

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ORAN
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DE DEMOGRAPHIE

LA SANTE REPRODUCTIVE CHEZ LES FEMMES
EN ALGERIE ET AU MAGHREB

Thèse en vue de l'obtention
Du titre de Docteur en Démographie

Présentée par :

M^{elle} HACHEM Amel

Membres du Jury :

Président : Pr Abdelaziz TADJEDDINE, Université d'Oran

Assesseur : Mr Abdelkrim FODIL, Université d'Oran

Co-Assesseur : Pr Nadji RAHMANIA, Université de Lille1 France

Membres : Pr Kaouel MEGUENNI, Université de Tlemcen

Mr Tahar HAFAD, Université de Batna

Mr Tayeb LOUADI, Université d'Oran

DEDICACE

A la mémoire de mes parents...
A mes frères et sœurs...
Je dédie ce travail.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma reconnaissance et mes sincères remerciements à Mr Abdelkrim FODIL , mon directeur de thèse, pour son soutien et ses conseils pour réaliser cette recherche .

Je remercie chaleureusement le Professeur Nadji RAHMANIA qui m'a accueilli dans son Département, ou j'ai énormément appris durant les dix-huit mois de stage auprès de lui, aussi bien humainement que scientifiquement.

Je remercie également le professeur Mohammed SALHI avec qui nous avons commencé notre recherche . Ses orientations et ses écoutes ainsi que sa rigueur m'ont permis d'avancer dans mon travail .

Je suis également reconnaissante à l'aide précieuse que m'a apportée Mme Catherine GOURBIN, Professeur à l'Université Louvain La neuve en Belgique , pour ses réponses instantanées par e-mail à mes questions. Son expérience dans ce domaine m'a été très utile pour avancer dans mon travail .

Je remercie par ailleurs vivement les institutions qui se sont impliquées à divers titres dans la réalisation de ce travail: l'ONS d'Oran , l'INED et USTL 1 ainsi que les personnes avec lesquels nous avons collaborer au sein de ces institutions: Mme Fatima BAKASS au sein de l'INSE au Maroc ; Mme Karima (ONS d'Oran) ; Mr Abdenour MEZIANE (INSP d'Alger).

Aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'examiner ce modeste travail de thèse j'adresse mes remerciements et mon profond respect.

Merci enfin à ma famille, à mes amis et bien sûr à tous les enseignants qui m'ont bien formé au cours de mon cursus universitaire.

Table des matières

Sommaire

Dédicaces

Remerciements

Introduction générale p.1

Chapitre I : Cadre théorique et conceptuel de l'étude

Introduction p.4

A – Cadre théorique : p.4

A-1- l'approche biologique p.4

A-2- l'approche psychosociale p.4

a- Les différents modèles p.5

A-3- l'approche comportementale : p.6

- La débauche sexuelle p.6

A-4- l'approche socio culturelle : p.6

a- L'approche socio culturelle traditionnelle p.7

b- L'approche socio culturelle moderne p.8

A-5- l'approche économique p.9

A-6- approche institutionnelle p.10

A-7- l'émergence de l'approche genre p.10

B- Cadre conceptuel de l'étude :

B-1- Définition des concepts p.12

B-2- Les droits liés à la procréation p.15

Chapitre II: situation de la santé reproductive dans le monde

Introduction	p.18
- L'entrée dans la vie reproductive	p.18
- Comportement procréateur	p.19
- Contraception	p.22
- Morbidité et mortalité maternelle	p.25
- Infertilité	p.28
- Sexualité des adolescents	p.29
- Les infections sexuellement transmissibles	p.30
- L'Avortement	p.33
- Conclusion	p.49

CHAPITRE III : Contexte de l'étude

Introduction	p.52
1- La population Algérienne	p.53
2- La population féminine en âge de procréer	p.56
3- La natalité	p.57
4- La mortalité	p.60
5- Le taux d'accroissement naturel	p.68
6- Les indicateurs socio économiques	p.69
7- Politique nationale de population	p.82
- Conclusion	p.84

Chapitre IV : Situation de la santé reproductive en Algérie et au Maghreb

Introduction	p.86
--------------	------

I-La santé reproductive :

Introduction	p.86
--------------	------

1.1-Entrée dans la vie reproductive

I.1.1- La puberté	p.87
I.1.2-Début de l'activité sexuelle	p. 88
I.1.3-La nuptialité	p.88

I.2- le comportement procréateur

I.2.1-Niveaux de la fécondité et tendance	p.91
- La fécondité selon le niveau d'instruction	p.93
- la fécondité selon les âges	p.94
- Facteurs intervenants dans la baisse de la fécondité	p.98

I.2.2- Maternité des adolescents

p.99

I.2.3-L'Infécondité en Algérie	p.100
- Concepts , définitions et approches de mesure	p.100
- Niveaux et tendances de l'infécondité	p.101
- Les déterminants de l'infécondité	p.104
- Conséquences sociales de l'infécondité	p.105
I.2.4-La planification familiale	p.106
-Evolution de la prévalence contraceptive	p.106
- Méthodes de contraception utilisées	p.109
-Besoins non satisfaits en matière de contraception	p.113
I.2.6-Avortement, consultations prénatales et grossesses non désirées	p.115
- Définition	p.115
- Les lois d'avortement	p.116
- Les techniques abortives	p.119
- Les risques et complications	p.120
- Les acteurs intervenant dans le recours à l'avortement	p.120
-Les raisons du recours à une telle pratique	p.121
-Mesures de l'avortement	p.122
-L'avortement provoqué	p.122
-Consultations prénatales et grossesses non désirées	p.125
I.2.7-La mortalité Maternelle	p.128
- Définition de la mortalité maternelle	p.129
- Niveaux de la mortalité maternelle en Algérie	p.129
- Caractéristiques des décès maternels	p.131
- Les causes de la mortalité maternelle	p.134
I.2.8-La mortalité néonatale	p.136
- Analyse des tendances et des causes de la mortalité néonatale	p.137
I.2.9-Les soins maternels	p.144
-Les soins prénatals	p.144
- Les soins pendant l'accouchement	p.147

- Les soins post natals	p.152
II- la santé sexuelle	
Introduction	p.155
II. 1- les infections sexuellement transmissibles	p.155
- Niveau des connaissances des IST	p.155
- Situation des infections sexuellement transmissibles	p.156
II.2-VIH/SIDA :	
- Niveau des connaissances	p.157
- Prévalence du SIDA	p.158
Conclusion	p.162
Conclusion générale	p.166
Références bibliographiques	p.169
Liste des abréviations	p.188
Liste des tableaux, figures	p.190
Annexes	p.194

Introduction générale :

La connaissance de l'état de santé d'une population est considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier. Elle touche la vie des femmes et des hommes, de la conception, la naissance jusqu'à la mort passant par l'adolescence et l'âge adulte. La santé reproductive est une composante principale de la santé.

Depuis le programme d'action du Caire (1994), l'amélioration de la santé reproductive est devenue une condition importante du développement dans tous les pays du monde et les pays en développement en particulier.

L'Algérie a cumulé de réels progrès en matière de santé et de régulation de la fécondité. Mais malgré cela, la santé reproductive reste préoccupante en particulier avec la crise multidimensionnelle (économique, sociale et culturelle) que vivent la population, prise dans la tourmente de la mondialisation. Cette mondialisation est ainsi porteuse de nouvelles valeurs centrées sur l'individu et les libertés fondamentales de l'homme. Nos voisins maghrébins (le Maroc et la Tunisie) n'ont pas échappé à cette crise.

En général, la santé est fortement liée aux conditions économiques, sociales et culturelles que vivent les populations. Les facteurs de l'environnement économique, social et culturel déterminent le comportement reproductif et sexuel des femmes et des hommes.

Dans le Maghreb d'aujourd'hui, le célibat est prolongé pour des raisons matérielles. Le mariage bien qu'il continue d'être la norme et l'idéal, est de plus en plus inaccessible, les jeunes n'arrivent plus à trouver ni emploi ni logement. Dans une telle situation, de nouveaux comportements se développent suite au recul de l'âge au mariage et un faible contrôle de la famille qui varie selon les situations socio économiques et culturelles et qui interviennent dans le processus décisionnel conduisant parfois à des pratiques à haut risques.

La sexualité hors le mariage s'intensifie tandis que les normes sociales ne le reconnaissent pas ou refusent de le reconnaître, les programmes de prévention des IST et des grossesses non désirées n'ont pas le succès attendus, l'avortement illégal et l'abandon des nouveaux nés ou l'infanticide sont en net accroissement et deviennent parfois la seule solution pour échapper à une maternité non acceptée par une société dont les rapports sexuels sont légitimés dans le seul cadre du mariage.

Notre recherche s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé et précisément la santé féminine puisqu'on s'intéresse à la santé reproductive chez les femmes. Nous essayons d'examiner l'influence du changement économique, social et culturel sur le comportement reproductif et sexuel des femmes algériennes et les comparer aux autres femmes des pays du Maghreb.

Nous avons limité notre étude aux seules questions liées à la femme. Nous aurions préféré étendre notre recherche à la santé reproductive chez les hommes, mais malheureusement, les données disponibles ne concernent que les femmes. Généralement, on lie la reproduction à la femme et de ce fait les questions posées lors des enquêtes nationales sont adressées aux femmes seulement. Ce n'est que récemment que les recherches internationales s'intéressent au rôle des hommes dans la santé reproductive. Au Maghreb, ce sujet n'est en avance qu'au Maroc. Mais malgré cela, à chaque fois ou cela sera possible, nous tenterons de parler de la santé reproductive chez les hommes puisque ce sont deux sujets complémentaires et inséparables.

La santé reproductive couvre, à la fois l'accès à la santé et à la protection de la santé ainsi que la prévention et le traitement des maladies. Les femmes sont sans aucun doute plus concernées que les hommes par les problèmes de santé reproductive. En matière de santé reproductive, nous avons jugé essentiel d'étudier la santé reproductive à travers l'analyse de ses plus importantes composantes telles que la planification familiale, la maternité sans risques ; la santé de l'enfant ; les soins prénatals ; la santé de la mère ; la fécondité, les soins pendant et après

– Les hypothèses :

Hypothèse générale : Les caractéristiques socioculturelles et économiques influencent les comportements sexuels et reproductifs des femmes .

Les hypothèses secondaires que nous adopterons seront les suivantes :

- Avec la crise économique et sociale , les comportements des femmes vis-à-vis des composantes de la santé reproductive (la fécondité, l'accès aux soins, le SIDA, la violence et le suivi des grossesses) changent.
- Le niveau d'instruction influence positivement les comportements sexuels et reproductifs des femmes.
- Plus les femmes ne disposent d'une bonne connaissance des modes de prévention contre les pratiques à risques, plus elles adoptent des comportements à moindre risque.
- Les conditions de vie socio économiques des femmes déterminent leurs comportements sexuels et reproductifs. Plus elles sont bonnes, plus les femmes disposent d'un pouvoir de décision sur leur sexualité et leur santé reproductive, partant des pratiques sexuelles à moindre risque.

- Démarche à suivre :

L'étude sur la santé reproductive chez les femmes algériennes et maghrébines consiste tout d'abord à définir les concepts à étudier, à savoir la santé reproductive et ses composantes.

Ces concepts ont été subdivisés en plusieurs dimensions. Dans cette étude nous avons retenu pour la santé reproductive et sexuelle : la planification familiale, la maternité des adolescentes, la santé de l'enfant, MST VIH / SIDA, la santé maternelle, soins prénataux, soins pendant et après l'accouchement et soins obstétricaux d'urgence.

Ensuite, nous aborderons les théories de la santé reproductive à travers l'analyse des buts et priorités de la santé reproductive, les nouvelles approches, les droits à la procréation.

Dans le deuxième chapitre nous analyserons la situation de la santé reproductive dans le monde à travers ses composantes.

Le troisième chapitre sera consacré contexte de l'étude qui est la population Algérienne , à travers l'analyse de la situation démographique, économique, et sociale de la population. Ensuite nous analyserons la population en âge de procréer dans le contexte algérien et maghrébin.

Quant au dernier chapitre, il traitera de la santé reproductive et sexuelle en Algérie à travers les principales composantes en essayant d'analyser l'influence des conditions de vie et à chaque faire la comparaison avec le Maroc et la Tunisie . .

Chapitre I :

Cadre théorique et conceptuel de l'étude

Chapitre I : Cadre théorique et conceptuel de l'étude

Introduction :

De la littérature traitant de la question, il se dégage plusieurs approches qui expliquent l'activité reproductive et sexuelle des femmes. Nous en retiendrons les principaux dans la suite de notre travail.

Dans ce chapitre nous allons présenter une revue de littérature de différentes théories existantes en matière de santé reproductive et sexuelle. On trouve également dans le même chapitre, les concepts qui ont trait avec notre recherche et leurs définitions.

I- Cadre théorique :

La santé des femmes est le résultat de l'interaction de différents facteurs : influences biologiques, psychologiques et socioculturelles ; conditions liées à l'environnement et à l'emploi ; et le développement économique (Résolution WHA 45.25, 1992) . De ce fait , plusieurs théories expliquent les changements observés en matière de la santé reproductive et sexuelle des femmes. Elles vont des théories biologiques , psychosociales et comportementales aux théories socioculturelles, économiques et institutionnelles sans oublier le genre.

I-1- l'approche biologique :

Selon l'approche biologique, l'activité sexuelle résulte d'un mécanisme purement biologique et donc naturel. Les contraintes extérieures imposées par la société seraient le cadre approprié défini par celle-ci pour réglementer toute activité sexuelle. Il ne serait pas superflu de conclure à l'universalité de l'expérience sexuelle, les variations n'étant dues qu'aux normes sociales qui régissent l'activité sexuelle. Bancroft et Skakkebaek en 1978, Udry et al en 1986 ont montré que l'activité sexuelle est déterminée par un mécanisme hormonal naturel, donc biologique.

Ces résultats sont davantage confortés par les travaux de Beach qui a montré en 1974 que l'activité sexuelle augmente avec le niveau des hormones à l'adolescence. De ce point de vue, on pourrait conclure à une universalité de la pratique des rapports sexuels dont les seules limites seraient les contraintes extérieures imposées par la société.

Les sociologues reprochent à cette approche de désocialiser en grande partie l'activité sexuelle de la construction sociale et culturelle. Pour eux , ces relations ne devraient pas être traitées en dehors du contexte social dans le quel elles se déroulent .

I-2- l'approche psychosociale :

Dans le domaine de la psychologie sociale , plusieurs théories et modèles ont été développées dans le but d'expliquer comment les individus changent leurs

comportements .Ce qui permettrait par la suite d'identifier les principaux facteurs favorables aux changements des comportements. Des études ont abouti à des

conclusions selon les quelles l'adoption des comportements sexuels à risque serait sujette à des considérations psycho-sociales.

- **Les différents modèles :**

1- Le modèle des croyances relatives à la santé :

Ce modèle est le seul à avoir été élaboré dans le domaine de la santé . c'est l'une des théories les plus anciennes qui expliquent les comportements sains . Elle a été fondé en 1974 par Rosenstock. Selon cette théorie , chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie puisqu'il possède le minimum des connaissances concernant sa santé, et ceci dans la mesure ou il considère la santé comme une dimension essentiel de sa vie . Le modèle , prédit que l'individu va se protéger et promouvoir sa santé s'il croit :

- Qu'il est susceptible d'avoir un problème de santé
- Que les conséquences du problème sont graves,
- Que les démarches suggérées sont bénéfique à la solution du problème,
- Que les bénéfices des démarches suggérées sont plus importants que les obstacles ou les coûts y relatifs.

Exemple : Dans le domaine tel que la prévention du VIH/SIDA , l'individu utiliserait le condoms s'il croit :

- Qu'il y a un risque de contracter le VIH ;
- Que les conséquences du VIH sont néfastes ;
- Que l'utilisation du condom est efficace pour réduire considérablement le risque de contamination avec le VIH/SIDA.
- Que les avantages de l'utilisation du condoms sont plus importants que les coûts .

2- Théorie de l'action raisonnée :

Le modèle de l'action raisonnée fut pour la première fois développé par Fishbein et Ajzen en 1975. Il définit les liens entre les croyances , les attitudes , les normes , les intentions et les comportements des individus. Il part d'un postulat que les choix comportementaux en matière de santé sont des choix pensés, raisonnés et agis , et que la raison et la volonté sont les moteurs du comportement . Selon ce modèle le comportement d'une personne serait déterminée par son intention comportementale à

l'adopter . cette intention serait à son tour déterminée par l'attitude de la personne et par ses normes subjectives relatives au comportement en question.

Ce modèle se base sur le postulat selon lequel , les stimuli externes influencent les attitudes et cela en modifiant la structure des croyances de l'individu . Les croyances sont définies par la probabilité subjective de l'individu sur le fait qu'effectuer un comportement particulier va produire des résultats spécifiques . Selon cette théorie , l'attitude d'une personne envers un comportement serait déterminée par ses croyances envers les conséquences de ce comportement multiplié par son évaluation de ces conséquences . Par ailleurs , l'intention d'effectuer un comportement est également déterminée par les croyances normatives d'un individu et par sa motivation à se plier aux normes . Ce modèle introduit la notion des conditions extérieures à l'individu facilitant ou compliquant l'adoption du comportement souhaité.

Cette théorie postule également que tous les facteurs qui influencent le comportement le font uniquement de manière indirecte, et cela en influençant l'attitude ou les normes subjectives.

I-3- l'approche comportementale :

La plus grande partie de la littérature sur les résultats des comportements sexuels et reproductifs des femmes aboutie à l'existence d'un lien entre les facteurs comportementaux et les pratiques à risque. Des études ont pu montrer le lien entre le faible niveau d'instruction et l'activité sexuelle et reproductive (Miller et Moore , 1990).

- La débauche sexuelle :

Le comportement de débauche sexuelle de la part d'une femme peut avoir des conséquences très sévères Il révéle des conséquences plus directes telles que la multiplication du nombre des partenaires sexuels et des partenaires occasionnels , la faible utilisation de la contraception (Crosby et al., 2004) , l'engagement avec des partenaires plus âgés (Lederman, et al. , 2004) la contraction des grossesses précoces et non désirés (Brooks, 2007) qui peuvent finir par des avortement , et surtout l'exposition aux IST/ VIH SIDA.

I-4- l'approche socio culturelle :

Pour les sociologues, l'engagement ou non dans l'activité sexuelle et reproductive dépend largement du milieu de vie . Ils estiment que les comportements sexuels et reproductifs sont déterminés par les normes et les valeurs socioculturelles en vigueur. Une modification de ces normes et valeurs aura certainement une incidence sur les comportements des individus qui composent le corps social. De fait ils rejettent l'approche biologique .

Ils soutiennent que les comportements sexuels et les circonstances dans lesquelles se déroule l'activité sexuelle sont déterminées par les normes et les valeurs socioculturelles en matière de sexualité.

La théorie générale de modernisation tente d'expliquer les tendances sexuelles actuelles . Selon elle, l'adoption de nouveaux comportements sexuels et reproductifs pourrait trouver son explication dans l'influence de la modernisation qui sape progressivement les valeurs traditionnelles en matière de sexualité.

Certains auteurs parmi lesquels Gagnon et Simon (1973), Hoffert et Hayes (1987), Bozon (1994) soutiennent que la motivation sexuelle est générée par des processus sociaux, par l'environnement et le cadre de vie. Ils n'accordent pas un grand rôle aux hormones qui selon eux n'interviennent que dans la croissance et la maturation des organes sexuels secondaires. Les comportements sexuels et reproductifs sont déterminés par les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité et de reproduction.

L'influence du milieu socio culturel sur les comportements sexuels et reproductifs des femmes. C'est-à-dire que les normes et les valeurs traditionnelles qui régissent la société ont une influence sur les comportements des femmes.

1- L'approche socio culturelle traditionnelle :

La culture traditionnelle a pour rôle de transmettre génération après génération , les normes , les valeurs et les coutumes dans l'optique de la conservation ou la préservation de la tradition. Les adultes en général se chargent de l'éducation et de l'apprentissage des jeunes . L'enfant évolue d'abord dans la sphère maternelle , vient ensuite son entrée dans le milieu le plus élargi de la grande famille , où les rites initiatiques prennent de l'importance pour lui . Les rites ont pour fonction de faire évoluer l'enfant , non dans son comportement , son intelligence ou son affectivité , mais dans son existence même , pour le faire passer de l'état de nature à celui de culture et de le mener à sa véritable destinée , à son plein épanouissement sur le fait que les normes et les valeurs traditionnelles en matière de sexualité , sont à la base de la variation des comportements sexuels et reproductifs des célibataires.

Une des principales caractéristiques de la société traditionnelle est la forte valorisation de la maternité et du mariage qui sont les deux éléments essentiels du devenir traditionnel de la femme (Liboko , 2001) . En effet une descendance nombreuse représente pour la femme une source essentielle de prestige et de considération , et contribue de manière décisive à consolider sa position à l'intérieur de sa belle famille (Evina , 1990 ; Nations Unies , 1992) . Cette importance accordée à la maternité explique la tendance de la société à considérer l'infécondité et la stérilité comme des déchéances faisant l'objet d'interprétation diverses.

• La religion :

Du fait du rôle qu'elle joue dans la morale des individus , la religion tient une place importante dans la vie des hommes dans la quasi-totalité des sociétés. Dans la religion de l'islam, la sexualité hors mariage est strictement interdite, ce qui pourrait expliquer la précocité des unions et des rapports sexuels .

• La socialisation traditionnelle :

La socialisation dans le milieu rural est synonyme d'acquisition des valeurs normatives et religieuses traditionnelles qui sont transmises dans un contexte de contrôle strict par les anciens et la communauté. Une femme socialisée dans ce milieu est tenue d'adopter un comportement digne de sa famille, de manière à ce qu'elle-même et son entourage en soit toujours honorés (Ibrahima, 1999). Cependant, avec la modernisation accélérée des sociétés maghrébines, ce contrôle social très apprécié se trouve affaibli et menacé d'expulsion . Il faut alors craindre que la diminution du contrôle social en matière de sexualité , imputable en partie à l'urbanisation et ses opportunités socio économiques , ne détruise les structures traditionnelles .

2- L'approche socio culturelle moderne :

La société maghrébine se trouve de plus en plus imposer un mode de vie moderne , qui est considéré chez les occidents comme la norme des civilisations. La tradition maghrébine doit alors céder la place à la modernisation sous toutes ces formes notamment son aspect socioculturel. Des études ont classé les religions comme faisant partie des facteurs de la modernisation ayant contribué à la déstabilisation de certaines valeurs traditionnelles africaines (sala – Diakanda, 1988 ; Evina , 1990 ; Rwengé, 1999a).

Ainsi , la religion occidentale , le milieu de résidence et de socialisation , l'éducation et le niveau d'instruction , etc. ., sont autant d'éléments pouvant constituer la dimension moderne de l'approche socioculturelle , quand il est question d'envisager des hypothèses sur les effets de l'ouverture des femmes maghrébines aux valeurs occidentales en matière de reproduction et de sexualité.

- Influence des religions importées :

Du fait de leurs origines , les religions chrétienne et musulmane ont été identifiées par un bon nombre d'auteurs comme faisant partie des facteurs socioculturels modernes pouvant influencer les comportements reproductifs et sexuels des individus dans les sociétés ou elles se sont implantées. Par exemple , en matière de prévention des IST/VIH/SIDA , les leaders religieux ont généralement prêché des discours peu favorables à l'utilisation du préservatif , car selon eux , pouvant conduire à des comportements différents tels que les débauches sexuels . Ils ont en revanche , recommandé la fidélité au partenaire ou tout simplement l'abstinence sexuelle. En effet dans ces religions avoir des rapports sexuels hors mariage ou utiliser un préservatif lors des rapports sexuels est considéré comme un pêché.

- Le milieu de socialisation et le milieu de résidence :

Le milieu urbain est le lieu où se développent les comportements sexuels à risque en raison de son organisation . En effet , l'urbanisation s'accompagnant de l'ouverture des jeunes à l'information sur la sexualité et aux médias ...Il s'en suit le développement de l'activité sexuelle précoce des jeunes observé dans la plupart des villes maghrébines.

- **Le niveau d'instruction :**

Le niveau d'instruction est certainement un autre facteur non moins important, concourant à l'explication de la variation des comportements sexuels . Plusieurs études ont montré le lien entre le niveau d'instruction et le comportement sexuel et reproductif de façon générale, mais particulièrement pour ce qui est de la sexualité des adolescentes et des femmes célibataires. Les filles de niveau secondaire et plus , présentaient des risques plus élevés d'être sexuellement actives avant le mariage que celles n'ayant pas été à l'école . Par ailleurs , le manque d'instruction chez la femme est cité comme un facteur restrictif d'accès à l'information adéquate sur les IST/VIH/SIDA , limitant ainsi leurs connaissances sur les modes de prévention de ces maladies . Enfin, l'influence de l'instruction sur les comportements sexuels de la femme peut aussi s'exercer à travers l'amélioration du statut de la femme . En effet , l'instruction favorise l'émancipation de la femme , améliore sa perception de soi , et réduit les inégalités entre les deux sexes.

I-5- l'approche économique :

L'approche économique considère les femmes comme des acteurs dits rationnels . Elle se base sur la thèse de « l'adaptation rationnelle » développée par Cherlin et Riley en 1986 selon laquelle les femmes s'engagent dans la sexualité et la reproduction pour atteindre des objectifs bien précis , d'ordre économique ou social. En effet, la sexualité devient une stratégie utilisée par les femmes célibataires pour améliorer à la fois, leurs conditions de vie et leur statut vis-à-vis le mariage ou la fécondité.

- **L'activité sexuelle : un moyen d'améliorer ses conditions économiques**

Certaines femmes (en particulier les adolescentes) ont des rapports sexuels contre une gratification financière ou des cadeaux qui leur permettent de satisfaire leurs besoins matériels et financiers. L'activité sexuelle devient alors une stratégie de survie, un moyen de se mettre à l'abri du besoin matériel et financier. Il s'agit des filles qui dans l'incapacité de satisfaire leurs besoins financiers sont obligées de commercialiser leur sexe aux hommes de situation financière aisée (Calvès, 1996 ; Ilinigumugabo et al., 1996). « Si l'argent ne constitue pas une motivation importante pour la première expérience sexuelle, il constitue toutefois par la suite une composante majeure de leur vie affective. » (Calvès, 1998, p. 167). Ainsi les avantages financiers découlant de la multiplicité des partenaires sont cités par un nombre important de jeunes femmes âgées de 20 ans et plus

Les filles ne sont cependant pas les seules à recourir aux relations sexuelles de ce type pour satisfaire des besoins financiers. Les garçons sont eux aussi plus ou moins impliqués dans cette activité sexuelle rétribuée. En effet, certaines femmes un peu plus âgées se proposent d'aider financièrement des jeunes hommes en contrepartie des rapports sexuels que ces derniers auront avec elles (relations du type "*sugar mummies*").

En somme, les contraintes économiques auxquelles font face les jeunes peuvent les pousser à se compromettre dans des relations sexuelles rétribuées. Cette dépendance économique enlève aux jeunes qui en sont les victimes le pouvoir d'exercer un contrôle

sur les modalités du déroulement de l'acte sexuel. Ils peuvent ainsi être contraints à avoir des rapports sexuels non protégés, selon la volonté du partenaire qui exerce sa domination.

I-6- approche institutionnelle :

. Cette approche prend comme postulat, l'idée que l'environnement institutionnel en matière d'activités sexuelle et reproductive aurait une influence sur les comportements sexuels et reproductifs des femmes . Elle accorde une grande importance aux politiques , aux programmes et aux lois en matière de sexualité et de reproduction . Avec l'épidémie du SIDA , les efforts des gouvernements ont multiplié dans le but de lutter contre les IST. En témoigne , l'adoption et la mise en place des programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS) dans l'ensemble des trois pays Maghrébins.

Les programmes de prévention complets comprennent une série de stratégies , telles que les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) ; la promotion de l'usage du préservatif , les services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique ; la sécurité transfusionnelle et la sensibilisation des groupes à haut risques (Travailleuses de sexe et utilisation de drogues injectables) et vulnérables (jeunes et femmes enceintes) .

On peut imaginer l'impact que peut avoir la légalisation la pratique de l'avortement : en même temps qu'elle peut être d'un apport certain sur le plan de la santé de la reproduction, elle peut aussi inciter les jeunes à avoir une activité sexuelle intense et à risque.

La politique gouvernementale en matière de services de santé de la reproduction (SR) peut aussi avoir un impact sur le comportement des adolescents. Lorsque les programmes de population et les services sanitaires sont davantage dirigés vers les adultes que vers les groupes spécifiques des adolescents, ceux-ci se retrouvent moins bien informés des conséquences d'une sexualité incontrôlée. L'absence des structures sanitaires spécialisées dans les réponses aux problèmes des jeunes peut accroître leur ignorance des dangers qu'ils courent dans leur activité sexuelle. En revanche, la dissémination des services de SR dirigés spécifiquement vers les jeunes leur permettrait d'être mieux informés des questions relatives aux risques liés à l'activité sexuelle.

I-7- l'émergence de l'approche genre :

L'approche genre tente à expliquer les comportements sexuels et reproductifs par les inégalités entre sexes et les rapports de genre qui en découlent. En effet , les inégalités existant entre les hommes et les femmes et les rapports qui en découlent sont socialement construits , prennent des formes spécifiques dans chaque société et doivent être analysées en tant que productions sociales et non pas comme des faits intangibles liés au destin de chaque sexe. L'approche genre est fondée sur l'idée selon laquelle la réduction entre les pouvoirs dévolus à chaque sexe par la société permettra à la femme

de participer plus efficacement à la prise de décisions dans le domaine de la santé.

C'est l'approche utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à travers le projet Santé familiale et prévention du Sida (SFPS). Les inégalités que l'on observe entre les sexes ainsi que les rapports qui en découlent sont des constructions sociales. Ces rapports sont connus sous le terme de « rapports de genre ». L'approche de genre est fondée sur l'idée selon laquelle la réduction de l'écart entre les pouvoirs dévolus à chaque sexe par la société permettra à la femme de participer plus efficacement à la prise des décisions, notamment celles relatives à la santé de la reproduction. Cette approche vise le renforcement du pouvoir des femmes dans tous les domaines. Dans le domaine de la sexualité et la reproduction, l'approche du genre stipule qu'en raison de son faible pouvoir de décision, la femme ou la jeune fille n'a aucun contrôle ou alors n'a qu'un contrôle limité sur sa sexualité. Les rapports de genre en Afrique étant fortement inégalitaires, les femmes subissent la volonté des hommes à qui le rapport de force est favorable. Entre les jeunes, on pouvait bien s'attendre à une situation de plus grande compréhension entre les partenaires mais le problème demeure. L'écart d'âge entre les partenaires renforce aussi cette inégalité (les hommes plus âgés contractent très souvent des rapports sexuels avec des filles beaucoup plus jeunes).

L'adoption des comportements sexuels sains (utilisation des préservatifs) doit résulter d'une concertation entre les deux personnes en présence. Malheureusement, cette négociation n'est pas toujours de règle à cause du rapport de genre déséquilibré. Beaucoup d'auteurs documentent des rapports inégalitaires entre les hommes et les femmes en Afrique dans les négociations sur les modalités de déroulement de l'acte sexuel. Ces rapports inégalitaires qui prennent leur source dans les rapports de genre se prolongent parmi les jeunes. On aboutit ainsi à des rapports de domination où les jeunes hommes peuvent dicter leur volonté sur la façon dont doit se dérouler l'acte sexuel. Les jeunes n'ont pas le pouvoir de demander, encore moins d'exiger de leur partenaire que le rapport sexuel soit protégé.

Cette situation de domination dégrade profondément l'image que les jeunes filles notamment peuvent avoir d'elles. « L'image de soi-même est la considération que l'on a de sa personne et la représentation que l'on fait de sa personne et de sa personnalité. » (Rwenge, 2001 inédit). Cette dégradation de l'image de soi-même agit négativement sur la perception de son auto-efficacité, c'est-à-dire, la confiance qu'on a de son propre pouvoir de refuser certaines modalités des rapports sexuels ou de n'avoir que des rapports sexuels sans risque. Pourtant, une meilleure perception de l'auto efficacité permettrait aux adolescentes de prendre conscience de la nécessité pour elles de se protéger ou de s'abstenir.

Les rapports inégalitaires, la mauvaise image de soi sont des facteurs psychosociaux qui déterminent parfois les comportements sexuels à risque. Dans l'étude des comportements sexuels des jeunes à Yaoundé et à Douala en 2001, près de 40 % des filles estiment que l'usage des préservatifs dépend entièrement du garçon. C'est dire combien cette perception de l'auto efficacité affecte les comportements de prévention et l'adoption des comportements sexuels sans risque.

B- Cadre conceptuel de l'étude :

Cette partie résume tous les grands concepts pour cette étude. Il s'agit en fait d'une vision des grandes hypothèses identifiées dans la revue de la littérature. Il est nécessaire par ailleurs de définir les concepts les plus pertinents.

B-1- Définition des concepts :

– Santé reproductive :

Le terme de santé reproductive ou santé de la reproduction est apparu vers la fin des années 1980, sous l'impulsion des organismes internationaux tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et les mouvements et organisations non gouvernementales axés sur la défense du droit des femmes . Il correspond, de fait, à une certaine vision du développement social et sanitaire des populations.

Actuellement , l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), définit « la santé de reproduction » sur la base du concept énoncé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 : « la santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien – être physique , mental et social de la personne humaine , pour tout ce qui concerne l'appareil génital , ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela signifie aussi qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et elle est libre de le faire aussi souvent qu'elle le désire . cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix , ainsi que d'autres méthodes de régulation des naissances de leur choix qui ne soient pas contraires à la loi ; méthodes qui doivent être sûres , efficaces , abordables et acceptables ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement et donnent au couple toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé ».(Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement le Caire , 1994, Chapitre I).

La conférence Internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire (1994) met l'accent sur la santé en tant qu'état positif, plutôt que sur l'absence de maladie. De cette façon, elle reste dans la même ligne que la précédente définition donnée par l'OMS.

Selon les termes de la définition précédente, la santé reproductive concerne la planification familiale, la prévention de la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, les avortements, les infections sexuellement transmissibles, les affections de l'appareil génital, la santé des adolescents et celle des femmes en ménopause. A cette liste, s'ajoute généralement des sujets moins traditionnels tels que la santé sexuelle, la violence contre les femmes et la santé reproductive chez les hommes.

La santé reproductive pour les femmes et pour les hommes reflète l'impact de la santé pendant la petite enfance et l'enfance, ainsi qu'à l'âge adulte, tant lorsqu'ils sont en âge de procréer qu'après. La santé de la reproduction est le

fondement de la sexualité, qu'il y ait ou non procréation. Du fait de la pandémie du VIH/SIDA et ses incidences sur la sexualité, sur la santé et les questions touchant le domaine social et le développement, de nombreux organismes nationaux et internationaux accordent à présent un rang de priorité élevé à la sexualité.

- **La santé sexuelle :**

Le concept de la santé sexuelle a été défini par l'OMS dans les années 1972-1975. L'origine de ce concept provient, d'une part, de la définition de l'OMS de la santé en 1946, et, d'autre part, de l'apparition grâce à la contraception orale d'une sexualité récréative libérée de la reproduction et surtout de la révolution sexuelle des années 60.

La libération des mœurs ainsi que les problèmes de santé publique en particulier le SIDA, ont fait prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle, et des comportements qui permettent de la conserver et de l'améliorer.

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence (WHO, 2002).

La sexualité est universellement sous le contrôle des cultures, des traditions, des morales, des religions, des législations... Et à l'intérieur même du couple, les relations sexuelles sont soumises au rapport de genre. D'un côté, nécessaire à la procréation et donc à la constitution d'une famille, elle détermine en partie la place sociale de l'individu et de l'autre part des règles plus ou moins contraignantes se sont toujours efforcées de réguler l'activité sexuelle pour en contrôler le corollaire naturel, la survenue des enfants.

- **Caractéristiques socioculturelles :**

Elles peuvent être définies comme l'ensemble des caractéristiques et conditions qui déterminent et modulent à des degrés divers, les valeurs et normes propres au groupe socioculturel d'origine (Rwenge, 1999). Elles renvoient au milieu ou à l'entité socioculturelle dans lequel vivent les individus. A ce concept est souvent associé le « modèle culturel » qui, d'après Gérard (1995, p.48) désigne : « l'ensemble des normes, des habitudes, des idées, des nécessités, des pratiques quotidiennes, etc., à propos du risque et procure au sujet des cadres de pensée et de pratiques qui sont reconnus et valorisés socialement et, tout au moins, en adéquation avec la vie sociale et le système de valeurs ».

- **Niveau d'instruction :**

C'est le niveau atteint par la personne dans le système de scolarisation formel. On peut le mesurer de plusieurs manières : soit par le nombre d'années

passées à l'école, soit par le plus haut diplôme obtenu soit par la dernière classe achevée ou le cycle d'études. Nous définissons cette variable par le regroupement des individus selon les modalités suivantes : sans niveau, primaire, secondaire et supérieur.

- **Caractéristiques économiques :**

Les caractéristiques économiques font référence à la situation qui rend compte des conditions économiques des femmes (satisfaction des besoins de toutes sortes : manger, s'habiller, s'informer, etc.) ainsi que ceux des personnes éventuellement à charge. Ce concept nous permet d'avoir une idée sur le degré de dépendance des femmes, pouvant entraîner ou non l'adoption des comportements sexuels et reproductifs à risque. Il sera ici opérationnalisé par les conditions de vie des ménages et activité économique de la femme qui sont aussi les variables de l'environnement extérieur au cadre familial vue du côté des caractéristiques économiques.

- **Connaissances relative aux pratiques à risques :**

Renvoient d'une part aux informations dont disposent les femmes par rapport à l'existence des IST/VIH/SIDA, leurs modes de transmission, les moyens de prévention de ces maladies, et d'autre part à la manière dont ces dernières intègrent ces connaissances dans les conduites en matière de prévention. Ce concept est rendu opérationnel grâce à l'indicateur de connaissance de modes de prévention.

B.2-Les droits liés à la procréation :

Les droits liés à la procréation émanent du droit à la santé et des droits de l'homme qui sont reconnus par les législations et les institutions internationales relatives aux droits de l'homme et d'autres documents des Nations Unies. Plusieurs résolutions adoptées par diverses conférences internationales appuient la notion de droit lié à la procréation.

Le programme d'action de la conférence internationale du Caire (1994), fait appel à ce droit dans le paragraphe suivant : « compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder au niveau de santé le plus élevé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de chacun de prendre les décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme... Que

tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés sur des fonds publics , au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de procréation , y compris de la planification familiale . Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services, afin que ceux-ci apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable . » (paragraphe 7.3) . En 1995, la quatrième conférence mondiale sur les femmes , tenue à Pékin , a confirmé les droits à la santé de la reproduction proclamée au Caire (CIPD) et a aussi appelé les états a revoir les législations qui punissent les femmes pour avortement illégal.

Le paragraphe 96 de la déclaration de Pékin a élargi la définition des droits à la reproduction pour y inclure la sexualité : « les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maitresse de leur sexualité y compris leur santé en matière de sexualité et procréation sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine » .

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé , le droit sexuel inclut le droit d'atteindre un niveau maximal de santé sexuelle , comprenant la possibilité d'accéder aux services de soins en lien avec la santé sexuelle et reproductive . D'autres droits , classés dans les droits sexuels , comprennent les droits à l'éducation à la sexualité et à l'intégrité corporelle et le droit de « mener une vie sexuelle satisfaisante , sûre et agréable » . Parmi les éléments importants des droits liés à la procréation on trouve :

- Assurer la santé maternelle et une maternité sans risque :

Les femmes manquent souvent des droits ou des possibilités de faire leurs propres choix en matière de reproduction. Les politiques de contrôle de la natalité, la pression des membres de la famille et les conditions sociales et culturelles peuvent restreindre leurs chances. Dans beaucoup de pays, les femmes approuvent des difficultés à avoir accès aux services de planning. Le coût, l'illégalité ou la stigmatisation de l'avortement peuvent aussi rendre très difficile leur accès aux services d'avortement. Une préférence culturelle envers les garçons peut aussi encourager les femmes à mettre fin à leurs grossesses quand le fœtus est de sexe féminin, ou bien de tuer leurs enfants de sexe féminin.

D'après l'OMS, chaque année 19 millions de femmes s'exposent à des avortements à risques et près de 68 000 femmes et filles meurent des suites de ces procédures échoués et pratiqués dans de mauvaises conditions. Avec l'épidémie du SIDA, les femmes séropositives subissent des pressions pour ne pas avoir d'enfants,

au lieu de leurs aider à faire leur propre choix en leurs apprenant les causes d'une telle grossesse et comment préserver leur santé et celle de leurs enfants.

- **Le droit d'accès aux informations et méthodes concernant la planification familiale** : il existe des pays qui reconnaissent expressément dans leurs constitutions le droit du couple de décider librement du nombre d'enfants qu'il aura et de l'espacement des naissances. Mais, au cours de cette dernière décennie, un grand nombre de pays apportent une aide directe aux services de planification familiale. Leur nombre est en accroissement.

- **Les droits des adolescents liés à la procréation :**

Ils concernent l'âge au mariage. Les lois prévoyant un âge minimum pour le mariage sont communes, l'âge minimum le plus souvent choisi étant 18 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes. Mais malgré cette loi, il existe des filles qui se marient juste après la puberté et ont leurs enfants juste après. Au cours de ces 20 dernières années plus de 50 pays ont modifié leur législation sur l'âge minimum requis pour le mariage. Mais ces législations ne sont pas totalement appliquées.

- **Prévenir la violence sexuelle et la violence basée sur le genre :**

Dans beaucoup de sociétés les femmes ont des possibilités limitées de fonder leur propre ménage et de vivre seule ou de se livrer à des relations sexuelles en dehors du mariage. Les hommes aussi subissent des pressions pour se marier et fonder une famille. En même temps, dans le contexte des relations sexuelles, la violence par un partenaire intime est répandue à travers le monde et le viol conjugal n'est toujours pas reconnu dans beaucoup de systèmes légaux. A cause des inégalités de genre et de leur manque de pouvoir de négociations, les femmes risquent plus d'être victimes d'une telle violence. Elles risquent aussi d'être infectées par des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH /SIDA. De plus, les recherches ont montré que la violence faite par un partenaire intime a un effet sur la santé de la reproduction.

- **Éliminer les mutilations génitales :**

La discrimination basée sur le genre est littéralement au cœur des mutilations génitales féminines (aussi appelé excisions), pratiquées sur les filles dans certains pays d'Afrique et du Moyen Orient. Ces pratiques empêchent les filles qui en sont victimes de profiter d'une vie sexuelle saine et satisfaisante et ont aussi un impact négatif sur leur santé reproductive, augmentant les risques de complications et d'infections mortelles, particulièrement au cours des grossesses. De même dans de nombreuses parties du monde, les bébés nés avec des caractères sexuels ambigus (bébés intersexués), soit un bébé sur 500, peuvent se voir assigner un des deux sexes par une opération chirurgicale, avec des conséquences négative pour leur bien être psychologique et physique.

Chapitre II :
**la situation de la santé
reproductive dans le
monde**

Chapitre II : la situation de la santé reproductive dans le monde

Introduction :

A travers ce chapitre, nous allons essayer de donner un aperçu de la situation de la santé reproductive dans le monde à travers ses aspects principaux . Nous traiterons le début de l'entrée dans la vie reproductive, le comportement procréateur, la contraception , l'avortement, l'infertilité, la morbidité et la mortalité maternelle et les infections sexuellement transmissibles ainsi que le VIH /SIDA .

1-L'entrée dans la vie reproductive :

L'entrée dans la vie reproductive est une étape clef dans la vie d'un individu. La puberté est un événement majeur, c'est le début de la vie reproductive qui sera suivi par l'activité sexuelle, le mariage et le début de l'âge de la procréation.

Le mot puberté est un mot latin « pubescent » qui signifie « poils ». La puberté ou ce qu'on peut appeler l'âge fertile intervient généralement pendant la deuxième décennie de la vie. C'est une étape du développement humain qui marque le passage de l'enfance à l'adolescence. Elle se signale par une croissance rapide due aux hormones de croissance et le développement des caractères sexuels primaires et secondaires qui se poursuivent avec des transformations physiques, psychologiques et sexuelles. Ce stade est marqué par l'acquisition des capacités reproductives et par le développement du second caractère sexuel.

Des distinctions sont observées entre les deux sexes en ce qui concerne la puberté qui se situent à deux niveaux : le premier concerne les caractères sexuelles primaires, c'est-à-dire les organes génitaux (ovaires et testicules) qui apparaissent dès la naissance et qui se développent avec l'âge jusqu'à la puberté. C'est à ce moment qu'à apparait le second niveau avec l'apparition des caractères sexuels tel que les poils, la voix..., et les organes génitaux de la fille et du garçon commencent à fonctionner.

Chez les filles, c'est l'apparition des premières règles, qui représente le caractère sexuel secondaire malgré que cette dernière ne constitue que l'un des éléments du processus de la maturation sexuelle. Cette apparition est considérée dans quelques sociétés comme un événement culturel important, marquant la fin de l'enfance et l'aptitude au mariage et à la procréation.

L'âge moyen lors de l'apparition des premières règles varie considérablement d'un pays à l'autre. Il est de 13,1 ans en Europe et en Amérique du Nord, 13,2 ans en Amérique Latine et dans les Caraïbes, 13,6 ans en Océanie, 13,8 ans en Asie et 14,1 en Afrique. Dans les régions les moins développées, l'âge lors des premières

menstruations continue de baisser en même temps que la nutrition et les conditions de santé s'améliorent (Nations Unies, 2002, p.9).

Pour l'homme, l'entrée dans la période pubertaire apparait par des critères physiques. En général, on retient la mue de la voix ou la croissance des organes génitaux par contre d'autres retiennent un pic de croissance dans la taille des garçons et d'autres l'apparition du premier sperme.

L'âge à la maturité chez les garçons se situe entre 12 et 18 ans avec un âge médian de 12 ans. Selon un sondage cet âge serait de 11,7 ans au Canada, en Australie, aux Etats Unies et en Grande Bretagne. L'âge moyen à la puberté est plus précoce dans les régions développées que dans les régions moins développées (Nations Unies, 1997, p 4). Les garçons deviennent pubères environ deux ans plus tard que les filles.

Au fil du temps, l'âge fertile a subi des changements. Les scientifiques constatent que la puberté survient de plus en plus tôt. Aujourd'hui, chez les filles, l'âge moyen est entre 12 et 13 ans dans les pays riches (INED, 2007) . Chez les garçons, même si cette tendance est moins flagrante de plus en plus de jeunes garçons voient leurs poils pubiens apparaitre vers l'âge de 10 ans. Les praticiens expliquent cette baisse de l'âge de la puberté par l'alimentation trop riche et au développement économique et social qui stimulent les fonctions nerveuses et hormonales des enfants plus qu'autrefois.

2-Comportement procréateur :

Le niveau mondial de la fécondité s'est considérablement modifié depuis les années 70. Au cours des années 2005, 50 pays, dont la plupart situés en Afrique Subsaharienne présentaient un taux de fécondité supérieur à 5 enfants par femme. Sur ces 50 pays, 15 appartenant aux pays les moins avancés, n'ont enregistré aucune baisse de leur taux de fécondité. Par contre, dans les 35 pays restants, il existe des signes d'une amorce de baisse de la fécondité (Nations Unies, 2007).

La baisse de la fécondité a commencé au cours de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle dans les pays développés . Par contre dans les régions en développement, malgré la baisse observé au cours de ces dernières décennies dans presque la totalité des pays, l'indice synthétique de fécondité qui représente le nombre moyen d'enfants par femme reste encore élevé dans certaines régions telles que l'Afrique. On en enregistre un indice synthétique de fécondité (ISF) le plus élevé en Afrique centrale (6 ,0 enfants / femme) (PRB, 2008).

La baisse de la fécondité a été particulièrement rapide en Afrique du Nord, où l'ISF a diminué de 1,2 enfant par femme au cours de la décennie qui s'est écoulée (1995 -2005). Dans d'autres régions peu développées la diminution enregistrée au cours de la même période varie de 0,2 enfants par femme en Afrique Centrale à 0,9 enfants en Asie du Sud Est et en Amérique Centrale , en Asie du Sud Est et en Amérique Centrale.

Dans les régions développées, la fécondité continue à baisser en Europe, avec un taux déjà faible de 1,5 enfant par femme. Mais elle a augmenté en Amérique du Nord, passant de 1,9 enfant par femme en 1995 à 2 enfants en 2008.

Tableau n° 01 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité dans le monde

Principales régions	Indice synthétique de fécondité					
	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2008
Régions plus développées	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6
Régions moins développées	4,2	3,8	3,5	3,0	2,6	2,9
Régions plus avancées	6,5	6,0	5,4	5,1	5,0	
Monde	3,6	3,4	3,1	2,7	2,6	2,7
Afrique Australe	4,9	4,5	4,2	3,4	2,9	2,8
Afrique centrale	6,5	6,5	6,5	6,2	6,2	6,0
Afrique Du Nord	5,6	4,9	4,2	3,6	3,2	3,1
Afrique Occidentale	6,7	6,6	6,5	5,5	5,6	5,5
Afrique Orientale	6,9	6,7	6,5	5,8	5,8	5,7
Afrique	6,3	6,1	5,8	5,1	5,0	5,0
Amériques du Nord	1,8	1,9	2,1	1,9	2,0	2,0
Amérique latine et caraïbes	3,8	3,4	3,1	2,7	2,5	2,5
Amérique centrale	4,6	4,0	3,5	3,0	2,7	2,7
Amérique du Sud	3,7	3,2	3,0	2,6	2,5	2,4
Caraïbes	3,1	2,9	2,8	2,5	2,6	2,4
Asie centrale du sud	5,0	4,5	4,1	3,4	3,2	3,0
Asie du sud est	4,2	3,7	3,3	2,7	2,5	2,5
Asie occidentale	5,0	4,7	4,4	3,8	3,2	3,3
Asie orientale	2,4	2,3	1,9	1,8	1,7	1,6
Asie	3,7	3,4	3,0	2,6	2,5	2,4
Europe du nord	1,8	1,8	1,6	1,4	1,7	1,8
Europe du sud	1,8	1,8	1,8	1,7	1,4	1,4
Europe occidentale	1,6	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6
Europe orientale	2,1	2,1	1,6	1,4	1,3	1,3
Europe	1,9	1,8	1,6	1,4	1,4	1,5
Océanie	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,1
Australie	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
nouvelle Zélande					2,1	2,0

Source : Nations Unies , 1995, pp107-108

Nations Unies , 2000, pp 32-34

- Pour 2000-2005 : Nations Unies , 2007

-pour 2008 , PRB,2008 .

A la fin des années 2000, l'indice synthétique de fécondité qui est en baisse, se situait entre 3 et 5 enfants par femme dans 46 pays en développement, dont 15 en Afrique, 16 en Asie, 10 en Amérique Latine et dans les Caraïbes et 5 en Océanie. La baisse enregistrée récemment dans ces pays semble avoir été plus progressive, en moyenne moins de 0,1 enfant par femme avec des taux proches de 3 enfants par femme (PRB,2008).

Cette baisse a été lente dans différents pays d'Amérique Latine et des Caraïbes – El Salvador, Paraguay et Pérou dont les taux sont relativement élevés (supérieur à 3,5 enfant par femme). A l'inverse plusieurs pays en développement tels que l'Algérie, la Jordanie, la Lybie, leurs taux ont baissé rapidement au cours des années 90. A la fin des années 2000, l'indice synthétique de fécondité est inférieur à 3 naissances par femme mais supérieur au niveau du remplacement dans 26 pays en développement.

Les différences tendances ci-dessus ont accentué la diversification des niveaux de fécondité dans les régions en développement et entre les pays de ces régions. L'Afrique en particulier a vécu un très net recul en terme de fécondité. Depuis les années 80, l'ISF a baissé rapidement en Afrique du Nord alors que la majeure partie de l'Afrique subsaharienne n'a pas encore connu véritablement de baisse du taux de fécondité. Désormais, la majeure partie des pays d'Asie présentent un taux faible de fécondité. Près de 44 % de la population mondiale appartient à l'ensemble des pays à fécondité déficitaire

1- la fécondité selon l'âge :

Selon le tableau n° 02, dans les régions les moins avancées et celles les moins développées, les femmes âgées entre 20 -24 ans ont la fécondité la plus élevée, tandis que pour celles des régions développées c'est le groupe 25-29 ans qui enregistre le taux le plus élevé 95 naissances pour 1000 femmes.

En Afrique, la procréation présente la même fréquence chez les jeunes et chez les moins jeunes, mais dans presque toutes les autres régions, les deux tiers des grossesses concernent des femmes de moins de 30 ans. En Europe, la fécondité, est étendue vers les âges plus élevés. En Europe orientale, les femmes de moins de 30 ans occupent 79 % de la fécondité alors qu'en Europe occidentale, elle n'occupe que 56 %.

On assiste à une baisse de la fécondité des femmes jeunes résultant du report de leur première grossesse. L'âge moyen à la procréation est en recul lié., en quelque sorte au recul de l'âge au mariage.

Tableau n° 02 : Evolution du taux de fécondité par âge dans le monde (2008)

Principales régions	Taux de fécondité par groupe d'âge pour 1000 femmes						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Régions plus développées	24	74	95	81	35	6	0
Régions moins développées	47	164	160	87	41	14	4
Régions plus avancées	130	237	228	184	124	61	22
Monde	55	159	157	95	45	16	4
Afrique Australe	70	143	145	109	71	30	10
Afrique centrale	189	293	269	227	159	81	24
Afrique Du Nord	37	136	174	148	92	35	9
Afrique Occidentale	120	255	253	219	158	82	34
Afrique Orientale	147	244	269	233	164	74	23
Afrique	116	223	234	199	137	64	21
Amériques du Nord	41	99	113	94	43	8	1
Amérique latine et caraïbes	80	139	127	88	50	17	3
Amérique centrale	79	145	139	96	55	16	3
Amérique du Sud	81	137	121	84	48	17	3
Caraïbes	69	143	129	94	50	17	5
Asie centrale du sud	69	213	179	101	49	17	6
Asie du sud est	40	126	148	103	62	20	3
Asie occidentale	2	121	140	52	12	2	0
Asie orientale	45	152	178	135	83	32	11
Asie	41	164	159	81	35	12	3
Europe du nord	21	65	99	97	46	9	0
Europe du sud	12	47	81	86	40	7	0
Europe occidentale	9	53	108	98	40	7	0
Europe orientale	28	88	77	42	15	3	0
Europe	20	70	87	73	31	6	0
Océanie	33	104	139	124	62	17	3
Australie	16	54	103	113	54	10	0
nouvelle Zélande	27	76	110	128	61	13	1

Source : PRB,2008 .

1- La Contraception :

La contraception est l'un des facteurs qui contribuent à modifier le niveau de la fécondité. L'utilisation de la contraception a été présente pendant plusieurs siècles et à travers le monde entier. Mais les techniques diffèrent passant de méthodes primitives et parfois inefficaces aux méthodes modernes et souvent efficaces. Le développement de la médecine et de la recherche ont permis de différencier l'offre contraceptive aux clients utilisant la planification familiale avec un taux de réussite plus élevé et une pratique moins dangereuse ce qui a abouti à l'accroissement du taux d'utilisation contraceptive.

Au cours des années passées, une amélioration de la pratique contraceptive a été observée dans le monde entier mais avec des différences selon les régions. Cet accroissement est dû d'une part aux interventions des Nations Unies et certaines organisations non gouvernementales et d'autre part aux changements économiques et sociaux qui ont une influence sur les comportements des couples dans le but de réduire leurs descendance en utilisant des contraceptifs.

L'utilisation des méthodes modernes de contraception a progressivement amélioré dans la majorité des pays en développement. Par contre en Afrique Sub-saharienne l'évolution de la pratique contraceptive se fait lentement et dans quelques pays enregistre même une stagnation telle qu'en Sénégal.

Mais malgré cette amélioration dans l'utilisation des contraceptifs, il existe toujours près de 230 millions de femmes, dans le monde en âge de procréer qui n'utilisent aucune méthode de contrôle des naissances (FNUAP, 1999a, p).

Selon les données élaborées par Population Référence Bureau en 2008, le taux de la pratique contraceptive au niveau mondiale est de 63 %, avec 71% pour les pays développés et 62 % pour les pays en développement contre seulement 58 % en 1998 (Nations Unies, World contraceptive Use 1998, 1999) et 38 % en 1980 (Nations Unies, 1984, p. 28) . C'est l'Afrique qui enregistre le taux le plus faible, avec seulement 30 % en 2008 contre 20 % en 1998 (Nations Unies, 1999).

Les méthodes modernes sont plus utilisées (57 %) que les méthodes traditionnelles (7%) dans le monde. Parmi les méthodes modernes c'est la stérilisation féminine qui est la plus utilisée avec 21% contre seulement 4 % chez les hommes, suivi par le dispositif intra utérin (14 %) et la pilule avec 8 % . Les autres méthodes représentent une proportion inférieure ou égale à 6%. Ainsi , les hommes contribuent avec seulement 10 % avec deux principales méthodes qui sont le préservatif et la stérilisation masculine qui enregistrent 6% et 4% respectivement.

Selon toujours les mêmes données, le choix contraceptif diffère d'une région à une autre. Par exemple dans les pays développés, on observe la dominance de l'utilisation du préservatif (20 %) suivi par la pilule (18 %) par contre la stérilisation féminine vient en troisième rang avec seulement 13 % .

Encore, la grande remarque tirée de ces données , est que jusqu'à nos jours 11 % des femmes vivant dans les régions développées utilisent encore des méthodes traditionnelles représentées principalement par l'abstinence et le retrait , ce qui reflète le maintien des méthodes traditionnelles et le respect des habitudes pour maîtriser la fécondité.

Malgré , une augmentation spectaculaire de l'accès à la contraception à travers le monde , mais qui reste encore insatisfaisante plus de 120 millions de couples ont des besoins non satisfaits en contraceptifs et chaque année , on estime à environ 80 millions

de grossesses involontaires ou non désirées dont 45 millions sont interrompues (The lancet, 2006, p.1).

Tableau n°03 : Répartition du taux d'utilisation contraceptive selon la méthode et la région en 2008

Principales régions	Nbre de couples en âge de reproduction (millions)	Taux d'utilisation Toute méthode %	Taux d'utilisation en %								Méthodes Traditionnelles
			Stérilisation		pilule	DIU	Condom	Injection	Autres méthodes modernes	Total des méthodes modernes	
			M	F							
Régions plus développées	298	71	-	13	18	6	20	-	3	61	11
Régions moins développées	1443	62	3	22	7	15	4	4	1	56	6
Régions moins avancés (sauf la chine)	1077	53	1	18	9	6	4	5	1	45	8
Monde	1741	63	4	21	8	14	6	4	1	57	7
Afrique Sub-Saharienne	195	23	-	2	5	1	2	7	1	18	5
Afrique de l'Ouest	69	13	-	Z	3	1	2	2	1	9	4
Afrique Du Nord	53	60	-	2	26	22	2	-	1	54	7
Afrique de l'est	74	26	-	2	6	1	1	10	1	21	5
Afrique Centrale	28	19	-	1	1	z	4	1	z	7	12
Afrique Australe	15	58	1	13	11	1	5	27	z	58	Z
Afrique	239	30	-	2	8	5	2	7	1	25	5
Amériques du Nord	83	74	12	21	18	2	12	2	2	69	5
Amérique latine et caraïbes	156	72	2	31	13	7	5	4	1	63	8
Amérique centrale	41	67	1	29	8	12	4	5	Z	59	8
Amérique du Sud	104	76	-	34	17	4	5	4	1	66	9
Caraïbes	11	62	-	22	8	-	7	5	1	58	4
Asie centrale du sud	441	54	1	28	6	4	5	1	Z	46	8
Asie du sud est	160	60	1	8	15	9	2	16	2	53	7
Asie de l'Ouest	58	55	-	3	9	15	6	1	2	36	19
Asie de l'Est	415	85	7	30	2	36	7	Z	1	83	3
Asie	1074	67	3	25	6	18	6	3	1	61	6
Europe du nord	23	82	-	-	33	11	28	-	-	77	6
Europe du sud	37	62	4	6	10	5	-	5	1	44	17
Europe de l'Est	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	181	-	-	--	-	-	-	-	-	-	-
Océanie	9	72	10	9	22	1	17	3	2	64	8
Australie	5,1	84,8	11,2	8,6	26,8	1,2	22,9	1,9	2,3	74,9	9,9
nouvelle Zélande	1,1	74,1	19,3	14,4	20,5	3,3	11,3	1,8	0,8	71,5	2,7

Source : PRB , 2008,Fiche de données

2- Morbidité et mortalité maternelle :

La mortalité maternelle est un indicateur sensible qui reflète la condition de procréation chez la femme dans une société, et son accès aux soins médicaux. Les taux de mortalité maternelle diffèrent d'une région à une autre selon le niveau de développement.

L'organisation mondiale de la santé estime que chaque année près de 600 000 femmes meurent dans le monde suite à des causes liées à la maternité, avec une concentration dans les pays en développement. On estime que dans ces régions, le taux de mortalité des femmes en âge de procréer et lié à la maternité à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il est 50 fois plus élevé que celui des régions développées.

D'après les dernières estimations dans le monde, environ 536 000 femmes sont mortes des complications liées à l'accouchement et à la grossesse en 2005 (OMS, 2008). L'Asie et l'Afrique se partagent, pratiquement à égalité, 95 % de ces décès. Viennent ensuite l'Amérique latine et les Caraïbes avec 4 % (15 000), puis les régions les plus développées du monde avec moins de 1 % (960).

Compte tenu des marges d'erreur extrêmement importantes, le nombre des décès liés à la maternité ou l'accouchement s'inscrit dans une fourchette allant de 277 000 à 817 000. Malgré une légère augmentation par rapport à 1995 (515 000 décès). En général, une tendance à la hausse est observée ce qui nécessite de s'attaquer aux causes de la mortalité maternelle.

Le ratio de mortalité maternelle représente le risque obstétrical associé à chaque grossesse. Il était estimé à 400 pour 100 000 naissances vivantes pour l'ensemble du monde en 2005. C'est en Afrique qu'il est le plus élevé (820). Vient ensuite l'Asie (330), suivie par l'Océanie (430), l'Amérique latine et les Caraïbes (130), et enfin les pays développés (9).

Des taux de mortalité maternelle d'au moins 1 000 ont été enregistrés dans 14 pays du monde qui se trouvent tous (exception faite de l'Afghanistan) en Afrique subsaharienne. Le taux le plus élevé du monde (2 100) est enregistré en Sierra Leone, contre seulement TMM égale à 1 en Irlande.

Le TMM indique le risque de décès auquel une femme est exposée pendant chaque grossesse. Dans les régions où le taux de fécondité est élevé, comme l'Afrique subsaharienne, chaque femme court ce risque à de nombreuses reprises. En Afrique, la probabilité qu'une jeune femme de 15 ans décède de causes liées à la maternité (risque de mortalité maternelle à l'échelle d'une vie entière) est la plus élevée avec un taux de 1 sur 26, alors qu'on estime que celui-ci ne dépasse pas 1 sur 7 300 dans les pays développés (voir Tableau n° 04).

Tableau n° 04 : Répartition du taux de mortalité maternelle dans le monde

Principales régions	1995		2000			2005		
	Ratio 100000 NcesV.	Nbre de décès	Ratio 100000 NcesV.	Nbre de décès	Risque 1 sur	Ratio 100000 NcesV.	Nbre de décès	Risque 1 sur
Monde	400	515 000	400	529 000	74	400	536000	92
Régions développées	21	2 800	20	2 500	2 800	9	960	7 300
Régions en développement	440	512 000	440	527 000	61	450	533 000	74
Europe	28	2 200	24	1 700	2 400	27	2 900	23 000
Afrique Sub-saharienne	1 100	265 000	920	247 000	16	900	270000	22
Afrique Du Nord	200	7 200	130	4 600	210	160	5 700	210
Afrique	1000	272000	830	251 000	20	820	276000	26
Amérique latine et caraïbes	190	22 000	190	22 000	160	130	15 000	290
Asie centrale du sud	410	158000	520	207 000	46	490	188 000	61
Asie du sud est	300	35000	210	25 000	140	300	35 000	130
Asie de l'Ouest	230	11 000	190	9 800	120	160	8 300	170
Asie de l'Est	55	13000	55	11 000	840	50	9 200	1 200
Asie	280	217000	330	253 000	94	330	241000	120
Océanie	260	560	240	530	83	430	890	62

Source : Pour 1995 et 2000, Nations Unies, 2000, MDG région, p 12.

Pour 2005, OMS,2008

Pour l'Europe en 2005 : OMS,2008, p 39.

- Europe : inclus Canada, USA, Japon , Australie et New Zélande
- L'Afrique du Nord sans le soudan qui est comptabilisé avec l'Afrique Sub-saharienne

Dans le monde entier, les complications obstétricales sont les principales causes de décès chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans. Cela est principalement dû aux complications à l'accouchement et aux avortements non médicalisés. Pour des raisons physiologiques et sociales, le risque de mourir en couches est deux fois plus grand entre 15 et 19 ans qu'après 20 ans. Avant 15 ans ce risque est cinq fois plus grand que chez les plus de 20 ans.

Le cinquième objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) parmi les huit objectifs adoptés lors du Sommet du Millénaire en 2001 est d'améliorer la santé maternelle, avec pour cible une réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle (TMM) – le nombre de décès liés à la maternité pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015, ce qui suppose une baisse annuelle de 5,5 % dès 1990 n'est pas

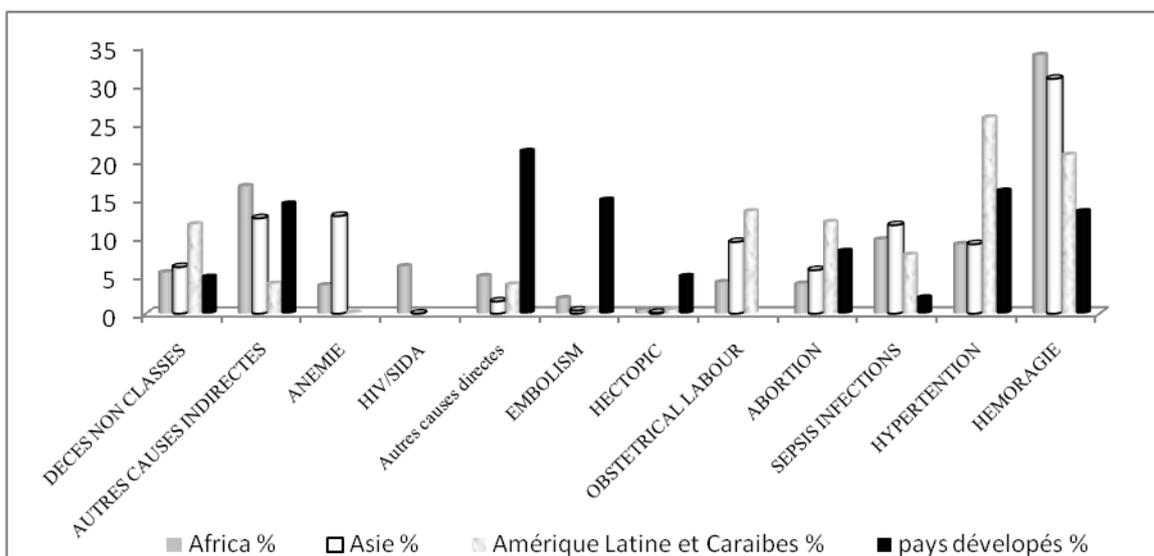
encore été atteint . Cependant, comme le montre le tableau n° 4, la mortalité maternelle (représentée par le RMM) a baissé au niveau mondial, à un rythme moyen de moins de 1 % par an entre 1995 et 2005. De plus, à l'intérieur d'une même région , la baisse annuelle n'a atteint la valeur cible de 5,5 % entre 1995 et 2005, même si l'Asie orientale s'en est approché avec un taux annuel de 4,2 %.

Pour atteindre les objectifs dessinés par les OMD, les ratio de la mortalité maternelle doivent baisser à un rythme beaucoup plus rapide particulièrement en Afrique Sub-saharienne, qui n'enregistre jusqu'à présent qu'une baisse de 0,1 % environ. Il faudra donc multiplier davantage les efforts sur l'amélioration des soins de sante pour les femmes, notamment sur la prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque et sur la fourniture de soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement, y compris des soins obstétricaux d'urgence.

En Afrique, moins de 50 % des accouchements sont réalisés par un personnel qualifié, d'après les données les plus récentes– bien que cette proportion soit passée de 47 % a 57 % entre 1990 et 2005 (OMS,2008) dans toutes les régions en développement, comme l'indique le rapport 2007 des objectifs du Millénaire pour le développement . Ces chiffres sont de très loin inférieurs à la valeur cible mondiale pour cet indicateur, fixée lors d'une session spéciale de l'Organisation des Nations Unies en 1999 et qui visait à assurer à l'horizon 2015 une prise en charge d'au moins 90 % des accouchements par un personnel qualifié.

D'après les valeurs des deux indicateurs retenus pour mesurer la mortalité maternelle, il reste beaucoup à faire pour accélérer les progrès en vue de la réalisation de l'OMD 5 .

Figure n° 01 : Distribution des causes de décès maternels dans le monde



Source : OMS, Octobre 2006, p 4.

3- Infertilité :

L'infertilité est définie selon l'OMS par une période de deux années de vie en couple et d'exposition à la reproduction sans grossesse. Cependant, les médecins considèrent généralement que l'on peut parler d'infertilité après une année d'attente (Habbema 2004; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine 2004).

Etre mère est un désir essentiellement naturel, et devenir père est un caractère fondamental et existentiel, pour l'individu et la société. Depuis plusieurs années les médecins se sont intéressés au problème de stérilité, qui se définit généralement comme l'incapacité de procréer ; cette incapacité fonctionnelle se mesure au bout deux ans de rapports sexuels réguliers sans contraception, non suivis de grossesse. Les principales causes de stérilité chez la femme sont la stérilité tubaire suite, par exemple, à une infection (Chlamydia) et la stérilisation volontaire. Chez l'homme, la stérilité est due, souvent, à une azoospermie (absence de spermatozoïdes).

Avec la stérilité, le couple se trouve incapable de parvenir à une grossesse. Ce n'est que récemment qu'on s'intéressé à la stérilité masculine, au paravent, on attribué la stérilité uniquement à la femme. Il existe deux types de stérilité chez la femme :

-La stérilité définitive ou primaire : c'est l'incapacité de concevoir ou de mener une grossesse à terme, dont 3 à 10 % des cas sont imputables à des facteurs génétiques , anatomiques ...

-la stérilité partielle ou secondaire : c'est l'incapacité de concevoir ou de mener une grossesse à terme à la suite d'un accouchement.

Une personne sur 10 dans le monde serait dans l'incapacité d'avoir l'enfant qu'elle désire et 8 % à 12 % des couples sont confrontés à une forme de stérilité au cours de leur vie reproductive (Organisation Mondiale de la Santé 1991, p 2) . Différentes pathologies peuvent expliquer ces problèmes d'infertilité, elles sont regroupées en deux grandes catégories.

-Premièrement, les infertilités liées à des problèmes anatomiques, génétiques, endocrinologiques et immunologiques dont la fréquence est de l'ordre de 5% dans l'ensemble des populations (Daar, 2002, p.15) .

-Deuxièmement, les infertilités liées à des causes dites « évitables ». Il s'agit principalement des infertilités causées par des infections de l'appareil génital avec trois grands groupes de pathologies : les infections transmises sexuellement (ITS) en particulier la gonorrhée et l'infection à Chlamydia, les infections post-partum et post-avortement, la tuberculose pelvienne et la schistosomiase.

Ainsi, en Afrique Subsaharienne, on estime qu'un tiers des couples souffrent d'infertilité (Daar, 2002) . Ces taux d'infertilité dans les pays du Sud doivent être considérés comme des estimations basses car on dispose en réalité de peu de données sur le sujet, en particulier sur le continent Asiatique (Daar, 2002).

Pour lutter contre la stérilité, la médecine a mis au point différentes méthodes et techniques de procréation médicalement assistée qui se sont développées depuis 20 ans de façon exponentielle, mais il reste à savoir les contraintes éthiques et religieuses de ces techniques.

4- Sexualité des adolescents :

Les adolescents, et en particulier les adolescentes, apparaissent de plus en plus comme une population vulnérable en terme de santé sexuelle et reproductive .La sexualité a subi des changements, aujourd'hui dans le monde entier, les jeunes vivent leur sexualité à un âge plus précoce. Les études sur le sujet, ont expliquée cette tendance par le changement des relations familiales ainsi qu'à la baisse de l'âge de la puberté. Cette tendance est aussi observée dans les pays où les relations sexuelles ne sont légitimées que dans le cadre du mariage et ceci suite à la dégradation de la situation sociale et financière des jeunes.

Cette sexualité précoce expose les jeunes quel que soit leur sexe à des risques d'infection sexuelle tels que le SIDA et aussi à des grossesses précoces et non désirées qui transforment radicalement la vie des jeunes.

Selon les estimations, plus de 15 millions de femmes dans le monde, âgées de 15-20 ans accouchent chaque année. Mais cette estimation néglige les grossesses chez les moins de 15 ans , qui représentent une fréquence considérable.

Depuis plusieurs années, la procréation avant 20 ans a toujours été considérée comme un grave problème social et sanitaire. En effet, le fait d'avoir des enfants à un âge précoce limitera les chances de la femme à poursuivre ces études et aussi comporte des risques sur la santé de la mère ainsi que son enfant.

Le taux de mortalité chez les moins de 15 ans est 5 fois plus élevé que chez les 20-24 ans . Celui des 15-19 ans est deux fois plus élevé par rapport aux 20-24 ans.

Mais avec à ces risques biologiques s'ajoutent aujourd'hui des risques sociaux : alors que la plupart des grossesses chez les adolescentes provenaient auparavant de mariages précoces , on sait aujourd'hui avec le recul de l'âge au mariage dans les pays africains , qu'il y a une augmentation des grossesses illégitimes chez les jeunes filles , qui avortent soit pour continuer leurs études, soit pour échapper au courroux des parents , des tuteurs et la société en général. Ces avortements qui sont généralement clandestins pratiqués dans des conditions défavorables et peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des jeunes filles et leur fécondité ultérieure.

La sexualité pré maritale s'intensifie tandis que les normes sociales ne la reconnaissent pas, les programmes de prévention des IST et des grossesses n'ont pas le succès escompté, l'avortement reste illégal et l'abandon des nouveaux nés ou l'infanticide deviennent parfois la seule solution pour échapper à une maternité non acceptée.

5- Les infections sexuellement transmissibles :

Les infections sexuellement transmissibles (IST), représentent un grave problème de santé publique dans le monde entier. Chaque jour, près d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissibles. Ce chiffre englobe aussi l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Parmi les conséquences des IST figurent des symptômes aigus, une infection chronique et des effets graves tels que la stérilité, cancer du col de l'utérus, grossesse extra utérine décès du nourrisson ou décès prématuré.

Il existe plus de 30 bactéries , virus et parasites pathogènes qui sont sexuellement transmissibles et qui se transmettent dans la majorité des cas lors des rapports sexuels mais aussi de la mère à son enfant pendant la grossesse et lors de l'accouchement . Les infections sexuellement transmissibles les plus connues sont : La syphilis, la blennorragie, les chlamydia et le trichomonas ainsi que le SIDA.

On enregistre chaque année dans le monde plus de 340 millions de nouveaux cas d'infections bactériennes et protozoaires sexuellement transmissibles. Un cas sur quatre de ces infections conduit à la stérilité. Une syphilis précoce non traitée chez la femme entraîne un taux de mortalité de 25 % et cause 14 % de décès de nouveau-nés, soit un taux global de mortalité périnatale de 40 %. Dans les pays de faibles ressources, environ 240 000 femmes meurent précocement suites d'un cancer du col de l'utérus (OMS,2007, p 1).

Au niveau mondial, pas moins de 4 000 nouveau-nés perdent la vue chaque année à la suite d'une infection ophtalmique due à une gonococcie ou une chlamydia maternelle qui n'a pas été soignée (OMS, 2007, p 1).

Avec le développement de la santé illustré dans le progrès de la vaccination, la contraception (condom), les antibiotiques modernes ont pu lutter contre ces infections mais les disparités régionales persistent toujours. La plus forte proportion étant dans la région de l'Asie du Sud et du sud Est, suivi de l'Afrique subsaharienne, puis de l'Amérique latine et les Caraïbes. A l'échelle mondiale, l'ensemble de ces infections pèsent très lourde sur la santé, l'économie et la famille, en particulier dans les pays en développement, où elles représentent 17 % des pertes économiques dues aux problèmes de santé.

Tableau n° 05 : Répartition des cas d'IST selon les grandes régions du monde

Régions	1999	
	Nombre de cas (en millions)	Prévalence Pour 1000
Afrique		
Afrique du Nord et de l'Asie Occidentale	3,5	21
Afrique Sub-saharienne	32	119
Amérique du Nord	3	19
Amérique Latine et Caraïbes	18,5	71
Europe	-	-
Europe Orientale et Asie Centrale	6	29
Europe occidentale	4	20
Australie	0,3	27
Asie		
Asie de l'Est et le Pacifique	6,0	7
Asie du Sud et du Sud Est	48	50
Monde	116,5	-

Source : Pour 1999 : OMS,2001, prévalence et incidence mondiales

de certaines IST curables : vue d'ensemble et estimations

Selon les données du tableau n° 05, le nombre annuel des IST sans le SIDA est de 333 millions de cas, avec une concentration dans l'Afrique. Les femmes sont plus touchées que les hommes par ces IST, leur nombre est cinq fois plus élevé que ce lui des hommes. Les femmes sont généralement victimes des relations occasionnelles et des relations à risques que leurs provoquent les hommes. L'infécondité est la conséquence principale de telles pathologies. On estime près de deux tiers des femmes qui sont atteintes.

Ce n'est qu'avec l'apparition de l'épidémie du SIDA, que l'intérêt pour la prévention contre la transmission de ces infections est accrue et fait l'objet d'une grande attention. Au paravent les programmes étaient axés sur la prévention des complications.

-La situation du VIH / SIDA:

L'épidémie du SIDA, présente des visages très différents selon les continents. Dans certains pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH est en baisse. Le taux estimé des décès dus au sida a également baissé, en raison de l'élargissement de l'accès aux médicaments antirétroviraux dans le milieu où les ressources sont limitées.

Au niveau mondiale, la fréquence mondiale des personnes vivants avec le VIH s'est stabilisée depuis 2000. En 2007, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 2,7 millions de nouvelles infections à VIH et deux millions de décès liés au SIDA. Le taux de nouvelles infections à VIH a chuté dans plusieurs pays mais à l'échelle mondiale, ces tendances favorables sont partiellement au moins, contre balancées par de nouvelles infections dans d'autres pays.

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par le VIH , avec 67 % de toutes les personnes vivantes avec le VIH et 75 % des décès dus au sida en 2007. Cependant , certaines des augmentations les plus préoccupantes concernant le nombre de nouvelles infections se produisent aujourd'hui dans des pays très peuplés d'autres régions tels que la fédération de Russie, l'Indonésie et divers pays à revenu élevé.

Dans 14 des 17 pays africains disposant de données d'enquêtes, le pourcentage de jeunes femmes enceintes (15-24 ans) vivant avec le VIH a baissé depuis 2000-2001. Dans sept pays , la chute du nombre des infections a été égale ou supérieure à la baisse de 25 % prévue pour 2010 dans le déclaration d'engagement.

Tableau n° 06: Répartition des cas de VIH et SIDA dans le monde en 2008

	Adultes et enfants vivants avec le VIH (10 ⁶)	Nouveaux cas d'infections à VIH chez les adultes et les enfants	Prévalence chez les adultes (15-49 ans) (%)	Décès dus au SIDA chez l'enfant et l'adulte
Amérique du Nord	1,4 millions (1,2 – 1,6)	55 000 (26 000-61 000)	0,6 (0,5- 0,7)	23 000 (9 100- 55 000)
Europe Occidentale et centrale	850 000 (710 000- 970 000)	30 000 (23 000-35 000)	0,3 (0,2- 0,3)	13 000 (10 000-15 000)
Europe orientale et Asie centrale	1,5 millions (1,4- 1,7)	110 000 (100 000-130 000)	0,7 (0,6-0,8)	87 000 (72 000-110 000)
Asie de l'est	850 000 (700 000-1 000 000)	75 000 (58 000-88 000)	< 0,1 (< 0,1)	59 000 (46 000-71 000)
Afrique du nord et moyen orient	310 000 (250 000-380 000)	35 000 (24 000- 46 000)	0,2 (< 0,2- 0,3)	20 000 (15 000-25 000)
Caraïbe	240 000 (220 000-260 000)	20 000 (16 000-24 000)	1,0 (0,9-1,1)	12 000 (9 300- 14 000)
Asie du sud et sud est	3,8 millions (3,4 -4,3)	280 000 (240 000-320 000)	0,3 (0,2-0,3)	270 000 (220 000-310 000)
Amérique latine	2,0 millions (1,8-2,2)	170 000 (150 000-200 000)	0,6 (0,5- 0,6)	77 000 (66 000- 89 000)
Afrique subsaharienne	22,4 millions (20,8-24,1)	1,9 millions (1,6-2,2)	5,2 (4,9-5,4)	1,4 millions (1,1 – 1,7)
Océanie	59 000 (51000-68000)	3 900 (2 900-5 100)	0,3 (<0,3-0,4)	2 000 (1 100- 3 100)
Total	33,4 millions (31,3-35,8)	2,7 millions (2,4-3,0)	0,8 (< 0,8 – 0,8)	2,0 millions (1,7- 2,4)

Source : OMS,ONUSIDA,2009.

Au niveau mondiale, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est resté stable (à 50 %) depuis plusieurs années même si le proportion des infections chez les femmes augmente dans plusieurs pays .

Le nombre d'enfants vivants avec le VIH dans le monde poursuit son augmentation régulière. On estime que plus de 90 % des enfants vivant avec le VIH ont contracté le virus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement . Une petite fréquence des infections à VIH chez les enfants est provoquée par des injections contaminées, la transfusion

de sang ou de produits sanguins infectés, les violences sexuelles et les rapports sexuelles (mais ce mode de transmission est important parmi les adolescents). En 2007 , on estime que 270 000 enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH sont morts à cause du sida dont plus de 90 % d'entre eux en Afrique subsaharienne.

Tous les gouvernements se conforment aux engagements qu'ils ont pris lors de la rencontre de haut niveau des nations unies sur le VIH sida de 2006, concernant l'élargissement de l'accès universel à la prévention , au traitement , aux soins et à l'appui en matière de VIH .

En Afrique, la prévalence élevée de l'infection à VIH chez les femmes explique l'ampleur de la contamination des enfants par la transmission materno - infantile et le nombre d'orphelins du SIDA : 70 % des jeunes vivant avec le VIH et 90 % des orphelins du SIDA vivent sur ce continent.

La peur d'être stigmatisé empêche les femmes, les hommes et les jeunes de s'occuper de leur santé sexuelle et reproductive. Le SIDA aujourd'hui est la quatrième cause de mortalité à l'échelle mondiale.

Dans pratiquement toutes les régions à l'exception de l'Afrique subsaharienne , le VIH touche de manière disproportionnée les consommateurs de drogue injectables , les hommes qui ont des rapports sexuelles avec des hommes et les professionnels du sexe.

Aujourd'hui, c'est le rapport hétérosexuel qui est le principal facteur de risque. On estime désormais que près de 50 % des malades atteints du VIH et SIDA sont des femmes (développement et genre en bref, n° 11, sep 2002). Le VIH SIDA touche les femmes davantage et de manière spécifique , entant qu'individus mais aussi parce que la société attend d'elles qu'elles soignent autrui.

6- L'Avortement :

Lors de la conférence Internationale de Nairobi en 1987, l'avortement était considéré comme un sujet d'importance mineure dans le débat concernant la façon de réduire le taux de décès suite à des causes liées à la grossesse, même si les complications d'avortement représentent environ 15% de tous les décès maternels et s'élève même à 30% dans certains pays (Patrick Fernand Thonneau, 2001, p. 159). Ce n'est qu'en 1994, lors de la conférence internationale de la population tenue au Caire , que l'avortement était reconnu comme problème majeur de santé publique par les agences internationales et les Nations Unies . il a été retenu de « considérer les avortements pratiqués dans des conditions précaires comme une préoccupation majeure de santé publique et de réduire le recours à l'avortement en améliorant la qualité et la couverture des services de planification familiale» (Rapport CIPD, 1994, p. 45).

L'avortement était traditionnellement interdit pour plusieurs motifs que nous pouvons les résumés dans ces 4 points :

- Le maintien de rites familiaux : dans de nombreuses sociétés , les enfants s'occupent de l'esprit de leurs ancêtres après la mort ; (c'est le cas de la tradition chinoise ou l'avortement n'a jamais été illégal ni interdit mais était

une décision familiale et ou sociale à laquelle la femme ne participait pas mais qu'elle subissait uniquement) ;

- démographiques : l'importance de la population en nombre représente une mesure de puissance et de ce fait les gouvernements pensent que l'autorisation de l'avortement fait baisser le nombre de naissances et donc par la suite l'effectif des populations ;
- religieux : les tenants des visions intégristes des religions interdisent l'avortement car elles le considèrent comme une atteinte à la vie humaine (notamment les religions monothéistes, mais aussi les religions orientales) ; par contre il existe d'autres lectures plus ouvertes qui l'autorisent, comme l'association catholique « Catholics for Choice » aux États-Unis d'Amérique ;
- inégalité entre les sexes : l'homme ayant la supériorité dans la décision d'avoir (ou non) un enfant, la femme se voyait refuser le droit de prendre la décision.

D'un point de vue religieux , on peut dire que la pratique de l'avortement est interdite . Mais cette interdiction est plus en moins , stricte selon des circonstances et l'état de développement du fœtus.

Par contre selon le point de vue juridique , c'est entre 1950-1985 que la quasi totalité des pays développés ont libéralisé leurs lois sur l'avortement pour des raisons de sécurité sanitaire et pour le respect des droits de l'homme.

Près d'une femme sur quatre dans le monde habite un pays où la loi restreint l'accès à l'avortement (Agnès Guillaume, Sept. 2005). Mais plus de la moitié des femmes des pays en développement sont originaires de pays où l'avortement est permis pour des raisons de santé ou pour des raisons socio-économiques ou parfois pour les deux à la fois.

Dans les pays où l'avortement est légalisé, cette légalisation peut parfois imposer des restrictions et des conditions qui limitent en fait l'accès des femmes à une telle pratique : le stade de gestation, les services et les praticiens désignés, les procédures de consentement, l'assistance psychologique imposée ou les longues périodes d'attente exigées.

Environ 25 % de la population mondiale vit dans les pays où la législation sur l'avortement est très stricte . C'est le cas de l'Amérique Latine, l'Afrique et l'Asie (Womenwave, 2003). L'avortement est le plus réprimé dans ces régions.

En 2008, 61 % de la population mondiale vivent dans les pays où l'avortement est autorisé pour des raisons précises ou sans restrictions (ONU, 2008).

39,3 % (56 pays) de la population mondiale vivent dans les pays qui autorise l'avortement à la demande de la femme dans les 12 premières semaines ;

25,7 % (68 pays) de la population résident dans les pays qui autorise l'avortement pour préserver la vie de la femme ou l'interdit totalement ;

9,6 % (35 pays) vivent dans les pays qui autorise l'avortement pour la seule raison de préserver la santé physique de la mère ;

4,2 % (23 pays) vivent dans les pays qui autorise l'avortement si la santé mentale de la mère se trouve menacée (PRB, 2007) ;

Et 21,3 % (14 pays) de la population mondiale vivent dans les pays qui autorise l'avortement pour des raisons socio économiques en plus des raisons médicales (the world'S abortions laws, May 2008).

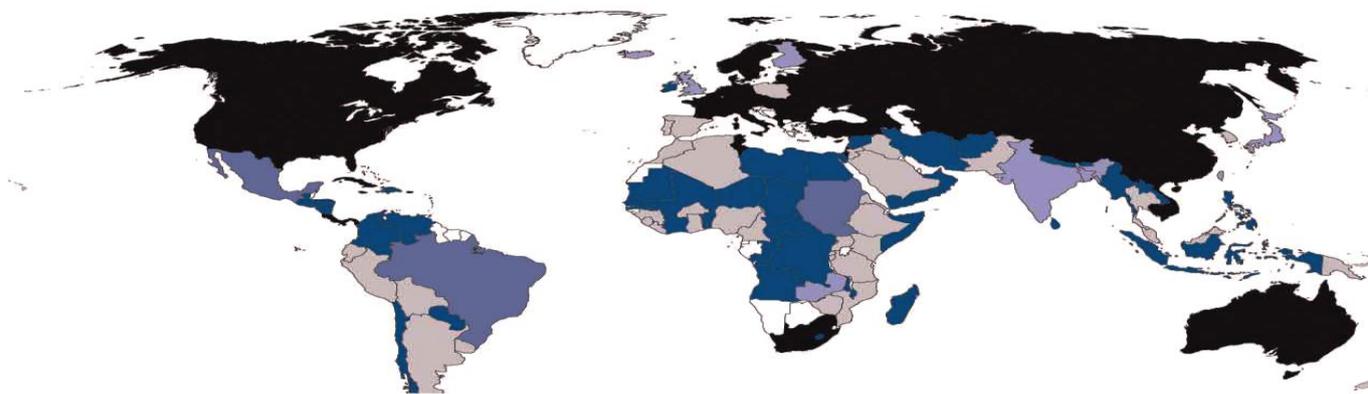
Dans les pays industrialisés 71 % des femmes ont le droit de décider elles mêmes d'interrompre une grossesse non désirée. Mais selon une étude approfondie des législations européennes menée par l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) en 2004 concernant l'avortement, il en résultait que de nombreux pays européens empêchent encore les femmes d'avorter durant les 12 premières semaines (exemple de l'Irland, la Pologne... (IPPF, 2004).

A ce jour le Canada est le seul pays qui dépénalise totalement l'avortement . C'est en 1988, que la cour suprême de ce pays a annulé la loi fédérale sur l'avortement et elle n'a pas été remplacé , bien que des réglementations existent au niveau provincial , toute nouvelle pénalisation de l'avortement serait illégale (ICMA, 2003).

En Afrique 53 pays n'interdit pas totalement l'avortement . Seuls le Cap Vert, la Tunisie et L'Afrique du Sud l'autorisent à la demande de la femme et cela depuis la conférence du Caire de 1994 , au cours de laquelle les pays se sont engagés à respecter les droits reproductifs des femmes mais cette pratique n'étant souvent admise que pour des raisons sanitaires.

En Amérique Latine en 2006, la Colombie et l'Uruguay en 2007 ont assoupli leur position en l'autorisant pour des causes plus larges, tandis que le Nicaragua l'a totalement interdit, et, au contraire, le district fédéral de Mexico, en 2007, l'a rendu légal jusqu'à 12 semaines de grossesse. Mais dans beaucoup de pays, ce droit reste plus théorique que réel du fait de l'existence de barrières d'accès aux services de santé, mais aussi de barrières culturelles, morales et légales : ainsi, par exemple, on peut citer des cas de refus du droit à l'avortement en cas de viol dans pas mal de pays.

Figure n° 02 : Répartition du droit à l'avortement à travers le monde



Légende:

- Recours possible en principe (mais peut être sujet à différentes restrictions légales)
- Autorisé et organisé tant sur le plan social que sanitaire
- Autorisé mais disposant sur le plan sanitaire d'une organisation limitée
- Autorisé dans les cas spéciaux (viol, inceste, risque pour la vie de la femme)
- Illégal ou autorisé seulement en cas de risque pour la vie de la mère
- Pas d'informations

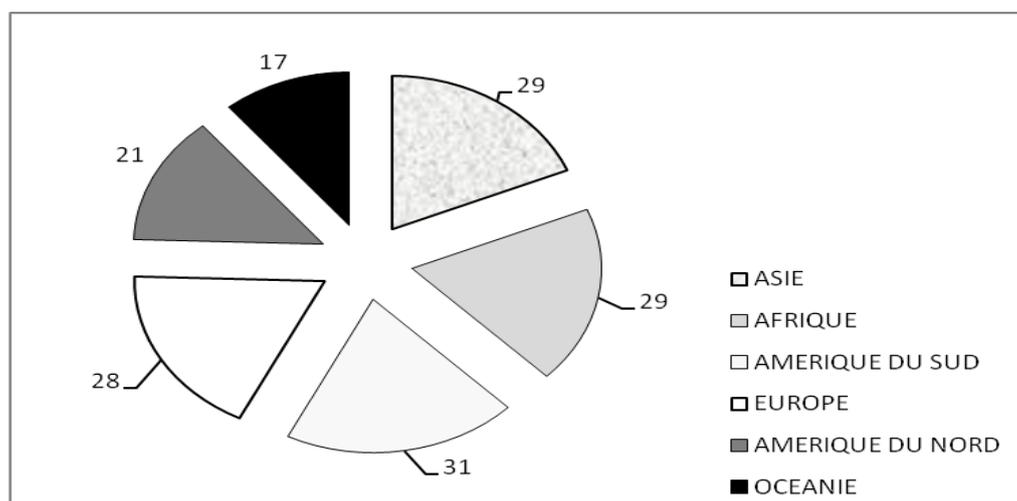
Source : ATLAS, 2006

L'ampleur du problème dans le monde :

L'illégalité de l'avortement et les sanctions sociales et morales qui pèsent sur cette pratique expliquent le manque de données disponibles et fiables dans certains pays .

Dans le monde, le nombre de grossesses par an est de l'ordre de 210 millions, dont 182 millions surviennent dans les pays en développement. L'OMS estime en 2003 le nombre d'avortement provoqué à 42 millions contre 46 millions en 1995 (Gilda Sedgh et al., 2007), dont 20 millions reviennent aux avortements pratiqués dans des conditions non médicalisées. Parmi ces 20 millions, 97 % se produisent dans les pays en développement (International Women Health Coalition, Janvier 2008), avec une marge d'erreur de quelques millions, essentiellement due à une sous estimation dans quelques pays tels que la Chine, l' Inde et les états de l'ex -Union Soviétique.

Figure n° 03 : Répartition des avortements dans le monde année 2003



Source : INED, 2003.

D'après les données de la figure n° 03 , 29 % des femmes qui subissent un avortement vivent en Afrique avec la proportion en Asie, 31% en Amérique du Sud , 28% en Europe et 21% en Amérique du Nord .

En Europe , au cours de l'année 2007, plus de 1 200 000 avortements ont été enregistré , soit un avortement toutes les 25 secondes . Au cours de ces dix dernières années , plus de 19 millions d'enfants ont été éliminés . L'Espagne est le pays qui enregistre la plus grande augmentation avec plus de 126 % (62560 d'avortements de plus) au cours de ces dix dernières années , soit un avortement tous les 4,7 mn . Selon l'IPPF, une grossesse sur cinq finit par un avortement dont 14,2 % du total concernent des adolescentes de moins de 20 ans . Le taux d'avortement le plus faible est enregistré en Europe de l'Ouest (12 ‰) et le plus élevé en Europe du Sud (18 ‰) (EUROSTAT, 2009).

D'après les données publiées par Eurostat, au cours de la décennie 1997-2007, le nombre d'avortement n'a cessé d'augmenter en Espagne, Belgique, France, Grèce, la Finlande, la Hollande, en Suisse et en Royaume Uni. Mais en revanche sur la même période, le nombre d'avortement a baissé dans certains pays comme le Danemark, la Pologne, les trois pays Baltes, mais aussi en Italie, l'Allemagne et avec de fortes proportions en Hongrie, la Bulgarie et la Roumanie.

Tableau n° 07 : Répartition du taux de progression de l'avortement en pourcentage en (1997-2007)

Pays	Taux de progression
Espagne	+ 6,19%
Belgique	+ 36,12
Hollande	+ 26,40
Grèce	+ 25,53
Suède	+ 18,36
Royaume-Uni	+ 14,32
France	+ 3,93
Finlande	+ 2,88
Italie :	- 9,71
Allemagne	- 10,71
Danemark	- 12,64
Slovaquie	- 17,92
Hongrie	- 41,16
République tchèque	- 43,55
Lettonie	-45,73
Estonie	- 46,60
Slovénie	- 46,69

Sources : IPF, évolution de la famille en Europe et EUROSTAT, 2009

En Afrique , dans la plupart des pays les avortements provoqués sont interdits par la loi et sont généralement effectués clandestinement souvent dans des mauvaises conditions sanitaires.

Presque tous les avortements illégaux sont pratiqués dans les pays en développement: 3,7 millions de femmes en Amérique Latine et dans la Caraïbe, et 4,2 millions en Afrique mettent leur vie en danger lors d'un avortement à risques. Sur le plan juridique, les pays d'Amérique Latine et certains dans les caraïbes, comme ceux d'Afrique, connaissent un cadre restrictif , avec des législation qui ont peu évolué depuis l'époque la conférence du Caire.

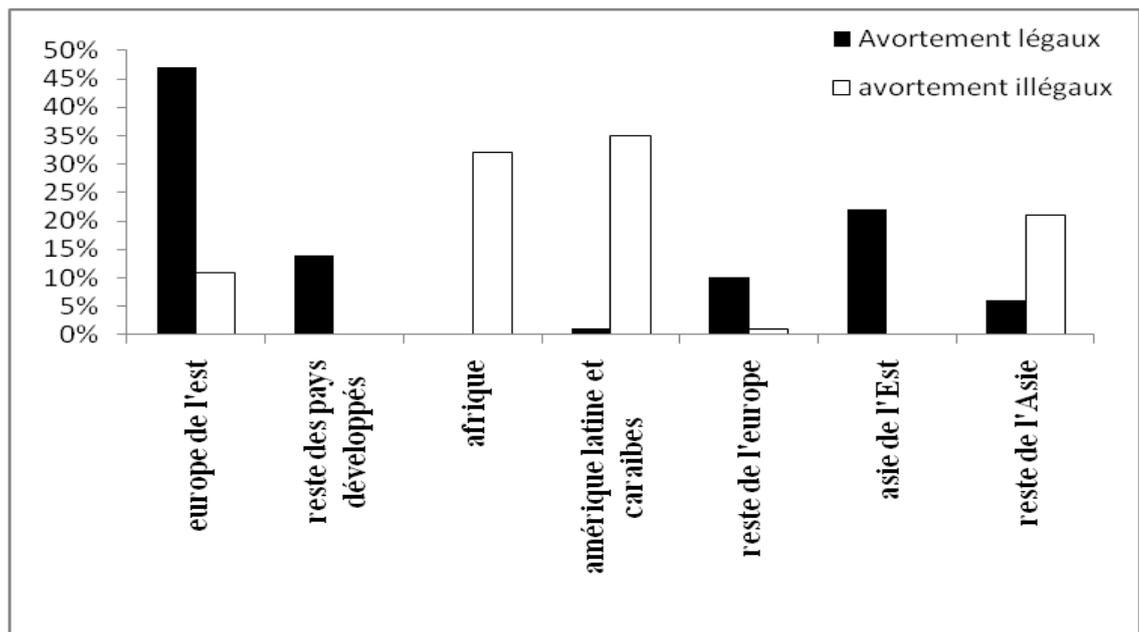
Le taux d'avortement est à peu près similaire d'un continent à l'autre : on estime en 2003 , pour 1000 femmes en âge de procréer une moyenne mondiale annuelle de 29. Ces chiffres ne reflètent notamment toute la vérité il y a une sous notification en particulier dans les pays où l'avortement est illégal.

En Europe, on rencontre aussi bien le taux le plus bas (moyenne de 7 pour 1000 en Europe occidentale) que le taux le plus haut (45 pour 1000 en Europe orientale). Il s'agit ici presque exclusivement d'interruptions légales avec une moyenne de 28 .

- On rencontre des taux relativement élevés en Amérique latine (31 pour 1000 femmes) et en Afrique (29/1000). Il s'agit le plus souvent d'avortements illégaux, puisque - à quelques exceptions près - ces pays ont les législations les plus restrictives.
- L'Asie elle aussi - où la législation varie énormément d'un pays à l'autre - fait état d'un taux de 33/1000. En Asie, un tiers environ des interventions sont illégales.
- Le taux s'élève à 21/1000 environ en Amérique du Nord et 17 en Océanie .

Parmi les 42 millions d'avortements pratiqués chaque année, on trouve 22 millions légaux et 20 millions illégaux. Avec la moitié des avortements légaux pratiqué en Asie, 1/5 dans les états de l'ex Union Soviétique et 15% en Europe et dans d'autres pays développés.

Figure n° 04: Répartition des avortements légaux et illégaux dans le monde



Source : Patrick Fernand Thonneau , 2001, p. 163.

Au niveau mondial, on enregistre un taux d'avortement de 35 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans; dont 20 pour 1000 sont légaux et 15 pour 1000 illégaux. Le taux global annuel d'interruptions volontaires de grossesse est très similaire dans les pays développés (36 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans) et les pays en développement (34 pour 1000 femmes). Ces taux deviennent fort différents lorsqu'on considère les modalités légales de ces pratiques.

La proportion d'avortements actuellement estimée au niveau mondial (35 pour 1000 femmes) signifie en fait que chaque femme a subi en moyenne un avortement au cours de sa vie. Un taux plus bas (22, par exemple, comme en Australie, aux Etats-Unis ou en Turquie) voudrait dire que la moyenne serait de moins d'un avortement par femme (0,7 dans les exemples cités). Un taux plus élevé (50, par exemple, comme en Bulgarie ou dans certains pays d'Afrique de l'Ouest) signifierait donc un nombre moyen d'avortements par femme qui pourrait être de 2 ou plus, durant la vie féconde. Les adolescentes et les femmes âgées de 40 ans et plus sont les catégories les plus exposées. La proportion de grossesses qui se terminent par un avortement est plus élevée au début et à la fin de la vie reproductive .

- Le poids des avortements pratiqués dans des conditions précaires dans le monde :

L'avortement dangereux a été défini par L'Organisation Mondiale de la Santé comme étant : « un avortement qui n'est pas pratiqué par les services ou personnes requises ». Mais d'après l'OMS cette définition ne tient pas compte des différences de qualité, de disponibilité ou d'autres différences importantes qui pourraient exister entre les services de santé". Pour les avortements, la légalisation et la sécurité de

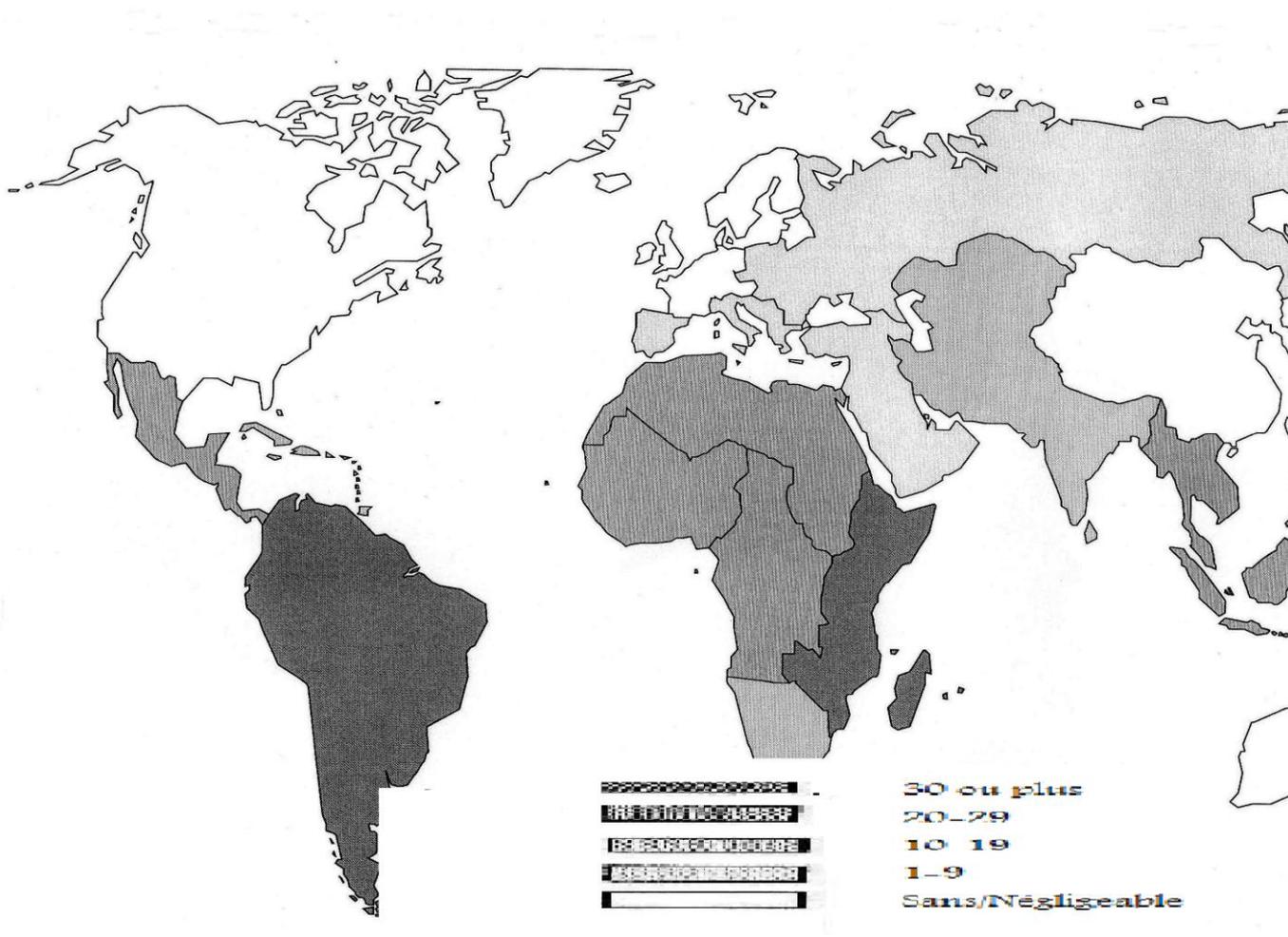
l'intervention vont en général de pair, mais malheureusement ce n'est pas toujours le cas. Inversement, là où l'avortement n'est pas légalisé, peu de femmes peuvent subir l'intervention dans des conditions adéquates. Généralement, ils sont réalisés dans des conditions sanitaires médiocres, et dans la majorité des cas clandestinement. De ce fait, ils sont la cause de complications graves et même d'une forte mortalité féminine dans de nombreux pays.

Chaque année, près de 5 millions de femmes sont hospitalisées pour les complications d'un avortement, et on recense plus de 68 000 décès, soit environ 13 % de la mortalité liée à la grossesse, dus aux complications d'avortement pratiqués dans de mauvaises conditions.

Beaucoup de femmes ont fait l'expérience d'une grossesse non désirée. On estime que dans le monde, quatre grossesses sur dix ne sont pas planifiées et environ deux sur dix se terminent par un avortement. Des 42 millions d'avortements qui ont lieu chaque année dans le monde, près de la moitié, soit environ 19 millions, sont pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (tableau n° 8). Dans les pays en développement se produisent 97% des 19 millions d'avortement à risque pratiqués dans le monde (WHO, 2004). On estime que 99% des avortement sont fait illégalement en Afrique, 95 % en Amérique Latine et 37 % en Asie (Agnès Guillaume, 2004).

Le recours à l'avortement reflète l'importance des grossesses non désirées : selon l'institut Guttmacher (1999), parmi 182 millions de grossesses qui surviennent chaque année dans les pays en développement ; 36 % ne sont pas prévues et environ 20 % se terminent par un avortement ; en Afrique 30 % des 40 millions de grossesses ne sont pas désirées et 12 % se terminent par un avortement.

Figure n° 05 : Estimation annuel de l'incidence des avortements à risque pour 1000 femmes âgées de 15-44 ans, par régions , 2003

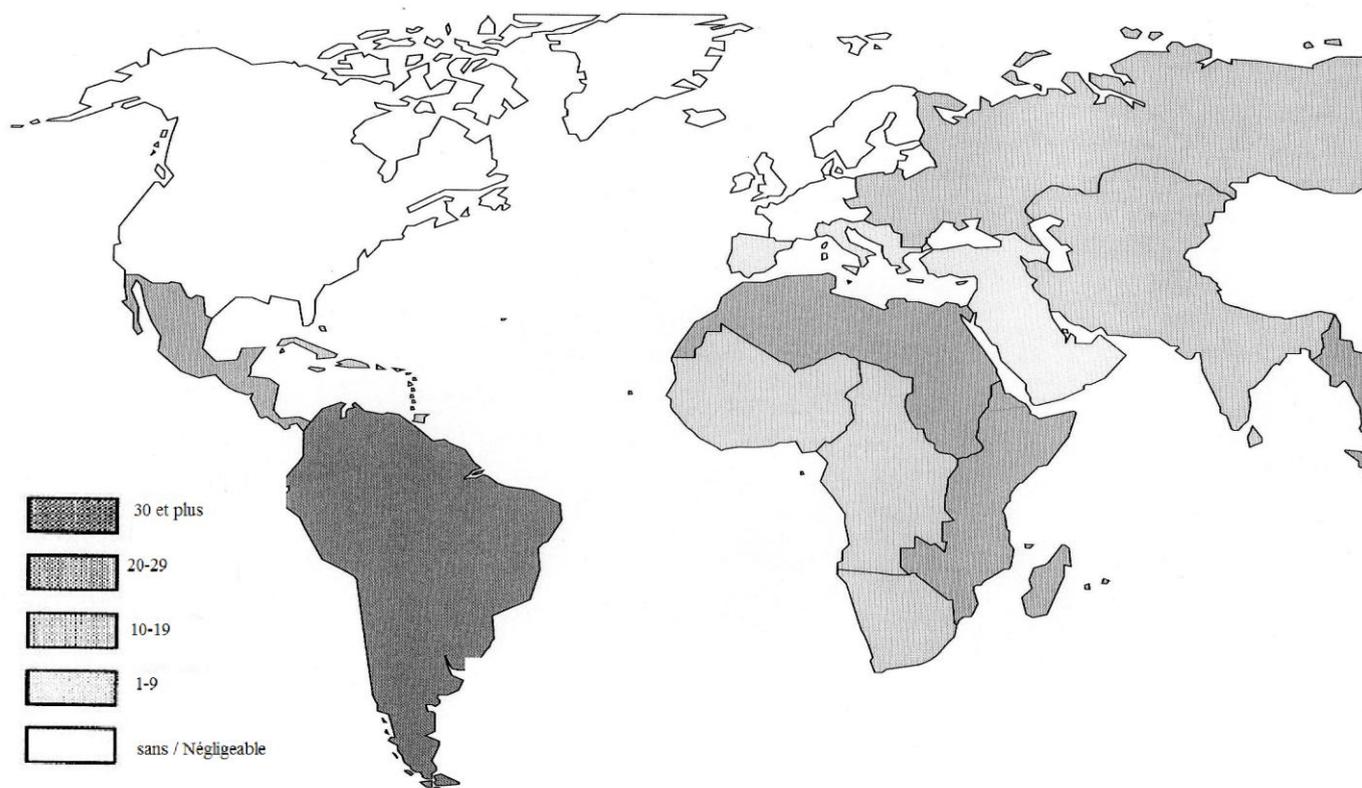


Source : ATLAS, 2006

Dans certains pays d'Afrique, près de 50% des décès liés à la grossesse peuvent être attribués à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et 14% des décès liés à l'avortement se produisent chez des femmes âgées de 20 ans ou moins. De plus, 20% des femmes qui ont subi un avortement non médicalisé souffrent aussi d'infections de l'appareil reproducteur.

Le ratio de mortalité (nombre de décès dus aux avortements pour 100.000 naissances vivantes durant la même période), qui correspond au risque de décès, dépasse 100 décès pour 100.000 naissances vivantes en Afrique (et peut-être de plus de 150 dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Est), tandis que ce taux est de moins de 50 pour 100.000 en Asie, en Amérique Latine et dans les Caraïbes. En d'autres termes, le risque de décès suite à un avortement est de l'ordre de 1 sur 150 en Afrique et de 1 sur 150.000 aux Etats Unis et en Europe.

Figure n° 06 : Estimation annuel de l'incidence des avortements à risque pour 100 naissances , par régions , 2003



Source WHO, 2007.

Le poids relatif de la mortalité maternelle liée à l'avortement dépend du taux total de la mortalité maternelle. Ce fait souligne également la diminution d'autres causes de décès maternels dans certaines régions. Selon la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), à la fin des années 70, près de 84.000 décès maternels par an étaient dus à des complications d'avortement. Ce chiffre a été revu à la hausse en 1998 par l'OMS (115.000 décès), diminué en 1993 (70.000 décès) et estimé à environ 80.000 décès en 1997 par la Division de la Santé Reproductive de l'OMS. Ce nombre de décès représente de l'ordre de 13% de tous les décès maternels dans le monde c'est -à-dire un décès sur huit pour causes obstétricales.

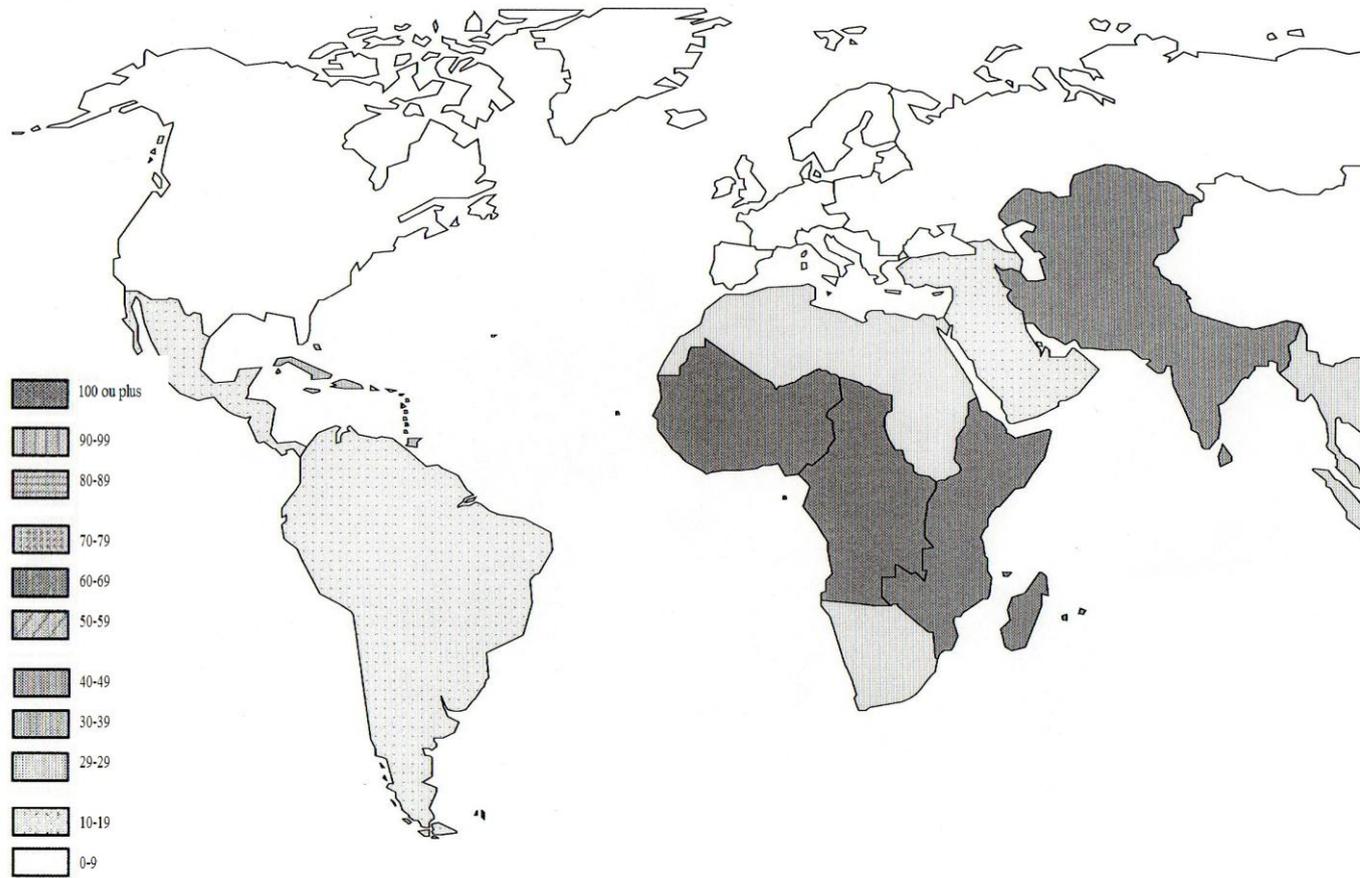
Le tableau n° illustre les grandes différences entre les régions et les pays. Il est clair que dans les pays où l'avortement est illégal, un grand nombre de femmes (20 à 30%) souffrent de complications dues à des avortements pratiqués dans des conditions précaires : stress majeur, fistules et infections chroniques conduisant aux grossesses extra utérines et à l'infertilité (Benson et al. 1996, Diadhiou et al. 1999).

Toujours selon l'OMS, 4,2 millions d'avortements à risque se produisent tous les ans en Afrique, entraînant 300 000 décès. 44 % des femmes qui meurent chaque année dans le monde suite à un avortement clandestin non médicalisé, sont africaines. Ces dernières sont contraintes à avorter dans des conditions médicales dramatiques à cause des lois très restrictives qui interdisent la pratique sauf pour les 3 pays déjà cités. Certains l'autorise exceptionnellement lorsque la vie de la mère est menacée et ce le cas pour 25 pays parmi 53 pays d'Afrique. Suite à ces lois, de nombreuses femmes ont souvent recours à des méthodes mettant leur vie en danger. Il représente même en Ouganda et au Ghana, la première cause de décès.

Dans les pays africains dont l'avortement a été légalisé, le nombre de décès liés à cette pratique a été considérablement réduit et le taux de mortalité maternelle divisé par deux.

Avec l'épidémie du Sida qui touche les femmes africaines, les femmes enceintes séropositives sont plus susceptibles d'avoir recours à l'avortement clandestin que les autres malheureusement nous avons pas des données concernant le sujet.

Figure n° 07 : Estimation annuel des décès maternels due aux avortements à risque pour 100 000 naissances vivantes , par régions , 2003



Source : WHO, 2007.

Tableau n° 08 :Estimations globales et régionales annuelles sur la prévalence, la mortalité et les avortements à risque, régions des Nations Unies; 1995-2000

Estimations de l'incidence et de la mortalité des avortements, Nations Unies ; 1995 - 2000	Nombre estimé d'avortements en conditions précaires	Taux d'incidence (avortements dangereux par 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans)	Nombre estimé de décès dus aux avortements dangereux	Taux de mortalité Due aux avortements dangereux pour 100.000 naissances vivantes	Proportion de décès maternels (% de décès maternels dus à un avortement dangereux)
Total global	20 000 000	13	78 000	57	13
Régions plus développées	900,000	3	500	4	13
Régions moins développées	20,000,000	16	77,500	63	13
Afrique	5,000,000	27	34,000	110	13
Est	1,900,000	36	16,000	153	14
Centrale	600 000	28	4 000	98	10
Nord	600 000	15	1 200	24	7
Sud	200 000	16	8 000	49	19
Ouest	1 600 000	31	12 000	121	12
Asie	9 900 000	11	38 500	48	12
Est	/	/	/	/	/
Centrale et Sud	6 500 000	19	29 000	72	13
sud-est	2 800 000	21	8 100	66	15
Ouest	500 000	12	1 100	20	6
Europe	900 000	5	500	6	17
Est	800 000	10	500	15	24
Nord	< 30 000	1	< 20	0,2	2
Sud	< 90 000	2	<20	1	10
Ouest	/	/	/	/	/
Amérique Latine & Caraïbes	4 000 000	30	5 000	41	21
Caraïbes	200 000	17	600	71	18
Amérique Centrale	900 000	26	700	20	14
Amérique du Sud	3 000 000	34	3 500	47	24
Amérique du Nord	/	/	/	/	/
Océanie	30 000	15	150	51	8

Source : WHO, 2007

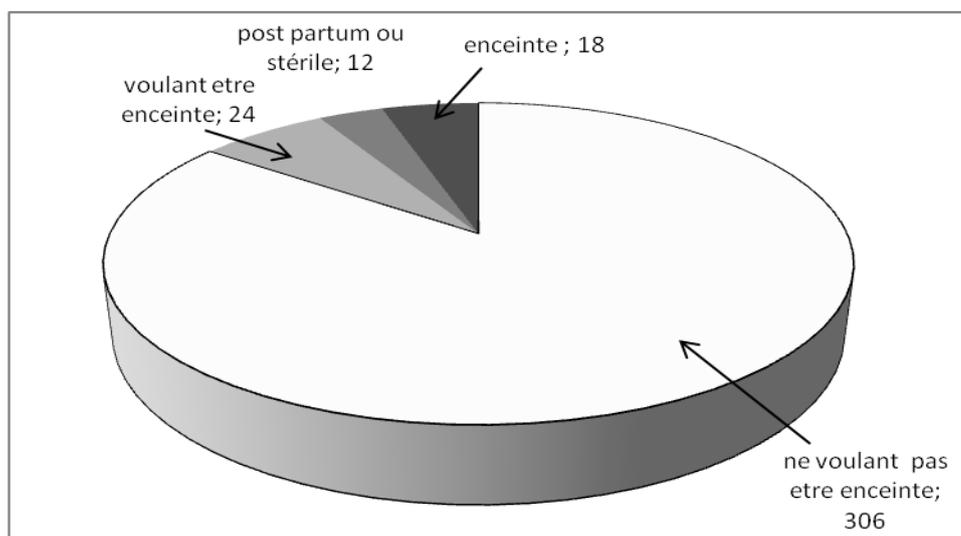
- **La relation complexe entre avortement, grossesse non désirée et planification familiale :**

Le comportement du couple vis-à-vis du nombre idéal d'enfants ainsi que le meilleur moment pour les avoir est un effet complexe lié à plusieurs domaines : social, culturel, politique et économique. Le désir d'avoir une famille petite (de 2 à 3 enfants) est devenu commun dans les pays développés que les pays en développement .

Selon les données de plusieurs enquêtes réalisées dans les pays en développement, dont l'objectif est l'évaluation de la santé et de la prévalence contraceptive, la demande pour une limitation de la taille de la famille augmente de plus en plus . Ce désir caractérise les femmes d'Asie, d'Afrique du Nord, d'Amérique Latine et des Caraïbes tandis que les femmes d'Afrique sub-saharienne désirent simplement espacer les naissances (Westoff & Bankole 2000).

Avec la baisse du nombre d'enfants désirés , l'exposition au risque d'une grossesse non désirée augmente . Donc une femme qui veut limiter sa descendance à deux enfants sans avoir recours à l'avortement , doit pratiquer la contraception pendant 25 ans de ses 30 ans de vie féconde (voir la figure n° 08) .

Figure n° 08 : Nombre de mois pendant lesquels une femme doit pratiquer le contrôle des naissances si elle ne veut avoir que deux enfants



Source : Patrick Fernand Thonneau, 2001, Mortalité maternelle et avortements dans les pays en développement

L'Organisation Mondiale de la Santé estime le nombre de grossesses non désirées annuellement à 38 % sur un total de 210 millions de grossesses, dont 22% se finissent par un avortement. En Afrique, chaque année, 30% des 40 millions de grossesses seraient non-désirées et 12% se termineraient par un avortement. En Europe de l'Est, 63% des 11 millions de grossesses sont non désirées et 57% se terminent par

un avortement. Il peut paraître évident que la réduction, par des méthodes de planification familiale, du nombre de grossesses non désirées diminuera le nombre total de grossesses et par la suite le nombre d'avortements.

La planification familiale est certainement la manière la plus efficace pour échapper à une grossesse non désirée pendant la période d'exposition au risque de grossesse. Les échecs des moyens contraceptifs ont pour conséquence un grand nombre de grossesses non planifiées ou non désirées et un grand nombre d'avortements également (Fu et al. 1999). En France, où plus d'un million de femmes utilisent les dispositifs intra-utérins (DIU), le nombre de grossesses sur stérilet est estimé entre 15.000 et 20.000 par an, ce qui donne un taux d'échec pour les DIU de 1.5%. Près de 2/3 de ces échecs de DIU se terminent en avortement, soit plus de 5% des 200.000 avortements enregistrés chaque année en France. Au Danemark, où le taux d'avortement est stable depuis le début des années 80, la moitié des femmes qui ont subi un avortement étaient devenues enceintes suite à un échec de contraception (Knudsen 1997). Aux Etats-Unis, 58% des femmes ayant subi un avortement ont eu un échec de contraception ; 31% utilisaient une méthode mais ont abandonné durant le mois où elles sont devenues enceintes et 11% n'avait jamais utilisé de contraceptif.

Dans les pays où l'accès aux méthodes modernes de contraception est limité (comme en Europe Centrale et en Europe de l'Est) (Johnson et al. 1993, Kulczycki 1995) et dans les pays dans lesquels l'acceptabilité des méthodes modernes de contraception est faible (en Afrique sub-saharienne) (Shapiro & Tamashe 1994), beaucoup de familles utilisent l'avortement comme moyen de régulation de leur fécondité.

Aux Etats-Unis, les femmes utilisant un moyen contraceptif, comparées à celles qui n'en utilisent pas, n'ont un risque d'avorter que de 15%. Quoi qu'il en soit, la décision d'utiliser ou de ne pas utiliser un contraceptif est associée à des facteurs complexes tels que le risque perçu d'une grossesse, la communication entre les partenaires, le support des parents et de l'entourage, la perte des tabous envers la sexualité, l'attitude de la communauté envers l'éducation sexuelle et l'influence spécifique du personnel de santé (Shapiro & Tamashe 1994).

Conclusion :

A travers le monde les femmes courent des risques considérables en ce qui concerne leur santé reproductive et sexuelle. Cet état est une réalité observée durant des périodes qui varient d'un continent à un autre et à l'intérieur d'un même continent, mais à des niveaux différents.

En moyenne , l'âge à la puberté est de 13,56 ans , qui varie entre 13,1 ans en Europe et Amérique du Nord et 14,1 ans en Afrique. Il enregistre une baisse due à l'amélioration de la nutrition et des conditions de santé.

La fécondité quand à elle, enregistre des niveaux plus faibles dans la plupart des pays. On assiste à une baisse de la fécondité des jeunes femmes résultant du recul de leurs premières grossesses, suite au recul de l'âge au premier mariage.

Dans presque toutes les régions, les deux tiers des grossesses concernent des femmes de moins de 30 ans sauf pour la région d'Afrique où la fréquence ou la fréquence enregistrée chez les jeunes est même que celle enregistrée chez les moins jeunes. Par contre en Europe, elle est étendue vers les âges les plus élevés. Les femmes de l'Europe orientale âgées de moins de 30 ans participent avec 79 % de la fécondité.

Cette baisse de la fécondité est due d'une manière à l'amélioration de l'utilisation de la contraception dans le monde entier (63 %) en particulier la contraception moderne (57 %) avec la prédominance de la stérilisation féminine (21%) suivi par le dispositif intra utérin (14 %) et la pilule avec 8 %. Mais cette répartition diffère selon que le pays soit développé ou en voie de développement. Les autres méthodes représentent une proportion inférieure ou égale à 6%. Ainsi, les hommes contribuent avec seulement 10 % avec deux principales méthodes qui sont le préservatif et la stérilisation masculine (6% et 4% respectivement).

Mais malgré cette amélioration dans l'utilisation des contraceptifs, il existe toujours près de 230 millions de femmes, dans le monde en âge de procréer qui n'utilisent aucune méthode de contrôle des naissances, plus de 120 millions de couples ont des besoins non satisfaits et environ 80 millions de grossesses non désirées dont 45 millions finissent par un avortement.

Une personne sur 10 dans le monde serait dans l'incapacité d'avoir l'enfant qu'elle désire et 8 % à 12 % des couples sont confrontés à une forme de stérilité au cours de leur vie reproductive.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 600 000 femmes meurent chaque année des complications liées à l'accouchement et à la grossesse à travers le monde. L'Asie et l'Afrique se partagent, pratiquement à égalité, 95 % de ces décès, suivi par l'Amérique latine et les Caraïbes avec 4 %, puis les régions les plus développées du monde avec moins de 1 %.

Le taux le plus élevé du monde (2 100) est enregistré en Sierra Leone, contre seulement 1 en Irlande. En Afrique, la probabilité qu'une jeune femme de 15 ans décède de causes liées à la maternité est la plus élevée dans le monde avec un ratio de 1 sur 26 contre 1 sur 7 300 dans les pays développés. Le taux de mortalité chez les moins de 15 ans est 5 fois plus élevé que chez les 20-24 ans. Celui des 15-19 ans est deux fois plus élevé par rapport aux 20-24 ans.

A travers le monde, on enregistre 340 millions nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles. Un cas sur quatre de ces infections conduit à la stérilité. Dans les pays de faibles ressources, environ 240 000 femmes meurent précocement suites d'un cancer du col de l'utérus et pas moins de 4 000 nouveau-nés au niveau

mondial perdent la vue chaque année à la suite d'une infection ophtalmique due à une IST.

La fréquence mondiale des personnes vivantes avec le VIH s'est stabilisée depuis 2000. En 2007, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 2,7 millions de nouvelles infections à VIH et deux millions de décès liés au SIDA. Le taux de nouvelles infections à VIH a chuté dans plusieurs pays mais à l'échelle mondiale, ces tendances favorables sont partiellement au moins, contre balancées par de nouvelles infections dans d'autres pays. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée par le VIH, avec 67 % de toutes les personnes vivantes avec le VIH et 75 % des décès dus au sida en 2007. La part des femmes vivantes avec cette épidémie représente 50 % du total et elle continue à augmenter. Aujourd'hui, c'est le mode de contamination le plus fréquent est les rapport hétérosexuel qui sont le principal facteur de risque.

Le nombre d'enfants vivants avec le VIH dans le monde poursuit son augmentation régulière. On estime que plus de 90 % des enfants vivant avec le VIH ont contracté le virus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

Chaque année, sur un nombre total de grossesses estimé à 205 millions, 42 millions se terminent par un avortement provoqué, pratiqué dans des conditions insalubres dans 20 millions de cas. Parmi celles-ci, près de 1,7 millions ne peuvent plus avoir d'enfants et plus de 3 millions font face aux conséquences d'une infection des voies génitales. Les avortements non médicalisés entraînent 13 % des décès maternels à l'échelle mondiale, 20 % des cas de mortalité et d'invalidité consécutifs à une grossesse ou à un accouchement leur sont imputables.

Dans le monde, sur 210 millions grossesses par an, 182 millions surviennent dans les pays en développement. Parmi ces 210 millions, 42 millions finissent par un avortement dont 20 millions sont pratiqués dans de mauvaises conditions. Parmi ces 20 millions, 97 % se produisent dans les pays en développement.

Le taux d'avortement au niveau mondial est de 35 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans; dont 20 pour 1000 sont légaux et 15 pour 1000 illégaux. Le taux global annuel d'interruptions volontaires de grossesse est très similaire dans les pays développés (36 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans) et les pays en développement (34 pour 1000 femmes). Ces taux deviennent fort différents lorsqu'on considère les modalités légales de ces pratiques.

Avec l'épidémie du Sida qui touche les femmes africaines, les femmes enceintes séropositives sont plus susceptibles d'avoir recours à l'avortement clandestin que les autres malheureusement nous avons pas des données concernant le sujet.

Chapitre III :

Contexte de l'étude

CHAPITRE III : Contexte de l'étude

Introduction :

En 2008, année du dernier recensement général de la population et de l'habitat, l'Algérie comptait 34 591 000 habitants. La population a connu ainsi un accroissement net de 5 490 133 entre les deux derniers recensements. En 2010, la population a franchi le seuil des 35 millions d'habitants, avec un taux d'accroissement naturel pour l'année 2008 de 1,91% et de 1,96 % en 2009.

On observe donc une baisse de l'accroissement naturel depuis le milieu des années 1970 sous l'effet conjugué du développement et du programme de la planification familiale. Le taux d'accroissement en 2009 représente presque la moitié de celui observé durant la décennie 1990-2000.

Par ailleurs, l'Algérie a connu de profonds bouleversements quant à la répartition spatiale de la population. Il s'est développé depuis l'indépendance une migration interne intense vers les villes, en particulier durant cette dernière décennie à cause des problèmes d'insécurité que vivent les populations rurales.

Les années 90, ont été marquées par de nombreux bouleversements et événements touchant l'homme ainsi que la femme tels que :

- la transition économique donc le passage vers l'économie du marché.
- Au niveau politique, c'est la parution du multipartisme.
- L'insécurité qui a mené l'exode vers les grandes villes.
- Baisse des revenus suite à la baisse du pétrole.
- Augmentation du taux de chômage.
- La décentralisation.

Ces changements ont engendrés de nombreux problèmes de différents ordres (sanitaires, sociaux, économiques,) du fait de l'accroissement rapide de la population par rapport aux ressources disponibles.

La connaissance de la dimension de la population et ses caractéristiques démographiques et socio économiques est très importante pour l'évaluation de toute sorte de programmes de prévention et de développement. S'agissant de la prise en charge des programmes liés à la santé reproductive et sexuelle, la population constitue l'élément de base pour l'évaluation de la situation sanitaire.

L'objectif de ce chapitre est de présenter la population cible dans le contexte sanitaire, démographique, social et économique où elle évolue et à chaque fois faire la comparaison avec le Maroc et la Tunisie.

1- La population algérienne :

Les exigences d'amélioration de l'efficacité du système de Santé ont nécessité une adaptation organisationnelle qui s'est traduite par la régionalisation. L'Algérie est découpée administrativement en 48 wilayas qui totalisent 1541 communes. Vers la fin de l'année 1995, le Ministère de la Santé et de la Population a mis en place cinq régions sanitaires: Constantine au Nord –Est, Alger au Centre Nord, Béchar au Sud –Ouest, Ouargla au Sud-est et Oran au Nord–Ouest (Tableau 09).

Tableau n° 09: Répartition des wilayas par région sanitaire

Région Sanitaire	Centre	Est	Ouest	Sud-Est	Sud-Ouest
WILAYAS	Bejaia	O.E.Bouaghi	Chlef	Laghouat	Adrar
	Blida	Batna	Tlemcen	Biskra	Bechar
	Bouira	Tébessa	Tiaret	Tamanrasset	El Bayadh
	Tizi Ouzou	Jijel	Saida	Ouargla	Tindouf
	Alger	Sétif	Sidi Bel Abbes	Illizi	Naama
	Djelfa	Skikda	Mostaganem	El Oued	
	Medea	Annaba	Mascara	Ghardaia	
	B.B.Areridj	Guelma	Oran		
	Boumerdes	Constantine	Tissemsilt		
	Tipaza	M'Sila	Ain Temouchent		
	Ain Defla	El Taref	Rlizane		
		Khenchla			
		Souk Ahras			
		Mila			

Source: (INSP; 1995 ; 14 p.)

La répartition de la population par région sanitaire est présentée au tableau n° 09 ainsi que la densité de la population. Les régions Centre, Est et Ouest connaissent une plus forte densité (plus de 90 Hbts / Km²) par rapport aux régions du Sud qui enregistrent une densité moyenne de 1,88 Habitants / Km².

Tableau n°10 : Répartition de la population par Région Sanitaire entre les deux recensements

Région Sanitaire	Superficie (Km ²)	1987		1999		2008	
		La Population	Densité	La population	Densité	La population	Densité
Centre	126 351	7 872 463	62,31	10 224 597	80,92	11426546	90,43
Est	99 805	7 023 633	70,37	9 230 793	92,49	10436818	104,57
Ouest	71 027	5 681 521	79,99	7 188 904	101,21	8100595	114,05
Sud EST	1 214 844	1 629 446	1,26	2 024 292	1,67	2975632	2,45
Sud Ouest	869 720	608 573	0,70	853 514	0,98	1140439	1,31
National	2 381 741	22 715 636	9,95	29 950 500	12,57	34080030	14,31

Source : pour la superficie (ONS, 1998, p 37).

Pour la population 1987 (ONS, 1987, p 3-26)

Pour la population 1999 (ONS, 1999, p 5).

Pour la population 2008 (ONS, 2009).

L'analyse de la structure par âge montre le poids important de la jeunesse tant au niveau national qu'au niveau régional (voir tableau n° 11) .

Tableau n° 11 : Structure par âge de la population algérienne
de 1966 à 2008.

		1966	1977	1987	1998	2008
0 - 14 ans	Hommes	50,0	49,0	45,0	36,58	28,36
	Femmes	46,0	46,5	43,5	35,84	27,68
	Total	48,0	47,8	44,3	36,21	28,03
15 - 64 ans	Hommes	46,0	47,0	51,1	59,12	66,32
	Femmes	49,4	49,0	52,5	59,54	66,74
	Total	47,7	48,2	51,7	59,33	66,53
65 ans et plus	Hommes	4,0	4,1	3,9	4,3	5,23
	Femmes	4,6	3,9	4,0	4,62	5,45
	Total	4,3	4,0	4,0	4,46	5,34

Source : Annexe 1.

Dès la fin des années 80, une réduction de la part des classes d'âge jeunes apparaît. Cette réduction est confirmée par le dernier recensement (2008). La part des moins de 15 ans représente pour la première fois après l'indépendance moins de 30 % de la population totale (28,03 %) .

Parallèlement, la part des personnes âgées de 15 – 64 ans va en augmentant : 47,7 % en 1996 pour atteindre 66,53 % en 2008 . Alors que la part des personnes âgées de 65 et plus qui avait diminué entre les deux recensements 1966 et 1987, amorce récemment une hausse en passant de 4,0 % en 1987 à 5,34 % en 2008.

2- La population féminine en âge de procréer :

La population à laquelle nous nous intéressons dans ce travail est la population féminine visée par les programmes de santé reproductive et sexuelle : il s'agit de la population féminine âgée de 15 - 49 ans. Le nombre de ces femmes était évalué en 2008 à 9 354 569 alors qu'il était de 7 569 139 au RGPH 1998. Cette population représente 63,38 % de la population féminine totale et 27,45 % de la population algérienne.

Selon le dernier recensement de la population et de l'habitat (2008), la proportion des femmes en âge de procréer âgées de moins de 19 ans est de 18,42 % et celles ayant plus de 35 ans est de 30,89 %. Ces deux groupes (49,31 % du total des femmes en âge de procréer) représentent la proportion des femmes à risque suite à une grossesse.

Tableau n° 12 : Répartition de la population féminine âgée de 15 ans et plus

Par région sanitaire

Région	POP. Féminine 15 ans et plus en 1998	POP. Féminine 15-49 ans en 1998	POP. Féminine 15 ans et plus en 2008	POP. Féminine 15-49 ans en 2008
Centre	3 190 813	2 573 143	4 144 401	2 918 921
Est	2 945 394	2 402 052	3 754 968	3 001 767
Ouest	2 486 329	1 879 157	2 923 151	2 318 182
Sud-est	664 294	502 788	958 461	800 631
Sud – Ouest	259 367	211 999	382 611	315 068
National	9 546 197	7 569 139	12 163 592	9 354 569

Source : Pour 1998 (ONS, 2001)

Pour 2008 (ONS , Résultats RGPH 2008 (CD))

Une augmentation du nombre absolu des femmes âgées de 15 et plus est observée au niveau national qui apparaît dans toutes les régions.

Tableau n° 13: Répartition de la population féminine 15 ans et plus
par région sanitaire – Année 2008

Groupe d'âge	CENTRE	EST	OUEST	SUD-EST	SUD-OUEST	NATIONAL
15 – 19	574 837	575 856	406 967	169 531	60 669	1 787 860
20 – 24	613 083	588 788	440 912	161 616	63 402	1 867 801
25 – 29	572 538	516 228	406 575	138 927	57 700	169 1968
30 – 34	469 744	413 051	333 122	103 101	42 892	1361 910
35 – 39	419 842	345 582	283 801	90 163	36 140	1 175 528
40 – 44	353 578	304 342	247 711	74800	30 214	1 010 645
45 – 49	268 877	257 920	199 094	62 493	24 051	812 435
50 - 54	225 756	208 795	165 483	45 474	18 829	664 337
55 - 59	181 861	159 606	127 970	31 704	14 259	515 400
60 et plus	464 285	384 800	311 516	80 652	34 455	1 275 708
Total	4 144 401	3 754 968	2 923 151	958 461	382 611	12 163 592

Source : Calculés à partir :(ONS, 2008) (Résultats RGPH 2008 (CD))

3- La natalité :

L'Algérie a connu juste après son indépendance une forte natalité puisqu'on enregistrait un taux brut de natalité de 48,5 ‰ entre 1962 et 1965. Ce taux déjà élevé progresse pour atteindre 50,1 ‰ en 1969-1970. Après cette date on observe une baisse lente et régulière , le taux de natalité passe à 39,5 ‰ en 1985, puis à 32,7 ‰ en 1986 et atteindre sa plus faible valeur de 19,36 ‰ en 2000 . Depuis cette date on observe une augmentation du taux brut de natalité de presque quatre points entre 2000- 2007 .

La baisse de la croissance démographique est due principalement à la baisse constante et rapide de la natalité ; le nombre de naissances qui avoisinaient les 900 000 naissances vivantes en 1985 , se situe à 589 000 en 2000 .

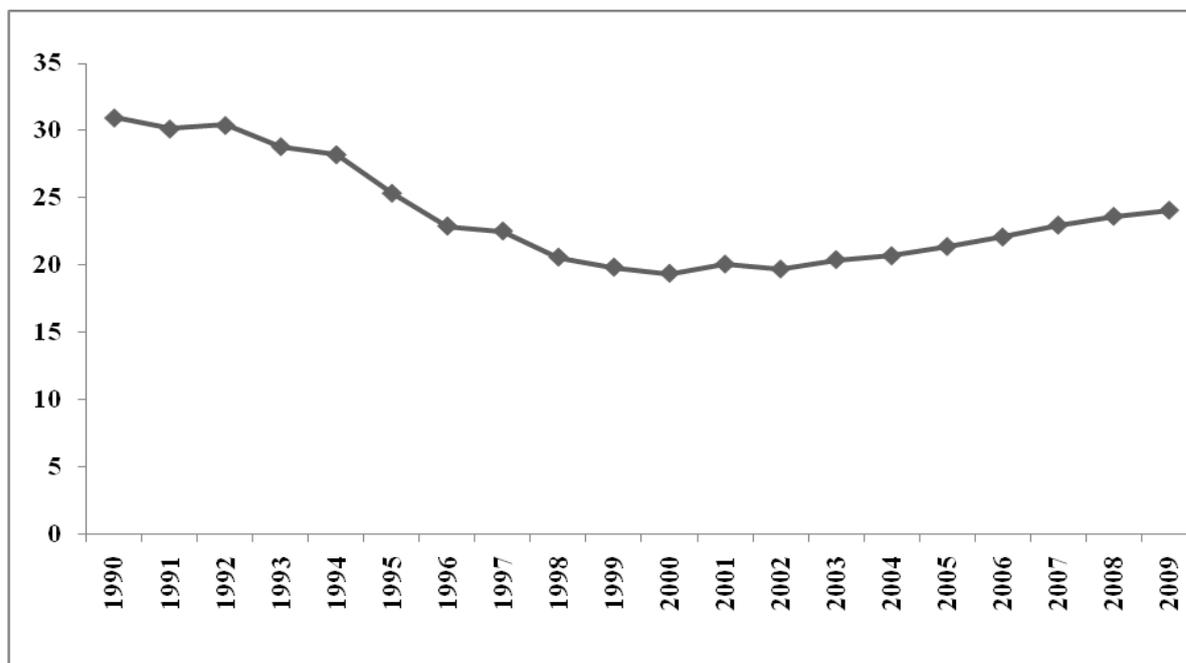
Tableau n°14: Evolution de la natalité en Algérie entre 1990 et 2009

Année	Population	Naissances Vivantes	T.B.N. pour 1000
1990	25.022 000	775 000	30,97
1991	25.643 000	773 000	30,14
1992	26.271 000	799 000	30,41
1993	26.894 000	775 000	28,82
1994	27.496 000	776 000	28,22
1995	28.060 000	711 000	25,34
1996	28.566 000	654 000	22,89
1997	29.045 000	654 000	22,52
1998	29.507 000	607 000	20,57
1999	29.965 000	594 000	19,82
2000	30.416 000	589 000	19,36
2001	30 879 000	619 000	20,05
2002	31.357 000	617 000	19,68
2003	31.848 000	649 000	20,38
2004	32.364 000	669 000	20,67
2005	32 906 000	703 000	21,36
2006	33 481 000	739 000	22,07
2007	34 096 000	783 000	22,98
2008	34700 000	817 000	23,62
2009	35 100 000	849 000	24,07

Source : Avant 1981 : (ONS, 1999, p. 2)
de 1981 à 1988 : (ONS, 1992, p. 12)
de 1990 à 1999 : (ONS, 1999, p. 2)
pour 2000 : (ONS, 2001, p. 2)
de 2001 à 2009 : (ONS, 2010)

L'effectif annuel des naissances vivantes est passé de 775 000 en 1990 à 607 000 en 1998 pour atteindre 849 000 en 2009 suite à l'augmentation de l'effectif annuel des mariages . En 2001, on enregistre un pic du nombre de naissances qui depuis, n'a baissé. Cela s'est traduit par une baisse du taux brut de natalité passant de 30,97 ‰ en 1990 à 19,36 ‰ en 2000 et 24,07 ‰ en 2009 .

Figure n° 09 : Evolution du taux brut de natalité de 1990 à 2009.



Source : Tableau n° 14 .

En général, la baisse du taux brut de natalité s'explique par le recul de l'âge au premier mariage qui est lié à la dégradation des conditions socio-économiques (chômage, baisse du revenu, crise de logement et la contraception....) ainsi qu'à l'augmentation de la scolarité et l'activité féminine.

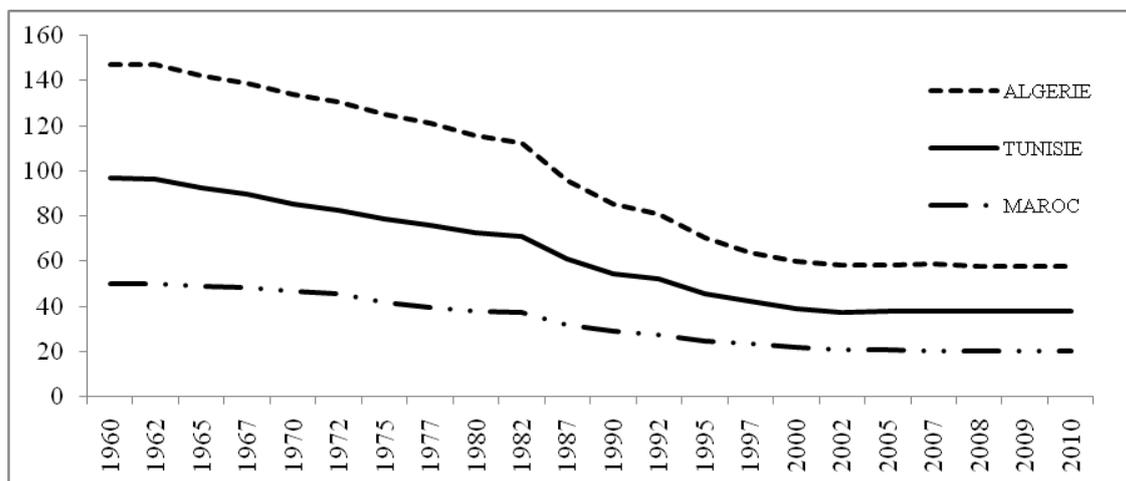
Nos voisins le Maroc et la Tunisie ont vu eux aussi leur taux de natalité baissé mais avec des rythmes qui diffèrent un peu . Les motifs de cette baisse sont identiques que celles évoquées pour l'Algérie . Aussi dans ces deux pays , l'âge au premier mariage a augmenté (plus fort pour la Tunisie) .

Par contre l'augmentation observé au cours de ces dernières années (2003-2009) revient en majorité à l'augmentation des effectifs des mariages et à l'amélioration des conditions de vie (mais qui reste encore faible)avec les programmes de l'état concernant le développement durable.

Nos voisins le Maroc et la Tunisie, ont vu eux aussi leur taux de natalité baissé mais avec des niveaux qui diffèrent un peu (voir figure n° 10) . Les motifs de cette baisse sont pareilles que ceux évoqués pour l'Algérie. Le Maroc ainsi que la Tunisie enregistrent un recul de l'âge au premier mariage (plus fort pour la Tunisie) et l'augmentation de l'utilisation contraceptive.

Figure n°10 : Evolution du taux brut de natalité dans les trois pays du Maghreb

De 1960 à 2010



Source : Annexe 2

4- La mortalité :

L'Afrique représente le taux brut de mortalité le plus élevé (12,0 ‰) par contre le taux le plus bas est enregistré en Amérique latine (6,0 ‰) durant la période 1998-2008.

Cette différence s'explique par la différence qui existe entre les deux continents en ce qui concerne : le système de soins, niveau d'éducation , niveau de vie, le transport, la communication...

Tableau n° 15 : Evolution du taux brut de mortalité dans le monde de 1985 à 2008 (‰).

	Afrique	Amérique latine	Amérique du Nord	Asie	Europe	Océanie	Monde
1985-1990*	14,8	7,1	8,6	8,8	10,5	7,9	9,6
1990-1995*	14,3	6,7	8,6	8,3	11,3	7,8	9,3
1995-1998*	12,9	6,4	8,6	7,9	11,5	7,7	8,9
1998-2008	12,0	6,0	8,0	7,0	11	7,0	8,0

Source : * (Cordellier et Didiot, 1999, p. 595).

1998-2008 : PRB,2009

Une nette amélioration au niveau national de la déclaration des décès à l'état civil , elle est passé de 81,06 % en 1981 à 99 % en 1998.

Après 1975, l'Algérie a connu une forte baisse de la mortalité, due en grande partie à l'instauration de la médecine gratuite en 1974 et l'amélioration des conditions de vie. Elle a continué de baisser avec le développement des prestations de la santé (vaccination, prise en charge des malades, couverture sanitaire...). Le taux brut de mortalité générale est passé de 6 ‰ en 1990 à 6,5 ‰ en 1994 puis à 5,46 ‰ en 2000 et 4,51 ‰ en 2009.

Il naît plus de garçons que de filles (environ 105 garçons pour 100 filles) et l'effectif masculin des jeunes générations est donc plus élevé que l'effectif féminin. Mais à chaque âge, la mortalité des femmes est plus faible que celle des hommes. La parité des effectifs des hommes et des femmes est ainsi atteinte vers 30 ans, et au sein des générations les plus âgées, le nombre de femmes dépasse largement celui des hommes : pour 100 hommes de leur âge, on compte 120 femmes à 65 ans, 150 à 75 ans, 200 à 83 ans, et 500 à 95 ans.

Tableau n° 16: Evolution de la mortalité algérienne depuis 1962 pour 1000.

Année	TBM	Année	TBM
1962-1965	14,6	1992	6,09
1966-1970	16,7	1993	6,25
1970	16,45	1994	6,56
1971	17,00	1995	6,43
1972	15,68	1997	6,12
1973	16,25	1998	5,82
1974	15,07	1999	5,61
1975	15,54	2000	5,46
1976	15,64	2002	4,41
1976-1980	12,9	2004	4,36
1981	9,4	2006	4,30
1985	8,4	2007*	4,38
1990	6,03	2008*	4,41
1991	6,04	2009*	4,51

Source : - avant 1970 et de 1976 à 1985 : (ONS, 1992, p.2)

- de 1970 à 1976 : (ONS, 1999, p 2)

- de 1990 à 1999 : (ONS, 1999, p 2)

- 2000 (ONS, 2001, P.2)

- 2002 (ONS, 2002,P.3)

- 2006 : SEMEP-SETIF, 02 Mars 2009

- * ONS, 2010.

D'après les statistiques sanitaires sur les causes de décès et les données de l'enquête Tahina réalisée en 2005, les maladies de l'appareil circulatoire suivi par les affections (dont l'origine se situe dans la période périnatale) constituent les principales causes de décès au niveau national. Sur les 147 000 décès au niveau national, 39,6 % sont dus aux maladies de l'appareil circulatoire et aux Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale. Les tumeurs sont classées en troisième rang suivi par les maladies respiratoires. Pour les femmes, la cause principale est les accouchements suivi par les maladies cardio-vasculaires.

Tableau n°17: Répartition des décès selon les principales causes de décès en 2005.

Causes de décès	Proportion %
Maladies de l'appareil circulatoire	26,1
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	13,5
Tumeurs	09,5
Maladies respiratoires	08,6
Causes externes	06,8
Maladies endocriniennes	05,8
Maladies infectieuses	03,8
Maladies de l'appareil digestif	03,00
Maladies génito-urinaire	02,6
Malformation congénitales	02,6

Source : Rapport de l'enquête Tahina 2005

- La mortalité au delà de 15 ans :

Selon les données du tableau n° 18, les niveaux de la mortalité au-delà de 15 ans étaient relativement élevés chez les femmes aux premiers âges de la maternité mais ils ont fortement baissé, sans doute sous l'effet du recul de l'âge au mariage et de l'amélioration des conditions d'accouchement et le suivi des grossesses. Et comme déjà dit à toute âge, la mortalité masculine est plus forte que celle des femmes.

Selon la même source, les niveaux de la mortalité au delà de 15 ans durant la période allant de 1981 à 2001, ils étaient relativement forte chez les femmes aux premiers âges de la maternité mais elle a fortement baissé, sans doute sous l'effet du recul de l'âge au mariage et de l'amélioration des conditions sanitaires de l'accouchement et du suivi des grossesses.

Le suicide, les accidents, la mortalité maternelle sont considérés comme les premières causes propres aux personnes âgées de 15 et plus quel que soit le sexe .

Tableau n° 18 : Quotients de mortalité par âge et par sexe (pour 1000) .

Groupe D'âge	Masculin				Féminin			
	1981	1991	2001	2007	1981	1991	2001	2007
15-19	11,49	6,2	5,26	3,7	13,56	4,8	3,14	2,3
20-24	10,15	6,4	7,44	4,8	11,48	5,3	4,28	2,7
25-29	13,71	7,0	8,65	5,8	11,83	6,3	4,69	3,3
30-34	16,41	8,0	9,36	6,1	14,10	8,9	6,53	4,5
35-39	15,53	9,8	10,92	7,8	12,67	11,3	9,34	6,4
40-44	20,24	13,6	14,65	10,4	15,04	14,9	13,16	9,4
45-49	28,39	17,4	20,11	14,6	20,68	18,2	17,32	13,0
50-54	40,90	28,4	30,48	23,7	33,04	26,7	24,78	19,2

Source : pour 1981 (Salhi M , 1985)
pour 1991 (ONS , 1996)
pour 2001 (ONS, 2001, p.6)
pour 2007 (ONS, 2009, p.28-29)

- La mortalité infantile :

C'est certainement les enfants qui ont enregistré le plus de progrès sur la mortalité ces dernières années. Il faut rappeler qu'en Algérie en 1970, le taux de mortalité infantile était de 150 pour mille et qu'en 1977 il était encore de 123 (‰). Il passe à 57,80 en 1990 pour atteindre 53,81 en 1999 (MSP, 2001, p. 4) et 24,8 ‰ en 2009.

De tels progrès n'ont été possibles que par la systématisation de la couverture du pays et la mise en œuvre de programmes spécifiques de lutte contre la mortalité infantile tels que le programme élargi de la vaccination et le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques qui sont considérées comme la première cause de décès infantile. La lutte contre la mortalité infantile est considérée comme une composante importante de l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance.

L'Afrique enregistre toujours le taux le plus élevé 74 ‰ et le taux le plus bas revient à l'Amérique du Nord et l'Europe (6 ‰) durant 1998 –2008. (voir tableau n° 19) .

Tableau n° 19 : Evolution du taux brut de mortalité infantile dans le monde
de 1985 à 2008 (‰).

	Afrique	Amérique latine	Amérique du Nord	Asie	Europe	Monde
1985–1990	100	47	10	72	15	69
1990-1995	94	40	9	62	13	62
1995-1998	86	35	7	56	12	57
1998-2008	74	23	6	43	6	46

Source : (Cordellier et Didiot, 1999, p. 594).

1998-2008 : PRB, 2009.

Les données du tableau précédent montrent que les écarts entre les taux de mortalité infantile enregistrés dans les différents continents sont plus élevés que ceux de la mortalité générale.

Le taux de mortalité infantile dépassait 100 décès pour 1000 naissances jusqu' en 1981. A partir de 1982 ce taux connaît une forte baisse pour atteindre 53, 81 (‰) en 1999. Mais il y a encore beaucoup de progrès à réaliser pour atteindre les niveaux enregistré

L'effectif moyen des décès infantile enregistré à l'état civil, est de 26 000 décès. Une légère tendance à la baisse est enregistrée depuis 1990.la correction effectuée systématiquement, par les taux de couverture, porte cet effectif à environ 40 000 décès annuellement voir (tableau n°20). Ce correctif apparait actuellement trop élevé compte tenu des taux de mortalité infantile obtenus lors de différentes enquêtes nationales (41,1 pour mille MMI 1989, 42,4 pour mille EASME 1992 et 33,3 pour mille MDG 1995).

Tableau n° 20: Evolution du taux de mortalité infantile en Algérie de 1990 à 2009.

Année	Décès moins d'un an			T.M.I Pour 1000
	Masculin	Féminin	Total	
1990	60,00	55,50	44795	57,80
1991	59 ,40	54,20	43984	56,90
1992	57,70	53,00	44265	55,40
1993	57,61	53,29	43005	55,49
1994	56,80	51,51	42067	54,21
1995	57,94	51,68	39013	54,87
1996	56,88	52,21	35702	54,59
1997	59,50	53,66	37043	56,64
1998*	38,7	36,0	22702	37,4
1999*	40,2	38,6	23404	39,4
2000*	38,4	35,3	21734	36,9
2001*	38,9	35,9	23213	37,5
2002*	36,1	33,3	21410	34,7
2003	34,6	30,3	21093	32,5
2004	32,2	28,5	20338	30,4
2005	32,4	28,2	21371	30,4
2006	28,3	25,3	19879	26,9
2007	27,9	24,4	20515	26,2
2008	-	-	20834	25,5
2009	26,6	22,9	21055	24,8

Source : - De 1998 à 2002 . ONS, 2002, p. 3 (* Taux corrigés selon le nouveau taux de couverture)

De 2003 à 2009 : ONS

Le tableau n° 20 nous montre une surmortalité masculine durant toute la période de 1990 à 1998, avec une régression faible et irrégulière. Le taux de mortalité infantile corrigé du sexe masculin est passé de 60 ‰ en 1990 à 38,7 ‰ en 1998 pour atteindre 24,8 ‰ en 2007. Ce qui nous permet de dire que la régression est plus remarquable ou forte chez le sexe féminin que chez le sexe masculin.

La lutte contre la mortalité infantile est considérée comme une composante importante de l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance .

En réalité, 34,5 décès , surviennent au cours de la première année de vie . Première cause de mortalité en Algérie , les décès néonatales , estimés à 30 000 décès , représentent d'après les estimations du Ministère de la santé 73 % des décès infantiles , tandis que les décès post-néonataux, survenant entre 28 jours et 11 mois révolus , en représentent 27 %.

Parmi les décès néonataux précoces , un nouveau né sur deux décède au cours de la première journée de vie . Ainsi sur quatre enfants qui décèdent avant l'âge d'un an , trois sont des nouveaux nés .

La mortalité infantile est légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles respectivement 35,7 et 33 pour 1000 naissances vivantes . s'agissant du milieu d'habitat , la mortalité est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain avec respectivement 38,2 et 31,4 pour mille naissances vivantes en 2002.

- Espérance de vie à la naissance :

L'espérance de vie à la naissance, qui traduit le nombre moyen d'années que peut vivre une personne avant de décéder et qui constitue à la fois un indicateur de santé et de développement , dépend du niveau de la mortalité infantile. Entre 1970 et 1985 , l'espérance de vie a connu un rythme de croissance rapide , elle est passée de 52,6 ans à 63,3 ans ce qui donne une augmentation de 20,34 % donc elle a gagné plus de 20 années par rapport à 1970. Et avec un rythme moins rapide , après 1985, avec une espérance de vie de 67,7 ans en 1996 soit une augmentation de 6,9 % seulement par rapport à 1985. L'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance pour atteindre en 2007, 74,7 ans pour les hommes et 76, 8 ans pour les femmes ce qui donne pour l'ensemble 75,7 ans .

Cette augmentation de la durée de vie moyenne a connu une accélération à partir des années 70, où la mortalité entamait sa transition , est probablement en rapport avec l'instauration de la médecine gratuite en 1974.

Avec un taux de mortalité qui se décline chaque année, ce qui se traduit par l'espérance de vie à la naissance plus meilleure. La longévité moyenne d'un algérien s'élève à 74,7 ans contre 76 ,8 ans pour une algérienne.

Tableau n°21 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance

Année	Hommes	Femmes	Ensemble
1965	51,12	51,2	51,16
1970	52,6	52,8	52,6
1977	53,05	53,48	53,27
1980	55,9	58,8	57,4
1985	62,7	64,2	63,3
1989	66,15	66,48	66,32
1991	66,9	67,8	67,3
1996	66,8	68,4	67,7
1998	70,5	72,9	71,7
1999	70,9	72,9	72,0
2000	71,5	73,4	72,5
2001	71,9	73,6	72,9
2002	72,5	74,4	73,4
2005	72,5	74,4	73
2007	74,7	76,8	75,7
2008	74,8	76,6	75,6
2009	74,7	76,3	75,5

Source : De 1965 à 2002 : HACHEM A.

Pour 2005 : BAFD/OCDE, 2007, Perspectives économiques en Afrique (Algérie), p 129

- Pour 2007, 2008 et 2009 : ONS, 2010

L'espérance de vie à la naissance a connu une hausse continue ces dernières années, elle est passée de 72,5 ans en 2000 pour atteindre 75,7 ans en 2007, soit un gain de plus de 3 ans..

Les femmes vivent en moyenne plus longtemps : en urbain, un peu plus de deux ans séparant les durées de vie des femmes et des hommes. Par contre, en milieu rural l'écart est plus grand.

L'espérance de vie à la naissance, qui constitue à la fois un indicateur de santé et de développement, a gagné plus de 20 années par rapport à 1970. Elle a dépassé 73 ans en 2005.

5- Taux d'accroissement naturel :

Le taux d'accroissement naturel de la population (Tx A.N.) est passé de 15,2 pour 1000 en 1998 à 18,60 pour 1000 en 2007 pour s'être approché de 20 pour mille en 2009.

Tableau n°22: Evolution du taux d'accroissement naturel de la population Algérienne
De 1990 à 2009.

	TBN pour 1000	TBM pour 1000	Tx A.N. pour 1000
1990	30,94	6,03	24,94
1991	30,14	6,04	24,10
1992	30,41	6,09	24,32
1993	28,22	6,25	22,57
1994	28,24	6,56	21,68
1995	25,33	6,43	18,90
1996	22,91	6,03	16,88
1997	22,51	6,12	16,39
1998	20,58	4,87	15,70
1999	19,82	4,72	15,10
2000	19,36	4,59	14,80
2001	20,03	4,56	15,50
2002	19,68	4,41	15,30
2003	20,36	4,55	15,80
2004	20,67	4,36	16,3
2005	21,36	4,47	16,9
2006	22,07	4,30	17,80
2007	22,98	4,38	18,60
2008	23,62	4,41	19,1
2009	24,07	4,51	19,6

Source : De 1990 à 2002 : HACHEM A.

Pour 2005 : BAFD/OCDE, 2007, Perspectives économiques en Afrique (Algérie), p 129

Pour 2007, 2008 et 2009 : ONS, 2010

Malgré cette baisse conséquente, le rythme d'accroissement démographique reste toujours rapide, aux alentours de 1,6 % annuellement, induisant encore un doublement de la population tous les 49 ans, de cette façon, la variable population sera encore contraignante au cours de la période 2007-2011.

Dans les trois pays du Maghreb, la croissance démographique, après une brusque accélération dans les années 1960 et 1970, a enregistré un ralentissement important qui se poursuit au Maroc et en Tunisie; l'Algérie par contre connaît une légère relance de cette croissance depuis 2001. Le taux de croissance dans la région a été divisé par deux dans les trente (30) dernières années. Il est aujourd'hui de 1,5 % en Algérie et 1,1 % au Maroc et en Tunisie. La baisse de la natalité est à l'origine de recul. De plus de 7 enfants par femme au milieu des années 1970, l'indice synthétique de fécondité est aujourd'hui inférieur à 3 enfants par femme.

6- Les indicateurs socio-économiques :

Les restrictions budgétaires induites par la politique de stabilisation, ont particulièrement affecté les secteurs sociaux. Les dépenses d'éducation et de santé de l'Etat ont baissé ces dernières années en valeur réelle mais aussi relative. Entre 1993 et 1997, par exemple, les dépenses budgétaires par tête d'habitant ont reculé, en valeur constante, de 26% pour ce qui concerne l'éducation et de 18% pour la santé. Cependant, malgré cette dégradation, la somme des dépenses d'éducation et de santé est encore largement supérieure à 20 % des dépenses de l'Etat; en 1997, les crédits affectés à ces deux secteurs ont représenté 22,5 % du budget public.

L'augmentation du chômage et le blocage des investissements face à des prix libérés entraînent une forte inflation, laquelle engendre des effets négatifs sur le niveau de vie de la population et la paupérisation de larges couches de la société. Cette paupérisation trouve son explication essentiellement des trois grandes thèmes. Au 1^{er} plan, l'emploi, la restructuration des entreprises et la restriction budgétaire ont entraîné une chute rigoureuse de l'emploi.

Dans le but de lutter contre la pauvreté et la détérioration des pouvoirs d'achat des populations les plus démunies, de nouveaux dispositifs de protection sociale ont été mis en place. La politique de subvention aux prix, qui prévalait jusqu'en 1992, a été remplacée par une politique de soutien aux revenus, fondée sur la mise en place d'un « filet social ». Des indemnités sont versées par l'Etat aux chefs de ménages inactifs et sans revenus ainsi qu'aux personnes de ces ménages sans revenus (sous la forme d'ICSR d'abord, puis d'AFS à partir de 1994) ainsi qu'à des personnes d'âges actifs, mais sans revenus, en contrepartie de leur participation à des travaux d'intérêt général sur des chantiers communaux ouverts à cet effet.

La croissance économique enregistrée durant les années 2000 et 2001 est positive : les taux ont été respectivement de 2,2% et 2,6% (ONS). Le PIB par habitant, après avoir régressé durant les années du PAS, a repris sa progression depuis 1999 pour se situer en 2001 à 133.386 DA (1.778 \$). Les ressources de l'Etat ont

progressé d'une façon significative et la balance des paiements a enregistré des excédents qui ont permis d'atteindre un niveau de réserves de change appréciable (20 milliards de dollars US, en 2000).

L'application des programmes de stabilisation et d'ajustement, en particulier depuis 1994, s'est accompagnée d'une aggravation du chômage (en 1997, le taux de chômage est évalué à plus de 29%), qui avait d'ailleurs commencé à augmenter dès le milieu des années quatre-vingts. Pour faire face à cette détérioration de l'emploi, due non seulement à la faiblesse des investissements mais également aux licenciements de travailleurs pour raisons économiques, des dispositifs de lutte contre le chômage ont été mis en place. Ces programmes (Emplois Salariés d'Initiative Locale, Travaux d'Utilité Publique à Haute Intensité de Main-d'œuvre, Contrat pré-emploi) ont, certes, permis d'occuper, pour une durée déterminée, plusieurs dizaines de milliers de primo-demandeurs d'emplois, mais se sont avérés impuissants à juguler la montée du chômage.

- l'activité

En Algérie en fin 2008, la population active est estimée à 10 315 000 personnes, d'où un taux d'activité de 41,7 % qui enregistre une légère augmentation par rapport à celui de 2007 (40,9 %). Par contre la population active occupée est estimée à 9 146 000 personnes, soit un taux d'occupation de 26,6 %. 15,6 % de l'ensemble de ces occupés sont des femmes en 2008 dont 16,6% en milieu aggloméré et 10 % en zones éparses. Si la part des femmes dans la population active reste inférieure, la croissance du nombre de femmes se portant sur le marché du travail y est plus rigoureuse.

Toutefois, l'allongement de la durée des études réduit considérablement les entrées de jeunes dans la vie active et cette réduction est plus forte pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes.

La proportion des occupés sur l'ensemble de la population en âge d'activité est de 27,0 % pour l'année 2008 dont 35,0 % des occupés sont des salariés permanents (voir Tableau n°23).

La participation des femmes au marché du travail s'est traduite par une amélioration de leur taux d'emploi, qui passe de 41 % à 44 % entre 1998 et 2008, alors que celui des hommes s'est légèrement augmenté.

Tableau n° 23 : Répartition de la population occupée selon le sexe et le secteur
d'activité en 2008

	La population occupée					
	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Employeurs et indépendants	2 242 00	29,05	413 000	28,92	2 655 000	29,03
Salariés permanents	2 630 000	34,08	568 000	39,78	3 198 000	34,97
Salariés non permanents + apprentis + autres	2 483 000	32,17	333 000	23,32	2 816 000	30,79
Aides Familiaux	363 000	4,70	114 000	7,98	477 000	5,22
Total	7 718 000	84,39	1 428 000	15,61	9 146 000	100

Source : ONS, 2008

C'est aux femmes que l'on doit l'essentiel de la croissance de la population active et de l'emploi depuis le milieu des années 70. Elles constituent 15,61 % de la population active. L'activité des 25-49 ans continue de progresser pour concerner 4 femmes sur 5 et c'est le taux d'activité des femmes mariées qui a le plus progressé. Cette croissance est d'autant spectaculaire qu'elle s'opère dans une période de crise économique.

Actuellement, le taux d'activité en milieu rural reste insuffisant au regard du nombre importants de jeunes en recherche d'insertion professionnelle. En milieu rural, le taux de chômage moyen, évalué à 25,1 % touche majoritairement la population jeune, notamment la tranche des 20-29 ans qui représente à elle seule plus de la moitié (51,4 %) de tous les demandeurs d'emploi.

Au RGPH de 2008, la population active était estimée à 10 315 000 personnes soit un taux d'activité de 41,7 (ONS,2009,n° 39, p.4). Ce qui exprime l'extrême jeunesse de la population algérienne suite à une forte croissance démographique.

- **Le chômage :**

Les taux de chômage ont atteint en 2008 , 11,3 % contre 29,4 % pour les hommes et 45,58 % pour les femmes en 1999 , soit un taux global de 33,92 %. Jusqu'à cette date (1999) les compressions des effectifs ont touché 81% des sociétés publiques, soit 326 678 emplois supprimés, dont 55 % dans le secteur des services, 48% dans le

secteur du bâtiment, travaux publics et habitat, 38,3 % dans le secteur agricole et 17,2 % dans celui de l'industrie. Le programme d'ajustement structurel a entraîné une détérioration considérable de la situation de l'emploi au cours des 10 dernières années. Quatre cent mille emplois ont été supprimés et le secteur informel de l'économie s'est étendu. Un total de 2 339 450 personnes se trouve au chômage ce qui donne un taux de 26 %. En fin de l'année 2008, On enregistre 1 169 000 personnes en chômage.

L'embellie économique de ces dernières années, du fait de l'envolée des prix du pétrole et du retour à la stabilité économique et politique ainsi que la mise en œuvre du PSRE (plan de soutien à la relance économique) et PNDRA (plan national pour le développement rural et agricole), initiés par les pouvoirs publics et soutenus par d'importantes dotations budgétaires, ont permis d'améliorer les conditions de vie de la population et d'amorcer un recul du chômage malgré l'augmentation de la population active à un rythme élevé de près de 3% entre 1999 et 2004. Le taux de chômage moyen est passé de 29,5% en 2000 à 23,7 en 2003 et à 17,7 % 2004, pour atteindre 11,33 en 2008 (ONS, 2009). Cependant, le taux de chômage chez le jeune reste élevé.

Les données du recensement de la population sont utiles pour évaluer les écarts de taux de chômage entre les hommes et les femmes, par exemple par âge. Quelque soit l'âge, le taux de chômage féminin est supérieur au taux de chômage masculin. L'écart diminue quand l'âge s'élève : de 07 points avant 20 ans, il n'est plus que de 03,5 points entre 50 et 54 ans.

Le sur-chômage féminin est particulièrement net chez les 30 à 34 ans pour les quels l'écart atteint moins de trois (03) points. La part des femmes dans la demande d'emploi représente 11,1 %, est supérieure à leur part dans l'activité (4,4 %), ce qui est traduit par un sur chômage féminin.

La proportion de jeunes parmi les demandeurs d'emploi est plus forte dans le milieu urbain que dans le rural, pour les femmes que pour les hommes

La population des demandeurs d'emploi est plus diplômée chez les femmes que chez les hommes : 37 % des femmes et 29 % des hommes demandeurs d'emploi sont titulaire du baccalauréat ou d'un diplôme d'enseignement supérieur.

Tableau n° 24: Répartition des chômeurs par âge et par strate en 2008

	Aggloméré	Epars	Total
Moins de 20 ans	116 000	24 000	140 000
20-24 ans	337 000	51 000	388 000
25-29 ans	309 000	39 000	348 000
30-34 ans	126 000	23 000	149 000
35-39 ans	61 000	8 000	69 000
40-44 ans	29 000	5 000	34 000
45-49 ans	17 000	2 000	19 000
50-54 ans	12 000	3 000	15 000
55-59 ans	5 000	2 000	7 000
Total	1 012 000	157 000	1 169 000

Source : ONS , 2009

Le chômage touche en particuliers les jeunes. En effet, près de trois chômeurs sur quatre (75 %) sont âgés de moins de 30 ans, et 87,8 % ne dépassent pas les 35 ans. Le taux de chômage des femmes âgées de 25-49 ans est de 4 points supérieur à celui des hommes, traduisant leurs difficultés structurelles d'accès à l'emploi.

La croissance économique, tirée par les hydrocarbures, s'est accompagnée , d'après les chiffres de l'office national des statistiques (ONS) d'une amélioration spectaculaire de l'emploi . La population au chômage se chiffrait en 2005 à 1 474 549 personnes (dont 253 545 femmes) , soit un taux de chômage global de 15,3 % contre près de 30 % en 1999. En milieu urbain , le taux est de 14,8 % contre 16 % en milieu rural. Les dispositifs d'emploi d'attente au bénéfice des jeunes , le soutien à la création de la micro-entreprise , le programme de soutien à la relance économique (PSRE) suivi par PCSC , sont à l'origine de cette embellie. Grace à la réalisation des grandes infrastructures , le gouvernement se donne pour objectif de faire passer le taux de chômage en dessous de la barre des 10 pour cent d'ici 2009 . Cette dynamique de création massive d'emplois a peu de chance de se maintenir dans le long terme ; elle est le fait direct ou indirect de l'action budgétaire , qui peine à se faire relayer par une croissance économique générée directement par les entreprises (BAfD/OCDE, 2007).

Globalement, elles représentent 50,8 % des STR1 et STR 2. Minoritaires dans l'activité, elles sont majoritaires dans le chômage , si on tient compte des demandeurs d'emploi à temps partiel .

L'accès au marché du travail reste un phénomène fortement sexué, comme en témoigne la répartition des demandes d'emploi de catégorie I par domaine professionnel.

Trois quarts des demandes d'emploi féminines sont concentrées dans 4 domaines professionnels : tertiaires de bureau, santé, et services sociaux, commerce, nettoyage, sécurité.

La question de l'égalité d'accès des hommes et des femmes au marché du travail doit intégrer des données relatives à la qualité des emplois offerts (conditions d'emploi et du travail, perspectives de promotion). La progression forte de l'offre d'emploi à temps partiel contraint et sa concentration dans des domaines professionnels très féminisés freine l'accès des femmes à l'indépendance économique.

- Les mesures en faveur de l'emploi :

Les mesures en faveur de l'emploi peuvent être regroupées en trois grandes rubriques :

- Les contrats aident des publics en difficultés. Et on distingue les constats suivants :

Quel que soit leur niveau de formation initiale, les filles occupent beaucoup plus souvent des emplois à temps partiel que les garçons ; pour celles qui ne possèdent pas de baccalauréat, c'est le cas presque une fois sur deux. Près de $\frac{3}{4}$ des filles à temps partiel déclarent qu'elles cherchaient un emploi à temps plein.

Par contre, en Algérie, les filles et les garçons perçoivent le même salaire. L'écart entre filles et garçons est beaucoup plus marqué chez les moins diplômés.

- la scolarisation:

Tous les enfants ont le droit à une éducation gratuite d'une durée de neuf années. La constitution algérienne garantit l'égal accès des filles et des garçons à l'enseignement gratuit et obligatoire jusqu'à l'âge de 15 ans. Les textes fondamentaux stipulent une éducation obligatoire pour tous les enfants âgés de 6 ans révolus.

En 2004, le nombre des enfants scolarisés a atteint 7 800 000 élèves, les filles ont représenté 47 % des effectifs dans le cycle primaire, 48,75 % dans le cycle moyen et 57,54 % dans le secondaire (Bilan commun de pays – Algérie, page 10).

Concernant l'accès universel à l'enseignement primaire, seulement 92,57 % des enfants en âge scolaire (6 ans) ont été scolarisés. Le taux général de scolarisation pour les filles est de 91,24 % avec des disparités selon les régions tels que la wilaya de Djelfa et Mila qui enregistrent les taux les plus faibles (60 %).

Les taux de scolarisation ont fortement augmenté, en particulier pour les enfants âgés de 6 à 14 ans pour lesquels la scolarité est obligatoire depuis 1976, mais aussi pour les élèves du secondaire. Les effectifs universitaires ont

également fortement progressé. Cependant, les taux d'échec au brevet sanctionnant le cycle de l'enseignement fondamental, et au baccalauréat, de même que les taux de déperditions scolaires en cours de cycles, sont relativement très importants ; ce qui traduit la faible rentabilité du système d'enseignement.

En 2004 - 2005, 7 741 099 élèves sont scolarisés en Algérie. Le taux de féminisation est nettement plus élevé dans le second cycle que dans le 1^{er} cycle. Les filles sont légèrement minoritaires dans le 1^{er} cycle (47,69 %) contre 57,73% au secondaire. La place des filles dans le 1^{er} cycle est stable sur une longue période. La légère surreprésentation des garçons à la naissance est compensée par un taux de redoublement des filles dans le 1^{er} cycle moins élevé. Dans le second cycle, la proportion des filles a légèrement progressé au cours des 10 dernières années. En 2006-2007, elle atteint 58,2% au niveau national.

Tableau n° 25 : Evolution des taux de scolarisation selon le cycle en Algérie

		Fondamental						Secondaire		Total	
		1 ^{er} et 2 ^{ème} Cycle Fondamental		3 ^{ème} cycle Fondamental		Total					
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
2000-2001	M	2510601	53,18	1046783	51,94	3557451	52,81	427915	43,85	3985366	51,68
	F	2210349	46,82	968587	48,06	3178869	47,19	547947	56,15	3726816	48,32
	Total	4720950	100	2015370	100	6736320	100	975 862	100	7712182	100,00
2001-2002	M	2487629	53,02	1099519	51,96	3587113	52,69	455562	43,76	4042675	51,51
	F	2204241	46,98	1016568	48,04	3220844	47,31	585485	56,24	3806329	48,49
	Total	4691870	100	2116087	100	6807957	100	1041047	100	7849004	100,00
2002-2003	M	2446509	53,04	1128369	51,61	4799495	52,58	474122	43,27	5273617	51,58
	F	2166065	46,96	1057969	48,39	4328491	47,42	621608	56,73	4950099	48,42
	Total	4612574	100	2186338	100	9127986	100	1095730	100	10223716	100,00
2003-2004	M	2388181	52,98	1138670	51,25	3526930	52,41	476569	42,46	4003499	50,99
	F	2119522	47,02	1083125	48,75	3202568	47,59	645826	57,54	3848394	49,01
	Total	4507703	100	2221795	100	6729498	100	1122395	100	7851893	100,00
2004-2005	M	2311724	53	1150001	50,97	3461863	52,31	474744	42,27	3936607	50,85
	F	2050020	47	1106231	49,03	3156113	47,69	648379	57,73	3804492	49,15
	Total	4361744	100	2256232	100	6617976	100	1123123	100	7741099	100,00

Source : ONS,2009

Le taux de scolarisation est de 94,1 % dont 94,4 % pour les garçons et 93,2% pour les filles, alors que le taux d'analphabétisme a été réduit de 10 points, passant de 31,9 % en 1998, à 21,4 % en 2005.

Le boom scolaire des filles est spectaculaire. Les filles ont largement contribué à l'élévation du niveau général de formation. Plus scolarisées, elles sortent du système éducatif plus diplômées que les garçons : 57 % des bacheliers sont des bachelières et les étudiantes représentent 55 % des effectifs de l'université. Mais surtout, si le niveau de diplôme constitue un levier important de réduction des inégalités de sexe, il produit dans le même temps un effet d'écartement des moins diplômées. Les exigences du marché du travail ont changé : de nouveaux critères de compétences sont requis (qualité, sens de l'organisation, capacité d'adaptation) dont le diplôme paraît le seul garant pour les employeurs.

En 2007, en Algérie les taux de scolarisation des garçons et des filles sont très comparables chez les plus jeunes et chez les plus âgés. Aux âges intermédiaires, le taux de scolarité des filles dépasse celui des garçons : l'écart passe de 2,8 points dans celles des 19 ans, puis diminue jusqu'à 3,3 points dans celle de 22 ans.

En 2004, sur 100 nouveaux bacheliers, 65,05% sont des filles. Les filles et les garçons s'orientent différemment dans l'enseignement supérieur. Certaines filières sont très féminisées comme : les sections de T.S de santé, et d'autres sont masculines. De même façon, filles et garçons n'occupent pas la même place dans les différents types d'établissement. Les filles sont très majoritaires dans les écoles sanitaires et sociales à l'inverse, les garçons sont très majoritaires dans les écoles d'ingénieurs, les instituts universitaires de technologie.

Globalement, il y a de plus en plus de fille dans l'enseignement supérieur mais les écarts entre les orientations des filles et celles des garçons se réduisent peu.

Le taux de réussite chez les filles est supérieur à celui des garçons. Les filles réussissent mieux que les garçons à tous les niveaux de formation du système scolaire quelque soit le niveau de scolarité, le taux de réussite des filles dépasse celui des garçons. L'écart le plus important concerne le milieu rural.

- L'Analphabétisme :

L'éducation a constamment constitué une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Le budget qui y a été consacré a été toujours très important, de l'ordre du quart, sinon du cinquième des dépenses de l'Etat. Cet effort s'est traduit par un recul très substantiel de l'analphabétisme, dont le taux chez la population âgée de 10 ans et plus est en régression depuis 1966. Il passe de 74,6 % en 1996 à 31,9 % en 1998 pour atteindre 24 % en 2005 selon l'enquête MICS 3 (2005) avec une inégalité dans la répartition selon le sexe, 16,5 % pour le sexe masculin et 31,6 % pour le sexe

féminin. . Cette élévation du niveau moyen d'alphabétisation de la population est l'effet de la politique de scolarisation massive menée au cours de ces dernières décennies.

L'analphabétisme, est un phénomène qui va de pair avec la pauvreté, concernait , 34,3 % de la population âgées de 15 ans et plus , soit plus de 3 millions d'habitants en 2005, une baisse peu significative selon le rapport du développement humain (2006) du Conseil National Economique et Social (CNES) .

Le taux d'analphabète est également plus élevé dans les zones éparses (51,5%) que dans les zones agglomérées secondaires (34,9 %) (Omar BESSAOUD, 2006) .

Selon les données du RGPH 1998, la part des femmes analphabètes représente 63,25 % , une proportion qui représente près du double que celle des hommes et affiche un taux d'analphabétisme de 40,33 % contre seulement 23,11 % pour les hommes . En 2002 , l'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF) indique que plus de 8 millions de personnes soit 26,5 % de la population totale sont analphabètes .

L'écart entre les deux sexes persiste toujours, et cela a été aussi confirmé par les résultats de l'enquête menée par le CENEAP en 2005, mais il se réduit donnant un taux d'analphabétisme de 28,41 % pour les femmes et 14,38 % pour les hommes.

Selon les tranches d'âge , se sont les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont les plus touchées par l'analphabétisme avec une proportion la plus importante qui est égale à 86,38% , alors que la tranche d'âge des plus jeunes (10-19 ans) n'enregistre que 10% . Cependant 2/3 des analphabètes , soit plus de 4 millions et demi de personnes , appartiennent à la tranche d'âge 20 à 59 ans . Les données de l'enquête EASF indiquent que chez les femmes âgées entre 15-49 ans , la proportion est de 45,5 % . Les résultats de l'enquête du CENEAP confirme ces données mais avec des taux moins élevés .

Par contre pour les personnes âgées de 75 ans et plus , elle dépasse les 80 % (85,41 %) contre 5,5 pour la tranche d'âge 15-24 ans . Eradiquer l'analphabétisme est considéré comme un indicateur cible dans les objectifs du développement du millénaire.

L'étude de l'analphabétisme selon le secteur d'habitat révèle d'importants écarts entre les zones rurales et urbaines , on enregistre un taux de 42 % en zone rurale contre près de la moitié (24 %) en zone urbaine.

Tableau n° 26 : Répartition de l'analphabétisme selon le secteur d'habitat 2005

Secteur d'habitat	Population âgée de 10 ans et plus	Nbre d'analphabètes âgés de 10 ans et plus	% d'analphabète âgés de 10 ans et plus	% par rapport au nombre d'analphabètes
Urbain	13 092 556	3 168 328	24,20	44,78
Rural	9 254 339	3 906 499	42,21	55,22
Total	22 346 895	7 074 827	31,66	100

Source : ONS , 2009

L'analphabétisme continue d'affecter de façon plus marquée les populations des zones rurales que celles habitant le milieu urbain (27,7 % contre 16,7 %) mais avec une régression de l'écart selon l'enquête du CENEAP.

La répartition du taux d'analphabétisme par wilaya illustre les écarts qui varient entre 18,67 % d'analphabètes dans la wilaya d'Alger et trois fois plus élevé dans la wilaya de Djelfa avec 54,04 % . Il ya seulement 20 wilayas qui affichent des taux d'analphabétisme inférieur à la moyenne nationale (31,66 %) avec des inégalités dans la répartition.

La relance des activités d'alphabétisation amorcée au début des années 90 se confirme d'une année à une autre par une augmentation régulière des effectifs des inscrits. Le record est réalisé en 2006-2007 avec un maximum d'inscrits de 187 048 et une prédominance de la tranche d'âge des 25-44 ans (43,11 %) et du sexe féminin (88 %).

Selon l'objectif fixé par la communauté nationale qui est : réduire de 50 % le nombre actuel d'analphabètes, il faut donc alphabétiser 3 200 000 personnes d'ici 2012. C'est le score minimum pour l'Algérie qui envisage d'éradiquer l'analphabétisme d'ici 2016.

Tableau n°27 : Répartition de la population selon le niveau de scolarisation (%) (2008)

	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sans instruction	23 000	2,6	1 000	0,3	24 000	2,1
Primaire	151 000	17,4	12 000	4	163 000	14
Moyen	439 000	50,6	64 000	21,3	503 000	43
Secondaire	164 000	18,9	83 000	27,6	247 000	21,1
Supérieur	91 000	10,5	141 000	46,8	232 000	19,8
Total	868 000	100	301 000	100	1 169 000	100

Source : ONS,2009

- l'infrastructure sanitaire :

Les insuffisances qui caractérisent, aujourd'hui, l'organisation, la gestion et le financement des structures publiques de santé ont amené le Gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. La réforme a pour objectif de redonner une perspective à la santé publique et de créer la souplesse nécessaire pour garantir à la fois la proximité des soins, une plus grande disponibilité du corps médical et paramédical, le sens de l'accueil et la performance en termes de qualité de la prestation médicale et. Pour adapter les structures de santé aux changements socio-économiques que connaît le pays ainsi qu'à l'évolution démographique et épidémiologique.

a-personnel médical:

Les chiffres concernant le personnel médical montre que leur nombre va en croissant, puisqu'ils n'étaient que 39.600 en 1991 contre 56 410 en 2006. On constate de plus une augmentation progressive du personnel exerçant dans le secteur privé. Le personnel médical se répartit comme suit :

- 19 901 médecins généralistes, dont 6 576 exercent dans le secteur privé ;
- 19 558 spécialistes, y compris les hôpitalo- universitaires et résidents , dont 5 913 spécialistes exercent dans le secteur privé;
- 9 684 chirurgiens dentistes, dont 4 728 exercent dans le secteur privé ;

- 7 267 pharmaciens, dont 259 seulement exercent dans le secteur public.

La répartition spatiale de ces praticiens est caractérisée par de grandes inégalités, notamment en ce qui concerne les spécialistes qui sont majoritairement concentrés dans les quatre plus grandes villes du pays.

Une répartition déséquilibrée des médecins spécialistes entre les régions sanitaires est observée. Plus de la moitié des spécialistes (52 %) exercent dans les régions centre, la région Est et la région Ouest contre seulement 4 % dans la région Sud malgré les offres de l'état pour travailler au Sud.

Même déséquilibre est observé à l'intérieur d'une même région sanitaire en faveur de la wilaya chef lieu de la région et les wilayas qui abritent des centres hospitalo-universitaires.

La couverture médicale globale (spécialistes et généralistes) dans l'ensemble des wilayas et régions sanitaires est satisfaisante , soit un ratio moyen d'un médecin pour 984 habitants, avec pour la wilaya d'Alger un ratio de un médecin pour 318 habitants contre un médecin pour 2103 habitants dans la wilaya d'Adrar . La répartition par spécialité est en faveur des chirurgien (82 %), pédiatrie (7,4%), médecine interne (6,6 %), anesthésie réanimation (3,6 %) , par contre l'effectif du reste des spécialités demeure très faible.

b-personnel paramédical :

Il est constitué de 89 968 personnes entre infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers brevetés et aides paramédicaux. Le nombre total des paramédicaux a peu augmenté depuis 1991, date à laquelle ils étaient au nombre de 82.832. Par contre, durant la même période, il y a eu une nette augmentation du nombre des diplômés d'Etat qui représentent actuellement 55% de l'effectif. Dans le secteur public, le ratio médecin / paramédical est actuellement de 3,2. La répartition spatiale des paramédicaux suit les mêmes distorsions que celle des praticiens.

c) Les personnels administratifs, techniques et de service sont en nombre important. On observe une sous-représentation du personnel technique, puisqu'il existe 14.270 administratifs, 2.071 techniciens, et 42.784 agents de service.

- Les infrastructures sanitaires

L'Algérie dispose, sur le plan des structures hospitalières, de 28 Centres Hospitalo- Universitaires (CHU) et 01 établissement hospitalo universitaire (EHU) d'une capacité d'accueil de 14.150 lits, de 36 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS), d'une capacité d'accueil de 7.578 lits, dont près de la moitié est dévolue aux soins psychiatriques, et de 231 hôpitaux localisés dans les 185 secteurs sanitaires du pays, d'une capacité d'accueil de 38.275 lits.

Toutes ces structures relèvent du secteur public. Les cliniques privées, dont le nombre dépasse à présent la centaine, ne présentent qu'une capacité d'accueil de 1.896 lits, qui ne représentent que 3% des 59.600 lits dont disposait le pays en 2006. Le ratio national de couverture en lits est de 2, mais il existe des variations importantes d'une région sanitaire à une autre, mais aussi, d'une Wilaya à une autre. De plus, dans le Sud du pays, un ratio supérieur à 2 ne rend pas compte des difficultés d'accessibilité dues à la dispersion de la population et à l'étendue du territoire.

Les structures extrahospitalières se répartissaient, au 31 décembre 2006, en 520 polycliniques, 1.248 centres de santé et 4.684 salles de soins. Ces structures qui relèvent du secteur public sont doublées par 504 centres médico-sociaux et par plus de 5.000 cabinets médicaux privés, plus de 3.000 cabinets dentaires et plus de 4.000 officines pharmaceutiques.

De plus, le secteur privé tend à se développer dans le domaine des laboratoires d'analyse et des centres d'imagerie médicale.

Le nombre total de lits d'hospitalisation dans le secteur public pour l'année 2006 représente 64 137 lits, auxquels s'ajoutent les 2310 lits des 85 cliniques privées, donnant une moyenne de 1 lit pour 500 habitants environ.

Les investissements dans ce domaine ont progressivement concerné la plupart des régions du pays, néanmoins les implantations les plus nombreuses demeurent regroupées dans les chefs lieux de wilaya du Nord : Alger avec 26 établissements, Oran 14 établissements, Annaba 07 établissements, Tizi-Ouzou 06 établissements.

Rapportés à la population, les ratios d'infrastructures sanitaires en 2006 sont les suivants :

- Un lit d'hospitalisation pour 570 habitants
- Un lit de maternité pour 900 femmes en âge de procréer
- Une polyclinique pour 61000 habitants
- Un centre de santé pour 24000 habitants
- Une salle de soins pour 7700 habitants
- Une officine pharmaceutique pour 5500 habitants.

7- Politique nationale de population :

L'objectif essentiel de la politique nationale de population est la maîtrise de la croissance démographique et le développement de la planification familiale.

Ainsi la régulation du rythme de la croissance de la population est inscrite au rang des priorités arrêtées au niveau national dans le but de réaliser les objectifs escomptés en matière de développement économique et social. Dans ce cas , un comité national de population a été installé par le Ministre de la santé et de la population le 27 Octobre 1996, qui regroupe les représentants de différents départements ministériels ,d'institutions nationales et du mouvement associatif .

Ce comité est conçu pour contribuer à l'élaboration de la politique nationale de population , dont sa stratégie est :

- Atteindre un taux de prévalence de la contraception de l'ordre de 60% en 2005 et de 70 % en 2010 en renforçant l'utilisation des méthodes modernes de contraception .
- Réduire de 25 % en 2005 et de moitié en 2010 le taux de mortalité 1999 et cibler un taux de mortalité inférieur à 100 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 et 60/100 000 en 2010.
- Atteindre un taux d'accouchement en milieu assisté et un taux de surveillance des grossesses de 85 % en 2005 et de 90 % en 2010.
- Réduire de 25% en 2005 et de 50% en 2010 le taux de mortalité infantile (TMI) de 1999 en visant un TMI inférieur à 40 pour mille en 2005 et 25 pour mille en 2010.
- Augmenter l'espérance de vie à la naissance qui devrait se situer en 2010 au moins à 72 ans pour les hommes et les femmes soit plus de 5 années par rapport à 1995.
- Stratégies et priorités d'actions 2000-2010, articulées autour de 5 axes :
 - Renforcement des liens entre population et développement
 - Amélioration de la santé reproductive
 - Amélioration du système de collecte des informations démographiques et des études et des recherches en population.
 - Promotion de l'information, éducation et communication
 - Mobilisation des ressources financières

Depuis le début des années 80 (période à laquelle a été adopté le programme national de maîtrise de la croissance démographiques) des changements majeurs ont été observés dans le domaine démographique . Au bout de deux décennies , le rythme d'accroissement de la population a été considérablement ralenti ; de mêmes , les attitudes et les comportements en matière de procréation ont connu des modifications importantes , créant de nouveaux modèles de nuptialité et de fécondité.

Ainsi , la politique nationale de population demeure une priorité dans le cadre de la politique nationale de développement . Le but est de réaliser l'harmonie entre l'évolution démographiques , la croissance économique et l'environnement .

Politique démographique :

Durant les années qui succèdent à l'indépendance et jusqu'à 1980, la priorité est accordée à la reconstruction du pays ravagé par la guerre , et aussi au développement économique et à la satisfaction des besoins socioculturels de la population tels que : la scolarisation , la santé et l'emploi.

La question démographique a été mise au second plan à partir du plan quadriennal 1970-1974, partant de la thèse que les comportements en matière de procréation sont des comportements culturels et que leur modification passe par l'amélioration des conditions de vie économiques et sociales de la population .

A cette époque, le discours politique considère la solution démographique comme une fausse solution. A Bucarest , lors de la Conférence sur la population en 1974, l'Algérie a défendue cette thèse en affichant le slogan que « la meilleure pilule, c'est le développement ».

Les années 1980, ont été marquées par l'émergence de la question démographique dans sa relation avec le développement. Durant le début des années 1980, le constat opère des niveaux élevés de tous les indicateurs de la croissance démographique. Et donc pour la première fois la variable démographique apparaît comme une contrainte et énoncée dans le plan quinquennal 1980-1984, et suite à ceci un programme national de la maîtrise de la croissance démographique a été adopté en Février 1983 . Durant les années 1990 et 2000, la variable démographique constitue toujours une contrainte et ces effets ne cessent de s'exercer sur les secteurs économiques et sociaux. La volonté et la nécessité de maîtriser la croissance démographique sont toujours affirmées par le gouvernement.

Malgré le caractère tardif de la politique algérienne de planification familiale, le programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD) se déclare dans ses principes fondamentalement incitatifs. Il respecte le libre choix et l'adhésion volontaire des couples à la planification familiale dans le respect des valeurs sociales et l'éthique religieuse.

Après plus de deux décennies de mise en œuvre de ce programme, on a récolté les résultats de cette politique qui apparaissent au niveau des changements des attitudes et comportements vis-à-vis de la planification familiale révélés par la régression des indicateurs de la natalité et de l'accroissement démographique et par l'augmentation de la pratique contraceptive (voir le tableau n° 28).

Tableau n° 28: Evolution de la pratique contraceptive (toutes méthodes confondues)

en Algérie

Année	Prévalence contraceptive %
1968	8
1984	25
1986	35,5
1990	40,6
1992	50,8
2000	64
2002	57
2006	61,4

Source : Abdelfatah LEULMI, transition épidémiologique

- Pour 2006 : MICS 3, 2006

Conclusion :

La crise économique et sociale qui s'est dans le pays depuis 1984 a mis en relief toute la nécessité d'une politique de population à travers notamment la maîtrise de la croissance démographique et une politique de la famille plus hardie et une attention très particulière en direction d'une population présente par le nombre et par l'ampleur de ses besoins , notamment en matière de formation , d'emplois et de bien être . Fait notable le nombre de naissances connaît une baisse constante ces dernières années. En conséquence , on assiste à une chute importante du taux d'accroissement naturel de la population.

Durant cette dernière décennie, le niveau de la croissance démographique a baissé suite à la baisse de la fécondité qui s'est amorcée au milieu des années 1970 passant de 39,5 ‰ en 1985 à 24,4 ‰ en 2009. Suite d'une part aux bouleversement économique (crise de logement, chômage , baisse du niveau de vie ...) qui ont engendré un recul de l'âge au mariage (de 21,8 ans en 1970 à 29,47 ans en 1998) , d'une autre part aux comportements de la femme algérienne vis-à-vis de la procréation, la contraception et d'où la natalité , résultats de l'instruction et l'activité féminine ainsi que les programmes de lutte contre l'analphabétisme.

Avec l'instauration de la médecine gratuite, une forte baisse du niveau de la mortalité générale est observée. Un rythme de baisse qui dépassait celui de la natalité .

La hausse du taux de mortalité générale observée en 1993/ 1994 et 1995 est due à la stagnation de la mortalité infantile.

Durant les deux dernières décennies une baisse importante a marqué la mortalité infantile . Le taux de mortalité infantile est passé de 100 ‰ en 1981 à 53,81 ‰ en 1999. Mais suite aux conditions de la grossesse, d'accouchement et aux problèmes congénitaux qui influencent la mortalité néo-natale ce taux a stagné à partir de 1990.

La fécondité quand à elle , a connu une baisse considérable pour atteindre le nombre de 2,54 enfant par femme en 2000 . Une forte baisse de l'indice synthétique de fécondité de 6,29 enfant par femme en 1984 à 2,67 enfant par femme en 1998 , soit une réduction aux alentours de 3 enfants sur un intervalle de 14 ans.

L'âge moyen au mariage a connu une augmentation chez les deux sexes mais de façon plus importante pour le sexe féminin (27,62 ans). Ce recul a déplacé le calendrier de la fécondité vers les âges les plus élevés ce qui implique le réajustement des programmes de santé reproductive.

L'Algérie a connu une progression importante de l'utilisation de la contraception . Mai elle reste toujours insatisfaisante et limitée essentiellement à la contraception orale (pilule 77,7 %) suivi par l'allaitement (7,8 %) et le stérilet (7,1 %). Par ailleurs des disparités sont enregistrées au niveau des régions sanitaires en ce qui concerne l'utilisation contraceptive.

Chapitre IV :
Situation de la santé
reproductive en Algérie et
au Maghreb

Chapitre IV : Situation de la santé reproductive en Algérie et au Maghreb

Introduction :

Les problèmes de la santé reproductive et sexuelle représentent 18 % de la charge mondiale totale de morbidité et 32 % de la charge parmi les femmes du monde en âge de procréer (UNFPA, 2004, p. 10).

La santé des femmes pendant leur vie féconde 15- 49 ans est importante pour eux même mais aussi pour les générations suivantes. Les problèmes de santé observés à ces âges sont pour beaucoup propres aux jeunes filles et aux femmes . Ainsi , les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la première cause de mortalité chez les jeunes femmes entre 15-19 ans . Les femmes sont généralement vulnérables à l'infection par le VIH en raison d'une combinaison de facteurs biologiques et d'inégalités liées au sexe. Ces conditions ont pour des résultats des grossesses non désirées , des avortements à risque, des complications de la grossesse et de l'accouchement et des maladies sexuellement transmissibles , dont l'infection à VIH . La violence fait aussi peser un risque supplémentaire important sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et peut aussi provoquer des cas de maladies mentales et d'autres affections chroniques.

Le présent chapitre tente de faire un état des lieux de la situation de la santé en matière de reproduction et de sexualité chez les femmes . Compte tenue de la limite imposée par les données et les informations disponibles sur la question , le chapitre portera particulièrement sur la fécondité , la mortalité maternelle et infantile , la contraception , les soins maternels , les infections sexuellement transmissibles et la violence .

II- La santé reproductive :

Introduction :

Sur la base des données disponibles, nous allons donné un aperçue général de certaines composantes de la santé en matière de procréation dans le cadre de l'entrée dans la vie reproductive ; le comportement procréateur ; la planification familiale ; l'avortement ; la mortalité maternelle et les soins maternels .

I.1- Entrée dans la vie reproductive :

L'entrée dans la vie reproductive est une étape clef dans la vie d'un individu , et les comportements adoptés ont une influence directe sur le reste de son existence (Nations Unies 1988,1989, 1998) . Cette période est marquée par des événements majeurs : puberté, début de l'activité sexuelle , mariage et début de l'âge de la procréation . La précocité des ces événements a des répercussions sur la santé reproductive des individus. Des recherches ont montré les risques résultant des

relations sexuelles prématurés et les conséquences des mariages et des grossesses précoces (Institut Alan Guttmacher, 1998).

Ce n'est que lors de la conférence internationale sur la population tenue à Mexico en 1984, que la communauté internationale s'intéressé aux besoins des adolescents dans le domaine de la santé reproductive . Parmi les recommandations adoptées lors de cette conférence est de veiller est ce que les adolescents bénéficient d'une éducation appropriée en matière de sexualité et la préparation à la vie familiale et aient accès à l'information et à des services adaptés en matière de planification familiale. Lors de la conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire en 1994, il a été estimé que les adolescents constituaient un groupe vulnérable et leurs besoins en matière de procréation ont été abordés dans une section distincte du programme d'action (Nations Unies , 1995a, chap. I , résolution 1, annexe, chap. VII, sect. E).

La préoccupation croissante accordée à la santé des adolescents et des jeunes en matière de procréation s'explique en partie par l'importance de leurs proportions. La moitié de la population algérienne (49,74 %) et 50 % de la population maghrébine est âgée de moins de 25 ans , ce qui signifie qu'une grande partie des individus va débuté sa vie reproductive très prochainement. La population âgée de 15 – 24 ans (jeune) représente 21 ,71% de la population nationale . D'ici 2030, cette catégorie de population aura tendance à augmenter . De ce fait, la santé et la prospérité de la population nationale et maghrébine dépendront en partie du succès résultant des programmes visant à répondre à leurs besoins dans le domaine de l'éducation et de la santé en matière de procréation.

I.1.1-Puberté :

Comme déjà dit , la puberté marque le début du processus de maturation sexuelle, au cours duquel l'adolescente subit des transformation physiques , hormonales, psychologiques et sexuelles et acquiert la capacité de procréer.

Dans la plupart des pays du monde ainsi qu'en Algérie et dans les autres pays du Maghreb , le développement de l'éducation s'est traduit par une dissociation de plus en plus remarquable entre la maturité sexuelle et le mariage et plusieurs années séparent la puberté du début des relations sexuelles et de la fondation d'une famille.

L'âge moyen à l'apparition des premières règles varie considérablement d'un pays à un autre. Malheureusement nous n'avons pas de données sur ce phénomène pour l'Algérie et les pays voisins (Maroc et Tunisie) .

En général , l'âge moyen lors des premières menstruations continue de baisser en même temps que la nutrition et les conditions de santé s'améliorent . Des études récentes ont montré l'existence d'une relation inverse entre l'apparition des premières menstruations et les conditions socio économiques , la nutrition et l'alphabétisation (Thomas et al . , 2001).

L'âge plus précoce de la puberté s'ajoutant à l'allongement de la durée des études et au report de l'âge du mariage signifie que les étapes biologiques et socioéconomiques marquant la transition vers l'âge adulte sont de plus en plus dissociées.

I.1.2- Début de l'activité sexuelle :

En général , le début de l'activité sexuelle a lieu au cours de l'adolescence , qui est considérée comme une période de croissance , d'expérimentation et de recherche de l'identité au cours de laquelle les individus sont particulièrement vulnérables . Les données sur le début de l'activité sexuelle des jeunes n'ont jamais été très abondantes , en particulier dans les pays musulmans où la sexualité n'est reconnue qu'à l'intérieur du mariage.

Le recul de l'âge au premier mariage , les modifications des normes sociales et culturelles relatives au choix du conjoint (Locoh , 1994) et aux différentes étapes du processus de mariage sont autant de facteurs qui changent le contexte dans lequel les jeunes d'aujourd'hui vivent leur adolescence .

I.1.3- La nuptialité :

Les comportements de nuptialité ont connu des changements importants dans les pays du Maghreb et du monde arabe. Depuis la fin des années 70 , on observe un recul de l'âge moyen au premier mariage , qui a été suivi par une augmentation du célibat en particulier chez les femmes .

En Algérie ainsi qu'au Maghreb, le mariage demeure en effet un cadre social incontournable d'accomplissement de soi. Il est considéré comme le seul état d'union légal entre l'homme et la femme aussi bien sur le plan religieux que sur le plan juridique. Fonder une famille, dès que la situation économique et sociale le permet est considéré comme une obligation sociale , d'autant que le mariage confère au couple un statut socialement reconnu.

Une nuptialité en forte augmentation à des âges tardifs. La hausse continue de l'âge au premier mariage depuis le recensement de 1966 s'inscrit parmi les changements les plus remarquables de la société algérienne et maghrébine. Les deux sexes, femmes et hommes se marient à des âges de plus en plus tardifs.

Le nombre de mariages enregistrés à l'état civil connaît une forte augmentation ces dernières années . Il a plus que doublé entre 1998 et 2007 en passant de 158 298 à 325 458 mariages traduisant une évolution du taux de nuptialité de 5,36 % à 9,55% en 2007. En 2008, le nombre de mariages s'élève à 331 190, confirmant ainsi le taux élevé de nuptialité (9,53 %).

Au cours de la même année, l'âge moyen au premier mariage pour les femmes était de 29,3 ans et de 33 ans pour les hommes , contre respectivement 29,9 ans et 33,5 ans en 2006 (Enquête MICS 3). Alors qu'il ne dépassait pas 18,3 ans et 23,8 ans respectivement en 1966. En espace de 40 ans , les femmes ont retardé de près de 12 ans

leur premier mariage ainsi que les hommes . Cette évolution de la nuptialité est une des raisons majeures de la forte baisse de la fécondité algérienne , qui est passée de 8 enfants par femme dans les années 1970 à moins de trois (3) enfants par femme en 2006.

Le tableau n° 29 montre même une certaine accélération de cette tendance après 1977 . En 1984, l'âge légal au mariage a augmenté de 16 ans (en 1963) à 18 ans pour les femmes , et de 18 ans (en 1963) à 21 ans pour les hommes. Mais l'adoption de cette loi n'a guère changé les choses. Sauf entre 1987 et 1992 où on observe une nette accélération pour les hommes (KOUAOUCI A ., 1999) . En 1992, les hommes se marient donc en moyenne à 30 ans et les femmes à plus de 25 ans . A nos jours cet âge est passé à 33,5 ans pour les hommes et 29,9 ans pour les femmes.

Tableau n°29 : Evolution de l'âge moyen au 1^{er} mariage en Algérie.

Année	Hommes	Femmes	Ecart
1948	25,9	20,0	5,9
1954	25,3	19,7	5,6
1966	23,9	18,4	5,5
1970	24,4	19,3	5,1
1977	25,3	20,9	4,4
1986	27,2	23,8	3,4
1987	27,6	23,7	3,9
1992	30,1	25,9	4,2
1998	31,33	27,62	3,71
2002	33,0	29,6	3,4
2006	33,5	29,9	3,6
2008	33,0	29,3	2,7

Source : ONS (1998, 2008) , RGPH, EASF 2002, MICS 3 (2006)
de 1948 à 1986 : (Mazouz M . et Tabutin D., 1989-1990, p .35)
Pour 1987 et 1992 (ONS, 1992, p. 180).

Deux remarques sont à faire à la lecture de ces données :

d'une part le recul de l'âge au mariage pour les deux sexes, mais plus rapide pour la femme ;

d'autre part , un rétrécissement des écarts entre les conjoints .

En même temps , l'écart d'âge au mariage entre époux s'est fortement réduit passant de 5,5 ans en 1966 à 3,6 en 2006. Cette différence relève d'une certaine conception du mariage .

Cette hausse continue de l'âge moyen au premier mariage depuis le RGPH de 1966 traduit en partie les changements de mode de vie qu'entraîne la scolarisation, en particulier dans le cycle universitaire ou la partie féminine représente 59 % au sein du 1er cycle. Les hommes et les femmes se marient donc à des âges de plus en plus tardifs. L'écart ente l'âge au mariage des hommes et des femmes tend à se réduire progressivement, passant de 5,5 ans en 1966 à 3,7 ans en 2008.

La détérioration des niveaux vie et de la condition sécuritaire des années 90 aurait engendré de nombreuses contraintes au mariage. De ce fait l'amélioration des conditions de vie observée au cours de la décennie écoulée , est considérée comme un progrès majeur , qui permet aux personnes de contracter des mariages même tardivement.

La diminution des mariages féminins dits précoces (conclus entre 15-19 ans) , explique en partie cette tendance . En effet , depuis le milieu des années 70 , ce type de mariages a été réduit au moins de moitié dans tous le pays.

Le Maghreb est actuellement la région d'Afrique ou l'âge au mariage est le plus élevé . En Tunisie , la hausse de l'âge au mariage des femmes a été constante depuis l'indépendance : celui-ci est passé de 19,1 ans en 1956 à 27,8 ans en 1999 et atteint 29,2 ans en 2006 (MICS 3 Tunisie). Au Maroc l'âge au mariage est passé de 17,3 ans en 1960 à 26,2 ans en 1995 et atteint en 2007 , 27,2 ans .

L'évolution des comportements matrimoniaux est révélatrices de profonds mutations de la société . La transition de la nuptialité en cours est largement due à la scolarisation des jeunes filles mais aussi aux difficultés économiques croissantes conduisant à un affaiblissement du système traditionnel de gestion de la vie sociale.

Tableau n° 30 : Répartition de l'âge légal au mariage

	Algérie	Maroc	Tunisie
Hommes	21	18	20
femmes	18	15	20

I.2- le comportement procréateur :

La fécondité constitue le moteur principal de la transition démographique en Algérie devant la mortalité, notamment des enfants. Elle est également une composante essentielle de la santé reproductive et infantile.

I.2.1- Niveaux de la fécondité et tendance :

L'étude de la fécondité algérienne a toujours révélé une certaine particularité ,qui tient au rythme de la baisse après une longue résistance au changement , contrairement à ces deux voisins le Maroc et la Tunisie qui assistaient à une baisse soutenue de leur fécondité depuis les années 1970. En Algérie , la fécondité a commencé à baissé brutalement au milieu des années 1980.

La fécondité a diminué jusqu'au milieu des années 1980 à un rythme relativement lent. Elle accuse un certain retard par rapport au Maroc et la Tunisie , puis à partir de cette date , on assiste littéralement à une chute des niveaux de fécondité . 10 ans plu tard , les femmes algériennes mettaient au monde en moyenne autant d'enfants que les femmes des pays qui avaient démarré leur transition de fécondité dans les années 1960 rattrapant ainsi son retard.

66 % de la baisse de la fécondité a eu lieu à partir de 1985 et 49,1 % de la baisse s'est déroulée entre 1985-1995 (Zahia Ouadah Bedidi et Amandine Lebug Le Mojdehi , 2005) . L'Algérie enregistre une des plus forte baisse de fécondité dans les pays en développement.

Désormais chaque nouvelle enquête vient confirmer que l'Algérie s'engage dans la dernière phase de la transition démographique. En 1970, elle affichait un indice synthétique de fécondité (ISF) de 7 enfants par femme . vingt ans (20) après , elle a commencé à baisser et rattrapera ces deux pays voisins et dépasse même le Maroc.

Tableau n° 31 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité au Maghreb

	*1990	*1992	*1994	*2000	2002	2004	2007
Algérie	4,7	4,2	3,7	2,6	2,8	2,5	2,4
Maroc	4,0	3,6	3,4	2,7	2,8	2,7	2,4
Tunisie	3,6	3,2	2,8	2,1	2,0	1,9	1,9

Source : -* : OMS, 2004

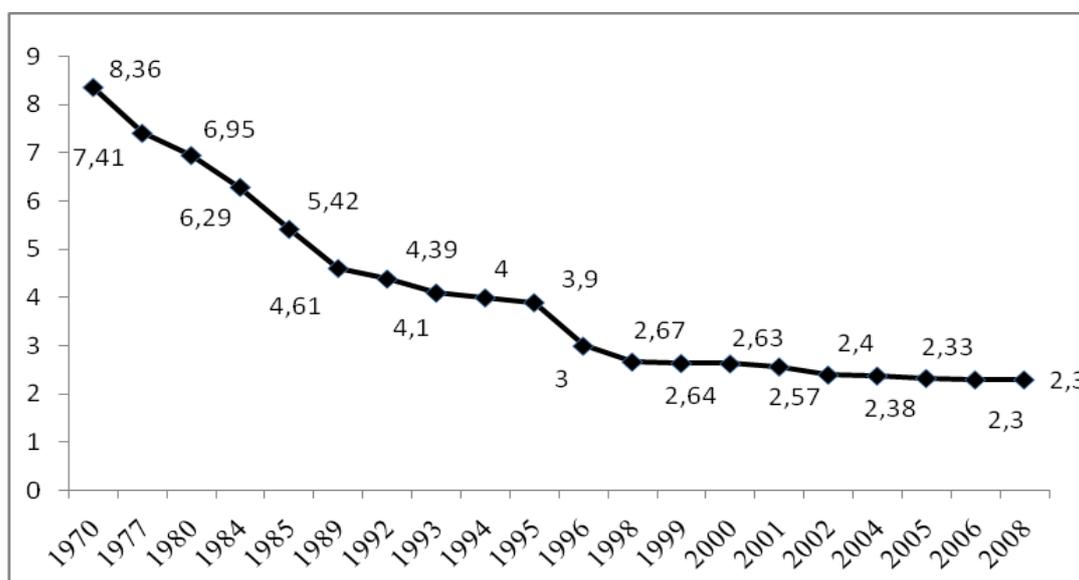
- WHO, 2009

Le déclin de la fécondité algérienne était plus rapide par rapport à la Tunisie et au Maroc . Depuis 1966, la fécondité enregistre une baisse continue , le taux brut de natalité est passé de 47,8 ‰ en 1966 à 24,07 ‰ en 2009 , soit une réduction de la moitié.

A partir de la figure n° 11 , on peut voir le moment où se situe le démarrage des centres de protection maternelle et infantile (1974) ainsi que l'année de l'officialisation de la politique d'espacement des naissances (1976) et celle de l'adoption du programme national de maîtrise de la croissance démographique (1983) (KOUAOUCI A. , 1999) .

Le taux global de fécondité générale montre une baisse de la moitié entre 1966 (255,33 ‰) et 1992 (133,33 ‰). Cette baisse continue pour atteindre un taux de 73,33 en 2004. Mais au-delà de cette date, on observe une légère augmentation du taux de fécondité générale atteignant en 2008 un taux de 87,34 ‰ suite à l'augmentation des effectifs des mariages. l'indice synthétique de fécondité qui représente le nombre moyen d'enfant par femme (toutes les catégories matrimoniales confondues) confirme la baisse observée . Ce dernier est passé de 7.8 en 1970 à 6.24 en 1985 pour atteindre 2.3 en 2006. Une réduction de près de quatre enfants a été ainsi observée entre 1985 et 2006, contre moins de 2 enfants entre 1970 et 1985 (voir la figure n° 11)

Figure n° 11: Evolution de l'indice synthétique de fécondité (1970-2008)



Source : - de 1970 à 1998 : A.HACHEM, 2003
 -de 1999 à 2001 : ONS, Collection statistiques de l'Algérie année 1999.
 - ISF 2008, INED, Population et société n° 436, juillet-aout 2007.

La baisse de la fécondité n'a pas seulement atteint les zones urbaines, elle a affecté aussi les régions rurales. Ceci apparaît plus évident dans les périodes comprises entre les années 1992 et 2002, décennie où la fécondité a connu une baisse considérable.

La réduction de l'ISF a été plus accentuée pour le rural (- 2,8) que pour le milieu urbain (- 1,5) au cours de la décennie 90. L'écart entre le milieu urbain et le milieu rural a diminué d'une manière remarquable passant de 2,7 à 0,19 en espace de 14 ans. Ce qui est dû à l'amélioration de la scolarisation dans les zones rurales.

Tableau n° 32 : Répartition de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu

	Urbain	Rural	Gain	Total
1970	7,3	8,5	1,2	4,7
1986	4,5	7,1	2,6	4,7
1992	3,6	5,3	1,7	4,4
1998	2,4	3,0	0,6	2,67
2002	2,1	2,7	0,6	2,4
2006	2,19	2,38	0,19	2,27

Source : Avant 1998 :

2002 : EASF

2006 : MICS 3

On observe une grande différence dans les taux de fécondité selon le milieu d'habitat, due en général à la situation économique, sociale et culturelle que vivent les femmes des deux milieux. Selon l'enquête algérienne sur la santé de la famille réalisée en 2002, on enregistre un taux de fécondité de six (6) enfants par femme dans le Sud et 5,2 enfants par femme dans les hauts plateaux contre seulement 3,9 enfants par femme dans le littoral.

Tableau n° 32 : Répartition des taux de fécondité selon la région

	Centre	EST	OUEST	SUD	Total
EASM 1992	3,7	4,4	4,7	6,0	4,4
EASF 2002	1,86	2,5	2,1	3,75	2,39

Source : EASM 1992

EASF 2002

- La fécondité selon le niveau d'instruction :

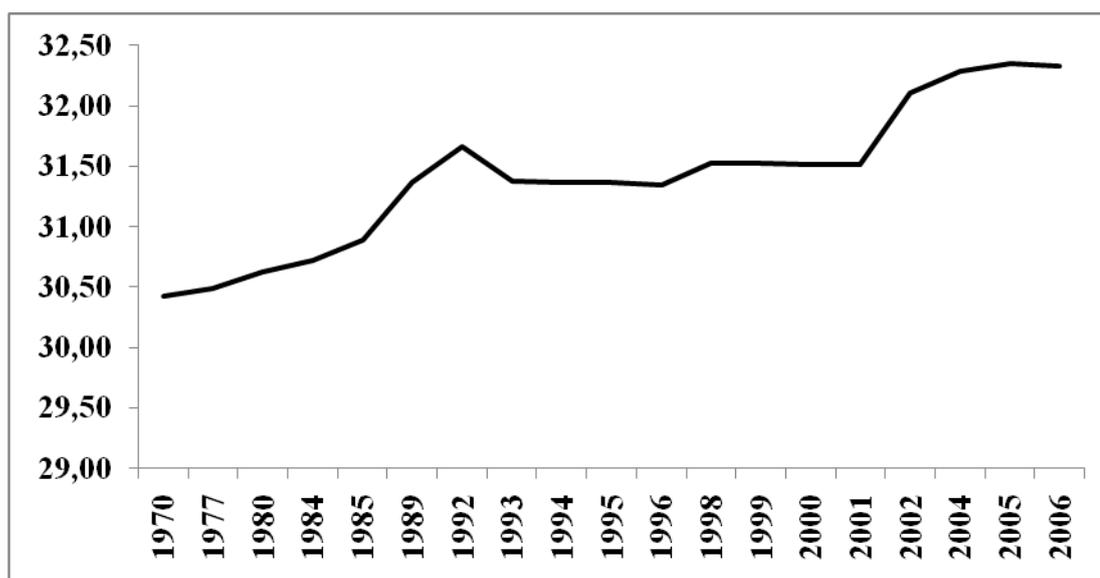
L'examen des niveaux de fécondité selon le niveau d'instruction révèle que le dernier devient de moins en moins discriminant. Dans ce cadre, l'évolution des courbes des indices synthétique de fécondité selon les différentes catégories de femmes est significative. L'écart qui se situait à plus de 3 enfants par femme entre les femmes

de niveau secondaire ou plus et les analphabètes n'est plus que de 1,4 enfants par femme en 2002 . En outre la baisse la plus importante concerne les analphabètes avec 2,7 enfants par femme de moins qu'en 1992. Cette réduction est de l'ordre de 1,0 enfant chez les femmes de niveau secondaire et plus , 1,3 pour celles ayant le niveau moyen et de 1,1 pour celles ayant le niveau primaire . Ces améliorations sont le fruit des actions menés dans e cadre du programmes d'information , d'éducation et communication (IEC) dont le but est l'amélioration de l'accessibilité aux services de planification.

Avec cette baisse de l'ISF, l'Algérie comme la Tunisie s'approche de la chine , qui en 30 ans (1960-1990) a vu son ISF passer de 6 à 2 enfants par femme. Par contre la France a mis près de 200 ans (1750-1930) pour passer d'un peu plus de 6 enfants par femme à un peu plus de 2 enfants par femme. En 1960, l'Algérie avait , avec la Tunisie un des niveaux les plus élevés.

Les résultats de l'enquête MICS 3 (EDG 2006) , révèle un âge moyen à la maternité de 31,02 ans . Il continue ainsi à augmenter (voir figure n° 12). Il était de 31,36 ans en 1992 et de 31,52 ans en 1998, soit environ 11 mois par rapport à 1992.

- Figure n° 12 : Evolution de l'âge moyen à la maternité en Algérie de 1990 à 2008



Source : Tableau n° 33

- La fécondité selon les âges

La répartition des taux de fécondité par âge traduit une courbe en forme de cloche . L'évolution de la fécondité selon la tranche d'âge au fil du temps a subi des changements. La fécondité des femmes de moins de 25 ans diminuent continument : en 1992, 1220 naissances surviennent pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans , en 2000, ce

chiffre chute à 52,24 . Cette tendance est plus marquée chez les femmes de 20-24 ans : 45.8 enfants pour 100 femmes en 1992 puis 38,2 en 2000 .

En 1992 et 1994, près de 43 enfants naissent pour 100 femmes âgées de 30 à 34 ans. En 2004, ce chiffre est de 56,9, la fécondité des femmes est plus faible après 35 ans mais augmente au fil du temps : elle est de 17,7 enfants pour 100 femmes en 1992 et augmente de 6 points sur la période. Les femmes de plus de 40 ans sont naturellement moins fécondes , mais la proportion des naissances augmente de façon significative dans cette tranche d'âge entre 1992 et 2004 : de 4 bébés pour 100 femmes en début de période à 5,1 en fin de période .

En 2004, 2015 nouveaux nés , soit 3,6 % du total des naissances ont une mère âgée de moins de 20 ans , chiffre en recul de 7 % depuis 5 ans . dans le même temps , les femmes de plus de 40 ans mettaient au monde 8 % de bébés en plus, soit 920 naissances en 2004.

Les données du tableau n° 33, montrent que les femmes les plus jeunes (15-25 ans) et les plus âgées (45-49 ans) participent de moins en moins à la natalité . Ceci s'explique dans le premier groupe d'âge par le recul de l'âge au mariage et dans le second par un recours plus important à la contraception.

Le taux de fécondité générale du groupe d'âge 15-19 ans a atteint 21 ‰ en 1992 alors qu'il était de 114,1 ‰ en 1970. Il a donc observé une baisse de 93,1 ‰. En 2006 , il était à seulement 4,4 ‰.

La fécondité des femmes de 25 à 29 ans est un peu plus stable sur la période allant de 1992 à 2006 . En 1992, 72,7 enfants naissent pour 100 femmes de cette tranche d'âge, proportion quasiment invariable jusqu'en 2000 suivie d'une légère diminution (2,4 en 2007). Le fait le plus marquant est la forte hausse de la proportion des nouvelles mères âgées de plus de 30 ans suite au recul de l'âge au premier mariage

L'évolution des taux de fécondité par âge est particulièrement significative pour le groupe d'âge des 15-19 ans : la fécondité a baissé avant 20 ans de 65% entre 1985 et 2000 et de 87% entre 1970 et 2000, ce qui a un impact positif sur la santé des femmes. L'évolution du nombre moyen d'enfants par femme mariée, à travers les deux derniers recensements est également révélateur du processus de réduction de la fécondité : cet indice estimé à 4,7 en 1987 est passé à 4 ,14 en 1998. au terme de leur vie féconde, la descendante finale des femmes mariées âgées de 45-49 ans est de 6,9 enfants en 1998, alors qu'elle avoisinait les 8 enfants en 1987 (7,84) : toutefois, la descendance finale qui ne concerne que les femmes n en fin de période de reproduction, n'intègre pas encore toute « L'incidence » de la baisse de la fécondité et des nouveaux comportements en la matière, qui sont le fait des générations les plus jeunes. En effet les générations entrant dans les âges féconds, soit celles âgées de 15 à 24 ans en 1998, enregistrent des niveaux de fécondité sensiblement plus faibles que leurs aînées au même âge en 1987.

Tableau n°33 : Evolution des taux de fécondité générale par âge (pour ‰) et l'indice synthétique de fécondité (1970- 2006)

Année	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	ISF	A.M.M. Ans
1970	114,1	338,5	388,1	354,8	281,5	152,5	42,2	8,36	30,42
1977	97	284,6	341,6	336,3	266,8	128,7	27,3	7,41	30,49
1980	69	288	331	286	265	126	25	6,95	30,62
1984	47	239	322	293	227	104	20	6,29	30,72
1985	43	240	298	308	236	101	22	5,42	30,89
1989	29	154	228	221	184	89	17	4,61	31,36
1992	21	143	214	220	164	92	23	4,39	31,32
1993	24	141	194	200	162	76	17	4,10	31,38
1994	24	137	189	195	159	74	16	4,00	31,37
1995	21	122	167	172	140	65	15	3,90	31,37
1996	19	109	150	154	125	58	13	3,00	31,35
1998	10,86	81,38	139,67	138,29	104,51	48,56	9,80	2,67	31,52
1999	10,7	80,5	138,1	136,7	103,3	48,00	9,7	2,64	31,52
2000	11,2	80,2	137,1	136,1	102,6	47,00	10,2	2,63	31,51
2001	11,0 0	78,6	134,4	133,3	100,5	46,7	9,9	2,57	31,52
2002	6	59	119	134	105	43	9	2,40	32,11
2004	5,6	55,5	117,7	135,4	107,7	45,3	9,0	2,38	32,29
2005	5,3	52,9	114,3	132,6	106,0	45,0	8,8	2,33	32,35
2006	4,4	51,3	111,1	129,2	108,9	47,7	2,3	2,3	32,33

Source : - de 1970 à 1998 : A.HACHEM, 2003

- de 1999 à 2001 : ONS, Collection statistiques de l'Algérie année 1999.

- A.M.M.: Age moyen à la maternité calculé à partir de la formule

$$AMM = \sum f(x, x+4) \cdot (x + a/2) / \sum f(x, x+4)$$

Par ailleurs les cohortes d'âges les plus avancés (40-45 ans) , ont eu une fécondité nettement plus réduite au cours de la période . Le taux de fécondité des femmes à cette tranche d'âge est passé de 23 naissances vivantes pour 1000 femmes en 1992 à seulement 9 naissances vivantes pour 1000 en 2002.

Cette évolution traduit de nouveaux comportements en matière de procréation , marquée par un recours plus important à la contraception . Elle est liée également à une modification profonde des attitudes et comportements à l'égard du mariage.

Tableau n° 34 : Répartition du taux de fécondité générale selon le milieu de résidence

Groupe d'âge	1992			2002		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
15-19	06	29	21	5	6	6
20-24	110	185	143	53	68	59
25-29	187	260	214	113	126	119
30-34	188	256	220	122	154	134
35-39	132	200	164	95	121	105
40-44	75	113	92	34	59	43
45-49	21	26	23	7	13	9
ISF	3,6	5,3	4,4	2,1	2,7	2,4

Source : 1992 :EASME

2002 : :EASF

L'analyse de l'indice synthétique de fécondité par groupe d'âge révèle une baisse de la fécondité chez les 15 – 29 ans notamment en milieu rural . La descendance des femmes rurales à l'âge de 30 ans est passée de 2,37 enfants par femme à seulement 1,0 enfant au cours de la période 1992-2002 soit une réduction de 57,8 % contre 41,8 % en milieu urbain.

Selon le tableau précédent, les taux de fécondité augmentent avec l'âge de la femme dans le milieu urbain et que la fécondité des femmes âgées entre 15 -24 ans est plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain cela peut être expliqué par le mariage précoce des femmes du milieu rural et d'une autre partie la faible utilisation des moyens contraceptifs.

Enfin il est à signaler que l'analyse de la fécondité des mariages, à travers les données du RGPH – 1998, laisse apparaître un phénomène nouveau lié notamment au recul de l'âge moyen au mariage, à savoir un décalage de la fécondité vers les âges extrêmes, soit 40 ans et plus. Les premiers résultats du RGPH 1998 révèlent en effet que le taux de fécondité légitime est plus faible, comparé à 1987, pour les tranches d'âges situées entre 15-19 ans et 30-34 ans, mais augmente pour les 35 ans et plus.

Ce déplacement du calendrier de la fécondité est actuellement observé dans les pays développés. Cette nouvelle tendance, si elle se confirme, va impliquer un réajustement de la prise en charge sanitaire de la maternité : les grossesses tardives nécessitent en effet une surveillance accrue, car elles présentent plus de risques pour la mère et l'enfant qui va naître.

- **Tableau n° 35** : Evolution du nombre moyen d'enfants par femme aux recensements 1987 et 1998

Groupes d'âge	1987	1998
15-19	0,72	0,57
20-24	1,73	1,16
25-29	3,25	2,13
30-34	4,93	3,42
35-39	6,32	4,84
40-44	7,53	6,11
45-49	7,84	6,90
Nombre moyen par femme	4 ,68	4,14

Source : Office National des Statistiques, RGPH

- Facteurs intervenants dans la baisse de la fécondité :

La baisse de la fécondité est essentiellement due aux facteurs tels que : l'industrialisation, l'urbanisation et la modernisation de la société à travers le développement de l'éducation , l'augmentation des chances de survie des enfants et l'utilisation accrue de la contraception . La combinaison de ces différents facteurs contribue à la modification du rythme de la baisse de la fécondité .

Le rôle de l'éducation comme facteur intervenant dans la baisse de la fécondité a été plusieurs fois étudié . L'éducation en particulier celle des femmes , donne accès

aux connaissances , initié à l'information et aux médias , améliore les compétences qui permettent d'obtenir un emploi rémunéré et accroît la participation des femmes à la prise de décisions concernant la famille . L'autonomisation et la responsabilité des femmes font évoluer leur comportement procréateur tel que le contrôle de leur propre fécondité . L'éducation est également un facteur qui influe sur l'âge au premier mariage et le recours aux contraceptifs , deux éléments qui déterminent la fécondité .

En Algérie , les femmes ayant suivi un cycle d'enseignement primaire ont moins d'enfants que celles qui n'ont aucun niveau contre seulement 1,5 enfants pour celles ayant un niveau secondaire ou plus (voir le tableau n° 36) .

Tableau n° 36: Taux de fécondité par âge et ISF selon le niveau d'instruction
en 2002

Année	Analphabète	Lire/ écrire	Primaire	Moyen	Secondaire et plus	Total
15-19	12	10	6	2	-	6
20-24	8	66	73	50	7	59
25-29	145	128	112	107	61	119
30-34	157	131	115	119	108	134
35-39	118	101	90	87	104	105
40-44	51	35	30	33	25	43
45-49	10	11	7	7	-	7
ISF	2,9	2,4	2,2	2	1,5	2,4

Source : EASF 2002

La baisse de la fécondité liée au niveau d'instruction est accentuée par des reculs imputables à d'autres facteurs tels que l'augmentation de l'âge au premier mariage et le recours à la contraception .

La dynamique des mariages semble aujourd'hui obéir à une nouvelle logique . L'amélioration du niveau d'instruction des femmes ainsi que la progression de l'emploi féminin ont induit de nouveaux comportements.

I.2.2- Maternité des adolescentes :

La maternité précoce, en particulier celle des jeunes de moins de 18 ans , entraîne en général un risque de décès maternel bien plus élevé que la moyenne et les enfants de mères jeunes sont plus exposés aux risques de la morbidité et de la mortalité . Une grossesse précoce peut faire fin au parcours scolaire de la jeune femme , de dégrader ces conditions de vie d'une manière générale .

Au cours de l'année 2006, on estime la proportion de femmes de moins de 19 ans devenues mères à 2 % contre 21% en 1992. Cette tendance est la même observée au Maroc par contre pour la Tunisie, elle est divisée en deux (1 %) enregistre le taux de fécondité des adolescentes est passé de 33 à 6 entre 1990 et 2002 et atteint 4 ‰ en 2006. Les taux de fécondité des adolescentes ont baissé dans les années 2000, perdant ainsi plus de 27 naissances pour 1000 femmes. L'Algérie enregistre le taux de fécondité le plus faible pour cette tranche de population suivi par la Tunisie (6 ‰) et enfin la Maroc avec le taux le plus élevé dépassant plus que quatre fois celui de l'Algérie (18 ‰) pour la même période 2005-2006 (OMS, Statistiques Mondiales, 2010).

Le recul de l'âge au mariage et le nombre limité de grossesses avant le mariage (puisque la fécondité n'est reconnue que dans le cadre du mariage) ont engendré de faibles taux de fécondité chez les adolescentes.

I.2.3- L'Infécondité en Algérie

La focalisation sur l'accroissement démographique par le biais des actions visant à réduire le niveau de la fécondité, occulte le fait qu'une partie non négligeable de la population est inféconde, et se trouve frustrée dans son désir d'engendrer au moins un enfant.

Une bonne politique démographique qui s'intéresse à réduire les taux de fécondité, doit en même temps permettre aux couples infertiles d'avoir une descendance.

La stérilité en Algérie est considérée comme un phénomène marginal, elle est de ce fait, peu connue. On essaie dans cette partie d'abord de donner une définition de l'infécondité permettant d'approcher la stérilité, et ensuite à examiner les approches permettant d'en appréhender la mesure afin de pouvoir en évaluer les niveaux et les tendances et d'en analyser les causes et les déterminants ainsi que les conséquences sociales.

Dans ce but, les données provenant des recensements généraux de la population et de l'habitat et les enquêtes nationales de santé, de fécondité et de planification familiale, constitueront les sources de base.

- Concepts, définitions et approches de mesure de l'infécondité :

En raison du peu d'intérêt accordé à l'étude de l'infécondité, son analyse démographique s'est toujours heurtée, jusqu'à une date récente, au manque de données permettant de mesurer ce phénomène. Ce peu d'intérêt résulte de la concentration des efforts sur la réduction des niveaux élevés de la fécondité dans le

tiers monde. Tous d'abord, il nous ensemble utile de définir les deux termes stérilité et infécondité avant d'entamer l'étude de ces phénomènes.

Le mot stérile, désigne tout couple qui se trouve incapable de concevoir pendant un an ou deux ans de rapports sexuels normaux, sans précaution anticonceptionnelle. La stérilité est dite primaire quand un couple n'est jamais parvenu à concevoir . Elle est secondaire quand il y a au moins une conception , mais que le couple n'est pas actuellement en mesure de concevoir .

L'approche socio démographique de l'infécondité s'intéresse à la mesure des résultats de procréation plutôt qu'à celle des capacités physiologiques de concevoir , dont la mesure est difficile . Ainsi, en terminologie démographique , la stérilité est appréciée de façon indirecte à travers les statistiques des événements : naissances vivantes , morts nés et les avortements spontanés ou provoqués , qui surviennent au cours de la vie reproductive . Par contre l'infécondité est définie par l'absence de naissance vivante chez une femme, un homme ou un couple au cours d'une période donnée. Cette absence de naissance vivante peut être le fait d'une incapacité de concevoir de la femme (stérilité féminine) ou de l'homme (stérilité masculine). Elle peut aussi être due à la mortalité fœtale (fausses couches, avortements et morts nés) ou bien le fait de ne pas être exposée au risque de grossesse chez une femme féconde.

L'infécondité se manifeste sous deux formes : l'infécondité primaire et l'infécondité secondaire. la première concerne les femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore eu de naissance vivante. Par contre l'infécondité secondaire s'applique aux femmes ayant eu au moins une naissance vivante , n'en ont plus eu au cours d'un intervalle de temps donné, après la dernière naissance.

- **Niveaux et tendances de l'infécondité :**

La mesure de l'infécondité requiert des données relatives aux femmes exposées à la possibilité de procréer . L'étude de l'infécondité sera pertinente si elle s'applique aux femmes non célibataires et plus spécifiquement aux femmes en union , pour tenir compte de l'exposition passée ou présente au risque de concevoir.

L'analyse des données provenant du recensement de 1998 , révèle que les femmes non célibataires ont toujours un taux d'infécondité plus élevé que les femmes mariées , ce qui s'explique par la proportion de veuves et divorcées non remariées au moment du recensement , et qui n'ont pas eu d'enfant pendant leur vie de couple , qui peut être plus courte que celle des femmes actuellement mariées .

Les algériennes se caractérisent par un niveau d'infécondité totale , mesuré à la fin de la vie génésique (groupe d'âge 45-49 ans) , relativement faible . On observe que 4523 couples n'ont pas encore eu de naissance vivante au recensement de 1998 , dont 954 en milieu urbain et 3569 en milieu rural. .

Malheureusement, nous n'avons pas des données sur le sujet pour le dernier RGPH (2008) pour réaliser une comparaison entre les deux recensements . De ce fait , nous allons se limiter à faire la comparaison à partir des données des enquêtes nationales .

- **Incidence de l'infécondité selon les enquêtes nationales :**

La mesure basée sur les femmes non célibataires, ou sur celles actuellement mariées, peut être biaisée par les femmes divorcées, les veuves et les femmes qui étaient au tout début de leur union et qui sont en général sans enfant né vivant. Aussi, une période de 5 ans est généralement prise en compte, pour distinguer les femmes infécondes de celles qui mettent longtemps à se trouver enceintes. Une fraction négligeable de femmes pourrait bien sûr retarder leur première naissance au-delà de cinq ans de mariage, mais on considère que cela ne va pas affecter les estimations.

Les estimations sont basées sur les femmes actuellement mariées, et dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans. La mesure basée sur les femmes actuellement mariées peut légèrement sous estimer l'infécondité dans la mesure où celle-ci est une cause de rupture d'union. Pour cette raison, les mesures seraient basées également sur les femmes non célibataires même si celles-ci n'étaient pas nécessairement exposées au risque de concevoir, pour au moins cinq ans.

Normalement, l'absence de naissances due à la pratique contraceptive donnerait lieu à une surestimation de l'infécondité, mais l'examen des données des enquêtes montrent qu'aucune femme inféconde âgée de 45-49 ans n'a déclaré avoir utilisé la contraception à un moment donné de sa vie, aussi bien parmi les femmes actuellement en première union depuis au moins cinq ans, que les femmes actuellement mariées, dont la première union a lieu il y a au moins cinq ans .

Selon le tableau n° 37, le niveau de l'infécondité en 2002 reste faible. la prévalence de l'infécondité totale à 45-49 an se situe à 3,9 % chez les femmes non célibataires, dont la première union a eu lieu il y a au moins cinq ans, contre 2,0 % en 1992 .

Tableau n° 37 : Proportions (%) de femmes non célibataires n'ayant pas encore eu de naissance vivante selon le milieu et la durée du mariage

		1992	2002
Milieu	Urbain	7,3	7,1
	Rural	7,6	8,0
Total		7,4	7,1
Durée de mariage	- 5 ans	28,4	29,3
	5-9 ans	6,4	5,5
	10-14 ans	3,6	3,0
	15-19 ans	2,0	2,9
	20 et plus	5,2	2,0
Age de la femme (ans)	15-19	51,4	65,6
	20-24	22,8	26,1
	25-29	8,1	10,1
	30-34	4,7	5,3
	35-39	3,5	3,7
	40-44	3,4	3,7
	45-49	2,0	3,9

La comparaison avec les deux pays voisins le Maroc et la Tunisie à travers les données des enquêtes réalisées durant la période 2002-2006, permet de constater que le Maroc enregistre un taux d'infécondité le plus élevés (17,0 %), suivi par la Tunisie avec 14 % quel que soit le groupe de femmes pris en considération .

Selon le milieu de résidence, on observe des niveaux d'infécondité totale à 45-49 ans plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural : 7,1 % contre 8,0 % chez les femmes en première union depuis au moins cinq ans , ce qui peut être expliquer par des niveaux sanitaires et socio-économiques meilleurs dans les villes que dans les campagnes.

Ces données révèlent que la prévalence de l'infécondité totale à la fin de la vie génésique (40-44 et 45-49 ans) a augmenté , aussi bien chez les femmes non célibataires que les femmes mariées . A titre d'exemple , la proportion de femmes sans enfant né vivant à 45-49 ans ou la proportion de femmes totalement inféconde est passée de 2 % en 1992 à 3 % en 2002 pour ce qui est des femmes non célibataires .

Cette tendance à l'augmentation du taux d'infécondité totale vers la fin de la vie génésique (40-44 ans) et (45-49 ans) peut être expliqué par le recul de l'âge au premier mariage , permettant de retarder la première naissance même si celle-ci n'était pas exposée .

- **Les déterminants de l'infécondité :**

1-Les maladies sexuellement transmissibles comme cause principale :

L'infécondité sera toujours considérée à la fin de la vie génésique (45-49 ans), donc comme une infécondité totale ou stérilité. L'infécondité aux âges moins avancés correspond pour une grande partie, à la pratique contraceptive ou à l'entrée tardive en union.

Les causes immédiates de stérilité chez la femme peuvent être :

- Des infections et lésions ou l'oblitération des trompes de Fallope quelles entraînent ;
- Des troubles hormonaux ou des troubles de l'ovulation ;
- L'endométriose (excroissance de tissus de l'endomètre en dehors de l'utérus).

C'est la stérilité provoquée par les séquelles de diverses infections génitales, y compris les MST, qui est la plus fréquente et la plus difficile à traiter. Quelques infections peuvent aboutir à des cicatrises ou à l'occlusion définitive des trompes de Fallope, rendant la fécondation impossible. Certaines MST, comme la syphilis, peuvent infecter le fœtus dans l'utérus, entraînant sa mort intra utérine. Il existe deux types de MST, les maladies stérilisantes et les maladies abortives. Dans le premier type, on trouve les gonococcies, les infections à chlamydia, les infections après avortement, les tuberculoses génitales et les infections liées à l'accouchement (qui ne concernent pas l'infécondité primaire). Par contre le deuxième type regroupe, les MST comme la syphilis, mais aussi d'autres infections telles que le paludisme, la toxoplasmose, les bilharzioses et autres infections. L'accouchement et l'avortement peuvent être d'importantes sources d'infections qui aboutissent à une stérilité.

Au delà de la dimension pathologique, il existe des relations entre ces maladies et l'infécondité qui sont le résultat d'un mode de vie et de rapports au sein d'une population. Des variables sanitaires et sociales favorisent le développement du foyer des MST. On distingue trois types de déterminants des MST :

- L'environnement physiologique qui concerne directement l'immunologie et la santé de l'individu ;

- L'environnement comportemental et personnel en matière de sexualité, de toxicomanie et tous comportements liés à la santé ;
- L'environnement socioculturel, économique, démographique, politique et épidémiologique.
- **Conséquences sociales de l'infécondité :**

La société algérienne réserve une grande place à la procréation, au point où l'image de la femme est parfois inséparable de la maternité. La finalité première de tout mariage est la procréation. Avoir un enfant pour une femme est considéré comme un épanouissement social. L'infécondité est vécue comme une sorte d'amputation, d'handicap et de rétrogradation sociale.

L'état de stérilité est donc vécu par les femmes comme un état de discrimination et d'exclusion sociale, dont les conséquences peuvent être la marginalisation au sein de sa famille, la répudiation, le divorce ou encore la polygamie.

Selon une étude réalisée en Tunisie sur les retombées psychologiques de l'infécondité féminine en Tunisie a montré que 89 % des femmes stériles souffrent de troubles anxio-dépressifs (dont 46,6 % d'une symptomatologie dépressive et 42,9 % d'une symptomatologie anxieuse). Encore parmi ces femmes infertiles interrogées (105 femmes) , 43,8 % ont avoué qu'elles souffrent d'une insatisfaction conjugale , et que 53,3 % des femmes ont une mauvaise capacité d'adaptation psychologique à l'infertilité (ANNABI M., 2008) .

I.2.4-La planification familiale :

Dans le domaine de la santé reproductive , la planification familiale occupe une place primordiale . En effet, le recours à la contraception permet de prévenir les grossesses multiples et rapprochées qui augmentent les risques de morbidité et de mortalité chez la mère et l'enfant.

La planification familiale a été depuis toujours considérée comme l'un des principaux éléments des politiques et programmes en matière de population en tant que facteur de la santé reproductive. Elle permet aux couples et aux individus d'exercer leur droit fondamental de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement ainsi que du moment de leurs naissances. Ce droit a été établi lors de la conférence des Nations Unies sur la Population en 1974 et réaffirmé à la conférence Internationale sur la Population et le Développement, tenue au Caire en 1994 .

Les conditions socio économiques que connaît l'Algérie durant ces dernières décennies ont nettement modifié son aspect social, en favorisant l'émergence de certaines pratiques et comportements au sein de la famille . Les couples algériens préfèrent une dimension plus réduite de la famille en recourant aux pratiques contraceptives.

A nos jours , la planification familiale est largement répandue . Plus de 60 % des couples vivant dans les pays en développement y ont recours contre seulement 10 % au cours des années 1960. L'accessibilité croissante aux méthodes contraceptives modernes et la multiplication des programmes de planification familiale ainsi que le désir croissant d'avoir moins d'enfants, expliquent sa généralisation.

Dans cette présente partie , nous allons aborder la question de la planification familiale à travers ces différentes dimensions (besoins non satisfaits, pratiques contraceptive, les méthodes utilisées...).

Pour des raisons culturelles , les enquêtes sont menées dans les pays du Maghreb auprès des seuls femmes mariées.

- Evolution de la prévalence contraceptive :

Selon les différentes enquêtes nationales, le taux de prévalence contraceptive , qui représente la proportion des couples au niveau national dont la femme est en âge de procréer et qui utilisent des contraceptifs a été multiplié par 8 en espace de 36 ans (1970- 2006) . La prévalence moyenne nationale (toutes méthodes confondues) est passée de 8 % en 1970 à 61,4 % en 2006 (voir tableau n° 38) . Dans le Nord , ce taux était de 61,9 % en moyenne et variait très peu , mais il accusait de gros écarts avec la région du Sud (53,1 %).

Tableau n° 38: Evolution de l'utilisation contraceptive

	Prévalence de la contraception (%)
1970	8
1984	25
1986	35,5
1990	40,6
1992	50,7
1995	56,9
1999	56,0
2000	64
2002	57,9
2006	61,4

Source : - de 1970 à 1995, MSP, 2001 , p 7

- 1999 : Rapport préliminaire, MSP.
- 2000,2002 et 2006 : les enquêtes nationales

Les inégalités entre les régions du pays sont encore perceptibles dans l'accès à la contraception. L'évolution récente de l'emploi contraceptif fait état d'une augmentation importante au cours des 20 dernières années, d'au moins un point de pourcentage par an. Les augmentations les plus fortes ont été enregistrées principalement au début des années 1990, où ce taux avait atteint les valeurs de 50,9 % en 1992 contre 40,6 % en 1990 ce qui donne une augmentation de plus de 10 points en deux ans.

- La prévalence contraceptive selon le milieu de résidence et l'instruction :

L'effet de l'instruction et celui de l'urbanisation sur la pratique contraceptive sont établis par de nombreuses études (Vimard et Zanou, 2000 ; Zlidar et al . , 2003). Ils conduisent à l'existence d'une différence entre les niveaux de recours contraceptif selon la zone de résidence et le niveau d'instruction .

- Milieu de résidence et contraception :

Plus la contraception est forte plus l'écart entre les milieux de résidence se réduit . Ainsi , on peut estimer que la progression de la contraception à l'échelle d'un pays

conduit à un affaiblissement de la différentielle urbain – rural par un rapprochement des comportements de régulation de la fécondité en milieu rural vis-à-vis de ceux déjà adoptés en milieu urbain ; ce rapprochement constituant le mécanisme majeur de la relative généralisation de l'utilisation de la contraception durant la seconde phase de la transition contraceptive.

Tableau n° 39: Evolution de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence

		Urbain	rural	total	Rural/urbain
1970	Total	17,5	4,0	8	0,23
	Dont méthodes modernes	5,0	0	1,5	0,00
1986	Total	38,6	29,6	35,5	0,77
	Dont méthodes modernes	33,3	26,8	31,1	0,80
1992	Total	57,5	44,1	50,7	0,77
	Dont méthodes modernes	46,5	35,6	43,1	0,77
1995	Total	57,5	56,6	56,9	0,98
	Dont méthodes modernes	48,4	49,7	49,0	1,03
2000	Total	64,8	62,9	64,0	0,97
	Dont méthodes modernes	53,3	48,3	50,1	0,91
2002	Total	59 ,0	54 ,4	57,0	0,92
	Dont méthodes modernes	52,9	50,3	51,8	0,95
2006	Total	62,5	59,9	61,4	0,96
	Dont méthodes modernes	52,0	51,9	52 ,0	1,00

Source : - de 1970 et 1986 : N.ATTOUT et R.BENKHELIL, 1999.

- 1992, 2000, 2002 et 2006 : Rapports des enquêtes
- * la proportion est calculée sur la base de la formule : taux de prévalence contraceptive pour les femmes résidentes en milieu rural / taux de prévalence contraceptive pour les femmes résidentes en milieu urbain.

- **L’instruction et la contraception :**

En général , les progrès de la prévalence contraceptive s’accompagnant d’une réduction des inégalités entre femmes analphabètes et femmes instruites .

Comme pour la différentielle rural/urbain , la progression de la contraception à l’échelle d’un pays conduit à un affaiblissement des écarts selon le niveau d’instruction par un rapprochement des comportements de régulation de la fécondité des femmes sans instruction avec les femmes instruites , ce rapprochement constituant l’un des mécanismes de la généralisation de l’utilisation de la contraception.

Tableau n° 40 : Niveau de la contraception chez les femmes mariées , selon la méthode utilisée et leur niveau d’instruction (en %) , 1986- 2006

		1992	2002	2006
Méthodes quelconques	Aucune instruction	43,9	52,9	57,2
	Instruction primaire	58,2	59,8	62,1
	Instruction secondaire et plus	55,8	62,2	64,9
	Proportion *	0,79	0,85	0,88
Méthodes modernes	Aucune instruction	37,3	48,9	49,8
	Instruction primaire	51,4	55,7	52,2
	Instruction secondaire et plus	45,7	56,6	53,2
	Proportion *	0,82	0,86	0,94

Source : Rapports des enquêtes nationales

- * la proportion est calculée sur la base de la formule : taux de prévalence contraceptive pour les femmes sans instruction / taux de prévalence contraceptive pour les femmes d’instruction secondaire ou supérieure.

-Méthodes de contraception utilisées :

Les méthodes modernes sont considérées comme les plus efficaces par rapport aux méthodes traditionnelles pour éviter les grossesses. Elles sont le plus largement pratiquées en Algérie et au Maghreb. Ces méthodes regroupent la stérilisation (féminine et masculine) , la pilule, les dispositifs intra utérins , les préservatifs , les contraceptifs injectables ou sous cutanés et les dispositifs vaginaux (diaphragme, cape cervicale, mousses spermicides crèmes et éponges). Elles sont plus utilisées que les méthodes traditionnelles (52,0 et 9,4 % respectivement en 2006).

La plupart des utilisateurs de contraceptifs s'en remettent à des méthodes modernes de contraception dans 90 % des cas . Trois méthodes de contraception féminine sont particulièrement utilisées : la stérilisation, les dispositifs intra utérins et la pilule, qui représentent 45,9 % des méthodes de contraception utilisées au niveau national . Selon les enquêtes récentes menées dans les années 2000, les méthodes traditionnelles seraient devenues moins populaires en Algérie et au Maghreb . En moyenne , plus de 4 utilisatrices sur 10 choisissent la pilule .

En ce qui concerne la fréquence d'utilisation des méthodes de contraception, la pilule vient au premier rang en Algérie ainsi qu'au Maroc par contre en Tunisie dont le programme national été fondé sur le stérilet , ce dernier occupe toujours la première place avec 42 % suivi par la stérilisation (21 %). Les données tendancielle relatives aux 10 dernières années montrent que l'usage des préservatifs progresse dans toutes les régions, probablement en raison des campagnes qui visent à enrayer la propagation du SIDA. Les injections hormonales et les implants sous cutanés Norplant ne sont pas d'utilisation aussi courante que la plupart des autres méthodes modernes de contraception.

L'utilisation des méthodes traditionnelles de contraception ne concerne pas seulement les régions du Sud mais leur utilisation est répandue dans toutes les régions avec même des fréquence plus élevée (11,3 % dans la région Centre contre 10,6 % pour la région Sud et Est) . Les plus importantes parmi ces méthodes sont le retrait et l'abstinence partielle. Le retrait qui est utilisé par 3,3% des femmes au niveau national, est la principale méthode traditionnelle de contraception au Maghreb .

La pilule a toujours été la méthode contraceptive la plus utilisée suivi de l'allaitement maternel et le stérilet en 3ème place, avec toujours le même ordre depuis plusieurs années. Une légère évolution de l'utilisation de la pilule (26,4 en 1986 pour atteindre 45,9 % en 2006). Par contre en ce qui concerne les méthodes traditionnelles telles que le retrait leur pratique diminue d'une façon importante de 3,3 % en 2006.

Tableau n° 41: Evolution de la proportion d'utilisation de la contraception selon la méthode (%)

	1970	1986 ENAF	1992 EASME	1995 MDG	2000 EDG	2002 EASF	2006 MICS3
Pilule	-	26,4	38,7	43,4	44,3	46,8	45,9
Stérilet	-	2,1	2,4	4,1	4,3	3,1	2,3
Condoms	-	0,5	0,7	0,8	1,5	-	2,3
Injectables	-	0,6	0,2	0,04	-	-	-
Stérilisation masculine	-	-	-	-	-	-	-
Stérilisation féminine	-	-	-	-	-	-	1,1
Autres méthodes	-	1,5	1,1	0,3	-	1,8	0,3
Total des méthodes moderne	1,5	31,1	43,1	49,0	50,1	51,8	52,0
Allaitement	-	-	4,0	4,4	4,9	0,9	1,9
Calendrier	-	0,6	1,7	2,4	4,9	2,2	4,1
Retrait	-	3,1	1,8	0,6	3,5	1,7	3,3
Autres méthodes traditionnelle	-	-	-	-	-	0,1	0,1
Total des méthodes traditionnelles	6,5	4,4	6,0	7,5	13,9	5,2	9,4
Total	100	100	100	100	100	100	100
Total de toutes les méthodes	8,0	35,5	50,8	56,9	64	57,0	61,4

Source : Rapports des enquêtes nationales .

En comparaison avec le Maroc et la Tunisie, l'Algérie se situe dans un niveau intermédiaire La première place revient au Maroc avec une prévalence de 63 %, par contre la Tunisie enregistre une prévalence de 60,2 %. Pour ce qui est de l'utilisation des méthodes modernes, l'Algérie est dans le même niveau que la Tunisie (52 %) contre 55 % au Maroc.

La pilule reste la méthode privilégiée chez les algériennes et les marocaine , par contre les tunisienne ont tendance à opter pour le dispositif intra utérin comme moyen de contraception.

Tableau n° 42 : Répartition des méthodes de contraception au Maghreb

	Algérie MICS 3 (2006)	Maroc EPSF	Tunisie MICS 3 (2006)
Pilule	45,9	40,1	24,2
Stérilet	2,3	5,4	46,1
Condoms	2,3	1,5	1,6
Injectables	-	2,1	1,7
Stérilisation masculine	-	-	-
Stérilisation féminine	1,1	2,7	9,3
Autres méthodes	0,3	2,9	0,8
Total des méthodes moderne	52,0	54,8	53,1
Allaitement	1,9	-	-
Calendrier	4,1	3,8	13,3
Retrait	3,3	4,4	1,7
Autres méthodes traditionnelle	2,0	0,1	0,5
Total des méthodes traditionnelles	9,4	8,2	9,6
Total de toutes les méthodes	61,4	63,0	60,2

Source : - Algérie : MICS 3 (2006)
 - Maroc : EPSF 2003-2004
 - Tunisie : MICS 3 (2006)

- **Besoins non satisfaits en matière de contraception :**

La notion de besoins non satisfaits en matière de planification familiale est fréquemment utilisée dans la littérature démographique, mesurée aux niveaux des femmes, le plus souvent celles qui sont mariées et désigne la proportion des femmes ou des couples qui ne veulent pas d'autres enfants dans les deux prochaines années, ou qui n'en veulent plus, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception. La réduction des besoins non satisfaits a été retenue comme une priorité lors de la CIPD (1994) pour garantir le choix volontaire et informer les couples en matière de procréation . Puis, lors de la CIPD + 5 ans (1999), comme un indicateur de choix pour la satisfaction de tous les désirs exprimés en matière de fécondité d'ici 2015.

La proportion de femmes en situation de besoin non satisfait de planification familiale par rapport à l'ensemble des femmes mariées en âge de reproduction, 15-49 ans, a connu une baisse significative, puisqu'elle est passée de 37,8 % en 1992 à 24,6 % en 2002 et atteint 10,8 % en 2006. En ajoutant à cette proportion celle correspondant aux femmes utilisant au moment de l'enquête une méthode contraceptive, on obtient une estimation de la demande potentielle totale en contraceptifs, soit une fraction de l'ensemble des femmes mariées en âge de procréer qui dépasse la moitié : 88,6% en 1992, 81,6 % en 2002 et 74,4 % en 2006.

En le décomposant, on relève que le besoin non satisfait pour espacer les grossesses, a diminué de la moitié entre 2002 et 2006 , pour atteindre 4,6 % en 2006 ne constituait que 9,9 % en 2002 par rapport à l'ensemble des besoins . Par contre, la part du besoin de limitation des naissances représente 6,2 % en 2006 contre 14,7 % en 2002 . Il n'y a pas une différence entre le milieu urbain et le milieu rural .

Tableau n° 43: Evolution des besoins non satisfait de planification familiale parmi les femmes actuellement mariées de 15-49 ans selon ses composantes par milieu de résidence

Année	Composantes du besoin	Urbain	Rural	Ensemble
2002	Espacement	9,0	11,0	9,9
	Limitation des Naissances	14,6	14,9	14,7
	Total	23,6	25,9	24,6
2006	Espacement	4,2	5,2	4,6
	Limitation des Naissances	6,1	6,3	6,2
	Total	10,3	11,5	10,8

Source : Les enquêtes nationales

Les besoins de planification familiale non satisfaits par la contraception sont nettement plus élevés en Tunisie, où on les estime en moyenne à 12,1 % contre 10,0 % au Maroc et 10,8 % en Algérie (OMS,2010). Selon l'OMS, la moyenne régionale est de 24,3 % en Afrique.

En additionnant le pourcentage des femmes qui recourent à la contraception et celui des femmes dont les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits , on obtient un chiffre qui est celui du besoin total de planification familiale .

On observe cependant , que les femmes qui souhaitent ne plus avoir d'enfants sont beaucoup plus nombreuses à pratiquer la contraception que celles qui souhaitent reporter à plus tard la naissance d'un nouvel enfant, ce qui nous mène à penser que le désir de limiter le nombre d'enfants est plus fort que celui d'espacer les naissances , peut être parce que les conséquences d'un échec sont plus redoutées dans le premier cas que dans le second.

Des variations existent au niveau des besoins non satisfaits . Par exemple , la proportion des femmes en situation de besoin non satisfait est plus élevée vers la fin de la période de procréation (âges avancés et quand on a un nombre d'enfants relativement élevé) . Elle l'est également plus parmi les femmes ne connaissant aucune méthode moderne , que parmi celles connaissant au moins une méthode moderne . Le niveau d'instruction est aussi discriminant à cet égard puisque les chances de se trouver en besoin non satisfait diminuent en passant des femmes sans niveau à celles ayant le niveau primaire , puis à celles ayant le niveau secondaire et plus.

I.2.5- Avortement, consultation prénatales et grossesses non désirées

Selon la Conférence Interactionnelle de la population et le développement dans sa section (8.25) , qui mentionne que « l'avortement ne devrait en aucun cas être promu en tant que méthode de planification familiale ». La même section appelle à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et de réduire le recours à celui-ci en offriront des services de planification familiale de qualité .

L'avortement est l'une des questions les plus préoccupante de la santé reproductive, notamment dans les pays ayant prévu des restrictions légales tels que l'Algérie. Les dimensions religieuses, éthiques, politiques et sanitaires le classe parmi les sujets controversés au monde.

En général , l'avortement provoqué reflète en fait la fréquence des grossesses non désirées ainsi que le problème de l'accès à la planification familiale et la reconnaissance de la sexualité hors mariage (Agnèse guillaume en col. Molmy , 2003).

La sexualité hors mariage qui est un des facteurs déterminants de la demande d'avortement provoqué est strictement interdite dans les pays musulmans. Cette interdiction vient renforcer les tabous et le silence qui persistent autour de cette pratique.

Au Maghreb, malgré un programme de planification solide pour les trois pays et une large diffusion contraceptive moderne. Il existe une forte demande non satisfaite en la matière due notamment aux échecs contraceptifs et en particulier la contraception hormonale.

Dans cette partie , nous tenterons de :

- donner un aperçue sur le contexte juridique et religieux de l'avortement ;
 - apprécier le volume des avortements à travers les différentes études ;
 - les facteurs qui influences les grossesses non désirées et
 - étudier la consultation prénatale et ses déterminants .
- **Définition :**

Selon l'OMS , on entend par avortement l'interruption de grossesse avant que le fœtus ne soit capable de mener une vie extra utérine indépendante. On admet généralement que le fœtus est viable à partir de la 28^{ème} semaine de gestation , à compter du premier jour des dernières règles.

On entend par avortement provoqué celui qui résulte d'une intervention volontaire de la femme elle-même (Interruption volontaire de grossesse ou IVG). On

emploie généralement cette expression pour désigner un avortement décidé pour des raisons non médicales. Dans le cas où l'intervention est motivée par des raisons médicales, que la poursuite de la grossesse soit dangereuse pour la mère ou que l'embryon soit atteint de malformations graves et incurables, on parle dans ce cas là d'interruption médicale de grossesse (IMG) ou d'interruption thérapeutique de grossesse (ITG).

Tous les avortements qui ne sont pas volontairement provoqués sont qualifiés de spontanés, même dans le cas de la présence d'une cause extérieure telle qu'un traumatisme, un accident ou une maladie. On donne également le nom de fausse de Couche. Avant 12 semaines d'aménorrhée c'est une fausse couche précoce et après cette période il s'agit d'une fausse couche tardive.

- **Les lois d'avortement :**

Comme il a été déjà dit, il existe deux approches, l'approche religieuse et l'approche juridique. En Algérie, la loi de l'avortement est inspirée de la religion, idem pour le Maroc.

L'aspect religieux :

Le coran et la tradition du Prophète / la Sunna n'ont pas expressément évoqué l'avortement. Par ailleurs, l'infanticide (Wa'd) qui est considéré comme une pratique anti islamique est sévèrement condamné. A cet effet plusieurs versets du Coran sont consacrés à cette coutume. Voici quelques versets :

« Ne tuez point vos enfants par crainte de la pauvreté, nous leur donnerons leur nourriture ainsi qu'à vous. Les meurtres que vous commettez sont un péché atroce » (Coran Sourate 17, verset 31);

« Ils sont perdus ceux qui tuent leurs enfants par folie, par ignorance » (Coran Sourate 6, verset 142);

« Ne tuez point vos enfants à cause de l'indigence » (Coran Sourate 6, verset 152).

Les dispositions religieuses concernant la pratique de l'avortement sont abordées plutôt par les différentes écoles juridiques (madahibs). L'école Malékite qui est le rite en vigueur de l'Algérie ainsi que ces deux voisines (le Maroc et la Tunisie), interdit l'avortement, mais l'autorise dans le cas où la santé de la mère est en danger.

L'islam qui protège la vie sacrée du fœtus, en matière d'avortement, selon plusieurs études il se prête à l'ijtihad, en vertu du débat qui existe entre les différentes écoles sunnite en ce qui concerne la vie du fœtus, notamment la notion de « nafkh rouh », avant laquelle l'avortement serait envisageable.

L'aspect juridique :

L'avortement est un phénomène réglementé dans un grand nombre de pays par des législations nationales, qui s'accordent le plus souvent avec la jurisprudence des théologies, des oulémas et des penseurs ainsi qu'avec leur position concernant le droit à la vie et la protection de la santé de la femme enceinte.

- **En Algérie :**

Il y a trois sortes d'avortement, à savoir :

- l'avortement naturel, qui survient à cause de la maladie de la mère ou dans des cas de maladies génétiques,
- l'avortement thérapeutique, qui est pratiqué sur avis du médecin dûment assermenté pour sauver la vie de la mère (article 72 de la loi 85/05 du 17 février 1985 relative à la protection de la santé)
- et, enfin, l'avortement criminel qui est sévèrement réprimé par la législation algérienne notamment, dans les articles 304 à 314 du code pénal

Ainsi, parmi tous ces articles, seul l'article 308 parle de la possibilité d'avortement en stipulant que «l'avortement n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou un chirurgien après avis donné par lui à l'autorité administrative».

Concernant les peines encourues pour l'acte d'avortement, l'article 305, stipule que «quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, a provoqué ou tenté de provoquer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 500 à 10 000 DA».

Plus loin, l'article 306 du code pénal définit toutes les personnes pouvant être incriminées dans l'avortement. Ainsi, on y lit : «Les médecins, sages femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens ainsi que les étudiants en médecine ou en art dentaire, bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, masseurs et masseuses, qui ont indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement, sont, suivant les cas, punis à des peines prévues aux articles 304 et 305». Des peines pouvant se transformer en réclusion à temps, si par l'acte d'avortement, la mère décède. En ce cas-là, l'article 304 chapitre 2 stipule que «si la mort en est résulté, la peine est la réclusion à temps, de 10 à 20 ans». Et au sujet des peines, même la mère qui décide de recourir à l'avortement est punie par la loi dans l'article 309 du code pénal qui stipule que «est punie d'un emprisonnement de six à deux ans et d'une amende de 250 à 1 000 DA, la femme qui s'est intentionnellement fait avorter ou a tenté de faire, ou qui a consenti à faire usage de moyens à elle, indiqués ou administrés à cet effet».

Enfin, le législateur algérien, et pour être intransigeant vis-à-vis de ces actes d'avortement «clandestins», les médecins qui recourent à ces procédés se verront interdits d'exercer à vie leur métier. On trouve ce cas de figure expliqué dans l'article 311 du code pénal qui stipule que «toute condamnation pour une des infractions prévues par la présente section comporte de plein droit, l'interdiction d'exercer aucune fonction et de remplir aucun emploi, à quelque titre que ce soit, dans les cliniques ou maisons d'accouchement et tous établissements publics ou privés recevant

habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse».

En Avril 2004, une nouvelle décision a été prise par les pouvoirs publiques offrant la possibilité aux femmes victimes de sévices sexuels du fait d'actes terroristes d'avorter dans le but de préserver leur équilibre tant physique que moral et éliminer tout éventuel abondant d'enfants à l'avenir.

Au Maroc :

La loi est claire et l'avortement illégal est inscrit au chapitre de crime "contre l'ordre des familles et la moralité publique" dans le Code pénal marocain (VIII), dont un ensemble d'articles (de 449 à 458) . Une femme qui a recours à l'avortement, ou tente de le faire, encourt jusqu'à deux ans de prison, tout comme toute personne qui l'aide ou l'encourage.

Ainsi, toute personne et quel que soit le moyen utilisé, par aliment, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen" a pratiqué ou tenté de pratiquer un avortement est menacé de un à cinq années de prison. De dix à vingt ans en cas de mort de la patiente, jusqu'à trente ans si la récidive est avérée. En général, dans la loi marocaine , ce n'est que l'avortement thérapeutique, dans le cadre de la protection de la santé de la mère qui est autorisé.

En Tunisie :

La Tunisie a été le premier pays musulman à libéraliser l'avortement. La loi n° 65-24 du premier Juillet 1965, l'autorise au cours des trois premiers mois de grossesse et à tout moment pendant la grossesse si la poursuite de la grossesse pose un danger pour la santé de la femme enceinte.

Le droit à l'avortement actuel date depuis 1973 lorsque le nouveau code pénal a été adopté. L'article 214 du code autorise la performance des avortements sur demande au cours des trois premiers mois de la grossesse. Après cette période, l'avortement peut être exécuté lorsqu'il y a un risque que la santé ou l'équilibre mental de la mère sera compromise par la poursuite de la grossesse ou un risque que l'enfant à naître va souffrir d'une maladie grave ou d'une infirmité. Pendant les trois premiers mois de la grossesse, l'avortement doit être effectué par un médecin dans un établissement hospitalier ou de santé ou de la clinique autorisé.

Après cette période, l'avortement doit être effectué dans un établissement agréé à cet effet et le médecin traitant doit présenter un rapport pour le médecin qui effectuera l'avortement. Les performances de l'avortement sont subventionnées par le gouvernement de la même manière que tous les autres services médicaux, et ceux qui ont le droit de recevoir gratuitement des soins de santé peuvent obtenir un avortement gratuitement dans les hôpitaux publics. Les personnes qui effectuent un avortement en violation des dispositions du code sont soumises à cinq ans d'emprisonnement et/ou au paiement d'une amende de 10 000 dinars. Une femme qui effectue un avortement sur

elle-même en violation de la loi ou consente à sa performance est soumis à deux ans d'emprisonnement ou paiement d'une amende de 2 000 dinars.

Bien qu'il n'y a peu d'opposition religieuse de la libéralisation de l'avortement en 1973, il est souvent difficile pour une femme de chercher un avortement légal. Les Études ont montré que les gens continuent à être mal informés sur la disponibilité de l'avortement. En outre, l'avortement pour les femmes célibataires continue d'être un sujet tabou dans les communautés traditionnelles. Par conséquent, l'avortement illégal continue à être pratiqué, en particulier dans le cas d'une grossesse extra maritale et dans les zones rurales.

Tableau n° 44 : Les conditions d'accès à l'avortement au Maghreb

Les cas ou l'avortement est autorisé	Algérie	Maroc	Tunisie
- Protéger la vie de la femme	X	X	X
- Préserver la santé physique	X	X	X
- Préserver la santé mentale	X	X	X
- En cas de viol ou d'inceste	X		X
- Dépréciation fœtale			X
- Raison sociale ou économique			X
Conditions d'intervention :			
- au cours des trois premiers mois de la grossesse	X	X	X
- dans un établissement spécialisé par un spécialiste	X	X	X
- avec l'accord du conjoint		X	
- sur la demande de la femme			X

- Les techniques abortives :

Comme nous l'avons déjà signalé, il existe deux types d'avortement : l'avortement provoqué et l'avortement spontané ce dernier arrive sans aucune intervention extérieure, subitement et il est involontaire. Par contre, l'avortement provoqué, est volontaire et il peut être réalisé d'une manière mécanique (instrumentale par aspiration) ou médicamenteuse. Jusqu'à sept semaines d'aménorrhées, on peut

utiliser les deux techniques indifféremment (mais c'est la méthode médicamenteuse qui est la plus utilisée). Mais au delà de sept semaines, l'aspiration est la technique de choix. L'avortement doit se pratiquer dans un établissement de santé. Mais malheureusement cet acte est souvent pratiqué dans des lieux non adéquats suite à son illégalité et dans le but de garder l'anonymat de la femme enceinte.

Ces méthodes sont dangereuses et variées. Elles incluent l'utilisation de produits chimiques, d'objets tranchants et de plantes. Elles peuvent entraîner de graves blessures dans les organes sexuels internes, la stérilité et même la mort.

- **Les risques et complications :**

Les dangers et les conséquences de l'avortement sont nombreux et affectent toutes le bien être de l'individu. Au niveau sanitaire , les lois restrictives mettent en danger la vie de la femme , puisque les avortements à risque ont pour conséquence une forte morbidité et mortalité maternelle en raison des mauvaises conditions dans lesquelles ils sont pratiqués . Ces conséquences, en termes de morbidité comme de mortalité , sont souvent mal déclarés ou niées : déclaration des avortements provoqués en fausses couches, causes imprécise ou classer sous d'autres rubrique dans les registres hospitaliers (hémorragies , septicémie) au lieu d'être classées comme avortement.

a)- Sur le plan physique : Les signes de complication apparaissent généralement quelques jours après l'avortement. Ils peuvent être sous plusieurs formes. On peut les classer en trois groupes : les complications locales, les complications générales et les séquelles.

- pour ce qui est des complications locales, on trouve les infections génitales, l'hémorragie et les perforations utérines.
- pour les complications générales, il y a la septicémie qui est une infection généralisée, les intoxications par les produits utilisés, le tétanos, la mort subite ou la mort suite à l'hémorragie ou à la septicémie.
- En fin parmi les séquelles il y a la stérilité suite au synéchie c'est-à-dire les cicatrices dans la matrice causées par les manœuvres abortives, des douleurs chroniques au bas-ventre, des béances cervicales qui seront à la base des fausses couches dans l'avenir.

S'ajoute à ces conséquences :

- le décès des femmes suite à un avortement provoqué augmente la fréquence des orphelins.
- risques d'infection par le VIH au cours des avortements pratiqués par des personnes non autorisées
- plusieurs femmes souffrent de douleurs et d'incapacité chronique dues à l'avortement, les empêchant ainsi de soutenir leur famille.

Tout comme les niveaux de l'avortement, ses conséquences sont très difficiles à mesurer et ne représentent souvent que la « partie émergée de l'iceberg ».

- **Les acteurs intervenant dans le recours à l'avortement :**

Les études sur l'avortement sont essentiellement centrées sur les femmes, et peu de recherches sont consacrées au rôle des hommes dans la santé de la reproduction

en général et dans la décision de l'avortement en particulier. Leur intervention est pourtant notable dans la sphère privée comme publique puisqu'ils jouent un rôle capital en tant que partenaires, conjoints, pères ou frères, mais aussi comme législateurs, médecins ou religieux.

En tant que partenaires, leur rôle, dans l'avortement comme dans la pratique contraceptive, dépend largement des liens affectifs entretenus avec la femme et du type de relation (formelle ou non), ainsi que des expériences antérieures et du moment de leur cycle de vie.

La participation et la responsabilité des hommes sont plus fortes dans les relations formelles ou avec des liens affectifs forts ; à l'inverse, on observe une absence ou une plus grande distance et un appui limité de leur part dans les relations parallèles, occasionnelles ou sans lien affectif.

L'imaginaire socialement construit et exprimé par les hommes consiste à considérer la sexualité comme un domaine masculin et la reproduction et sa prévention comme un domaine féminin (la prévention des grossesses revient aux femmes). Il faut souligner, qu'à l'exception du préservatif, le développement technologique des méthodes de contraception s'est centré presque exclusivement sur les méthodes féminines, limitant ainsi l'implication des hommes dans cette prévention.

- Les raisons du recours à une telle pratique :

Malheureusement, les limites de l'information ne permettent pas d'obtenir une vue précise des causes ou des raisons du recours à l'avortement et encore moins de les comparer entre pays . Mais selon quelques travaux réalisés sur ce phénomène dans les pays où la loi le permet, et d'autres travaux en Afrique Subsaharienne ainsi qu'en Amérique Latine et les Caraïbes , la raison du recours à l'avortement répond à une logique individuelle et à une cause unique , alors qu'il s'agit d'un processus de décision complexe qui implique différents acteurs sociaux.

Le recours à l'avortement s'explique souvent par des échecs de contraception, fréquents en particulier avec les méthodes naturelles et le préservatif, ou dus à une utilisation incorrecte de méthodes hormonales (utilisation irrégulière, incorrecte, oubli...). Comme il peut répondre à l'absence d'une pratique contraceptive quand une sexualité irrégulière ne justifie pas une prévention, ou en cas de sexualité imposée, ou non prévue ; à des barrières bureaucratiques ou des difficultés pratiques d'accès aux centres de santé ; ou encore au refus de certains hommes de recourir à la contraception eux-mêmes ou pour leur partenaire par crainte d'effets secondaires.

Il répond également à des raisons économiques et sociales. Il peut s'agir de difficultés matérielles pour assumer la responsabilité d'une naissance ou de ses conséquences sur l'emploi de la femme, sa scolarité ou plus largement sur ses projets de vie. Il peut s'expliquer par des conditions de vie précaires des femmes et un manque de soutien tant au niveau du couple que de la famille ou plus largement de l'État. On observe aussi la crainte du rejet social ou de la stigmatisation à cause d'une grossesse hors mariage.

- **Mesure de l'avortement :**

Les restrictions juridiques , religieuses , culturelles et sociales n'éliminent pas le recours à l'avortement . Son incidence et ces tendances sont difficiles à évaluer faute de données et études sur le sujet . En revanche , il est impossible d'estimer le nombre des avortements pratiqués dans les structures privées et les avortements illégaux .

Les restrictions juridiques n'empêchent pas les avortements mais contribuent à des pratiques clandestines. L'illégalité de cette pratique explique la rareté des données sur ce sujet et si elles existent-elles manquent de représentativité.

Les praticiens peuvent être réticents à pratiquer ces avortements et parfois les déclarent comme fausses couches. En général, ils ne peuvent pas les déclarer s'ils sont pratiqués en dehors du système public. Les femmes sont parfois réticentes à déclarer leurs avortements et ainsi les enquêtes sont entachées d'un sous enregistrement.

Cette situation n'est pas spécifique au Maghreb , puisqu'en France ou l'avortement est légal depuis près de 30 ans (1976) , et où il y a une obligation de produire des données sur cet acte , les statistiques sanitaires sont considérées comme imparfaites et leur sous estimation est estimée entre 20 et 30 % (Agnès Guillaume, 2005) et même les enquêtes sont affectées de cette sous déclaration évaluée à environ 40 % (Agnès Guillaume, 2005).

En Algérie, la question de l'avortement a été abordée , pour la première fois dans l' enquête PAFAM 2002 , qui a été établie par l'Office national des statistiques pour le compte du ministère de la Santé et financée par la Ligue arabe. Pour le Maroc, la première fois s'était au cours de l'enquête EDS 1995 à travers deux approches : les grossesses non désirées et leur issue et les déclarations d'avortement à l'aide du calendrier. La seconde fois , s'était au cours d'une étude quantitative réalisé par l'Institut national de statistiques et d'économie appliquée (INSEA), mené dans le cadre d'une université belge par Fatima Bakass et Abdesslam Fazouane.

En Tunisie, les avortements doivent être pratiqués dans des structures définies , dont la couverture nationale n'est pas assurée ce qui explique lapratique d'avortements illégaux (Gastineau, 2002). En Tunisie, l'avortement est légal, mais il y a un manque de données au niveau du secteur public. Les statistiques officielles, omettent cependant, les avortements juridiques effectuées dans le secteur privé. En 1980, les avortements officiels ont été estimés entre 15 à 20 pour cent du nombre total d'avortements déclarés, contre un taux de mortalité maternelle de 170 morts pour 100 000 naissances vivantes, environ la moitié de la moyenne régionale.

- **L'avortement provoqué :**

L'avortement provoqué reflète en fait la fréquence des grossesses non désirées ainsi que le problème de l'accès à la planification familiale et la reconnaissance de la sexualité hors mariage (Agnès Guillaume en col. Molmy, 2003).

Le recul de l'âge au mariage, contribue pour les hommes que pour les femmes à un allongement de la période d'activité sexuelle avant le mariage avec pour

conséquence une exposition de plus en plus marquée aux risques de grossesses non désirées et d'infection sexuellement transmissibles en l'absence de prévention (Delaunay , Guillaume, 2004). La sexualité hors mariage qui est un des facteurs déterminants de la demande d'avortement provoqué dans les pays du Maghreb est strictement interdite en Islam. Cette interdiction vient renforcer les tabous et le silence qui persistent autour de cette pratique. Avec la fréquence de ces grossesses, la pratique de l'avortement augmente ainsi que le nombre d'enfants illégitimes et abandonnés.

Au Maghreb, malgré un programme de planification solide pour les trois pays et une large diffusion de la contraception moderne. Il existe une forte demande non satisfaite en la matière due notamment aux échecs contraceptifs et aux mauvaises connaissances sur la contraception moderne.

En Algérie et selon des statistiques de la gendarmerie nationale, on estime le nombre d'avortements à 80 000 sur les dix dernières années ce qui donne en moyenne 8 000 avortements par an contre 775 000 grossesses par an dont 7 000 hors mariage. L'enquête réalisée par le ministère de la Santé en 2002 fait ressortir que sur 100 cas de naissance, on estime 10,5 % sont des avortements, dont 113 pour mille naissances vivantes en milieu urbain et 99 pour 1.000 naissances en milieu rural. Ce qui indique que le phénomène se propage aussi bien dans les villes que dans les campagnes. La proportion de femmes ayant eu recours à l'avortement est presque identique en milieux urbain et rural. Proportion qui est, en revanche, faible parmi les femmes dont le niveau d'instruction est élevé. La fréquence augmente avec l'âge. Elle passe à 23% pour les femmes dont l'âge se situe entre 30 à 39ans et 40-49 ans . Il est à noter aussi que 12% de ces avortements ont lieu à un mois de gestation alors 31% à 2 à 3 mois et 25 % à 4 mois. Cette fréquence élevée des avortements traduit la faiblesse de l'impact des activités liées à la surveillance de la grossesse, la planification de la fécondité et l'éducation sexuelle. L'enquête ne distingue pas entre les avortements spontanés et ceux provoqué

Les difficultés économiques actuelles qui rencontrent les ménages algériens auront des influences sur le comportement des couples, ce qui pourrait avoir pour conséquence le recours à l'avortement comme moyen de régulation des naissances. S'ajoute à ces difficultés, l'évolution des mœurs et les changements de comportement qui peuvent avoir une incidence sur l'augmentation du nombre d'avortements, notamment ceux à haut risque. D'autant que la législation algérienne, à l'instar de celle de tous les pays musulmans, à l'exception de la Tunisie, et conformément à la loi islamique, n'autorise que l'interruption thérapeutique de grossesse.

Selon une étude sur les tendances de la mortalité maternelle dans le secteur public algérien, on constate que la plus importante cause de décès maternel est due à la perforation de l'utérus. On estime que près de la moitié des perforations de l'utérus résultent des avortements illégaux mal interprétés. Ces derniers augmentent dramatiquement et les médecins estiment à ce sujet qu'il y aurait en Algérie en moyenne trois avortements clandestins pratiqués chaque jour .

Tant de facteurs qui sont mis en cause dans une telle évolution de l'avortement qui n'est que l'aboutissement d'une libéralisation des mœurs et avec des relations sexuelles hors mariage. D'après les publications de la presse écrites des journées régionaux

basées sur les statistiques de la gendarmerie nationale , ce sont généralement des jeunes femmes dont l'âge varie entre 15 et plus de 30 ans qui viennent, dans un état alarmant, demander l'interruption d'une grossesse non désirée. Pour celles qui ont les moyens matériels, elles font le déplacement jusqu'en Tunisie, là où c'est autorisé, pour subir l'opération. D'autres le font clandestinement dans des conditions plus ou moins adaptées. Des conditions qui restent tributaires de la capacité financière de la femme.

La croissance de l'avortement clandestin est due très certainement à la remontée vertigineuse du nombre des agressions sexuelles, les viols, les incestes, les attentats à la pudeur. A titre d'exemple, l'année dernière il a été enregistré chez la police 326 viols tandis que chez les gendarmes 122 cas ont été traités durant les 9 premiers mois de l'exercice précédent. Ces chiffres expliquent la hausse des cas d'avortement en Algérie.

Au Maroc, selon l'OMS, 13 % de la mortalité maternelle est due à l'avortement et reste très élevée, de l'ordre de 228 pour 100 000 naissances. Mais ces statistiques sont sous estimées étant donné que l'avortement au Maroc est illégal, considéré comme un sujet tabou et que les suicides suite à une grossesse illégitime ne sont pas comptabilisés avec les décès maternels.

Selon la seule étude sur le sujet , réalisée par de l'Institut national de statistiques et d'économie appliquée de Rabat (INSEA) , 10 % des femmes mariées reconnaissent avoir déjà avorté. L'échantillon étudié comprenait 4 553 femmes, entre 15 et 49 ans, mais la question de l'avortement n'a été posée qu'aux femmes mariées, soit environ la moitié (2700). Si l'étude avait été complète, le chiffre aurait été, à coup sûr, plus élevé. 75% des filles-mères ont pensé à se faire avorter . Selon une étude menée au sein de Solidarité féminine, association d'aide aux mères célibataires, l'avortement a été le premier recours envisagé par 75 % des filles enceintes en situation de détresse morale et matérielle.

En Tunisie , bien qu'il y ait eu peu opposition religieuse de la libéralisation de l'avortement en 1973, il est souvent difficile pour une femme ouvertement de chercher un avortement légal. En outre, l'avortement pour les femmes célibataires continue d'être un sujet tabou dans les communautés traditionnelles. Par conséquent, l'avortement illégal continue à être pratiqué, en particulier dans le cas de grossesse hors mariage et dans les zones rurales.

Selon la dernière enquête (MICS 3) réalisée en 2006 , une augmentation des taux d'avortement (pour 1000 femme mariée en âge de procréer) est observée au niveau des régions où l'offre des pilules d'interruption médicamenteuse est disponible tels que le centre du pays et le grand Tunis. Le taux national se situe à 24 IVG pour 1000 femmes mariées en âge de procréer (15 -49 ans). Il est assez élevé en milieu urbain (27) contre 18 en milieu rural pour la période 2005-2006 .

L'âge à l'avortement est d'environ 30 ans, mais cette pratique est plus fréquente chez les jeunes femmes célibataires malgré que les rapports sexuels hors mariage sont socialement condamnés (Gastineau , 2002). En effet, le célibat des

jeunes filles ne cesse d’augmenter. Il est de 52,6 % pour les filles âgées de 25-34 ans en 2006 contre 27,4 % en 1994. Les causes du célibat sont principalement matérielles. Selon la même enquête, leur âge est compris en moyenne de 24,4 ans. 25,5 % sont des élèves et des étudiantes, dont une fille sur trois est d’un niveau d’instruction primaire et une fille sur deux est active, un bon nombre d’entre elles ne sont pas à leur premier acte. En effet, “le seul ordre qui s’impose est celui du voisinage et de la famille”.

I.2.6.2- Consultations prénatales et grossesses non désirées :

- Consultation prénatales :

Le schéma de la consultation prénatal en Algérie prévoit trois visites à raison d’une visite par trimestre au cours de la grossesse. Toutes fois, il peut y avoir des visites supplémentaires selon le cas. Le but de ces consultations est de traiter les affections ou les complications survenant pendant la grossesse, prévenir les décès et la morbidité maternelle et fœtale et promouvoir la santé de la mère et de l’enfant.

Les données sur le suivi des grossesses recueillies à partir des différentes enquêtes nationales portent sur les naissances survenus au cours des cinq dernières années précédent chaque enquête nous permettent d’étudier l’évolution de la consultation prénatale.

En 1992, l’enquête algérienne sur la santé de la mère et de l’enfant (PAPCHILD) a montré que pour plus d’un tiers (44,6 %) des naissances , les mères n’ont consulté personne au cours de leurs grossesses. Cette proportion est passée à 19,3 % à l’enquête PAPCHILD 2002 pour atteindre seulement 9,6 % en 2006 (MICS 3). Malgré la baisse observée, il existe toujours une proportion non négligeable des mères qui ne font aucune consultation au cours de leur grossesse.

Tableau n° 45: Evolution de la proportion des consultations prénatales en Algérie (%)

	1992	2000	2002	2006
Urbain	71,6	81,0	87,6	93,7
Rural	48,0	76 ,0	72,4	86,8
Ensemble	58,4	79,0	81,0	89,4

Source : - PAPCHILD , 1992, 2002

- MICS , 2000, 2006

Si le recours à la consultation prénatale, au niveau national s’est amélioré, la situation en milieu rural reste préoccupante. Puisque après une augmentation des consultations prénatales entre 1992 et 2000 passant respectivement de 48,0 % à

76,0%, on observe une diminution de cette proportion en 2002 qui atteint 72,4 % , ce qui montre que l'amélioration a été au bénéfice des femmes urbaines .

La faible couverture en milieu rural trouve sa principale explication dans l'insuffisance de l'offre que connaît ce milieu en particulier au Sud. 16,5 % des femmes rurales qui n'ont pas eu de consultations prénatales relie ce comportement au non disponibilité de service et 21,9 % suite au coût élevé de la consultation.

L'analyse différentielle de la consultation prénatale selon certaines caractéristiques socio démographiques , montre que cette pratique est plus fréquente chez les primipares (93,7 %)et chez celles âgée de moins de 20 ans (91,1%).

En ce qui concerne le niveau d'instruction des mères , les différences sont plus accentuées : pour les mères sans niveau d'instruction 69,4% ont subi au moins une consultation prénatale contre 99,1% pour celles ayant accéder à l'enseignement secondaire ou plus.

Comparer au Maroc et à la Tunisie , il n y a pas de grandes différences , le taux de consultation prénatale est plus élevé chez les plus jeunes femmes , résidant dans le milieu urbain et d'un niveau d'instruction assez élevé. La Tunisie occupe le premier rang suivi par l'Algérie et en troisième place le Maroc.

Tableau n° 46 : Répartition des consultations prénatales dans le Maghreb (%)

	Algérie	Maroc	Tunisie
Urbain	87,6	89	98
Rural	72,4	48	92
Ensemble	81	68	96

Source :Pour l'Algérie : MICS 3, 2006

Pour le Maroc : EPSF 2003-2004

Pour la Tunisie : MICS 3, 2006

- **Les grossesses non désirées :**

Les niveaux de la fécondité ont baissé et la principale cause de cette baisse est la diffusion de la contraception à côté de l'augmentation de l'âge au premier mariage . Les couples dans les pays du Maghreb, ont plus de contrôle sur leur fécondité. Mais malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification, un nombre important de naissances surviennent chaque année dans le monde sans être planifiées ou désirées par le couple .

Paradoxalement , on assiste d'une part à une augmentation de l'utilisation de la contraception comme moyen de contrôle des naissances , et d'autre part à l'accroissement de la fécondité non désirée (Bongaart, 1997). Cette situation reflète le fait que le choix reproductif des couples ne dépend pas uniquement de l'utilisation d'un moyen contraceptif mais aussi de leurs caractéristiques socio démographiques , du contexte culturel et socio économique, de la qualité de l'offre des moyens contraceptifs et de la pratique contraceptive (l'échec et discontinuité).

Un grand bénéfice résulte de la planification familiale des grossesses pour la femme , la famille et la société . Mais trop souvent , les femmes tombent enceinte quand elles ne le souhaitent pas . Le choix du nombre d'enfants à avoir et le moment de les avoir est un droit humain et reproductif de base reconnu lors de la conférence internationale sur la population et le développement (1994) tenue au Caire .

Selon les sondages réalisés par le PAPFAM dans les pays arabes, montrent qu'une grossesse sur trois est non désirée quelque soit le milieu mais plus fréquent chez les femmes sans niveau d'instruction.

Dans le Maghreb, la mariage est une pré condition légale et culturelle à la grossesse. De ce fait, toute étude des grossesses non désirées devrait tenir compte des tendances de mariage.

En Algérie , lors de l'enquête sur la santé de la famille (2002), 42 % des femmes âgées de 15-49 ans étaient mariées . Ces dernières étaient interrogées sur la grossesse ayant conduit à la naissance du dernier enfant survenu au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, 24,6 % déclaraient qu'elles ne voulaient pas cette grossesse au moment ou elle s'est produite. Cette proportion se compose de 14,7 % des femmes qui ne voulaient plus avoir d'enfant et 9,9 % qui désiraient encore des enfants mais, pour plus tard.

Si nous examinons les besoins non satisfaits de ces femmes en matière de planification familiale selon certaines variables socio démographiques , on relève de grandes différences . Concernant l'âge de la femme, elles sont plus fréquentes chez les plus âgées qui désirent limiter leur naissances (26,3 %) contre seulement 1,2 % pour celles qui désirent espacer leur naissances . Par contre ces deux proportions sont respectivement 31,8 % et 2,7 % chez les moins de 20 ans .

Concernant le nombre de naissances vivantes , on remarque que les besoins non satisfaits sont plus accentués chez les femmes ayant 4 enfants et plus, avec 76,6% contre 27,0 % chez les femmes ayant seulement un enfant .

Selon le niveau d'instruction , les femmes avec un niveau secondaire ou plus sont moins nombreuses à déclarer qu'elles ont des besoins non satisfaits en matière de planification pour limiter leur naissances (9,3 %) contre 18 % chez celles qui veulent espacer leur naissances .

Le milieu urbain enregistre une différence relative étant donné que 23,6 % des femmes citadines considéraient leurs besoins en planification familiale non satisfaisantes contre 25,9 % en milieu rural.

Les grossesses non désirées présentent un risque plus élevé de mortalité et de morbidité maternelle car elles sont liées à des avortements, à un taux élevé de maladies infantiles.....

Au Maroc, selon l'étude réalisée en 2004 sur la fécondité non désirée , qui montre une augmentation du l'indice synthétique de fécondité non désirée de 1,1 à 1,3 enfants par femme au cours de la période 1980-1992 pour un indice synthétique de fécondité de 5,5 à 4 enfants . Cela signifie que L'ISF aurait pu être 4,4 et 2,7 enfants par femme respectivement pour les années 1980 et 1992 si les naissances non désirées avaient pu être évitées. Par contre en 2003, l'ISF de fécondité non désirée a baissé pour atteindre la valeur de 0,7 enfants / femme contre un ISF de 2,5 (EPSF , 2003/2004).Pour la Tunisie, la situation est similaire mais avec des niveaux plus meilleures.

I.2.6-Mortalité maternelle

L'ampleur des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement figure parmi les préoccupations des responsables de la santé dans les pays en développement. La mortalité maternelle constitue un indicateur dont la maîtrise est un but majeur des Etats.

A travers le monde , la femme vit la naissance d'un enfant comme une épreuve qui peut lui coûter la vie.. Ce n'est qu'au 20ème siècle, quand a pu maîtrisé le phénomène de la mortalité maternelle dans les pays développés, pour atteindre entre 10 et 20 décès pour 100 000 naissances vivantes suite à l'utilisation des antibiotiques, l'amélioration des pratiques médicales en général et l'accouchement en milieu assisté, elle représente un quart à un tiers des décès féminins. Dans les pays en voie de développement, en particulier, le risque de mourir suite à un accouchement ou à des complications est fréquemment supérieur à 100 femmes pour 100 000 naissances vivantes, la différence peut aller jusqu'à 200 fois entre les deux groupes de pays. Dans ces pays on enregistre des taux entre 500 et 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes

En Algérie, peu d'informations précises sur la mortalité maternelle avant les années 80 . Suite à la fiabilité des données à ce sujet. la mortalité maternelle était

assez mal connue avant 1999 , malgré les efforts entrepris dans ce domaine. Au cours de cette année, une enquête exhaustive a été menée dirigée par l'Institut National de Santé Publique et réalisée en collaboration avec les différentes structures sanitaires , l'Office National des statistiques et les structures de l'Etat Civil dans le but d'évaluer la situation de ce phénomène à travers le territoire national

- Définition de la mortalité maternelle :

On pourrait de prime abord penser qu'il est simple de définir un décès maternel. Si on veut que la définition du décès maternel couvre tous les décès dus à la grossesse et à l'accouchement, elle doit inclure les décès survenant avant, ceux qui surviennent pendant l'accouchement, ainsi que les décès survenus peu après l'accouchement. On peut classer les décès maternels en deux catégories : les vrais décès maternels, lorsque la grossesse est le responsable direct du décès et les décès associés ou indirects lorsque la maladie ayant conduit au décès n'a rien à voir avec la grossesse. Cette distinction est mentionnée dans la 9ème révision de la classification internationale des maladies (CIM 9ème), qui définit comme suit la mort maternelle : « La mort maternelle se définit comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délais de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite » (Royston. E, Armstrong. S, 1990, p. 11).

Cela signifie que les décès dus aux avortements sont inclus. De même, les délais après l'issue de la grossesse sont strictement inférieurs ou égaux à 42 jours alors qu'en 1967, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique l'a élargi jusqu'à 72 jours après l'accouchement. Mais par la suite, cette fédération a adopté la définition de l'OMS.

Les décès maternels se répartissent en deux groupes :

- Décès par cause obstétricale directe : ce sont les décès survenus lors d'une complication obstétricale, d'un traitement incorrect , ou d'intervention .
- Décès par cause obstétricale indirecte : c'est le décès qui arrive suite à une maladie ou une affection apparue au cours de la grossesse, non liée à cette dernière mais aggravée par ses effets physiologiques .

-Niveaux de la mortalité maternelle en Algérie :

Dans le cadre de la politique algérienne de santé, on note que parmi les 19 sous programmes mis en œuvre en matière de prévention, 6 concernent de manière spécifique la mère et l'enfant et visent à lutter contre les causes de morbidité et de mortalité infanto –juvénile / maternelles.

En réalité, malgré les progrès réalisés dans ce domaine, les indicateurs de la mortalité et de la morbidité maternelle restent préoccupants. Un programme spécifique, ayant trait à la maternité sans risque, connaît depuis 1995 une réactivation qui se traduit

par le renforcement de la formation continue des prestataires, le développement des actions de communication et de la prise en charge des urgences obstétricales. Une attention particulière est accordée à la réduction des décès par hémorragie qui représentent près d'un quart des décès maternels.

Pour faire face à ce problème, un Comité National de Population a été installé par le Ministère de la Santé et de la Population depuis le 27 Octobre 1996. Ce comité regroupe plusieurs ministères, des institutions nationales et le mouvement associatif. Le but de ce comité est l'élaboration de programmes d'action en matière de population. La création de ce comité intervient une année après l'installation du comité national de santé reproductive et planification familiale par arrêté ministériel du 21/11/1995 dont le but est l'orientation de la stratégie visant à améliorer les soins de santé génésique et renforcer l'accès à la planification familiale.

La mise en place de la médecine gratuite en 1974, a permis l'amélioration de l'accessibilité aux soins obstétricaux. Le niveau de la mortalité maternelle était estimé en 1989 à 230 décès pour 100 000 naissances vivantes (Enquête M.M.I , 1989), et cela malgré l'amélioration des conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement qui est traduite, notamment, par l'augmentation de la part des accouchements en milieu assisté. Celle-ci en effet passe de 40% en 1980 à 76% en 1992 , 78% en 1997, 90,9 % en 2002 et 95,3 % en 2006. Le niveau de la mortalité maternelle reste élevé : de l'ordre de 87 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008 (Nations Unies, 2005) au niveau national . Les morts maternels représente 9 % de la mortalité générale en Algérie , contre 20 % au Maroc .

Selon la dernière enquête (MICS3 -2006-), 90,3 % des femmes enceintes avait fait surveiller leur grossesse dont 93,7 % en urbain et 84,6 % en milieu rural, avec un taux des non scolarisé de 77,1 % contre 97,0 % avaient le niveau secondaire et plus. Le taux de la mortalité maternelle reflète le niveau de l'accessibilité aux soins obstétricaux de base, avant, durant et après l'accouchement du fait de sa relation avec l'accouchement assisté.

L'enregistrement mis en place en 1994 par le Ministère de la Santé et de la Population au niveau des différents secteurs sanitaires aboutit à des chiffres beaucoup plus faibles : 49 pour 100000 naissances vivantes en 1994, 67 en 1995 et 53 en 1997 alors qu'il était de l'ordre de 78,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1992 en milieu hospitalier (MSP, D.P , 1998). Ces chiffres ne concernent en fait que les décès maternels survenus pendant ou juste après l'accouchement dans les maternités publiques. Par extrapolation, en supposant stable le taux de couverture observé en 1992, le taux de mortalité maternelle serait de l'ordre de 147/100 000 naissances vivantes en 1997. Le tableau n° 47 montre l'évolution du taux de mortalité maternelle en Algérie durant la période 1989 -2008.

Tableau n° 47: Evolution du taux de mortalité maternelle (1989-2008).

Années	1989	1992	1999	2001	2004	2005	2006	2007	2008
TMM pour 100000Nces V.	230	215	117,4	113,8	99,5	96,5	96,2	88,9	87

Source : Pour 1989 : Enquête MMI, Algérie, 1989.

Pour 1992 : Enquête EASME , Algérie , 1992.

- Pour 1999, Enquête MM , Algérie , 1999.

- Nations Unies , Septembre 2005

A ce rythme là, L'objectif d'atteindre un taux de mortalité maternelle de 57 décès pour 100 000 naissances vivantes serait atteint bien avant 2015 comme cela a été prévu.

En comparaison avec la Tunisie et le Maroc, l'Algérie se situe au milieu en terme de risque de mortalité celui-ci est de 1 sur 120 pour une femme durant sa vie au cours de la grossesse ou durant l'accouchement, contre un risque de 1 sur 33 pour le Maroc et un risque de 1 sur 140 pour la Tunisie.

C'est les wilayas du sud qui sont les plus touchées par ce phénomène en particulier la région sud-est. Au nord, c'est la région ouest qui enregistre le taux le plus élevé.

La parité moyenne chez ces femmes est de 3,2 enfants pour celles décédées en structures de santé et de 4 enfants chez celles décédées à domicile. 79,8 % des décès sont survenus dans une structure de santé. 52,4% utilisaient un moyen de contraceptif. L'utilisation de la pilule est plus fréquente chez les femmes décédées 91,56 %. Plus de la moitié des décès sont survenus après l'accouchement (66,4 %).

Les décès maternels survenus à domicile sont plus fréquents dans les wilayas du Sud en particulier à Tamanrasset .

La proportion des décès maternels survenus dans une structure sanitaire traduit la couverture en soins de la wilayas et les habitudes en matière de recours aux soins

Contrairement à ce qui se disait auparavant , les tranches d'âge les plus touchées sont celles au dessus de 35 ans avec des taux spécifiques supérieures à 200 cas pour 100 000 naissances vivantes . Prés du quart des décès enregistrés ont été observés lors d'une 1 ère grossesse.

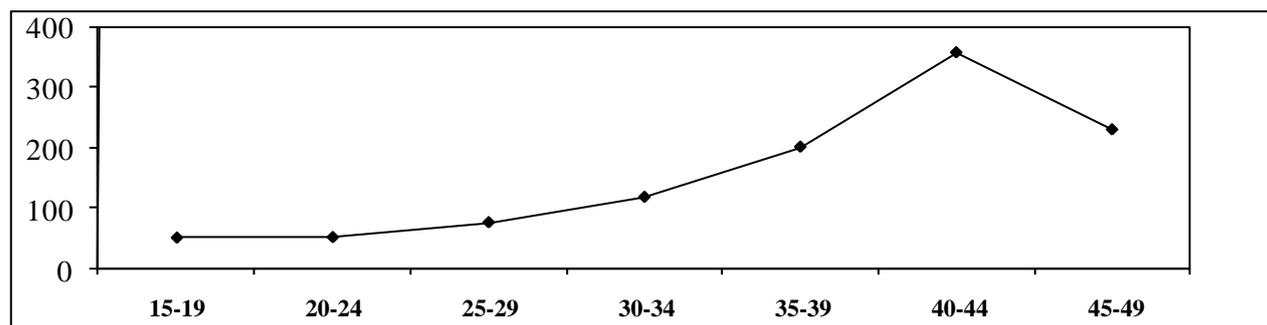
- Caractéristiques des décès maternels :

*** La mortalité maternelle et l'âge au décès :**

45,16% des femmes décédées étaient âgées de 35 ans et plus au moment du décès . Le taux de mortalité maternelle est croissant avec l'âge ce qui est conforme à

ce qui a été toujours observé dans les recherches précédentes telles que l'enquête de Hussein Dey et l'enquête de Oujda (J. Des Forts , 1986, p. 41)

Figure n° 13: Taux de mortalité maternelle selon l'âge (% naissances vivantes)



Source : thèse HACHEM A. , 2003

L'âge moyen des femmes décédées est de 33 ans . La mortalité maternelle est plus fréquente chez les femmes les plus âgées . Entre 30 et 35 ans , on observe plus que la moitié du nombre total des décès (50,65 %) enregistrés. La distribution des décès maternels par âge selon que le décès soit survenu à domicile ou en structure de santé ne diffère pas .

***La profession de la défunte :**

La proportion des femmes décédées qui exerçaient une activité professionnelle ne représente que 10,47 % seulement de l'ensemble, dont 5,45 % avaient une profession qualifiante du type d'enseignante , médecin , ingénieur , technicienne supérieure . Il faut noter que parmi les défunte il y a eu 90 femmes dont la profession n'a pas été déterminée (12,91 %). Les deux tiers sont des femmes au foyer (76,61 %) .

***Age moyen au mariage :**

Sur les 693 décès maternels résidents dans le territoire national, 683 femmes étaient mariées au moment du décès soit 98,4 % sur l'ensemble des femmes décédées avec une proportion de 29,7 % dont la situation matrimoniale n'a pas été déterminée. L'âge moyen au mariage pour ces femmes se situe autour de 20,9 ans .

- Les antécédents obstétricaux :

• Parité et gestation :

Sur l'ensemble de l'échantillon , la parité moyenne est de 3,2 enfants chez les femmes décédées dans une structure de santé contre 4 chez celles décédées à domicile (la grossesse présente non incluse) .

Pour 24,09 % des cas , les décès sont survenus au cours de la première grossesse . Les grandes multipares (au delà de 6 grossesses) représentent 23,52 % des décès . Pour 22 femmes le nombre de grossesses antérieures n'a pas été déterminé .

Le nombre de grossesses antérieures est plus élevé chez les femmes décédées à domicile (58,86 % contre 47,38 %). La proportion des femmes dont aucune grossesse antérieure n'a été signalée est deux fois plus élevée chez les femmes décédées en structures de santé (21,38 %) par rapport à celles qui sont décédées à domicile (11,35 %) .

Pour ces dernières , le nombre de grossesses antérieures varie de 0 à 20 avec un nombre moyen de grossesse de 4,6. 24 femmes d'entre elles étaient des multipares, plus de 50 % des femmes avaient eu au moins 4 grossesses antérieures dont 25 % au moins 7 grossesses antérieures. 30 femmes ont présenté au cours de leurs grossesses antérieures un ou plusieurs avortements. La fréquence des césariennes est faible , touchant 11 femmes (7,9 %) contre 11,8 % pour celles qui sont décédées en milieu hospitalier .

Pour les femmes décédées dans une structure de santé , il s'agissait plus fréquemment d'une 1 ère grossesse (21,38 %) que pour celles décédées à domicile (11,35 %) .

- **L'intervalle inter génésique et la contraception :**

Il s'agit de l'intervalle inter génésique exprimé en mois révolus séparant la grossesse qui a mené au décès et la grossesse précédente quel que fut le résultat, une naissance ou un avortement.

L'intervalle inter génésique moyen est de 39,2 mois avec des espaces allant entre 5 mois et 249 mois (20,75 ans) . La proportion des femmes décédées et dont l'information sur l'espace intergénésique est manquante représente 31,7 % (153 femmes) , une proportion non négligeable qui influe sur l'interprétation du résultat.

on note que 97 femmes ont un intervalle inférieur à deux ans dont 32 (8,3 %) inférieurs même à un an . Cet intervalle ne diffère pas selon le lieu de décès (en structure ou à domicile) .

Deux cent neuf femmes , soit 52,4 % utilisaient un moyen contraceptif durant le dernier espace inter- génésique . Dans 29,1 % des cas , l'information était absente . La méthode de contraception la plus utilisée est la pilule avec 91,56 %

- **Moment de survenue du décès par rapport à la grossesse :**

Une grande partie des femmes sont décédées dans les 42 jours qui suivent l'accouchement (66,4%), alors que 17,5 % des décès sont survenus durant la grossesse et seulement 10,6 % des femmes sont décédées lors de l'accouchement . La proportion des décès survenus au cours d'un avortement ou dans les 42 jours qui suivent ce dernier est de 5,5 % de l'ensemble des décès maternels .

on note que les décès survenant lors de l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent sont plus fréquents chez les femmes multipares alors que ceux liés à un

avortement sont observés en particulier chez les femmes ayant eu entre 1 et 3 grossesses .

Les décès non obstétricaux surviennent plus fréquemment au cours de la grossesse(31,5 %) et dans les 42 jours qui suivent un accouchement (59,2 %) alors que les décès obstétricaux s'observent plus fréquemment lors de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant un accouchement ou un avortement . Pour 27 décès , la cause initiale du décès est indéterminée.

- **Les causes de la mortalité maternelle :**

Les causes de la mortalité maternelle sont les mêmes partout dans le monde. Environ 80 % des décès maternels résultent des complications liées à la grossesse , l'accouchement ou suite de couches (OMS, 1994). 25 % pour l'hémorragie, les infections sont à l'origine de 15 %, les dystocies avec 8 % et les avortements à risque sont responsables de 13 % des cas de décès selon la même source.

Elles ne sont pas bien connues pour l'ensemble du pays. Des enquêtes ponctuelles menées au niveau des structures sanitaires universitaires retrouvent les hémorragies, le syndrome vasculo-rénal, les infections puerpérales et les dystocies parmi les causes les plus fréquentes des décès maternels. Ce n'est qu'en Mars 1999, que la direction de la population au niveau du Ministère de la Santé et de la Population a mis en place un support d'information sur la santé maternelle et périnatal détaillé (par âge, cause, parité...).

La part de ces différentes causes varie selon le moment de survenue du décès par rapport à la grossesse. Ainsi les décès enregistrés au cours de la grossesse sont essentiellement de nature non obstétricale et près de la moitié (42,4%) sont dus à des complications hypertensives . A l'inverse , lors de l'accouchement , la quasi-majorité sont de nature obstétricale et surviennent principalement à la suite de dystocies (29,6%). Les hémorragies du post partum et les septicémies puerpérales surviennent après l'accouchement .

Selon les données de l'enquête national (1999), la cause la plus fréquente est représentée par les hémorragies génitales (16,6%) dont ¼ des défuntés ont connu un problème d'anémie. En second lieu, viennent les complications liées à une hypertension gravidique (14,4 %) , les septicémies puerpérales (14,1 %) , suivis par les cardiopathies (13,0 %) et les dystocies (12,2%) . Si on ne tient pas compte de la nature de l'hypertension , cette dernière sera la première cause de décès avec près du cinquième des décès maternels.

Selon la cause directe du décès, 61,9% des décès sont dus aux causes obstétricales [hémorragie génitales (21,0%), Septicémies puerpérales (12,5%), complications liées à une HTA gravidique (9,1%), ruptures utérines (7,9%), anomalies du placenta (2,7%), affections maternelles liées à la grossesse (2,1%), choc obstétrical pendant l'accouchement (1,5), dystocies (0,9%)] et 38,1% aux causes non obstétricales [cardiopathies (8,2%), autres affections cardio vasculaires (7,0%), affections de

l'appareil respiratoire (6,9%), maladie infectieuses (4,3%), affections de l'appareil urinaire et génitale (2,7%), affections de l'appareil digestif (2,4%), symptômes et états mal définis (4,3%)].

Les régions de l'ouest sont plus touchées par les hémorragies génitales (28,3 % à l'Ouest et 27,4 % au Sud –Ouest) . Par contre la région du centre enregistre seulement 12,3% et la région Sud –Est 9,4 % .

Ainsi les décès de nature non obstétricale dus à une affection de l'appareil cardiovasculaire , hypertension comprise, sont les causes principales des décès survenus lors de la grossesse (91,5 %) .

Les décès secondaires à une dystocie sont la cause majeure des morts maternelles lors de l'accouchement (37,5 %). Les hémorragies génitales avec les autres causes de nature obstétricale sont la raison majeure des décès survenus dans les 42 jours suivant un avortement ou un accouchement.

Tableau n° 48: Cause de décès et moment de survenue du décès

Cause de décès	Décès au cours de grossesse	Décès au cours d'accouchement	Décès dans les 42 jours après l'accouchement	Décès dans les 42 jours après avortement	TOTAL
Cause non obstétricale	31	3	57	5	96
Cardiopathie	56	11	109	2	178
Hémorragie	2	8	85	11	106
Dystocie	-	27	75	2	104
Autres cause obstétricale	6	23	102	12	143
total	95	72	428	32	627

Source : (INSP, 2001)

On observe plus de décès maternels durant la grossesse lorsque le lieu du décès est le domicile (29,1 % contre 14,7 %) alors que celles survenues durant l'accouchement (11,0% contre 8,5 %) ou dans les 42 jours qui suivent (69,1 contre 56,0 %) sont plus fréquents chez les femmes décédées dans une structure de santé .

Tableau n° 49 : Répartition des décès maternels selon le lieu et le moment de décès

	Décès au cours de grossesse	Décès au cours d'accouchement	Décès dans les 42 jours après l'accouchement	Décès dans les 42 jours après avortement	TOTAL
Structure de santé	81	63	383	29	556
Domicile	41	11	80	9	141
Total	122	74	463	38	697

Source : (INSP, 2001, p. 109)

Si certaines femmes décèdent d'une complication liée à la grossesse, beaucoup d'autres souffrent de séquelles débilantes qui peuvent les accompagner le restant de leur vie. Nous avons pas des estimations exactes sur les maladies ou les invalidités liées à des complications en cours de grossesse, mais nous savons qu'elles sont importantes . Par exemple les femmes qui souffrent d'embolie amniotique ou de troubles cérébro-vasculaires peuvent avoir des troubles neurologiques comme séquelles . l'hystérectomie suite à une rupture de l'utérus ou une grave hémorragie peut entrainer la stérilité qui peut provoquer des effets psychologiques (Denmissie et al. , 2000). Les dépressions puerpérales qui ne sont pas rares , peuvent se produire avec une fréquence de 1 ou 2 cas pour 1000 naissances (Abou Zahr, 1998).

Même observation est donnée pour le Maroc et la Tunisie , les décès suite à une hémorragie sont les plus fréquents , 20% et 30 % respectivement du total des décès . par contre la seconde place revient au décès par hypertension dans le cas de la Tunisie (19,3 %) et par infection dans le cas du Maroc (15 %).

I.2.7- La mortalité néonatale

La mortalité néonatale est un indicateur important de santé. Elle reflète l'état de la santé d'une population, la situation sociodémographique et la qualité des services obstétricaux . Elle est classée parmi les indicateurs les plus sensibles pour mesurer l'impact des soins de santé maternelle et infantile. De ce fait , l'intérêt de son amélioration .

En effet, les pays industrialisés qui ont réussi à réduire e taux de mortalité néonatale et périnatale ont centré leurs action sur l'amélioration des facteurs socio-démographiques d'une part , et sur la e et sur l'enfant) . Dans ces pays la baisse de mortalité néonatale au cours des années 1975, a été imputée en grande partie à l'amélioration des soins prénataux (prise en charge des accouchements, soins

prénataux, soins aux nouveaux nés). De ce fait actuellement dans les pays industrialisés, les causes directes de décès infantiles sont constituées en grande partie de pathologies difficilement vulnérables telles que les prématurés non viables et les malformations congénitales.

Par contre dans les pays en développement, les actions mises en place pour réduire le risque de décès liés à la grossesse et à l'accouchement restent en responsables d'un grand nombre de décès dans la période néonatale. Ainsi, l'intérêt important de l'estimation de la mortalité néonatale pour identifier les conditions d'accès aux soins obstétricaux d'urgence et les facteurs qui lui ont associés.

En Algérie, la mortalité néonatale (précoce et tardive) est confondue dans la tranche d'âge 0-1 an. Les données sur la mortalité néonatale sont de ce fait, rares, et elles sont souvent issues des enquêtes nationales et hospitalières.

Les données ont montré que la mortalité infantile reste largement dominée par la mortalité néonatale. Cette dernière constitue environ 50 % de tous les décès âgés de moins d'un an et dont sa baisse n'a pas suivi le même rythme que dans les autres âges.

A travers les résultats des enquêtes nationales on essayera d'examiner le niveau de la mortalité infantile et juvénile, ses tendances ainsi que les disparités constatées selon le genre, le milieu de résidence, certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère et l'évaluation de l'impact des facteurs environnementaux sur le niveau de la mortalité infantile

-Analyse des tendances et des causes de la mortalité néonatale :

Selon les résultats des différentes enquêtes réalisées en Algérie et portant sur les décès survenus au cours de la période 1985- 2002, on constate que généralement, la mortalité infanto- juvénile a connu une baisse très significative en l'espace de 17 ans, passant ainsi de 60,3 pour 1000 à 36,7 ‰ (voir tableau n° 52). La période qui a connu la plus forte réduction concerne le début des années 1990. Cette baisse est attribuée à la mortalité juvénile.

Durant cette même période, la mortalité infantile a connu une baisse importante, passant de 50,9 ‰ à 31,2 ‰. La probabilité de mourir durant le premier mois de la vie est toujours supérieure à la probabilité de mourir entre le premier mois et le douzième mois (20,5 ‰ contre 10,7 ‰) selon l'enquête EASF 2002. Ainsi, les décès néonataux représentent presque la moitié des décès infantiles. Au cours de cette période le gain entre les deux types de mortalité s'élargie passant d'une différence de trois (3) point au cours de la première période à 9,8 points entre 200-2002. Ce qui signifie que la réduction de la mortalité néonatale n'a pas connu la même tendance à la baisse que les autres types de mortalité.

Tableau n° 50: Evolution du taux de mortalité infanto juvénile selon ses composantes au cours des différentes périodes : 1985-2002

Périodes	Mortalité néonatale MN	Mortalité post néonatale MPN	1Q0	5Q0
1985-1989 (13 -17 ans)	24,0	27,0	50,9	60,3
1990-1994 (8-12 ans)	22,0	18,6	40,6	45,7
1995-1999 (3-7 ans)	20,2	14,1	34,3	39,4
2000-2002 (0 -2 ans)	20,5	10,7	31,2	36,7

Source : EASF, 2002

La baisse du niveau de la mortalité notamment infantile est due essentiellement à la baisse sensible de la mortalité post néonatale. Le niveau de la mortalité néonatale, quant à lui, connaît une légère augmentation. Ces résultats peuvent être expliqués par les efforts déployés dans le domaine de la santé infantile axés principalement sur la réduction des causes exogènes telles que les maladies infectieuses, les conditions d'hygiène et l'alimentation, etc.

- La mortalité par milieu de résidence :

L'analyse de la mortalité infantile par milieu de résidence révèle un écart de 3,3 points en faveur du milieu urbain. Selon le sexe, l'écart est très faible pour le milieu rural (1,5) contre un écart de 8,1 en milieu urbain en faveur des hommes

Tableau n° 51: taux de mortalité infantile selon le sexe et le milieu de résidence

	Masculin	Féminin	Ensemble
Urbain	33,7	25,6	29,7
Rural	33,8	32,3	33,0
Ensemble	33,7	28,6	31,2

Source : EASF , 2002

En ce qui concerne la mortalité néonatale, le tableau n°54 montre une prédominance du sexe masculin avec un gain passant de 7,5 à 6,1 points entre les deux sexes . Durant les premières années de la vie , la mortalité masculine est toujours élevée par rapport à la mortalité féminine

Tableau n° 52 : Evolution du taux de mortalité infantile et juvénile à travers les différentes enquêtes

Périodes		MN	MPN	1Q0	5Q0
EASME 1992	Masculin	25,9	24,9	50,8	54,8
	Féminin	18,4	18,3	36,7	42,5
	Ensemble	22,1	21,6	43,7	48,6
Enquête Etat Civil 1998	Masculin	-	-	38,7	46,0
	Féminin	-	-	36,0	43,3
	Ensemble	-	-	37,4	44,9
EASF 2002	Masculin	23,5	10,2	33,7	40,0
	Féminin	17,4	11,2	28,6	33,3
	Ensemble	20,5	10,7	31,2	36,7

-Caractéristiques démographiques de la mortalité infantile :

- Mortalité infantile et caractéristiques de la mère :

Les caractéristiques démographiques de la mère notamment l'âge et le niveau d'instruction constituent des facteurs déterminant du niveau de la mortalité infantile et juvénile. Les résultats de l'enquête EASF 2002, montre la relation en particulier l'effet de l'âge et du niveau d'instruction de la mère sur la fréquence des décès.

Le tableau n° 55 révèle que le niveau de mortalité infantile baisse selon que le niveau d'instruction de la mère augmente. Le risque de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire, est nettement plus élevé pour un enfant dont la mère est analphabète que pour un enfant né d'une mère d'un niveau secondaire ou plus. Ce risque est pratiquement trois fois plus élevé soit 39,9 ‰ contre 11,8 ‰.

La même tendance est observée concernant la mortalité juvénile ou la probabilité de décès d'un enfant avant le cinquième anniversaire dont la mère est analphabète est quatre fois supérieure à celles des mères ayant un niveau secondaire ou plus.

Tableau n° 53: Taux de mortalité infanto juvénile selon l'âge et le niveau d'instruction de la mère (calculés sur les 8 dernières années précédant l'enquête)

	Mortalité infantile (0q1)	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité i juvénile (4Q1)	Mortalité infanto juvénile (5Q0)
Niveau d'instruction				
Analphabète	39.9	23.3	7.1	46.7
Sait lire/ écrire	29.1	18.0	4.5	33.4
Primaire	27.3	17.4	3.4	30.6
Moyen	25.6	18.9	3.7	29.2
Secondaire ou +	11.8	9.4	0.0	11.8
Age de la mère				
Moins de 20 ans	45.9	29.1	5.0	50.7
20-29 ans	30.6	19.4	5.8T	36.3
30-34 ans	29.9	16.5	4.0	33.8
35-49 ans	40.2	25.6	6.1	46.1
Ensemble	33.1	20.3	5.4	38.3

Selon l'âge , les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les femmes âgées de moins de vingt ans et chez les plus de 35 ans. Le quotient de mortalité infantile atteint à ces âges respectivement 45,9‰ et 40,2‰ contre 30 ‰ pour les mères âgées entre 20 et 34 ans. La situation est similaire pur la mortalité néonatale et juvénile.

- Mortalité infantile et caractéristiques de l'enfant :

le rang à la naissance et l'intervalle inter génésique sont les principales caractéristiques des enfants décédés. La mortalité différentielle selon ces deux caractéristiques montre les risques importants liés à une fécondité élevée. Les résultats de l'enquête font ressortir que le niveau de mortalité infantile augmente avec l'augmentation du rang de naissance. Le quotient de mortalité infantile passe de

27,6‰ pour les rangs 2 et 3 à 38,2‰ pour ceux dont les rangs à la naissance sont supérieurs à trois. Le même constat est observé pour la mortalité post néonatale et juvénile. Concernant la mortalité néonatale, le quotient est plus élevé pour le premier rang et pour les rangs 4 et plus contre 16,8 ‰ chez ceux dont le rang est entre 2 et 3.

Concernant le risque de décéder des enfants selon l'intervalle inter génésique, les résultats confirment cette relation. 25.8‰ des naissances vivantes dont l'intervalle inter génésique est supérieur à 4 ans, décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ce risque est deux fois supérieur quand cet intervalle ne dépasse pas deux années.

Tableau 54 : Taux de mortalité infanto juvéniles selon les caractéristiques de l'enfant (calculés sur les 8 dernières années précédant l'enquête)

Variables	Mortalité infantile (0q1)	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité infanto juvénile (4Q1)	Mortalité infanto juvénile (5Q0)
Rang de naissance				
1ère naissance	31.0	22.3	3.3	34.1
2-3	27,6	16,8	5,3	32,8
4 ou plus	38.2	22.2	6.4	44.3
Intervalle inter génésique				
Moins de 2 ans	51.2	32.0	8.7	59.5
2-3 ans	31.1	17.8	5.8	36.7
4 ans ou plus	25.8	17.1	3.8	29.5
Ensemble	33.1	20.3	5.4	38.3

- L'impact des facteurs environnementaux :

Concernant l'impact de l'environnement, appréhendé principalement à travers les conditions d'habitat, sur la mortalité infantile et plus particulièrement la mortalité post néonatale, les résultats des enquêtes montrent que le risque de décéder est presque deux fois supérieur pour les enfants de moins d'un an nés dans des ménages habitant des maisons traditionnelles (40.4‰) que pour les enfants nés dans des ménages habitant dans des appartements. En outre, la part de la mortalité post néonatale dans la mortalité infantile est également très importante. Elle passe de

29.3% auprès des ménages habitant dans des appartements à 40.6% pour ceux qui habitent dans des maisons traditionnelles.

Pour ce qui concerne la relation entre le niveau de la mortalité infantile et les commodités du logement et tout particulièrement la source d’approvisionnement en eau potable, le rattachement des logements au réseau d’assainissement et le mode d’évacuation des eaux usées. Les résultats de l’enquête font ressortir que le risque de décéder pour les enfants de moins d’un an passe de 29.8‰ lorsque le ménage s’alimente depuis le réseau public d’alimentation en eau potable à 39.9‰ pour les autres sources. La part de la mortalité post néonatale, quant à elle, passe respectivement de 37.9% dans la mortalité infantile à 39.6%.

En outre, le risque de décéder pour les enfants de moins d’un an atteint 42.2‰ lorsque le logement n’est pas rattaché au réseau d’égout contre 29.4‰ lorsque le logement y est rattaché.

Tableau n° 55: Taux de mortalité infanto juvéniles Selon les caractéristiques des logements. (Calculés sur les 8 dernières années)

Variables	Mortalité infantile (0q1)	Mortalité Néonatale (MN)	Mortalité Post néonatale (MPN)	Rapport MPN/0Q1	Mortalité infant juvénile (0q5)
Type de logement					
% Appartement	21.5	15.1	6.3	29.3	25.6
Maison individuelle	30.2	18.6	11.6	38.4	35.5
Maison traditionnelle	40.4	24.0	16.4	40.6	45.5
Source principale d’approvisionnement en eau potable					
Réseau d’eau courante	29.8	18.5	11.3	37.9	34.5
Autre	39.9	24.2	15.8	39.6	46.4
Mode d’évacuation des eaux usées					
Relié	29.4	17.9	11.5	39.1	33.2
Non relié	42.2	26.5	15.7	37.2	51.1
Mode d’évacuation des ordures ménagères					
Collecteurs d’ordures	24.2	17.3	6.9	28.5	28.6
Déposées dans un endroit spécial	31.2	19.6	11.6	37.2	35.7
Autre	38.6	22.4	16.2	44.3	47.2
Ensemble	33.1	20.3	12.7	38.4	38.3

L'effet du mode d'évacuation des ordures ménagères sur le niveau de la mortalité infantile est également perceptible, le quotient de mortalité infantile passe de 24.2‰ chez les ménages qui se débarrassent des ordures ménagères en les déposant dans des collecteurs d'ordures, à 31,2‰ chez ceux qui les déposent dans un endroit spécial et atteint 38.6‰ pour ceux qui s'en débarrassent n'importe comment. Quant à la mortalité post néonatale, cette dernière représente 28.5% du total de la mortalité infantile des ménages qui déposent leurs ordures dans les collecteurs d'ordures ; cette part s'élève à 44.3 % dans les ménages ayant recours à d'autres modes d'évacuation.

La situation en Tunisie est plus meilleure, le taux de mortalité néonatale est de 13 ‰ contre 24 ‰ au Maroc et 22 ‰ pour l'Algérie au cours de la période 2002-2006 (PRB,2007).

Concernant les causes de la mortalité néonatale , on observe la fréquence des décès prématurés en Algérie et en Tunisie par contre au Maroc ces les décès suite à une infection qui détiennent la première place .

Tableau n° 56 : Répartition des décès néonataux selon la cause de décès au Maghreb en 2006 (%)

	Algérie	Maroc	Tunisie
Infection	24	29	20
Tétanos	2	2	1
Asphyxie	22	22	21
Diarrhée	1	1	1
Congénitale	9	19	12
Prématuré	36	27	32
Autres	6	6	6

Source : UNICEF, 2009

I.2.8- Les soins maternels

Le droit à des soins de qualité , est un droit fondamental encouragé par la Conférence Internationale sur la Population et Développement tenue au Caire en 1994 et c'est un élément essentiel des programmes de planification familiale et de santé reproductive .

Il est tout a fait évident que les risques liées à la grossesse et à l'accouchement diminuent considérablement si les femmes enceintes effectuent au cours de leurs grossesses des visites médicales auprès d'une personne qualifiée. Il faut préciser que l'efficacité des soins prénatals et post natales dépende de la précocité de la consultation prénatale et sa continuité jusqu'à l'accouchement d'une façon régulière ainsi que les consultations post natales.

A travers les enquêtes algériennes sur la santé de mère , l'enfant et la famille , nous tenterons d'aborder l'aspect des soins prénatals , les conditions d'accouchement et les soins post natales .

- Les soins prénatals :

Au cours de la grossesse, la mère peut être exposée à des risques sanitaires qui peuvent nuire à sa santé ou à celle de son nouveau né . La prévention de ces risques et des complications de la grossesse à travers les soins prénatals , est le but de toute politique de santé qui vise à réduire la mortalité maternelle et infantile. Les consultations prénatales permettent le dépistage des affections existantes mais aussi le traitement des problèmes de santé antérieurs ou liés à la grossesse ou aggravé par celle-ci . En général ces consultations contribuent à l'identification des grossesses à risque qui nécessitent une prise en charge particulière de la grossesse et de l'accouchement.

Les enquêtes nationales ont démontré une amélioration de la proportion des mères qui ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale pour leur dernière naissance vivante durant les cinq dernières années précédant l'enquête. Cette proportion est passée de 58 % à 89 % entre 1992 et 2006.

Tableau n° 57 : Evolution de la proportion des consultations prénatales depuis 1992

	1992 (EASM)	2000 (EDG 2)	2002 (EASF)	2006 (EDG 3)
Urbain	71,6	81,0	86,9	93,7
Rural	48,0	76,00	71,2	84,6
Ensemble	58,4	79,00	79,9	90,3

Le taux de consultation prénatale est plus élevé en milieu urbain (94 %) qu'en milieu rural (85 %). Il est positivement corrélé à l'augmentation du niveau d'éducation (77 % chez les analphabètes contre 97 % chez les femmes de niveau secondaire et plus en 2006). Par contre, sa corrélation est négative avec l'âge de la mère et le rang de naissance.

Quant aux disparités spatiales, près de la moitié des wilayas retenues lors de l'enquête, se situent en dessous de la moyenne nationale. La région centre se distingue par les taux les plus élevés par contre les taux les plus faibles reviennent à la région Est.

En mettant en relation les taux de consultation prénatale des sous-régions avec les taux correspondants d'analphabétisme féminin on retrouve une forte corrélation négative qui se traduit par un coefficient de l'ordre de -80,4 % ce qui nous permet d'affirmer que les sous-régions les moins alphabétisées qui sont en même temps les moins développées culturellement, sont celles dont les femmes enceintes consultent le moins pendant la grossesse.

Tableau n°58 : Evolution de la proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années selon les caractéristiques de la mère et de l'enfant

		1992 (EASM)	2002 (EASF)	2006 (EDG 3)
Age de la mère	Moins de 20 ans	62,7 (Moins de 30 ns)	91,3	81,7
	20-34 ans	-	82,7	91,8
	35- 49 ans	55,2 (30- 49 ans)	70,0	79,7
Rang de l'enfant	0-1	82,0	93,7	-
	2-3	64,6	84,6	-
	4 et plus	53,4	43,1	-
Niveau d'instruction	Sans niveau	48,1	66,4	77,1
	Lire et / ou écrire	65,3	82,5	-
	Primaire	78,1	90,3	90,4
	Moyen	77,0	93,3	94,3
	Secondaire et Plus	86,4	99,1	97,0

Au niveau du Maghreb, c'est la Tunisie qui enregistre le taux le plus élevé (96 %) (MICS 3 / 2006). La dernière place revient au Maroc avec seulement 69 % (EPSF 2003-2004). Avec de telle tendance, le Maroc est très en retard par rapport à ces deux voisins, en particulier avec les grands écarts entre les deux milieux.

-Lieu et raison des soins prénatals :

Plus de la moitié des femmes enceintes et celles ayant eu un dernier enfant au cours des cinq années précédentes l'enquête (61,5 %) ont bénéficié d'une consultation prénatale dans une structure privée (cabinet ou clinique), 38 % dans une structure publique ou parapublique,

Tableau n° 59 : Proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années selon la structure consultée , la raison et le type d'assistance (en pourcentage)

		1992 (EASM)	2000 (EDG)	2002 (EASF)
Lieu de consultation	Hôpital Maternité	47,9	43 ,0	13,1
	Polyclinique / Centre de santé			24,9
	Clinique privé	46,7	54,0	8,8
	Médecin privé			52,7
	A domicile	0,4	-	0,1
	Autre	5,1	-	0,5
Raison de la consultation	Consultation normale	49,8	-	81,6
	Problème de santé	50,0	-	16,0
Grossesse suivie	Médecin	53,4	-	62
	Sage femme	46,3	-	30
	Accoucheuse traditionnelle	0,2	-	0 ,1

La première remarque que nous tirons du tableau n° 61, est que la proportion des consultations en milieu public diminue au détriment du secteur privé. La variation différentielle de la consultation au cours de la grossesse, selon le milieu de résidence et la structure consultée est analogue à celle retrouvée en 1992. Cette baisse peut être expliquée soit par la qualité des prestations dans le milieu publique ou bien par la disponibilité des services .

Les consultations dans les structures publiques sont plus fréquentes chez les femmes résidant en milieu urbain que chez celles résident en milieu rural (46 % contre 40 %), beaucoup plus dans de la région sud (65 %).

Tableau n°60 : Proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années (en pourcentage)

		Région Centre	Région Ouest	Région Est	Région Sud	National
1992 (EASM)	Ensemble	61,0	63,2	49,1	74,9	58,4
2002 (EASF)	Urbain	94,5	84,9	80,4	86,8	86,9
	Rural	91,1	74,2	53,6	64,3	71,2
	Ensemble	92,1	79,1	67,7	77,1	79,9
2006 (EDG 3)	Ensemble	89,6	90,3	89,6	92,0	90 ,4

Source : les enquêtes nationales

En 2002, l'enquête révèle que 20 % des femmes n'ayant pas eu des consultations prénatales le motif de leur choix était le cout élevé des prestations et 12 % pour la non disponibilité des services cette dernière raison représente 17 % en milieu rural contre seulement 2,6 % en urbain.

Tableau n° 61: Proportion des femmes n'ayant pas eu des consultations prénatales selon le motif de leur choix

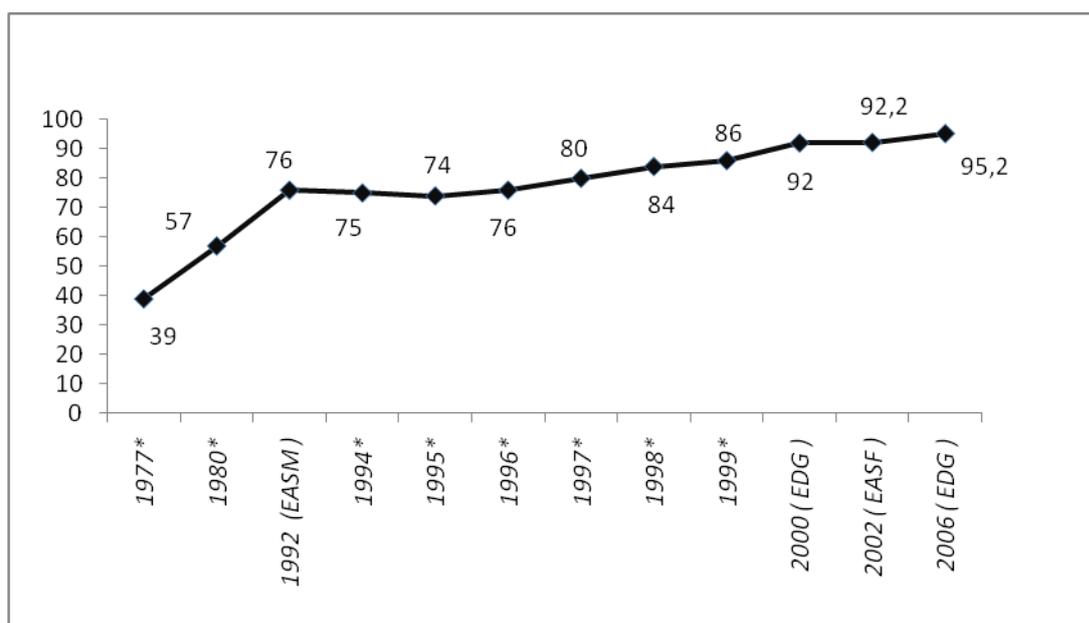
	Pas de problème	Avait de l'expérience	Manque de service	Coût élevé	Autre
1992 (EASM)	57,8	10,5	17,5	6,27	7,8
2002 (EASF)	45,5	11,6	11,6	20,6	7,0

Source : les enquêtes nationales

- Les soins pendant l'accouchement :

En ce qui concerne le lieu d'accouchement, la proportion des accouchements assistés a observé une augmentation de 19 % passant de 76 % en 1992 à 95 % en 2006. Mais de très fortes disparités sont observées selon le milieu de résidence . L'écart enregistré entre l'urbain et le rural se situe aux environ de 6 points avec respectivement 98,1 % et 92 %, alors qu'il était de 10 points en 2002 .

Figure n° 14: Evolution du taux d'accouchement en milieu assisté



Source : * HACHEM A., 2003

Malgré cette situation, l'Algérie se trouve dans une meilleure position comparée au Maroc dont le taux d'accouchement en milieu assisté n'est que de 61 %. Ce qui signifie que 39 % des femmes accouchent encore hors les structures sanitaires ce qui peut expliquer le élevé des décès maternels.

- Structure d'accouchement :

80 % des naissances ont eu lieu dans un hôpital ou une maternité, près de 9 % ont eu lieu à domicile, 4 % en clinique privée et 6 % en polyclinique ou centre de santé.

L'accouchement dans une structure de santé représente 95,2 % dans l'urbain contre 84 % dans le rural. Par contre l'accouchement à domicile atteint 14 % dans le rural contre 4 % dans le milieu urbain. De même, l'enquête EASF 2002, a montré le faible poids des accouchements en niveau des polyclinique et des centres de santé qui est dû soit à l'absence des services d'accouchement ou à la non disponibilité d'un personnel qualifié pour ce type de prestation.

Tableau n° 62 : Proportion de femmes selon le lieu d'accouchement (en %)

		1992 (EASM)			2002 (EASF)		
		Pub/para	Privée	A domicile	Pub/para	Privée	A domicile
Milieu	Urbain	78,3	7,8	12,4	89,9	5,3	4,1
	Rural	64,9	3,1	30,4	82,5	1,5	14,3
Ensemble		70,8	5,2	22,5	86,6	3,6	8,8

Source : les enquêtes nationales

Il existe une forte corrélation entre le niveau d'instruction de la mère et l'assistance à l'accouchement. Puisque 97,9 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire et plus ont été assisté par un personnel de santé en 2006 et 98,1 % en 1992 , contre près de 77,1 % de femmes analphabètes en 2006 et 65,8 % en 1992.

La dernière enquête sur la santé de la famille a révélé l'existence d'une corrélation négative entre le rang de naissance de l'enfant et les accouchements assistés. Cette proportion est de 97,6 % pour le premier rang à 79,1 % pour le 6eme rang .

Quant aux inégalités spatiales en matière d'assistance à l'accouchement, on constate que les écarts semblent beaucoup plus importants comparativement à l'indicateur précédent. Le centre conserve la primauté avec des proportion d'accouchement en milieu assisté qui avoisinent les 100 %, alors qu'au niveau du Sud du pays, le taux tombe en dessous du seuil de 50%. L'importance des accouchements non assistés par un personnel compétent, observée au niveau de la région Sud (et dans une moindre mesure chez celles de l'Ouest), peut s'expliquer entre autres par l'indisponibilité ou éloignement des services, plus particulièrement en milieu rural, sans toutefois oublier le cas des accouchements soudain ou prématurés. Un autre argument peut également expliquer cette attitude. Il s'agit du fait que dans certaines régions dépourvues des services de maternités (publics ou privés) ont continue toujours de faire appel à des accoucheuses traditionnelles, des amies ou des proches (84,5% des femmes ayant accouché à domicile ont été assisté par des accoucheuses traditionnelles ou des proches).

Tableau n° 63 : proportion des accouchements en milieu assisté selon le milieu de résidence

		Région Centre	Région Ouest	Région Est	Région Sud	National
1992 (EASM)	Ensemble	83,5	69,7	77,5	73,0	76,0
2002 (EASF)	Urbain	95,57	96,15	97,65	82,25	95,5
	Rural	94,23	83,3	87,5	60,95	85,1
	Ensemble	97,26	90,8	93,35	71,55	90,9
2006 (EDG)	Ensemble	95,4	81,2	96,9	88,1	95,3

Source : les enquêtes nationales

Les femmes résidentes en milieu urbain (95,5 %), celles de la région sanitaire Est (94 %) . La proportion des femmes ayant accouché à domicile est plus élevée chez les femmes âgées de plus de 30 ans (10 %), celles vivant en milieu rural (12 %), celles des régions ouest et sud (respectivement 17 % et 16 %) .

-Les accouchements à domicile :

Concernant les accouchements à domicile, leur fréquence a considérablement baissé, passant de 22,5 % en 1992 à 8,8 en 2002. on note une association entre le niveau d'instruction de la mère et l'assistance à l'accouchement par une personne qualifiée : près de 2,9 % des femmes analphabètes ont été assisté par un médecin ou une sage femme contre 100 % chez celles ayant un niveau supérieur .

Tableau n° 64 : Proportion de femmes ayant accoucher à domicile selon le type d'assistance, l'âge et le milieu (en %)

	EDG 2002				
	Médecin	Sage femme	Accoucheuse traditionnelle	Autre	Aucune personne
<20 ans	00	00	83,7	4,5	11,7
20-34	1,4	4,5	53	36,2	5,5
35-49	0,4	5,1	44,2	32,8	12,0
Urbain	0,5	10,5	43,5	28,4	6,8
Rural	1,2	2,5	52,4	36,9	8,5
Ensemble	1,0	4,7	50,0	34,5	8,0

Parmi les femmes qui accouchent à domicile, 88 % ont utilisé l'assistance d'une accoucheuses traditionnelle ou autres personnes. Une femme sur 10 a bénéficié d'une assistance médicalisée (médecin ou sage femme). Sur 100 femmes qui accouchent à domicile, 4 femmes accouchent seules. L'assistance non médicalisée prédomine chez les femmes résidant en milieu rural que chez celles résidant en milieu urbain (91 % contre 86 %). Ces données, rapportés aux effectifs du dernier Recensement Général de la Population et de l'habitat de 1998, et au nombre annuel de naissances vivantes et de morts nés recensés durant l'année 1998, permettent d'estimer la population de femmes qui accouchent chaque année à domicile à environ 50 000 femmes. Parmi elles, 44 000 femmes accouchent sans aucune assistance médicalisée, 4 000 femmes sont assistées médicalement et 2 000 femmes accouchent seules, sans aucune forme d'assistance. Les risques sanitaires encourus sont maximum pour ces 2 000 femmes et leur nouveau né. Il n'existe pas de différence significative selon le type d'assistance, l'âge de la mère et la région . La différence est statistiquement significative selon le milieu .

-Les raisons du non accouchement dans un établissement médicalisé

Entre 1992 et 2002, il y a eu un changement concernant la raison qui mène les femmes à ne pas accoucher dans établissement de santé . En 1992, la raison principale déclarés par les femmes s'était la préférence de l'accouchement à domicile (56 %). Cette proportion est tombée à 33 % en 2002, mais elle reste toujours la raison principale de tel choix . Au cours de l'enquête 2002, les femmes invoquent une autre raison qui est le coût élevé des prestations (6 %) . Parmi ces femmes qui n'ont pas accouché dans une structure de santé , 19 % ont invoqué l'indisponibilité des services (cette part s'élève à 25 % dans le rural) et 24 % déclarent que l'accouchement a été soudain ou prématuré .

Tableau n° 65 : Evolution des raisons du non accouchement dans un établissement médicalisé

	1992 (EASM)	EASF 2002
Accouchement prématuré	3,2	24
Indisponibilité des services	26,4	19
Préfère accoucher à domicile	56,1	33
Cout élevé	-	6
ND	0,1	8
Autres	14,2	10

- Les soins postnataux:

En se référant au tableau n° 68, on peut se rendre compte de la prévalence relativement faible du recours aux consultations post natales. La part des femmes ayant fait un examen post natal se situe à peine au environ de 30%. Cette part atteint 33 dans l'urbain contre 24,7% dans le rural, et passe de 22% auprès des femmes analphabètes pour atteindre 56% auprès de celles de niveau secondaire et plus.

Parmi les femmes ayant accouché de leur dernier nouveau-né au cours des cinq années précédant l'enquête, une femme sur trois ($32 \pm 1,6 \%$) a bénéficié d'au moins une consultation dans les 3 mois qui ont suivi son accouchement. Il n'existe pas de différence significative selon l'âge de la mère. Une différence significative est retrouvée selon le milieu, la région. Les consultations du postpartum, sont plus fréquentes chez les femmes résidant en milieu urbain (32 %), dans la région centre (38 %) et habitant dans des villas ou des appartements (35 %). L'enquête de 1992 avait montré que parmi les accouchements qui avaient eu lieu dans les cinq années précédant l'enquête, 20 % d'entre eux étaient suivis de soins dans le post-partum. Un gain de 12 points a été enregistré en huit ans mais cette amélioration reste très insuffisante, 67 % de femmes ne bénéficient pas encore d'une consultation dans le post-partum. Le suivi des femmes par les structures de santé, durant la période du postpartum, reste entièrement faible.

Sur le plan spatial, on constate que les femmes qui résident dans les régions du Centre recourent beaucoup plus que leurs homologues des autres régions aux soins postnataux. Les niveaux les faibles sont observés dans le Sud (qui enregistre des proportions qui atteignent moins de 20 %). Encore selon la même enquête, on observe que la part des femmes qui ont bénéficié des soins post nataux diminue l'augmentation du rang de naissance de l'enfant. Ainsi on passe de 48 % auprès des primipares à près de 20 % pour celles ayant 6 enfants et plus.

Tableau n°66: Structure des femmes selon le recours aux soins postnataux pour la dernière naissance survenue durant les 5 dernières années.

		Urbain	Rural	Ensemble	Lire et / ou écrire	Primaire	Moyen	Secondaire et +
1992 (EASM)	Méd	16,3	11,1	11,5	13,1	14,7	19,5	25,2
	Sage femme	6,8	3,1	2,8	4	9,8	10,1	11,8
	Accouchement traditionnel	0,8	0,4	0,6	0,3	0,3	0	0
	Autre	0,2	0,1	0,2	0,2	0	0	0
	ND	74,9	83,5	83	81,4	72,7	68,6	62,6
EDG 2002	Méd	23,9	19,1	15,5	18,9	25,7	30,9	46,1
	Sage femme	10,8	6,6	6,2	10,3	10,1	12,9	12,1
	Accouchement traditionnel	0,1	0,4	0,4	0,5	0	0	0
	Autre	0	0	0	0	0	0	0
	ND	0,7	1	1,3	0,7	0,5	0,1	0,7
EDG 2006	Méd	27,5	18,5	23,3	14,9	20,1	23,2	37,1
	Sage femme	9,0	5,4	7,3	3,6	7,2	8,3	9,2
	Aucune personne	61,9	74,5	67,8	79,2	71,1	66,9	52,3
	Autre/ND	1,3	1,4	1,4	1,2	1,6	1,4	0,9

-Structure consultée dans le post-partum

Parmi les femmes ayant bénéficié d'une consultation dans les trois mois qui ont suivi leur dernier accouchement, plus que la moitié (55 %) ont consulté dans des structures privées et 43 % dans des structures publiques ou parapubliques . La structure visitée, qu'elle soit privée ou publique, ne dépend pas de l'âge de la mère. Les consultations dans les structures privées sont significativement plus fréquentes parmi les femmes résidant en milieu rural que parmi celles résidant en milieu urbain , celles de la région sanitaire Est (63 %) .

Tableau n°67 :Proportion des mères ayant bénéficié d'au moins une consultation dans les trois mois qui ont suivi leur dernier accouchement selon la structure consultée, en pourcentage, EASF Algérie 2002

	EASF 2002
Médecin privé	49,7
domicile	2
Hôpital / maternité	25,3
polyclinique	22
Centre de santé	6

- Identification des femmes ne bénéficiant pas des consultations prénatales et postnatales

Parmi les femmes ayant bénéficié d'une consultation prénatale, une femme sur trois (36 %) consulte dans le post-partum et parmi celles n'ayant bénéficié d'aucune consultation prénatale une femme sur sept (13 %) consulte dans le post-partum. Parmi 100 femmes ayant accouché de leur dernier enfant au cours des cinq années précédant l'enquête, 20 femmes (soit une femme sur cinq) ne bénéficient pas d'une consultation prénatale ou d'une consultation postnatale. Parmi 100 femmes n'ayant bénéficié d'aucune consultation, 72 sont âgées de 30 ans et plus et 28 femmes ont moins de 30 ans. Les femmes résidant en milieu urbain représentent 55 % et celles résidant en milieu rural 45 %. Parmi ces femmes, 34 % résident dans la région sanitaire ouest, 29 % dans la région centre, 27 % dans la région est et 10 % au sud.

Environ 4 femmes sur 5, (84 %), ont accouché en milieu assisté et 20 % ont accouché à domicile. Une sensibilisation des femmes ayant accouché dans les structures médicalisées devait être entreprise afin de référer le plus grand nombre vers les consultations du postpartum.

Parmi 100 femmes ayant accouché à domicile, 79 femmes sont âgées de 30 ans et plus et 21 sont âgées de moins de 30 ans. Parmi ces mêmes femmes 45 résident en milieu urbain et 55 en milieu rural. Leur répartition selon les régions sanitaires montre que 54 % femmes résident dans la région ouest, 18 dans la région sanitaire est et dans la région sanitaire Sud et 11 dans la région sanitaire Centre.

II- la santé sexuelle :

Depuis une vingtaine d'années , l'Algérie a connue une étape transitoire sur le plan sanitaire ce qui a été montré par plusieurs études . L'époque des épidémies a disparue. Les problèmes de la santé de la mère et de l'enfant enregistrent une diminution considérable suite à l'amélioration des conditions de vie et de la couverture sanitaire .

Par contre les infections sexuellement transmissibles (IST) observent une croissance continue malgré que les chiffres existants ne reflètent pas la réalité . En Algérie et dans les autres pays du Maghreb, les infections sexuellement transmissibles sont sous estimées malgré la déclaration obligatoire .

II.1- les infections sexuellement transmissibles :

Les infections sexuellement transmissibles (IST) figurent parmi les causes les plus communes de maladies dans le monde et ont des conséquences importantes sur le plan sanitaire, économique et social. Elles ne sont pas seulement une cause d'infection aigüe mais peuvent entraîner une morbidité à long terme pour les hommes et les femmes. La stérilité est une des conséquences qui peut toucher les deux sexes mais les femmes souffrent davantage des conséquences socio économiques.

Pour les deux sexes , les pathogènes des IST peuvent induire un cancer . Selon les études, on peut penser que tous les cancers du col utérin, du vagin et de la vulve sont causés par des IST à papillomavirus humain.

L'apparition du VIH / SIDA a accru la nécessité de lutter contre les IST . Ces dernières en général accroissent le risque de transmission du VIH par voie sexuelle. Il existe deux groupes particulièrement sensibles aux risques d'infection au IST/VIH : les moins de 15 ans et les femmes particulièrement les analphabètes.

- Niveau des connaissances des IST :

Selon les données des dernières enquêtes nationales, 68 % des femmes non célibataires ont déclaré connaître le SIDA , 24 % les mycoses , 22 % la Syphilis et 17 % la gonococcie . Le niveau de connaissance est meilleur en milieu urbain . L'écart entre les deux milieux est compris entre 22 et 9 points selon l'infection .

Tableau n°68 : Répartition des femmes enquêtées selon leur niveau de connaissance des infections sexuellement transmissibles en 2002

	Urbain	Rural	Total
Syphilis	28,9	13,5	22
Gonococcie	20,2	11,7	17
Mycose	29,3	16,3	24
SIDA	77	55,7	68

Source : - 2002 : EASF Algérie, 2002.

Le degré de connaissance des IST, augmente selon le niveau d'instruction . la part des femmes connaissant le SIDA , atteint 100 % chez les femmes d'un niveau secondaire ou plus contre seulement 47 % chez les analphabètes .

L'observation est la même en Tunisie (MICS 2008) . Par contre le Maroc est très loin de ces deux pays , avec un grand écart entre l'urbain et le rural (41,4 % et 16,2 % respectivement) (EPSF Maroc 2003-2004).

- Situation des Infections sexuellement transmissibles (IST) :

A travers le monde , plus d'un adulte sur dix contracte une IST chaque année et quelques 333 millions de nouveaux cas apparaissent par an (LORI S. ASHFORD ,Mars 2001) . La cause principale de l'accroissement des IST est les comportements sexuels à risque dont les rapports sexuels précoces , la multiplicité des partenaires , le travail du sexe, ...

Les infections sexuellement transmissibles représentent un véritable problème de santé publique. En Algérie comme dans les autres pays du Maghreb , la fréquence des IST est sous estimée, bien que la notification de deux IST (Syphilis et Gonococcie) est obligatoire .

Selon les données de l'enquête EASF 2002, 1,3 % des femmes non célibataires ont déclarés avoir souffert de Mycoses , 0,4 % de gonococcie et 0,1 % d'autres infections sexuellement transmissibles . Par contre la Syphilis n'a pas été déclarée.

Selon l'âge :

Les taux les plus élevés d'IST s'observent généralement parmi les hommes et les femmes de zones urbaines pendant leurs années les plus sexuellement actives, c'est-à-dire entre 15 et 35 ans. Les femmes sont infectées à un plus jeune âge que les hommes .

Les adolescentes sont tout particulièrement exposées aux IST et au VIH car leurs relations sexuelles sont souvent spontanées , irrégulières et sont parfois le résultat de pressions ou de l'usage de la force .

II-2- VIH / SIDA :

Le VIH /SIDA modifie l'ensemble de la sphère sexualité – contraception et procréation. Considéré aux premières heures comme un problèmes de santé publique uniquement, le VIH/SIDA est aujourd'hui perçu et combattu comme un problème de développement.

C'est l'épidémie la plus dévastatrice que n'ait jamais connue l'humanité . Le SIDA sévit dans le monde depuis plus de 25 ans et s'est répandu à tous les continents . Il est considéré comme un problème de développement à long terme. Dans le monde entier , malgré les efforts consentis pour élargir l'accès au traitement du VIH, l'épidémie de SIDA continue à avancer plus vite .

- Niveau des connaissances :

La dernière enquête nationale (MICS 3) révèle un niveau de connaissance de l'infection insuffisant : 89 % des femmes enquêtées en âge de procréer ont entendu parler du VIH/SIDA contre une proportion de 68 % en 2002 . Les femmes urbaines ont une meilleure connaissance par rapport à celles résidant en milieu rural (94 % et 82 % respectivement) .

Les résultats de cette dernière enquête révèlent aussi que 49.6% des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent au moins deux modes de transmission du VIH/sida. Les femmes urbaines sont mieux informées que les rurales sur les moyens d'être contaminées par cette infection (57.5% contre 39.6%). L'information est plus meilleure dans la région Ouest (58.9%), suivies par la région Centre (40.9%), la région Sud (47.1%) et la région Est (43.2%).

Dans cette même enquête, 22,4% des femmes de 15 – 49 ans ont identifiées correctement 2 préjugés sur la transmission du VIH dont 27.4% en milieu urbain contre 16.1% en milieu rural. Les mieux informées sont celles de la région Centre (25.5%), suivies de celles de la région Est (22.2%), de la région Sud (19.9%) et de la région Ouest (19.2%).

L'enquête révèle par ailleurs que seulement 15.4% de ces femmes ont une très bonne connaissance du VIH/sida (identifient correctement 2 moyens de prévention et 2 préjugés) avec 19.5% en milieu urbain contre 10.1% en milieu rural. Celles qui ont une très bonne connaissance sont celles de la région Centre (18.0%), de la région Ouest (14.9%), de la région Est (14.4%) et de la région Sud (10.3%).

Les algériennes ainsi que les tunisiennes et les marocaines sont bien informées sur le VIH/SIDA mais l'écart entre le milieu urbain et le milieu rural persiste toujours .

- Prévalence du SIDA :

En Algérie le premier cas du SIDA a été déclaré en 1985. Depuis cette date , la maladie ne cesse d'augmenter d'année en année , atteignant plusieurs wilayas avec une progression alarmante pour certaines d'entre elles . La situation est similaire au Maroc et en Tunisie. Cependant l'Algérie reste un pays à faible prévalence (0,07 %) . L'OMS , considère ces trois pays du Maghreb comme des pays à faible prévalence au sein de la population générale . Par contre , l'analyse de l'évolution de la prévalence du VIH /SIDA au sein des consultants IST semble indiquer une tendance à la hausse à la fois pour les IST et le VIH puisqu'elle passe de 0,3 % en 2000 , 1,2 % en 2004 et à 2,4 % en 2007. Cette même tendance est observée chez les professionnelles du sexe dont la prévalence passe de 2,9 % en 2000 , 3,8 % en 2004 et près de 4 % en 2007.

- Cas Séropositifs :

Le taux de séroprévalence du VIH est le même au niveau des trois pays du Maghreb . Mais , la jeunesse de leur populations et leurs situations géographiques en font des pays à risque .

Tableau n ° 69 : Evolution des cas séropositifs selon l'âge et le sexe de 1985 au 2008

	De 1985 à 2008				2008			
	M	F	Sexe non précisé	Total	M	F	Sexe non précisé	Total
0-14 ans	81	56	6	143	15	11	1	27
15 ans et plus	922	743	66	1731	194	162	14	370
ND	724	516	381	1621	99	61	28	188
Total	1727	1315	453	3495	308	234	43	585
%	49,41	37,62	12,96	100	52,65	40,00	7,35	100

Source : MSPRH/DP, 2009.

La répartition par région indique que les régions Centre (dont Alger) et ouest enregistrent les fréquences les plus élevées.

- Mode de transmission :

L'enquête MICS3 Algérie 2006 a aussi mis en évidence l'information insuffisante sur la transmission du VIH dans la population générale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans puisque seulement 15.4% de ces femmes ont une parfaite connaissance du VIH/sida (identifient correctement 2 moyens de prévention et 2 préjugés).

Cependant, l'analyse par tranches d'âge permet de conclure à une meilleure connaissance des modes de transmission, corrélé avec l'âge chez les femmes puisqu'il passe de 14.3% chez les 15 - 19 ans à 17.5% chez les 20 - 24 ans. Cette même enquête a met en évidence que le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ne concerne que 1.3 % des femmes. L'analyse par tranches d'âge permet aussi de conclure à un meilleur dépistage accompagné de la connaissance des résultats, corrélé avec l'âge chez les femmes puisqu'il passe de 0.2% chez les 15 - 19 ans, à 0.7% chez les 20 - 24 ans et à 1.3% chez les 25 – 49 ans.

Concernant le risque de transmission mère-enfant du VIH/sida, 4 femmes sur 5 connaissent l'existence de ce risque de transmission. La connaissance des 3 modes de transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant ne concerne que 44% des femmes enquêtées et près d'une femme sur 12 ne connaît aucun des modes de transmission mère enfant.

Tableau n ° 70 : Evolution des cas séropositifs selon le mode de transmission

	1985-2008		2008	
	Nbre	%	Nbre	%
Rapports Hétérosexuels	559	15,99	89	15,21
Rapports Homo et Bisexuels	24	0,68	6	7,05
Usage de drogue injectables	54	1,54	2	0,34
Sang et produits sanguin	86	2,46	2	0,34
Transmission Mère / enfant	74	2,11	2	0,34
Autres	12	0,34	10	1,70
Non préciser	2686	76,85	474	81,02
Total	3495	100	585	100

Source : MSPRH/DP, 2009.

La répartition des cas de séropositivité selon le mode de transmission indique que les relations sexuels sont le mode de transmission le plus fréquent 16,67 % pour la période 1985-2008 et 22,26 pour l'année 2008 . Il ne faut oublier de signaler que dans 81 % des cas le mode de transmission n'a été préciser.

Selon les estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA, la séroprévalence de l'infection au VIH chez les adultes au niveau national est de 0,1 % .Ce chiffre place l'Algérie dans une situation comparable à celle des pays voisins le Maroc et la Tunisie. Par contre en ce qui concerne la prévalence du SIDA chez les femmes algériennes entre 15-24 ans est plus faible en Tunisie (< 0 ,1) comparé au Maroc et à l'Algérie (0,1) (PRB ,2008).

- Le SIDA :

Si au début de l'épidémie, le sexe féminin représenté le tiers des cas , ces dernières années il représente près de 50 % des cas.

Selon le milieu de résidence , c'est la région ouest qui présente les taux les plus élevés (Tiaret , Mascara, Sidi bel Abbes)

Tableau n°71 : Evolution des cas de SIDA de 1985 à 2008

	De 1985 à 2008				2008			
	M	F	Sexe non précisé	Total	M	F	Sexe non précisé	Total
0-14 ans	16	12	0	28	1	1	0	2
15 ans et plus	538	264	8	810	27	26	3	56
ND	32	25	2	59	1	1	0	2
Total	586	301	10	897	29	28	3	60
%	65,32	34,56	1,11	100	48,33	46,66	5,0	100

Source : MSPRH/DP, 2009.

Dans certaines régions du Sud, il y a des tendances préoccupantes qui pourraient faire craindre une flambée épidémique en raison des mouvements migratoires transfrontaliers, ce qui pourrait favoriser la propagation des IST/VIH/sida en raison notamment de la gravité de la situation épidémiologique en Afrique subsaharienne.

- Mode de contamination :

Pendant de nombreuses années , la voie sanguine a enregistré la fréquence la plus élevée ainsi que la toxicomanie . Aujourd'hui, c'est le rapport hétérosexuel qui est le principal facteur de risque. On estime désormais que près de 50 % des malades atteints du VIH et du SIDA sont des femmes . Le VIH /SIDA touche les femmes davantage et de manière spécifique , entant qu'individu mais aussi parce que la société attend d'elles qu'elles soignent autrui.

Selon la dernière enquête MICS3 réalisée en 2006 au niveau national , sur un échantillon de femmes âgées entre 15 – 49 ans , 49,6 % des femmes connaissent au moins deux modes de transmission du VIH/SIDA ; Les femmes urbaines sont mieux informées que les femmes rurales 57,5 % contre 39,6 %), avec seulement 15,4 %

ayant une très bonne connaissance du VIH/SIDA (deux modes et au moins deux moyens de prévention) .

Concernant le risque de transmission mère/enfant du VIH / SIDA, 4 femmes sur 5 connaissent l'existence de ce risque . Par contre la connaissance des trois modes de transmission ne concerne que 44 % des femmes enquêtées et près d'une femme sur 12 ne connaît aucun mode de transmission .

Le taux de séroprévalence du VIH est le même et n'est pas élevé en Algérie ainsi qu'au Maroc et en Tunisie, mais la jeunesse de la population et la situation géographique en font un pays à risque. Les femmes qui au début de l'épidémie n'étaient touchées qu'une fois sur 4 ou sur 5 , sont aujourd'hui à égalité avec les hommes .

Tableau n° 72 : Répartition des cas de séropositifs selon le mode de contamination

	1985-2008		2008	
	Nbre	%	Nbre	%
Rapports Hétérosexuels	421	46,93	23	38,33
Rapports Homo et Bisexuels	38	4,23	3	5,00
Usage de drogue injectables	97	10,81	0	0
Sang et produits sanguin	50	5,57	0	0
Transmission Mère / enfant	20	2,23	2	0,33
Autres	2	0,22	0	0
Non préciser	269	29,99	32	53,33
Total	897	100	60	100

Source : MSPRH/DP, 2009.

Sachant malheureusement que le mode de transmission n'a pas été précisé dans 29,99 % des cas durant la période 1985-2008 et dans 53,33 % des cas durant l'année 2008.

Aujourd'hui le sida n'est plus réserver aux homosexuels ni aux trafiquants de drogue ; il a fait son entrée chez les femmes mariées , fidèles ..

Conclusion :

La santé de la femme est importante pour elle-même ,pour sa famille et pour les générations qui suivent. Les problèmes que rencontrent les femmes au cours de leur vie génésique les rendent parfois vulnérables en raison de combinaison de facteurs biologiques, sociaux , économiques et de genre.

Avec le recul de l'âge moyen au mariage due d'une partie à la scolarisation et aux conditions socio économiques, les jeunes adoptent de nouveaux comportements reproductifs et sexuels . La sexualité est vécu avant le mariage, malgré que dans les pays musulmans elle n'est reconnue qu'à l'intérieur du mariage. Les conditions socio économiques accentuent ces comportements.

Ce recul de l'âge moyen au mariage en particulier chez la femme a contribué la baisse de la fécondité en Algérie et au Maroc. On assiste à une baisse de la proportion des adolescentes non célibataires ayant des enfants. Par contre la proportion des mères célibataires âgées de moins de 19 ans est en augmentation en particulier dans les zones urbaines . Selon le résultat de l'enquête sur les enfants abandonnés et les mères célibataires réalisée par le CENEAP en 2005, 5000 enfants naissent hors mariage chaque année. 12,03 % de ces femmes sont âgées entre 16 et 20 ans et dont la majorité vivent dans des situations précaire (chômage , sans domicile, analphabètes,) (Article El Watan , 15 Octobre 2006). La situation est pareille au Maroc mais moins grave en Tunisie qui peut être expliquée par le recours à l'avortement en cas de grossesse illégitime puisque cette pratique est légale .

Ces naissances hors mariage sont en général des grossesses non désirées qui pouvaient être évité avec une pratique contraceptive qui reste en général faible et axée sur la pilule (pour l'Algérie et le Maroc seulement) malgré les mesures prises pour la promotion des méthodes de longue durée d'action tel que le dispositif intra utérin (DIU).

10,8 % des femmes algériennes qui sont mariées et en âge de procréer ont des besoins de planification familiale non satisfaits . Le Maroc et la Tunisie eux aussi enregistrent des proportions de 10 % et 12 % respectivement. La non accessibilité à des services de planification familiale de qualité acceptable et le manque d'informations sur les services disponibles restent les obstacles les plus fréquents devant une telle pratique.

Devant une grossesse non désirée , la femme particulièrement l'adolescente se trouve dans l'obligation d'avorter en particulier si cette grossesse est le fruit d'une relation illégitime , puisque la société algérienne et maghrébine ne reconnaissent la maternité dans le cadre du mariage.

les restrictions juridiques , religieuses et culturelles n'éliminent pas le recours à l'avortement . Les pratiques abortives sont soit traditionnelles et dangereuses , soit du ressort du secteur privé , ce qui est en général très coûteux. Elles constituent un

problème de santé suite aux risques de mortalité et de morbidité qu'elles entraînent. Toutefois le niveau de l'avortement et son importance restent, jusqu'à nos jours, mal connus étant donné le manque de données statistiques même en Tunisie où cette pratique est légale. Le résultat qui se dégage est la fréquence des avortements dans le milieu urbain qu'en milieu rural.

Partout dans le monde en développement, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer s'il existe une bonne infrastructure sanitaire, un grand nombre de ces décès peut être prévenu.

Le taux de mortalité maternelle a baissé. Cette baisse, au niveau national, de plus de 50% en l'espace de 10 ans, est liée à la fois à la réduction de la fécondité et à l'amélioration générale de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement que reflète l'augmentation du taux d'accouchement en milieu assisté (estimée à 96,2% en 2006 contre 76% en 1992).

L'âge moyen au décès est de 33 ans. La mortalité maternelle est plus fréquente chez les femmes âgées de 30 et 39 ans ce qui a été toujours observé. La majorité de ces femmes était au moment du décès sans profession.

Les principales causes de décès sont les hémorragies génitales (16,6%), les complications liées à une hypertension gravidique (14,4%), les septicémies puerpérales (14,1%), les cardiopathies (13,0%) et les dystocies (12,2%).

Les futures mamans meurent en nombre beaucoup plus important dans les structures de santé (80%) mais, il se trouve parmi elles celles qui aujourd'hui encore décèdent à domicile.

L'analyse de la consultation prénatale relative à la grossesse ayant conduit à la dernière naissance survenue au cours des cinq dernières années précédant l'enquête 2002, a permis de mettre en évidence les facteurs qui expliquent la probabilité de recourir aux soins prénatals. A ce niveau, l'instruction, le milieu de résidence et la parité furent les variables déterminantes.

En Algérie, la proportion des mères qui ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale pour leur dernière naissance vivante enregistre une augmentation passant ainsi de 58% à 89% entre 1992 et 2006. Le taux de consultation prénatale est plus élevé en milieu urbain (94%) qu'en milieu rural (87%), avec 77% chez les analphabètes contre 97% chez les femmes de niveau secondaire et plus. Mais avec des disparités spatiales, puisque près de la moitié des wilayas ont des taux en dessous de la moyenne nationale. La région centre est la région favorisée, elle enregistre les taux les plus élevés contre des taux plus faibles dans la région Est. C'est le secteur privé qui est le plus consulté avec 61,5% contre une proportion de 38% pour le secteur public ou parapublic.

En 2002, l'enquête révèle que 20 % des femmes n'ayant pas eu des consultations prénatales le motif de leur choix était le coût élevé des prestations et 12 % pour la non disponibilité des services cette dernière raison représente 17 % en milieu rural contre seulement 2,6 % en urbain.

Les accouchements en milieu assisté ont observé une augmentation de 19 % sur un intervalle de quatorze ans . Mais les disparités spatiales persistent toujours , malgré la baisse de l'écart entre l'urbain et le rural qui est passée de 10 points à 6 points de 1992 à 2002 . 80 % des naissances ont eu lieu dans un hôpital ou une maternité , près de 9 % ont eu lieu à domicile , 4 % en clinique privé et 6 % en polyclinique ou centre de santé. La région Centre conserve la primauté avec des proportions d'accouchement en milieu assisté qui avoisinent les 100 %, alors qu'au niveau du Sud du pays, le taux tombe en dessous du seuil de 50%.

la raison principale déclarée par les femmes qui ont choisi d'accoucher en dehors d'une structure de santé est la préférence de l'accouchement à domicile (56 %), mais cette proportion est tombée à 33 % en 2002. Parmi ces femmes qui n'ont pas accouché dans une structure de santé , 19 % ont invoqué l'indisponibilité des services (cette part s'élève à 25 % dans le rural) et 24 % déclarent que l'accouchement a été soudain ou prématuré .

la prévalence des consultations post natals est relativement faible , elle ne dépasse les 30% avec respectivement 33 et 24,7 % dans l'urbain et le rural. Parmi les femmes ayant accouché de leur dernier nouveau-né au cours des cinq années précédant l'enquête, une femme sur trois a bénéficié d'au moins une consultation dans les 3 mois qui ont suivi son accouchement. le privé est le secteur le plus consulté (55 %) contre seulement 43 % dans des structures publiques ou parapubliques .

La santé des enfants est un volet auquel les pouvoirs publics accordent un intérêt particulier que ce soit en termes de prévention, de suivi et de prise en charge de la morbidité infantile ou de lutte contre la pauvreté et les problèmes de malnutrition et leurs effets sur l'état de santé de la population en générale et des enfants en particulier.

Le taux de mortalité infantile a été estimé à 31,4‰. La probabilité de survie des filles de moins d'un an est supérieure à celles des garçons. Les enfants du milieu urbain ont par ailleurs plus de chance de survivre que ceux de la zone rurale. Il faut rappeler que ce taux a connu une baisse sensible par rapport à 1992 où les données de l'enquête sur la santé de la mère et de l'enfant l'estimaient à 44‰.

En effet, au cours de ces dernières années, deux éléments structurels comportent un risque de propagation de l'épidémie : il s'agit de l'environnement socio-économique favorisant l'émergence des comportements à risques notamment parmi les groupes en situation de vulnérabilité d'une part et de la position géographique de l'Algérie d'autre part, à l'interface de deux régions particulièrement touchées, l'Europe au nord et l'Afrique subsaharienne au sud (Rapport UNGASS Algérie 2008).

Les normes, les valeurs socioculturelles et la persistance de fausses croyances au sein de la population générale renforcent le sentiment d'être épargné. Ceci se traduit le plus souvent par une faible acceptation de l'utilisation du préservatif et un accès de la

position d'évitement, malgré l'exposition à des situations de risque d'infection par le VIH et les IST.

Cette situation se développe souvent au sein de la population dont les représentations socioculturelles passent parfois du tabou à la banalisation. Cela demeure une question tabou, comme tout ce qui entoure les problématiques liées à la sexualité, mais aussi questions banalisées car un grand nombre de personnes concernées n'en mesurent pas les conséquences immédiates. Dans ce contexte, sont apparus certains comportements tels que : le travail du sexe au niveau des grandes agglomérations du pays, la faible utilisation du préservatif et la méconnaissance de son utilisation comme moyen de protection, l'usage de plus en plus important de drogues injectables avec partage de matériel auquel il faut ajouter une consommation de plus en plus importante d'alcool qui diminuent les capacités en matière de prévention des IST/VIH/sida.

L'une des plus grandes difficultés de l'épidémie se trouve dans les profondes répercussions sur la vie des femmes, dénuées d'autonomie et de poids social, donc impuissante à refuser les comportements à risques ou à négocier les précautions les plus fondamentales contre cette maladie.

Vu les tendances sociales, démographiques et migratoires, le nombre de personnes exposées aux IST continue d'augmenter considérablement.

Conclusion Générale :

Depuis le programme d'action du Caire (1994), l'amélioration de la santé reproductive est devenue une condition importante pour le développement dans tous les pays du monde et les pays en développement en particulier.

L'Algérie a cumulé de réels progrès en matière de santé et de régulation de la fécondité. Mais malgré cela, la santé reproductive reste préoccupante en particulier avec la crise multidimensionnelle (économique, sociale et culturelle) que vivent la population, prise dans la tourmente de la mondialisation. Cette mondialisation est ainsi porteuse de nouvelles valeurs centrées sur l'individu et les libertés fondamentales de l'homme. Nos voisins maghrébins (le Maroc et la Tunisie) n'ont pas échappé à cette crise.

En général, la santé est fortement liée aux conditions économiques, sociales et culturelles que vivent les populations. Les facteurs de l'environnement économique, social et culturel déterminent le comportement reproductif et sexuel des femmes et des hommes.

Durant cette dernière décennie, le niveau de la croissance démographique a baissé suite à la baisse de la fécondité qui s'est amorcée au milieu des années 1970 passant de 39,5 pour_mille en 1985 à 24,4 pour_mille en 2009. Suite d'une part aux bouleversements économique (crise de logement, chômage, baisse du niveau de vie ...) qui ont engendré un recul de l'âge au mariage. D'une autre part, aux comportements de la femme algérienne vis-à-vis de la procréation, la contraception, l'instruction et l'activité ainsi que les programmes de lutte contre l'analphabétisme.

Dans le Maghreb d'aujourd'hui, le célibat est prolongé pour des raisons matérielles. Le mariage bien qu'il continue d'être la norme et l'idéal, est de plus en plus inaccessible, les jeunes n'arrivent plus à trouver ni emploi ni logement. Dans une telle situation, de nouveaux comportements se développent suite au recul de l'âge au mariage et un faible contrôle de la famille qui varie selon les situations socio économiques et culturelles et qui interviennent dans le processus décision conduisant à des pratiques à haut risques.

L'âge moyen au mariage a connu une augmentation chez les deux sexes mais de façon plus importante pour le sexe féminin . Ce recul a déplacé le calendrier de la fécondité vers les âges les plus élevés ce qui implique le réajustement des programmes de santé reproductive.

La sexualité hors le mariage s'intensifie tandis que les normes sociales ne le reconnaissent pas ou refusent de le reconnaître, les programmes de prévention des IST et des grossesses non désirées n'ont pas le succès attendus, l'avortement illégal et l'abandon des nouveaux nés ou l'infanticide sont en net accroissement et deviennent parfois la seule solution pour échapper à une maternité non acceptée par une société dont les rapports sexuels sont légitimés dans le seul cadre du mariage.

L'Algérie a connu une progression importante de l'utilisation de la contraception . Mai elle reste toujours insatisfaisante et limitée essentiellement à la contraception orale (pilule 77,7 %) suivi par l'allaitement (7,8 %) et le stérilet (7,1 %). Par ailleurs des disparités sont enregistrées au niveau des régions sanitaires en ce qui concerne l'utilisation contraceptive.

Durant les deux dernières décennies une baisse importante a marqué la mortalité infantile. Le taux de mortalité infantile est passé de 100 ‰ en 1981 à 53,81 ‰ en 1999. Mais suite aux conditions de grossesse , d'accouchement et aux problèmes congénitaux qui influencent la mortalité néo-natale ce taux a stagné à partir de 1990.

Le taux d'accroissement a baissé suite à la baisse de la fécondité qui enregistre un taux de 20,2 ‰ en 1999 liées aux changements économiques qui ont engendré un recul de l'âge moyen au mariage (29,47 ans en 1998) et l'activité ainsi que l'instruction de la femme.

Le taux de mortalité maternelle a baissé par rapport à celui enregistré en 1999. Mais de grandes disparités entre les régions sanitaires. La situation est alarmante dans les régions du Sud. Ce dernier enregistre les taux les plus élevé . L'Algérie enregistre un taux intermédiaire par rapport à ces deux voisines . Le taux le plus élevé revient au Maroc , avec de grandes disparités entre l'urbain et le rural.

Les futures mamans meurent en nombre beaucoup plus important dans les structures de santé (80 %) mais, il se trouve parmi elles celles qui aujourd'hui encore décèdent à domicile. Hormis la capitale et 10 autres grandes centres urbains , les autres wilayas du pays enregistrent de tels cas de mortalité maternelle (un taux de décès à domicile de 20%).

Dans la majorité, le décès est survenu après l'accouchement. 63 % des femmes décédées n'avaient fait aucun suivi par un obstétricien durant leur grossesse. En évoquant la mortalité maternelle en structure de santé, on constate que 48 % des ces femmes ont été évacuées vers les hôpitaux des grands centres hospitalo-universitaires et les hôpitaux à cause de l'indisponibilité de spécialistes ou de maternités.

En conclusion il est à retenir en matière de santé reproductive et sexuelle que :

Sous l'effet de la modernisation , du progrès en matière santé et d'un certain développement socio économique , les mentalités ont beaucoup évolué et on assiste notamment à une valorisation croissante de la scolarisation aussi bien des filles que des garçons et à une amélioration du statut de la femme bien que des progrès restent à accomplir dans ce domaine .

Le Maghreb comme plusieurs d'autres pays en développement connaît des changements dans les comportements reproductifs et sexuels qui sont influencés

en général par la modernisation et les changements socio – culturels et économiques qui parfois plus marqué dans les milieux urbains qu'en milieu rural.

Les changements observés dans les comportements donnent à penser que l'une des conséquences de la modernisation et l'urbanisation sur les femmes pourrait être l'introduction de nouvelles perceptions de la réalité sociale , ce qui donnerait lieu à de nouveaux types de comportements .

De telle situation révèle l'importance d'identifier de nouvelles stratégies en matière d'information, éducation et communication (IEC) pour prévenir les grossesses non désirées , considérées comme besoin non satisfait en matière de planification familiale afin d'éliminer le recours à l'avortement .

BIBLIOGRAPHIE

- ADJAMAGBO A., MSELLATI P. et VIMARD P. (2007); Santé de la Reproduction et Fécondité dans les pays du Sud; Ed. Academia- Bruylant; Louvain la neuve; Belgique; 609 p..
- AJZEN I. et FISCHBEIN M. (2005); The influence of attitudes on behavior; in Albaracin D. et al., (dir); The handbook of attitudes; Mahwah, N.J: Erlbaum; pp. 173-222.
- AMIR M. (1986); Contribution à l'étude de l'histoire de la santé en Algérie; Edition O.P.U.; Alger; 319 p.
- ANTOINE P. (2002), Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine en Afrique, IRD, p. 25, Dakar.
- Armelle Andro et Desgrees Du Lou A. (2009); La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés; in : Autrepart; n° 52; p. 3-12.
- Association Internationale des Démographes de Langue Française (ADELF) (1986); les familles d'aujourd'hui – démographie et évolution récente des comportements familiaux; in : Colloque de Genève 17-20 septembre 1984 n°2; Ed. ADELFF; Paris; Pages 560.
- ATTOUT N., CHERAB T. et KELKOUL M. (1999), Femme, emploi et fécondité en Algérie, CENEAP, p. 69, Algérie.
- ATTOUT N. et R.BENKHELIL (1999); l'espacement des naissances : causes de refus ou d'abandons de la contraception; Algérie, Ed. CENEAP et FNUAP, pages 79.
- AVDEEV A. (2009), Les avortements provoqués et la contraception en Russie: la statistique publique et la statistique privée; in : Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action; Chaire Quételet 2004; de pp. 405-421; Louvain-la-neuve; Belgique.
- BAHRI A. (1999); la transition démographique dans les pays du Sud; in 3^{ème} Conférence Africaine de la Population : la population africaine au 21^{ème} siècle du 6 au 10 décembre 1999 Durban; article pages du 481 au 500; Afrique du Sud; pages 712.
- BANDURA A. (1989); perceived self – efficacy in the exercise of control over AIDS infection; in Mays V. et al., (dir), Primary prevention of AIDS: Psychological approaches, Newbury Park, CA: Sage, pp 128-141.
- Barbara SHANE et Kate CHALKLEY (Septembre 1998); De la recherche à l'action : Comment la recherche opérationnelle améliore les services de santé en matière de reproduction; Ed. PRB; Pages 44; Washington – Etats Unies.
- Bénédicte Gastineau et Jean Christian Razafiarison (Mars 2005); Drame secret et tu : une femme avorte toute les 6 minutes; Bulletin d'information sur la population de Madagascar; n° 3; p. 6; IRD.
- BONNET D. et PAICHELER G. (Sept 2004); Genre et santé; in revue : sciences sociales et santé, vol. 22, n° 3, Edt. John Libbey Eurotext, p. 156, Paris.

- BOUHDIBA A.(1985) ; La sexualité en Islam ; Ed. PUF ; p. 320 ; France.
- Bouma Fernand BATIONO (1993) ; Soins de Santé maternelle et infantile et comportements socio-thérapeutiques des Lyela dans la province du Sanguie ; thèse de doctorat en sociologie : université de sciences et technologies de Lille ; lille ; pages 403 ; Lille.
- BOUYER J., BREART G., DELCOUR M., DARMONT S., HOULLEMARE L., PAPIERNIK E. et PECHEVIS M. (1989) ; Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement pour un programme d'action ; Ed. CIE / INSERM ; Paris ; 239 p.
- BOZON M. (2003), A quel âge les femmes et les hommes commencent ils leur vie sexuelle ? comparaisons mondiales et évolutions récentes, in Population et sociétés , n° 391, Juin 2003, .
- Brenda SPENCER (1999) ; La femme sans sexualité et l'homme irresponsable ; actes de la recherche en sciences sociales, année 1999, Volume 128, n° 1, p. 29-33, Persée , France.
- BRISSET C. (1984) ; La santé dans le tiers monde ; Paris ; Edition la découverte / monde ; 252 p.
- BROOKS M. (2007) ; Environmental risk factors and risky sexual behavior ; in :
- CALDWELL J.C. and al. (1993); African families and AIDS: context, relations and potential interventions ; In Health Transition Review, sup. To vol. 3, Sexual Networking and HIV/AIDS in West Africa, pp. 1-16.
- Calvès Anne E. (2009) ; Décision d'avorter et déterminants des avortements clandestins chez le jeunes de Yaoundé ; in : Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action ; Chaire Quételet 2004 ; de pp. 439-456 ; Louvain-la-neuve ; Belgique.
- CHAUVIERE M., M.SASSIER, B.BOUQUET, R.ALLARD et B.RIBES (2000) ; les implicites de la politique familiale : approches historiques , juridiques et politiques ; Ed. DUNOD, Paris, Pages 291.
- Cécile LEFEVE et Alexandra FILHOU (2005) ; histoires de familles –histoires familiales- résultats de l'enquête famille de 1999 ; in : Les cahiers de l'INED n° 156 ; Ed. INED ; Paris ; Pages 641.
- Center for Reproductive Rights ONU (May 2008); The world'S Abortion laws, New York.
- Centre d'études et du recherches démographiques Royaume du Maroc et Ministère de la Prévision économique et du Plan (1998) ; Etude démographique :Santé de la reproduction au Maroc :Facteurs démographiques et socio-culturels , Rabat, Ed. CERED, Pages 338.
- Centre de développement de l'OCDE (Mars 2006) ; Base de données Egalité homme-femme, Institutions et Développement ; in Repères n° 16 ; Paris ; France ;(fiche retirée de : www.oecd.org/dev/reperes; 2pages .
- Centre International de l'Enfance (CIE) (1989) ; Sexualité et santé des adolescents in : l'enfant en milieu tropical , n° 180 , Paris , France.

- CEPED (1999) ; la santé des mères en Algérie et au Liban , in la chronique du CEPED, Avril-juin 1999, n°33, Paris.
- CEPED (Nov. 2006) ; Améliorer la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar », in La chronique CEPED , n° 52, p. 4, France.
- CEPED (Mai 2005) ; SEXUALITE ET PROCREATION AUX RISQUES DU SIDA : Permanences et adaptations dans les pays fortement touchés par l'épidémie ; in La chronique CEPED , n° 49, p. 4, France.
- CEPED , Familles au Nord , familles au Sud , in La chronique , n° 46, Paris.
- CICRED (1997) ; Actes du Séminaire : Femmes et familles : l'évolution du statut des femmes comme facteur et conséquence de changements dans les dynamiques familiales, du 24 au 26 février 1997, p. 458, Paris .
- CIM, (1995) ; Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ; Genève – OMS ; Volume 2.
- Christine OUEDRAOGO avec la collaboration Abdoulaye OUEDRAOGO, (Septembre 1997) ; Enquête qualitative de base sur les opinions en matière de reproduction :Rapport scientifique ; Laboratoire de santé communautaire (LSC). Ouagadougou : Direction de la santé de la famille : Unité d'enseignement et de recherche en démographie ; in Population Council, 1997 - 1 vol. (73 p. - VI) ; 10 pages.
- CHOUGRANI S., DES FORTS J.(1981) ; Etude de quelques paramètres concernant l'attitude des femmes vis-à-vis de la contraception en milieu urbain Algérien ; 30 p.
- Clémentine Rossier (2009) ; Quantifier les avortements clandestins : un état de la recherche ; in Chaire Quételet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action , pp. 383-403, Louvain la neuve , Belgique.
- Collectif IVP (Automne 2008) ; Avorter (histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui », Grenoble, Edition Tahin party , Lyon.
- Colloque jeunes chercheurs CERPOS –Université Paris X Nanterre, 11-12 Janvier 2000, Ed . INED/CEPROS, Paris.
- Congrès et colloques « conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement, New York ; Août 1988 » ; édité par G.TAPINOS, D.BLANCHET et D.E HORLACHER ; Actes du groupe d'experts de l'INED et de la division de la population des nations Unies, édit INED ; 1991 ;France ; pages 367.
- Congrès et colloques n° 13 – Politique de développement et croissance démographique rapide en Afrique», in : Actes de la conférence internationale – développement et croissance rapide ; regard sur l'avenir de l'Afrique ; Paris le 2-6 Septembre 1991 INED et CEPED », Ed. PUF, Paris, pages 314.
- CORDELLIER , DIDOT, (1999) ; L'état du monde , annuaire économique et géographique mondial ; Ed. la découverte et syros ; Paris ; 650 p.
- Coubage Y., Sur les pas de l'Europe du Sud : la fécondité au Maghreb (Polycopier), Paris.

- C.VAREA et C.BERNIS (1997); Conception , naissance et petite enfance au Maghreb; Comportements reproductifs et santé materno-infantile dans le Maroc rural :le rythme du changement; Institut de recherche et d'étude sur le monde arabe et musulman (CNRS) université d'Aix – Marseille .
- David Agrimes, Janie Benson, Susheela Singh,... (Octobre 2006); Unsafe abortion : the preventable pandemic ; World health organization , sexual and reproductive health 4 ; in Journal the lancet; Genève; 13 pages.
- DE BEL AIR F. (2008), Mariage tardif et célibat au Moyen Orient : quels enjeux?, p. 32, In : Les métamorphoses du mariage au moyen orient , Drieskens, Barara (Ed), pp 119-151.
- DELAUNAY V. et al. (2001) ; Sexualité des adolescentes : tendances récentes en milieu rural Sénégalais, Les Dossiers du CEPED N°65, Paris, 42p.
- DELAUNAY V. (2005) ; Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature, [en ligne], 31p. <http://www.up.univ-mrs.fr/>
- DE LOENZIEN M. (2002), Population et santé , in : Le monde en développement: Démographie et enjeux socio économiques , la documentation Française, p. 222. , pp. 16.
- Département des affaires économiques et sociales : Division de la Population, 2002, « Droits et santé en matière de procréation, eu égard en particulier au VIH/sida », New York -Nations Unies, Pages 122.
- DESFORTS J. (1982) ; Etude de quelques paramètres concernant les accouchements à domicile : Facteurs de risques; Algérie; Pro-Manuscripto ; 19 p.
- DESFORTS J.(1986) ; Projet de recherche mortalité maternelle en Algérie ; Oran; Ed. INESSM ; 65 p.
- DES FORTS J. (1987) ; Femmes, familles et société en Algérie ; Ed. L.A.R.P.A.D ; 24 p.
- DES FORTS J.(1988) ; Résultats de l'enquête préliminaire sur la mortalité maternelle réalisée durant le mois d'octobre 1987 dans la wilaya d'oran ; 93 p.
- DESGREE DU LOU A. (1998); santé de la reproduction et sida en Afrique Subsaharienne : enjeux et défis; in Revue Population n° 4 : juillet-Aout 53^{ème} année ; Ed..INED ; article de page 701 au 730 ; Paris.
- DESGREES DU LOU A., MSellati P., Viho I. et Welfens-Ekra C. (1999); Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? ; Population ; INED ; vol. 54 ; n° 3, pp. 427-446.
- DESGREE DU LOU A et ; VIMARD P. (Juillet et Septembre 2000), De la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne ; in Revue : Afrique contemporaine « la santé en Afrique anciens et nouveaux défis », n° 195 Spécial, article de la page 116 au 135.

- DESGREE DU LOU A; la démographie , une discipline de santé publique ? ; Thèse pour habilitation à diriger des recherches soutenue le 05/02/2009, Ecole doctorale de sciences humaines et sociales université Paris Descartes.
- Donatieu Beguy et Fofo Ametepe ;utilisation de la contraception et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances ? ; p. 16 ;France .
- Doris BONNET et Agnès GUILLAUME (Novembre 1999) ;La santé de la reproduction concept et acteurs ; in document de recherche de l'IRD n° 8 ; paris,
- DUMONT G.-F. (2001) ; Les populations du monde ; Ed. Armand Colin ; Paris ; 288 p.
- Emile PAPIERNIK (Mai 2008) ; la maternité progrès et promesses ; Ed. Odile Jacob, Paris, Pages 317.
- EVINA A. (1990) ; Infécondité et sous fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun, Les cahiers de l'IFORD N°1, IFORD/Yaoundé,
- Farzaneh Roudi –Fahimi et Mary Mederios Kent (Juin 2007); Challenges and Opportunities – the population of the Middle East and North Africa , in BRP, Bulletin de Population , Vol. 62, N° 2 .
- Fatima ABADLIA (2002) ; QU'EN EST-IL DES ENFANTS ILLEGITIMES EN ALGERIE: CAS DE LA WILAYA DE BOUMERDES ; in colloque International de Dakar , Sénégal , vol. 2, Paris , pp. 1-6, IRD.
- Fatima Zohra Oufriha (2002) ; Crise –Pas et santé des enfants en Algérie ; in colloque International de Dakar , Sénégal , vol. 2, Paris, pp. 149-160, IRD.
- Fatima Bakass, Aziz Chaker et Abdesselam Fazouane (2009) ;L'avortement au Maroc : Essai de mesure et recherche des déterminants ; in: Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action , Chaire Quételet 2004, de pp. 457-476, Louvain- la- neuve , Belgique.
- Fatima Zohra Oufriha (2002) ;Système de Santé et population en Algérie ; Ed. ANEP, Algérie, pages 344.
- FNUAP (Juin 1996) ; Rôle des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et compris la planification et la santé en matière de sexualité ; in Rapport technique n° 28, New York, Ed. FNUAP, pages 110.
- Fransisco Munoz-Perez (1977) ; L'avortement provoqué légal dans le monde ;, in Population, vol . 32, n°1, pp. 175-184, Persée.
- Gastineau B. (2005), Les modes de controle de la fécondité en Tunisie, in : conférence sur : la régulation de la fécondité en Afrique, 10-14 Octobre , p. 24.
- GASTINEAU B. , Offre de soins , recours aux soins et santé des femmes en Tunisie (polycopier) , p. 10 , Paris.
- Gautier A.; de la planification familiale à la santé reproductive : l'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire » ; p. 19, France .

- GAUTIER A.; Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction ; IRD ; p. 11 ; Paris ;France.
- GAUTIERN A. (Octobre 2005) ; les politiques de planification familiale : de plus en plus fréquentes , mais toujours contestées ; in La lettre du LPDE ; n° 6 ; IRD ; France.
- Gilda Sedgh, Stanley Henshaw, Susheela Singh, Elisabeth Åhman, Iqbal H Shah (2007); Induced abortion: estimated rates and trends worldwide; Lancet Vol. 370 October 13, 2007; pp.1338–1345; Guttmacher Institute,New York, USA.
- Gilles Pison (Septembre 2004) ; Moins de naissances mais un garçon à tout prix : l'avortement sélectif des filles en Asie ; in Population et Sociétés, n° 404.
- GHADA H. (Novembre 2002) ; de plus en plus pauvres ; in Journal le matin du 18 novembre 2002.
- Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH (2000) ; Démographie : analyse et synthèse I la dynamique des population ; Ed. INED, Paris, pages 550.
- Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, (2004) ; Démographie : Analyse et synthèse VI : Population et société » Ed. INED, Paris, pages 582.
- Groupe d'intérêt scientifique INED-IRD-PARIS 1-PARIS 5- PARIS X (Mai 2006) ; LE DÉFICIT DE FEMMES EN ASIE : TENDANCES ET PERSPECTIVES ; Numéro 51.
- Guillaume A. et Lerner S. (Décembre 2007), L'avortement en Amérique latine et dans la Caraïbe ; in : « la chronique » ; CEPED ; n° 55-Fr ; France.
- GUILLAUME A. (2000) ; l'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problèmes de santé publique ; Chronique du CEPED ; n° 37 ; p.4.
- GUILLAUME A. (2000) ; Contraception et avortement : deux modes de régulation de la fécondité à Abidjan (cote d'ivoire) ; C.E.P.E.D./ I.R.D., 11p.
- Guillaume A. (2003) ; le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 ; Population ;vol. 58 ; n° 6 ; INED ; pp. 741-771 ; Paris.
- Guillaume A. (2003) ; l'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours ; avec la collaboration de Molmy W., Paris, CEPED . (document électronique)
- GUILLAUME A. (2005) ; Avortement ; in : sciences au Sud (IRD) ; n° 31 - août/octobre 2005 bimestriel.
- GUILLAUME A. (2009) ; L'avortement provoqué en Afrique :un problème mal connu, lourd de conséquences ; in Chaire Quételet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action ; pp. 357-381, Louvain la neuve ; Belgique.

- Guillaume A. et Lerner S. (2009) ; Les hommes face à l'avortement en Amérique latine ; in Autrepart n° 52 ; pp. 65-80 ; France.
- KOUAOUICI A. (1992), Familles, femmes et contraception , p. 279, CENEAP et FNUAP, Alger .
- Kouaouici A. (8-12 décembre 1996) ; Fenèse de la politique de population en Algérie 1962-1979 ; in : Congrès Régional Arabe de Population : Union Internationale pour l'étude scientifique de la population, volume 2 Caire, Ed. Belgique (UIESP) ; CDC Presse ; Article de la page 408 au 441 ; Pages 553.
- KOUAOUICI A. (1999) , Espacement des naissances , politique de population et fécondité en Algérie , p.28,
- HACHEM A. (2003) ; La situation récente de la mortalité maternelle en Algérie, Thèse de magistère, Université d'Oran – Département de Démographie .
- HAMOUCHE A., MAHMOUDI A. (1984) ; L'accouchement aujourd'hui ; Ed. Moderne ; 127 p.
- HAMZA B., GHAMAKH N., HEDDI M'HENNI (1976) ; La santé mère-enfant ; Edition Maison tunisienne.
- HEMAL A. et HAFFAD T. (1999), la transition de la fécondité et politique de population en Algérie , In revue des sciences humaines , n° 12, pp. 63-73, Université de Constantine .
- Hervé le Bras (1998) ; Maitrise de la fécondité et démographie : une esquisse historique ; in XXIVe Colloque du syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile : Planification familiale et promotion de la santé 27-28 Novembre 1998 , de la page 21 à 62, Paris, pages 144,
- IBRAHIMA (1999) ; les déterminants de la sexualité , de la nuptialité et de la maternité précoces chez les adolescents au Niger , Mémoire DESSD/IFORD.
- INED (2007) ; L'âge aux premières règles (fiche pédagogique), Paris.
- INED (Novembre 2007) ; L'Avortement dans le monde (fiche pédagogique) , France.
- INSP (1998) ; Système national de santé – Eléments de réflexion ; Alger ; Ed. ANDS ; 113 p.
- INED (2000), Maghreb : chute irrésistible de la fécondité, in Population et Sociétés , n° 359 , Juillet Aout 2000, Paris.
- INED (2009) , Maghreb , Maroc , Marrakech : Convergences démographiques , contrastes socio- économiques , in : Populations et sociétés , n° 459, Septembre 2009 , Paris.

- INED (2010), Le recul de la mortalité des enfants dans le monde : de grandes inégalités entre pays, in : Population et sociétés, n° 463, Paris.
- INSEE (Février 1995) ; Les femmes ; Collections contours et caractères , paris, 217 pages.
- Institut Française des relations internationales (I.F.R.I.) (2007) ; RAMSES –Rapport annuel mondial sur le système économique et les stratégies ; Sous la direction de Thierry DE MONTBRIAL et Philippe MOREAU DEFARGES, Ed. DUNOD, Paris, Pages 383.
- Institut Supérieur de l'information et de la communication et Centre de recherches , des études en information et des sondages d'opinion (2000) ; Impact des medias sur les comportements des familles marocaines en matière de santé reproductive , du genre et du développement durable ; Maroc, Ed. INSC.
- International Consortium for Médical Abortion (ICMA) (2002) ; Ce que les décideurs peuvent faire ; in <http://www.medicalabortionconsortium.com>.
- International women health Coalition (Janvier 2008); L'Accès à l'Avortement Sans Risques est un Droit Humain; New York.
- INSP (1998) ; Système national de santé – Eléments de reflexion ; Alger ; Ed. ANDS ; 113 p.
- IPPF, Bulletin Médical de l'IPPF, volumen 42, N° 1, Mars 2008, London
- IPPF, Bulletin Médical de l'IPPF, volumen 42, N° 2, Juin 2008, London
- IPPF, Bulletin Médical de l'IPPF, volumen 42, N° 4, Décembre 2008, London
- Jacqueline LAUFER, Catherine MARRY, Margaret MARUANI (2003) ; le travail du genre : les sciences sociales du travail à l'épreuve des différences de sexe », Ed. La découverte /MAGE , Paris, pages 362.
- Jean Claude CHASTELAND et Jean Claude CHESNAIS (1997) ; la population du monde enjeux et problèmes ; in Cahiers Travaux et documents de l'INED n° 139, Ed. PUF, Paris, pages 630.
- Jean Claude CHASTELAND et Jean Claude CHESNAIS (2002) ; la population du monde : géants démographiques et défis internationaux ; in cahiers de l'INED n° 149 , Paris, pages 768.
- Jean Claude CHASTELAND et Louis ROUSSEL (1997) ; les contours de la démographie au seuil du XXI eme siècle, cinquantième de l'INED 1945-1995 ; Ed. PUF, pages 434 .
- Jean KELLERHALS et Christian LALIVE D' EPINAY (1982) ; Université de Genève : Département de sociologie, « actes du colloque de Genève : Inégalités – différences – contribution à l'analyse des stratifications», Ed. Peter Lang, Berne – Francfort/ M, R.F.A., pages 363.

- Jean-Pierre POUSSOU et Isabelle ROBIN-ROMERO (dir) (2007) ; Histoire des familles de la démographie et des comportements en hommage à Jean –Pierre BARKET ; Ed. PUPS, Paris, pages 1080.
- Joseph E.POTTER (1991) ; croissance démographique rapide , état de santé et qualité des soins dans les pays en développement ; article de page 209 au 231, in : 5eme Congrès et colloques – Conséquences de la croissance démographique rapide dans les Pays en développement New York Août 1988, Ed. INED et Division de la population des Nations Unies, New York, Pages 367.
- Joseph ALFRED GRINBLAT (2008); l'évolution de la fécondité dans le monde depuis 1965 et ses conséquences ; Mondes en développement ; Population et développement tome 36 année 2008/2 ; n° 142 ; Ed. DE BOECK ; Bruxelles ; pages 144 .
- Journal du Soir d'Algérie , 10/10/2006, p. 5, « 11 % des ménages algériens sont pauvres ».
- Kamel KATEB (2005) ; Ecole, population et société en Algérie ; Ed Harmattan, Paris, pages 236.
- Kamel Kattab (2006) ; Bibliographie critique : Rupture et continuité démographiques dans Les pays en développement ; in Revue de Population volume 61 n° 5-6 , Ed. INED, Paris, 150 pages.
- Karen HARDEE, Kokila AGARWAL, Nancy LUKE, Ellen WILSON, Margaret PENDZICH, Marguerite FARRELL et Harry CROSS (September 1998) ; Politiques et programmes de santé de santé reproductive après le Caire : étude comparative de Huit pays», in the Policy Occasional Papers, Washington , pages 59.
- Khadija MOHSEN FINAN (2008) ; l'image de la femme au Maghreb ; Actes Sud, Barzakh, Pages 121.
- LAKHAL M. (1992) ; Algérie de l'indépendance à l'état d'urgence ; Ed.L'harmattan ; Paris ; 286.p.
- Laura Raney , Stephanie Joyce et John W . Townsend (Sep. 2003) ; l'amélioration de la qualité de la santé reproductive : à quel prix ? » ; in : nouvelles perspectives sur la qualité des soins , n° 5, PRB , p. 8, Washington.
- Laure BERENI, Sébastien CHAUVIN, Alexandre JAUNAIT et Anne REVILLARD (2008) ; Introduction aux gender studies ; Edition De Boeck, Bruxelles , pages 247.
- l'Avortement, Mouvement Français Pour Le Planning Familial (le 30 novembre 2007) ; L'avortement à l'étranger :Le droit au libre choix doit se conjuguer à l'européenne !; Paris .
- LECLERC A., FASSIN D. , GRANDJEAN H., KAMINSKI M. et LANG T. (2000) ; Les inégalités sociales de santé ; Ed. La découverte ; Paris ; 448 p.
- Leila Hessini (2005); Global Progress in Abortion Advocacy and Policy:An Assessment of the Decade since ICPD; in : Reproductive Health Matters, pp. 88 – 100, USA.

- LETEURTRE E. et PATRELLE I. (1996) ; La qualité hospitalière ; Ed. Berger-Levrault ; Paris ; 304 p.
- Letaief M., Bachir A., Belghith Z, Ben salem K. et Soltani MS (2001) ; Aspects épidémiologiques de l'interruption volontaire de grossesse à Monastir », in : Arch Public Health , pp. 101-110, Tunisie .
- LEULMI A. ; Transition épidémiologique, transition démographique et modes de vies en Algérie ; (Polycopier), 26 p.
- LIBOKO N (2001) ; Facteurs explicatifs des comportements sexuels des femmes en Afrique subsaharienne, Mémoire DESSD/ IFORD .
- LIGUES DES ETATS ARABES, M.S.P., O.N.S. (1997) ; Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant – Rapport préliminaire –
- Lorena PARINI (2006) ; le système de genre : introduction aux concepts et théories ; Edition Seismo, Zurich, pages 129.(ustl1 FA 0629).
- Lori S.Ashford (2008) ; Que s'est il passé au Caire ? Promesse et réalité de la CIPD ; PRB, p. 4, Washington.
- Malika BENRADI (Juin 2001) ; la santé reproductive des mères célibataires :le cas des mères adolescentes (a propos d'une enquête réalisé à Rabat Maroc) ; in XXIV Congres général de la population Salvador 18 – 24 Aout 2001), 14 pages.
- Marie-Josophe SAUREL-CUBIZOLLES, Béatrice BLONDEL (1996) ; « La santé des femmes ; Ed. Médecine-sciences Flammarion, Paris, pages 386.
- MANCIAUX M., DES CHAMPS J.P. (1978) ; Santé de la mère et de l'enfant ; Edition Flammarion médecine sciences.
- MAZOUZ M. et TABUTIN D. (1991) ; Etude d'expérience typique et d'expérience africaine – cas de l'Algérie 1989 – 1990 ; Université de LOUVAIN.
- Michel BOZON (2003) ; A quel âge les femmes et les hommes commencent – ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiale et évolutions récentes ,in : Population et sociétés , n° 391, Juin 2003, INED , Paris.
- Michel BOZON et Thèrese LOCOH (2000) ; Rapports de genre et questions de population ; INED, Paris , France.
- Michel DUPAQUIER (Mars 2001) ; Démographie », Ed. PUF, Paris, Pages 241.
- Michel LOUIS LEVY (1997) ; Déchiffrer la démographie ; Ed. SYROS, Paris, pages 207.
- Ministère de la santé de la population et de réforme hospitalière et Organisation Internationale pour les Migrations (Décembre 2003) ; Mobilités internationales et VIH/SIDA en Algérie : Approche exploratoire de type Ethno- sociologique (Rapport final), Algérie, pages 93.

- Ministère de la Santé du Maroc (Septembre 2004) ; Rapport préliminaire de l'enquête sur la population et la santé familiale EPSF 2003-2004 (Projet PAFAM)», Maroc, pages 222.
- Ministère de la santé en Algérie et Institut National de Santé Publique (2001) ; Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie :Santé de la mère et de l'enfant (EDG Algérie 2000), Alger , Ed. ANDS, pages 188.
- Ministère de la santé et de la population – direction de la prévention (1996) ; Enquête Nationale sur les objectifs de la mi-décennie : santé de la mère et de l'enfant (MDG Algérie 1995), Ed. FNUAP, OMS et UNICEF, Alger, pages 139.
- Ministère de la santé et de la population – direction de la prévention (2001) ; les programmes de santé maternelle et infantile : Evaluation , Algérie , pages 76.
- MSPRH (2003), Population et développement en Algérie : CIPD + 10 (Rapport national) , Ed. ANDS.
- Ministère de la santé et de la population et Institut national de santé publique (Novembre 2007) ; Projet TAHINA enquête sur : transition épidémiologique et système de santé », Alger, Manuscrit.
- Ministère de la santé et de la population (Octobre 2001) ; Politique nationale de population à l'horizon 2010 (synthèse) ; Alger, Ed. ANDS , pages 16.
- Ministère de la santé et de la réforme hospitalière et Office national des statistiques (Juin 2007) ; Suivie de la situation des enfants et des femmes : résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples (MICS 3 Algérie 2006) Rapport préliminaire », Alger.
- Ministère du travail et de la participation et Ministère de la famille et de la condition féminine (1981) ; Actes du colloque national sur la démographie française 23,24 et 25 juin 1980 ; in : Travaux et documents cahier n° 92 ; Ed. INED/ PUF, Paris, pages 212.
- Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité ; 34 eme rapport présenté au parlement :l'évolution démographique de la France et des pays développés données 2004-2006 ; Ed. INED et INSEE, Paris.
- Ministère de la santé (1989) ; Enquête nationale sur la morbidité et la mortalité infantile en algérie 1985 -1989; Alger ; Ed ONAT ; 288 p.
- Ministère de la santé (2002) ; Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant ; Alger ; Ed ONS; 256 p.
- Ministère de la Santé Publique Tunisie , Office National de la Famille et de la Population :Direction de la Population (Octobre 1989) ; Enquête de Santé en Tunisie 1988», Ed. Columbia : Institute four ressource développement/ Macro Systems , Pages 24.
- MSP/DP (1996) ; Statistiques sanitaires année 1995 ; Alger ; 340 p.
- M.S.P. (1997) ; Politique nationale de la prévention ; Edition ANDS ; Algérie ; 96p.
- M.S.P. (1997) ; Politique nationale de population ; Edition ANDS ; Algérie ;35 p.

- MSP (1997) ; Politique nationale de la prévention ; Alger ; Ed. ANDS ; 99 p.
- MSP (1997) ; Politique nationale de la population ; Alger ; Ed. ANDS ; 37 p.
- MSP/ DP (1998) ; Statistiques sanitaires année 1997 ; Alger ; Ed. ANDS ; p 379
- MSP/ DP (2007) ; Statistiques sanitaires année 2006 ; Alger ; Ed. ANDS ; p 379
- MSP (1998) ; Conclusions et recommandations des assises régionales de la santé ; Ed. ANDS ; Alger ; 85 p.
- MSP / DP (1999) ; Statistiques sanitaires année 1998 – Synthèse – Alger ; Ed. ANDS ; 54 p.
- MSP/ DP (1999) ; Statistiques sanitaires année 1998 ; Alger ; Ed. ANDS .
- MSP/ DP (2000) ; Statistiques sanitaires année 1999 ; Alger ; Ed. ANDS
- MSP / DP (2001) ; Politique national de population à l’horizon 2010 – Synthèse – ; Pro-Manuscripto ; Alger ; 16 p.
- MSP/INSP (2001) ; Rapport préliminaire - Enquête mortalité maternelle année 1999 ; Ed. ANDS ; Alger ; 183 p.
- MSP/D POP (2001) ; fondements législatifs , réglementaires et techniques de la politique nationale de population ; Alger ; 39 p.
- MSPRH (2003), Mobilités internationales et VIH/SIDA en Algérie”, p. 93
- MSPRH, ONS et LEA (2007), Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002: Etudes approfondies, Juin 2007, Algérie.
- MSPRH (2009), Plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2008-2012, p. 75 , Algérie.
- MSP/ ONFP (2008), Enquête sur la santé et le bien être de la mère et l’enfant MICS 3 Tunisie , p. 110.
- MSP/INSP (2001) ; Rapport préliminaire - Enquête mortalité maternelle année 1999 ; Ed. ANDS ; Alger ; 183 p.
- MSP/D POP (2001) ; fondements législatifs , réglementaires et techniques de la politique nationale de population ; Alger ; 39 p.
- MOKHTARI L. (31 septembre 2004) ; Situation épidémiologique du VIH/Sida en Algérie » ; in journée mondiale de lute contre le VIH/SIDA : plan algérien de lutte contre les IST/SIDA subventionné par le GLOBAL FUND.
- Myriam DE LOENZIEN et Simon –David YANA (2006) ; les approches qualitatives dans les études de la population ; Ed. des archives contemporaines, Montréal, pages 455.
- NATIONS UNIES (1994) ; Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement 5 – 13 Septembre 1994 ; Caire ; 170 p.
- Nancy V. YINGER et Elisabeth I. RANSON (2003) ; pourquoi investir dans la santé des nouveau-nés ? » ; in Population Référence Bureau – Save the Children, Washington., 8 pages.

- Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2009) ; *Echecs de contraception et recours à l'avortement : une approche relationnelle* ; in : Chaire Quételet 2004, pp. 477-490, Louvain la neuve, Belgique.
- Nathalie Bajos et Michèle Bozon (2008) ; la sexualité en France : pratiques , genre et santé , Edt La découverte, 603 p. , Paris.
- Nathalie Bajos, Caroline Moreau, Henri Leridon et Michèle Ferrand (Décembre 2004) ; *Pourquoi le nombre d'avortements n'a t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* ; Population et sociétés, n° 407, INED, Paris .
- Nation Unies, *Rapport de la conférence Internationale sur la population et le développement* , Le caire, 5-13 Septembre 1994, p.138.
- Nations Unies ; *Tunisia ABORTION POLICY* ; in : Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. For additional sources.
- Nations Unies; *Maroco in Population Policy* ; in : Population Policy_Data Bank maintained by the Population Division of the Department for Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.
- NATIONS UNIES (1994) ; *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement 5 – 13 Septembre 1994* ; Caire ; 170 p.
- Nations Unies (2002) ; *Population, droits et santé en matière de Procréation : Eu égard en particulier en VIH/SIDA rapport concis* ; New York, Pages 122.
- Nations Unies (2005) ; Objectifs du millénaire pour le développement : Rapport 2005, p. 43, New York.
- Nations Unies (2007); *Worlds Abortion Policies 2005* ; New York, p. 6.
- Nations Unies (2007) , Fiche de données : World Mortality 2007.
- Nations Unies (2007) , Fiche de données : World fertility patterns 2007.
- Nations Unies (Septembre 2005), Algérie: Bilan commun de pays, p . 31, Alger.
- OUADDAH BEDIDI Z (Juillet 2001); Rapport de genre et résidence patrilocale du couple : Cas de l'Algérie ; In / Colloque : Genre , population et développement en Afrique , INED,INSEA et IFORD, du 16 au 21 Juillet 2001, Abidjan.
- Observatoire Régional de santé d'Ile-de-France (Décembre 2001) ; *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : Evolutions 1992-1994-1998-2001* ; Jourdan, Paris, pages 191.
- Olivia Samuel et Isabelle Attané (2005) ; *Femmes , familles, fécondité à l'évolution du statut des femmes* ; in revue Tiers Monde, n°182, Avril 2005, Paris, pages 478.
- OMS (2000) ; *Les femmes et le VIH/SIDA* ; Aide-mémoire n°242, juin, 5 pages. Le rapport d'ONUSIDA ; <http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/>
- OMS (Afrique) (2006) ; Analyse de la situation sanitaire dans la région africaine : indicateurs de base pour 2006, Brazzaville (Congo).

- OMS (Afrique), Rapport sur la santé dans la région africaine, p. 163, Congo
 - OMS (Octobre 2006); Unsafe abortion : the preventable pandemic ; in the lancet sexual and reproductive health 4, pp. 13 , Genève.
 - 1- OMS (September 2007); UNSAF abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003 ; (Fifth edition), world health organization, Genève.
 - O.M.S. (2007) ; Stratégie mondiale de lutte contre les infection sexuellement transmissibles : 2006-2015 (rompre la chaine de transmission) ; pages 66.
 - OMS, UNSAF abortion – global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000 (Fourth edition), WHO, Genève.
 - ONU (2001) ; L'avortement à travers le monde , tendances à la libéralisation.
 - Organisation Mondiale de la Santé (2004) ; Au delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse ; Genève, pages 154.
 - Organisation Mondiale de la Santé (2004) ; Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique :en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux ; Genève, pages 35.
 - Organisation Mondiale de la Santé (2006) ; Statistiques Sanitaires Mondiales ; Ed. O.M.S. , pages 77.
 - O.M.S. (1986- 1987) ; Activités de l'OMS dans la région européenne ; 162 p.
 - OMS ; Maternité sans risques; Novembre 1991 – Fev. 1992 ; N° 7; Genève; 12p.
 - OMS, UNICEF , FNUAP et MSP / Direction de la planification (1995) , Enquête nationale sur les objectifs de la médécennie – Santé de la mère et de l'enfant -; Alger ; Ed.ANEP ; 227 p.
 - OMS / UNICEF (1996) ; « Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle » ; Genève; Ed.OMS.
 - O.M.S. (1986- 1987) ; Activités de l'OMS dans la région européenne ; 162 p.
 - OMS ; Maternité sans risques; Novembre 1991 – Fev. 1992 ; N° 7 ; Genève ; 12 p.
 - OMS, UNICEF , FNUAP et MSP / Direction de la planification (1995) , Enquête nationale sur les objectifs de la médécennie – Santé de la mère et de l'enfant -; Alger ; Ed.ANEP ; 227 p.
 - OMS / UNICEF (1996) ; « Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle » ; Genève; Ed.OMS.
 - OMS (2009), “Les femmes et la santé: la réalité d’aujourd’hui le programme de demain”, p. 87, Suisse.
- OMS, Stratégie de coopération avec la Tunisie 2005-2009, p. 60.

- O.N.S. (1987) ; RGPH 1987 ; Statistiques n° 46 ; Alger.
- O.N.S. (1989) ; Démographie algérienne; Données statistiques 1990 N° 130; Alger.
- O.N.S. (1992) ; Collection statistiques ; N° 45; Alger.
- O.N.S. (1996) ; Démographie Algérie ; Données statistiques ; N° 211; Alger.
- O.N.S. (1996) ; Démographie Algérie ; Données statistiques ; N° 218; Alger.
- O.N.S. (1996) ; Démographie Algérie ; Données statistiques ; N° 228; Alger.
- O.N.S. (1996) ; Démographie Algérie ; Données statistiques ; N° 234; Alger.
- O.N.S. (1996) ; Démographie Algérie ; Données statistiques ; N° 243; Alger.
- ONS (1997) ; Démographie Algérienne ; n° 277; Alger.
- ONS (1998) ; Données statistiques ; Démographie algérienne ; N° 294 ; Alger.
- ONS (1998) ; « RGPH 1998 : les principaux résultats du sondage au 1/10 ème » ; Collection statistique n° 80 ; Alger.
- ONS (1999) ; Démographie Algérienne ; n° 305 ; Alger.
- O.N.S. ; Rétrospective statistique1962 -1991 ; n° 35 ; Alger.
- O.N.S. (1999) ; Rétrospective statistique1970 -1996 ; Alger.
- ONS (2000) ; Démographie Algérienne ; N° 326 ; Alger.
- ONS (2001) ; Démographie Algérienne ; N° 353 ; Alger.
- ONS (2001) ; Natalité , Fécondité et reproduction des femmes algériennes ; n° 332 ; Données Statistiques; Alger ; 99 p.
- ONS (2008), Annuaire statistique de l'Algérie : Résultats 2004-2006, Volume n° 24, p .424, Alger.
- OUCHFOUN A., ATEK M., SOUKEHAL A. (1998) ; La transition sanitaire et ses répercussions sur le système de santé ; Alger ; 19 p.
- OUFRIHA B. (1972) ; Principaux aspects de l'économie de santé en Algérie ; Ed. Université Alger ; 175 p.
- OUFRIHA F.Z. (1992) ; Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie ; Ed. O.P.U. ; Alger ; 333.p.
- Oufriha FZ. , “ Crise pas et santé des enfants en Algérie”, CREAD, Alger, p. 21.
- Patrick Fernand Thonneau (2001) ; Mortalité maternelle et avortement dans les pays en développement ; in : Studies in HSO et P, pp. 159 -180, France.
- Pierre AIÄCH , Dominique CEBE, Geneviève CRESSON, Claudine PHILIPPE, (2001) ; Femmes et hommes dans le champ de la santé- approches sociologiques ; Ed. ENSP, Rennes, pages 330.
- Population Référence Bureau : Measure Communication (2002) ; Les femmes De notre monde ; Washington, pages 15.

- Population Référence Bureau (2004) ; Le projet inachevé : répondre aux besoins en planification familiale dans les pays moins développés ; 6 pages , Washington
- Population Référence Bureau (2005) ; les femmes de notre monde ; Ed. BRIDGE, Washington, pages 12.
- Population Référence Bureau (2007) ; Fiche de données sur la population mondiale 2007 ; 14 pages , Washington.
- Population Référence Bureau (2008), Fiche de données sur la Planification Familiale dans le monde, Washington, Etats Unies.
- Population Référence Bureau (Janvier 2005) ; Rapport de politique générale : le projet inachevé : répondre aux besoins en planification familiale dans les pays moins développés, pages 6
- Population Référence Bureau (Mai 2004) ; L'écart de santé entre les riches et les Pauvres ; Ed. BRIDGE, Washington, pages 7.
- PRB, la population mondiale 2007 ; (fiche de données)
- PRB (2005) ; Women of our world ; pp. 12, BRIDGE, Washington,
- PRB (2007) ; Fiche de données sur la population mondiale, p. 17, Washington.
- PRB (2007) ; World abortion Policies 2007, Center for Reproductive Rights ONU, New York.
- PRB (2009) ; Fiche de données sur la population mondiale , p. 19 , Washington
- PRB (Mars 2005) ; Transition de la population mondiale ; Vol. 59, n° 1, p. 46, Washington.
- Revue : Tout un monde de différence (2001) ; La santé sexuelle et reproductive et ses Risques ; Dossier : Population Action International, Washington.
- RWENGE M.(1999) ; Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun) ; Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), Rapport d'étude n° 40, Yaoundé/Cameroun, 164 p.
- Recueil de conférences (1987) ; Aspects de la société algérienne ; Edition du Centre culturel Algérien ; Paris ; 230 p.
- ROYSTON E. et Armstrong S. (1990) ; La prévention des décès maternels ; Genève ; Edition OMS ; 230 p.
RAOURAOUA M. – MILI B.E. (1991) ; L'Algérie : guide économique et social ; Ed.A.N.E.P. ; Algérie ; 405. p.
- Recueil de conférences (1987) ; Aspects de la société algérienne ; Edition du Centre culturel Algérien ; Paris ; 230 p.
- ROYSTON E. et Armstrong S. (1990) ; La prévention des décès maternels ; Genève ; Edition OMS ; 230 p.

- SAHRAOUI T. (1993) ; Mariages et fécondité dans les pays arabes – cas de l'Algérie – ; LODZ ; Pro-Manuscripto ; 214 p.
- SALHI M. et DAOUDI N. (1992) ; Nuptialité et fécondité d'une sous population – les enseignantes de la wilaya d'oran ; Document de recherche; Edition U.R.A.S.C. ; Université d'Oran.
- SALHI M. (1984) ; Evolution récente de la mortalité en Algérie ; Séries statistiques O.N.S. N° 5 ; Alger.
- Société Marocaine des sciences médicales (1996) ; La mortalité maternelle – Rapport du XV ème congrès médical national ; Rabat le 5 et 6 Décembre 1996 ; Ed. El Maarif Al Jadida; 172 p.
- Safir T.(2000) ; Politiques de population dans les pays du Maghreb ; in Maitrise de la fécondité et planification familiale au Sud. Pilon M. – Guillaume A. (eds), IRD éditions, Paris.
- SALA-DIAKANDA M. (1988) ; L'infécondité de certaines ethnies ; In TABUTIN D. (dir.), population et sociétés en Afrique au sud du Sahara,L'Harmattan, Paris, pp. 191-216.
- SANDRON F. et GASTINEAU B. (2002), La transition de la fécondité en Tunisie, p. 247, Ed. L'Harmattan, Paris.
- Séminaire International sur la mesure de l'incidence de l'avortement, de la morbidité et de la mortalité associées à cette pratique; organisé par UIESP et CEPED ; le 7 et 9 novembre 2007.
- Shanti R. CONLY and Joanne E. EPP (1998) ; Résumé analytique : les facteurs de la banquet mondiale en matière de population et de santé reproductive ; Washington, Ed. Population Action International.
- Stanley K. Henshaw, Susheela Singh et Taylor Haas (Janvier 1999) ; L'incidence de l'avortement dans le monde ; in International Family Planning Perspectives volume 25, New York.
- Stanley K., Henshaw , Susheela Singh et Taylor Haas (1999) ; Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde ; in : Perspectives Internationales sur planning Familial , n° spécial de 1999 ; pp. de 26 au 30, New York .
- Susie JOLLY et Pinar ILKKARACAN (Janvier 2007) ; Genre , sexualité et droits sexuels : vue d'ensemble ; in : EN BREF (BRIDGE) , n° 18, Angleterre.
- The Alan Guttmacher Institute, Sharing responsibilities, (1999); Women society and abortion worldwide, New York, p.56.
- The worlde abortion laws, in: http://reproductiverights.org/sites/civicaactions.net/files/pub_fac_abortionslaws2008.pdf .
- TAPINOS G., BLANCHET D. et HORLACHER D.E. (1991) ; 5eme congrès et colloques – Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en

- développement New York Août 1988* », Ed. INED et Division de la population des Nations Unies, Pages 367.
- TOURE A.(Juin 2000) ; la santé liée à la reproduction chez les jeunes en Cote d'Ivoire ; in Revue Internationale des sciences sociales n° 164 Volume III : les jeunes en mutation, UNESCO .
 - TRIDI. R. (1992) ; L'Algérie en quelques maux ou l'autopsie d'une anomie ; Ed. L'Harmattan ; Paris ; 280.p.
 - UNFPA ; Population, santé en matière de reproduction et objectifs du millénaire pour le développement ; 28 pages ;
 - UNFPA (2004) ; Santé sexuelle et reproductive : un investissement qui vaut la peine , p.40, New York.
 - UNFPA (2008) ; Rapport annuel 2007 , p.30, New York
 - UNFPA (2009) ; Rapport annuel 2008 , p.34, New York
 - United Nations, Department of Economic and Social Affairs ; Population Division ; World Abortion policies 2007.
 - U.R.A.S.C. (1987) ; La santé – actes de la journée d'étude de 21 juin 1987 ; Oran ; 63 p.
 - VERA C. et BERNIS C. (1997) ; Comportements reproductifs et santé materno-infantile dans le Maroc rural : le rythme du changement ; article de la page 75 au 83, in les cahiers de l'IREMAM 9-10, Aix en Provence ; 306 pages ; publ. IREMAM.
 - VIMARD P; (1997) , Transition démographique et familiale : des théories de la modernisation aux modèles de crise, Paris, p.35, ORSTOM.
 - WATAN (Journal) du 16 décembre 2007,
 - WHO (2004); UNSAF abortion – global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000 (Fourth edition) ; world health organization ; Genève .
 - WHO (2007); UNSAF abortion – global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003 (Fifth edition) ; world health organization ; Genève ; 25 September 2007, p. 44.
 - WHO, « World health statistics 2007 », p. 86, Geneve
 - WHO (2002); Convened international technical consultation on sexual health
 - WHO (2004); Unsafe abortion : global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, Genève
 - WHO (2004), Neonatal and périnatal mortality , Genève.

- WHO (2005); World health statistics, Genève.
- WHO (2006); World health statistics, p. 80, Genève.
- WHO (2009); World health statistics, p. 149, Genève.
- Women on waves, “lois sur l’avortement” ,
- WHO (2008); Approche stratégique de l’OMS pour le renforcement des politiques et des programmes de santé sexuelle et génésique ;, pages 9.
- YAKER (1979) ; Carence maternelle sévère- Développement et problèmes de santé mentale ; Ed. Université de Paris V ; France ; 310 p.
 - Yves CHARBIT (dir.) (2002) ; le monde en développement- démographie et enjeux socio- économiques ; p. 222, Ed. La documentation française, Paris.
 - YOUSSEF R. (2009), L’influence de l’islam sur la fécondité en Syrie, in : Congrès International de la population , Marrakech , Maroc, p.41.
- Zahia Ouadah –Bedidi (2001) ; Rapports de genre et résidence patrilocale du couple :cas de l’Algérie ; in Colloque Internationale :genre, population et développement en Afrique 16-21 juillet 2001, Abidjan.

Liste des abréviations :

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIE : Centre International de l'Enfance

CIM: Classification Internationale des Maladies

CIPD : Conférence Internationale sur la population et le développement.

DP : Direction de la planification

E_0 : Espérance de vie à la naissance

EASME : Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

ENAF : Enquête nationale algérienne sur la fécondité

FMAR : femme mariée en âge de procréer

FNUAP : Fond des Nations Unies pour les Activités de la Population .

ISF: Indice Synthétique de Fécondité

MDG: Mid – Décade Goals – Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie – santé de la mère et de l'enfant.

MSP:Ministère de a Santé et de la Population.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS: Office National des Statistiques.

PRB: Population Référence Bureau

${}_1Q_0$: Quotient de mortalité infantile

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat.

TGF: Taux général de fécondité

TBM: Taux brut de mortalité

TBN: Taux brut de natalité

WHO : WORLD HEALTH ORGANISATION

WHO : WORLD HEALTH ORGANISATION

Liste des Tableaux et Figures

Liste des tableaux :

- Tableau n° 01 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité dans le monde
- Tableau n° 02 : Evolution du taux de fécondité par âge dans le monde (2008)
- Tableau n°03 : Répartition du taux d'utilisation contraceptive selon la méthode et la région en 2008
- Tableau n° 04 : Répartition du taux de mortalité maternelle dans le monde
- Tableau n° 05 : Répartition des cas d'IST selon les grandes régions du monde
- Tableau n° 07 : Répartition du taux de progression de l'avortement en pourcentage en (1997-2007)
- Tableau n° 08 :Estimations globales et régionales annuelles sur la prévalence, la mortalité et les avortements à risque, régions des Nations Unies; 1995-2000
- Tableau n° 09: Répartition des wilayas par région sanitaire
- Tableau n°10 : Répartition de la population par Région Sanitaire entre les deux recensements
- Tableau n° 11 : Structure par âge de la population algérienne de 1966 à 2008.
- Tableau n° 12 : Répartition de la population féminine âgée de 15 ans et plus Par région sanitaire
- Tableau n° 13: Répartition de la population féminine 15 ans et plus par région sanitaire – Année 2008
- Tableau n°14: Evolution de la natalité en Algérie entre 1990 et 2009
- Tableau n° 15 : Evolution du taux brut de mortalité dans le monde de 1985 à 2008 (‰).
- Tableau n° 16: Evolution de la mortalité algérienne depuis 1962 pour 1000.
- Tableau n°17: Répartition des décès selon les principales causes de décès en 2005.
- Tableau n° 18 : Quotients de mortalité par âge et par sexe (pour 1000) .
- Tableau n° 19 : Evolution du taux brut de mortalité infantile dans le monde de 1985 à 2008 (‰).
- Tableau n° 20: Evolution du taux de mortalité infantile en Algérie de 1990 à 2009.
- Tableau n°21 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance
- Tableau n°22: Evolution du taux d'accroissement naturel de la population Algérienne De 1990 à 2009.

- Tableau n° 23 : Répartition de la population occupée selon le sexe et le secteur d'activité en 2008
- Tableau n°24: Répartition des chômeurs par âge et par strate en 2008
- Tableau n° 25 : Evolution des taux de scolarisation selon le cycle en Algérie
- Tableau n° 26 : Répartition de l'analphabétisme selon le secteur d'habitat 2005
- Tableau n°27 : Répartition de la population selon le niveau de scolarisation et les nombre d'années chômé (%) (2008)
- Tableau n° 28: Evolution de la pratique contraceptive (toutes méthodes confondues) en Algérie
- Tableau n°29 : Evolution de l'âge moyen au 1 er mariage en Algérie.
- Tableau n° 30 : Répartition de l'âge légal au mariage
- Tableau n° 31 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité au Maghreb
- Tableau n° 32 : Répartition de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu
- Tableau n° 32 : Répartition des taux de fécondité selon la région
- Tableau n°33 : Evolution des taux de fécondité générale par âge (pour ‰) et l'indice synthétique de fécondité (1970- 2006)
- Tableau n°34:Répartition du taux de fécondité générale selon le milieux de résidence
- Tableau n°35:Evolution du nombre moyen d'enfants par femme aux recensements 1987 et 1998
- Tableau n° 36: Taux de fécondité par âge et ISF selon le niveau d'instruction en 2002
- Tableau n° 37 : Proportions (‰) de femmes non célibataires n'ayant pas encore eu de naissance vivante selon le milieu et la durée du mariage
- Tableau n° 38: Evolution de l'utilisation contraceptive
- Tableau n° 39: Evolution de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence
- Tableau n° 40 : Niveau de la contraception chez les femmes mariées , selon la méthode utilisée et leur niveau d'instruction (en ‰) , 1986- 2006
- Tableau n° 41: Evolution de la proportion d'utilisation de la contraception selon la méthode (%)
- Tableau n° 42 : Répartition des méthodes de contraception au Maghreb
- Tableau n° 43: Evolution des besoins non satisfait de planification familiale parmi les femmes actuellement mariées de 15-49 ans selon ses composantes par milieu de résidence
- Tableau n° 44 : Les conditions d'accès à l'avortement au Maghreb
- Tableau n° 45: Evolution de la proportion des consultations prénatales en Algérie (%)

- Tableau n° 46 : Répartition des consultations prénatales dans le Maghreb (%)
- Tableau n° 47: Evolution du taux de mortalité maternelle (1989-2008).
- Tableau n° 48: Cause de décès et moment de survenue du décès
- Tableau n° 49 : Répartition des décès maternels selon le lieu et le moment de décès
- Tableau n° 50: Evolution du taux de mortalité infanto juvénile selon ses composantes au cours des différentes périodes : 1985-2002
- Tableau n° 51: taux de mortalité infantile selon le sexe et le milieu de résidence
- Tableau n° 52 : Evolution du taux de mortalité infantile et juvénile à travers les différentes enquêtes
- Tableau n°53:Taux de mortalité infanto juvénile selon l'âge et le niveau d'instruction de la mère (calculés sur les 8 dernières années précédant l'enquête)
- Tableau 54 : Taux de mortalité infanto juvéniles selon les caractéristiques de l'enfant (calculés sur les 8 dernières années précédant l'enquête)
- Tableau n° 55: Taux de mortalité infanto juvéniles Selon les caractéristiques des logements. (Calculés sur les 8 dernières années)
- Tableau n° 56 : Répartition des décès néonataux selon la cause de décès au Maghreb en 2006 (%)
- Tableau n° 57 : Evolution de la proportion des consultations prénatales depuis 1992
- Tableau n°58 : Evolution de la proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années selon les caractéristiques de la mère et de l'enfant
- Tableau n° 59 : Proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années selon la structure consultée , la raison et le type d'assistance (en pourcentage)
- Tableau n°60 : Proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dans les cinq dernières années selon la structure consultée (en pourcentage)
- Tableau n° 61: Proportion des femmes n'ayant pas eu des consultations prénatales selon le motif de leur choix
- Tableau n° 62 : Proportion de femmes selon le lieu d'accouchement (en %)
- Tableau n° 63 : proportion des accouchements en milieu assisté selon le milieu de résidence
- Tableau n° 64 : Proportion de femmes ayant accoucher à domicile selon le type d'assistance, l'âge et le milieu (en %)
- Tableau n° 65 : Evolution des raisons du non accouchement dans un établissement médicalisé
- Tableau n°66: Structure des femmes selon le recours aux soins postnataux pour la dernière naissance survenue durant les 5 dernières années.

Tableau n°67 : Proportion des mères ayant bénéficié d'au moins une consultation dans les trois mois qui ont suivi leur dernier accouchement selon la structure consultée, en pourcentage, EASF Algérie 2002

Tableau n°68 : Répartition des femmes enquêtées selon leur niveau de connaissance des infections sexuellement transmissibles en 2002

Tableau n° 69 : Evolution des cas séropositifs selon l'âge et le sexe de 1985 au 2008

Tableau n° 70 : Evolution des cas séropositifs selon le mode de transmission

Tableau n°71 : Evolution des cas de SIDA de 1985 à 2008

Tableau n° 72 : Répartition des cas de séropositifs selon le mode de contamination

Liste des figures :

Figure n° 01 : Distribution des causes de décès maternels dans le monde

Figure n° 02 : Répartition du droit à l'avortement à travers le monde

Figure n° 03 : Répartition des avortements dans le monde année 2003

Figure n° 04: Répartition des avortements légaux et illégaux dans le monde

Figure n° 05 : Estimation annuel de l'incidence des avortements à risque pour 1000 femmes âgées de 15-44 ans, par régions , 2003

Figure n° 06 : Estimation annuel de l'incidence des avortements à risque pour 100 naissances , par régions , 2003

Figure n° 07 : Estimation annuel des décès maternels due aux avortements à risque pour 100 000 naissances vivantes , par régions , 2003

Figure n° 08 : Nombre de mois pendant lesquels une femme doit pratiquer le contrôle des naissances si elle ne veut avoir que deux enfants

Figure n° 09 : Evolution du taux brut de natalité de 1990 à 2009.

Figure n°10 : Evolution du taux brut de natalité dans les trois pays du Maghreb
De 1960 à 2010

Figure n° 11: Evolution de l'indice synthétique de fécondité (1970-2008)

Figure n° 12 : Evolution de l'âge moyen à la maternité en Algérie de 1990 à 2008

Figure n° 13: Taux de mortalité maternelle selon l'âge (‰ naissances vivantes)

Figure n° 14: Evolution du taux d'accouchement en milieu assisté

Annexes :

Annexe n° 1 : Répartition par sexe et par âge de la population algérienne résidentes aux recensements de 1966, 1977, 1987 ,1998 et 2008

	1966			1977			1987			Masc.
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	
0 ans	1185172	1152874	2338046	333379	317696	651075	376198	356272	732470	1631666
1-4				1162275	1117424	2279699	1533850	1475272	3009122	
5-9	906441	879351	1785792	1261768	1211198	2472966	1710348	1642950	3353298	1838840
10-14	817884	746623	1564507	1069423	1018917	2088340	1467460	1383750	2851210	1941525
15-19	540987	541079	1082066	813750	802282	1616032	1248468	1224861	2473329	1797514
20-24	343544	419754	763298	646983	692500	1339483	1110255	1092410	2202665	148823
25-29	326396	411296	737692	497506	513329	1010835	837976	809776	1647752	1265376
30-34	309857	377522	687379	314842	364045	678887	715031	666241	1381272	1061720
35-39	269391	303426	572853	310279	370607	680886	523583	509708	1033291	841984
40-44	214697	237214	451911	296010	336561	632571	354747	372795	727542	699695
45-49	190417	194450	384867	246724	278430	525154	337177	363130	700307	573146
50-54	171526	178181	349707	195856	208407	404263	313581	342973	656554	372855
55-59	152234	141526	293760	169883	184405	354288	257950	272477	530427	350221
60-64	129876	134426	264302	139698	146396	286094	195681	210022	405703	303330
65-69	99854	96060	195914	128880	125747	254627	153941	164874	318815	255346
70-74	63396	76632	140028	86744	79574	166318	112805	112750	225555	165008
= > 75	86330	103650	189980	96489	103691	200180	174773	174015	348788	215829
Indét.	9143	10434	19577	2571	1222	3793	1668	1189	2857	6145
Total	5817145	6004534	11821679	7773060	7773060	15545491	11425492	11175465	22600957	14801023

Source : Pour 1966,1977 et 1987 : (AOURAGH L., 1996, p. 305)

Pour 1998 : RGPH 1998.

Annexe n° 02 :

Evolution du taux brut de natalité en Algérie , Maroc et Tunisie

	ALGERIE	MAROC	TUNISIE
1960	50,56	50,22	46,58
1962	50,4	50,1	46,5
1965	49,517	48,96	43,68
1967	48,928	48,2	41,8
1970	48,371	46,64	38,98
1972	48	45,6	37,1
1975	46,443	41,88	36,68
1977	45,405	39,4	36,4
1980	42,91	38,155	34,78
1982	41,247	37,325	33,7
1987	34,784	32,109	29,2
1990	31,182	29,214	25,2
1992	28,781	27,284	24,9
1995	24,48	24,967	20,8
1997	21,613	23,423	18,9
2000	21,089	21,912	17,1
2002	20,74	20,905	16,7
2005	20,78	20,684	17,1
2007	20,806	20,536	17,4
2008	19,819	20,462	17,5
2009	19,832	20,388	17,65
2010	19,846	20,315	17,8

Source : Algérie : Perspectives du Monde, 2010

Maroc : Perspectives du Monde, 2010

Tunisie : Perspectives du Monde, 2010