

تطور مستويات التغطية التطعيمية للأطفال في الجزائر وأهم العوامل المحيطة بها حسب المسوح الوطنية المنجزة المتعلقة بمتابعة الأطفال

أ. شماني أحمد (طالب دكتوراه)

جامعة الجزائر 2 (الجزائر)

أ.د. درواش رابح

جامعة البليدة 2 (الجزائر)

ملخص:

شهدت الجزائر خلال العقد الأخيرين تغيرات هامة في عديد المجالات، بما فيها التغير على المستوى الديموغرافي الذي عرف تطورا بوتيرة متسارعة مقارنة بالمستوى العالمي، تعد معدلات المواليد من أهم المؤشرات الديموغرافية التي عرفت ارتفاعا مستمرا، نتج عنه ارتفاع عدد الأطفال، اضطرت الدولة على إثره إلى مضاعفة الجهود بغية تلبية الحاجيات الأساسية لهذه الشريحة المهمة من السكان، قصد الاستثمار في هذه الفئة على المديين المتوسط والبعيد بغية إنتاج مجتمع سليم ومتوازن، ومن أهم الخدمات التي وجبت ضرورة توفيرها وتقديمها لهذه الفئة، نذكر الرعاية الصحية، التي تتمثل أساسا في التغطية التطعيمية ضد الأمراض السارية والممكن تفاديها بالالتزام ببرامج التطعيم الموسعة والمنظمة (PVE)، كما يجب أن تكون هذه التغطية بمستويات مقبولة، وعلى ضوء هذا قمنا باعتماد هذا الموضوع كورقة عمل نوضح من خلالها أهم التغيرات التي مسّت الجوانب المتعلقة بمؤشرات التغطية التطعيمية في الجزائر مع محاولة الكشف عن أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بها.

الكلمات المفتاحية: الأمراض الممكن تفاديها بالتطعيم، نسبة التغطية التطعيمية، معدل المواليد، معدل وفيات الأطفال الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، معدل النمو السكاني، معدل النمو الاقتصادي.

Résumé:

L'Algérie a vu au cours des deux dernières décennies, des changements importants dans de nombreux domaines, y compris le changement du niveau démographique, qui a évolué à un rythme accéléré par rapport au niveau mondial, ainsi que le taux de natalité parmi des indicateurs démographiques les plus importants qui a évalué à une hausse continue, ce qui entraîne un nombre élevé d'enfants, contraint l'État à effectuer que doubler efforts afin de répondre aux besoins fondamentaux de ce segment important de la population, afin d'investir dans cette catégorie à moyen et à long terme afin de produire une société saine et équilibrée, et les services les plus importants que la nécessité obligatoire d'être fourni et soumis pour cette catégorie, mentionnons les soins de santé, ce qui est Dans la couverture vaccinale contre les maladies transmissibles et l'engagement évitable aux programmes de vaccination élargie et régulière (PVE), et si une telle couverture à des niveaux acceptables pour être, et à partir d'ici nous avons adopté ce sujet comme document de travail rendent clair dans lequel les plus importants changements qui touchent les aspects des indicateurs de couverture vaccinale en Algérie avec une tentative de détecter les plus importants facteurs démographiques, sociaux et économiques associés.

Mots-clés: maladies évitables, taux de vaccination de couverture vaccinale, taux de natalité, taux de mortalité infantile, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, le taux de croissance de la population, le taux de croissance économique.

مقدمة:

يوفر التلقيح الحماية الكافية من بعض أمراض الطفولة الأكثر خطورة، وبدون تلقيح فإن كثيرا من الأطفال سيموتون أو يصابون بالإعاقات، يحتوي التلقيح على كائنات غير مؤذية ويساعد جسم الطفل على إفراز المضادات التي تحارب الأمراض كما تحميه من خطر التقاط عدوى الأمراض الفتاكة وهي «الشلل، والدفتيريا، والكزاز، والسعال الديكي، والسل، والحصبة والتهاب الكبد الفيروسي ب» وتزداد مخاطر إصابة الطفل بسوء التغذية أو الإعاقة أو الموت إذا لم يكن ملقحا.

شهد العالم بداية السبعينيات وفاة ما لا يقل عن خمسة ملايين طفل سنويا جراء أمراض ممكن تفاديها بالتطعيمات، حيث كان معدل التغطية التطعيمية أقل من 5%. أطلقت المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1974 البرنامج الموسع للتحصين (PEV) ضد ستة أمراض: الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة والسل، وكان هذا البرنامج فعالا سنة 1977، وقد استهدف هذا البرنامج الأطفال حديثي الولادة والرضع في السنة الأولى من العمر، وحتى الأطفال في السن الثالثة والرابعة، حيث تضمنت اجراءات استنادية، كما تضمن النساء في سن الحمل من أجل الوقاية من التيتانوس الذي يصيب حديثي الولادة. [1]

وفي سنة 2005 وضعت المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف رؤية واستراتيجية عالمية للتحصين 2006-2015، التي تهدف إلى خفض معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيم. وكان أحد أهداف هذه الاستراتيجية هي تحقيق جميع البلدان لتغطية وطنية تصل إلى 90% (أي $90 \leq$ %).

يعتبر مؤشر تغطية البرامج الموسعة للتلقيح أحد أهم عناصر الرعاية الصحية الموجهة للأطفال، حيث دعمت الدولة بقراراتها الرامية إلى خفض معدلات وفيات الأطفال حين أعطت التطعيم أولوية خاصة، حيث أصبح التطعيم متوفرا في كل المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات ومراكز رعاية الامومة والطفولة ومراكز التوليد والمستشفيات. من هنا، وبتتبع تطور هذا المؤشر في الجزائر بين الفترة الممتدة من سنة 1992 الموافقة لإجراء أول مسح وطني يعنى بصحة الطفل والذي كان موسوما تحت اسم "المسح الجزائري حول صحة الام والطفل (PAPCHILD 1992) إلى غاية آخر مسح وطني سنة 2012 الذي يعرف "بالمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012 (MICS 4)" مرورا بالمسوح المنجزة بين التاريخين (MICS1، MICS2، و MICS3 سنوات 1995، 2000 و 2006 على التوالي، بالإضافة إلى المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 (PAPFAM) نلاحظ أنه شهد تحولا كبيرا بين تاريخي الملاحظة.

الإشكالية: يساهم تلقيح جميع الأطفال بصفة فعالة في تحقيق أحد الاهداف التنموية للألفية المتمثل في خفض معدلات وفيات الأطفال إلى الثلثين خلال الفترة 1990 - 2015، حيث يضمن التطعيم الحماية اللازمة ضد الامراض الخطيرة التي تهدد حياة الطفل، ويجب أن يستكمل الطفل كل تلقيحاته حسب الجدول المعمول به من طرف وزارة الصحة، فمنذ انطلاق البرنامج الموسع للتطعيم سنة 1974 تم انقاذ ملايين الاطفال وذلك بالحرص على توسيع التغطية الصحية بنسبة 90% على الاقل لدى الاطفال قبل انقضاء عيد ميلادهم الاول، وتحجيم الفوارق الاقليمية، حيث أوصت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف على أن يستفيد الطفل خلال العام الأول من عمره مجموعة من التطعيمات، تمحورت حول التطعيم ضد الدرن أو السل، التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز، التطعيم الثلاثي ضد لشلل وضد الحصبة، وأوصت أن يكون الطفل مستكملا كل التطعيمات بتلقيه كل هذه الجرعات قبل بلوغه سنته الأولى.

تحظى التطعيمات بأهمية كبرى على صعيد منع انتشار العديد من الامراض الخطيرة، وهو ما أدى بجميع المنظمات الوطنية وبالمؤسسات الدولية العاملة في مجال الصحة لعامة إلى الاعتماد على التطعيمات كمحور أساسي في سياستها الصحية، حيث أن السل ، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس، وشلل الأطفال، والحصبة من أهم الامراض

التي تقضي على حوالي 3 إلى 4 ملايين طفل عبر العالم. وفي الجزائر كانت الحصبة أحد أهم الأسباب لوفيات الأطفال فقد سجلت سنة 1986 حوالي 5000 حالة وفاة من الاطفال وكانت تمثل من 10 إلى 15% من معدل وفيات الاطفال. [2]

تم ارساء البرنامج الوطني لحماية الامومة والطفولة في الجزائر في بداية 1970، وتم تعزيزه بتبني البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الاطفال لسنة 1985 وذلك بدمج ثمانية برامج ثانوية، من بينها البرنامج الموسع للتطعيم الذي يدخل في اطار الهدف العالمي "الصحة من أجل الجميع لسنة 2000". وأصبح التطعيم ضد الحصبة اجباريا سنة 1987، وتم ادراج التطعيم ضد الالتهاب الكبدي في قائمة التطعيمات سنة 2000 وأصبح فعليا في سنة 2003. [3]

كانت الجزائر من الدول الاوائل المشاركة في لقاء القمة لمنظمة اليونسيف المنعقد في أكتوبر 1990 والذي كان يهدف إلى ضرورة اكمال الطفل التطعيم قبل أن يتم عامه الأول بنسبة 90% بحلول سنة 2000، كما هدف إلى القضاء أمراض السعال الديكي، الكزاز، السل، الدفتيريا، الشلل، والحصبة، وكذلك تقليص وفيات الاطفال في الريف إلى 80%، والوصول إلى تغطية تحصينية للأمهات الحوامل بنسبة 80%. [4]

من خلال ما تم التطرق إليه نطرح التساؤل التالي:

كيف تغيرت مستويات التغطية الصحية المتعلقة بالبرنامج الموسع للتطعيم في الجزائر خلال الفترة المحددة بالتاريخين 1992 و 2012، وماهي الجوانب ذات العلاقة بهذا التغيير؟

تحديد المفاهيم: من خلال تناولنا هذا البحث سنحاول تقديم مفاهيم لأهم الكلمات المفتاحية المتعلقة بالموضوع.

أ. البرنامج الموسع للتطعيم (PVE): يشمل البرنامج الموسع للتطعيم لسنة 1990 والذي تمت مراجعته سنة 2003 التطعيمات الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 01: الرزنامة الزمنية للتطعيمات

عمر الطفل	نوع التطعيم
عند الولادة	BCG ضد السل + التطعيم ضد الالتهاب الكبدي + الفيتامين د
الشهر 03	التطعيم الثلاثي ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل (الجرعة الاولى)
الشهر 04	التطعيم الثلاثي ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل (الجرعة الثانية)
الشهر 05	التطعيم الثلاثي ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل (الجرعة الثالثة) + التطعيم الاضافي للفيتامين د.
الشهر 09	التطعيم ضد مرض الحصبة.
الشهر 18	التطعيم الثلاثي ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل (الجرعة الرابعة)

المصدر: المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 MICS3، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، والديوان الوطني للإحصائيات ONS

بالإضافة إلى التطعيمات المكملة التالية:

- التطعيم ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل + التطعيم ضد مرض الحصبة (6 سنوات).
- التطعيم ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل (11 - 13 سنة).
- التطعيم ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز + التطعيم الثلاثي ضد الشلل (16 - 18 سنة).
- التطعيم الثلاثي ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز (بعد سن 18 كل 10 سنوات).

ب. الأمراض السارية التي تفتك بالأطفال والتطعيمات المضادة: تشمل هذه الأمراض السارية والتطعيمات المضادة لها والتي تمكن من تفادي الإصابة بها وتجنب أعراضها ومضاعفاتها مايلي:

• **السل (La Tuberculose):** مرض مزمن يصيب الانسان في كافة مراحل حياته لكنه غالبا ما يصيب الاطفال، وينتقل هذا المرض عن طريق الرذاذ بواسطة التنفس والكلام والسعال، واستعمال أدوات المريض الملوثة بإفرازات الفم والأنف، وعن طريق شرب الحليب غير المغلي وتناول لحوم الحيوانات المريضة. ومن أعراض هذا المرض: سعال جاف يدوم فترة طويلة، حمى مسائية يصحبها عرق غزير في الليل، فقر الدم مع هزال شديد، وخز في الصدر بسبب التهاب غشاء الرئة، سعال ملوث بالدم أو النزيف في الصدر. ومن أهم مضاعفاته: تدرن الحنجرة، سل الامعاء، السحايا الدماغية، سل العظام. ولا ينتقل مرض السل عبر المشيمة، لهذا يولد الطفل سليما ولكنه قد يتعرض للإصابة نتيجة وجوده باستمرار مع الأم المصابة خاصة أثناء الرضاعة والعناية به، كما أن الأم المصابة لا تعطي المناعة لطفلها، لذلك يفضل عزل الطفل عن الأم المصابة بالسل. [5]

بلغ عدد الحالات الجديدة لهذا المرض ف سنة 2012 حوالي تسعة ملايين (9.000.000) حالة على المستوى العالمي، وتسجيل حوالي مليون ونصف (1.500.000) حالة وفاة سببها مرض السل. يقي تطعيم الأطفال بلقاح BCG الاصابات الخطيرة لمرض السل، لهذا توصي المنظمة العالمية للصحة (OMS) بإعطاء المواليد جرعة واحدة من لقاح BCG (Bacille de Calmette et Guérin) بعد الولادة مباشرة، خاصة في البلدان التي تعرف انتشارا كبيرا لمرض السل. [1]

• **الدفترية أو الخانوق (La Diphtérie):** مرض حاد يصيب الأغشية المخاطية في الانف والفم تسببه جرثومة الدفترية وهي جرثومة عصوية تفرز مواد سامة قوية تذوب بسرعة في الجسم ويمتصها، فتنتقل من مكان الالتهاب إلى الأعصاب والعضلات، ويؤدي إلى الشلل في أعصاب العين أو الحلق أو الأعصاب الطرفية مما يؤدي إلى الشلل، كما يسبب التهاب الكليتين وعضلة القلب والتهاب الشعب الهوائية والرئتين وانسداد القصبة الهوائية، وقد تصل نسبة الوفاة التي يسببها هذا المرض إلى 25%. وينتقل المرض عن طريق الرذاذ المتطاير أثناء الكلام والسعال وعن الاتصال المباشر مع المريض وملامسة حاجياته الملوثة. وللوقاية من المرض، يعطى للطفل التطعيم الثلاثي DTC3 (الدفترية + الكزاز + السعال الديكي) عند اكماله الشهر الثاني من عمره بثلاث جرعات بين كل منها شهران، وجرعة منشطة بعد سنة من الجرعة الثالثة، ويعطى للطفل جرعة أخرى عند دخوله الروضة. (أيمنسليمانز اهرقو آخرون، مبادئ صحة الطفل وتغذيته، دار الخليج للنشر، عمان، الأردن، 2001، ص 49 - 60)

بلغ مستوى التغطية للقاح الدفترية في العالم سنة 2014، حوالي 85%، حيث تلقى 115 مليون رضيع الجرعات الثلاثة للقاح DTC. [1]

• **الكزاز أو التيتانوس (Le Tétanos):** ينتج مرض التيتانوس من تلوث الجروح بميكروب خاص يفرز سمومه القوية في جسم الانسان فنصل إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة الاعصاب والدم فتسبب تقلصات في العضلات، خاصة عضلات المضغ (الحنك). وينتشر هذا المرض في جميع أنحاء العالم وفي جميع فصول السنة، ويعيش ميكروب هذا المرض طبيعيا في امعاء الحيوانات لا سيما أكلة العشب، ويعيش كذلك في أمعاء الإنسان أحيانا ويخرج مع البراز ويكون كيبسا (أبواغ) حول نفسه ويبقى على هذا الحال حتى يجد الظروف المناسبة لدخوله في الجرح وعند ذلك يخرج ميكروب المرض من كيسه وينمو ويتكاثر في موضعه ويفرز السموم التي ينتج عنها المرض. وينتشر هذا الميكروب بكثرة في تراب الشوارع والحقول التي يتم تسميدها طبيعيا. ويدخل الميكروب إلى الجسم عن طريق الجرح ولا يستطيع هذا الميكروب اختراق الجلد السليم، ولا يبقى الميكروب في الجرح ولا يسير في الدم مطلقا، لكنه يفرز سمومه التي تسري في الجسم وتصل إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق الاعصاب والدم.

وتتمثل مضاعفات المرض فيما يلي: التهاب الجهاز التنفسي، هبوط في القلب، انسداد الحنجرة (الاختناق)، الوفاة بنسبة 35% إلى 75% من الحالات. وللوقاية من هذا المرض يجب إعطاء اللقاح الثلاثي (DTC) الذي يحتوي على مطعم الكزاز. [5]

● **شلل الأطفال (La Poliomyélite):** مرض فيروسي حاد ينتقل بواسطة الملامسة المباشرة لإفرازات البلعوم أو البراز، ويدعى الفيروس (بوليوفايرس) وهو يصيب النخاع الشوكي. يقاوم هذا الفيروس صغير الحجم المحاليل الكيميائية ويموت بتأثير الأشعة والمحاليل المؤكسدة وماء الأوكسجين ومحلول الكلور. قد تكون عملية الشفاء تامة خلال عدة أشهر، كما قد تؤدي إلى حدوث الشلل المزمّن ويعتمد هذا على شدة المرض، وتكثر الإصابة بهذا المرض خلال أشهر الصيف والخريف. وتتمثل مضاعفات المرض في التهاب الجهاز التنفسي، وضمور الأطراف وفقدانها للحس والحركة، وحصر بول مؤقت، واضطرابات نفسية بسبب حدوث الشلل التام. [5]

أطلقت المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1988، المبادرة العالمية لاستئصال مرض شلل الأطفال بهدف القضاء على هذا المرض في أفق سنة 2005. وذلك بالتطعيم بلقاح VPO (توجد ثلاث أمصال لفيروس شلل الأطفال 1، 2 و 3) الذي يؤخذ عن طريق الفم. و توجد حاليا عدة تلقيحات VPO أحادية التكافؤ (VPO1، VPO3)، وثنائية التكافؤ (المصلان 1 و 3: VPOb)، و ثلاثي التكافؤ (الأمصال 1، 2 و 3: VPOt). أعطت هذه التلقيحات نتائج مذهلة حتى سنة 2003، حيث انتقلت من 350.000 حالة سنة 1983 إلى 682 حالة فقط سنة 2003.

● **الحصبة (La Rougeole):** الحصبة مرض فيروسي حاد سريع الانتشار بين الأطفال، تنتقل العدوى عن طريق الرذاذ المتطاير من فم المريض أو استعمال أدواته، وتتمثل مضاعفات هذا المرض في: الالتهاب الرئوي، التهاب الأذن الوسطى، التهاب الدماغ، سوء التغذية، الوفاة. ويعطى، من أجل الوقاية من هذا المرض، مطعم الحصبة بعد الشهر التاسع وبجرعة واحدة، لأن الطفل تكون لديه مناعة طبيعية في الأشهر الأولى من عمره ومع تقدم العمر تقل هذه المناعة. ويعطى هذا المطعم 90% مناعة طويلة حياة الطفل.

تعد الحصبة المرض الأول المسبب لوفيات الأطفال الذي يمكن تفاديه بالتلقيح. ومن بين أهداف الالفية من أجل التنمية، القضاء واستئصال مرض الحصبة في أفق سنة 2015، ولتحقيق هذا الغرض وجب الوصول الى تغطية تطعيمية تفوق 95%. [1]

● **التهاب الكبد الفيروسي "ب" (L'Hépatite à Virus B) HBV:** يعتبر مرض التهاب الكبد الفيروسي معد ومزمن وقاتل، حيث قدر عدد المصابين بالعدوى VHB بملياري شخص، بينهم 240 مليون عدوى مزمنة. كما يعتبر المسؤول عن وفاة 780 ألف شخص سنويا. ويمكن انتقال هذا المرض من الام إلى الطفل عند الولادة أو من طفل لآخر خلال فترة الطفولة المبكرة.

وضعت المنظمة العالمية للصحة، سنة 1992، ادراج التلقيح ضد هذا المرض (HBV) في برامج الأطفال التطعيمية المنتظمة (PEV) في كل بلدان العالم، كهدف أساسي، وذلك قبل حلول العام 1997. وفي سنة 2014، بلغ عدد الدول التي تعتمد الجرعات الثلاثة لهذا التطعيم في برامجها التطعيمية المنتظمة 184 بلد. لم يبلغ مستوى التغطية العالمية لتطعيم الرضع بالجرعات الثلاث ضد مرض التهاب الكبد الفيروسي ب (HBV)، حسب اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، سوى 1% سنة 1990، وقفزت هذه النسبة بعد أكثر من عقدين من الزمن إلى 81% (سنة 2013). فيما بلغ مستوى التغطية العالمية لتطعيم الرضع ضد هذا المرض عند الولادة بجرعة واحدة خلال نفس السنة (2013) النسبة 38%. [6]

1. تطور أهم المؤشرات الديموغرافية والاقتصادية والصحية في الجزائر (2000 - 2012):

توضح هذه المؤشرات مدى قدرة الدولة على توفير مختلف حاجيات السكان من الخدمات الصحية والاجتماعية بصفة عامة، وبالتالي القدرة على تحقيق رعاية صحية كافية تشمل كافة فئات السكان، وبالخصوص فئة الاطفال التي يستوجب حمايتها وتحسينها من خلال برامج الوقاية الصحية الموجهة لها، فجل أهداف الألفية التي سطرته منظمة الأمم المتحدة من أجل التنمية تتمحور حول الأطفال، إذ أن أحسن المعايير التي تعتمد في قياس نمو وتقدم البلدان في العالم ترتكز أساسا على المؤشرات المتعلقة بالأطفال، كرفع أمل الحياة عند الولادة، وخفض معدلات وفيات الاطفال الرضع، وتقليص معدلات وفيات الاطفال دون سن الخامسة، وتحسين المعدلات الخاملتلمدرس (TBS) بالإضافة إلى مؤشرات رعاية الامومة ذات الصلة المباشرة بالطفولة.

الجدول رقم 02: تطور معدلات النمو السكاني والاقتصادي والتغطية الطبية في الجزائر خلال 1992 و1995 والفترة ما بين سنتي 2000 - 2012

السنوات	حجم السكان	معدل نمو السكان %	معدل النمو الاقتصادي % (*)	عدد الاطباء لكل 1000 نسمة	معدل TBN المواليد الخام
1992	26271 (الاف)	**2,33	-	-	30,41
1995	28060 (الاف)	**1,89	-	0,846	25,33
2000	31183658	1,30	3,00	1,04	19,36
2001	31590320	1,27	5,60	1,07	20,03
2002	31990387	1,26	7,20	1,11	19,68
2003	32394886	1,30	4,30	1,12	20,38
2004	32817225	1,37	5,90	1,15	20,67
2005	33267887	1,45	1,70	1,16	21,36
2006	33749328	1,52	3,40	1,17	22,07
2007	34261971	1,60	2,40	1,28	22,98
2008	34811059	1,70	1,60	1,38	23,62
2009	35401790	1,79	3,60	1,47	24,07
2010	36036159	1,89	2,90	1,56	24,68
2011	36717132	1,97	3,40	1,62	24,78
2012	37439427	1,99	2,80	1,70	26,08

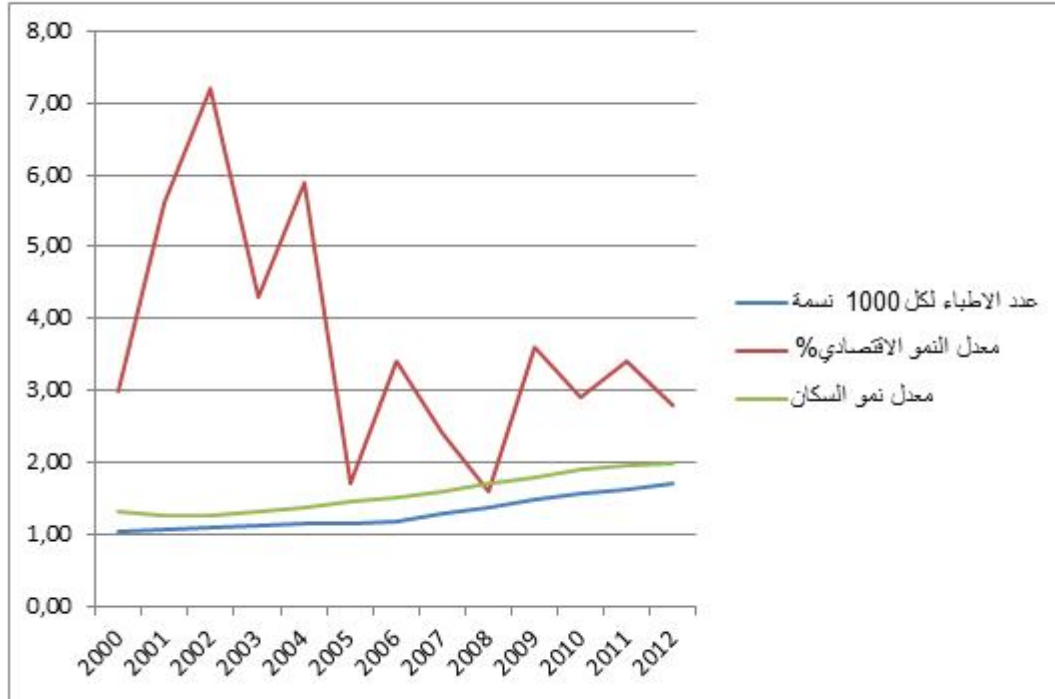
المصدر: - الديوان الوطني للإحصائيات، المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر بالأرقام، أرقام ومعطيات إحصائية ONS - * collection statistique N° 197/2016, série statistique économiques N° 85, Rétrospective des comptes économiques de 1963-2014 ONS

- ** معطيات البنك الدولي، 2017.

لقد شهدت الجزائر زيادة سكانية معتبرة خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى عام 2012، حيث انتقل عدد السكان من 31183658 نسمة سنة 2000 إلى أكثر من 37 مليون نسمة سنة 2012. كما تم تسجيل طفلة هذه الفترة ارتفاع مستمر في معدلات النمو السكاني، حيث بلغت قيمته سنة 2000 المستوى 1,30% فيما سجلت عند نهاية الفترة المقدار 1,99%. للإشارة فقد سجل هذا المؤشر سنتي 1992 و1995 القيمتين 2,33% و1,89% على التوالي. وعرفت معدلات النمو الاقتصادي للجزائر خلال الفترة ما بين سنتي 2000 و2012، نموا سريعا في بداية الفترة (الخمس سنوات الأولى)، حيث انتقل معدل النمو الاقتصادي من 3,0% سنة 2000 ليصل المقدار 5,9% سنة

2004، فيما سجل تقلصا وتذبذبا بعد ذلك طيلة باقي الفترة، حيث نزل سنة 2005 إلى المستوى 1,70% ثم استقر ما بين 2,4 و 3,6% حتى نهاية الفترة. للإشارة فقد سجل هذا المؤشر أعلى قيمة له خلال سنة 2002 (7,2%).
قد سجلت معدلات التغطية الطبية تحسنا مستمرا طيلة الفترة، حيث بلغت قيمة هذا المعدل 1,04% سنة 2000، ثم ارتفعت قيمته بصفة مستمرة إلى أن بلغت المستوى 1,70% سنة 2012. (أنظر إلى الجدول رقم 02، والشكل رقم 01)

الشكل رقم 01: منحنى بياني يمثل تطور معدلات النمو السكاني والاقتصادي والتغطية الطبية



المصدر: اعداد شخصي اعتمادا على بيانات الجدول رقم 02.

من هنا نستطيع القول أن معدلات التغطية الطبية قد سائرت ووافقت إلى حد ما معدلات النمو السكاني، حيث كلاهما سجل ارتفاع مستمر طيلة الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى سنة 2014 وهذا بغض النظر عن معدلات النمو الاقتصادي، ما يفسر اهتمام الجزائر بالقطاع الصحي وبالتالي بصحة السكان، وذلك بتسخير اعداد معتبرة من الكوادر الطبية لتغطية حاجيات السكان من الخدمات الصحية.

2. تطور الاتفاق على الرعاية الصحية ونصيب الفرد من الاتفاق على الرعاية الصحية:

قطعت الجزائر اشواط كبيرة في مجال الاتفاق على الرعاية الصحية طيلة الفترة الممتدة من سنة 1995 إلى عام 2012، حيث انتقل نصيب الفرد من الاتفاق على الرعاية الصحية (معبرا عنه بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي) من 53.870 دولار أمريكي للفرد سنة 1995 إلى المستوى 335.269 دولار أمريكي للفرد سنة 2012، نتيجة التحسن والارتفاع المستمر لإجمالي الدخل المحلي الذي قفز من المستوى 159,724 مليار دينار سنة 1995 إلى القيمة 373,7652 مليار دينار خلال عام 2012.

الجدول رقم 03: تطور مستويات اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية ونصيب الفرد منها

السنة	1992	1995	2000	2002	2006	2012
إجمالي الدخل القومي (بالأسعار الثابتة للدولار الامريكي لسنة 2010)	89,3542	89,6076	105,7683	116,3661	139,0352	169,6703
إجمالي الدخل المحلي بالمليار (بالأسعار الثابتة للمعلة المحلية)	163,8593	159,7244	205,4115	218,0480	313,1254	373,7652
اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية (% من اجمالي الناتج المحلي)	-	3,7015	3,4890	3,7300	3,3551	6,14311
نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية بالأسعار الجارية للدولار	-	53,870	61,3028	66,1823	116,3397	335,2690

المصدر: معطيات البنك الدولي لسنة 2017.

كما نلاحظ إلى جانب هذا الارتفاع في مستويات نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية، تذبذب في مستويات نسب اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية من اجمالي الناتج المحلي، حيث انخفضت هذه النسب كلما ارتفع اجمالي الدخل المحلي واجمالي الدخل القومي (باستثناء معطيات 2012). نستنتج من هذا أن الميزانية المخصصة للرعاية الصحية في ارتفاع مستمر، لأنه كلما زاد إجمالي الدخل المحلي بقوة زادت المبالغ المالية المخصصة للرعاية الصحية التي توافق النسب المئوية لهذا الدخل وبشكل ملحوظ، وهذا مهما تذبذبت قيم النسب المئوية بشكل طفيف. على ضوء هذا يتبين لنا مدى اهتمام الدولة بقطاع الصحة من خلال حجم الانفاق الموجه للرعاية الصحية، وذلك باعتقاد سياسة صحية ناجعة وفعالة تشمل كل فئات السكان، ولعل أهم الفئات التي تستهدفها الرعاية هي فئة الأطفال ثم بعدها فئة النساء الأمهات (الأمومة)، من خلال برامج رعاية الطفولة والأمومة، والمتمثلة أساساً في البرامج الموسعة للتطعيمات (PVE) بالإضافة إلى الجوانب الأخرى المرتبطة بالرعاية الصحية للأطفال، كعلاج الإسهال الحاد والأمراض التنفسية الحادة إلى جانب تحسين الوسط المعيشي للأطفال والمحيط البيئي له والمتمثلة في مياه الشرب المحسنة والصرف الصحي وخصائص المسكن وظروف الأسرة التي تعد المحور الأساسي لأي رعاية صحية أو تربية تخص الأطفال.

3. تطور وفيات الاطفال الرضع والاطفال دون سن الخامسة خلال فترات متقطعة بين سنتي 1990 و2012:

يظهر الجدول التالي تطور معدلات وفيات الرضع والاطفال دون سن الخامسة، هذان المؤشران يقيسان ويعكسان جيداً مستويات تغطية الرعاية الصحية للأطفال المبنية أساساً على تحصينهم من الأمراض السارية، وذلك بتلقيهم التلقيحات اللازمة التي يشملها البرنامج الموسع للتطعيم (PVE)، بالإضافة طبعا إلى جوانب رعاية صحية أخرى مهمة جداً، كعلاج الإسهال الحاد عند الاطفال، وعلاج امراض الجهاز التنفسي الحادة التي تفتك بالاطفال، ومستويات تغطية الأسر بمياه الشرب المحسنة والصرف الصحي، وأنماط التغذية لدى الاطفال، بدءاً بمستويات تلقي الاطفال الرضاعة الطبيعية خاصة خلال الستة أشهر الأولى من العمر، وكذلك تلقي انماط تغذية تكميلية ملائمة غنية بالفيتامينات الضرورية (أ، د) بعد الثلاث أو الاربعة أشهر الأولى من عمر الطفل للوقاية من سوء التغذية الحاد والمتوسط.

الجدول رقم 04: تطور وفيات الرضع والاطفال دون 5 سنوات في الجزائر خلال سنوات من الفترة ما بين 1990 و2012

السنوات	1990	2000	2007	2008	2009	2010	2011	2012
معدل وفيات الاطفال أقل من 5 سنوات	76,0	49,2	31,0	29,9	29,1	27,5	26,8	26,1
وفيات الاطفال الرضع	57,8	36,9	26,2	26,5	24,8	23,7	23,1	22,6

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات ONS، ديموغرافيا الجزائر، 2014

معدل وفيات الاطفال الرضع هو نسبة عدد الاطفال المتوفون دون بلوغهم السنة الأولى من أعمارهم خلال سنة معينة إلى عدد الولادات الحية المسجلة خلال نفس السنة، كل هذا مضروب في 1000.

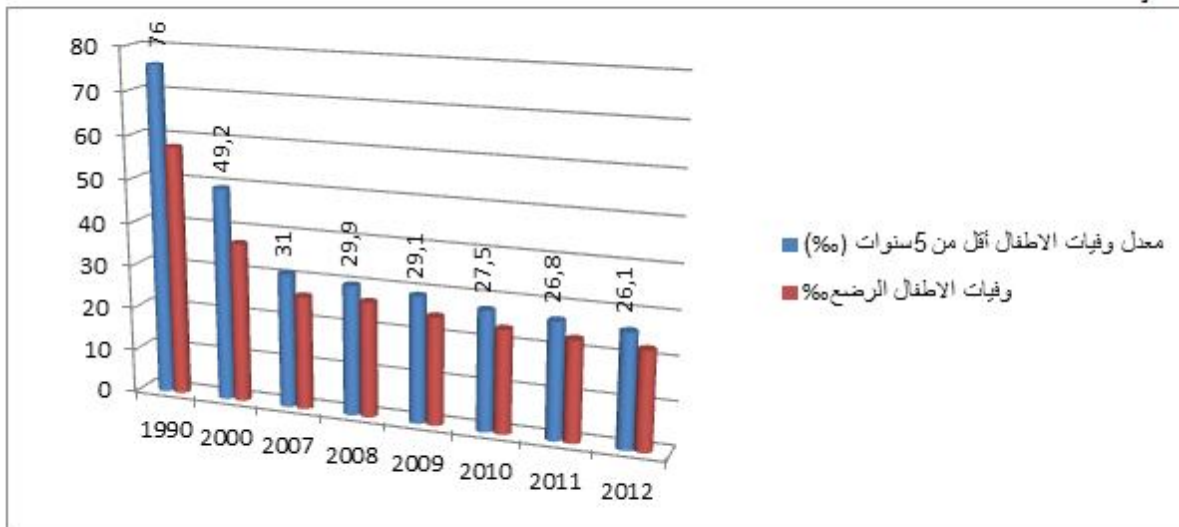
$$[7] 1000 * \frac{\text{عدد الاطفال الأقل من سنة المتوفين خلال سنة معينة}}{\text{عدد الولادات الحية من نفس السنة}}$$

أما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة فهو نسبة عدد وفيات الأطفال الذين لم يشهدوا عيد ميلادهم الخامس إلى عدد الولادات الحية المسجلة خلال نفس الفترة، مضروب في ألف. ويقصد بمعدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات (> 5 سنوات)، عدد الأطفال الذين توفوا قبل اتمامهم السنة الخامسة من عمرهم إلى عدد المواليد الأحياء (La mortalité infanto-juvénile). ويعبر هذا المعدل عن متوسط العدد السنوي لوفيات الاطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة. [8]

يشير الجدول (رقم 04) إلى انخفاض مستمر لمعدلات وفيات الأطفال بصفة عامة بشكل ملحوظ، حيث انتقل من المستوى 76% سنة 1990 ليبلغ سنة 2012 المقدار 26,1% بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث تقلص بنحو ثلثي الوحدة، فيما سجل معدل وفيات الاطفال الرضع هو الآخر انخفاضا ملموسا حيث نما من المستوى 57,8% سنة 1990 نحو 22,6% سنة 2012. مما يؤشر على خطو الجزائر خطوات عملاقة في مجال الرعاية الصحية بصفة عامة والمتابعة الصحية للأطفال بصفة خاصة، من خلال تبني سياسات صحية فعالة تستهدف هذه الفئة من السكان بغية حمايتها وتحسينها من الامراض التي تهدد كيانها وسلامتها.

كما يدل المؤشران على تحسن المستوى المعيشي وارتقاء الوضعية الاجتماعية للسكان، نتيجة تحسن الوضع الاقتصادي نتيجة ارتفاع اسعار المحروقات، بحيث قفز اجمالي الدخل القومي للجزائر من 61.135.734.000 دولار أمريكي سنة 1990 إلى مستوى قياسي سنة 2012 بلغت قيمته 194.715.164.766 دولار أمريكي (حسب معطيات البنك الدولي)، كما عرفت البلاد الاستقرار السياسي والأمني بدياة هذه الألفية.

الشكل رقم 02: تطور معدلات وفيات الاطفال الرضع والاطفال دون 5 سنوات في الجزائر لسنوات من الملاحظة بين سنتي 1990 و 2012.



المصدر: اعداد شخصي بناءً على معطيات الجدول رقم 04.

4. تطور انتشار الامراض السارية الممكن تفاديها بالتطعيمات في الجزائر خلال سنوات متفرقة:

توفرت لدينا في هذا المحور بيانات تتعلق بتطور حالات الاصابة بالأمراض السارية التي تهدد الاطفال والممكن تفاديها من خلال الالتزام بالبرنامج الموسع للتطعيم (PVE) الموجه للأطفال، عبر فترات زمنية متباينة شهدت الجزائر عشية الاستقلال (سنة 1963) وإلى غاية عام 2010 مرورا بسنوات 1979، 1989، 1998، 2007، 2008، 2009.

الجدول رقم 05: تطور الأمراض الممكن تفاديها بالاصابة بها بالتطعيمات (PVE) في الجزائر خلال سنوات متباينة

الأمراض	السنوات	1963	1979	1989	1998	2007	2008	2009	2010
الديفتيريا		381	73	9	57	0	0	0	0
التيتانوس		58	37	63	28	10	3	0	1
السعال الديكي		591	81	22	13	47	80	113	33
شلل الاطفال		75	72	18	0	0	0	0	0
الحصبة		902	14973	4162	3132	823	1547	2246	1486

المصدر: J.-P. Grangaud, Cinquante ans de pédiatrie, Evolution de la pédiatrie Algérienne, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 2014.

يبين الجدول رقم 05 تطور الامراض التي يمكن تفاديها بالتطعيم خلال محطات زمنية مختلفة شهدت الجزائر منذ الاستقلال وإلى غاية سنة 2010، حيث نلاحظ اتجاه أمراض الديفتيريا وشلل الاطفال والكزاز نحو الانخفاض المستمر والزوال النهائي عشية دخول الالفية الجديدة، وهذا قد يرجع إلى استفادة الاطفال في الجزائر من التغطية الجيدة

المتعلقة بالتطعيمات المضادة لهذه الامراض طيلة تلك الفترات الزمنية. فيما استمر انخفاض تسجيل حالات الاصابة بمرض الحصبة رغم ضآلتها طيلة الفترة دون القضاء النهائي على المرض حتى سنة 2010، نفس الملاحظة بالنسبة لمرض السعال الديكي إلا أنها بأقل حدة.

عموما تدل هذه المعطيات على نجاعة السياسة الصحية المتعلقة بمتابعة الاطفال من خلال التدابير التي اتخذتها الدولة، وذلك بتوفير تغطية صحية متوازنة من حيث الكم والنوع، ومن حيث التوزيع الجغرافي للبنى التحتية والمنشآت المتعلقة بقطاع الصحة والسكان، ومن حيث تلبية الحاجيات من الكوادر الطبية والشبه طبية عبر كامل التراب الوطني، من جهة، وكمية اللقاحات التي وفرتها الدولة لتغطية عدد الاطفال المتزايد من سنة لأخرى وتلبية حاجياتهم التطعيمية التي تدخل في البرنامج الموسع للتطعيم (PVE)، من جهة أخرى.

5. تطور معدلات التغطية التطعيمية (%) للأطفال دون سن الخامسة خلال المسوح التي شهدتها الجزائر:

نتطرق في هذا الجانب إلى تطور معدلات التغطية التطعيمية من خلال نسب (%) الأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين 0 و 59 شهراً والذين تلقوا التطعيمات إلى مجموع الأطفال المسجلين في هذه الفئة، تم قياس هذه المعدلات من خلال المسوح الوطنية التي قامت بها وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ونفذها الديوان الوطني للإحصائيات ONS وبمشاركة بعض الهيئات الدولية مثل اليونيسيف وصندوق الامم المتحدة للسكان والمشروع العربي لصحة الاسرة لجامعة الدول العربية، وتمثلت هذه المسوح الوطنية فيما يلي:

1- PAPCHILD 1992: المسح الجزائري حول صحة الام والطفل سنة 1992.

2- MICS1 1995: المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 1995.

3- MICS2 2000: المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2000.

4- PAPFAM 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسر لسنة 2002.

5- MICS3 2006: المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006.

6- MICS4 2012: المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012.

الجدول رقم 06: تطور نسب تغطية الاطفال دون سن الخامسة بتطعيمات برنامج PVE خلال المسوح الوطنية

MICS4	MICS3	PAPFAM	MICS2	MICS1	Pap.Child	التطعيمات المضادة
2012	2006	2002	2000	1995	1992	
98,3	99,0	97,1	90,0	93,0	97,0	BCG
91,0	94,8	89,5	76,0	77,0	89,0	DTCP3
90,3	90,5	89,5	76,0	77,0	85,7	VAR
89,1	79,8	-	-	-	-	HBV3

المصدر: التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية: MICS4, MICS3, PAPFAM, MICS2, MICS1, Pap.Child

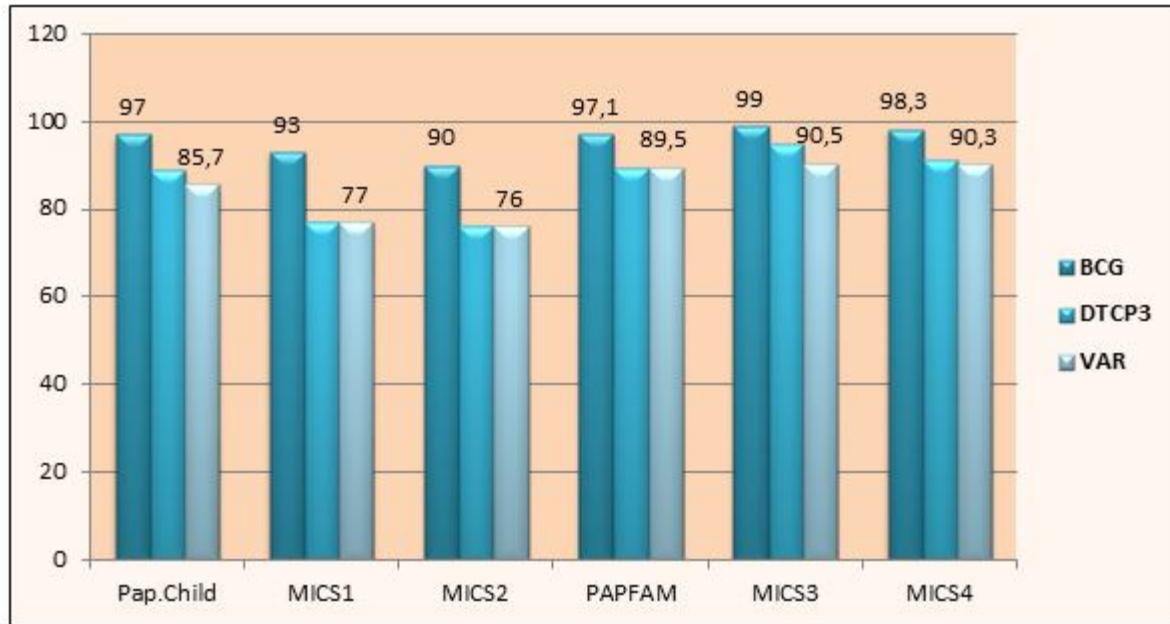
حققت الجزائر مستويات قياسية في نسب التغطية التطعيمية المتعلقة بالبرنامج الموسع للتطعيم (PVE)، فاقت في معظمها المستويات التي أوصت عليها الهيئات الأممية، حيث وضعت المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف في سنة 2005 رؤية واستراتيجية عالمية للتحصين 2006-2015، التي كانت تهدف إلى خفض معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيم، وكان أحد اهداف هذه الاستراتيجية تحقيق جميع البلدان لتغطية وطنية تصل إلى 90% (أي $90 \leq$ %).

حيث نلاحظ من الجدول رقم 06 أن الجزائر تخطت هذا المستوى مبكراً بالنسبة للتطعيم المضاد للسل أو السدرن (BCG) الذي يعطى بعد الولادة مباشرة، حيث سجلت مستويات اقتربت من الوحدة في معظم المحطات التي رصدت

هذا المؤشر بداية من سنة 1992 (97,0%)، ثم انخفضت هذه النسبة لتصل سنتي 1995 و 2000 إلى أدنى مستوياتها (MICS1: 93,0%، MICS2: 90,0%)، لتعاود الارتفاع حسب المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002 حيث بلغ 97,1%، وواصلت الارتفاع خلال سنتي 2006 و 2012 ببلوغها القيمتان 99,0% و 98,3% على التوالي. قد يرجع التراجع المسجل سنة 2012 (بالنظر لسنة 2006) لارتفاع معدل الولادات الخام المسجل خلال هذه السنة (26,8%)، الذي يكون قد أحدث بعض الاختلال الطفيف جدا في عملية التطعيم ضد هذا المرض. (أنظر الجدول رقم 06، والشكل 04)

فيما حققت نسب التغطية التطعيمية ضد أمراض الديفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي بالإضافة إلى شلل الأطفال من خلال تلقي الجرعات الثلاث للمضاد (DTCP) (الجرعة 1: الشهر الثالث، الجرعة 2: الشهر الرابع، الجرعة 3: الشهر الخامس)، المستويات الموصى بها من طرف المنظمات الاممية السالفة الذكر قبل الأجل المحددة، حيث بلغت قيمة هذا المؤشر المقدار 94,8% سنة 2006 و 91% في عام 2012، فيما سجل هذا المؤشر قبل 2006 مستويات لا بأس بها قاربت 90% خلال جل المسوح التي رصدته لو استثنينا المسحين (MICS1: 77,0%، MICS2: 76,0%) اللذان تزامنا مع ظروف استثنائية مرت بها الجزائر فقدت استقرارها (عشرية التسعينيات). (أنظر الجدول رقم 06، والشكل رقم 03)

الشكل رقم 03: التمثيل الباني لتطور مستويات التغطية التطعيمية للجزائر خلال المسوح الوطنية المنجزة

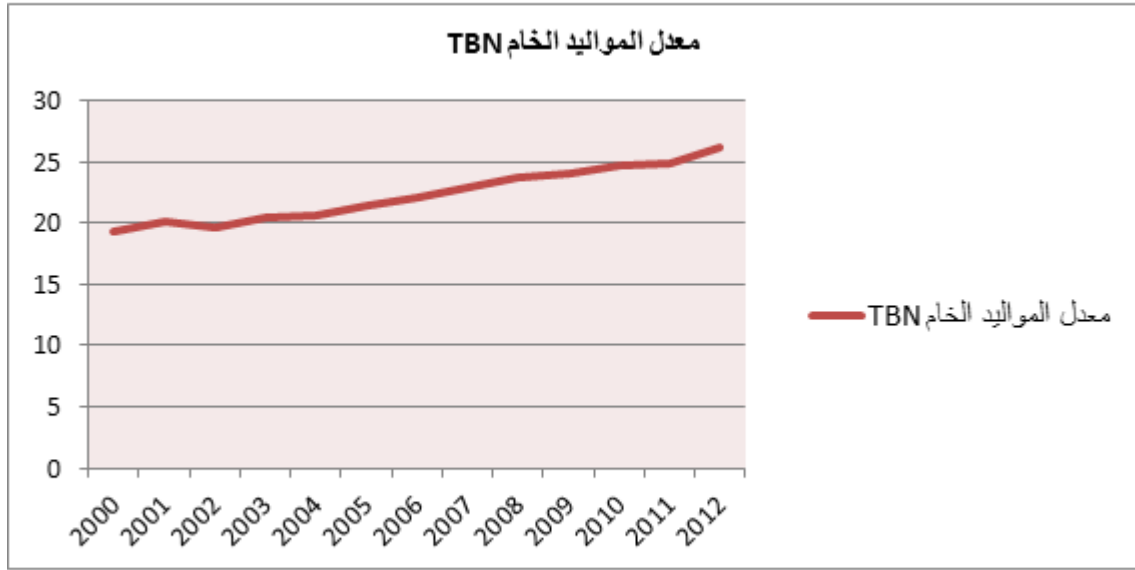


المصدر: اعداد شخصي بناءً على معطيات الجدول رقم 06

يبين الشكل رقم 03 والجدول رقم 06، أن نسب تغطية التطعيم ضد الحصبة (VAR) الذي يستفيد منه الأطفال خلال الشهر التاسع من العمر) مشابهة إلى حد ما النسب المسجلة في التغطية بتطعيمات DTCP3، حيث تخطت نسب تغطية التطعيم ضد الحصبة عتبة 90% خلال سنتي 2006 و 2012 بتسجيلها القيمتين 90,5% و 90,3% على التوالي. فيما قاربت قيم هذا المؤشر هذه العتبة (90%) في مسحي سنتي 2000 و 2002، وسجل أدنى مستوياته في مسحي 1995 و 2000 (77,0%، 76,0% على التوالي) نظرا للظروف الاقتصادية والسياسية والامنية الاستثنائية التي عاشتها الجزائر في هذه الفترة، بعدما كان المؤشر قد سجل سنة 1992 القيمة 85,7%.

أما نسب التغطية للتطعيم الثلاثي ضد التهاب الكبد (HBV3) الذي لم يرصد إلا في مسحي 2006 و 2012، فقد وصلت عند المستوى 89,7% سنة 2006 و 89,1% سنة 2012.

الشكل رقم 04: المنحنى البياني لتطور معدلات المواليد الخامة ما بين سنتي 2000 و 2012



المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على بيانات الجدول رقم 02

الخاتمة:

عموما لقد خطت الجزائر خطوات هائلة في مجال التغطية التطعيمية، حيث حققت أهداف الالفية للتنمية المتعلقة بالمتابعة الصحية للأطفال وتحصينهم من الامراض السارية التي تفنك بهم والممكن تفادي الاصابة بها بالالتزام بالبرامج الموسعة للتطعيم (PVE)، فرغم ارتفاع معدلات الولادات الخام إلى مستويات قياسية خلال العقدين الاخيرين، إلا أن التغطية التطعيمية بقية محافظة على مستويات مقبولة جدا لو استثنينا بعض السنوات من فترة التسعينيات التي شهدت الجزائر فيها ظروف استثنائية، رمت الدولة بكل ثقلها في الحفاظ على السلم والامن والاستقرار والابتعاد عن الانزلاق الذي كاد أن يهدد كيان الدولة، ما حتم بعض الاختلال في شتى القطاعات الحيوية للسكان. لكن ما فتئت الجزائر في استرجاع مستواها الاعتيادي في بداية هذه الالفية، مما أتاح لها بلوغ مستويات هامة في مجال التغطية الصحية والتطعيمية على وجه الخصوص، حيث سجلت نسب تغطية مرتفعة مقارنة بالمستوى العالمي والعربي والاقليمي ومقارنة بمجموعات البلدان التي تنضوي تحتها الجزائر كمجموعة الدول النامية. هذه المستويات تلخص مدى اهتمام الدولة والحكومات المتعاقبة بفئة الاطفال الذين يعتبرون استثمار مهم و رابح على المدى المتوسط والبعيد لإنتاج مجتمع سليم صحي ومتوازن، وهذا ما تسعى إليه كل الامم التي تطمح إلى تحقيق مستويات تنمية اجتماعية واقتصادية تجعلها في مصاف البلدان الرائدة.

الهوامش:

1. Pierre Aubry, Bernard – Alex Gauzère, du programme Elargi de Vaccinations aux programmes Nationaux de vaccination systématique, diplôme de médecine tropicale des pays de l’océan Indien, Actualités 2015.
2. الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الام والطفل، 1992 ص 69.
3. الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 MICS 3، ص 85.
4. Ministère de la sante et de la population, les programmes de la sante maternelle et infantile, 2001, P12.
5. أيمن سليمان مزاهرة و آخرون، مبادئ صحة الطفل وتغذيته، دار الخليج للنشر، عمان، الأردن، 2001، ص 49 – 60.
6. Les estimations de couverture vaccinale et du nombre d’enfant vaccinée ou non vaccinés, Estimation OMS/UNICEF, révision 2013, mise à jour en juillet 2014, disponibles depuis : http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragebcg.html.
7. Division statistique des nations unies et l’institut national de la statistique et des études économiques.
8. La situation des enfants dans le monde 2006, Unicef, p 99

قائمة المصادر:

1. وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، والديوان الوطني للإحصائيات ONS، المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 MICS3.
2. الديوان الوطني للإحصائيات، المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر بالأرقام، أرقام ومعطيات إحصائية.
3. معطيات البنك الدولي، 2017.
4. ديموغرافيا الجزائر الديوان الوطني للإحصائيات، 2014 ONS
5. الديوان الوطني للإحصائيات ONS، التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية، PAPCHILD، MICS1، PAPFAM، MICS2، MICS4، MICS3.
6. Division statistique des nations unies et l’institut national de la statistique et des études économiques.
7. J.-P. Grangaud, Cinquante ans de pédiatrie, Evolution de la pédiatrie Algérienne, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 2014.
8. collection statistique N° 197/2016, série statistique économiques N° 85, Rétrospective des comptes économiques de 1963-2014 ONS.