الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 02
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

العنوان: دراسة وصفية تحليلية للوفيات والأمراض المهنية الخاصة بمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي لفرع ولاية البليدة للفترة 1980– 2014

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاجتماعية

تخصص: ديموغرافيا

إعداد الطالب:
باهي سباع

إشراف الأستاذ:
زيدان محمد

السنة الجامعية: 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 02
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

العنوان: دراسة وصفية تحليلية للوفيات والأمراض المهنية الخاصة بمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي لفرع ولاية البليدة للفترة 1980– 2014

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاجتماعية

تخصص: ديموغرافيا

إعداد الطالب:
باهي سباع

إشراف الأستاذ:
زيدان محمد

أمام لجنة المناقشة المشكلة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة الأصلية	
بدروني محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 02	رئيسا
زيـــدان محمد	أستاذ محاضر (أ)	جامعة البليدة 02	مشرفا ومقررا
فراطسة سمير	أستاذ محاضر (أ)	جامعة البليدة 02	عضوا مناقشا
أحسن مـــوالك	أستاذ محاضر (أ)	جامعة غليزان	عضوا مناقشا
سالمي الجيلالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	عضوا مناقشا
خالدي مصطفى	أستاذ محاضر (أ)	جامعة البويرة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2023/2022

الإهداء

أهدي هذا العمل والجهد المبذول إلى عائلتي الكبيرة والصغيرة، والدتي حفظها الله، والدي رحمه الله، زوجتي وإبني، إخوتي وأبنائهم وأزواجهم كل باسمه رعاهم الله

إلى كل أقاربي وأصدقائي ممن يكنون لنا المحبة الصادقة

إلى كل أساتذتي وزملائي

شكر وعرفان

الحمد الله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله على توفيقه، الحمد لله على عطفه ومنه وكرمه، الشكر موصول للأستاذ المشرف **زيدان محمد** على توجيهاته السديدة ومده يد العون لنا وقبوله تأطير هذا العمل، الشكر موصول للأستاذ بدروني محمد الذي كان له الفضل في اختيار موضوع الدراسة وبلورته، ولكل أساتذتي الكرام وزملائي، الشكر موصول لعائلتي الصغيرة والكبيرة، الشكر موصول للسيد جمال ولد خاوة المدير السابق لوكالة البليدة للعمال غير الأجراء الذي كان لي سندا في مشوار الحصول على البيانات وتوجيهاته الرصينة، الشكر موصول لكل من وقف معنا في إنجاز هذا العمل، المديرية العامة المكلفة بالوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية بن عكنون، مصلحة الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية وكالة البليدة، خلية الإعلام الآلي للصندوق الوطني للتقاعد وكالة البليدة، الشكر موصول لأعضاء لجنة المناقشة لقراءة وتصويب هذا العمل، وغيرهم كثير.

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على الظروف والعوامل التي أثرت على وفيات ومتوسط العمر لمنتسبي صناديق الضمان الاجتماعي لفرع ولاية البليدة، مع التعريج على واقع حوادث العمل والأمراض المهنية، خلال الفترة من 1980 إلى 2014، تشمل الدراسة كل من الصندوق الوطني للمتقاعدين، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، والصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، وقد سعت هذه الدراسة لرصد التغيرات في اتجاهات الوفيات، ومتوسط العمر المتوقع عند الوفاة في ظل تأثير مختلف الظروف التي عرفتها فترة الدراسة، مع التطرق إلى التباينات الحاصلة بين مختلف مكونات مجتمع الدراسة، بتوظيف مجموعة من الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية.

للوصول للأهداف المرجوة استخدمنا قواعد البيانات من الصناديق المذكورة، تخص المتقاعدين المتوفين خلال فترة الدراسة، قمنا بتوظيف أسلوب تحليل البقاء على قيد الحياة، طريقة كابلان ماير وطريقة كوكس للمخاطر النسبية لتحليل البيانات، خلصت نتائج الدراسة إلى وجود اختلاف في اتجاهات الوفاة تحت ضغط، مرحلة العشرية السوداء، ومرحلة التعديل الهيكلي، بالإضافة إلى وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى الجنس، الحالة العائلية، قطاع النشاط، مستوى الدخل، طبيعة التقاعد، بحيث جاءت الاختبارات كلها دالة معنويا، وقد كشفت الدراسة كذلك عن ارتفاع نسبة خطر الوفاة لأصحاب التقاعد المبكر، بالإضافة الى تباين متوسط العمر بين الأجراء وغير الأجراء.

الكلمات المفتاحية: معدل الوفيات، متوسط العمر، صناديق الضمان الاجتماعي، تحليل البقاء على قيد الحياة، العوامل الاجتماعية والاقتصادية، المتقاعدين الأجراء وغير الأجراء.

قائمة المحتويات

الإهداء .....

شكر وعرفان .....

ملخص.....

قائمة المحتويات.....

قائمة الجداول.....

قائمة الأشكال.....

المقدمة.....24

الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة 28

التمهيد: 28

1.1 الإشكالية: 29

2.1 الفرضيات: 33

3.1. أسباب اختيار الموضوع: 34

4.1 أهمية الدراسة: 35

5.1 أهداف الدراسة: 36

6.1 تحديد المفاهيم: 37

7.1 مصادر المعطيات: 40

8.1 منهجية الدراسة: 41

9.1 الدراسات السابقة: 42

الفصل الثاني الحالة الديموغرافية للجزائر خلال 1980–2014 49

تمهيد:.....49

1.2 تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة 1980–2014: 50
2.2 الولادات والخصوبة في الجزائر خلال الفترة 1980–2014: 54
1.2.2 الولادات: 54
2.2.2 الخصوبة:.....57
3.2. الزيجات في الجزائر خلال الفترة 1980–2014 60
4.2 التركيب النوعي والعمري لسكان الجزائر خلال الفترة 1980–2014:.....64
1.4.2 تطور مؤشر السن الوسيط في الجزائر خلال الفترة 1980–2014: 67
2.4.2 هرم سكان الجزائر في الفترة 1980–2014: 68
5.2 الهجرة في الجزائر خلال الفترة 1980–2014: 73
1.5.2 الهجرة الخارجية (الدولية): 74
2.5.2 الهجرة الداخلية:..... 77
خلاصة الفصل:.....80
الفصل الثالث: الوفيات في الجزائر خلال الفترة 1980–2014 82
1.3 حدث الوفاة:..... 83
2.3 النظريات والدراسات التي اهتمت بالوفيات: 84
1.2.3 نظرية الانتقال الديموغرافي: 84
2.2.3 دراسة "هيرينك عن النمو السكاني وتوزيع الدخل والتنمية الاقتصادية": 88
3.2.3 دراسة "ماكرسي عن محددات وفيات الأمهات": 89
3.3 معدل الوفيات الخام في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:.....91
4.3 الوفيات حسب التركيب العمري والنوعي في الجزائر: 93
5.3 وفيات الأطفال في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:.....95
6.3 وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة 1985–2014: 100

7.3 وفيات كبار السن في الجزائر: 102

8.3 أمل الحياة في الجزائر خلال الفترة 1980–2014: 105

1.8.3 احتمال البقاء على قيد الحياة بعد عمر 60 سنة فما فوق: 108

9.3 أسباب الوفاة:..... 112

1.9.3 أسباب الوفاة في العالم: 113

2.9.3 أسباب الوفاة في الجزائر: 117

خلاصة الفصل:..... 121

الفصل الرابع الواقع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1980–2014 الأمراض المهنية وحوادث العمل..... 123

تمهيد:..... 123

1.4 المنظومة الصحية في الجزائر: 124

1.1.4 تطور عدد الأطباء في الجزائر 1980–2014: 129

2.1.4 تطور النفقات العامة على قطاع الصحة:..... 130

3.1.4 تطور النفقات العامة على أعمال التضامن الوطني: 133

4.1.4 تقييم المنظومة الصحية الجزائرية وفق اللوائح الصحية الدولية: 136

4.1.4 طب العمل في الجزائر: 141

1.4.1.4 مفهوم طب العمل:..... 141

2.4.1.4 مفهوم الطبيب المهني: 141

3.4.1.4 الإطار القانوني لطب العمل، الصحة والأمن في العمل:..... 141

4.4.1.4 تاريخ طب العمل في الجزائر: 143

5.4.1.4 المهام المنوطة لطبيب العمل في الجزائر: 143

5.1.4 تطور الوضعية الوبائية، الأمراض السارية وغير السارية في الجزائر:..... 144

1. الأمراض السارية:..... 145
2. الأمراض غير السارية:..... 147
6.1.4 الواقع الصحي لكبار السن من بيانات مسح صحة الأسرة PAPFAM 2002: 150
1.6.1.4 رأي المبحوثين حول أحوالهم الصحية في الوسط الحضري: 150
2.6.1.4 انتشار الأمراض المزمنة بين كبار السن وفق بينات المسح PAPFAM 2002:.....151
3.6.1.4 أنواع الإعاقات لدى كبار السن من بينات المسح PAPFAM 2002:.....152
4.6.1.4 التغطية الصحية لدى كبار السن في الوسط الحضري: 153
2.4 حوادث العمل والأمراض المهنية:.....155
1.2.4 المخاطر المهنية:..... 156
1.2.4 مفهوم حوادث العمل: 161
2.2.4 الأمراض المهنية: 164
خلاصة الفصل 169
الفصل الخامس: الواقع الاقتصادي والاجتماعي خلال الفترة 1980–2014.....172
1.5 المرحلة من 1970 إلى غاية 1978:.....173
2.5 المرحلة الممتدة من 1980 إلى غاية 1989: 175
1.2.5 المرحلة الأولى من 1980 إلى غاية 1984:.....175
2.2.5 المرحلة الثانية من 1984 إلى غاية 1989:.....175
3.2.5 تقييم الإصلاحات الاقتصادية: 176
3.5 التعديل الهيكلي في إطار هيكلة الديون الخارجية: 177
1.3.5 خوصصة المؤسسات العمومية:.....179
4.5 مرحلة اللا أمن والعشرية السوداء:.....180
1.4.5 المرحلة الأولى: أحداث 5 أكتوبر 1988 181

2.4.5 المرحلة الثانية: الإصلاحات الدستورية والتعددية السياسية.....181
3.4.5 المرحلة الثالثة: توقيف المسار الانتخابي 182
4.4.5 المرحلة الرابعة: بداية المواجهة بين الأطراف المتنازعة 183
5.4.5 المرحلة الخامسة: الحوار الوطني 183
5.5 عشرية الإصلاحات الاقتصادية 2001–2009 184
6.5 مرحلة من الريع إلى القيمة المضافة خلال الفترة 2010–2014.....185
1.6.5 التنمية البشرية: 185
2.6.5 المنشآت الأساسية:..... 186
3.6.5 تحسين الخدمة العمومية: 187
4.6.5 محور التنمية الاقتصادية: 187
5.6.5 مكافحة البطالة:..... 188
6.6.5 محور البحث العلمي وتكنولوجيات الجديدة للاتصال:.....188
7.5 تطور بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:..... 189
1.7.5 تطور الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:.....189
2.7.5 تطور معدل البطالة في الجزائر خلال الفترة 1982–2014:.....191
3.7.5 تطور معدل الفقر في الجزائر خلال الفترة 1988–2014: 193
4.7.5 تطور مؤشر التعليم في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:.....195
خلاصة الفصل 199
الفصل السادس: الجانب التطبيقي للدراسة.....201
1.6 التطور التاريخي لنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر:.....201
1.1.6 بداية النظام:.....201
2.1.6 النظام الموروث:..... 203

3.1.6 إصلاح النظام 1970: 203
4.1.6 توحيد النظام 1983: 204
5.1.6 العودة الى التنوع 1992: 204
2.6 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS: 205
1.2.6 التكليف والالتزامات: 205
2.2.6 الحقوق والأداءات: 206
3.2.6 صلاحيات ومهام الصندوق: 209
3.6 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء (CNAS): 209
1.3.6 التعريف بالصندوق: 209
2.3.6 مهام الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء: 210
3.3.6 تنظيم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء: 210
هياكل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء: 211
المستفيدون: 211
الأداءات: 212
4.6 الصندوق الوطني للتقاعد (CNR): 212
1.4.6 شروط التقاعد: 213
2.4.6 أنواع التقاعد: 214
3.4.6 الاتفاقيات الدولية: 215
5.6 وصف قواعد البيانات وعينة الدراسة: 216
1.5.6 المصدر الأول (بيانات CNR): 216
1.1.5.6 توزيع عينة الدراسة وفق بعض المتغيرات: 217
2.5.6 المصدر الثاني (بيانات CASNOS): 231
1.2.5.6 توزيع عينة الدراسة وفق بعض المتغيرات: 232

3.5.6 المصدر الثالث (بيانات CNAS): 241

6.6 اختبار الفرضيات:..... 242

1.6.6 اختبار الفرضية الأولى:..... 242

1. التطور التاريخي لمعدلات وفيات ذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980–2014:..... 243

2. التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980–2014:..... 245

3. تطور معدلات المتوفين أثناء النشاط من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980–2014:..... 246

4. تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي (CNR) حسب قطاعات النشاط الرئيسية خلال الفترة 1980–2014:..... 248

5. تحليل معدلات وفيات ذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CASNOS): 250

6. التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CASNOS) خلال الفترة 1980–2014:..... 251

7. التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين من منتسبي (CASNOS) وفق قطاع النشاط خلال الفترة 1989–2014:..... 252

2.6.6 اختبار الفرضية الثانية:..... 253

I.المنهجية المستخدمة في الاختبار: 253

1. منحنيات البقاء على قيد الحياة كابلان ماير (Kaplan-Meier): 254

2. اختبار لوج رانك (Log-Rank): 254

II.تطبيق الاختبار: 255

III. نتائج الاختبار: 256

3.6.6 اختبار الفرضية الثالثة:..... 265

المرحلة الأولى من الاختبار: الفوارق في متوسط العمر عند وفاة المتقاعدين الأجراء تعزى إلى قطاع النشاط.....265
المرحلة الثانية من الاختبار: الفوارق في متوسط العمر عند وفاة المتقاعدين غير الأجراء تعزى إلى قطاع النشاط.....268
4.6.6 اختبار الفرضية الرابعة: 271
5.6.6 اختبار الفرضية الخامسة: 275
المرحلة الأولى: الفوارق في متوسط عند الوفاة تعزى الى مستويات الدخل للمتقاعدين الأجراء.....275
المرحلة الثانية: الفوارق في متوسط عند الوفاة تعزى الى مستويات الدخل للمتقاعدين غير الأجراء.....278
6.6.6 اختبار كوكس للمخاطر النسبية (Régression de Cox) لمدى تأثير العوامل مجتمعة على البقاء على قيد الحياة للمتقاعدين الأجراء/ وغير الأجراء: 282
تطبيق النموذج على بيانات المتقاعدين الأجراء (CNR): 282
تطبيق النموذج على بيانات المتقاعدين غير الأجراء (CASNOS):.....284
7.6.6 اختبار الفرضية السادسة: 286
1.7.6.6 تطور حوادث العمل والأمراض المهنية خلال الفترة 2003–2014: 286
2.7.6.6 نسب الإصابات بحوادث العمل والأمراض المهنية وفق قطاعات النشاط خلال الفترة 2003–2014:.....289
3.7.6.6 توزيـــع حوادث العمل والأمـــراض المهنية على الفئات العمريـــة 2003–2014:.....292
4.7.6.6 توزيع حوادث العمل والأمراض المهنية حسب الجنس خلال الفترة 2003–2014:.....293
5.7.6.6 توزيع حوادث العمل حسب موقع الإصابة في الجسم والأمراض المهنية الأكثر شيوعا خلال الفترة 2003–2014:.....295

6.7.6.6 توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث خلال الفترة 2003–2014:297

7.6 نتائج الدراسة:.....299

1.7.6 مناقشة الفرضيات وتفسير النتائج:.....300

.1 مناقشة الفرضية الأولى:.....300

.2 مناقشة الفرضية الثانية:.....302

.3 مناقشة الفرضية الثالثة:.....304

.4 مناقشة الفرضية الرابعة:.....306

.5 مناقشة الفرضية الخامسة:.....307

6 مناقشة تحليل كوكس للمخاطر النسبية للعوامل مشتركة:.....308

.7 مناقشة الفرضية السادسة:.....308

قيود وآفاق الدراسة:.....310

قائمة المراجع.....312

قائمة الملاحق 323

الملخص باللغة الأجنبية.....337

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1.2	عدد السكان في الجزائر ومعدل النمو الطبيعي خلال 1980–2014	51
2.2	حركات الهجرة من والى الجزائر خلال الفترة 2010–2014	76
3.2	يوضح الهجرة الريفية نحو بعض المدن لأسباب أمنية	78
4.2	تطور حجم الهجرة الداخلية في الجزائر بين تعدادي 1998–2008	79
1.3	عدد الوفيات والمعدل العام للوفيات في الجزائر خلال الفترة 1980–2014	91
2.3	تطور مؤشر الشيخوخة في الجزائر خلال الفترة 1977–2014	103
1.4	المنشآت القاعدية الصحية المتواجدة من 1999 الى 2014.	127
2.4	تطور القدرات الرئيسية المتعلقة باللواح الصحية الدولية (IHR)للجزائر والقارة الأفريقية والعالم بين 2010 و2014.	138
3.4	تطور الأمراض غير السارية في الجزائر حسب المسوح (PAPFAM 2002) (MICS3 2006) (MICS4 2012/2013)	149
4.4	توزيع المبحوثين حسب رأيهم حول الحالة الصحية وبعض الخصائص في الوسط الحضري	151
5.4	توزيع كبار السن حسب الجنس وبعض جوانب التغطية الصحية في الوسط الحضري	154
6.4	توزيع كبار السن حسب أسباب عدم الرضا عن الخدمات الصحية في الوسط الحضري	155
7.4	تصنيف المخاطر المهنية حسب بعض قطاعات النشاط في الجزائر	159
8.4	قائمة الأمراض الرئيسية التي تعوضها جداول الأمراض المهنية المصنفة حسب المخاطر وفق التشريع الجزائري.	165
1.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) وفق نوع المعاش	217
2.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس ونوع المعاش	218
3.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العمر عند الوفاة	220

4.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الحالة الزواجية	221
5.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة	223
6.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة والجنس	224
7.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العضوية لقطاعات النشاط	226
8.6	توزيع النسبي لأفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الامتيازات (الحقوق المباشرة/المنقولة)	228
9.6	التطور التاريخي لأعداد المنتسبين للصندوق الوطني للتقاعد فرع البليدة	230
10.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الحقوق المباشرة والمنقولة لغير الأجراء	233
11.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الجنس والحقوق المباشرة والمنقولة لغير الأجراء	234
12.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب العمر عند الوفاة	236
13.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب قطاع النشاط	238
14.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) شريحة التقاعد المباشر حسب قطاع النشاط والجنس	239
15.6	التطور التاريخي لأعداد المنتسبين من صناديق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء خلال الفترة 1999–2014	241
16.6	تطور معدل الوفيات من ذوي الحقوق المباشرة لمنتسبي (CNR) خلال الفترة 1980–2014	243
17.6	تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي (CNR) حسب قطاعات النشاط الرئيسية خلال الفترة 1980–2014.	249
18.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء	256
19.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير الجنس للمتقاعدين الأجراء	256
20.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين الأجراء	257
21.6	الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين الأجراء	257
22.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين غير الأجراء	259

23.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير الجنس للمتقاعدين غير الأجراء	259
24.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب الجنس لغير الأجراء	260
25.6	الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب الجنس لغير الأجراء	260
26.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء	262
27.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير الحالة الاجتماعية للأجراء	262
28.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب الحالة الاجتماعية للمتقاعدين الأجراء	263
29.6	الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب الحالة الاجتماعية للأجراء	266
30.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء حسب النشاط	266
31.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير قطاع النشاط للأجراء	266
32.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب قطاع النشاط للمتقاعدين الأجراء	267
33.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين غير الأجراء حسب قطاع النشاط	269
34.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير قطاع النشاط لغير الأجراء	269
35.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب قطاع النشاط لغير الأجراء	270
36.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء حسب نمط التقاعد	271
37.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير نمط التقاعد للأجراء	272
38.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب نمط التقاعد للعمال الأجراء	272
39.6	الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب نمط التقاعد للأجراء	273
40.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء حسب مستوى الدخل	276
41.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير مستوى الدخل للأجراء	276
42.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل للمتقاعدين الأجراء	279
43.6	الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين غير الأجراء حسب مستوى الدخل	279

44.6	اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير مستوى الدخل لغير الأجراء	279
45.6	المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل للمتقاعدين غير الأجراء	280
46.6	اختبارات المعامل المركب للنموذج	282
47.6	نموذج كوكس للمخاطر النسبية الذي يتنبأ بوقت البقاء للمتقاعدين الأجراء	283
46.6	اختبارات المعامل المركب للنموذج	284
47.6	نموذج كوكس للمخاطر النسبية الذي يتنبأ بوقت البقاء للمتقاعدين غير الأجراء	285
48.6	التوزيع النسبي للأمراض المهنية الأكثر تكرارا خلال الفترة 2006–2014	297

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1.2	تطور عدد السكان ومعدل الزيادة الطبيعية في الجزائر خلال 1980–2014	52
2.2	تطور معدل الزيادة الطبيعية في الجزائر، المغرب، تونس وليبيا خلال 1980–2014	54
3.2	تطور عدد الولادات الحية والميتة في الجزائر خلال 1980–2014	55
4.2	معدل الخصوبة الكلي في الجزائر خلال 1980–2014	59
5.2	المعدل الخام للزواجية وعدد الزيجات في الجزائر خلال 1980–2014	61
6.2	متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر حسب النوع خلال 1986–2012	62
7.2	التوزيع النسبي للسكان في الجزائر حسب فئات العمر خلال 1977–2014	67
8.2	وسيط عمر السكان في الجزائر خلال 1980–2014	68
9.2	هرم سكان الجزائر لسنة 1980	69
10.2	هرم سكان الجزائر لسنة 1998	70
11.2	هرم سكان الجزائر لسنة 2014	72
12.2	صافي الهجرة في الجزائر خلال الفترة 1980–2014	75
1.3	مراحل الانتقال الديموغرافي	85
2.3	إطار نظري لتحليل محددات وفيات الأمهات	90
3.3	تطور عـــدد الوفيات والمعدل الخـــام للوفاة فـــي الجـــزائر خلال الفترة 1980–2014	92
4.3	معدل الوفيات في الجزائر للذكور سنوات (1980–2000–2014)	94
5.3	معدل الوفيات للإناث في الجزائر سنوات (1980–2000–2014)	94
6.3	معدل الوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر خلال (1980–2014)	97
7.3	تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر 1980–2014.	99
8.3	تطور معدل الأمهات في الجزائر 1985–2014	101
9.3	تطور معدل وفيات كبار السن من الذكور في الجزائر 2014/1980	104
10.3	تطور معدل وفيات كبار السن من الإناث في الجزائر 2014/1980	104
11.3	احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة في الجزائر خلال 1980–2014	106

12.3 احتمال البقاء على قيد الحياة عند العمر 60 و75 سنة في الجزائر خلال 1990–2012 108

13.3 خريطة تصنيف دول العالم حسب احتمال البقاء على قيد الحياة سنة 2014 109

14.3 توزيع بعض دول العالم حسب مؤشر الفقر ومتوسط العمر المتوقع سنة 2014 110

15.3 يوضح أهم أسباب الوفاة في العالم خلال الفترة 2000–2019. 114

16.3 تطور معدل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية في الجزائر خلال الفترة 2000–2014 118

17.3 تطور معدلات بعض مسببات الوفاة في الجزائر خلال الفترة 2000–2014 119

1.4 تطور عدد الأطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر خلال 1980–2014 130

2.4 تطور الإنفاق الصحي الجاري في الجزائر كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2000–2014 131

3.4 تطور الإنفاق الصحي الشخصي في الجزائر كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري خلال الفترة 2000–2014 133

4.4 القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية 137

5.4 تطور القدرات الرئيسية المتعلقة باللواح الصحية الدولية (IHR) للجزائر والقارة الأفريقية والعالم بين 2010 و2014. 140

6.4 عبء الأمراض المعدية في الجزائر سنة 2013 146

7.4 التوزيع النسبي لكبار السن حسب المرض المزمن المصرح به من بينات PAPFAM 2002 152

8.4 يوضح نسب الصعوبات حسب نوع المشكل بين كبار السن. 153

9.4 يوضح معدلات حوادث العمل القاتلة وغير القاتلة لكل 100000 عامل في الجزائر خلال الفترة 1980–2004. 163

10.4 يوضح حالات الإصابة المهنية غير المميتة والقاتلة بفعل النشاط الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة 1980–2008. 164

11.4 يوضح تطور مبالغ التعويضات لحوادث العمل والأمراض المهنية من 1989 إلى 2014 في الجزائر. 167

1.5	تطور الناتج المحلي الإجمالي ومعدل نمو الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة 1980–2014	190
2.5	نسبة البطالة في الجزائر خلال الفترة 1982–2014	192
3.5	تطور نسبة الفقر في الجزائر خلال الفترة 1988–2014	194
4.5	تطور نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة في الجزائر خلال الفترة 1987–2018	196
5.5	تطور مستوى مؤشر التعليم في الجزائر خلال الفترة 1990–2014	198
1.6	يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس ونوع المعاش	219
2.6	يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب متغير العمر عند الوفاة	220
3.6	يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الحالة العائلية والجنس	222
4.6	يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة	224
5.6	يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس وحالة الوفاة	225
6.6	يمثل توزيع النسبي لأفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العضوية وقطاعات النشاط	227
7.6	يمثل توزيع النسبي لأفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الامتيازات والحقوق	229
8.6	التطور التاريخي لأعداد المنتسبين للصندوق الوطني للتقاعد فرع البليدة	231
9.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الجنس ونوع الحقوق (مباشرة والمنقولة)	235
10.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب العمر عند الوفاة	237
11.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب قطاع النشاط	238
12.6	توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) شريحة التقاعد المباشر حسب قطاع النشاط والجنس	239
13.6	تطور معدلات الوفيات من ذوي الحقوق المباشرة لمنتسبي (CNR) خلال الفترة من 1980–2014	245
14.6	التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CNR) خلال الفترة من 1980–2014	246
15.6	تطور معدلات المتوفين أثناء النشاط من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980–2014	247

16.6 التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة للهالكين أثناء النشاط خلال الفترة 1980–2014 247
17.6 تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي (CNR) حسب قطاعات النشاط الرئيسية 249
18.6 تطور معدلات الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CASNOS) خلال الفترة 1999–2014 250
19.6 تطور متوسط العمر عند الوفاة من ذوي الحقوق المباشرة لمنتسبي (CASNOS) خلال الفترة 1980–2014 252
20.6 التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين من منتسبي (CASNOS) وفق قطاع النشاط خلال الفترة 1989–2014 253
21.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين الأجراء 258
22.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين غير الأجراء 261
23.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب الحالة الاجتماعية للمتقاعدين الأجراء 264
24.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب النشاط الاقتصادي للمتقاعدين الأجراء 268
25.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب قطاع النشاط للمتقاعدين غير الأجراء 270
26.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب نمط التقاعد للأجراء 274
27.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل للأجراء 278
28.6 منحنى البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل لغير الأجراء 281
29.6 تطور أعداد الإصابة بحوادث العمل لمنتسبي (CNAS) فرع البليدة خلال الفترة 2003–2014 286
30.6 تطور أعداد الإصابات بالأمراض المهنية لمنتسبي (CNAS) فرع البليدة خلال الفترة 2003–2014 288
31.6 التوزيع النسبي لحوادث العمل على مختلف قطاعات النشاط خلال الفترة 2003–2014 290
32.6 التوزيع النسبي للأمراض المهنية على مختلف قطاعات النشاط خلال الفترة 2006–2014 291
33.6 التوزيع النسبي لحوادث العمل وفق العمر خلال الفترة 2003–2014 292
34.6 التوزيع النسبي للأمراض المهنية وفق العمر خلال الفترة 2006–2014 293
35.6 التوزيع النسبي للحوادث العمل وفق الجنس للفترة 2003–2014 294

36.6 التوزيع النسبي لحالات الإصابة بالأمراض المهنية وفق الجنس للفترة 2006–2014 295
37.6 التوزيع النسبي لحوادث العمل وفق موقع الإصابة في الجسم خلال الفترة 2003–2014 296
38.6 التوزيع النسبي لأماكن وقوع حادث العمل خلال الفترة 2003–2014 298

المقدمة

الموت حتمية مما لا شك فيه، وهو مسلمة من بين المسلمات، قال الله عز وجل في كتابه "كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ" الآية 185 آل عمران، إلا أن الله عز وجل خلق الكون وفق أطر وقوانين تحكمه، فكل نتيجة لها مسبباتها، وكل هذا وفق مقادير الله عز وجل، ولهذا نسعى إلى فهم الأطر التي تحكم الظواهر، فظاهرة الوفاة والتي هي محور اهتمامنا، تعددت الدراسات التي تناولت هذه الظاهرة بجميع أصنافها، بالرغم من هذا لا تزال ظاهرة الوفاة غامضة وتشغل اهتمام الكثير من الباحثين.

فإذا ما سلمنا أن لظاهرة الوفاة عوامل تحكمها، فقد تعددت العوامل بتعدد أنواع الوفيات، وفيات الأطفال، وفيات الأمهات، وفيات البالغين، وفيات كبار السن وغيرها، إلا أن بحثنا يسعى إلى دراسة الوفيات في سياق آخر تحكمه مجموعة من العوامل، تتمثل في وفيات المتقاعدين من المنتسبين لصناديق الضمان الاجتماعي.

إن ما جعل اهتمامنا ينصب لهذا المجال، هو اللغط القائم حول تأثير ظروف العمل المختلفة على تصنيف المهن شاقة وغير شاقة في الجزائر، بالإضافة الى تحديد سن التقاعد وفق رؤى جديدة، ولفهم تأثير ظروف العمل المختلفة، وجدنا أنه من الممكن القيام بدراسة استرجاعية مقطعية للمتقاعدين المتوفين من صناديق الضمان الاجتماعي، حتى يتسنى لنا فهم تأثير مختلف العوامل على معدلات الوفاة ومتوسط العمر عند الوفاة، مع التعريج على ظروف العمل الصعبة من خلال حوادث العمل والأمراض المهنية.

وللوصول الى التصور الذي سطرناه انصب اهتمامنا على وفيات منتسبي صناديق الضمان الاجتماعي لفرع ولاية البليدة خلال الفترة 1980–2014، لرصد مدى تأثير مختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية على ظاهرة الوفاة من جهة ومتوسط العمر عند الوفاة من جهة أخرى.

وللوصول إلى الأهداف المسطرة، استخدمنا بيانات المتقاعدين المتوفين من قواعد بيانات صناديق الضمان الاجتماعي، والممثلة في الملفات الإدارية حيث خصت المتقاعدين الأجراء وغير الأجراء، استخدمنا مجموعة من الأساليب الإحصائية لاستخلاص النتائج، على غرار أسلوب تحليل البقاء على قيد الحياة كابلان ماير، بالإضافة الى تحليل المخاطر النسبية لكوكس.

تناول العمل شقين، جانب نظري وجانب ميداني وسنوجز مراحل سير العمل فيما يلي:

الفصل الأول: تناولنا فيه الجانب المنهجي للدراسة، من إشكالية وفرضيات، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، الدراسات السابقة بالإضافة إلى المنهج المتبع والبيانات المستخدمة.

الفصل الثاني: تناولنا فيه التطور التاريخي لبعض المؤشرات الديموغرافية على غرار المواليد، معدلات النمو، الخصوبة، التركيب النوعي والعمري، الهجرة وغيرها، حتى يتسنى لنا فهم وتفسير بعض الجوانب المتعلقة بالعمل في ضوئها، وكذلك حتى لا تتناقض نتائجنا مع السياق العام الذي يحكم مجتمع الدراسة.

الفصل الثالث: أوردنا فصلا خاصا بالوفيات بالرغم من أنها مؤشر من المؤشرات الديموغرافية، لكن مع أهميتها لموضوع البحث، وحتى لا يحدث خلل في توازن الفصول، جاءت مستقلة لوحدها، حيث تناولنا في هذا الفصل بعض النظريات المفسرة للوفيات، بالإضافة الى تطور معدلات الوفاة ومتوسط العمر خلال فترة الدراسة، بالإضافة إلى أسباب الوفاة والعوامل المؤثرة في ذلك.

الفصل الرابع: تناولنا في هذا الفصل الواقع الصحي في الجزائر، من خلال التطرق الى الوضعية الوبائية خلال فترة الدراسة، قمنا بتقييم المنظومة الصحية من خلال استخدام مجموعة من المؤشرات، وقد تناولنا كذلك طب العمل، حوادث العمل والأمراض المهنية.

الفصل الخامس: تناولنا فيه أهم المعالم الاجتماعية والاقتصادية التي ميزت الفترة من 1980 الى غاية 2014، حتى يتسنى لنا تفسير النتائج في ضوء الأحداث الواقعة، بالإضافة الى تقييم التطور الاجتماعي والاقتصادي من خلال مجموعة من المؤشرات، على غرار الناتج المحلي الإجمالي، معدلات النمو، مؤشرات البطالة والفقر، بالإضافة الى مؤشر التعليم.

الفصل السادس: احتوى هذا الفصل على الدراسة الميدانية، وحتى نكون أكثر إحاطة بموضوع البحث وتفسير النتائج، انطلقنا أولا من سياسة التأمينات الاجتماعية في الجزائر بمختلف مكوناتها ومراحل تطورها، عرجنا على أنواع وشروط التقاعد، لنصل إلى قواعد البيانات تمحيصا وترتيبا، ثم بناء الجداول وتفسيرها، وصولا الى اختبار الفرضيات، وفي الأخير مناقشة الفرضيات وتفسير النتائج.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

الإطار المنهجي للدراسة

التمهيد:

يهتم الأشخاص الذين يعملون على تحسين صحة العامة والرفاه بفهم التفاوت في الوضع الاقتصادي والاجتماعي وعلاقتها بتباين معدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع وظروف عيش هذه السنوات.

من المعروف أن معدل الوفيات ومتوسط العمر الذي يبلغه الإنسان، يرتبط ارتباطا عكسيا بالوضع الاجتماعي والاقتصادي من الناحية النظرية مثلما جاء في بعض الدراسات، لكن القليل منها هدفت إلى فحص العلاقة بين وفيات المتقاعدين والظروف الاجتماعية والاقتصادية، لذلك من الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث في هذا المجال.

1.1 الإشكالية:

إن الوفيات كعامل فعال في تغيير الاتجاهات السكانية ولأهميته كمؤشر على كثير من السمات التي يمكن في ضوئها التمييز بين مجتمع وآخر، إلى جانب مساهمتها في تغيير الوضع الصحي لأي مجتمع من المجتمعات، فهي تساهم في تخطيط السياسات الصحية التي تتلاءم وتلك المقاييس وتعتبر كمؤشر عن مدى تقدم بلد أو تخلفه، فهي من المؤشرات الاجتماعية التي تحدد المستوى الاقتصادي لأي بلد، على غرار التغذية والتعليم، وهي تساهم في حساب بعض المؤشرات المركبة التي وضعتها المنظمات الدولية مثل: دليل التنمية البشرية.

فقد حظيت الوفيات باهتمام الباحثين في مجال السكان لاعتبارات كثيرة، بل إن الاهتمام بدراسة الوفيات قد سبق الاهتمام بدراسة المواليد والخصوبة ذاتها، وهذا يرجع إلى أن الإنسان يسعى إلى تقليل الوفيات أكثر من سعيه إلى تقليل المواليد.

فقد شهد العالم تحولات مست معدلات الوفيات والمواليد، فالتحول الديموغرافي الذي أدى إلى انخفاض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأطفال، مرده إلى المكاسب الصحية للسكان من تحسين النظافة والأغذية، اختفاء المجاعات بسبب حصص الغذاء المتوازية، زيادة فرص الحصول على الرعاية الصحية، وبالتالي أدى إلى انخفاض الوفيات، وانحسار الأمراض المعدية فهي لم تعد السبب الرئيسي للوفاة.[1]

[1] Kamel Kateb, "Transition démographique en Algérie et marché du travail", *revue: Confluences Méditerranée* 1/2010 (N°72),Editions l'Harmattan (consulté le 06.12.2022) https://www.cairn.info/revue-confluences-mediterranee-2010-1-page-155.htm

وقد اعتقد الباحثون قديما أنه يمكن تفسير الفروق في معدلات الوفيات بنسبها للفوارق بيولوجية طبيعة، ومن ثم يصعب التحكم فيها أو تغييرها، إلا أننا نعلم حاليا أن معظم الفروق ترجع الى أسباب اجتماعية وليس لأسباب بيولوجية فقط، بالرغم من مساهمة هذه الأخيرة نسبيا.

تعد الفروق في الوفيات بسبب اختلاف المكانة الاجتماعية من الظواهر الواضحة في المجتمعات الحديثة، وتعتبر العلاقة بين الدخل ومستوى الصحة من العلاقات ذات الصلة الوثيقة، فالعوامل التي تضع الفرد في مستوى اجتماعي أدنى، تزيد بالتالي من مخاطر الوفاة المبكرة للشخص، وقد أثبتت العديد من الدراسات العلمية ذلك، على سبيل المثال فقد أرجع ماركس ارتفاع معدلات الوفاة بين الطبقات العاملة الى طبيعة النظام الرأسمالي ذاته، وأن هذه الفروق في معدلات الوفيات بين الطبقات المختلفة في المجتمع ستزول في ظل قيام المجتمع الاشتراكي، "من ناحية أخرى فقد أقيمت العديد من البحوث والدراسات بهذا الصدد أثبتت مساهمة العوامل الاقتصادية ممثلة في الدخل القومي، في زيادة متوسط العمر المتوقع"[1].

وفق تقديرات منظمة العمل الدولية هناك ما يقرب من 270 مليون حادث مهني (مميت وغير مميت) و 160 مليون حالة من الأمراض المهنية في جميع أنحاء العالم كل عام، في المتوسط يموت 5000 شخص كل يوم، أي 2 مليون رجل وامرأة سنويا، نتيجة لهذه الحوادث المهنية والأمراض المتعلقة بالعمل، حوالي ثلث هذه الحالات تؤدي إلى فقدان أربعة أيام عمل أو أكثر، تشير الإحصائيات إلى أن هناك حوالي 355000 حالة وفاة خلال ساعات العمل كل عام، وتشير

[1] Samuel H Preston, the changing relation between mortality and level of economic development, international journal of Epidemology, Volume 36, issue 3, june 2007, p 484-490: https://doi.org/10.1093/ije/dym075

نفس المعطيات إلى أن نصف هذه الحالات يقع في الزراعة وهو القطاع الذي يضم نصف قوى العاملة في العالم، ويعد البناء والتعدين والصيد التجاري قطاعات أخرى تتضمن مخاطر كبيرة.[1]

وتشير بيانات منظمة العمل الدولية إلى أن 4% من الناتج الإجمالي المحلي في العالم، يضيع نتيجة التغيب عن العمل لأسباب الإصابة والوفاة والمرض، وعلاج المرض والإعاقة والمنح والمزايا المقدمة للعمال الناجين.[2]

بالرغم من المكاسب المحققة في العمر الذي صاحبه ارتفاع أمل الحياة، والذي كان يتأثر بدرجة أكبر بمعدلات وفيات الأطفال، يمكن القول إن إطالة عمر الإنسان لا تكفي ولم تعد هاجس في حد ذاتها خاصة إذا وصلنا إلى أعتاب العمر الافتراضي للإنسان، في ظل الظروف الصحية المرصودة التي يعيشها كبار السن، فإن عمر أطول يؤدي إلى مشاكل أكثر، يجب أن نتعدى الحديث عن عيش الإنسان لسنوات أكثر من الماضي، بل يجب التطرق إلى طريقة عيش هذه السنوات، عدم المساواة في الظروف المحيطة بالعمل قد ينجر عنها عدم المساواة في العمر المتوقع، في معدلات الوفيات في الحوادث والأمراض المهنية.

فالعامل خلال سنوات الخدمة الطويلة التي يقضيها في دفع الاشتراكات الخاصة بالتقاعد آملا منه أن يستفيد منها بعد إحالته على التقاعد، يجد نفسه أمام احتمالية عيش سنوات قليلة بعد سن التقاعد أو صعوبة عيش هذه السنوات، فهذا يجرنا للحديث عن مدة الاستفادة من التقاعد قبل الوفاة، وتجب الإشارة إلى أن إجراء مثل هذا النوع من الدراسات ليس بالأمر الهين بسبب صعوبة الحصول على البيانات التي تربط بين الوفيات ومسبباتها والوضع الاجتماعي للشخص، وكذلك توجد صعوبة في دراسة الوفيات على المستويات الدنيا، مثل التقسيمات المتعلقة بالولايات والبلديات، لذلك

---

[1] منظمة العمل الدولية، حقائق عن العمل الآمن،2003، عبر الموقع: www.ilo.org

[2] نفس المرجع.

يلجأ الباحثون الى ربط البيانات عن الوفيات وأسبابها، بإحصاءات التعداد السكاني للأفراد الذين توفوا، حتى يمكن الوصول إلى بيناتهم الخاصة التي تعبر عن الوضعية الاجتماعية والاقتصادية.

إن انفتاح الجامعة على محيطها الخارجي، في إطار التسهيلات الممنوحة وتشجيعا للبحث العلمي، وهذا من خلال استغلال المعطيات المتوفرة على مستوى الإدارات العمومية بالولاية، والتي تستفيد هي بدورها من نتائج هذه البحوث والدراسات، وهذا بتقديم خدمة للمحيط وكذلك للمصالح المعنية، علما أن الكثير من قواعد البيانات غير مستغلة من قبل الباحثين، سواء لصعوبة الحصول عليها، أو جهل وجودها من قبل الباحثين.

من خلال ما تطرق ذكره آنفا سعينا إلى استغلال بيانات الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي (CNR , CASNOS, CNAS)، لإلقاء الضوء على وفيات المنتسبين لهذه الصناديق والعوامل المؤثرة في ذلك، ويجرنا الحديث لذكر الأمراض المهنية و إصابات العمل، لأنها تعتبر سبب من بين مسببات الوفاة، مستغلين جزء من هذه البينات، يخص سنوات 1980 إلى غاية سنة 2014، وهذا لإبراز الوضعية خلال ثلاث عشريات و الخماسي الأخير، أي قبل وبعد العشرية السوداء، و كذلك مرحلة تطبيق برامج التعديل الهيكلي (Programme d'ajustement Structurel) اختصارا (PAS)، بحيث تتسم كل مرحلة بخصوصياتها، وفي ظل هذا الطرح ننطلق في صياغة التساؤل الرئيسي للإشكالية:

- ❖ هل هناك تباين في اتجاهات الوفاة تحت تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة؟

ويندرج تحت هذا التساؤل رئيسي مجموعة من الأسئلة الفرعية:

1. هل يمكن الكشف عن أي اتجاهات مختلفة في معدل الوفيات ومتوسط العمر عند الوفاة خلال الفترة 1980 إلى غاية 2014 لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة؟ وهل تأثرت بمرحلة العشرية السوداء، ومرحلة تطبيق برامج التعديل الهيكلي (PAS)؟
2. هل يوجد تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى العوامل الاجتماعية لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة؟
3. هل يوجد تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى قطاع النشاط لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة؟
4. هل يوجد تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أنماط التقاعد لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة؟
5. هل يمكن الكشف عن أي فروق في متوسط العمر عند الوفاة بين مستويات الدخل المختلفة لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة؟
6. ما واقع حوادث العمل والأمراض المهنية بين منتسبي صناديق الضمان الاجتماعي لفرع البليدة؟

2.1 الفرضيات:

وللإجابة على أسئلة الدراسة، قمنا بطرح مجموعة من التصورات في شكل أجوبة محتملة وسنوجزها فيما يلي:

1. يوجد اختلاف في اتجاهات الوفاة حسب الفترات خلال السنوات المدروسة من 1980 إلى 2014 ترجع إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها المرحلة.

2. يوجد تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى العوامل الاجتماعية لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة.
3. يوجد تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أصناف النشاط الاقتصادي لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة.
4. يوجد تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أنماط التقاعد المختلفة لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة.
5. توجد فروق في متوسط العمر عند الوفاة بين مستويات الدخل المختلفة لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة.
6. هناك تباين في مستويات الإصابة بالأمراض المهنية وحوادث العمل يرجع إلى مجموعة من العوامل على غرار النشاط الاقتصادي، الجنس، العمر، ومكان العمل لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي فرع البليدة.

3.1. أسباب اختيار الموضوع:

يكتسي موضوع الوفيات أهمية بالغة لما يقتضيه من اهتمام من قبل الباحثين في مجال الدراسات الديموغرافية، وهذا راجع لتأثيره على اتجاهات السكان من جهة وكذلك المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية التي تلعب دور في تحديد مستويات التنمية البشرية، ومستويات التطور والتحضر، وإمانا منا بالبحث العلمي ومدى مساهمته في ترقية المجتمع، فقد كثر الحديث في وسائل الإعلام وقد شغل الرأي العام في الفترة التي قمنا باختيار الموضوع فيها عن تحديد المهن الشاقة، وهذا ما لفت نظرنا ودفعنا الى الخوض في هذا الموضوع.

وكذلك جاء اختيار الموضوع نظرا لسبل الحصول على بيانات غير مستغلة من قبل، والتي يمكن أن تساهم في تسليط الضوء على موضوع الدراسة، المتمثل في تحليل الوفيات والأمراض

المهنية لمنتسبي صناديق الوطنية للضمان الاجتماعي لولاية البليدة وهذا باستغلال السجلات الإلكترونية لهذه الأخيرة.

4.1 أهمية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة التي اهتمت بالربط بين وسط العمل ومعدلات الوفيات بين المتقاعدين، ومدى تأثر متوسط العمر ببعض المتغيرات المهنية والاجتماعية، ويعود هذا إلى نقص البيانات التي تربط بين معطيات الوفيات والخلفية المهنية والاجتماعية للمتوفين، أو قصورها إن وجدت، وتتجلى أهمية هذه الدراسة في استغلال مصادر بيانات غير مسبوقة في تحليل ظاهرة الوفاة، وهي غير مستغلة من طرف الباحثين سواء لصعوبة الحصول عليها، أو جهل وجودها من قبل الباحثين.

وتبرز أهمية هذه الدراسة كذلك في إيجاد العلاقة بين قطاعات العمل من جهة، وأنواع التقاعد والفوارق في معدلات الوفيات، ومدى تأثيرها على العمر المتوسط للمتقاعدين، بالإضافة إلى محاولة فهم تأثير هذه العوامل على سنوات العيش بعد الحصول على التقاعد.

وتتجلى كذلك أهمية هذه الدراسة في الاهتمام بجانب مهم من حياة العامل أثناء تأدية الوظيفة وحتى بعد الإحالة على التقاعد، وتتمثل في تسليط الضوء على إصابات العمل والأمراض المهنية والفوارق بين مختلف قطاعات العمل والمهن، بحيث يسمح للدولة من اتخاذ التدابير والحلول اللازمة لتوفير بيئة آمنة للموظف، تسمح له بمزاولة وظيفته في أفضل حال، وكذلك التقليل من احتمالية الوفاة المبكر للمتقاعد بعد الإحالة على المعاش، وهذا بمراجعة سن التقاعد حسب قطاع النشاط من أجل ضمان الصحة والسلامة وهذا ما تقتضيه الإنسانية.

وستوجه الدراسة اهتمام المؤسسات والجهات المعنية بمواجهة ظروف العمل الصعبة، الحوادث والأمراض المهنية، كوزارة العمل ومؤسسات الضمان الاجتماعي وإدارات العمل والجهات الأخرى ذات العلاقة في الجزائر.

5.1 أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على ما يلي:

- إبراز تطور وضعية الوفيات لمنتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي.
- إبراز تباين مستويات الوفيات حسب قطاعات الشغل للمنتسبين للصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي.
- إبراز مدى مساهمة وسط العمل والخلفية الاجتماعية في التأثير على متوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين.
- إبراز مدى تأثير أنواع التقاعد على معدلات الوفيات وكذا تأثيرها على متوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين.
- إبراز التباينات فيما يخص سنوات العيش بعد التقاعد حسب متغيرات الجنس والدخل والقطاع.
- تحديد الفروقات بين أوساط العمل فيما يخص إصابات العمل والأمراض المهنية
- التعرف على أنواع حوادث العمل والأمراض المهنية، وحالات العجز الناجمة عن وسط العمل.

- محاولة الربط بين ظاهرة الوفيات وقطاعات العمل وهذا لإعطاء صورة عن التباينات بين أوساط الشغل ومدى تأثير الخلفية المهنية والاجتماعية على متوسط العمر عند الوفاة ومعدلات الوفيات.

6.1 تحديد المفاهيم:

1. الوفيات:

التعريف الاصطلاحي:

"تهتم دراسة الموت أو الوفيات بتأثير الموت على السكان، يشمل مصطلح الوفيات جميع المعدلات التي تقيس درجة الوفاة بينهم أو بين جزء منهم. عندما يتم استخدام المصطلح على سبيل المثال لا الحصر، فإن معدلات الوفيات الأولية، أو بشكل أكثر تحديدا تقول معدل الوفيات الأولي السنوي لجميع الأسباب (أي المعدل الأولي أو الخام)، وهو حاصل قسمة عدد الوفيات في سنة تقويمية كاملة مقسوما على متوسط عدد السكان لنفس السنة، ويمكن أن ينوب عنه عدد السكان في منتصف السنة إذا كان تغير عدد السكان بانتظام خلال السنة، وعادة ما يتم إعطاء هذا المعدل بالآلاف (ألف نسمة من السكان المقيمين)، هناك معدلات وفيات خاصة وفق تركيبة السكان، كالعمر والجنس، وقد نجد لفظ معدل وفيات الأعمار".[1]

من أجل دراسة فروق الوفيات أو التفاوتات بين الفئات المختلفة، "فإن معدلات الوفيات الخاصة مفيدة، إذا كانت هناك زيادة ملحوظة في معدل الوفيات في فئة سكانية واحدة عند مقارنتها بالفئات الأخرى، يقال إن هناك زيادة مفرطة في معدل الوفيات (أي عند مقارنته بفئة أو بفئات أخرى)، وتقاس هذه الزيادة بما يسمى دليل الزيادة المفرطة في معدل الوفيات"[2].

---

[1] المعجم الديمغرافي متعدد اللغات-السفر العربي، http://ar-ii.demopaedia.org

[2] نفس المرجع.

"وتدرس أيضا الوفيات حسب المهنة، إذا كان الغرض مقابلة معدلات الوفيات بين أصحاب مهن أو وظائف مختلفة أو قطاعات العمل، كما تدرس وفيات العمل أو وفيات أمراض العمل إذا كانت الوفيات هذه ناجمة عن أمراض العمل، وناشئة عن مزاولة المهنة نفسها".[1]

التعريف الإجرائي:

نقصد بالوفيات في هذه الدراسة وفيات البالغين من المنتسبين للصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي، الذي توفوا أثناء النشاط أو بعد الإحالة على التقاعد.

2. الأمراض المهنية:

التعريف الاصطلاحي:

تباينت واختلفت الأنظمة والتشريعات الدولية في تعريف الأمراض المهنية، إذ يعرف حاليا عن طريق الجداول التي تحدد الأمراض المهنية الخاصة بكل بلد، ومن هذه التعريفات نذكر ما يلي:

عرفت منظمة العمل الدولية المرض المهني على أنه: "كل مرض تكثر الإصابة به بين العاملين في مهنة أو مجموعة من المهن والوظائف دون سواها".[2]

ويعرف القانون البريطاني المرض المهني على أنه: "ما ينشأ من خطورة خاصة متعلقة بالعمل وليست خطورة عامة يتعرض لها المواطنون جميعا".[3]

وهناك تعريف آخر للمرض المهني إذ عرف على أنه: "المرض الذي ينتج عن مزاولة مهنة معينة لمدة من الزمن، إذ يظهر في صورة أعراض مرضية تلازم العامل في هذه المهنة".[4]

التعريف الإجرائي:

---

[1] نفس المرجع.

[2] محمود ذياب العقايلية، الإدارة الحديثة للسلامة المهنية، ط1، دار الصفاء، عمان، 2002، ص: 160.

[3] محمد عبد السميع، **الأمن الصناعي: عرض تحليلي لمفهومه ونشاطه**، مطبعة القاهرة، القاهرة، 1972، ص: 15.

[4] A.Haray, **Accident de travail et maladie professionnelle**, 2émééd, Masson, paris, 1998, p:7.

لم يعرف المشرع الجزائري الأمراض المهنية، واكتفى ببيان الأمراض التي تأخذ هذا الوصف، "فالمادة 63 من القانون رقم 83–13 الصادر في الجريدة الرسمية"، نص على: " تعتبر أمراضا مهنية كل أعراض التسمم والتعفن والاعتلال التي تعزى على مصدر أو سبب مهني خاص".[1]

وبهذا النص يكون المشرع الجزائري قد حذا حذو التشريعات الأخرى، إذ لم يقدم تعريفا للمرض المهني، بل اكتفى بتحديد الأعراض المسببة له، كما نجد بعض التشريعات تضع جداول ملحقة بالقانون المتعلق بالأمراض المهنية (مثل ما هو معمول به في الجزائر، حيث تتلخص الأمراض المهنية في 85 جدول)، ويحدد المرض على سبيل الحصر، ما عدا ما جاء في الجداول لا يعتبر مرضا مهنيا، ولا يكيف حتى بحادث عمل، مما يحرم العامل من الحماية المقررة للخطر المهني.

"وقد يكون السبب في عدم تعريف المرض المهني من التشريعات، هو صعوبة وضع تعريف يجمع كل الأمراض المهنية، خاصة إذا توصلنا إلى أن هذه الصعوبة تمتد إلى الناحية الطبية أيضا، ولا يمكن الوصول إلى تعريف علمي وطبي للمرض المهني، يمكن أن يكون أساسا يقتدى به".[2]

3. الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي:

هي صناديق تابعة لوزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي وتحت إشرافها، "ويكتسي الضمان الاجتماعي أهمية بالغة بمكان في حماية العمال وعائلاتهم، نظرا لانعكاساته الإيجابية على توزيع الدخل القومي، وعلى أداء الاقتصاد الوطني، وهو ضابط هام عبر تاريخ تطوره"[3]، ويوجد

---

[1] الجريدة الرسمية، المادة 63 من قانون رقم 83-13 مؤرخ في 1983/07/02، يتضمن حوادث العمل والأمراض المهنية (ج ر 28)، معدل ومتمم بموجب أمر 96-19 مؤرخ في 1996/07/06 (ج ر 42).

[2] محمد عبد الظاهر، إصابات العمل بين قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي، المكتبة الوطنية، عمان، 1994، ص 15.

[3] وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي، تاريخ المعاينة 15-05-2023، عبر الموقع التالي: https://www.mtess.gov.dz/ar

العديد من الصناديق التي تنطوي تحت منظومة الضمان الاجتماعي في الجزائر، إلا أن الصناديق محل اهتمامنا في هذه الدراسة هي:

- "**الصندوق الوطني للتقاعد (CNR)**"
- "**الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS)**"
- "**الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS)**"

نناقش الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي بالتفصيل لاحقا، لكننا أشرنا لها بإيجاز فقط عند تحديد المفاهيم.

7.1 مصادر المعطيات:

اعتمدنا في دراستنا على قواعد بيانات الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي، حيث استغللنا الملف الإلكتروني للمتقاعدين المتوفين، من بيانات الصندوق الوطني للتقاعد (CNR) بالنسبة للعمال الأجراء، وكذلك بيانات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء (CASNOS).

أما فيما يخص حوادث العمل والأمراض المهنية (AT/MP)، استغللنا بعض الجداول الإحصائيات من بيانات الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS)، حيث تعذر علينا الحصول على قاعدة البيانات.

وقد انصب تركيزنا على البيانات التي تخص الفترة الزمنية الممتدة من سنة 1980 إلى غاية سنة 2014، فدراسة ظاهرة الوفاة تستدعي فترات زمنية أطول من أجل رصد الاتجاه العام للظاهرة، واعتقادا منا أنها تخدم تصورنا لموضوع الدراسة.

8.1 منهجية الدراسة:

تحقيقا للأهداف المذكورة، سوف نعتمد في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي، بالإضافة إلى المنهج التحليلي الإحصائي في استخراج الجداول وقراءتها، حيث أن نوع الدراسة هو الذي يفرض المناهج المتبعة.

تعتمد دراسة الوفيات، حوادث العمل والأمراض المهنية على تحليل اتجاهات الظاهرة، رصد التباين بين مختلف الفئات، وفهم الأسباب المؤثرة في الظاهرة، وعليه استخدامنا الأساليب الإحصائية لتحليل الاتجاهات الزمنية، وفهم تأثير العوامل المختلفة على الوفيات ومتوسط العمر، موظفين في ذلك المتغيرات المتوفرة في قواعد البيانات التي تحصلنا عليها من الصناديق المذكورة سابقا، بحيث تم تحليل البيانات السالفة الذكر كل على حدى، بسبب صعوبة الدمج بين قواعد البيانات، وهذا لوجود اختلافات عديدة.

استخدمنا البرامج الحاسوبية على غرار برنامج EXCEL وSPSS، من أجل تنقيح وتحليل البيانات، بالإضافة الى استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية، من بينها أسلوب تحليل البقاء على قيد الحياة (SURVIVAL ANALYSIS) من برنامج (SPSS)، "حيث يتوافق تحليل البقاء على قيد الحياة مع مجموعة من الأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقيق في الوقت الذي يستغرقه وقوع حدث مهم، يستخدم هذا الأسلوب في مجموعة متنوعة من المجالات مثل (العلوم الطبية لتحليل وقت بقاء المرضى على قيد الحياة، علم الاجتماع لتحليل تاريخ الحدث أو الظاهرة، وفي مجال الهندسة لتحليل تاريخ الفشل أو العطب)"[1].

[1] Statistical tools for high-throughput data analysis, Survival Analysis Basics, http://www.sthda.com/english/wiki/survival-analysis-basics, Accessed on 14-05- 2023.

9.1 الدراسات السابقة:

1.9.1 الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى: اتجاهات معدل الوفيات والعمر المتوقع للمتقاعدين الذكور حسب مستوى دخل المعاش.

تناولت هذه الورقة البحثية حالة إسبانيا، فقد سعى الباحثون الاستفادة من العينة المستمرة لحياة العمل بالاعتماد على بيانات إدارية كبيرة، للتحقيق في اختلافات معدلات الوفيات بين الرجال المتقاعدين الذين تتراوح أعمارهم بين 65 عام وما فوق، وعلاقتها بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية، على مدى أطول فترة ممكنة تتوفر فيها البيانات المستخدمة، حيث امتدت من 2005 إلى 2018، وقد استخدم الباحثون المؤشر الوحيد المتاح الذي يعكس الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وهو مقدار المعاش التقاعدي الأولي للسكان المتقاعدين بالنسبة للفترة 2005–2010، وهذا لتوفر معلومات قليلة جدا بشأن المتقاعدين، وقد خلصت النتائج إلى[1]:

1. وجود فجوة في متوسط العمر المتوقع تبلغ 1.49 سنة بين المتقاعدين في الفئات الأعلى والأدنى دخلا، تتسع هذه الفجوة بمرور الوقت وتصل إلى 2.58 سنة للفترة 2015–2018.
2. لا يمكن أن تعزى الزيادة في عدم المساواة في متوسط العمر المتوقع إلى إصلاحات نظام المعاشات التقاعدية التي أجريت خلال الفترة 2011–2013، نظرا لأن النظام أصبح أكثر توزيعا وقد تم زيادة معاشات الحد الأدنى بشكل واضح خلال السنوات الأخيرة.

[1] J. M. González, Marta Regúlez-Castillo, Carlos Vidal-Meliá,"Mortality and life expectancy trends for male pensioners by pension income level", ICAE Working Paper nº 2102, February, 2021. https://eprints.ucm.es/id/eprint/63900/1/2102.pdf

3. يمكن إرجاع الأسباب إلى انخفاض الإنفاق العام على الصحة خلال الفترة 2009–2018 وزيادة الإنفاق على الصحة الخاصة، والتي من المفترض أن تكون ذات فائدة أكبر للمتقاعدين الذين لديهم معاشات تقاعدية أكبر.

الدراسة الثانية: دور التشخيص والحالة الاجتماعية والاقتصادية في الوفيات بين المتقاعدين من ذوي الإعاقة في النرويج – دراسة أترابية سكانية.[1]

أظهرت العديد من الدراسات زيادة معدل الوفيات بين المتقاعدين من ذوي الإعاقة، وقد حاولت هذه الدراسة تحديد أسباب هذه الزيادة، وتم إجراء العمل على 148942 شخصا تمت متابعتهم بين عامي 1990 و 1996 في النرويج، ومن هذا المجموع ، كان هناك 6285 امرأة و 4113 رجلا، يتقاضون معاش عجز في الأساس، تم إجراء تحليل للمخاطر النسبية لكوكس بشكل منفصل للنساء والرجال، حيث كانت الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب هي متغيرة النتيجة، تم إدخال حالة معاش العجز، وتشخيص معاش العجز، والعمر، والمستوى التعليمي، ومتوسط الدخل السنوي كمتغيرات توضيحية.

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. أكدت الدراسة ارتفاع معدل الوفيات المبكرة بين متقاعدي الإعاقة النرويجيين في الفترة 1990–1996 .
2. يبدو أن الحالة الطبية تساهم بشكل أكبر في زيادة الوفيات بين النساء، في حين أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض كان أكثر أهمية بالنسبة للرجال.

[1] S. Gjesdal, J. and Others, " Role of diagnoses and socioeconomic status in mortality among disability pensioners in Norway--a population-based cohort study", Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2008, 34(6), p 479-482. https://doi.org/10.5271/sjweh.1286

الدراسة الثالثة: معدلات وفيات عالية ومتزايدة بين البالغين في سن العمل، العلاقة بين العوامل الاقتصادية والوفيات[1]

الدراسة التي أعدتها الأكاديمية الوطنية للعلوم والهندسة والطب، قسم العلوم السلوكية والاجتماعية والتعليم، لجنة الإحصاء الوطنية، لجنة السكان لجنة ارتفاع معدلات وفيات منتصف العمر والتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية، من قبل المحررين: تارا بيكر، ملاي ك ماجموندار، وكاثلين مولان هاريس (Kathleen Mullan Harris, Malay K. Majmundar, and Tara Becker,).

حيث خلصت الدراسة إلى أن العلاقة بين الظروف الاقتصادية والوفيات معقدة، يشير التحليل الوصفي للاتجاهات إلى أن السكان البيض المحرومين مقارنة بالمجموعات العرقية/الإثنية الأخرى قد شهدوا زيادة غير متناسبة في معدل الوفيات، لكن البيانات الحديثة تشير إلى أن السكان المحرومين الآخرين قد عانوا من اتجاهات وفيات أسوأ أيضا.

الأدلة المتعلقة بتأثير التغيير في الظروف الاقتصادية على الوفيات أقل حاسما، تدعم التحليلات شبه التجريبية لفقدان الوظائف وإغلاق المصانع والاضطراب الناجم عن التجارة الخارجية فكرة أن الاضطراب الاقتصادي يزيد من معدل الوفيات، لكن هذه الدراسات تركز على تقييم التغييرات في الرفاهية الاقتصادية بسبب مجموعة ضيقة من الأسباب، مثل إغلاق المصانع واضطرابات التجارة، على عكس الأسباب الأوسع مثل التغيير التقني والاتجاهات الاقتصادية العامة المتعلقة بالإنتاجية، بما في ذلك الأتمتة أو المكننة، من العمليات ذات الصلة، علاوة على ذلك، ليست كل النتائج المستخلصة من هذه التحليلات قوية عبر المواصفات، وجدت التحليلات الأخرى التي

[1] National Library of Medicine , High and Rising Mortality Rates Among Working-Age Adults, 02 Mar 2021, Accessed on 11-12- 2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568187/

تدرس التغيرات في الظروف الاقتصادية والوفيات على مستوى المقاطعة تأثيرا ضئيلا للعوامل الاقتصادية على معدل وفيات المخدرات (عنصر رئيسي في زيادة معدل الوفيات في سن العمل).

يشير أفضل تفسير للعلاقة بين الرفاه الاقتصادي والوفيات إلى أن المصاعب الاقتصادية مرتبطة بارتفاع معدل الوفيات، لا سيما في سياق التوافر الواسع للأدوية الفعالة والمهددة للحياة، ومع ذلك فإن التأثير العام للصدمات الاقتصادية المباشرة التي تم فحصها (أي التغيرات قصيرة الأجل في الظروف الاقتصادية) قد يكون متواضعا، وهناك حاجة إلى مزيد من العمل لتحديد حجم هذا التأثير، قد تنشأ علاقة أكثر أهمية بين الحرمان الاقتصادي والوفيات عندما يتعرض الأشخاص ذوو الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض (SES) لسلسلة من هذه الصدمات، والتي يكون تأثيرها التراكمي كبيرا حتى لو كانت كل صدمة فردية صغيرة، قد يكون هؤلاء الأفراد أيضا أكثر عرضة للأحداث الضائرة (على سبيل المثال ، إدخال المواد الأفيونية) عند حدوثها، علي سبيل المثال، ربما أدى التدهور في الظروف الاقتصادية إلى بعض الوفيات الزائدة، ولكن التأثير الأكبر هو أنه مع إدخال المواد الأفيونية، كان الأفراد الذين يعانون من انخفاض (SES) أكثر تأثراً، قد يكون هذا النمط سببيا ومخصصا للمواد الأفيونية لأن الأفراد الذين يعانون من انخفاض (SES) كانوا أكثر عرضة للإصابة بالألم وبالتالي من المرجح أن يتم وصفهم للمواد الأفيونية، أو قد يكون ظاهرة عامة حيث يتأثر السكان الأقل من (SES) بشكل أكبر عندما تزيد الأحداث من معدل الوفيات الإجمالي.[1]

[1] Ibid.

2.9.1 الدراسات الوطنية:

الدراسة الأولى: "تأثير برنامج التعديل الهيكلي على الأسرة الجزائرية"

الدراسة من إعداد الطالبة سعاد مهماني وإشراف الدكتور علي قواوسي، للحصول على درجة الماجستير، حيث تناولت الدراسة خلال فصولها ابتداء من الفصل الأول تناولت فيه الإطار المنهجي، الفصل الثاني دراسة الأسس النظرية لبرنامج التصحيح الهيكلي، الفصل الثالث دراسة الوضع الاقتصادي والاجتماعي للبلاد قبل وبعد تبني برامج التصحيح حيث تطرقت إلى الانعكاسات الاجتماعية لبرامج التعديل الهيكلي في الجزائر، من خلال بعض المتغيرات، الدخل، البطالة، وغيرها ثم تطرقت لظاهرة الفقر في الجزائر.

الفصل الرابع تناولت فيه السياسة الاجتماعية للدولة في ظل الإصلاحات والوضع الاجتماعي بعد سنوات الإصلاح، أما الفصل الخامس فقد تناول الوضع الديموغرافي في الجزائر في ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، وفي الفصل الأخير استخدمت البرنامج الحسابي PAS لدراسة تطور بعض المؤشرات الديموغرافية لولاية بسكرة من خلال فترات معينة. [1]

وقد خلصت الدراسة الى أن في الجزائر بعد تبني برنامج التعديل الهيكلي، لوحظ ضغط كبير على المستوى الاجتماعي نتيجة الارتفاع المبالغ لأسعار مختلف السلع والخدمات، بسبب تحرير الأسعار وفي نفس الوقت لم يرافقه زيادة في مستوى الدخل.

كذلك ارتفاع نسبة البطالة التي وصلت إلى 34% (بداية فترة تطبيق البرنامج)، وهو أعلى معدل سجلته الجزائر ومن بين أسبابه، البطالة الإجبارية التي نتجت عن الإصلاحات الهيكلية، والتي أدت إلى تسريح أكثر من 500 عامل خلال فترة 1994–1997.

---

[1] سعاد مهماني، "تأثير برنامج التعديل الهيكلي على الأسرة الجزائرية"، مذكرة ماجستير في الديموغرافيا، غ.م، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2008-2009.

أما الجانب الصحي فقد تباطأت جهود الدولة في هذا القطاع، انطلاقا من دخول برنامج الإصلاح الهيكلي حيز التنفيذ، فحسب المسح الذي أجراه الديوان الوطني للإحصائيات سنة 1995 حول المستوى المعيشي، أظهرت النتائج 2% من السكان لم يستفيدوا من الخدمات الصحية، كما عاودت بعض الأمراض إلى الظهور، خاصة في المناطق الريفية جراء الفقر ونقص الغذاء والظروف المعيشية المتدنية، فمرض السل ارتفع من 31.12 حالة لكل 100000 ساكن الى 55.98 حالة خلال الفترة 1994–1999.

كذلك انخفضت نفقات الدولة في هذا القطاع من 5.6% سنة 1988 إلى 3.86% سنة 1997 بالنسبة لـــ PIB.

إن إجراءات برنامج التصحيح الهيكلي نتج عنها تكلفة باهظة تحملها الفقراء ومحدودي الدخل، حيث نتائج هذا البرنامج لعبت دورا هاما في تغيير اتجاه بعض المؤشرات الديموغرافية، فقد تراجعت معدلات الخصوبة، بسبب عدة عوامل، منها التأخر في سن الزواج، أزمة السكن، ارتفاع البطالة، انخفاض الوفيات، خاصة وفيات الأطفال الرضع وما نتج عنه من ارتفاع أمل الحياة عند الجنسين.

تتقاطع هذه الدراسة مع دراستنا في كونها تناولت الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها الجزائر من بينها برنامج التعديل الهيكلي وأثره على بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية، وهذا الذي نسعى بدورنا إليه، من خلال توظيف نفس الظروف التي مرت بها الجزائر في دراسة وفيات منتسبي الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي، حيث أهملت الطالبة وفيات البالغين خلال هاته الفترة، فقد أشارت البيانات تدهور واضح لمعدلات الوفيات، مع استقرار وتباطؤ تطور متوسطات العمر المتوقع في نفس الفترة.

الفصل الثاني

الحالة الديموغرافية للجزائر خلال

الفترة 1980-2014

الفصل الثاني

الحالة الديموغرافية للجزائر خلال الفترة 1980-2014

تمهيد:

حققت الجزائر مكاسب ملحوظة في السلوك الديموغرافي و الصحي للفرد والأسرة خلال العقود الثلاثة محور الدراسة، شهدت المؤشرات نسقا سريعا فاق في بعض الأحيان كل التوقعات، نتيجة عدة عوامل متداخلة منها على وجه الخصوص، النمو الاقتصادي رغم تباطء الوتيرة في بعض الفترات، ارتفاع مستويات التعليم، وتوفير نظام صحي وقائي وعلاجي للجميع، تطور وضعية المرأة، هذه العوامل أثرت بدورها في المؤشرات الديموغرافية، من انخفاض مستويات الخصوبة والوفيات، إلى ارتفاع العمر المتوقع عند الولادة، الذي ساهم في إعطاء منحى جديد للتركيب السكاني في الجزائر، والإقبال على ظواهر جديدة مثل تشيخ السكان وارتفاع نسبة كبار السن في المجتمع بالرغم من أنها لا تزال في بداياتها، ومدى تأثيرها على سوق العمل، وما سوف ينجر عنها من تبعات اقتصادية واجتماعية وصحية.

سيكون محور اهتمامنا في هذا الفصل الواقع الديموغرافي للجزائر خلال فترة الدراسة، وهذا بالتركيز على بعض المؤشرات الديموغرافية.

1.2 تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

34 سنة كانت كفيلة ليتضاعف عدد سكان الجزائر انطلاقا من سنة 1980 الى غاية 2014 وهي الفترة المستهدفة بالدراسة، حيث بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر في الأول من جانفي عام 2014، 39,5 مليون نسمة[1]، بعد ما كان 18,6 مليون نسمة سنة 1980.

الجزائر لم تكن بمعزل عن بقية الدولة العربية، فيما يخص تطور عدد السكان، إذ وفقا للتقديرات السكانية المنقحة للأمم المتحدة، ارتفع عدد سكان البلدان العربية من 171,6 مليون نسمة في عام 1980[2] الى 387,8 مليون نسمة في سنة 2014[3]، يمكن القول أن الجزائر لم تكن الوحيدة التي تضاعف عدد سكانها خلال هذه الفترة، فالعالم العربي إجمالا فاق عدد سكانه الضعف بقليل خلال نفس الفترة، بالرغم من وجود بعض الفوارق بين سكان العالم العربي في معدلات النمو المسجلة، التحليل العام لديناميكيات سكان العالم العربي يوحي بوجود أسباب دينية، تاريخية، ثقافية، اجتماعية واقتصادية، أدت الى تضاعف سكان العالم العربي بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة خلال فترة الدراسة.

---

[1] ديموغرافيا الجزائر 2014، الديوان الوطني للإحصائيات. عبر الموقع التالي:
https://www.ons.dz/IMG/pdf/DonneesStatEmploarab2012_-2.pdf

[2] الملامح الديموغرافية للبلدان العربية، "شيخوخة السكان في المناطق الريفية"، الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب اسيا، نيويورك، 2008، ص2. يمكن الاطلاع عليها عبر الموقع التالي: https://archive.unescwa.org/ar/node/15102

[3] بيانات البنك الدولي، "تعداد السكان الإجمالي"، العالم العربي. يمكن الاطلاع عليه عبر الموقع التالي:
https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=1A

الجدول رقم 1.2: عدد السكان في الجزائر ومعدل النمو الطبيعي خلال 1980–2014

السنوات	عدد السكان وسط السنة (بالألف)	معدل الزيادة الطبيعية (‰)	السنوات	عدد السكان وسط السنة (بالألف)	معدل الزيادة الطبيعية (‰)
1980	18666	32.1	**1998**	29507	15.7
1981	19262	31.6	**1999**	29965	15.1
1982	19883	31.5	**2000**	30416	14.8
1983	20522	31.6	**2001**	30879	15.5
1984	21185	31.6	**2002**	31357	15.3
1985	21863	31.1	**2003**	31848	15.8
1986	22512	27.4	**2004**	32364	16.3
1987	23139	27.6	**2005**	32906	16.9
1988	23783	27.3	**2006**	33481	17.8
1989	24409	25.0	**2007**	34096	18.6
1990	25022	24.9	**2008**	34591	19.2
1991	25643	24.1	**2009**	35199	19.6
1992	26271	24.3	**2010**	35978	20.3
1993	26894	22.6	**2011**	36717	20.4
1994	27496	21.7	**2012***	37495	21.6
1995	28060	18.9	**2013***	38297	20.7
1996	28566	16.9	**2014***	39114	21.5
1997	29045	16.4			

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية 1962–2011

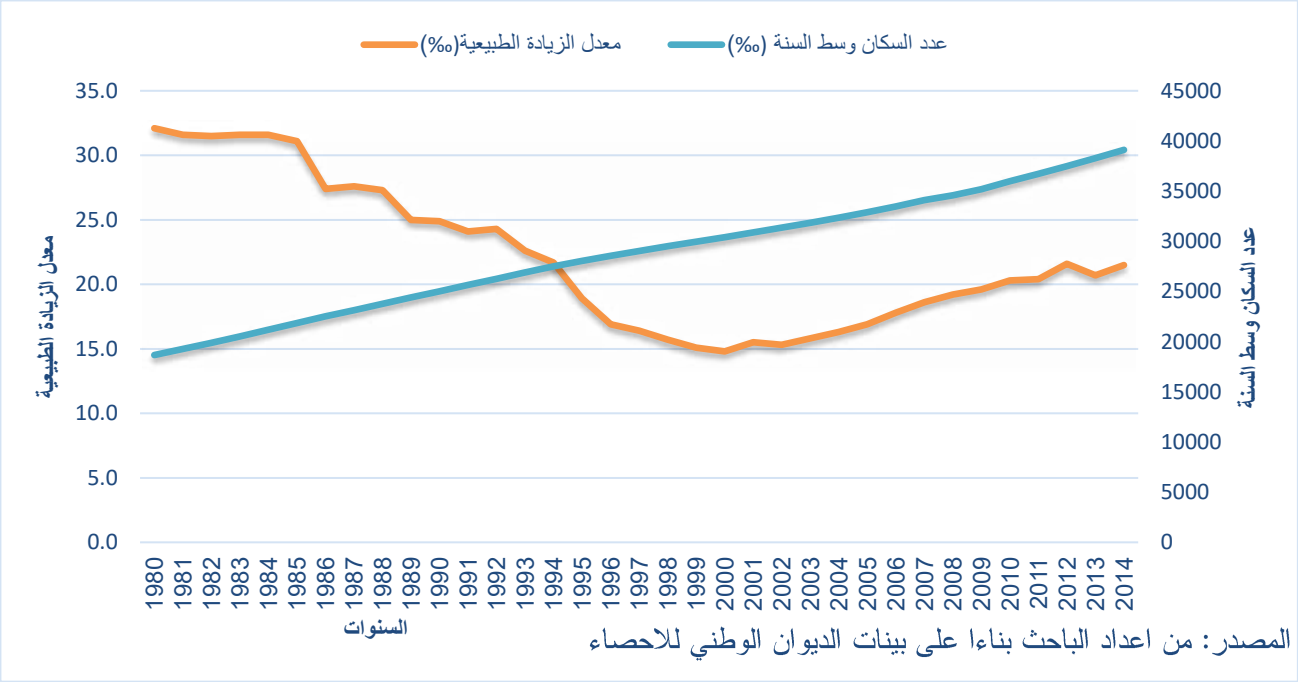
* الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر، 2016

لا يمكن الحديث عن تطور عدد السكان، دون التطرق الى معدل النمو السكاني (معدل الزيادة الطبيعية)، يتم تعريفه وفق هيئة الإسكوا التابعة للأمم المتحدة، على أنه هو "المعدل الذي

يزيد به عدد السكان (أو ينقص) خلال سنة معينة بسبب فائض في المواليد (أو عجز) بالنسبة للوفيات، ويعبر عنه كنسبة من إجمال عدد السكان".[1]

خلال الفترة الواقعة بين عامي 1980 و2014، بلغ معدل النمو الإجمالي للسكان 77,17%، بمعدل نمو وسطي خلال السنوات الأربعة والثلاثين 2,20%.

وشهد معدل النمو الطبيعي عدة مراحل خلال الفترة الممتدة بين سنة 1980 إلى غاية سنة 2014، بحيث انخفض من 3,21 سنة 1980 إلى 1,48 سنة 2000، ثم عاود الارتفاع ليستقر عند 2,15 سنة 2014، وقمنا بعرض تطور معدلات الزيادة الطبيعية خلال أربعة وثلاثين سنة بدءا من سنة 1980 الى غاية 2014 في الرسم البياني التالي:



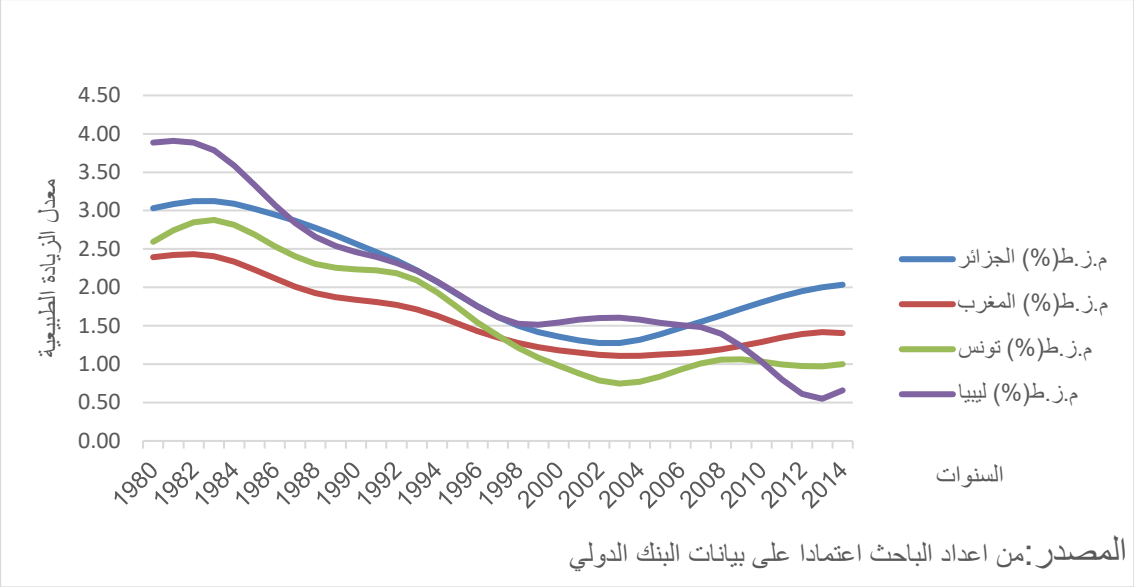
الشكل رقم 1.2: تطور عدد السكان ومعدل الزيادة الطبيعية في الجزائر خلال 1980–2014

ويفسر هذا الانخفاض في معدلات النمو السكاني خلال الفترة الممتدة من 1980 الى غاية سنة 2000، بسبب تراجع أعداد الولادات الذي كان بوتيرة أسرع مقارنة مع تراجع أعداد الوفيات،

[1] الإسكوا (ESCWA)، الأمم المتحدة، دليل السكان 2009، الطبعة الرابعة: "المشروع العربي بصحة الأسرة". عبر الموقع التالي: https://www.unescwa.org/ar/sd-glossary/

حيث سجل في الفترة الممتدة من 1987 الى غاية 1997 تراجع معدل الولادات بـــ 12,09 نقطة، في المقابل تراجع معدل الوفيات خلال نفس الفترة بـــ 0,85 نقطة، إلا أن معدلات النمو عاودت الارتفاع ابتداء من سنة 2001 بشكل محسوس ليفوق 2% سنة 2010، يطرح الكثير من التساؤلات عن أسباب هذا الارتفاع، وحاولنا التطرق لأسباب هذه التغيرات في الفصل الخامس، حيث تناولنا فيه الواقع الاقتصادي والاجتماعي للجزائر خلال فترة الدراسة.

ومن باب المقارنة، قمنا بإدراج رسم بياني (الشكل 2.2) يوضح تطور معدلات النمو السكاني لدول الجوار (تونس، المغرب وليبيا)، حتى يتسنى لنا معرفة مدى تشابه النسق الديموغرافي في الجزائر مع الدول المجاورة، حيث يظهر تشابه نوعا ما في الشكل البياني لتطور المؤشر (أنظر الشكل رقم 2.2)، إلا أن نسبة تراجع معدل النمو السكاني كانت أكبر في البلد ليبيا، مقارنة مع الجزائر، المغرب وتونس، وهذا راجع الى الأوضاع الأمنية والسياسية التي كانت تمر بها ليبيا، لو استثنينا ليبيا من المقارنة في السنوات الأخيرة وهذا بسبب الظروف الأمنية التي تمر بها ليبيا، لحتلت تونس أقل مرتبة من حيث النمو السكاني، وهذا راجع الي السياسة السكانية الصارمة التي انتهجتها في سنوات التي تلت الاستقلال، في الأخير يمكن القول أن معدل النمو السكاني في الجزائر أعلى من بقية الدول المجاورة، بسبب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية التي تميز الجزائر عن بقية الدول المجاورة.



الشكل رقم 2.2: تطور معدل الزيادة الطبيعية في الجزائر، المغرب، تونس وليبيا خلال 1980-2014

2.2 الولادات والخصوبة في الجزائر خلال الفترة 1980-2014:

1.2.2 الولادات:

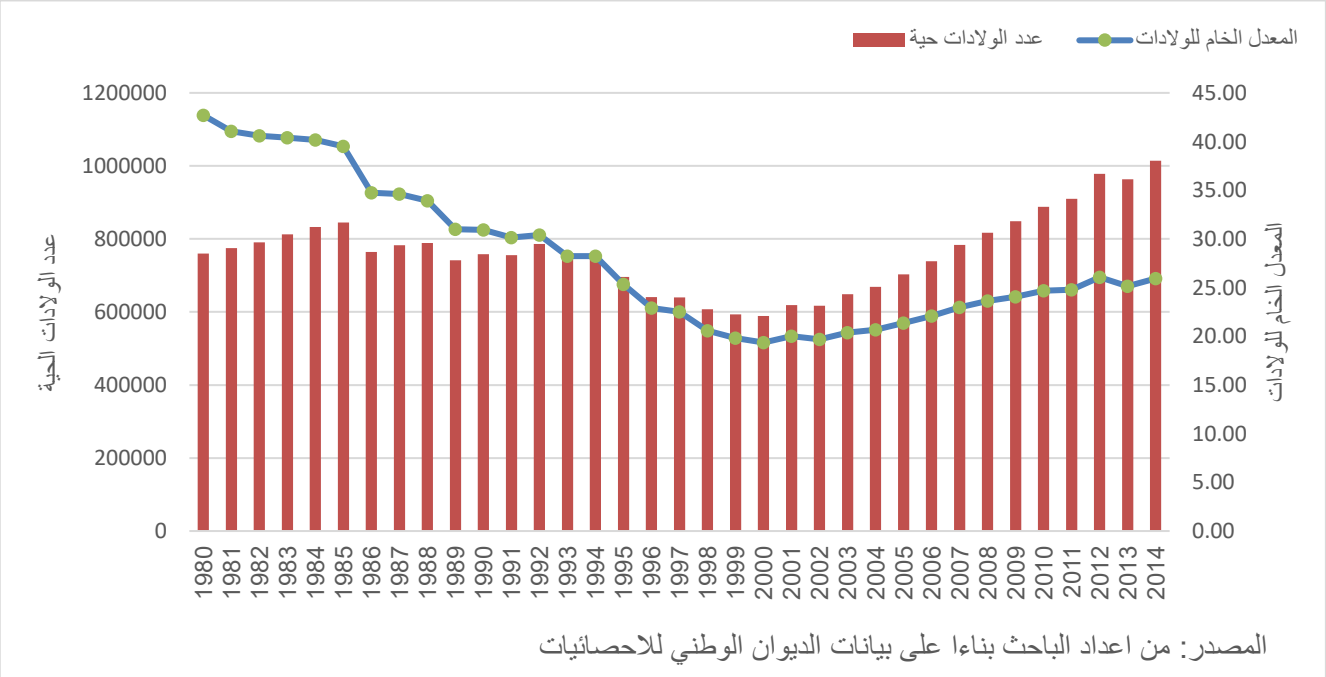
معدل المواليد الخام، يطبق هذا المؤشر في تخطيط السياسات العامة المتعلقة بالأمومة ورعاية الأطفال وتنفيذها وتطويرها وتقييمها، يسمح بتقييم تأثير تنفيذ الاستراتيجيات المتعلقة بتنظيم أو تحديد النسل أو الحوافز، كما أنها تستخدم لتوزيع الموارد البشرية والاقتصادية والتكنولوجية اللازمة لبرامج الصحة في الفترة المحيطة بالولادة.[1]

"معدل المواليد الخام هو مؤشر يدخل في حساب معدل النمو السكاني، جنبا إلى جنب مع معدل الوفيات الخام، فإنها تسمح بتقييم التركيبة السكانية، وتحديد مستوى شيخوخة السكان وتقدير نموها الطبيعي".

[1] Technical Specifications: "Crude birth rate (1000 pop)", https://opendata.paho.org/en/core-indicators/crude-birth-rate, (Accessed on 03 December 2022),

"إذا تم توحيدها بناء على مجموعة سكانية مرجعية، فإنها تسمح بتقييم ومقارنة الاتجاهات الزمنية والجغرافية لمعدل المواليد بين مختلف البلدان أو داخل نفس البلد بمرور الوقت، كما أن لديها قابلية للتطبيق لوضع التوقعات المتعلقة بالرعاية الصحية".[1]

تميزت سنة 2014 بارتفاع لم يسبق له مثيل لعدد الولادات حيث سجلت مصالح الحالة المدنية 1014000 ولادة حية[2]، ولأول مرة تم كسر حاجز المليون ولادة في السنة منذ بدأ التسجيلات الحيوية في الجزائر، أي ما يعادل متوسط أكثر من 2700 ولادة حية في اليوم، بعد ما كان سنة 1980 يقارب 759673 ولادة حية، أي بنسبة زيادة قدرة بـــ 25,08% والشكل رقم 3.2 يوضح تطور عدد الولادات الحية والميتة في الجزائر خلال فترة الدراسة.



الشكل رقم 3.2: تطور عدد الولادات الحية والميتة في الجزائر خلال 1980–2014

[1] Ibid,

[2] الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2014.

من خلال البيانات الموضحة في الشكل السابق، يمكن تقسيم حركة المواليد الأحياء الى مرحلتين، المرحلة الأولى من سنة 1980 الى غاية 2000 اتسمت بالانخفاض في بعض الفترات وارتفاع في فترات أخرى، إلا انه في المجمل سجل الاتجاه العام للظاهرة تراجع، ولعل من أبرز الأسباب نذكر " السياسة التي تبنتها الجزائر، نذكر منها بالأخص البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي سنة 1983، حيث ترتب عن تطبيق هذا البرنامج نتائج منها، ارتفاع معدل استخدام موانع الحمل، والذي كان يقدر بـــ 2% عام 1962 ليرتفع إلى 14% سنة 1977 ثم الى 25% عام 1982."[1] بالإضافة الى الأوضاع السياسية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر أواخر ثمانينات وفترة التسعينات كان لها الأثر البالغ في تراجع أعداد المواليد.

المرحلة الثانية من سنة 2001 الى غاية 2014 عرفت ازدياد أعداد المواليد، حتى فاقت المليون ولادة سنة 2014 ولأول مرة، فبالرغم من ارتفاع أعداد المواليد إلا أن المعدل الخام للولادات سجل تراجع ملحوظ مقارنة بسنوات الثمانينات، حيث استمر هذا التراجع الى غاية بداية الألفية الجديدة، إلا أنه عاود الارتفاع انطلاقا من سنة 2000 ليفوق 25‰ سنة 2014.

أوضحت دراسة أجرتها مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان بمناسبة اليوم العالمي للسكان، "أن نسبة المواليد الإجمالية في الجزائر، أي عدد المواليد الأحياء لكل 1000 ساكن، قد ارتفعت من 19,36 لكل ألف ساكن في 2000 إلى 25,40 لكل ألف ساكن في عام 2017، وهو ما يشكل معدل من بين المعدلات الأكثر ارتفاعا في العالم، وبالتالي هذا النمو يضع الجزائر مرة أخرى بين الدول التي لها أعلى معدلات النمو".

---

[1] بوهراوه عزالدين، عمراوي صلاح الدين، "النمو الديموغرافي وتحولاته في الجزائر"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد 10 (05) /2018 الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص.ص (205-214)، ص 210.

وشددت الدراسة على أن "الجزائر قد دخلت منذ أزيد من عشرية في حركية ديمغرافية تميزت بارتفاع في معدلات المواليد"، وذكرة الدراسة أن المعدل السنوي للمواليد الأحياء، وبعد أن انخفض بما يقارب النصف بين عامي 1985 و2000، لينتقل على التوالي من 885.000 إلى 589.000، ثم عاود الارتفاع، متجاوزا المليون ولادة في عام 2014 ليصل إلى 1.067.000 من المواليد الأحياء.[1]

2.2.2 الخصوبة:

تشير خصوبة السكان إلى عدد المواليد الأحياء لكل امرأة في أي مجموعة سكانية، وهو يمثل أحد المكونات الرئيسية الثلاثة التي تحدد معدل النمو الديموغرافي، بالإضافة إلى الوفيات والهجرة، تؤثر الخصوبة على البنية الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية العامة للسكان، وهي عامل بيولوجي أكثر تعقيدا للدراسة من الوفيات والهجرة بسبب تعقيد متغيراتها وتعددها وعدم استقرارها، ونتيجة لذلك، أصبح موضوع الخصوبة مجالا واسعا للدراسات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، يجب تمييز الخصوبة بوضوح عن القدرة الفسيولوجية على التكاثر، والتي لا يمكن قياسها، بدلا من ذلك، يتم قياسها بناء على إحصائيات الولادة.[2]

يتم تحديد البنية السكانية، فضلا عن تطورها واستقرارها وتغيراتها، من خلال آليات خصوبة السكان والوفيات والهجرة، ضمن هذا يشكل التكوين والخصوبة والوفيات المحددين الرئيسيين للتركيبة السكانية وتحولاتها في العالم العربي بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة، بينما تحتفظ الهجرة بدور مهم فعلى المدى القصير في الغالب في البلدان ذات التركيبة الفتية، تزود الخصوبة

---

[1] "نسبة المواليد في الجزائر من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم"، وكالة الانباء الجزائرية، الجمعة 13 جويلية 2018، ((https://www.aps.dz/ar/algerie/58653-2018-07-13-16-16-03)).

[2] Hashem Nimeh Fayyad, Fertility in Iraq : "Trends, Evolution and Influential Factors", Arab Center for Research & Policy Studies,p 1, 2012. https://www.jstor.org/stable/resrep12660, , Accessed on 09-11-2022.

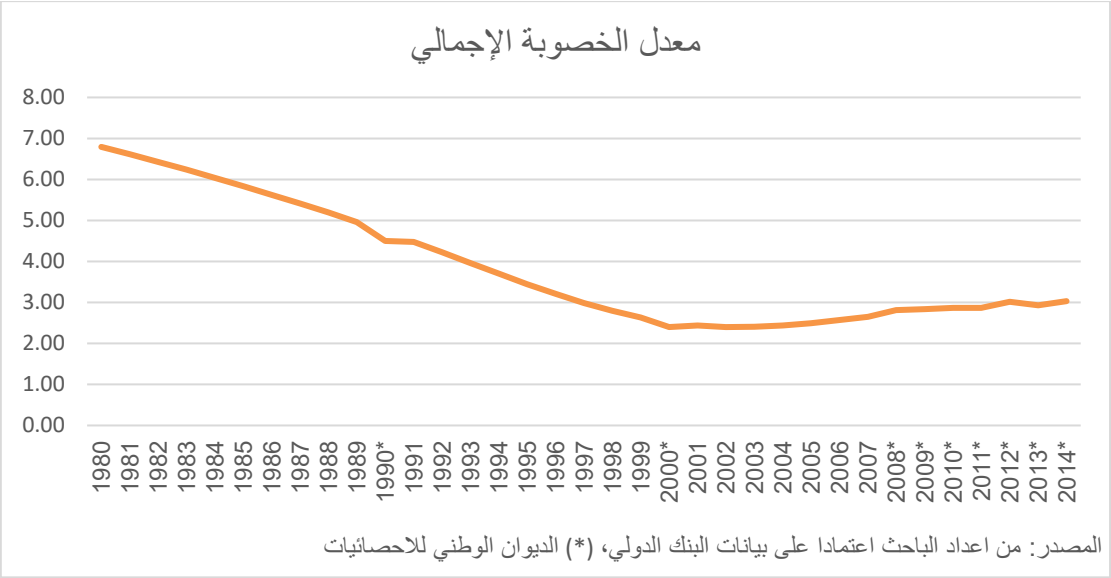
المجتمع بالموارد البشرية اللازمة لوجودها واستدامتها وعملها، معا مع الوفيات، تجدد الخصوبة المجتمع وتعوض موارده البشرية وتحافظ على حيويته وكفاءته، كلا العاملين هي الأساس لعمل وتغيير المتغيرات الديموغرافية الأخرى، مثل حجم السكان والنمو والتوزيع والعمر والتركيبة النوعية، خلال عملية استبدال السكان، الهيكل الديموغرافي يخضع لعدة مراحل، تتراوح من الركود إلى التحولات الملحوظة، مما يؤدي إلى زيادة السكان أو نقصهم أو البقاء متوازنين.[1]

على الرغم من حقيقة أن النمو السكاني هو نتيجة هذه المتغيرات الديموغرافية الثلاثة المترابطة، فإن الخصوبة في معظم الحالات هي التي تحدد في النهاية نمو وتكوين السكان، وبالتالي، فإن فهم الخصوبة ليس ضروريا فقط لفهم السلوك الديموغرافي، ولكنه عنصر أساسي في البنية الاجتماعية والحالة الإنسانية، لهذا السبب، تمتعت خصوبة السكان بالتركيز الرئيسي للدراسات السكانية منذ مالتوس.[2]

يرى الباحث كمال كاتب "أن تراجع الخصوبة في الجزائر بدأ متأخرا، استغرق الأمر حتى منتصف الثمانينات من القرن الماضي لنلاحظ انخفاض الخصوبة بسرعة، كما هو الحال في المغرب وتونس، ولكن في وقت لاحق كان هناك انخفاض ملحوظ في الخصوبة على مدى السنوات العشرين الماضية"، قدر معدل الخصوبة سنة 1980 بـــ 6,76 (طفل/امرأة) إلى غاية سنة 2000 وصل إلى 2,40 (طفل/امرأة) ومن ثم عاود الارتفاع حتى سنة 2012 ليستقر عند 3,02 طفل لكل إمرة وتم تسجيل نفس القيمة في سنة 2014 بفارق 0.01 نقطة، وفيما يلي الشكل رقم 4.2 يوضح ذلك.

---

[1] Ibid, p1.
[2] Ibid, p2.



الشكل رقم 4.2: معدل الخصوبة الكلي في الجزائر خلال 1980–2014

وفق الباحث كمال كاتب فقد "انخفضت خصوبة المرأة في الجزائر بشكل ملحوظ في جميع الأعمار ولكن بمعدلات مختلفة، يحدث الانخفاض الأكثر وضوحا عند عمر أقل من 29 عاما (زيادة حادة في العزوبة في هذه الأعمار)، وسرعان ما جاء انخفاض الخصوبة في المناطق الريفية في أعقاب الانخفاض المسجل في المناطق الحضرية، تشير مسوحات PAFAM (2002) و MICS3 (2006) إلى سلوكيات إنجابية متشابهة جدا، مع معدل إجمالي الخصوبة 2.5 في المناطق الريفية و2.2 في المناطق الحضرية".[1]

حدثت هذه التغيرات الديموغرافية بفضل التحولات الاقتصادية التي رافقت الاستقلال السياسي للبلاد، لقد أفسح الاقتصاد الاستعماري القائم على الصادرات الزراعية والمواد الخام جنباً إلى جنب مع استيراد المنتجات المصنعة المجال أمام اقتصاد أكثر تنوعا، ولكنه يعتمد على عائدات النفط، أدى التصنيع والإصلاح الزراعي ومشاريع البنية التحتية الكبرى (السدود المائية والكهرباء

[1] Kamel Kateb, "Transition démographique en Algérie et marché du travail",", *revue: Confluences Méditerranée* 1/2010 (N°72),Editions l'Harmattan https://www.cairn.info/revue-confluences-mediterranee-2010-1-page-155.htm, (consulté le 06.12.2022).

والطرق وما إلى ذلك) إلى تغيير العالم الريفي وتسريع الهجرة الريفية الناجمة عن الاستعمار وحرب إنهاء الاستعمار، رافق هذا التغيير الاقتصادي تعميم التعليم المدرسي للذكور والإناث.

أثر انخفاض أسعار النفط في منتصف الثمانينيات بشكل كبير على الدخل المالي للجزائر، يتقلص ريع النفط بشكل غير مسبوق، تسبب تراجع عائدات المواد الطاقوية إلى جانب الدين الخارجي في أزمة مالية عميقة، في الوقت نفسه ، بدأ الانخفاض في الخصوبة، لذلك فإن الفرضية القائلة بأن الأزواج، الذين لم يعد لديهم مداخيل بسبب تراجع عائدات النفط، لديهم ولادات محدودة أو مؤجلة، هي فرضية جذابة للغاية، هذا يفترض أن استخدام وسائل منع الحمل الحديثة في الأزواج سيكون العنصر الأساسي في انخفاض الخصوبة، وأن نوعية الطفل (تغذية أفضل ، وأكثر تعليما) سوف تسود على عدد الأطفال لضمان النسل في مواجهة انخفاض معدل الخصوبة، معدل الوفيات، هل تصمد هذه الفرضية في وجه تحليل معمق لمحددات تراجع الخصوبة في الجزائر؟.[1]

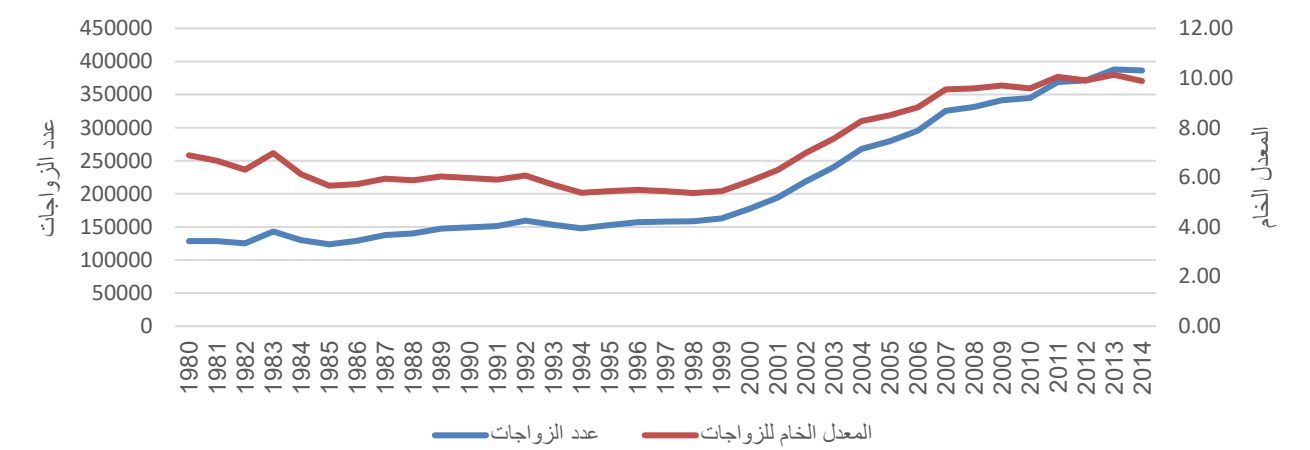
تأييدا للفرضية التي طرحها الباحث كمال كاتب، فبمجرد تعافي أسعار النفط، وتحسن مداخيل الجزائر، بداية 2000 وما نتج عنه من تحسن الدخل الفردي والمستوى المعيشي والوضع الاجتماعي في تلك الفترة، ظهر جليا عودة ارتفاع معدلات الخصوبة حتى وصلت الى 3 أطفال لكل امرأة في أعقاب سنة 2014، فالحديث عن الخصوبة بدوره يجرنا للتطرق الى الزواجية في الجزائر.

3.2. الزيجات في الجزائر خلال الفترة 1980–2014

الزواج بقدر الولادة أو الموت هو الحدث الحاسم في حياة الأفراد، إن التغيرات التي تطرأ على ظاهرة الزواج يمكن أن تؤثر بشكل بالغ على القدرة الإنجابية، عرف المعدل الخام للزواجات استقرار خلال الفترة الممتدة من 1980 الى غاية 2000 حيث تراوح بين 6,8 و5,8‰ على

[1] Idem.

التوالي، ليعاود الارتفاع ويستمر على ذلك الى غاية سنة 2014، حيث قارب المعدل الخام للزواجات 10‰، ولعل ما يفسر ذلك هو تراكم الزيجات المؤجلة خلال سنوات التسعينات حين عرفت الجزائر أوضاع سياسية واقتصادية غير مستقرة، ليتم تعويض تلك الزيجات فيما بعد، "إن مثل هذه الظواهر عرفها تاريخ المجتمعات الإنسانية، فبعد تخطي الأزمات، فمثلا بعد الحروب، تعرف الزواجية التي كانت في حالة ركود وتراكم طوال فترة الأزمة، تشهد ارتفاع مضطرد ما إن تتحسن الظروف الاجتماعية والأمنية نسبيا"[1]، الشكل رقم 2.4 يوضح تطور المعدلات الخام للزواجية وعدد الزيجات.



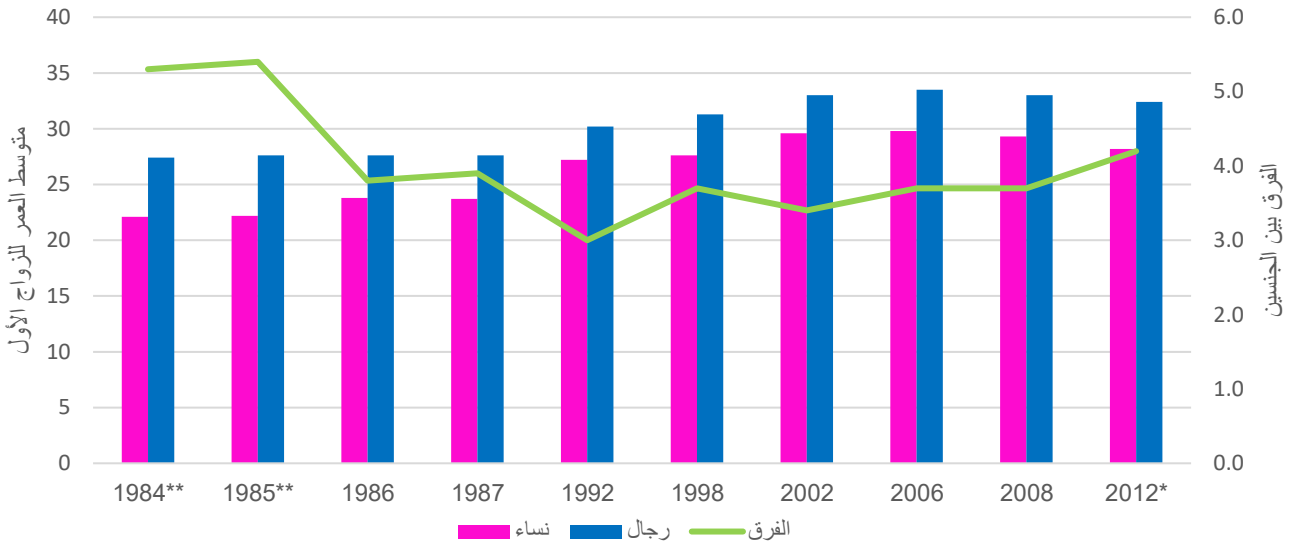
المصدر: من اعداد الباحث وفق بيانات الديوان الوطني للاحصاء

الشكل رقم 5.2: المعدل الخام للزواجية وعدد الزيجات في الجزائر خلال 1980–2014

أثبتت الدراسات أن المتزوجات قبل سن 15 عاما لديهن، في المتوسط، أطفال أكثر من أولئك الذين تزوجوا في سن أكبر، لذلك فإن سن الزواج الصغير والزواج الطويل يساهمان في ارتفاع مستوى الخصوبة، وبالمثل هناك علاقة بين الحالة الاجتماعية للمرأة والخصوبة، تشير البيانات أن متوسط السن عند الزواج الأول في الجزائر يرتفع، حيث قدر عام 1986 بـــ 23,8 سنة للنساء و27,6 سنة للرجال، ليرتفع بعد ذلك الى 29.3 سنة للنساء و 33 سنة للرجال في عام

[1] بلحسن بلمير، "دراسة واقع الخصوبة في الجزائر"، مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة، العدد 2003/08، جامعة الجزائر، ص 69.

2008، لينخفض عام 2012 الى 28,2 سنة للنساء و 32,4 سنة للرجال وهذا وفق آخر إحصائيات البنك الدولي، وفيما يخص الفرق في متوسط العمر للزواج الأول بين الجنسين فقد تقلص بصورة واضحة سنة 1992، وهذا راجع الى خصوصيات هاته الفترة، "ساهم تأخر متوسط السن عند الزواج الأول بشكل كبير في تراجع معدلات الخصوبة، حيث جاء في المرتبة الثانية بعد استعمال وسائل تنظيم الأسرة، حيث يربط كل من الزواج والخصوبة علاقة مباشرة، كونها لا تتم إلا في إطاره خاصة في مجتمعاتنا العربية والإسلامية[1]"، والشكل رقم 5.2 يوضح تطور متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر خلال الفترة 1986–2012.



Source: "Tendances de la nuptialité algérienne Avant et après la décennie de la violence (1986-2008)", Fatma Noui, Revue des Sciences Sociales, Volume 4, Numéro 1, Pages 67-91.
* the world Bank, Gender Data Portal, (consulté le 11-12-2022) https://www.wor

الشكل رقم 6.2: متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر حسب النوع خلال 1986–2012

[1] درديش أحمد، "متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر -دراسة ديموغرافية-"، مجلة أفاق لعلم الاجتماع، جامعة البليدة، المجلد 01، العدد 02، 01-05-2012، ص 117-140. عبر الرابط التالي: https://www.asjp.cerist.dz/en/article/26735

قام معهد الدوحة الدولي للأسرة بإعداد تقرير سنة 2019 عن حالة الزواج في العالم العربي، حيث تم رصد مجموعة من المتغيرات التي أدت الى ارتفاع متوسط سن الزواج الأول في الجزائر والتي سنلخصها فيما يلي:

التركيبة السكانية: يؤكد التقرير على انخفاض نسبة الأطفال دون سن 15 عاما، وهو ما يحدث بشكل واضح في جميع بلدان المغرب العربي، ويسجل أيضا ارتفاع نسبة الفئة العمرية النشطة (15–65 عاما) في جميع هذه البلدان. على سبيل المثال، في الجزائر، في عام 1980، كان 46 % من السكان دون سن 15 عاما، و50 % كانوا في الفئة العمرية النشطة، في عام 2014، كان هذا الرقم 28 % و66 % على التوالي، ومع ذلك، فإن التفاوت بين الحاجة إلى العمل وفرص العمل المحدودة التي يوفرها الاقتصاد لا يؤخر الزواج أو يمنعه تماما فحسب، بل يشجع الشباب أيضا على الهجرة، ويؤدي إلى عدم الاستقرار السياسي بسبب انخفاض الأجور، ويجعل الزواج صعبا نسبيا، ويزيد من نسبة المهاجرين الذين يتزوجون في غير بلدانهم الأصلية.[1]

إن خيار الانفصال عن سكن الوالدين من خلال إنشاء أسرة نووية مستقلة هو إلى حد ما جزء من نمط حياة أعضائها وقراراتها وخياراتها، وقد أصبح شائعا في الوقت الحاضر، ومع ذلك لا يتوفر لجميع الأبناء والبنات المتزوجين، كما يذكر التقرير، استنادا إلى المسح الذي أجرته الرابطة العالمية لمسح القيم في عام 2014، أن ثلاثة أرباع الأبناء/البنات المتزوجين يعيشون مع والديهم، إلا أن ارتفاع معدلات البطالة وتراجع المداخيل، وبالإضافة إلى أزمة السكن، من بين العوامل في تأخر سن الزواج حتى توفر الرغبات المنتظرة.[2]

---

[1] معهد الدوحة الدولي للأسرة، "حالة الزواج في العالم العربي"، الدوحة قطر، 2019، ص 140.
[2] نفس المرجع، ص 143.

العوامل الاقتصادية الموجودة: يوضح اعتماد هذا المؤشر أن اقتصادات المغرب العربي كانت مستقرة نسبيا منذ مطلع الألفية، لكن نموها ظل بطيئا وأقل ربحية خلال هذه الفترة، حيث تراوحت النسبة بين 2 و4.5 %، على عكس 1990، التي شهدت تقلبا واضحا في معدل النمو، ونتيجة لذلك، لم تتمكن هذه الاقتصادات من تحقيق حتى أقل قدر من فرص العمل، ناهيك عن البيانات الاقتصادية للرفاه، وعليه تم تأجيل سن الزواج، وهذا ما جعل نسبة الأشخاص الذين يفضلون البقاء وحيدا آخذ في الارتفاع في المجتمعات المغاربية.[1]

كان مؤشر المشاركة في القوى العاملة للجزائر مستقرا على مدار الـــ 26 عاما الماضية، ولكن بين عامي 2000 و2016 انخفض بالنسبة لفئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاما، وهو أمر مفهوم نظرا لمجموعة واسعة من الدراسات لهذه الفئة، وفي المقابل شهدت فئات أخرى، لا سيما الفئات العمرية من 25 إلى 34 عاما ومن 35 إلى 45 عاما، زيادة في معدلات المشاركة في العمل لكل من الرجال والنساء، مع زيادة معدل مشاركة النساء في العمل، حيث قدرة بـــ 24,4% سنة 2016 بعدما كانت 13,8% سنة 1990، كل هذه العوامل من شأنها تأخير سن الزواج في الجزائر.[2]

4.2 التركيب النوعي والعمري لسكان الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

يمثل المؤشر الخاص بالتركيب العمري للسكان وتوزيعهم على مختلف الفئات السنية، واحد من أهم المعطيات في الدراسات الديموغرافية، "وذلك لأنه يرتبط بالنشاط الاقتصادي وحركة السكان، وصورة المجتمع من ناحية العمالة أو القوة والقدرة على تقديم عدد من سكان لتأدية الخدمات

[1] نفس المرجع، ص 144.
[2] نفس المرجع، ص 147.

الاجتماعية والعسكرية"[1]، ولذلك ندرس عادة في التركيب العمري فئات العمر الأساسية أو الرئيسية الثلاث كما يلي:

❖ **الفئة العمرية 0–14 سنة (الأطفال والمراهقون):**

تتأثر أحجام هذه الفئة السكانية بمعدلات الخصوبة والزواجية ومعدلات الوفاة وغيرها من المتغيرات، في عام 1977 كانت نسبة ما دون 15 سنة من إجمالي السكان حوالي 47,90% أي ما يعادل نصف السكان، وكما ذكرنا سابقا بتظافر مجموعة من العوامل تراجعت نسبة الفئة العمرية 0–14 من إجمالي عدد السكان بشكل ملحوظ خلال 34 سنة الموالية، بحيث وصلت هذه النسبة الى 27,70% سنة 2011، وعرفت نسبة السكان في فئة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة ارتفاعا حيث سجل ما بين 2012 و2014، 27,9% إلى 28,4% على التوالي، أما فيما يخص نسبة فئة السكان الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، والتي انتقلت من 16,6% إلى 09,85% ما بين 1987 و2000 على التوالي، ورجعت نسبة هذه الفئة الى الارتفاع لتصل الى 11,6% سنة 2014.[2]

❖ **الفئة العمرية 15–64 سنة (البالغون أو النشطون):**

ارتفعت نسبة الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي بسبب التحاق مواليد السبعينات والثمانينات، حيث انتقلت من 46,30% إلى 64,0% في الفترة ما بين 1977 و2012 على التوالي، وتتأثر هذه الفئة العمرية بظاهرة الهجرة رغم شح المعطيات، وسجل انخفاض بحوالي 0.9% الى سنة 2014 لتقدر نسبة هذه الشريحة العمرية بحوالي 63,10% بالرغم من هذا التراجع الطفيف تتسم البنية السكانية في الجزائر بالشباب، وهذا ما يضع تحديات جدية أمام

---

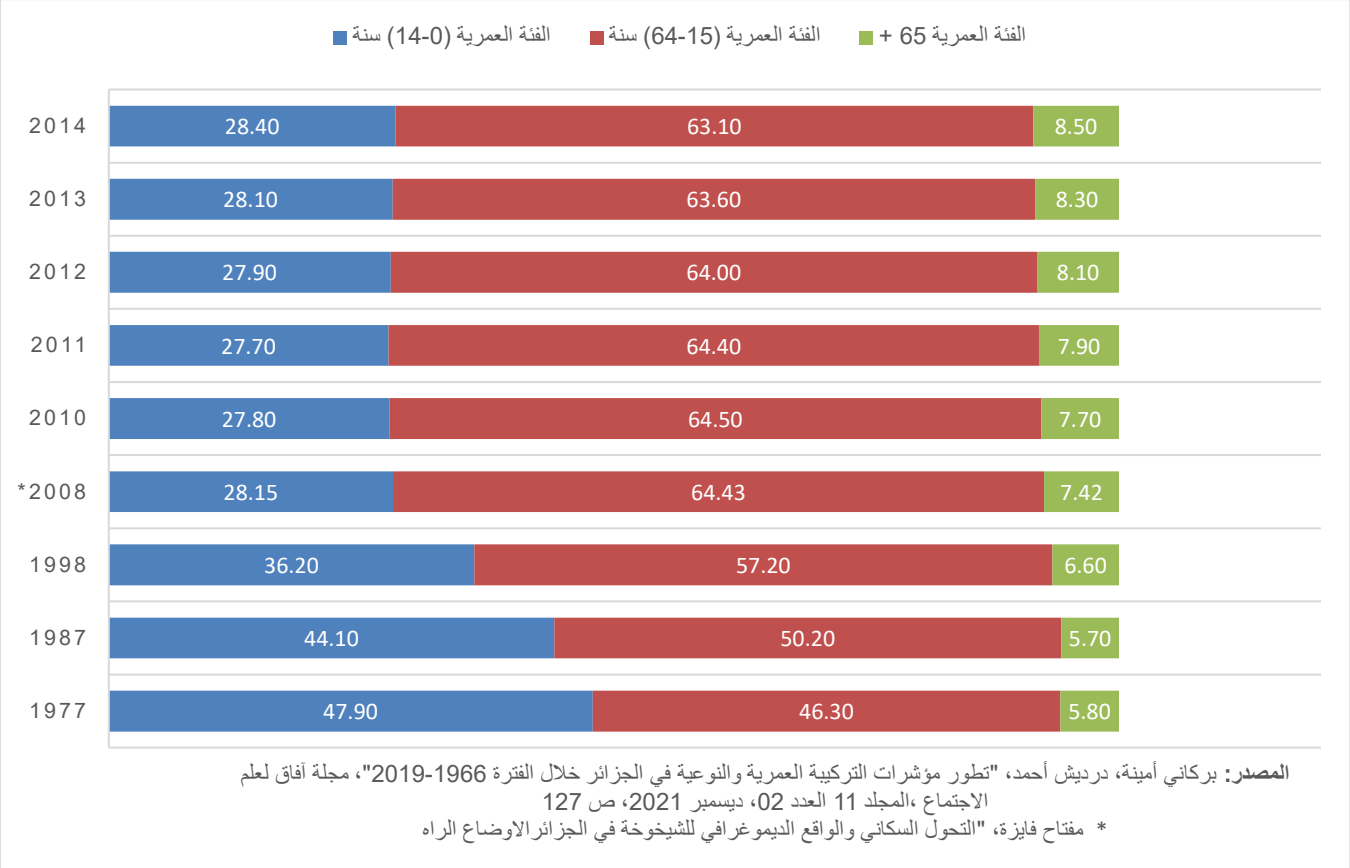
[1] احمد علي إسماعيل، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط 8، دار الثقافة والنشر والتوزيع، 1997، ص 144.
[2] ديموغرافيا الجزائر 2014، الديوان الوطني للإحصائيات.

الحكومات من خلال قدرتها على توفير فرص التعليم والعمل لأعداد هائلة من الفتية والشباب، وبسبب هذه الأعداد من الشباب الداخلين الى سوق العمل، فإنه يشكل عامل ضغط على الحكومات من أجل توفير الآليات المناسبة لامتصاص معدلات البطالة خلال المستقبل.

- **الفئة العمرية 65 فما فوق (المسنون):**

إن مراحل التحول الديموغرافي التي عرفتها الجزائر وبسبب" التحول من معدلات الخصوبة المرتفعة التي يرافقها انخفاض معدلات الوفيات، سيؤدي حتما الى زيادة معدلات السكان الأكبر سنا، لترتفع نسبة فئة السكان لمن هم فوق 65 عام"[1]، عرفت هذه النسبة من إجمالي عدد السكان ارتفاعا حيث انتقلت من 5,80% سنة 1977 إلى 8,5% سنة 2014، حيث وصل عددهم إلى 3 188 000 نسمة، وهذا راجع الى تحسن الأوضاع المعيشية والرعاية الصحية، وتطور أمد الحياة، هذا الارتفاع في أعداد المسنين يجب أن يرافقه بالضرورة تكييف المؤسسات الصحية، ودور الرعاية الاجتماعية لمقابلة هذا التحول، يفرض هذا الارتفاع ضغوط جديدة على المجتمع، تتمثل في الرعاية الصحية والاجتماعية، الشكل الموالي يوضح التوزيع النسبي لسكان الجزائر على الفئات العمرية المهمة.

[1] اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، تحليل الوضع السكاني في العراق، بدعم من صندوق الأمم المتحدة، 2012، ص 84.



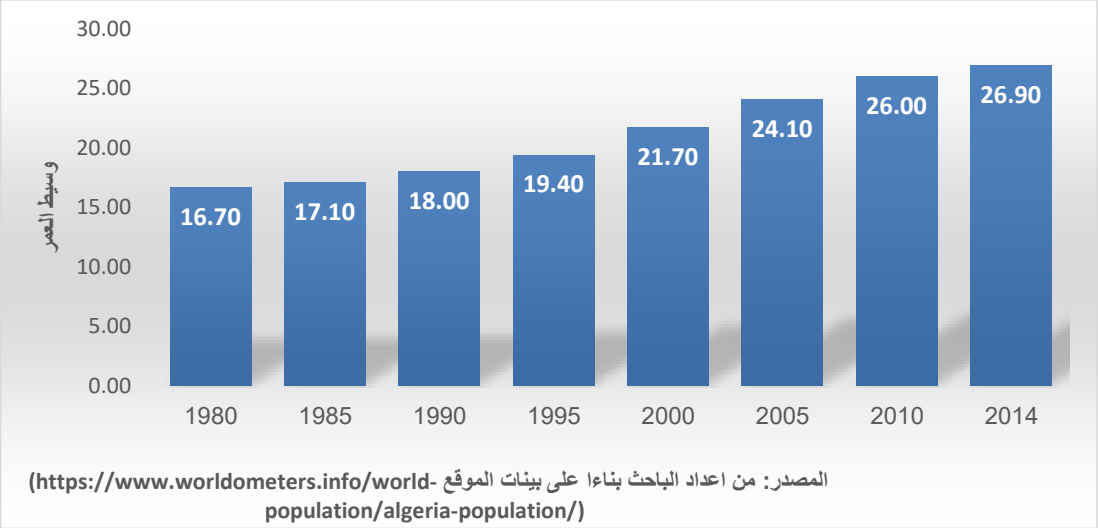
الشكل رقم 7.2: التوزيع النسبي للسكان في الجزائر حسب فئات العمر خلال 1977–2014

1.4.2 تطور مؤشر السن الوسيط في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

عندما يكون النمو السكاني مصحوبا بتغيرات في التكوين النوعي للسكان نحو زيادة نسبية في المجموعات القادرة على العمل أو نسبة من السكان النشطين اقتصاديا لا تقل عن النصف، كما يتضح من العلاقة بين السكان والتنمية، فإن مؤشر العمر الوسيط هو أحد المؤشرات التي تشير إلى حدوث تغيير في الهيكل العمري للسكان، وبالمثل يعتبر المجتمع يافعا إذا كان متوسط عمره أقل من 20 عاما، وذا عمر متوسط إذا كان السن الوسيط بين 20 و29 عاما، ومجتمعا كهلا إذا كان عمره أكثر من 30 عاما.[1]

[1] اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، مرجع سابق، ص 73.

وتشير التقديرات المتاحة إلى أن وسيط العمر يجعل المجتمع الجزائري مجتمعا يافعا حتى عام 1995، ليصبح منذ عام 2000 مجتمعا ذا عمر وسط نتيجة زيادة نسبة السكان في عمر الشباب، إذ ارتفع العمر الوسيط خلال الفترة المستهدفة بحوالي 10 سنوات تقريبا، والشكل رقم 7.2 يوضح تطور العمر الوسيط في الجزائر.

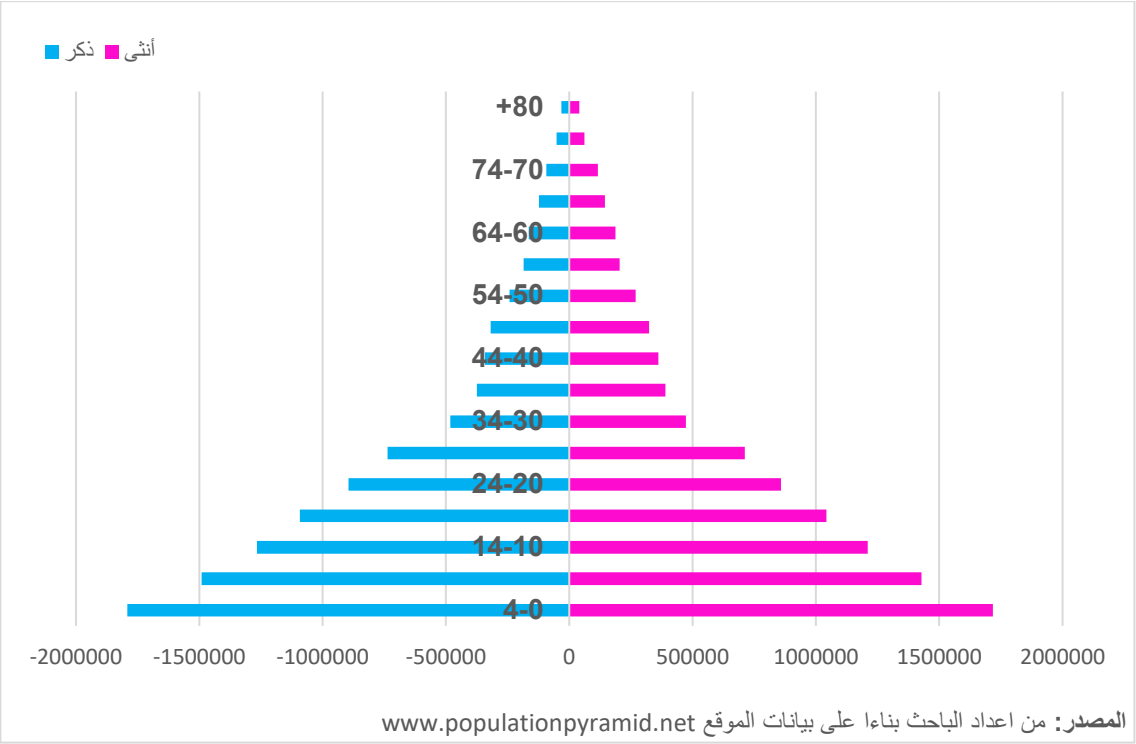


الشكل رقم 8.2: وسيط عمر السكان في الجزائر خلال 1980–2014

2.4.2 هرم سكان الجزائر في الفترة 1980–2014:

الهرم السكاني، في شكله اللحظي، هو صورة مقطعية ثابتة توضح ملخص التغيرات الديموغرافية والسكانية في الماضي، يعكس شكل الهرم السكاني العديد من المواقف والعلاقات الاجتماعية والتغيرات التي تحدث، ومن أجل فهم ومعرفة العواقب، يجب على السكان فهم ومعرفة شكل الهرم السكاني، ومن أجل فهم ومعرفة التبعات يمكن تجسيد الهرم السكاني في صورة متحركة ديناميكية تستخدم التركيبة النوعية والعمرية، لتعكس المستقبل والحاضر والماضي.[1]

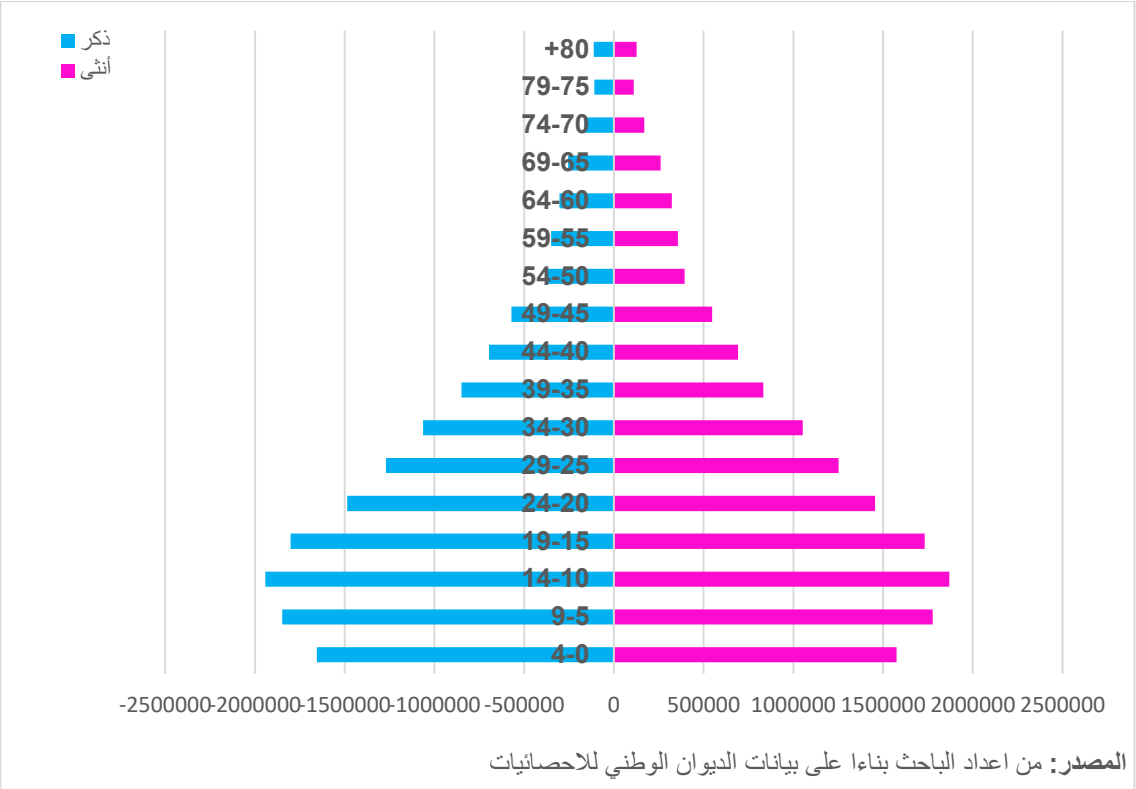
[1] اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، مرجع سابق، ص 74.



الشكل رقم 9.2: هرم سكان الجزائر لسنة 1980

يمكن وصف هرم سكان الجزائر سنة 1980 أنه يتسم "بقاعدة واسعة ومتسعة، منحدر واضح لأطرافه أو جوانبه، هرم ذو خصوبة طبيعية، ارتفاع معدل الوفيات ومعدل المواليد، نسبة عالية من الأطفال دون سن 15، مجتمع شاب، وانخفاض في فئة كبار السن 65 وما فوق، أي قوة عاملة منخفضة بشكل عام، تعقبها مرحلة انفجار ديموغرافي"[1]، أنظر الشكل رقم 8.2.

[1] يحي لعمارة محامد، التركيبة السكانية حسب الجنس والعمر في الجزائر واتجاهاتها، دراسة تحليلية ديموغرافية (1966 – 2018)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13 (04)/2021، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص.ص 213 -234.



المصدر: من اعداد الباحث بناءا على بيانات الديوان الوطني للاحصائيات

الشكل رقم 10.2: هرم سكان الجزائر لسنة 1998

وفقا للباحث يحيى لعمارة، إذا فحصنا عن كثب هرمين [1998 و2014]، فسنرى أن السكان يتقدمون إلى الأعلى كمجموعة كبيرة من الشباب الذين تتقارب أعمارهم، يشار إلى هذه الحركة التصاعدية باسم "الموجة العمرية"، والتي تنتقل عبر الهرم السكاني من القاعدة إلى الوسط ثم إلى أعمار القمة في الهرم.

بعد الاستقلال، زاد النمو السكاني، خاصة بالنسبة للفئة العمرية 0–4، بهيمنة نسبية للذكور على الفئة العمرية، وتعزى هذه الزيادة إلى سوء الحالة الصحية للسكان، مما أدى إلى إنجاب الآباء للعديد من الأطفال خوفا من فقدانهم وتعويض خسائر حرب التحرير، بالإضافة إلى اعتبار الأبناء في ذلك الوقت سند لهم في النشاط الاقتصادي، فضلا عن الأمية ونقص الموارد المتاحة لتنظيم الحمل، مما أدى إلى معدلات مرتفعة للخصوبة، ويظهر ذلك في القاعدة العريضة للهرم [أنظر الشكل رقم 7.2]، أما بالنسبة لفئة النشاط الاقتصادي (15–59 سنة)، تظهر نسبها متراجعة مقارنة بالفئات العمرية

الأخرى، مع تفوق نسبي للإناث وقد يعزى ذلك إلى التجنيد العسكري، وحركات الهجرة وهو ما خلق الفجوة بين الجنسين.[1]

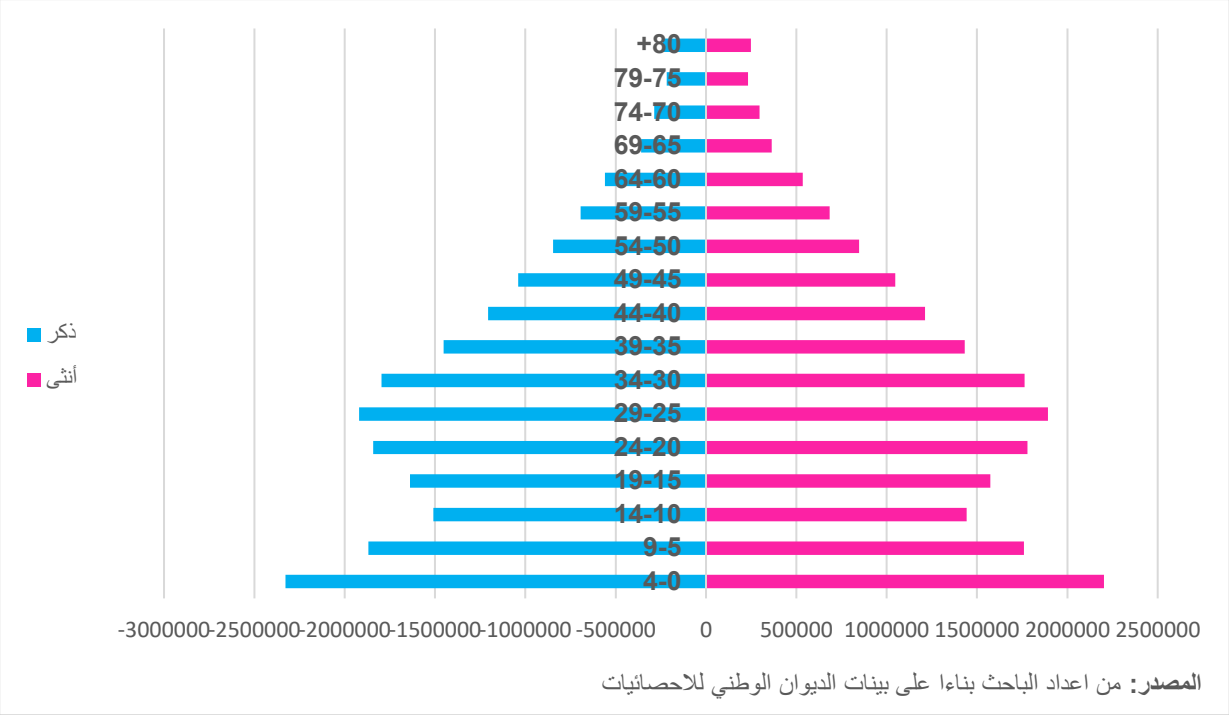
يبين شكل الهرم السكاني انخفاض معدلات الولادات وتراجع الخصوبة [أنظر الشكل رقم 9.2]، ويمكن أن يعزى ذلك، من ناحية إلى الوضع المأساوي الذي يعيشه المجتمع الجزائري نتيجة فشل مسار التنمية في البلاد، والذي يتميز باستفحال جملة من المشاكل السكنية والغذائية والتعليمية والبيئية، بالإضافة إلى انعدام الأمن وتدهور الوضع الاقتصادي للبلاد والقوة الشرائية، إلخ، ومن ناحية أخرى استجابة الأسر الجزائرية على نطاق واسع لبرامج تنظيم الأسرة، مثل توفير وسائل منع الحمل المختلفة.

لذلك، يمكن القول أن الأجيال الشابة لديها سيطرة أكبر على سلوكها الإنجابي مما كانت عليه في الماضي، ووعي النساء بالمخاطر التي قد يتعرضن لها أثناء الحمل وبعده، فضلا عن التطورات الطبية التي جعلت من الممكن الحفاظ على العدد المثالي للأطفال في أسرة واحدة كتوافر اللقاحات...وقد أشرنا إلى هذه العوامل في الجزء المتعلق بالتركيب العمري والزواجية و الخصوبة في الجزائر، ساهم توسع القطاع الصحي وتوافر الخدمات في ارتفاع نسبة السكان المسنين، ولا سيما بين الإناث، وينعكس ذلك في احتمال البقاء على قيد الحياة.[2]

---

[1] نفس المرجع.

[2] مرجع سابق، ص 229.



الشكل رقم 11.2: هرم سكان الجزائر لسنة 2014

إذا ما قارنة البيانات من عام 1998 ببيانات عام 2014، من خلال الهيكل العمري لسكان الجزائر يلفت الانتباه وزن الشباب دون سن 15 الذي عاد للارتفاع بعدما تناقص لصالح الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما فأكثر في وقت مضى، وخاصة الفئة العمرية (0–4) (أنظر الشكل 10.2)، فيما يتعلق بتطور بنية السكان حسب الفئة العمرية، قد استحوذت شريحة السكان في الفئة عمرية من 15 إلى 59 سنة على أعلى نسبة، ويصف المختصين هذا الشكل للتركيبة السكانية "بالهبة الديموغرافية بسبب انخفاض معدلات الإنجاب، بحيث تنتقل تركيبة المجتمع من غلبة الفئات العمرية الصغيرة الى مجتمع تتفوق فيه الفئات العمرية النشيطة التي تتميز بالقدرة على الإنتاج والعمل، وبمعنى آخر يحدث هذا عندما تتفوق فئة السكان النشطين على فئة السكان المعالين[1]".

[1] مهدي صالح دواي، علياء حسين خلف، تحليل الهرم السكاني في العراق من منظور التنمية البشرية، مجلة ديالى، العدد 70، 2016، ص 06.

5.2 الهجرة في الجزائر خلال الفترة 1980-2014:

من المعروف أن الهجرة تعد من الظواهر المشوشة في الدراسات الديموغرافية، لما تكتسي هذه الظاهرة العديد من الإشكالات، فعلى عكس الحوادث الأخرى على غرار الحدثين المتمثلين في الميلاد والوفاة الذي يتحدد عمر الفرد بهما، يمكن أن تعتبر الهجرة حدثا متعددا، ويعتمد قياسها اعتمادا تاما وفق التعريف الذي تكتسيه زمانيا ومكانيا.[1]

لقد عرف العصر الحديث تفاقما لهذه الظاهرة من خلال تزايد أعداد المهاجرين مثلما يشير إلى ذلك أنتوني غيدنز: " ليست الهجرة ظاهرة جديدة، غير أنها أخذت بالتسارع المتزايد في العقود الأخيرة لتصبح جزءا لا يتجزأ من عملية التكامل العالمي، وأصبحت أنماط الهجرة تعبر عن التغيرات التي طرأت على العلاقات الاقتصادية والسياسية والثقافية بين دول العالم، و تشير بعض التقديرات إلى أن المهاجرين في مختلف أنحاء المعمورة عام 1990 بلغوا نحو ثمانين مليون شخص يشملون نحو عشرين مليونا من اللاجئين، و يعتقد أن هذه الأعداد ستتزايد في أوائل القرن الحادي و العشرين، بل إن بعض علماء الاجتماع يطلقون على أيامنا هذه "عصر الهجرة" ".[2]

على الرغم من كل القضايا التي تطرأ مع جمع البيانات حول الهجرة، فقد حدث تقدم كبير مؤخرا، وقد أمكن إجراء تقييم أكثر دقة للتحركات السكانية الدولية على الصعيد العالمي من خلال تجميع قاعدة بيانات عالمية عن بلدان المنشأ والمقصد، وضعت في جامعة ساسكس وتم توسيعها بمساعدة شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة والبنك الدولي، التي تتولى صيانتها. وفقا لهذه

---

[1] المنظمة الدولية للهجرة، تقرير الهجرة في العالم لعام 2020، ص 5. عبر الرابط التالي:
(https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr-2020-ar.pdf)

[2] غيدنز، أنتوني، علم الاجتماع، ترجمة الدكتور فايز الصباغ، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الأولى، 2005، ص 331.

الإحصاءات، فإن حوالي 3% من سكان العالم يقيمون الآن في مكان آخر غير دولتهم الأصلية، وهو رقم كان مستقرا نسبيا منذ عام 1990.[1]

وقد تغيرت طبيعة الصلات بين نظم الهجرة المحلية والدولية وتطورت أيضا. الأنواع الأخرى من الحركة العابرة مدفوعة في المقام الأول بالثقافات الحضرية والاقتصادات الحديثة.[2]

1.5.2 الهجرة الخارجية (الدولية):

وفقا لتوصيات الأمم المتحدة لعام 1998 بشأن إحصاءات الهجرة الدولية، "يعرف المهاجر الدولي بأنه أي شخص يغير بلد إقامته المعتاد، بلد الإقامة المعتاد للشخص هو البلد الذي يعيش فيه الشخص، يشير إلى البلد الذي يوجد فيه مكان عيش الشخص حيث يقضي عادة فترة الراحة اليومية، السفر المؤقت إلى الخارج لأغراض الاستجمام أو الإجازة أو العمل أو العلاج الطبي أو الحج الديني لا يستلزم تغيير بلد الإقامة المعتادة".[3]

"يعتبر الشخص مهاجر دولي الذي ينتقل إلى بلد من غير بلد إقامته الأصلي لمدة سنة على الأقل (12 شهرا)، بحيث تصبح دولة المقصد فعليا بلد إقامته المعتاد، الشخص الذي ينتقل إلى بلد غير بلد إقامته المعتاد لمدة تتجاوز ثلاث أشهر وتقل عن سنة (12 شهرا) باستثناء الحالات التي يكون فيها الانتقال إلى ذلك البلد لأغراض الترفيه أو الإجازة، تعرف زيارات الأصدقاء والأقارب أو الأعمال التجارية أو العلاج الطبي أو الحج الديني على أنها مهاجرة قصيرة الأمد، لأغراض

---

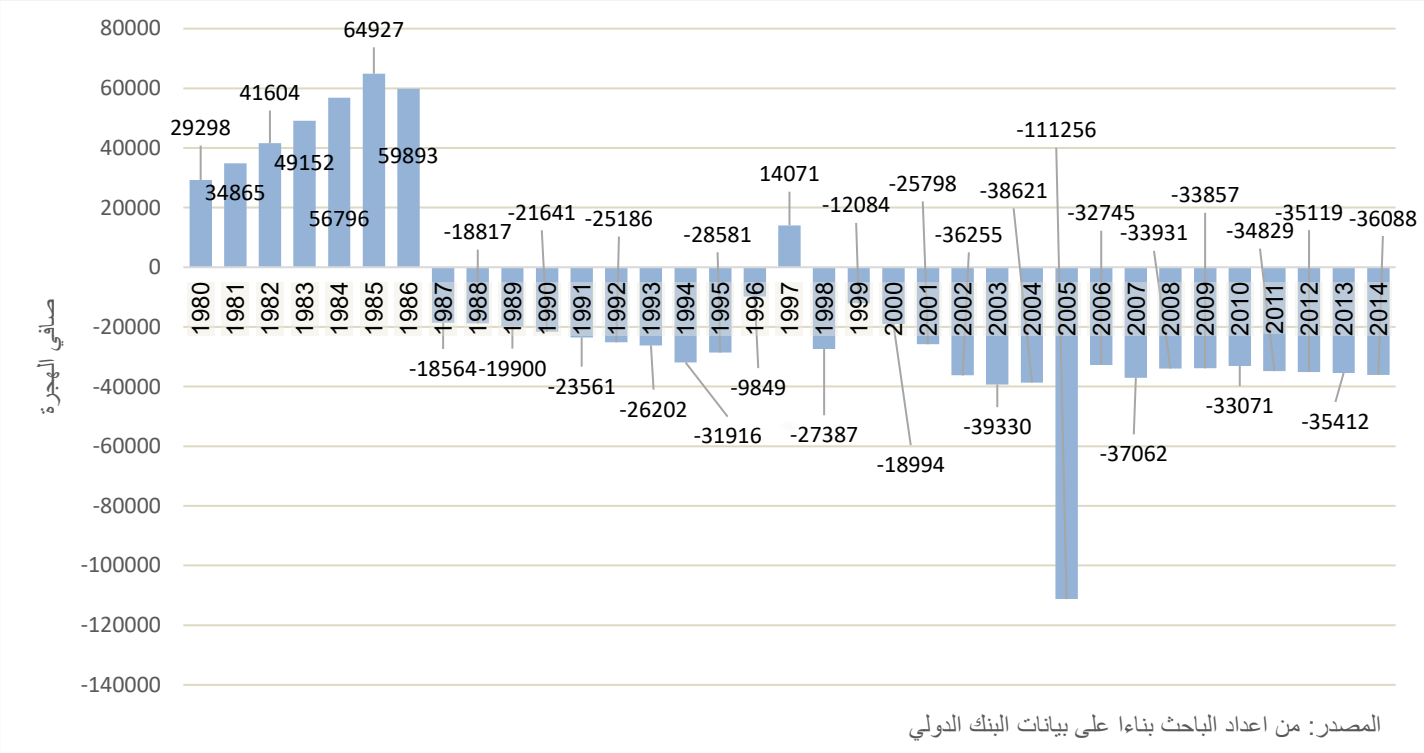
[1] المنظمة الدولية للهجرة، مرجع سابق.

[2] نفس المرجع.

[3] United Nations (1998); "Convention relating to the Status of Refugees", Art. 1A(2), 1951 as modified by the 1967 Protocol); International Organization for Migration (n.d.(a)).

إحصاءات الهجرة الدولية ، تعتبر دولة الإقامة المعتادة للمهاجرين لفترات قصيرة هي بلد المقصد خلال الفترة التي يقضونها فيها".[1]

لصعوبة الوصول الى البيانات التي تعبر عن حركات الهجرة الدولية بالنسبة للجزائر من المصادر الرسمية، اعتمدنا على صافي الهجرة من بيانات البنك الدولي والممثلة في الشكل التالي:



الشكل رقم 12.2: صافي الهجرة في الجزائر خلال الفترة 1980–2014

بسبب علاقاتها التاريخية واللغوية مع فرنسا، كانت الحركات من وإلى فرنسا متكررة منذ عقود، بالإضافة إلى ذلك نظرا لأن الجزائر بلد عبور، فإن المهاجرين غير الشرعيين وطالبي اللجوء والعمال المهاجرين غير الشرعيين والقصر غير المصحوبين والناجين من العنف، يختارون الجزائر بشكل متزايد كوجهة نهائية لهم. وبموجب شروط الاتفاق الذي أبرمته الجزائر والنيجر في

[1] Ibid.

عام 2014، يتم ترحيل آلاف المهاجرين، ومعظمهم من النيجر، إلى ذلك البلد كل عام، وهؤلاء ضحايا الاتجار بالبشر يهاجرون بين تدفقات الهجرة المختلطة، وغالبيتهم عالقون في الجزائر.[1]

تعتبر الجزائر بلد مرسل للمهاجرين في الغالب، حسب الإحصائيات المسجلة خلال الفترة الممتدة من 2010 الى غاية 2014 تم رصد وفق التقديرات 1369200 تدفق للمهاجرين نحو الخارج ما يعادل 3.5% من إجمالي السكان، في المقابل تم تسجيل 161400 تدفق للمهاجرين نحو الداخل ما نسبته 0.4% من إجمالي السكان المقيمين، ومن خلال بينات صافي الهجرة الموضحة في (الشكل رقم 12.2)، نلاحظ أنه الى غاية سنة 1986 كان صافي الهجرة موجب، أي أن الجزائر في تلك الفترة كانت بلد مستقبل للمهاجرين، من سنة 1987 والى غاية 2014 سجل صافي الهجرة قيما سالبة في الغالب ما عدى سنة 1997، تحولت الجزائر من بلد مستقبل الى بلد مرسل للمهاجرين ولعل أكبر عملية خروج للمهاجرين سجلت سنة 2005، وهذا وفق بيانات البنك الدولي، والجدول رقم 2.2 يوضح حركات الهجرة من والى الجزائر خلال الفترة 2010–2014.

الجدول رقم 2.2: حركات الهجرة من والى الجزائر خلال الفترة 2010–2014

الهجرة النازحة الى الخارج وفق المنطقة 2010–2014							
المنطقة	**البلدان العربية**	**أوروبا**	**أمريكا الشمالية**	**البلدان الإفريقية غير العربية**	**أوقيانوسيا**	**البلدان الآسيوية غير العربية**	**الإجمالي (التقديرات)**
الجزائر	11200	1284000	51000	…	23000		1369200
الهجرة الوافدة الى الجزائر وفق لمنطقة المنشأ 2010–2014							
المنطقة	**البلدان العربية**	**أفريقيا**	**آسيا**	**أوروبا**	**أمريكا الشمالية**	**أوقيانوسيا**	**الإجمالي**
الجزائر	*147600	7200	1600	5000	…	…	161400

المصدر: برنامج الأمم المتحد الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية، تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2016

* تشمل 90 ألف لاجئ صحراوي من مخيمات تندوف.

[1] وكالة الأمم المتحدة للهجرة، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، مكتب الجزائر، تصفح يوم 27-12-2022 عبر الموقع التالي: https://mena.iom.int/ar/aljzayr

تستأثر أوروبا بأكبر عدد من الجزائريين المهاجرين نحو الخارج حيث قدر العدد بحوالي 1 مليون 284 ألف مهاجر، وهذا راجع الى أسباب تاريخية وجغرافية واقتصادية بدرجة أكبر كما سبق أن أشرنا، في حين تمثل الجالية العربية أكبر عدد بالنسبة للهجرة الوافدة بحوالي 147600 مهاجر، ولعل السبب الذي ضاعف العدد هو أعداد اللاجئين الصحراويين في الجزائر حيث قدر عددهم بـــ 90 ألف لاجئ.

2.5.2 الهجرة الداخلية:

تنقل الأشخاص من منطقة في بلد إلى آخر لغرض أو بهدف إنشاء سكن جديد. قد تكون هذه الهجرة مؤقتة أو دائمة. ينتقل المهاجرون الداخليون لكنهم يظلون داخل بلدهم الأصلي (مثل الهجرة من الريف إلى الحضر).[1]

في عام 1987، كان 49.8 % من سكان الجزائر يعيشون في المناطق الحضرية، مقارنة بعام 1977، كان معدل النمو المناطق الحضرية في حدود 4 %، لكن نسبة المهاجرين إلى المناطق الحضرية انخفضت إلى 1%، [في وقت لاحق، وفي عام 1998، كان 58.3 % من السكان يعيشون في المناطق الحضرية.]

وقدم الباحث رشيد زورزو تفسيرا لانخفاض معدل النمو الحضري عام 1987 بسبب توقف الاستثمارات في القطاع الصناعي، وانتعاش القطاع الزراعي نتيجة تشجيع القطاع الزراعي الخاص، واستقلال المستثمرين الفلاحين، وما ترتب عن تجربة الاستصلاح من نتائج مشجعة، وبشكل عام إعادة تأهيل القطاع الزراعي.[2]

---

[1] United Nations (1998); op.cit.

[2] رشيد زوزو، "الهجرة الريفية في ظل التحولات الاجتماعية الجديدة في الجزائر 1988-2008"، أطروحة دكتوراه، جامعة قسنطينة، 2008، ص 224.

على الجانب الآخر، وبسبب الأزمات الاجتماعية والاقتصادية الشديدة في مجالات الوظائف والإسكان والمرافق بشكل عام (كما سيأتي معنا في الفصول القادمة)، فإن العيش في المدن يمثل تحديا، دخلت الجزائر حقبة جديدة في بداية 1990 في القرن 20، لقد تخلت تماما عن الاستراتيجية الاشتراكية، وبالتالي تخلت الدولة عن الاقتصاد نتيجة لهذا التحول، خفضت عدد الموظفين في المؤسسات التي كانت تعاني من الفائض في العمالة، مع خصخصة العديد من الشركات العامة وإغلاق العديد منها.

بسبب هذه الظروف، تم طرد العديد من الموظفين ذوي الجذور الريفية من المدينة وانجذبوا إلى الريف، وعاد الكثير منهم في النهاية، إلا أن الأزمة السياسية التي شهدتها الجزائر منذ عام 1991 كما سيأتي معنا في الفصول اللاحقة، كان لها آثار خطيرة على الريف، وخاصة في المناطق التي شهدت توتر عالي، أجبر العديد من سكان الريف على الهجرة إلى المدن هربا من المذابح التي ارتكبت ضدهم، ويوضح الجدول رقم 3.2 ما سبق.[1]

الجدول رقم 3.2: يوضح الهجرة الريفية نحو بعض المدن لأسباب أمنية

الفترة	1995-1992	1999-1996
المدينة	**عدد المهاجرين**	**عدد المهاجرين**
الجزائر العاصمة	125000	38000
البليدة	320000	68000
عين الدفلى	75000	35000
الشلف	65000	420000
معسكر	45000	250000
باتنة	35000	16000
المصدر: رشيد زوزو أطروحة دكتوراه نقلا عن علي سموك، "إشكالية العنف في المجتمع الجزائري"، ص361.		

[1] نفس المرجع، ص.ص 224-225.

ناهيك عن الأسباب الأمنية ليست وحدها كفيلة بتحريك تيارات الهجرة الداخلية، توجد أسباب أخرى على رأسها الجانب الاقتصادي والمعيشي، المناخ والجغرافيا، وغيرها تعتبر كعوامل جذب أو طرد لتيارات الهجرة، نقلا عن أوطالب نعيمة ومن تحليل بينات الهجرة بين تعدادي 1998-2008 " بلغ إجمالي عدد المهاجرين طبقا لطريقة محل الإقامة السابق حوالي 9 مليون أي بنسبة 14.5% من إجمالي السكان عامي 1998و2008، مقسمة الى حوالي 5 مليون أي بنسبة 19.3% من إجمالي السكان عام 1998، لتنخفض الى حوالي 3 مليون أي بنسبة 10.3% من إجمالي السكان عام 2008"[1]، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 4.2: تطور حجم الهجرة الداخلية في الجزائر بين تعدادي 1998-2008

المناطق	السنوات	طريقة محل الإقامة السابق		المجموع 1998-2008
		مجموع الهجرات		
		داخلين Imigrants	خارجين Emigrants	
المراكز الولائية	1998	413615	968994	382610
	2008	244602	690546	935148
المناطق الحضرية	1998	2008388	1278017	3286405
	2008	1292353	872749	2165103
المناطق الريفية	1998	447950	506714	954664
	2008	232703	206340	439043
المجموع		4639611	4523361	9162972

المصدر: قليل هجيره، د. حمزة شريف علي، "اتجاهات الهجرة الداخلية في الجزائر من 1998الى 2008"، مجلة المعيار، مجلد 24، العدد 49، 2020، ص 778.

[1] قليل هجيره، د. حمزة شريف علي، "اتجاهات الهجرة الداخلية في الجزائر من 1998الى 2008"، مجلة المعيار، مجلد 24، العدد 49، 2020، ص 778.

خلاصة الفصل:

يهدف هذا الفصل الى الكشف عن الملامح الديموغرافية للجزائر خلال الفترة 1980-2014، مع الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من المتغيرات التي من الممكن أن تخدم موضوع الدراسة، ولعل ما يميز هذه الفترة في ظل التحولات الحاصلة هو التطور المضطرد في أعداد السكان، بحيث تضاعف عدد سكان الجزائر خلال هاته الفترة بنسبة نمو قدرة بحوالي 77.17%، بالرغم من تراجع معدلات النمو السكاني خلال الفترة، مع معاودة الارتفاع في نهاية الفترة، عرف المجال الزمني للدراسة كذلك بلوغ الولادات عتبة المليون ولادة سنة 2014 لأول مرة، أما فيما يخص معدلات الخصوبة فقد تراجعت خلال هاته الفترة من 6.76 الى 3.02 طفل لكل امرأة.

كما تشير البيانات الإحصائية الى أن المجتمع السكاني الجزائري من المجتمعات الشابة الفتية، وهذا حسب التوزيع النسبي لسكان الجزائر وفق السن في عام 2014، مع ارتفاع نسبي في أعداد المسنين، ما يفرض نمط جديد من أنماط الوافيات، والذي بدوره يحتم علينا تبني استراتيجيات جديدة فيما يخص الرعاية الصحية والاجتماعية.

أما فيما يخص الهجرة الدولية فقد أثبتت البيانات المرصودة أن الجزائر بلد عبور كما أنه بلد مرسل للمهاجرين في الغالب، وبالنسبة للهجرة الداخلية فقد تنوعت بين هجرات لأسباب أمنية، وهجرات بين الريف والمدينة، بالإضافة الى هجرات لدوافع اقتصادية واجتماعية وجغرافية.

كان لزاما علينا التطرق الى الحالة الديموغرافية للجزائر لأن معدلات الوفيات وهي المقصودة بالدراسة "تتأثر بمجموعة متشابكة من العوامل منها التركيب العمري والنوعي والمستوى الصحي السائد والتركيب الاجتماعي والمهني"[1]، وسنتطرق في الفصل الموالي لاتجاهات الوفيات في الجزائر، أسباب الوفاة وغيره.

---

[1] فتحي محمد أبو عيانة، "دراسات في الجغرافية البشرية"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989، ص 150.

الفصل الثالث

الوفيات في الجزائر خلال الفترة

1980–2014

الفصل الثالث

اتجاهات الوفيات في الجزائر خلال الفترة 1980–2014

لقد أوضحت منظمة الصحة العالمية الحاجة الملحة إلى تعزيز النظم الصحية في عام 2012، ولا تزال كذلك حتى اليوم، حيث تنتشر التفاوتات الصحية ليس فقط في بلدان الناشئة والبلدان متوسطة النمو، ولكن أيضا في البلدان المتقدمة، مما يهدد الصحة العامة، المخاطر آخذة في الازدياد، خاصة وأن أهم سبب للأمراض حاليا هي الأسباب المؤدية للأمراض غير السارية، والتي بدورها تمثل السبب الرئيسي للوفاة في العالم، ومثل هذه التفاوتات في قوة النظم الصحية إنما تسهم في تباين النتائج الصحية، مثلما هو الحال بالنسبة للمؤشرات التي تعتبر صحية ديموغرافية في آن واحد على غرار أمل الحياة ووفيات الأمهات ووفيات الرضع والأطفال[1].

وبالنسبة لأنظمة المعلومات وقواعد البيانات الصحية، بما فيها نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، فهي غير قادرة على جمع البيانات الحيوية اللازمة والموثوقة عن المواليد والوفيات وأسباب الوفاة، وأهم المؤشرات الصحية[2]، ولهذا سعت العديد من الدراسات والبحوث لفهم الأسباب الحقيقة للوفاة، فالاهتمام بإطالة عمر الإنسان من خلال رصد العوامل المؤثرة فيه يبقى يشغل الباحثين على مدى التاريخ، بحكم أن لكل حقبة زمنية عواملها المؤثرة.

---

[1] منظمة الصحة العالمية، "المكتب الإقليمي للشرق المتوسط (بدون تاريخ نشر)، رسم ملامح مستقبل الصحة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط"، تاريخ المعاينة 29-11-2020، عبر الموقع: (https://www.emro.who.int/ar/about-who/future-of-health/health-systems-strengthening.html)

[2] نفس المرجع.

1.3 حدث الوفاة:

ظاهرة الموت من أهم الظواهر التي استحوذت على التفكير الإنساني على مر التاريخ، ويمتلئ التراث الإنساني بالآراء والمعتقدات المتعلقة بالموت والحياة والخلود، ويتجلى ذلك في مجمل العادات والتقاليد والمعتقدات التي تتوارثها الأجيال، والتي تعكس الواقع المعاش لأي شعب من الشعوب، وما يتعرض له من تغير، هذا التراث المتراكم عبر فترات تاريخية طويلة، يتحول بأطره الفكرية والفلسفية والحياتية مع ارتباطه بالعادات والتقاليد والسلوكيات الى رصيد موروث لتلك الشعوب.

ولقد أثارت "دراسة الموت اهتمام العلماء والباحثين في علوم وتخصصات مختلفة، ليس في العلوم الطبية فقط وإنما أيضا في العلوم الاجتماعية، كعلم النفس والفلسفة والأنثروبولوجية، حتى أنه تمخض عن هذا الاهتمام في العقود الأخيرة نشأة علم متخصص يسمى (علم دراسة الموت) (thanatology) وأصبح الموت مجالا جيدا للدراسة والبحث".[1]

إن الاهتمام بالدراسات السكانية الذي بدأ منذ أكثر من ثلاثة قرون، سعى العلماء الى فهم أفضل لكيفية موت البشر وكيف يمكنهم تأخير ذلك، تركز دراسات الوفيات على التحقيق في الأسباب والأنماط الكامنة وراء اتجاهات الموت، وتحديد الحلول المحتملة بحيث يمكن تجنب الوفيات أو خفضها في المستقبل، أحد هؤلاء الباحثين هو جون جرانت 1620–1674 الذي نشر كتابه عام 1966 عن السكان في مدينة لندن ودرس فيه سجلات الوفيات، كان من بين أهم المحاولات الجادة لدراسة ظاهرة الوفيات وفق قواعد علمية منهجية.

---

[1] علي حسنين سامية، "عادات ومعتقدات الموت بين التقليدية والحداثة، دراسة أنثروبولوجية في محافظة الدقهلية"، مجلة كلية الآداب، جامعة المنصورة، العدد الثامن والأربعون، يناير 2011، عبر الموقع: https://platform.almanhal.com/Reader/2/14211

حاول العلماء استخلاص الأسباب التي تخضع إليها الظواهر السكانية من بينها ظاهرة الوفيات، مستخدمين أساليب وتقنيات منهجية مختلفة في سن قوانين ترجمة فيما بعد الى النظريات السكانية، رغبة منهم في تفسير الظاهرة تارة والتنبؤ بها تارة أخرى، وسنرصد بعض الدراسات والنظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الوفيات.

2.3 النظريات والدراسات التي اهتمت بالوفيات:

1.2.3 نظرية الانتقال الديموغرافي:

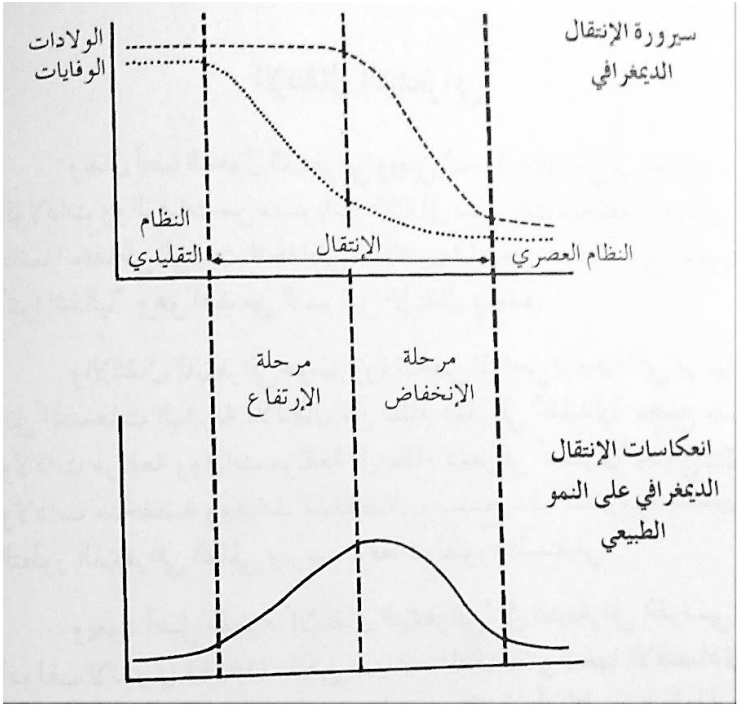
ويطلق عليها أيضا نظرية التحول الديموغرافي "ويعني التحول التاريخي في معدلات الولادات والوفيات من مستويات عالية الى مستويات منخفضة، ويسبق دائما انخفاض الوفيات انخفاض الولادات مما ينجر عنه نمو سريع يسمى (نموا انتقاليا) وهو أشد من النمو قبل الانتقال وبعده".

"والانتقال الديموغرافي هو سيرورة تلخص المراحل المتعاقبة التي تمر بها كل المجتمعات البشرية للانتقال من نظام ديموغرافي "تقليدي" يجمع بين ولادات مرتفعة ووفيات مرتفعة إلى نظام ديموغرافي "عصري" يجمع بين ولادات منخفضة ووفيات منخفضة، وتسمح هذه السيرورة بتفسير التطور الديموغرافي العالمي وبرسم توقعات تطوره المستقبلي".[1]

ومن أوائل الباحثين الذين وضعوا الاطار النظري لهذا المفهوم (الانتقال الديموغرافي)، "هو الديموغرافي الفرنسي، أدولف لاندري (1934)، لكن صياغته المتكاملة وضعها الاقتصادي الأمريكي، نوتستاين (1945)، ومن البديهي القول بأن كل بلدان العالم لم تبدأ هذا الانتقال في الوقت

[1] لبيب علي، جغرافية السكان، (الثابت والمتحول)، الدار العربية للعلوم، سنة 2003، ص 109.

نفسه، ولم تقطعه بالسرعة ذاتها، إذ تواصل الانتقال ببعضها من نهاية القرن الثامن عشر (السويد، إنجلترا، فرنسا) حتى بداية القرن العشرين، وسوف يستكمل بكل دول العالم خلال القرن الحالي".[1]



الشكل رقم 1.3: مراحل الانتقال الديموغرافي[2]

ومر التحول الديموغرافي بثلاثة مراحل متباينة: "النظام التقليدي (ما قبل الانتقال)، ومرحلة الانتقال، والنظام العصري (ما بعد الانتقال)".

أ. **النظام التقليدي:** يسبق النظام "التقليدي" أو "الطبيعي" أو "البدائي" بداية الانتقال الديموغرافي، وفيه يكون معدل الوفيات والولادات مرتفعا يتجاوز 30‰ في أغلب الأحيان، وبالتالي يكون معدل النمو الطبيعي ضئيلا أو منعدما، وهو ما يعني أن التزايد السكاني ضعيف ومنعدم.

يكون معدل الوفيات في هذا النظام مرتفعا (ما بين 40 و50‰) لأن وفيات الرضع، ووفيات الأمومة، ووفيات الأطفال بالخصوص تكون مرتفعة، ولذلك من الضروري أن يكون معدل

[1] نفس المرجع، ص 109.
[2] نفس المرجع، ص 110.

الولادات بدوره مرتفعا لضمان المستوى الإحلالي للخصوبة على الأقل لتجنب الاندثار السكاني.[1]

ب. مرحلتا الانتقال:

- **مرحلة الارتفاع:** وهي المرحلة الأولى من الانتقال الديموغرافي، وتبدأ مع بداية التراجع في الوفيات الناتجة عن تحسن في المستوى الاقتصادي وحفظ الصحة، فالوفيات هي المؤشر الذي يقاس به الخروج من النظام التقليدي، والذي يتم فعلا عندما ينزل المعدل العام للوفيات بصفة دائمة أقل من 30‰ ... وبالمقابل تظل الولادات مرتفعة أثناء هذه المرحلة فيرتفع النمو الطبيعي.[2]
- **مرحلة الانخفاض:** وهي المرحلة الثانية من الانتقال الديموغرافي وتبدأ حالما يبدأ تراجع الولادات إثر تناقص في الخصوبة، ويحصل ذلك عندما يعي السكان بتزايد عددهم (وهو أمر قد يأخذ كثيرا من الوقت)، ويقرر الأزواج الإنجاب أقل مما أنجب آباؤهم لا سيما وأنهم لم يعودوا مضطرين مثلهم لولادات كثيرة لتعويض الوفيات الكثيرة، وفي الآن نفسه تواصل الوفيات الانخفاض، فبعد أن هبطت من 30 إلى 20‰ فإنها قد تنزل إلى 15 أو 10‰ وربما أقل من ذلك بحسب درجة التنمية والتركيب العمري للسكان.[3]

وتجدر الملاحظة بأن ديناميكية النمو الطبيعي في بداية المرحلة الثانية (مرحلة الهبوط) تختلف اختلافا شديدا عن ديناميكيته في نهايتها، يواصل النمو الطبيعي في الارتفاع في بداية هذه المرحلة بالرغم من تراجع الخصوبة والولادات وذلك لأن انخفاض معدل الوفيات أسرع من انخفاض معدل الولادات ... يؤدي الى أكبر معدل للنمو الطبيعي ...،

---

[1] نفس المرجع، ص 111.
[2] نفس المرجع، ص 111.
[3] نفس المرجع، ص 112.

وذلك بسبب بلوغ أعداد متزايدة من الشبان عمر الإنجاب، وسبق أن ولدو في مرحلة ارتفاع الولادات (المرحلة الأولى من الانتقال الديموغرافي). وبالتالي لن يبدأ انخفاض الولادات فعلا إلا عندما تتوقف هذه الأعداد من الشبان وهو يحتاج الى مدة طويلة تتواصل زمن جيل كامل. ويؤدي تقلص الخصوبة في النهاية الى التأثير بشدة على الولادات لتستمر في الانخفاض بينما تستقر الوفيات، وبالنتيجة يتقلص الفارق بينهما بسبب اقتراب معدلات الولادات من معدلات الوفيات وتبدأ حينئذ مرحلة الهبوط وينخفض معدل النمو السكاني تدريجيا، وهكذا يستكمل الانتقال الديموغرافي مساره.[1]

- **النظام العصري:** ويقال أيضا مرحلة النضج و"طور ما بعد الانتقال"، وفيه يعود النمو السكاني ضعيفا منعدما، كما هو الشأن في النظام التقليدي الذي يسبق الانتقال الديموغرافي، لكن الجديد في النظام العصري هو استقرار حجم السكان في مستوى أرفع بكثير مما كان عليه في بداية الانتقال.[2]

وهنا تصبح الوفيات ضعيفة، في حدود 10‰ أو أقل من ذلك، لأن الانتقال الديموغرافي، سمح بالمرور من وفيات مرتفعة الى وفيات ضعيفة، ولكن هذا لا ينفي احتمال عودة الوفيات الى ارتفاع طفيف من جديد عندما تسري الشيخوخة في التركيب العمري للسكان، غير أن الارتفاع المحتمل للوفيات لا يدل هنا على تدهور في الوضع الصحي للسكان بل على العكس من ذلك تماما، فبالإمكان أن يرتفع معدل الوفيات ويبقى مع ذلك أمل الحياة مرتفعا، ما دام ارتفاع الوفيات ناتجا فقط عن تهرم التركيب العمري للسكان.[3]

---

[1] نفس المرجع، ص 112
[2] نفس المرجع، ص 112.
[3] نفس المرجع، ص 112

2.2.3 دراسة "هيرينك (Heerink) عن النمو السكاني وتوزيع الدخل والتنمية الاقتصادية":

الغرض من هذه الدراسة هو تطوير إطار نظري يساعد في فهم التفاعلات بين النمو السكاني وتوزيع الدخل والتنمية الاقتصادية، كما يسعى إلى تحديد الآليات المباشرة وغير المباشرة التي تؤثر على توزيع الدخل والنمو السكاني وفهم العلاقة بينهما، وتقدير وتحديد الأهمية النسبية لكل آلية.[1]

المتغيرات الأساسية الخمسة التي تشكل الأساس النظري لـــ"هيرينك" هي مستوى الخصوبة، ومستوى الوفيات، والعمر والبنية النوعية للسكان (هيكل الجنس والعمر)، أو درجة المساواة في توزيع الدخل، ومتوسط الدخل القومي، ويتناول هذا النموذج بشكل مباشرة وغير مباشرة العلاقة بين هذه المتغيرات الأساسية، ويتم إشراك المتغير الوسيط مثل: التغذية والتعليم والاستهلاك والاشتراك في القوة العاملة في النموذج المباشرة لتحديد العلاقة.

ويتميز هذا النموذج النظري عن بقية النماذج الأخرى من حيث:

"تم قياس توزيع الدخل بمتوسط الدخل ودرجة المساواة في المداخيل، إن الجانب الديموغرافي من النموذج بالإضافة للخصوبة والوفيات يتضمن أيضا التركيب العمري والنوعي للسكان، ولا يقتصر النموذج فقط على العلاقة المباشرة بين نمو السكان ومساواة في الدخل، ولكن يحتوي على عدد من العلاقات المتقاطعة من خلال متغيرات اقتصادية واجتماعية وسيطة مثل الصحة والتغذية والتعليم والاشتراك في قوى العمل، ولا يحاول النموذج فهم واختبار الفجوة الزمنية بين هذه العلاقات ولكن يركز على تقدير طويل الأمد".[2]

من أجل تحقيق درجة معينة من الاستقرار بين الروابط على المستوى المجتمعي والعلاقات التي تمثلها على المستوى الفردي، تم اختيار مقياس المساواة في الدخل، والذي يتم استخدامه

---

[1] خلف عبد الجواد مصطفى، "دراسات في علم اجتماع السكان"، دار المسيرة، سنة 2009، ص 30.
[2] نفس المرجع، ص 30.

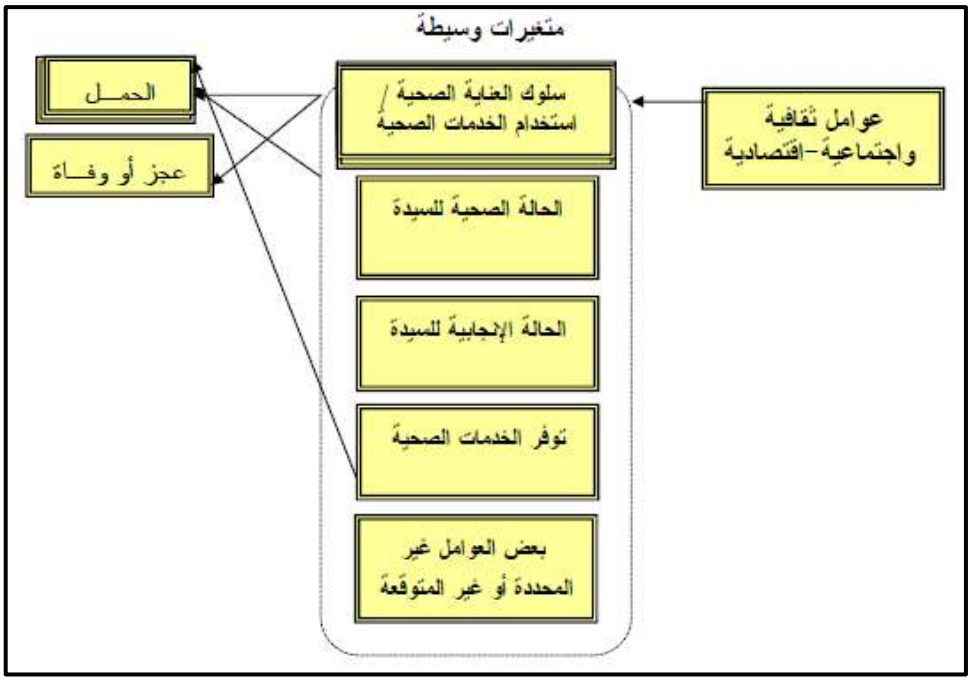
هنا كمتغير توضيحي في المعادلات، على الرغم من كونها جزءا من الاتجاه الاقتصادي في البحوث السكانية، اتخذت هذه الدراسة نهجا شاملا للتحليل وعملت بجد لتطوير إطار نظري يربط المتغيرات السكانية المختلفة بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية، يمكن أن تكون هذه الأسس النظرية بمثابة الأساس لتطوير النظريات السكانية المناسبة، لأغراض ترقية علم الاجتماع السكاني.[1]

3.2.3 دراسة "ماكرثي عن محددات وفيات الأمهات":

تقترح دراسة مكارثي وماين إطارا متكاملا لتحليل العوامل الاجتماعية والثقافية والسلوكية والاقتصادية والبيولوجية التي تؤثر على وفيات الأمهات، ويغطي السياق ثلاث مراحل أو مكونات عامة لعملية وفيات الأمهات، لذا فإن وفيات الأمهات مصحوبة بسلسلة من الحالات، بما في ذلك تلك التي تؤدي إلى العجز أو الوفاة بسبب الحمل أو بعض مضاعفات الحمل، تتأثر هذه المواقف بشكل مباشر بخمس مجموعات من المحددات، أو المتغيرات الوسيطة تتمثل في: مدى توفر الخدمات الصحية في متناولها، سلوكها الخاص فيما يخص العناية الصحية، الحالة الصحية للأم، وظروف الإنجاب، بالإضافة الى عوامل أخرى غير معلومة، مع تأثير قوي لمجموعة من العوامل الأخرى على وفيات الأمهات مثل العوامل السوسيو–اقتصادية.[2]

---

[1] نفس المرجع، ص 31.
[2] نفس المرجع، ص 35.



الشكل رقم 2.3: "إطار نظري لتحليل محددات وفيات الأمهات"

خلف عبد الجواد مصطفى، "دراسات في علم اجتماع السكان"، دار المسيرة، سنة 2009، ص 36.

موضوع وفيات الأمهات، الذي كان يعتبر حتى عام 1985 موضوعا بعيد عن اهتمام الدراسات السكانية، خاصة في البلدان الفقيرة، وقد حاول الإطار النظري إيجاد صلة بين بعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وفيات الأمهات، إلا أنه فشل، مثل المناهج النظرية الأخرى في القيام بذلك، وهذا لغياب تصورات نظرية تبرز العوامل المؤدية للوفاة، ولم تصل إلى نضج النظريات الأخرى في علم الاجتماع السكان على غرار نظريات التي حاولت تفسير الخصوبة.[1]

تقتصر معظم هذه المحاولات النظرية على تصور افتراضي للعلاقات التي تجمع بين مجموعة من المتغيرات المستقلة والمتوسطة والمتغيرات الديموغرافية التابعة، وهم مجتهدون في اختبارها للتأكد من إمكانية استخدامها لفهم الظواهر السكانية.[2]

---

[1] نفس المرجع، ص36.

[2] نفس المرجع، ص 36.

3.3 معدل الوفيات الخام في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

معدل الوفيات الخام، ويطلق عليه أيضا معدل الوفيات، وهو عدد الوفيات لكل ألف نسمة من السكان في سنة معينة، ويحسب على النحو التالي: "قسمة عدد الوفيات المسجلة في سنة ميلادية على إجمالي السكان في النفس السنة الكل مضروب في ألف".[1]

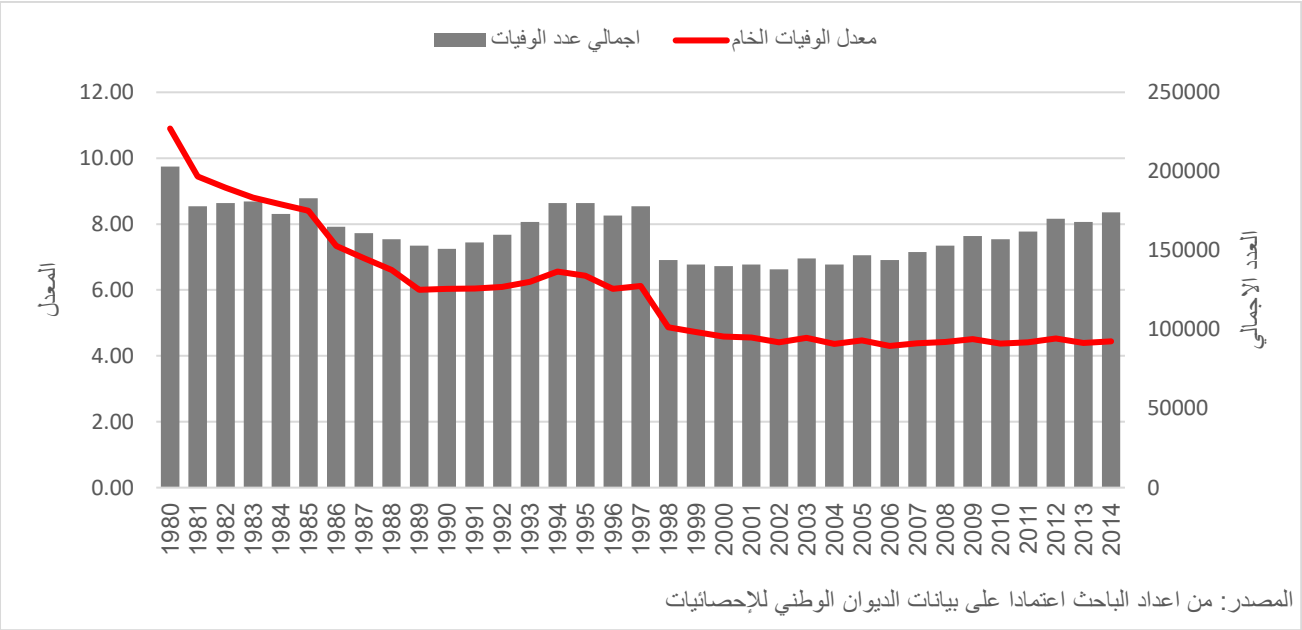
لرصد اتجاهات الوفيات العامة في الجزائر اعتمدنا على السلسلة الزمنية للوفيات الخام من بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، من أجل إعطاء صورة تقريبية لتطور الظاهرة خلال الفترة 1980–2014، والجدول والشكل التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم 1.3: عدد الوفيات والمعدل العام للوفيات في الجزائر خلال الفترة 1980–2014

السنوات	إجمالي عدد الوفيات	المعدل الخام للوفيات	السنوات	إجمالي عدد الوفيات	المعدل الخام للوفيات
1980	203000	10.90	**1998**	144000	4.87
1981	178000	9.44	**1999**	141000	4.72
1982	180000	9.10	**2000**	140000	4.59
1983	181000	8.80	**2001**	141000	4.56
1984	173000	8.60	**2002**	138000	4.41
1985	183000	8.40	**2003**	145000	4.55
1986	165000	7.34	**2004**	141000	4.36
1987	161000	6.97	**2005**	147000	4.47
1988	157000	6.61	**2006**	144000	4.30
1989	153000	6.00	**2007**	149000	4.38
1990	151000	6.03	**2008**	153000	4.42
1991	155000	6.04	**2009**	159000	4.51
1992	160000	6.09	**2010**	157000	4.37
1993	168000	6.25	**2011**	162000	4.41
1994	180000	6.56	**2012**	170000	4.53
1995	180000	6.43	**2013**	168000	4.39

[1] لبيب علي، مرجع سابق، ص 95.

4.44	174000	**2014**	6.03	172000	**1996**
			6.12	178000	**1997**
المصدر: بيانات الديوان الوطني للإحصائيات ONS					



الشكـــــل رقم 3.3: تطور عـــدد الوفيات والمعدل الخـــام للوفاة فـــي الجـــزائر خلال الفترة 1980-2014

يظهر معدل الوفيات في الجزائر، لكلا الجنسين مجتمعين وجميع الأعمار مجتمعة، في اتجاه تنازلي منذ الاستقلال، في الواقع يظهر تطور معدل الوفيات الخام هذا الاتجاه بوضوح، في سنة 1980 سجل معدل الوفيات الخام 10.90‰ وفي المقابل سنة 2014 سجل نفس المعل 4.44‰ فقد تحسن معدل الوفاة خلال هذه الفترة بنسبة 64.6%، إلا أنه خلال الفترة 1990 حتى 1997 عرف المعدل الخام للوفيات تدهور حيث استقر في حدود 6‰، إلا أن هذا التدهور في معدل الوفيات الخام لم يكن يمثل الاتجاه الأساسي للظاهرة، إنما اتجاه ظرفي، وقد يرجع السبب وراء هذا التدهور إلى الأوضاع السياسية والأمنية التي مرت بها الجزائر والتي عرفت بالعشرية السوداء، كما سيتضح معنا في الفصول الموالية.

من المسلم به أن إجراءات التحليل في حالة المعدل الخام للوفيات، أكثر صعوبة بسبب عدم كفاية شبكة جمع المعلومات الإحصائية، في النظام الإحصائي الجزائري، يجب الاعتراف بأن معدل الوفيات يحتل مكانة متطابقة للغاية فيما يتعلق بالخصوبة، على سبيل المثال، حيث تم إجراء مسوحات رئيسية على فترات منتظمة الى حد ما، علاوة على ذلك إذا كان من الممكن اعتبار التغطية بالحالة المدنية صحيح، فإن الجوانب النوعية من ناحية أخرى غير معروفة، يصعب فهم أسباب الوفاة على وجه الخصوص، مما يجعل أي محاولة لوضع استراتيجية غير مؤكدة.[1]

من ناحية أخرى المعدل الخام للوفيات على وجه العموم "يساعد في فهم ومعرفة الحالة الصحية وتطورها في مجتمع ما، وخاصة على المدى القصيرة، لأن تغير المعدل خلال فترة زمنية طويلة قد لا يكون بسبب تطور الحالة الصحية، وإنما بسبب تطور التركيب العمري للسكان، ولهذا يصعب استخدام هذا المعدل من أجل مقارنة الأوضاع الصحية في بلد ما، وتطورها بين فترتين زمنيتين تتسم بالطول، حيث يختلف فيهما التركيب العمري للسكان، أو استخدام هذا المؤشر للمقارنة بين مجتمعين مختلفين، يتمايز فيهما التوزيع العمري للسكان...، ولهذه الأسباب ينبغي تصحيح معدلات الوفيات قبل المقارنة"[2].

ووفق ما تم طرح سابقا استخدمنا بيانات وفيات أكثر تفصيلية، لفهم اتجاهات الوفاة في الجزائر.

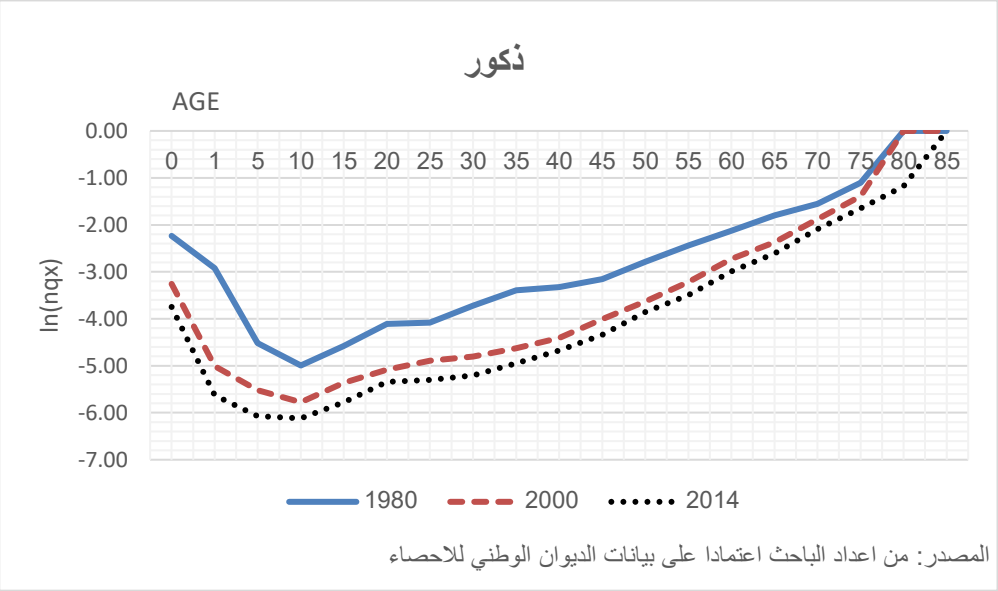
4.3 الوفيات حسب التركيب العمري والنوعي في الجزائر:

يسمح استخدام معدلات الوفيات حسب العمر والجنس بالمقارنة بين الأعمار المختلفة وكذلك التركيب النوعي، ولغياب مثل هذه المعطيات التفصيلية، اعتمدنا على جداول الحياة للسنوات التالية: 1980–2000–2014، بحيث وضفنا قيم احتمال الوفاة ($_nq_x$) الواردة في جداول الحياة المختصرة

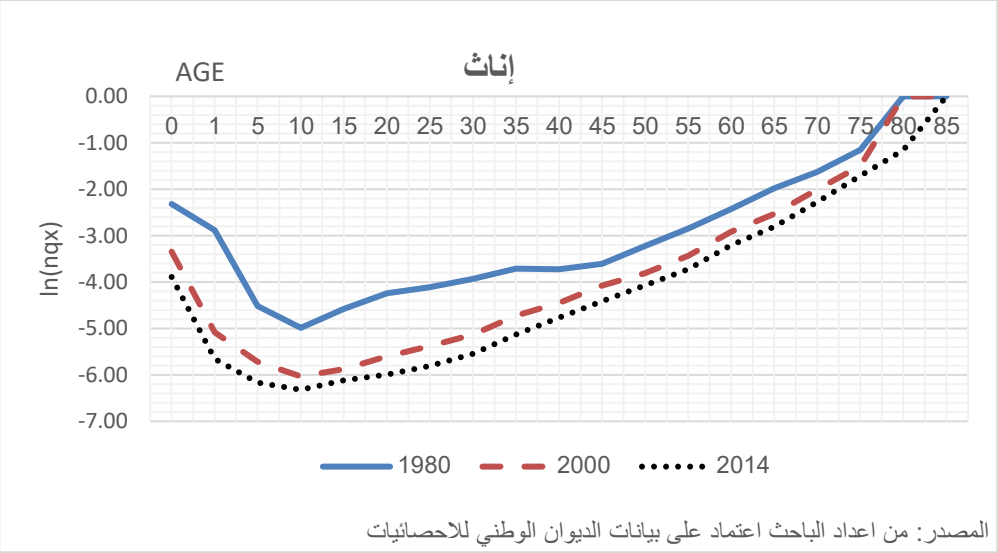
[1] ILES ABDERRAHMANE, La mortalité en Algérie : nivaux et tendances, Cahiers du CREAD n°22, 2ème trimestre 1990, pages 109.

[2] زيني عبد الحسين، الإحصاء الديموغرافي "الإحصاء السكاني"، مطبعة العاني، بغداد، سنة 1969، ص 88.

من بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، وباستخدام الصيغة التالية: $\ln({}_nq_x)$ وهذا من أجل مقارنة التغير الحاصل في احتمالات الوفاة عبر الزمن من أجل تحديد اتجاهات الوفاة حسب العمر والنوع، والشكل رقم 2.3 و3.3 يوضح ذلك.



الشكل رقم 4.3: معدل الوفيات في الجزائر للذكور سنوات (1980–2000–2014)



الشكل رقم 5.3: معدل الوفيات للإناث في الجزائر سنوات (1980–2000–2014)

بشكل عام، يظهر بصورة ملحوظة الارتفاع في معدلات وفيات الصغار والكبار على حد سواء مع تراجعه لبقية الفئات العمرية، ومن منظور التوزيع حسب الجنس، فإن معدل وفيات الذكور مرتفع بغض النظر عن الفئة العمرية، وبالتمييز بين السنوات الثلاث، فإن معدل الوفيات قد حقق انخفاض بحيث كان تراجع معدلات الوفيات واضح لجميع الفئات العمرية ولكل من الرجال والنساء.

5.3 وفيات الأطفال في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

تمثل دراسة وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات وبالخصوص وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع من المؤشرات الهامة التي تعكس الظروف الصحية والاقتصادية لبلد ما، فهي تقيس مستوى الخدمات الصحية، ويمكن تصنيفه كمؤشر صحي بانعكاسات ديموغرافية لما يترتب عن وفيات الأطفال من اختلال التوازن الديموغرافي في المجتمع، كما يمثل معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات مؤشر من بين المؤشرات الإنمائية المهمة لأي دولة، حيث يستخدم لرصد مدى تحقيق الرؤى المسطرة على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي، في المقابل حينما ترتفع معدلاته يعكس تقهقر تلك الأهداف.[1]

1.5.3 وفيات الأطفال دون خمس سنوات:

انخفض عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة في جميع أنحاء العالم من 12,6 مليون في 1990 إلى 5,2 مليون في 2016، وتراجع معدل وفيات الأطفال الأقل من الخمس سنوات على المستوى العالمي بنسبة 59%، من 93 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في 1990 إلى 38 حالة

[1] عبير ضيدان إبراهيم، "تباين وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في محافظة البصرة لعام 2013"، مجلة جامعة ذي قار المجلد 11 العدد 1 آذار 2016، ص 63.

وفاة في سنة 2016، ويمثل هذا تقدما هائلا في الجهود الرامية إلى الحد من وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم منذ عام 1990.[1]

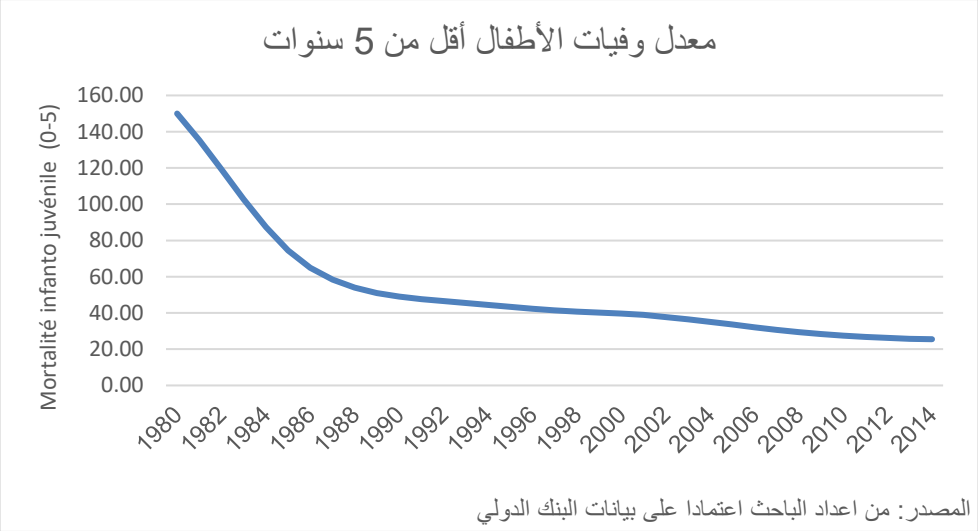
وفق منظمة الصحة العالمية تمثل مضاعفات الولادة المبكرة والاختناق / رضح الولادة والالتهاب الرئوي والتشوهات الخلقية والإسهال والملاريا، الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال دون سن الخامسة، يمكن الوقاية من جميع هذه الأمراض أو علاجها بمساعدة تدخلات مباشرة وبتكاليف غير باهظة، مثل التحصين والتغذية الكافية والمياه المأمونة والرعاية عالية الجودة، التي يقدمها ممثلو الصحة المؤهلين عندما تقتضي الضرورة.[2]

في الجزائر تشير البيانات إلى أن الاتجاه العام لمختلف مكونات وفيات الأطفال دون سن الخامسة يميل للانخفاض من فترة إلى أخرى، من خلال القراءة الإحصائية تشير قيمة المعدلات إلى أنه من بين 1000 مولود حي، لا يصل 150 مولود إلى سن الخامسة عام 1980 مقارنة بـــ عام 2014 انخفض المعدل ليصل الى 25.5‰، لم يكن الانخفاض في وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات ممكنا إلا بفضل تحسين الهياكل الأساسية الصحية وحملات التطعيم والنظافة وزيادة عدد العاملين الصحيين، وهي من بين الأسباب الخارجية المسؤولة إلى حد كبير عن هذا الانخفاض.

---

[1] منظمة الصحة العالمية، "تحسين فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة وعافيتهم"، تاريخ النشر 22 أكتوبر 2020، تصفح يوم 29-12-2022، عبر الموقع التالي. https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

[2] نفس المرجع.



الشكل رقم 6.3: معدل الوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر خلال (1980–2014)

"تكمن أهمية دراسة معدلات وفيات الأطفال ما دون الخمس سنوات وفق الجنس (ذكور/إناث) في تحديد اتجاه الوفيات بين الأطفال، لأن تباين الوفيات بين الجنسين له آثار واضحة في تفاوت متوسط العمر بين الذكور والإناث، بالإضافة إلى تحديد نسبة النوع في المجتمع"[1]، لقد أظهرت الدراسة التي أجريت في الجزائر (MICS4) أن معدل وفيات الذكور بلغ 25,3‰ بينما بلغ معدل وفيات الإناث 22,7‰ وهي ظاهرة عامة.

2.5.3 وفيات الأطفال الرضع:

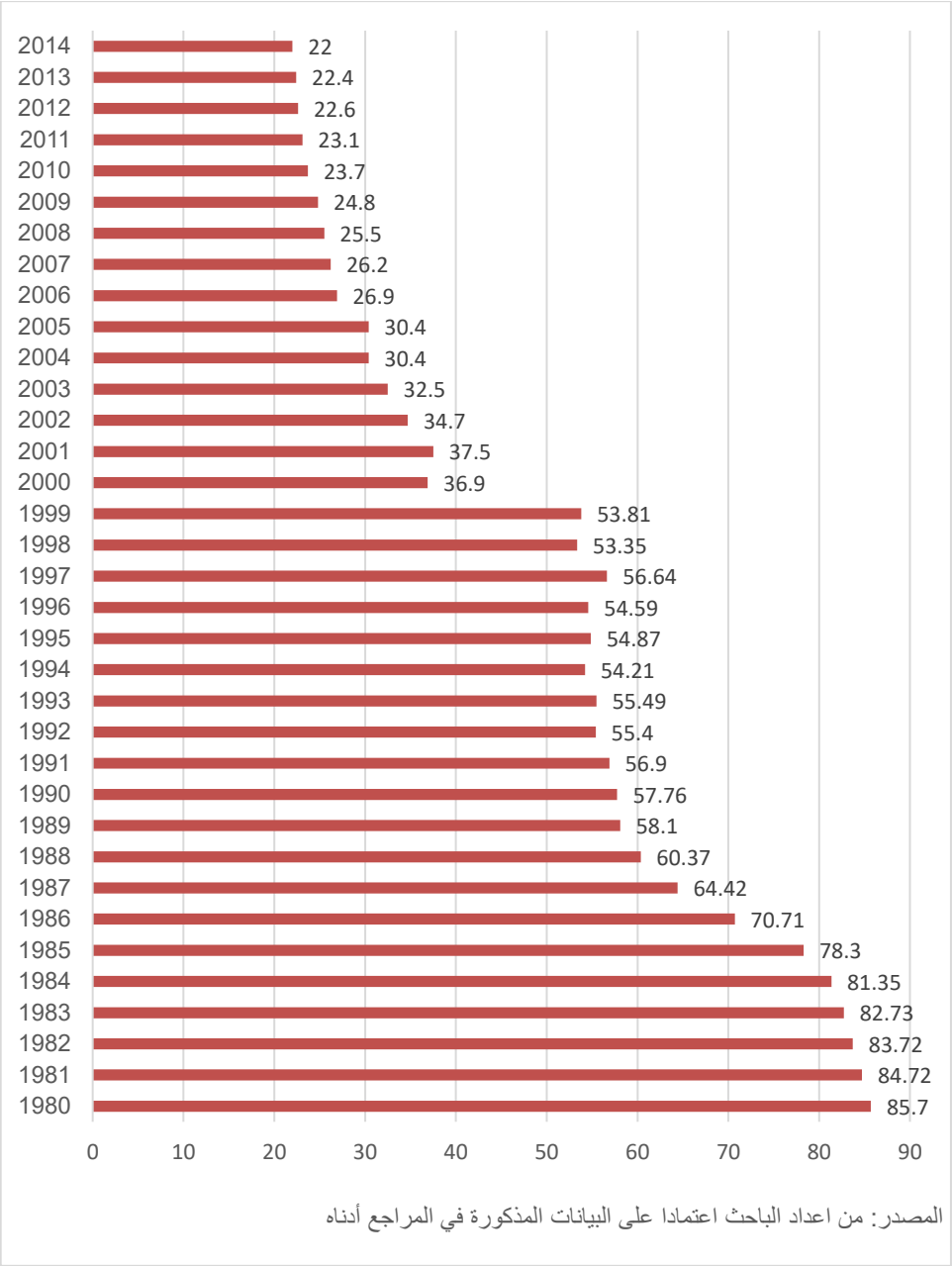
يقاس معدل وفيات الأطفال الرضع بعدد وفيات الأطفال دون سنة من العمر طبقا للمجموع الكلي من الولادات، وتظهر الإحصاءات في الجزائر انخفاض معدل وفيات الرضع بشكل كبير، قدر بنحو 85,70‰ في عام 1980، وقد انخفض إلى 57,76‰ في 1990[2]، "ويرجع ذلك إلى البرامج الوطنية لحماية الأم والطفل، التي تشمل: برنامج التحصين الموسع، وبرنامج مكافحة إسهال الأطفال، وبرنامج مكافحة أمراض الجهاز التنفسي لدى الأطفال، والأمهات والمواليد الجدد، برنامج

[1] عبير ضيدان إبراهيم، مرجع سابق، ص 70.
[2] ملاحظة: بالنسبة لمعدل الوفيات الرضع لسنة 1990 تم تعديله في المنشورات الحديثة للديوان الوطني للإحصاء، حيث قدر المعدل المصحح بـ 46.8‰.

إعادة تأهيل الوفيات، برنامج التغذية، برنامج مكافحة الروماتيزم الحاد وبرنامج الوقاية من الحوادث، وكان الهدف الموسع لبرنامج التحصين هو الحصول على تراجع أو اختفاء ستة أمراض معدية: السل والخناق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال والحصبة".[1]

وفيات الرضع المعدل لا يزال مثيرا للقلق ولكن الاتجاه يستمر نحو الانحدار، قدر المعدل بحوالي 56,64‰ في عام 1997، إلا أن المستوى تراجع بسرعة إلى 22,00‰ في عام 2014، "ربما يرجع السبب إلى الانخفاض الكبير في عدد الأطفال حديثي الولادة، ويمكن تفسيرها بالجهود المبذولة في مجال صحة الطفل التي ترتكز بشكل رئيسي على الحد من الأسباب الخارجية مثل الأمراض المعدية والنظافة والتغذية، وما إلى ذلك".[2] أنظر الشكل (رقم 5.3).

[1] Sidi Mohamed El-Habib Chikhi, "DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE IN ALGERIA", Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia, 2016, p80.
[2] Ibid.



الشكل رقم 7.3: تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر 1980–2014.[1]

تجدر الإشارة إلى أن الفترة ما بين 2002–2013 شهدت انخفاضا بـــ 12,3 نقطة في معدل وفيات الرضع، إلا أن وتيرة هذا التراجع كانت أكثر أهمية في الفترة الممتدة ما بين 2002–

[1] 1980-1990 : Djilali SARI, La maîtrise de la croissance démographique en Algérie, Université d'Alger, Algérie, Actes du colloque de Delphes, octobre 1992.
1991-1999 : ONS, Démographie Algérienne – 1999, N°305.
2014-2000 : ONS, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2016, N° 779.

2007 أين سجل معدل وفيات الرضع متوسط انخفاض بلغ 1,7 نقطة/السنة مقارنة بالفترة الممتدة ما بين 2008 و2013 والتي كانت فيها وتيرة الانخفاض لهذا المؤشر أقل أهمية حيث سجلت متوسط انخفاض مقدر بـــ 0,6 نقطة/السنة.[1]

6.3 وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة 1985–2014:

قبل مناقشة اتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر، يجب أولا التعرف على مفهوم وفيات الأمهات كما ورد في تعريف لجنة الاسكوا التابعة للأمم المتحدة، "يشير إلى وفاة المرأة ناجم عن مضاعفات الحمل أو الولادة أثناء فترة حملها أو في غضون إثنين وأربعون يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن طول ومكان الحمل، لأي سبب يتعلق بالحمل، أو أن الحمل وإدارته جعلته أسوأ دون أن يكون نتيجة لحادث أو حالة طارئة لا مفر منها"[2]، من خلال التعريف السابق تظهر صعوبة رصد الظاهرة للباحثين في هذا المجال، وعليه فأغلب الأرقام لا تعكس الواقع بصورة أدق.

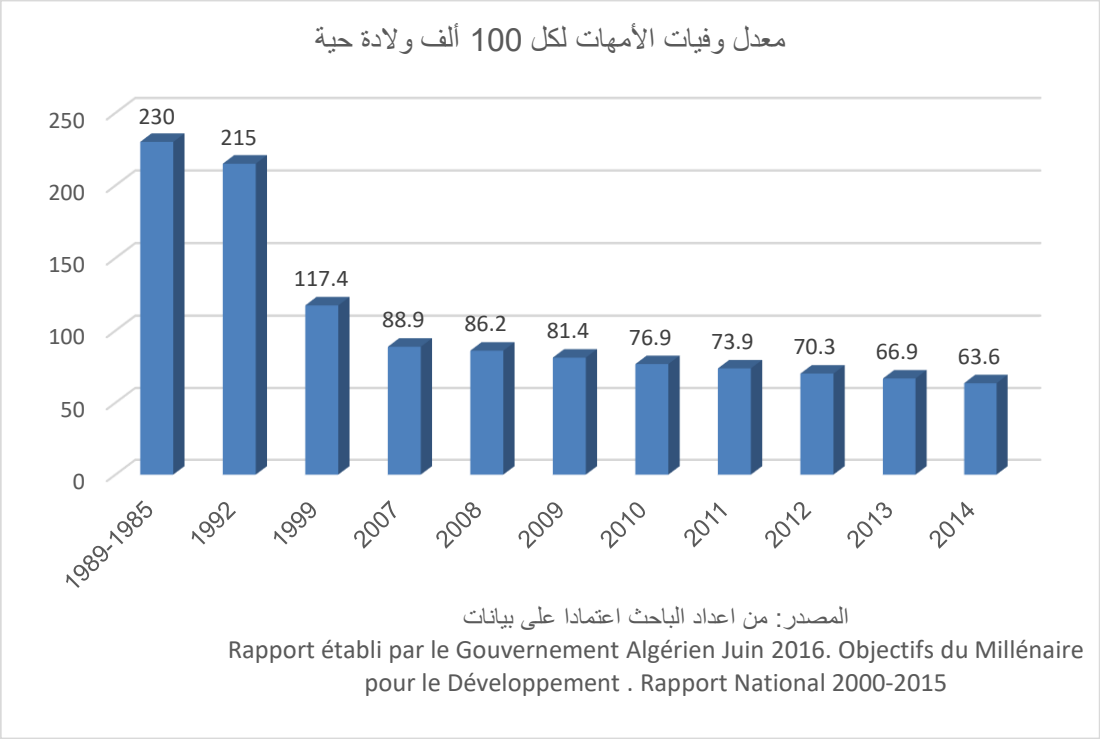
ولا تزال وفيات النفاسية أو وفيات الأمهات مرتفعة بشكل غير مقبول، في يوم واحد فقط، تموت حوالي 830 امرأة في جميع أنحاء العالم من المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، توفي ما يقدر بنحو 303000 امرأة أثناء الحمل والولادة في عام 2015، وتجدر الإشارة إلى أن جميع هذه الوفيات تقريبا حدثت في البلدان الفقيرة بالموارد وكان من الممكن الوقاية من معظمها[3].

بلغ معدل وفيات الأمومة في الجزائر 63.6 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2014، وإذا ما قورن مع المرحلة 1985–1989 فالتراجع واضح حيث قدر المعدل في تلك الفترة بـــ 230 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية، تشير الإحصائيات الى مدى الجهود المبذولة من قبل السلطات

---

[1] الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص2.
[2] لجنة الاسكوا، الأمم المتحدة، عبر الموقع التالي: https://www.unescwa.org/
[3] منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمومة، تاريخ المعاينة 11-12-2022 عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

المعنية، بالرغم من هذا الانخفاض إلا أن المعدل لا يزال مرتفع على غرار الدول المتقدمة، فعلى سبيل المثال قدر معدل وفيات الأمومة في فنلندا خلال 2015 بـــ 3 وفيات لكل 100 ألف ولادة حية، والشكل الموالي يوضح تطور معدل وفيات الأمومة في الجزائر.



الشكل رقم 8.3: تطور معدل الأمهات في الجزائر 1985–2014

اقترحت منظمة الصحة العالمية مجموعة من التوصيات لخفض وفيات الأمهات، "باتت الحلول الطبية لعديد من أسباب العلل معروفة، حيث لا بد من تزويد جميع النساء بخدمات الرعاية الصحية التي تسبق الولادة، وخدمات الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة، وخدمات الرعاية والإرشاد في الأسابيع التي تعقب الولادة، وهناك علاقة وثيقة بين صحة الجنين وصحة الأم "[1]،

[1] منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمومة، تاريخ النشر 19سبتمبر 2019، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality ، تاريخ المعاينة 11-12-2022.

وعلى ذكر الأسباب المؤدية للوفاة "أرجعت منظمة الصحة العالمية وفيات الأمومة إلى 75% من العوامل التالية:

"ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (تسمم الحمل)، تعسر الولادة، نزيف حاد (نزيف في الغالب بعد الولادة)، الالتهابات (عادة بعد الولادة)، الإجهاض غير المأمون، وتحدث بقية الوفيات أثناء فترة الحمل، بسبب التعرض لأمراض مثل فقر الدم والملاريا والعدوى بفيروس نقص المناعة."[1]

7.3 وفيات كبار السن في الجزائر:

سكان العالم يشيخون، هكذا وصفت منظمة الأمم المتحدة الظاهرة، حيث يتزايد عدد ونسبة السكان المسنين في كل بلد تقريبا في العالم، شيخوخة السكان على وشك أن تصبح واحدة من التغيرات الاجتماعية الأكثر أهمية في القرن الـــ 21، تؤثر تقريبا على كل جانب من جوانب المجتمع، بما في ذلك العمل والأسواق المالية، الطلب على السلع والخدمات مثل الإسكان، وسائل النقل، والحماية الاجتماعية، فضلا عن التراكيب الأسرية والعلاقات بين الأجيال.[2]

على المستوى العالمي، ينمو السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر بشكل أسرع من أي فئة عمرية أخرى، وفقا للتوقعات السكانية في العالم من مراجعة عام 2019، سيكون واحد من كل ستة أشخاص على مستوى العالم أكبر من 65 سنة (16%) بحلول عام 2050، ارتفاعا بنسبة (7%) عن عام 2019 حين كان 11 فرد يقابل واحد في سن 65، وبحلول عام 2050، يمكن أن يكون واحد من كل أربعة أشخاص في أوروبا وأمريكا الشمالية فوق سن 65، في عام 2018، ولأول مرة في التاريخ، كان عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر على مستوى

---

[1] نفس المرجع.

[2] الأمم المتحدة، الشيخوخة، عبر الموقع: https://www.un.org/ar/global-issues/ageing، تاريخ المعاينة 12-12-2022.

العالم أكبر من عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، من المتوقع أن يتضاعف عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 80 عاما أو أكثر ثلاث مرات، من 143 مليون في عام 2019 إلى 426 مليون في العام 2050.[1]

وإذا ما تطرقنا لحالة الجزائر، يجب أن ننوه الى ما ذكرناه في الفصل السابق (أنظر التركيبة العمرية والنوعية) أن الجزائر تتميز بتركيبة ذات عمر وسط لارتفاع أعداد الشباب، حيث قدر العمر الوسيط سنة 2014 بـــ 26.90 سنة، هذا لا يستبعد تطور مؤشر الشيخوخة في الجزائر فقد ارتفع مؤشر الشيخوخة من 5.59 سنة 1977 الى 15.6 سنة 2014 وهذا راجع الى انخفاض مستويات الخصوبة من جهة، وارتفاع احتمالات البقاء على قيد الحياة من جهة أخرى، الذي أدى بدوره إلى ارتفاع حجم هذه الشريحة العمرية من إجمالي السكان كما ذكرنا آنفا، والجدول رقم 2.3 يوضح ذلك.

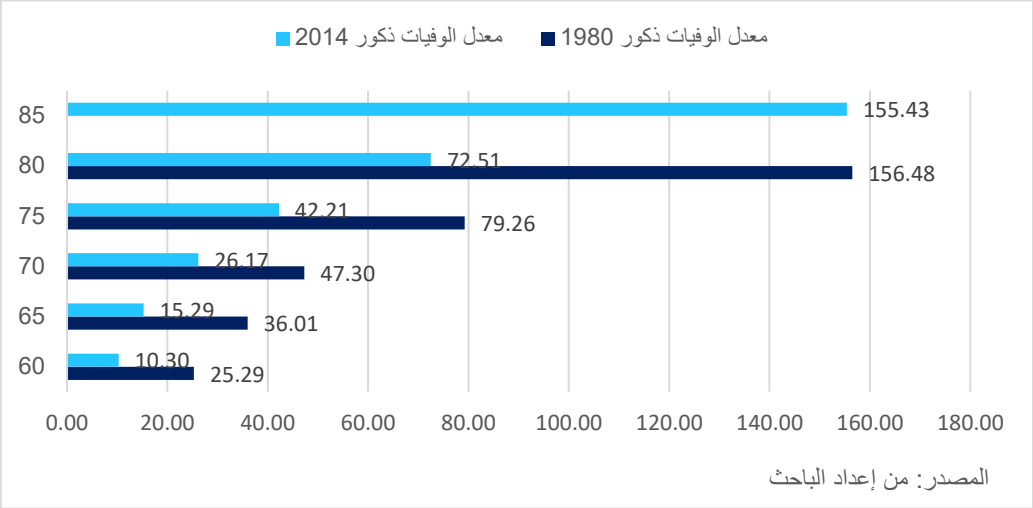
الجدول رقم 2.3: تطور مؤشر الشيخوخة في الجزائر خلال الفترة 1977–2014

السنوات	1977	1987	1999	2008	2014
مؤشر الشيخوخة	5.59	6.1	9.59	13.7	15.6
المصدر: بركاني أمينة، درديش أحمد، "تطور مؤشرات التركيبة العمرية والنوعية في الجزائر خلال الفترة1966–2019"، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 11 العدد 02، جامعة البليدة2، ص ص 124–137، ص 129.					

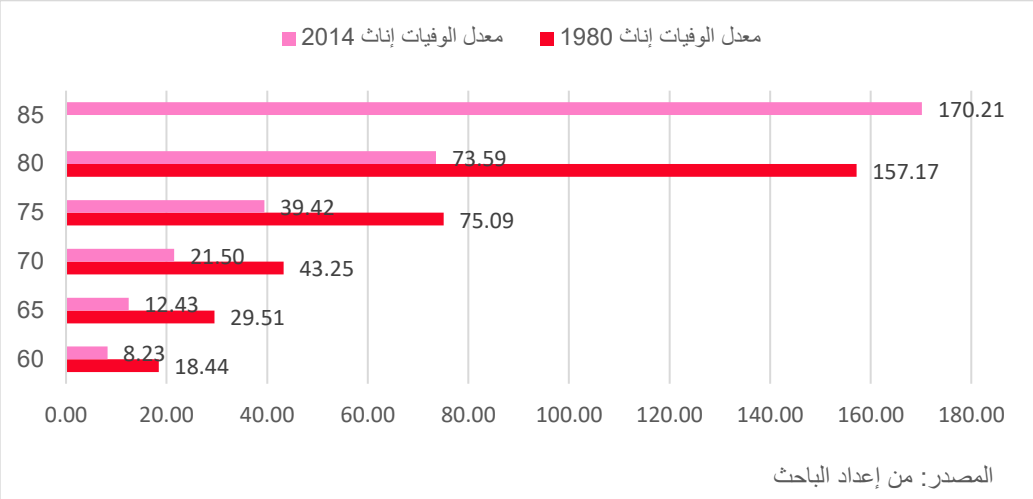
وكما هو معلوم أن الموت أمر حتمي، وخاصة عندما يصل الإنسان الى حدود العمر الافتراضي، فمتوسط عمر الإنسان محكوم بسقف العمر البيولوجي بالضرورة، ومع توسع الشريحة العمرية لكبار السن أو الشيخوخة التي عرفها البعض " **بأنها الفقدان التدريجي للقدرة على الصمود**

[1] نفس المرجع.

وتلاشي القوة وبدء الإصابة بالأمراض المرتبطة بالتقدم في العمر"[1] فمن المنطقي أن ترتفع معدلات الوفيات كلما اقتربنا الى الحدود البيولوجية للعمر، ومن أجل توضيح ذلك قمنا بحساب معدلات الوفيات للفئات العمرية 60 سنة فما فوق باستخدام جداول الحياة الصادرة عن الديوان الوطني للإحصاء وبرنامج (Mortpak) من أجل حساب معدلات الوفاة، والأشكال البيانية اللاحقة توضح ذلك.



الشكل رقم 9.3: تطور معدل وفيات كبار السن من الذكور في الجزائر 2014/1980



الشكل رقم 10.3: تطور معدل وفيات كبار السن من الإناث في الجزائر 2014/1980

[1] نازي جمال، العربية نت، "بحسب العلم هذا هو الحد الأقصى الذي سيعيشه الإنسان"، نشر في 06 جوان 2021، تاريخ المعاينة 13-12-2022، عبر الموقع: https://www.alarabiya.net/medicine-and-health

على الرغم من أن معدلات الوفيات بين كبار السن مرتفعة، على غرار الفئات العمرية الأخرى، يمكن ملاحظة من البيانات السابقة أن معدلات الوفيات في الفئات العمرية الأكبر سنا (60 عاما وأكثر) انخفضت خلال الفترة الزمنية التي درسناها إذا تم قياسها عند الذكور، الفئة العمرية 60 سنة كمثال، انخفض معدل الوفيات من 25.29‰ في عام 1980 إلى حوالي 10.30‰ في عام 2014، وينطبق الشيء نفسه على معدل وفيات الإناث، انخفض معدل الوفيات في نفس الفئة العمرية من 18.44‰ في عام 1980 إلى 8.23‰ في عام 2014، وبمقارنة معدلات الوفيات لعامي 1980 و2014 المستخرجة من جداول الحياة المختصرة، نلاحظ أنه تم تمديد العمر ليشمل فئة عمرية إضافية لعام 2014، وهي 85+، لذا فإن معدل الوفيات المسجل لهذه الفئة قريب من معدل الوفيات المرتبطة بالفئة السابقة، سواء للذكور أو الإناث.

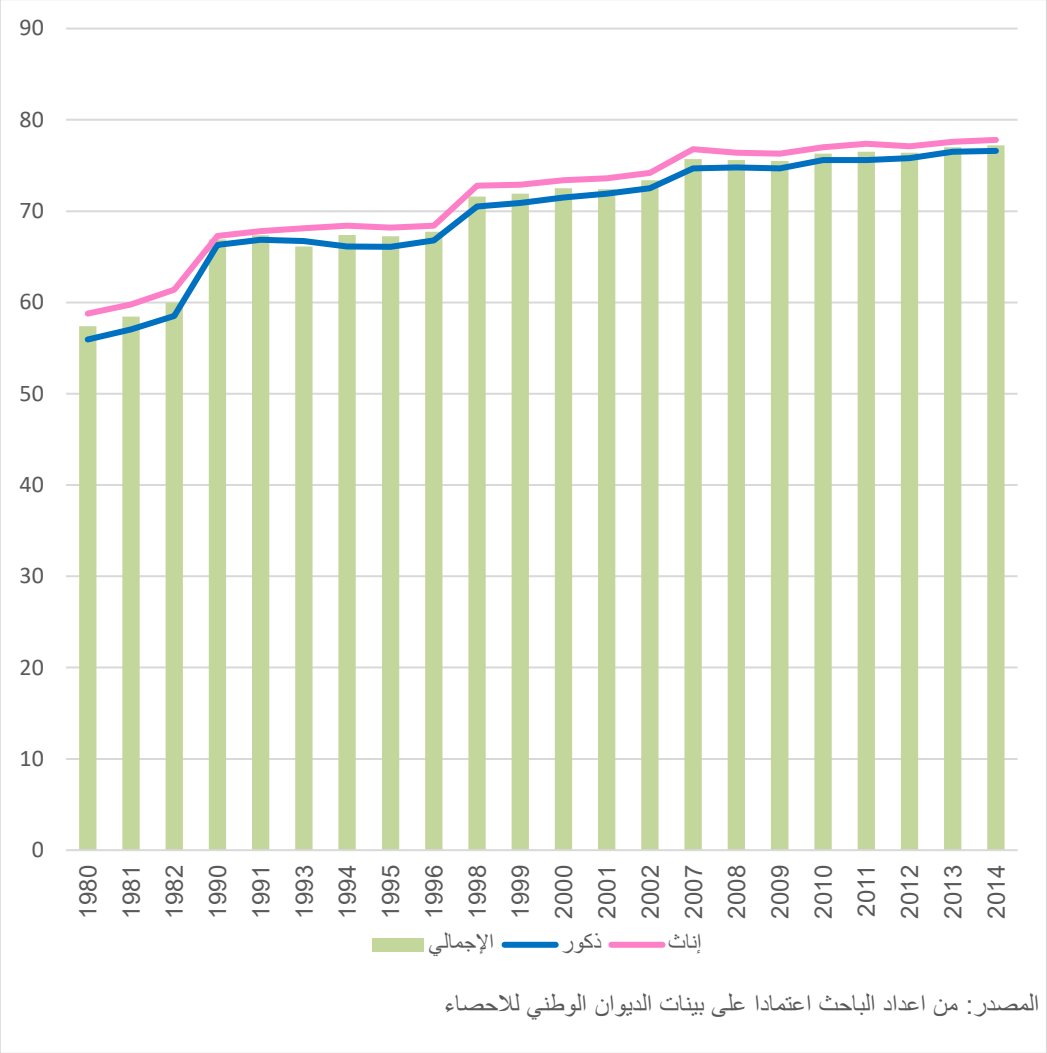
إذا قارنا معدلات الوفيات حسب الجنس، نلاحظ أن الذكور الأكبر سنا يموتون دائما أعلى من الإناث، باستثناء فئتين عمريتين (80–85 +) نلاحظ أن معدل الوفيات بين الإناث أعلى من الذكور، 170.21‰ للإناث مقارنة بـــ 155.43‰ للرجال بالنسبة للفئة العمرية 85+ في عام 2014، قد يرجع السبب في الحقيقة إلى أن عدد الباقين على قيد الحياة من الإناث أعلى من الذكور، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع معدلات وفيات الإناث، ونناقش هذا من خلال تحليل احتمالات البقاء على قيد الحياة في العنصر التالي.

8.3 أمل الحياة في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

كان لاستمرار انخفاض معدل الوفيات وخاصة في الأعمار المبكرة أثره الواضح في ارتفاع متوسط طول عمر الفرد أو توقع الحياة عند الولادة، حيث "يلخص مؤشر العمر المتوقع عند الوالدة،

مجمل تأثيرات الظروف الصحية على بقاء الفرد وصحة، فهو يتنبأ بمتوسط عدد السنوات التي يمكن أن يحيها الشخص في مراحل العمر المتعاقبة، إذا ما تعرض لاحتمالات الوفاة منذ لحظة والدته حيا"[1].

في السنوات الـــ 34 السابقة لعام 2014، ارتفع احتمال البقاء على قيد الحياة من 57,4 الى 77,2 سنة بين عامي 1980 و2014، زاد متوسط العمر المتوقع لكل من الرجال والنساء بنحو 19,8 سنة، حيث تطور أمل البقاء عند الولادة بشكل كبير، ونتيجة للجهود التي تبذلها السلطات المعنية لتحسين الظروف الصحية والمعيشية، من المتوقع أن يزداد بضع سنوات علاوة على ذلك.



الشكل رقم 11.3: احتمال البقاء على قيد الحياة عند الولادة في الجزائر خلال 1980–2014

[1] اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، مرجع سابق، ص 48.

تطور متوسط العمر المتوقع تدريجيا من الفترة 1980 إلى 1989، ولكن هذا لم يستمر حيث تأثرت المكاسب السنوية، وبدلا من استمرار الاتجاه التصاعدي كان هناك انخفاض في الفترة 1989–1996، ولم يستأنف متوسط العمر المتوقع وتيرة تقدمه حتى عام 1997، يستمر متوسط العمر الافتراضي لكلا الجنسين في الارتفاع ليصل في عام 2014 إلى 78.4 عاما للنساء و77.1 عاما للرجال، الفجوة بين الجنسين لصالح الإناث واضحة أيضا، بزيادة مقدارها 1.90 سنة كمتوسط للفترة 1980–2014، ويعزى ذلك التباين إلى العديد من الأسباب منها، تدني معدلات وفيات الأطفال الرضع بين الإناث واختلاف أسباب الوفاة بين الجنسين، " فقد حدثت نصف وفيات الإناث في الفئة العمرية (15– 34) على مستوى العالم بسبب مضاعفات الحمل والولادة وبالإضافة إلى الأمراض المعدية خلال عام 2012، في حين أنه خلال نفس الفترة نجمت نصف وفيات الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين (15– 34) عن الحوادث، ويمكن تسجيل اختلافات من منظور آخر إذا نظرنا إلى المناطق متفرقة: ، وقعت 72% من الوفيات بين النساء في أفريقيا جنوب الصحراء بسبب الأمراض المعدية ومضاعفات الحمل والولادة، وقد نجمت 71% من الوفيات بين الرجال عن إصابات جراء حوادث العنف بين الأشخاص في أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، وفي منطقة وسط آسيا وأوروبا، وشمال أفريقيا ومنطقة الشرق الأوسط ، تسببت الأمراض غير معدية في 50% من الوفيات بين الإناث اليافعات، بينما سجل في أوساط الشباب من الذكور 50% من الوفيات نتجت عن الحوادث"[1].

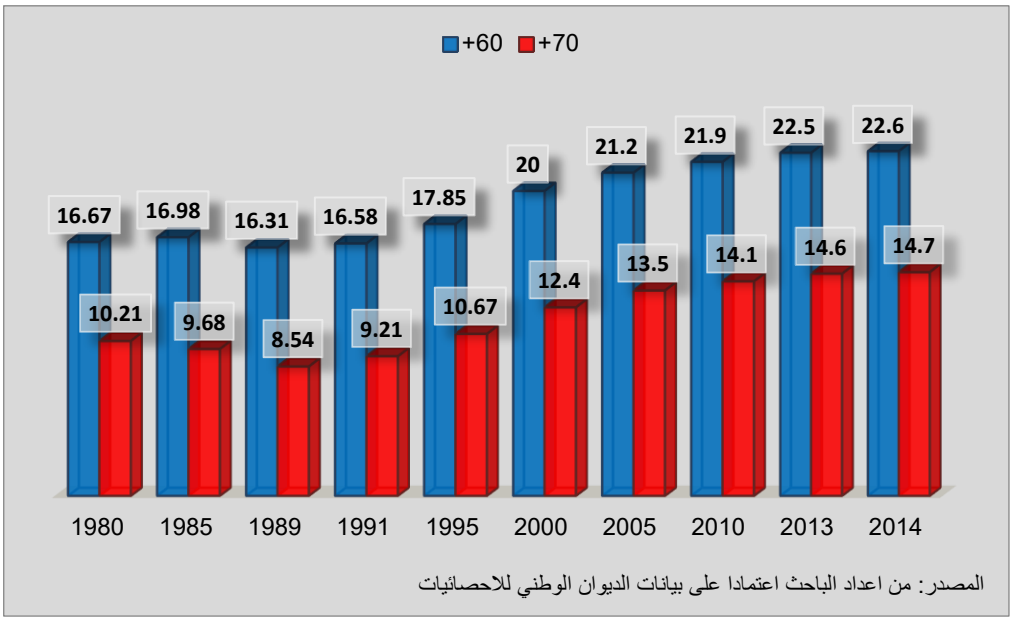
وتفسيرا لما ذكرناه سابقا حول ارتفاع معدلات الوفاة للإناث في المراحل المتأخرة من العمر، يمكن القول إن "توقع الحياة يكون بالنسبة للإناث أكبر منه كثيرا بالنسبة إلى الذكور في كل الفئات العمرية وذلك لما تتصف به الإناث من إمكانية البقاء على قيد الحياة لفترة أطول منها عند

[1] مدونات البنك الدولي، "كيف تختلف أسباب الوفاة بين الرجال والنساء"؟، تاريخ النشر 25-04-2016، تاريخ المعاينة 12-01-2023 عبر الموقع. https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/how-do-causes-death-vary-between-men-and-women

الذكور، ويفسر ذلك إلى حد بعيد الزيادة الكبيرة في عدد الأرامل من الإناث عنها في الذكور وذلك في المراحل المتأخرة من العمر"[1].

1.8.3 احتمال البقاء على قيد الحياة بعد عمر 60 سنة فما فوق:

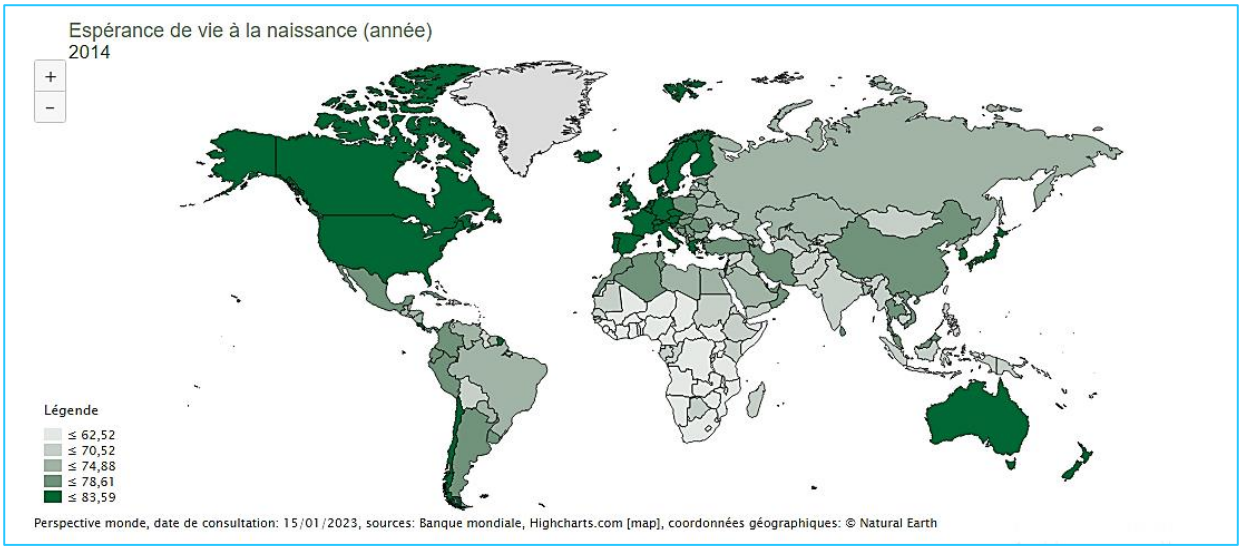
لقد شهدت احتمالات البقاء على قيد الحياة بالنسبة للفئة العمرية 60 فأكثر تطور سنوي كان سريعا نوعا ما خلال السنوات الماضية، بإطالة العمر بعد 60 سنة بـــ حوالي 6 سنوات تقريبا من سنة 1980 إلى غاية 2014، حيث ارتفع أمل الحياة للفئة العمرية 60 سنة فأكثر من 16,67 سنة عام 1980 إلى 22,6 سنة عام 2014، ولعل من أسباب ارتفاع نسب ظاهرة الشيخوخة هو الإطالة في العمر التي شهدتها فئة الأعمار 70 سنة فأكثر إذ انتقل أمل الحياة لهذه الفئة من 10,21 سنة عام 1980 إلى 14,7 سنة عام 2014 بزيادة قدرة بحوالي 5 سنوات تقريبا.



الشكل رقم 12.3: احتمال البقاء على قيد الحياة عند العمر 60 و 70 سنة في الجزائر خلال 1980–2014

[1] فتحي محمد أبو عيانة، مرجع سابق، ص 141.

ولكن على الرغم من كل التقدم في متوسط العمر المتوقع، فإنه لا يزال أبعد من المكاسب المحققة على مستوى العالم المتقدم، وللتوضيح فقد وصل "أمل الحياة عند الولادة إلى 85.2 سنة، في كانتون تيتشينو التي تقع جنوب سويسرا، تعتبر البلدة الأوروبية التي سجلت ثاني أعلى أمل حياة عند الولادة، ولا يسبقها في هذا المؤشر سوى مدينة مدريد التي سجلت 85.5 عاما كمتوسط عمر متوقع عند الميلاد، وهذا حسب مكتب الإحصاء الأوروبي يوروستات"[1]، وفيما يلي خريطة توضح تصنيف الدول من حيث متوسطات العمر المتوقعة عند الولادة.



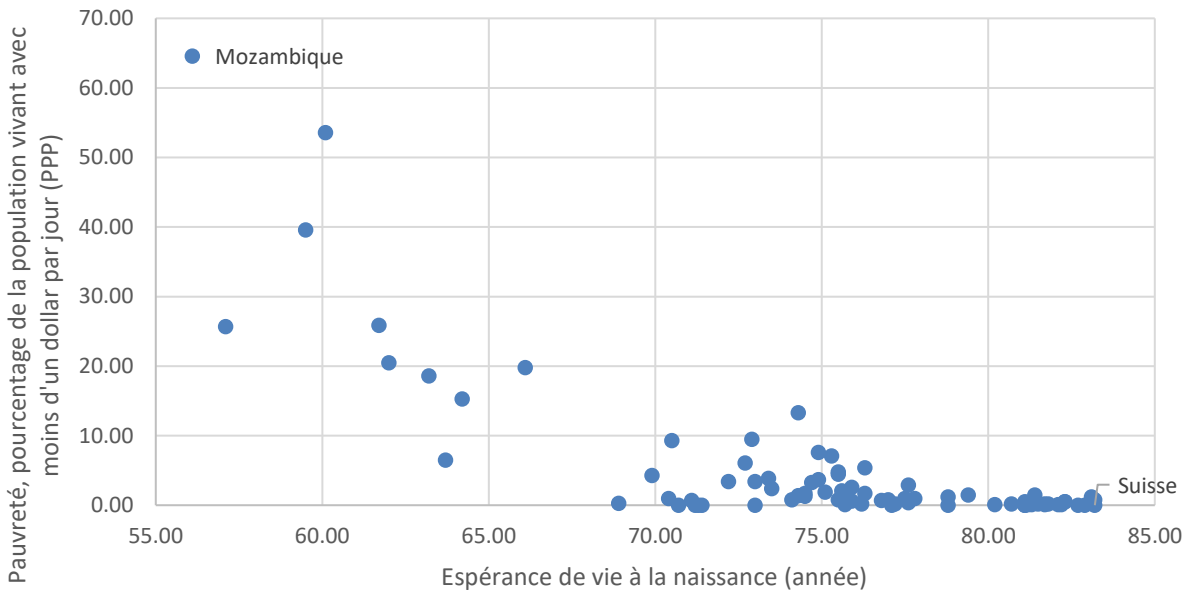
الشكل رقم 13.3: خريطة تصنيف دول العالم حسب احتمال البقاء على قيد الحياة سنة 2014

ويرجع تطور احتمالات الحياة عند الولادة إلى تحسن الظروف المعيشية والاقتصادية، وكذلك تحسن الطب الوقائي والعلاجي وتطور الخدمات الصحية المقدمة، لقد أثبتت الدراسات أن هناك علاقة قوية بين الفقر والعمر كما أشرنا سابقا (أنظر الفصل الأول)، لذلك من المهم فهم الدور الذي يلعبه الوضع الاقتصادي في تحديد متوسط العمر الذي يعيشه الفرد، تم وضع العديد من

[1] سويس إنفو، "ثاني أعلى متوسط عمر متوقع على المستوى الأوربي"، تاريخ النشر 01-10-2020، تاريخ الاطلاع 30-12-2022، عبر الموقع: https://www.swissinfo.ch/ara/society

الافتراضات حول العلاقة بين الفقر والعمر المتوقع، فيما يلي شكل بياني يوضح العلاقة بين متغيرين أحدهما الفقر (النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم –تعادل القوة الشرائية–) والثاني يمثل العمر المتوقع عند الولادة (سنة) .

المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على بيانات البنك الدولي والموقع https://perspective.usherbrooke.ca



الشكل رقم 14.3: توزيع بعض دول العالم حسب مؤشر الفقر ومتوسط العمر المتوقع سنة 2014

يوضح هذا الرسم البياني العلاقة بين مؤشر الفقر (يقاس بنسبة السكان الذين يعيشون على أقل من دولار واحد في اليوم)، ومتوسط عدد السنوات التي يعيشها الناس في بلد ما، حيث تتطلب هذه البيانات أن تظل الظروف (الاجتماعية–الطبية) السائدة عند الولادة كما هي طوال حياتهم، سجل بلد موزامبيق أدنى متوسط عمر متوقع عند الولادة بـــ 56.06 سنة ومؤشر فقر يعادل 64.6%، كما هو الحال في معظم البلدان ذات العمر المتوقع المنخفض سجلت أعلى نسبة لمؤشر الفقر، وهي في المجمل دول أفريقية، في المقابل كان متوسط العمر المتوقع في سويسرا عام 2014 حوالي 83,20 سنة، ومؤشر فقر يعادل 0%.

يستخدم الموقع الإلكتروني"https://perspective.usherbrooke.ca" بيانات البنك الدولي، والذي يسمح بتوظيف وتحليل مجموعة من المتغيرات، لذلك قمنا باستخدام البيانات من هذا الموقع لتوضيح العلاقة بين مؤشر الفقر ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، مما يجعل التحليل يعتمد على حساب معامل الارتباط ومعامل التحديد R^2، لبيانات 82 دولة، حيث يتم عرض العلاقة الإحصائية بين المتغيرين، وبناء على البيانات المدروسة، معامل الارتباط اعطى 0.76− ومعامل التحديد 0.58، بالنظر الى هذين القيمتين، يمكننا القول بشكل عام أن تباين أحدهما يفسر 58% من تباين الآخر، لتفسير النتائج ومعرفة حجم الأثر بين المتغيرين، ننظر الى قيمة المعامل ونفسرها وفق إرشادات كوهين (Cohen 1988)، "معامل الارتباط يساوي أو أقل من 0.30 علاقة ضعيفة، يقارب 0.50 علاقة متوسطة، يقارب 0.70 فأكثر علاقة قوية"[1]، بالنسبة للمتغيرين المتقاطعين فالعلاقة قوية، وبما أن قيمة معامل الارتباط سالبة فالعلاقة عكسية، بمعنى أنه كلما ارتفع مؤشر الفقر في بلد ما، انخفض متوسط العمر المتوقع.

بالرجوع الى حالة الجزائر، من 1988 إلى 2011 تغيرت قيمة المؤشر العددي للفقر حسب بيانات البنك الدولي، حيث ارتفعت من 12.20% سنة 1988 الى 22.60% سنة 1995، ثم انخفضت مرة أخرى إلى 5.50% في عام 2011، بناء على هذه البيانات يمكن استخدام نفس النهج الذي يشرح العلاقة بين مؤشرات الفقر ومتوسط العمر المتوقع، لشرح التغييرات في متوسط العمر المتوقع عند الميلاد الذي عرف بدوره تراجع في نفس الفترة المذكورة سابقا أنظر الشكل رقم 6.3.

[1] Corrélation, date de consultation : 16-01-2023 https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/correlation/

9.3 أسباب الوفاة:

كتب روزن (Rosen 1979) في القرن التاسع عشر، بدا أن الاكتظاظ وسوء الصرف الصحي والأمراض المعدية تفسر ارتفاع معدلات الوفيات للأشخاص الأقل حظا، لكن بعد أن تم القضاء فعليا على هذه الأسباب المهمة للوفيات في البلدان المتقدمة، مع انخفاض كبير في الأمراض الفتاكة مثل الدفتيريا والحصبة وحمى التيفوئيد والسل والزهري، ظلت التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية في الوفيات غير منقوصة.[1]

يطرح السؤال دائما ما هي المخاطر الصحية التي سنواجهها في المستقبل، لذلك يمكن التراجع أو إعادة صياغة الآليات الحالية التي تربط بين الوفيات والعوامل السوسيو اقتصادية، جنبا إلى جنب مع انحسار الأمراض السارية التي كانت من أهم مسببات الوفاة قديما، خاصة مع توفر تدخلات طبية جديدة أو معرفة جديدة حول عوامل الخطر والحماية القائمة حاليا، من أجل تحسين الصحة وإطالة العمر، ومع ذلك لا يمكن تجاهل أن العوامل السوسيو اقتصادية المتدنية ترتبط أيضا بأمراض متنوعة وأسباب أخرى للوفاة.

حسب منصور محمد الكيخيا تقسم أسباب الوفاة الى مجموعتين رئيسيتين:

1. **تشمل فئة الأسباب الطبيعية (الكامنة):** وفيات الرضع في الأيام القليلة الأولى من الحياة، والأورام الخبيثة، وأمراض القلب، واضطرابات الدم، والتشوهات الخلقية، يطلق عليها أسباب طبيعية لأن الإنسان لا يتحكم فيها ولا يستطيع منعها أو التخلص منها، وهي في

[1] Phelan Jo C, and Others, "'Fundamental Causes' of Social Inequalities in Mortality : A Test of the Theory", Journal of Health and Social Behavior 45 (3) : 265–85. https://doi.org/10.1177/002214650404500303.

المقام الأول أسباب بيولوجية ناتجة عن أسباب خلقية أو تغير سريع في البنية الوظيفية للجسم.

2. **تشمل "الأسباب الاجتماعية" الخارجية:** إلى مجموعة من العوامل الخارجية التي تشمل الموقع الجغرافي والظروف المناخية وجودة الغذاء وظروف المعيشة، وتشمل هذه العوامل الحوادث وأمراض الجهاز التنفسي والبولي والأمراض المعدية والطفيلية وأمراض الجهاز الهضمي، كان من الممكن تجنب هذه العوامل بسبب إهمال المجتمع أو عجزه أو تقصيره، ولهذا أطلق عليها وصف عوامل اجتماعية.[1]

1.9.3 أسباب الوفاة في العالم:

حسب التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية في عام 2018، يموت حوالي 15 مليون شخص كل عام بسبب الأمراض غير المعدية بين عمر 30 و69 عام، و85% من هذه الوفيات المبكرة تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تمثل الأمراض غير السارية ما يقرب من 41 مليون حالة وفاة سنويا، أو 71% من مجمل الوفيات في جميع أنحاء العالم.

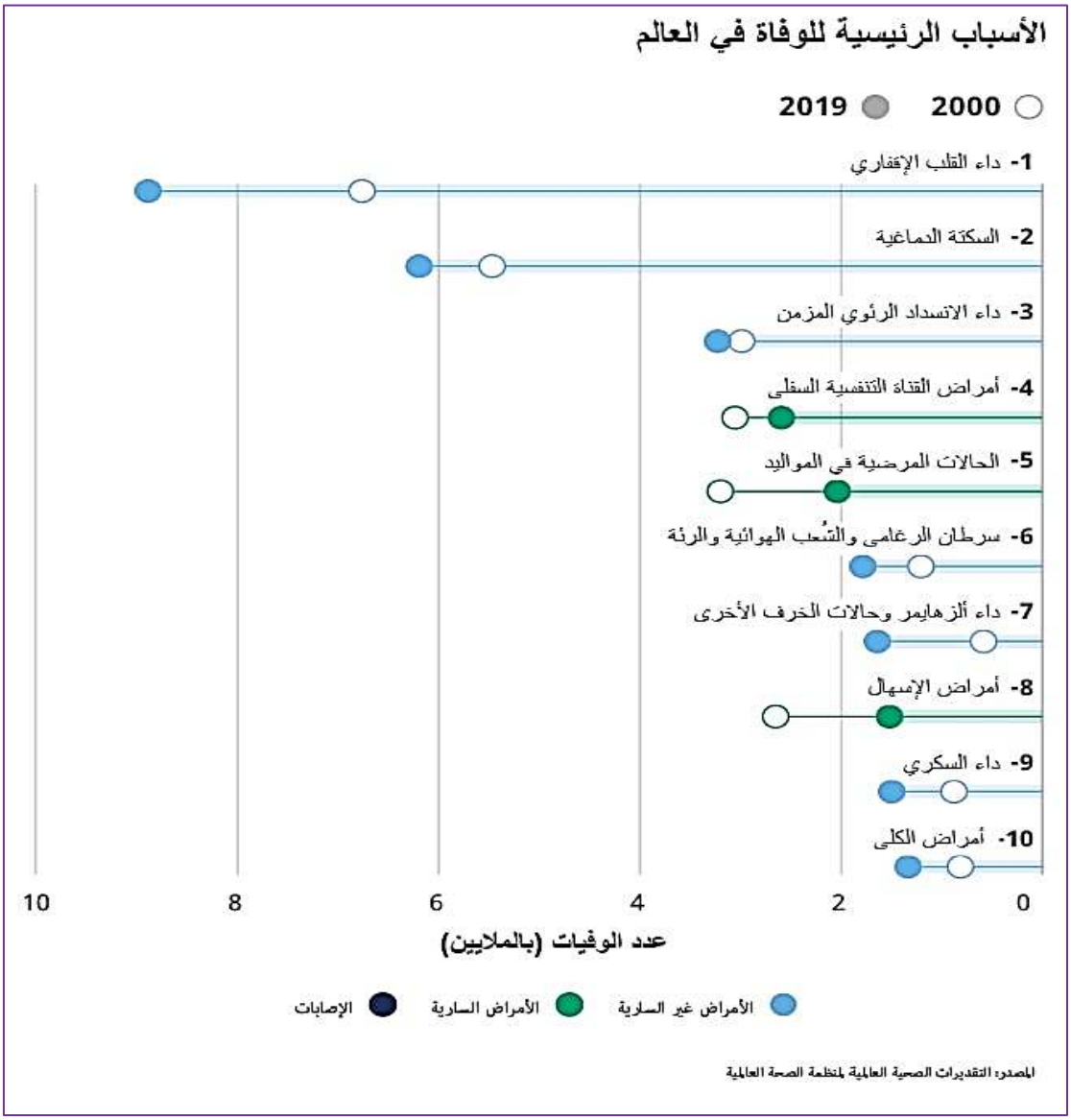
وتحدث غالبية الوفيات المرتبطة بالأمراض غير السارية، أو 17.9 مليون حالة سنويا، بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية، تليها السرطانات (9 ملايين)، وأمراض الجهاز التنفسي (3.8 مليون)، والسكري (1.6 مليون). وتمثل هذه الفئات الأربع من الأمراض مجتمعة حوالي 80 في المائة من جميع الوفيات المرتبطة بالأمراض غير السارية.[2]

---

[1] نهال حمزة عبد الرحمن، "مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 من واقع بيانات السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية"، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين، 2015، ص 102.

[2] منظمة الصحة العالمية، "الأمراض غير السارية"، تاريخ النشر: جوان 2018، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases ، تاريخ المعاينة: 16-01-2023.

وفيما يلي الشكل البياني رقم 9.3 يوضح أهم الأسباب العشرة للوفاة في العالم حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية:



الشكل رقم 15.3: يوضح أهم أسباب الوفاة في العالم خلال الفترة 2000–2019.[1]

وكما ورد حسب تقارير منظمة الصحة العالمية فإن داء القلب الإقفاري، الذي يمثل 16% من مجمل الوفيات في كل أنحاء العالم، هو السبب الرئيسي للوفيات في العالم. أظهر هذا المرض

[1] نفس المرجع.

أعلى زيادة في الوفيات منذ عام 2000، مع زيادة بأكثر من 2 مليون حالة وفاة إلى 8.9 مليون حالة وفاة في عام 2019. القاتل الثاني والثالث الأكثر شيوعا، السكتة الدماغية ومرض الانسداد الرئوي المزمن، على التوالي تمثل 11% و6% من مجمل الوفيات.

السبب الرابع الأكثر شيوعا للوفيات في جميع أنحاء العالم، لا تزال التهابات الجهاز التنفسي السفلي أكثر الأمراض المعدية خطرا. فقد أودى بحياة 2.6 مليون شخص في عام 2019، أي أقل بـــ 460000 مما كان عليه في عام 2000، حيث تراجعت أعداد الوفيات بسببه بشكل كبير على ما كانت عليه سابقا.[1]

الخامس في القائمة هو الحالات المرضية لحديثي الولادة. تسببت حالات المرضية لهذه الأخيرة في مقتل 2 مليون رضيع وطفل صغير في عام 2019، أي أقل بمقدار 1.2 مليون عن عام 2000. ومع ذلك، فإن حالات حديثي الولادة هي واحدة من الفئات التي كان الانخفاض العالمي في معدل الوفيات بالأرقام المطلقة على مدى العشرين سنة الماضية هو الأعلى.

الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية آخذة في الازدياد. وارتفعت الوفيات جراء الإصابة بسرطان الرئة والقصبة الهوائية وسرطان الشعب الهوائية من 1.2 مليون إلى 1.8 مليون، مما يضعهم في المرتبة السادسة على قائمة الأسباب الرئيسية للوفاة.

كان مرض الزهايمر وأنواع الخرف الأخرى السبب السابع الأكثر شيوعا للوفاة في عام 2019، تعاني النساء بشكل أعلى من الذكور، تمثل النساء 65٪ من وفيات الخرف والزهايمر في جميع أنحاء العالم.

---

[1] نفس المرجع.

شهدت اضطرابات الإسهال واحدة من أكبر الانخفاضات في معدل الوفيات، حيث انخفض عدد الوفيات بمقدار 1.5 مليون في جميع أنحاء العالم في عام 2019 مقارنة بـــ 2.6 مليون في عام 2000.[1]

بعد نسبة نمو ملحوظة بلغت 70% منذ عام 2000، ارتفع مرض السكري ليحتل مرتبة بين أهم 10 أسباب للوفاة، مع زيادة الأعلى من نوعها وبنسبة 80% منذ عام 2000، احتل مرض السكري أيضا مرتبة في قائمة أكثر 10 أسباب مهمة في وفيات الذكور .

يوجد أمراض غاب تواجدها عن القائمة كانت من بين أهم 10 أسباب للوفاة في عام 2000، واحد منهم هو فيروس نقص المناعة البشرية، انخفضت الوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز بنسبة 51% على مدى السنوات الـــ 20 الماضية، حيث انخفضت من السبب الرئيسي الثامن للوفاة في العالم في عام 2000 إلى التاسع عشر في عام 2019.

دخلت أمراض الكلى حيز الأسباب العشر بعدما كانت السبب الثالث عشر للوفاة في العالم، ارتفع معدل الوفيات إلى 1.3 مليون في عام 2019، بعدما سجل 813000 في عام 2000.[2]

بالإضافة إلى ما ذكرناه سابقا، فإن المهتمين بالصحة العامة يشملون أيضا المخاطر الأخرى التي تهدد الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين:

1. أهمها خطر الأوبئة (انتشار الأمراض الوبائية حول العالم)، تجاهل صانعو السياسات في جميع أنحاء العالم خطر انتشار الوباء حتى عام 2014، عندما بدأ تفشي فيروس إيبولا، وشهدت السنوات الأخيرة ظهور فيروسات عنيفة مثل السارس وإنفلونزا الطيور، أودت بحياة الكثير من البشر.

---

[1] منظمة الصحة العالمية، "أهم الأسباب العشرة المؤدية إلى الوفاة"، تاريخ النشر: 09 ديسمبر 2020، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death ، تاريخ المعاينة: 16-01-2023.

[2] نفس المرجع.

2. تمثل التهديدات البيئية أحد المخاطر على الصحة العالمية، الاحترار العالمي وتلوث الهواء والماء والتصريفات السامة والمخلفات المطمورة كلها مصادر للقلق يمكن أن تقوض المكاسب البشرية في مجال الصحة.
3. أصبحت مقاومة المضادات الحيوية تهديدا جديدا للإنسان، بسبب الإفراط في استخدام المضادات الحيوية، خاصة في البلدان ذات الدخل المرتفع، طورت البكتيريا المسببة للأمراض مقاومة، مما أدى إلى انخفاض فعالية المضادات الحيوية في جميع أنحاء العالم.

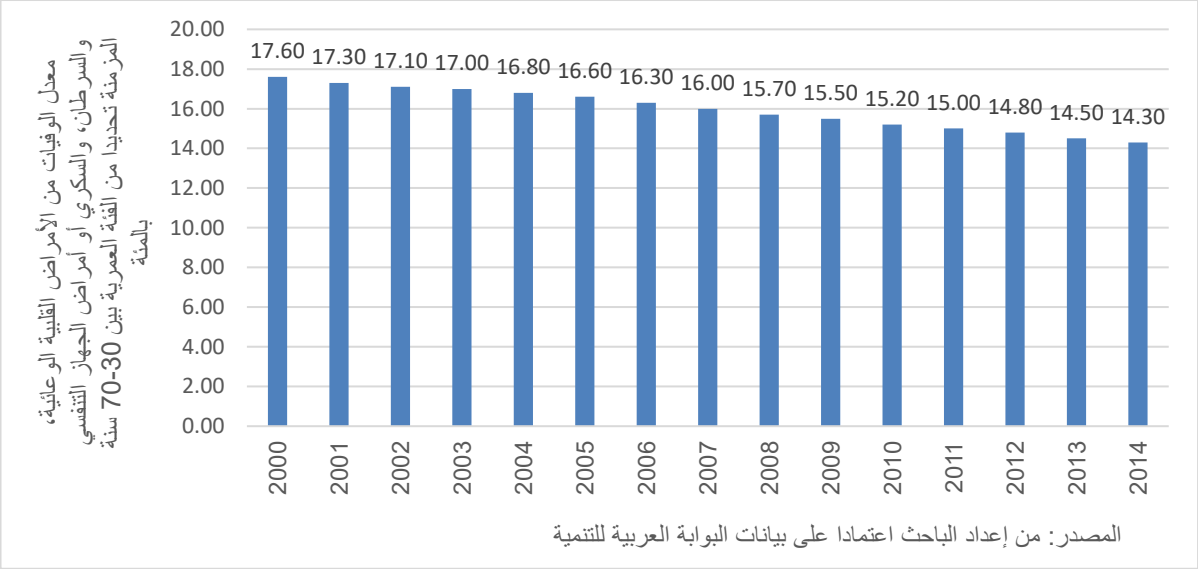
2.9.3 أسباب الوفاة في الجزائر:

لقد استفادت الجزائر كغيرها من الدول النامية، من التطورات الحاصلة في الدول المتقدمة في مجال الطب والبحث العلمي والتطور التقني، عن طريق نقل التكنولوجيا وتبادل المعارف، وخاصة من خلال جهود المؤسسات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية، وغيرها من المنظمات التي تسعى الى تطوير النظم الصحية للقضاء على الأمراض، حيث حققت الجزائر تقدما كبيرا في مجال التغطية الصحية والخدمات المقدمة.

تظهر الأرقام المأخوذة من البوابة العربية للتنمية أن معدل الوفيات من الأمراض القلبية والوعائية والسرطان، والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة للفئة العمرية 30–70 سنة، تراجع خلال الفترة ما بين 2000 و2014، حيث قدر معدل الوفيات بـــ 17.60% سنة 2000 ليصل الى 14.30% عام 2014، والشكل الموالي يوضح تطور معدل الوفيات الناجم عن الأمراض غير السارية في الجزائر.

وعلى الرغم من هذا التراجع في معدلات الوفيات إلا أن رئيس الجمعية الجزائرية لأمراض القلب البروفيسور **محمد بوعافية** "أكد أن أمراض القلب والشرايين تعد أول أسباب الوفيات بالجزائر في عام 2013، مشيرا إلى أن العادات الغذائية غير الصحية تلعب دورا رئيسيا فيها".[1]

وفي تصريح لوكالة الأنباء الجزائرية، أوضح البروفيسور بوعافية "وذكر أن الاستهلاك المفرط للسكر والملح والتبغ هو أحد الأسباب الرئيسية لأمراض القلب وأن ارتفاع ضغط الدم الشرياني والسكري وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم هي الأسباب الرئيسية الأخرى لهذه الاضطرابات".[2]



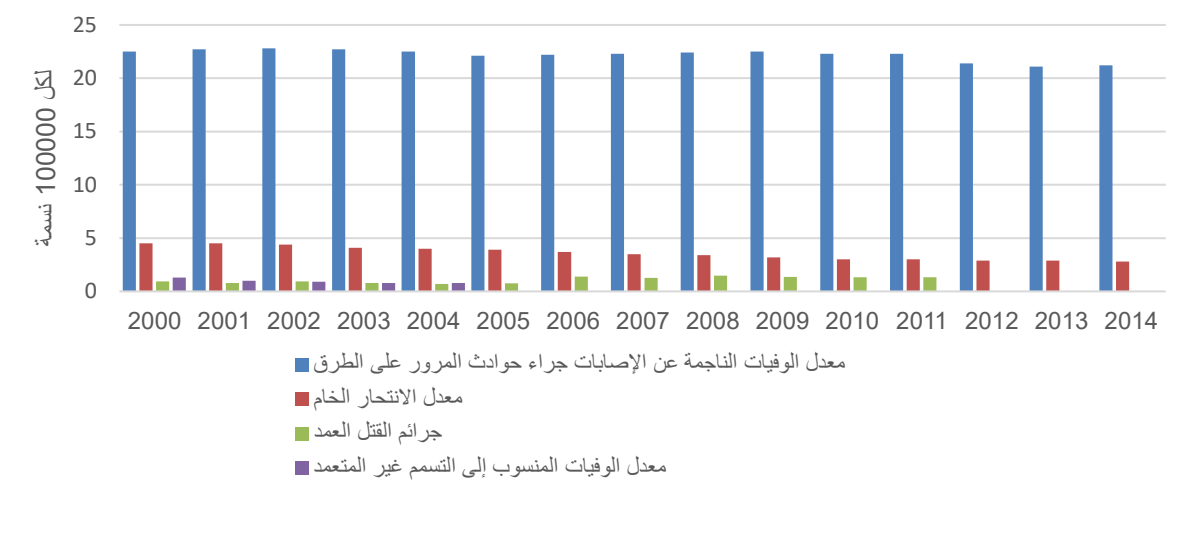
الشكل رقم 16.3: تطور معدل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية في الجزائر خلال الفترة 2000–2014

تمكنا من الحصول على بعض معدلات الوفيات حسب سبب الوفاة من بيانات البوابة العربية للتنمية، على غرار الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية، بما في ذلك الانتحار والتسمم والقتل

[1] شبكة الجزيرة، "أمراض القلب أول أسباب الموت في الجزائر"، تاريخ النشر: 15-12-2013، تاريخ المعاينة: 16-01-2023، عبر الموقع: https://www.aljazeera.net/health/2013/12/15

[2] نفس المرجع.

وحوادث المرور، ومن الواضح أن معدلات الوفيات الناتجة عن حوادث المرور تتجاوز بصورة واضحة بقية المعدلات، حيث سجل معدل الوفاة الناجم عن حوادث المرور استقرار طول المدة الممتدة من عام 2000 الى غاية 2014 عند حدود 22 بالألف لكل مئة ألف نسمة، الأسباب الأخرى تبقى معدلاتها ضئيلة على العموم والشكل الموالي يوضح ذلك.



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات البوابة العربية للتنمية

الشكل رقم 17.3: تطور معدلات بعض مسببات الوفاة في الجزائر خلال الفترة 2000-2014

وكما مر معنا سابقا من تقارير منظمة الصحة العالمية، عن قصور أنظمة المعلومات المتعلقة بجمع البيانات الصحية، في جميع دول العالم بشتى أصنافها، فالجزائر شهدت تحول صحي في أوجه لكن الإحصائيات المتوفرة لم ترصد ذلك بصورة دقيقة، خاصة فيما يتعلق بتصريحات الوفاة، ففي أغلب الأحيان يغيب السبب الحقيقي في التصريح، وبالتالي ينجم عن هذا نسب غير حقيقية عن مساهمة بعض الأمراض في الوفاة.

"فالتحقيق الوطني للصحة لسنة 2002 أعطى نسبتي 26.1% 9.5% من الوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية والأورام، بينما شهادات الوفاة لسنتي 2004 و2005 أعطت 14% و18.2% للداء الأول نظير 5% و6.5% للداء الثاني على التوالي".[1]

"هذه الإحصائيات المبتورة مردها إلى النقص الكبير في معدل التغطية لأسباب الوفاة الذي لم يتعد 25% (32260 وفاة) و29.5% (40199 وفاة) لسنتي 2004 و2005 من مجمل الوفيات المصرح بها لدى الديوان الوطني للإحصائيات والمقدرة بحوالي 129390 و136380 وفاة للعامين على التوالي"[2].

وعلى الرغم من هذه التحفظات، يرى فاتح بعيط أن دراسة أسباب الوفاة بين عامي 2002 و2008، والتي حدثت معظمها في المرافق الصحية والمستشفيات، تعكس وزن الأمراض المزمنة والمستعصية التي تودي بحياة الجزائريين، مقارنة بالأمراض المعدية التي تراجعت دون أن تختفي تماما، حيث سجلت الوفيات الناجمة عن أمراض الدورة الدموية معدلات تتراوح بين 20 و25%، تليها الأورام الخبيثة بنسبة 8% إلى 9.5%، وأمراض الفترة المحيطة بالولادة بمعدل 15%، والأمراض المعدية بزيادة قدرها 2.8% إلى 3.8%.

---

[1] بعيط فاتح، "التحول الصحي في الجزائر، الأسباب والتداعيات"، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، العدد التاسع، ديسمبر 2012، جامعة باتنة، ص 36.

[2] نفس المرجع، ص 36.

خلاصة الفصل:

الوفيات ومؤشراتها تعتبر ذات أهمية عالية حيث تدخل ضمن محددات التكوين العمري والنوعي للسكان، والتي تعكس الواقع الديموغرافي بجميع مؤشراته، وتمكننا من معرفة المستويات الصحية للمجتمع، حيث عرفت اتجاهات الوفاة بمختلف مكوناته في الجزائر منحى تنازلي خلال الفترة الممتدة من 1980 وحتى 2014، تشير البيانات تراجع معدل الوفيات الخام خلال نفس الفترة بـــ 64.6%، وفيما يخص التوزيع العمري والنوعي، فقد تراجع معدل الوفيات لجميع الأعمار، مع تسجيل تراجع بوتيرة أسرع نسبيا في الفئات العمرية دنيا والقصوى، وكذلك تفاوت بين الذكور والإناث لصالح الذكور، وبالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال فقد تراجع كذلك ليصل الى حدود 25.3‰ للذكور و 22.7‰ للإناث.

تراجع معدلات الوفاة في الجزائر صاحبه تحسن في العمر المأمول عند الميلاد فقد اكتسب كل من الذكور والإناث خلال نفس الفترة حوالي 19.8 سنة، 78.4 سنة للإناث و77.1 سنة للرجال، كذلك خلال هذه الفترة اكتسب كبار السن 60 سنة فما فوق حوالي 6 سنوات إضافية في متوسط العمر المتوقع، كل هذا بفضل انحسار أسباب الوفاة المتمثلة في الأمراض السارية، مع الإنفاق الصحي المتزايد في علاج الأمراض غير السارية، بالإضافة إلى جملة من العوامل والجهود المبذولة، حيث سنقف في الفصل الخامس عند الواقع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1980-2014، حوادث العمل والأمراض المهنية.

الفصل الرابع

الواقع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1980-2014

الأمراض المهنية وحوادث العمل

الفصل الرابع

الواقع الصحي في الجزائر خلال الفترة 1980–2014
الأمراض المهنية وحوادث العمل

تمهيد:

لقد شدد الإسلام على الاعتناء بالنفس فحثنا على الاهتمام بالصحة والسعي الى العلاج، "فحفظ النفس في المرتبة الثانية من الضروريات الخمس لمقاصد الشريعة وهي، حفظ الدين، والنفس، والعقل، والمال، والنسل، فقد عنيت الشريعة الإسلامية بالنفس عناية فائقة، فشرعت من الأحكام ما يجلب المصالح لها، ويدفع المفاسد عنها، وذلك مبالغة في حفظها وصيانتها"[1].

ولقد سعت الجزائر هذا المسعى منذ سبعينات القرن الماضي، فأقرت مجانية العلاج سنة 1974[2] رغبة منها في تحسين الأوضاع الصحية، وتحقيق الأمن الصحي بعدما حقق الجزائريون الأمن القومي غداة الاستقلال، بالإضافة الى توجيهات المنظمات العالمية، " أدت الخطة السكانية من مؤتمر بوخارست للتنمية والسكان لعام 1974 إلى ظهور أهداف عددية تحاول الدول تحقيقها في تواريخ معينة، بشكل أساسي للوصول إلى زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى حوالي 50 عاما في عام 1985 "[3].

وقد أعيد تأكيد هذه الأهداف الصحية الأساسية في بيان أدلى به في اجتماع بشأن التخطيط الصحي عقد في كازاخستان في عام 1987. وقال البيان إنه نظرا لأن صحة الإنسان حق، يجب

---

[1] مها بنت سعد الحمدي، "المقاصد الشرعية وأثرها في الحفاظ على النفس البشرية"، مجلة كلية الشريعة والقانون بتفهنا الأشراف - دقهلية، المجلد ص ص 1785-1814، ص 1787.

[2] الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974، ص2.

[3] عمارة سامية، "السياسة الصحية في الجزائر"، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 3، العدد 6، 2015، ص ص 123-138، ص 133.

أن تهدف الظروف الصحية إلى تحقيق الصحة الاجتماعية والنفسية والجسدية الشاملة بدلا من مجرد القضاء على المرض أو الإعاقة، ومن أجل توفير الرعاية الصحية للمجتمع بحلول عام 2000، تحولت هذه المقترحات إلى استراتيجية كاملة تركز على تحويل الخدمات الصحية إلى مواقع اجتماعات متنوعة بما في ذلك المنازل والمدارس والشركات وما إلى ذلك. [1]

1.4 المنظومة الصحية في الجزائر:

تعرف المنظومة الصحية في الجزائر وفق القانون 85-5 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، في المادة رقم 04 على النحو التالي: " المنظومة الوطنية الصحية هي مجموعة الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها، وتنظم على كيفية حاجيات السكان في مجال الصحة توفيرا شاملا ومنسجما وموحدا، في إطار الخريطة الصحية"[2].

وتم تحديد الأهداف المسطرة من خلال المنظومة الصحية في المادة رقم 03 من نفس القانون والمتمثلة في حماية حياة الإنسان من الأمراض والأخطار وتحسين الظروف المعيشية والعمل، لا سيما عن طريق ما يأتي:

توفير العلاج الذي يتماشى وحاجيات السكان، تطوير الوقاية، أسبقية الحماية الصحية لمجموعات السكان المعرضة للأخطار، التربية الصحية، تعميم ممارسة التربية البدنية والرياضية والتسلية.[3]

ولقد تميزت مكونات المنظومة الصحية في الجزائر بمجموعة من المؤسسات والأجهزة التي تسعى الى حفظ وترقية الصحة للسكان وفق الاستراتيجيات التي تبنتها الجزائر بداية الألفية الجديدة، وتتمثل الخدمات الصحية المقدمة فيما يلي:

---

[1] نفس المرجع، ص 134.

[2] الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، قانون رقم 85-05 المؤرخ في 17 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 8، السنة الثانية والعشرون، ص3.

[3] نفس المرجع، ص3.

- الخدمات الصحية الوقائية ممثلة في حماية صحة الأم والطفل.
- البرامج الواسعة لتعميم اللقاحات ضد الأمراض المعدية.
- خدمات الصحة المدرسية والملف الطبي المدرسي والملف البسيكولوجي.
- والصحة في المتوسطات والطور الثانوي.
- والصحة على مستوى مراكز التكوين المهني.
- الصحة في وسط العمل وفوائد طب العمل في المؤسسات الجوارية والمؤسسات الاقتصادية والهيئات بما فيها المحلات التجارية.
- الصحة على مستوى وحدات الطب الجامعي تحت إشراف مصالح الطب الوقائي والدراسات الإبيدميولوجي والوبائية.
- الخدمات المتعلقة بالطب العلاجي ممثلة في الإستعجالات الطبية والجراحة والتحاليل الطبية والكشوفات والأشعة للتشخيص.
- الخدمات الطبية كالاستشارة العامة والفحوصات المتخصصة والاستشفاء العام والمتخصص.
- المتابعة الطبية والتمريض وتقديم الدواء ومعالجة السموم والإدمان ومعالجة ذوي الآفات الاجتماعية كالمخدرات والعنف والأمراض العقلية[1].

بالإضافة الى القطاع الخاص الذي تطور أعقاب الانفتاح الاقتصادي سنة 1986 وبداية تطبيق النموذج الليبيرالي عن طريق خوصصة القطاع الصحي والذي تم وفق عدة مراحل:

1. تنصيب واعتماد العيادات الخاصة في المدن.
2. الترخيص بفتح العيادات الخاصة.

---

[1] قندوز محمد، "تطورات قانون الصحة في الجزائر في إطار إصلاح المنظومة الصحية"، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية الاقتصادية والسياسية، المجلد 55 رقم 03، سبتمبر 2018، ص 167.

3. الانفتاح الكامل.

على الرغم من كل الجهود المبذولة في البحث عن إمكانية تحسين الخدمات الصحية من خلال إصلاح النظام الصحي، فقد توصلت اتجاهات الرؤى إلى أن استياء المرضى ومرافقيهم وكذلك استياء الممارسين الصحيين، نتيجة لما وصل إليه النظام الصحي في الجزائر بشكل عام، ولا يمكن ترك الأمور كما هي، لقد سخرت الدولة لقطاع الصحة أغلفة مالية كبيرة مقارنة مع بعض القطاعات الأخرى، مما يتطلب الاستغلال الأمثل لهذه الموارد وتبني طرق تسير حديثة.[1]

ولقد فسر المهتمين بالصحة في الجزائر هذه المشكلة أن ارتفاع نفقات الصحة لم يرافقه في المقابل تحسن الأوضاع صحية في المجتمع وعدم تحقيق الأهداف المرجوة، والتي يمكن حصرها في تقليل معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال والقضاء على الأمراض المعدية ... بل يتعمق المشكل أكثر بظهور أمراض أخرى العجز الكلوي التي تتطلب نفقات أكثر، وأمراض الأوعية الدموية والضغط، وأمراض القلب...إلخ،[2] وفيما يلي جدول يوضح تطور المرافق الصحية في الجزائر.

[1] حاروش نور الدين، "الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012، ص 16.
[2] نفس المرجع، ص 16.

الجدول رقم 1.4: المنشآت القاعدية الصحية المتواجدة من 1999 الى 2014.

المنشآت	1999		2008		2009		2010		2014	
	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	261	–	271	–	271	–	271	–	271	–
تجمع: عيادات متعددة الخدمات	1185	–	1419	(1)1988	1436	(1)2704	1491	(1)3272	1637	(1)(2)3735
قاعات العلاج	3851	–	5077	–	5258	–	5350	–	5726	–
دور الولادة (العمومية/الخاصة)	437	–	504	(2)2812	427	(2)2914	431	(2)3200	*416	(2)3203
مركز طبي اجتماعي	448	–	611	–	614	–	616	–	622	–
مختبرات النظافة الولائية	48	–	50	–	50	–	50	–	–	–
عدد أسرة المستشفيات	–	54170	–	60532	–	61690	–	61779	–	64108
الصيدليات (العمومية/الخاصة)	5299	–	8477	–	8837	–	9264	–	10700	–
المنشآت الخاصة										
عيادة طبيب مختص	–	–	5621	–	5904		6208	–	7742	–
عيادة طبيب عام	–	–	6202	–	6206	–	6315	–	6654	–
عيادة طب الأسنان	–	–	4717	–	4909	–	5105	–	5928	–
عيادة ممارسة مجموعة	–	–	301	–	335	–	376	–	512	–

(1) أَسِرَة الاستعجالات

(2) أَسِرَة دور الولادة العمومية فقط

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية 1962–2011، الفصل الخامس الصحة، ص 112.

الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام 2012–2014، رقم 45، نشرة 2015. ص 26.

* دور الولادة العمومية= دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات وفي بعض قاعات العلاج.

يظهر جليا من الجدول تطور المرافق الصحية العمومية لكن ليس بسرعة تنامي عدد السكان، فقد تراجعت تغطية أسرة المستشفيات من 1.8 سرير لكل 1000 نسمة عام 1999 إلى 1.63 سرير لكل 1000 نسمة عام 2014، في الجهة المقابلة تطور القطاع الخاص بشكل ملحوظ.

"أدت التغييرات التي أحدثتها تدابير التقشف التي فرضها صندوق النقد الدولي إلى ظهور منطق يفضل آليات السوق في جميع القطاعات بما في ذلك الصحة، تجلى خيار اقتصاد السوق على أرض الواقع من خلال ظهور نظام رعاية صحية يحتل فيه القطاع الخاص مكانة متزايدة الأهمية (خاصة في شمال البلاد)، والتي غالبا ما تقع عياداتها حيث توجد مرافق الصحة العامة، لذلك نشهد زيادة كبيرة في عدد الأطباء الممارسين بصفة خاصة، وخاصة المتخصصين".[1]

وفقا لإحصاءات الصحة لعام 2014، هناك 7742 طبيبا متخصصا و6654 طبيبا عاما و5928 جراحي أسنان و9794 صيدليا، ولوحظ نفس الاتجاه فيما يتعلق بتطور عدد العيادات الخاصة، وجد سنة 2014 أكثر من 500 عيادة خاصة، "بينما في عام 2000 كان عددها 91 فقط (جميع الفئات مجتمعة)، ورافق هذا الإجراء أيضا إجراءات أخرى، منهية احتكار الدولة لتصنيع وتوزيع الأدوية، وفي نفس السياق، شهدت شبكة المستوردين الخاصة تطورا سريعا، حيث ارتفعت من بضع وحدات في أوائل التسعينيات إلى أكثر من مائة في غضون عشر سنوات"[2]، وفيما يخص قطاع الصيدلة يعتبر 91% منها صيدليات تابعة للقطاع الخاص.

---

[1] Youcef Abbou et Brahim Brahamia, "Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, Insaniyat / إنسانيات [En ligne], 75-76 | 2017, mis en ligne le 16 décembre 2018, consulté le 26 janvier 2023. URL : http://journals.openedition.org/insaniyat/17492.

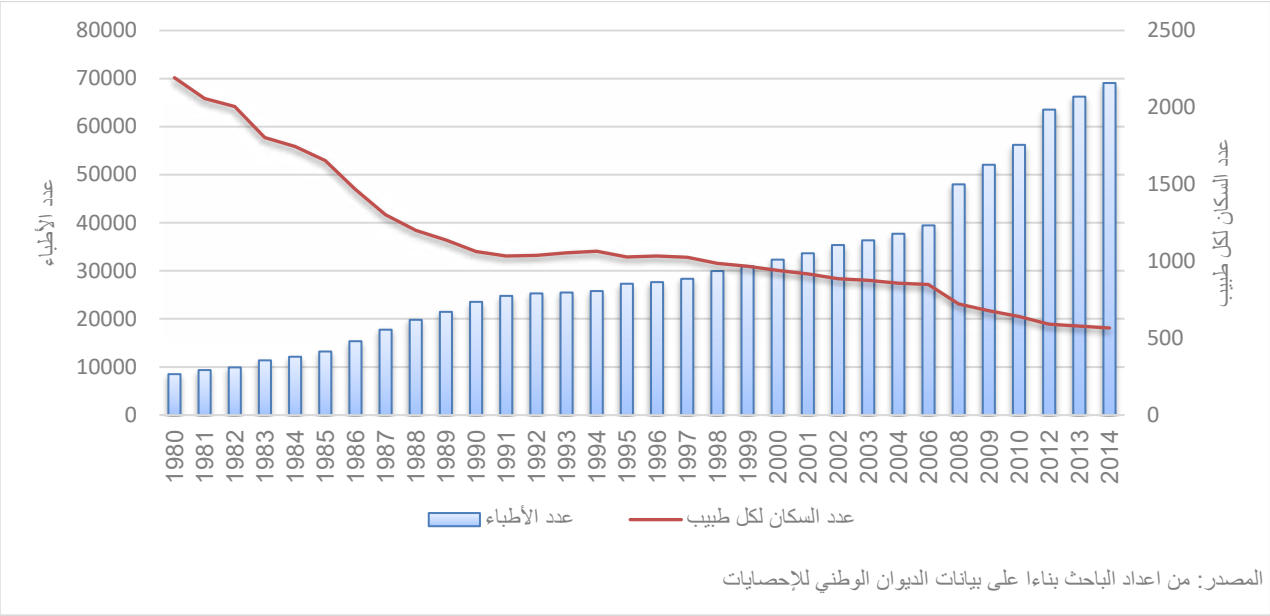
[2] Idem.

1.1.4 تطور عدد الأطباء في الجزائر 1980–2014:

في عام 1980 كان عدد الأطباء في الجزائر حوالي 8512 منهم 6202 طبيب جزائري و2310 طبيب أجنبي، بنسبة تغطية تعادل طبيب لكل 2193 نسمة، في سنة 2014 بلغ عدد الأطباء 69076 طبيب معظمهم جزائريين، بنسبة تغطية طبيب لكل 566 نسمة، نظريا تعتبر تغطية جيدة أي 1.76 طبيب لكل 1000 نسمة، "فالمتوسط العالمي يقدر بـــ 1.3 طبيب لكل 1000 نسمة، إلا أنه يصل الى مستويات أعلى في دول أخرى، على سبيل المثال قطر 7.74 طبيب لكل 1000 نسمة في المرتبة الأولى عالميا، ثم تليها موناكو بـــ 7.17، نجد كذلك بلجيكا بـــ 3.78 طبيب لكل 1000 نسمة"[1]، بالعودة إلى حالة الجزائر ففعليا هناك تفاوت صارخ بين مناطق الوطن، على سبيل المثال يوجد طبيب واحد لكل 2103 نسمة في أدرار وطبيب واحد مقابل 494 نسمة في وهران، مع الإشارة إلى أن 24.27% منهم ينشط في القطاع الخاص، مع وجود شريحة كبيرة من السكان ليس بمقدورها اللجوء الى القطاع الخاص من أجل التداوي وهذا من شأنه يؤثر سلبا على الجهود المبذولة لتحسين الأوضاع الصحية في البلاد، وفيما يلي الرسم البياني يوضح تطور عدد الأطباء في الجزائر ومعدلات التغطية بالنسبة للسكان.

---

[1] موقع المرسال، "ترتيب الدول حسب عدد الأطباء"، تاريخ التحديث: 25 يوليو 2020، ، عبر الموقع التالي https://www.almrsal.com/post/929632 ، تاريخ المعاينة 26-01-2023.



الشكل رقم 1.4: تطور عدد الأطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر خلال 1980–2014

2.1.4 تطور النفقات العامة على قطاع الصحة:

يتشكل الإنفاق العام على الصحة من النفقات المستمرة والمتكررة من ميزانيات الحكومة المركزية والمحلية، فضلا عن القروض الخارجية والمنح والمساهمات من المنظمات غير الحكومية والوكالات الدولية (منظمة الصحة وغيرها...). ويشمل أيضا صناديق التأمين الاجتماعي وبرامج التأمين الصحي الإلزامية الأخرى.[1]

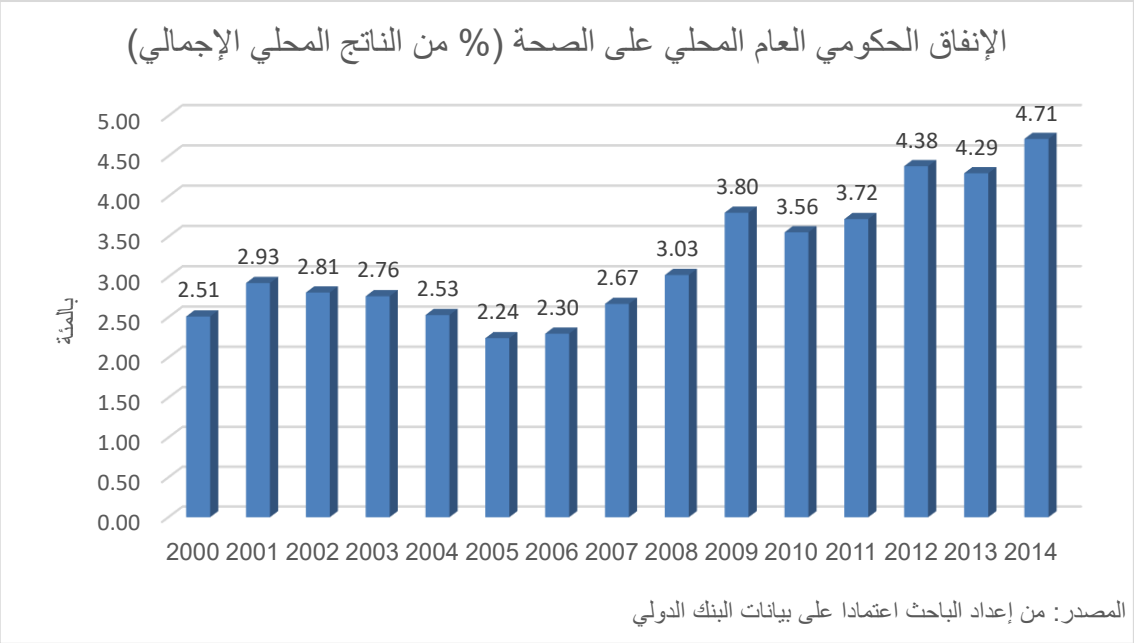
وفي الجزائر، شهدت المخصصات لهذا القطاع ضمن الموازنة العامة للدولة نموا مطردا خلال العقود الماضية، حيث انتقلت من 35.1 مليار دينار جزائري في عام 2000 إلى 195 مليار دينار جزائري في عام 2010، بعدما شهدت فيما سبق آثار سلبية لمقاربة الإصلاحات الاقتصادية المعتمدة خلال عقد التسعينات على مختلف جوانب، كالبعد الاجتماعي، وخاصة قطاع الصحة[2].

---

[1] محمد علي دحمان، محمد بوقناديل،"تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة الى الموازنة العامة"، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 2016/02، ص 79.

[2] بن حاح منير، بلعاطل عياش، "أثر التوسع في الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية على الفقر البشري في الجزائر 2001-2010"، أبحاث المؤتمر الدولي، "تقييم أثار برامج الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والاستثمار والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014"، جامعة سطيف، 12/11 مارس 2013، ص 8.

وكنسبة من الناتج الداخلي الخام تضاعفت النفقات الصحية بنحو مرتين خلال المدى الزمني 2000–2014 منتقلة من 2,51% الى 4,71% وفق قاعدة بينات الإنفاق الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية، وتم الإشارة في بعض الدراسات إلى توصيات منظمة الصحة العالمية، ضرورة الالتزام بتخصيص ما نسبة 5% على الأقل من الناتج المحلي الخام للرعاية الصحية، وخاصة في الدول النامية، حيث يمثل هذا المؤشر وفق تعريف منظمة الصحة العالمية "الإنفاق العام على الصحة من المصادر المحلية كنسبة من الاقتصاد مقيساً بالناتج المحلي الإجمالي" [1].



الشكل رقم 2.4: تطور الإنفاق الصحي الجاري في الجزائر كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2000–2014

لا تقتصر نفقات الصحة على الإنفاق الحكومي بل تساهم الأسر بدورها في نفقات الصحة، "إن نفقات الصحة التي يتكبدها الناس على عاتقهم الخاصة توصف في بعض الدراسات بأنها نفقات كارثية عندما يتجاوز مقدارها مستوى معين، حيث تتراوح النسبة بين (10% أو 25% مثالا) من

[1] Worldbank, "Domestic general government health expenditure (% of GDP)", https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=DZ

مقدار النفقات العامة الشخصية أو مقدار الدخل وقد أطلق عليه الإنفاق الصحي الكارثي"[1]، تم تبني هذا المؤشر ضمن أهداف التنمية المستدامة التي أقرته منظمة الصحة العالمية سنة 2015، في الجزائر بلغت نسبة المدفوعات الشخصية سنة 2014 حوالي 26.66% من إجمالي النفقات الصحية الجارية (نفقات من جيب الأسرة) وفق تقديرات البنك الدولي، رغم زيادة إنفاق الدولة على قطاع الصحة (أنظر الشكل 2.4)، فلم يتجاوز النسبة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية والتي تمثل 5% من الناتج الداخلي الخام، ولهذا لا يزال الناس يدفعون الكثير من أموالهم الخاصة على قطاع الصحة، وهذا يعكس عدم كفاية نفقات الدولة في مجال الصحة، أو قصور في الاستغلال الأمثل للميزانية المرصودة لنفقات الصحة، مع التنويه إلى "وجود مركز إنفاق كبير يستوعب غالبية الموارد المالية المخصصة للوحدات الصحية الأساسية في شكل رواتب الموظفين والمنح ، حيث أنفق على هذه الأخيرة أكثر من 74 ٪ من إجمالي الميزانية التشغيلية في عام 2012 وزيادة تلك النسبة باطراد"[2]، وهذا من شأنه يؤخر الجهود التي لا تزال بعيدة عن التطلعات في الجزائر خاصة والدول النامية عامة لبلوغ أهداف التنمية المستدامة.

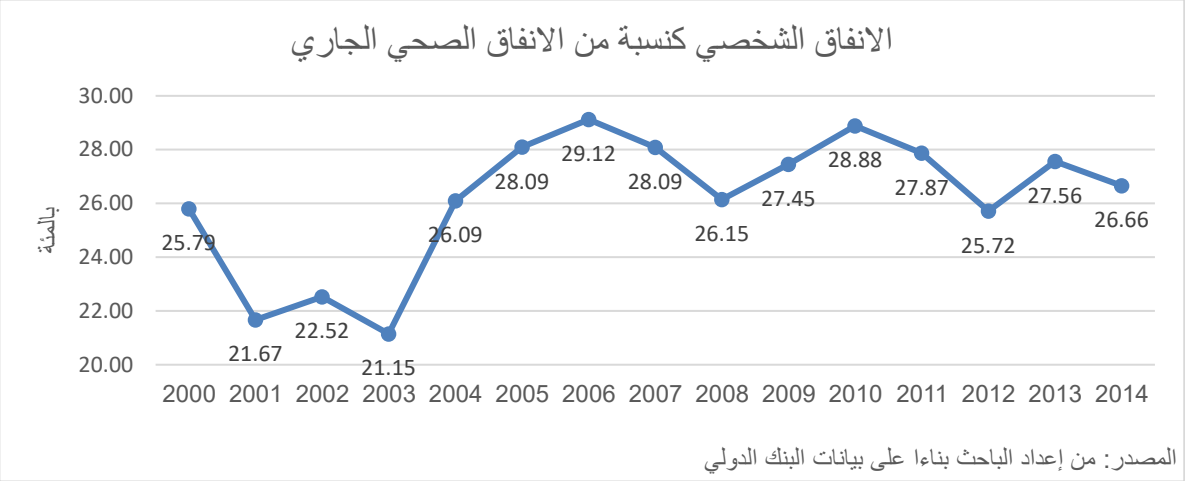
ترى منظمة الصحة العالمية من المنطقي " أن يكون الناس أقل عرضة للوقوع في براثن الفقر أثناء سعيهم للحصول على الخدمات الصحية عندما يرتفع الإنفاق الحكومي على القطاع، ولكن الإنفاق الحكومي ليس سوى وسيلة لتقليل التفاوتات أو عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية، وهذا عند التخطيط بعناية لاعتماد مخصصات تضمن الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية

---

[1] منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للإنشاء والتعمير، التقرير العالمي لرصد الحماية المالية في مجال الصحة لعام 2019، ص 3. عبر الرابط: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331748/9789240024410-ara.pdf

[2] محمد علي دحمان، محمد بوقناديل، تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 02/ 2016، جامعة قاصدي مرباح ورقلة/ الجزائر، ص 85.

لجميع السكان.[1]". وفيما يلي شكل التالي يوضح نسبة الإنفاق الشخصي على الرعاية الصحية من إجمالي النفقات الصحية في الجزائر.



الشكل رقم 3.4: تطور الإنفاق الصحي الشخصي في الجزائر كنسبة من الإنفاق الصحي الجاري خلال الفترة 2000–2014

3.1.4 تطور النفقات العامة على أعمال التضامن الوطني:

ومنذ تأسيسها، أعطت وزارة التضامن الوطني الأولوية لحماية الفئات المحرومة والضعيفة في المجتمع، توفر الدولة لهذه المجموعات مجموعة متنوعة من أشكال الحماية، بما في ذلك:

أ. إعانات مالية مباشرة:

وهي عبارة عن منح مالية تدفع كل شهر أو كل ثلاثي من السنة، تخص الأشخاص ذوي الإعاقة أو الأشخاص العاجزين عن العمل، ونذكر على سبيل المثال:

الإعانة الاجتماعية للأشخاص المعوقين بنسبة 100% التي أنشأت بموجب قانون المالية لسنة 1992، وأعيد تقيمها سنة 2003 بمبلغ 3000 دينار جزائري لترتفع سنة 2007 الى

[1] منظمة الصحة العالمية، رغم زيادة إنفاق البلدان على قطاع الصحة، مزال الناس يدفعون الكثير من أموالهم الخاصة، تاريخ النشر: 20 فبراير 2019، ، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets، تاريخ المعاينة: 29 جانفي 2023.

4000 دينار، بلغ عدد الأشخاص المستفيدين من هذه الإعانة خلال الفترة 2005–2008 نحو 635415 شخص، المنحة الجزافية للتضامن (AFS) والتعويض عن نشاطات ذات المنفعة العامة (IAIG) في إطار برنامج الشبكة الاجتماعية، موجهة للأشخاص العاجزين عن العمل في إطار (AFS)، والأشخاص المعوزين وبإمكانهم العمل، ولا يملكون دخل ثابت في إطار (IAIG)، ويقدر المبلغ بـــ 3000 دينار جزائري.

ب.إعانات مالية غير مباشرة:

على سبيل المثال، بالنسبة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، وأولئك الذين يعانون من إعاقات ذهنية أو جسدية، وأولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، يتم تعويض 100% من تكاليف النقل الحضري، و50% من تكاليف النقل بالسكك الحديدية والطرق، تم إبرام ما مجموعه 8 اتفاقيات مع مؤسسات حكومية جديدة للنقل البري في عام 2009، ليصل إجمالي عدد الاتفاقيات الموقعة مع مزودي الخدمات في مجالات النقل البري والسكك الحديدية والجوي في عام 2009 إلى 19.

ت.إنشاء هياكل قاعدية لرعاية الأشخاص المعاقين والمسنين:

دور رعاية المسنين والمراكز الطبية التربوية للأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي هي المؤسسات الرئيسية التي تمثل هذه الهياكل، تلقت هذه الهياكل 17 مليار دينار جزائري كجزء من البرنامج الخماسي للإنعاش الاقتصادي، بالإضافة إلى المراكز التي تديرها الجمعيات ومؤسسات المجتمع المدني، تم تعزيز الهياكل القاعدية من خلال إطلاق 14 مؤسسة إضافية في عام 2009، ليصل العدد الإجمالي لهذه المؤسسات إلى 289 هيئة بسعة استقبال نظرية تبلغ 30.000 مقعد.

بموجب المرسوم التنفيذي رقم 08–307 المؤرخ 27 سبتمبر 2008، تم إنشاء خلايا جوارية ومكاتب الشبكة الاجتماعية على مستوى كل بلدية، لضمان حصول الفئات المعنية على المزايا المختلفة المذكورة أعلاه، مكتب الشبكة الاجتماعية مسؤول عن تقديم المساعدة لسكان المناطق المعزولة، لا سيما في مجالي الصحة والتعليم.

تدعيما للمساعي الرامية إلى حماية الفئات الضعيفة في المجتمع، تم إعداد برنامج عمل يتشكل من النقاط الموالية:

- إنشاء إعانات مالية للماكثين في البيت لفائدة الأشخاص المسنين.
- توفير وتطوير آليات المساعدة والتضامن الوطني حسب متطلبات كل فئة.
- التقرب إلى المناطق المعزولة، بتكثيف العمل الجواري.
- إنشاء على مستوى البلديات مكاتب للنشاط الاجتماعي مع ضمان ممارسة دورها في إطار التضامن الوطني.
- تحديد الكيفيات المتعلقة بتخصيص مناصب العمل وتجهيزها للأشخاص المعوقين، بالإضافة الى تحديد نسب الاشتراكات المالية والمنح والإعانات.

وقد زادت الميزانية التشغيلية لوزارة التضامن في الجزائر، زيادة كبيرة على مدى السنوات الماضية من أجل إنجاز المسؤوليات والأهداف المذكورة أعلاه، حيث ارتفعت من 51.54 مليون دينار جزائري في عام 2000 إلى 35.26 مليار دينار في عام 2003، "لتصل إلى 131.65 مليار دينار في عام 2015"[1].

[1] الجريدة الرسمية، قانون رقم 14-10،العدد 78، السنة الخمسون، مؤرخ في 30 ديسمبر 2014، يتضمن قانون المالية لسنة 2015.

4.1.4 تقييم المنظومة الصحية الجزائرية وفق اللوائح الصحية الدولية:

اللوائح الصحية الدولية (2005) هي اتفاقية دولية دخلت حيز التنفيذ في 15 يونيو 2007، وهي ملزمة لجميع الموقعين عليها البالغ عددهم 149، بما في ذلك جميع الدول الأعضاء، ويتعين على الدول الأطراف إنشاء القدرات الوطنية الدنيا للصحة العامة الأساسية والمحافظة عليها وتحسينها بموجب هذه اللوائح، ويتضمن الملحق الأول للقوانين قائمة بالقدرات الوطنية الأساسية ومهام كل منها، وتشمل هذه القدرات الرصد والاستجابة للأحداث المتعلقة بالصحة العامة، بما في ذلك القدرات في نقاط الدخول المحددة، وقدمت الأمانة أوصافا إضافية للمحتوى التقني لهذه القدرات الأساسية تحت العناوين التالية: التشريعات والسياسات الوطنية والتمويل؛ والتنسيق والاتصال بين جهات الاتصال الوطنية المعنية باللوائح الصحية الدولية؛ والمراقبة ونقاط الدخول؛ والاستجابة؛ والتأهب؛ والإبلاغ عن المخاطر؛ والموارد البشرية؛ والمختبرات.[1]

تم تصميم اللوائح الصحية الدولية لتحديد ووقف ظهور وانتشار المخاطر على الصحة العامة بسرعة، بما في ذلك حالات الطوارئ، وتشمل هذه المخاطر جميع الأخطار المتعلقة بالأمراض ذات الأصل الحيواني، وسلامة الأغذية، والمخاطر الكيميائية والإشعاعية، فضلا عن الأمراض المعدية التي يمكن أن تصبح أوبئة أو جوائح.[2] والشكل رقم 3.4 يوضح القدرات الأساسية للوائح الصحية:

---

[1] منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي للشرق الأوسط)، "اللوائح الصحية الدولية، (2005)، معايير التمديدات الإضافية"، أوت 2013، عبر الرابط التالي: https://applications.emro.who.int/docs/RC_Techn_paper_2013_8_15038_AR.pdf

[2] نفس المرجع.

الشكل رقم 4.4: القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية[1]

حيث تبنت منظمة الصحة العالمية ثلاثة عشر قدرة ضمن اللوائح الصحية الدولية لتقييم القدرات الأساسية الوطنية في الصحة العمومية، وفيما يلي جدول رقم 2.4 يعرض تطور مؤشرات الجزائر خلال الفترة 2010–2014:

[1] منظمة الصحة العالمية، "اللوائح الصحية الدولية"، تاريخ المعاينة 25-01-2023، عبر الموقع التالي:
https://www.emro.who.int/ar/international-health-regulations/about/ihr-core-capacities.html

الجدول رقم 2.4: تطور القدرات الرئيسية المتعلقة باللواح الصحية الدولية (International Health Regulations) (IHR) للجزائر والقارة الأفريقية والعالم بين 2010 و2014.

القدرات الأساسية (%)	الرمز	2010			2014		
		الجزائر	القارة الأفريقية	المتوسط العالمي	الجزائر	القارة الأفريقية	المتوسط العالمي
قدرة اللوائح الصحية الدولية	IHR	51	40	58	71	56	73
التشريعات والسياسات والمالية الوطنية	IHR 01	50	29	58	100	59	78
التنسيق والاتصالات بين جهات التواصل الوطنية	IHR 02	56	56	69	100	67	100
المراقبة	IHR 03	64	60	63	85	77	85
الاستجابة	IHR 04	46	46	69	94	71	82
التأهب	IHR 05	46	25	50	80	53	70
الإبلاغ عن المخاطر	IHR 06	30	48	63	29	61	76
الموارد البشرية	IHR 07	50	24	42	60	55	62
المختبر	IHR 08	35	51	66	76	72	81
نقاط الدخول	IHR 09	50	46	53	72	34	61
الأحداث حيوانية المصدر	IHR 10	76	63	69	89	68	85
سلامة الأغذية	IHR 11	60	41	66	53	43	76
الأحداث الكيميائية	IHR 12	14	11	40	15	27	57
حالات الطوارئ الإشعاعية- النووية	IHR 13	86	20	45	69	36	60

المصدر: منظمة الصحة العالمية عبر الموقع: (https://extranet.who.int/e-spar/)

أظهرت البينات التي جمعت من خلال أداة رصد اللوائح الصحية الدولية أن معدل إحراز القدرات انتقل من 51% سنة 2010 إلى 71% سنة 2014، وقد سجل نفس المؤشر على مستوى القارة الأفريقية 56% وبالنسبة للمتوسط العالمي سجل 73% لنفس السنة، أما فيما يخص المكونات

الخاصة بالتشريعات والسياسات والمالية الوطنية فقد انتقلت قيمة المؤشر من 50% سنة 2010 إلى 100% سنة 2014، فقد تحسنت جل المؤشرات مثل المراقبة و الاستجابة و التأهب، المختبر ونقاط الدخول والأحداث حيوانية المصدر، لكن رغم هذا فقد بقية بعض المؤشرات أقل من المستوى المطلوب مثل مؤشر الموارد البشرية سجل 60% سنة 2014 بالنسبة للمتوسط العالمي الذي قدر بـــ 62% لا يعتبر ضعيف، لكن مقارنة مع الدول المتقدمة يسجل بعض ضعف، بالإضافة إلى مؤشر الأحداث الكيميائية انتقل من 15% إلى 14%، وقد أظهرت كذلك البيانات تراجع وضعف بعض المؤشرات مثل الإبلاغ عن المخاطر فقد انتقل المؤشر من 30% إلى 29% خلال نفس الفترة في حين بلغ المتوسط العالمي 76%، سلامة الأغذية تراجعت قيمة المؤشر من 60% إلى 53%، حالات الطوارئ الإشعاعية فقد تراجعت قدرة المؤشر من 86% إلى 69%.

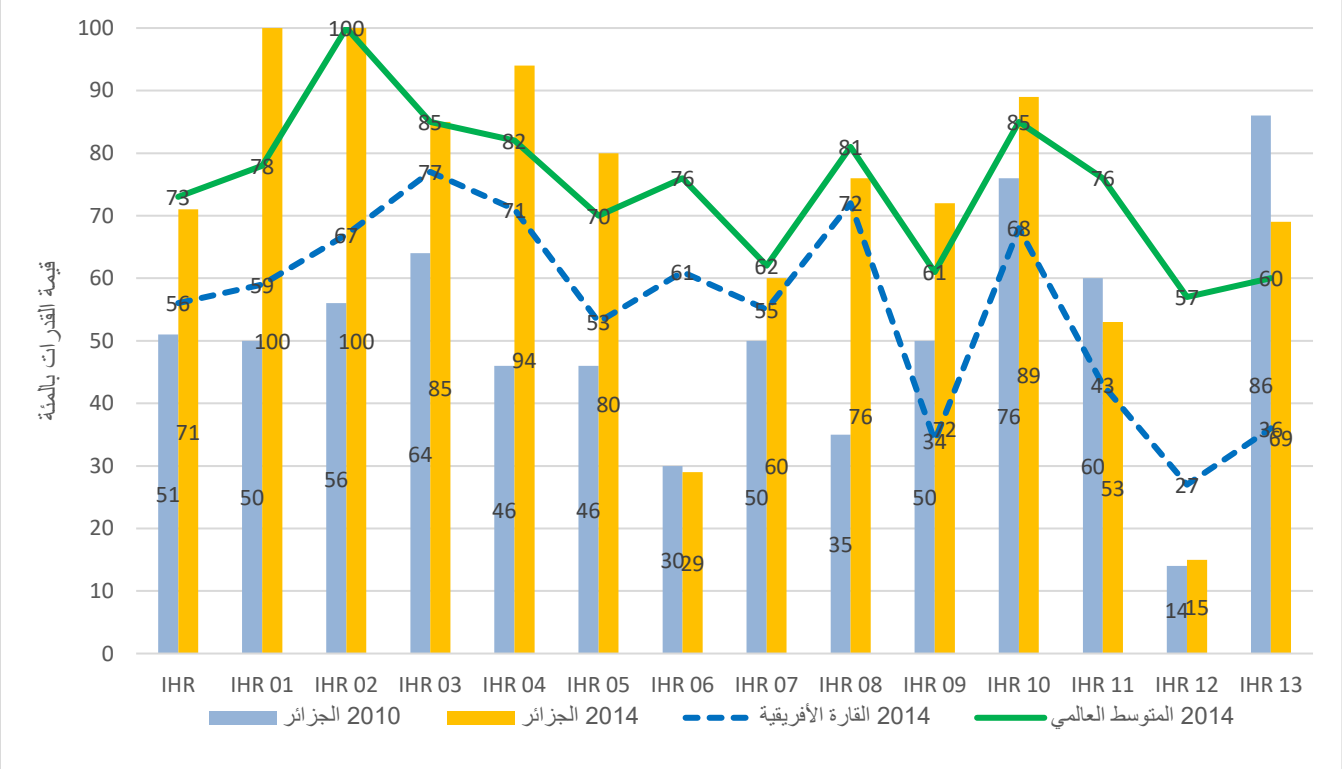
أولت الجزائر اهتمام بالغ بنشر وتطبيق توصيات منظمة الصحة العالمية فيما يخص تطبيق وتقييم اللوائح الصحية الدولية، حيث تم إصدار مرسوم رئاسي تحت رقم 13–293 المؤرخ في 4 أوت 2013[1]، بالإضافة إلى إجراء دورات تدريبية مثل تلك جرت بين معهد كارلوس الثالث للصحة (إسبانيا) ومعهد الصحة العامة (الجزائر) في الجزائر، يتضمن نشر اللوائح الصحية الدولية (2005) أيضا محاكاة منسقة مع معهد الرقابة الصحية ومعهد باستور والمعهد العالي للصحة وجميع الأطراف المشاركة ممثلة في:

- مصر (وزارة الصحة)
- اليونان (المركز اليوناني لمراقبة الأمراض والوقاية منها)،
- مالطة (وزارة الصحة)،

[1] الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، مرسوم رئاسي رقم 13-293 المؤرخ في 04 أوت 2013، يتضمن نشر اللوائح الصحية الدولية (2005)، الجريدة الرسمية، العدد 43، السنة الخمسون، ص3.

- رومانيا (معهد الصحة العمومية في بوخارست)،
- الصرب (معهد الصحة العمومية)،
- سوريا (وزارة الصحة)،

حيث نظمت دورتين تدريبيتين في الجزائر استمرت كل منهما على مدى أسبوع[1]، وفيما يلي الرسم البياني يوضح ذلك:



المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بينات منظمة الصحة العالمية الموضحة في الجدول رقم 2.4

الشكل رقم 5.4: تطور القدرات الرئيسية المتعلقة باللواح الصحية الدولية (International Health Regulations) (IHR) للجزائر والقارة الأفريقية والعالم بين 2010 و2014.

[1] مشروع إيبساوث بلاس 2010-2013، "خطة الاستعداد وإدارة المخاطر"، ، عبر الموقع التالي: http://www.episouthnetwork.org/ar/content/kht-lstdd-wdr-lmkhtr، تاريخ المعاينة 27-01-2023.

4.1.4 طب العمل في الجزائر:

1.4.1.4 مفهوم طب العمل:

"يهدف الطب المهني، الذي تطور إلى مفهوم (الصحة المهنية)، إلى حماية الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال من المخاطر المرتبطة بالعمل، أو الظروف التي يتم فيها تنفيذ هذا العمل".[1]

2.4.1.4 مفهوم الطبيب المهني:

الطبيب المهني يصنف على أساس إطار سامي، هو بالضرورة طبيب في الطب (D.E.M.S)، يمثل دور المستشار لصاحب العمل فيما يخص المسائل المتعلقة بالصحة والنظافة والسلامة في البيئة المهنية، يضمن له القانون الاستقلال في ممارسة مهنته، إنه ملزم مثل أي طبيب، بالسرية الطبية والسرية الصناعية، لديه أيضا المسؤولية الجنائية والمدنية.[2]

3.4.1.4 الإطار القانوني لطب العمل، الصحة والأمن في العمل:

جعل المشرع كحق دستوري الوقاية الصحية والأمن وطب العمل في التشريع الجزائري، كما تم تجسيده بموجب المادة والفقرة الخامسة من "القانون رقم 90–11 المتعلق بعلاقات العمل"، وابتداء من "القانون رقم 85–05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها" الذي ألغي العمل به بموجب "القانون 18–11 المتعلق بالصحة" كانت بمثابة الخطوات الأولى لمنظومة قانونية خاصة بطب

---

[1] behlouli ahmed lakhdar, "introduction à la médecine du travail, maitre de conférences a en médecine du travail", faculté de médecine, département de médecine, université Ferhat Abbas de Sétif, année universitaire 2020 – 2021, P03.

[2] Idem, P03.

العمل، ليعقبها فيما بعد "القانون رقم 88-07 المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل"، و"المرسوم التنفيذي رقم 93-120 المتعلق بتنظيم طب العمل".[1]

من أجل ضمان أفضل الظروف في مجال الأمن وطب العمل والوقاية الصحية لفائدة العمال، جاءت هذه النصوص القوانين لوضع السبل والوسائل الواجب تنفيذها مع تحديد الجهات المسؤولة عن تنفيذ ذلك، ويمكن تلخيصها في:

- تحديد القواعد العامة في مجال الوقاية الصحية والأمن في وسط العمل، بالإضافة إلى القواعد العامة في مجال التكوين والإعلام حول الأخطار المهنية الموجهة للعمال، وتنظيم وتمويل الوقاية الصحية في المؤسسة، تم إسناد مهمة مراقبة تطبيق التشريع والتنظيم المتعلقين بهذه الحماية إلى مفتشية العمل.[2]

ولقد تم إصدار مجموعة من النصوص التطبيقية للقانون الإطار رقم 88-07 المؤرخ في 26 يناير 1988 وتتعلق لاسيما بما يأتي:

تعيين المكلفين بالوقاية الصحية والأمن أو تأسيس لجان متساوية الأعضاء لتنفيذ ذلك، وتأسيس لجان ما بين المؤسسات للوقاية الصحية والأمن، مع تحديد صلاحياتها وظروف سيرها، إنشاء مصلحة الوقاية الصحية والأمن بصفتها هيكل عضوي وذلك لدى كل هيئة مستخدمة يفوق التعداد بها خمسون 50 عاملا، أحكام وقائية عامة للحماية في مجال الصحة والأمن في وسط العمل، بالإضافة إلى أحكام خاصة تطبق على المواد والمنتوجات أو المستحضرات الخطرة في وسط العمل، أحكام خاصة للوقاية الصحية والأمن تطبق في قطاعات البناء والأشغال العمومية والري، أحكام

---

[1] عتو الموسوس، أمينة شنعة، "طب العمل كآلية لحماية حقوق العمال في التشريع الجزائري"، المجلة الجزائرية لقانون الأعمال، المجلد 02، العدد 01، ديسمبر 2021، ص 199.

[2] وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، الصحة والأمن في العمل، عبر الموقع: https://www.mtess.gov.dz/ar، تاريخ المعاينة 30-01-2023.

خاصة لحماية صحة العمال وأمنهم من الأخطار الكهربائية، تنظيم طب العمل، تدابير الوقاية من الإشعاعات المؤينة.[1]

4.4.1.4 تاريخ طب العمل في الجزائر:

تم تقديم الطب المهني في عام 1956، وفقا للقانون الفرنسي لعام 11 أكتوبر 1946 بمبادرة من البروفيسور ديسويل (DESOILLE)، كانت حصرية الجانب الوقائي.

في 31 ديسمبر 1962، كان هناك قانون يتعلق بتشريعات العمل صدر من قبل السلطات الجزائرية، جاء للتحقق مؤقتا من صحة جميع التشريعات الفرنسية المعمول بها في الجزائر باستثناء أحكام تتعارض مع سيادة الجزائر.

في عام 1974، كان الطب المهني تحت رعاية وزارة العمل، في عام 1984، تم التكفل بأنشطة الطب المهني من قبل الهياكل الصحية تحت إشراف وزارة الصحة والسكان.[2]

5.4.1.4 المهام المنوطة لطبيب العمل في الجزائر:

في إطار مهامه على النحو المحدد في التشريع المعمول به (القانون 07/88 المؤرخ 26 يناير 1988)، يهدف الطب المهني، الذي يتمثل دوره المزدوج في الأساس في الوقاية والعلاجية، إلى:

- تعزيز أعلى درجة من الرفاه البدني والعقلي للعاملين في جميع المهن وبهدف رفع مستوى العمل والقدرات الإبداعية.

---

[1] نفس المرجع.

[2] BEHLOULI Ahmed Lakhdar, op cit, p5.

- منع العمال وحمايتهم من المخاطر التي قد تؤدي إلى وقوع حوادث أو أمراض مهنية ومن أي ضرر يلحق بصحتهم، بتحديد ورصد، لهدف الحد من أو القضاء على جميع العوامل، التي قد تؤثر على صحة العمال في مكان العمل.
- وضع العمال والحفاظ عليهم في وظيفة مناسبة لقدراتهم الفسيولوجية والنفسية، وكقاعدة عامة، تكييف العمل مع الرجل وكل رجل لمهمته.
- كيفية تقييم مستوى صحة العمال في مكان العمل.
- تنظيم الرعاية الطارئة للعمال، وإدارة علاجات العيادات الخارجية وعلاج الأمراض المهنية لتحقيق هذه الأهداف، يتم تعيين العديد من المهام للطبيب المهني، يمكن تصنيف هذه الأدوار إلى:
  - الأنشطة الوقائية.
  - الأنشطة العلاجية.
  - الأنشطة الإدارية.[1]

5.1.4 تطور الوضعية الوبائية، الأمراض السارية وغير السارية في الجزائر:

أعقب تراجع الأوبئة والأمراض المعدية ظهور الأمراض المزمنة المعروفة باسم أمراض التقدم في بداية عقد 1970، وذلك بفضل التقدم المحرز والتطور في مجالات النظافة والصحة العامة، وإمكانية الوصول إلى مرافق الصحية والممارسين الصحيين بمختلف تخصصاتهم، وغيرها من المتطلبات التي مست أكبر شريحة من السكان[2]، حيث مر تاريخ الصحة في الجزائر بثلاث مراحل نلخصها فيما يلي:

---

[1] Idem, p6.

[2] مزيان نعيمة، الآثار السوسيو اقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث، مذكرة ماجستير، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2004-2005، ص 27.

تميزت المرحلة الأولى بسوء التغذية والمجاعة، إضافة إلى انتشار الأمراض الوبائية، أما المرحلة الثانية فقد ميزها التراجع الهام للأمراض المعدية، وعرفت ثالث مرحلة انتشار كبير للأمراض المزمنة.[1]

أ. الأمراض السارية:

يتم تعريفه على أنه "أي مرض معد ينقل من مصدر إلى آخر إما مباشرة أو بواسطة ناقل للمرض (Maladies Contagieuses)، وله مرادفات أخرى، كالأمراض المعدية، الأمراض القابلة للنقل، وغيرها..."[2]

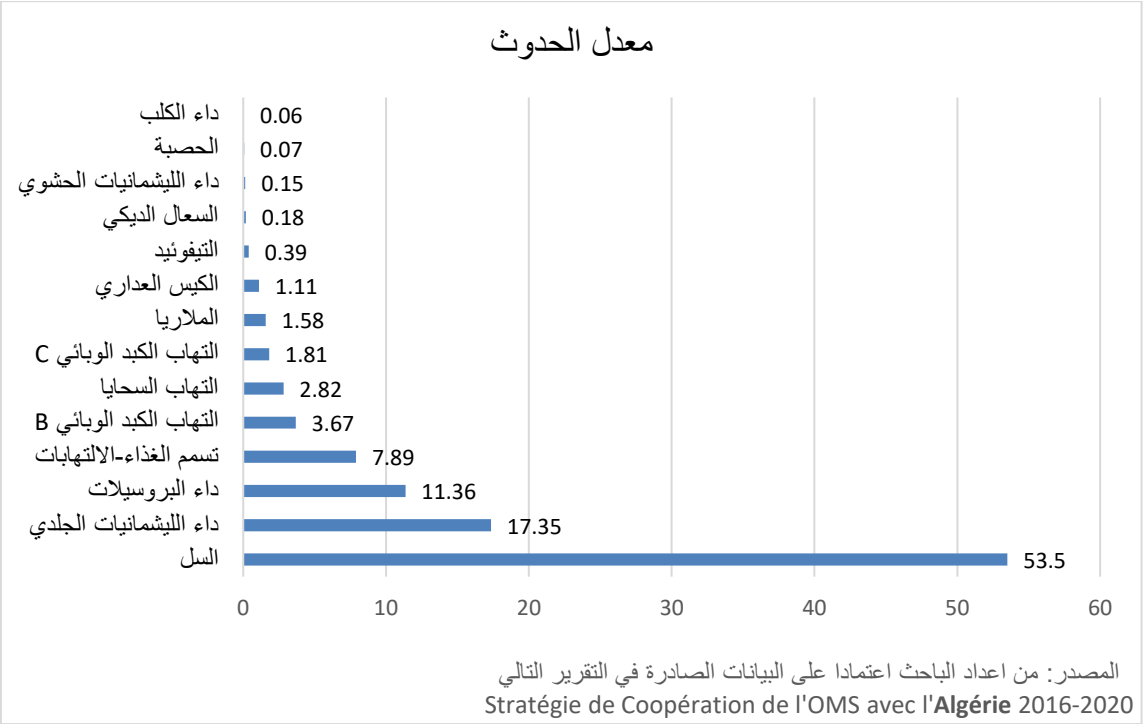
شهدت الساحة الوبائية عودة بعض الأمراض المعدية بعد تراجع معظم الأمراض المعدية خلال عام 1980 بسبب حملات التطعيم والاعتماد على الوقاية، نتيجة لانخفاض الموارد المالية المخصصة لمكافحتها وتدهور الأوضاع الأمنية والاجتماعية والاقتصادية للسكان نتيجة لتأثيرات العشرية السوداء،[3] أنظر الشكل البياني رقم 5.4 يوضح عبء الأمراض المعدية في الجزائر سنة 2013.

---

[1] نفس المرجع، ص 27.

[2] الأمم المتحدة، "مكنز الأمم المتحدة للمعلومات البيبليوغرافية"، عبر الموقع التالي:
https://metadata.un.org/thesaurus/1001123?lang=ar تاريخ المعاينة، 30-01-2023.

[3] بعيط فاتح، مرجع سابق، ص 22.



الشكل رقم 6.4: عبء الأمراض المعدية في الجزائر سنة 2013

لقد تغيرت ملامح الأمراض المعدية إلى حد كبير مقارنة بعام 1990، تم القضاء على شلل الأطفال، ونفس الأمر بالنسبة للكزاز، وبالمثل انخفض معدل الإصابة بالحصبة والسعال الديكي وحمى التيفوئيد إلى حد كبير، لم ترد تقارير عن الكوليرا منذ عام 1990، من ناحية أخرى تجدر الإشارة إلى استمرار بعض الأمراض الحيوانية المنشأ (داء الليشمانيات، داء البروسيلات، داء الكلب) وتسمم العقرب، وكذلك ظهور التسمم الغذائي، على الرغم من عدم الإبلاغ الواضح عن عدوى التسمم الغذائي والتي غالبا ما تكون جماعية، مما يشهد على الطبيعة المثالية لإدارة واحترام ظروف النظافة داخل المجتمعات، وخاصة المدارس والجامعات، وكذلك خلال الأحداث لمرة واحدة، ولا سيما الأحداث العائلية، تستمر ملاحظة التهاب السحايا النخاعي والتهاب الكبد (B-C) في شكل حالات متفرقة.[1]

[1] L'OMS, Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016-2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250548/ccs_dza_2016_2020_fr.pdf

كان معدل الإصابة السنوي (لكل 100000 نسمة) بالسل، بجميع أشكاله مجتمعة، 53.5 في عام 2013، مقارنة بـــ 62.8 في عام 2003، لوحظ نفس الاتجاه التنازلي لمرض السل الرئوي المجهري الإيجابي، والذي انخفض معدل حدوثه من 27.3 حالة في عام 2003 إلى 18.6 حالة في عام 2013، من ناحية أخرى هناك زيادة في حالات السل خارج الرئة، وخاصة العقدة الليمفاوية، مما يشكل تحديا جديدا.[1]

ب. الأمراض غير السارية:

الأمراض غير المعدية (Les maladies non transmissibles (MNT))، والمعروفة أيضا باسم الأمراض المزمنة، "تميل إلى أن تكون طويلة الأمد وهي نتيجة لمجموعة من العوامل الوراثية والفسيولوجية والبيئية والسلوكية".

الأنواع الرئيسية للأمراض غير السارية هي أمراض القلب والأوعية الدموية (مثل احتشاء عضلة القلب والسكتة الدماغية) والسرطانات وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة (مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن والربو) والسكري.

وتؤثر الأمراض غير السارية بشكل غير متناسب على سكان البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث تحدث أكثر من ثلاثة أرباع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية في جميع أنحاء العالم (31.4 مليون).[2]

منذ تسعينيات القرن الماضي، كشفت المسوحات الصحية عن زيادة ملحوظة في الأمراض المزمنة في الجزائر، تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي والسرطانات من بين الأمراض الأكثر شيوعا والتي تؤدي إلى ارتفاع الإنفاق الصحي، وبالتالي

---

[1] Idem.

[2] Organisation mondiale de la Santé, "Maladies non transmissibles", date de publication 16-09-2022, consulté le 30-01-2023. URL : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

تشكل مشكلة صحية عامة حقيقية، المعلومات التي تم جمعها عن الأمراض المزمنة عن طريق المسوح ستجعل من الممكن فهم مستويات وخصائص هذه الأمراض بشكل أفضل على المستويين الوطني والإقليمي الفرعي.[1]

ترتبط الأمراض المزمنة بالبنية العمرية والانتقال الوبائي، وتتزايد عاما بعد عام في الجزائر، يتم الاستشهاد بأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي والسرطانات من بين الأمراض الأكثر شيوعا، من بين السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما فما فوق من الأسر التي شملها المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4 2013)، أفاد 14٪ أنهم يعانون من مرض واحد معروف على الأقل، بعدما كانت النسبة 11.4% من مجموع الأسر التي مسها مسح الأسرة والطفل (PAPFAM 2002).

من بينات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4 2013)، يظهر التوزيع حسب متغير الجنس أن النساء أكثر تأثرا بالأمراض المزمنة من الرجال بنسبة 17٪ على التوالي مقابل 11٪، واعتمادا على مكان الإقامة، فإن انتشار الأمراض المزمنة أعلى نسبيا بين سكان الحضر (15٪) منه بين أولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية (12٪)، ووفقا للمجال الجغرافي، لوحظ أعلى معدل انتشار في شمال البلاد، ولا سيما في شمال وسط وشمال غرب مع انتشار 15٪ لكل منهما، تم العثور على أدنى معدل انتشار في جنوب البلاد.

تظهر بيانات نفس المسح (MICS4 2013)، أيضا أن انتشار الأمراض المزمنة، بغض النظر عن النوع، يزداد بشكل ملحوظ مع تقدم العمر، تزداد من 3٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, "Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS3)", Rapport principal, Algérie, 2006, p 51.

بين 15 و24 عاما إلى 16٪ بين 40 و49 عاما لتصل إلى 61٪ بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 70 عاما وما فوق%.[1]

وسنبرز تطور الأمراض غير السارية حسب المسوح المنجزة في الجزائر في الجدول الموالي:

الجدول رقم 3.4: تطور الأمراض غير السارية في الجزائر حسب المسوح (PAPFAM 2002) (MICS3 2006) (MICS4 2012/2013)

الأمراض غير السارية	المسوح		
	PAPFAM 2002	MICS3 2006	MICS4 2012/2013
ضغط الدم	3.0	4.4	5.6
أمراض المفاصل	1.6	1.7	1.2
الداء السكري	1.5	2.1	2.9
الربو	1.3	1.2	1.3
التهاب أو قرحة المعدة	1.3	–	–
أمراض القلب	1	1.1	0.9
مرض مزمن في الرئة	0.5	–	0.3
أمراض الكلى	0.5	–	0.2
أمراض عقلية	0.5	–	–
صداع مزمن	0.4	–	–
الأنيميا	0.3	–	–
مرض مزمن في الظهر	0.3	–	–
إعتام عدسة العين	0.3	–	–
الصرع	0.2	–	–
مشاكل كبيرة في الجلد	0.2	–	–
أمراض الكبد	0.1	–	–
البروستاتة	0.1	–	–
الزرق (علة في العين)	0.1	–	–

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, "Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4)", 2012/2013, Rapport final, Algérie, p 230.

كوليسترول عالي	0.1	–	–
جلطة المخ	0.1	–	–
السرطان	0.1	–	0.2
أمراض مزمنة أخرى	–	2.4	1.7
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة والطفل 2002 المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2013/2012			

تظهر البينات التي تم جمعها خلال المسوح **PAPFAM 2002** و**2006** MICS3 و MICS4 **2012/2013** أن ضغط الدم المترفع يحتل المرتبة الأولى حيث كان معدل الانتشار خلال المسوح 2002 و2006 و2013 على التوالي 3.0% و4.4% و5.6%، يليه مرض السكري بنسبة 2.9%، تأتي بعدها كل من أمراض الربو 1.3% وأمراض المفاصل 1.2%، أمراض القلب 1% وغيرها من الأمراض المزمنة وتخص هذه النسب السكان الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما فأكثر من بينات المسح MICS4.

6.1.4 الواقع الصحي لكبار السن من بيانات مسح صحة الأسرة PAPFAM 2002:

1.6.1.4 رأي المبحوثين حول أحوالهم الصحية في الوسط الحضري:

هناك ارتباط وثيق ما بين الوضع الصحي للأفراد والتقدم في العمر، لهذا اهتم المسح الخاص بصحة الأسرة والطفل (**PAPFAM 2002**) بالحالة الصحية لكبار السن من خلال إدراج أسئلة تتعلق بالجانب الصحي.

صرح 47,6% من كبار السن أنهم يشعرون بحالة مرضية، وأدلى 36,5% منهم أن حالته سيئة، واقتصرت نسبة كبار السن الذين يظنون أن حالتهم الصحية جيدة 15,2%، وبحسب العمر نجد أن كبار السن الذين صرحوا بأن حالتهم جيدة تتناقص النسب بارتفاع الأعمار، وبالنسبة للأفراد

الذين صرحوا بأن حالتهم الصحية سيئة فالنسب تجمعها علاقة طردية أي كلما زاد العمر ارتفعت النسبة، وفيما يخص الجنس لم نسجل فرق بين الجنسين.

الجدول رقم 4.4: توزيع المبحوثين حسب رأيهم حول الحالة الصحية وبعض الخصائص في الوسط الحضري

الخصائص		جيدة	مرضية	سيئة	أخرى
ذكور	-6096	25,7	51,2	22,0	1,0
	79-70	16,0	45,7	38,0	0,3
	+80	3,9	40,6	54,7	0,8
	المجموع	20,2	48,3	30,7	0,8
إناث	-6096	12,5	49,9	37,5	0,1
	79-70	8,1	48,3	42,5	1,2
	+80	6,3	28,0	64,3	1,4
	المجموع	10,5	46,9	42,0	0,6
المجموع	-6096	18,7	50,5	30,2	0,6
	79-70	12,2	47,0	40,2	0,7
	+80	5,2	33,9	59,8	1,1
	المجموع	15,2	47,6	36,5	0,7

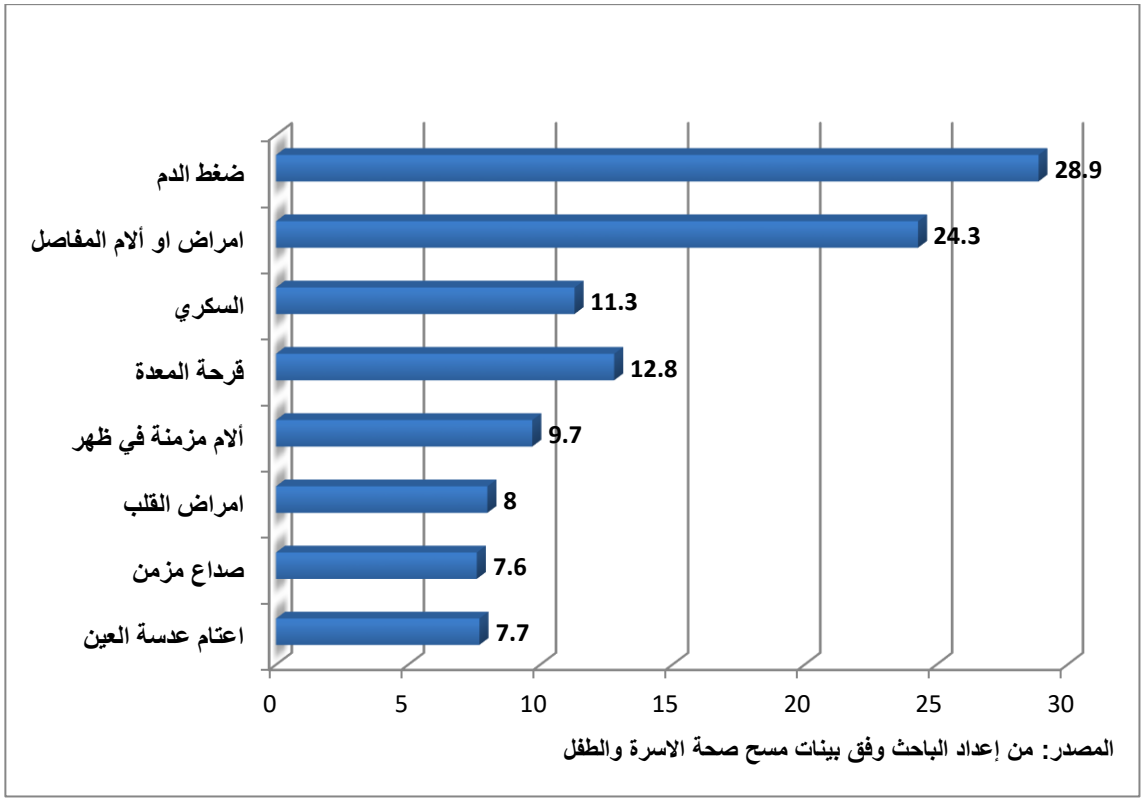
المصدر: بناءا على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002

2.6.1.4 انتشار الأمراض المزمنة بين كبار السن وفق بينات المسح PAPFAM 2002:

اهتم المسح أيضا بمعرفة أهم الأمراض والمشاكل الصحية التي يعاني منها كبار السن وذلك لإلقاء الضوء على حالتهم الصحية، حيث طرح سؤال على كبار السن هل تعاني من أي مرض أو مشكلة صحية؟ فجاءت النسب على النحو 66.8% صرحوا بأنهم يعانون على الأقل من مرض واحد.[1]

[1] المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (PAPFAM 2002)، ص185.

يتبين من الشكل الموالي أن أكثر الأمراض المزمنة انتشارا بين المصابين بأمراض من كبار السن هو مرض ضغط الدم، إذ بلغت نسبة المصابين به 28.9%، تليه أمراض وألام المفاصل وبلغت نسبة الإصابة بها 24.3%، وأمراض السكر 11.3%، وكانت أقل نسبة في الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا هي إعتام عدسة العين إذ بلغت نسبة المصابين بها 7.7%، معظم الأمراض المصرح بها قد تم تشخيصها من قبل الطبيب.[1]



الشكل رقم 7.4: التوزيع النسبي لكبار السن حسب المرض المزمن المصرح به من بينات PAPFAM 2002

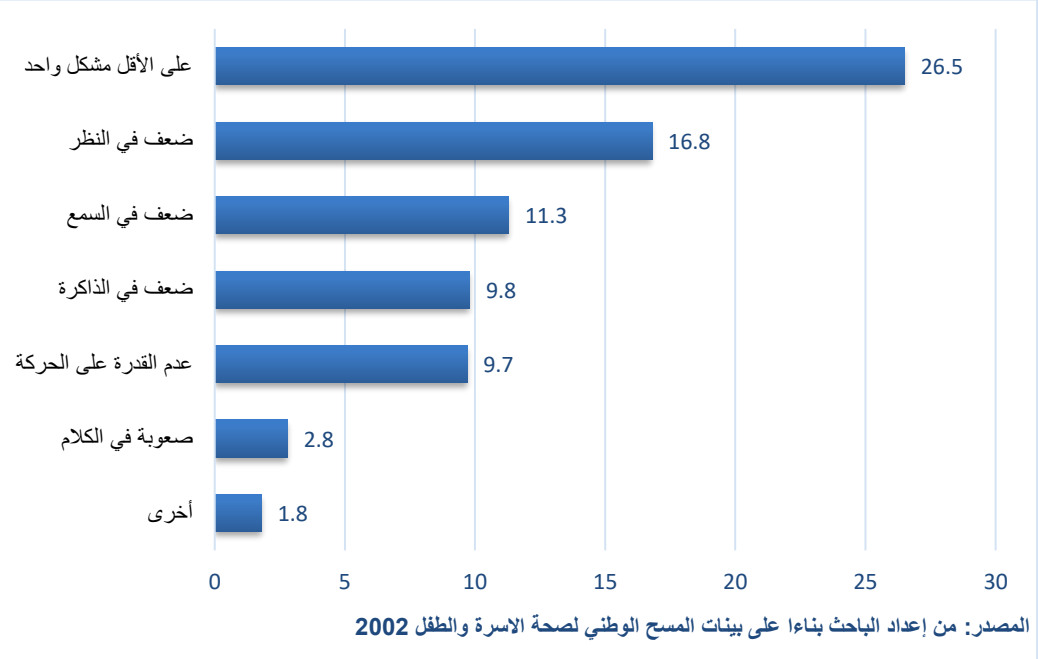
3.6.1.4 أنواع الإعاقات لدى كبار السن من بينات المسح PAPFAM 2002:

عدا عن انتشار الأمراض المزمنة بين كبار السن، فقد صرح حوالي 26,5% من كبار السن أنهم يعانون على الأقل من مشكل أو اضطراب يعيق نشاطاتهم اليومية، أعلى نسبة إعاقة بين

[1] نفس المرجع، ص 186.

المعاقين هي ضعف النظر إذ بلغت نسبتها 16.8%، تليها الإعاقة السمعية بنسبة 11.3% ثم تليها ضعف في الذاكرة بنسبة 9.8% وعدم القدرة على الحركة بنسبة 9.7%.[1]

والملاحظ من خلال التوزيع النسبي حسب حاجتهم إلى المساعدة أن 73.1% منهم ليسو بحاجة إلى المساعدة سواء كانت جزئية أو كلية من طرف أشخاص آخرين للقيام بمختلف النشطات اليومية، وتقل هذه النسبة مع التقدم في العمر، كما ترتفع هذه النسبة عند النساء مقارنة بالرجال، ولا تظهر تباينات حسب وسط الإقامة، والشكل الموالي يوضح نسب الصعوبات حسب نوع المشكل بين كبار السن.



الشكل رقم 8.4: يوضح نسب الصعوبات حسب نوع المشكل بين كبار السن.

4.6.1.4 التغطية الصحية لدى كبار السن في الوسط الحضري:

في حين أفاد 51.8% من كبار السن عن استخدام الأدوية، فإن إمكانية الوصول إلى الأدوية وتوافرها تؤثر على مدى التغطية الصحية المقدمة لهذه الفئة من السكان، الفجوة بين الجنسين هي

[1] نفس المرجع.

كما يلي: 41.4% من الذكور، 61.6% من النساء، بما في ذلك ما يصل إلى 50.4% من النساء اللواتي يتناولن ثلاثة أدوية أو أكثر، أما بالنسبة لأنظمة الرعاية الصحية، فقد قال 57.1% من كبار السن أنهم يستخدمون نظاما لتقديم الرعاية الصحية، حيث يمكن أن يعزى ذلك إلى حقيقة أن غالبية كبار السن من الذكور يحصلون على معاشات تقاعدية تضمن لهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية (47.4% للرجال و52.2% للنساء)، وتقدر نسبة كبار السن الذين يجدون صعوبة في الحصول على هذه الأدوية بنسبة 42.9%.

الجدول رقم 5.4: توزيع كبار السن حسب الجنس وبعض جوانب التغطية الصحية في الوسط الحضري

التغطية الصحية	رجال (بالمئة)	نساء (بالمئة)	المجموع (بالمئة)
يتلقى أي نوع من الأدوية	41,4	61,6	51,8
يتعاطى عادة أكثر من ثلاث أدوية يوميا	47,4	52,2	50,4
يجد صعوبة في الحصول على هذه الأدوية	41,9	43,5	42,9
يستخدم أي نظام لتوفير الرعاية الصحية	59,4	54,9	57,1
الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة	68,1	73,8	70,9
المصدر: بناءا على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002			

سنقوم بتضمين جدول نوضح فيه أسباب عدم رضا كبار السن عن الخدمات الصحية لأولئك الذين أبدو عن عدم رضاهم عن الخدمات الصحية، على الرغم من حقيقة أن 70.9% من كبار السن من أفراد العينة أعربوا عن رضاهم عن الخدمات الصحية.

الجدول رقم 6.4: توزيع كبار السن حسب أسباب عدم الرضا عن الخدمات الصحية في الوسط الحضري

الأسباب	النسب المئوية
عدم توفر جميع التخصصات	21,3
نقص كفاءة مقدمي الخدمات	16,4
نقص الثقة في العاملين	6,9
عدم وجود المختصين	5,1
سوء المعاملة	18,7
طول فترة الانتظار عند طلب الخدمة	19,7
بعد المكان (الهيكل المطلوب)	3,8
صعوبة الوصول إلى الهيكل	2,1
نقص النظافة	0,5
أسباب أخرى	5,4
المجموع	100
المصدر: بناءا على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002	

من بين أهم أسباب عدم الرضا كبار السن عن الخدمات الصحية تمثلت في عدم توفر جميع التخصصات بنسبة 21,3%، ويليها السبب طول فترة الانتظار بنسبة 19,7%، سوء المعاملة 18,7%.

2.4 حوادث العمل والأمراض المهنية:

العمل ضرورة في معظم المجتمعات، لن يتمكن الكثير من الناس بدونه من كسب المال للعيش، ومع ذلك يمكن أن يكون العمل بيئة خطرة، تحدث العديد من الأمراض والحوادث المهنية

القاتلة في العمل، بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يصاب العمال بسهولة أو يعانون من التعب كلما كانوا في العمل.

أرباب العمل مسؤولون عن خلق بيئة عمل آمنة وصحية للوقاية من الأمراض والحوادث المهنية في العمل، الأمراض المهنية هي الحالات التي يسببها أو تزداد سوءا بسبب التعرض للمخاطر المهنية مثل المواد الكيميائية والغبار والضوضاء، الحوادث المهنية هي إصابات أو وفيات تحدث للعمال أثناء قيامهم بواجباتهم.

1.2.4 المخاطر المهنية:

يرتبط مفهوم المخاطر بظواهر عشوائية لا يمكن التنبؤ بها التي تأتي من البيئة المهنية، من المرجح أن ينطوي أي نشاط مهني على مخاطر على صحة العمال ويؤدي إلى أمراض جسدية ومعنوية، تمثل المخاطر المهنية أي مخاطر ناشئة عن النشاط المهني، وهذا يعني أن العمل المدفوع الأجر ضروري للعيش في الوقت الحاضر، يرى مارغوسيان أي ظاهرة أو أي حدث يظهر في مكان العمل ويشكل خطرا على البشر يسمى المخاطر المهنية، يمكن أن يحدث الضرر الصحي مباشرة بعد الحادث أو بعد عدة سنوات، كما في حالة بعض الأمراض المهنية[1].

كما يرى جولي أنه من المحتمل أن تؤدي المخاطر المهنية إلى حوادث مهنية وأمراض مهنية، يمكن تصنيف المخاطر المهنية وفقا لمعايير مختلفة:[2]

[1] Kandi Nabil, Brahamia Brahim, Tüğen Kâmil. "Les Représentations des Risques Professionnels et de l'Etat de Santé au Travail parmi des Travailleurs de la Commune de Bejaia". Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 32 / 2 (Décembre 2017), P3. https://doi.org/10.24988/deuiibf.2017322582
[2] Idem.

1.1.2.4 المخاطر الميكانيكية:

يعرف وفق المعيار الأوروبي المخاطر الميكانيكية على أنها جميع العوامل الفيزيائية التي يمكن أن تكون في أصل الإصابة بسبب الحركة الميكانيكية لعناصر الماكينة أو الأدوات أو الأجزاء أو المواد الصلبة أو السوائل المتوقعة، هذه العناصر تشكل خطرا على الصحة، ولا سيما وفقا لشكلها وكتلتها وتسارعها عندما تكون في حالة تنقل.[1]

2.1.2.4 المخاطر الجسدية:

من المفهوم أن المخاطر الجسدية تعني الخطر الذي يمكن أن يؤثر على جسم الشخص وكذلك المضايقات الخارجية التي تهدد التوازن الصحي للعامل، تتمثل في جميع المخاطر الكامنة في استخدام الآلات أو المعدات الصناعية التي تسبب الإزعاج في مكان العمل: الضوضاء، وبيئات الإضاءة، والاهتزازات، والعمل على الشاشة، والإشعاع البصري أو الكهرومغناطيسي، والحرارة، والبرودة، وما إلى ذلك، يمكن أن تظهر هذه المخاطر من خلال الإصابة الشخصية أو الأمراض المهنية مثل الاضطرابات العضلية الهيكلية وآلام أسفل الظهر وما إلى ذلك.[2]

3.1.2.4 المخاطر الكيميائية:

يرى مارغوسيان أن المخاطر الكيميائية تنشأ من وجود أو التعامل مع المواد الكيميائية المستخدمة في الصناعات والتي غالبا ما تكون مسببات الأمراض، من المفهوم أن المخاطر الكيميائية تعني جميع المواقف الخطرة الناشئة عن المواد الكيميائية[3].

---

[1] Idem, P4.
[2] Idem.
[3] Idem.

4.1.2.4 المخاطر البيولوجية:

وفق مارغوسيان تنشأ المخاطر البيولوجية من العدوى بعد امتصاص الجسم للكائنات الحية الدقيقة المسببة للأمراض (البكتيريا والفيروسات والطفيليات، إلخ...)، المخاطر البيولوجية هي العدوى الناشئة عن الكائنات الحية الدقيقة المسببة للأمراض التي تصادف العامل في البيئة المهنية[1].

5.1.2.4 المخاطر النفسية والاجتماعية في العمل:

وفق هاوبولد هذه التوترات البشرية يحتمل أن تكون ناتجة عن تنفيذ استراتيجية الشركة، يطلق عليهم العوامل نفسية اجتماعية، لأنهم في واجهة الفرد وضمن مجال عمله، الإجهاد هو في صميم المشاكل النفسية والاجتماعية في العمل: ويرى إسب أن الإجهاد ينشأ من حالة العمل التي تتفاعل مع خصائص العامل، وذلك لإحداث انقطاع في التوازن النفسي والفسيولوجي.[2]

في إطار جهود السلطات العامة للحد من المخاطر المهنية، يسعى المعهد الوطني للوقاية من المخاطر المهنية، الذي تم إنشاؤه في عام 2004، إلى مرافقة الشركات الكبرى والشركات الناشئة والمشاريع الصغيرة والمتوسطة، بالإضافة إلى مرافقة الحرفيين في مختلف القطاعات والأنشطة من أجل الحد من المخاطر المهنية، من خلال إجراء الدراسات الفنية العامة أو المتخصصة، يوفر المعهد بيانات عن تصنيف المخاطر المهنية حسب القطاعات الرئيسية للنشاط الاقتصادي.

هذه القطاعات هي: قطاع المناجم واستخراج الفحم، قطاع الغابات، الصيد، الزراعة، الكهرباء والغاز، الطباعة والصناعة الورقية والخشب، صناعة النسيج والملابس والأحذية، صناعة المستحضرات الصيدلانية، القطاع الكيميائي وشبه الكيميائي، قطاع البناء والأشغال العمومية والري،

---

[1] Idem.
[2] Idem, P5.

صناعة السيارات، قطاع الأغذية الزراعية، الصناعة البلاستيكية والمطاط، قطاع الحديد والصلب، الخدمات، السياحة والفندقة، النقل/ اللوجستيك، الصحة، تكنولوجيا المعلومات والاتصال.

وفيما يلي الجدول رقم 7.4 يوضح الأخطار المهنية التي تخص بعض قطاعات النشاط المختارة:

الجدول رقم 7.4: تصنيف المخاطر المهنية حسب بعض قطاعات النشاط في الجزائر

القطاع	المخاطر	القطاع	المخاطر
قطاع المناجم واستخراج النفط	▫ خطر الحريق والانفجار ▫ خطر التعرض للعوامل الكيميائية ▫ خطر السقوط على الأرض ▫ الخطر الميكانيكي ▫ خطر القيام بوضعيات خطيرة أثناء العمل ▫ مخاطر التعرض للحرارة ▫ خطر الانهيار أو انزلاق التربة ▫ خطر الاختناق ▫ خطر السحق ▫ الأخطار الجيولوجية	**قطاع الغابات**	▫ الأخطار المتعلقة بالحرائق ▫ الأخطار المرتبطة بالقيام بوضعيات خطيرة أثناء العمل ▫ الأخطار المتصلة بحمل الثقل ▫ الأخطار الناجمة عن التعرض للضوضاء ▫ الأخطار الناجمة عن التعرض للتقلبات الجوية (البرودة والحرارة) ▫ الأخطار المتصلة باستخدام أدوات العمل ▫ الأخطار التعرض للسقوط من المرتفعات ▫ الأخطار المتصلة بحركة سقوط الأشجار أو انزلاق الصخور ▫ الأخطار المرتبطة بالعوامل الكيميائية ▫ الأخطار البيولوجية
الصيد	▫ خطر السقوط والانزلاق ▫ مخاطر السقوط من الارتفاع على متن السفينة ▫ خطر السقوط من سطح السفينة ▫ المخاطر الناجمة عن العمل في بيئات باردة ومبللة ▫ المخاطر المرتبطة بالمعالجة اليدوية	**الزراعة**	▫ المخاطر المرتبطة بالمعالجة اليدوية ▫ خطر السقوط والانزلاق ▫ المخاطر المتصلة بالآليات والأدوات ▫ المخاطر المرتبطة بحركة وتنقل الآلات الزراعية ▫ المخاطر المتصلة بالضوضاء ▫ المخاطر المرتبطة بالاهتزاز

	▫ المخاطر المرتبطة بالمعالجة اليدوية ▫ خطر القيام بوضعيات خطيرة أثناء العمل ▫ خطر التأثير الناجم عن معدات الصيد ▫ مخاطر القطع ▫ خطر الاصطدام ▫ خطر السحق ▫ مخاطر الصدمة الكهربائية ▫ خطر الغرق		▫ المخاطر المتصلة بالمواد الكيميائية ▫ خطر الحريق ▫ الأمراض الحيوانية التي تنتقل إلى البشر
قطاعات الخدمات المالية (البنوك والتأمينات)	▫ مخاطر الاضطرابات العضلية ▫ خطر السقوط والانزلاق ▫ المخاطر الفيزيائية (بيئة العمل) ▫ الأخطار الكيميائية ▫ الأخطار النفسية والاجتماعية	**الصحة**	▫ المخاطر المتصلة بالنشاط البدني ▫ المخاطر البيولوجية ▫ مخاطر التعرض للدم ▫ خطر التعرض للإشعاع المؤين ▫ الأخطار الناجمة عن تخزين واستعمال قارورات الغاز والأكسجين ▫ المخاطر الناجمة عن المواد الكيميائية والمنتجات المسرطنة، والمواد السامة ▫ المخاطر النفسية والاجتماعية
قطاع البناء والأشغال العمومية والري	▫ خطر السقوط والانزلاق ▫ خطر السقوط من الارتفاع ▫ المخاطر المتعلقة بالانهيار أو سقوط الحمولة أو الأشياء ▫ الانهيارات الأرضية ▫ المخاطر المتعلقة بعمليات الرفع ▫ المخاطر المرتبطة باستخدام الآلات والمعدات ▫ المخاطر المرتبطة بالتكهرب أو الصعق ▫ الخطر المروري ▫ المخاطر المرتبطة بالعمل اليدوي: السبب الرئيسي للأمراض المهنية في	**النقل/ اللوجستيك**	▫ خطر الضرر والسحق ▫ خطر المواقف والوضعيات الخطيرة (الجلوس المطول) ▫ خطر الإصابة بالاضطرابات العضلية ▫ مخاطر المناوبة والعمل الليلي ▫ التعامل اليدوي ▫ خطر الانزلاق والسقوط ▫ المخاطر النفسية الاجتماعية

	الصناعة والبناء والتي يمكن أن تؤدي إلى إعاقة إلى حد ما ▫ حمل المعدات الثقيلة يدويا ▫ القيام بوضعيات عمل خطيرة بصفة متكررة ▫ المخاطر المرتبطة: ▫ الإزعاج الفيزيائي. ▫ الإزعاج الكيميائي		
المصدر: المعهد الوطني للوقاية من الأخطار المهنية (INPRP)			

1.2.4 مفهوم حوادث العمل:

تعرف المفوضية الأوربية حادث العمل بأنه "حدث منفصل في سياق العمل يؤدي إلى ضرر جسدي أو عقلي". وهذا يشمل حالات التسمم الحاد والأفعال المتعمدة لأشخاص آخرين، بالإضافة إلى الحوادث التي تحدث أثناء العمل ولكن خارج مقر الشركة، حتى تلك التي تسببها أطراف ثالثة، وهو يستثني الإصابات الذاتية المتعمدة، والحوادث في الطريق من وإلى العمل (حوادث التنقل) والحوادث التي لها أصل طبي فقط والأمراض المهنية، عبارة "في سياق العمل" يقصد بها أثناء مزاولة نشاط مهني أو أثناء الوقت الذي يقضيه في العمل، ويشمل ذلك حالات حوادث المرور على الطرق أثناء العمل، يعرف الحادث المميت بأنه حادث يؤدي إلى وفاة ضحية خلال عام واحد من وقوع الحادث.[1]

[1] European Commission, European Statistics on Accidents at Work (ESAW), Methodology, 2001, https://ec.europa.eu/eurostat/ramon/statmanuals/files/ESAW_2001_EN.pdf

أما في التشريع الجزائري فقد عرف المشرع حادث العمل على أنه: " **كل حادث انجرت عنه إصابة بدنية ناتجة عن سبب مفاجئ طرأ في إطار علاقة العمل**".[1]

ويعتبر كحادث عمل، الحادث الواقع أثناء:

"القيام خارج المؤسسة بمهمة ذات طابع استثنائي أو دائم طبقا لتعليمات صاحب العمل، ممارسة عهدة انتخابية، أو بمناسبة ممارستها، أو في إطار منظمة جماهرية ما، مزاولة الدراسة بانتظام خارج ساعات العمل".[2]

حتى ولو لم يكن المعني بالأمر مؤمنا له اجتماعيا، يعتبر أيضا كحادث عمل إذا طرأ له الحادث أثناء:

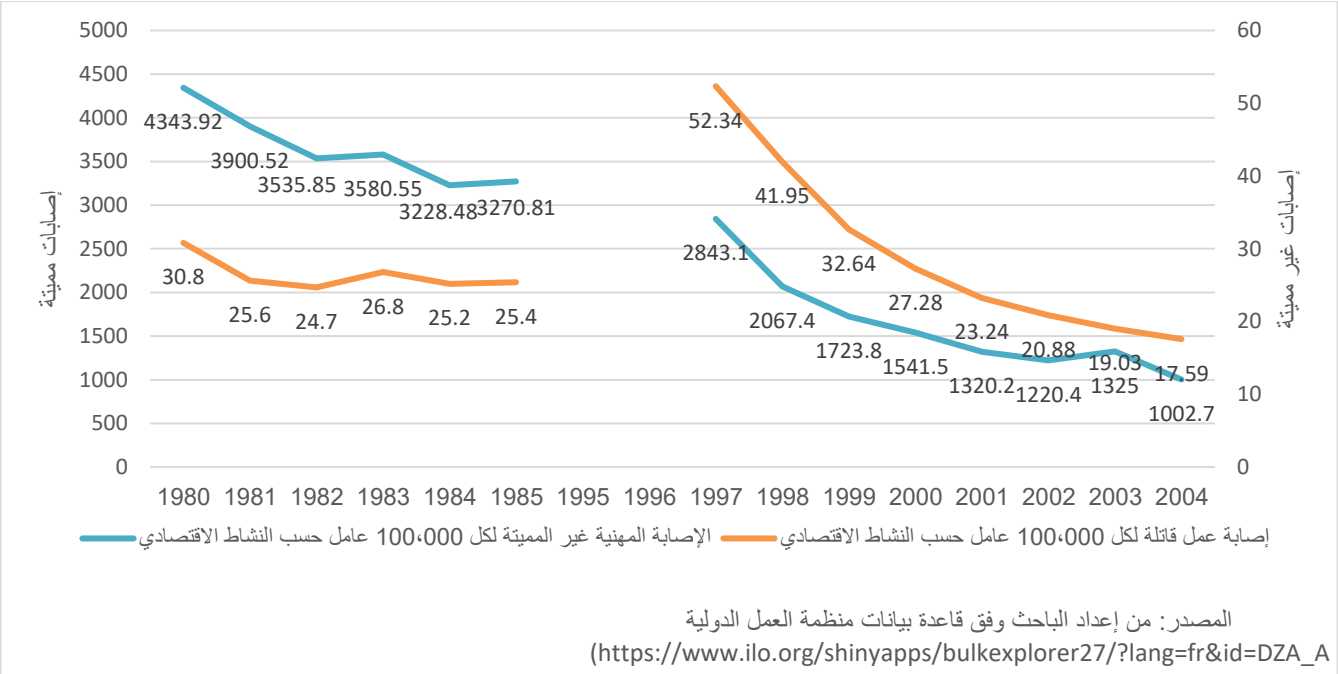
"الأعمال والنشاطات المطلوبة التي ينظمها الحزب أو المنظمات الجماهرية أو الاتحادات المهنية، النشاطات الرياضية التي تنظمها الهيئة المستخدمة، أو تنظم في إطار الجمعيات، القيام بعمل من أعمال البر من أجل الصالح العام، أو لإنقاذ شخص معرض للهلاك".[3]

كما اعتبر المشرع أيضا "الإصابة والوفاة اللتين تطرآن في مكان العمل أو في مدته أو في وقت بعيد عن ظرف وقوع الحادث أو أثناء العلاج الذي عقب الحادث أنهما حوادث عمل ما لم يثبت عكس ذلك".[4]

لرصد واقع حوادث العمل في الجزائر، استخدمنا بيانات منظمة العمل الدولية لنظهر تطور هذا المؤشر وفق ما هو موضح في الشكل رقم 8.4:

---

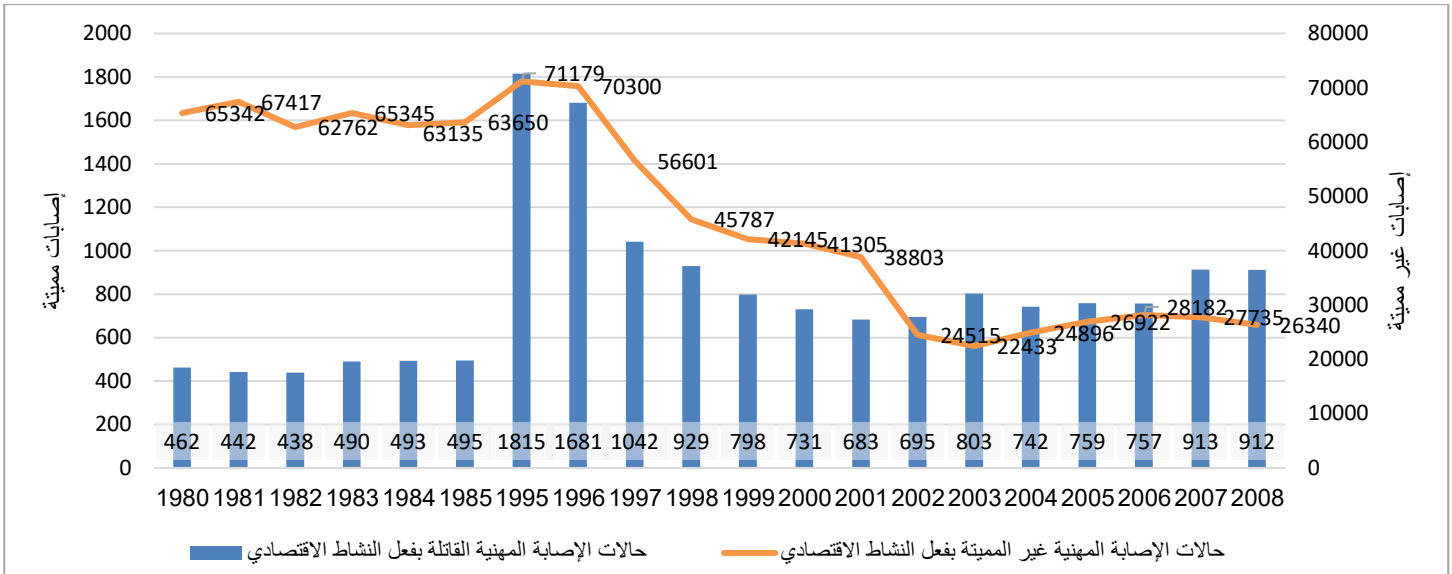
[1] الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، المادة 6، قانون رقم 83-13 المؤرخ في 02 جويلية 1983، يتضمن حوادث العمل والأمراض المهنية، الجريدة الرسمية.
[2] نفس المرجع، المادة 7.
[3] نفس المرجع المادة 8.
[4] نفس المرجع، المادة 9.



المصدر: من إعداد الباحث وفق قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية
(https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer27/?lang=fr&id=DZA_A

الشكل رقم 9.4: يوضح معدلات حوادث العمل القاتلة وغير القاتلة لكل 100000 عامل في الجزائر خلال الفترة 1980–2004.

انخفض معدل الإصابات المهنية المسجل على المستوى الوطني لكل 100000 عامل في عام 2004، وفقا لبيانات منظمة العمل الدولية انخفض معدل الإصابات المهنية القاتلة من 4343.92 لكل 100000 عامل عام 1980 إلى 1002.7 لكل 100000 عامل في عام 2004، أما فيما يخص الإصابات المهنية القاتلة فقد انخفض المعدل 30.8 لكل 100000 عامل عام 1980 إلى 17.59 لكل 100000 عامل عام 2004، أي بانخفاض قدره 45% تقريبا كاتجاه عام للمؤشر، ولكن للتوضيح لا توجد بيانات فعلية عن الفترة من 1985 إلى 1996، هناك زيادة في عدد الإصابات المهنية المميتة وغير المميتة في عام 1997 ثم عرفت انخفاض مرة أخرى، قد يكون السبب هو الوضع السياسي الذي عاشته الجزائر في التسعينيات، والذي أثر على معدل الإصابات المهنية وممكن يرجع هذا إلى الإصابات المهنية التي تعرض لها منتسبي الأسلاك الأمنية في تلك الفترة، وهو ما جعل المعدل يرتفع بعد ما كان قد تراجع في فترة ماضية، وفيما يلي رسم بياني يوضح تطور أعداد حوادث العمل المهنية المميتة وغير المميتة في الجزائر من بيانات منظمة العمل الدولية:



المصدر: من إعداد الباحث وفق قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية
(https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer27/?lang=fr&id=DZA_A)

الشكل رقم 10.4: يوضح حالات الإصابة المهنية غير المميتة والقاتلة بفعل النشاط الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة 1980–2008.

2.2.4 الأمراض المهنية:

أما فيما يتعلق بتعريف الأمراض المهنية فقد سبق وتحدثنا عن مفهوم الأمراض المهنية التي حددتها القوانين الجزائرية والأنظمة الدولية، ولتجنب التكرار سنكتفي بشرح تصنيف أسباب الأمراض المهنية، حيث يوجد 85 جدول يصنف الأمراض المهنية المؤهلة للحصول على التعويض في الجزائر حسب اللوائح الحالية، تضمنت هذه الوثيقة توزيع الأمراض المفترضة ذات الأصل المهني إلى ثلاث مجموعات، التي اقترحها المرسوم الوزاري الصادر في 05 مايو 1996، بالإضافة إلى تصنيفات أخرى، حسب التخصص الطبي (المرض والأعراض)، حسب عائلة المواد والمخاطر من أجل تبسيط البحث وتحديد الأسباب التي تمنح الحق في العلاج وتعويض العمال.

- **المجموعة رقم 01:** المتعلقة بالمظاهر المرضية للتسمم الحاد أو المزمن، تتضمن 56 جدول للأمراض المهنية.

- **المجموعة رقم 02:** المتعلقة بالعدوى الميكروبية أو الجرثومية، تتضمن 16 جدول للأمراض المهنية.
- **المجموعة رقم 03:** المتعلقة بالأمراض الناتجة عن وسط العمل أو وضعية خاصة، تتضمن 13 جدول للأمراض المهنية.[1]

وفيما يلي تصنيف آخر للأمراض المهنية القابلة للتعويض وفق المخاطر:

الجدول رقم 8.4: قائمة الأمراض الرئيسية التي تعوضها جداول الأمراض المهنية المصنفة حسب المخاطر وفق التشريع الجزائري.

المخاطر	العامل الضار
المخاطر الكيميائية	الرصاص (1)، الزئبق (2)، رباعي كلورو الإيثان (3)، التولوين (4)، الفوسفور (5)، الكلورونافثالين (= المشتقات المهلجنة للهيدروكربونات العطرية) (09)، الكروم (10)، رابع كلوريد الكربون (11)، المشتقات النترية للفينول (14)، الأمينات العطرية (15)، الزرنيخ (20)، الهيدروجين الزرنيخ (21)، ثاني كبريتيد الكربون (22)، بروميد الميثيل (26)، كلوريد الميثيل (27)، المنغنيز (39)، فينيل هيدرازين (49)، كلوريد الفينيل (51)، الهكسان (58)، الكادميوم (60)، أول أكسيد الكربون (63)، الأنتيمون(72)، الفلوريد (73)، السيلينيوم (74)، ميثيل ميثاكريلات (82)، المذيبات (84).
المخاطر الجسدية	الإشعاع المؤين (6)، الضغط العالي (29)، الصمم بالضوضاء (42)، درجات الحرارة المرتفعة (57)، الاهتزاز (68)، الإشعاع الحراري (70)، الرضح الضغطي (83).
المخاطر البيولوجية	الكزاز (7)، الجمرة الخبيثة (18)، داء البريميات (19)، داء البروسيلات (24)، الدودة الشصية (28)، السل (40)، التهاب الكبد الفيروسي (45)، داء فطريات الجلد (46)، الريكتسيا (52)، شلل الأطفال (53)، الأميبات (54)، داء الكلب (55)، التولاريميا (67)، الأمراض المعدية التي يصاب بها العاملون الصحيون (75)، السمحاق والأونيكسيس (76)، التهاب القرنية والملتحمة الفيروسي (79).
الحساسية	الآفات الجلدية التحسسية (64)، أمراض الجهاز التنفسي التحسسية (65)، الأسمنت (8)، أمراض الجهاز التنفسي بالكروم (10)، حساسية الأمينات العطرية (15)، الستربتومايسين (31)، النيكل

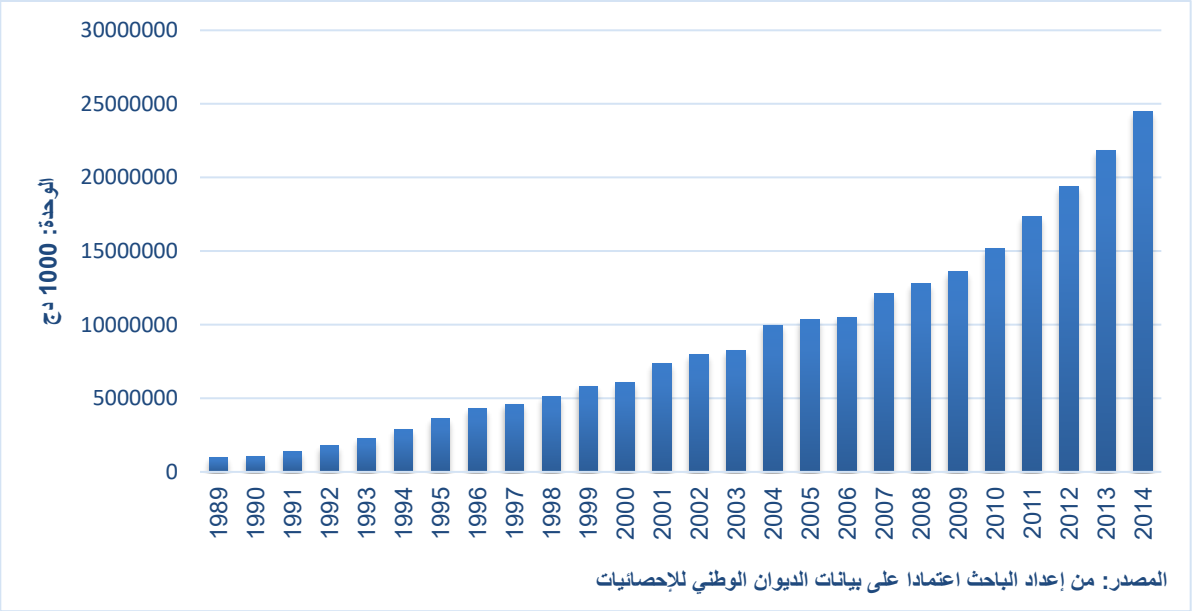
[1] Dr S. LEBOUABI, Dr F. HADEF, Pr M. HADDAR, "Tableaux Des Maladies Professionnelles En Algérie", Service Universitaire De Médecine Du Travail “Djamel Eddine Abed” Eph De Rouiba-Alger.

	(36)، أمراض الجهاز التنفسي بالنيكل (36)، الكلوربرومازين (38)، الفورمالين (43)، الأمينات الأليفاتية أمراض الجهاز التنفسي (48)، غبار الخشب (47)، راتنجات الايبوكسي (50)، الأيزوسيانات (61)، إنزيمات المحللة للبروتين (62)، فورفورال (73)، ميثيل ميتاكريلات (82).
السرطان	البنزين–KC (4)، الإشعاع المؤين–KC (6)، الكروم–KC (10 ثالثا)، العطرية أمين–KC (15)، قطران الفحم–KC (16)، الزرنيخ–KC (20)، الأسبستوس/ميسوثيليوم (30)، الأسبستوس/الشعب الهوائية KC (30)، الزيوت المعدنية، النيكل–KC (37)، غبار الخشب–غربالي KC (47)، كلوريد الفينيل (51)، مكرر (كلورو ميثيل) الأثير (81)، نيتروسوجوانيدين (17)
الألياف والغبار	الأسبست (20)، السحار السيليسي (25)، البريليوم (33)، داء أكسيد الحديد (44)، غبار الخشب (47)، كلوريد البوتاسيوم (66)، كربيدات المعادن (69)، الإشعاع الحراري والغبار (70)، كلوريد الصوديوم (77)، غبار النسيج (65)، غبار الخضروات (65/47)، مناجم الفحم (18)، التهاب الملتحمة (79)، منجم الحديد والاعتلال الرئوي في الشعب الهوائية (44).
الأفعال والمواقف	ورم الركبة (56)، الغضروف المفصلي (78)، رأرأة (23)، الإشعاع الحراري (70).
ملاحظة: الأرقام أمام كل عنصر تمثل أرقام جداول الأمراض المهنية التي مجموعها 85 جدول. Source: Dr S. LEBOUABI, Dr F. HADEF, Pr M. HADDAR, Tableaux Des Maladies Professionnelles En Algérie, Service Universitaire De Médecine Du Travail “Djamel Eddine Abed” Eph De Rouiba-Alger.	

في عام 2013 أعلن وزير العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي عن تسجيل 640 حالة مرض مهني، من بينها 27% مصدرها الخطر الكيميائي، كما صرح الوزير أن نفقات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء المرتبطة بحوادث العمل والأمراض المهنية فاقت 20 مليار دج سنويا[1]، تظهر الأرقام أن الأمراض المهنية هي مشكلة رئيسية في العالم، مع الإبلاغ عن عدد كبير من الحالات كل عام، وغالبا ما تكون القطاعات الأكثر تضررا هي تلك التي تنطوي على ظروف عمل صعبة ومخاطر صحية كبيرة، مثل الصناعة والبناء والزراعة، من المهم مواصلة الجهود للوقاية من الأمراض المهنية من خلال ضمان حماية العمال من المخاطر الصحية المحتملة،

[1] النهار أونلاين، "انخفاض حوادث العمل المؤدية للوفيات بـ 8 بالمئة في الجزائر في سنة 2013"، نشر في 29 أفريل 2014، تاريخ المعاينة: 16 فيفري 2023، عبر الموقع: https://www.ennaharonline.com

حسب تصريحات الوزير فإن المنظمة الدولية للعمل أشارت الى وفاة 2340000 عامل سنويا جراء حادث عمل أو مرض مهني أي بمعدل 5000 شخص يوميا، وفيما يلي رسم بياني يوضح تطور نفقات تعويضات الأمراض المهنية وحوادث العمل في الجزائر خلال الفترة 1989 الى 2014.



الشكل رقم 11.4: يوضح تطور مبالغ التعويضات لحوادث العمل والأمراض المهنية من 1989 إلى 2014 في الجزائر.

لا يزال العدد السنوي للأمراض المهنية المعلن عنها بعيدا عن أن يعكس الحالة الحقيقية على أرض الواقع، تتميز الجزائر بقطاع كبير حيث العمل مخفي وغير معلن وبعيدا عن أي مراقبة، يساهم العديد من العمال في الإنتاج في الكثير من الشركات الحرفية أو العائلية، قليل منهم محمي بموجب القوانين الذي يهيئ ظروف العمل، ويلاحظ أن تدابير المراقبة تؤثر فقط على نسبة صغيرة

من العمال، يتم توظيف معظمهم من قبل شركات صغيرة تعمل بشكل رئيسي في القطاع غير الرسمي، وهي غير معروفة للسلطات العامة وبالتالي يصعب للغاية السيطرة عليها[1].

[1] Kandi Nabil, Brahamia Brahim, Tüğen Kâmil. Op cit, P3.

خلاصة الفصل

تبنت الجزائر مجانية العلاج منذ مطلع سبعينات القرن الماضي لتكريس نظام صحي عام يقوم على أساس العدالة الاجتماعية والوصول المجاني للخدمات الصحية لجميع المواطنين، وذلك من خلال توفير مرافق صحية عامة ومستشفيات حكومية ومراكز طبية في جميع أنحاء البلاد، حيث شهدت المرافق الصحية في الجزائر نمو مطرد، خاصة فيما يتعلق بالقطاع الخاص، ومع ذلك تراجعت تغطية أسرة المستشفيات إلى حدود 1.63 سرير لكل 1000 نسمة عام 2014، وفي المقابل ارتفت تغطية المورد البشري إلى 1.76 طبيب لكل 1000 نسمة في نفس السنة، و فيما يتعلق بالجوانب المادية والتحديات المتعلقة بالجودة والتمويل لم تصل بعد الى المستوى المطلوب، إلى غاية عام 2014 شكل الإنفاق الحكومي على الصحة 4.71% من الناتج المحلي الإجمالي.

عرف التاريخ الوبائي في الجزائر مجموعة من الأمراض المعدية الأكثر شيوعا السل والملاريا والحصبة والتهاب السحايا والتيفوئيد، ومع ذلك بفضل حملات التطعيم الفعالة وجهود الوقاية والعلاج، انخفض معدل الوفيات من هذه الأمراض بشكل كبير، لتحل محلها الأمراض غير المعدية حيث أصبحت مصدر قلق متزايد بسبب تأثيرها على الصحة العامة وارتباطها بتغييرات نمط الحياة، مثل زيادة استهلاك الأطعمة الغنية بالدهون والسكر وانخفاض النشاط البدني، تشمل الأمراض غير المعدية الأكثر شيوعا في الجزائر أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي وأنواع معينة من السرطان، يمكن أن تكون الوقاية من الأمراض غير المعدية وعلاجها مكلفا للأنظمة الصحية والحكومات، ولكن يمكنها أيضا تحسين نوعية حياة الناس وتقليل التكاليف طويلة الأجل المرتبطة بمضاعفات هذه الأمراض.

تبقى إحصائيات حوادث العمل والأمراض المهنية غير معلنة، والأرقام المتوفرة لا تعكس الواقع بسبب تنامي النشاط الاقتصادي غير النظامي، حيث يبقى هذا القطاع بعيد عن كل أشكال الرقابة وتوجيهات الوقاية .

ما زال النظام الصحي في الجزائر يواجه تحديات كبيرة، ويتطلب مزيدا من الاستثمار والإصلاحات لتحسين الخدمات الصحية وزيادة الوصول والجودة للمواطنين.

الفصل الخامس

الواقع الاقتصادي والاجتماعي

للجزائر خلال الفترة 1980-2014

الفصل الخامس

الواقع الاقتصادي والاجتماعي للجزائر خلال الفترة 1980–2014

بلغ مؤشر التنمية البشرية العالمي للجزائر في عام 2014 حوالي 0.736[1]، بعدما كان في عام 1980 يعادل 0.509[2] مما يصنفها كدولة تتمتع بتنمية بشرية مرتفعة، حيث تحتل المرتبة 83 من بين 188 دولة في ترتيب الدول حسب مؤشرات التنمية البشرية العالمي لعام 2014، هذا الارتقاء في التصنيف العالمي لمؤشرات التنمية دفع الجزائريون ثمنه باهض، شهد المجتمع الجزائري في الظل التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي عرفها العالم، العديد من التغيرات وقد واجهت الجزائر تحديات كبيرة على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي، حيث تميزت الفترة من 1980 إلى 2014 بتحولات اقتصادية واجتماعية عميقة عرفتها الجزائر، ومن بين أهم المعالم التي ميزة هذه الفترة تمثلت في تنفيذ السياسات الاقتصادية التي تهدف إلى تحديث الاقتصاد وتحسين الظروف المعيشية للسكان، ومع ذلك فقد تم تنفيذ هذه السياسات في سياق اقتصادي واجتماعي صعب، اتسم بضغوط ديموغرافية قوية، وتوترات سياسية، ومشاكل أمنية، وهبوط أسعار النفط.

ووصولا إلى فهم تأثير التغييرات الحاصلة في هذه المرحلة على وفيات منتسبي الصناديق الوطنية للضمان والتأمينات الاجتماعية، وفي ظل هذه المقاربة سنتطرق إلى أهم معالم هاته الفترة، وبما أن التسلسل التاريخي مهم لفهم الأحداث نبدأ من عام 1970.

---

[1] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "تقرير التنمية البشرية 2015"، عبر الرابط: https://www.un.org/ar/esa/hdr/pdf/hdr15.pdf

[2] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "تقرير التنمية البشرية 2014"، عبر الرابط: https://www.un.org/ar/esa/hdr/pdf/hdr14.pdf

1.5 المرحلة من 1970 إلى غاية 1978:

اتسمت هاته المرحلة ببناء القاعدة الصناعية، حيث تم وضع البنى الأساسية للصناعات القاعدية باعتبارها النموذج التنموي المفضل لدى النظام السياسي في تلك الفترة، حيث تميزت بمعدل استثماري متطور بلغ مستوى 45.71% من الناتج الداخلي الخام، هذه النسبة لا تتجاوز 26% في بلدان ذات دخل متوسط، مما يفصح عن إرادة قوية لسياسة التصنيع من جهة، وتعزيز القطاع العمومي ضمن النشاط الاقتصادي من جهة أخرى.

في نفس الوقت اعتمدت الجزائر سياسة ما كرو- اقتصادية خاصة، تتمثل في حصر القروض لتمويل المؤسسات العمومية 100% وفق معدل فائدة حقيقي سالب، ومراقبة صارمة للتجارة الخارجية، وأسعار مقيدة، وتدخل الدولة في كل القطاعات الاقتصادية.

أهم النتائج المسجلة في هاته المرحلة من الناحية الاقتصادية، هي ذلك النمو السريع للإنتاج الحقيقي 7% سنويا في المتوسط، ونمو الاستهلاك الحقيقي بمعدل 4.5% سنويا، وتخفيض معدل البطالة، حيث كان يتجاوز 32.7% سنة 1966 ووصل إلى 22.3% سنة 1977.[1]

أما فيما يخص مساهمة القطاع الخاص في الاستثمار فقد تجاوزت 45% سنة 1967، إلا أن هذه النسبة تقهقرت إلى حدود 5.04% سنة 1978، أما من حيث الناتج الداخلي الخام فقد كان الفارق واضحا بين القطاعين في بداية الفترة وفي نهايتها لصالح المؤسسات العمومية، حيث قدر عام 1978 حوالي 52998 مليون دج وفي المقابل سجلت المؤسسات الخاصة 36500 مليون دج.[2]

---

[1] تومي عبد الرحمان، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، الواقع والآفاق، دار الخلدونية، الجزائر، 2011، ص 11.
[2] نفس المرجع، ص12.

1.1.5 المؤشرات السلبية للمرحلة:

لقد لخص الأستاذ تومي عبد الرحمان سلبيات المرحلة في أربع نقاط يراها في غاية الأهمية تمثلت في:

1. **اهتمام أقل إن لم نقل تهميش مقصود للقطاع الفلاحي**، مقارنة بالقطاع الصناعي، وهذا يتضح من خلال الأغلفة المالية الموجهة عبر ميزانية الدولة، إذ ما فتئت تتناقص كل مرة.
2. **عدم الاهتمام بقطاع البناء والأشغال العمومية**، إذ كان يتلقى أضعف غلاف مالي على الإطلاق، وهو الشيء الذي أدى في نهاية الفترة إلى بروز واحدة من أهم المشاكل المتمثلة في أزمة السكن، نتيجة الزيادة المضاعفة في نمو المجتمع الجزائري.
3. **الاستثمارات بين المتوقع والمنجز فعلا:** بالرغم من أسبابها الموضوعية أحيانا، إلا أنها تعتبر أحد العوامل التي أدت إلى اختلالات في النشاط الاقتصادي كما سيبين في المراحل اللاحقة.
4. **تطور الديون الخارجية:** إن تمويل التنمية في الجزائر خلال المرحلة السالفة الذكر، كان في أغلبه مبنيا على القروض الخارجية، باعتبار أن المشاريع المسطرة، كانت كلها تحتاج إلى أغلفة مالية كبيرة، وبالمقابل فإن الإرادات من العملة الصعبة والإنتاج الداخلي لا يلبيان أبدا مثل هذه التغطية، خاصة مع ضعف القطاع المالي ونقص التجربة في تسيير ومراقبة المشاريع، وعليه فقد ارتفعت الديون من 6 مليارات دج عام 1974 إلى 13.3 مليار دج عام 1976، ثم 20 مليار دج سنة 1978، لتستقر عند حدود 26 مليار دج سنة 1979.[1]

[1] نفس المرجع، ص 14-16.

2.5 المرحلة الممتدة من 1980 إلى غاية 1989:

1.2.5 المرحلة الأولى من 1980 إلى غاية 1984:

تميزت هاته الفترة بأولى ملامح الإصلاح الاقتصادي في الجزائر التي بدأت في أوائل الثمانينات، إذ قرر الساسة حينها وبعد تقييم مرحلة الستينيات والسبعينيات، وبعد تولي الرئيس الأسبق الشاذلي بن جديد مقاليد الحكم سنة 1979، قام بإعادة تنظيم الاقتصاد الوطني وفق سياسة تنموية أخرى، أسلوبها التخطيط، ووسائلها تتمثل في إعادة هيكلة المؤسسات العمومية على المستويين العضوي والمالي، في إطار زمني لمخطط خماسي يمتد من بداية 1980 إلى نهاية 1984.

في أعقاب نهاية هاته الفترة تفاجأ الساسة بالسقوط الحر لأسعار الطاقة في السوق العالمي سنة 1986، وتزامن هذا مع انخفاض حاد لقيمة الدولار، مما أجبر السلطات العمومية آنذاك على القيام على القيام بإصلاحات وصفها رئيس الجمهورية بالعاجلة والعميقة، على الصعيدين الساسي والاقتصادي، وعليه لم فلم يكن الخيار أمام السلطات جراء ما آلت إليه البلاد من أوضاع اجتماعية واقتصادية، سوى التوجه إلى صندوق النقد الدولي والقبول بشرطيته.[1]

2.2.5 المرحلة الثانية من 1984 إلى غاية 1989:

من أجل تحسين كفاءة الشركات وتسهيل خصخصتها، بين عامي 1984 و1989 تم تقسيم العديد من الشركات الصناعية الكبيرة إلى وحدات إنتاج أصغر ويمكن التحكم فيها (ما مجموعه حوالي 2800 شركة عامة)، وسمح بدخول قطاع رأس المال الخاص، الذي لجأ خلال العقدين الماضيين إلى الصناعات ذات المحتوى التكنولوجي المنخفض، مثل المنسوجات. يتم الانتهاء من

---

[1] نفس المرجع، ص20.

إعادة توجيه السياسة الصناعية مع إعطاء الأولوية للسلع الاستهلاكية وتعزيز طرق جديدة للتسويق، الداخلي والخارجي، لإنتاج الصناعة الحالية.[1]

في عام 1987، تم تقسيم التكتلات الزراعية الكبيرة إلى شركات زراعية خاصة صغيرة، منذ ذلك الحين، تم إعطاء المنتجات الزراعية مثل زيت الزيتون أو التمور الطازجة (التي تعد المنتج الرئيسي للتصدير بعد المحروقات) أهمية معينة مرة أخرى، على الرغم من عدم التغلب على القيود الأساسية للزراعة الجزائرية: الاعتماد على هطول الأمطار، وهو متغير للغاية (يمكن زراعة 3 ٪ فقط من الأراضي الوطنية، حوالي 7 ملايين هكتار) والحواجز التي تحول دون الصادرات إلى الأسواق الأوروبية التي تفرضها السياسة الزراعية المشتركة للاتحاد الأوروبي، هذا يعيق إعادة إنشاء صناعة الأغذية الزراعية الوطنية.[2]

3.2.5 تقييم الإصلاحات الاقتصادية:

سبّبَ انخفاض أسعار النفط، وما رافقه من تراجع في عائدات التصدير، في حدوث ركود أدى إلى زيادات سلبية في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بين عامي 1985 و1994، وأضيفت إلى خنق ميزان المدفوعات وانخفاض الواردات الزيادة في عبء الديون النسبي إلى مستويات لا تطاق (أشارت التوقعات لعام 1994 إلى أن خدمة الديون ستتجاوز حصائل النقد الأجنبي من الصادرات)، أصبحت تناقضات نموذج التنمية الجزائري غير مستدامة، لدرجة إجبار النظام على إجراء إصلاحات.[3]

---

[1] Martin, Ivan, Algeria :" An Economic Approach to the Crisis (April 1998)". Working Paper Number : DT : 5/1998, P20. Available at : https://ssrn.com/abstract=102517
[2] Ibid, P22.
[3] Ibid, p35.

3.5 التعديل الهيكلي في إطار هيكلة الديون الخارجية:

تحت ضغط الأزمة الاقتصادية الدولية، وانخفاض أسعار النفط (التي تشير إليها أسعار الغاز أيضا، والتي انتقلت من 44 دولارا للبرميل في نهاية عام 1979 إلى 13 دولارا في عام 1986، لتنتعش لاحقا وتستقر لعدة سنوات عند مستوى يتراوح بين 16 دولارا و18 دولارا) وما يترتب على ذلك من انخفاض في دخل النقد الأجنبي، فضلا عن المطالب الهائلة لخدمة الدين الخارجي، قام النظام ببرنامج إصلاح أول محدد في خطة 1985–1989 (السابعة منذ الاستقلال)، حيث منحت دورا أكبر لرأس المال الخاص في كل من الصناعة والزراعة.

باستثناء حكومة بلعيد عبد السلام (1992–1993) التي سعت لاستعادة جوهر النموذج الاشتراكي الجزائري، تقدمت وتشكلت وتطورت إصلاحات الاقتصاد منذ ذلك الحين بموجب المفاوضات مع صندوق النقد الدولي، الذي يعد مفتاحا لإعادة تفاوض على الديون الخارجية ومنح التمويل التجاري ووصول الاستثمار الأجنبي، وهكذا تم إبرام اتفاق stand-by لمدة 18 شهرا في عامي 1988–1989، تلاه اتفاق آخر في عام 1991 أدى إلى تخفيض حاد في قيمة الدينار، حيث تراجع من 6.7 دينار/الدولار في عام 1988 إلى 12 دينار في عام 1990، ومن ثم إلى 21 دينار في عام 1991، وتضمن تخفيضا حادا في الدعم العام الذي بلغت تكلفته 6.5% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 1991 كرد فعل على الاضطرابات الاجتماعية التي وقعت في عام 1988، وتم استبدال الدعم بمنحة اجتماعية شخصية بقيمة 120 دينارا شهريا يستفيد منها أكثر من نصف السكان، وقد تم تسجيل استفادة حوالي مليون شخص منها في عام 1996 (مما يجعلها أجرا اجتماعيا حقيقيا للفئات الأكثر فقرا) وزيادة قيمتها بنسبة 500% إلى 15.8 دولار شهريا.[1]

[1] Ibid, P36.

بعد انتهاء هذه الاتفاقيات، خلال الفترة من 1988 إلى 1993، قاومت السلطات الجزائرية طلب إعادة تفاوض على الديون، جزئيا للحفاظ على صورتها الداخلية للاستقلالية أمام السلطات المالية الدولية (حيث تكون الحساسية تجاه أي شكل من أشكال الاستعمار الجديد هي حادة بشكل خاصة في الجزائر) و جزئيا لعدم إجبارها على تطبيق إصلاحات اجتماعية متفجرة، ولكن الاعتماد الكبير للجزائر على واردات المنتجات الأساسية وصعوبات الميزانية تجعلها عرضة للغاية لأي تقييد في التمويل التجاري من شركائها الدوليين، مما يضطرها إلى الخضوع للشروط التي يفرضها هؤلاء الشركاء عند أي اضطراب في ميزانية تجارتها.

بالتالي، زيادة أسعار الفائدة وسعر صرف الدولار وانتهاء المدة المحددة للقروض المستحقة في إطار البرنامج الأول للتكيف، اعتبارا من عام 1993، أدت إلى أزمة جديدة في السيولة، أجبر هذا الأمر النظام الجزائري على التوجه إلى دائنيه الدوليين لطلب إعادة جدولة ديونه.

كشرطٍ مسبق لإعادة جدولة الديون، أجبر الدائنين العموميين الدوليين المجتمعين في "نادي باريس" الجزائر على قبول خطة تكييف هيكلية وضعها صندوق النقد الدولي، والتي تمثلت في الاتفاق الثالث المؤقت المبرم مع هذه المؤسسة في أبريل 1994 – أبريل 1995، وكان مقرراً تمديده لثلاث سنوات أخرى، ونتيجة لهذا الاتفاق حصلت الجزائر في مايو 1995 على قرض من صندوق النقد الدولي بقيمة 1.8 مليار دولار بموجب خدمة توسيعية للصندوق.[1]

ركزت أولويات برنامج التكيف الهيكلي على تحرير الاقتصاد والانفتاح الخارجي وتوطيد الاقتصاد الكلي، لا سيما من حيث الصرامة النقدية والسيطرة على العجز العام، تم تطبيق تخفيض جديد لقيمة الدينار بنسبة 40% في مارس 1994 (تحديد التكافؤ عند 36 دينارا/دولار)، مما أدى

[1] Ibid, P36.

إلى تدهور خطير في معدلات التبادل التجاري للمنتجات الجزائرية، في الوقت نفسه تم تحرير التجارة الخارجية والأسعار، وفي عام 1993 تم اعتماد قانون استثمار موات للاستثمار الأجنبي (ليس فقط من حيث الضمانات، ولكن أيضا من حيث الحوافز مثل الإعفاءات الضريبية)، والتي لا تنطبق فقط في قطاع المحروقات، تم تخفيض عجز الدولة الذي كان 8.7٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام 1993، إلى 4.3٪ في عام 1994، ليصل إلى فائض بنسبة 3٪ في عام 1996، مما سمح ببدء سداد جزء من أصل الدين، تم تحقيق ذلك بشكل أساسي من خلال تخفيض جميع أنواع الدعم للسلع الاستهلاكية (بعض الضروريات الأساسية) وزيادة أسعار استهلاك الطاقة.

1.3.5 خوصصة المؤسسات العمومية:

النتيجة الطبيعية لبرنامج التكيف والتحرير الاقتصادي هي برنامج الخوصصة الذي أطلق في أفريل 1996، وهذه المرة تحت رعاية البنك الدولي (مقابل قرض قدره 350 مليون دولار)، وكان الهدف في البداية هو خوصصة أكثر من 500 مؤسسة عامة، معظمها صغيرة ومتوسطة الحجم.[1]

أولى النصوص القانونية المنظمة لعملية الخوصصة جاءت في سنة 1995، لكن حصيلة الخوصصة في بدايتها كانت هزيلة، واجه برنامج الخوصصة العديد من الصعوبات، أولا تمت عملية الخوصصة في ظروف اتسمت بعدم الاستقرار السياسي والاجتماعي، مما جعل من الصعب تنفيذ السياسات الاقتصادية والإصلاحية، بالإضافة إلى ذلك كانت المؤسسات العمومية التي تم خوصصتها في كثير من الحالات في وضع مالي حرج، مما جعل من الصعب بيعها وجذب القليل من اهتمام المستثمرين.[2]

---

[1] Ibid, P38.

[2] بن نعمون حمادو، "تقييم برنامج خوصصة المؤسسات العمومية في الجزائر"، مجلة الأصيل للبحوث الاقتصادية والإدارية، العدد الثاني، ديسمبر 2017، جامعة عباس لغرور خنشلة/ الجزائر، ص 180.

على أي حال، تقدمت عملية الخوصصة ببطء، وبحلول عام 1997، كانت خوصصة ربع الشركات المتضررة قد اكتملت، ولكن العملية ظلت بطيئة ولا مفر منها، تعرضت الحكومة الجزائرية لضغوط شديدة للمضي قدما في عمليات الخوصصة، لأنها كانت شرطا مسبقا لتلقي القروض والتمويل الخارجي من قبل المنظمات المالية الدولية.[1]

4.5 مرحلة اللا أمن والعشرية السوداء:

يرى الأستاذ تومي عبد الرحمان أن من يراهن على الإقلاع الاقتصادي والتطور الاجتماعي والسياسي والثقافي، ببرامج أو سياسات مهما كانت طموحة، مع إغفال البعد الأمني فهو واهم، إن من تخلف الشعوب والأمم، حينما تجدها تعيش تحت وطأة الصراعات، سياسية كانت أم قبلية أم طائفية، ولعل أفضل شاهد، ما جرى في العالم العربي منذ 1974 إلى غاية كتابة هذه الأسطر، من حروب استنزفت ثرواتها المادية والمالية والبشرية، ناهيك عما تشهده الساحة في العراق، الصومال، السودان ...الخ.[2]

إن تحليل نموذج التنمية الاجتماعية والاقتصادية الذي نفذته حكومات ما بعد الاستقلال من عام 1962 حتى عام 1988 يقدم إطارا منطقيا واضحا، وإن كان جزئيا للأزمة الأمنية التي عرفتها الجزائر في أعقاب الثمانينات وبدايات التسعينيات، اعتمد نموذج التنمية الجزائري على الدخل من صادرات المحروقات كمصدر وحيد لتمويل التنمية وتراكم رأس المال، مع مقاربة تعتمد على رأس المال والتكنولوجيا الأجنبية، حيث تمثلت الأولوية المطلقة بتبني سياسة التصنيع المكثفة والصناعات الثقيلة جنبا الى جنب مع إهمال الزراعة لتتسبب في هجرة ريفية جماعية الى ضواحي المدن التي تفتقر الى جميع أنواع البنية التحتية وحتى مرافق الإسكان، فضلا عن الاعتماد الكامل تقريبا على

---

[1] Martin, Ivan, Op cit, p38.

[2] تومي عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 126.

استراد الغذاء، وقد أدى ذلك الى استبعاد قطاعات كبيرة من السكان من النظام الاقتصادي، بسبب البطالة أو الفقر المدقع، أصبحت الجزائر حالة متناقضة للاقتصاد المزدوج، الخارجي، المتخصص، المضطرب، بالإضافة الى النمو السكاني السريع والبنية الديموغرافية الفتية، إلى جانب هذا النقص في الفرص الاقتصادية، هذه الظروف مجتمعة بنت الخلفية الاجتماعية التي ازدهرت فيها الجماعات السياسية الإسلامية باعتبارها البديل الحقيقي الوحيد للسياسة الاجتماعية، يمكن فهم الأزمة الجزائرية من منظور اقتصادي سياسي[1]، حيث امتدت الأزمة السياسية والأمنية في الجزائر منذ عام 1988 وحتى عام 1998 وسنلخصها فيما يلي:

1.4.5 المرحلة الأولى: أحداث 5 أكتوبر 1988

في هذا التاريخ، شهدت الجزائر أحداثا صادمة وقعت في عاصمة البلاد وعدد من الولايات، وخلفت 159 قتيلا و154 جريحا، مع أضرار مالية قدرها 250 مليون دولار.

تم إجراء استفتاء على التعديل الدستوري في 3 نوفمبر 1988، والذي تضمن الإصلاحات السياسية التي تعهد بها رئيس الجمهورية في إعلان مؤرخ في 11 أكتوبر 1988.[2]

في 27 و28 نوفمبر 1988، عقدت جبهة التحرير الوطني مؤتمرها السادس، مما أدى إلى ترشيح السيد الشاذلي بن جديد لمنصب رئيس الجمهورية، في 22 ديسمبر 1988، أجريت الانتخابات الرئاسية، وحصل الشاذلي بن جديد على أغلبية كبيرة من الأصوات.[3]

2.4.5 المرحلة الثانية: الإصلاحات الدستورية والتعددية السياسية

كان أهم هذه الإصلاحات، الواردة في المادة 40 من مشروع الدستور الذي طرح في ذلك الوقت، هو الاعتراف بنظام التعددية الحزبية، تم إجراء الاستفتاء على الدستور في 23 فبراير

---

[1] Martin, Ivan, Op cit, p40

[2] سعد بن البشير العمامره، "الأزمة السياسية الجزائرية 1988-1999"، مطبعة الرمال، 2019، ص 9.

[3] نفس المرجع.

1989، وأظهرت النتائج أن الشعب الجزائري وافق على هذا التعديل الهام، ونتيجة لذلك، تميزت هذه المرحلة بتقديم مجموعة من الإصلاحات الدستورية من قبل رئيس الجمهورية المنتخب الشاذلي بن جديد.

وفقا للمادة 40 من الدستور المعدل، بين 17 يوليو 1989 و27 نوفمبر 1991، ظهر عدد كبير من الأحزاب السياسية، وصل عددها إلى 60 حزب جديد.[1]

3.4.5 المرحلة الثالثة: توقيف المسار الانتخابي

ينظر إلى هذه الفترة على أنها نقطة تحول حاسمة في التاريخ الجزائري، بعد 12 يونيو 1990، جاءت الانتخابات المحلية، التي شهدت فوز جبهة الإنقاذ الإسلامية بأغلبية في 853 من أصل 1541 مجلسا بلديا، و31 من أصل 48 مجلسا للولاية، في 27 يونيو 1991، الانتخابات التشريعية، والتي تم تأجيلها في النهاية إلى 26 ديسمبر وشهدت فوز جبهة الإنقاذ الإسلامية بـــ 188 مقعدا في البرلمان، نتيجة للأحداث الصادمة، تم توقيف المسار الانتخابي وإلغاء الدور الثاني من التشريعيات، في 11 يناير 1992، قبل السيد عبد المالك بن حبيلس رئيس المجلس الدستوري، استقالة الرئيس الشاذلي بن جديد.[2]

---

[1] نفس المرجع.
[2] نفس المرجع، ص 10.

4.4.5 المرحلة الرابعة: بداية المواجهة بين الأطراف المتنازعة

في 15 يناير 1992، أسس مجلس الأمن الأعلى المجلس الأعلى للدولة، كانت الخلافات السياسية بين الأحزاب الفائزة في الجولة الأولى من الانتخابات التشريعية بداية هذه المرحلة من تاريخ البلاد، وقعت حوادث وحشية في جميع الولايات الـــ 48، لا سيما أيام الجمعة من كل أسبوع، دفعت هذه الظروف الحكومة إلى إعلان حالة الطوارئ التي ستستمر لمدة 12 شهرا بدءا من 9 فبراير 1992، كما صدر أمر محكمة بحل جبهة الإنقاذ الإسلامية في 29 أبريل 1992، وأغتيل السيد محمد بوضياف رئيس المجلس الأعلى للدولة، في 29 يونيو 1992 ، في قصر الثقافة بعنابة.

وفي 2 يوليو 1992، تم تعيين السيد علي كافي خلفا له، منهيا هذه المرحلة من تاريخ الجزائر، وقد كلف مجلس الأمن الأعلى اختيار رئيس دولة، وفقا للتوصية الصادرة عن المؤتمر الوطني للوفاق في 25 يناير 1994.[1]

5.4.5 المرحلة الخامسة: الحوار الوطني

في 30 يناير 1994، اختار مجلس الأمن الأعلى السيد اليمين زروال رئيسا للدولة ووزيرا للدفاع بناء على اقتراحات الندوة الوطنية للوفاق، في 31 يناير 1994، أدى اليمين الدستورية.

حث الرئيس اليمين زروال الأحزاب السياسية على مواصلة الحوار الوطني في 8 أوت، في محاولة لإيجاد حلول مقبولة لوضع الأمة، من أجل وقف إراقة الدماء وإيجاد حل يرضي جميع الجماعات السياسية، أدت هذه المفاوضات إلى إطلاق سراح قادة جبهة الإنقاذ الإسلامية، فاز اليمين زروال بولاية ثانية كرئيس للجمهورية في الانتخابات المسبقة التي أعلن عنها.

---

[1] نفس المرجع.

أعلن الرئيس قانون الرحمة في 25 فبراير 1995، والذي كان بمثابة الخطوة الأولى في استراتيجيته لمعالجة الأزمة الأمنية، واصل التشاور مع الأحزاب ووجههم نحو مذكرة في 11 مايو 1996، تضمنت تعديل الدستور وبدء مشروع الوفاق الوطني في سبتمبر 1996.[1]

بعدما انسحب الشاذلي بن جديد في تاريخ 11 سبتمبر 1998 بعد الخطاب الذي وجهه للأمة، انتخب السيد عبد العزيز بوتفليقة رئيسا في 15 أبريل 1999، بعد الانتخابات الرئاسية التي أجريت في 11 سبتمبر 1998، وبعد توليه منصبه، اقترح بوتفليقة قانون الوئام المدني في أبريل 1999 لحل الأزمة الأمنية والسياسية في البلاد، والتي شكلت بداية لطوي عقد من إراقة الدماء والعنف الذي عانت منه الجزائر مع كل المعاناة التي يمكن أن يجلبها عقد من عدم الاستقرار، وقد أعقبه بعد ذلك بقانون المصالحة الوطنية الذي تم بالفعل وفق استفتاء شعبي نظم يوم 16 سبتمبر 1999، وقد نال التأييد بأغلبية ساحقة، ليعود بعدها الرئيس بوتفليقة بمبادرة أخرى عام 2005 تمثلت في قانون "الميثاق من أجل السلم والمصالحة".[2]

5.5 عشرية الإصلاحات الاقتصادية 2001–2009

انقضت عشرية كاملة من الإصلاحات، ومن البناء، تميزت بالحفاظ على استقرار وتحسين كل مؤشرات الاقتصاد الكلي، بل جعلت من الجزائر بلدا ما فتئ يسجل سنة بعد سنة أخرى إنجازات لها ما بعدها، ليس على الصعيد الاقتصادي فحسب، بل كذلك على الجبهة الاجتماعية، ناهيك عن الاستقرار الأمني الذي ساد ربوع الوطن.

إن أهم ما حققته هذه المرحلة من رصيد أو قيمة مضافة يمكن أن نوجزها على النحو التالي:

---

[1] نفس المرجع.

[2] شبكة الجزيرة الإعلامية، قانون الوئام المدني الجزائري، تاريخ النشر: 21-12-2015، تاريخ المعاينة: 22-02-2023 عبر الرابط التالي: https://www.aljazeera.net/encyclopedia/2015/12/21/

- منذ نهاية 2006 تحولت الجزائر من بلد مدين إلى بلد دائن.
- غلاف مالي استثماري ضخم، بلغ 265 مليار دولار، كان نصيب الاستثمار الأجنبي المباشر فيه، 46 مليار دولار.
- الاحتياط النقدي سجل تطورا غير مسبوق في تاريخ الجزائر، إذ بلغ مع نهاية 2009 عتبة 150 مليار دولار.
- انتقلت البطالة من 30% سنة 2000 إلى نسبة طموحة جدا مع نهاية العشرية، حيث قاربت 10%.
- إنشاء آلاف المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، وإنشاءات للبنية التحتية، من بينها الطريق السيار شرق غرب، السكك الحديدية، المترو، المطار، السدود، تحلية المياه، ملايين الوحدات السكنية، المستشفيات، الطرق الرابطة بين الولايات، والطرق الداخلية، الربط بشبكات الكهرباء الغاز...الخ.
- تحقيق معدل نمو متوسط خارج المحروقات قريب من 6%.[1]

6.5 مرحلة من الريع إلى القيمة المضافة خلال الفترة 2010–2014

يحتوي برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية كما ورد في بيان السياسة العامة خلال هذه المرحلة على ستة محاور أساسية:

1.6.5 التنمية البشرية:

والذي استهدف بالخصوص، التربية الوطنية حيث سمح بإنجاز أزيد من 3100 مدرسة ابتدائية، أكثر من 1100 إكماليه، 840 ثانوية، بالإضافة إلى أزيد من 2000 مؤسسة مزودة بالنظام

[1] تومي عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 286-287.

الداخلي، والمطاعم، والنظام النصف الداخلي، أما فيما يخص التعليم العالي فأهداف البرنامج حددت لنفسها بلوغ 600000 مقعد بيداغوجي، التكوين المهني إنجاز 220 معهدا، القطاع الصحي تم إنجاز 173 مستشفى، و45 مركب متخصص، 377 عيادة متعددة الاختصاصات، 1000 قاعة علاج، بالإضافة إلى 17 مدرسة للتكوين شبه الطبي، أما فيما يخص الطاقة فقد سعى البرنامج إلى ربط (02) مليوني بيت بشبكة الغاز الطبيعي، وأزيد من 400000 بيت ريفي بشبكة الكهرباء، في قطاع المياه برمج إنجاز 35 سد و25 عملية تحويل للمياه، وقد استهدف البرنامج بلوغ النسبة الوطنية للربط بشبكة الماء الشروب 98% و 95% في مجال الربط بشبكة التطهير.

في مجال التضامن الوطني سطر البرنامج إنجاز أكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة الأشخاص المعوقين، و40 مؤسسة لفائدة الأشخاص اللذين يمرون بحالات صعبة، بالإضافة إلى قطاعات أخرى على غرار قطاع الشباب والرياضة، قطاع المجاهدين، قطاع الشؤون الدينية، قطاع الثقافة كلها حملت مشاريع هامة بغلاف مالي خصص للتنمية البشرية قدر بحوالي 138.66 مليار دولار، ما نسبته 49% من مجموع الغلاف المالي المخصص لهذه الفترة. [1]

2.6.5 المنشآت الأساسية:

احتلت الهياكل القاعدية مكانة هامة في البرنامج المسطر خلال هذه المرحلة، لما لها من أهمية ضرورية للتطور الطبيعي وتحقيق تنمية مستدامة، وقد ترجمها البرنامج على ثلاث مستويات، بغلاف مالي يفوق 88 مليار دولار، قسمت على قطاع الأشغال العمومية من خلال استحداث ثلاث مطارات بالإضافة الى تحديث وإنجاز 20 ميناء تتعلق بالصيد البحري، إلى جانب استكمال الطريق السيار شرق غرب على مسافة 830 كلم.

[1] مرجع سابق، ص ص 309، 310.

قطاع النقل بدوره كان له نصيب من البرنامج وقد تمثلت المشاريع في إنجاز 17 خط للسكة الحديدية، تسليم ميترو الجزائر ووهران، وإنجاز الترامواي في 14 مدينة، واستحداث 27 مؤسسة جديدة للنقل الحضري وغيرها، أما فيما يخص تهيئة الإقليم والبيئة فقد برمج استحداث مدن جديدة وتغطية تكاليف مختلف عمليات الحفاظ على البيئة، بما في ذلك تسيير النفايات.

3.6.5 تحسين الخدمة العمومية:

بسبب رداءة الخدمة العمومية في المستشفيات و الإدارات، كما في الشوارع والأسواق، بل في كل مناحي الحياة، كان لزاما على الحكومة مضاعفة الجهد لتحسين مختلف نواحي الحياة بتبني جملة من الإصلاحات لتوفير العدل والأمن، والقضاء على الخوف الذي شاب يوميات المواطن، وقد خصص غلاف مالي بلغ عتبة 1666 مليار دج، جاء ليضيف تحسينات ويتدارك نقائص مسجلة على مستوى كل من الجماعات المحلية، والأمن الوطني، الحماية المدنية، بالإضافة إلى قطاع العدالة، قطاع التجارة، كما أن إدارة العمل هي بدورها شهدت خلال البرنامج تعزيز وتحديث كل وسائل التي من شأنها تساعد على المراقبة والضبط.[1]

4.6.5 محور التنمية الاقتصادية:

وقد رصد لهذا المحور غلاف مالي بلغ 21.46 مليار دولار، أي بمتوسط سنوي يفوق أربعة مليار دولار أمريكي، إذ رسم لنفسه خمسة أهداف رئيسية في غاية الأهمية:

- **الهدف الأول:** قطاع الفلاحة حيث ركز هذه المرة على الاهتمام بالمغروسات ودعم تحديث التقنيات المرتبطة بهذا النشاط، بغلاف مالي بلغ 1000 مليار دج.

[1] نفس المرجع، ص 316.

- **الهدف الثاني:** الاهتمام بالصيد البحري من خلال دعمه بوسائل ومنشآت أساسية ورصد له 16 مليار دج.
- **الهدف الثالث:** الاهتمام بالمؤسسات الصغيرة والمتوسطة، بسن التشريعات اللازمة، وشروط الإقراض الميسرة، وآليات التنفيذ، وخصص لهذا القطاع 100 مليار دج.
- **الهدف الرابع:** إنعاش وتحديث المؤسسات العمومية الاقتصادية، وقد بلغ نصيبها من البرنامج 400 مليار دج، تخصص للتطهير المالي وتخفيض فوائد القروض البنكية.
- **الهدف الخامس:** تمثل في إنشاء وتحديث 80 منطقة صناعية، ومناطق للنشاط، مع تعزيز قدرات التقييس الصناعي.

5.6.5 مكافحة البطالة:

كشف برنامج رئيس الجمهورية عن رهان إنشاء ثلاث ملاين منصب شغل، إلى غاية 2014، وهذا يعني توفير 600000 منصب شغل سنويا، وتخفيض من نسب البطالة إلى حدود 9%، وهي نتيجة إذا ما حققت تجعل الجزائر نموذجا إقليميا في مكافحة البطالة.[1]

6.6.5 محور البحث العلمي وتكنولوجيات الجديدة للاتصال:

خصص له غلاف مالي قدره 250 مليار دج، منه 100 مليار دج يتعلق بتطوير البحث العلمي، ونفس المبلغ ينفق على إقامة مشروع "الحكم الإلكتروني"، بينما الباقي يخصص لاقتناء التجهيزات الضرورية الموجهة لتعميم تعليم الإعلام الآلي على مستوى المنظومة التربوية، والتكوين المهني.[2]

---

[1] نفس المرجع، ص 319.
[2] نفس المرجع، ص 20.

7.5 تطور بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر خلال الفترة 1980-2014:

المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية هي الاختبار الحقيقي لكل سياسة تنموية، إذ لا مجال للحديث عن أي برامج تنموية مهما كانت ضخامتها من حيث المبالغ المرصودة، إذا لم تنعكس على ظروف الحياة، ولفهم مدى فعالية هذه الإصلاحات، يجب على المرء أن ينظر إلى بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية للحصول على صورة واضحة.

1.7.5 تطور الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة 1980-2014:

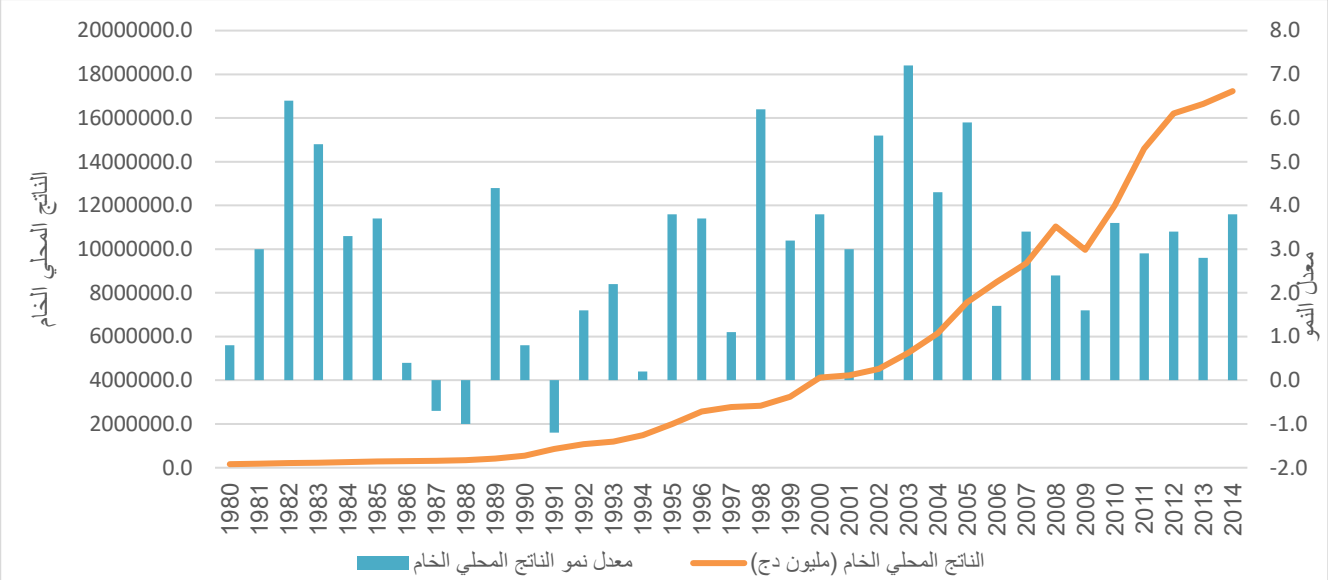
يعرف الناتج المحلي الإجمالي على أنه "قيمة السلع والخدمات المنتجة والمسوقة داخل حدود دولة ما خلال فترة زمنية معينة (ثلاثة أشهر أو سنة)، يعكس هذا المؤشر الحالة الاقتصادية للدولة، فزيادة الإنتاج في أي دولة تعكس تحسن الوضع الاقتصادي، وقدرة اقتصاد هذه الدولة على توفير المزيد من الرفاهية وفرص العمل".[1]

ويمكن استخدام الناتج المحلي الإجمالي في حساب معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي، ويعتبر من بين أهم المؤشرات المستخدمة لقياس مستوى الأداء الاقتصادي لبلد ما عبر الزمن، حيث يقيس نسبة التغير في قيمة الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الثابتة ما بين فترتين زمنيتين، لقياس التطور الحاصل عبر السنوات[2]، والشكل رقم 1.5 يبين تطور المؤشرين في الجزائر.

---

[1] نرمين مجدي، مفاهيم اقتصادية أساسية: "الناتج المحلي الإجمالي"، سلسلة كتيبات تعريفية، العدد 19، صندوق النقد العربي 2021، ص7.

[2] نفس المرجع، ص 15.



المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بينات الديوان الوطني للاحصائيات (حوصلة إحصائية 1962-2020)

الشكل رقم 1.5: تطور الناتج المحلي الإجمالي ومعدل نمو الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة 1980–2014

يمكن رؤية تحسن النتاج المحلي الإجمالي في الجزائر خلال الفترة 1980 إلى غاية 2014، فقد ارتفع من 162507.2 مليون دج عام 1980 إلى 17228597.8 مليون دج عام 2014، إلا أن معدل نمو الناتج المحلي كان متذبذبا خلال الفترة التي امتدت من 1980 وإلى غاية عام 2014، ويمكن أن نجزئ هذه الفترة إلى مراحل، فالمرحلة الأولى ابتداء من عام 1980 وحتى عام 1985 حققت الجزائر نمو جيدا نسبيا، بمتوسط معدل نمو سنوي تجاوز 3.8%، ويرجع ذلك الى عوامل عديدة على رأسها ارتفاع أسعار النفط، والمكاسب المحققة من السياسات التنموية المنتهجة في تلك الفترة، وقد انعكس الأمر في المرحلة الثانية خلال الفترة ما بين عام 1986 إلى غاية عام 1991، فقد تراجع المتوسط السنوي لمعدل نمو الناتج المحلي الإجمالي إلى حدود 0.5% وقد تميزت هذه الفترة بهبوط حاد في أسعر النفط، مصحوب بتراجع في حجم الاستثمارات والمدخرات المحلية.[1]

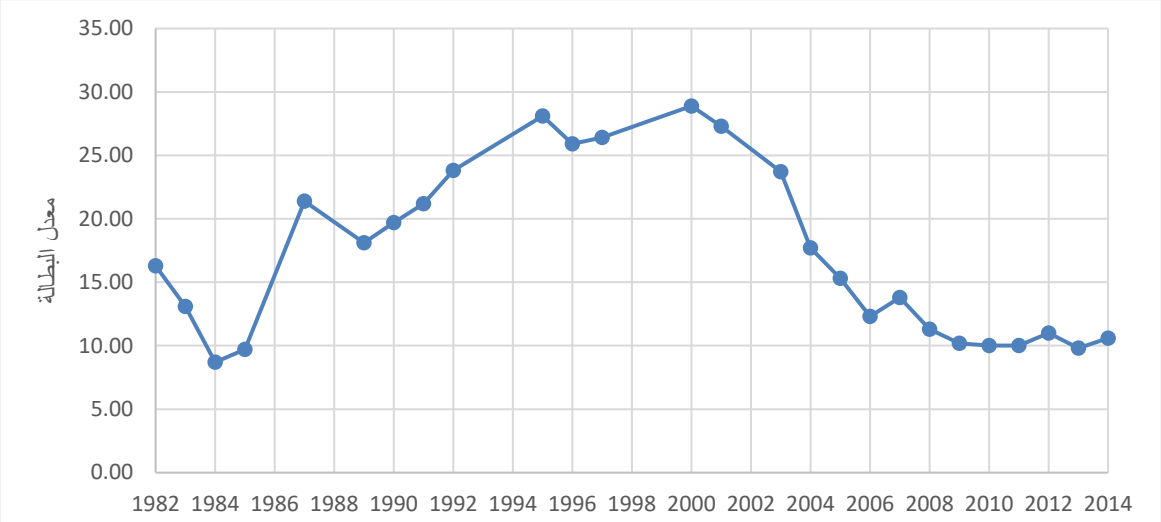
[1] Haouas, A, Ochi, A, & Labidi, M. A, Sources of Algeria's economic growth, 1979–2019 : Augmented growth accounting framework and growth regression method. Regional Science Policy & Practice, 2021, P1–19. https://doi.org/10.1111/rsp3.12448

المرحلة الثالثة خلال الفترة 1992 إلى غاية 1999 لم يتعافى معدل نمو الناتج المحلي الخام بصورة كاملة فقد سجل المتوسط السنوي خلال هذه الفترة 2.8%، ويمكن إرجاع السبب إلى الأوضاع الأمنية التي عرفتها الجزائر في تلك الحقبة الزمنية، أما المرحلة الأخيرة الممتدة من عام 2000 إلى غاية عام 2014، قدر المتوسط السنوي لمعدل نمو الناتج المحلي الإجمالي 3.7%، ويرجع هذا التعافي في المعدل إلى ارتفاع مداخيل الدولة بسبب تحسن أسعار المحروقات، بالإضافة إلى تحسن الأوضاع الأمنية، ولا نغفل الإصلاحات الاقتصادية المنتهجة في تلك الفترة كما سبق معنا.

2.7.5 تطور معدل البطالة في الجزائر خلال الفترة 1982–2014:

حث تقرير التنمية البشرية لعام 2014 على التشغيل الكامل أو القضاء على البطالة، ويبين التقرير أن القيمة الاجتماعية للتشغيل الكامل لا تقتصر على الأجور، إن الحصول على عمل لائق شرط لتعزيز التماسك الاجتماعي في جميع أنحاء المجتمع، ويعمل العمل كوسيلة للعيش، ووسيلة لتعزيز الإمكانات البشرية، ووسيلة لتعزيز الروابط الاجتماعية، وبمعنى أوسع، كمصدر للأمن للأسر والمجتمعات المحلية، البطالة تؤدي أيضا إلى الفقر، قلة من الدول المتقدمة أو الناشئة تعطي الأولوية للتشغيل الكامل، ضمن أهدافها الاجتماعية والاقتصادية، والشكل رقم 5.2 يبين تطور معدلات البطالة في الجزائر.[1]

[1] برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "تقرير التنمية البشرية 2014"، ص 6. عبر الرابط: https://www.un.org/ar/esa/hdr/pdf/hdr14.pdf



المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بيانات الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية 1962-2020

الشكل رقم 2.5: نسبة البطالة في الجزائر خلال الفترة 1982–2014

يوضح الشكل 2.5 تطور مؤشر البطالة، وقد أبان الشكل البياني عن فترات تفاقم معدلات البطالة بين عامي 1987 و2000، أدت صدمة تراجع أسعار النفط إلى زيادة حادة في نسب البطالة، والذي وصل إلى أكثر من 21% في عام 1987، وقد استمرت معدلات البطالة في الارتفاع حتى قاربت حدود 29% في عام 2000، وربما أدت الأزمة السياسية والنكسات الاقتصادية المتتالية التي شهدتها الجزائر خلال هذه الفترة إلى تعميق أزمة التشغيل في الجزائر، ومنذ ذلك الحين انخفض معدل البطالة بشكل كبير، وفي عام 2014 استقر معدل البطالة عند 10.6٪.

لا يقتصر تفسير معدلات البطالة المرتفعة بشكل كامل على الانتكاسات الاقتصادية والسياسية التي عرفتها الجزائر، هناك من يرى أن "من بين التفسيرات العديدة لهذا الأداء المنخفض لسوق العمل، والذي يبدو طبيعيا، يرجع إلى الاتجاهات الديموغرافية الرئيسية التي تؤثر على تطور فئات السكان المختلفة، وهكذا لم تشهد الجزائر معدل نمو سكاني مرتفع بشكل خاص فحسب، بل شهدت أيضا زيادة في معدل المشاركة في سوق العمل على مدى العقدين الماضيين (سنوات 80 و90)، بالإضافة إلى تحسن مستوى التعليم بشكل خاص، ولا سيما بين السكان الإناث، ومع ذلك فقد تطورت

العوامل الديموغرافية والثقافية بشكل متسارع، كما يمكن البحث عن أسباب هذه المعدلات المرتفعة أيضا في قصور المؤسسات التي تنظم سوق العمل"[1].

3.7.5 تطور معدل الفقر في الجزائر خلال الفترة 1988–2014:

تصعب مقارنة مؤشر الفقر بين دول العالم، بسبب اختلاف المعايير والمفاهيم المستخدمة من بلد إلى آخر، حيث تسعى الحكومات إلى تبني معايير محددة لقياس نسبة الفقر من أجل بناء استراتيجية محكمة لخفض أعداد الفقراء، "إلا أن أكثر المبادرات نجاحا في مكافحة الفقر، وتحقيق التنمية البشرية هي المبادرات التي اتخذت نهجا متعدد الأبعاد، يجمع بين دعم الدخل، وإيجاد فرص العمل، وتحسين فرص الرعاية الصحية، وتوسيع فرص التعليم، إضافة إلى إجراءات أخرى"[2].

لا توجد مصادر رسمية تحدد مؤشر الفقر في الجزائر، ومن بين المؤشرات المتاحة يمكن استخدام معدل الفقر، "هو النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون دون الحد الوطني للفقر، وتستند التقديرات الوطنية إلى تقديرات المجموعات الفرعية المرجحة سكانيا والمستمدة من المسوح الاستقصائية للأسر المعيشية"[3]، والذي يمكن حسابه عن طريق تحديد مستوى الدخل الذي يمكن أن يغطي احتياجات الأسرة الأساسية مثل الغذاء والسكن والصحة والتعليم.

بالنسبة لحالة الجزائر فالأرقام المتوفرة تمثل معدل الفقر كنسبة من السكان عند خط الفقر الوطني، وهي حصيلة مسوح متفرقة تغطي بعض الفترات، وعليه ومن أجل رصد تطور معدلات

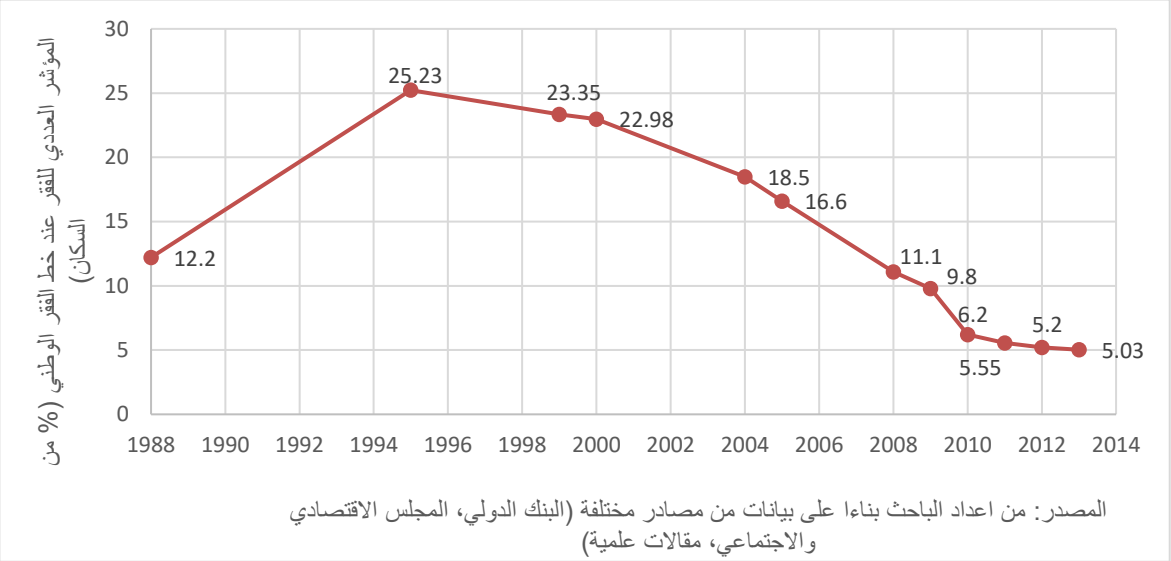
---

[1] Rafik Bouklia-Hassane, Fatiha Talahite, Marché du travail, régulation et croissance économique en Algérie, Revue Tiers Monde 2008/2 (n° 194), pages 413 à 437, Mis en ligne sur Cairn.info le 01/01/2010 https://doi.org/10.3917/rtm.194.0413

[2] تقرير التنمية البشرية 2014، مرجع سابق، ص 4.

[3] البنك الدولي، عبر الرابط: https://data.albankaldawli.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=DZ

الفقر في الجزائر، اعتمدنا على مصادر مختلفة في تغطية الفترة من 1988 إلى غاية 2014، والرسم البياني الموالي يوضح ذلك.



الشكل رقم 3.5: تطور نسبة الفقر في الجزائر خلال الفترة 1988–2014

وبحسب معطيات البنك الدولي عام 1988، قدرة نسبة الفقر بين مجموع السكان بـــ 12.2٪، ارتفعت إلى نحو 25.23٪ عام 1995، واستمرت في الانخفاض ببطء حتى وصلت إلى 11.1٪ عام 2008، بعد ذلك انخفض معدل الفقر بشكل كبير واستقر عند 5.03٪ في عام 2013، وهكذا ربما تفسر الأحداث الاقتصادية والاجتماعية التي مررنا بها خلال هذه الفترة ارتفاع وانحدار معدلات الفقر في الجزائر، ومع ذلك يجب التنويه إلى أنه بالنظر إلى الصعوبات التي تواجه الحصول على بيانات دقيقة حول معدلات الفقر في الجزائر، فإن هذه الأرقام قد لا تعكس بالضرورة الوضع الحقيقي بدقة.

4.7.5 تطور مؤشر التعليم في الجزائر خلال الفترة 1980–2014:

يعتبر "التعليم الهدف الرابع من أهداف التنمية المستدامة، وهو ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع"[1]، ويقاس مستوى التعليم في بلد ما اعتمادا على مجموعة من المؤشرات، مثل معدل الأمية وهي نسبة الإلمام بالكتابة والقراءة عند البالغين والشباب، نسبة القيد في الأطوار الثلاثة للتعليم (الابتدائية والمتوسطة والثانوية)، ومعدلات الانتهاء حيث يقيس نسبة الطلاب الذين يكملون دراستهم في كل مستوى، بالإضافة إلى مؤشر الإنفاق على التعليم كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي.

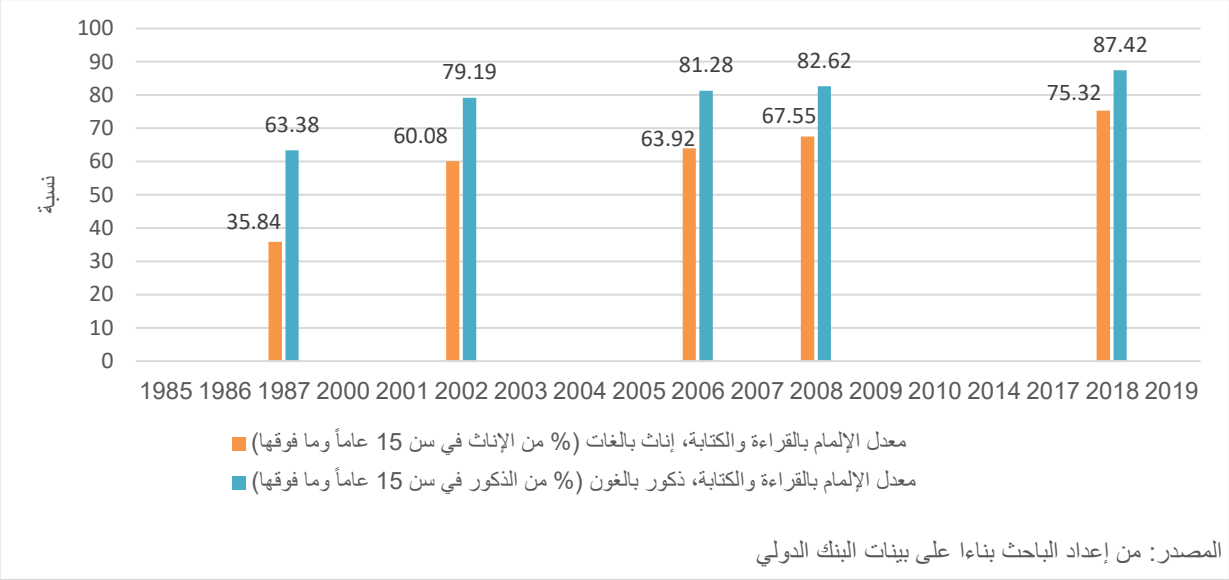
كما يمكن قياس جودة التعليم من خلال نسب الطلاب إلى المدرسين، ونتائج تعلم الطلاب، وتوفر الموارد التعليمية، وللوقوف على تطور مؤشر التعليم في الجزائر، سنلقي الضوء على مؤشرين (الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين ومستوى مؤشر التعليم)، وتطورها خلال الفترة 1980–2014.

المؤشر الأول: "معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين البالغين (15 عاما فأكبر) (%)، هو نسبة ذكور/إناث في الشريحة العمرية 15 عاماً فأكبر الذين يستطيعون (مع الفهم) قراءة وكتابة كلام موجز وبسيط عن حياتهم اليومية، ويتضمن (الإلمام بالقراءة والكتابة) بشكل عام (مبادئ الحساب)، أي القدرة على القيام بعمليات حسابية بسيطة، ويتم حساب هذا المؤشر عن طريق قسمة عدد الإناث أو الذكور الذين يستطيعون القراءة والكتابة ويبلغوا من العمر 15 عاما فأكثر على تعداد السكان في الفئة العمرية المقابلة، وضرب الناتج في مائة"[2].

---

[1] اليونيسكو، "الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة: التعليم"، تاريخ المعاينة: 03-03-2023، عبر الرابط: https://ar.unesco.org/gem-report/node/1346

[2] معهد اليونيسكو للإحصاء، موقع البنك الدولي، تاريخ المعاينة 03-03-2023، عبر الرابط: https://data.albankaldawli.org/indicator/SE.ADT.LITR.FE.ZS



المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بينات البنك الدولي

الشكل رقم 4.5: تطور نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة في الجزائر خلال الفترة 1987–2018

من الواضح أن معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة قد تضاعفت، خاصة بين الإناث 15 سنة فأكثر، حيث ارتفعت النسبة من 35.84% عام 1987 إلى 75.32%، وبدورها ارتفعت نسبة بين الذكور من 63.38% عام 1987 إلى 87.42% عام 2018، وإذا ما قورن المعدل وفق الجنس فقد سجل تفاوت بين الذكور والإناث في معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لصالح الذكور على طول الفترة.

المؤشر الثاني: مؤشر التعليم "وهو أحد مكونات مؤشر التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي"[1]، والذي ينص على قسمة عدد السنوات الدراسة للبالغين من سن 25 عاما فأكثر على السنوات المتوقعة من التعليم للأطفال في سن المدرسة، حيث يتم حساب المؤشر وفق الطريقة التالية:

يحسب مؤشر التعليم من متوسط سنوات الدراسة وسنوات الدراسة المتوقعة، يتم إعداد مؤشر متوسط سنوات الدراسة (MYS) بالقسمة على 15 ومؤشر سنوات الدراسة المتوقعة (EYS)

[1] منظمة التعاون الإسلامي، "دراسات التنمية البشرية – التعليم"، تاريخ المعاينة: 05-03-2023، عبر الرابط: https://www.sesric.org/education-ar.php

يتم إعداده بالقسمة على 18، بعدها يتم الحصول على مؤشر التعليم (EI) عن طريق حساب متوسط هذين المؤشرين[1]، والصيغة المولية توضح ذلك:

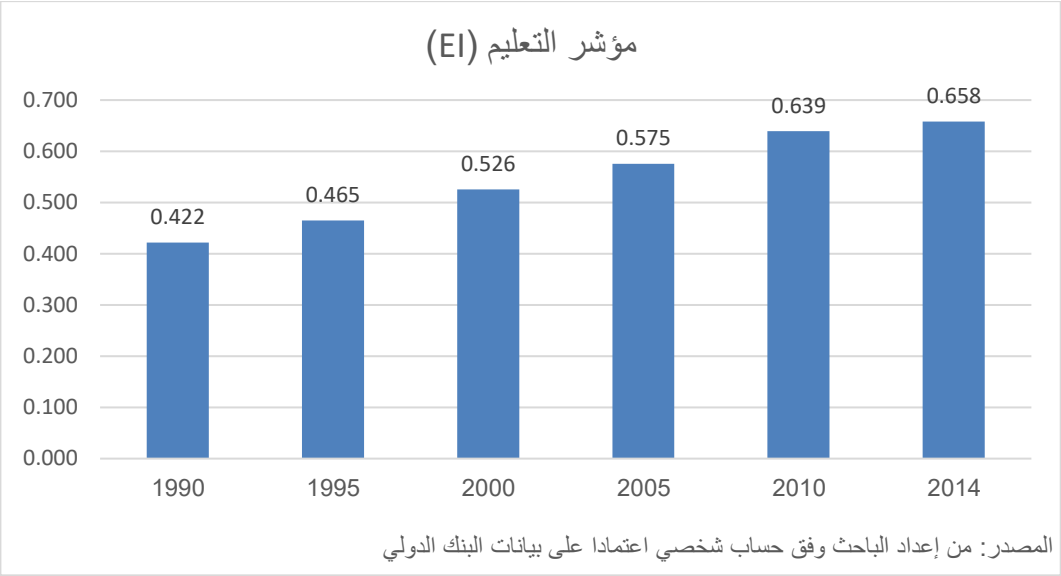
$$EI = \frac{\frac{EYS}{18} + \frac{MYS}{15}}{2}$$

(EYS): السنوات المتوقعة للدراسة هي حساب عدد السنوات التي يتوقع أن يلتحق بها الطالب في المدرسة أو الجامعة. في معظم البلدان، تمثل درجة الماجستير أعلى مستوى تعليمي يمكن الحصول عليه، ويعكس الحصول على درجة 18 عاما من التعليم، هذا يعني أنه إذا كان كل طالب في بلد ما مسجلا في درجة الماجستير فإن مؤشر EYS سيكون 1.0.

(MYS): متوسط سنوات الدراسة، هو حساب لمتوسط عدد سنوات التعليم التي حصل عليها الطالب فوق سن 25 عاما بالفعل، يعتمد على مستويات التحصيل التعليمي للسكان التي تم تحويلها إلى سنوات من الدراسة على أساس المدة النظرية لكل مستوى تعليمي حضره، 15 عاما هي الحد الأقصى المتوقع لهذا المؤشر لعام 2025، وبالتالي يتم استخدامه كحد أقصى للمؤشر، وهذا يعني أن الدولة التي بلغ جميع مواطنيها 15 عاما من التعليم في سن 25، سيكون لديها مؤشر MYS يبلغ 1.0.[2]

اعتمادا على بيانات البنك الدولي وبعد إجراء الحسابات وفق الصيغة السابقة، الشكل المولي يوضح تطور مؤشر التعليم في الجزائر:

[1] UNDP Human Development Report Office, Training Material for Producing National Human Development Reports, March 2015.
[2] Ibid.



الشكل رقم 5.5: تطور مستوى مؤشر التعليم في الجزائر خلال الفترة 1990–2014

وفقا للرسم البياني أعلاه، ارتفع مؤشر التعليم بشكل مطرد بين عامي 1980 و2014، بلغ مؤشر التعليم 0.422 في عام 1980 و0.658 في عام 2014، مما يدل على حجم الإنجازات، فقد حقق قطاع التعليم الجزائري تقدما كبيرا، ومع ذلك لا يزال جزء كبير من المجتمع بحاجة إلى بذل جهود إضافية لتحسين مستويات التعليم، حيث لم يتسنى لنا حساب المؤشر وفق متغير الجنس، أو حسب المناطق الجغرافية، حتى يظهر مدى تحقق المساواة في التعليم بين مختلف الفئات، وهذا لقصور البيانات، وعليه نعتقد أنه لزاما على السلطات السعي إلى ترقية التعليم خاصة في المناطق الريفية و بين الفئات المحرومة.

خلاصة الفصل

في هذا الفصل تطرقنا للواقع الاقتصادي والاجتماعي للجزائر بين عامي 1980 و 2014، والتي عرفت تحولات اقتصادية واجتماعية عميقة، تميزت هذه الفترة بتنفيذ جملة من الإصلاحات السياسات والاقتصادية والاجتماعية التي كانت تهدف إلى تحديث الاقتصاد وتحسين الظروف المعيشية لأفراد المجتمع، ومع ذلك فقد تم تنفيذ هذه السياسات في سياق اقتصادي واجتماعي صعب، اتسم بالتوترات السياسية والمخاوف الأمنية وانخفاض أسعار النفط في بعض المراحل وارتفاعها في مراحل أخرى، ومن بين معالم هذه المرحلة أحداث أكتوبر 1988 وما نتج عنها من إصلاحات سياسية أبرزها الانفتاح السياسي والتعددية الحزبية، أعقبتها فترة التسعينيات أو ما يسمى بالعشرية السوداء، في منتصف التسعينيات تبنت الجزائر سياسة إعادة الهيكلة جراء ضغوط صندوق النقد الدولي، وأخيرا بعد عام 2000، بداية انفراج الأزمة مع تحسينات في المستويين الأمني والاقتصادي.

في نهاية الفصل تناولنا تطور بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية، التي تستخدم كأساس لتحليل الواقع الاجتماعي والاقتصادي لأي دولة، وتشمل هذه المؤشرات التي تم التطرق لها، مؤشر الناتج الإجمالي الخام، معدل البطالة بالإضافة إلى معدل الفقر، وفي الأخير تطرقنا إلى حساب مؤشر التعليم وتطوره خلال الفترة.

تحسن كل من مؤشر الناتج المحلي الإجمالي ومؤشر التعليم إلى غاية عام 2014، وفي المقابل تراجع كل من مؤشر الفقر ومؤشر البطالة خلال نفس الفترة.

الفصل السادس

الجانب التطبيقي للدراسة

صناديق الضمان الاجتماعي

تحليل البيانات

الفصل السادس

الجانب الميداني للدراسة

صناديق الضمان الاجتماعي

تحليل البيانات

لقد تناولنا في الفصول النظرية للدراسة، المفاهيم والمؤشرات والسياق التاريخي الذي ستعالج في ضوئه البيانات، وما هو إلا تمهيد للعمل الذي يتمحور حول تحليل بيانات المتوفين من منتسبي صناديق الضمان الاجتماعي، وقبل التطرق إلى الوصف التفصيلي لمجموع البيانات التي سنعتمدها في هذه الدراسة، والذي يليها تحليل المعطيات واختبار الفرضيات، سيكون من المناسب تقديم نظرة على السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي والتقاعد في الجزائر، بحكم أنه تم تصدير البيانات من هذه الأخيرة، وإلقاء الضوء عن ماهيتها، دورها، الخدمات المقدمة، والفئات المنتسبة والمستفيدة من الخدمات التي توفرها الصناديق الوطنية للضمان الاجتماعي محل الاهتمام، حتى يتسنى لنا فهم المتغيرات المشكلة للبيانات المرصودة.

1.6 التطور التاريخي لنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر:

1.1.6 بداية النظام:

وفقا للقرار رقم 49-045 (المجلس الجزائري) المؤرخ 11 أبريل 1949 (بشأن تنظيم نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر)، تم توسيع نظام الضمان الاجتماعي في فرنسا وإدخاله إلى الجزائر

مع العديد من التحفظات على مستوى التطبيق، كانت إحدى نتائج القرار المذكور هي الانتشار الكبير لصناديق الضمان الاجتماعي.[1]

أما بالنسبة للنظام الخاص بالعمال الغير الأجراء، فيمكن اعتبار المرسوم رقم 58-238 المتعلق بإنشاء نظام خاص بالشيخوخة لفائدة الأشخاص غير الأجراء، كبداية لهذا النظام والذي في مادته الأولى والمعدلة للمادة 19 من المرسوم 56 -1192، نص على ما يلي:

ينشأ في الجزائر نظام للعلاوات الخاصة بالشيخوخة بالنسبة لكل الفئات المهنية التالية والتي لا تستفيد من نظام الأجراء أو المشبهين بهم: المهن الفلاحية، المهن التجارية والصناعية، المهن الحرة، المهن الحرفية [2]

عرفت هذه المرحلة وجود صناديق كثيرة ومختلفة من حيث المهام والحجم وقد وصل تعدادها الى ما يقارب 100 صندوق، تشرف على العشرات من الأنظمة التي تعتمد أساسا على الانتماء الوظيفي مثل: " قطاعات بعض المصالح كالكهرباء والغاز، السكك الحديدية والمناجم والفلاحة والبنوك والتأمينات".[3]

أما الأقلية الأوربية فتركزت في قطاعات مثل (الوظيف العمومي، البنوك) وكانت تتمتع بنظام أحسن من القطاع الفلاحي الذي كان يضم غالبية الجزائريين، بحيث تباينت الامتيازات من نظام لآخر.[4]

---

[1] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة.
[2] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة.
[3] وزارة العمل والشغل والضمان الاجتماعي، السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي، تاريخ المعاينة 09-04-2023، عبر الموقع الإلكتروني: https://www.mtess.gov.dz/ar
[4] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة

2.1.6 النظام الموروث:

ورثت الجزائر المستقلة نظام الضمان الاجتماعي، الذي كان مبني في أساسه مبدأ التمييز فكان واجبا عليها تخليصه من هذه النزعة الأخيرة، وجعله أكثر مطابقة لمبادئ الجزائر المستقلة.

في ظل هذه المعطيات، عرف نظام الضمان الاجتماع الكثير من التغييرات، تمثلت في، إلحاق حوادث العمل بالضمان الاجتماعي، تمديد الاستفادة من المنح العائلية للقطاع الفلاحي، إصلاح نظام التقاعد المكمل، وإنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، خلق الصناديق الجهوية للضمان الاجتماعي– وهران– الجزائر– قسنطينة casoran -casoral - casorec.[1]

3.1.6 إصلاح النظام 1970:

بمقتضى المرسوم 70–116 المتعلق بالتنظيم الإداري للضمان الاجتماعي الذي وضع بداية سنة 1970، فقد عرف النظام إصلاحات معتبرة، مست التنظيم الإداري للضمان الاجتماعي، ما عدا النظام الفلاحي، وتميزت هذه الفترة بخطوتين هامتين:

من أجل التأسيس لسياسة متناسقة في ميدان الضمان الاجتماعي وتوحيد الأنظمة، تم إسناد الوصاية الإدارية إلى وزارة واحدة تدعى الوزارة المكلفة بالضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى تجسيد مبدأ اللامركزية الإدارية، عن طريق فتح وكالات ولائية للضمان الاجتماعي، قصد تحسين عمل النظام من جهة ومن ناحية أخرى قصد تقريب الهيئات (الضمان الاجتماعي) من المؤمنين للوصول إلى أكبر شريحة. [2]

---

[1] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة

[2] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة.

4.1.6 توحيد النظام 1983:

إن النظام المعتمد بمقتضى قوانين الضمان الاجتماعي الصادرة بسنة 1983 قد ارتكز على محورين هامين تمثلا في، الرفع من مستوى الامتيازات الممنوحة وتوحيدها، والعمل على توحيد الأنظمة المتواجدة وخلق هيئتين فقط للضمان الاجتماعي.

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل: يختص بالتحصيل والأداءات لكامل المؤمنين الاجتماعيين (CNASAT).
- الصندوق الوطني للتقاعد: يشرف على المعاشات ومنح التقاعد لجميع العمال مهما كانت صفتهم (CNR).[1]

5.1.6 العودة الى التنوع 1992:

بداية القطيعة مع التنظيم الناتج عن قوانين 1983 أقرها المرسوم التنفيذي رقم 92-07 المؤرخ في 04 جانفي 1992، حيث شكل محاولة لإرساء نظام جديد للضمان الاجتماعي، يرتكز على التنوع واحترام الخصوصيات.

نتج عن هذا المرسوم التنفيذي إنشاء ثلاث صناديق مكلفة بتسيير الضمان الاجتماعي، تمثلت في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء **(CASNOS)**، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء **(CNAS)**، الصندوق الوطني للتقاعد **(CNR)**، هذا التوجه تأكد فيما بعد بإنشاء صندوقين جديدين في مجال الضمان الاجتماعي وهما:

---

[1] نفس المرجع.

- ✓ الصندوق الوطني للبطالة (CNAC) الذي أنشأ بموجب المرسوم التنفيذي رقم 94-158 المؤرخ 06 جويلية 1994.
- ✓ الصندوق الوطني للعطل المدفوعة الأجر والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية في قطاعات البناء والأشغال العمومية (CACOBATP) المنشأ بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97_45 المؤرخ في 04 فيفري 1997.[1]

2.6 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء CASNOS:

أنشأ الأمر التنفيذي 92-7، الصادر في 4 يناير 1992، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، وهو المسؤول عن ضمان الرعاية الاجتماعية للفئات المهنية غير مدفوعة الأجر مثل ما يلي: (المهن الحرة، التجار، الفلاحين، الصناعيين والحرفيين).[2]

1.2.6 التكليف والالتزامات:

- **التكليف:** كل عامل غير أجير يعمل لحسابه الخاص مثل: الأطباء، التجار، الحرفيين، المقاولين، المحاسبين، المهندسين، المزارعين وغيرهم، يعتبر مكلف وخاضع للقانون المتعلق بالتزامات في مجال الضمان الاجتماعي.
- **الالتزامات:** يترتب على هذا التكليف التزامين هامين:[3]

1. **التصريح بالنشاط:** في غضون عشرة أيام بعد بدء النشاط، يجب على كل عامل غير مدفوع الأجر تقديم تصريح إلى هيئة الضمان الاجتماعي المختصة إقليميا، في حالة عدم

---

[1] نفس المرجع.
[2] الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، تاريخ المعاينة 21-07-2019 عبر الرابط التالي: https://casnos.com.dz/presentation
[3] الجريدة الرسمية، المادة 05 من القانون رقم 83-14 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المعدل والمتمم بالقانون رقم 04-17.

التصريح يترتب عنه دفع غرامة مقدارها 5000 دينار جزائري، بالإضافة إلى 20% عن كل شهر تأخير.

2. **دفع الاشتراكات:**

تخضع اشتراكات الضمان الاجتماعي لغير الأجراء للدفع السنوي من قبل الجهات المعنية، وتحسب الاشتراكات على أساس الدخل السنوي الخاضع للضريبة، بعنوان الضريبة على الدخل ضمن سقف سنوي يساوي 8 أضعاف القيمة السنوية للحد الأدنى المضمون للأجور، مع تحديد نسبة الاشتراكات بنسبة 15% من الدخل المذكور وتوزع على النحو التالي: نسبة تعادل 7.5 % بعنوان التأمينات الاجتماعية، ونسبة تماثلها بعنوان التقاعد 7.5%، وفي كل الظروف، لا يجب أن يقل أساس اعتماد الاشتراكات عن القيمة السنوية للحد الأدنى للأجر الوطني المضمون.

في حالة التأخر عن دفع الاشتراكات في المواعيد القانونية يترتب عنه زيادة قدرها 5% من قيمة الاشتراكات عن الشهر الأول للتأخير، وتضاف إليها 1% عن كل شهر إضافي متأخر حتى الالتزام بدفع الاشتراكات.[1]

2.2.6 الحقوق والأداءات:

يتعين على الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تقديم حقوقا وأداءات للمستفيدين عن الالتزام بدفع الاشتراكات.

1. **الأشخاص موضوع الحماية (المستفيدون):** يكمن تصنيف المستفيدين من التغطية الاجتماعية لفئتين:

[1] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة.

- المؤمنين الاجتماعيين المباشرين (بعد التقاعد يتحصلون المعاش المباشر).
- ذوي الحقوق (بعد وفاة المؤمن له اجتماعيا، يتحصل ذوي الحقوق على المعاش المنقول).

يكمن ملاحظة ثلاث أنواع من ذوي الحقوق:

- ✓ زوج المؤمن له إذا كان لا يمارس أي نشاط.
- ✓ الأولاد تحت الكفالة: اللذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، اللذين تقل أعمارهم عن 25 سنة وأبرم بشأنهم عقد تمهين، يقضي بمنحهم أجرا يقل عن 1/2 الأجر الوطني الأدنى المضمون، اللذين تقل أعمارهم عن 21 سنة ويواصلون دراستهم، اللذين بدأوا العلاج لمرض عضال قبل سنة 21 سنة فان شرط السن لا يعتد به قبل نهاية العلاج، الأولاد المكفولين والحواشي من الدرجة الثالثة، الإناث بدون دخل مأجور مهما كان سنهم، المصابون بعاهة أو مرض مزمن مهما كان سنهم ولا يستطيعون ممارسة أي نشاط مهني، الأولاد الذين يستوفون شروط السن المطلوبة ويتحتم عليه التوقف عن التمهين أو الدراسة بسبب حالتهم الصحية.
- ✓ أصول المؤمن المتكفل بهم أو أصول زوجه اللذين لا يزيد دخلهم أو مواردهم الشخصية عن المبلغ الأدنى لمعاش التقاعد. [1]

2. **الأداءات المقدمة أو الأخطار المغطاة:** تنص قوانين الضمان الاجتماعي على أن يستفيد المؤمنون غير الأجراء وذوي حقوقهم من فرعين هامين من فروع الضمان الاجتماعي:

A. **التأمينات الاجتماعية:** تغطي التأمينات الاجتماعية أربعة أخطار وهي:

[1] الجريدة الرسمية، المادة 67 من القانون رقم 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم بالمادة 30 من الأمر رقم 96-17.

1) "**التأمين على المرض:** الأشخاص اللذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجور يحق لهم الاستفادة من الأداءات العينية الخاصة بالتأمين على المرض".

2) "**التأمين على الأمومة:** ونعني بها الأداءات العينية المتمثلة أساسا لتعويض المصاريف الطبية، مصاريف التحليل، الدواء، الولادة بنسبة 100% من التسعيرة المحددة رسميا".

3) "**التأمين على العجز:** يضمن هذا التأمين للمؤمن له معاشا على العجز عندما يتعذر عليه القيام بأي نشاط بصفة دائمة ونهائية، في حالة احتياج المؤمن له لشخص ثالث (نتيجة حالة العجز) يمكنه الاستفادة من زيادة الشخص الآخر، عند وفاة المؤمن له يحول معاش العجز الى معاش لفائدة ذوي الحقوق، وحين بلوغ المؤمن سن التقاعد يحول معاش العجز الى معاش للتقاعد". [1]

4) "**التأمين على الوفاة:** في حالة وفاة المؤمن له يستفيد ذوي الحقوق من منحة وفاة تعادل الدخل السنوي الخاضع للضريبة الذي اعتمد كأساس للاشتراك على ألا تقل هذه المنحة عن مبلغ 12 مرة قيمة المبلغ الشهري للأجر الأدنى المضمون".

B. **تأمين التقاعد:** يستفيد المؤمن له من معاش التقاعد عند استيفائه شرطين أساسين: بلوغ سن التقاعد وهي 65 سنة بالنسبة للرجل و60 سنة بالنسبة للمرأة، والاشتراك لمدة 15 سنة على الأقل، وفي حالة عدم استيفاء العامل غير الأجير للشروط المذكورة، يستفيد من منحة التقاعد عند توافر شرطين هما، بلوغ سن 65 سنة بالنسبة للجنسين، بالإضافة إلى استيفاء على الأقل 05 سنوات من الاشتراك.[2]

---

[1] الجريدة الرسمية، المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 96-434 المؤرخ في 30 نوفمبر المتعلق بالضمان الاجتماعي.
[2] وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة.

3.2.6 صلاحيات ومهام الصندوق:

- **صلاحيات ومهام الصندوق:**

وفق المرسوم التنفيذي 93–119 المؤرخ في 15 ماي 1993 واستنادا الى نص المادة 3 المحددة لصلاحيات وتنظيم وسير الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، يمكننا تلخيص صلاحيات هذا الأخير على النحو الاتي:

تسيير الأداءات العينية والنقدية للتأمينات الاجتماعية لفئة غير الأجراء (المرض، الأمومة، العجز، الوفاة)، تسيير المعاشات والمنح المقدمة بعنوان التشريع السابق للفاتح جانفي من سنة 1984 الى غاية استيفاء حقوق المستفيدين، تولي تحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل الخدمات المذكورة سابقا، تسيير الأداءات للأشخاص المستفيدين من اتفاقيات الضمان الاجتماعي واتفاقاته الدولية، تنظيم الرقابة الطبية تنسيقها وممارستها، تسجيل المؤمنين الاجتماعيين والمستفيدين، تولي إعلام المؤمنين، إبرام اتفاقية مع صناديق الضمان الاجتماعي قصد تأمين العناية الطبية وتقديم الأداءات. [1]

3.6 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء (CNAS):

1.3.6 التعريف بالصندوق:

"الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء هو مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص، طبقا للمادة 49 من القانون رقم 88–01 المؤرخ في 12 يناير 1988 المتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية، يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية".[2]

---

[1] الجريدة الرسمية، المادة 3 من المرسوم التنفيذي 93-119 المؤرخ في 15 ماي 1993، العدد رقم 33، الصادر بتاريخ 19 ماي 1993.

[2] الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، تاريخ المعاينة 20-07-2019، عبر الموقع التالي: https://cnas.dz

2.3.6 مهام الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء:

تتمثل مهام الصندوق في تسيير أداءات التأمينات الاجتماعية (الأمومة، المرض، العجز والوفاة) وكذا الأمراض المهنية وحوادث العمل، تسيير المنح العائلية لحساب الدول، تحصيل الاشتراكات، الرقابة والمنازعات المتعلقة بتحصيل الاشتراكات الموجهة لتمويل الأداءات، منح رقم تسجيل وطني للمؤمن له اجتماعيا وكذا أصحاب العمل، تسيير الأداءات المتعلقة بالأشخاص المستفيدين من الاتفاقيات الثنائية للضمان الاجتماعي، إجراء الرقابة الطبية لفائدة المستفيدين، القيام بالنشاطات الرامية إلى تمكين العمال وذوي حقوقهم من الأداءات الجماعية، على شكل إنجازات ذات طابع صحي واجتماعي، تسيير صندوق المساعدة والنجدة، إبرام اتفاقيات مع مقدمي العلاج، إعلام المستفيدين وأصحاب العمل بحقوقهم والتزاماتهم.[1]

المساهمة في ترقية السياسة الرامية إلى الوقاية من الأمراض المهنية وحوادث العمل وهذا من خلال، ضمان تطبيق التشريعات والممارسات الجيدة في مجال الوقاية من الأخطار المهنية، المشاركة في ترقية الصحة وتحسين ظروف العمل، التضامن من خلال تقديم التعويضات والمساعدات للعمال ضحايا حوادث العمل والأمراض المهنية وذويهم، مرافقة الضحايا وإعادة تأهيلهم، والمساعدة على اندماجهم الاجتماعي والمهني. [2]

3.3.6 تنظيم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء:

يتولى مجلس الإدارة كل العمليات الإدارية للصندوق، بحيث يخضع لوصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي.[3]

---

[1] نفس المرجع.
[2] نفس المرجع.
[3] نفس المرجع.

- **هياكل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء:**

للقيام بمهامه على المستوى المركزي والولائي، يتكون الصندوق من مديرية عامة، بالإضافة إلى 49 وكالة ولائية (اثنان منها بالجزائر العاصمة)، وهياكل الدفع تعدادها 839، تتفرع إلى 368 مركز دفع، 405 ملحقة دفع، و66 ملحقة محلية، ومن ضمنها كذلك أربع عيادات متخصصة (الجراحة القلبية للأطفال، العظام والتأهيل، أمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الأسنان)، أربع مراكز للتصوير الطبي الشعاعي، 35 مركزا للتشخيص والعلاج، 55 صيدليات تابعة للصندوق، 30 حديقة وروضة للأطفال، مطبعة، ومركز عائلي ذو طابع اجتماعي. [1]

- **المستفيدون:**

لعمال الأجراء، مهما كان قطاع النشاط، الممتهنين (المتربصين)، الطلبة، المتربصين في مجال التكوين المهني، فئة المعاقين، المجاهدين، المستفيدون من امتيازات الضمان الاجتماعي (المنح والريوع).

ويستفيد من المنح الجزافية للتضامن (الأشخاص المرضى أو المسنين وغير الناشطين)، ويتم حصر ذوي الحقوق في: الزوج، الزوجة، الأطفال القصر، الفتيات الغير المتزوجات غير العاملات، الأصول[2].

---

[1] نفس المرجع.
[2] نفس المرجع.

- **الأداءات:**

يتم التكفل بمصاريف العلاج الطبي والأدوية بنسبة 80% وبنسبة 100% في بعض الحالات (لاسيما المرضى المصابين بأمراض مزمنة)، يتم تعويض فترات التوقف عن العمل بسبب المرض بنسبة 50% من الأجر خلال الخمسة عشرة يوما الأولى وترفع إلى نسبة 100% من الأجر بعدها، وتصل المدة القصوى لهذا التعويض إلى ثلاث (03) سنوات، التكفل بالتأمين عن الأمومة بنسبة 100%، حيث تستفيد المرأة العاملة من عطلة أمومة تصل إلى 98 يوما، يساوي المبلغ الأدنى لمنحة العجز إلى نسبة 75% من الأجر الوطني الأدنى المضمون، عند وفاة المؤمن له اجتماعيا يستفيد ذوي حقوقه من منحة الوفاة.

تمنح الأخطار المهنية الحق في التغطية بنسبة 100% في مجال العلاج والتوقف عن العمل بسبب المرض، يتم تسديد الريوع في حالة الآثار الجسدية الناجمة عن الحوادث، وتسدد الريوع لفائدة ذوي الحقوق في حالة وقوع حادث العمل المفضي إلى الوفاة.[1]

4.6 الصندوق الوطني للتقاعد (CNR):

"هو هيئة عمومية ذات طابع خاص تحكمها القوانين الخاصة بها، يؤكد المرسوم التنفيذي رقم 92–07 المؤرخ في 28 جمادى الثانية 1412 الموافق لـــ 4يناير سنة 1992 على أن يتمتع بالشخصية المعنوية والاستغلال المالي"، وحدد نفس المرسوم مهام الصندوق من خلال ما يلي[2]:

تسيير معاشات ومنح التقاعد وكذا معاشات ومنح ذوي الحقوق، تسيير المعاشات والمنح الممنوحة بسند التشريع ما قبل الفاتح من يناير 1984 إلى غاية انقضاء حقوق المستفيدين، ضمان عملية التحصيل والمراقبة ونزاعات تحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل أداءات التقاعد، تطبيق

---

[1] نفس المرجع.

[2] الصندوق الوطني للتقاعد، تاريخ المعاينة 21-07-2019، عبر الرابط التالي: http://cnr-dz.com/ar/missions/

الأحكام المتعلقة بالتقاعد المنصوص عليها في المعاهدات والاتفاقيات الدولية في مجال الضمان الاجتماعي، ضمان إعلام المستفيدين وأرباب العمل، تسيير صندوق المساعدة والإغاثة تطبيقا للمادة 52 من القانون 83-12 المؤرخ في 2 يوليو سنة 1983 المتعلق بالتقاعد[1].

1.4.6 شروط التقاعد:

معاش التقاعد: يمنح للعمال التي تتوفر فيهم الشروط كأن يكون قد بلغ سن الستين (60 سنة)، بالإضافة أن يكون قد عمل 15 سنة من بينها 7 سنوات ونصف على الأقل، تمت فيها تأدية عمل فعلي وسددت فيها الاشتراكات، ويتم تخفيض هذه المدة إلى النصف بالنسبة للعمال المجاهدين، يحق للمرأة العاملة الاستفادة من التقاعد في سن 55 بطلب منها، كما تستفيد من تخفيض لمدة سنة واحدة من السن القانوني للتقاعد عن كل طفل متكفل به وفي حدود 3 أطفال.

ولا يتم فرض أي شرط للسن، ويشمل العامل الأجير الذي استوفى 32 سنة من النشاط، وكذلك المجاهد الذي تحصل على معاش بنسبة 100%، والعامل الذي أصيب بعجز كلي ونهائي، بشرط ألا يستوفي الشروط التي تخول له الحق في الاستفادة من معاش العجز.[2]

نص التشريع أيضا، على إمكانية استفادة العامل في حالة نشاط بطلب منه، على معاش نسبي (التقاعد النسبي) إذا بلغ على الأقل سن الخمسين (50) والمبررة بـــ 20 سنة نشاط، حيث يتم تخفيض الحد الأدنى للسن ومدة العمل إلى 5 سنوات لفائدة المرأة الأجيرة، يتم احتساب كل سنة عمل بنسبة 2.5% بعنوان التقاعد (3.5% لسنوات المشاركة في حرب التحرير الوطنية)، وتبلغ النسبة الكاملة لمعاش التقاعد 80% (100% للمجاهد).

---

[1] نفس المرجع.
[2] وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

إن الأجر المرجعي لحساب معاش التقاعد يتمثل في الخمس سنوات الأخيرة للنشاط أو أفضل 5 سنوات من المسار المهني للعامل الأجير وأفضل 10 إيرادات سنوية بالنسبة لغير الأجير.[1]

منحة التقاعد: تمنح لكل عامل أجير بلغ من العمر 60 سنة، ولم يستوفي شروط التقاعد كما سبق معنا، بحيث يستلزم فترة عمل لا تقل عن 5 سنوات أو 20 ثلاثي ولا تصل إلى 15 سنة من العمل الفعلي والتأمين، وتحسب وفق عدد السنوات وتضاف إلها علاوة الزوج المكفول.

2.4.6 أنواع التقاعد:

1. **التقاعد العادي:** "يشكل معاش التقاعد حقا ذا طابع مالي وشخصي يستفاد منه مدى الحياة، حيث يستفيد من معاش التقاعد كل العمال سواء كانوا أجراء أم ملحقين بالأجراء الذين يستوفون الشروط التي تم ذكرها سابقا"، وتتمثل الحقوق الممنوحة للتقاعد فيما يلي[2]:
   a. **معاش مباشر** يمنح على أساس نشاط العامل بالذات ويضاف إليه زيادة عن الزوج المكفول.
   b. **معاش منقول** يتضمن: معاشا إلى الزوج الباقي على قيد الحياة، معاشا لليتامى، معاشات للأصول، وهناك حالتان: إما أن يتوفى المؤمن له وهو متحصل على المعاش، أو وفاته أثناء العمل قبل أن يحصل على المعاش، وفي كلتا الحالتين ينقل لذوي الحقوق.
2. **التقاعد المسبق:** "أنشأ التقاعد المسبق بموجب المرسوم التشريعي رقم 94–10 المؤرخ في 26 مايو 1994، حيث بعد أن يستوفي الشروط المحددة لهذا النوع من التقاعد، يستفيد العامل الأجير من الإحالة على التقاعد بصفة مسبقة قد تصل إلى 10 سنوات قبل السن

---

[1] نفس المرجع.

[2] الجريدة الرسمية، القانون رقم 83-12، المؤرخ 21 رمضان عام 1403 الموافق لـ 2 يوليو سنة 1983، يتعلق بالتقاعد.

القانونية المحددة للإحالة على التقاعد، ويشترط بلوغ سن 50 سنة للرجال، 45 سنة للنساء، وألا يكون العامل قد استفاد من أي دخل ناتج نشاط مهني آخر".[1]

3. **التقاعد النسبي:** "إستثناءا لشروط التقاعد العادي، يمكن للعامل الأجير الاستفادة من معاش التقاعد النسبي إبتداءا من سن الخمسين (50 سنة)، بشرط أن يكون الأجير قد أتم فترة عمل فعلية ترتب عنها دفع اشتراكات تساوي عشرين سنة (20 سنة) على الأقل، وتستفيد النساء العاملات من تقليص قدر خمس سنوات (05) من سن العمل".[2]
4. **التقاعد دون شرط السن:** يمكن للعامل الأجير الذي أتم 32 سنة من النشاط الفعلي وترتب عنها دفع اشتراكات توافق المدة، أن يستفيد من التقاعد مهما كان سنه.

3.4.6 الاتفاقيات الدولية:

في إطار الشراكة والتعاون، يرتبط صندوق التقاعد الوطني وبعض صناديق التقاعد الأجنبية باتفاقيات، ولعل أهمها من حيث العمل والتفعيل نجد ثلاث اتفاقيات:

1. الاتفاقية الجزائرية البلجيكية المؤرخة في 27-02-1968، في مجال الضمان الاجتماعي.
2. الاتفاقية الجزائرية الفرنسية المؤرخة في 01-10-1980، والسارية المفعول ابتداءا من 01-02-1982 في مجال الضمان الاجتماعي.
3. الاتفاقية الجزائرية التونسية المؤرخة في 29-09-2004، في مجال الضمان الاجتماعي.[3]

[تم إلغاء كل من التقاعد المسبق، والتقاعد النسبي والتقاعد دون شرط السن الذي أنشأ بموجب الأمر رقم 97-13 وقد ألغيا بموجب القانون رقم 16-15، المؤرخ في عام 2016، وعليه إلغاء هذه

---

[1] الجريدة الرسمية، مرسوم تشريعي رقم 94-10، مؤرخ في 26 ماي 1994، يحدث التقاعد المسبق، العدد رقم 34، صادر بتاريخ 01 يونيو 1994.

[2] وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، مرجع سابق.

[3] الصندوق الوطني للتقاعد، تاريخ المعاينة 28-05-2023، عبر الرابط: https://dz.cnr.dz/ar.

الأنواع من التقاعد كان خارج الحدود الزمنية للدراسة التي تغطي الفترة من 1980 إلى غاية عام 2014.

تم وضع التشريعات الخاصة بالتقاعد النسبي ودون شرط السن، في سياق برنامج التعديل الهيكلي من أجل التكفل بإجراءات تسريح العمال التي أعقبت غلق عدة مؤسسات وطنية، ورغم اختفاء هذه ظروف، فقد استمر النظام الوطني للتقاعد في تسجيل العديد من الطلبات المعتبرة للاستفادة الإرادية من التقاعد قبل سن الستين سنة الذي أسس له في التشريع الصادر عام 1997، مما أدى إلى الإضرار بشكل بالغ بالتوازنات المالية للصندوق الوطني للتقاعد، وهذا حسب وجهة نظر المكلفين بتسيير الأنظمة الوطنية للتقاعد.[1]]

5.6 وصف قواعد البيانات وعينة الدراسة:

تعتمد دراستنا على ثلاث مصادر بيانات مختلفة تخص صناديق الضمان الاجتماعي:

1.5.6 المصدر الأول (بيانات CNR):

عبارة عن الملف الإداري الإلكتروني للمتقاعدين، يضم 173714 فرد يمثلون المتقاعدين وذوي الحقوق الباقين على قيد الحياة والمتوفين، من بيانات الصندوق الوطني للتقاعد فرع البليدة، اقتصارنا على عينة المتقاعدين وذوي الحقوق المتوفين فقط، حيث تقلص العدد إلى 41393، وبعد تنقيح البيانات نظرا لغياب بعض تواريخ الميلاد والوفاة، وكتابة بعضها الآخر بشكل خاطئ، مع استثناء البيانات خارج المجال الزمني للدراسة 1980–2014، خفضنا العدد إلى حوالي 33429 فرد، ويمثلون الأشخاص المولودين بين عامي 1900 و1977 حوالي 77 جيل، وسنقوم بتفصيل مكونات عينة الدراسة فيما يلي:

[1] قادة عمر بكير، عضو سابق بالمجلس الشعبي الوطني، مشروع قانون يعدل ويتمم القانون رقم 83-12 المؤرخ في 2 يوليو 1983، والمتعلق بالتقاعد، تاريخ النشر 17 سبتمبر 2016، تاريخ المعاينة: 17-05-2023، عبر الرابط: https://karaomar.net/index_ar.php

1.1.5.6 توزيع عينة الدراسة وفق بعض المتغيرات:

1. توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب طبيعة الحقوق:

يستفيد العامل بعد التقاعد هو أو أفراد عائلته من بعض الحقوق–وقد فصلنا هذا سابقا في السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي–، على رأسها معاش التقاعد أو منحة التقاعد، وتمنح للعامل مقابل سنوات العمل التي أنجزها فتسمى المعاش أو المنحة المباشرة، وبعد وفاته تنتقل للأصول وتسمى المعاش المنقول، والجدول رقم 1.6 يبين ذلك:

الجدول رقم 1.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) وفق نوع المعاش:

		التكرار	النسبة %
الحقوق	المعاش المباشر	27375	81.9
	المعاش المنقول	6054	18.1
المجموع		**33429**	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS

بما أن الصندوق الوطني للتقاعد قائم على اشتراكات المؤمنين اجتماعيا، فمن المنطقي أن نجد أكبر نسبة 81% تمثل فئة المعاش المباشر، وبما أن أصحاب المعاش المنقول لا يتحصلون عليه إلا بعد وفاة المؤمن له اجتماعيا، فهم بدورهم كذلك قد تعرضوا لحدث الوفاة وقدرة نسبتهم ب 18.1% انطلاقا من 1980 إلى غاية 2014.

2. توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس ونوع المعاش:

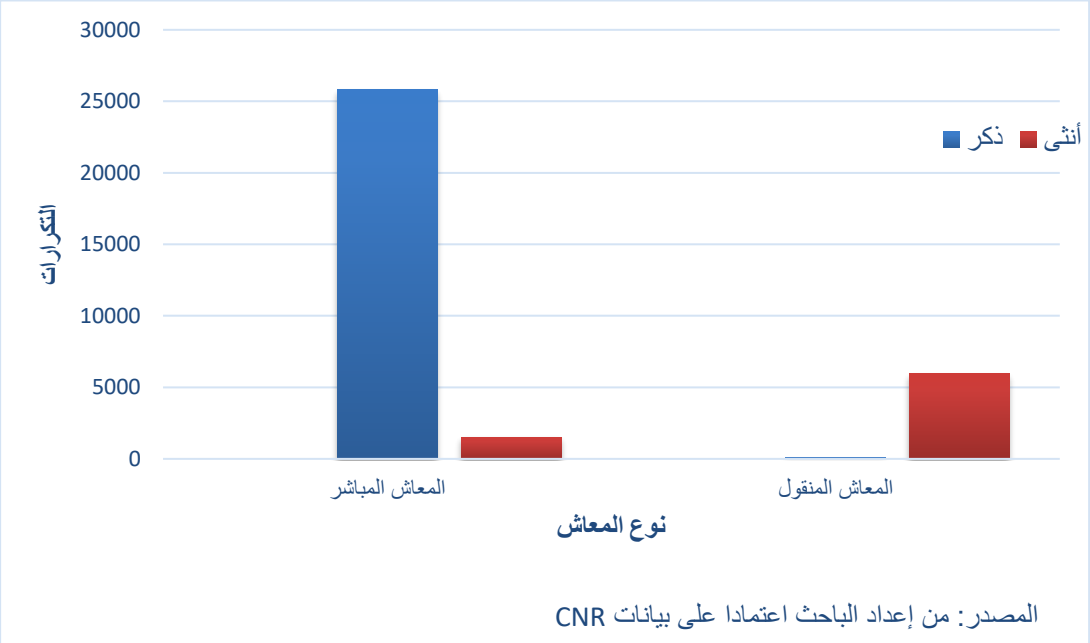
بلغت نسبة الذكور من إجمالي عدد أفراد العينة 77.6%، وفي المقابل بلغت نسبة الإناث 22.4%، وإذا وزعنا البيانات وفق نوع المعاش، نلاحظ غلبة الذكور بالنسبة للمعاش المباشر بحوالي 94.4% و5.6% للإناث، أما المعاش المنقول على العكس من ذلك، فالغلبة للإناث بنسبة 98.2% و الذكور 1.8%، على العموم يمكن القول أن هناك تفاوت واضح في النسب بين الجنسين بالنسبة للمعاش المباشر لصالح الذكور، وهذا راجع للتمثيل الواسع لهذا الأخير في سوق العمل، فوصول المرأة إلى سوق العمل منخفض جدا وهذا بسبب خصوصيات المجتمع الجزائري في تلك الفترة، حيث تناولت العديد من الدراسات هذا الجانب وعليه لا يتسع المقال للخوض في ذلك، فالمشاركة الفعلية للمرأة في سوق العمل لم تعرف تطورا حتى سنوات الألفيات، حيث قدر الديوان الوطني للإحصائيات نسبة مشاركة المرأة الجزائرية في سوق العمل بـــ 19% حتى عام 2013، وبما أن عينة البحث تمثل المتوفين من المتقاعدين والمتوفين أثناء النشاط، وهم بالأخص يمثلون أشخاص ولدو بين عامي 1900 و 1976، هذا ما يفسر تراجع نسب الإناث فيما يخص المعاش المباشر، والجدول رقم 2.6 يوضح ذلك.

الجدول رقم 2.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس ونوع المعاش:

		جنس المبحوثين				المجموع	
		الذكور		الإناث			
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
الحقوق	المعاش المباشر	25847	%94.4	1528	%5.6	27375	%100
	المعاش المنقول	109	%1.8	5945	%98.2	6054	%100
المجموع		25956	**%77.6**	7473	**%22.4**	33429	%100

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.
ملاحظة: تم حساب النسب استنادا للأسطر.

بما أن الذكور يشكلون مجمل القوة العاملة، ونظرا إلى أن بعد وفاة المؤمن له اجتماعيا ينتقل تلقائيا معاش التقاعد للأصول التي تتوفر فيهم شروط الاستفادة، حيث تتشكل غالبيتهم من الزوجات والبنات وفي حالات قليلة الأبناء الذكور، وهذا ما يفسر ارتفاع نسبة الإناث في شريحة المعاش المنقول التي قدرة بـــ 98.2% لصالح الإناث، أنظر الشكل رقم 1.6.



الشكل رقم 1.6: يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس ونوع المعاش

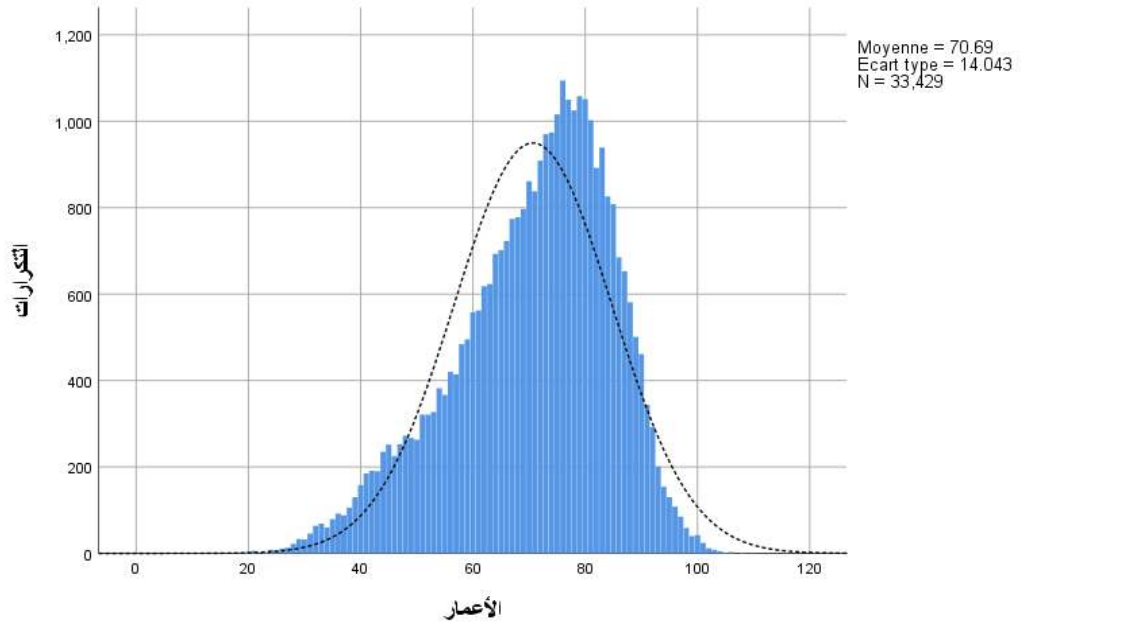
توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العمر عند الوفاة:

تتراوح أعمار عينة الدراسة بين العمرين 13–110 سنة، بمتوسط قدره 70.69 عام وانحراف معياري 14.043، حيث يتبع متغير العمر توزيعا طبيعيا (أنظر الشكل 2.6)، تمثل الفئة العمرية (71–80) أعلى نسبة بـــ 29.9% تليها الفئة العمرية (81-90) بـــ 22.0%، ثم الفئة العمرية (61–70) بـــ 21.3%، أدنى النسب كانت في الفئات العمرية أقل من 30 وأكبر من 101، بـــ 0.4% و0.2% على التوالي، والجدول رقم 3.6 يبين ذلك.

الجدول رقم 3.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العمر عند الوفاة:

		التكرار	النسبة %
فئات العمر	أقل من 30	139	0.4
	31 – 40	892	2.7
	41 – 50	2333	7.0
	51 – 60	4089	12.2
	61 – 70	7131	21.3
	71 – 80	9985	29.9
	81 – 90	7348	22.0
	91 – 100	1455	4.4
	أكبر من 101	57	0.2
المجموع		**33429**	**%100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.



المصدر: من إعداد الباحث

الشكل رقم 2.6: يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب متغير العمر عند الوفاة

يتضح من الشكل رقم 2.6 أن البيانات موزعة تقريبا بالتساوي حول متوسط الأعمار، مع التواء معقول نحو اليسار قدره 0.37-، وهذا يدل على اعتدالية التوزيع، ويمكن بالإضافة إلى ذلك نستنتج أن التوزيع الطبيعي يعطي بعض الموثوقية للبيانات.

3. توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الحالة الزواجية:

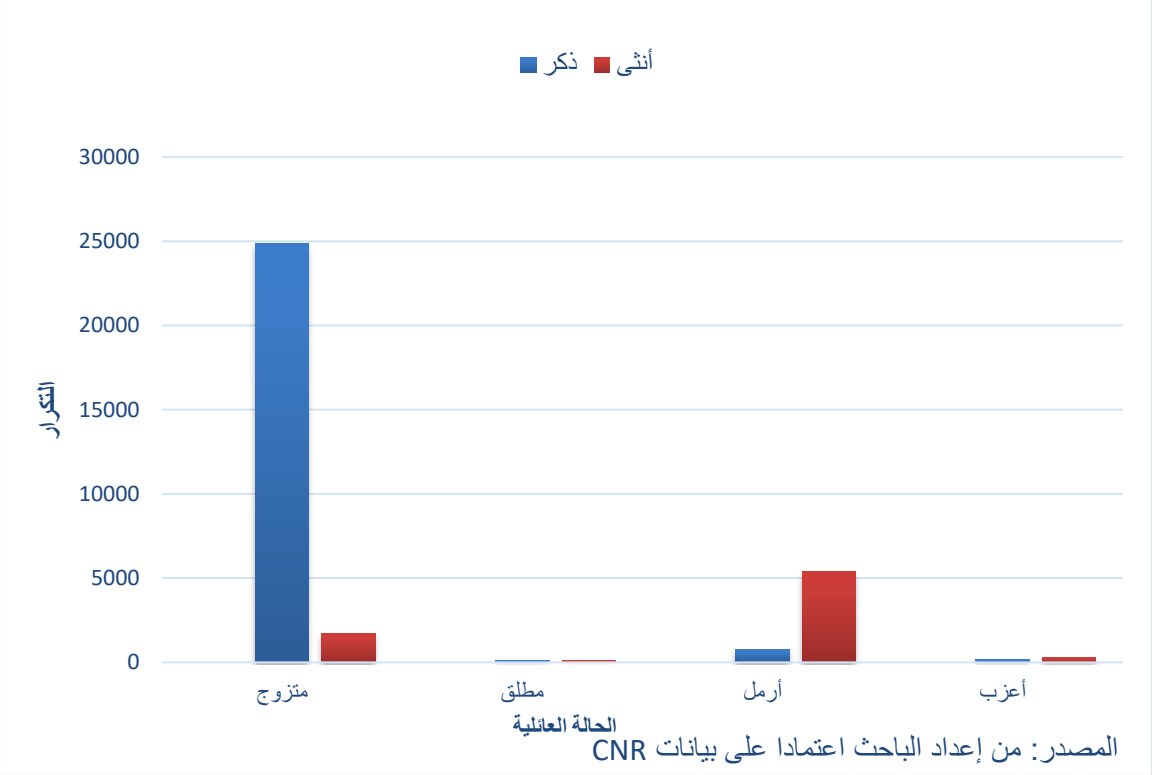
يظهر من المعطيات أن المتزوجون يمثلون 79.7% من أفراد العينة، بينما قدرة نسبة الترمل بـــ 18.4%، وتبقى نسبة الطلاق والعزوبة الأقل انتشارا بين المتقاعدين المتوفين، وتظهر البيانات أن الزواج هو الحالة الاجتماعية الأكثر شيوعا بين المبحوثين، مع استمرار الزواج حتى الوفاة، ويشير هذا إلى أن الزواج من القيم الأسرية المهمة في المجتمع الجزائري في تلك الفترة، مع ما يحكمه من أعراف وعادات وتقاليد تشجع على الارتباط والاستمرار فيه، أنظر الجدول رقم4.6.

الجدول رقم 4.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الحالة الزواجية:

		التكرار	النسبة %
الحالة الزواجية	متزوج	26610	79.6
	مطلق	209	0.6
	أرمل	6148	18.4
	أعزب	462	1.4
المجموع		**33429**	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.

إذا ما تم المقارنة بين الزواجية والجنس، نجد أن نسبة الزواج مرتفعة في أوساط الذكور من المتقاعدين المتوفين بحوالي 93.5 %، أما الإناث وبحكم حصولهم على المعاش المنقول بعد وفاة المؤمن له اجتماعيا، فترتفع بينهم نسبة الترمل وتشكل 87.3 % وتستمر معهم حتى الوفاة، ولعل ما يفسر هذا هو خشية الإناث من ذوي الحقوق إعادة الزواج لأنه يفقدهم الحق في المعاش المنقول حسب القوانين المعمول بها، وتفضيلهم الاستمرار على وضعية الترمل حفاظا على الحقوق المنقولة، أما العزوبة فنسبتها ترتفع عند الإناث وتتراجع عند الذكور، فما ينطبق على الأرامل ينطبق على الإناث العازبات من ذوي الحقوق بالنسبة لفقدان الحقوق بعد الارتباط، وفيما يخص الطلاق أعلى نسبة قدرة بـــ 60.8 % لصاح الذكور، والشكل رقم 3.6 يوضح ذلك.



الشكل رقم 3.6: يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الحالة العائلية والجنس

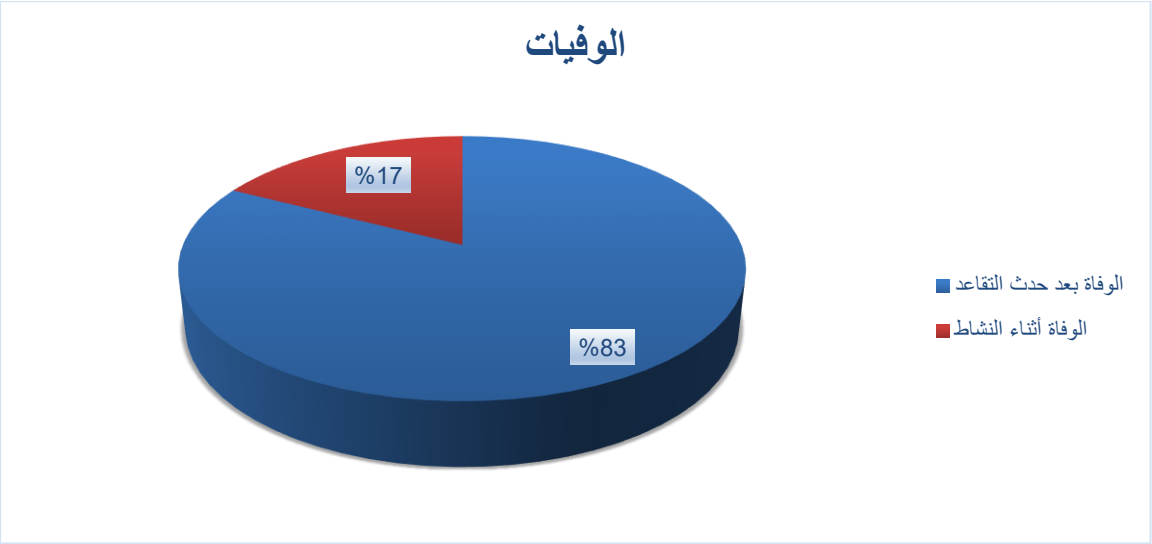
4. توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة:

على غرار ما تم التطرق إليه سابقا فيما يخص المعاش المباشر، والمعاش المنقول بعد وفاة صاحب المعاش وانتقاله إلى ذوي الحقوق، فوفاة المؤمن له اجتماعيا وهو في حالة نشاط ولم يستوفي بعد شروط التقاعد، يوجب على أنظمة التأمينات الاجتماعية في إطار التشريعات المعمول بها، استحداث تعويضات لذوي الحقوق للشخص المتوفي في إطار التأمين على الوفاة، ولهذا تضم قاعدة البيانات الخاصة بالمتقاعدين نوعين من حالة الوفاة، الوفاة أثناء النشاط ووفيات بعد حدث التقاعد، حيث تمثل هذه الأخيرة أعلى نسبة بـــ 82.6% من إجمالي أفراد العينة، والنسبة الباقية تخص الوفيات أثناء النشاط، والجدول رقم 5.6 يوضح ذلك.

الجدول رقم 5.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة:

		التكرار	النسبة %
حالة الوفاة	الوفاة بعد حدث التقاعد	27616	82.6
	الوفاة أثناء النشاط	5813	17.4
المجموع		**33429**	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.



الشكل رقم 4.6: يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على برنامج SPSS

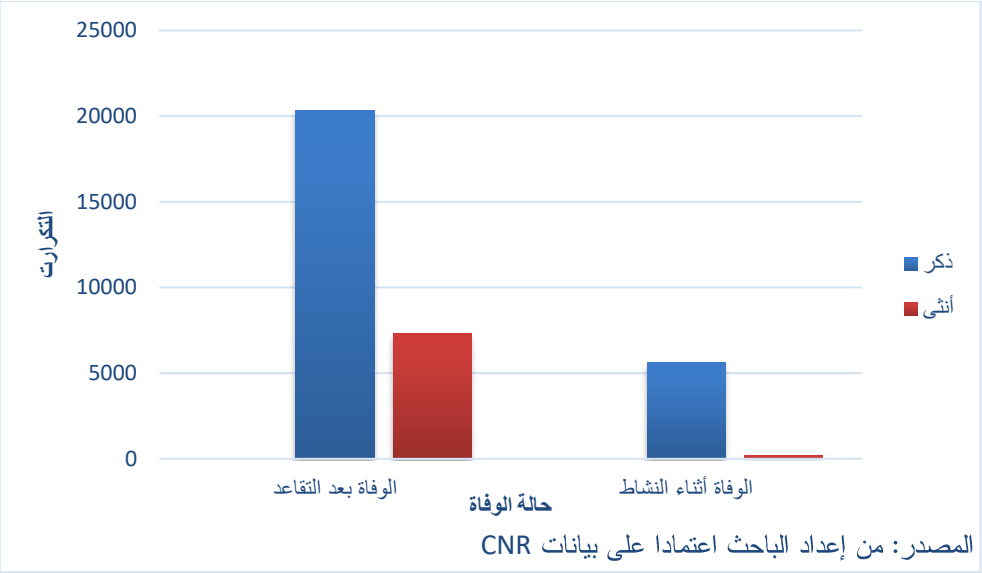
إذا ما تم المقارنة بين حالة الوفاة والجنس، نجد أن أغلب الوفيات في حالة النشاط بين الذكور بنسبة تقدر بـــ 96.8 %، مع أنه لا يمكن إغفال أن حجم العينة يغلب عليها عدد الذكور من عدد الإناث، إلا أن الدراسات أثبتت أن الذكور أكثر عرضة للحوادث والموت المباشر من الإناث، وقد تناولنا هذا سابقا في أسباب الوفاة في الفصل الثالث من هذا العمل، أنظر الجدول رقم 5.6 يوضح توزيع الوفيات حسب الحالة والجنس.

الجدول رقم 6.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب حالة الوفاة والجنس:

		جنس المبحوثين				المجموع	
		الذكور		الإناث			
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
حالة الوفاة	الوفاة بعد حدث التقاعد	20327	%73.6	7289	%26.4	27616	%100
	الوفاة أثناء النشاط	5629	%96.8	184	%3.2	5813	%100
المجموع		25956	**%77.6**	7473	**%22.4**	33429	%100

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.

ملاحظة: تم حساب النسب استنادا للأسطر.



الشكل رقم 5.6: يمثل توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الجنس وحالة الوفاة

5. توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العضوية لقطاعات النشاط:

لقد تطرقنا سابقا الى التحولات والأحداث التاريخية التي عرفتها سياسة الضمان الاجتماعي في الجزائر، وبما أن المجال الزمني للدراسة يغطي بعض من هذه التغيرات التي عرفها النظام، فقاعدة البيانات تجمع العديد من الأنظمة منها الموروث والحديث، في أعقاب الاستقلال ورثت الجزائر عن الاستعمار في مجال الضمان الاجتماعي 11 نظام بالإضافة الى 71 هيئة للضمان الاجتماعي و 11 هيئة للتقاعد التكميلي، تم التخلي عن مجملها بإدماجهم في أنظمة جديدة، إلا أن هناك بقايا للأنظمة القديمة في قاعدة البيانات بحكم أنها تغطي فترة زمنية بعيدة نوعا ما، فمثلا نجد تصنيف أنظمة الضمان الاجتماعي وفق قطاعات الشغل، مثل ما كان معمول به قديما، إلا أن هذا التصنيف قد زال بعد إصلاحات نظام التأمينات الاجتماعية في الجزائر (أنظر التطور التاريخي للنظام)، فلم يتم التخلي عن أصحاب المعاشات وفق الأنظمة القديمة حتى وفاة جميع المتقاعدين المنتسبين إليها، وسنوضح ذلك في الجدول رقم 6.6:

الجدول رقم 7.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العضوية لقطاعات النشاط:

		التكرار	النسبة %
أنظمة الضمان وقطاعات النشاط	القطاع الفلاحي	8551	25.6
	القطاع الاقتصادي	16881	50.5
	التقاعد التكميلي	4	0.011
	الوفاة أثناء النشاط	3606	10.8
	القطاع العمومي	3788	11.3
	قطاع التعدين	23	0.1
	نظام التقاعد المسبق	87	0.3
	قطاع السكك الحديدية	301	0.9
	قطاع سونلغاز	179	0.5
	قطاع الترامواي	2	0.005
	القطاع البحري	7	0.020
المجموع		**33429**	**100**

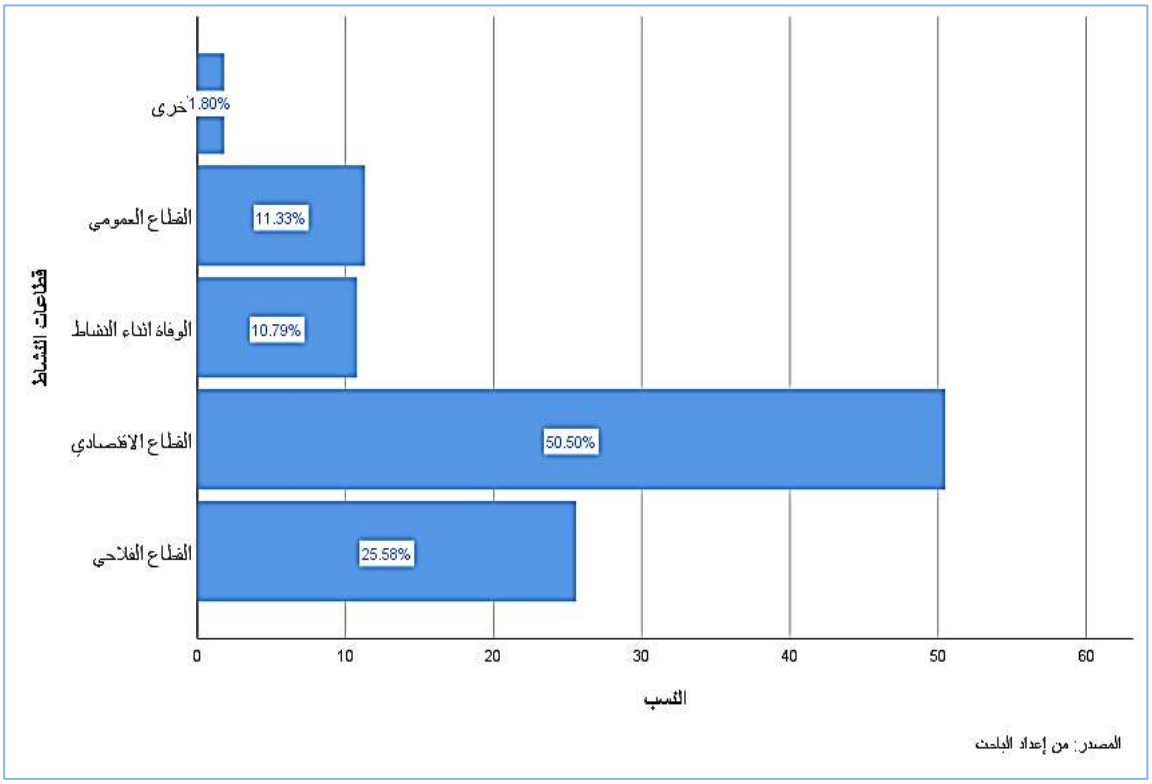
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.

تظهر النتائج تمركز أفراد العينة في ثلاث قطاعات، القطاع الاقتصادي أخذ أعلى نسبة بـــ 50.5% من مجمل أفراد العينة، يليه كل من القطاع الفلاحي بـــ 25.6% والقطاع العمومي بـــ 11.3%، هذه النسب لا تعكس مساهمة القطاعات الثلاث في استيعاب القوة التشغيلية في الجزائر، إذ تمثل البيانات المقاطعة الجغرافية التي سحبت منها، بتالي تتأثر بالمقومات الجغرافية والاقتصادية للمنطقة، ولهذا جاءت النسب على هذا النحو.

أما بقية الأنظمة التي تعتمد على التصنيف المهني مثل قطاع السكك الحديدية وسونلغاز وقطاع التعدين، فقد تم التخلي عن العمل بهذا الشكل من الأنظمة ولهذا كانت النسب ضعيفة، والبعض

الأخر من التصنيفات تكاد النسب تنعدم على غرار قطاع الترامواي، فقد تم تأسيس هذا القطاع في العهد الاستعماري عام 1898 وتم التخلي عنه، وقد بعث هذا النشاط في شكل جديد عام 2006.

أما فيما يخص الوفيات أثناء النشاط بلغت نسبتها 10.8% حيث قاموا بإدراجها على شكل نظام منفرد، وهذا لما تقتضيه هذه الشريحة من المنتسبين إلى شروط خاصة تختلف عن الشروط المعمول بها في أنظمة التقاعد الأخرى، وحتى يستفيد ذوي الحقوق من المعاش المنقول، يجب استيفاء مدة عمل لا تقل عن 8 سنوات ليتحصل على المعاش الكامل، وفي حال كانت المدة أقل، يتحصل ذوي الحقوق على القيمة الدنيا التي توافق أو تقترب من الأجر الأدنى المعمول به، وسنتطرق الى هذه الشريحة لاحقا في اختبار الفرضيات.



الشكل رقم 6.6: يمثل توزيع النسبي لأفراد العينة من بيانات (CNR) حسب العضوية وقطاعات النشاط

6. توزيع أفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الامتيازات (الحقوق المباشرة/المنقولة):

بنيت سياسة الضمان الاجتماعي في الجزائر على مبدأ التضامن وتوفير الحماية الاجتماعية، للمؤمنين وحتى ذويهم من أصحاب الحقوق، ولهذا نجد العديد من الامتيازات والحقوق التي تختلف حسب الفئة المستهدفة، فقد احتوت قاعدة البيانات على العديد من الأنواع، نذكر منها معاش التقاعد المباشر والذي أخذ أكبر نسبة بـــ 72.4% حيث يعتبر الشكل الأكثر شيوعا من بين الامتيازات، ثم يليه معاش الترمل بـــ 14.5% ويدخل في إطار التقاعد المنقول، وبعدها كل من منحة التقاعد المباشر والتقاعد النسبي وتقاعد دون شرط السن، وجاءت النسب على النحو التالي بالترتيب 4.8% و 2.5% و 2.2%، ويعود ضعف النسب لهذه الأنواع من الامتيازات المباشرة، إلى أن العمل بهذا النوع كان لفترات محدودة ولظروف خاصة، وقد تناولنا هذا سابقا (أنظر أنواع التقاعد).

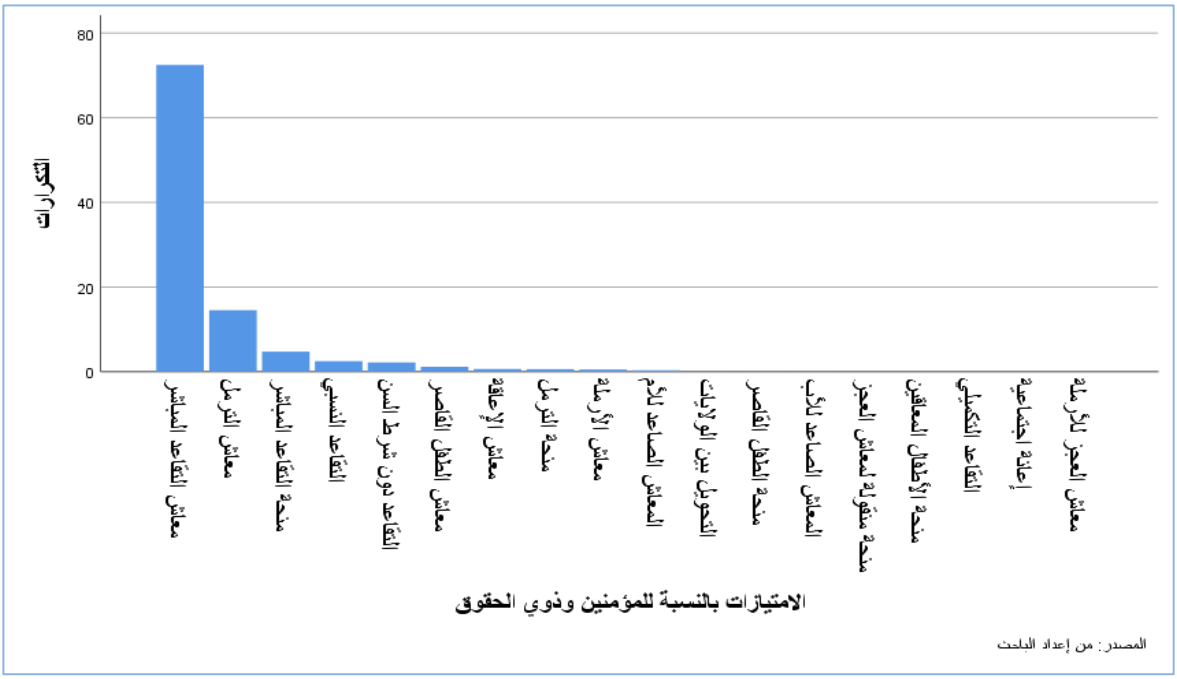
أما بقية النسب فكلها يندرج تحت إطار التقاعد المنقول لذوي الحقوق، وبما أن هذه الشريحة حجمها صغير مقارنة بحجم الشريحة التقاعد المباشر، جاءت النسب ضعيفة على غرار التقاعد التكميلي، إعانة العجز، معاش العجز للأرملة وغيرها، وبالتالي الكثير منها لا يمكن أن نعتد به في التحليل، ولتوضيح ذلك أنظر الجدول رقم 7.6.

الجدول رقم 8.6: توزيع النسبي لأفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الامتيازات (الحقوق المباشرة/المنقولة):

		التكرار	النسبة %
الامتيازات (الحقوق المباشرة والمنقولة)	معاش التقاعد المباشر	24219	72.4
	معاش الترمل	4861	14.5
	منحة التقاعد المباشر	1589	4.8
	التقاعد النسبي	832	2.5
	التقاعد دون شرط السن	730	2.2

	معاش الطفل القاصر	401	1.2
	معاش الإعاقة	224	0.7
	منحة الترمل	203	0.6
	معاش الأرملة	181	0.5
	المعاش العائد للأم	118	0.4
	التحويل بين الولايات	24	0.1
	منحة الطفل القاصر	13	0.038
	المعاش العائد للأب	13	0.038
	منحة منقولة لمعاش العجز	10	0.029
	منحة الأطفال المعاقين	5	0.014
	التقاعد التكميلي	4	0.011
	إعانة اجتماعية	1	0.0029
	معاش العجز للأرملة	1	0.0029
المجموع		**33429**	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.



الشكل رقم 7.6: يمثل توزيع النسبي لأفراد العينة من بيانات (CNR) حسب الامتيازات والحقوق

2.1.5.6 تطور أعداد المنتسبين لصندوق التقاعد فرع البليدة خلال الفترة 1980–2014:

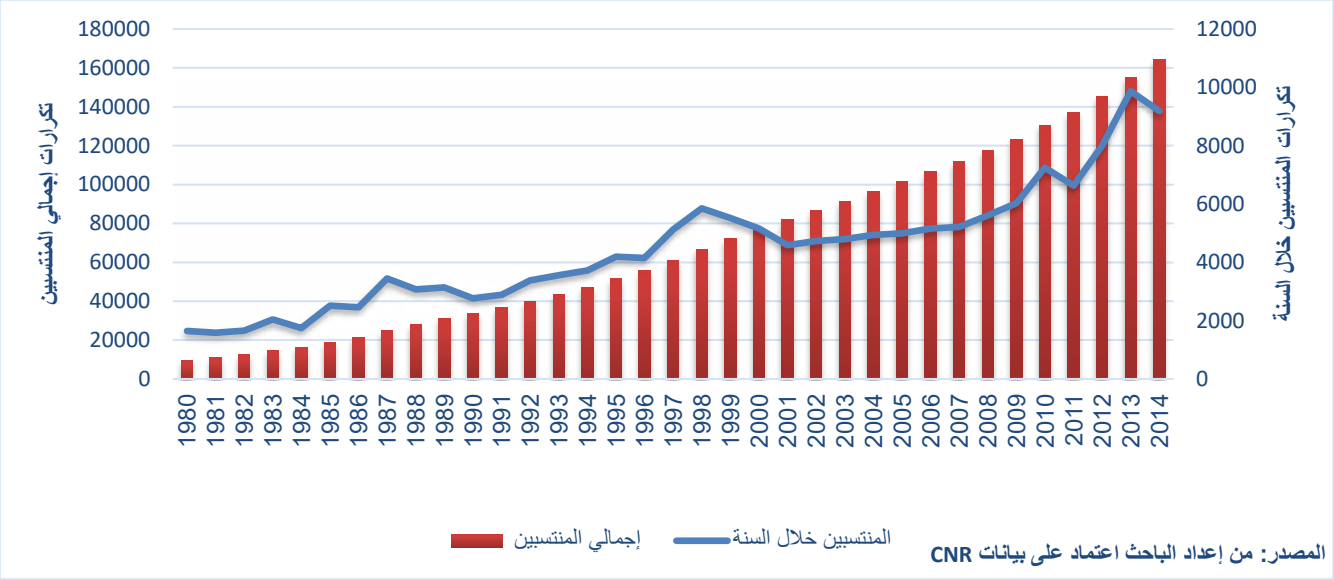
تظهر البيانات نموا مطردا في الاتجاه العام للعدد الإجمالي للمنتسبين لصندوق التقاعد، فرع ولاية البليدة خلال الفترة 1980 إلى غاية 2014، حيث انتقل العدد من 9316 إلى 164256 على التوالي بزيادة قدرها 1663%، ويبرر هذا التطور في أعداد المنتسبين في ظل تأثير بعض العوامل الديموغرافية والاقتصادية التي عرفها المجتمع الجزائري، على غرار معدل النمو السكاني، التركيبة السكانية والنمو الاقتصادي وغيرها، ومن المتوقع أن يزداد العدد في المستقبل وخصتا مع تطور متوسط العمر المتوقع في الجزائر(أنظر الفصل الثاني والثالث)، بالإضافة إلى إصلاحات نظام التقاعد في الجزائر، وما أعقبها من استفادة العديد من الشرائح من مزايا الصندوق الوطني للتقاعد، أنظر الجدول رقم 8.6.

الجدول رقم 9.6: التطور التاريخي لأعداد المنتسبين للصندوق الوطني للتقاعد فرع البليدة:

السنوات	المنتسبين خلال السنة	إجمالي المنتسبين	السنوات	المنتسبين خلال السنة	إجمالي المنتسبين
1980	1648	9316	**1998**	5845	66590
1981	1584	10900	**1999**	5522	72112
1982	1656	12556	**2000**	5158	77270
1983	2043	14599	**2001**	4584	81854
1984	1742	16341	**2002**	4733	86587
1985	2513	18854	**2003**	4797	91384
1986	2458	21312	**2004**	4940	96324
1987	3447	24759	**2005**	4999	101323
1988	3071	27830	**2006**	5160	106483
1989	3137	30967	**2007**	5209	111692
1990	2764	33731	**2008**	5608	117300
1991	2890	36621	**2009**	6023	123323
1992	3383	40004	**2010**	7244	130567
1993	3552	43556	**2011**	6630	137197
1994	3719	47275	**2012**	8001	145198
1995	4197	51472	**2013**	9868	155066
1996	4149	55621	**2014**	9190	164256
1997	5124	60745			

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CNR) فرع البليدة باستخدام برنامج SPSS.

إذا نظرنا إلى أعداد المنتسبين خلال كل سنة، نجد أن العدد ازداد تدريجيا بين 1980 إلى غاية 2014 كاتجاه عام، إلا أن هناك مراحل عرفت انخفاض مؤقت، نبدأ بمرحلة أواخر الثمانينات وبداية التسعينات حيث تزامن هذا الانخفاض مع تراجع أسعار المحروقات 1986 والتدابير التقشفية التي تبنتها الدولة، بالإضافة إلى أحداث أكتوبر 1988 التي عرفتها الجزائر(أنظر الفصل الخامس الواقع الاقتصادي في الجزائر)، ثم زيادة مطردة في المرحلة ما بين 1996 حتى 2001 حيث تزامنت هذه المرحلة مع استحداث أنماط جديدة للتقاعد، كالتقاعد النسبي ودون شرط السن والتقاعد المسبق التي فرضتها ظروف التعديل الهيكلي، وما صاحبها من تسريح للعمال وغلق للمؤسسات بالإضافة إلى إقبال شريحة أخرى على النظم الجديدة للتقاعد، بحيث ربما يفسر هذا تنامي أعداد المنتسبين في هذه الفترة، أنظر الشكل رقم 8.6.



الشكل رقم 8.6: التطور التاريخي لأعداد المنتسبين للصندوق الوطني للتقاعد فرع البليدة

2.5.6 المصدر الثاني (بيانات CASNOS):

تمثل البيانات الملف الإلكتروني للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء وكالة البليدة، يضم الملف المتقاعدين المتوفين من ذوي الحقوق المباشرة والمنقولة، يبلغ تعدادهم 5891

فرد، اقتصارنا على عينة المتقاعدين وذوي الحقوق المتوفين خلال الفترة 1980–2014، وبعد تنقيح البيانات من بعض الأخطاء، تقلص العدد إلى 5333، يمثلون الأشخاص المولودين بين عامي 1900 و1994 حوالي 94 جيل، وسنقوم بتفصيل مكونات عينة الدراسة فيما يلي:

1.2.5.6 توزيع عينة الدراسة وفق بعض المتغيرات:

1. توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب طبيعة الحقوق:

يستفيد المؤمنين اجتماعيا غير الأجراء بدورهم من حقوق مباشرة ومنقولة، على غرار العمال الأجراء لكن وفق شروط خاصة بهم وقد تم التطرق لها سابقا، حيث ضمت البيانات العديد من الأصناف، نجد على رأسها شريحة معاش التقاعد المباشر بنسبة تقدر بـــ 42.8%، ثم تليها كل من شريحة المعاش المنقول للطفل البالغ والمعاش المنقول للطفل القاصر على التوالي بـــ 21.7% و20.2%، ثم المعاش المنقول للزوج (الزوج/الزوجة) بـــ 10.6%.

ما نلاحظه من استقراء للبيانات أن هناك فرق واضح في النسب بين معاش التقاعد ومنحة التقاعد، 42.8% للأولى و2.3% للثانية، فنظام التأمينات الخاص بالعمال غير الأجراء يشترط اشتراك لا يقل عن 15 سنة ولا يتم الحصول على التقاعد إلا بعد بلوغ سن 65 عام، ولعل مزايا معاش التقاعد من التأمين على المرض والتأمين على الوفاة بالإضافة إلى التغطية الاجتماعية له ولأفراد أسرته، تحفز غير الأجراء الحصول على معاش التقاعد، وخاصة أن العمل غير المأجور يتسم بالمرونة والحرية مقارنة مع العمل المأجور، أما من يكتفي بمنحة التقاعد لا يخلوا من حالتين إما فقد النشاط لأسباب عديدة أو تعرض لإصابة أو ظروف صحية منعته من مواصلة الاشتراك حتى الحصول على معاش التقاعد، أنظر الجدول رقم 9.6.

الجدول رقم 10.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الحقوق المباشرة والمنقولة لغير الأجراء:

		التكرار	النسبة %
الحقوق المباشرة والمنقولة	منحة التقاعد المباشر	123	2.3
	المعاش المنقول للزوج	567	10.6
	معاش التقاعد المباشر	2284	42.8
	المنحة المنقولة للزوج	37	0.7
	المعاش المنقول للطفل البالغ	1159	21.7
	المنحة المنقولة للطفل القاصر	43	0.8
	المعاش المنقول للطفل القاصر	1077	20.2
	المعاش المنقول للأم	8	0.2
	المنحة المنقولة للطفل البالغ	33	0.6
	المعاش المنقول للأب	1	0.018
	المنحة المنقولة للأب والأم	1	0.018
المجموع		5333	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CASNOS) فرع البليدة، باستخدام برنامج SPSS.

2. توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الجنس وطبيعة الحقوق:

بلغت نسبة الإناث من إجمالي أفراد العينة حوالي 55.30%، معظم هذه النسبة تنحصر في المعاش المنقول، حيث جاءت النسب كتالي: بالنسبة للمعاش المنقول للزوج أكثر من 99% إناث، كذلك بالنسبة للمعاش المنقول للطفل البالغ جاءت النسبة تقريبا 100% إناث، المعاش المنقول للطفل القاصر97.90% إناث، و100% إناث لكل من المنحة المنقولة للطفل البالغ والقاصر.

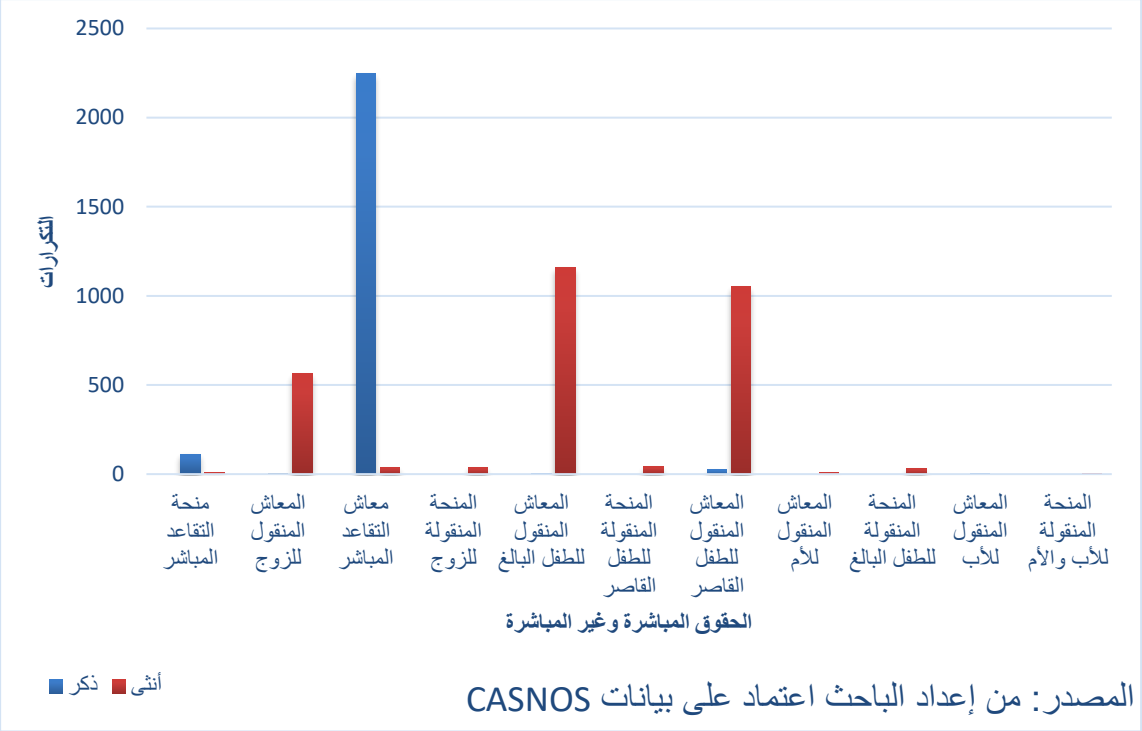
الجدول رقم 11.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الجنس والحقوق المباشرة والمنقولة لغير الأجراء:

الجنس		الذكور		الإناث		المجموع	
		التكرار	النسبة (%)	التكرار	النسبة (%)	التكرار	النسبة (%)
الحقوق المباشرة والمنقولة	منحة التقاعد المباشر	112	91.10	11	8.90	123	100
	المعاش المنقول للزوج	2	0.40	565	99.60	567	100
	معاش التقاعد المباشر	2245	98.30	39	1.70	2284	100
	المنحة المنقولة للزوج	0	00	37	100	37	100
	المعاش المنقول للطفل البالغ	1	0.10	1158	99.90	1159	100
	المنحة المنقولة للطفل القاصر	0	00	43	100	43	100
	المعاش المنقول للطفل القاصر	24	2.20	1053	97.80	1077	100
	المعاش المنقول للأم	0	00	8	100	8	100
	المنحة المنقولة للطفل البالغ	0	00	33	100	33	100
	المعاش المنقول للأب	1	100	0	00	1	100
	المنحة المنقولة للأب والأم	0	00	1	100	1	100
المجموع		**2385**	**44.70**	**2948**	**55.30**	**5333**	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CASNOS) فرع البليدة، باستخدام برنامج SPSS.
ملاحظة: تم حساب النسب استنادا للأسطر

ضعف نسب الإناث في كل من معاش التقاعد المباشر ومنحة التقاعد المباشر، حيث جاءت النسب على التوالي 1.70% و8.90%، وبما أن التقاعد المباشر هو الذي يعكس مدى مساهمة كل من الجنسين في القوة العاملة، من استقرائنا للبيانات نستنتج ضعف مساهمة الإناث في العمل الحر بصفة خاصة وسوق العمل بصفة عامة، وقد تطرقنا لهذا في وصف قاعدة بيانات العمال الأجراء.

بالنسبة للذكور فقد مثلوا 44.70% من إجمالي أفراد العينة، موزعين على شريحتي المعاش المباشر للتقاعد والمنحة المباشرة للتقاعد، وبنسبة أضعف للمنحة المنقولة للطفل القاصر 2.20%، بحكم أنه يفقدها عند البلوغ إذا انتفى عنه شرط الاستفادة، أنظر الجدول 10.6.



الشكل رقم 9.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الجنس ونوع الحقوق (مباشرة والمنقولة)

3. توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب الأعمار عند الوفاة:

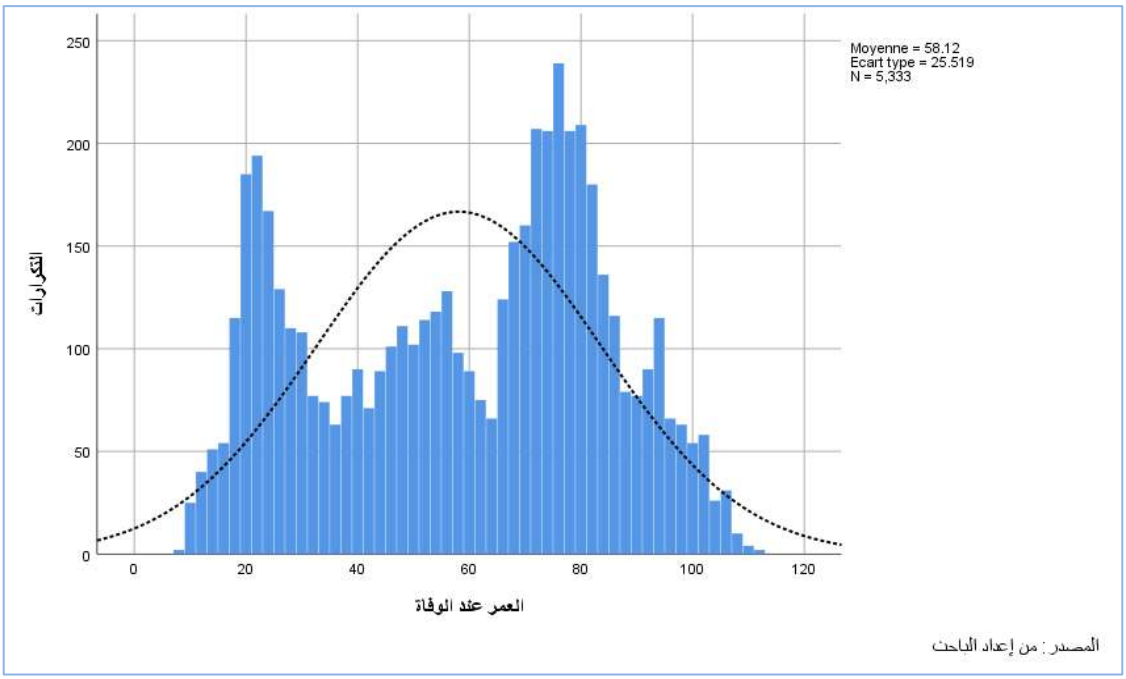
تتراوح أعمار عينة الدراسة بين العمرين من 08 إلى 112 عام، بمتوسط قدره 58.12 عام وانحراف معياري 25.519، نلاحظ أن البيانات تتبع توزيعا ثنائي القمة وهو توزيع غير اعتيادي هذا من جهة (أنظر الشكل 10.6)، ومن جهة أخرى تمثل الفئة العمرية أقل من 30 سنة أعلى نسبة بـــ 22.1%، هذا يلفت النظر إلى إمكانية وجود خلل في البيانات ويصعب الرجوع إلى الملفات الأصلية لتحقق من بينات أفراد العينة – وعليه سنأخذ هذا بعين الاعتبار في تحليل البيانات وهذا بالاقتصار على فئة ذوي الحقوق المباشرة فقط –، أما بقية الفئات جاءت النسب كتالي: الفئة العمرية (71–80) بـــ 20.0%، ثم الفئة العمرية (81–90) بـــ 11.0%، أدنى النسب كانت في الفئات العمرية أكبر من 101، والجدول رقم 11.6 يبين ذلك.

الجدول رقم 12.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب العمر عند الوفاة:

		التكرار	النسبة %
فئات العمر	أقل من 30	1180	22.1
	31 – 40	381	7.1
	41 – 50	474	8.9
	51 – 60	547	10.3
	61 – 70	577	10.3
	71 – 80	1067	20
	81 – 90	588	11
	91 – 100	388	7.3
	أكبر من 101	131	2.5
المجموع		**5333**	**%100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CASNOS) فرع البليدة، باستخدام برنامج SPSS.

بالإضافة إلى ما تم ذكره يجب التنويه إلى أن معاش أو منحة التقاعد المباشر تشترط سن 65 سنة وعليه فمن المفروض أن الوفيات في هتين الشريحتين تبدأ من سن 65 عام فما فوق، إلا أن قاعدة البيانات تحوي وفيات في هتين الشريحتين قبل العمر المفترض، حيث من المرجح أن يكون أصحاب هذه المعاشات، قد توفو أثناء النشاط فيتم تصفية المزايا على أساس تقاعد مباشر، ثم يتم نقل الحقوق إلى ذوي الحقوق من الأصول فيما بعد، أو قد استفادوا من تخفيض السن على غرار المجاهدين وأبناء الشهداء، أو يوجد خلل في إدخال البيانات لأسباب أخرى سنذكرها في تطور أعداد منتسبي الصدوق.



الشكل رقم 10.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب العمر عند الوفاة

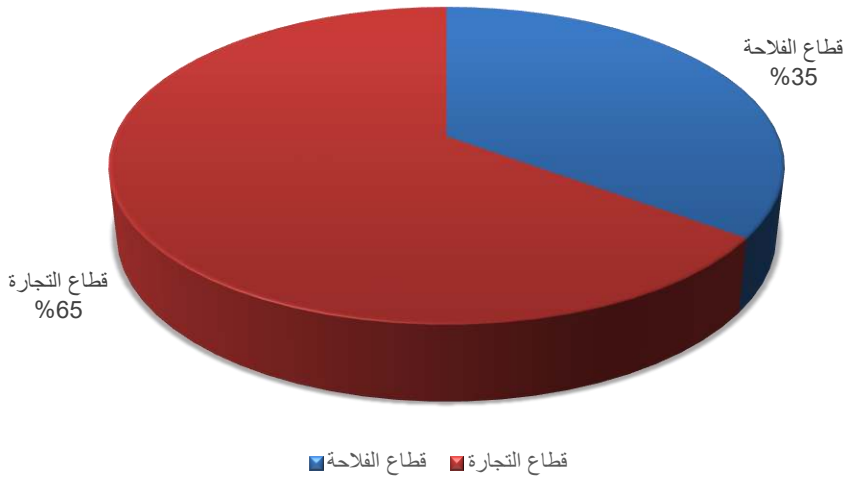
4. توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب قطاع النشاط:

تحتوي قاعدة البيانات على تصنيفين فقط لقطاع النشاط، قطاع الفلاحة حيث بلغت نسبة المنتسبين إليه 35.1%، أما القطاع الثاني التجارة أخذ أعلى نسبة بـــ 64.9% حيث يضم العديد من المهن على سبيل الذكر لا الحصر (الأطباء، المحامون، الحرفيون، المهنيون، التجار، الصناعيين، وغيرهم...)، وعليه فالتصنيف يعتبر عام وغير مفصل، فلا يمكن المقارنة بين مختلف المهن والوظائف من حيث متوسطات العمر المتوقع ومخاطر الوفاة، ولهذا سنكتفي بالتقسيم الوارد في قاعدة البيانات كمعيار للمقارنة، أنظر الجدول رقم 11.6.

الجدول رقم 13.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب قطاع النشاط:

		التكرار	النسبة %
قطاع النشاط	قطاع الفلاحة	1873	35.1
	قطاع التجارة	3460	64.9
المجموع		**5333**	**100**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CASNOS) فرع البليدة، باستخدام برنامج SPSS.



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات CASNOS

الشكل رقم 11.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) حسب قطاع النشاط

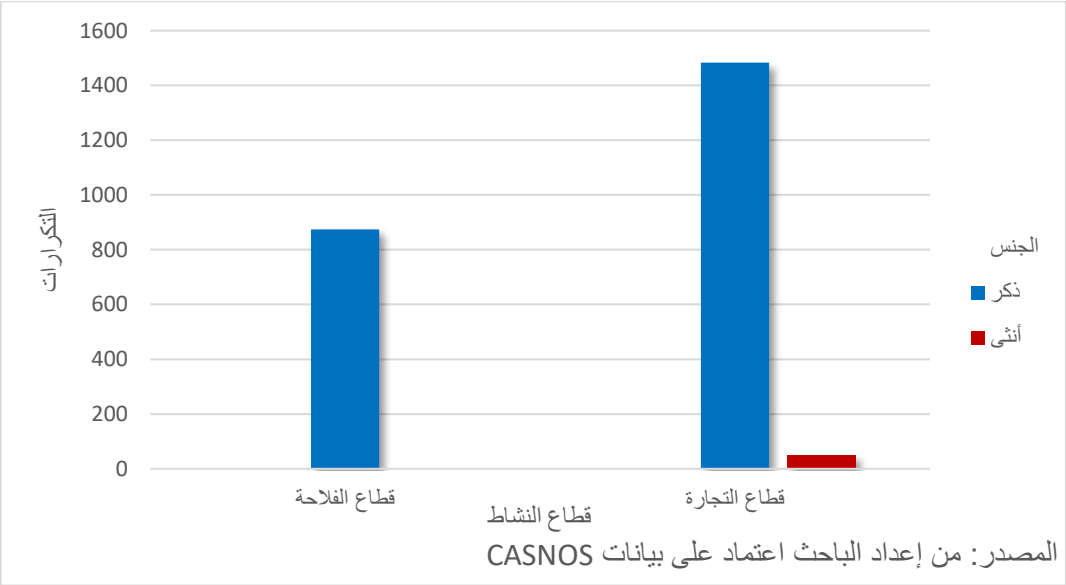
قمنا بتوزيع أفراد العينة من شريحة التقاعد المباشر وفق الجنس وقطاع النشاط، ظهرت النسب على النحو التالي، من مجمل شريحة التقاعد المباشر لدينا 2.1% فقط إناث والبقية ذكور بحوالي 97.9% وقد تطرقنا لمساهمة الإناث في القوة العاملة فيما سبق، وبالعودة إلى توزيع الجنس وفق نوع النشاط نلاحظ غياب تام للإناث عن قطاع الفلاحة، ومجمل الإناث يزاولنا نشاطهم في

قطاع التجارة، حيث إذا ما أخذنا توزيع الجنس على قطاع التجارة فقط، تشكل الإناث 3.3% من مجمل القطاع، والجدول رقم 12.6 يوضح ذلك.

الجدول رقم 14.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) شريحة التقاعد المباشر حسب قطاع النشاط والجنس:

		جنس المبحوثين				المجموع	
		الذكور		الإناث			
		التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %
قطاع النشاط	قطاع الفلاحة	874	100	00	00	874	100
	قطاع التجارة	1483	96.7	50	3.3	1533	100
المجموع		2357	**97.9**	50	**2.1**	2407	100

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CASNOS) فرع البليدة، باستخدام برنامج SPSS.
ملاحظة: تم حساب النسب استنادا للأسطر.



الشكل رقم 12.6: توزيع أفراد العينة من بيانات (CASNOS) شريحة التقاعد المباشر حسب قطاع النشاط والجنس

2.2.5.6 تطور أعداد المنتسبين لصندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء فرع البليدة:

لقد تطرقنا سابقا إلى التطور التاريخي لسياسة الضمان الاجتماعي، وقد ذكرنا أن صناديق الضمان الاجتماعي عرفت عملية دمج فترة الثمانينات، ليتم إعادة فصل الصناديق وإنشاء أنظمة مختلفة في بداية التسعينات، وكانت بداية الفصل التدريجي بتحويل ملفات العمال غير أجراء إلى النظام الجديد في عام 1995، بعدها تم الانفصال الكامل للصندوق الوطني لغير الأجراء فرع البليدة عام 1999، وعليه لم يتم استرداد البيانات من الأنظمة القديمة إلا بعد هذه الفترة، ولهذا نشهد غياب جزء من البيانات الخاصة بالمرحلة التي تسبق سنة بداية النشاط، وحتى البيانات المتوفرة قبل تلك الفترة ضعيفة نوعا ما، والبيانات من عام 1999 إلى غاية 2009 لم يتم الاحتفاظ بها في الأرشيف نظرا لتبني نظام جديد للبيانات بدأ العمل به عام 2014.

وبما أن جزء من البيانات غير متوفر، ولتقدير البيانات المفقودة استخدمنا الدالة (TENDANCE) من برنامج (Excel) التي تعتمد على الاتجاه الخطي باستخدام المربعات الصغرى، وبيانات الفترة من 2015 حتى 2010، للتقدير البيانات حتى عام 1999، حيث سنعتمد على هذه البيانات في حساب معدلات الوفاة لمنتسبي صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء لاحقا، مع عدم إغفال أن البيانات المقدرة لا تعكس الواقع بصورة دقيقة حيث يتم إهمال الظروف والأحداث التي ممكن أن تعطي قيم مغايرة، والجدول رقم 12.6 يوضح ذلك.

الجدول رقم 15.6: التطور التاريخي لأعداد المنتسبين من صناديق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء خلال الفترة 1999–2014:

السنوات	عدد المنتسبين	السنوات	عدد المنتسبين
1999	3094	**2007**	5904
2000	3445	**2008**	6255
2001	3796	**2009**	6712
2002	4148	**2010**	7003
2003	4499	**2011**	7329
2004	4850	**2012**	7611
2005	5202	**2013**	7987
2006	5553	**2014**	8257

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات (CASNOS) فرع البليدة، باستخدام برنامج SPSS.

3.5.6 المصدر الثالث (بيانات CNAS):

لقد سعينا منذ سنوات للحصول على قاعدة بيانات الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء لفرع ولاية البليدة، خاصة في شقها المتعلق بالأمراض المهنية وإصابات العمل، إلا أن كل الجهود باءت بالفشل للأسف، حيث تم تزويدنا بعد جهد كبير ببعض الجداول والإحصائيات بناءا على طلب قدمناه للمديرية العامة يتضمن مجموعة من المتغيرات (أنظر الملاحق)، قصد تحليلها للوصول إلى بعض الاستنتاجات.

تضم الجداول بيانات تغطي الفترة من 2003 إلى عام 2014، هذا بالنسبة لإصابات العمل، والفترة من 2006 إلى غاية عام 2014 تخص بيانات الأمراض المهنية.

تتضمن البيانات المتغيرات التالية: التطور التاريخي لأعداد الإصابات والحوادث المهنية، توزيع إصابات العمل وفق قطاع النشاط، العمر، الجنس، الجزء المصاب من الجسد، نتائج الإصابة، أوقات وقوع الإصابات، ومكان وقوع الإصابة.

أما فيما يخص بيانات الأمراض المهنية، تتشكل من المتغيرات التالية: التطور التاريخي لأعداد الحالات المسجلة للأمراض المهنية، التوزيع حسب الجنس والعمر، التوزيع حسب قطاع النشاط، والتوزيع حسب نوع المرض المسجل. حيث سنستغل هذه البيانات لاحقا في الإجابة على جزء من فرضيات الدراسة.

6.6 اختبار الفرضيات:

1.6.6 اختبار الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على وجود اختلاف في اتجاهات الوفاة حسب الفترات خلال السنوات المدروسة من 1980 إلى 2014، ترجع إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها المرحلة، وللإجابة على هذه الفرضية سنرصد التطور الزمني لمعدلات الوفاة خلال هذه الفترة وكذا متوسط العمر عند الوفاة، بين مختلف مكونات عينات الدراسة سوآءا العمال الأجراء وغير الأجراء، بحيث يقتصر التحليل على فئة المنتسبين من ذوي الحقوق المباشرة، والتي تمثل الفئة النشيطة التي وصلت فيما بعد إلى مرحلة التقاعد أو توفت قبل ذلك، بحيث تخدم هذه الفئة التصور النظري لموضوع الدراسة.

1. التطور التاريخي لمعدلات وفيات ذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980-2014:

نلاحظ من الجدول رقم 16.6 تطور معدلات الوفيات لمنتسبي صندوق التقاعد الوطني وكالة البليدة، حيث بلغ معدل الوفاة بين المتقاعدين الأجراء 15.89‰ في عام 1980، لينخفض إلى 9.05‰ في عام 2014، والشكل رقم 13.6 يظهر الاتجاه العام لمعدلات الوفاة بالميل نحو الانخفاض.

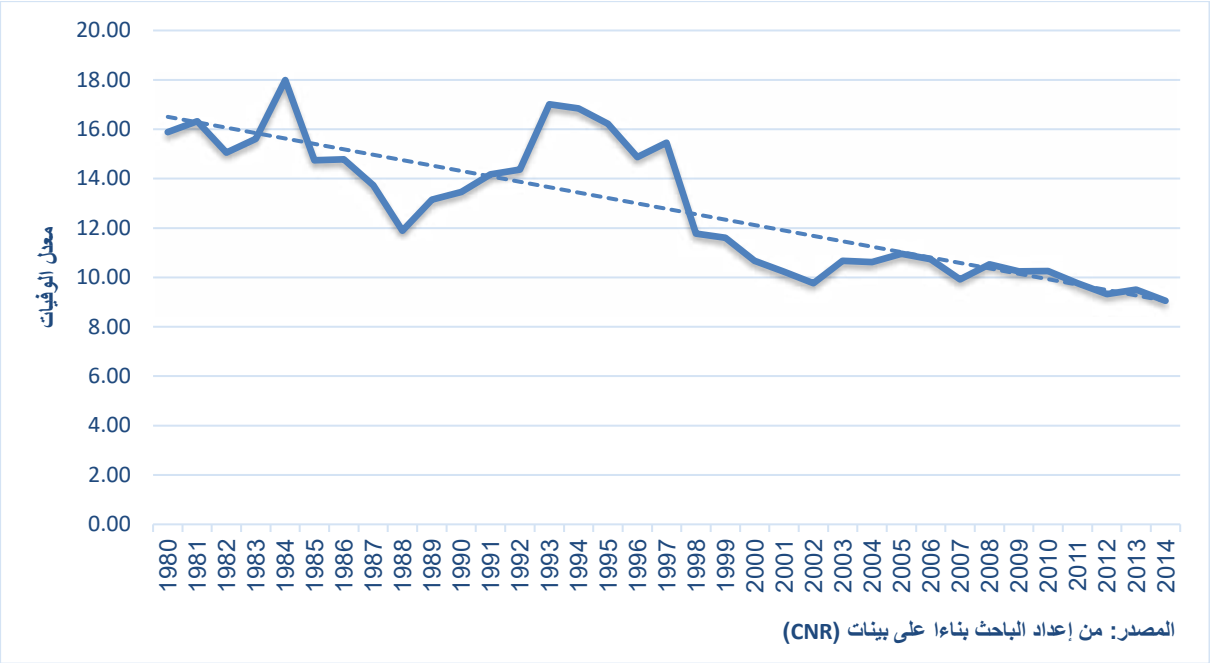
الجدول رقم 16.6: تطور معدل الوفيات من ذوي الحقوق المباشرة لمنتسبي (CNR) خلال الفترة 1980-2014

السنوات	إجمالي عدد المنتسبين في السنة	معدل الوفيات في السنة (‰)	السنوات	إجمالي عدد المنتسبين في السنة	معدل الوفيات في السنة (‰)
1980	9316	15.89	**1998**	66590	11.77
1981	10900	16.33	**1999**	72112	11.61
1982	12556	15.05	**2000**	77270	10.68
1983	14599	15.62	**2001**	81854	10.24
1984	16341	17.99	**2002**	86587	9.76
1985	18854	14.74	**2003**	91384	10.67
1986	21312	14.78	**2004**	96324	10.62
1987	24759	13.73	**2005**	101323	10.96
1988	27830	11.89	**2006**	106483	10.73
1989	30967	13.14	**2007**	111692	9.92
1990	33731	13.46	**2008**	117300	10.53
1991	36621	14.17	**2009**	123323	10.24
1992	40004	14.37	**2010**	130567	10.26
1993	43556	17.01	**2011**	137197	9.77
1994	47275	16.84	**2012**	145198	9.33
1995	51472	16.22	**2013**	155066	9.51
1996	55621	14.87	**2014**	164256	9.05
1997	60745	15.46			

المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بيانات (CNR)، باستخدام برنامج SPSS

يلاحظ من الشكل البياني رقم 13.6 تراجع معدلات الوفيات في بداية الثمانينات مع تسجيل ارتفاع في عام 1984، ولعل ما يفسر هذا، هو توحيد أنظمة التقاعد في الجزائر في صندوق واحد آنذاك (CNR) عام 1983، هذا من شأنه مضاعفة أعداد المنتسبين وبالتالي ارتفاع معدلات الوفيات، ثم عرف المعدل تراجع حتى عام 1988 حيث سجل 11.89‰، ثم عاد إلى الارتفاع مرة أخرى حتى بلوغه 17.01‰ في عام 1993، ولم يعرف المعدل استقرار وفق المنحى العام للظاهرة حتى سنة 1998، حيث قدر بـــ 11.77‰ واستمر في التراجع حتى نهاية الفترة، ولوحظ تزامن بداية ارتفاع معدل الوفيات مع تاريخ يعتبر أيقونة في مسار الجزائر السياسي والاجتماعي والاقتصادي، ألا وهو أحداث أكتوبر 1988، ومن بين أهم الأسباب التي مهدت لهذه الظروف تراجع أسعار المحروقات في عام 1986 وما نتج عنها من ارتفاع المديونية، التي بدورها ألزمت الجزائر باللجوء إلى صناديق التمويل الدولية، وفي ظل شرطية المؤسسات المالية الدولية، اضطرت الجزائر تبني مجموعة من التدابير نذكر منها، تخفيض حاد في قيمة الدينار، بالإضافة إلى تخفيض حاد في الدعم خلال الفترة 1988-1991.

ثم أعقبتها العشرية السوداء في بداية التسعينات حيث ذروة الارتفاع المسجل في معدل الوفاة تزامن مع تصاعد العنف المسلح في الجزائر، بالإضافة إلى الأوضاع الاجتماعية المزرية في تلك الفترة، حيث بلغ معدل الفقر أعلى قيمة بحوالي 25.3% من السكان، نسبة البطالة بدورها سجلت 28.10%، بالإضافة إلى خوصصة ربع الشركات المتضررة حتى عام 1997 (أنظر الفصل الخامس)، وغيرها من الظروف التي كانت سببا في ارتفاع معدلات الوفيات بين منتسبي صندوق التقاعد الوطني.



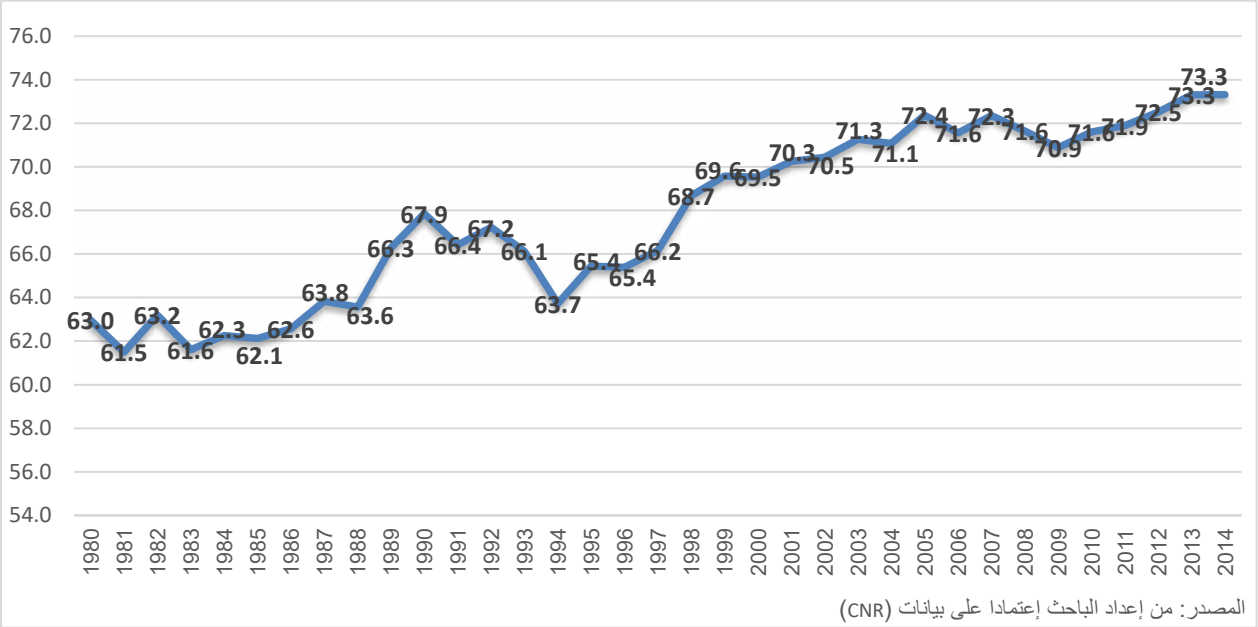
الشكل رقم 13.6: تطور معدلات الوفيات من ذوي الحقوق المباشرة لمنتسبي (CNR) خلال الفترة من 1980-2014

2. التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980-2014:

شهد متوسط العمر تحسن ملحوظ بين المتقاعدين الأجراء، حيث انتقل من 63 عام في سنة 1980 ليبلغ 73.3عام سنة 2014، وقد اكتسب المتقاعدين الأجراء تقريبا 10 سنوات في متوسط العمر عند الوفاة، إلى أنه تخلل نسق التحسن في متوسط العمر، فترات تباطؤ حيث تراجع متوسط العمر في الفترة ما بين 1990 إلى غاية 1994 بحوالي 4.2 سنة، ليعاود الارتفاع تدريجيا حتى يبلغ أعلى قيمة في نهاية الفترة.

وما قيل على العوامل المؤثرة في ارتفاع معدلات الوفاة في تلك الفترة (1990-1994)، يقال على العوامل التي أدت إلى تراجع متوسط العمر لذات الفترة، بافتراض أن ارتفاع معدل الوفيات يؤدي إلى تراجع متوسط العمر، بحيث أن الأشخاص الذين كانوا سيساهمون في الفئات العمرية

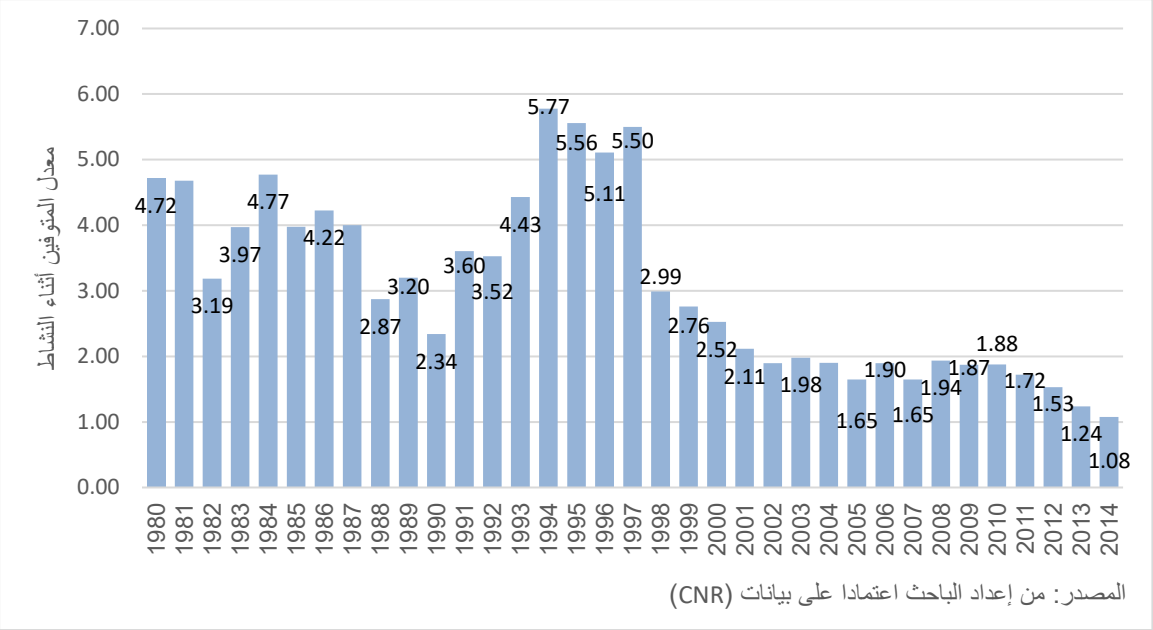
الأعلى لم يعودوا على قيد الحياة للقيام بذلك وهذا من شأنه يقلل من متوسط العمر بشكل عام، وقد فصلنا ولو جزئيا في العوامل التي أدت إلى ارتفاع معدلات الوفاة سابقا، أنظر الشكل رقم 14.6.



الشكل رقم 14.6: التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CNR) خلال الفترة من 1980-2014

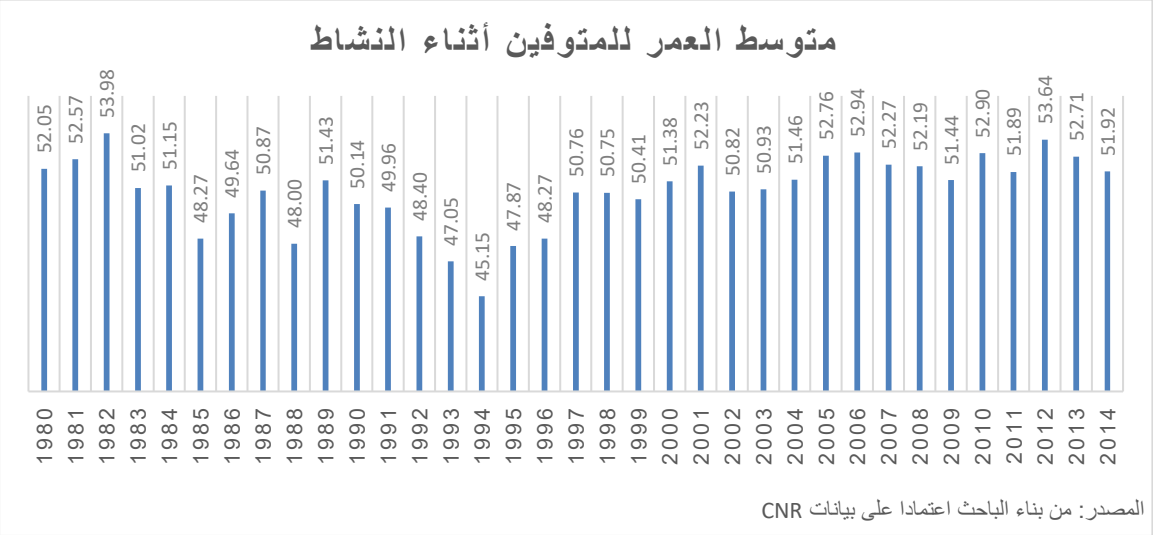
3. تطور معدلات المتوفين أثناء النشاط من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980-2014:

يقدم الشكل البياني رقم 15.6 نظرة عامة على معدلات المتوفين أثناء النشاط، حيث يظهر الاتجاه العام نحو الانخفاض، إلا أن تراجع معدل الوفيات لم يحدث بوتيرة واحدة، فقد عرفت الفترة 1993-1997 ارتفاع حاد في المعدل، وسجلت أعلى قيمة سنة 1997 بحوالي 5.77‰، وهي الفترة التي تتوافق مع ذروة التغيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر، أنظر الشكل رقم 15.6.



الشكل رقم 15.6: تطور معدلات المتوفين أثناء النشاط من منتسبي (CNR) خلال الفترة 1980-2014

لو ألقينا النظر إلى متوسط العمر عند الوفاة للهالكين أثناء النشاط، لوجدنا أخفض متوسط عمر مسجل كان في العام 1994 بحوالي 45.14 سنة، وثاني أخفض متوسط عمر سجل في عام 1988 حيث من المرجح أن العديد من هذه الوفيات كانت جراء أعمال العنف التي عرفتها الجزائر في تلك الفترة، والشكل رقم 16.6 يوضح ذلك.



الشكل رقم 16.6: التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة للهالكين أثناء النشاط من بيانات CNR خلال الفترة 1980-2014

4. تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي (CNR) حسب قطاعات النشاط الرئيسية خلال الفترة 1980-2014:

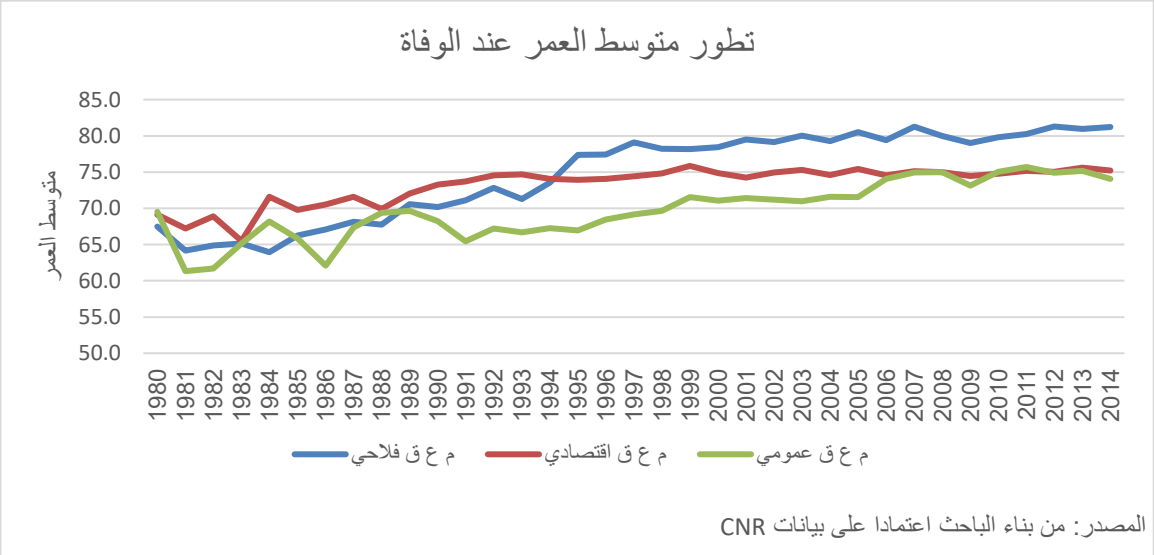
لفهم التحولات التي طرأت على متوسط العمر عند الوفاة حسب قطاعات النشاط الرئيسية (الاقتصادي، الفلاحي، العمومي) والموضحة في الشكل البياني رقم 17.6، وفي ظل المراحل التي عرفها الواقع الاقتصادي والاجتماعي في الجزائر خلال الفترة محل الدراسة (أنظر الفصل الخامس)، يمكن أن نقول أن التغيرات الحاصلة في التوجهات الكبرى التي تبنتها السلطات آنذاك والاهتمام المتزايد بالقطاع الاقتصادي بداية السبعينات، من خلال بناء قاعدة صناعية كبرى، مع اهتمام أقل أو تهميش مقصود لقطاع الفلاحة كما ذكر الأستاذ عبد الرحمان تومي في كتابه (الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر)، ينعكس بوضوح على منحى متوسط العمر للقطاعات الثلاث.

حيث يظهر جليا تفوق القطاع الاقتصادي على كل من القطاع الفلاحي والعمومي إلى غاية عام 1994 فيما يخص العمر المتوسط عند الوفاة، ليتحسن تدريجيا هذا الأخير للقطاع الفلاحي متجاوزا القطاعات الأخرى بعد عام 1994 ويواصل في ذلك حتى نهاية المرحلة، ويرجع هذا إلى إعادة النظر من طرف السلطات في السياسات التنموية المنتهجة والعودة إلى الاهتمام بقطاع الفلاحة، من خلال إعادة هيكلة المستثمرات الفلاحية عام 1987، ولعل هذه السياسات المنتهجة تفسر التفاوت الحاصل في العمر المتوسط عند الوفاة خلال سنوات الدراسة بين مختلف القطاعات، أو ربما يعزى هذا التباين إلى أسباب أخرى نجهلها.

الجدول رقم 17.6: تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي (CNR) حسب قطاعات النشاط الرئيسية خلال الفترة 1980-2014.

السنوات	متوسط العمر للقطاع الفلاحي	متوسط العمر للقطاع الاقتصادي	متوسط العمر للقطاع العمومي	السنوات	متوسط العمر للقطاع الفلاحي	متوسط العمر للقطاع الاقتصادي	متوسط العمر للقطاع العمومي
1980	67.5	69.1	69.5	**1998**	78.2	74.8	69.7
1981	64.2	67.2	61.3	**1999**	78.2	75.8	71.5
1982	64.9	68.9	61.7	**2000**	78.4	74.9	71.1
1983	65.1	65.5	65.1	**2001**	79.5	74.3	71.4
1984	63.9	71.6	68.2	**2002**	79.1	75.0	71.2
1985	66.2	69.8	65.8	**2003**	80.0	75.3	71.0
1986	67.1	70.5	62.1	**2004**	79.3	74.6	71.6
1987	68.2	71.6	67.4	**2005**	80.5	75.4	71.6
1988	67.8	69.9	69.4	**2006**	79.4	74.6	74.0
1989	70.6	72.1	69.7	**2007**	81.2	75.1	74.9
1990	70.2	73.3	68.2	**2008**	80.0	75.0	75.0
1991	71.1	73.7	65.4	**2009**	79.0	74.5	73.2
1992	72.8	74.5	67.2	**2010**	79.8	74.8	75.0
1993	71.3	74.7	66.7	**2011**	80.3	75.2	75.7
1994	73.5	74.1	67.2	**2012**	81.3	75.0	74.9
1995	77.4	73.9	67.0	**2013**	80.9	75.6	75.2
1996	77.4	74.1	68.4	**2014**	81.2	75.2	74.0
1997	79.1	74.4	69.2				

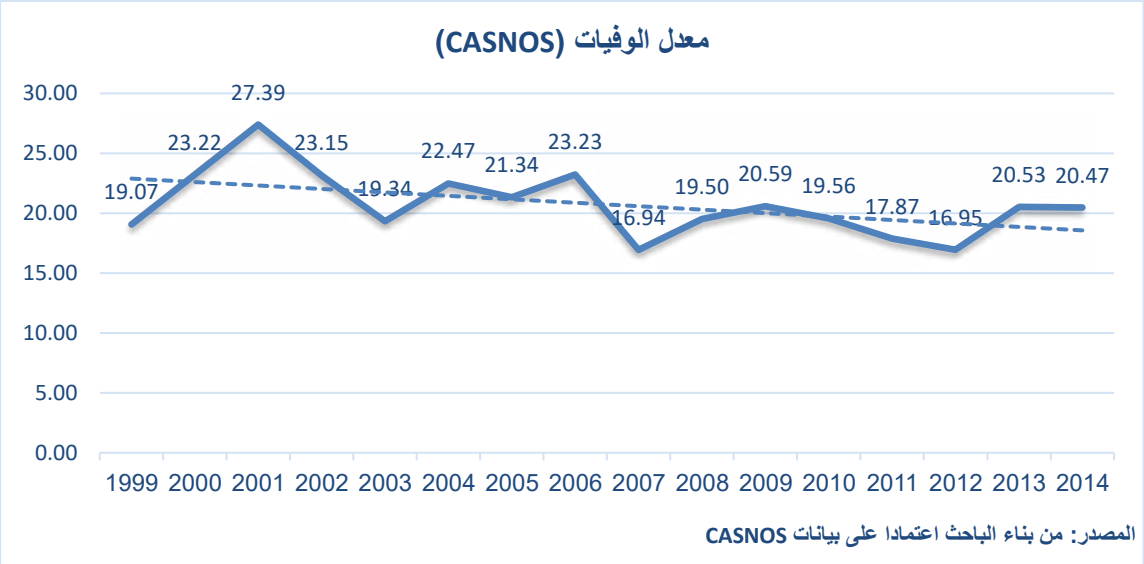
المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بيانات (CNR) باستخدام برنامج SPSS



الشكل رقم 17.6: تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي (CNR) حسب قطاعات النشاط الرئيسية

5. تحليل معدلات وفيات ذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CASNOS):

فيما يخص تطور وفيات ذوي الحقوق المباشرة من منتسبي صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء فرع البليدة، وكما ذكرنا سابقا، لم نوفق للوقوف على أعداد المنتسبين خلال الفترة محل الدراسة، وعليه قمنا بتقدير أعداد المنتسبين حتى عام 1999 بناءا على بيانات متوفرة تغطي الفترة 2010–2015، وبعد حساب معدل الوفيات لمنتسبي (casnos)، ظهر الشكل البياني غير واضح مع تذبذب في المعدل بحيث لم نستطع قراءة منحى الاتجاه العام، وتفسيره في ظل المتغيرات التي شكلت أهم معالم الفترة، وعليه يمكن القول أن النتائج المحصل عليها غير قابلة للتحليل بشكل موثوق به، إن تقدير أعداد المنتسبين لم يكن دقيقا ولم يعكس الأرقام الحقيقة، كل هذا من مغبات عدم الحرص على الاحتفاظ بالبينات المؤرشفة، ولهذا ننصح الجهات المسؤولة على قواعد البيانات بالاحتفاظ بنسخ منها، لعله يمكن الرجوع إليها اذا اقتضت الحاجة إلى ذلك. أنظر الشكل البياني رقم 18.6.



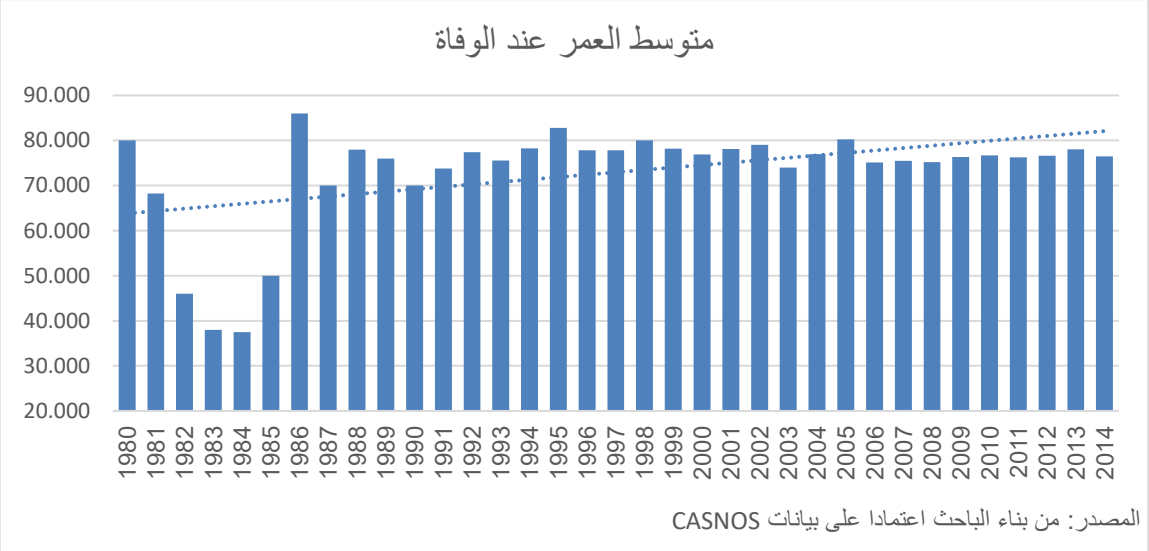
الشكل رقم 18.6: تطور معدلات الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CASNOS) خلال الفترة 1999–2014

6. التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة لذوي الحقوق المباشرة من منتسبي (CASNOS) خلال الفترة 1980-2014:

لرصد تطور متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء، اقتصرنا على البيانات التي تخص ذوي الحقوق المباشرة فقط، يظهر الشكل البياني رقم 19.6 فجوة في متوسط العمر في بداية الثمانينات، ويرجع السبب الرئيسي إلى قلة عدد حالات الوفاة المسجلة، حيث تم رصد حالة وفاة واحدة، حالتين وهكذا وسجل أكبر تكرار (6) إلى غاية سنة 1988، انطلاقا من عام 1989 ارتفع عدد الحالات، فضعف التكرارات في بداية الثمانينات أثر على جودة متوسط العمر.

بلغ متوسط العمر عند الوفاة في عام 1989 بين المتقاعدين من منتسبي (CASNOS) 76 سنة، ليتراجع في العام الموالي إلى 70 سنة، ثم يعاود الارتفاع تدريجيا إلى غاية عام 1990 حيث بلغ 82.8 سنة، ليتراجع فيما بعد، ويستقر عند 76.4 سنة في نهاية الفترة.

والملاحظ من الشكل البياني بصفة عامة أن متوسط عمر العمال غير الأجراء من متقاعدين (CASNOS)، لم يتأثر كثيرا على غرار المتقاعدين من العمال الأجراء، إذا جاز هذا الاستنتاج نظرا لضعف جودة البيانات وكذلك حجم عينة العمال غير الأجراء.

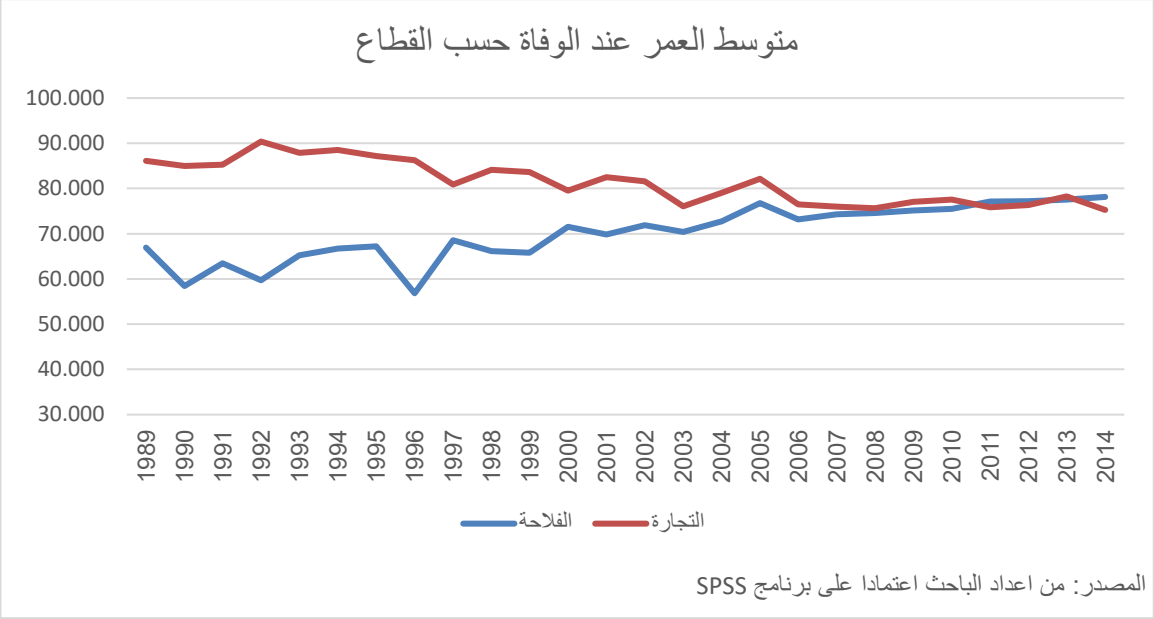


الشكل رقم 19.6: تطور متوسط العمر عند الوفاة من ذوي الحقوق المباشرة لمنتسبي (CASNOS) خلال الفترة 1980-2014

7. التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين من منتسبي (CASNOS) وفق قطاع النشاط خلال الفترة 1989-2014:

لرصد تطور متوسط العمر عند الوفاة حسب قطاع النشاط بالنسبة للعمال غير الأجراء، قمنا باستبعاد البيانات التي تخص السنوات من 1980 حتى 1988، وهذا بسبب غياب حالات الوفاة تارة لقطاع التجارة وتارة أخرى لقطاع الفلاحة، وكذلك لضعف التكرارات في هذه الفترة.

حيث يتضح من الشكل فجوة كبيرة في متوسط العمر لكل من قطاع التجارة وقطاع الفلاحة منذ عام 1989 حيث سجل متوسط العمر 86.11 سنة و66.9 سنة على التوالي، ولم تتقلص هذه الفجوة حتى عام 2008، حيث بلغت 1.06 سنة لتتسع الفجوة في عام 2014 إلى 2.88 سنة لصالح قطاع الفلاحة والشكل رقم 20.6 يبين ذلك.



الشكل رقم 20.6: التطور التاريخي لمتوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين من منتسبي (CASNOS) وفق قطاع النشاط خلال الفترة 1989-2014

2.6.6 اختبار الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى العوامل الاجتماعية، ولتحقق من صحة هذه الفرضية سنعتمد على العمر عند الوفاة كمتغير تابع، والعوامل الاجتماعية ممثلة في الجنس، والحالة الاجتماعية كمتغيرات مستقلة.

I. المنهجية المستخدمة في الاختبار:

للتحقق من هذه الفرضية سنعتمد على أسلوب تحليل البقاء على قيد الحياة من برنامج (SPSS)، وبالأخص منحنيات البقاء كابلان ماير (Kaplan-Meier) واختبار لوج رانك (Log-Rank)، وسنوجزهم فيما يلي:

يعتبر أسلوب تحليل البقاء على قيد الحياة، من بين أهم النماذج التي تهتم بتحليل الوقت حتى وقوع الحدث، والذي يمثل في دراستنا هذه وفاة المتقاعدين، يمثل الوقت أهم عامل في التحليل، حيث يقيس الفترة الزمنية حتى الوصول للحدث، ويمكن أن تكون الفترة الزمنية بالأيام أو الأسابيع أو الأشهر، أما في دراستنا فالوقت محسوب بالسنوات، ويتم هذا عن طريق المقارنة بين المجموعات أو العوامل المختلفة في التأثير على المدة المستغرقة للوصول إلى الحدث، تم اقتراح العديد من الطرق لتقدير وظائف البقاء على قيد الحياة، ولكن الأكثر شيوعا هي تلك التي وصفها إدوارد كابلان وبول ماير في عام 1958.

1) منحنيات البقاء على قيد الحياة كابلان ماير (Kaplan-Meier):

يستخدم منحنى كابلان ماير لتمثيل معدل البقاء على قيد الحياة، أو وظيفة البقاء على قيد الحياة، حيث يتم إدخال الوقت بيانيا على المحور الأفقي، ومعدل البقاء على المحور العمودي، ويقيس المعدل احتمال البقاء إلى مدة زمنية معينة، وتعطى دالة البقاء وفق الصيغة الرياضية التالية:

$$S(t) = P(T \geq t)$$ [1]

2) اختبار لوج رانك (Log-Rank):

يسمى لوج رنك، أو اختبار ترتيب السجل، أو اختبار لوغاريتم الرتبة، يعتمد هذا الاختبار على توزيع الوقت حتى وقوع الحدث، لعينتين مستقلتين أو أكثر، ويمكن من خلاله معرفة هل هناك فرق كبير بين المجموعات، أو بعبارة أخرى هل العوامل المختلفة لها تأثير على وقت البقاء على قيد الحياة.

[1] شادي التلباني، سمير أبو الدحروج، دراسة أهم العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال في فلسطين (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، المجلد 06، العدد 01، 2020، جامعة قاصدي مرباح ورقلة/ الجزائر، ص ص 81-94، ص 83.

تبنى الفرضيات وفق هذا الاختبار على النحو التالي:

- ✓ **الفرضية الصفرية:** لا يوجد فرق بين المجموعات في توزيع الوقت حتى وقوع الحدث.
- ✓ **الفرضية البديلة:** المجموعات لها منحنيات توزيع مختلفة، أي توجد فروق.

وكما هو الحال مع اختبار الفرضيات الإحصائية، يجيب التحقق من معنوية الاختبار عن طريق المقارنة بين القيمة p ومستوى الدلالة ألفا (ά)، حيث إذا كانت القيمة P أكبر من مستوى الدلالة 0.05، نحتفظ بالفرضية الصفرية بناءا على البيانات المتاحة، أما إذا كانت قيمة p أصغر من مستوى الدلالة 0.05، نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة.

II. تطبيق الاختبار:

سنقتصر على أفراد العينة من ذوي الحقوق المباشرة، مع استبعاد شريحة الوفيات أثناء النشاط من بيانات (CNR) بحكم أنهم توفو قبل العمر المفترض، ولأن طبيعة الوفاة هذه تؤثر على متوسط العمر عند الوفاة، مع التنويه إلى أن قاعدة بيانات (CASNOS) لم تتضمن متغير الحالة الاجتماعية.

قمنا بهذا الاختبار على عينة مكونة من 21562 بالنسبة للمتقاعدين الأجراء من بيانات (CNR)، اعتمدنا متغير الجنس كأحد العوامل الاجتماعية في المرحلة أولى، وكانت البيانات موزعة كتالي، عدد الذكور حوالي 20218، والإناث 1344.

أما المتقاعدين غير الأجراء من بيانات (CASNOS) كان حجم العينة 2407 بلغ عدد الذكور حوالي 2357 والإناث بلغ عدد 50.

III. نتائج الاختبار:

- **الفوارق في متوسط العمر عند الوفاة تعزى إلى متغير الجنس:**

أ. بيانات المتقاعدين الأجراء (CNR)

الجدول رقم 18.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكور	20218	93.8
إناث	1344	6.2
المجموع	21562	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CNR) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 19.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير الجنس للمتقاعدين الأجراء

	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	116.477	1	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية بين الذكور والإناث من الأجراء في مدة البقاء على قيد الحياة، قيمة كا^2 تساوي 116.477 تدل على أن الفرق واضح بين الجنسين، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أوضح بين المجموعتين.

الجدول رقم 20.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين الأجراء

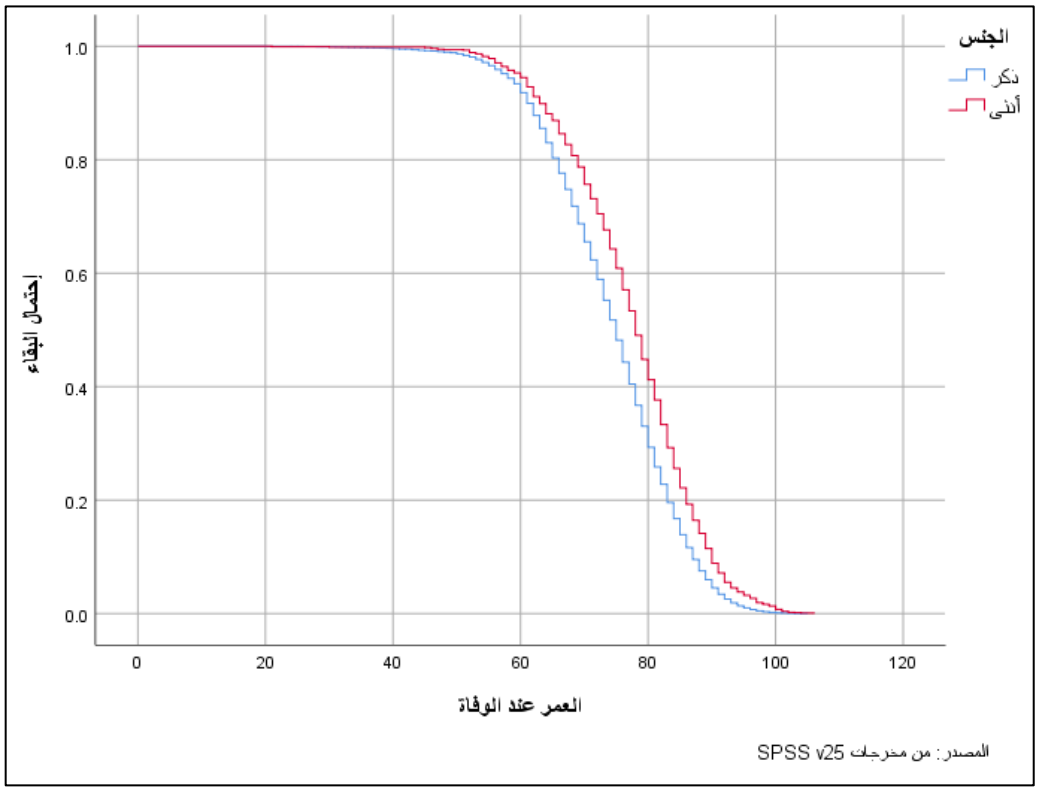
الجنس	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
ذكر	74.43	0.07	74.29	74.57	75.00	0.10	74.81	75.19
أنثى	77.51	0.28	76.95	78.07	78.00	0.33	77.35	78.65
المجموع	74.62	0.07	74.48	74.76	75.00	0.09	74.82	75.18
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25								

بلغ متوسط العمر عند الوفاة للذكور من إجمالي المتقاعدين الأجراء 74.43 عام، أما الإناث سجل المتوسط 77.51 عام، أي بفجوة زمنية تقدر بـــ 3.08 سنة، متوسط العمر عند الوفاة واقع في المجال 74.29–74.57 بنسبة ثقة 95% للذكور، وبالنسبة للإناث يقع متوسط العمر عند الوفاة في المجال 76.95–78.07 بنفس نسبة الثقة.

الجدول رقم 21.6: الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين الأجراء

النسب	%25		%50		%75	
الجنس	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري
ذكر	82	0.088	75	0.096	67	0.105
أنثى	85	0.322	78	0.333	71	0.462
المجموع	82	0.091	75	0.092	68	0.107
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25						

نلاحظ من بيانات الجدول رقم 21.6 أن 75% من الذكور يصلون إلى متوسط العمر 67 سنة، في المقابل تصل الإناث إلى 71 سنة، 25% من الذكور يصلون إلى متوسط العمر 82 سنة، في المقابل الإناث يصلن بنفس النسبة إلى متوسط عمر قدره 85 سنة.



الشكل رقم 21.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين الأجراء

يظهر من منحنى البقاء على قيد الحياة لكبلان ماير أن امتداد خط احتمال البقاء على قيد الحياة للإناث يتجاوز الذكور، حيث ينفصل الخطان قبل عمر 53 سنة، ويتوسع الفارق بينهما بعد ذلك حتى آخر حالة وفاة، إذ يمتد كل من الخطان حتى يتجاوزا 100 سنة، ويبين منحنى البقاء على قيد الحياة أن الإناث أكثر حظ في البقاء من الذكور المتقاعدين الأجراء والشكل رقم 21.6 يوضح ذلك.

ب. بيانات المتقاعدين غير الأجراء (CASNOS)

الجدول رقم 22.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين غير الأجراء

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكور	2357	97.9
إناث	50	2.1
المجموع	2407	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CASNOS) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 23.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير الجنس للمتقاعدين غير الأجراء

	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	0.332	1	0.05	0.565
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.565 أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية، التي تنص على عدم وجود فروق معنوية بين الذكور والإناث من غير الأجراء في مدة البقاء على قيد الحياة، قيمة كا^2 تساوي 0.332 تدل على أن الفرق غير واضح بين الجنسين، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أصغر كان الفارق أقل وضوح بين المجموعتين.

الجدول رقم 24.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب الجنس لغير الأجراء

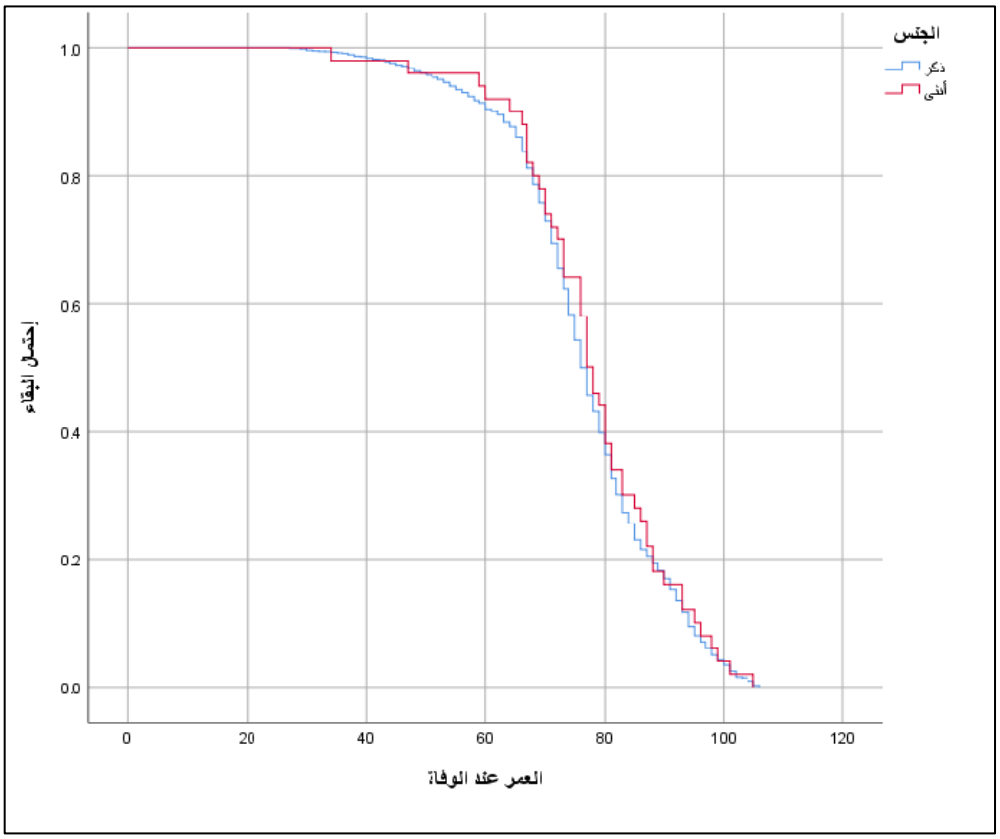
الجنس	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
ذكر	76.76	0.28	76.22	77.30	76.00	0.27	75.47	76.53
أنثى	78.00	1.88	74.32	81.68	77.00	1.52	74.03	79.97
المجموع	76.78	0.27	76.25	77.32	77.00	0.27	76.48	77.52
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25								

بالرغم من عدم معنوية الاختبار إلا أنه يمكن إلقاء نظرة على متوسطات العمر بين الجنسين، حيث بلغ متوسط العمر عند الوفاة للذكور من إجمالي المتقاعدين غير الأجراء 76.76 عام، أما الإناث سجل المتوسط 78.00 عام، أي بفجوة زمنية تقدر بـــ 1.24 سنة، متوسط العمر عند الوفاة واقع في المجال 76.22–77.30 بنسبة ثقة 95% للذكور، أما الإناث فمتوسط العمر عند الوفاة واقع في المجال 74.32–81.68 بنفس نسبة الثقة.

الجدول رقم 25.6: الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب الجنس لغير الأجراء

النسب	%25		%50		%75	
الجنس	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري
ذكر	85	0.490	76	0.270	70	0.309
أنثى	87	2.441	77	1.515	70	2.481
المجموع	87	0.481	77	0.266	70	0.307
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25						

نلاحظ من بيانات الجدول رقم 25.6 أن 75% من الذكور والإناث يصلون إلى متوسط العمر 70 سنة، 25% من الذكور يصلون إلى متوسط العمر 85 سنة، في المقابل الإناث يصلن بنفس النسبة إلى متوسط عمر قدره 87 سنة.



الشكل رقم 22.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب الجنس للمتقاعدين غير الأجراء

يظهر من منحنى البقاء على قيد الحياة لكبلان ماير أن امتداد خط العمر للإناث والذكور تقريبا مقترنان، مع أفضلية نسبية للإناث حتى عمر 67 سنة، حيث يقترن الخطان بعد ذلك، مع تفاوت ضعيف بينهما، وهذا يبين أن احتمال البقاء على قيد الحياة للإناث أعلى نسبيا من الذكور المتقاعدين من غير الأجراء والشكل رقم 22.6 يوضح ذلك.

➢ **الفوارق في متوسط العمر عند الوفاة للمتقاعدين الأجراء تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية:**

الجدول رقم 26.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة %
متزوج	20445	94.8
مطلق	139	0.6
أرمل	864	4.0
أعزب	114	0.5
المجموع	21562	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CNR) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 27.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير الحالة الاجتماعية للأجراء

	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	320.043	3	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية حسب الوضعية الاجتماعية للمتقاعدين الأجراء في مدة البقاء على قيد الحياة، قيمة كا^2 تساوي 320.043 تدل على أن الفرق واضح بين مختلف فئات الحالة الاجتماعية، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أكثر وضوح بين المجموعات.

الجدول رقم 28.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب الحالة الاجتماعية للمتقاعدين الأجراء

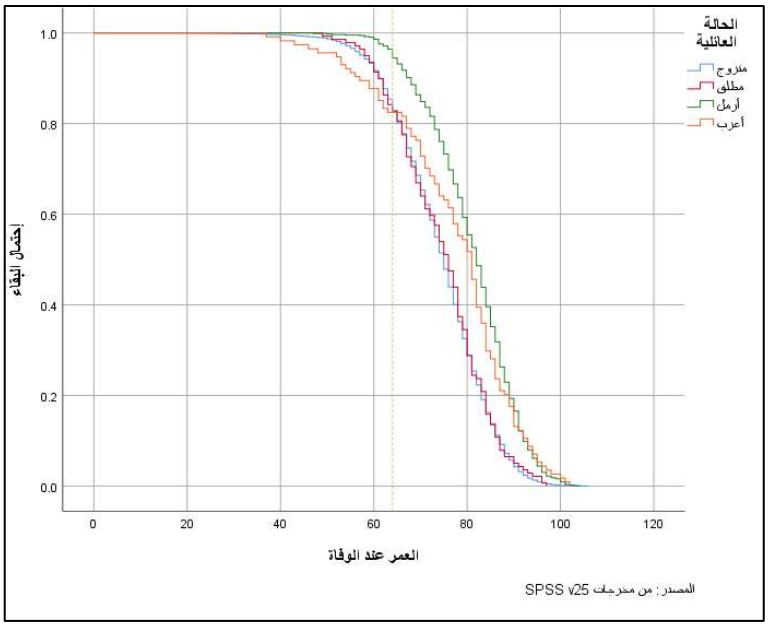
الحالة الاجتماعية	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
متزوج	74.33	0.07	74.19	74.47	75.00	0.10	74.81	75.19
مطلق	74.66	0.85	72.99	76.32	76.00	1.24	73.57	78.43
أرمل	81.09	0.32	80.46	81.72	82.00	0.44	81.14	82.86
أعزب	77.25	1.28	74.75	79.76	81.00	1.18	78.68	83.32
المجموع	74.62	0.07	74.48	74.76	75.00	0.09	74.82	75.18
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25								

تظهر نتائج الجدول أن المترملين لديهم أعلى متوسط عمر عند الوفاة بـــ 81.09 سنة، ثم يليهم العزاب بـــ 77.25 سنة، ثم المطلقين والمتزوجين جاءت الأعمار على التوالي 74.66 سنة و74.33 سنة، حيث من المرجح أن يعيش المتزوجين من المتقاعدين الأجراء إلى غاية العمر الواقع بين 74.19–74.47 بنسبة ثقة 95%، حيث يمثل المتزوجين أكبر شريحة من مجموع أفراد العينة، وبلغت الفجوة الزمنية بين أكبر متوسط عمر للبقاء على قيد الحياة وأصغر متوسط من مختلف الشرائح حوالي 6.67 سنة.

الجدول رقم 29.6: الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب الحالة الاجتماعية للأجراء

النسب	%25		%50		%75	
الحالة الاجتماعية	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري
متزوج	82.00	0.09	75.00	0.10	67.00	0.11
مطلق	81.00	0.98	76.00	1.24	67.00	1.11
أرمل	88.00	0.34	82.00	0.44	75.00	0.51
أعزب	86.00	1.30	81.00	1.18	70.00	1.90
المجموع	82.00	0.09	75.00	0.09	68.00	0.11
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25						

من نتائج الجدول تظهر تقديرات العمر المتوسط عند الوفاة أن كل من المتزوجين والمطلقين وصلوا بنسبة 75% إلى العمر 67 سنة، بينما يصل المتزوجين بنسبة 25% للعمر 82 سنة، ويصل المطلقين للعمر 81 سنة بنفس النسبة، أما فيما يخص المترملين فقد وصل 75% منه إلى العمر 75 سنة، وقد وصل 25% الى العمر 88 سنة، أما العازبين فقد وصل 75% للعمر 70 سنة، ومن نجا منهم وصل إلى العمر 86 سنة ثم توفي.



الشكل رقم 23.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب الحالة الاجتماعية للمتقاعدين الأجراء

يظهر من منحنى البقاء على قيد الحياة لكبلان ماير أن امتداد خط احتمال البقاء للمترملين هو الأطول، ثم يليه خط احتمال البقاء للعازبين، ويجب الإشارة إلى أن خط عمر العازبين يبدأ في الانحدار قبل بقية الخطوط انطلاقا من العمر 37 سنة، لكن في نهاية الأمر يمتد خط العمر للعازبين والمترملين حتى يتجاوزا 100 سنة، أما فيما يخص المتزوجين والمطلقين فيقترن الخطان على طول فترة العمر ويمتدان دون الوصول إلى 100 سنة، والشكل رقم 23.6 يوضح ذلك.

3.6.6 اختبار الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أصناف النشاط الاقتصادي، حيث يختلف التصنيف باختلاف قاعدة البيانات بين المتقاعدين الأجراء وغير الأجراء، وحتى لا يختلط الأمرة نختبر الفرضية على مرحلتين، المرحلة الأولى تخص المتقاعدين من الأجراء، ثم المرحلة الثانية المتقاعدين من غير الأجراء.

سنتبنى نفس النموذج الذي طبقناه في الفرضية السابقة (تحليل البقاء على قيد الحياة، منحنيات كبلان ماير، واختبار لوج رانك)، ولتفادي التكرار لن نعود لشرح الطريقة فقد تناولناها سابقا.

- **المرحلة الأولى من الاختبار: الفوارق في متوسط العمر عند وفاة المتقاعدين الأجراء تعزى إلى قطاع النشاط**

قمنا باستبعاد الوفيات أثناء النشاط من الاختبار حتى لا يتأثر النموذج، شمل الاختبار القطاعات الرئيسية (القطاع الاقتصادي، الفلاحي، العمومي)، أما بقية القطاعات بما أنها تمثل أنظمة قديمة، وكذلك تكراراتها ضعيفة تم تجميعها تحت مسمى أنظمة قديمة، وتشمل كل من التقاعد التكميلي، قطاع التعدين، قطاع السكك الحديدية، قطاع سونلغاز، قطاع الترامواي، والقطاع البحري، وأبقينا على نظام التقاعد المسبق دون دمج لما له أهمية بالغة في سياق الدراسة.

الجدول رقم 30.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء حسب النشاط

قطاع النشاط	التكرار	النسبة %
القطاع الفلاحي	6238	28.90
القطاع الاقتصادي	12169	56.40
القطاع العمومي	2683	12.40
نظام التقاعد المسبق	87	0.40
أنظمة قديمة	385	1.80
المجموع	21562	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CNR) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 31.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير قطاع النشاط للأجراء

	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	1613.530	4	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية حسب قطاع النشاط الاقتصادي للمتقاعدين الأجراء في مدة البقاء على قيد الحياة، قيمة كا^2 تساوي 1613.530 تدل على أن الفرق واضح بين مختلف فئات النشاط الاقتصادي، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أكثر وضوح بين المجموعات.

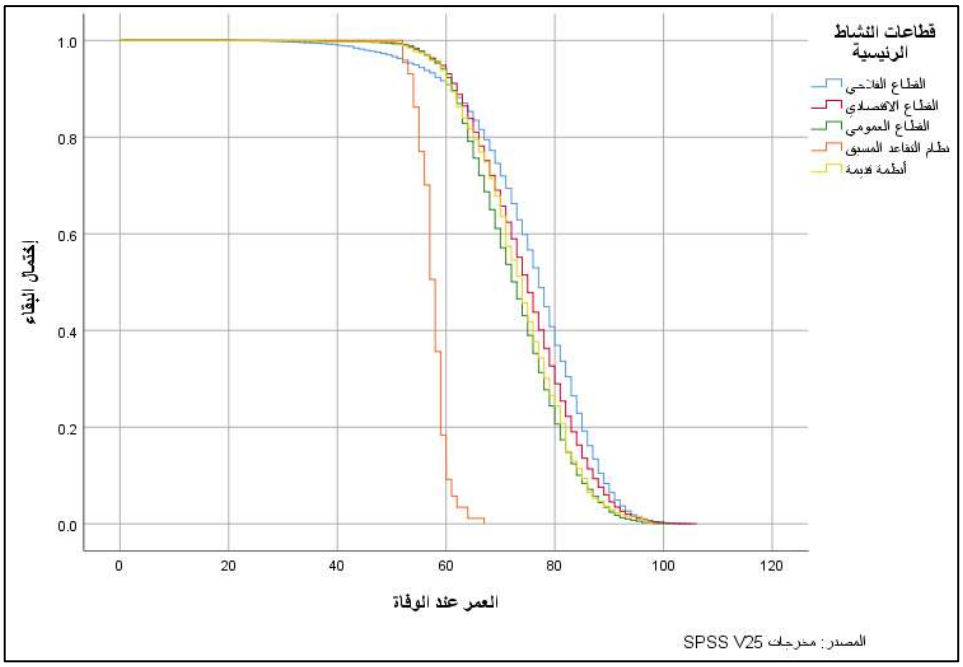
الجدول رقم 32.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب قطاع النشاط للمتقاعدين الأجراء

قطاع النشاط	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
القطاع الفلاحي	75.74	0.15	75.45	76.02	77.00	0.16	76.68	77.32
القطاع الاقتصادي	74.64	0.09	74.47	74.82	75.00	0.12	74.77	75.24
القطاع العمومي	72.65	0.18	72.30	73.00	73.00	0.27	72.46	73.54
نظام التقاعد المسبق	57.52	0.29	56.94	58.09	58.00	0.30	57.42	58.58
أنظمة قديمة	73.42	0.48	72.49	74.35	74.00	0.65	72.72	75.28
المجموع	74.62	0.07	74.48	74.76	75.00	0.09	74.82	75.18

المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25

تظهر نتائج الجدول أن المنتسبين للقطاع الفلاحي لديهم أعلى متوسط عمر عند الوفاة بـــ 75.74 سنة، ثم يليهم القطاع الاقتصادي بـــ 74.64 سنة، أما القطاع العمومي فقدر متوسط العمر عند الوفاة بـــ 72.65 سنة، أقل متوسط حمر شوهد بين المتحصلين على التقاعد المسبق بمتوسط عمر قدره 57.52 سنة وتم إدراجهم مع تصنيف النشاط الاقتصادي لأنه تحكمهم ظروف خاصة سنعود لها في مناقشة النتائج، حيث من المرجح أن يعيش المنتسبين للقطاع الاقتصادي من المتقاعدين الأجراء إلى غاية العمر الواقع بين 74.47–74.82 بنسبة ثقة 95%. حيث يمثل النشاط الاقتصادي أكبر شريحة من مجموع أفراد العينة.

بلغت الفجوة الزمنية بين أكبر متوسط عمر للبقاء على قيد الحياة وأصغر متوسط للقطاعات الثلاثة الرئيسية (فلاحي، اقتصادي، عمومي) حوالي 3.09 سنة.



الشكل رقم 24.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب النشاط الاقتصادي للمتقاعدين الأجراء

يظهر من منحنى البقاء على قيد الحياة لكبلان ماير أن امتداد خط العمر للمنتسبين للقطاع الفلاحي هو الأطول، إلا أننا نلاحظ خط العمر لهذا القطاع بدأت الوفيات فيه في سن أبكر حتى قبل 40 سنة، إلا أنه امتد في نهاية المطاف أكثر من بقية الخطوط، يليه خط العمر لمنتسبي القطاع الاقتصادي، ويأتي في الأخير بالنسبة للقطاعات الثلاث الرئيسية، القطاع العمومي، أما فيما يخص التقاعد المسبق فنلاحظ سرعة تراجع خط العمر في سن 52 عام وهو أقل الخطوط طولا بحيث لم يتجاوز سن 67 عام، والشكل رقم 24.6 يوضح ذلك.

- **المرحلة الثانية من الاختبار: الفوارق في متوسط العمر عند وفاة المتقاعدين غير الأجراء تعزى إلى قطاع النشاط**

بالنسبة لبينات المتقاعدين غير الأجراء، يتم اعتماد تصنيفين للنشاط، القطاع الفلاحي، والقطاع التجاري، بحيث يضم القطاع التجاري مختلف المهن، وقد تطرقنا لهذا سابقا.

الجدول رقم 33.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين غير الأجراء حسب قطاع النشاط

قطاع النشاط	التكرار	النسبة %
قطاع الفلاحة	874	36.3
قطاع التجارة	1533	63.7
المجموع	2407	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CASNOS) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 34.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير قطاع النشاط لغير الأجراء

	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	183.539	1	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

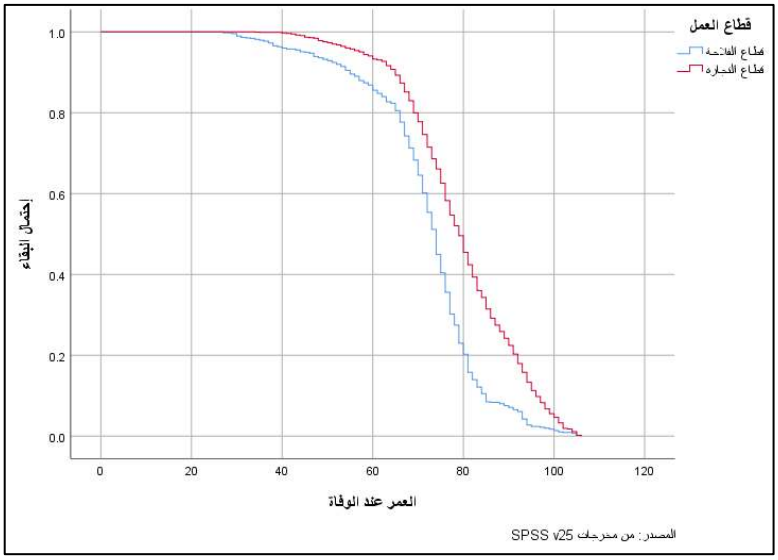
يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية حسب قطاع النشاط للمتقاعدين غير الأجراء في مدة البقاء على قيد الحياة، قيمة كا^2 تساوي 183.539 تدل على أن الفرق واضح بين مختلف فئات النشاط الاقتصادي، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أكثر وضوح بين المجموعات.

الجدول رقم 35.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب قطاع النشاط لغير الأجراء

قطاع النشاط	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
قطاع الفلاحة	72.07	0.44	71.20	72.93	74.00	0.32	73.37	74.63
قطاع التجارة	79.48	0.33	78.84	80.11	79.00	0.40	78.21	79.79
المجموع	76.78	0.27	76.25	77.32	77.00	0.27	76.48	77.52

المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25

بلغ متوسط العمر عند الوفاة لمنتسبي قطاع الفلاحة من المتقاعدين غير الأجراء 72.07 عام، أما قطاع التجارة سجل أعلى متوسط بحوالي 79.48 عام، أي بفجوة زمنية تقدر بـــ 7.41 سنة، متوسط العمر عند الوفاة واقع في المجال 71.20–72.93 بنسبة ثقة 95% لقطاع الفلاحة، أما قطاع التجارة فمتوسط العمر عند الوفاة واقع في المجال 78.84–80.11 بنفس نسبة الثقة.



الشكل رقم 25.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب قطاع النشاط للمتقاعدين غير الأجراء

من منحنى البقاء لكبلان ماير تظهر الفجوة في زمن البقاء على قيد الحياة بوضوح، حيث يمتد خط طول العمر للمنتسبين لقطاع التجارة أطول من نظيره، يظهر من خط العمر لقطاع الفلاحة أن حالات الوفاة بدأت منذ سن 30، حيث عند هذا العمر انفصل الخطان، ولم تظهر حالات وفاة لقطاع التجارة حتى العمر 40 سنة، والشكل رقم 25.6 يبين ذلك.

4.6.6 اختبار الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أنماط التقاعد المختلفة، وعليه سنقوم باختبار هذه الفرضية على بيانات صندوق الوطني للتقاعد (CNR) لأنها البيانات الوحيدة التي تتوفر على مثل هذا التفصيل، وكذلك لأن بعض أنواع التقاعد تخص العمال الأجراء عن دونهم، ولهذا سيقتصر التحليل على بيانات العمال الأجراء، قمنا باستبعاد الشرائح التي تحوي تكرارات ضعيفة على غرار التقاعد التكميلي والإعانات الاجتماعية.

ولاختبار هذه الفرضية تبنينا نموذج تحليل البقاء على قيد الحياة (منحنيات كبلان ماير، واختبار لوج رانك).

الجدول رقم 36.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء حسب نمط التقاعد

أنماط التقاعد	التكرار	النسبة %
معاش التقاعد العادي	18681	86.70
منحة التقاعد العادي	1315	6.10
التقاعد النسبي	831	3.90
التقاعد دون شرط السن	730	3.40
المجموع	21557	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CNR) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 37.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير نمط التقاعد للأجراء

	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	8089.339	3	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية في مدة البقاء على قيد الحياة تعزى إلى أنماط التقاعد بالنسبة للعمال الأجراء، قيمة كا^2 تساوي 8089.339 تدل على أن الفرق واضح بين مختلف أنواع التقاعد، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أكثر وضوح بين المجموعات.

الجدول رقم 38.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب نمط التقاعد للعمال الأجراء

أنماط التقاعد	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
معاش التقاعد العادي	75.61	0.07	75.47	75.75	76.00	0.09	75.82	76.18
منحة التقاعد العادي	76.43	0.24	75.96	76.91	76.00	0.35	75.31	76.69
التقاعد النسبي	60.07	0.19	59.71	60.44	60.00	0.21	59.59	60.41
التقاعد دون شرط السن	62.67	0.21	62.25	63.09	63.00	0.32	62.38	63.62
المجموع	74.62	0.07	74.48	74.76	75.00	0.09	74.82	75.18
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25								

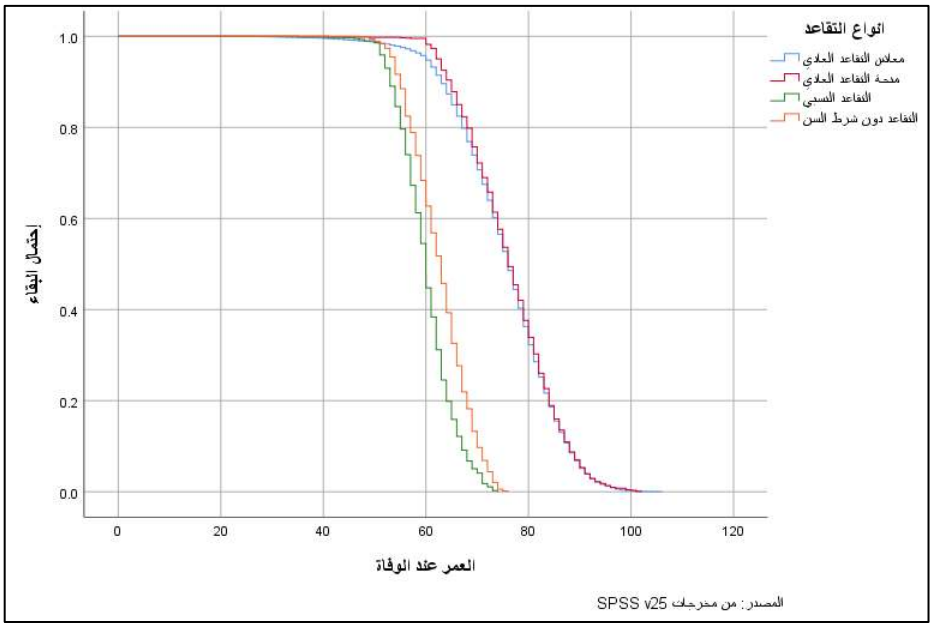
يظهر من نتائج الجدول أن ذوي منحة التقاعد العادي لديهم أعلى متوسط عمر عند الوفاة بـــ 76.43 سنة، ثم يليهم المتقاعدين الذين أحيلوا على التقاعد وفق نمط معاش التقاعد العادي بـــ 75.61 سنة، ثم المتحصلين على التقاعد دون شرط السن والتقاعد النسبي جاءت الأعمار على التوالي 62.67 سنة و60.07 سنة، حيث من المرجح أن يعيش المتقاعدون ذوي معاش التقاعد العادي من الأجراء إلى غاية العمر الواقع بين 75.74–75.75 بنسبة ثقة 95%، حيث يمثل معاش التقاعد العادي أكبر شريحة من مجموع أفراد العينة، وبلغت الفجوة الزمنية بين أكبر متوسط عمر للبقاء على قيد الحياة وأصغر متوسط من مختلف الشرائح حوالي 15.54 سنة وهي فجوة زمنية كبيرة.

الجدول رقم 39.6: الترتيب المئوي للبقاء على قيد الحياة حسب نمط التقاعد للأجراء

النسب	25%		50%		75%	
أنماط التقاعد	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري	التقدير	الخطأ المعياري
معاش التقاعد العادي	83.00	0.09	76.00	0.09	69.00	0.11
منحة التقاعد العادي	83.00	0.31	76.00	0.35	70.00	0.37
التقاعد النسبي	63.00	0.26	60.00	0.21	56.00	0.26
التقاعد دون شرط السن	67.00	0.32	63.00	0.32	58.00	0.35
المجموع	82.00	0.09	75.00	0.09	68.00	0.11
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25						

من نتائج الجدول تظهر تقديرات العمر المتوسط عند الوفاة أن أصحاب التقاعد النسبي وصلوا بنسبة 75% إلى العمر 56 سنة، والناجون منهم يصلون إلى العمر 63 سنة، ويصل المتقاعدون دون شرط السن إلى 58 سنة بنسبة 75% ومن ينجو منهم يصل للعمر 67 سنة بنسبة

25%، أما نسب معاش ومنحة التقاعد العادي فكانت متقاربة، حيث وصل 25% منهم الى العمر 83 سنة.



الشكل رقم 26.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب نمط التقاعد للأجراء

من منحنى البقاء لكبلان ماير تظهر الفجوة في زمن البقاء على قيد الحياة بوضوح بين المتحصلين على التقاعد العادي سواء معاش أو منحة التقاعد، وبين أنماط التقاعد الأخرى كالتقاعد النسبي والتقاعد دون شرط السن، يعتبر خط احتمال البقاء للمتحصلين على منحة التقاعد العادي الأطول، حيث يبدأ تسجل أولى الوفيات بعد عمر 60 سنة، بقية الأنماط تسجل الوفيات في مراحل أبكر، إلا أن خط العمر لمعاش التقاعد العادي يمتد حتى يقترن مع منحة التقاعد العادي ليمتدا حتى يتجاوزا 100 سنة، أقل الخطوط طولا هو خط التقاعد النسبي ثم يليه التقاعد دون شرط السن، ويبدأ تسجيل الوفيات لكل من هذين النمطين عند العمر 49 سنة وتنتهي هذه الخطوط قبل العمر 76 سنة، والشكل 26.6 يوضح ذلك.

5.6.6 اختبار الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على وجود فروق في متوسط العمر عند الوفاة بين مستويات الدخل المختلفة، ولاختبار هذه الفرضية استخدمنا تحليل البقاء على قيد الحياة (منحنيات كبلان ماير، واختبار لوج رانك) استخدمنا متغير العمر عند الوفاة كمعيار لوقت وقوع الحدث، ومتغير صافي الأجر الشهري من بيانات المتقاعدين الأجراء وغير الأجراء كعامل محدد لوقت البقاء، وبما أن سلسلة الأجور تغطي مدة تقدر بـــ 34 سنة من عام 1980 حتى 2014، هذا من شأنه يفرض إشكال آخر وهو تغير قيمة الأجر عبر السنوات.

ولتجنب هذا استخدمنا مفهوم الأجر الاسمي والأجر الحقيقي، بحيث قمنا بتعديل قيمة الأجر الاسمي (الوارد في البيانات)، بالأجر الحقيقي عن طريق قسمة الأجور الاسمية على معامل انكماش الناتج المحلي الإجمالي (GDP deflator) لكل سنة من سنوات السلسلة الزمنية.

بعدما تحصلنا على الأجر الحقيقي قمنا بتحديد ثلاث مستويات للدخل (منخفض، متوسط، مرتفع) بناءا على البيانات التي قمنا بإنشائها، والتي تمثل الأجر الحقيقي.

سنقوم باختبار كل عينة على حدى كمرحلة أولى المتقاعدين الأجراء، ومرحلة ثانية المتقاعدين غير الأجراء.

- **المرحلة الأولى: الفوارق في متوسط عند الوفاة تعزى الى مستويات الدخل للمتقاعدين الأجراء**

قمنا باستبعاد ذوي الحقوق غير المباشرة بحكم أنها لا تخدم سياق الدراسة، بالإضافة إلى استبعاد الوفيات أثناء النشاط بسبب تأثيرها على العمر المتوسط للوفاة، واستبعدنا كذلك الحالات التي سجلت القيمة صفر في متغير الأجر، حيث قمنا بتضمينها على أساس قيم مفقودة حتى يتسنى لبرنامج SPSS أخذها بعين الاعتبار، واستبعادها من التحليل.

الجدول رقم 40.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين الأجراء حسب مستوى الدخل

مستوى الدخل	التكرار	النسبة %	النسبة الفعلية %
مستوى دخل منخفض	9445	44.0	46.1
مستوى دخل متوسط	6545	30.4	31.9
مستوى دخل مرتفع	4498	20.9	22.0
القيم المفقودة	1074	5.0	–
المجموع	21562	100	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CNR) باستخدام برنامج SPSS			

الجدول رقم 41.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير مستوى الدخل للأجراء

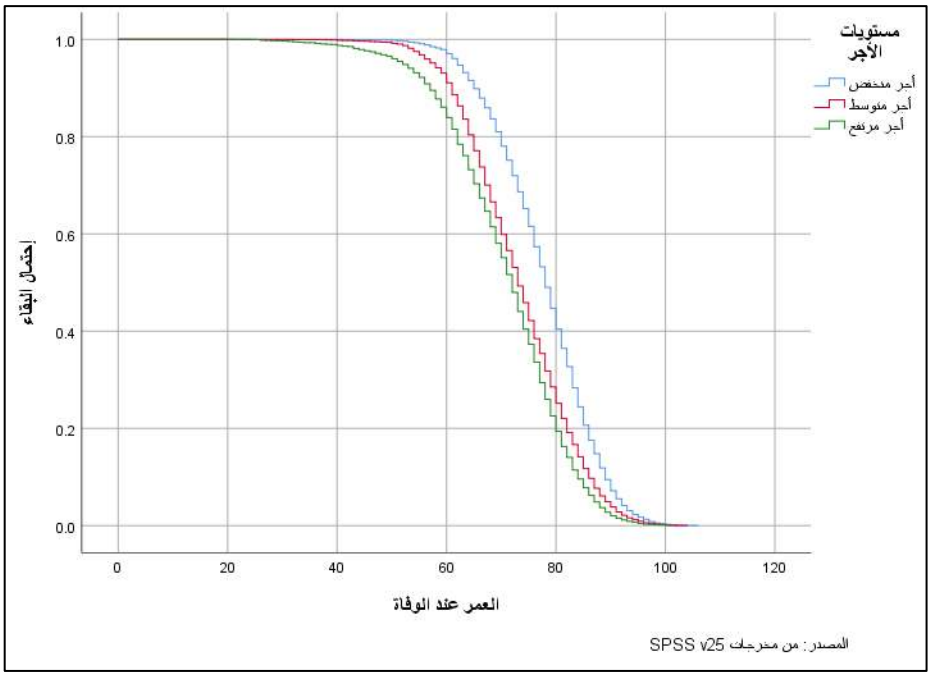
	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	1152.053	2	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية في مدة البقاء على قيد الحياة تعزى إلى مستوى الدخل بالنسبة للمتقاعدين الأجراء، قيمة كا^2 تساوي 1152.053 تدل على أن الفرق واضح بين مختلف مستويات الدخل، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أكثر وضوح بين المجموعات.

الجدول رقم 42.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل للمتقاعدين الأجراء

مستوى الدخل	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
أجر منخفض	77.79	0.09	77.61	77.98	78.00	0.12	77.76	78.24
أجر متوسط	73.37	0.12	73.13	73.61	73.00	0.17	72.66	73.34
أجر مرتفع	70.96	0.17	70.64	71.29	72.00	0.20	71.60	72.40
المجموع	74.88	0.07	74.74	75.02	76.00	0.09	75.82	76.19
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25								

من نتائج الجدول 42.6 تظهر تقديرات العمر المتوسط عند الوفاة أن فئة الدخل المنخفض تحصلوا على أعلى متوسط عمر بحوالي 77.79 سنة، تليهم شريحة الدخل المتوسط بـــ 73.37 سنة، وفي المرتبة الأخيرة أصحاب الدخل المرتفع بمتوسط عمر 70.96 سنة، كانت الفجوة الزمنية بين أعلى وأدنى متوسط عمر عند الوفاة بين مختلف الشرائح، حوالي 6.83 سنة.



الشكل رقم 27.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل للأجراء

من منحنى البقاء لكبلان ماير تظهر الفجوة في زمن البقاء على قيد الحياة بوضوح بين مختلف شرائح الدخل، يعتبر خط احتمال البقاء لشريحة الدخل المنخفض الأطول نسبيا، حيث يبدأ تسجل أولى الوفيات بعد عمر 54 سنة، بقية شرائح الدخل تسجل الوفيات في مراحل أبكر، مثل خط العمر لشريحة الدخل المرتفع بدأ تسجيل الوفيات في عمر قبل 40 سنة، إلا أن في نهاية المطاف كل خطوط العمر تمتد حتى تتجاوز حدود 100 سنة، أقل الخطوط طولا هو خط شريحة الدخل المرتفع، وسنرجع إلى هذا في تفسير النتائج.

- **المرحلة الثانية: الفوارق في متوسط عند الوفاة تعزى الى مستويات الدخل للمتقاعدين غير الأجراء**

ولاختبار هذه الفرضية بنسبة لملف المتقاعدين غير الأجراء، استبعدنا ذوي الحقوق المنقولة حتى لا يتأثر نموذج الاختبار.

الجدول رقم 43.6: الإحصاءات الوصفية لعينة الاختبار من المتقاعدين غير الأجراء حسب مستوى الدخل

مستوى الدخل	التكرار	النسبة %
أجر منخفض	661	27.5
أجر متوسط	1403	58.3
أجر مرتفع	343	14.3
المجموع	2407	100
المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على بيانات (CASNOS) باستخدام برنامج SPSS		

الجدول رقم 44.6: اختبار لوج رانك (Log-Rank) لمتغير مستوى الدخل لغير الأجراء

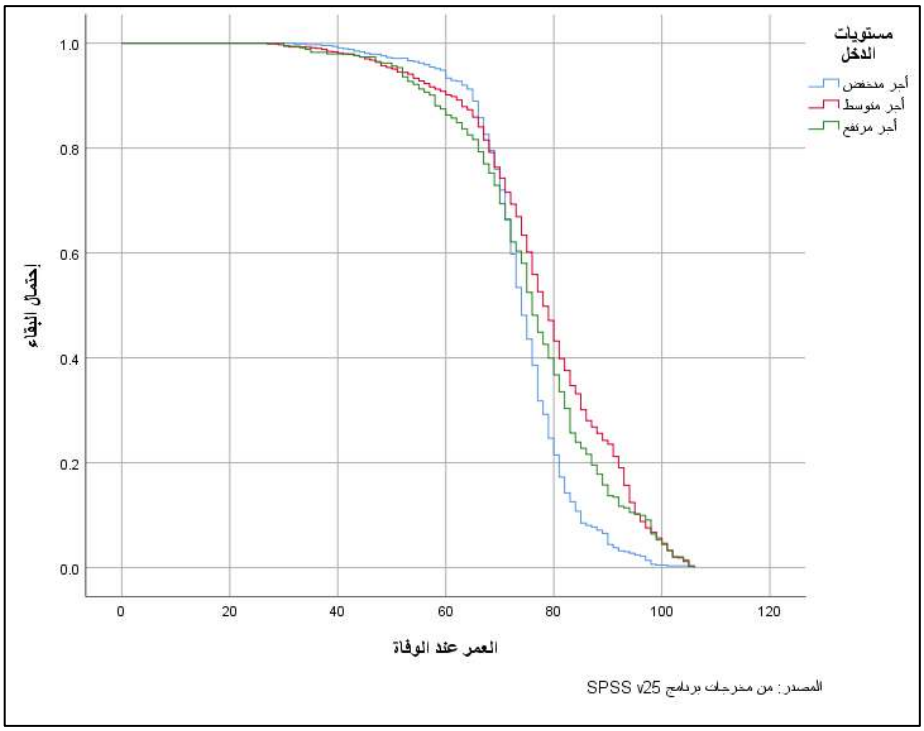
	كا^2	درجة الحرية	مستوى المعنوية (ά)	مستوى الدلالة
لوج رانك (Log-Rank)	120.256	2	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

يظهر من اختبار لوج رانك أن مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية، ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق معنوية في مدة البقاء على قيد الحياة تعزى إلى مستوى الدخل بالنسبة للمتقاعدين غير الأجراء، قيمة كا^2 تساوي 120.256 تدل على أن الفرق واضح بين مختلف مستويات الدخل، حيث كلما كانت قيمة كا^2 أكبر كان الفارق أكثر وضوح بين المجموعات.

الجدول رقم 45.6: المتوسط والوسيط لمدة البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل للمتقاعدين غير الأجراء

مستوى الدخل	المتوسط				الوسيط			
	التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %		التقدير	الخطأ المعياري	مجال الثقة 95 %	
			الحد الأدنى	الحد الأعلى			الحد الأدنى	الحد الأعلى
أجر منخفض	74.24	0.38	73.50	74.98	74.00	0.36	73.29	74.71
أجر متوسط	78.20	0.38	77.44	78.95	78.00	0.42	77.18	78.83
أجر مرتفع	75.92	0.77	74.41	77.44	76.00	0.62	74.79	77.21
المجموع	76.78	0.27	76.25	77.32	77.00	0.27	76.48	77.52
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25								

من نتائج الجدول 45.6 تبين تقديرات العمر المتوسط عند الوفاة أن فئة الدخل المتوسط كان لها أعلى متوسط عمر بحوالي 78.20 سنة، تليهم شريحة الدخل المرتفع بـــ 75.92 سنة، وفي المرتبة الأخيرة أصحاب الدخل المرتفع المنخفض بعمر متوسط قدره 74.24 سنة، كانت الفجوة الزمنية بين أعلى وأدنى متوسط عمر عند الوفاة بين مختلف الشرائح، حوالي 3.96 سنة، من المرجح أن يعيش أصحاب الدخل المنخفض بين العمرين 73.50–74.98 بنسبة ثقة 95%.



الشكل رقم 28.6: منحنى البقاء على قيد الحياة حسب مستوى الدخل لغير الأجراء

من منحنى البقاء لكبلان ماير تظهر الفجوة في زمن البقاء على قيد الحياة بوضوح بين مختلف شرائح الدخل خصتا في الأعمار المتقدمة، يعتبر خط العمر لشريحة الدخل المنخفض الأطول والأقل تسجيلا للوفيات في الأعمار الصغيرة، إلا أنه سرعان ما ينحدر أكثر من بقية خطوط العمر، بالنسبة لشريحة الدخل المتوسط يعتبر خط العمر الأطول نسبيا من بقية الخطوط، لكن في الأعمار المتقدمة يقترن مع خط العمر لشريحة الدخل المرتفع، أما خط العمر لشريحة الدخل المرتفع سجل وفيات أكثر في الأعمار التي تسبق 65 سنة، إلا أن في نهاية المطاف كل خطوط العمر تمتد حتى تتجاوز حدود 100 سنة.

6.6.6 اختبار كوكس للمخاطر النسبية (Régression de Cox) لمدى تأثير العوامل مجتمعة على البقاء على قيد الحياة للمتقاعدين الأجراء/ وغير الأجراء:

تطرقنا سابقا إلى تحليل المتغيرات المختلفة كل على حدى في التأثير على مدة البقاء على قيد الحياة، وهذا من خلال اختبار فرضيات الدراسة (2−5)، وتدعيما لما سبق سنقوم بمقارنة توزيع وقت البقاء على قيد الحياة على مختلف المتغيرات مشتركة، وهذ استنادا الى نموذج كوكس للمخاطر النسبية للبقاء على قيد الحياة، من أجل قياس قوة الارتباط بين المتغيرات المشتركة من خلال نسب الخطر المقدرة.

يندرج هذا النموذج ضمن تحليلات البقاء على قيد الحياة، يستخدم في قياس أو دراسة تأثير مختلف العوامل المتعددة مع تحديد نسبة الخطر المعنوي على مدة البقاء على قيد الحياة، بحيث يتم تضمين المتغيرات مشتركة، حيث يأخذ بعين الاعتبار المتغيرات التي تسجل مستوى معنوية (p) أقل من مستوى الدلالة (ά) 0.05، تم إجراء جميع التحليلات باستخدام برنامج SPSS v25.

- **تطبيق النموذج على بيانات المتقاعدين الأجراء (CNR):**

سنقوم بتضمين وقت البقاء والمتمثل في العمر عند الوفاة كمتغير مستقل، والمتغيرات المستقلة تتمثل فيما يلي: الجنس، الحالة الاجتماعية، قطاعات النشاط، أنواع التقاعد، مستوى الأجر.

الجدول رقم 46.6: اختبارات المعامل المركب للنموذج

كا2	درجة الحرية	مستوى المعنوية(ά)	مستوى الدلالة
5186.136	13	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25			

تظهر النتائج إلى تحقق الكفاية الإجمالية للنموذج الإحصائي، وتعني أن النموذج الزمني ملائم للبيانات محل الدراسة وصالح للاختبار، حيث جاء مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، درجة حرية 13 وقيمة كا^2 تعادل 5186.136، وبالتالي فهو دال إحصائيا، ويشير أيضا إلى تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

الجدول رقم 47.6: نموذج كوكس للمخاطر النسبية الذي يتنبأ بوقت البقاء للمتقاعدين الأجراء

المتغير	نسبة الخطر	مجال الثقة 95%		القيمة الاحتمالية
		الحد الأدنى	الحد الأعلى	
الجنس (الأنثى مقابل الذكر)	1.171	1.106	1.241	0.000
قطاعات النشاط الرئيسية				0.000
القطاع الفلاحي	0.936	0.834	1.05	0.258
القطاع الاقتصادي	1.055	0.942	1.182	0.352
القطاع العمومي	1.226	1.089	1.381	0.001
نظام التقاعد المسبق	28.77	22.542	36.718	0.000
أنواع التقاعد				0.000
معاش التقاعد العادي	0.178	0.164	0.192	0.000
منحة التقاعد العادي	0.215	0.195	0.238	0.000
التقاعد النسبي	1.865	1.684	2.066	0.000
مستوى الأجر				0.000
أجر منخفض	0.6	0.578	0.623	0.000
أجر متوسط	0.797	0.767	0.828	0.000
الحالة العائلية				0.000
متزوج	1.505	1.25	1.812	0.000
مطلق	1.424	1.109	1.829	0.006
أرمل	0.871	0.716	1.06	0.169
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

قام النموذج باستبعاد القيم التي تتسم بأقل أهمية من حيث التأثير على وقت البقاء على قيد الحياة للمتقاعدين الأجراء، جاءت نسب الخطر التي تصف العلاقة بين المتغيرات ووقت البقاء على قيد الحياة معنوية في أغلب المتغيرات، رغم وجود البعض منها لم يستوفي شرط المعنوية، كالقطاع الفلاحي= 0.258، القطاع الاقتصادي= 0.352، كانت قيم مستوى المعنوية أكبر من مستوى الدلالة، بالإضافة إلى الأرمل= 0.169 جاءت كذلك أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي ليس لها أهمية في التأثير على مدة البقاء على قيد الحياة وفق النموذج.

خطر الوفاة أعلى للمتقاعدين وفق نظام التقاعد المسبق بـــ 28.77 مرة مقارنة مع قطاعات النشاط الأخرى، يتعرض الذكور لخطر الوفاة بـــ 1.17 مرة أكثر من الإناث، وفيما يخص أنواع التقاعد جاء خطر الوفاة للمتقاعدين وفق التقاعد النسبي أعلى بـــ 1.8 مرة أكثر من الأنواع الأخرى للتقاعد، لم يرتبط بشكل كبير وقت البقاء على قيد الحياة بمستوى الأجر، أما بالنسبة للحالة العائلية فالمتزوجون معرضون لخطر الوفاة بـــ 1.5 مرة أكثر من غيرهم.

- **تطبيق النموذج على بيانات المتقاعدين غير الأجراء (CASNOS):**

سنقوم بإدراج وقت البقاء والمتمثل في العمر عند الوفاة كمتغير مستقل، والمتغيرات المستقلة تتمثل فيما يلي: الجنس، قطاعات النشاط، مستوى الأجر.

- **الجدول رقم 46.6: اختبارات المعامل المركب للنموذج**

كا2	درجة الحرية	مستوى المعنوية(ά)	مستوى الدلالة
216.033	4	0.05	0.000
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25			

تظهر النتائج إلى تحقق الكفاية الإجمالية للنموذج الإحصائي، وتعني أن النموذج الزمني ملائم للبيانات محل الدراسة وصالح للاختبار، حيث جاء مستوى الدلالة 0.000 أصغر من مستوى المعنوية 0.05، درجة حرية 4 وقيمة كا^2 تعادل 216.033، وبالتالي فهو دال إحصائيا، ويشير أيضا إلى تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

الجدول رقم 47.6: نموذج كوكس للمخاطر النسبية الذي يتنبأ بوقت البقاء للمتقاعدين غير الأجراء

المتغير	نسبة الخطر	مجال الثقة 95%		القيمة الاحتمالية
		الحد الأدنى	الحد الأعلى	
قطاع النشاط (التجارة مقابل الفلاحة)	0.614	0.562	0.671	0.000
الجنس (الأنثى مقابل الذكر)	1.026	0.773	1.361	0.859
مستويات الدخل				0.000
أجر متوسط	0.679	0.615	0.749	0.000
أجر مرتفع	0.801	0.700	0.918	0.001
المصدر: تم الحساب باستخدام برنامج SPSS.V25				

استبعد النموذج بعض القيم التي تتميز بأهمية أقل من حيث التأثير على وقت البقاء على قيد الحياة للتقاعدين غير الأجراء، جاءت نسب الخطر التي تصف العلاقة بين المتغيرات ووقت البقاء على قيد الحياة معنوية في أغلب المتغيرات، مع وجود متغير واحد لم يستوفي شرط المعنوية، الجنس= 0.859، كانت قيمة مستوى المعنوية أكبر من مستوى الدلالة، وبالتالي ليس للجنس أهمية في التأثير على مدة البقاء على قيد الحياة للمتقاعدين غير الأجراء بالرغم من أن نسبة الخطر كانت تعادل 1.02 مرة أعلى للذكور من الإناث وهذا وفق النموذج.

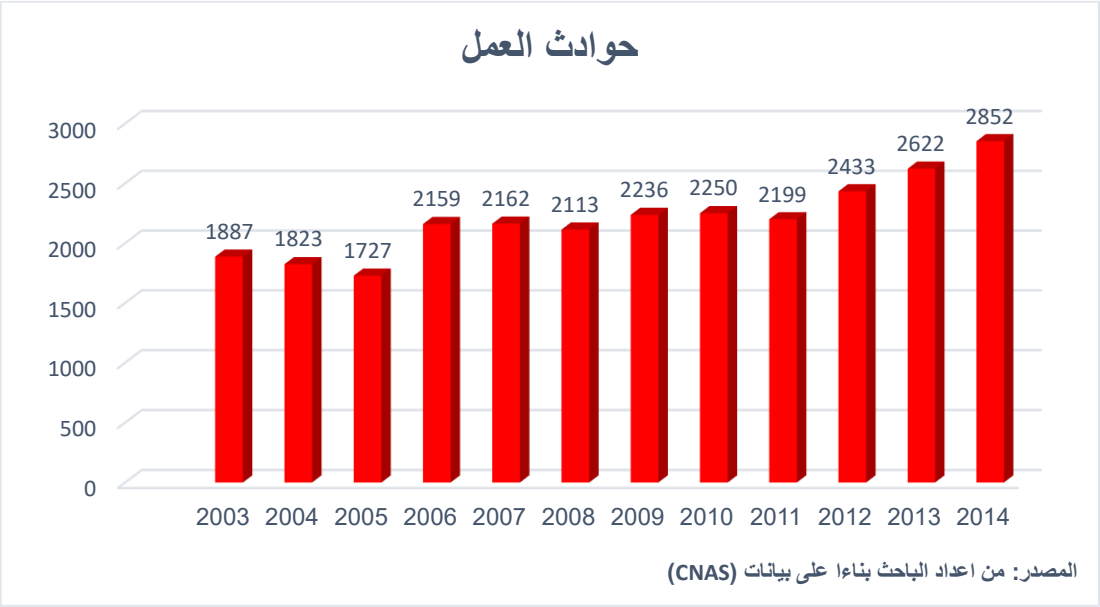
خطر الوفاة أعلى لذوي الدخل المرتفع بـــ 0.8 مرة من غيرهم، بالنسبة لقطاع النشاط فخطر الوفاة أعلى بالنسبة لقطاع الفلاحة بـــ 0.6 مرة عن قطاع التجارة.

7.6.6 اختبار الفرضية السادسة:

تنص هذه الفرضية على وجود تباين في الإصابة بالأمراض المهنية وحوادث العمل يرجع إلى مجموعة من العوامل على غرار النشاط الاقتصادي، الجنس، العمر، ومكان العمل.

ولتحقق من صحة هذه الفرضية سنقوم بالتحليل الوصفي للجداول التي تحصلنا عليها من مصلحة الوقاية، التابعة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء لفرع ولاية البليدة.

1.7.6.6 تطور حوادث العمل والأمراض المهنية خلال الفترة 2003-2014:



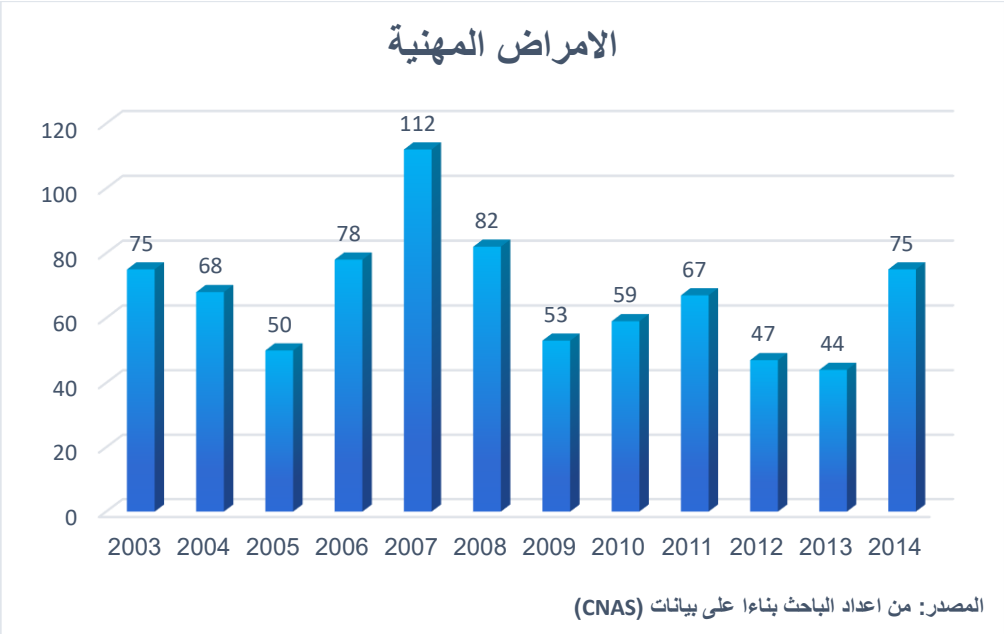
الشكل رقم 29.6: تطور أعداد الإصابة بحوادث العمل لمنتسبي (CNAS) فرع البليدة خلال الفترة 2003-2014

نلاحظ تقريبا تضاعف عدد الإصابات المهنية حيث قدر العدد عام 2003 بـــ 1887 إصابة، وانتقل إلى 2852 إصابة عام 2014، نحن نعلم أن تضاعف العدد الخام لا يعكس حقيقة تضاعف مستوى الإصابات، لأنه من المنطقي عند تضاعف حجم القوة العاملة، يصاحبها بالمقابل ارتفاع أعداد الإصابات، وأن المعدل هو الكفيل بتوضيح تطور الظاهرة، إلا أننا لم نوفق في الحصول على

أعداد المشتركين سنويا في صندوق التأمينات الاجتماعية لفرع البليدة، لاستخدامه كقاعدة لحساب المعدل، وعليه اكتفينا فقط بالعدد الخام، أنظر الشكل رقم 29.6.

خلال الفترة الممتدة من 2003 إلى غاية 2004 بلغ متوسط الإصابات المهنية التي لا تستوجب التوقف عن العمل حوالي 17.42 حالة في السنة، في المقابل بلغ متوسط الحالات التي تقتضي التوقف عن العمل حوالي 2167.50 حالة في السنة، في حين بلغ متوسط حوادث العمل المهنية التي نتج عنها وفيات حوالي 20.33 حالة في السنة، (بيانات غير معروضة ضمن العمل).

يعتمد نظام التأمينات الاجتماعية في تسجيل حوادث العمل على تصريح المؤمن له، أو تصريح رب العمل، وعليه في كثير من الحالات لا يتم تسجيل هذه الوقائع كحوادث عمل، إما جهلا من قبل العامل الأجير لحقوقه، أو عدم اطلاعه على أنواع الحوادث التي تندرج تحت مسمى حوادث العمل، أو تهربا من المسؤولية بالنسبة لأرباب العمل، بالإضافة إلى عدم إغفال أن جزء كبير من القوة العاملة تنشط بصفة غير قانونية (النشاط الاقتصادي غير الرسمي) وبالتالي لا تأخذ إصاباتهم بعين الاعتبار، بحكم أنهم غير مؤمنين اجتماعيا، وهذا يشكل قصور في البينات المتوفرة عن الظاهرة.



الشكل رقم 30.6: تطور أعداد الإصابات بالأمراض المهنية لمنتسبي (CNAS) فرع البليدة خلال الفترة 2003-2014

لم يختلف كثيرا عدد الأمراض المهنية المصرح بها في بداية الفترة أو نهايتها حيث قدر العدد بـــ 75 إصابة لكل من العام 2003 و2014، تتراجع في بعض الفترات وترتفع في فترات أخرى، حيث عرفت سنة 2007 أعلى عدد بحوالي 112 إصابة أنظر الشكل رقم 30.6.

بالنسبة للأمراض المهنية يطرح إشكال آخر، كيف يتم تشخيص المرض المهني، ومن هو المخول بتشخيص المرض المهني، مثل ما مر معنا في الفصل الرابع يتم تشخيص المرض المهني في الجزائر استنادا إلى التشريع الساري، فقد ضبط النص القانوني قائمة الأمراض المهنية وفق جداول أعدت مسبقا تعدادها 85 جدول، يتم تشخيص هذا من قبل مختص في طب العمل، حيث له القدرة على الربط بين الوظيفة وأعراض المرض المهني، إلا أن الواقع على العكس من هذا فكثيرا ما يشعر المؤمن له (بصفته نشيط أو متقاعد) بالاعتلال فيتوجه مباشرة، إما للمصالح الاستشفائية العامة القريبة له أو إلى الممارسين الطبين الخواص، وبالتالي لا يوجد بروتوكول يلزم المصالح التي تتولى تقديم العلاج، سؤال المريض عن خلفيته المهنية، فبمجرد تشخيص المرض يتم توجيه

المريض إلى تلقي العلاج، مع عدم البحث في أسباب المرض، إما جهلا أو تقصيرا، أو عدم القدرة على الربط بين المرض والخلفية المهنية بحكم أنها من غير اختصاص الطبيب المعالج.

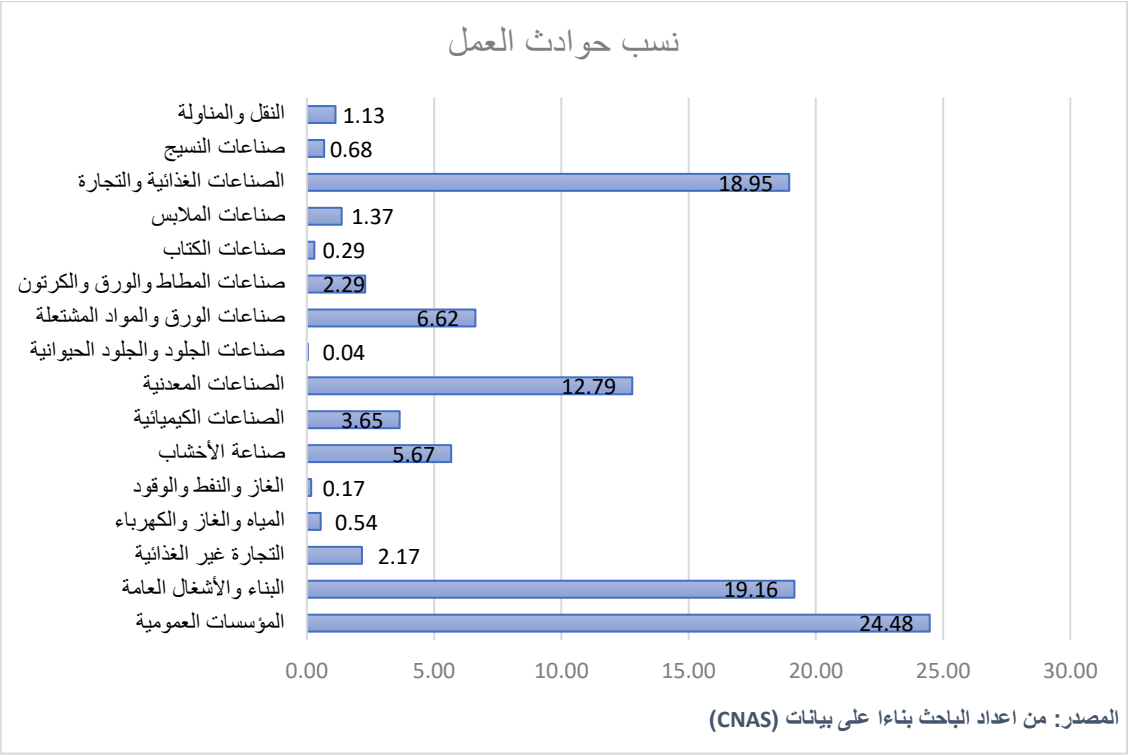
وكمقابلة أجريناها مع مدير المصلحة العامة للوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية، التابعة للمديرية العام للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، الطبيب جمال مطاري، قد أفاد بأنه منذ استقلال الجزائر تقريبا، لم يتم تسجيل حالات لأمراض مهنية على المستوى الوطني دفعة واحدة، إلا في أحد المرات في ولاية من الولايات الشرقية، قام طبيب مختص في طب العمل، وبحكم أنه لم يجد وظيفة في تخصصه، فتح عيادة خاصة للممارسة الطب العام، أين استقبل مريض وبعد المعاينة وطرح العديد من الأسئلة تتعلق بالخلفية الاجتماعية للمريض ووضعيته المهنية وغيرها، شخص حالته على أنها إصابة بمرض السرطان ذو منشأ مهني، بعدها قام بتوجيهه الى المصالح المختصة، والمريض بدوره قد نقل هذا بتوجيهات من الطبيب المختص الى جميع زملائه في العمل ممن يشكون نفس الأعراض، بعد كل هذا وفي نهاية المطاف تم تشخيص 50 حالة دفعة واحدة مصابة بمرض السرطان ذو أسباب تتعلق بظروف العمل التي عايشوها.

وعليه يمكن القول إن الأعداد التي يتم تسجيلها سنويا للأمراض المهنية، في كثير من الأحيان بعيدة عن الواقع، للأسباب التي ذكرناها سابقا.

2.7.6.6 نسب الإصابات بحوادث العمل والأمراض المهنية وفق قطاعات النشاط خلال الفترة 2003-2014:

يعتمد تقسيم قطاعات النشاط وفق الخدمات أو السلع المنتجة، بحيث كل مجال من المجالات يتضمن مجموعة من المخاطر (أنظر الفصل الرابع)، ولهذا نجد التقسيم يختلف عن صناديق الأخرى

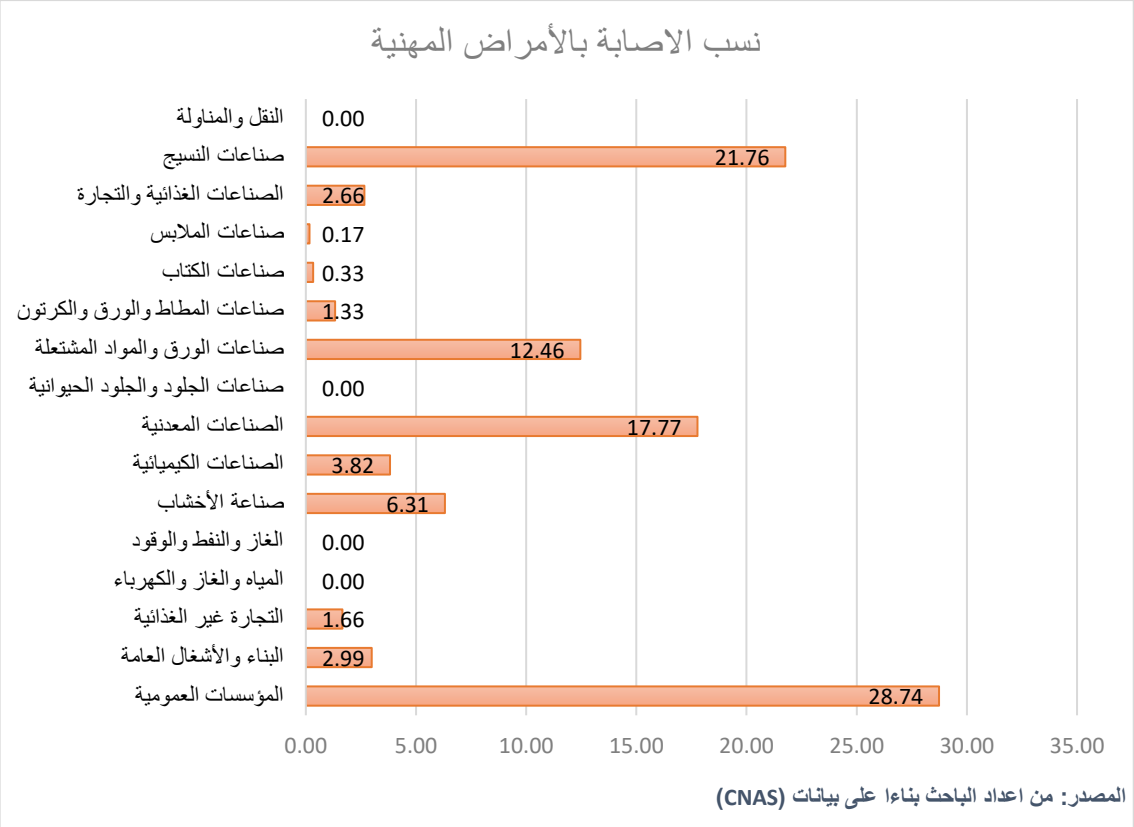
على غرار (CNR/CASNOS)، ويجب التنويه إلى أن العمال غير الأجراء، لا تشملهم البيانات المتعلقة بحوادث العمل والأمراض المهنية، وفقا للتنظيم الساري والمعمول به بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، فهذا يشكل غياب تام لأي شكل من أشكال الحماية لهذه الشريحة، وهذا بسبب وقوع مسؤولية الوقاية على عاتق صاحب العمل.



الشكل رقم 31.6: التوزيع النسبي لحوادث العمل على مختلف قطاعات النشاط خلال الفترة 2003-2014

من خلال توزيع نسب حوادث العمل على مختلف قطاعات النشاط، يظهر أن هناك قطاعات استحوذت على أعلى النسب وسندرجها بالترتيب، قطاع المؤسسات العمومية بلغت النسبة 24.48%، ثم يليه قطاع البناء والأشغال العمومية بنسبة 19.16%، ثم قطاع الصناعات الغذائية والتجارة بنسبة 18.95%، بالإضافة إلى قطاعات أخرى حصلت نسب حوادث عمل متوسطة على غرار، الصناعات المعدنية، صناعة الورق والمواد المشتعلة، صناعة الأخشاب، بقية القطاعات كانت النسب متفاوتة إلا أنها تبقى ضعيفة نسبيا مع غيرها من القطاعات السالفة الذكر، أنظر الشكل 31.6.

وكتوضيح فيما يخص قطاع المؤسسات العمومية، فهو يشمل عمال المستشفيات بجميع أصنافهم، عمال وموظفي الإدارات العمومية (البلديات والولايات)، المديريات والوكالات الناشطة في مجال التأمينات والبنوك وغيرها.

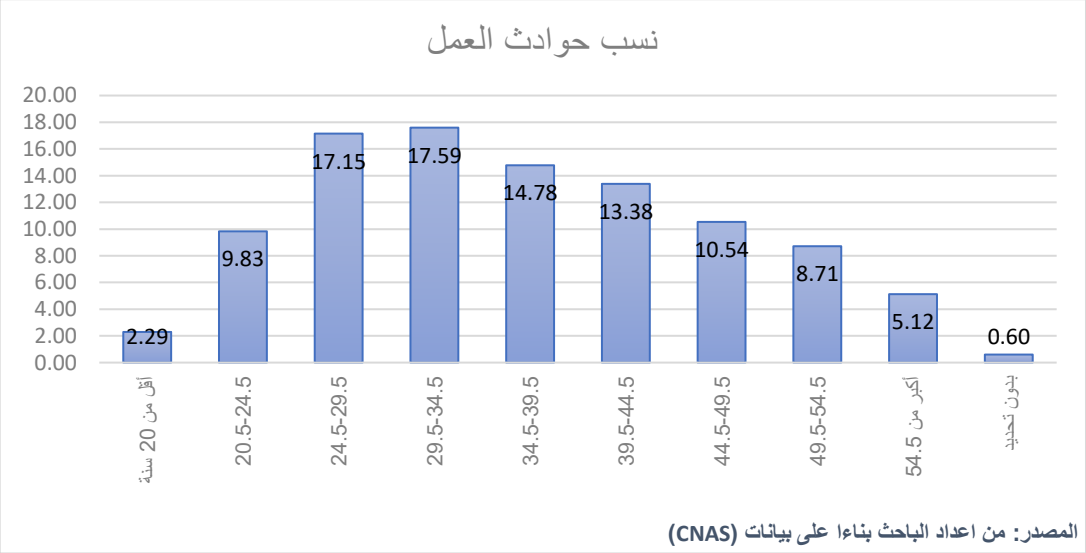


الشكل رقم 32.6: التوزيع النسبي للأمراض المهنية على مختلف قطاعات النشاط خلال الفترة 2006-2014

بالنسبة لتوزيع إصابات الأمراض المهنية على مختلف قطاعات النشاط الاقتصادي، جاءت النسب على النحو التالي، أعلى نسبة كانت تخص قطاع المؤسسات العمومية بحوالي 28.74%، يليها قطاع الصناعات النسيجية بـــ 21.76%، الصناعات المعدنية بنسبة 17.77%، تأتي بقية القطاعات حسب النسب الأقل شأنا بالترتيب التالي، صناعة الورق والمواد المشتعلة، صناعة الخشب، الصناعات الكيميائية، البناء والأشغال العامة، صناعة وتجارة المواد الغذائية، بقية القطاعات جاءت النسب ضعيفة نسبيا إذا ما قورنت بالقطاعات سالفة الذكر.

3.7.6.6 توزيع حوادث العمل والأمراض المهنية على الفئات العمرية 2003–2014:

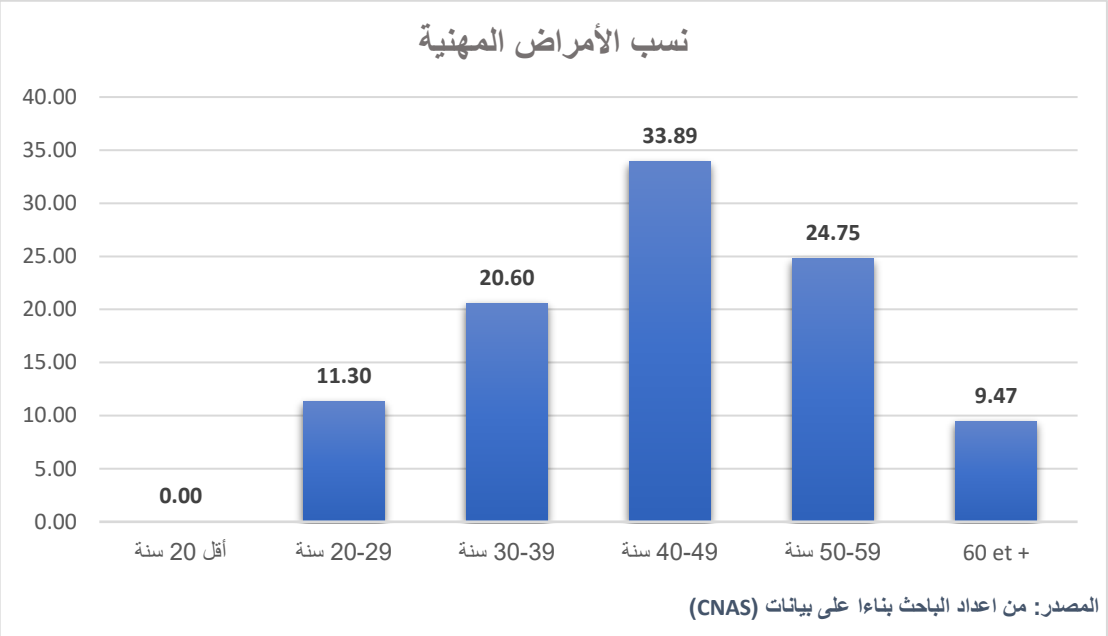
يظهر التوزيع النسبي لحوادث العمل وفق العمر، أن أعلى النسب كانت في الفئة العمرية (29.5–34.5 سنة)، ثم تليها الفئة العرية (24.5–29.5 سنة)، ومن الملاحظ كذلك تراجع نسب الإصابة بحوادث العمل في الفئات الدنيا والقصوى للعمر، ولعل ما يفسر هذا أن العامل في بداياته وبحكم افتقاره للخبرة يكون شديد الحرص في بيئة العمل، وهذا من شأنه يجنبه الإصابات، لكنه مع مرور بعض الوقت واكتسابه القليل من الخبرة، مما ينجم عنه بعض التهاون أو التهور في العمل، الذي بدوره يؤدي الى وقوع حوادث متكررة، لكن مع تراكم الخبرة من خلال التقدم في العر، تتراجع نسب حوادث العمل، لأن العامل يصبح أكثر نضجا وحرصا وأقل اندفاعا مما كان عليه، وهذا من شأنه يقلل من مخاطر الإصابة بحوادث العمل، أنظر الشكل 33.6.



الشكل رقم 33.6: التوزيع النسبي لحوادث العمل وفق العمر خلال الفترة 2003–2014

بالنسبة للتوزيع النسبي لحالات الإصابة بالأمراض المهنية، تبين النتائج ارتفاع حلات الأمراض المهنية في الفئتين العمريتين (40–49 سنة) و(50–59 سنة) بحيث جاءت النسب على التوالي كما يلي: 33.89% و24.75%، ولعل ما يفسر هذا هو تراكم العديد من ظروف العمل المختلفة، تقريبا بعد مدة عمل لا تقل عن 20 سنة بالنسبة للفئة العمرية 40–49 سنة إذا ما افترضنا

أن العامل بدأ حياته المهنية في عمر العشرينات، وكذلك لا يجب أن ننسى أن الأمراض المهنية لا تظهر أعراضها إلا بعد الوقت الطويل واللازم للتعرض للعوامل المسببة، حتى تبدأ الأعراض في الظهور، أنظر الشكل 34.6.

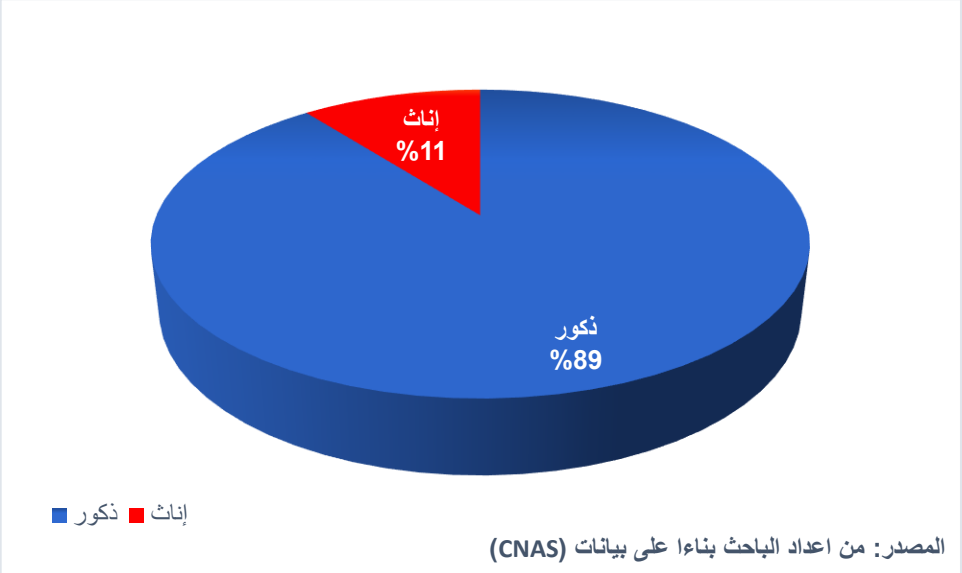


الشكل رقم 34.6: التوزيع النسبي للأمراض المهنية وفق العمر خلال الفترة 2006-2014

4.7.6.6 توزيع حوادث العمل والأمراض المهنية حسب الجنس خلال الفترة 2003-2014:

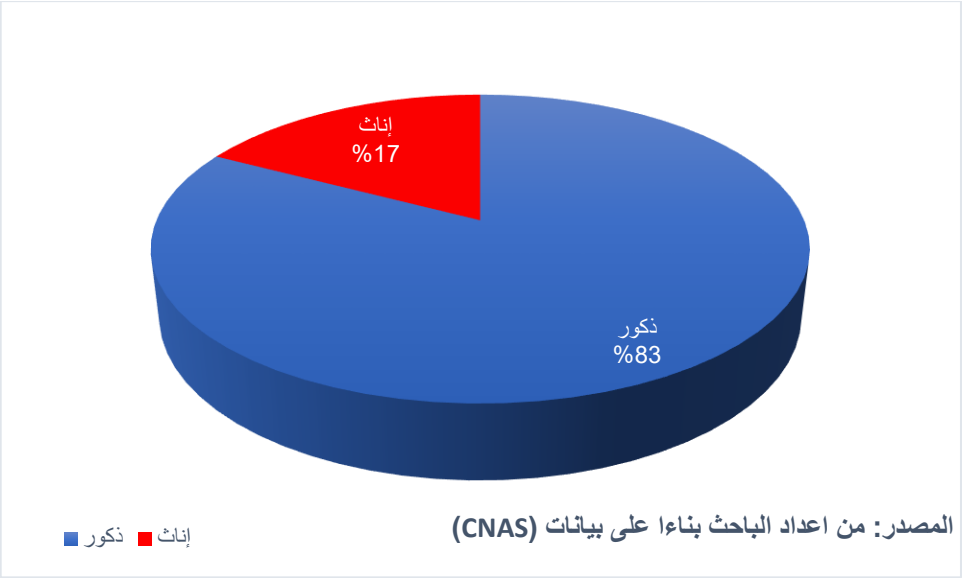
من التوزيع النسبي لحوادث العمل وفق الجنس، يظهر جليا ارتفاع النسب عند الذكور مقارنة مع الإناث، 89% للأولى و11% للأخيرة، قبل الخوض في أسباب التفاوت يجب ألا يغيب عن بالنا التوزيع والمشاركة غير المتكافئين في أسواق العمل بين الذكور والإناث وقد ذكرنا هذا سابقا في اختبار الفرضية الأولى، كما يمكن أن يعود هذا التباين إلى طبيعة المهن التي يشتغل فيها كل من الجنسين، حيث تختلف وظائف الرجال عن وظائف النساء، إلا أنه لوحظ في السنوات الأخيرة إقبال الإناث على مهن الذكور ولو نسبيا، ويمكن أن يفسر هذا التباين إلى طبيعة الأنثى النفسية

والفيزيولوجية، التي تزيدها في درجة الحرص، وبالتالي تعرضها لخطر إصابة أقل من الذكور، أنظر الشكل 35.6.



الشكل رقم 35.6: التوزيع النسبي للحوادث العمل وفق الجنس للفترة 2003-2014

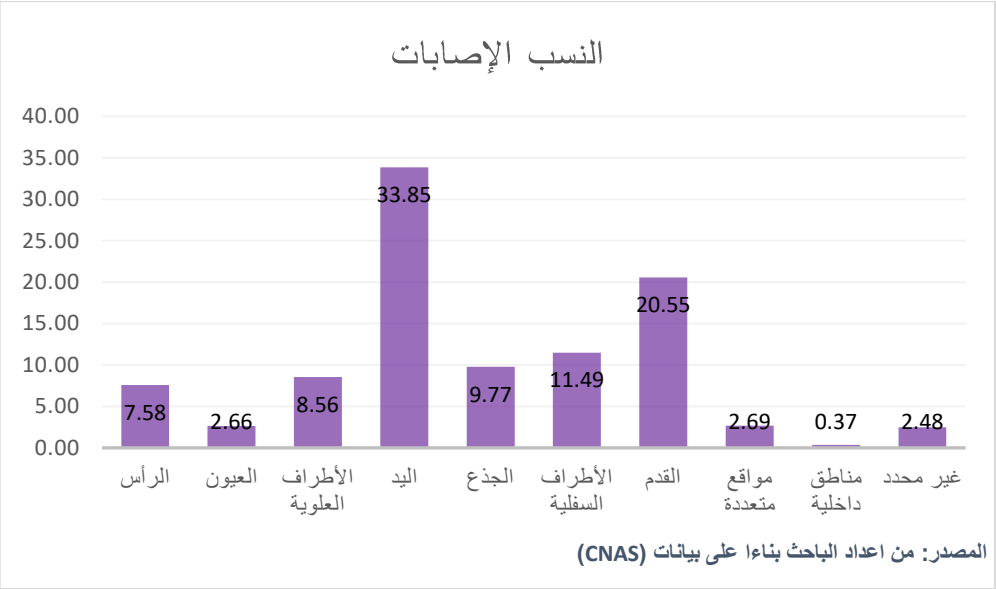
بالنسبة للأمراض المهنية، يظهر كذلك تفاوت بين الذكور والإناث من حيث حالات الإصابة، حيث بلغت النسبة بين الذكور 83% في حين بلغت النسبة بين الإناث بـــ 17%، في الغالب يتم الكشف عن الإصابات المهنية بين الذكور أكثر من الإناث على المستوى العالمي، معروف علميا أن المرأة لها قدرة أكبر على مقاومة الأمراض، بالإضافة إلى أن المهن التقليدية للمرأة تعتبر نسبيا أقل عرضة لمخاطر الإصابة بالأمراض المهنية، لكن للوقوف على الأسباب الحقيقية وراء هذا التباين في مستوى الإصابات بالأمراض المهنية، يجب القيام بدراسات أعمق، نظرا لوجود دراسات قليلة جدا قد بحثت في مدى التعرض لعوامل الخطر المهني بين الجنسين، أنظر الشكل رقم 36.6.



الشكل رقم 36.6: التوزيع النسبي لحالات الإصابة بالأمراض المهنية وفق الجنس للفترة 2006-2014

5.7.6.6 توزيع حوادث العمل حسب موقع الإصابة في الجسم والأمراض المهنية الأكثر شيوعا خلال الفترة 2003-2014:

على امتداد 11 سنة في إشارة إلى الفترة من 2003 إلى 2014 ومن مجموع 26463 حادث عمل، كانت الإصابة على مستوى يد الأكثر شيوعا بين مختلف الإصابات، حيث بلغت نسبة الإصابة 33.85% تليها في المرتبة الثانية القدم بنسبة 20.55%، ثم تأتي بقية الأجزاء الأخرى كالأطراف السفلية والعلوية والرأس وغيرها، توحي هذه النسب إلى أن ظروف العمل غير مناسبة، أو قصور في ضمان وصول العامل إلى معدات الحماية الشخصية التي تقيهم من خطر التعرض للحوادث، وخاصة إذا لاحظنا أن جل الإصابات كانت على مستوى اليد والقدم، بحيث لا يقتضي الأمر إمكانات ضخمة أو متطورة حتى تتم حماية هذه الأجزاء، والشكل رقم 37.6 يبين ذلك.



الشكل رقم 37.6: التوزيع النسبي لحوادث العمل وفق موقع الإصابة في الجسم خلال الفترة 2003-2014

يظهر من بيانات الجدول رقم 48.6 أن الأمراض المهنية الناتجة عن الضوضاء في مقدمة الأمراض المنتشرة بين منتسبي صندوق التأمينات الاجتماعية لوكالة البليدة خلال الفترة 2006 إلى 2014، حيث بلغت النسبة 62.07%، ويفسر ارتفاعها بسبب القائمة الطويلة من المهن التي لا تكاد تخلو من الضجيج، حيث نذكر منها العمل على المعادن، الطرق، الطحن، القطع، استخدام المطارق الهوائية واستخدام معدات البناء، التصنيع والتعبئة وغيرها، حيث ينجم عنها فقد جزئي أو كلي في السمع، جاء بعدها الأمراض التي يسببها الرصاص ومركباته بنسبة 10.54%، ومن بين أعراضه نجد متلازمة أمراض البطن، شلل عضلات اليد الصغيرة، التهاب الكلية، فقر الدم ومضاعفاته، ضغط الدم وغيرها، يليها الأمراض المهنية الناتجة عن التعرض للسيلينيوم ومشتقاته المعدنية بنسبة 7.66%، وتأتي بعدها بحة الصوت المهنية بنسبة 6.51% ، وتنتشر بشكل واضح بين المعلمين، من بين أعراضه خلل حاد في النطق المزمن، ولتوضيح أكثر يمكن الرجوع إلى جداول الأمراض المهنية، وقد قمنا بإدراج الرابط في الجدول.

الجدول رقم 48.6: التوزيع النسبي للأمراض المهنية الأكثر تكرارا خلال الفترة 2006-2014

أرقام الجداول	نسب تكرار الجداول	مدلول الجداول
الجدول رقم 01	10.54%	الأمراض التي يسببها الرصاص ومركباته
الجدول رقم 08	6.13%	الأمراض التي تسببها الأسمنت (ألومينوم – سيليكات الكالسيوم)
الجدول رقم 40	3.64%	لأمراض التي تسببها عصيات السل
الجدول رقم 42	62.07%	الأمراض المهنية الناتجة عن الضوضاء
الجدول رقم 45	0.96%	التهاب الكبد الفيروسي المهني
الجدول رقم 62	1.34%	الأمراض المهنية التي تسببها الإنزيمات المحللة للبروتين.
الجدول رقم 74	7.66%	الأمراض المهنية الناتجة عن التعرض للسيلينيوم ومشتقاته المعدنية.
الجدول رقم 75	1.15%	الأمراض المعدية التي يصاب بها العاملون الصحيون
الجدول رقم 85	6.51%	بحة الصوت المهنية
المجموع	100.00%	

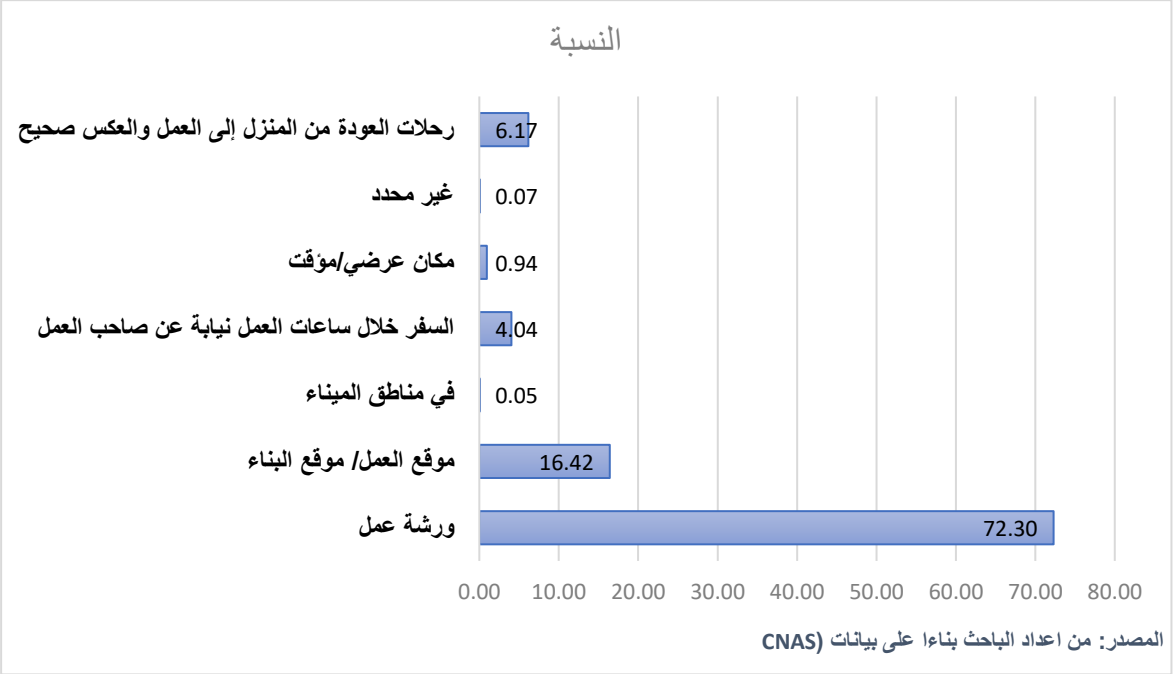
المصدر: من إعداد الباحث بناءا على بيانات (CNAS)

للإطلاع أكثر على جداول الأمراض المهنية يمكن مسح الرمز: https://tinyurl.com/3b6vd7yy

6.7.6.6 توزيع حوادث العمل حسب مكان وقوع الحادث خلال الفترة 2003-2014:

إذا ما نظرنا إلى حوادث العمل من حيث أماكن وقوعها، نجد وفق البيانات التي تغطي الفترة من 2003 إلى غاية 2014، أن ورشة العمل هي أكثر الأماكن وقوعا للحوادث بنسبة بلغت 72.30%، حيث تعتبر ورشة العمل بيئة خطرة لما تحتويه من معدات وأدوات، من شأنها تشكيل خطورة على العاملين ولهذا جاءت النسب عالية، يليها موقع البناء/ العمل بنسبة تقدر بـــ 16.42%، موقع البناء بدوره يحتمل مخاطر مثل السقوط، ووقوع الأجسام وغيرها، وقد أخذ التنقل عبر الطريق سواءا في إطار القيام بالعمل أو الذهاب للعمل والقدوم منه نصيبه من نسبة الحوادث، حيث بلغت 10.20%، ونحن نعلم أن حوادث السيارات تعتبر من بين أهم الأسباب المؤدية للوفاة في الجزائر، فقد فاقت في كثير من الأحيان وفيات الأمراض والأوبئة، ويمكن أن نستخلص من هذه البيانات ضعف نسب الأمان المهني في أماكن العمل المذكورة، أنظر الشكل 37.6.

من خلال البيانات التي تحصلنا عليها من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (غير معروضة)، والتي تتعلق بوقت وقوع الحوادث، وجدنا أن ذروة القوع كانت في الساعة ما بين 10:00–11:00، بالنسبة للفترة الصباحية، وما بين الساعة 15:00–16:00 للفترة المسائية، حيث تشكل ساعات الصباح ذروة النشاط ولهذا ترتفع نسب الحوادث، أما الفترة المسائية فهي فترة التعب وتراجع القدرات الجسدية وهذا من شأنه يقلل تركيز العامل، فيؤدي إلى وقوع الحوادث.



الشكل رقم 38.6: التوزيع النسبي لأماكن وقوع حادث العمل خلال الفترة 2003–2014

7.6 نتائج الدراسة:

قبل أن نتطرق إلى مناقشة الفرضيات وتفسير واستخلاص النتائج، وجدنا أنه من الأحسن أن نعطي حوصلة عن نتائج الدراسة النظرية لموضوع البحث، ننطلق بداية من المؤشرات الديموغرافية للجزائر خلال فترة الدراسة، حيث عرفت هذه الأخيرة تحسن في بعضها وتراجع في البعض الآخر انطلاقا من عام 1980 وحتى العام 2014، ونذكر منها تضاعف عدد السكان في الجزائر حيث قدرة نسبة النمو بـــ 77.17%، بالرغم من تراجع معدلات النمو السكاني خلال فترات وخاصة فترة التحولات الاقتصادية والسياسية التي عرفتها الجزائر، مع ارتفاعه في نهاية الفترة، تراجع معدلات الخصوبة، إلا أنه قد تم تسجيل مليون ولادة في العام 2014، بينت الدراسة النظرية أن المجتمع الجزائري لا يزال فتي إلى غاية 2014، مع تسجيل ارتفاع نسبي في أعداد المسنين.

بينت الدراسة النظرية أن اتجاهات الوفاة بمختلف أنواعها في الجزائر عرفت منحى تنازلي خلال فترة الدراسة، حيث تراجع معدل الوفيات الخام بـــ 64.6% مع تسجيل التراجع بوتيرة أسرع في فئات العمر الدنيا والقصوى، عرفت فترة الدراسة تحسن في متوسط العمر المتوقع بـــ 19.8 سنة، 78.4 سنة للإناث و77.1 سنة للذكور، واكتسب كبار السن فوق 60 عام حوالي 6 سنوات في متوسط العمر المتوقع.

كتقييم للواقع الصحي في الجزائر من خلال الدراسة النظرية، فقد تراجعت تغطية أَسرةْ المستشفيات إلى حدود 1.63 سرير لكل 1000 نسمة في العام 2014، في المقابل ارتفعت تغطية الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة إلى 1.76 طبيب لكل 1000 نسمة في نفس السنة، فيما يتعلق بالجوانب المادية، والتحديات المتعلقة بالجودة والتمويل لم تصل بعد إلى المستوى المطلوب، إلى غاية عام 2014 شكل الإنفاق الحكومي على الصحة 4.71%، من الناتج المحلي الإجمالي،

وفيما يخص الوضعية الوبائية، فقد تراجعت الأمراض السارية كمسببات للوفاة لتحل محلها الأمراض غير السارية، نذكر منها الأكثر شيوعا في الجزائر أمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض السكري، وأمراض الجهاز التنفسي وأنواع معينة من السرطان.

بينت الدراسة النظرية أن الواقع الاجتماعي والاقتصادي للجزائر خلال فترة الدراسة اتسم بجملة من التغيرات، حيث تم تنفيذ مجموعة من الإصلاحات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، في سياق اقتصادي واجتماعي صعب، ولعل أهم معالم المرحلة نذكر أحداث أكتوبر 1988، فترة العشرية السوداء، برامج التعديل الهيكلي في منتصف التسعينيات، وفي الأخير انفراج الأزمة السياسية والاقتصادية بعد عام 2000.

1.7.6 مناقشة الفرضيات وتفسير النتائج:

1. مناقشة الفرضية الأولى:

تمثلت الفرضية الأولى في وجود اختلافات في اتجاهات الوفاة حسب الفترات خلال السنوات المدروسة من 1980 إلى 2014، ترجع إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها المرحلة، بعد تحليل بيانات كل من الصندوق الوطني للتقاعد و صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء لفرع البليدة، حيث بينت النتائج وجود اختلافات في اتجاهات الوفاة، قد ترجع إلى تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها المرحلة، حيث ارتفعت معدلات الوفاة في نهاية الثمانينات وبداية التسعينيات تزامنا مع الأحداث السياسية والاجتماعية التي عرفتها المرحلة، مع تراجع متوسط العمر عند الوفاة لذات الفترة، وسجلت معدلات الوفاة ذروتها بين المتقاعدين الأجراء في أعقاب التحولات الاقتصادية التي عرفتها الجزائر في منتصف التسعينات، مشاكل المديونية،

التعديل الهيكلي، تسريح العمال، البطالة وغيرها من العوامل الاقتصادية مجتمعتا، التي تكون قد ساهمت في ارتفاع معدلات الوفيات وتراجع متوسط العمر للمتقاعدين الأجراء.

ومن بين الأدلة التي وقفنا عليها هي تدني متوسط العمر لبعض أنماط التقاعد التي كانت من مخلفات فترة إعادة الهيكلة على غرار التقاعد المسبق، التقاعد النسبي والتقاعد دون شرط السن، فقد ظهر جليا ضعف متوسط العمر عند الوفاة للأنماط الثلاثة، مع تسجيل أضعف متوسط عمر بالنسبة للتقاعد المسبق في حدود 57.52 سنة.

كما بينت النتائج أنه من الممكن قد تكون السياسات المنتهجة خلال مرحلة الدراسة سببا في التأثير على متوسط العمر للمتقاعدين الأجراء، حيث قمنا برصد التغير الحاصل في متوسط العمر حسب قطاعات النشاط، ظهر جليا ضعف متوسط العمر عند الوفاة للمنتسبين لقطاع الفلاحة، ربما بسبب التهميش الممنهج في نهاية السبعينات وبداية الثمانينات للقطاع.

بالنسبة للمتقاعدين غير الأجراء لم نرصد تباين واضح فيما يخص التطور التاريخي لمعدلات الوفيات أو حتى متوسط العمر، بسبب ضعف البيانات، إلا أننا وقفنا على تباين واضح فيما يخص التطور التاريخي لمتوسط العر حسب قطاعات النشاط، وهذا من شأنه يدعم الطرح السابق.

وقد بينت نتائج تحليل الوفيات للهالكين أثناء النشاط، ارتفاعا في معدلات الوفيات مع تراجع متوسط العمر عند الوفاة، تزامنا مع الأحداث السياسية التي عرفتها العشرية السوداء.

وكخلاصة يمكن القول إن الأحداث التي عرفتها تلك المرحلة، أثرها لم يقتصر على وفيات المتقاعدين حصرا، فقد كان أثرها واضح على معدلات الوفيات وحتى متوسط العمر في الجزائر بصفة عامة، كما بيناه في الدراسة النظرية، إلا أن التبيان وفق أنظمة التقاعد ووفق قطاعات

النشاط، يظهر تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية خلال الفترة 1980–2014 على منتسبي صناديق الضمان الاجتماعي فرع البليدة.

توافقت دراستنا مع دراسة سعاد مهماني 2009، التي خلصت إلى دور برنامج التعديل الهيكلي في تغيير اتجاهات بعض المؤشرات الديموغرافية، وقد وقفنا على دراسة أخرى أجنبية للباحث طارق بن مارهنيا وآخرون، تناولت "تأثير الأزمة الاقتصادية على صحة كبار السن في إسبانيا، أدلة بحثية تستند إلى تحليل الوفيات" سنة 2014، خلصت نتائج البحث إلى وجود آثار كبيرة للأزمة الاقتصادية على وفيات كبار السن، تتقاطع هذه الدراسة جزئيا مع النتائج التي ذكرنا في دراستنا فيما يخص تأثير الأوضاع الاقتصادية، وجاءت دراسة تارا بيكر وآخرون تحت عنوان "معدلات وفيات عالية بين البالغين في سن العمل، العلاقة بين العوامل الاقتصادية والوفيات" سنة 2021، مخالفة لما توصلنا له حيث تنص على أن الأدلة المتعلقة بتأثير التغيير في الظروف الاقتصادية على الوفيات أقل حسما، فهم يرون بأن العلاقة بين الظروف الاقتصادية والوفيات أكثر تعقيدا.

2. مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى العوامل الاجتماعية، وظفنا كل من متغير الجنس ومتغير الحالة العائلية كعوامل اجتماعية، استخدمنا تحليل البقاء على قيد الحياة كابلان ماير، وخلصت النتائج إلى ما يلي:

نتائج الاختبار تؤكد وجود فروق معنوية في متوسط العمر عند الوفاة بين الجنسين فيما يخص المتقاعدين الأجراء، 74.43 عام للذكور و77.51 عام للإناث، بفجوة زمنية تقدر بـــ 3.08، أما

فيما يخص المتقاعدين غير الأجراء، أظهرت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين الجنس فيما يخص متوسط العمر، بالرغم من أن الفجوة الزمنية بين الجنسين كانت في حدود 1.24 سنة، 78 عام للإناث و76.76 عام للذكور.

قد ترجع عدم معنوية الاختبار بالنسبة لغير الأجراء، بسبب التفاوت الحاصل في التمثيل النسبي لكل من الذكور والإناث بالنسبة لحجم العينة، يمكن القول على العموم أن النتائج لم تخرج عن المألوف، فميل النساء للعيش أكثر من الرجال سمة غالبة فتاريخيا عاشت النساء أطول من الرجال في كل بلدان العالم تقريبا، وقد بينا هذا في الدراسة النظرية حيث تتفوق الإناث على الذكور في احتمال البقاء على قيد الحياة في الجزائر خلال فترة الدراسة، وقد يرجع هذا إلى ظروف العمل وطبيعته تختلف بين الجنسين، كما قد يفسر هذا بالسلوك ونمط الحياة لكل من الجنسين، بالإضافة إلى هذا أثبتت الدراسات أن الأنثى تعيش أكثر لكن في المقابل لديهن معدلات إجمالية أعلى من الأمراض الجسدية مقارنة بالرجال، دراسة تحت عنوان "لماذا تعيش المرأة أطول من الرجل: الفروق بين الجنسين في طول العمر"، 2006، ستيفن أوستاد.

من الملفت للانتباه في النتائج المحصل عليها، هو التفاوت في متوسط العمر عند الوفاة بين المتقاعدين الأجراء وغير الأجراء، 74.62 عام للأولى و 76.78 عام للثانية، بفجوة زمنية قدرها 2.16 سنة، قد يرجع هذا التباين إلى وجود فوارق في الظروف المعيشية بين الأجراء وغير الأجراء لصالح الأخير، بالإضافة إلى تفسير محتمل آخر يتمثل في أن المتقاعدين الأجراء بعد التقاعد يركنون إلى الفراغ على عكس نظرائهم، فإن المتقاعد غير الأجير يحافظ على ممارسة نشاطه في الأغلب حتى بعد حصوله على التقاعد، فالقوانين لا تمنع ذلك، فالمحافظة على النشاط سبب في طول العمر كما بينت العديد من الدراسات، نذكر مثلا دراسة عن "العلاقة بين سن التقاعد مع

الوفيات، دراسة طويلة قائمة على السكان من كبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية"، من إنجاز تشن كاي وو وآخرون عام 2016، خلصت نتائجها إلى أنه قد يكون للتقاعد المبكر عامل خطر للوفاة، وقد توفر حياة العمل الطويلة فوائد البقاء على قيد الحياة بين البالغين في الولايات المتحدة.

بينت نتائج تحليل البقاء على قيد الحياة لمتغير الحالة العائلية وجود فوارق معنوية بين مختلف المجموعات بالنسبة للمتقاعدين الأجراء، حيث سجلنا أعلى متوسط عمر للمترملين بـــ 81.09 سنة، بعدها العازبين بـــ 77.25 سنة، ثم كل من المطلقين والمتزوجين بـــ 74 سنة، على الأغلب المترملين فقدو شركائهم في أعمار متقدمة، فمن المنطقي أنهم كلما تقدموا في العمر كلما كان خطر الترمل أكبر، النتائج الأخرى لم تتوافق كلها مع الدراسات السابقة، فيما يخص تدني الأعمار المتوسطة للمتزوجين جاءت مخالفة، فالبحوث أثبتت أن الارتباط يقي من الوفاة خاصة بين الرجال، أما تدني متوسط العمر للمطلقين فقد توافق مع الدراسات السابقة، فقد أثبتت وجود ارتفاع مخاطر الوفاة بين المطلقين، وقد بينت الدراسة التي أجراها جيمس روباردز وآخرون تحت عنوان "الحالة الاجتماعية والصحة والوفيات" عام 2012، كشفت عن أن الأفراد غير المتزوجين عموما يبلغون عن ضعف صحتهم، ولديهم مخاطر وفاة أعلى من نظرائهم المتزوجين، كما لا يجب إغفال أن أعداد المتزوجين في العينة يفوق بكثير الأعداد في المجموعات الأخرى، وقد يكون لهذا أثر في النتائج المحصلة.

3. مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أصناف النشاط الاقتصادي، تؤكد النتائج المحصل عليها وجود فروق بين مختلف أصناف النشاط الرئيسية للمتقاعدين الأجراء لفرع البليدة، أعلى متوسط عمر كان للقطاع الفلاحي بحوالي 75.74 سنة، ثم

يليه القطاع الاقتصادي 74.64 سنة ثم القطاع العمومي بـــ 72.65 سنة، جاءت النتائج مخالفة جزئيا للتوقعات وللدراسات السابقة، فقد صنفت المهن الزراعية من بين الأكثر خطورة وفق بعض الدراسات، نذكر منها الدراسة التي تناولت "الوفيات والمراضة في الزراعة في الولايات المتحدة"، للباحثين راتياينن و رينولدز عام 2002، حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن معدل الوفيات ظل مرتفعا في الزراعة خلال التسعينيات، لا يمكن الجزم بهذا فالزراعة في الولايات المتحدة يغلب على ممارستها المهاجرين والعمال الموسمين وهذا من شأنه يعطى تفسير آخر للظاهرة، على غرار النشاط الفلاحي في الجزائر فهو أقل تعقيد من غيره، قد تكون هناك عوامل أخرى تحتاج إلى جهود أكبر للكشف عنها.

أما فيما يخص متوسط العمر المتدني للقطاع العمومي، فالوظائف في القطاع العام بصفة عام تتسم بالرتابة، الضغط، قلة الحركة وما قد يترتب عنها من مشاكل صحية حيث بينت النتائج المحصل عليها من تحليل حوادث العمل والأمراض المهنية، ارتفاعها في هذا القطاع وهذا من شأنه يدعم ما توصلنا له من نتائج، بالإضافة إلى عوامل أخرى كالمستوى المعيشي ممثلا في الأجر المتواضع كل هذا من شأنه قد يكون سببا في ضعف متوسط العمر عن بقية القطاعات، بالإضافة إلى ما عرفه القطاع العام سنوات الأزمة التي مرت بها الجزائر من تسريح وفصل للعمال وغلق للمؤسسات العمومية، وقد بينا هذا سابقا، ربما يكون لهذا الأثر البالغ على متوسط العر عند الوفاة.

بينت نتائج تحليل البقاء على قيد الحياة لبيانات المتقاعدين غير الأجراء وجود فوراق بين قطاعات النشاط، حيث سجل قطاع التجارة أعلى متوسط 79.48 سنة، وسجل قطاع الفلاحة 72.07 سنة، جاءت النتائج موافقة للدراسات السابقة التي تطرقنا لها فيما يخص مخاطر النشاط الزراعي، وما يفسر ارتفاع متوسط العمر بالنسبة لقطاع التجارة، فهذا الأخير يضم مهن مرموقة على غرار

الأطباء والمحامون والمهندسون، بالإضافة إلى التجار وأصحاب الأعمال الحرة، وربما قد يعود السبب إلى تفاوت المستوى المعيشي بين القطاعين، بالإضافة الى ظروف العمل الشاقة في قطاع الفلاحة.

4. مناقشة الفرضية الرابعة:

نصت هذه الفرضية على وجود تباين في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى أنماط التقاعد المختلفة، وتشير نتائج تحليل البقاء على قيد الحياة إلى وجود فروق معنوية تعزى إلى أنماط التقاعد، حيث سجل نمط التقاعد العادي متوسط عمر أكبر مقارنة مع نمط التقاعد المبكر، الأولى في حدود 76 سنة والثانية في حدود 62 سنة، بفجوة عمرية حوالي 15 سنة، جاءت النتائج موافقة لأغلب الدراسات السابقة التي تنص على أن التقاعد المبكر من شأنه يقلل من احتمال البقاء على قيد الحياة، نذكر منها دراسة وجان فيليب وويلريش سنة 2010 تحت عنوان "جاذبية قاتلة؟ الوصول إلى التقاعد المبكر والوفاة"، وتشير الدراسة إلى ارتباط التقاعد المبكر بأمراض القلب والأوعية الدموية، مما يشير إلى أن التغييرات في السلوك المرتبطة بالصحة تفسر زيادة معدل الوفيات بين الذكور المتقاعدين في وقت مبكر.

بالإضافة إلى هذا يمكن أن نقول أن معاش التقاعد المبكر أقل شأنا من معاش التقاعد العادي، بحكم أن المتقاعد في سن أبكر له سنوات اشتراك أقل وفي المقابل معاش أقل، وهذا من شأنه قد يفسر التفاوت الحاصل بين أنماط التقاعد المختلفة.

كما يمكن أن نظيف إلى هذا أن أنماط التقاعد المبكر جاءت في ظروف اجتماعية واقتصاديه صعبة، حيث تعتبر من مخلفات مرحلة التعديل الهيكلي، وهذا من شأنه قد يكون سبب آخر محتمل لضعف متوسطات العمر عند الوفاة لهذه الشرائح من المتقاعدين الأجراء.

5. مناقشة الفرضية الخامسة:

نصت هذه الفرضية على وجود فروق في متوسط العمر عند الوفاة يعزى إلى تباين مستويات الدخل بين المتقاعدين، وخلصت النتائج اختبارات البقاء على قيد الحياة، إلى وجود فروق معنوية بين مختلف المجموعات، بالنسبة للمتقاعدين الأجراء جاءت النتائج على النحو التالي، متوسط العمر الأعلى كان لفئة الدخل المنخفض في حدود 77 سنة، و 70 سنة لذوي الدخل المرتفع، نتائج غير موافقة لما ذكرناه في الجانب النظري للدراسة من أن المستوى المعيشي يؤثر على احتمال البقاء على قيد الحياة أي كلما ارتفع الدخل كلما قل خطر الوفاة، بالإضافة إلى دراسة قام بها دي كاتلر وآخرون تحت عنوان "العلاقة بين الدخل ومتوسط العمر المتوقع في الولايات المتحدة 2001-2014" نشرت الدراسة عام 2016، وقد خلصت هذه الدراسة إلى ارتباط الدخل المرتفع بزيادة طول العمر، مع اختلاف الارتباط عبر المناطق الجغرافية المختلفة، يرتبط الاختلاف كذلك بالسلوكيات الصحية وخصائص المنطقة. وهذا عكس ما توصلنا إليه في النتائج المحصل عليها، يمكن تفسير هذه النتائج بسبب ضعف البيانات فقد قمنا باستبعاد العديد من الحالات لم يتم تضمين الأجر الشهري فيها، ممكن أن يكون هذا سببا في النتائج التي خالفت التوقعات، أو توجد عوامل أخرى لم نهتدي إليها.

بالنسبة للمتقاعدين غير الأجراء بينت النتائج أن متوسط العمر مرتفع لفئة الدخل المتوسط بحوالي 78 سنة، تليها فئة الدخل المرتفع بـــ 75 سنة، ثم الدخل المنخفض بـــ 74 سنة، تظهر

النتائج موافقة جزئيا للدراسات السابقة، إلا أنه لا يمكن أن نعتد بها، فمعاش التقاعد لغير الأجراء لا يعكس بالضرورة المستوى المعيشي، ويرجع هذا إلى أن معاش التقاعد لغير الأجراء يعتمد على تصريح المؤمن له في تحديد حجم الدخل والاقتطاعات الملزم بدفعها، وعلى هذا الأساس يحسب المعاش، وهذا من شأنه يعطي بيانات مغلوطة عن المستوى المعيشي لغير الأجراء.

6. مناقشة تحليل كوكس للمخاطر النسبية للعوامل مشتركة:

وكتقييم لتأثير العوامل التي تبنيناها في الفرضيات السابقة مشتركة، جاءت نتائج الاختبار معنوية في شقيها المتعلق بالمتقاعدين الأجراء وغير الأجراء، بالنسبة للمتقاعدين الأجراء نسبة الخطر لاحتمال الوفاة كانت أعلى بالنسبة لأنماط التقاعد المسبق بـــ 28 مرة أعلى، ويليها التقاعد النسبي 1.8 مرة أعلى، بالإضافة إلى الجنس فذكور لهم خطر وفاة أعلى بـــ 1.17، القطاع العمومي كذلك أخذ نسبة خطر أعلى 1.2، بالنسبة للحالة العائلية فالمتزوجون لهم نسبة خطر أعلى بـــ 1.4، بقية العوامل جاءت أقل نسبيا في مستوى الخطر.

نتائج الاختبار التي تخص المتقاعدين غير الأجراء كانت أقل أهمية، إلا فيما تعلق بالجنس لم تكن النتائج معنوية لكن مع هذا فالذكور يتوفون بنسبة 1.02 أعلى من الإناث، قد ترجع هذه النتائج إلى ضعف البيانات، فقد لمسنا عدم جدية في تسجيل المعلومات بدقة، خاصة فيما تعلق بتاريخ الوفاة والأجر وغيرها من الصعوبات التي واجهتنا في قواعد البيانات.

7. مناقشة الفرضية السادسة:

تنص هذه الفرضية على وجود تباين في الإصابة بالأمراض المهنية وحوادث العمل يرجع إلى مجموعة من العوامل، بعد تحليل البيانات وبناء الجداول والأشكال، خلصت نتائج الدراسة إلى

وجود تباين في نسب الإصابة بين المنتسبين لصندوق التأمينات الاجتماعية فرع البليدة، وهذا وفق العوامل التالية:

- بينت النتائج أن قطاع المؤسسات العمومية هو الأكثر خطرا من حيث وقوع الحوادث، وقدرة النسبة بـــ 24.48%، يليه كل من قطاع الأشغال والبناء بـــ 19.16%، ثم الصناعات الغذائية والتجارة بـــ 18.95%.
- بينت الدراسة أن الأمراض المهنية مرتفعة بشكل واضح في قطاع المؤسسات العمومية 28.74%، يليه قطاع النسيج 21.76%، ثم الصناعات المعدنية 17.77%.
- سجلت أعلى النسب في حوادث العمل للفئتين العمريتين 24.5-29.5 سنة و29.5-34.5 سنة، وجاءت النسب على التوالي 17.15% و17.59%.
- سجلت أعلى النسب في الأمراض المهنية للفئتين العمريتين 40-49 سنة و50-59 سنة، وجاءت النسب على التوالي 33.89% و24.74%.
- بينت الدراسة أن الذكور أكثر تعرضا للحوادث من الإناث وجاءت النسب على التوالي كما يلي 89% و11%، ونفس الأمر فيما يخص الأمراض المهنية 83% للذكور و17% للإناث.
- بينت نتائج الدراسة أن الأطراف أكثر عرضة للإصابة من بقية أجزاء الجسد وجاءت النسب على النحو التالي 33.85% لليد و20.55 %للقدم.
- بينت النتائج أن الأمراض الناتجة عن الضوضاء أخذت أعلى النسب بـــ 62.07%، تليها الأمراض الناتجة عن الرصاص ومركباته بـــ 10.54%، بحة الصوت المهنية بنسبة 6.51%، الأمراض المعدية سجلت نسب ضعيفة وهذا يتوافق مع ما طرحنا في الدراسة النظرية، مع استثناء مرض السل الذي سجل نسبة 3.64%.

- بينت النتائج أن ورشة العمل وموقع العمل أكثر الأماكن يتعرض فيها العامل للمخاطر حيث جاءت النسب على النحو 72.30% للأولى، 16.42% للثانية، وقد أخذت حوادث الطريق نصيبها بنسبة 10.20%.

يمكن القول أن هذه النسب تبقى بعيدة عن الواقع، بحكم الأسباب التي ذكرناها سابقا من عدم التصريح، بالإضافة إلى وجود شريحة غير مؤمنة اجتماعيا وبالتالي لا تشملهم النتائج، بالإضافة الى غياب كل أشكال الحماية للعمال غير الأجراء بالنسبة لحوادث العمل والأمراض المهنية، قمنا بحساب النسب استنادا إلى المجموع العام لكل من الحوادث المسجلة أو الأمراض المهنية، وهذا بسبب عدم الحصول على أعداد المنتسبين لصندوق التأمينات الاجتماعية لفرع البليدة و تصنيفاتهم، حتى يتسنى لنا حساب المعدلات وفق كل شريحة.

قيود وآفاق الدراسة:

قبل الشروع في الدراسة سطرنا مجموعة من الأهداف، حققنا أجزاء منها ولم نوفق لتحقيق أجزاء أخرى، من بين الأهداف غير المحققة هو الوقوف على مدى تأثير مختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية على مدة البقاء بعد حدث التقاعد، نظرا لعدم دقة البيانات مع التهاون في تسجيل تاريخ الإحالة على التقاعد، فقد وجدنا الكثير من الحالات تاريخ الوفاة هو نفسه تاريخ التقاعد، بالإضافة الى غياب التواريخ عن الجزء الآخر.

ومن بين الأهداف التي لم نوفق لتحقيقها، الوقوف على تأثير مختلف المهن على معدلات الوفيات ومتوسط العمر، حيث اقتصرت البيانات على قطاع النشاط بصفة عامة بدون تحديد المهن بالتفصيل.

بالإضافة الى تأثر بعض النتائج بسبب ضعف البيانات والمؤشرات المستخدمة، على غرار معدلات الوفيات للمتقاعدين غير الأجراء، كما لم نوفق في الوصول الى قواعد بيانات حوادث العمل والأمراض المهنية، فلم يستوفي هذا الجانب من العمل حقه في التحليل.

يمكن بتظافر الجهود بلورة هذا العمل، بالتطرق الى بيانات اشمل لا تقتصر على منطقة جغرافية بعينها، حتى يتسنى لنا تطوير العمل، كما يمكن استخدام البيانات غير المستغلة مثل قواعد بيانات صناديق التأمينات الاجتماعية لمعرفة الخلفية المهنية للمتقاعدين المتوفين، من خلال دمجها مع قواعد بيانات المتقاعدين.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- تومي عبد الرحمان، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، الواقع والآفاق، دار الخلدونية، الجزائر، 2011.
- احمد علي إسماعيل، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، دار الثقافة والنشر والتوزيع، ط 8، 1997.
- حاروش نور الدين، "الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2012.
- خلف عبد الجواد مصطفى، "دراسات في علم اجتماع السكان"، دار المسيرة، سنة 2009.
- زيني عبد الحسين، الإحصاء الديموغرافي "الإحصاء السكاني"، مطبعة العاني، بغداد، سنة 1969.
- سعد بن البشير العمامره، "الأزمة السياسية الجزائرية 1988–1999"، مطبعة الرمال، 2019.
- غيدنز، أنتوني، علم الاجتماع، ترجمة الدكتور فايز الصباغ، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الأولى، 2005.
- فتحي محمد أبو عيانة، "دراسات في الجغرافية البشرية"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989.
- محمد عبد السميع، الأمن الصناعي: عرض تحليلي لمفهومه ونشاطه، مطبعة القاهرة، القاهرة، 1972.
- محمد عبد الظاهر، إصابات العمل بين قانون العمل وقانون الضمان الاجتماعي، المكتبة الوطنية، عمان، 1994.
- لبيب علي، جغرافية السكان، (الثابت والمتحول)، الدار العربية للعلوم، سنة 2003.
- محمود ذياب العقايلية، الإدارة الحديثة للسلامة المهنية، ط1، دار الصفاء، عمان، 2002.
- نرمين مجدي، مفاهيم اقتصادية أساسية: "الناتج المحلي الإجمالي"، سلسلة كتيبات تعريفية، العدد 19، صندوق النقد العربي 2021.

المجلات والدوريات:

- بركاني أمينة، درديش أحمد، تطور مؤشرات التركيبة العمرية والنوعية في الجزائر خلال الفترة 1966–2019، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 11، العدد 2، ديسمبر 2021، جامعة البليدة2.
- بعيط فاتح، "التحول الصحي في الجزائر، الأسباب والتداعيات"، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، العدد التاسع، ديسمبر 2012، جامعة باتنة.
- بلحسن بلمير، "دراسة واقع الخصوبة في الجزائر"، مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة، العدد 2003/08، جامعة الجزائر.
- بن نعمون حمادو، "تقييم برنامج خوصصة المؤسسات العمومية في الجزائر"، مجلة الأصيل للبحوث الاقتصادية والإدارية، العدد الثاني، جامعة عباس لغرور خنشلة/ الجزائر، ديسمبر 2017.
- بوهراوه عزالدين، عمراوي صلاح الدين، (2018)، "النمو الديموغرافي وتحولاته في الجزائر"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد 10 (05) /2018 الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- درديش أحمد، "متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر –دراسة ديموغرافية–"، مجلة أفاق لعلم الاجتماع، جامعة البليدة، المجلد 01، العدد 02، 01–05–2012. عبر الرابط التالي: https://www.asjp.cerist.dz/en/article/26735
- عبير ضيدان إبراهيم، "تباين وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في محافظة البصرة لعام 2013"، مجلة جامعة ذي قار المجلد 11 العـــدد 1 آذار 2016.
- عتو الموسوس، أمينة شنعة، "طب العمل كآلية لحماية حقوق العمال في التشريع الجزائري"، المجلة الجزائرية لقانون الأعمال، المجلد 02، العدد 01، ديسمبر 2021، ص 199.
- علي حسنين سامية، "عادات ومعتقدات الموت بين التقليدية والحداثة، دراسة أنثروبولوجية في محافظة الدقهلية"، مجلة كلية الآداب، جامعة المنصورة، العدد الثامن والأربعون، يناير 2011، عبر الموقع: https://platform.almanhal.com/Reader/2/14211
- عمارة سامية، "السياسة الصحية في الجزائر"، ، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 3، العدد 6، 2015، ص ص 123–138، ص 133.
- قليل هجيره، د. حمزة شريف علي، "اتجاهات الهجرة الداخلية في الجزائر من 1998الى 2008"، مجلة المعيار، مجلد 24، العدد 49، 2020.

- قندوز محمد، "تطورات قانون الصحة في الجزائر في إطار إصلاح المنظومة الصحية"، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية الاقتصادية والسياسية، المجلد 55 رقم 03، سبتمبر 2018، ص 167.
- محمد علي دحمان، محمد بوقناديل،"تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة الى الموازنة العامة"، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 2016/02، جامعة قاصدي مرباح ورقلة/ الجزائر.
- مها بنت سعد الحمدي، "المقاصد الشرعية وأثرها في الحفاظ على النفس البشرية"، قسم الدراسات الإسلامية، كلية الآداب، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، المملكة العربية السعودية.
- مهدي صالح دواي، علياء حسين خلف، تحليل الهرم السكاني في العراق من منظور التنمية البشرية، مجلة ديالى، العدد 70، 2016، ص 06. المنظمة الدولية للهجرة، تقرير الهجرة في العالم لعام 2020. عبر الرابط التالي: (https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr-2020-ar.pdf)
- يحي لعمارة محامد، التركيبة السكانية حسب الجنس والعمر في الجزائر واتجاهاتها، دراسة تحليلية ديموغرافية (1966 – 2018)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13 (04)/2021، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- شادي التلباني، سمير أبو الدحروج، دراسة أهم العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال في فلسطين (دراسة تحليلية مقارنة)، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، المجلد 06، العدد 01، 2020، جامعة قاصدي مرباح ورقلة/ الجزائر، ص ص 81–94.

الأطروحات والرسائل:

- رشيد زوزو، "الهجرة الريفية في ظل التحولات الاجتماعية الجديدة في الجزائر 1988–2008"، أطروحة دكتوراه، جامعة قسنطينة، 2008.
- سعاد مهماني، "تأثير برنامج التعديل الهيكلي على الأسرة الجزائرية"، مذكرة ماجستير في الديموغرافيا، غ.م، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2008–2009.
- مزيان نعيمة، الآثار السوسيو اقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، 2004–2005.
- نهال حمزة عبد الرحمن، "مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة جنين خلال الفترة 2004–2013 من واقع بيانات السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية"، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين، 2015.

مواقع الأنترنت:

- الأمم المتحدة، "مكنز الأمم المتحدة للمعلومات الببليوغرافية"، تاريخ المعاينة 30-01-2023، عبر الموقع التالي: https://metadata.un.org/thesaurus/1001123?lang=ar
- الأمم المتحدة، الشيخوخة، تاريخ المعاينة 12-12-2022 عبر الموقع: https://www.un.org/ar/global-issues/ageing
- البنك الدولي عبر الموقع: https://data.albankaldawli.org/
- البنك الدولي، عبر الرابط: https://data.albankaldawli.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=DZ
- اليونيسكو، "الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة: التعليم"، تاريخ المعاينة: 03-03-2023، عبر الرابط: https://ar.unesco.org/gem-report/node/1346
- بيانات البنك الدولي، "تعداد السكان الإجمالي"، العالم العربي. يمكن الاطلاع عليه عبر الموقع التالي: https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=1A
- سويس إنفو، "ثاني أعلى متوسط عمر متوقع على المستوى الأوربي"، تاريخ النشر 01-10-2020، تاريخ الاطلاع 30-12-2022، عبر الموقع: https://www.swissinfo.ch/ara/society
- شبكة الجزيرة الإعلامية، قانون الوئام المدني الجزائري، تاريخ النشر: 21-12-2015، تاريخ المعاينة: 22-02-2023 عبر الرابط التالي: https://www.aljazeera.net/encyclopedia/2015/12/21/
- شبكة الجزيرة، "أمراض القلب أول أسباب الموت في الجزائر"، تاريخ النشر: 15-12-2013، تاريخ المعاينة: 16-01-2023، عبر الموقع: https://www.aljazeera.net/health/2013/12/15
- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، تاريخ المعاينة 20-07-2019، عبر الموقع التالي: https://cnas.dz
- الصندوق الوطني للتقاعد، تاريخ المعاينة 21-07-2019، عبر الرابط التالي: http://cnr-dz.com/ar/missions الجريدة الرسمية، القانون رقم 83-12، المؤرخ 21 رمضان عام 1403 الموافق لـــ 2 يوليو سنة 1983، يتعلق بالتقاعد.
- الصندوق الوطني للتقاعد، تاريخ المعاينة 28-05-2023، عبر الرابط: https://dz.cnr.dz/ar

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، تاريخ المعاينة 21-07-2019 عبر الرابط التالي: https://casnos.com.dz/presentation
- قادة عمر بكير، عضو سابق بالمجلس الشعبي الوطني، مشروع قانون يعدل ويتمم القانون رقم 83-12 المؤرخ في 2 يوليو 1983، والمتعلق بالتقاعد، تاريخ النشر 17 سبتمبر 2016، تاريخ المعاينة: 17-05-2023، عبر الرابط: https://karaomar.net/index_ar.php
- مدونات البنك الدولي، "كيف تختلف أسباب الوفاة بين الرجال والنساء"؟، تاريخ النشر 25-04-2016، تاريخ المعاينة 12-01-2023 عبر الموقع. https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/how-do-causes-death-vary-between-men-and-women
- مشروع إيبساوث بلاس 2010-2013، "خطة الاستعداد وإدارة المخاطر"، تاريخ المعاينة 27-01-2023، عبر الموقع التالي: http://www.episouthnetwork.org/ar/content/kht-lstdd-wdr-lmkhtr
- المعجم الديمغرافي متعدد اللغات-السفر العربي، http://ar-ii.demopaedia.org
- معهد اليونيسكو للإحصاء، موقع البنك الدولي، تاريخ المعاينة 03-03-2023، عبر الرابط: https://data.albankaldawli.org/indicator/SE.ADT.LITR.FE.ZS
- منظمة التعاون الإسلامي، "دراسات التنمية البشرية – التعليم"، تاريخ المعاينة: 05-03-2023، عبر الرابط: UNDP https://www.sesric.org/education-ar.php
- منظمة الصحة العالمية، "الأمراض غير السارية"، تاريخ النشر: جوان 2018، تاريخ المعاينة: 16-01-2023، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
- منظمة الصحة العالمية، "اللوائح الصحية الدولية"، تاريخ المعاينة 25-01-2023، عبر الموقع التالي: https://www.emro.who.int/ar/international-health-regulations/about/ihr-core-capacities.html
- منظمة الصحة العالمية، "المكتب الإقليمي للشرق المتوسط (بدون تاريخ نشر)، رسم ملامح مستقبل الصحة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط"، تاريخ المعاينة 29-11-2020، عبر الموقع: (https://www.emro.who.int/ar/about-who/future-of-health/health-systems-strengthening.html)
- منظمة الصحة العالمية، "أهم الأسباب العشرة المؤدية إلى الوفاة"، تاريخ النشر: 09 ديسمبر 2020، تاريخ المعاينة: 16-01-2023، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

- منظمة الصحة العالمية، "تحسين فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة وعافيتهم"، تاريخ النشر 22 أكتوبر 2020، تصفح يوم 29-12-2022، عبر الموقع التالي. https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality
- منظمة الصحة العالمية، رغم زيادة إنفاق البلدان على قطاع الصحة، مزال الناس يدفعون الكثير من أموالهم الخاصة، تاريخ النشر: 20 فبراير 2019، تاريخ المعاينة: 29 جانفي 2023، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news/item/20-02-2019-
- منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمومة، تاريخ النشر 19سبتمبر 2019، تاريخ المعاينة 11-12-2022، عبر الموقع: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
- منظمة العمل الدولية، حقائق عن العمل الآمن،2003، عبر الموقع: www.ilo.org
- موقع المرسال، "ترتيب الدول حسب عدد الأطباء"، تاريخ التحديث: 25 يوليو 2020، تاريخ المعاينة 26-01-2023، عبر الموقع التالي https://www.almrsal.com/post/929632
- نازي جمال، العربية نت، "بحسب العلم هذا هو الحد الأقصى الذي سيعيشه الإنسان"، نشر في 06 جوان 2021، تاريخ المعاينة 13-12-2022، عبر الموقع: https://www.alarabiya.net/medicine-and-health
- النهار أونلاين، "انخفاض حوادث العمل المؤدية للوفيات بـــ 8 بالمئة في الجزائر في سنة 2013"، نشر في 29 أفريل 2014، تاريخ المعاينة: 16 فيفري 2023، عبر الموقع: https://www.ennaharonline.com
- وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي، تاريخ المعاينة 15-05-2023، عبر الموقع التالي: https://www.mtess.gov.dz/arStatistical tools for high-throughput data
- وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، الصحة والأمن في العمل، تاريخ المعاينة 30-01-2023، عبر الموقع: https://www.mtess.gov.dz/ar.
- وزارة العمل والشغل والضمان الاجتماعي، السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي، تاريخ المعاينة 09-04-2023، عبر الموقع الإلكتروني: https://www.mtess.gov.dz/ar وثائق مؤسسة الضمان الاجتماعي للعمال الغير الأجراء فرع ولاية البليدة
- وكالة الأمم المتحدة للهجرة، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، مكتب الجزائر، تصفح يوم 27-12-2022 عبر الموقع التالي: https://mena.iom.int/ar/aljzayr

- وكالة الأنباء الجزائرية، نسبة المواليد في الجزائر من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم"، الجمعة 13 جويلية 2018، ((https://www.aps.dz/ar/algerie/58653-2018-07-13-16-16-03)).

الملتقيات:

- الإسكوا (ESCWA)، الأمم المتحدة، دليل السكان 2009، الطبعة الرابعة: "المشروع العربي لصحة الأسرة". عبر الموقع التالي: https://www.unescwa.org/ar/sd-
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "تقرير التنمية البشرية 2014"، عبر الرابط: https://www.un.org/ar/esa/hdr/pdf/hdr14.pdf
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "تقرير التنمية البشرية 2015"، عبر الرابط: https://www.un.org/ar/esa/hdr/pdf/hdr15.pdf
- بن حاح منير، بلعاطل عياش، "أثر التوسع في الإنفاق العام على القطاعات الاجتماعية على الفقر البشري في الجزائر 2001–2010"، أبحاث المؤتمر الدولي، "تقييم أثار برامج الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والاستثمار والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001–2014"، جامعة سطيف، 12/11 مارس 2013.
- ديموغرافيا الجزائر 2014، الديوان الوطني للإحصائيات. عبر الموقع التالي: https://www.ons.dz/IMG/pdf/DonneesStatEmploarab2012_-2.pdf
- اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، تحليل الوضع السكاني في العراق، بدعم من صندوق الأمم المتحدة، 2012.
- معهد الدوحة الدولي للأسرة، "حالة الزواج في العالم العربي"، الدوحة قطر، 2019.
- الملامح الديموغرافية للبلدان العربية، "شيخوخة السكان في المناطق الريفية"، الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب اسيا، نيويورك، 2008. يمكن الاطلاع عليها عبر الموقع التالي: https://archive.unescwa.org/ar/node/15102
- منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي للشرق الأوسط)، "اللوائح الصحية الدولية، (2005)، معايير التمديدات الإضافية"، أوت 2013، عبر الرابط التالي: https://applications.emro.who.int/docs/RC_Techn_paper_2013_8_15038_AR.pdf
- منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للإنشاء والتعمير، التقرير العالمي لرصد الحماية المالية في مجال الصحة لعام 2019. عبر الرابط: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331748/9789240024410-ara.pdf

- وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (PAPFAM 2002)، التقرير النهائي.

القوانين:

- الجريدة الرسمية، المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 96–434 المؤرخ في 30 نوفمبر المتعلق بالضمان الاجتماعي.
- الجريدة الرسمية، المادة 05 من القانون رقم 83–14 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المعدل والمتمم بالقانون رقم 04–17.
- الجريدة الرسمية، المادة 3 من المرسوم التنفيذي 93–119 المؤرخ في 15 ماي 1993، العدد رقم 33، الصادر بتاريخ 19 ماي 1993.
- الجريدة الرسمية، المادة 63 من قانون رقم 83–13 مؤرخ في 1983/07/02، يتضمن حوادث العمل والأمراض المهنية (ج ر 28)، معدل ومتمم بموجب أمر 96–19 مؤرخ في 1996/07/06 (ج ر 42).
- الجريدة الرسمية، المادة 67 من القانون رقم 83–11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية المعدل والمتمم بالمادة 30 من الأمر رقم 96–17.
- الجريدة الرسمية، قانون رقم 14–10، العدد 78، السنة الخمسون، مؤرخ في 30 ديسمبر 2014، يتضمن قانون المالية لسنة 2015.
- الجريدة الرسمية، مرسوم تشريعي رقم 94–10، مؤرخ في 26 ماي 1994، يحدث التقاعد المسبق، العدد رقم 34، صادر بتاريخ 01 يونيو 1994.
- الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، الأمر رقم 73–65 المؤرخ في 1973/12/28 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974.
- الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، المادة 6، قانون رقم 83–13 المؤرخ في 02 جويلية 1983، يتضمن حوادث العمل والأمراض المهنية، الجريدة الرسمية.
- الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، قانون رقم 85–05 المؤرخ في 17 فبراير 1985، يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 8، السنة الثانية والعشرون.
- الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، مرسوم رئاسي رقم 13–293 المؤرخ في 04 أوت 2013، يتضمن نشر اللوائح الصحية الدولية (2005)، الجريدة الرسمية، العدد 43، السنة الخمسون.

المراجع باللغة الأجنبية:

- A.Haray, Accident de travail et maladie professionnelle, 2émééd, Masson, paris, 1998.
- Analysis, Survival Analysis Basics, Accessed on 14-05- 2023, http://www.sthda.com/english/wiki/survival-analysis-basics.
- behlouli ahmed lakhdar, "introduction à la médecine du travail, maitre de conférences a en médecine du travail", faculté de médecine, département de médecine, université Ferhat Abbas de Sétif, année universitaire 2020 – 2021.
- Corrélation, date de consultation : 16-01-2023 https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/correlation/
- countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets
- Démographie Algérienne – 1999, ONS, N°305.
- Démographie algérienne 2016, ONS, N° 779.
- Djilali SARI, La maîtrise de la croissance démographique en Algérie, Université d'Alger, Algérie, Actes du colloque de Delphes, octobre 1992.
- Dr S. LEBOUABI, Dr F. HADEF, Pr M. HADDAR, "Tableaux Des Maladies Professionnelles En Algérie", Service Universitaire De Médecine Du Travail “Djamel Eddine Abed” Eph De Rouiba-Alger.
- European Commission, European Statistics on Accidents at Work (ESAW), Methodology, 2001, https://ec.europa.eu/eurostat/ramon/statmanuals/files/ESAW_2001_EN.pdf
- Glossary Technical Specifications: "Crude birth rate (1000 pop)", (Accessed on 03 December 2022), https://opendata.paho.org/en/core-indicators/crude-birth-rate
- Haouas, A, Ochi, A, & Labidi, M. A, Sources of Algeria's economic growth, 1979–2019 : Augmented growth accounting framework and growth regression method. Regional Science Policy & Practice, 2021, P1–19. https://doi.org/10.1111/rsp3.12448
- Hashem Nimeh Fayyad, Fertility in Iraq : "Trends, Evolution and Influential Factors", Arab Center for Research & Policy Studies, 2012. https://www.jstor.org/stable/resrep12660 https://doi.org/10.3917/rtm.194.0413

- Human Development Report Office, Training Material for Producing National Human Development Reports, March 2015.
- ILES ABDERRAHMANE, La mortalité en Algérie : nivaux et tendances, Cahiers du CREAD n°22, 2ème trimestre 1990.
- J. M. González, Marta Regúlez-Castillo, Carlos Vidal-Meliá,"Mortality and life expectancy trends for male pensioners by pension income level", ICAE Working Paper nº 2102, February, 2021. https://eprints.ucm.es/id/eprint/63900/1/2102.pdf
- Kamel Kateb, "Transition démographique en Algérie et marché du travail", *revue: Confluences Méditerranée* 1/2010 (N°72),Editions l'Harmattan (consulté le 06.12.2022) https://www.cairn.info/revue-confluences-mediterranee-2010-1-page-155.htm
- Kandi Nabil, Brahamia Brahim, Tüğen Kâmil. "Les Représentations des Risques Professionnels et de l'Etat de Santé au Travail parmi des Travailleurs de la Commune de Bejaia". Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 32 / 2 (Décembre 2017) .https://doi.org/10.24988/deuiibf.2017322582
- L'OMS, Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016-2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250548/ccs_dza_2016_2020_fr.pdf
- Martin, Ivan, Algeria :" An Economic Approach to the Crisis (April 1998)". Working Paper Number : DT : 5/1998, Available at : https://ssrn.com/abstract=102517
- National Library of Medicine , High and Rising Mortality Rates Among Working-Age Adults, 02 Mar 2021, Accessed on 11-12- 2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568187/
- Organisation mondiale de la Santé, "Maladies non transmissibles", date de publication 16-09-2022, consulté le 30-01-2023. URL : https://www.who.int/fr/news-room/fact sheets/detail/noncommunicable-diseases
- Phelan Jo C, and Others, "'Fundamental Causes' of Social Inequalities in Mortality : A Test of the Theory", Journal of Health and Social Behavior 45 (3). https://doi.org/10.1177/002214650404500303.
- Rafik Bouklia-Hassane, Fatiha Talahite, Marché du travail, régulation et croissance économique en Algérie, Revue Tiers Monde 2008/2 (n° 194), pages 413 à 437, Mis en ligne sur Cairn.info le 01/01/2010
- S. Gjesdal, J. and Others, " Role of diagnoses and socioeconomic status in mortality among disability pensioners in Norway--a population-based cohort study",

Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2008, 34(6), p 479-482. https://doi.org/10.5271/sjweh.1286

- Samuel H Preston, the changing relation between mortality and level of economic development, international journal of Epidemology, Volume 36, issue 3, june 2007, p 484-490: https://doi.org/10.1093/ije/dym075
- Sidi Mohamed El-Habib Chikhi, "DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE IN ALGERIA", Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia, 2016.
- United Nations (1998); "Convention relating to the Status of Refugees", Art. 1A(2), 1951 as modified by the 1967 Protocol); International Organization for Migration (n.d.(a)).
- Worldbank, "Domestic general government health expenditure (% of GDP)", https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=DZ
- Youcef Abbou et Brahim Brahamia, "Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé, Insaniyat / إنسانيات[En ligne], 75-76 | 2017, mis en ligne le 16 décembre 2018, consulté le 26 janvier 2023. URL : http://journals.openedition.org/insaniyat/17492.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, "Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS3)", Rapport principal, Algérie, 2006.
- Ministère De La Santé, de la population et de la réforme hospitalière, "Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS4)", Rapport final, Algérie, 2012/2013

قائمة الملاحق

1. ملاحق الفصل السادس:

Récapitulatif de traitement des observations							
		Observations					
		Valide		Manquant		Total	
	SEXE	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
ageinDC	1	25956	100.0%	0	0.0%	25956	100.0%
	2	7473	100.0%	0	0.0%	7473	100.0%

REG					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	REG.AGRICOLE	8551	25.6	25.6	25.6
	REG.GENERAL	16881	50.5	50.5	76.1
	REG.COMPLEMENT	4	.0	.0	76.1
	D	3606	10.8	10.8	86.9
	REG.FONCTION.	3788	11.3	11.3	98.2
	REG.MINIER	23	.1	.1	98.3
	REG.RETR.ANTIC.	87	.3	.3	98.5
	REG.CHEMINOT	301	.9	.9	99.4
	REG. SONELGAZ	179	.5	.5	100.0
	REG.TRAMINOT	2	.0	.0	100.0
	REG.MARINE	7	.0	.0	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

AVT					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	PENSION DIRECTE	24219	72.4	72.4	72.4
	PENSION VEUVE/VEUF	181	.5	.5	73.0
	PENSION VEUF(VE)	4861	14.5	14.5	87.5
	SECOURS VIAGER	1	.0	.0	87.5
	ALLOCATION DIRECTE	1589	4.8	4.8	92.3
	TRANSFERT EN PIVV	24	.1	.1	92.4
	RETRAITE COMPLEMENTAIRE.	4	.0	.0	92.4

	ALLOCATION ENFANT HANDICAPE	5	.0	.0	92.4
	REVERSION ALLOCATION PENS. INV	10	.0	.0	92.4
	ALLOCATION VEUVE/VEUF	203	.6	.6	93.0
	PENSION HANDICAPE	224	.7	.7	93.7
	RENTE INVALIDITE VEUF(VES)	1	.0	.0	93.7
	ALLOCATION ENFANT MINEUR	13	.0	.0	93.7
	PENSION ENFANT MINEUR	401	1.2	1.2	94.9
	PENSION ASCENDANT MERE	118	.4	.4	95.3
	PENSION ASCENDANT PERE	13	.0	.0	95.3
	RETRAITE PROPORTIONNELLE	832	2.5	2.5	97.8
	RETRAITE A 32 ANS	730	2.2	2.2	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

REG_LIQ					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		7026	21.0	21.0	21.0
	0	6	.0	.0	21.0
	NORMAL	21107	63.1	63.1	84.2
	PENS RET/INV.N	486	1.5	1.5	85.6
	PENS RET I/MOUD	58	.2	.2	85.8
	4	15	.0	.0	85.8
	5	195	.6	.6	86.4
	7	2	.0	.0	86.4
	RETR. ANTICIPEE	59	.2	.2	86.6
	B	8	.0	.0	86.6
	PENS MOUDJAHED	2929	8.8	8.8	95.4
	ENFANT DE CHAHI	115	.3	.3	95.7
	INVALIDE CNR. COORDINATION CAS	1	.0	.0	95.7
	LIQ COORDINAT	623	1.9	1.9	97.6
	MOUDJ.COORDINAT	59	.2	.2	97.8

	COORD. CASNOS	592	1.8	1.8	99.6
	CASNOS MOUDJ	45	.1	.1	99.7
	CASNOS.ETRANG	6	.0	.0	99.7
	CASNOS.ETR.MOUD	2	.0	.0	99.7
	TAUX CRISTALISE	1	.0	.0	99.7
	LIQ.PROVISOIRE	94	.3	.3	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

الحالة العائلية					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	متزوج	26610	79.6	79.6	79.6
	مطلق	209	.6	.6	80.2
	أرمل	6148	18.4	18.4	98.6
	أعزب	462	1.4	1.4	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

حالة الوفاة					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	الوفاة بعد التقاعد	27616	82.6	82.6	82.6
	الوفاة أثناء النشاط	5813	17.4	17.4	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

قطاعات النشاط					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	القطاع الفلاحي	8551	25.6	25.6	25.6
	القطاع الاقتصادي	16881	50.5	50.5	76.1
	التقاعد التكميلي	4	.0	.0	76.1
	الوفاة اثناء النشاط	3606	10.8	10.8	86.9
	القطاع العمومي	3788	11.3	11.3	98.2
	قطاع التعدين	23	.1	.1	98.3
	نظام التقاعد المسبق	87	.3	.3	98.5
	قطاع السكك الحديدية	301	.9	.9	99.4
	قطاع سونلغاز	179	.5	.5	100.0
	قطاع الترامواي	2	.0	.0	100.0
	القطاع البحري	7	.0	.0	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

الامتيازات بالنسبة للمؤمنين وذوي الحقوق					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	معاش التقاعد المباشر	24219	72.4	72.4	72.4
	معاش الترمل	4861	14.5	14.5	87.0
	منحة التقاعد المباشر	1589	4.8	4.8	91.7
	التقاعد النسبي	832	2.5	2.5	94.2
	التقاعد دون شرط السن	730	2.2	2.2	96.4
	معاش الطفل القاصر	401	1.2	1.2	97.6
	معاش الإعاقة	224	.7	.7	98.3
	منحة الترمل	203	.6	.6	98.9
	معاش الأرملة	181	.5	.5	99.4
	المعاش الصاعد للأم	118	.4	.4	99.8
	التحويل بين الولايات	24	.1	.1	99.9
	منحة الطفل القاصر	13	.0	.0	99.9
	المعاش الصاعد للأب	13	.0	.0	99.9
	منحة منقولة لمعاش العجز	10	.0	.0	100.0
	منحة الأطفال المعاقين	5	.0	.0	100.0
	التقاعد التكميلي	4	.0	.0	100.0
	إعانة اجتماعية	1	.0	.0	100.0
	معاش العجز للأرملة	1	.0	.0	100.0
	Total	33429	100.0	100.0	

قطاعات النشاط					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	القطاع الفلاحي	200	3.4	3.4	3.4
	القطاع الاقتصادي	1506	25.9	25.9	29.3
	الوفاة اثناء النشاط	3606	62.0	62.0	91.4
	القطاع العمومي	481	8.3	8.3	99.7
	قطاع التعدين	1	.0	.0	99.7
	قطاع السكك الحديدية	3	.1	.1	99.7
	قطاع سونلغاز	16	.3	.3	100.0
	Total	5813	100.0	100.0	

Moyennes et médianes pour la durée de survie								
	Moyenne[a]				Médiane			
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
قطاعات النشاط	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure
القطاع الفلاحي	75.737	.145	75.452	76.022	77.000	.162	76.683	77.317
القطاع الاقتصادي	74.644	.088	74.470	74.817	75.000	.120	74.765	75.235
التقاعد التكميلي	75.000	4.062	67.038	82.962	70.000	.	.	.
القطاع العمومي	72.648	.179	72.297	72.999	73.000	.274	72.463	73.537
قطاع التعدين	75.143	2.741	69.770	80.516	79.000	4.677	69.833	88.167
نظام التقاعد المسبق	57.517	.293	56.943	58.091	58.000	.298	57.416	58.584
قطاع السكك الحديدية	75.302	.570	74.185	76.419	75.000	.698	73.632	76.368
قطاع سونلغاز	70.410	.793	68.856	71.965	70.000	.769	68.493	71.507
قطاع الترامواي	78.000	.000	78.000	78.000	78.000	.	.	.
القطاع البحري	64.000	10.231	43.948	84.052	62.000	20.000	22.800	101.200
Global	74.621	.070	74.483	74.759	75.000	.092	74.819	75.181

a. L'estimation est limitée à la plus grande durée de survie si elle est censurée.

Moyennes et médianes pour la durée de survie								
	Moyenne[a]				Médiane			
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
الجنس	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure
ذكر	74.429	.072	74.287	74.571	75.000	.096	74.811	75.189
أنثى	77.509	.284	76.952	78.066	78.000	.333	77.347	78.653
Global	74.621	.070	74.483	74.759	75.000	.092	74.819	75.181

a. L'estimation est limitée à la plus grande durée de survie si elle est censurée.

Percentiles						
	25.0%		50.0%		75.0%	
الجنس	Estimation	Erreur standard	Estimation	Erreur standard	Estimation	Erreur standard
ذكر	82.000	.088	75.000	.096	67.000	.105
أنثى	85.000	.322	78.000	.333	71.000	.462
Global	82.000	.091	75.000	.092	68.000	.107

Comparaisons globales			
	Khi-carré	ddl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	116.477	1	.000
Test d'égalité des distributions de survie pour les différents niveaux de الجنس.			

Moyennes et médianes pour la durée de survie								
	Moyenne[a]				Médiane			
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
الجنس	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure
ذكر	74.429	.072	74.287	74.571	75.000	.096	74.811	75.189
أنثى	77.509	.284	76.952	78.066	78.000	.333	77.347	78.653
Global	74.621	.070	74.483	74.759	75.000	.092	74.819	75.181
a. L'estimation est limitée à la plus grande durée de survie si elle est censurée.								

Percentiles						
	25.0%		50.0%		75.0%	
الجنس	Estimation	Erreur standard	Estimation	Erreur standard	Estimation	Erreur standard
ذكر	82.000	.088	75.000	.096	67.000	.105
أنثى	85.000	.322	78.000	.333	71.000	.462
Global	82.000	.091	75.000	.092	68.000	.107

Comparaisons globales			
	Khi-carré	ddl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	116.477	1	.000
Test d'égalité des distributions de survie pour les différents niveaux de الجنس.			

Moyennes et médianes pour la durée de survie		
	Moyenne[a]	Médiane

الحالة العائلية	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %		Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %	
			Borne inférieure	Borne supérieure			Borne inférieure	Borne supérieure
متزوج	74.333	.072	74.192	74.473	75.000	.095	74.814	75.186
مطلق	74.655	.849	72.990	76.319	76.000	1.239	73.571	78.429
أرمل	81.093	.321	80.463	81.722	82.000	.441	81.136	82.864
أعزب	77.254	1.278	74.750	79.759	81.000	1.182	78.684	83.316
Global	74.621	.070	74.483	74.759	75.000	.092	74.819	75.181

a. L'estimation est limitée à la plus grande durée de survie si elle est censurée.

Percentiles

الحالة العائلية	25.0%		50.0%		75.0%	
	Estimation	Erreur standard	Estimation	Erreur standard	Estimation	Erreur standard
متزوج	82.000	.086	75.000	.095	67.000	.105
مطلق	81.000	.975	76.000	1.239	67.000	1.106
أرمل	88.000	.343	82.000	.441	75.000	.510
أعزب	86.000	1.297	81.000	1.182	70.000	1.900
Global	82.000	.091	75.000	.092	68.000	.107

Comparaisons globales

	Khi-carré	ddl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	320.043	3	.000

Test d'égalité des distributions de survie pour les différents niveaux de الحالة العائلية.

Tests composites de coefficients du modèle[a]

Log de vraisemblance -2	Global (score)			Changement depuis l'étape précédente			Changement depuis le bloc précédent		
	Khi-carré	df	Sig.	Khi-carré	df	Sig.	Khi-carré	df	Sig.
362477.992	10576.110	13	.000	5186.136	13	.000	5186.136	13	.000

a. Bloc de départ numéro 1. Méthode = Entrée

Variables dans l'équation								
							95.0% CI pour Exp(B)	
	B	Erreur standard	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Plus bas	Supérieur
الجنس	.158	.029	28.898	1	.000	1.171	1.106	1.241
قطاعات النشاط الرئيسية			1029.260	4	.000			
قطاعات النشاط الرئيسية(1)	-.066-	.059	1.278	1	.258	.936	.834	1.050
قطاعات النشاط الرئيسية(2)	.054	.058	.866	1	.352	1.055	.942	1.182
قطاعات النشاط الرئيسية(3)	.204	.060	11.370	1	.001	1.226	1.089	1.381
قطاعات النشاط الرئيسية(4)	3.359	.124	728.535	1	.000	28.770	22.542	36.718
انواع التقاعد			4710.302	3	.000			
انواع التقاعد(1)	-1.728-	.041	1796.418	1	.000	.178	.164	.192
انواع التقاعد(2)	-1.536-	.051	919.768	1	.000	.215	.195	.238
انواع التقاعد(3)	.623	.052	143.305	1	.000	1.865	1.684	2.066
الاجر الحقيقي مجمع			748.964	2	.000			
الاجر الحقيقي مجمع(1)	-.511-	.019	712.715	1	.000	.600	.578	.623
الاجر الحقيقي مجمع(2)	-.227-	.020	133.606	1	.000	.797	.767	.828
الحالة العائلية			248.044	3	.000			
الحالة العائلية(1)	.409	.095	18.580	1	.000	1.505	1.250	1.812
الحالة العائلية(2)	.354	.128	7.680	1	.006	1.424	1.109	1.829
الحالة العائلية(3)	-.138-	.100	1.895	1	.169	.871	.716	1.060

Moyennes des covariables	
	Moyenne
الجنس	.935
قطاعات النشاط الرئيسية(1)	.300
قطاعات النشاط الرئيسية(2)	.559
قطاعات النشاط الرئيسية(3)	.122
قطاعات النشاط الرئيسية(4)	.004
انواع التقاعد(1)	.865
انواع التقاعد(2)	.061
انواع التقاعد(3)	.039
الاجر الحقيقي مجمع(1)	.461
الاجر الحقيقي مجمع(2)	.320
الحالة العائلية(1)	.947
الحالة العائلية(2)	.007
الحالة العائلية(3)	.041

Récapitulatif de traitement des observations				
		Nombre	Censuré	
قطاع العمل	N total	d'événements	N	Pourcentage
قطاع الفلاحة	874	874	0	0.0%
قطاع التجارة	1533	1533	0	0.0%
Global	2407	2407	0	0.0%

Moyennes et médianes pour la durée de survie							
	Moyenne[a]				Médiane		
			Intervalle de confiance à 95 %				Inte
قطاع العمل	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure	Estimation	Erreur standard	Borne
قطاع الفلاحة	72.065	.443	71.198	72.933	74.000	.323	
قطاع التجارة	79.475	.326	78.836	80.114	79.000	.403	
Global	76.784	.272	76.250	77.318	77.000	.266	

a. L'estimation est limitée à la plus grande durée de survie si elle est censurée.

Comparaisons globales			
	Khi-carré	ddl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	183.539	1	.000

Test d'égalité des distributions de survie pour les différents niveaux de قطاع العمل.

Récapitulatif de traitement des observations				
		Nombre	Censuré	
مستويات الدخل	N total	d'événements	N	Pourcentage
أجر منخفض	661	661	0	0.0%
أجر متوسط	1403	1403	0	0.0%
أجر مرتفع	343	343	0	0.0%
Global	2407	2407	0	0.0%

Moyennes et médianes pour la durée de survie								
	Moyenne[a]				Médiane			
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
مستويات الدخل	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure	Estimation	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure

أجر منخفض	74.239	.379	73.497	74.981	74.000	.360	73.294	74.706
أجر متوسط	78.195	.384	77.442	78.947	78.000	.421	77.175	78.825
أجر مرتفع	75.921	.773	74.406	77.437	76.000	.617	74.791	77.209
Global	76.784	.272	76.250	77.318	77.000	.266	76.479	77.521

a. L'estimation est limitée à la plus grande durée de survie si elle est censurée.

Comparaisons globales

	Khi-carré	ddl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	120.256	2	.000

Test d'égalité des distributions de survie pour les différents niveaux de مستويات الدخل .

Tests composites de coefficients du modèle[a]

Log de vraisemblance -2	Global (score)			Changement depuis l'étape précédente			Changement depuis le bloc précédent		
	Khi-carré	df	Sig.	Khi-carré	df	Sig.	Khi-carré	df	Sig.
32667.774	233.867	4	.000	216.033	4	.000	216.033	4	.000

a. Bloc de départ numéro 1. Méthode = Entrée

Variables dans l'équation

	B	Erreur standard	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% CI pour Exp(B)	
							Plus bas	Supérieur
قطاع العمل	.487	.045	115.354	1	.000	1.628	1.490	1.780
الجنس	-.026-	.144	.032	1	.859	.975	.735	1.293
مستويات الدخل			60.078	2	.000			
مستويات الدخل (1)	.221	.069	10.253	1	.001	1.248	1.090	1.429
مستويات الدخل (2)	-.166-	.060	7.550	1	.006	.847	.753	.954

Moyennes des covariables

	Moyenne
قطاع العمل	.363
الجنس	.979
مستويات الدخل (1)	.275
مستويات الدخل (2)	.583

2. استمارة التصريح بالمرض المهني:

SECURITE SOCIALE

Agence

Centre de paiement

Référence

Date de dépôt

Maladies Professionnelles

DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

à remplir en quatre exemplaires par la victime ou ses ayants-droit et à adresser à l'organisme de Sécurité Sociale dans un délai de 15 jours au minimum et de trois mois au maximum qui suivent la première constatation médicale et de la maladie

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom : (Nom de jeune fille)

Prénom(s) :

n° d'immatriculation

Nationalité : Pays d'origine :

Adresse :

Nature des travaux présumés avoir engendré l'affection d'origine professionnelle :

Durée d'exposition :

Date de cessation d'exposition au risque :

Nature de la maladie :

Constatée le :

un dossier médical pour cette maladie a-t-il déjà été déposé dans le cadre des Assurances Sociales ?

OUI ☐ NON ☐ (1)

– Si oui a-t-il donné lieu à une indemnisation : ?

OUI ☐ NON ☐ (1)

– Si oui à quelle date : ?

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR AU SERVICE DUQUEL LA MALADIE A ETE CONTRACTEE

Nom et Prénoms
OU
Raison Sociale

n° Employeur

Adresse où le malade travaille ou travaillait habituellement :

Période d'emploi du au

Fait à le

Signature du Déclarant
(nom, prénoms et qualité du signataire)

Joindre deux exemplaires du certificat médical initial prévu à cet effet établi par le médecin traitant ainsi que les certificats ou attestations de travail établis par les employeurs successifs.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

Imp. CNAS 12.92 - A1. 16 II

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

3. استمارة التصريح بحادث العمل:

SECURITE SOCIALE

Agence

Centre de paiment

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

à adresser à la Caisse Sociale en six exemplaires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 48 h. après l'accident

N° d'accident :

Code :

Imp. CNAS 12 92 - AT 1

EMPLOYEUR

Nom, prénoms ou Raison sociale

Profession

Adresse

N° Téléphone

Chantier ou lieu de travail .... Commune .... Wilaya

N° employeur

Agence d'affiliation

Nbre approx. de salariés de l'établis. au moment de l'accid ......

VICTIME

Nom, prénoms :

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :

Nationalité : .... Pays d'origine : .... Date de naissance :

Adresse :

Qualification professionnelle (1) .... Date de recrutement : .... Sexe : M F (2)

N° d'immatriculation

ACCIDENT

Date .... Jour de la semaine S D L M M J V (2) .... heures .... minutes

Nombre d'heures écoulées depuis la prise ou la reprise du travail par la victime (1) .... heures

horaire de travail de la victime le jour de l'accident : de .... h. à .... h. et de .... h. à .... h.

Lieu de l'accident (1) (3)

Nature des lésions (1)

Siège des lésions (préciser s'il y a lieu, le côté : droit ou gauche) (1) .... Elément matériel (1)

Circonstances détaillées de l'accident :

Lieu où à été transportée la victime :

Suite probable (2) | SANS ARRET DE TRAVAIL | AVEC ARRET SUPERIEUR A 24 H. à compter du .... | DECES IMMEDIAT

TEMOINS

1 - Identité :

Adresse :

2 - Identité :

Adresse :

Un rapport de police a-t-il été établi ? Si OUI, par qui :

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Nom et adresse du tiers :

Organisme d'assurance du tiers

SALAIRE DE REFERENCE (1)

PERIODE	NOMBRE DE JOURS OU D'HEURES	SALAIRES SOUMIS A COTISATIONS	RETENUES		SALAIRES NET PERCU	PERIODICITE DE PAIEMENT
			SEC. SOCIALE	FISCALE		
du .... au						

Nom et qualité du signataire

Fait à ...., le .... 19 ....

Signature

QUESTIONS POSEES AU CONTROLE MEDICAL	REPONSES DU CONTROLE MEDICAL

(1) Voir au verso

(2) Rayer les mentions inutiles

(3) Préciser le pays lorsque l'accident est survenu à l'étranger

VOLET 3 : DESTINE AU SERVICE PREVENTION

4. الطلب الخطي الموجه للمديرية العامة للحصول على قاعدة بيانات الأمراض المهنية وحوادث العمل:

Nom et prénom : Bahi Sbaa
Adresse : cite 80 Logement LSP Bougara Blida
Tel : 0661 61 33 13
Mail : Sbaabahi9@gmail.com

Blida le :28/2023/02

A Monsieur le Directeur Général de la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés.

Objet : Demande d'autorisation d'accès aux données.

Monsieur le directeur

Je suis Bahi Sbaa, doctorant en Démographie à l'Université Blida 2 et enseignant universitaire à la Faculté des Sciences Économiques de l'Université d'Alger 3, je souhaite obtenir des données relatives aux variables en rapport avec les maladies professionnelles et les accidents de travail (AT-MP) région de Blida, dans un but de recherche purement académique et pour la réalisation de ma thèse de doctorat.

A cet effet, je vous prie de bien vouloir me fournir dans la limite du possible les données suivantes:

Liste des variables requises : le secteur d'activité, l'âge, le sexe, la partie du corps touchée, Type d'accident, Causes des accidents, l'horaire, lieu de l'accident, la durée de prise en charge et indemnisation, Invalidité permanente ou temporaire, risque professionnel, Il en va de même pour les maladies professionnelles.

Afin de préserver la confidentialité des données, les données personnelles telles que le nom et le prénom peuvent être supprimées.

Je confirme que ces données seront utilisées uniquement à des fins de recherche et seront gardées confidentielles. Je m'engage à ne pas divulguer ces données à des tiers sans autorisation expresse de l'agence.

Je vous prie de bien vouloir me fournir les données requises dans les plus brefs délais possibles.

Je vous remercie pour votre coopération et votre compréhension, et vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية
للعمال الاجراء - بن عكنون
المديرية العامة
28 FEV. 2023
الوصول
مكتب التنظيم العام

Signature

5. رد وكالة البليدة حول الطلب المقدم للمديرية العامة

CNAS

وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale

صاوتا

Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

25 AVR 2023

AGENCE : وكالة : البليدة
ADRESSE : العنوان : 51 نهج مكركب بن يوسف البليدة
TELEPHONE : الهاتف : 025 23 10 60
FAX : الفاكس : 025 23 10 60
REFERENCE : المرجع : و09 / رقم 199/2023
OBJET : الموضوع : **ف/ي إحصائيات حوادث العمل والأمراض المهنية**

المرفقات: قرص مضغوط.

السيد باهي سبع
طالب دكتوراه في الديموغرافيا
جامعة البليدة 2

يشرفني أن أوافيكم طي هذا الإرسال، بقرص مضغوط يتضمن المعلومات المطلوبة من قبلكم والمتعلقة بإحصائيات حوادث العمل والأمراض المهنية من أجل الاستعانة بها في إنجاز بحثكم الأكاديمي، وهذا بعد الموافقة والمصادقة عليها من طرف المديرية العامة.

تقبلو مني سيدي فائق عبارات التقدير والاحترام.

المدير
عبد القادر حايك

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
المديرية
CNAS
01
وكالة ولاية البليدة

IMP. CNAS - 07/2016 INT 15 TER

Siège Social : Route des Deux Bassins Ben Aknoun BP. 63 - ALGER
Tél. : +213 (0)21 91.16.66 - 91.16.69 - 91.16.61
Fax : +213 (0)23 38.42.85
Site web : www.cnas.dz

المقر الاجتماعي : طريق الحوضين، بن عكنون ص.ب : 63 - الجزائر
الهاتف : +213 (0)21 91.16.66 - 91.16.69 - 91.16.61
الفاكس : +213 (0)23 38.42.85
الموقع الإلكتروني : www.cnas.dz

Abstract

From among us who do not wish to live longer, this study aims to highlight the circumstances and factors that have affected the mortality and average age of employees of the Blida branch's social security funds, as well as the reality of work accidents and occupational diseases, from 1980 to 2014. The study includes the National Fund for Retired Persons, the National Fund for Non-Payers Social Security, and the National Fund for Social Insurance for Workers. The study sought to monitor changes in mortality trends and life expectancy at death under the influence of the different circumstances of the school period, while addressing the differences between the different components of the school community, employing a range of social and economic dimensions.

In order to achieve the desired objectives, we have used the databases of these funds, which are for pensioners who died during the study period. We have used the methods of survival analysis, the Kaplan Mayer method, and the Cox method of relative risk analysis. The results of the study have found that there is a difference in trends in death under pressure, the black decile phase, and the structural adjustment phase. In addition, there is a difference in the average age of death due to sex, family status, activity sector, income level, and retirement nature.

Keywords : mortality, average age, social security funds, survival analysis, socio-economic factors, wage and non-wage pensioners