SETIF	426	26130	1033	AIN DEFLA	-28219	-4081	-11734
SAIDA	-8687	966	-1871	NAAMA	7765	31217	2931
SKIKDA	-9776	8819	-903	AIN TEMOUCHENT	-2816	-7917	6311
SIDI BEL ABBES	-9807	-2852	4954	GHARDAIA	9035	-10864	382
ANNABA	51322	11631	5578	RELIZANE.	-39502	-17695	-15309
GUELMA	-4963	-16447	-260				
CONSTANTINE	-10290	395	2132	Total	17574	47292	35239

Source : ONS.1987-1998-2008

الجدول رقم 04: مقارنة التقديرات المباشرة و الغير مباشرة لمعدل الخصوبة و عدد الزوجات لـ 48 ولاية
(1991-2006).

Wilayates	Indice Synthétique de Fécondité		Nombre de mariages			wilayates	Indice Synthétique de Fécondité		Nombre de mariages		
	1995	2006	1991	1995	2006		1995	2006	1991	1995	2006
				1991 =100	1991 =100					1991 =100	1991 =100
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Adrar	4,31	3,68	1230	0,996	1,461	CONSTANTINE	3,57	3,19	5087	0,919	1,711
CHLEF	4,05	1,89	3934	1,019	2,342	MEDEA	3,83	2,55	3904	0,804	1,793
LAGHOUAT	4,48	3,31	1768	1,002	1,541	MOSTAGANEM	3,7	3,14	3236	1,104	2,039
OUM EL BOUAGHI	3,93	2,78	2722	0,887	2,082	M SILA	4,78	3,82	2845	1,25	2,457
BATNA	4,49	3,57	4817	0,957	2,013	MASCARA	3,71	3,15	4202	1,051	1,873
BEJAIA	3,34	3,04	4235	1,032	1,841	OUARGLA	5,16	3,92	2067	0,925	1,812
BISKRA	4,84	2,32	2891	1,008	1,888	ORAN	2,93	2,98	6349	1,174	1,929
BECHAR	3,9	3,26	1450	0,994	1,641	EL BAYADH	5,86	4,43	1347	1,088	1,468
BLIDA	2,39	3,87	5207	0,963	1,773	ILLIZI	6,23	2,35	114	1,088	1,86
BOUIRA	4,64	3,33	2693	1,101	2,313	B.B. ARRERIDJ	4,06	4,08	2509	1,001	2,458
TAMANRASSET	5,28	3,84	407	0,823	1,585	BOUMERDES	3,18	2,3	4009	1,036	2,073
TEBESSA	4,58	3,17	2757	0,865	1,875	EL TARF	2,38	4,48	1891	0,931	1,88
TLEMCEN	3,23	2,93	5683	1,057	1,841	TINDOUF	4,92	3,53	81	1,198	2,938
TIARET	3,23	2,93	3649	1,058	1,995	TISSEMSILT	4,42	3,11	1456	0,835	1,589
TIZI OUZOU	2,76	1,95	5180	1,063	1,941	EL OUED	5,88	4,59	2492	0,981	1,896
ALGER	2,3	3,44	12215	1,09	2,47	KHENCHELA	4,14	2,8	1609	1,031	1,831
DJELFA	4,94	3,85	1629	0,879	2,231	OUKAHRAS	3,27	2,31	1996	0,946	1,786
JIJEL	4,44	3,23	2779	0,772	1,599	TIPAZA	3,63	2,06	4397	1,038	1,278
SETIF	4,18	3,08	6662	1,001	2,367	MILA	4,02	2,37	3506	0,915	1,819
SAIDA	3,48	3,21	1544	1,098	2,163	AINDEFLEA	3,9	3	3291	0,982	1,984
SKIKDA	3,46	2,43	3860	0,973	1,826	NAAMA	5,23	3,98	116	9,879	14,51
SIDI BEL ABBES	3,09	3,08	3202	1,024	1,838	AIN TEMOUCHENT	2,65	2,62	2018	1,059	1,89
ANNABA	3,21	3,61	3341	0,937	1,734	GHARDAIA	4,77	1,96	2200	1,055	1,456
GUELMA	2,72	3,73	2386	1,01	1,843	RELIZANE	4,11	3,03	3504	0,99	1,886
CONSTANTINE	3,57	3,19	5087	0,919	1,711						
						ALGERIE			151467	1,009	1,95

Source : ONS.(1991-2006)

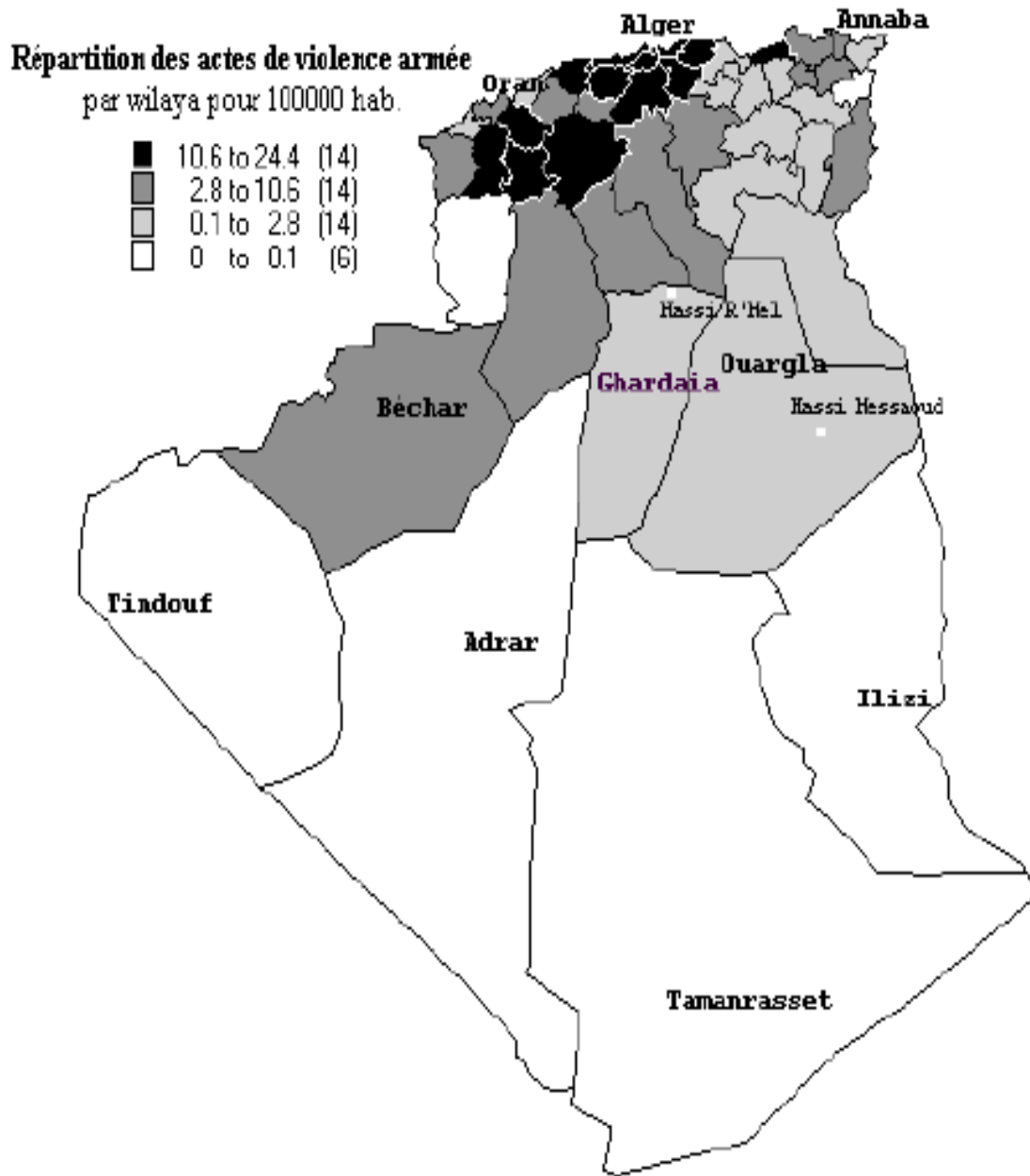
الجدول رقم 05: مقارنة التقديرات المباشرة لوفيات الرضع (1987-1998-2007) و الغير مباشرة

لأمل الحياة المتوقع عند الولادة حسب الجنس لـ 48 ولاية (1993-2007)

wilayates	Estimations indirectes espérances de vie e(0)				Calcul direct taux mortalité infantile			wilayates	Estimations indirectes espérances de vie e(0)				Calcul direct taux mortalité infantile		
	SM 93	SF 93	SM 07	SF 07	1987	1998	2007		SM 93	SF 93	SM 07	SF 07	1987	1998	2007
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
Adrar	72,38	73,19	72,16	74,94	0,082	0,046	0,027	CONSTANT INE	63,03	68,56	69,49	74,11	0,056	0,055	0,033
CHLEF	70,79	75,01	75,64	76,95	0,069	0,033	0,025	MEDEA	73,4	75,84	76,22	77,92	0,059	0,031	0,023
LAGHOUAT	69,13	73,13	75,57	76,18	0,057	0,050	0,031	MOSTAGA NEM	67,12	72,49	70,41	74,62	0,083	0,048	0,032
OUM EL BOUAGHI	73,93	78,61	76,27	78,49	0,063	0,030	0,018	M SILA	74,88	78,43	75,43	76,18	0,062	0,033	0,025
BATNA	70,28	74,65	73,81	76,53	0,062	0,037	0,027	MASCARA	69,29	71,67	73,15	75,14	0,082	0,038	0,028
BEJAIA	72,49	73,72	72,62	76,37	0,072	0,033	0,021	OUARGLA	70,9	74,45	72,63	76,51	0,062	0,039	0,026
BISKRA	70,65	75,26	74,26	77,44	0,061	0,036	0,027	ORAN	68,63	75,3	69,83	76,69	0,058	0,035	0,029
BECHAR	69,66	73,09	72,36	76,55	0,061	0,045	0,026	EL BAYADH	69,1	69,39	74,98	77,15	0,077	0,040	0,034
BLIDA	77,34	80,23	71,85	76,28	0,048	0,028	0,018	ILLIZI	66,62	69	75,35	77,79	0,075	0,056	0,027
BOUIRA	65,63	70,51	77,19	78,13	0,062	0,028	0,021	B.B.ARRERI DJ	72,6	76,13	76,55	78,24	0,067	0,027	0,021
TAMANRASS ET	65,65	71,27	63,34	71,96	0,075	0,041	0,026	BOUMERD ES	N.D	N.D	79,45	81,86	0,054	0,019	0,015
TEBESSA	70,27	73,25	73,42	75,39	0,068	0,033	0,031	EL TARF	77,52	79,6	N.D.	N.D.	0,062	0,023	0,015
TLEMCEN	67,45	74,44	74,03	76,14	0,061	0,032	0,025	TINDOUF	51,9	69,47	67,27	73,5	0,063	0,056	0,020
TIARET	67,45	74,44	74,03	76,14	0,07	0,043	0,031	TISSEMSIL T	71,29	74,78	75,21	75,79	0,068	0,037	0,025
TIZI OUZOU	74,02	75,98	75,69	79,71	0,052	0,022	0,016	EL OUED	72,25	74,98	75,86	76,49	0,067	0,038	0,024
ALGER	68,82	75,87	70,37	76,29	0,044	0,025	0,020	HENCHELA	72,39	76,84	73,27	74,62	0,07	0,035	0,035
DJELFA	74,48	79,7	78,68	80,46	0,068	0,035	0,028	SOUK AHRAS	72,82	76,41	74,84	77,11	0,065	0,035	0,029
JIJEL	71,82	75,14	76,61	79,73	0,069	0,031	0,019	TIPAZA	68,68	70,63	77,31	78,54	0,054	0,026	0,017
SETIF	71,71	74,71	75,19	76,33	0,066	0,034	0,025	MILA	74,44	77,28	78,33	79,89	0,067	0,025	0,016
SAIDA	72,27	75,05	73,73	76,16	0,07	0,050	0,034	AIN DEFLA	72,38	73,19	75,57	76,93	0,066	0,041	0,028
SKIKDA	73,85	75,27	76,49	77,36	0,062	0,032	0,024	NAAMA	69,82	71,89	74,89	75,54	0,06	0,047	0,034
SIDI BEL ABBES	70,95	73,26	74,03	76,32	0,063	0,033	0,027	AIN TEMOUCH ENT	N.D.	N.D.	73,93	77,34	0,066	0,027	0,018
ANNABA	63,48	69,88	70,39	73,83	0,061	0,060	0,042	GHARDAIA	72,03	73,32	73,22	75,75	0,066	0,029	0,023
GUELMA	74,47	75,91	76,63	79,33	0,068	0,031	0,022	RELIZANE.	69,03	72,2	72,49	74,63	0,08	0,042	0,029
								ALGERIE	66,74	68,12	74,7	76,8	0,064	0,035	0,025

Source : ONS.(1987-2008)

الشكل رقم 01 : الخريطة الجزائرية تبين العنف في الجزائر خلال العشرية السوداء



Source : KATEB, K. 2007 « Violences politiques et migration au Maghreb », dans AIDELF, *Les migrations internationales, observation, analyse et perspectives*, Colloque international de l'Association internationale des démographes de langue française, à Budapest (Hongrie) 20-24 septembre 2004