



Université d'Oran Es-Senia
Faculté des Sciences Sociales
Département de Démographie

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MAGISTER
Spécialité : Démographie
Option : Démographie Economique et Sociale

**Femme, Travail, Fécondité et Pratique
Contraceptive
À la lumière de l'enquête Algérienne sur la
Santé de la Famille 2002**

Encadré Par:
Pr. DELEND Aissa

Présenté Par :
M^{lle} BRAHMI Kelthoum

Membres du Jury		
Pr. FODIL Abdelkrim	Professeur à l'université d'Oran	Président
Pr. DELEND Aissa	Professeur à l'université d'Oran	Encadreur
Dr. FODIL Faiza	Maitre de conférences « A » à l'université d'Oran	Examineur
Pr. LOUADI Tayeb	Professeur à l'université d'Oran	Examineur

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents, mes deux perles rares, pour toutes l'attention qu'ils m'ont portée.

A mes deux frères bien aimés et à mon unique sœur.

A mon oncle « Chawki » et ma tante « Khedira »

A « Hayat et Alia » pour leur bon cœur, leur générosité et leur gentillesse, ainsi que pour leur soutien moral.

A « Souad et Fouzia » mes chères amies et collègues de travail.

A ma meilleure amie proche à mon cœur « Khadîdja ».

Et à tous les étudiants de ma promotion.

Kelthoum

Remerciements

J'adresse mes reconnaissances et mes sincères remerciements à mon encadreur Mr A.DELEND A pour sa disponibilité et ces précieux conseils donnés tout au long de la réalisation du présent travail.

Aux membres du jury qui me font l'honneur d'apprécier ce modeste travail, je leur adresse l'expression de mon profond respect.

Je remercie tous les professeurs de Démographie pour tout ce qu'ils m'ont appris en démographie.

Je remercie tout le personnel du Département de Démographie.

J'exprime ma reconnaissance à mon Directeur de l'O.P.O.W d'Oran Mr B. Lahmar et à Mr Mansouri chef service D.R.H et Mr Bouadi, qui m'ont facilité de terminer mes études de Magistère.

Je ne saurais terminer sans rendre grâce à l'Eternel notre DIEU, par-dessus, m'a guidé tout au long de la réalisation du présent travail.

BRAHMI Kelthoum.

Table des Matières

Introduction Générale	01
<u>Chapitre 1 : Cadre méthodologique et théorique</u>	
Section 1 : Revue de la littérature	
1. Situation de la pratique contraceptive dans le monde	04
2. Situation de la pratique contraceptive dans les pays du Maghreb	07
2.1 Le cas de la Tunisie	08
2.2 Le cas du Maroc	10
Section 2 : Méthodologie de recherche	
1. Contexte de l'étude	15
2. Le choix du thème	15
3. Problématique	16
4. Hypothèses de l'étude	17
5. Objectifs de l'étude	17
6. Méthode de travail	18
7. Limite de l'étude	18
Section 3 : Cadre conceptuel sur la situation économique sociale et démographique de l'Algérie	
1. Définition des différents concepts	20
Introduction	
2. Eléments de la situation économique sociale et démographique de l'Algérie	22
2.1 Le cadre global de l'économie Algérienne	22
2.2 L'évolution de l'économie Algérienne	23
2.2.1 La phase 1986-1994	23
2.2.2 La phase 1995-2000	24
2.2.3 La phase 2000 à ce jour	24
3. Dynamique et la transition démographique de l'Algérie	25
3.1 L'évolution de la population	28
Conclusion du Chapitre 1	30
<u>Chapitre 2 : Caractéristiques et Composition du Travail féminin, de la Fécondité et de la Pratique Contraceptive en Algérie</u>	
Introduction	
Section 1 : Evolution du travail féminin la situation du travail féminin en Algérie	
1. La scolarisation en Algérie	34
1.1 La scolarisation des filles	35
2. La participation de la femme à la vie économique	37
2.1 Evolution du marché du travail	37
2.2 La transition de l'emploi féminin	38
a) L'emploi féminin durant la période socialiste (1962-1980)	39
b) L'évolution de la population féminine occupée	40
c) Caractéristique de la population féminine occupée	41

Section 2 : L'évolution de la Fécondité

Introduction

1. La nuptialité	50
1.1. Taux brut de nuptialité	50
1.2. Age au 1 ^{er} mariage	53
2. Fécondité	56
2.1 Natalité	58
2.2 Mortalité	60
2.2.1. Mortalité infantile	61
2.2.2. Mortalité maternelle	63
2.3 Indice Synthétique de Fécondité	65
2.4. Les déterminants de la fécondité	68

Section 3 : Evolution de la Pratique Contraceptive

Introduction

1. La prévalence de la contraception	74
2. La politique nationale de population	78
3. L'Islam et la planification familiale	82

Conclusion du Chapitre 2	88
--------------------------	----

Chapitre 3 : Matériel et Méthode d'analyse

Introduction

1. Matériel	
1.1 Présentation de l'enquête	91
1.2 Population concernée par l'étude	92
2. Méthode d'analyse	93
2.1 Les variables utilisées	93
3. Analyse des données	94
3.1 Analyse Descriptive	94
3.1.1 l'analyse des caractéristiques de la population enquêtée	95
3.1.2 l'analyse vis-à-vis de la pratique contraception	102
3.1.3 l'analyse d'attitude vis-à-vis de la procréation	111
3.1.4 l'analyse des variables croisées	118
a) Selon le Niveau d'instruction	118
b) Selon Secteur d'habitat	133
c) Selon l'Etat actuel d'emploi	139
d) Selon le nombre d'enfants vivants	146
4. Analyse approfondie	
a) Test ANOVA	151
b) Teste Khi 2	152

Conclusion du Chapitre 3	155
--------------------------	-----

Conclusion générale	157
---------------------	-----

Références bibliographiques

Annexes : 1. Listes des Abréviations utilisées.

2. Listes des Tableaux et Graphiques et Figure.

Introduction générale :

L'Algérie a connu de profonds bouleversements politiques, socio-économiques et surtout démographiques. En matière de population, la situation actuelle et les problèmes qu'elle pose sont aux antipodes de la conjoncture des années soixante, le premier recensement de l'Algérie indépendante confirmait l'ampleur de l'explosion démographique.

Du recensement de 1954 à celui de 1966, la population Algérienne est passée de moins de 9 millions à 12 millions, soit une augmentation annuelle moyenne de plus de 2,6%¹ la fécondité culminait à plus de 8 enfants par femmes en moyenne.

En raison du baby-boom au début des années 80, l'Algérie a adopté le programme national de maîtrise de la croissance démographique. Des changements majeurs ont été observés dans le domaine démographique, en deux décennies le rythme d'accroissement de la population a été considérablement ralenti, personne n'imaginait alors que une baisse rapide puisse réellement s'engager dans ce pays aux traditions plutôt natalistes. De même, les attitudes et les comportements en matière de procréation ont connu des modifications importantes, générant de nouveaux modèles de nuptialité et de fécondité.

Dès l'an 2000, la fécondité a atteint le seuil emblématique de 2,2 enfants par femme, qui permet d'assurer à long terme un strict remplacement des générations². Et si aujourd'hui on parle d'accès de la femme au champ économique parce qu'elle est devenu une actrice du développement humain dans tous les secteurs, à savoir l'éducation, la santé, le média et la vie politique. La femme est considérée comme un pilier essentiel du progrès, du fait de l'important rôle qu'elle joue dans la société et dans l'éducation des enfants.

Actuellement on ne peut pas parler de la femme sans aborder la nécessité de mesurer et d'analyser les relations complexes entre l'activité féminine la fécondité et la pratique contraceptive.

¹Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : une histoire paradoxale, document de travail n°186, Octobre 2012.

² Zahia Ouadah-Bedidi, Jacques Vallin et Ibtihel Bouchoucha, Population et Société : La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise n°486, Février 2012. INED

CHAPITRE 1 :
Cadre Méthodologique et Théorique

Section 1 :

Revue de la littérature

Dans cette section on s'intéresse aux différents articles ou études qui ont traités l'utilisation des méthodes contraceptives sur l'échelle internationale.

Après des recherches bibliographiques (articles, revus, internet) notre choix porte sur la situation mondiale et au pays maghrébines tel que la Tunisie et le Maroc pour avoir une idée sur la pratique contraceptive par rapport à l'Algérie.

1. Situation de la pratique contraceptive dans le monde³ :

L'utilisation de méthodes contraceptives a augmenté considérablement au cours des dix dernières années, dans le monde 62% des femmes mariées, ou vivant en union libre et en âge de procréer utilisent des contraceptifs, soit 650 millions de femmes. Dans les régions les plus développées, 70% des femmes mariées ou en union libre utilisent un moyen de contraception, contre 60% des femmes dans les régions les moins développées qui y ont recours.

Si les moyens contraceptifs modernes sont connus dans tout le globe, ils ont évolué différemment d'un pays à un autre. Chaque pays a une histoire et une approche différente de la contraception.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE (SUD DU SAHARA)

Le taux d'utilisation le plus bas est en Afrique, seulement 25% des femmes mariées utilisent un contraceptif et en Afrique subsaharienne, le taux passe en dessous des 15%. Toutefois, le recours aux moyens de contraception par les femmes célibataires, sexuellement actives et en âge de procréer est au moins deux fois plus élevé en moyenne que pour les femmes mariées. Plus de la moitié de cette différence provient d'un usage plus important des préservatifs par les femmes célibataires. Au nord de l'Afrique, les femmes mariées utilisent plus les dispositifs intra-utérins(DIU) alors qu'au sud, elles préfèrent les contraceptifs injectables.

Les Africaines rencontrent des difficultés pour se fournir en contraception. Des services de planification familiale se sont créés, mais les besoins restent encore largement insatisfaits. En Afrique subsaharienne, 24% des femmes mariées en moyenne nécessitent les services de planification familiale contre 18% en Afrique du Nord, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes. En plus du manque d'accès aux méthodes contraceptives, la peur des effets secondaires fait hésiter les femmes à utiliser un moyen de contraception.

³ Par Emmanuelle Maurin Agente de communication Seréna Québec ,communication@serena.ca.En ligne.

AMERIQUE LATINE

En 2000, 66% des femmes en âge de procréer utilisaient un moyen contraceptif, en Amérique latine. La stérilisation suivie des contraceptions orales (CO) sont les méthodes les plus employées par les femmes mariées. Presque une femme mariée sur sept emploie la pilule en Amérique latine. Au Brésil, 6 millions de femmes se servent de la pilule, mettant ce pays au quatrième rang mondial après la Chine, l'Allemagne et l'Indonésie. Cependant, les CO ont perdu du terrain au fur et à mesure qu'augmentait le recours à la stérilisation féminine et au DIU.

Au Pérou, beaucoup de femmes se fient encore aux méthodes naturelles. Une enquête datant de 2000 a révélé que le président de la République de 1996 à 2000, Alberto Fujimori, força les plus pauvres à la stérilisation (215227 ligatures des trompes et 16547 vasectomies) dans le but de réduire le nombre de naissances par femmes et donc de réduire la pauvreté. Cette politique de stérilisation forcée laisse présumer des tendances eugénistes contre les Amérindiens et contre la pauvreté du programme lancé par Fujimori.

INDE

En Inde, en 2000, 48% des femmes mariées ont recours à la contraception selon l'International Institute for Population Sciences. La plupart utilisent le stérilet ou la stérilisation. Les méthodes traditionnelles sont aussi très présentes. La politique démographique est axée sur la responsabilité individuelle contrairement à la Chine qui impose la politique sévère de l'enfant unique. Le préservatif est mal accepté, car il est associé à la politique de régulation des naissances. La solution vient peut-être d'être trouvée puisque les hommes pourront bientôt choisir leur propre contraceptif. Le chercheur indien S.K Guha a mis au point un nouveau moyen de contraception basé sur l'inhibition réversible du sperme sous surveillance, ou plus communément appelé RISUG. Cette injection contraceptive, encore à l'étude, inhibe les capacités fonctionnelles du sperme, entraînant ainsi la stérilité de l'homme pendant quinze ans. Une injection de bicarbonate de soude dilué dans l'eau ou un massage avec des vibrations et un faible courant électrique permet à l'homme de retrouver sa fécondité après plusieurs mois.

JAPON

Soumis à une politique de régulation des naissances stricte, les taux de natalité du Japon ces dernières années sont parmi les plus bas. Dans les années cinquante, les avortements sont pratiqués en masse. Pour les Japonais, l'avortement est une « tristesse nécessaire ». Il est considéré comme le vœu exprimé par des parents de

rendre l'enfant aux Dieux jusqu'à ce que soit venu le temps opportun d'amener cet enfant au monde et est accompagné du Mizuko Jizo, une cérémonie honorifique. Le nombre d'avortements a tendance à diminuer de nos jours au profit de la contraception. En 2000, 90% des couples utilisant un moyen contraceptif préfèrent le préservatif, 4% la stérilisation. La pilule est quasiment inexistante et autorisée depuis seulement 1999. Ainsi, beaucoup de couples ont combiné le préservatif à la méthode Ogino, très rependue grâce aux magazines féminins.

CHINE

Avec ses 1,36 milliard d'habitants en 2010 et malgré une politique de régulation des naissances stricte, la Chine détient tous les records. Les Chinoises sont les plus nombreuses à avoir recours aux DUI avec 49% en 2009, mais aussi à la stérilisation avec 46% et même à la pilule avec seulement 3% d'utilisatrices ce qui représente 7,6 millions de femmes. Malgré un haut niveau de pratique contraceptive, on estime à 20 millions le nombre de femmes en âge de procréer qui n'ont recours à aucune contraception. C'est à cette tâche que doivent faire face les responsables de la planification familiale pour réduire le taux de natalité ainsi que le nombre d'avortements. En effet, en cas de grossesse non désirée, le recours à l'avortement qui est gratuit en Chine est fréquent avec moyenne de 280 avortements pour 1000 naissances. Pékin a atteint un triste record de 940 avortements pour 1000 naissances en 1978.

EUROPE

L'Europe affiche un taux de fécondité très bas, 1,40 en 2009 contre 2,12 aux Etats-Unis, selon l'INED. Dans les pays européens, plus de quatre femmes sur cinq (80%) en âge de procréer, mariées ou dans une relation concubine, utilisaient une méthode contraceptive en 2001 alors qu'aux Etats-Unis, on en dénombrait 75%.

Malgré ces chiffres, la Grande-Bretagne se retrouve confrontée ces dernières années à une forte hausse du nombre de grossesses chez les adolescentes. Selon le Guardian, sur 100 naissances en 2006, quatre étaient réalisées par des adolescentes de 12 ans à 18 ans en Angleterre, contre deux en Irlande et une et demie en France. En Grande-Bretagne toujours, 650 femmes se sont retrouvées enceintes alors qu'elles utilisaient un nouvel implant appelé Implanon. Le problème serait attribué à la pose de l'implant plutôt que de l'implant lui-même.

CANADA

Les méthodes contraceptives les plus utilisées par femmes en âge de fécondité en 2006, sont le condom (54,3%), les contraceptifs oraux (43,7%) et la stérilisation (13,4%). Les jeunes femmes de 15 à 19 ans privilégient le condom et les contraceptifs oraux pour des raisons pratiques et d'accessibilité, alors que les femmes mariées de 35 à 44 ans préfèrent se tourner vers la stérilisation (hommes et femmes confondus).

La part des femmes utilisant les méthodes naturelles dans les pays industrialisés est de 12%. Au Canada, Seréna, un organisme communautaire à but non lucratif, fait la promotion et l'enseignement de la méthode sympto-thermique, la méthode naturelle la plus fiable. Basée sur l'observation quotidienne des signes de fertilité féminins (la température matinale, les caractéristiques de la glaire cervicale et celles du col de l'utérus), elle permet d'identifier les phases de fertilité et peut être utilisée tout au long de la vie reproductive de la femme, incluant l'allaitement et la pré-ménopause.

- Au final, les méthodes contraceptives réversibles et d'action brève sont plus populaires dans les pays développés tandis que les méthodes cliniques d'action plus longue et très efficace sont davantage utilisées dans les pays en développement. Quant aux méthodes naturelles, en 2001, une femme en âge de procréer sur dix environ a recours, dans le monde, aux moyens traditionnels : retrait et abstinence périodique.

Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, un pourcentage nettement plus élevé de femmes vivant dans les pays industrialisés (12%) a recours à de tels moyens que celles des pays en développement (5%). Ce phénomène peut s'expliquer par le besoin de retourner au naturel, de respecter et connaître son corps et le goût pour la simplicité.

2. Situation de la pratique contraceptive dans les pays du Maghreb : **La Tunisie et le Maroc.**

La transition de la fécondité est un phénomène relativement nouveau dans la plupart des pays du sud. Elle se déroule selon des temporalités et des modalités différentes d'une région à l'autre dans les pays en développement comme les pays du Maghreb tel que la Tunisie et le Maroc dont leur fécondité s'est rapidement effondrée, d'abord en Tunisie puis en Maroc pour atteindre des niveaux compris entre 2 et 3 enfants par femme à l'entame du XXI^e siècle. Alors qu'il a fallu près

de 200 ans pour la fécondité française passe de 6 à 2 enfants par femme, il en aura fallu à peine 25 ans pour la fécondité maghrébine accomplisse le même chemin⁴ cette transition est lié à des facteurs proches de la fécondité (mariage, contraception, scolarisation,.....etc.)

2.1 Le cas de la Tunisie⁵ :

La Tunisie constitue un cas particulièrement intéressant pour la compréhension des mécanismes de baisse de la fécondité dans les pays en développement. Pays précurseur au Maghreb et encore plus en Afrique, la Tunisie a très tôt, dès les premières années de son indépendance, développé une politique de population et mis en œuvre un programme de planification familial, les autorités Tunisienne on fait de la maîtrise de la croissance démographique une priorité. La politique de population a donc été fortement intégrée à la politique de développement socioéconomique et n'a pas reposé que sur la planification des naissances mais sur tout un ensemble de mesures visant la promotion du statut des femmes.

Pour que les femmes puissent limiter leur descendance, des moyens très importants vont être mis dans les programmes de planification familiale, totalement intégrés dans la politique de développement. Le programme de planification familial est inscrit dans les plans quinquennaux au même titre par exemple que la politique agricole ou industrielle. Un programme expérimental est lancé en 1964, il devient national dès 1966. Des campagnes de promotion de la planification des naissances et la distribution de méthodes de contraception sont dès lors possibles. Ainsi, la stérilisation va être fortement promue comme méthode contraceptive notamment auprès des femmes rurales, sans instruction ayant déjà une descendance nombreuse. La ligature des trompes devient une méthode courante au début des années 1980. De plus, dès 1965, l'avortement est autorisé pour les femmes enceintes dont la santé est en danger et pour celles qui ont 5 enfants ou plus. En 1973, l'interruption de grossesse est permise pour toutes les femmes sur simple demande, quelques soient leur descendance et leur statut matrimonial. A la fin des années 1980, le planning familial a rempli l'un de ses rôles : toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive et plus de 90% d'entre elles savent où se la procurer.

⁴ GEOG81-GEOGRAPHIE DE L'AFRIQUE DU NORD ET DU MOYEN-ORIENT, CHAPITRE IV : UNE BRUTALE TRANSITION DEMOGRAPHIQUE (Page 1)

⁵ B.Gastineau, Transition de la fécondité, développement et droits des femmes en Tunisie. Série Population-Santé Documents de recherche n°21. Laboratoire Population –Environnement-Développement, Marseille, 2011.

Les programmes d'incitation de limitation des naissances n'ont pas reposé exclusivement sur la planification familiale. D'autres formes d'incitation ont été mobilisées parmi lesquelles des avantages fiscaux pour les familles réduites, la limitation des allocations familiales aux quatre premiers enfants, ainsi que l'instauration de pensions d'invalidité, de vieillesse, autant de fonctions d'assurance assurées traditionnellement par les enfants.

La fécondité des couples tunisiens et plus largement tout ce qui concerne la vie familiale est passée de la sphère privée à la sphère politique. La limitation des naissances s'est imposée comme une nécessité socioéconomique sous la responsabilité de la nation toute entière. Le caractère unique de la politique de population tunisienne dans le monde musulman (interdiction de la polygamie, de la répudiation, etc.)

La transition de la fécondité en Tunisie :

La transition de la fécondité est aujourd'hui achevée et la politique de population initiée au début des années 1960 a atteint ses objectifs : en quarante ans l'indice synthétique de fécondité passe de 7 enfants par femmes à 2 enfants.

Tableau n°1 : Indice synthétique de fécondité(ISF) en Tunisie

Année	ISF
1966	7,2
1975	5,8
1984	4,7
1994	2,9
1997	2,4
2000	2,0
2008	2,0

La Tunisie confirme le rôle éminent que peut jouer l'évolution des comportements matrimoniaux dans la baisse de la fécondité dans la société où la procréation est inconcevable en dehors du mariage. L'élévation de l'âge moyen au mariage de 19,5 ans en 1966 à 27,8 ans en 2000 a évité à beaucoup de femmes des tranches d'âges les plus féconds tous risques de mettre au monde un enfant. Au-delà du lien mécanique entre âge d'entrée en union et niveau de fécondité, le recul constant de l'âge au mariage des femmes depuis l'indépendance est aussi le témoin de changements importants dans le statut de la femme. Le prolongement du célibat des

jeunes filles est le résultat de l'allongement de la scolarisation, l'augmentation de l'activité féminine chez les célibataires et une individualisation des processus de mariage. Ces progrès dans le statut social et économique sont favorables à une meilleure planification des grossesses et à une limitation des naissances. Toutefois, on ne peut ignorer que le recul de l'âge au mariage et la baisse de la fécondité peuvent pour certaines femmes être le signe de certaines difficultés : chômage, difficulté à accéder à un logement indépendant, etc.

Tableau n°2 : Age moyen d'entrée en union des femmes en Tunisie

Années	Age moyen
1966	19,5
1975	22,6
1984	24,3
1994	26,3
2000	27,8

2.2 Le cas du Maroc :

Des implications majeurs d'une croissance trop rapide de la population marocaine et mettant l'accent sur le contrôle des naissances dans le cadre d'un programme d'action global. C'est dans ce contexte et avec l'unanimité autour de ces points qu'un certain nombre de mesures sur les plans législatif, politique et médico-social ont été adoptées.

Dès 1965, un programme de planification familiale a été mis au point pour être lancé en 1966 à travers toutes les structures du Ministère de la santé publique.

La planification familiale a été aussi intégrée dès 1968 dans les différents plans quinquennaux comme facteur lié au processus de développement socio-économique.

Au Maroc avant 1975, malgré la politique officielle de population instaurée en 1966, la nuptialité était restée précoce, la fécondité dans le mariage et la fécondité générale augmente au lieu de diminuer de 7,20 à 7,40 entre 1968 et 1972. La fécondité dans le mariage, principale cible du programme national de planification familiale, passe de 6,73 en 1960-1964 à 6,91 en 1965-1969 et à 7,14 en 1970-1974 (dans le groupes d'âges 15-35ans).

Les enquêtes de fécondité, après les enquêtes démographiques et sanitaires, ont démontré combien la fécondité était tributaire des facteurs socio-économique : l'instruction de la femme, urbanisation et type d'activité étant souvent invoqués. Les progrès de l'instruction féminine sont nécessaires pour que la fécondité puisse diminuer. Mais il ne s'agit pas d'une condition. Le Maroc en offre une illustration certes la fécondité est liée au niveau d'instruction⁶

Tableau n° 3: l'évolution de l'indice de fécondité au Maroc par niveau d'instruction⁷

Année	Sans instruction	Primaire	Secondaire et+
1977	6.36	4.63	4.15
1982	5.84	3.83	2.24
1985	5.20	3.15	2.34
1987	5.08	3.08	2.27
1991	4.86	2.36	2.03
1993	4.04	2.36	1.89
1996	3.70	2.30	1.80

✓ **Impact du programme marocain de planification familiale**

a) Connaissance des méthodes contraceptives

Selon l'enquête de Panel de 1995, la quasi-totalité des femmes mariées (99%) ont entendu parler d'au moins d'une méthode de contraception, et la plupart d'entre-elles savent où obtenir des renseignements ou des services pour au moins une méthode. Par ordre décroissant, les méthodes modernes les plus connues sont la pilule (100%), le dispositif intra-utérin (95%), la ligature tubaire (92%), le préservatif (81%), les injectables (70%) le Norplant (48%) et les méthodes vaginales (33%). Presque neuf femmes mariées sur dix connaissent une méthode traditionnelle.

b) Utilisation de la contraception

Le taux de prévalence contraceptive ou le pourcentage d'utilisation des méthodes contraceptives au moment de l'Enquête PAPCHILD (1997) est de presque 59% avec 66% en milieu urbain et 51% en milieu rural.

⁶ Youssef Courbage, ACHEVER LA TRANSITION DE LA FECONDITE, PREMIERE PARTIE : RAPPORT DE LA REUNION D'EXPERTS SUR L'ACHEVEMENT DE LA FECONDITE/ Sur les pas de l'Europe du sud : la fécondité au Maghreb,

Bulletin démographique des Nations Unies, Numéro Spécial n°48/49, 2002, Département des Affaires Economiques et Sociales Internationales. Division de la population, Nation Unies New York, 2010.

⁷ Idem (extrait du tableau 3 : l'évolution de l'indice de fécondité au Maghreb par niveau d'instruction (page 468)

Le taux de prévalence est passé de 19% en 1980 à 59% en 1997, soit une augmentation au cours de cette période de presque 40 points.

Cet accroissement a été plus important en milieu rural (gain de 42 points) qu'en milieu urbain (gain de 30 points). Le taux de prévalence contraceptive recouvre des différences importantes selon les milieux et selon les catégories socio-économiques.

En effet ce taux passe à 66% en milieu urbain contre seulement 51% en milieu rural. Mais les différences sont encore plus accentuées puisque la prévalence se situe au niveau de 73% à Casablanca et reste inférieure à la moyenne nationale dans les régions du Sud. Plus d'une femme mariée sur deux utilise une méthode contraceptive moderne notamment la pilule qui représente 70% de l'ensemble des méthodes. Le dispositif intra utérin 10%, la stérilisation féminine 5%, le condom 2%, et les autres méthodes modernes 1%. Dans cette structure les méthodes traditionnelles représentent 12%.

De même, l'analyse de la pratique contraceptive en fonction du niveau d'instruction des femmes montre une très nette corrélation entre ces deux variables. En effet, (65,7%) des femmes possédant un niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent une méthode contraceptive, et 63% parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire alors que parmi les femmes non scolarisées ce taux n'est que de 45%. Le niveau des études est incontestablement un facteur important

Plus ce niveau est élevé, et plus la demande de soins augmente. Cela se vérifie au niveau de presque tous les domaines touchés par l'enquête. C'est le cas aussi pour la prévalence contraceptive. Il est intéressant de souligner que l'accès à l'enseignement de base (primaire) augmente le taux de prévalence de pratiquement 18 points (de 45% à 63%), alors que l'accès à l'enseignement secondaire n'ajoute que 3 points à ce taux, et que l'acquisition d'un niveau d'étude supérieur ne le modifie pratiquement pas (de 64,8% à 64,9%). L'importance, dans ce domaine, du développement de l'instruction est donc évidente. Le pourcentage des femmes qui sont contre la planification familiale, ou dont le mari refuse la contraception, est de 8,1% chez celles qui sont sans instruction ou qui n'ont qu'un niveau préscolaire, alors qu'il n'est que de 3,7% chez celles qui ont été dans le fondamental. Il baisse encore, à 3,0% chez celles qui ont fait le secondaire et à seulement 1,7% chez celles qui ont un niveau d'études supérieur. Lorsque l'on examine les autres raisons qui expliquent la non utilisation d'un moyen contraceptif, on trouve que la première cause est la maternité: au niveau national, 38,7% des femmes n'utilisent pas de moyens contraceptifs parce qu'elles sont enceintes ou allaitantes.

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Cette raison est prédominante quelle que soit la catégorie socio-économique et professionnelle de la femme, son niveau d'instruction ou sa zone de résidence. Elle est suivie par le désir d'avoir des enfants (19,6% au niveau national), la stérilité de l'un des partenaires (16,6%), le refus de la planification familiale (7%) et les problèmes de santé et effets secondaires des contraceptifs (6,2%).

Il faut souligner ici que le facteur financier arrive en dernière position. Les femmes qui n'utilisent pas la contraception pour des raisons de coût des contraceptifs ne représentent que 0,5% au niveau national; avec cependant des écarts significatifs: 0,2% en milieu urbain et 0,7% en milieu rural. Le taux le plus fort est enregistré dans le rural des provinces du sud (2,2%). Néanmoins, il est clair que l'obstacle financier joue ici un rôle négligeable dans la mesure où en général les contraceptifs sont assez bon marché dans le privé grâce à la politique de marketing social, et sont fournis gratuitement par le Ministère de la Santé. Au niveau national, 1,3% des femmes mariées n'utilisent pas de moyens contraceptifs à cause des difficultés d'approvisionnement ou à cause du manque d'information. Cette proportion est de 1,9% en milieu rural, et de 3,3% dans le rural des provinces du sud.

Evolution de la prévalence contraceptive globale(%) enquêtes nationales⁸ :

Années	1980	1984	1987	1992	1995	1997	2003/2004
National	19.4	25.5	35.9	41,5	50,3	58,8	63
Urbain	36	42.5	51.9	54,5	64,2	65.8	65.5
Rural	9.7	15.2	24.6	31,5	39.2	50,7	59.7

⁸ Programme National de Planification familiale, Division de la planification familiale, Direction de la population, Maroc 2008.

Section 2 :
Méthodologie de Recherche

1. Contexte de l'étude :

La question du ralentissement de la croissance démographique se pose avec acuité en terme de maîtrise de la fécondité et de planification familiale .En ce sens l'utilisation de la contraception moderne intervient comme moyen de prévention des grossesses non désirées, précoces ou tardives et d'espacement ou de limitation des naissances.

Les premières années d'indépendance ont connus un taux d'accroissement élevé de la population ce phénomène est dû aux changements qui ont caractérisé le cadre social et le domaine économique. Le changement de l'époque, la multiplication des campagnes de sensibilisations, le développement de la recherche scientifique, l'évolution de la société et des mentalités qui a notamment été marqué par la volonté des femmes à accéder à une carrière avant tout ,font partie des éléments qui expliquent que les femmes mettent un point d'honneur à utiliser les moyens contraceptifs modernes pour planifier la taille de leur famille.

Cela ne fait pas d'elles des femmes moins maternelles, mais plutôt des personnes libres et bien dans leurs corps, les conditions économiques sont également un élément déterminant .Le statut de la femme dans la société et son niveau de scolarisation poussent les familles à espacer les naissances et à en diminuer le nombre.

2. Le choix du thème :

Durant ces dernières années, différentes explications ont été données à la transition de la fécondité ont montré que les femmes urbaines ont toujours eu une fécondité plus faible que les femmes rurales. L'urbanisation modifie les aspirations et les comportements à l'égard des enfants et provoque la réduction des naissances, d'autre part le rôle de la crise économique dans la baisse de la fécondité, et de plus la scolarisation massive féminine et l'accès à l'emploi.

Enfin tout cela emmène à l'émergence de la planification familiale qui a engendré la hausse de l'utilisation de la contraception moderne dans les unions.

De ce fait, il nous a semblé important de faire une étude sur la pratique contraceptive qui est l'analyse des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union, tout on passant par le statut de la femme la fécondité pour arriver à la pratique contraceptive.

3. Problématique :

Depuis le début des années 80, période à la qu'elle a été adopté le programme National de Maîtrise de la Croissance Démographique, des changements majeurs ont été observés dans le domaine démographique. En deux décennies le rythme d'accroissement de la population a été considérablement ralenti. De même, les attitudes et les comportements en matière de procréation ont connu des modifications importantes générant de nouveaux modèles de nuptialité et de fécondité. Le recours à la contraception a progressé de manière sensible durant les dernières années, elle est le principal déterminant des différences de fécondité observées dans la population. La surveillance de l'évolution des taux de la pratique contraceptive est une action essentielle pour un meilleur contrôle de la fécondité.

Actuellement, la totalité des femmes Algériennes ont conscience de l'existence et de l'intérêt des méthodes contraceptives. La contraception est clairement devenue une affaire de femme.

Sans oublier qu'en Algérie, comme dans les autres pays du monde arabe, la scolarisation féminine et son accès au marché du travail a pris une ampleur dans la société et exerce un rôle primordial dans la formation des comportements démographiques, aussi bien en matière de contrôle des naissances qu'en matière de la contraception.

Pour cela, les questions que nous nous sommes posées et auxquelles nous avons voulu répondre ont été les suivantes :

Problématique Principale :

1. Pourquoi les femmes algériennes font elles appellent de plus en plus à la contraception ?
2. Quel est le niveau atteint par la contraception?
3. Quels sont les facteurs qui influencent et qui expliquent l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union ?
4. Quels est le profil des femmes utilisatrices et non utilisatrices des moyens contraceptifs modernes ?

Questions Secondaires :

1. Est-ce que les mentalités des femmes ont changés ?
2. Est-ce que l'agrandissement de la famille est retardé par l'expérience professionnelle ?
3. Est-ce que l'enfant est un frein à la carrière professionnelle de la femme ?
4. Est-ce le niveau d'instruction est une des causes d'utiliser les moyens contraceptifs chez les femmes en unions ?

4. Hypothèses de l'étude :

Notre problématique s'appuie sur les hypothèses suivantes :

1. Le niveau d'instruction influe sur la pratique contraceptive moderne.
2. L'activité féminine diminue la chance d'avoir une vie féconde libre et influe sur la pratique contraceptive.
3. Les discussions avec le conjoint relatives à la planification des naissances et son attitude sont des facteurs ayant des effets sur l'utilisation de la contraception moderne.

5. Objectifs de l'étude :

L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs liés à l'opportunité, à la capacité et à la motivation qui influencent l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union âgées de 15 à 49 ans.

Objectifs secondaires :

1. Dégager le profil des femmes utilisatrices et non utilisatrices de la contraception moderne.
2. Connaitre l'effet de l'activité féminine sur la pratique contraceptive moderne.
3. Connaitre les principaux changements en matière de fécondité ces dernières années.

6. Méthode de travail :

La méthode suivie dans cette étude est constituée de deux éléments :

- Méthode de collectes de données qui correspond notre recherche.
- L'analyse statistique des données de l'enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002

Les données collectées proviennent d'une documentation déjà existante sur le domaine.

Ce travail est présenté en trois Chapitres, le premier est consacré au cadre méthodologique et théorique dans lequel s'inscrit la problématique et le cadre conceptuel, le second présente les principaux éléments sur lesquelles se développent le thème, enfin le troisième et le dernier chapitre présente les principaux résultats de l'enquête utilisée.

7. Limite de l'étude :

Dans ce travail, il est question d'examiner, les différents déterminants de la pratique contraceptive moderne en Algérie chez les femmes en union âgées de 15 à 49 ans en utilisant les données d'une enquête (Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002).

Notre travail consiste à donner un aperçu du profil des femmes en union utilisatrices et non utilisatrices de la pratique contraceptives moderne, plus une approche sur le lien entre le taux d'activité féminin, le taux de fécondité et le taux de la pratique contraceptive par une analyse de la relation entre le rôle productif (travail) et reproductif (fécondité).

Nous essayons d'examiner l'influence du changement économique, social et culturel sur le comportement reproductif des femmes algériennes.

Section 3 :

**Cadre conceptuel sur la situation
économique sociale et démographique de
l'Algérie**

1. Définition des différents concepts :

➤ **Femme**⁹ :

Du latin, une femme est une personne du sexe féminin. Il s'agit d'un terme qui est employé en contraste à homme, un concept qui l'être humain du sexe masculin. L'usage le plus spécifique du mot femme est associé à la personne du sexe féminin ayant déjà atteint sa puberté ou l'âge adulte. Ceci dit, d'après les paramètres culturels, la fille devient une femme à partir de ses premières règles (la menstruation).

Le rôle de la femme a changé au cours de l'histoire. Durant des siècles, la société considérait que la femme devait se limiter à accomplir ses fonctions d'épouse et de mère. Au fil du temps, les femmes ont commencé à occuper des rôles sociaux plus importants dans toute sorte de fonctions, aussi bien dans le monde du travail (voire des affaires) que dans la politique.

➤ **Femme**¹⁰ : être humain du sexe qui met au monde les enfants, tout être humain femelle adulte

➤ **Travail**¹¹ : ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire ce qui est utile, état, activité d'une personne qui agit avec suite en vue d'obtenir un tel résultat.

➤ **Fécondité**¹² : faculté de se reproduire, période de fécondité, contraire de stérilité, le fait de se reproduire fréquemment, d'avoir beaucoup d'enfants.

➤ **Fécondité**¹³ : est la capacité de se reproduire, qualité de ce qui est fécond. Le terme s'applique aux êtres vivants et notamment à l'homme, dans le domaine de la santé reproductive ou la démographie.

- En biologie, la fécondité exprime la capacité des espèces vivantes, animales ou végétales de se reproduire et d'assurer la perpétuation de l'espèce. C'est le contraire de la stérilité. Le terme peut s'appliquer à l'espèce en général ou plus spécialement aux femelles.
- En démographie, la fécondité s'exprime par un indice égal au nombre moyen d'enfants nés vivants rapporté à la population féminine en âge de procréer (taux de fécondité).

➤ **Contraceptive**¹⁴ : qui permet l'infécondité volontaire.

⁹ <http://lesdefinitions.fr>

¹⁰ MICRO ROBERT : Dictionnaire du français primordial

¹¹ Idem

¹² Idem

¹³ www.google.com/wikipedia

¹⁴ MICRO ROBERT : Dictionnaire du français primordial

➤ **Pratique contraceptive**¹⁵ : ensemble de méthodes employées afin d'empêcher de façon temporaire la fécondation

➤ **Les méthodes contraceptives**¹⁶ : visent à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. De nombreuses méthodes de contraception sont utilisées, aux caractéristiques variables.

On décline ces méthodes en plusieurs catégories :

- Les méthodes « barrières », avec le préservatif masculin, le préservatif féminin, le spermicide, le diaphragme et la cape cervicale.
- Le dispositif intra-utérin (ou DIU ou stérilet) avec le DIU au cuivre et le DIU hormonal.
- La contraception hormonale féminine avec la pilule (oestroprogestive ou progestative), l'implant contraceptif, le progestatif injectable, le « patch » contraceptif et l'anneau vaginal.
- Les méthodes de stérilisation avec ligature des trompes et la méthode assure chez la femme, et la vasectomie chez l'homme.
- Certaines méthodes naturelles sont exclusivement contraceptives avec le coït interrompu ou retrait, l'allaitement à la demande.
- Il existe de plus des moyens de contraception dits « d'urgence », à savoir la pilule du lendemain.

¹⁵ <http://lintrn@utre.com/dictionnaire> fr

¹⁶ www.google.com/wikipedia

Introduction :

La politique du développement économique, menée par les pouvoirs publics depuis l'indépendance de l'Algérie en 1962 et dont l'objectif principal est l'amélioration des conditions socio-économique de la population, a réalisé des progrès palpables, mais des défis restent à relever.

Les programmes de développement menés depuis 50 ans, ont permis à l'Algérie de faire un pas considérables en matière de développement socio-économique. Si elle a réussi à atteindre des objectifs grâce à la bonne tenue des prix du pétrole, à la dépense publique et à la baisse de l'augmentation naturelle de la population, il reste beaucoup à faire notamment en direction des populations de l'intérieur du pays¹⁷.

Au lendemain de son indépendance, l'Algérie a été confronté à une situation de précarité des populations avec des indicateurs socio-économique et sanitaires particulièrement alarmants : intensité de la pauvreté, accès limité à l'emploi, aux services de santé et d'éducation, protection sociale insuffisante, voire inexistante pour une grande partie de la population. La mortalité infantile était supérieure à 150‰ naissances vivantes, l'espérance de vie à la naissance inférieure à 50 ans, un taux de scolarisation quasiment marginal ne dépassant le tiers de la population concernée¹⁸.

2. la situation économique sociale et démographique en Algérie

2.1 Le cadre global de l'économie Algérienne :

L'Algérie indépendante a déployée des efforts en termes de mobilisation des ressources, de modernisation d'équipement et d'infrastructures notamment dans le cadre des réformes entreprises (révolution agraire, révolution industrielle, révolution culturelle). En effet, la politique économique menée au cours des années 70 s'est traduite par une forte croissance (6 à 7% par an) une baisse continue du taux de chômage (31% en 1966, 18% en 1980). Tout cela été réalisé à la faveur de l'embellie dues aux hydrocarbures sur le marché mondial à partir de 1973¹⁹.

A partir de 1986, l'Algérie s'est trouvée en situation d'insolvabilité dès la chute brutale des prix des hydrocarbures sur le marché mondial qui marque une rupture

¹⁷ Développement socioéconomique de l'Algérie des avancées considérables et des défis à relever/www.djazair50.dz/ le portail du Cinquenaire de l'indépendance de l'Algérie.

¹⁸ POPULATION ET DEVELOPPEMENT EN ALGERIE CIPD+10 RAPPORT NATIONAL, Décembre 2003, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

¹⁹ Idem

dans le trend de croissance accélérée que l'Algérie avait connu durant sa période d'économie administrée.

Ceci a eu pour conséquence l'apparition d'une crise financière qui a poussé l'Algérie à engager des programmes de stabilisation suivis de programmes d'ajustement structurel en coopération avec le FMI afin d'obtenir de nouveaux prêts. Mais ces programmes ont toujours visés la réduction de la demande intérieure, la réduction du budget de fonctionnement, la réduction de la masse monétaire et la dévaluation de la monnaie.

Le rééchelonnement de la dette et la mise en œuvre des réformes visant l'adaptation au système d'économie de marché ont eu pour effets, au plan social, la dégradation du pouvoir d'achat pour une frange importante de la population, induisant ainsi une augmentation de la pauvreté dans la société et une extension du chômage dont le taux passe en deux ans (1985-1987) de 9,7% à 21,4% en particulier pour les catégories d'âge les plus jeunes .

2.2 L'Evolution de l'économie Algérienne :

Sur les quinze années qui ont suivi la crise de 1986, des transformations structurelles ont caractérisé l'économie (désengagement progressif de l'Etat de son rôle d'entrepreneur, restructuration économique du secteur public, libération des prix, abandon progressif du système de subventions, restrictions budgétaires.....). Leur impact social a été coûteux et les progrès sociaux précédents ont été fragilisés.

L'Algérie a entamé, à la suite de la crise de 1986 des réformes d'ordre structurel et social de type dirigé au profit d'un système à orientation libérale.

Le pays s'est trouvé devant la nécessité de procéder à des réformes impliquant trois périodes. Ces réformes visaient à rétablir les équilibres macroéconomiques et à réunir les meilleures conditions pour favoriser la création de l'emploi et relance la croissance économique.

1. La phase 1986-1994 :

Marqué par la mise en œuvre de trois programmes de stabilisation avec le FMI (en 1989, 1991 et 1994) aboutissant à un rééchelonnement de la dette extérieure en 1994 et une évolution négative concernant les principaux indicateurs économiques et sociaux.

L'inflation a beaucoup augmenté, du fait particulièrement de la libération des prix et des dévaluations du dinar.

Le taux de chômage est passé de 17% à près de 25% sur cette période. Les dépenses sociales de l'Etat ayant été fortement contenues, le pouvoir d'achat s'est sensiblement détérioré. Le contexte de récession économique a entraîné une détérioration des conditions de vie des ménages en général et beaucoup d'indicateurs de développement social ont connu une régression.

2. La phase 1995-2000 :

Elle se caractérise par une évolution plus favorable des principaux indicateurs socio-économiques. La croissance économique annuelle moyenne est devenue supérieure à la croissance démographique. Le revenu disponible des ménages est en termes réels, en hausse de 20% sur la période. L'allocation de ressources budgétaires destinées aux secteurs sociaux est en progression.

3. La phase 2000 à ce jour :

Grâce aux importants revenus pétroliers, le pays a pu mettre en place deux programmes importants d'investissements publics, un programme de soutien à la relance économique de 7 milliards US dont les objectifs sont de renouer avec une croissance économique durable et forte (5 à 6% par an) et de créer quelque 850.000 emplois.

Et le 2^{ème} programme de 55 milliards US pour un plan de consolidation de la croissance économique. Ces programmes concernent tous les secteurs d'activité et visent la mise à niveau de l'économie, la modernisation du service public la création d'emplois et le renforcement des infrastructures de base.

Dans ce cadre, il existe un programme de lutte contre la précarité et d'accompagnement à l'insertion sociale des populations en difficulté. Les principaux résultats sociaux obtenus concernent la consommation par tête des ménages qui a augmenté de près de 2% en moyenne annuelle, le recul sensible du chômage (le taux de chômage se situe à moins 10% en 2010 contre près de 30% en 2000) il y avait également une mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire de base permettant le fonctionnement d'une économie de marché et le développement de nouveaux comportements chez les agents économique et au sein de la société.

Cependant l'Algérie reste jusqu'à présent, fortement dépendante des économies occidentales qui constituent le principal débouché de ses exportations d'hydrocarbures (70%) et ses sources essentielles d'importations (60%)²⁰.

Tableau n°4 : Principaux indicateurs de l'économie nationale²¹

Année	1998	1999	2005	2006	2007	2008
Croissance du PIB en%	5.3	2.3	4.7	5.6	6.3	6.1
PIB/hab US \$	1633	1621	3125,1	3478	3968	5206
Dettes extérieures milliard US \$	30,3	28,31	16,4	5,06	4,89	4,2
Taux d'inflation	5	2,6	1,5	2,5	3,5	4,4
Réserves de changes MUSD	6,84	4,4	46,18	77,78	110,18	110,18
Solde extérieur courants MUSD	-0,09	0,02	21,18	28,95	30,6	30,6

Tableau N°5 : Evolution de l'indice de Développement Humain et des Indices Dimensionnels²².

Années	1995	1999	2000	2004	2005
Indices de Développement Humain (IDH)	-	0,695	0,705	0,750	0,761
Indice Espérance de vie à la naissance	0,704	0,783	0,792	0,830	0,827
Indice PIB en parité de pouvoir d'achat	0,640	0,661	0,666	0,708	0,726
Indice du niveau d'instruction	-	0,639	0,659	0,711	0,730

3. Dynamique et la transition démographique de l'Algérie :

Au 1^{er} janvier 2012 la population résidente totale de l'Algérie a franchi les 37 millions d'habitats. Le bilan démographique de l'année 2011 révèle que le volume de naissances vivantes a dépassé la barre des 900 000, seuil jamais atteint

²⁰ Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011.

²¹ M^{elle} BEKHTAOUI Assia, Analyse statistique d'emploi et chômage cas de la wilaya d'Oran (Enquête emploi auprès des ménages 2007), thèse de Magistère en Démographie, 2010. (Tableau n°01 page 14)

²² Rapport National sur le Développement Humain ALGERIE 2006, C.N.E.S (Tableau n°1 page 20)

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

auparavant, alors que l'évolution du nombre des mariages se distingue par une augmentation de l'ordre de 7% par rapport à l'année précédente.

La question démographique est devenue préoccupante dès le premier recensement général de la population et de l'habitat de 1966 qui avait révélé un taux d'accroissement naturel très élevé de 3,2% par an, tandis que les premiers résultats du recensement de la population réalisé au mois d'avril 2008 ont donné une population de 34,8 millions d'habitats, correspondant à un taux d'accroissement intercensitaire de 1,72%. Pour ce qui concerne la structure de la population, la pyramide des âges continue d'enregistrer un rétrécissement de sa base et un élargissement progressif vers le sommet.

Tout ce changement de la dynamique démographique de l'Algérie était d'abord la traduction de la politique d'extension de l'offre de soins avec le renforcement du réseau d'infrastructures sanitaires et l'augmentation des effectifs du secteurs (personnel médical, paramédical et de soutien) sans oublier l'effet du recul de l'âge au premier mariage et la diffusion de la contraception moderne, de l'impact du développement sur l'amélioration du niveau d'instruction des filles, ainsi que la participation de plus en plus forte de la femme à l'activité économique et l'urbanisation rapide et les difficultés d'accès à l'emplois et la crise chronique du logement ont dû aussi influencer négativement la nuptialité et la croissance démographique.

Tableau n°6 : Evolution du taux d'accroissement naturel de la population Algérienne (1966-2012)²³

Année	1966	1977	1987	1998	2008	2009	2010(*)	2011(*)	2012(**)
Pop au milieu de l'année (en millier)	-	17058	23139	29507	34591	35268	35978	36717	37495
Accroissement naturel (en millier)	-	555	639	463	663	690	731	748	808
T.A.N(en%)	3,40	3,17	2,76	1,57	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16

Source : *ONS : DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2011 n°600 (Tableau n°1 page 3)

** ONS : DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2012 (Tableau n°1 page 3)

²³ Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi, Rapport d'évaluation initiale du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007/2011, (Tableau n°01 Page 15).

Graphe n°01 : Evolution du taux d'accroissement naturel (1966-2012) en (%)

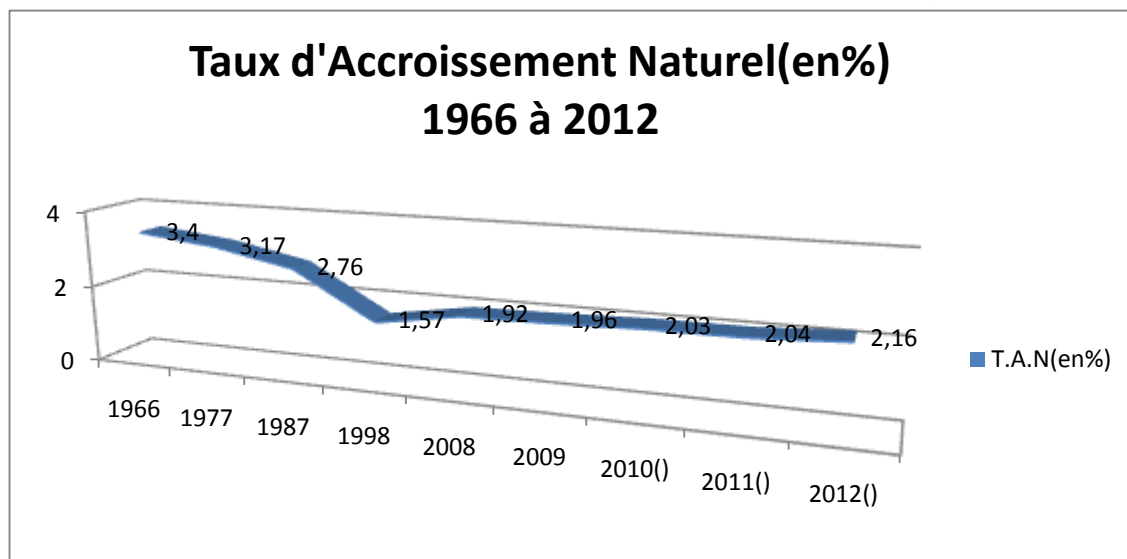
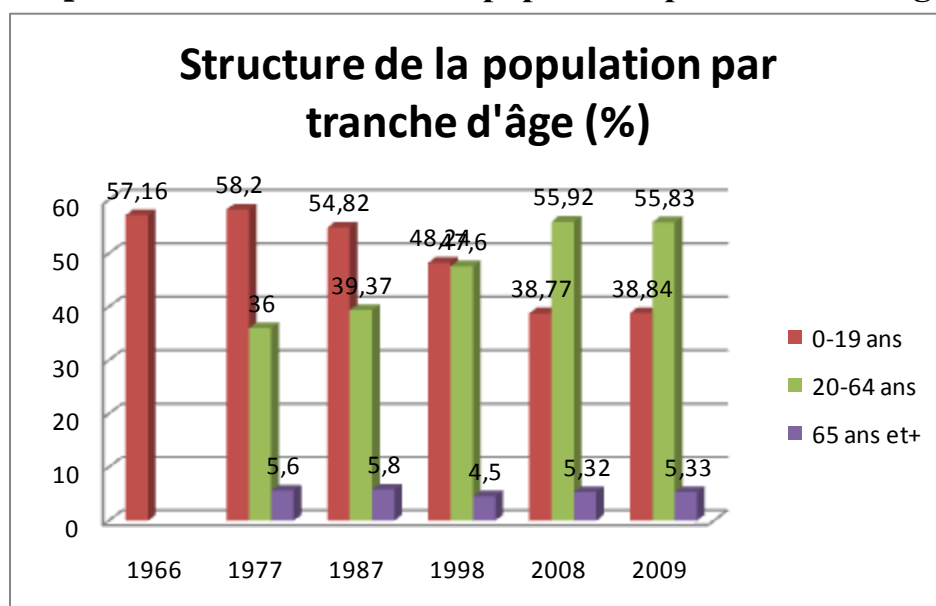


Tableau N° 7 : structure de la population par tranche d'âge en(%) selon les années significatives²⁴

Groupe d'âge	1966	1977	1987	1998	2008	2009
0-19 ans	57,16	58,2	54,82	48,24	38,77	38,84
20-64 ans		36	39,37	47,6	55,92	55,83
65 ans et+		5,6	5,8	4,5	5,32	5,33

Graphe n°02 : Structure de la population par tranche d'âge (%)



²⁴ Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi, Rapport d'évaluation initiale du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007/2011, (Tableau n°02 Page 15).

3.1 Evolution de la population :

Il est communément admis que l'évolution démographique en Algérie est dans une phase assez avancée de la transition démographique.

Durant ces cinquante dernières années, l'accroissement de la population a été très important .En effet, la population était estimée à près de 10 millions à l'indépendance en 1962²⁵ , au 1^{er} janvier 2012 la population résidente totale a franchi les 37 millions d'habitants²⁶. Les taux d'accroissement de la population ont varié de 0,5% au cours de la période 1901-1905 à 1,96 durant l'année 2009. De 1966 à 1985, on a assisté réellement à une expansion démographique sans précédent. Le taux d'accroissement démographique a toujours été supérieur à 3% au recensement de la population de 1977. Mais cependant de 1986 à 2000, on a noté une baisse continue du taux de la croissance démographique qui est de l'ordre de 2,28% en moyenne annuelle²⁷ .

Depuis la mise en œuvre du programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD) de Février 1983, la croissance de la population a été inférieure de près de 30% que celui prévu aux conditions initiales d'évaluation. Un ralentissement progressif a été observé depuis 1987 situant le taux d'accroissement naturel à près de 1,96% en 2009, l'espérance de vie à la naissance est de 75,5ans en 2009 soit près de 16 ans de plus qu'en 1980.Elle est plus grande pour les femmes (77,1ans) que pour les hommes (75,8ans) conformément à la tendance universelle de longévité féminine²⁸ .

La structure par âge de la population reste toujours caractérisée par sa jeunesse. Cependant, si la tranche d'âge des moins de vingt (20) ans a toujours représenté plus de la moitié de la population, avant 1995 (58% en 1977, 55% en 1987 et 50,5% en 1995) cette proportion passe au-dessous de 50% soit 48,27% dès 1998 pour atteindre actuellement les 38,84% en 2009. La population âgée de 60 ans et plus s'est, quant à elle, accrue rapidement au cours de la période 1987 à 2008, elle représente, selon les résultats du recensement de 2008 7,41% de la population.

Enfin, pour ce qui est de la natalité, il a été constaté un accroissement des naissances durant la période 2000 à 2012 en effet celui-ci passe de 589000 en 2000 à 978000 en 2012 après avoir connu une baisse de 1985 à 2000. Cet

²⁵ Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi, Rapport d'évaluation initiale du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007/2011.

²⁶ ONS : DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2012 (ONS.dz)

²⁷ Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi, Rapport d'évaluation initiale du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007/2011.

²⁸ ONS : DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2012 (ONS.dz)

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

accroissement, récent et continu, du nombre de naissances semble dû à la progression du nombre de mariage entre 2000 et 2012, passant de 177 548 à 371 280 (soit le taux de nuptialité égale à 5,84% en 2000 est à 9,9% en 2012).

Tableau N°8 : Evolution de la structure de la population Algérienne par grands groupes d'âges et sexe % (1966-1998)²⁹

Année	Moins de 20 ans			20 à 59 ans			60 ans et plus			Accroissement annuel moyen (%)	
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	-20 ans	60 ans et +
1966(*)	59,41	55,39	57,37	34,06	37,76	35,94	6,53	6,85	6,70	/	/
1977(*)	59,68	56,81	58,24	34,47	37,43	35,96	5,85	5,76	5,80	3,52	1,66
1987(*)	55,52	54,51	55,02	38,89	39,59	39,23	5,59	5,90	5,74	3,42	4,04
1998(*)	48,73	47,79	48,27	44,93	45,35	45,19	6,34	6,86	6,59	1,04	3,45

²⁹ (*) Politique Nationale de population à l'horizon 2010, « Situation Démographique, Evolution Récente et perspectives » Synthèse juillet 2001 (Tableau n°8 Page 8), Direction de la Population, Algérie

Conclusion du chapitre 1 :

La croissance démographique de la population Algérienne est encore qualifiée de rapide avec un rythme de 3,17% à 1,92% entre 1977 et 2008.

Cette décrue démographique s'inscrit dans un contexte de mutations familiales, marquées notamment par l'évolution des modèles de fécondité et de nuptialité.

Il est à révéler tout particulièrement le recul important de l'âge au mariage et la persistance des comportements natalistes notamment parmi les générations les plus âgées et dans certaines régions du pays.

Des conditions structurelles limitent également les naissances, les problèmes de logements sont centraux notamment en Algérie, par ailleurs le taux d'activité des femmes est plus en plus élevé cela revient à la durée moyenne des études s'est accrue.

Le mariage tardif est devenu une réalité en 1966 on se mariait en moyenne à 18 ans, désormais l'âge moyen au mariage se situe autour de 28 ans, l'évolution démographique est donc proche de celle connue par les pays européens les familles de 2 et 3 enfants sont désormais la norme en Algérie.

En effet l'Algérie à changer ses comportements démographique, un développement social et une amélioration des différents agrégats économiques comme le (PIB, l'espérance de vie à la naissance, l'indice de produit intérieur brut en partie de pouvoir d'achat et le niveau d'instruction) durant la dernière décennie.

CHAPITRE 2

Caractéristique et Composition du Travail Féminin, de la Fécondité et de la Pratique Contraceptive en Algérie

Introduction :

Au cours de la dernière décennie, le contexte macro-économique algérien a connu des changements profonds, liés à la mise en œuvre de réformes multi dimensionnelles structurelles (politiques, économiques, sociales). Dès l'indépendance, la société Algérienne connaît une très forte domination masculine qui s'exerçait dans tous les domaines de la vie économique et sociale.

Des changements démographiques fondamentaux sont inconcevables sans un ébranchement profond des structures traditionnelles de la société et du recul de certains conservatismes. Au cœur de ces changements se trouve fondamentalement posé la place et le rôle de la femme dans la société. La conception moderne du travail féminin s'est posée tout au long du vingtième siècle, la situation de la femme sur le marché du travail n'a pas cessé de s'améliorer la main d'œuvre féminine est désormais considérée comme une ressource importante pour le développement économique et sociale. La pleine utilisation de la main d'œuvre féminine est considérée comme facteur d'efficacité de l'utilisation des ressources humaines.

La famille et les relations hommes / femmes se sont trouvées grandement bouleversées, l'amélioration du niveau d'éducation de la population notamment chez les femmes a permis à la fille de s'insérer plus facilement au marché du travail et de retarder ainsi son entrée au marché matrimonial même d'espacer entre ces naissances.

Dans ce chapitre en va faire une vue générale sur plusieurs axes qui concerne la femme dont en va le diviser en trois sections sont les suivantes :

Section 1 :
Evolution du travail féminin
en Algérie.

1. La scolarisation en Algérie :

Le rôle de l'éducation dans le développement et l'épanouissement de l'être humain n'est plus à démontrer. Cela est dû à son effet multiplicateur qui touche tous les domaines de la vie humaines depuis la naissance jusqu'à la mort.

De ce fait l'éducation est un facteur très important dans la détermination des devenirs et des carrières des individus ainsi que leur bien-être elle est également un facteur essentiel dans le développement des sociétés dans le monde d'aujourd'hui.

En matière de scolarisation, l'Algérie depuis l'indépendance à ce jour a mené une politique de scolarisation a pour effet de permettre un égal accès des enfants à l'instruction quel que soit leurs genres et leurs classe d'origine et sa grâce à l'élargissement du réseau d'école et une politique volontariste de recrutements d'enseignants algérien et de coopèrent étrangères.

Garantir la scolarisation des enfants est parmi les objectifs du millénaire pour le développement, ils prévoient aussi d'éliminer les disparités entre les sexes. Actuellement les autorités sont en train de faire face à l'un des grands défis car l'effectif qui profite de la gratuité de l'enseignement est de l'ordre de 9 millions soit l'équivalent de 27% de la population totale³⁰.

Rappelons dans ce cadre qu'entre 1970 et 2003 les effectifs scolarisés sont passés de 2,1 millions à 7,9 millions et que le nombre des établissements a progressé de 7058 à 21921 durant la même période³¹.

Ces chiffres reflètent la prise en charge totale de l'éducation par l'état qui finance l'essentiel du système éducatif à titre d'exemple en 2004 les autorités Algérienne ont consacré une enveloppe qui représente 18,4% de ses dépenses budgétaires et 5,8% de PIB³².

Si l'analphabétisme touchait près de 90% de la population âgées de 10 ans et plus en 1962 et le taux de scolarisation pour la tranche d'âge (6-14 ans) était de 50%, aujourd'hui ces deux proportions sont tombées à 22,3% et 91,8% respectivement.

³⁰ BOULFAKHAR NACER et BEDROUNI MOHAMED, Les déterminants familiaux de la scolarisation en Algérie, intervention réalisée par : Université SAAD DAHLAB- BLIDA- Algérie

³¹ Idem

³² Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le Développement, Juillet 2005, Algérie.

Le développement considérable qu'a connu le système éducatif dans ses différents paliers, à la fois dans ses effectifs ses infrastructures et son encadrement, traduit l'important degré de priorité qui lui a été accordé dès l'indépendance.

Les progrès en matière de scolarisation féminine ont été plus rapides. La parité entre les sexes est quasiment atteinte au primaire et dans le moyen, alors que la proportion des filles est plus élevée que celle des garçons dans le secondaire et dans le supérieur.

Le taux de scolarisation des enfants âgés de 6 à 14 ans est estimé à 94,3% au niveau national. Il est largement plus élevé en milieu urbain où il est de 96,7% contre 91,5% en zone rurale.

Le plus fort taux de scolarisation féminine se trouve au milieu urbain. Dans le milieu urbain, les taux de scolarisation pour les deux sexes sont pratiquement identiques, en milieu rural, une légère différence est en faveur des garçons.

En effet, le taux de scolarisation observé a connu un accroissement de 10 points en 8 ans de 1998 à 2006 passant de 84,3% à 94,3%.³³

1.1 La scolarisation des filles :

« La scolarisation à grande échelle est un facteur déterminant le début d'un recul durable de la fécondité » (IN Dynamique de la population : Fécondité et mortalité en Afrique, Nations Unies, CEA, 366-423)

Après le code du statut personnel de 1984(sont indiqués pour les femmes) ont été marquées une amélioration non négligeable tant au niveau de la scolarisation notamment des filles qu'au niveau de l'analphabétisme des femmes .Cette amélioration du capital scolaire des filles en Algérie a eu un impact sensible sur leur comportement procréateur .

³³ Enquête national à indicateurs multiples, Rapport principal Fond des Nations Unies pour l'enfance, Fond des Nations Unies pour la population, Système des Nation Unies pour le développement pour l'Algérie, Décembre 2008, MICS3 2006.

Tableau n°9 : Evolution du taux de scolarisation selon le sexe de la population Algérienne de (6-14 ans) pour les 5 recensements 1966-2008 (%)

Sexe	Masculin	Féminin	Total
1966	50.8	36.9	43.85
1977	80.8	59.6	70.2
1987	87.75	71.56	79.65
1998	85.28	80.73	83.005
2008	92.4	91.2	91.8

Source : ONS, RGPH (1966, 1977, 1987, 1998, 2008)

Le taux de scolarisation enregistre une amélioration sans cesse croissante et traduit également les bons résultats de la politique de l'enseignement sur le plan quantitatif. En 1966 a enregistré que 36,9% pour la part des fille pour arriver en 2008 a un taux de 91,2% devant un taux de 92,4% pour le sexe masculin l'écart entre les deux sexe a été considérablement réduit par rapport aux années précédentes , la liaison entre les différents investissements versés au secteur de l'éducation nationale et la scolarisation, résumée par l'évolution du nombre d'écoles et du taux de scolarisation.

Tableau n°10 : Evolution du taux d'analphabétisme selon le sexe de la population Algérienne pour les 5 recensements de 1966-2008 (%)

Sexe	Masculin	Féminin	Total
1966	62.3	85.4	73.85
1977	48.2	74.3	61.25
1987	30.75	56.66	43.70
1998	23.65	40.27	31.96
2008	15.6	29	22.3

Source : ONS, RGPH (1966, 1977, 1987, 1998, 2008)

Les cinq recensements réalisés depuis l'indépendance révèlent des différences selon le sexe. En effet les femmes sont plus touchées par le phénomène analphabétisme que les hommes. Malgré la diminution remarquable en réduisant le taux de 85,4% en 1966 à 29% en 2008 devant un taux de 62,3% à 15,6% pour la même période pour le sexe masculin, il n'en demeure pas moins que l'analphabétisme reste encore un sujet de préoccupation.

2. La participation de la femme à la vie économique :

La participation de la femme à la vie économique enregistre une avancée remarquable depuis les années 90 particulièrement en milieu urbain. Cette participation à la vie professionnelle rémunérée lui permet de sortir de l'espace familial traditionnel, d'aspirer à un nouveau mode de vie et de disposer dans son entourage d'un pouvoir de décision produisant de nouveaux rôles dans la famille et dans la société. C'est ainsi que l'effet de l'activité féminine sur la fécondité a été largement démontré dans plusieurs études démographique. L'exercice d'une activité économique engendre un comportement favorable à une descendance réduite, notamment dans les zones urbaines. Les femmes qui travaillent ont davantage d'occasions de contact avec le monde extérieur et peuvent adopter des attitudes rationnelles par rapport à leur descendance et à l'espacement des naissances.

2.1 Evolution du marché du travail :

L'emploi ou l'activité c'est un élément important qui permet l'accès aux moyens matériels de confort et de développement social et économique de l'individu ou du ménage³⁴.

L'emploi est l'un des domaines où l'Algérie enregistre depuis des années un déficit malgré tous les efforts qui lui sont accordés. Le rythme de l'accroissement démographique est le facteur explicatif vu le nombre de poste de travail créés annuellement et les différentes formules d'aide à l'insertion professionnelle, notamment des jeunes³⁵.

La création de poste de travail est un résultat d'une politique économique orientée vers la production et la croissance, l'évolution des indicateurs de

³⁴ Aissa DELENDIA, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, Janvier 2004

³⁵ Idem

l'emploi révèle des changements notamment en 1987 et 1995 et une rescription progressive du chômage entre 1973 et 1985 avec la création de 150000 emplois par ans en moyenne. La chute des hydrocarbures est une conséquence de l'augmentation brutale du taux de chômage qui a atteint 21% en 1987. Les années 1990 restent marquées par une continuité d'augmentation du taux de chômage³⁶.

En 1995, pour la première fois, le chômage a atteint le chiffre de deux millions de personnes de chômeurs, le taux de participation à la hausse du fait notamment de l'amélioration du niveau d'éducation, en particulier de la population féminine, L'évolution de la population active dépend de la population en âge de travailler et du taux de participation.

Le ratio de dépendance, soit le rapport entre la population inactive et la population en âge de travailler³⁷ est passé de plus de 100% en 1970 à environ les 50% en 2010 et continuera à diminuer jusqu'en 2025.

Tableau n°11 : Evolution du ratio de dépendance(%)

Année	1965	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Taux de dépendance	99	110	102	85	65	55	49	48	46	44

Source : Word Population Prospect, Nations Unies 2005.

Dans les années 90, des générations pleines sont venues grossir les rangs de la population active, augmentant davantage la proportion du chômage que celle de l'emploi par un phénomène de files d'attente lié à l'incapacité d'absorption du marché du travail, alors même que les femmes entraient rapidement sur le marché du travail au même moment.

2.2 La transition de l'emploi féminin :

L'Algérie a connu une arrivée massive des femmes sur le marché du travail durant la dernière décennie. La structure de la population féminine active

³⁶ BEKHTAOUI Assia, Analyse statistique d'emploi et chômage cas de la wilaya d'Oran (Enquête emploi auprès des ménages 2007), thèse de Magistère en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, 2010.

³⁷ Idem

enregistre des modifications importantes puisqu'on comptabilise en plus des femmes occupées, celles qui sont à la recherche d'un emploi.

a) L'emploi féminin durant la période socialiste (1962-1980)

Durant les années 1962 à 1980, l'Algérie a eu des orientations socialistes de son économie. Et la propagande valorisant l'émancipation par l'éducation et le travail, n'a pas donné de progrès significatifs en matière d'accès des femmes à l'emploi. Durant cette période les taux d'activités féminines était parmi les plus bas du monde.

Tableau n°12 : Evolution du taux brut d'activité et de participation selon le sexe de 1966 à 1987(%)³⁸

Années	1966	1977	1987
Taux brut d'activité%*	21.70	19.23	23.36
Masculin	42.2	36.63	42.44
Féminin	1.83	2.04	3.86
Taux net d'activité ou taux de participation%**	45.83	42.11	47.04
Masculin	89.06	81.51	85.08
Féminin	3.85	5.43	8.7

***Taux Brut d'activité : rapport de la population sur la population totale**

****Taux de participation : rapport de la population sur la population en âge de travailler**

L'évolution du taux brut d'activité féminine dans la population active demeure très faible et lent en comparaison avec celui des hommes, par contre le taux de scolarisation est passé de 36,9% en 1966 à 71% en 1987 selon le tableau n°1.

Ces taux toujours faible, pouvant être expliqués par les facteurs suivants³⁹ :

³⁸ BEKHTAOUI Assia Analyse Statistique d'emploi et chômage cas de la wilaya d'Oran (Enquête emploi auprès des ménage 2007). Thèse de Magistère. Université d'Oran Es-Senia, 2010.

- 1) **Facteur démographique** : où on trouve l'âge au mariage, le nombre d'enfants par femmes qui sont un frein pour l'accès de la femme au marché du travail pour cette période (1962-1980).
- 2) **Le niveau d'instruction** : malgré la réduction de l'écart entre les filles et les garçons on trouve que l'analphabétisation touche plus les filles pour cette période avec des taux de 85,4% en 1966 et 56,66% en 1987.
- 3) **Le poids des traditions** : la faible participation des femmes à l'emploi pour cette période est lié en premier aux facteurs socio-culturels en particulier les traditions et la religion.

b) L'évolution de la population féminine occupée :

Le taux net d'activité ou le taux de participation rend compte de l'insertion dans le monde du travail de la population en âge de travailler. Quelle que soit la période les hommes demeurent majoritaires au sein des occupés. Leur proportion tend à diminuer à un rythme très lent durant la dernière décennie. La participation de la femme Algérienne au marché du travail est devenue un sujet d'actualité important même si leur part des occupées reste faible. L'amélioration du niveau d'éducation notamment chez les filles leur permis de poursuivre des études supérieures de s'insérer plus facilement au marché du travail avec qualification et de retarder ainsi leur rentrée au marché matrimonial.

Tableau n°13: Evolution de l'emploi féminin par rapport à l'emploi global de 1977à2011 (%)⁴⁰

Années	1977	1987	1991	2000	2001	2003	2011 *
Pop occupée	2336970	4137736	4193850	6178992	6917000	7276000	9599000
Femmes occupées	180230	365094	518000	797083	982210	1018640	1561000
Taux d'occupation**	7.7	8.8	12.4	12.9	14.2	14	16.3

Source : *EEAM : Enquête Emploi Auprès des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

³⁹ BEKHTAOUI Assia, Analyse statistique d'emploi et chômage cas de la wilaya d'Oran (Enquête emploi auprès des ménages 2007), de Magistère en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, 2010.

⁴⁰ Rapport FMW2 : Evaluation de l'emploi féminin, Chapitre III : Evolution et caractéristique de la population féminine occupée (page 77), Algérie CNES, 2004

On remarque qu'il y a une progression dans la part des femmes occupées au cours de la dernière décennie mais elle reste lente, de 1977 à 2011 avec un taux de 7,7% à 16% respectivement.

c) Caractéristique de la population féminine occupée :

L'évolution des mentalités de la société Algérienne en général et les progrès atteints en matière d'instruction et d'apprentissage des femmes en particulier , ont modifié la structure de la population occupée selon l'âge, le niveau d'instruction ,le milieu d'habitat ,le secteur juridique et le secteur d'activité.

Les tableaux suivants présentent les caractéristiques de la population occupés féminine à différent périodes

Tableau n°14 : Répartition de la population féminine occupée selon l'âge de 1966 à 1998 (%)

Tranche d'âge	1966	1977	1987	1998
-20 ans	28.11	10.87	4.83	2.3
20-29	34.06	44.74	51.76	18.7
30-39	14.49	16.27	21.5	47.6
40-49	11.46	12.06	9.41	21.1
50-59	7.74	5.48	3.44	6.9
60 et +	-	-	-	3.4
Total	100	100	100	100

Source : RGPH : 1966, 1977, 1987 et 1998 Données statistiques N°387 ONS

L'analyse de la structure de la population féminine occupée selon la tranche d'âge permet de constater que la diminution des proportions de (-20ans) entre 1966 et 1998 peut s'expliquer par l'effet de la prolongation de la durée de la scolarisation. En effet les jeunes d'aujourd'hui prolongent leurs séjours à l'école plus que leurs aînés. Le même constat est relevé pour le groupe d'âge (20-29) ans c'est-à-dire une baisse des proportions d'occupées due essentiellement à l'effet de la scolarisation.

Pour conclure, on remarque une tendance tout à fait contraire pour le reste des groupes d'âges surtout le groupe d'âge (30-39) ans en 1966 la proportion des occupées est de 14,49% qui a augmenter en 1998 à 47,6% et ce qui est pour le groupe d'âge (40-49) ans de 1966 à1998 a doublé de 10 points, une légère diminution d'un point pour le groupe d'âge (50-59) un groupe qui représente le départ à la retraite .

Tableau n°15 : Répartition de la population occupée féminine selon le niveau d'instruction de 1985 à 2011 (%)

Niveau d'instruction	Sans	alphabétisée	Primaire	Moyen	Secondaire	supérieur
1985 MOD*	21	0.7	11.8	28	32.1	6.4
1996 EER*	13.3	1.4	9.3	22.6	36.8	16.4
2003 AEC*	14.5	2.2	10.5	18.3	30.3	24.4
2011 EEAM**	3.8	-	6.5	9.5	15.3	33.5

Source :* Rapport FMW2 : Evaluation de l'emploi féminin, Chapitre III : Evolution et caractéristique de la population féminine occupée (page 80), Algérie CNES, 2004.

MOD : Enquête sur la main d'œuvre et démographie

EER : Enquête emploi et revenus

AEC : Activité Emploi Chômage

****EEAM :** Enquête Emploi Auprès des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

L'emploi féminin a connu des améliorations tangibles au plan qualitatif, illustrés par des données sur le niveau d'instruction. La proportion des femmes occupées analphabètes a chuté de 21% en 1985 à 3,8% en 2011 par contre la part des occupées de niveau supérieur de 1985 à 2011 a quadruplé à cause de la forte scolarisation des filles et leur envie d'avoir un niveau plus élevé et supérieur pour leur statut de travail.

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°16 : Répartition de la population occupée féminine selon le secteur d'habitat de 1996,2003 et 2011(%)

Années	1996			2003			2011			
	Secteur d'habitat	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Pop Occup Masculin		2230000	286000	4516000	3407250	2850110	6257360	5062000	2976000	8038000
Masculin (%)		49.4	51.6	100	54.5	45.5	100	63	37.02	100
Pop Occup Féminin		401000	161000	562000	820110	198530	1018640	1235000	326000	1561000
Féminin (%)		71.4	28.6	100	80.5	19.5	100	79.11	20.89	100
Total Occup		2631000	2447000	5076000	4227360	3048640	7276000	6297000	330200	9599000
Total %		51.8	48.2	100	58.1	41.9	100	65.60	34.40	100

Source : * Rapport FMW2 : Evaluation de l'emploi féminin, Chapitre III : Evolution et caractéristique de la population féminine occupée, Algérie CNES, 2004 (page 81).

****EEAM :** Enquête Emploi Auprès des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

La part des occupées en milieu urbain est passé de 71,4% en 1996 à 79,11 en 2011 soit un gain de 7,71%, l'emploi féminin en milieu rural a régressé et ne représentait que 20,90% en 2011 contre 28,6 en 1996 contrairement au milieu urbain .compte tenu de l'évaluation de ces indicateurs, le travail des femmes est d'abord un phénomène urbain qui a tendance à se renforcer d'avantage . Le niveau bas d'insertion dans la vie active des femmes en milieu rural s'expliquerait notamment par le recul du travail dans l'agriculture malgré la dynamique récente du secteur impulsée par PNDA.

Tableau n°17 : Répartition de la population occupée féminine selon l'état matrimonial de 1996 et 2003 (%)

Etat matrimonial	1996*	2003*
Célibataire	51	44.3
Mariées	34.1	44.2
Divorcées (ou Séparées)	8.3	6.7
Veuves	6.6	4.8

Source *Rapport FMW2 : Evaluation de l'emploi féminin, Chapitre III : Evolution et caractéristique de la population féminine occupée (page 79), Algérie CNES, 2004.

**EEAM : Enquête Emploi Au près des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

En 1996 le taux des femmes occupées célibataires est 51%. Pour les mariées ce taux représente un peu plus du tiers avec 34,1% le nombres des femmes veuves et divorcées est estimé à 14% seulement, tandis que en 2003 cette structure a évoluée pour les deux premières catégories dont la participation se situe au même niveau avec un taux de 44% .Cette évolution qui caractérise les femmes mariées occupées signifie que le mariage ,la procréation et l'éducation des enfants ne constituent plus un obstacle majeur pour le travail des femmes, sans oublier les difficultés économiques rencontrées par le ménage Algérien ont tendance à l'emporter définitive sur l'opposition de la famille à l'exercice d'une activité rémunérée par la femme (particulièrement en zone urbaines)

Le niveau de participation dans la vie active des femmes célibataires occupées baisse en 2003 et cela sous l'effet de l'allongement de la durée de scolarisation et des difficultés à trouver un travail.

Tableau n°18 : Répartition de la population occupée féminine selon le secteur juridique, le sexe et la strate de 1996,2003 et 2011

Strate	Urbain			Rural			Total		
	Masc	Fém	Tot	Masc	Fém	Tot	Masc	Fém	Tot
EER 1996*									
Public	58.4	84.3	62.4	29.5	33.7	29.8	42.9	68.7	45.7
Privé	41.6	15.7	37.6	70.4	66.3	70.2	57.1	31.3	54.3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
EAEC 2003*									
Public	78.7	62.4	47.6	29.6	33.7	30	37.4	56.9	40.2
Privé	22.3	37.6	52.4	70.4	66.3	70	62.6	43.1	59.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
EC 2010**									
Public	35.1	51.5	38	27.6	27.2	27.2	32.3	45.8	34.4
Privé	64.9	48.5	62	72.4	72.8	72.8	67.7	54.2	65.6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
EEA 2011***									
Public	-	-	-	-	-	-	75.67	89.14	83.74
Privé	-	-	-	-	-	-	24.33	10.86	16.26
Total	-	-	-	-	-	-	100	100	100

Source : *Rapport FMW2 : Evaluation de l'emploi féminin, Chapitre III : Evolution et caractéristique de la population féminine occupée (page 82), Algérie CNES, 2004.

**EC : Emploi et Chômage au 4^{ème} Trimestre 2010. (ONS.dz)

***EEAM : Enquête Emploi Auprès des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

L'emploi féminin dans le secteur public représente 68,7% contre 31,3% dans le secteur privé pour la totalité des deux secteurs d'habitat pour l'année 1996, la part des femmes occupées est arrivée à 89,14% contre 10,86% respectivement. En milieu urbain, la majorité des femmes occupées est employée dans le secteur public soit un taux de 84,3% en 1996 contre 51,5% en 2010, mais en milieu rural c'est la situation inverse qui est observée de 1996 à 2010 d'un taux de 15,7% à 48,5% .pour les résultats global de l'enquête 2011 sur l'emploi une forte diminution pour le secteur privé avec 10,86% de travailleuses pour l'ensemble des strates contre 31,3% en 1996 .

Tableau n°19 : Répartition de la population occupée féminine selon le secteur d'activité de 1977 à 2011 (%)

Secteur d'activité	1977*	1987*	1996*	2003*	2010**	2011***
Agriculture	5.6	2.7	1.8	11	6.5	3
Industrie	17.4	12.4	7.4	24	28	22.30
BTP	2.1	3.4	1.9	1	1.7	1.6
Commerce	3.3	3.4	4.6	2.9	63.8	3.7
Transports et service	13.4	7.9	23	12.5		2.1
Administration	53.8	64.2	61.3	48.4	-	63.1
Marchands	-	-	-	-	-	4.3
Total	100	100	100	100	100	100

Source : *Rapport FMW2 : Evaluation de l'emploi féminin, Chapitre III : Evolution et caractéristique de la population féminine occupée (page 84), Algérie CNES, 2004.

**EC : Emploi et Chômage au 4ème Trimestre 2010. (ONS.dz)

***EEAM : Enquête Emploi Auprès des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

Les plus grands pourvoyeurs d'emplois pour les femmes sont le secteur Administratif et l'Industrie et dans une moindre mesure le Service, les autres secteurs d'activité comme le commerce, le BTP et l'Agriculture on trouve peu de femme occupe ses secteurs. L'analyse de la structure de l'emploi féminin sur la période 1977 à 2011 fait ressortir les tendances d'évolutions suivantes

La part la plus grande pour les travailleuses est l'Administration dont en 1977 près de 54 contre 63,1% en 2011 mais en 2003 a chuté à 48,4% cela s'explique aussi par le rétrécissement des recrutements dans la fonction publique .Et qui concerne le secteur d'Agriculture reste toujours faible avec une part de 5,6% à 3% de 1977 à 2011 même pour le secteur BTP .le secteur d'industrie a enregistré 17,4% de femme occupée en se secteur et en 1996 une chute au le taux est arrivé à 7,4%, en 2010 on remarque une augmentation par un taux de 28%.

Les secteurs comme le commerce, le BTP et le transport emploient le moins de femmes ou les femmes ne s'intéressent ou ne s'intègrent pas à ce genre de secteur d'activité, mais ce qui attire l'attention pour le secteur de commerce et transports à une part la plus grande avec 63,8% que les résultats de 2010 sur l'emploi et chômage font enregistrer.

Section 2 :

L'Evolution de la Fécondité

Introduction :

L'Algérie a créé la surprise dans les années 1980 lorsque sa fécondité alors très élevée, avait rapidement baissé.

Le taux de croissance naturel qu'a connu l'Algérie dans les années 70 /80 était le taux le plus élevé dans le monde en situant autour de 3%. Cette réalité s'explique par des facteurs comme le taux élevé d'analphabétisme, mariage précoce, le non application des procédés de régulation des naissances par les couples mariés avec rigueur sans oublier aussi l'hégémonie des coutumes et traditions qui influent d'une façon ou d'une autre sur la grandeur de la famille . La fécondité culminait à plus de 8 enfants par femmes en moyenne en raison du baby-boom qui a suivi la guerre de libération. Personne n'imaginait alors une baisse rapide puisse réellement s'engager dans un pays aux traditions plutôt nataliste. Une réduction de plus de 5 enfants a été ainsi observée au cours de ces dernières années d'où la fécondité dans l'an 2000 a atteint ou presque le seuil qui permet d'assurer, à long terme, un strict remplacement des générations. En 1970 le nombre d'enfants est passé de 7,8 enfants par femme à 2,4 enfants par femme en 2002.

L'évolution récente des principaux paramètres de la démographie Algérienne conforte aujourd'hui la thèse défendue à la conférence du Bucarest en 1974. Le développement joue un rôle considérable dans le processus des changements de comportements sociaux, démographiques et culturels. Ces changements s'ils ne sont pas immédiats apparaissent souvent à moyen ou à long terme.

S'agissent des changements démographiques, une bonne couverture sanitaire peut faire baisser la mortalité aux jeunes âges de façon spectaculaire, par contre beaucoup d'efforts de sensibilisation d'éducation et d'investissements en moyens sont nécessaire pour réduire le nombre d'enfants par femmes.

Cette section tente de situer le niveau atteint de la fécondité ces dernières années, en abordent également ses principaux déterminants : Nuptialité, Age au 1^{ier} mariage et Natalité.

1. La Nuptialité :

Le mariage en Algérie est un acte religieux, il consiste le cadre privilégié de la reproduction et indissociable de la vie sociale.

La nuptialité se manifeste en tant que phénomène démographique par l'intermédiaire du mariage, ce dernier est à la base de toute reproduction aussi bien démographique que sociale.

De ce fait, le mariage est le moteur principal de la dynamique de l'accroissement de la population dans les pays musulmans⁴¹.

Il est difficile de parler de changements démographiques sans changements nuptiaux, en effet, la baisse de la fécondité en l'absence de pratiques contraceptives est le résultat d'une baisse de l'intensité de la nuptialité ou d'une nuptialité plus tardive, sans oublier la réduction de la durée de vie passée en union suffit à faire baisser la fécondité, la baisse essentielle de la fécondité qui s'est produit chez les jeunes femmes qui résultat d'un mariage plus tardif ont connu une scolarité prolongé. Mais l'instruction n'explique pas tout, les jeunes femmes qui n'ont jamais fréquenté l'école ont-elles aussi moins d'enfants⁴².

Par ailleurs, la crise économique qu'a traversée l'Algérie à jouer et continue de jouer un rôle non négligeable dans le retard ou la baisse de la nuptialité.

1.1. Taux brut de Nuptialité :

Le taux est fonction du nombre de mariage et de l'effectif de la population, il renseigne sur le nombre de mariage pour 1000 habitants à une année donnée.

Bien que ce soit un indicateur brut qui prend en considération à son dénominateur une tranche assez importante de population non concernée.

Le schéma général de la nuptialité a connu au cours des dernières années des modifications profondes. si les comportements matrimoniaux ont été caractérisés par une précocité et une forte intensité du mariage jusqu'aux années 80.

Les taux bruts de Nuptialité estimés à partir des actes de mariages enregistrés à l'état civil, il y a lieu qu'au cours des années, une légère hausse est observée pour la première depuis plus d'une vingtaine d'années.

⁴¹Aissa DELEND, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, Janvier 2004.

⁴² La transition de la fécondité et politique de population en Algérie : Dr HEMAL Ali et HAFAD Tahar. Institut des Sciences Economiques Université de Batna, Algérie, Revue Sciences Humaines n°12 (1999), 63-73

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°20 : Taux brut de Nuptialité de 1996 à 2008 (%)

Années	1966*	1977*	1987*	1998**	2008***	2011***
Taux de Nuptialité(%)	5.11	7.29	5.66	5.36	9.58	10.05

Source : *ONS, revue Séries Statistiques N°31,1992.

** démographie Algérienne N°218,1999/ *** Démographie Algérienne Tableau Evolution des mariages et des taux brut de Nuptialité (www.ONS.dz)

Le taux de nuptialité a dépassé 6‰ en 1977 pour qu'il arrive à 5,66‰ dans les années 1987 est reste toujours autour de ce taux pour l'année 1998, et à partir de 2008 et 2011 il atteint un taux de 9,58‰ et 10,05‰ respectivement , il convient de souligner que l'accroissement du taux de nuptialité est liée à l'amélioration de l'enregistrement des mariages à l'état civil, ainsi est conforté par le phénomène de récupération des mariages reportés durant la décennie 90, et ce suite à l'amélioration des conditions sécuritaires et au développement de programmes d'habitat sous ses différentes formes et l'ensemble des changements d'ordre sociologique et culturel qui se sont opérés dans le pays .

Tableau n°21 : Situation matrimoniale selon le sexe de 1966 à 1998(%)⁴³

Etat matrimonial	RGPH 1966		RGPH 1977		RGPH 1987		RGPH 1998	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Célibataire	25.3	9.2	37.1	21.8	45.2	31.47	69	61.8
Mariés	71.4	69.7	60.7	62.3	53.4	56.22	30	31.8
Veufs	2.0	18.1	0.8	13.0	0.8	9.9	0.4	5.1
Divorcés	1.3	3.0	1.4		2.41	2.41	0.3	1.2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

⁴³ Aissa DELEND, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Oran, Janvier 2004, Université d'Oran Es-Senia, Faculté des Sciences Sociales, Département de Démographie. (Page 195 Tableau n°36)

عمرية ميمون، تغيير نموذج الزواج في الجزائر، دراسة تحليلية انطلاقاً من المسح الوطني حول صحة الطفل والأم 1992 و المسح الجزائري حول صحة الأسرة"2002، مذكرة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة 2009 (Page 58 Tableau n°06)

Tableau n°22 : Evolution du rapport mariage /population des 15-50 ans (%)⁴⁴

Années	Rapport de mariage /population 15-50 ans		
	15-50 ans	20 ans +	Total
1966	13.14	12.1	5.6
1970	15.3	14.9	6.2
1977	17.5	17.2	7.3
1980	16.1	16.2	6.9
1987	13.3	13.2	6.0
1989	13.2	13.2	6.0
1998	10.4	-	5.36

L'écart entre l'évolution des deux indices est le résultat de l'influence de la structure par âge de la population sur le taux brut de nuptialité. Pour cette raison, des indices plus affinés encore renseignent mieux sur l'évolution du phénomène. Parmi ceux-là, l'exemple des taux par âges, ou groupes d'âges montre mieux le recul de la nuptialité à des âges plus tardifs.

Tableau n°23 : Taux de Nuptialité par âge en 1977 et 1987⁴⁵

Groupe d'âge	Taux de Nuptialité			
	1977		1987	
	H	F	H	F
15-19 ans	8.2	46.8	0.8	31.1
20-24 ans	64.9	63.5	31.8	58.8
25-29 ans	83.7	21.9	68.9	28.0
30-34 ans	34.0	6.1	36.2	10.3
35-39 ans	13.5	2.8	13.2	5.1
40-44 ans	8.4	2.0	8.0	2.7
45-49 ans	5.5	1.2	5.7	1.8

⁴⁴ عمرية ميمون، تغير نموذج الزواج في الجزائر، دراسة تحليلية انطلاقاً من المسح الوطني حول صحة الطفل والأم 1992 و المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 مذكرة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009 .

⁴⁵ Aissa DELENDA, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, Janvier 2004,

1.2 Age au 1^{er} mariage :

Est un indicateur étroitement lié au début de la vie reproductive de la femme, il a par conséquent des répercussions démographiques, sociales et économiques. En effet, autant la femme se marie jeune autant elle présente une exposition plus grande au risque de conception, sa procréation est plus précoce et sa descendance plus nombreuse.

L'âge au 1^{er} mariage est utilisé pour résumer l'une des principales caractéristiques de la Nuptialité en tant que phénomène démographique, cet indice a connu deux étapes marquantes qui retraçant l'histoire du phénomène, révèlent à un moment donnée le passage d'un modèle de nuptialité classique (mariage précoce) à un modèle de nuptialité plus moderne (mariage tardif)

Alors, de tous les changements vécus par la société Algérienne l'évolution du calendrier de l'âge au premier mariage c'est l'un des signes les plus évidents de la transition matrimoniale.

Tableau n°24 : Evolution de l'âge moyen au premier mariage selon le sexe de 1948 à 2002 (en ans)

Sexe	1948	1954	1966	1977	1987	1998	2002
Homme	25.8	25.2	23.8	25.3	27.7	31.3	33.0
Femme	20.0	19.6	18.3	20.9	23.7	27.6	29.6
Ecart (H-F)	5.8	5.6	5.5	4.4	4.0	3.7	3.4

Source : Tayeb LOUADI, Ménage, Familles et Transition Démographique en Algérie, Département de Démographie, Faculté Des Sciences Sociales. Université d'Oran ES-Senia. PRES, F.B, N°02, Décembre 2008

L'âge moyen au premier mariage n'a cessé d'augmenter, par ce tableau en observe deux périodes de l'évolution de l'âge moyen au mariage :

La première période de 1948 à 1966 se caractérise par un âge moyen au premier mariage précoce qui ne dépasse les 18,3 ans chez les femmes durant le premier recensement de la population et de l'habitat de 1966 et celui des hommes à 28,8 ans, soit un écart de 5,5 ans entre les deux sexes. Cette période est conditionnée par des situations conjonctuelles sans oublier les données statistiques incomplètes et les déclarations au moment des recensements sont entachées d'erreurs en raison des guerres de 1945 et de l'indépendance.

La deuxième période de 1966 à nos jours on remarque la hausse de l'âge au premier mariage très importante, plus intensément encore pour les femmes que

pour les hommes, et a été très net depuis les années 80, avec une augmentation de près de 4ans pour les femmes entre 1987 et 1998, l'évolution a été de 3,6 ans au cours de la même période pour les hommes, contrairement à la première période c'est-à-dire un âge moyen au premier mariage tardif.

Une diminution significative de l'écart d'âge au mariage entre les hommes et celui des femmes ne cesse de se réduire équivalent à 3,7 ans et cela en raison d'accès de la femme au marché de travail et l'allongement de la durée de scolarisation et les mesures législatives et juridiques notamment celles qui portent sur l'âge minimum légal au mariage.

Cette hausse de l'âge moyen au premier mariage est différentielle entre la population urbaine et la population rurale, donc le secteur d'habitat joue un rôle non négligeable dans la détermination du niveau de l'âge moyen au premier mariage.

Tableau n°25 : Evolution de l'âge moyen au premier mariage selon le sexe et le secteur d'habitat de 1977à 2006 (en ans)⁴⁶

Années	Masculin		Féminin	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
RGPH1977	27.3	24.3	23.1	19.8
RGPH 1987	28.8	26.4	24.8	22.3
EASMF 1992	31.2	28.9	26.9	24.6
RGPH 1998	31.9	30.3	27.9	26.9
EASF 2002	33.7	31.9	29	27.9
MICS3 /2006	34.2	32.06	30	28.9

Bien que l'âge au premier mariage soit tardif en milieu urbain son recule est également observé en milieu rural. L'augmentation de l'âge au premier mariage est surtout marquée chez les femmes du milieu rural et la population féminine en générale que chez les hommes.

Ce recul sans précédent de l'âge au mariage a induit une augmentation des célibataires à la fois dans la population totale et aux âges de reproduction comme le montre les données suivantes :

⁴⁶ CHENAFI Faouzia , Transition démographique et mouvement naturel, Axe d'intervention Avril 2011, Faculté des Sciences Sociales Département de Démographie université d'Oran (Tableau n°7).

Tableau n° 26 : Proportion des célibataires selon le sexe et le groupe d'âge de 1966 à 2002 (%)⁴⁷

Groupe d'âge	RGPH 1966	ENSP 1970	RGPH 1977	RGPH 1987	RGPH 1998	EASF 2002
	Masculin					
15-19	95	67.6	97.5	99.2	99.9	99.38
20-24	54.4	18.3	71	89.1	97.2	98.4
25-29	19.5	4	29.7	49.4	77.7	85.3
30-34	8.4	1.9	8.5	16.2	37.9	53.6
35-39	5	1.2	3.7	5.7	12.7	18.9
40-44	3.4	1	2.5	3	4.4	7.3
45-49	2.6	1.2	1.9	2.4	2.3	2.3
Féminin						
15-19	53.6	96.7	76.4	90.4	97.4	98.1
20-24	11.2	66.8	31	52.1	76.5	83.4
25-29	4	19.3	10.9	22.1	45.2	57.5
30-34	2.2	19.3	3.6	9.1	22.4	33.7
35-39	1.6	5.8	1.8	4.3	11.2	16.6
40-44	1.3	3	1.3	2.1	5.4	9.1
45-49	1.2	2	1	1.4	3.1	3.8

Les proportions de célibataires ont fortement augmenté à tous les âges et pour les deux sexes, près 11% seulement des femmes étaient encore célibataire à 20-24 ans en 1966, en 2002 elles sont près 83,4%. Pour la tranche d'âge 25-29 ans leur part est passé de 4% en 1966 à 57,5% en 2002 et pour la tranche d'âge 30-34 ans la proportion est passée de 2,2% pour atteindre le 33,7% en 2002. Pour les autres tranches d'âge la proportion des femmes célibataires remarque une légère augmentation. Chez les hommes les tranches d'âge les plus fortement touchée par l'augmentation de leur proportion de célibataire sont (25-29 ans) et (30-34 ans) avec 19,5 et 85,3% en 1966-2002, 8,45 et 3,6% respectivement.

Cette montée spectaculaire du célibat à tous les âges et notamment aux âges adultes a une double dimension sociale traduite d'abord par la chaîne scolarisation, éducation, formation et emploi qui en est à l'origine sans oublier la crise économique que traverse l'Algérie qui a jouée et continue de jouer un rôle non négligeable. En effet, les difficultés rencontrées par les jeunes concernent leur insertion dans le marché du travail et la longue durée du chômage.

⁴⁷ CHENAFI Faouzia, Transition démographique et mouvement naturel, Axe d'intervention Avril 2011, Faculté des Sciences Sociales Département de Démographie université d'Oran (Tableau n°8).

2. Fécondité :

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 infantile⁴⁸.

Le comportement procréateur des femmes Algérienne ne cesse de connaître des transformations remarquables. Les femmes Algérienne qui se caractérisaient dans les années 60 et 70 par une fécondité élevée, ont de plus en plus acquis aujourd'hui un comportement favorable à une fécondité réduite.

En effet, l'Algérie entre dans une nouvelle phase de la transition démographique où la fécondité a connu une baisse substantielle depuis l'indépendance et notamment au milieu des années 80. Le contexte socioculturel Algérien était favorable à une forte fécondité, les normes et les coutumes partagées dans la société voyaient l'enfant particulièrement du sexe masculin comme une richesse et un investissement pour l'avenir de ses parents.

Et avec les différents plans du développement des situations économiques et sociales ont conduit à l'amélioration des conditions de vie de la population dont le comportement envers la procréation a entamé des mutations dès le lancement des politiques de santé et d'éducation.

Les premiers signes de baisse de la fécondité ont été détectés au début des années 1980. Cette baisse est appuyée par des facteurs comme la généralisation de la contraception et l'adhésion des couples à l'idée de planifier leurs naissances en plus du recul de l'âge au mariage chez la femme.

Lors de la réunion du groupe d'experts sur la fécondité déficitaire tenue en 1997 au niveau de la Division de la Population Du Département des Affaires Economiques et Sociales des Nations Unies, Chesnais J-C a présenté un document portant sur les facteurs déterminants de la fécondité humaine des pays ayant atteint ou en dessous du seuil de renouvellement des générations, classé en familles homogènes et selon leurs apparition dans le temps ,ces indicateurs sont⁴⁹ :

1) Facteurs liés à la modernisation :

Augmentation de l'espérance de vie, nouvelles technologies anténatales, urbanisation et densification, alphabétisation, accès de la femme à l'emploi.

⁴⁸ Suivi de la Situation des Femmes et des Enfants, Enquête nationale a indicateurs Multiples MICS3, ALGERIE 2006. Rapport Préliminaire, Juillet 2007.

⁴⁹ Amel Boumeghar et Faouzi Amoukrane, Nuptialité et Fécondité en Algérie, Etudes Approfondies de l'Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Juin 2007.

2) Facteurs liés aux changements à la base de la poste modernité :

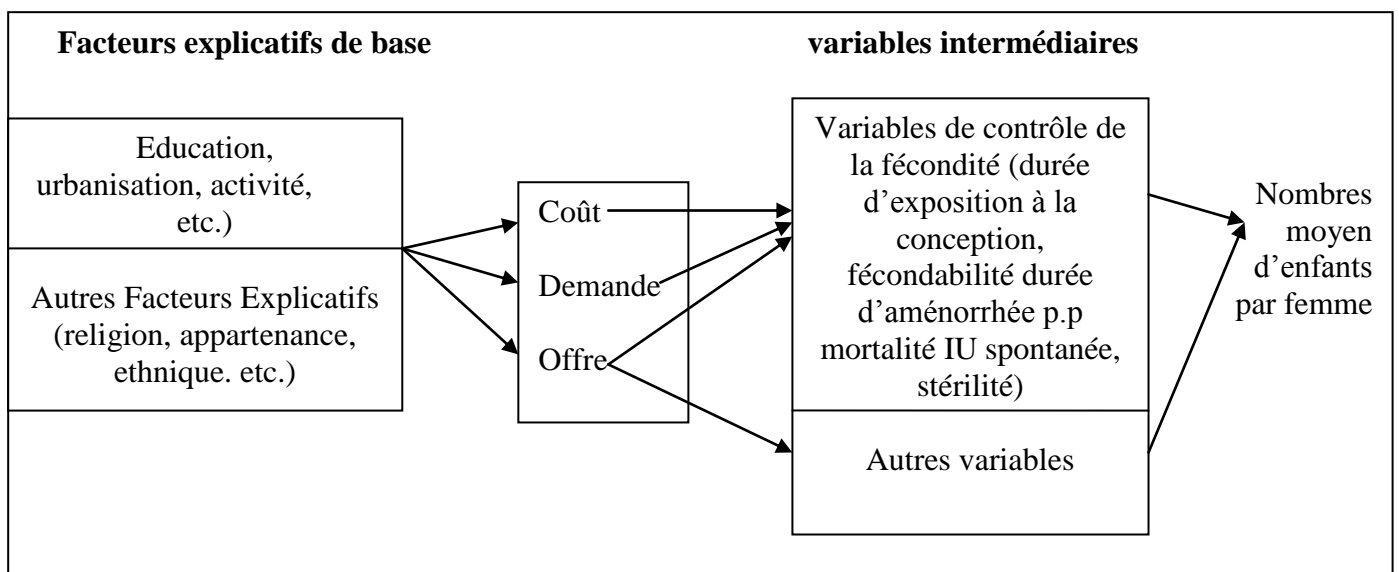
Espacement des naissances, atomisation sociale, dispositions d'assurance et de retraite, déplacements et communication.

3) Facteurs nouveaux pouvant inverser la tendance de la fécondité :

La politique familiale, les programmes pour les jeunes, la réforme du système de protection sociale, la promotion des valeurs culturelles.....

L'approche consiste à identifier la part de chacune des variables dites explicatives dans la baisse de la fécondité, représenté souvent par le nombre d'enfants par femmes.

Figure n°1 : Schéma conceptuel traduisant l'impact de la modernisation sur la fécondité



Source : Amel Boumeghar et Faouzi Amokrane, Nuptialité et Fécondité en Algérie, Etude approfondies de l'Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, (page 3 figure N°2.1 (Richard Easterlin and Eileen M Crimmins, 1985. The Fertility Revolution: A Supply.Demande Analysis, the University of Chicago Press

L'originalité de ce schéma tient au fait qu'il implique la notion du « coût » dans la compréhension des changements intervenus sur la fécondité. Ce modèle accorde également un plus grand intérêt aux contextes économiques et sociaux en ce sens qu'il s'intéresse aux facteurs ayant trait à l'offre (l'accessibilité aux services) et à la demande (préférences des couples en matière de fécondité) plutôt que de se limiter à une simple question de changement mécanique de

niveau général de la fécondité engendré par des modifications de variables intermédiaires.

Donc d'abord, examinons l'évolution de la fécondité sur une rétrospective remontant à la période post-indépendance.

2.1 Natalité :

Le taux d'accroissement dépasse les 3% à partir de 1961-1965 la période qui s'établit de 1971 à 1985 et qui se caractérise par une natalité supérieure à 40‰ et un taux brut de mortalité toujours en baisse mais supérieur à 12‰ jusqu'en 1980, le taux d'accroissement qui en résulte 2002, contre 2% par an entre 1986 et 1994 le taux de natalité est passé de 28,98‰ à 19,36‰ en 2002, le taux d'accroissement naturel en chute depuis 1986 atteint le niveau de 1,4% est toujours supérieur à 3% celui enregistré en 1976-1980 est égale à 3,5% et sera considéré comme l'un des taux d'accroissement naturel les plus élevés du monde. La forte croissance démographique de cette période se traduit par le doublement de la population en 1982 par rapport à 1966⁵⁰.

La baisse de la natalité a été significative dès 1986 et plus accentuée au cours de la décennie 90, notamment à partir de 1994, l'inflexion du taux de natalité dépasse en effet 5% par an entre 1994 et en 2002 et une tendance à la hausse des effectifs de naissances observée à travers les données ou les résultats de l'office national des statistiques avec un taux d'accroissement naturel de 2,04% en 2011.

C'est durant cette période que l'Algérie lance un vaste programme de maîtrise de la croissance démographique basé sur la prévention sanitaire, la vaccination massive et la protection maternelle et infantile, et la tendance à la hausse est liée en grande partie à l'effet de la structure par âge marquée par l'arrivée des générations des années 80, de plus en plus nombreuses, à l'âge de la reproduction l'effet ou le résultat du baby-boom des années 80. Cependant il faut noter que l'augmentation des effectifs de naissances vivantes ne devrait pas affecter sensiblement le niveau de la natalité encore moins sa tendance à la baisse. Il a été constaté un accroissement des naissances durant la période 2000 à 2009, en effet celui-ci passe de 589000 en 2000 à 849000 en 2009 après avoir connu une baisse de 1985 à 2000 cet accroissement récent et continu du nombre

⁵⁰Aissa DELEND, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, Janvier 2004.

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

de naissances semble très probablement dû à la progression sans précédent du nombre de mariage entre 2000 et 2009, passant de 177548 à 341321⁵¹.

Cette légère réduction de la croissance démographique pendant cette période marque une nouvelle phase de l'histoire démographique Algérienne. Le pays enregistre ainsi une rupture avec le régime démographique traditionnel caractérisé par des niveaux élevés en matière de mortalité et de fécondité

Tableau n°27 : Evolution de TBN(‰) et TAN(%) de 1967 à 2011

Année	TBN	TAN	Année	TBN	TAN	Année	TBN	TAN
1967	50.12	3.42	1984	40.18	3.15	2001	20.03	1.54
1968	47.7	3.03	1985	39.50	3.11	2002	19.68	1.52
1969	49.81	3.28	1986	34.73	2.73	2003	20.36	1.58
1970	50.16	3.37	1987	34.60	2.76	2004	20.67	1.63
1971	48.44	3.14	1988	33.91	2.73	2005	21.36	1.68
1972	47.73	3.20	1989	31.00	2.50	2006	22.07	1.77
1973	47.62	3.13	1990	30.94	2.49	2007*	22.98	1.86
1974	46.50	3.14	1991	30.10	2.41	2008*	23.62	1.92
1975	46.05	3.05	1992	30.41	2.43	2009*	24.07	1.96
1976	45.44	2.98	1993	28.22	2.19	2010*	24.68	2.03
1977	45.02	3.06	1994	28.24	1.16	2011*	24.78	2.04
1978	46.04	3.25	1995	25.33	1.89			
1979	44.02	3.13	1996	22.91	1.68			
1980	43.86	3.20	1997	22.51	1.63			
1981	41.04	3.16	1998	20.51	1.56			
1982	40.60	3.15	1999	19.82	1.51			
1983	40.40	3.16	2000	19.36	1.48			

Source : Annuaire Statistique N° (1à19) données N398, MICS3-2006.

*Démographie Algérienne N°600, 2011(ONS.dz)

2.2 Mortalité : (mortalité infantile/mortalité maternelle)

La mortalité est l'un des principale composantes du mouvement de la population et aussi un excellent indicateur de l'état sanitaire de cette population .Autrement dit son niveau reflète le degré des efforts consentis en matière d'infrastructures de santé, d'accès et de qualité des soins préventifs et curatifs d'assainissement, d'hygiène et de nutrition. Il reflète également, le comportement des individus

⁵¹ Démographie Algérienne 2011, n°600, (Tableau n°1 : Evolution des principaux indicateurs, page 3)

vis-à-vis des maladies, recours aux soins préventifs et curatifs, comportement particulièrement lié aux niveaux économique et social de la population et plus précisément la femme.

La mortalité a connu un fléchissement important au cours des trois dernières décennies, une réduction importante de l'ordre de 50%, entre 1970 et 1986 avec un taux brut de mortalité passant de 16,45‰ à 8,2‰. C'est au cours de 1989 que la mortalité atteint son plus bas niveau avec un taux égal à 6‰. Depuis cette année le taux brut de mortalité est stationnaire sinon en légère hausse mais en 2010 l'O.N.S enregistre un taux de 4,37‰. En valeur absolue nous notons aussi une augmentation du nombre de décès qui passe de près 144000 en 1998 à 159000 en 2009 après avoir régressé de 175000 en 1977 à 144000 en 1998 cet accroissement depuis 1998 s'explique éventuellement par le début de vieillissement de la population.

La majorité des études démographiques confirment que la baisse de la mortalité générale et infantile c'est faite grâce à l'amélioration de l'infrastructure sanitaire, l'augmentation du personnel de santé, les campagnes d'hygiène et de vaccination des enfants en bas âge contre les maladies de l'enfance (Tuberculose, Tétanos, Coqueluche et Rougeole.....etc.)

Tableau n°28 : Mortalité générale Evolution selon les décès et le taux brut de mortalité de 1977 à 2010⁵²

Années	1977	1987	1998	2008	2010*
Décès	175	161	144	153	157
T.B.M	14.36	6.97	4.87	4.42	4.37

Source : *ONS : Démographie Algérienne N° 600 /2011 Tableau N°1 : évaluation des principaux indicateurs (page3)

⁵² Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi , Rapport d'évaluation initial du Programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007,2011,

Tableau n°29 : Evolution de TBM de 1967 à 2011(‰)

Année	TBM	Année	TBM	Année	TBM	Année	TBM
1967	15.87	1979	12.72	1991	6	2003	4.55
1968	17.37	1980	11.77	1992	6.04	2004	4.36
1969	17.01	1981	9.44	1993	6.24	2005	4.47
1970	16.45	1982	9.1	1994	6.56	2006	4.3
1971	17	1983	8.8	1995	6.43	2007*	4.38
1972	15.68	1984	8.6	1996	6.03	2008*	4.42
1973	16.25	1985	8.4	1997	6.12	2009*	4.51
1974	15.07	1986	7.34	1998	4.87	2010*	4.37
1975	15.54	1987	6.97	1999	4.72	2011*	4.41
1976	15.64	1988	6.61	2000	4.59		
1977	14.36	1989	6	2001	4.56		
1978	13.48	1990	6	2002	4.41		

Source : Annuaire Statistique N° (1à19) données N398, MICS3-2006.

*Démographie Algérienne N°600, 2011(ONS.dz)

2.2.1 Mortalité infantile :

L'état de santé de la population s'est considérablement amélioré tout au long des périodes de développement, les progrès réalisés sont la résultante de la mise en œuvre de programmes de lutte contre les maladies endémiques, vaccination des enfants, prévention des maladies, l'espacement des naissances ainsi que l'amélioration du niveau de vie en général, un des paramètres essentiels des composantes de l'Indice de Développement Humain (I.D.H) que l'organisation des Nations Unies élabore annuellement.

L'intervention de l'état a permis la multiplication des infrastructures sanitaires sur tout le territoire national, en particulier celles relatives à la protection de la femme et de l'enfant, et l'amélioration de la couverture de la population en personnels de santé le plus pertinent, à savoir l'espérance de vie à la naissance, a continuellement augmenté et se situe en 2004 à 76,4 ans (75.7 ans pour les hommes et 77.2 ans pour les femmes).

La répartition spatiale des progrès en matière de santé reste encore inégale.

La mortalité infantile est un indicateur révélateur du niveau de santé, du niveau socio-économique et de la situation nutritionnelle. Elle est appréhendée à partir des enregistrements d'état civil, des enquêtes démographiques.

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Par ailleurs, dans un temps passé il est communément admis que le niveau de mortalité infantile est étroitement lié au niveau de la fécondité observé. Un niveau de mortalité infantile élevé conduit les parents à avoir beaucoup d'enfants à l'effet d'assurer la survie de certains d'entre eux.

Le taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de moins d'un an pendant une année rapporté au nombre de naissances vivantes de la même année) estimé à près de 180‰ en 1962 a baissé très fortement jusqu'au 1990 avec 46,8 ‰. La mortalité infantile a nettement régressé depuis l'indépendance. Cette régression s'est traduite par une réduction significative dans la structure totale des décès, la proportion des décès infantile ne représente que 17% en 2002 alors qu'elle avoisinait les 44% en 1970⁵³

Tableau n° 30 : Taux de mortalité infantile par sexe de 1970 à 2011 (‰)⁵⁴

Années	1970	1977	1987	1998	2008	2009	2011*
Masculin	142	127.71	66.76	38.7	26.9	26.6	24.6
Féminin	141	126.3	61.98	36.0	23.9	22.9	21.6
Total	141.5	127.05	64.42	37.4	25.5	24.8	23.1

Source : *Démographie Algérienne N°600 ,2011 Page 3 (ONS.dz)

Ce taux a donc enregistré une baisse remarquable depuis une cinquantaine d'années. Par sexe la série des données entre 1970 et 2011 attestent d'une situation nettement favorable à la petite fille.

Tableau n° 31 : Evolution de la mortalité infantile 1992 et 2002 selon la strate et le sexe (‰)⁵⁵.

Strate	EASME 1992	EASF 2002	MISC3 2006
Urbain	31.8	31.4	-
Rural	53.1	38.2	-
Sexe			
Féminin	36.7	33.3	-
Masculin	50.8	35.6	-
Total	43.7	34.5	26.9

Les écarts entre strates urbaine et rurale ont été considérablement réduits. Le taux de mortalité infantile est passé de 53,1 en 1992 à 38,2 en 2002 pour le

⁵³ Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi, Rapport d'évaluation initial du programme de Pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011.

⁵⁴ Idem

⁵⁵ Idem

rural soit une réduction de l'écart initial de l'ordre de 20 points. Pour le milieu urbain il n'y a pas un changement remarquable durant la période 1992-2002.

Le taux actuel de mortalité infantile reste encore non satisfaisant pour les autorités qui face des efforts à le réduire davantage en luttant contre les causes de mortalité au niveau néonatal.

Toutefois, il est à noter que la mortalité infantile reste conditionnée en grande partie par des facteurs endogènes difficiles à résorber, la mortalité néo-natale concerne près des 2/3 soit 63,5 des décès de moins d'un an. Dans ce cadre, il est à souligner que les progrès futurs sont à inscrire dans le cadre des stratégies ciblant le renforcement des soins périnataux et néo-natals.

Tableau n°32 : Evolution du taux de mortalité infantile selon les différentes périodes(‰)

Indicateurs	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2002	2004
Mortalité néonatale (0-1Mois)	24.0	22.0	20.2	20.5	19.8
Mortalité poste néo-natale (1Mois-12Mois)	27.0	18.6	14.1	10.7	10.6
Mortalité infantile	50.9	40.6	34.3	31.2	30.4

Source : Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Algérie juillet 2005. Algérie (Page 51, indicateur 14 : la mortalité infantile)

2.2.2 Mortalité Maternelle :

La mortalité maternelle et périnatale consiste le problème dominant de santé publique en Algérie. Un bilan de la situation montre que, malgré les multiples efforts entrepris depuis les années 70 dans le domaine de la protection de la santé de la mère et de l'enfant, les taux de mortalité maternelle restent anormalement élevés. Le taux de mortalité maternelle a été estimé d'abord à travers l'enquête Mortalité et Morbidité Maternelle et Infantile (M.M.I) en 1989 à 230 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes puis à travers l'EASME en 1992 à 215 pour 100 000 naissances.

En 1999, l'enquête nationale sur la mortalité maternelle menée en collection par Institut National de la santé Publique a consisté en un recensement exhaustif de

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

l'ensemble des décès des femmes en âge de reproduction enregistrés à l'état civil qui a permis d'estimer le taux de mortalité maternelle à 117 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux varie entre 23,37 pour 100000 naissances vivantes pour le niveau le plus bas (wilaya d'Annaba au nord du pays) et à 239 pour 100 000 pour le niveau le plus élevé (wilaya d'Adrar, au sud du pays), les décès maternels représentent 9% de la mortalité générale⁵⁶.

Tableau n° 33 : Evolution du taux de mortalité maternelle (taux p 100.000 naissances)

Années	1999	2005	2006	2007	2009
T.M.M	117.4	96.5	92.6	88.9	81.4

Source : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

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 qui est passé de 75% en 1994 à 89 % en 2004.la mortalité maternelle reste un phénomène difficilement mesurable en l'absence d'un système fiable de collecte des décès par cause

les taux de mortalité périnatale et maternelle sont des indicateurs importants en matière de soins prénatals, périnatals et postnatals .ils servent donc de repère en matière de qualité des services de santé maternelle et périnatale.ils reflètent également la santé maternelle, l'état nutritionnel maternel et l'environnement dans lequel les mères vivent.

« Le nombre de décès maternels pour cent mille naissances vivantes est en réalité un rapport et non un taux .le taux de mortalité maternelle est rapporté au nombre de femmes en âge de procréer » (Programme National Périnatalité, Programme Triennal 2005-2008, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière)

⁵⁶ Programme National Périnatalité/ Programme Triennal 2005-2008, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

2.3 Indice Synthétique de Fécondité :

La population de l'Algérie a régulièrement augmenté entre 1970 et 1980, concernant la fécondité, la descendance finale ou le nombre final d'enfants par femme ayant atteint 50 ans s'élève à 7,9 enfants par femme en 1970, en 1978 ce même indice est égal à 7 enfants par femmes. L'Indice Synthétique de Fécondité est passé de 4,50 enfants par femmes en 1990 à 2,87 en 2011 soit une réduction de deux enfants au cours de la période.

Les premiers signes de baisse de la fécondité ont été détectés au début des années 1980 avec la réalisation de l'enquête Algérienne sur la fécondité en 1986 qui a permis d'estimer l'I.S.F à 5 enfants par femmes, la baisse avait été d'autant plus rapide qu'elle avait tardé à venir.

Ce fléchissement de la fécondité à cette époque et sa baisse accélérée pendant les années 1980 et les années 1990, marque l'entrée de l'Algérie dans sa deuxième phase de sa transition démographique, caractérisée par une baisse de la mortalité suivie de celle de la fécondité.

Tableau n°34 : Evolution du nombre moyen d'enfants par femmes mariée aux recensements de 1987,1998 et 2008

Groupe d'âge	1987	1998	2008
15-19	0.72	0.57	0.50
20-24	1.73	1.16	0.90
25-29	3.25	2.13	1.50
30-34	4.93	3.42	2.40
35-39	6.32	4.84	3.40
40-44	7.53	6.11	4.30
45-49	7.84	6.90	5.10
Totale	4.68	4.14	2.81

Source : ONS

L'évolution des taux de fécondité par âge est particulièrement significative pour le groupe d'âge des 15-19 ans, à travers les trois derniers recensements en remarque la réduction de la fécondité. Cet indice estimé à 4,68 en 1987 est passé à 2,81 en 2008. Au terme de leur vie féconde, la descendance finale des femmes mariées âgées de 45-49 ans est de 5,10 enfants en 2008, alors qu'elle avoisinait les 8 enfants en 1987 (7.84). Toutefois, la descendance finale qui ne concerne que les femmes en fin de période de reproduction, n'intègre pas encore toute

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

l'incidence de la baisse de la fécondité et des nouveaux comportements démographique, 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 2008, enregistrent des niveaux de fécondité sensiblement plus faibles que leurs aînées au même âge en 1987.

Tableau n°35 : Evolution de l'indice synthétique de 1970 à 2011

Année	1970 ESP	1984 MOD	1985 MOD	1986 ENAF	1987 RGPH	1992 EASME	1998 RGPH	2002 EASF	2006 MISC3	2011*
I.S.F	8.36	6.24	5.24	5	4.68	4.26	4.18	2.4	2.27	2.87

Source : *ONS, Démographie Algérienne N°600 2011 (Tableau n°2 Page 3)

A partir de ce tableau, on remarque que la fécondité a chuté remarquablement soit une réduction d'environ 5 enfants de 1970 à 2011. Cette chute conduire plus probable, à des taux de fécondité nettement inférieurs au seuil de remplacement.

La majorité des enquêtes démographiques réalisées en Algérie après 1984 (ENAF 1986, EASM 1992, EASF 2002 et MICS3 2006) confirment que la réduction de la fécondité, s'expliquée par des changements économiques, sociaux et culturels. Ces mutations sont en étroite relation avec le comportement procréateur des femmes.

Tableau n°36 : Evolution des principaux indicateurs entre 1998 ,2002 et 2008

Indices	RGPH 98	Etat Civil 2002	RGPH 2008
TBN	20.2	19.7	23.2
TGFG	78.4	71.4	81.5
ISF	2.75	2.48	2.74
AMA	31.9	32.0	31.8

Source : ONS

TBN : Taux Brut de Natalité (%)

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale

ISF : Indice Synthétique de Fécondité (Nombre d'enfants par femme)

A.M .A : Age Moyen à l'Accouchement (années)

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

A partir de ce tableau on remarque qu'il y a une légère augmentation du niveau du TBN pour le recensement 2008 par rapport au RGPH 98 et les données de l'état civil 2002, mais ce qui concerne le TGFG une différence de 10 points entre 2002 et 2008 hors le taux a chuté de 1998 à 2002 de 7 points.

Tableau n°37 : Taux de fécondité légitime entre 90 et 2008 (1000 femmes)

Indicateurs	EASME 90	RGPH 98	EASF 2002	RGPH 2008
TFL	8.3	6.3	5.9	6.7
ISF	5.9	2.75	2.2	2.74
Ecart (TFL-ISF)	2.4	3.6	3.7	4.0

Source : ONS

T.F.L : Taux de Fécondité Légitime

Tableau n°38 : Evolution du taux de fécondité général selon l'âge des femmes de 1970 au 2011(pour 1000 femmes)

Années	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1970*	114	338	388	355	281	152	42
1980*	69	331	331	286	265	126	25
1985*	43	298	298	308	236	101	22
1990*	23	222	222	223	186	86	17
1995*	21	167	167	172	140	65	15
1998*	7	129	129	142	115	59	15
2002*	6	119	119	134	105	43	9
2011**	10.7	87.0	146.7	147.4	123.7	51.2	7.2

Source : * عادل بغزة، أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر و أثره على الخصوبة، دراسة مقارنة بين المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل و المسح الجزائري حول صحة الأسرة، مذكرة ماجستير، جامعة تاحاج لخضر، باتنة 2009

** :ONS ,N°600 Page 3 Tableau 3 Démographie Algérienne 2011

La réduction de la fécondité générale selon l'âge des femmes est plus remarquable dans le groupe d'âge (15-19) ans en 1970 enregistre 114 devant 6 et 10,7 pour 1000 femmes en 2002 et 2011 respectivement, une augmentation au niveau des groupes d'âge (20-24) ans ,(25-29) ans et (30-34) ans enregistre 338, 388 et 355 pour l'année 1970 reste élevée jusqu'au 1990 qui atteint les 222 pour les 3 groupes d'âges, mais en 2011 selon les données de l'O.N.S l'âge 20-24 ans est de 87 pour 1000 femmes une diminution remarquable mais pour les groupes d'âge de (25-39) ans est élevée par rapport aux années 1998 et 2002.

Ces différentes données confirment le changement dans le comportement de procréation.

2.4 Les déterminants de la fécondité :

Le niveau de la fécondité s'explique généralement par des facteurs sociologiques, économiques et culturels. La baisse de la mortalité infantile et le recul de l'âge au mariage sont quant à eux, les facteurs démographiques de la réduction des indices de la fécondité, sans oublier les facteurs biologiques ainsi que les comportements qui ont une incidence directe sur la fécondité comme le mariage, la pratique contraceptive, l'avortementetc. qui sont appelés « variables intermédiaires »⁵⁷ en ce sens qu'ils sont eux même sous l'influence d'autres facteurs qualifiés de « déterminants indirects » comme l'âge, le niveau d'instruction ou le milieu d'habitat et agissent indirectement sur la fécondité. Sachant que le niveau de la fécondité est étroitement lié au recours à la contraception.

Nous nous intéresserons à l'analyse de l'évolution des déterminants indirects comme le secteur d'habitat, niveau d'instruction et la durée du mariage pour lesquelles nous disposons de données fournies par différentes sources statistiques

- **Le secteur d'habitat :**

L'ampleur de la baisse de la fécondité n'est pas identique d'un milieu de résidence à l'autre, bien qu'elle concerne aussi bien le rural que l'urbain. Le milieu de résidence continue à être un des facteurs discriminants de la fécondité. L'indice synthétique de fécondité (ISF) atteint 8.5 enfants par femmes dans le milieu rural en 1970 (ENSP) contre 2.7 enfants par femmes en 2002 (PAPFAM 2002) et pour le urbain été 7.3 enfants par femmes contre 2.1 enfants par femmes respectivement. De manière générale, les changements sociaux et culturels ont une influence dans le milieu urbain avant de s'étendre au milieu rural. La ville bénéficie en premier de différentes structures aussi bien administratives que socio-économiques, sanitaires et culturelles.

⁵⁷LOUADI Tayeb, Ménage, famille et transition démographique en Algérie, Département de Démographie, Faculté des sciences Sociale, Université d'Oran Es-Senia, PRES. F.B. N°02, Décembre 2008.

Tableau n°39 : Evolution des taux de fécondité générale selon le secteur d'habitat (1970-2002)

Strate	ENSP 1970	EASME 1992	PAPFM 2002
Urbain	7.3	3.6	2.1
Rural	8.5	5.3	2.7
Total	8.1	4.4	2.4

Source : ONS (ENSP 1970, EASM 1992, PAPFAM 2002)

Selon la strate, il est à noter que la réduction de l'indice synthétique de fécondité a été plus accentuée pour le rural (-2,6) que pour l'urbain (-1,5) au cours de la décennie 90, l'écart qui a culminé dans les années 80 entre les femmes urbaines et celle du rural s'est nettement réduit. Ce renversement de la situation est dû à une forte migration du rural vers l'urbain durant cette dernière décennie.

- **Le niveau d'instruction :**

Le niveau d'instruction est un autre critère déterminant de la fécondité bien que la scolarisation des filles ait été plus lente que celle des garçons.

Le lien entre la fécondité et le niveau d'instruction est très étroit, c'est un facteur principal du changement de la structure et la taille de la famille durant ces dernières années. En effet la plupart des enquêtes sur la fécondité différentielle montre, qu'à partir d'un certain niveau d'étude, la descendance finale diminue sensiblement. La prolongation des études et l'ambition d'accéder à une activité économique retardent l'âge au mariage, c'est aussi le moyen d'accéder à un statut meilleur pour la femme.

L'isolement informationnel auquel se trouve confronté les femmes moins instruites les caractérise souvent par une forte fécondité.

Tableau n°40 : Taux de fécondité général en 1970,1992 et 2002 selon le niveau d'instruction⁵⁸

Niveau d'instruction	ENSP 1970	EASME 1992	PAPFAM 2002*
Aucun	8.6	5.6	2.9
Primaire	5.7	3.7	2.2
Secondaire et Supérieur	3.7	2.9	1.5
Total	8.1	4.4	2.4

⁵⁸ Aissa DELENDA, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, Janvier 2004.

/*Population et Développement en Algérie, Rapport National (CIPD+10) Ministère de la Santé de la Population et la Réforme Hospitalière Décembre 2003.

L'impact différentiel qu'exerce l'instruction sur le niveau de fécondité ressort de façon évidente des différents résultats suivants (les résultats d'enquêtes réalisées en Algérie). Le ISF varie selon le niveau d'instruction de la femme ; les femmes illettrées ont un nombre moyen d'enfants relativement élevé par rapport aux femmes ayant fréquenté l'école, la prolongation des études, jusqu'à un niveau relativement élevé ouvre aux femmes de nouvelles perspectives quant à leur autonomie et leur insertion professionnelle. La femme instruite peut ainsi adopter un comportement rationnel lui permettant de choisir entre la quantité (un nombre élevé d'enfants) et la « qualité » des enfants (des enfants bien instruits, bien nourris, bien habillés et bien soignés)

L'examen des niveaux de fécondité selon le niveau d'instruction révèle que ce dernier devient de moins en moins discriminant. Dans ce cadre l'évolution des ISF selon les différents niveaux de femmes est significative, la baisse est relativement importante chez les femmes dont le niveau d'instruction est faible (analphabète, niveau primaire) l'écart se situait à plus de trois années de références, la réduction chez les femmes de niveau secondaire et plus est de l'ordre 01 enfants seulement.

Dans ce cadre, il est à noter que le rôle des actions d'informations d'éducation et de communication ainsi que l'amélioration de l'accessibilité aux services de planification familiale ont été conséquents.

- **La durée du mariage et âge au premier mariage :**

La durée du mariage ajouté à l'absence de la pratique contraceptive devient un facteur pour fécondité élevée. La durée de mariage à une influence sur les parités des femmes. La fécondité selon la durée de mariage est en effet, l'examen de la répartition des descendance atteintes selon ce facteur permet de constater une certaine homogénéité dans le comportement procréateur des femmes mariées depuis moins de 10 ans⁵⁹, et ce quel que soit l'âge au mariage. Au-delà de 10 ans de mariage, les parités moyennes augmentent à mesure que s'élève l'âge au premier mariage.

⁵⁹ Amel Boumeghar et Faouzi Amoukrane, Nuptialité et Fécondité en Algérie, Etudes Approfondies de l'Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Juin 2007.

Tableau n°41 : Evolution de la structure des naissances selon la durée de mariage entre 1998 et 2008

Durée du mariage	RGPH 1998	RGPH 2008
0-1 ans	8,4	11,3
2-3 ans	17,5	23,1
4-5 ans	12,6	15,2
6-10 ans	25,2	22,3
11-15 ans	17,5	14,4
16 ans +	18,9	13,5

Source : ONS (Natalité, Fécondité et Reproduction en Algérie RGPH2008)

Section N°3 :
Evolution de la pratique contraceptive

Introduction :

La pratique contraceptive, traditionnelle soit-elle ou moderne, intervient comme moyen par lequel un couple tente de maîtriser délibérément la taille de sa famille ou d'espacer les naissances. A l'échelle des Etats, elle s'inscrit dans le cadre des programmes de développement, en vue d'assurer un équilibre optimal entre les ressources matérielles et la vitesse de la croissance démographique.

Depuis les années 70, le recours aux méthodes contraceptives modernes s'est largement répandu durant les décennies suivantes, en raison du développement spectaculaire qu'a connu la technologie médicale et des avantages que celle-ci offre, notamment son efficacité à éviter une grossesse non désirée et l'ouverture et de la dissémination, de plus en plus importante, des centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Ces structures, dont la vocation est la consultation, la promotion et la diffusion des moyens contraceptifs par le biais du personnel, ont vu leur nombre passer de 7 centres en 1974 à 280 en 1980, et à environ 2000 au début des années 1990⁶⁰

De nombreux discours laissent entendre que la baisse de la croissance démographique est liée uniquement au recul de la nuptialité et d'autres exclusivement à la progression de la pratique contraceptive. Si l'âge au premier mariage consiste une variable clé du déclenchement de la baisse de la fécondité, son effet diminue progressivement au profit de la diffusion progressive des moyens de limitation volontaire des naissances, la politique de Planification familiale a joué elle aussi un rôle non négligeable dans la réduction de la fécondité. « Un rôle qui s'affirme d'autant plus que l'utilisation de la contraception est une stratégie de prévention primaire efficace et substantielle pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement »⁶¹.

Cette politique nationale en matière de population est inspirée en grande partie de programmes initiés et proposés par les organismes internationaux et adaptés ensuite à la réalité nationale⁶².

⁶⁰ Louadi Tayeb, Les déterminants de la baisse de la fécondité en Algérie, Université d'Oran, Revue des Sciences Humaines-Université Mohamed Khider Biskra N°24, Mars 2012.

⁶¹ Saifuddin Ahmed, Qingfeng li li liu, Amy O Tsui, article, Article: les décès maternels évités grâce à l'utilisation de la contraception : analyse de 127 pays /page 17, Department of Population, Family and Reproductive Health (S.Ahmed, Ph D. Qli MA. Prof AO Tsui PhD) et Department of International Health (L Liu PhD), Institut Bill et Melinda Gates pour la population et la santé reproductive, Bloomberg School of public Health. Johns Hopkins University, Baltimore, MD, Etats Unies. Publie en ligne le 1 Juillet 2012 The LANCET. Planification familiale /Juillet 2012)

⁶² Kouaouci A. 2001.

Toutes les études sur le Planning Familial, et les différentes enquêtes réalisées en Algérie, attestent d'une réelle adhésion de la population à la pratique contraceptive. En effet la prévalence de la contraception en 1970 était de 8%(AARDES) pour atteindre en 2006 les 61,4% (MICS3).

La sensibilisation de la population et l'introduction massive des contraceptifs sur le marché sont cependant loin d'être les éléments fondamentaux qui expliquent la tendance vers la généralisation de l'usage de la pilule ou de tous autres moyens. Il est certain que l'éducation de la femme et son statut dans la société sont également des facteurs dont le rôle est déterminant quand il s'agit pour la femme, ou le couple de choisir la taille de sa famille et par conséquent de planifier sa descendance.

1. Prévalence de la contraception :

L'usage des méthodes contraceptives était presque insignifiant vers 1970. Avec le lancement du programme national pour la maîtrise de la croissance démographique au début des années 1980 et surtout la mise des moyens à la disposition de la population , le recours à la planification familiale devient une pratique courante chez toutes les couches sociales comme le montrent les données relatives à l'usage de la contraception selon l'âge , le milieu de résidence , l'instruction et le nombre d'enfants à partir des données issues des différentes enquêtes nationales ayant accordé un intérêt particulier à la planification familiale.

Tableau n°42 : Evolution de la pratique contraceptive selon les méthodes de 1986 à 2006(%)

Année	1986	1992	1995	2000	2002	2006
Pilule	26.4	38.7	43.4	44.3	45.5	45.9
Stérilet	2.1	2.4	4.1	4.3	3.0	2.3
Condom	0.5	0.7	0.8	1.5	1.2	2.3
Autres méthodes modernes	2.1	1.3	0.7	-	1.1	1.4
Total méthodes modernes	31.1	43.1	49.0	50.1	50.8	52
Méthodes traditionnelles	4.4	7.7	7.9	13.9	5.4	9.4
Aucune	64	49.3	43.1	35.7	43	38.6
Prévalence Total	35.5	50.8	56.9	64.0	57	61.4

Source : (ENAF 1986, PAPACHILD 1992, EDG 1995, EDG 2000, PAPFAM 2002, MICS 3 2006.

Parmi les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes non célibataires, la pilule demeure le moyen contraceptif le plus répondu devant le reste des méthodes modernes en raison de sa facilité d'usage et de sa disponibilité. On remarque une progression de 19,5% au niveau du taux d'utilisation de la pilule entre 1986 et 2006, enregistre 26,4% devant un taux de 45,9% respectivement, la totalité des méthodes modernes utilisées par les femmes augmente d'un 21% durant cette période avec 31,1% devant 52%. On peut conclure que les femmes en plus de préférence pour les méthodes modernes que pour les méthodes traditionnelles avec une légère augmentation au niveau de cette dernière dont le taux est estimé de près de 4,4% en 1986 et 9,4% en 2006. Les résultats de (EDG 2000) enregistrent un taux de 13,9% d'utilisatrices de méthodes traditionnelles, cette proportion chute remarquablement en 2002 avec 8,8% en espace de 2ans. La prévalence de la contraception est en progression constante, elle passe de 35,5% en 1986 à 50,7% en 1992 soit une hausse de 15,2% en l'espace de 7ans.

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Cette évolution a été maintenue pour atteindre 64% en l'an 2000 pour chuter légèrement à 57% en 2002. Cette baisse entre 2000 et 2002 est en fait produite par le recul considérable des méthodes traditionnelles de 13,9% à 5,4%.

Néanmoins, la gamme des contraceptifs modernes utilisés par la femme algérienne reste fortement dominée par la pilule, qui ne cesse de renforcer sa position, le stérilet qui bénéficie depuis quelque années déjà d'un programme national pour sa promotion n'arrive pas encore à entrer dans les mœurs des femmes.

Tableau n°43 : proportion des femmes utilisant une contraception selon l'âge 1986 à 2000 (%)⁶³

Age	1986 ENAF	1992 EASME	1995 MDG(*)	2000 EDG
15-19	17	26.4	44	57.6
20-24	27	39.5	52	60.5
25-29	36	52.7	62	69.3
30-34	40	56.1	64	72.8
35-39	45	56.4	63	71.2
40-44	42	52.2	54	62.3
45-49	24	38.9	34	38.6

Source * Evolution et Perspectives de la Pratique Contraceptive en Algérie. N.DEKKAR /journal international de bioéthique, 2002, vol 13 n°3-4 (Tableau n°3 page 65)

Tableau n°44 : la prévalence de la contraception selon le milieu d'habitat de 1986 à 2006 (%)⁶⁴

Année	Urbain (1)	Rural (2)	Ecart (1-2)	National
ENAF 1986	42.0	30.0	12	36
EASME 1992	57.5	44.1	13.4	50.8
EDG 2000	66.7	62.9	3.8	64.8
EASF 2002(*)	59.0	54.4	4.6	56.7
MICS3 2006(*)	62.5	59.9	2.6	61.2

⁶³ Aissa DELENDA, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia. Janvier 2004.

⁶⁴ Idem /(*) Ahmed Mokaddem et Mostafa Khroufi Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011, (Tableau 13 Page 24)

La prévalence de la contraception ne diffère pas significativement selon le milieu et cela revient à la diffusion de la contraception concerné aux 2 strates Urbaine et Rurale, c'est le milieu rural généralement défavorisé en matière d'infrastructures sanitaires par rapport au milieu urbain, qui a connu la plus grande augmentation de la proportion des utilisatrices des moyens contraceptifs. Mais un net accroissement en milieu rural où la prévalence était 30% en 1986 pour atteindre les 59,9% en 2006, ces dernière années l'amélioration de la contraception a concerné surtout les zones rurales, Le milieu urbain enregistre un taux de prévalence de 42% à 62,5% durant la période 1986 à 2006

Tableau n°45 : la prévalence de la contraception selon le niveau d'instruction (%)⁶⁵

Niveau d'instruction	ENAF 1986	EASME 1992
Aucun	35.2	60.8
Primaire /Moyen	61.8	76.9
Secondaire et +	62.7	68.7

Le recours à la pratique contraceptive varie quelque peu selon le niveau d'instruction malgré les gains importants enregistrés auprès des femmes analphabètes, comme pour la présentation différentielle selon le milieu de résidence, là aussi la comparaison révèle que c'est la catégorie la plus défavorisée en termes d'éducation qui a eu recours le plus à la contraception (de 35,2% à 60,8%) durant la période 1986-1992. Le taux de prévalence contraceptive à augmenter de manière générale quel que soit le niveau d'instruction des utilisatrices.

⁶⁵Aissa DELEND, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia. Janvier 2004.

Tableau n° 46 : la prévalence de la contraception selon le nombre d'enfants(%)⁶⁶

Nombre d'enfants	ENAF 1986	EASM 1992	Ecart
0	5.7	4.3	1.4
1	33.9	39.9	6
2	45.4	58.1	12.7
3	49.8	54.2	4.4
4	50.9	62.6	11.7
5	49.5	55.5	6
6	45.0	56.5	11.5
7	47.4	61.6	14.2
8	52.9	52.8	-0.1
9 et +	43.4	44.8	1.4
Total	43.8	50.7	6.9

Le recours à la contraception est également largement corrélé au nombre d'enfants, l'utilisation de la contraception intervient relativement une fois que la femme ait constitué sa famille.

2. Politique Nationale de Population :

➤ Aperçu Historique :

Les premières réflexions sur l'adoption et la mise en œuvre d'une politique démographique en Algérie remontent à 1967, année de l'ouverture des premiers centres de protection maternelle et infantile. Ces centres installés au sein des grandes villes du pays et qui se sont étendus ultérieurement à tout le territoire, « la même époque a vu également la proclamation en 1968 par le conseil Islamique d'une FETWA favorable à la régulation des naissances en conformité avec les valeurs arabo-musulmanes de la société »⁶⁷ La mise en œuvre d'une politique volontariste vise à modifier le rythme d'accroissement

⁶⁶ Aissa DELEND, RÔLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, Thèse de Doctorat d'Etat en Démographie, Université d'Oran Es-Senia, Janvier 2004.

⁶⁷ Idem

démographique en agissant sur la natalité en mettant l'accent sur les répercussions négatives qu'elle risque d'avoir au plan économique et social.

La politique menée doit être ou doit rester en harmonie avec les choix idéologiques et économiques de la période socialiste. Cette contrainte est sans doute à l'origine de la position algérienne à la conférence mondiale de la population de Bucarest, en 1974. Pour l'Algérie, le problème était problème de développement social et économique et non un problème de croissance démographique au motif que « la meilleure pilule est le développement ».

Cependant, dès 1974 des actions adoptées par le système de santé dans le cadre des activités des P.M.I ont pour principal but la protection maternelle et infantile plutôt que sur la limitation de la croissance démographique (l'espacement des Naissances et non la limitation des naissances).

La politique algérienne en matière de population a connu trois grandes étapes:

- **Première Période : 1962-1973**

Au lendemain de la guerre de libération la population Algérienne a connu une croissance au niveau de la fécondité qui avait atteint un sommet de 8 enfants par femme en 1966.

Les objectifs de la politique de cette première étape étaient orientés vers la satisfaction des besoins essentiels de la population en ignorant les effets de la croissance démographique sur le plan économique.

Cette période a connu, la réalisation d'une enquête sur le niveau de connaissance de la contraception du type CAP « Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de contraception » conduite par l'AARDES en 1967-1968, les travaux préparatoire à l'élaboration du plan triennal (1967-1969) avaient pour objectif la planification familiale. Ces travaux en révélés que l'ouverture de centres de régulation des naissances serait le seul moyen de contrôler ou de maîtriser la démographie galopante. Le premier plan quinquennal (1980-1984) précise que le premier volet de la politique démographique durant la première moitié de la décennie 1980 concerne la maîtrise de l'évolution à moyen et long terme des naissances. L'action de réduction de la natalité devient indispensable pour améliorer l'efficacité de la construction de l'économie pour répondre de façon satisfaisante et durable aux besoins socio-économique de la population.

Ce programme a pour objectif la prise en charge de la promotion sociale de la femme car l'espacement des naissances ne se réalise pas sans que la femme n'ait un certain niveau d'instruction et une participation à la vie active.

▪ **Deuxième période : 1974-1980**

Pour la même année de la conférence internationale sur la population qui s'est tenue à Bucarest, où le gouvernement Algérien considérait la limitation des naissances comme étant une fausse solution, et préconisait la création d'emplois comme moyen de développement social et économique.

Néanmoins, l'Algérie met en place un programme national d'espacement des naissances pour des raisons autres que démographiques, les autorités politiques de l'époque soutenaient le planning familial, durant cette étape en créent des centres d'espacement des naissances dont le nombre passe de 7 en 1976 à 260 en 1980, même si le premier centre d'espacement des naissances fut inauguré en 1967 à l'hôpital Mustapha bacha à Alger. Ce programme fonctionnait dans le cadre du système de protection maternelle et infantile.

Les préoccupations démographiques occupent une place beaucoup plus importante dans le second plan quinquennal au moment où l'évolution des besoins sociaux l'emporte sur l'évolution des ressources dégagées par l'économie nationale qui devient de plus en plus dépendante du contexte international et notamment des fluctuations des prix des hydrocarbures.

Trois impératifs sont à la base de la politique démographique décrite par ce plan :

1. La nécessité de faire face à l'augmentation des besoins sociaux tout en multipliant les efforts du développement économique.
2. La mise en place d'une planification des naissances fondée sur le consentement individuel et collectif et qui doit être rendue possible par l'éducation, l'information et la promotion sociale.
3. La nécessité de dégager les moyens humains et financiers pour la mise en œuvre d'un programme national d'espacement des naissances en laissant le libre choix aux familles.

▪ **Troisième période : à partir de 1980 au années 2000**

L'intérêt officiel à la question de la population et sa croissance trop rapide se manifeste véritablement en 1980 où fut adopté par le comité central du FLN (Front de Libération Nationale) en décembre 1979 au terme d'une décennie de développement, la position de l'Algérie en matière démographique va radicalement changé, dans le rapport général du plan quinquennal (1980-1984) la question démographique était réapparue comme primordiale, les ressources mobilisables étant jugées inférieures aux besoins nés de la croissances de la population et démultipliés par celle des exigences sociales. Le développement économique et social devenait donc vain sans maîtrise de la croissance démographique, comme l'écrit alors le secrétariat d'Etat aux affaires Sociales : « Beaucoup plus que par le passé, les contraintes démographiques continueront de dominer largement la conduite de la politique économique. L'action de réduction active du taux de natalité est devenue une conduite indispensable pour améliorer l'efficacité dans la construction de notre économie et prétendre répondre de façon satisfaisante et durable aux besoins sociaux de la population »⁶⁸ (SEAS, 1983)

En 1983 le gouvernement Algérien adopte un programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD) fondé dans ses principes de base sur le libre choix du couple à la planification familiale, de plus, du passage d'une option à but strictement sanitaire qui avait prévalu au cours des années 1960, à la promotion de l'espacement des naissances ,à un programme volontaire visant la maîtrise démographique.

Le plan de 1985-1989 appuie le programme d'action PNMCD en développement les points essentiels tels :

- Les infrastructures d'accueil et de prestation de service en santé.
- Les campagnes de sensibilisation, d'information et d'éducation et communication (IEC) destinées surtout aux populations concernées et les moins informées.
- Les recherches et les études sur les implications de la demande sociale.

Ce plan a pour but développé les facteurs essentiels du succès de la politique démographique.

⁶⁸ Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : une histoire paradoxale, document de travail n°186, Octobre 2012.

Durant les années 1990, l'Algérie a bénéficié de l'appui d'organismes internationaux pour la réalisation des objectifs du PNMCD tels que l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour les Activités de la population (FNUAP).

L'année 1996 a vu l'installation d'une commission « Population et Besoins Sociaux » au sein du conseil National Economique et Social et d'un Comité National de la Population. Ce dernier regroupe les représentants de différents départements ministériels, d'institutions nationales et du mouvement associatif.

3. L'Islam et la Planification Familiale⁶⁹ :

Partout dans le monde les gouvernements y compris un grand nombre du monde islamique soutiennent des programmes de planification familiale qui permettent aux couples et aux individus de choisir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent et le moment de leur naissance. Le développement des contraceptifs modernes, les programmes organisés de planification familiale et les accords internationaux sur la planification familiale ont relancé bon nombre d'anciens débats : les individus et les couples musulmans ont-ils droit à se servir de la planification familiale ? Les gouvernements peuvent-ils intervenir dans la fourniture d'informations et la prestation de services de planification familiale ?

La position de l'Islam vis-à-vis de la planification familiale et les circonstances dans lesquelles elle peut être pratiquée ont un impact direct sur la manière par laquelle les pays musulmans pourront atteindre leurs objectifs de développement.

Près d'un cinquième de la population mondiale 1,25 milliards de personnes sont de religion musulmane. Les musulmans sont un groupe très divers en termes de race, de langage et de degré de conservatisme religieux. Répartis dans le monde entier, les musulmans représentent la majorité de la population dans quelque 48 pays et territoires regroupés en Afrique, en Asie et un peu partout dans le reste du monde.

Avant de développer plus avant, il est nécessaire de comprendre la structure et la nature du droit islamique.

⁶⁹ Farzaneh Roudi-Fahimi, L'ISLAM ET LA PLANIFICATION FAMILIALE, Décembre 2005, Population Reference Bureau

➤ **Le droit musulman :**

L'Islam est structuré autour d'un système légal dans lequel font autorité, par ordre décroissant⁷⁰ :

1. **Le Coran** : qui est considéré comme la révélation divine finale par Allah à son prophète Mahomet, est la première source de législation dans l'Islam. Le Coran est vu comme incréé et préservé par Allah contre toute modification ou altération.
2. **La sunna** : (qui est l'ensemble des dires et fait du prophète) est la seconde source de législation dans l'Islam. La sunna est constituée des hadiths qui ont été rassemblés et classés (quelques 150 ans plus tard) par les musulmans dans plusieurs œuvres comme sahih al Boukhari, sahih Mouslim, etc. il s'agit des paroles ou des actes de Mahomet considérés comme des exemples à suivre par les Musulmans, mais qui sont classés par degré de recevabilité. Certains auteurs, al Boukhari, ont classé les hadiths en authentiques, en acceptables, d'autres étant simplement rejeté.
3. **L'unanimité des Musulmans** : Cela en se référant à une citation de Mahomet qui dit que les Musulmans ne font pas l'unanimité sur quelque chose de faux.
4. **Al quiyâs** (littéralement « la mesure ») : qui permet de tirer le jugement d'une chose pour laquelle il n'y a pas de législation à partir du jugement d'une chose analogue.

C'est avec cette méthodologie que sont bâties les charias, codes de jurisprudence (fiqh) musulmans, qui définissent des lois de différentes catégories. Elles classent les actions humaines en cinq catégories :

1. Ce qui est obligatoire, comme le respect des cinq piliers de l'Islam
2. Ce qui est recommandé, comme le mariage
3. Ce qui est indifférent (mubâh)
4. Ce qui est blâmable (makrûh), comme le divorce
5. Ce qui est interdit, comme les délits pénaux (vol, meurtre, etc.)

Ses formulations sont de 2 ordres :

- La loi (al hukm) qui est structurée en deux parties :

⁷⁰ La position de l'Islam sur la contraception / www.contraception.fr

- Al Mu'amalat qui concerne la morale, le droit civil, le droit pénal
- Al'Ibadat qui concerne la liturgie, la prière, l'adoration.
- La fatwa qui est un avis juridique donné par un spécialiste pour régler un problème ou la jurisprudence islamique n'est pas claire.

Nous parlons de charias au pluriel, car il y a plusieurs traditions du droit musulmans, fondées sur des écoles de jurisprudences islamique portant le nom de madhahib, ce qui veut dire « chemin », ces écoles de jurisprudences leurs sources principale est le Coran et la tradition du Prophète (Sunna), elles ne diffèrent qu'en ce qui concerne certaines interprétations, il existe quatre écoles Sunnites, toutes nommées en hommage à leurs fondateurs. Les Chiites ou Chia signifie « enclin » vénèrent l'Imam Ali, qui est le cousin et le gendre du Prophète Mohammed. Le mouvement chia a commencé au premier siècle après l'an de l'hégire⁷¹ :

- Ecoles Sunnites sont les suivantes :
 - Hanafit
 - Maliki
 - Shafii
 - Hanbali
- Ecoles chiites sont les suivantes :
 - Zaaydi
 - Douze Imami
 - Ismaili

3.1 Famille et contraception

Suivant l'Islam, la contraception est essentiellement envisagée dans le contexte du mariage et de la famille. En tant que système social, culturel et civilisationnel, l'Islam considère la famille comme étant l'unité sociale fondamentale. Le Coran, le Livre sacré de l'Islam et la source principale de la loi islamique ou sharia, considère le mariage comme sacro-saint et identifie le mari et la femme comme les principaux éléments de l'unité familiale.

Le coran contient un certain nombre de références au mariage, notamment les suivantes :

⁷¹Farzaneh Roudi-Fahimi, L'ISLAM ET LA PLANIFICATION FAMILIALE, Décembre 2005, Population Reference Bureau

« Et parmi ses preuves, Il a créé de vous, pour vous, des épouses, afin que vous viviez en quiétude avec elles, et Il a mis entre vous de l'affection et de la compassion. » **Sourate AR-ROUM (21)**

« C'est Lui qui vous a créés d'une seule âme dont il a tiré son épouse, pour qu'il trouve de la quiétude auprès d'elles. » **Sourate AL A'RAF (189)**

« Allah vous a donné des épouses d'une même origine que vous, afin que vous trouviez la paix auprès d'elles. Il vous a donné des enfants et des petits-enfants » **Sourate AN-NAHLA (72)**

Ces vers suggèrent que la quiétude est un but important de la vie de famille et qu'elle est réalisée dans le cadre du mariage. Par ailleurs, si la procréation est attendue dans le cadre du mariage pour la continuité de la race humaine, les relations sexuelles dans le mariage ne se limitent pas exclusivement à des fins reproductives. Sur ce point, l'Islam s'écarte d'autres religions qui considèrent que le seul objet des relations sexuelles est la procréation. Du point de vue de l'Islam, lorsqu'il y a procréation, cette dernière vient renforcer et consolider la sérénité et non la perturber.

Par suite, la contraception aide les familles à parvenir à la sérénité en ayant des enfants lorsqu'elles le souhaitent et lorsqu'elles sont prêtes à en avoir. Vu l'importance de la famille au sein des sociétés musulmanes, les juristes des différentes écoles islamique de jurisprudence et des différents emplacements ont examiné avec grande attention la question de la contraception.

3.2 Justifications de la contraception dans les études juridiques :

Les juristes islamiques qui étudient la planification familiale ont fourni plusieurs justifications de la contraception. Pour l'essentiel, ils affirment que l'Islam est une religion de modération et rappellent les principes de « liberté » ou « d'acceptabilité » de l'Islam ce qui veut dire que tout est permis par la loi à moins d'être expressément interdit par le coran ou la tradition du Prophète (Sunna).

Le Coran n'interdit pas le contrôle des naissances, pas plus qu'il n'interdit à un mari et une femme d'espacer les grossesses ou d'en limité le nombre. C'est pourquoi la grande majorité des juristes islamique considèrent que la planification familiale est autorisée par l'Islam. Selon ces juristes, le silence du Coran sur la question de la contraception n'est pas une omission divine puisque Dieu « sait tout » et que l'Islam est éternel. Les défenseurs de la planification familiale signalent outre que le coït interrompu, ou retrait, était déjà pratiqué à

l'époque du Prophète par ses Compagnons. Selon la majorité des théologiens de la plupart des écoles de jurisprudence islamique, le retrait est acceptable s'il est effectué avec le consentement de la femme.

Dans l'Islam, une femme a le droit tant au plaisir sexuel qu'à la reproduction, le Dr. Omran⁷² fait référence spécifique aux extraits suivants du Coran :

« Allah veut pour vous la facilité, Il ne veut point la contrainte pour vous »

AL-BAGARA (185)

« Et Il ne vous a imposé nulle gêne en religion » **AL-HAJJ (78)**

« Allah veut vous alléger, car l'homme a été créé faible » **AL-NISA (28)**

L'Islam serait donc en faveur de la planification familiale si l'espace des grossesses et la limitation de leur nombre amélioreraient la condition physique de la mère et la situation financière du père, et notamment dans la mesure où ces actions n'enfreignent aucun des interdits du Coran ou de la tradition du Prophète (Sunna). Si une fécondité excessive provoque des risques prouvés pour la santé de la mère et des enfants, ou des difficultés économiques ou de la gêne pour le père, ou empêchent les parents d'élever correctement leurs enfants, les Musulmans seraient autorisés à régler leur fécondité de manière à réduire ces difficultés.

Après un examen de différentes sources de jurisprudences islamique, le Dr. Omran a préparé une liste de raisons justifiant l'utilisation de la contraception selon l'Islam. Les Musulmans sont autorisés à recourir à la contraception pour les raisons suivantes :

- Eviter les risques de santé posés à un enfant allaité par le « changement » du lait d'une mère enceinte.
- Eviter les risques de santé courus par la mère des suites de grossesses répétées, d'intervalles trop brefs entre les naissances ou de son extrême jeunesse.
- Eviter les grossesses pour une femme déjà en mauvaise santé.
- Eviter la transmission de maladies des parents à leurs enfants.

⁷² Le Dr. Abdel Rahim Omran a rédigé Family Planning in the Legacy of Islam avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et en collaboration avec plusieurs institutions islamiques du monde, notamment l'université Al Azher au Caire, où il était conseiller principal pour les questions de population.

- Préserver la beauté et la santé physique de l'épouse, ce qui lui permet de continuer à jouir de son mari, assurant ainsi une vie conjugale plus heureuse et la fidélité du mari.
- Eviter les difficultés économiques imposées par une famille plus nombreuse, qui risque de forcer les parents à recourir à des activités illicites ou à s'épuiser pour gagner de quoi subvenir à leurs besoins.
- Permettre l'éducation et la formation religieuse des enfants, ce qui est plus facile avec un nombre moins élevé d'enfants.

Certains Musulmans remettent en cause la justification économique de la planification familiale qui, selon eux, contredit les convictions islamiques du tawakkul (confiance en Dieu) et du rizq (disposition par Dieu). Selon le Dr. Omran, les juristes n'ont trouvé aucun lien de cette nature, ce qui confirme la légalité de la justification économique.

En ce qui a trait à la justification de la planification familiale pour des raisons de santé, le Dr. Omran a écrit que « Eliminer les risques posés à la santé des mères et des enfants par les grossesses supplémentaires constitue la raison la plus commune de l'acceptation de la contraception par la jurisprudence islamique ». Les juristes interprètent la recommandation faite par le Coran d'allaiter pendant deux ans et la recommandation faite par le Prophète d'éviter les rapports sexuels pendant deux années complètes, ce qui serait difficile, les couples peuvent avoir recours à la contraception.

Les juristes qui interprètent l'Islam comme autorisant la contraception partent du principe que la méthode choisie sera sans risque et ne sera pratiquée que pour la bonne raisons. A titre d'exemple, l'Islam ne permet pas le recours à la contraception pour éviter d'avoir des petites filles. Par ailleurs, il convient de noter que, bien que la majorité des théologiens estiment que la contraception est autorisée par l'Islam, ils en limitent essentiellement la pratique aux méthodes temporaires de planification familiale. Une majorité écrasante de théologiens qui ont approuvé l'emploi des contraceptifs modernes ont exprimé des réserves quant aux méthodes permanentes de stérilisation féminine ou masculine. Les théologiens qui s'opposent à la stérilisation comme méthodes de planification familiale estiment que cette pratique consiste une interférence avec la volonté divine et une tentative de changer ce que Dieu a créé.

Conclusion du Chapitre 2 :

Les indicateurs sociaux, démographiques et économiques comme le taux d'activité, le taux de scolarisation et le taux de fécondité et la prévalence de la pratique contraceptive ont connu une nette amélioration depuis l'indépendance et témoignent des efforts accomplis dans ce sens.

En effet, l'impact de la politique sociale sur les comportements démographiques n'apparaît qu'à partir de la fin des années 1980. L'analyse de la situation passée et actuelle de la fécondité en Algérie montre que le passage du modèle naturel, qui a prévalu jusque vers les années 1970, au modèle planifié s'est effectué dès le début des années 1980 avec le passage d'un nombre d'enfant de 8 par femme à 2 enfants par femmes entre 1980 et années 2000.

Ce décalage, entre la mise en œuvre des mesures prises dans le cadre des plans de développement de l'époque socialiste et l'évolution de la situation démographique, s'explique par les délais nécessaires à la réalisation des différentes opérations planifiées, d'une part, et par la lenteur de l'évolution des mentalités en matière de procréation, d'autre part. La baisse de la fécondité depuis 1980 est également le résultat d'un changement de comportement vis-à-vis de la procréation, les actions du développement ont été plus positives sur les populations des zones rurales et les moins instruites.

Du point de vue de fécondité, sa part dominait au début des années 60 avec un indice synthétique de 8 enfants par femme, cet indice a commencé à baisser à un rythme spectaculaire. En effet, dès le recensement de la population de 1987 on a enregistré une baisse de la fécondité (5 enfants par femmes). Le rythme de baisse s'accélère au point qu'actuellement, les femmes Algériennes ne mettent pas plus de 2 enfants au monde au cours de toute leur vie féconde, se peut s'expliquer par l'élévation de l'âge au mariage des femmes et des hommes, l'éducation des filles et la pratique contraceptive et de leur efficacité accrue.

La participation de la femme dans la vie économique et son intégration au marché du travail est plus en plus fort, sans oublier que la scolarisation des filles joue un rôle très important dans la position de la femme dans son travail et dans la famille en général dans la société. L'exercice d'une activité économique engendre un comportement favorable à une descendance réduite. Il est à souligner que les femmes travailleuses ont généralement un niveau d'instruction plus élevé.

Ce qui concerne la pratique contraceptive, les mentalités ont changé, les femmes utilisent au moins une méthode contraceptive soit moderne ou traditionnelle. Le recours à la contraception est plus important chez les femmes les moins instruites que chez celles de niveau supérieur.

La planification familiale est une question importante pour la santé et le développement. Les sociétés et les pays musulmans, tout comme le reste de l'humanité, cherchent à atteindre leurs objectifs de développement en améliorant l'état de santé des femmes et des enfants dans les pays musulmans, comme ailleurs dans le monde les services de planification familiale sont généralement assurés dans le cadre des services d'amélioration de la santé maternelle et infantile. L'Islam ne doit donc pas être considéré comme un obstacle à cet effort. Les gouvernements des pays islamiques ont appuyé le recours à la contraception, en fournissant un soutien financier et politique aux programmes de santé reproductive culturellement acceptables qui répondent aux besoins des couples musulmans.

CHAPITRE 3
Matériel et Méthode d'Analyse

Introduction :

Dans ce chapitre on présente les résultats de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, la partie du questionnaire qui contient les données sur la santé reproductive et la ménopause, les variables les plus importantes et qui sont compatibles avec notre thème d'étude.

1. Matériel :

1.1 Présentation de l'enquête :

C'est une enquête qui s'inscrit dans la continuité du projet initié par la ligue des Etats Arabes appelé projet Pan arabe pour la promotion de l'enfance (PAPCHILD), qui permet la planification et le suivi des programmes et politiques de santé.

A cet égard, un protocole d'accord pour réalisation d'une enquête sur la santé de la famille, a été signé entre le Gouvernement Algérien, représenté par le ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière et le projet Arabe pour la santé de la famille.

L'Office des statistiques a pris en charge l'exécution de cette enquête en collaboration avec la direction de la population du ministère de la santé de la population et la réforme hospitalière et le projet arabe pour la santé de la famille (de la conception à l'exploitation des données).

Les données de cette enquête par sondage auprès d'un échantillon de 20 000 ménages répartis à travers le territoire national ont été recueillies à partir de l'exploitation et du traitement des questionnaires conçus avec toutes les parties nationales et internationales concernées. En tenant compte des spécificités du pays et en prenant en charge les besoins en matière d'information statistiques des parties concernées.

Cinq questionnaires ont été utilisés pour la réalisation de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002. Chaque questionnaire renferme des questions spécifiques

1. Questionnaire ménage
2. Questionnaire sur la santé reproductive et la ménopause (15-59 ans)
3. Questionnaire sur les personnes âgées (60 ans et plus)
4. Questionnaire ménage pour l'échantillon élargi pour l'étude de la mortalité infantile.
5. Questionnaire jeunesse (15-29 ans)

La collecte des informations a été effectuée par sondage stratifié à deux degrés. Au premier degré il a été procédé au tirage des districts alors qu'au second ont été tirés les ménages.

Ainsi deux échantillons théoriques devaient être étudiés, le premier appelé échantillon principal est composé de 10 200 ménages, à raison de 20 ménages par district. Il sert à déterminer les principaux indicateurs démographiques et de santé. Le second échantillon qualifié « d'élargi » est composé en plus de l'échantillon précédent d'un échantillon complémentaire de même taille. Ce qui correspond un effectif global de 20 400 ménages soit 40 ménages par district.

En fin de compte, l'enquête a pu toucher effectivement 19 233 ménages, soit un taux de réponse appréciable de l'ordre de 93,5%, les ménages absents représentent 2,4% de l'ensemble des ménages échantillon et le taux de refus de réponse est de 1,5%.

1.2 Population concernée par l'analyse :

La population concernée par notre analyse est celle des femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, on utilisera les variables et les données du 2^{eme} questionnaire sur la santé reproductive et la ménopause, ce questionnaire est organisé comme suit :

- **Section 1 :** Caractéristiques, Ressources et Mariage de l'enquêtée.
- **Section 2 :** Reproduction et Survie des enfants.
- **Section 3 :** Soins de Maternité de la dernière naissance vivante survenue durant les cinq dernières années.
- **Section 4 :** Alimentation et santé de la dernière naissance vivante survenue durant les cinq dernières années.
- **Section 5 :** Morbidité chronique et maladies de la reproduction.
- **Section 6 :** Maladie de sida et les MST.
- **Section 7 :** Planning familial et attitudes vis-à-vis de la procréation.
- **Section 8 :** Fécondité et Reproduction (pour les femmes non célibataires âgées de 55-59 ans).
- **Section 9 :** Santé sur le plan gynécologique.

Pour notre analyse on ne retiendra que les résultats de la section 1, 2 et 7.

2. Méthode d'analyse :

Nous avons utilisé le logiciel « SPSS » pour le croisement des variables et l'élaboration des tableaux simple et croisés, le logiciel « Excel » pour la construction des graphiques.

2.1 Les variables utilisées :

On utilisera les variables les plus essentielles à notre étude, les variables seront partagés en trois parties puis en croisera les variables qui répondent à nos objectifs.

Les trois parties sui :

1) Partie 1 : les variables des caractéristiques sociodémographiques de la femme.

- Age de la femme
- Situation matrimoniale
- Niveau d'instruction de la femme
- Secteur d'habitat
- Age au premier mariage
- Nombre d'enfant

2) Partie 2 : les questions d'attitude vis-à-vis à la pratique contraceptive (Planning Familial)

- a déjà utilisé une contraception
- quelle méthode utilisé vous actuellement
- nombres d'enfants à la première utilisation
- raison pour 1^{ière} utilisation de la contraception
- quelle est la raison principale qui vous a poussé à arrêter l'utilisation de la contraception ?
- comptez-vous utilisez une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur ?
- quelle est la raison principale qui vous pousse à ne pas vouloir utiliser une méthode ?
- été-vous d'accord ou non avec l'utilisation des couples d'une méthode contraceptive ?
- votre mari est-il d'accord ou non avec l'utilisation des couples d'une méthode contraceptive ?

3) **Partie 3 : Attitude vis-à-vis de la procréation**

- combien de fois avez-vous discuté du planning familial avec votre mari ?
- avez-vous discuté avec votre mari sur le nombre d'enfants que désirez-vous avoir ?
- désirez-vous avoir d'autre enfant ?
- quel est le nombre d'enfant que vous voudriez avoir durant votre vie
- quel est l'âge le plus convenable pour une fille de se marier ?
- combien d'enfant devrait avoir une femme ?
- approuviez-vous qu'une femme travaille au cas où une opportunité de travail lui soit offerte ?

3. Analyse des variables :

3.1 Analyse Descriptive :

Avant de procéder au croisement des variables et à la confection des indicateurs, il convient de déclarer dans les premières tabulations (tris à plats). Les résultats des fréquences simples ou croisées des différentes modalités et qui permettent de juger la qualité des données et la structure de la population.

L'analyse tris à plats est divisée en quatre parties essentielles à notre sujet étudié :

- **Partie 1** : l'analyse des caractéristiques de la population enquêtée.
- **Partie 2** : l'analyse vis-à-vis de la pratique contraceptive.
- **Partie 3** : l'analyse d'attitude vis-à-vis de la procréation.
- **Partie 4** : l'analyse des variables croisées qui répond à nos hypothèses à partir des déterminants suivants :
 1. Niveau d'instruction.
 2. Secteur d'habitat.
 3. Etat actuel d'emploi.
 4. Nombres d'enfants vivants.

Remarque : En parcourant le questionnaire de l'enquête on observe que quelques questions n'était pas posée à la totalité de la population enquêtée, parce qu'on remarquer que il y'avait des valeurs manquantes attire la tentions même, le total de ces questions sont beaucoup moins de la totalité de l'échantillon global 7399 de femmes enquêtées, les valeurs manquantes sont sans doute pour une large part des valeurs manquantes structurelle.

Il était possible pour nous de contourner le problème des valeurs manquantes mais comme l'enquête est faite par l'Etat non par nous, on n'a pas pu faire des changements au niveau de cette dernière.

On appelle valeur manquante (missing value) toute valeur d'une variable observée chez un individu et non renseignée (cellule vide) un point (par défaut) représente ce vide dans SPSS.

Les valeurs manquantes apparaissent soit du fait d'un défaut d'observation (ex : données non recueillies), soit du fait d'une absence « logique » (ex : nombre de grossesses chez un homme).

Les valeurs manquantes peuvent être, lors des analyses, soit exclues (c'est l'option par défaut dans SPSS), soit assimilés à une valeur définie.

3.1.1 Analyse des Caractéristiques de la population enquêtée :

Tableau n°47 : Répartition des femmes selon leur âge

Groupe d'âge	Effectifs	%
15-19	77	1
20-24	550	7,4
25-29	1120	15,1
30-34	1345	18,2
35-39	1664	22,5
40-44	1408	19
45-49	1235	16,7
Total	7399	100

Les résultats du tableau montrent que la majorité des femmes enquêtées sont âgées de 35-39 ans avec une proportion de 22,5%, même les groupes d'âges (25-29), (30-34), (40-44) et (45-49) ans ont une proportion qui varie dans un intervalle de 15% à 19%.

Graphe n°3 : Répartition des femmes selon leur âge

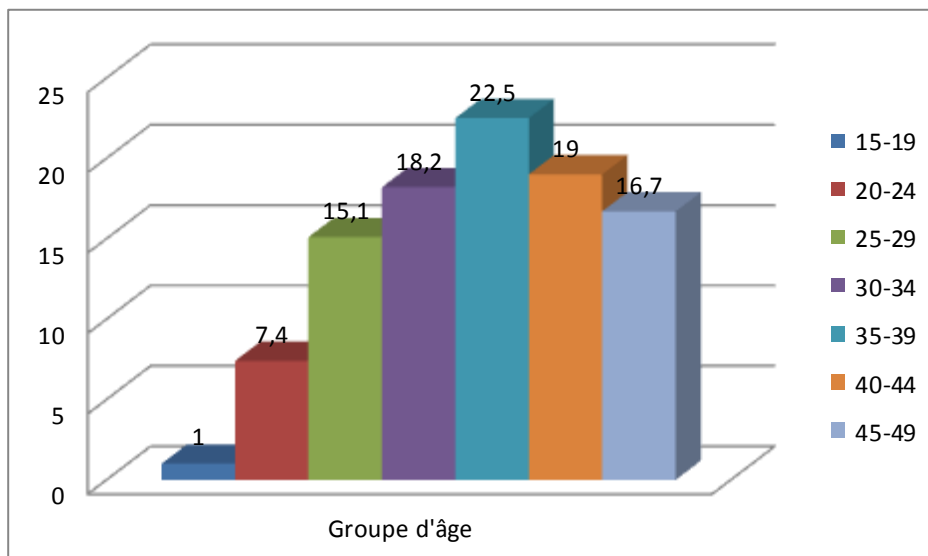


Tableau n°48: Répartition des femmes selon le secteur d'habitat

secteur d'habitat	Effectifs	%
Urbain	4383	59,2
Rural	3016	40,8
Total	7399	100

Les femmes urbaines sont légèrement majoritaires, elles représentent 59,2% de l'échantillon de 7399 fut rencontré.

Graphe n°4 : Répartition des femmes selon le secteur d'habitat

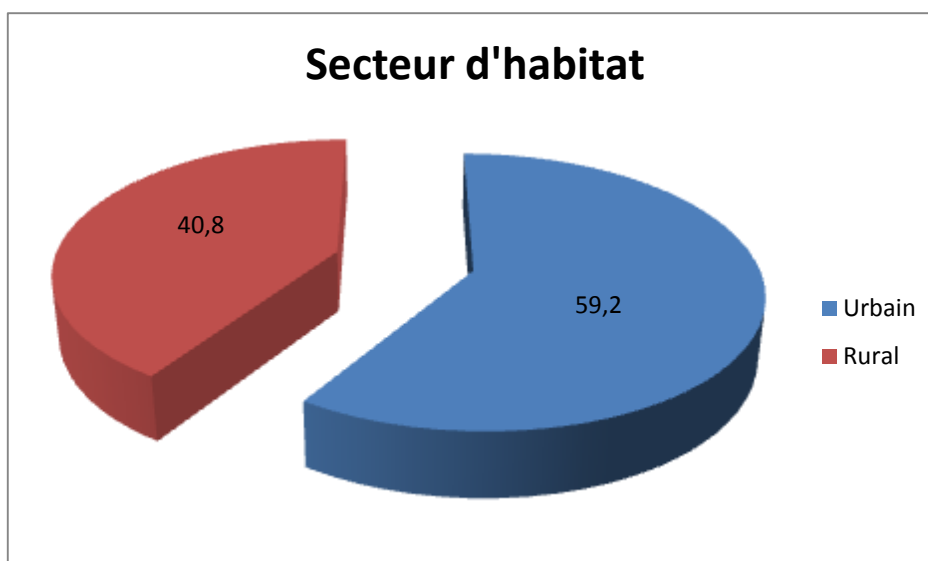


Tableau n°49 : Répartition des femmes selon leur Etat matrimonial

Etat matrimonial	Effectifs	%
Mariée	6847	92,5
Veuve	235	3,2
Divorcée	297	4
Séparée	20	0,3
Total	7399	100

L'échantillon est consisté majoritaire par des femmes mariées au moment de l'enquête, la proportion s'élève à 92,5%.

Graphe n°5 : Répartition des femmes selon leur Etat matrimonial

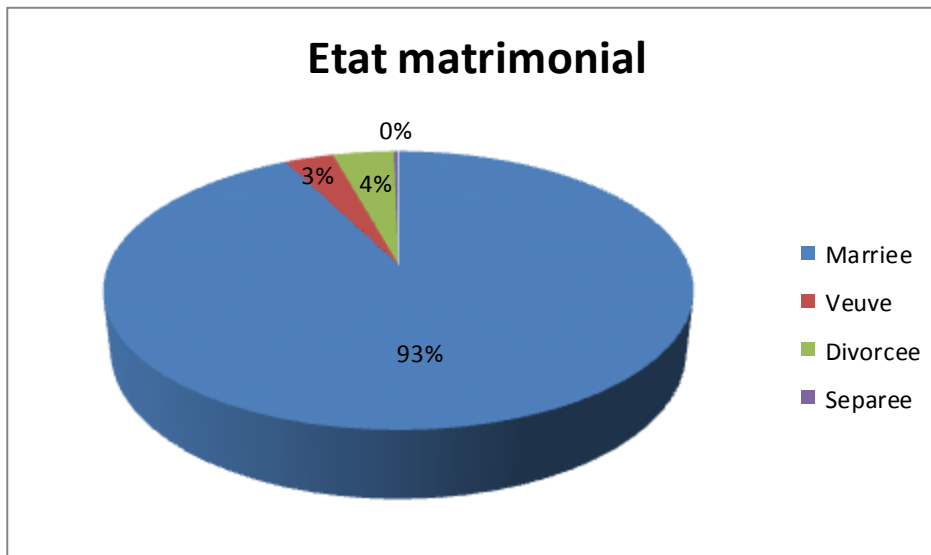


Tableau n°50: Répartition des femmes selon leur scolarisation

Scolarisation	Effectifs	%
Actuellement scolarisée	72	1
Scolarisée au passé	4071	55
Jamais scolarisée	3256	44
Total	7399	100

Le tableau montre que la moitié des femmes n'ont jamais été scolarisée, leur proportion s'élève à 44% un nombre de 3256 sur l'ensemble des 7399.

Graphe n°6 : Répartition des femmes selon leur scolarisation

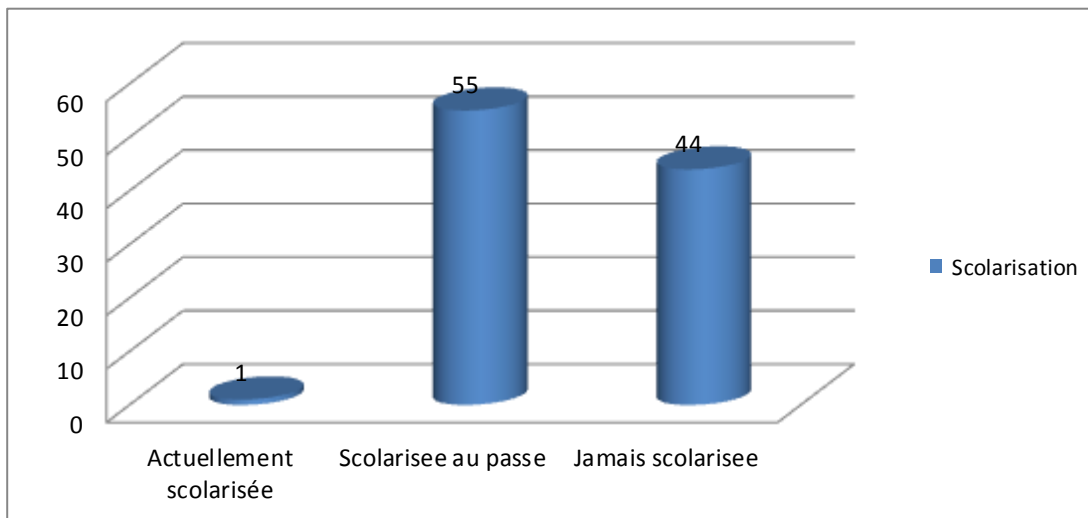


Tableau n°51 : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	%
sans instruction	3259	44
primaire	1603	22
moyen	1365	18
secondaire	957	13
supérieure	215	3
Total	7399	100

Les résultats du tableau montrent que 44% des femmes enquêtées sont sans instruction et la moitié de cette proportion représente des femmes de niveau primaire et sauf 3% d'elles ont un niveau supérieure.

Graphe n°7 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction

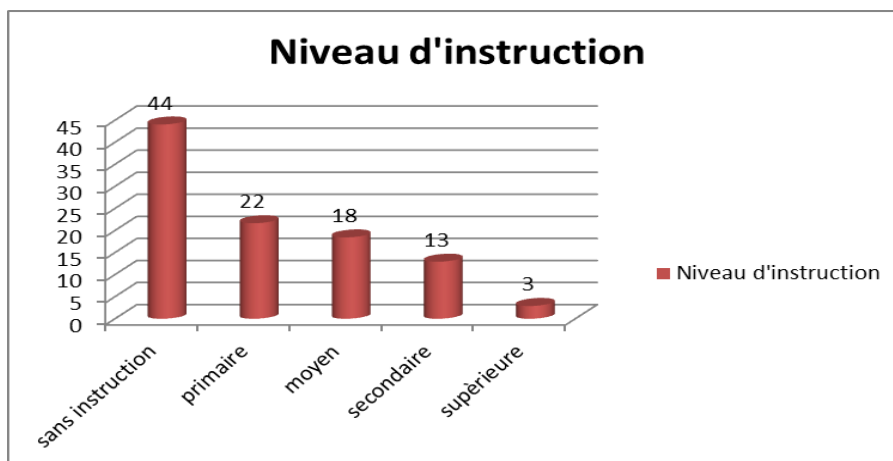


Tableau n°52 : Répartition des femmes selon leur âge au premier mariage

Age au 1 ^{ier} mariage	Effectifs	%
10-14	279	4
15-19	3139	42,4
20-24	2741	37
25-29	961	13
30-34	215	2,9
35-39	44	0,6
40-44	13	0,2
45-49	7	0,1
Total	7399	100

L'âge au 1^{ier} mariage des femmes enquêtées se situe dans le groupe d'âge (15-19) ans et (20-24) ans un pourcentage de 42,4 et 37% respectivement, cette population enquêtée c'est marié à un âge précoce.

Graphe n°8 : Répartition des femmes selon leur âge au premier mariage

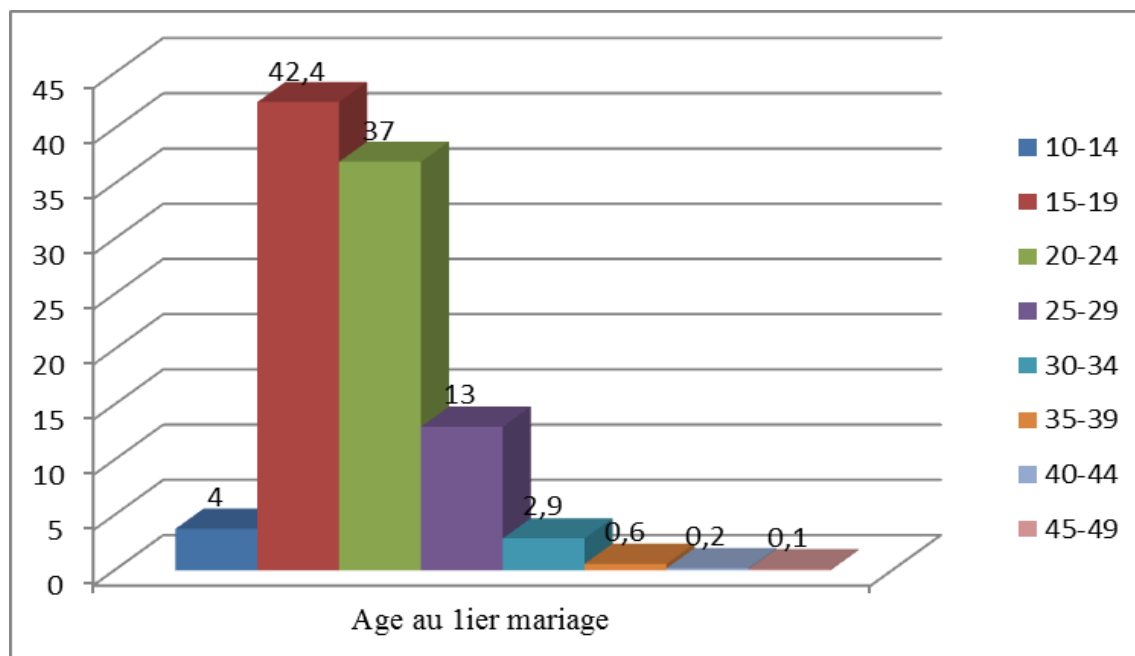


Tableau n°53 : Répartition des femmes selon leur Etat actuelle d'emploi

Etat actuelle d'emploi	Effectifs	%
Travaille	660	8,9
Ne travaille pas	6739	91,1
Total	7399	100

Les résultats de ce tableau montrent que 91,1% des femmes enquêtées ne travaille pas, devant un pourcentage de 8,9% de femmes qui travaille au moment de l'enquête.

Graphe n°9 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel d'emploi

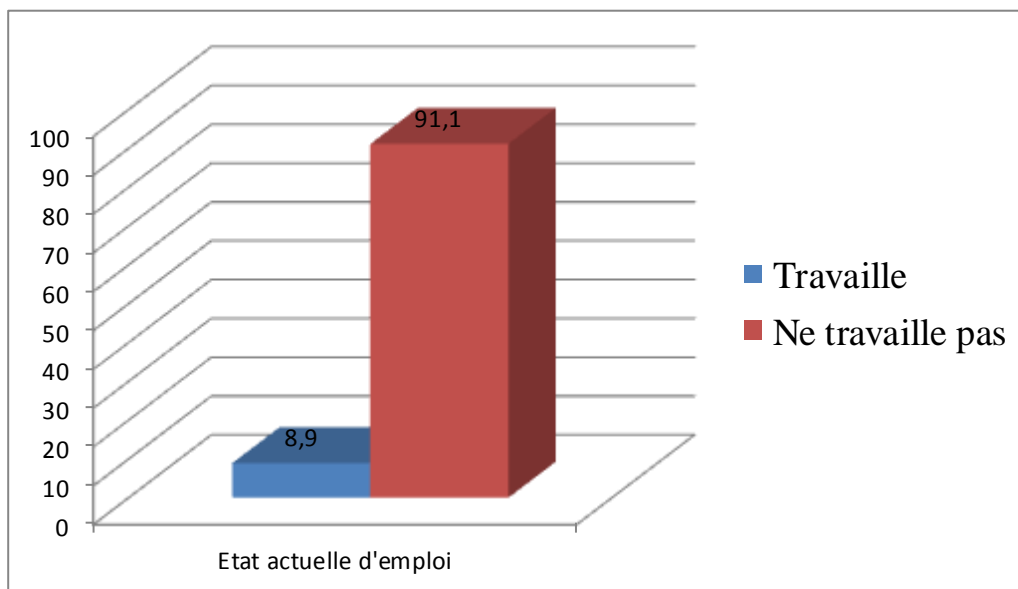


Tableau n°54 : Répartition des femmes selon leur Etat du travail au passé

Etat du travail au passé	Effectifs	%
A travaillée au passé	441	6,7
N'a Pas travaillée au passé	6126	93,3
Total	6567	100
Valeurs Manquantes	832	11,24

Les résultats du tableau montrent que la population enquêtée n'a pas travaillé au passé avec 93,3%.

Graphe n° 10 : Répartition des femmes selon leur Etat du Travail au passé.

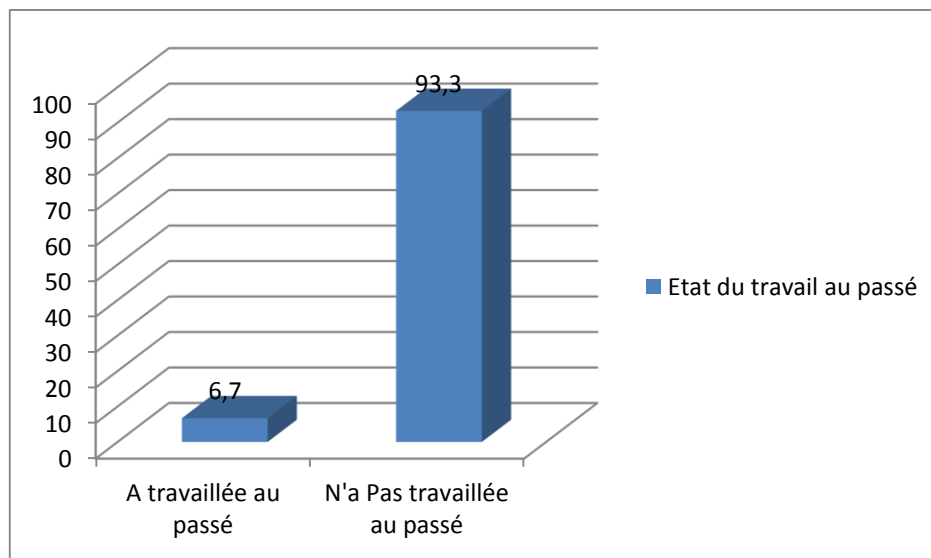
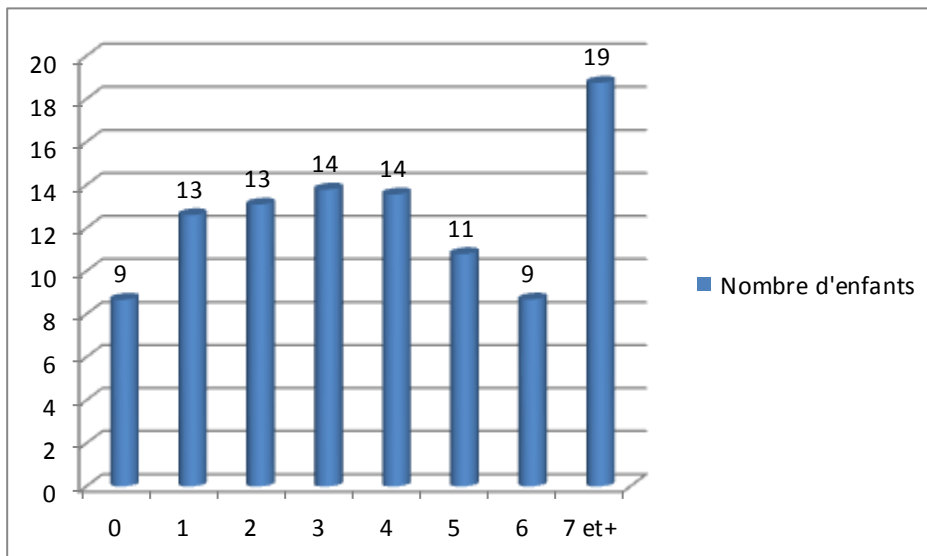


Tableau n°55 : Répartition des femmes selon leur nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Effectifs	%
0	642	9
1	933	13
2	969	13
3	1021	14
4	1004	14
5	799	11
6	643	9
7 et+	1388	19
Total	7399	100

Le nombre d'enfants vivants chez les femmes enquêtées se varie de 1 à 4 enfants et surtout le nombre 3 et 4 enfants vivants représenter par 14% devant 13% pour 1 et 2 enfants.

Graphe n°11 : Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants vivants



3.1.2 Analyse vis-à-vis de la Pratique Contraceptive :

Tableau n°56 : Répartition des femmes selon si elles ont déjà utilisé une contraception

Avez-vous déjà utilisé une contraception	Effectifs	%
A déjà utilisée	5659	77,6
N'a Jamais utilisée	1636	22,4
Total	7295	100
Valeurs Manquantes	104	1,40

Les résultats du tableau montrent que 77,6% ont déjà utilisé une méthode contraceptive dans leur vie féconde.

Graphe n°12 : Répartition des femmes selon si elles ont déjà utilisé une contraception

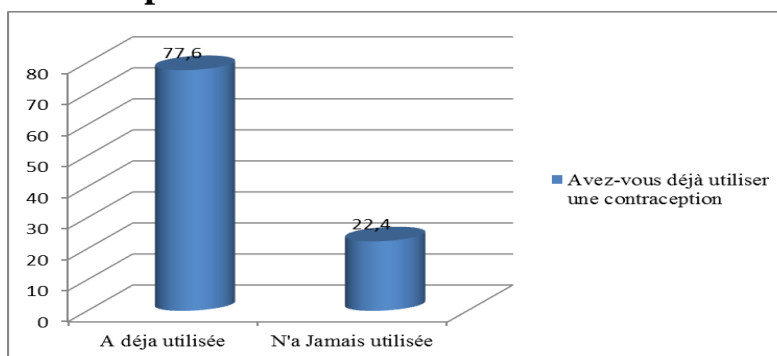


Tableau n°57 : Répartition des femmes selon la raison pour la 1^{ière} utilisation d'une contraception

Raison pour la 1 ^{ière} utilisation d'une contraception	Effectifs	%
Voulait plus tard	4926	88,5
Voulait arrêter proc	595	10,7
Autre	47	0,8
Total	5568	100
Valeurs Manquantes	1831	24,74

L'analyse de la raison pour la première utilisation d'une contraception montre que les femmes enquêtées l'ont utilisé pour retarder une grossesse par un pourcentage de 88,5%.

Graphe n°13 : Répartition des femmes selon leur raison pour la première utilisation d'une contraception

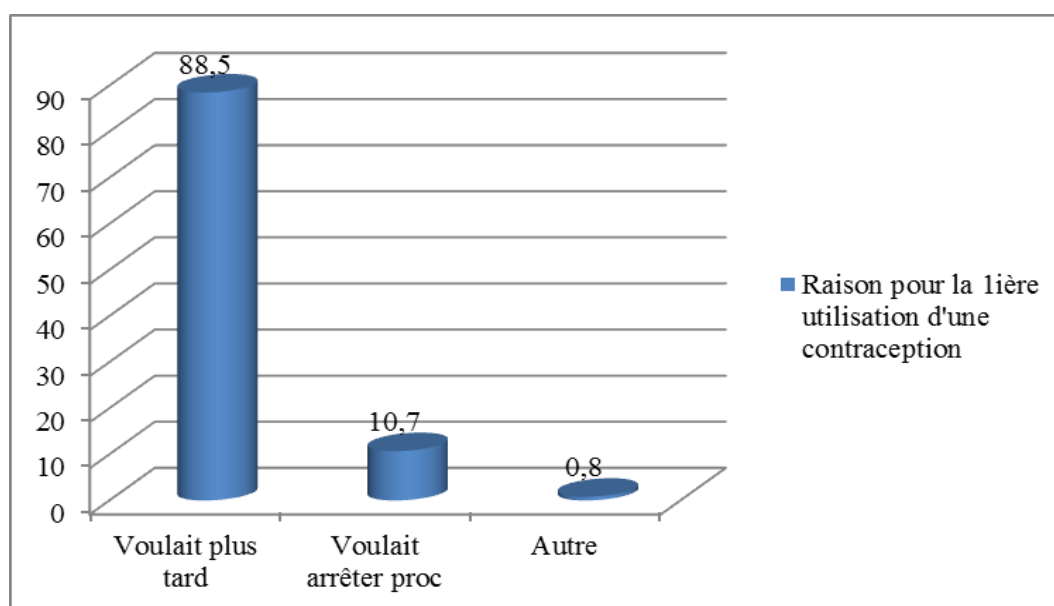


Tableau n°58 : Répartition des femmes selon l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception

Etat Actuel d'utilisation	Effectifs	%
Utilise	3726	75,1
N'utilise pas	1237	24,9
Total	4963	100
Valeurs Manquantes	2436	32,92

Les femmes qui utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête sont présentées avec 75,1% d'une population de 4963 de la population total qui est égale à 7399.

Graphe n°14 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel d'utilisation d'une contraception

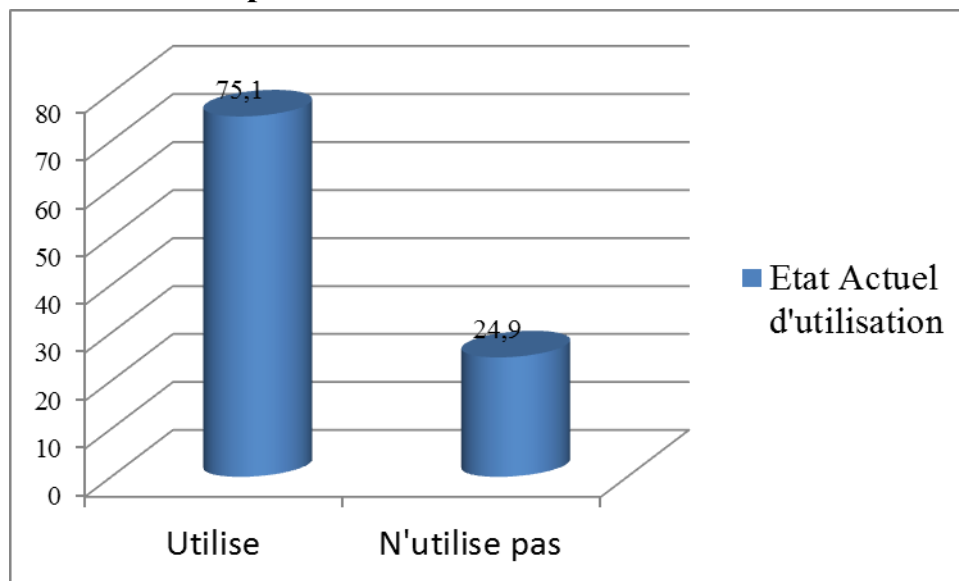


Tableau n°59 : Répartition des femmes selon la méthode utilisé

Méthode utilisée actuellement	Effectifs	%
Pilule	3036	81,6
Stérilet	194	5,2
Injectables	8	0,2
Condom	81	2,2
Condom féminin	1	0
Crème ou gèle	2	0,1
Ligature des trompes	58	1,6
Allaitement prolonge	74	2
Calendrier	151	4,1
Retrait	110	3
Autre	6	0,2
Total	3721	100
Valeurs Manquantes	3678	49,70

La pilule est la méthode contraceptive moderne la plus favorable chez les femmes enquêtées avec 81,6%, les méthodes de contraception traditionnelles comme l'allaitement prolongé, le calendrier (calcule) et le retrait sont de 2%, 4,1% à 3% respectivement.

Graphe n°15 : Répartition des femmes selon la méthode utilisé

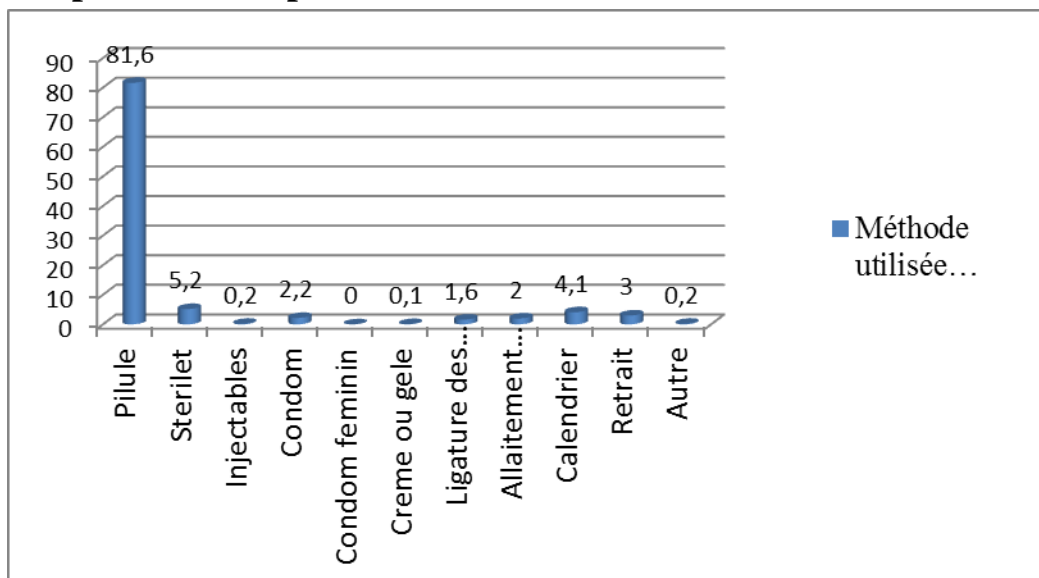


Tableau n°60 : Répartition des femmes selon la raison principale d'arrêter l'utilisation de la contraception

Raison d'arrêter l'utilisation	Effectifs	%
Echec méthode /enceinte	94	5.66
Manque satis. sexuel	5	0.30
Problèmes. de règles	53	3,19
Problèmes. de sante	413	24.89
Difficile à utiliser	3	0.18
Difficile à obtenir	43	2.59
Gain de poids	13	0.78
Pas apprécie méthode	32	1.92
Veut un enfant	517	31.16
Remplacer enfant décédé	4	0.24
Manque intimité	25	1.50
Ménopause	209	12.59
Autre	248	15
Total	1659	100
Valeurs Manquantes	5740	77.57

Les femmes enquêtées déclarent avec 31,16% que leur cause d'arrêter l'utilisation de la contraception pour avoir d'autre enfants, 24,89% d'elles déclarent que c'est à cause de problèmes de santé et 12,59% ont eu la ménopause.

Graphe n°16 : Répartition des femmes selon la raison principale d'arrêter l'utilisation de la contraception

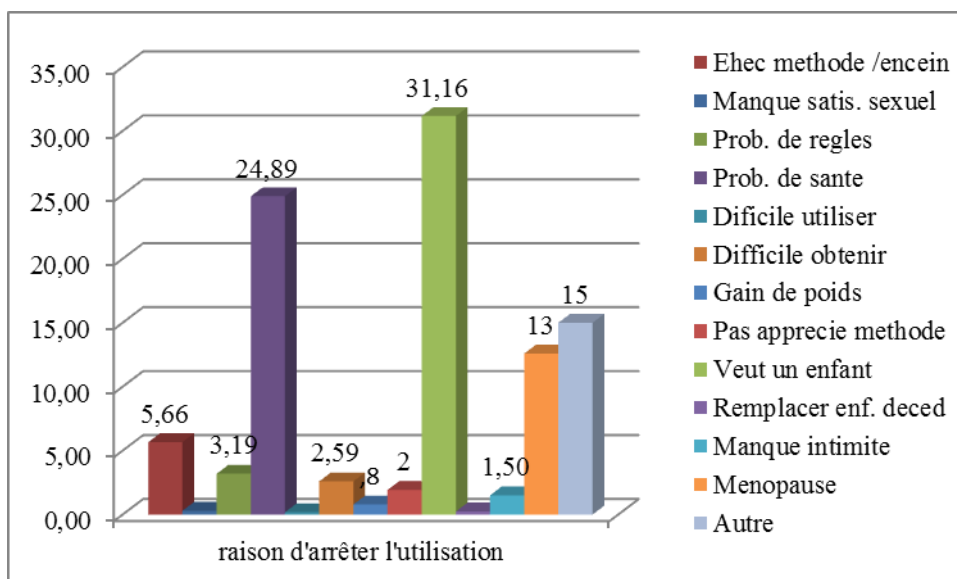


Tableau n°61 : Répartition des femmes selon si elles comptent utiliser une contraception pour retarder une grossesse dans le future

Intention d'utiliser une contraception dans le future	Effectifs	%
Va utiliser	1216	40,1
Ne va pas utiliser	1523	50,2
NSP/ indéconse	292	9,6
Total	3031	100
Valeurs Manquantes	4368	59,03

La question qui concerne l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le future, la réponse oui est présente par 40,1% devant 50,2% de s'elles qui vont pas utiliser la contraception.

Graphe n°17 : Répartition des femmes selon si elles comptent utiliser une contraception pour retarder une grossesse dans le futur.

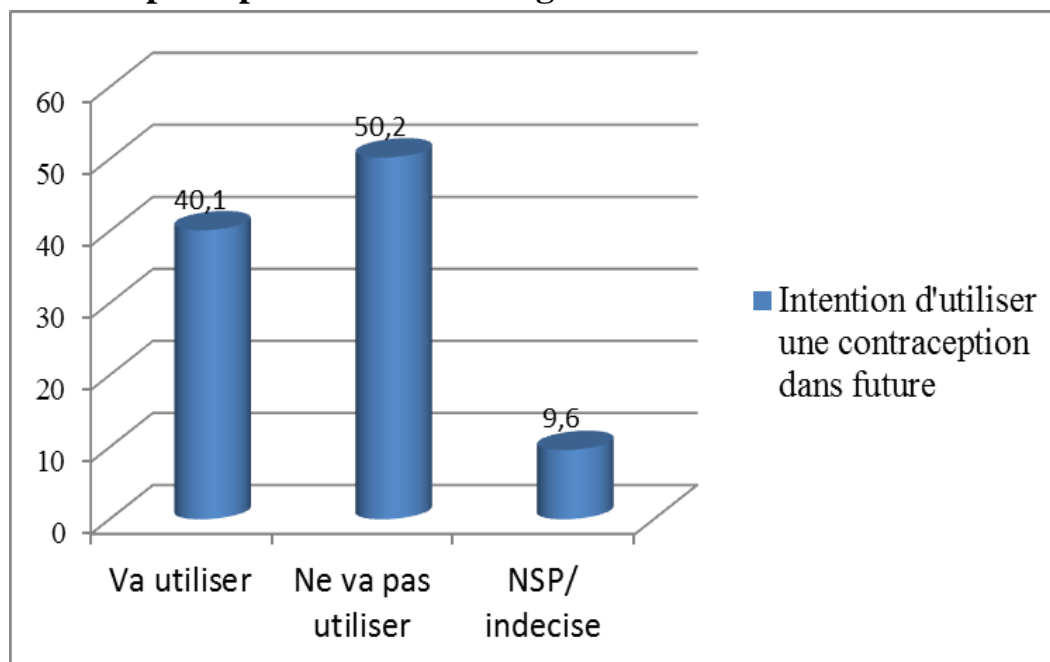


Tableau n°62 : Répartition des femmes selon la raison principale de non utilisation d'une contraception dans le futur

Raison non utilisation dans le future	Effectifs	%
Désire autre enfant	368	24,3
Interdits religieux	62	4,1
Opposition au PF	26	1,7
Désaccord du mari	60	4
Peur effets secondai	247	16,3
Manque information	11	0,7
Difficile à obtenir	13	0,9
Cout élevé	10	0,7
Difficile à utiliser	3	0,2
Fataliste	140	9,2
Ménopausée/ non-fécond	361	23,8
N'aime pas méthode existante	67	4,4
Autre	124	8,2
Pas sure /NSP	25	1,6
Total	1517	100
Valeurs Manquantes	5882	79.49

Les femmes enquêtées déclarent leur raison principale de non utilisation d'une contraception dans le future est entre la cause de désire d'un autre enfant et parce qu'elles sont ménopausées avec des proportions de 24,3% et 23,8% respectivement.

Graphe n°18 : Répartition des femmes selon la raison principale de non utilisation d'une contraception dans le futur

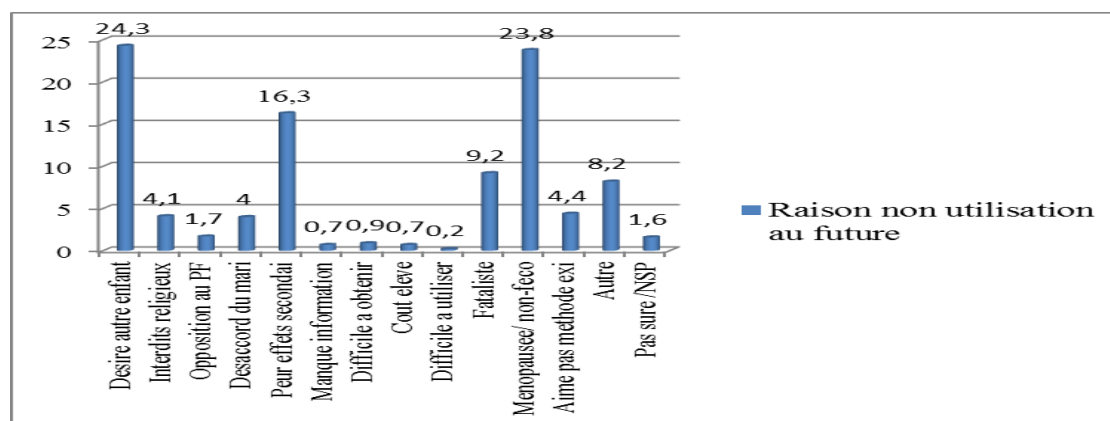


Tableau n°63 : Répartition des femmes selon leur attitude envers le planning familial (l'utilisation d'une contraception)

Attitude envers PF	Effectifs	%
Approuve	6506	89,6
Approbation avec condition	231	3,2
Désapprouve	313	4,3
NSP/ pas sure	209	2,9
Total	7259	100
Valeurs Manquantes	140	1,89

Les résultats montrent que 89,65% des femmes enquêtées ont une attitude positive (oui) pour la planification familiale.

Graphe n°19 : Répartition des femmes selon leur attitude envers le planning familial

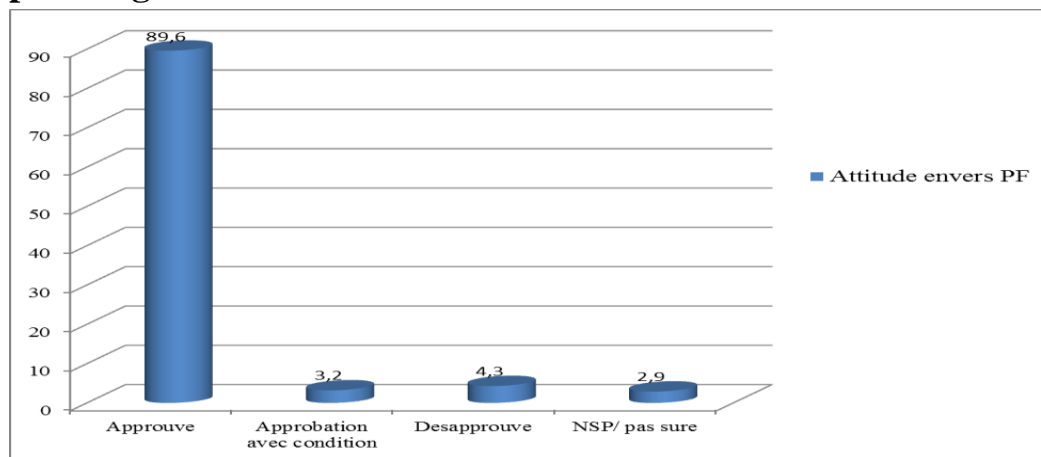


Tableau n°64: Répartition des femmes selon l'avis du mari envers le planning familial (utilisation d'une contraception)

Avis du mari envers PF	Effectifs	%
Approuve	5613	83,2
Approbation avec condition	213	3,2
Désapprouve	441	6,5
NSP	479	7,1
Total	6746	100
Valeurs Manquantes	653	8.82

Les maris des femmes enquêtées sont pour la planification familiale avec 83,2%.

Graphe n°20 : Répartition des femmes selon l'avis du mari envers le planning familial (utilisation d'une contraception)

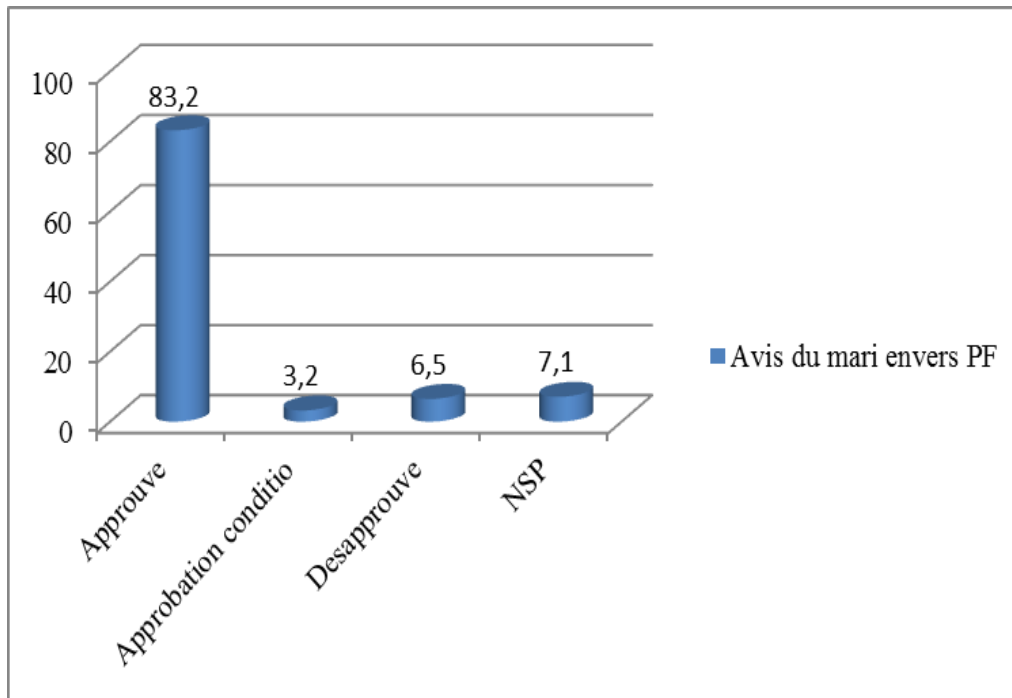
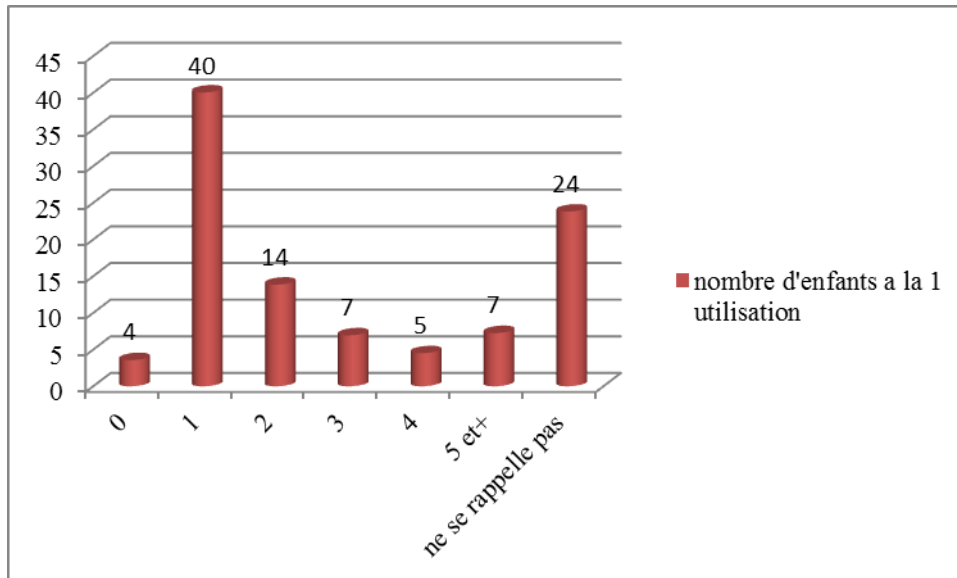


Tableau n° 65 : Répartition des femmes selon le Nombre d'enfants à la 1^{ère} utilisation d'une contraception

nombre d'enfants à la 1 utilisation	Effectifs	%
0	264	4
1	2963	40
2	1025	14
3	514	7
4	334	5
5 et+	537	7
ne se rappelle pas	1762	24
Total	7399	100

Les femmes enquêtées qui ont utilisé une méthode contraceptive pour la première fois était de 40% d'elle avait un nombre d'enfants égale à 1, et 24% ne se rappelle pas.

Graphe n°21 : Répartition des femmes selon le Nombre d'enfants à la 1^{ière} utilisation d'une contraception



3.1.3 Analyse d'attitude vis à vis de la procréation :

Tableau n°66 : Répartition des femmes selon la fréquence de discussions avec le mari sur la PF

Fréquence de discussions avec votre mari sur la PF	Effectifs	%
Jamais	1814	28,3
Une ou deux fois	1945	30,3
Plus souvent	2653	41,4
Total	6412	100
Valeurs Manquantes	987	13.33

Les résultats du tableau selon la fréquence de discussion avec le mari au sujet de la planification familiale montrent que les femmes enquêtées déclarent avec 41,4% qu'elle discute plus souvent avec leur mari dans un échantillon de 6412, et s'elles qui n'ont jamais eu de conversation sur le sujet représente 28,3% devant 30,3% pour qui discute une ou deux fois.

Graphe n°22 : Répartition des femmes selon la fréquence de discussions avec le mari sur le PF.

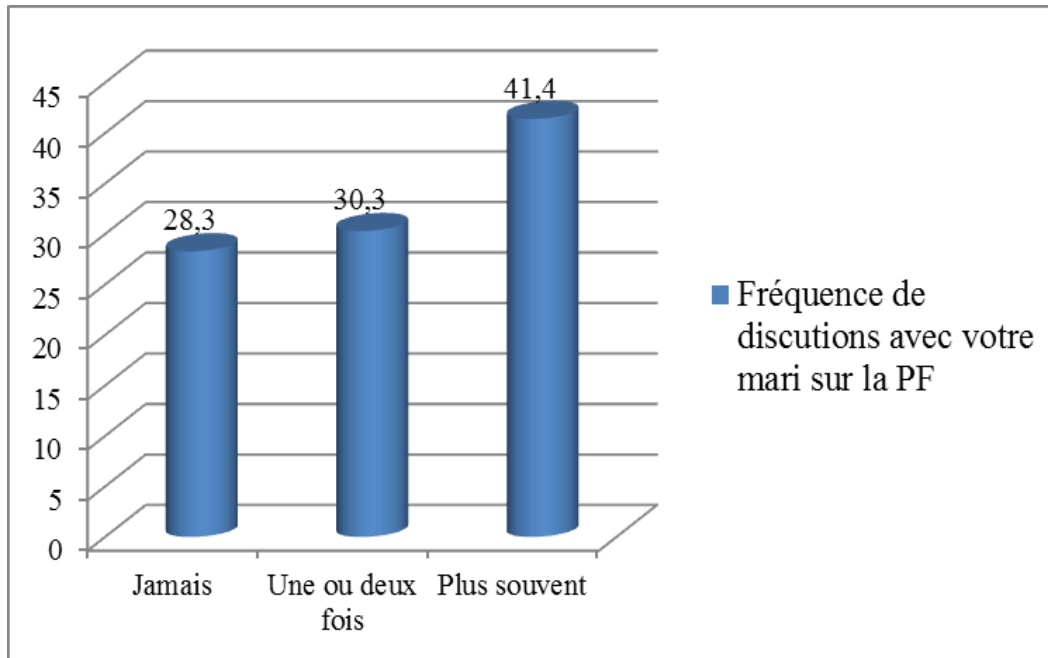


Tableau n°67 : Répartition des femmes selon la discussions avec le mari sur le nombre d'enfants voulu

Discutez- vous avec votre mari sur le nombre d'enfants voulu ?	Effectifs	%
Oui	3602	53,5
Non	3130	46,5
Total	6732	100
Valeurs Manquantes	667	9.01

Le sujet de discussion avec le mari sur le nombre d'enfants voulu montre que 53,5% discutent, devant une légère différence pour celle qui déclare non 46,5%.

Graphe n°23 : Répartition des femmes selon la discussion avec le mari sur le nombre d'enfants voulu

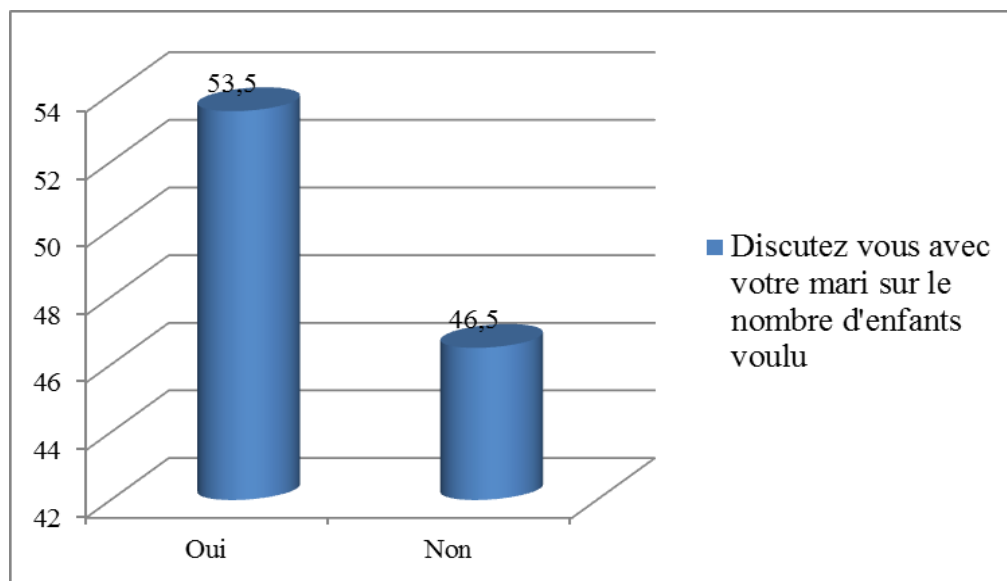


Tableau n°68 : Répartition des femmes selon le désir d'avoir d'autre enfant

Désirez- vous avoir un autre enfant?	Effectifs	%
Oui	2251	33,6
Non	3026	45,2
Ne peut pas enceinte	327	4,9
Volonté de dieu	931	13,9
Indécise /NSP	163	2,4
Total	6698	100
Valeurs Manquantes	701	9.47

Les femmes enquêtées déclarent qu'elles ne désirent pas avoir d'autres enfants par 45,25 devant 33,6% de femmes qui veulent un autre enfant.

Graphe n°24 : Répartition des femmes selon le désir d'avoir d'autre enfant

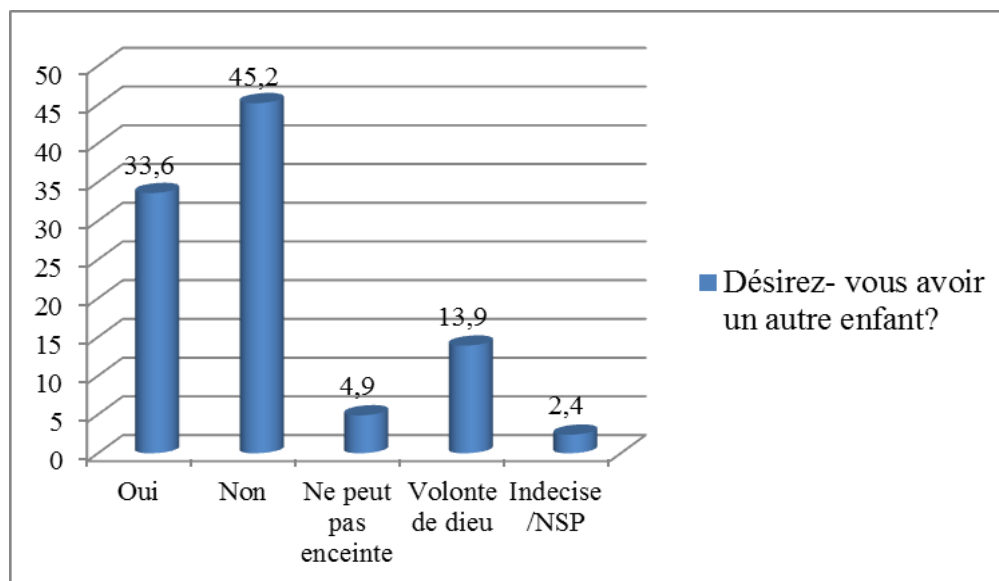


Tableau n°69 : Répartition des femmes selon leur attitude envers le travail des filles.

Attitude envers travaille des filles	Effectifs	%
Approuve	6747	91,8
Approbation avec condition	310	4,2
Désapprouve	293	4
Total	7350	100
Valeurs Manquantes	49	0,66

Les femmes enquêtées approuvent avec 91,8% qu'elles aiment qu'une fille travaille en cas ou une opportunité lui arrive à travailler devant 4% pour celles qui désapprouvent (la majorité des femmes enquêtées sont sans emploi).

Graphes n°25 : Répartition des femmes selon leur attitude envers le travail des filles

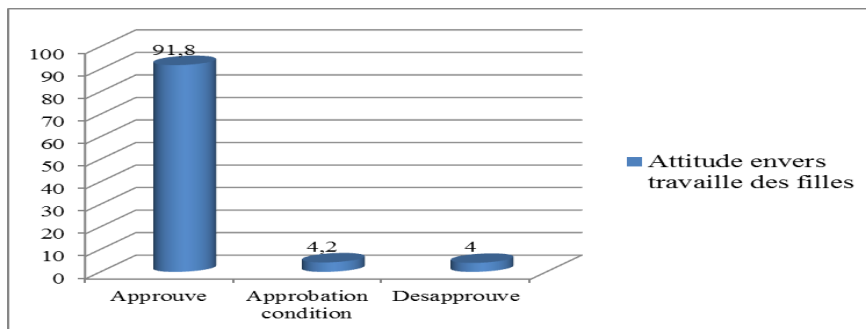


Tableau n°70 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants désirer

Nombre d'enfants	Effectifs	%
0	31	0,4
1	92	1,2
2	1333	18,0
3	937	12,7
4	2596	35,1
5	422	5,7
6	663	9
7et+	369	5
autres	956	12,9
Total	7399	100

Les résultats du tableau montrent que la majorité des femmes enquêtées désire 4 enfants dans leur vie avec 35,1%, et des proportions de 18% et 12,7% pour 2 et 3 enfants respectivement.

Graph n°26 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants désirer

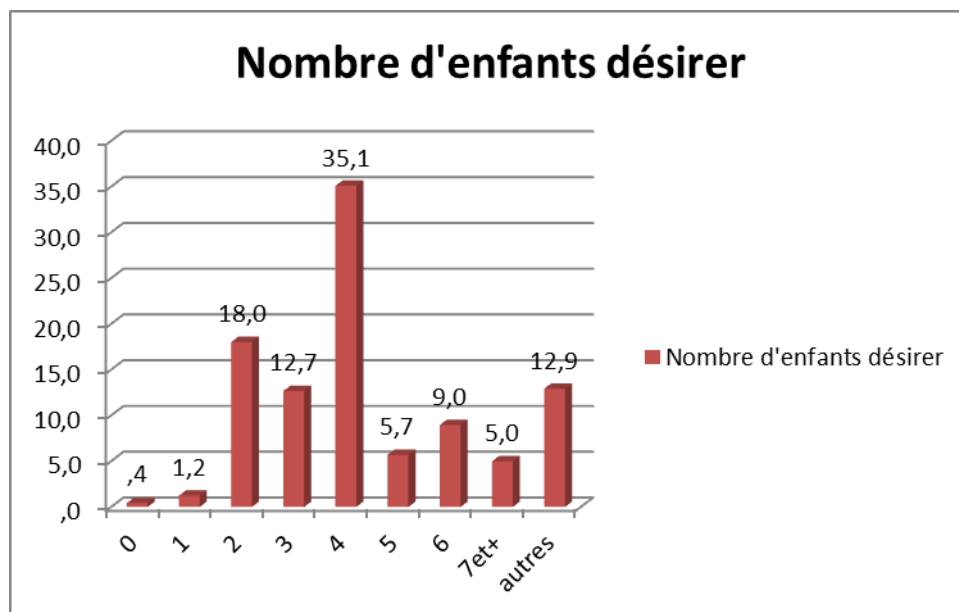


Tableau n°71 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants désiré pour une fille.

Nombres d'enfant désiré pour une fille	Effectifs	%
0	5	0,1
1	73	1,0
2	2576	34,8
3	978	13,2
4	2310	31,2
5	187	2,5
6	279	3,8
7et+	136	1,8
autres	855	11,6
Total	7399	100

Les femmes enquêtées déclarent que le nombre d'enfants qu'elles le désirent pour une future maman varie entre 2 et 4 enfants avec 34,8% et 31,2% respectivement.

Graphe n°27 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants désiré pour une fille.

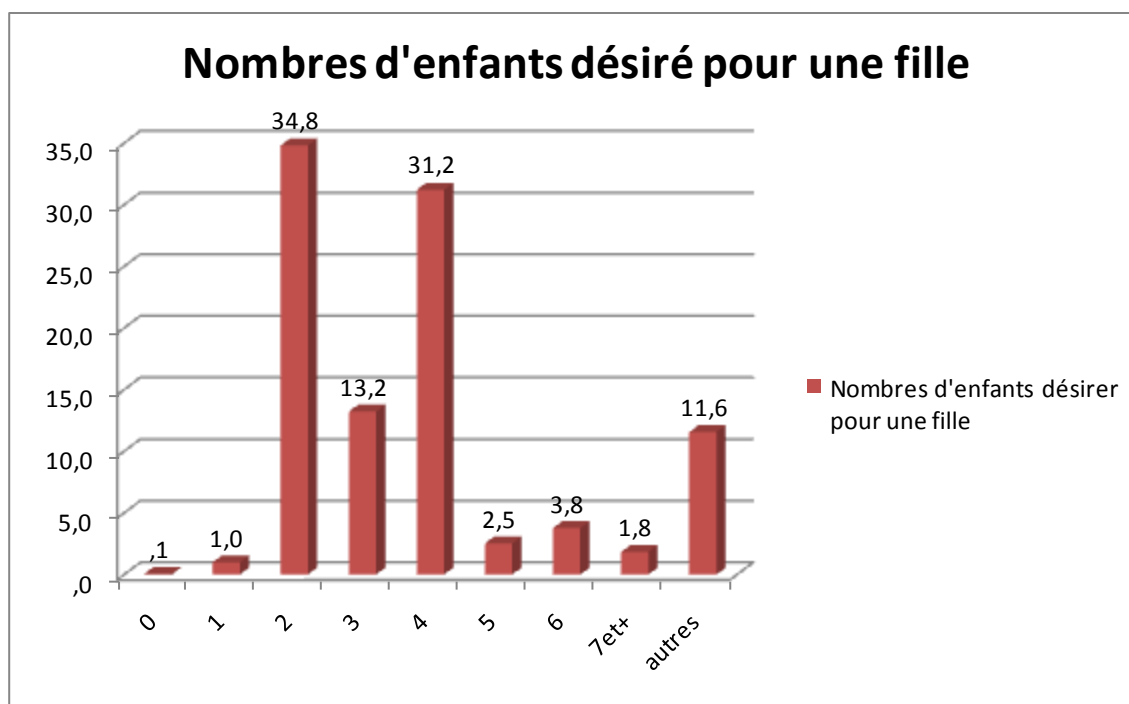
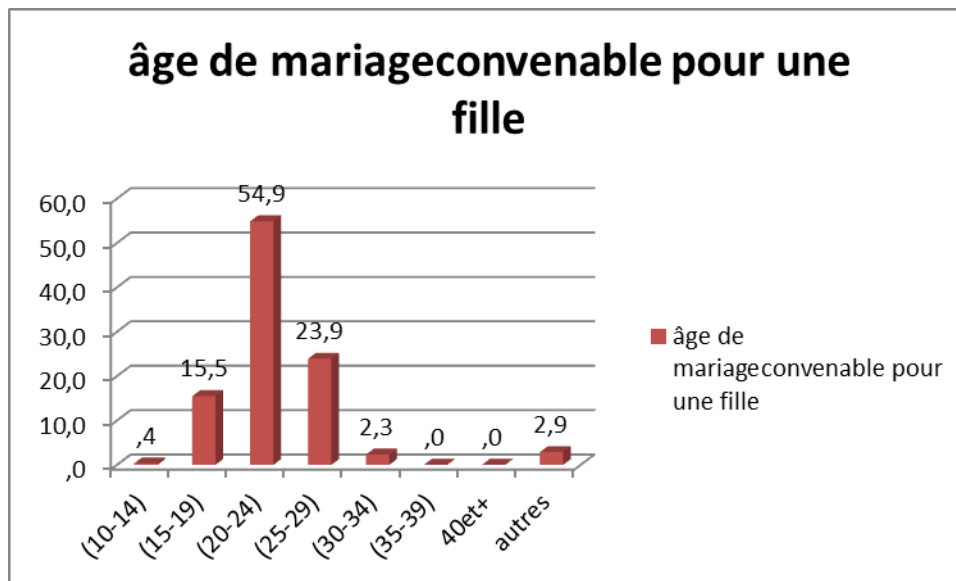


Tableau n°72 : Répartition des femmes selon l'âge de mariage convenable pour une fille.

âge de mariage convenable pour une fille	Effectifs	%
(10-14)	28	0,4
(15-19)	1146	15,5
(20-24)	4061	54,9
(25-29)	1771	23,9
(30-34)	173	2,3
(35-39)	3	,0
40et+	2	,0
autres	215	2,9
Total	7399	100,0

L'âge de mariage le plus convenable pour une fille selon les femmes enquêtées est entre 20 et 24 ans devant 25 et 29 ans avec 54,9% et 23,9% respectivement, et 15,5% d'elles préfèrent qu'une fille se marie entre 15 et 19 ans.

Graphe n° 28 : Répartition des femmes selon l'âge de mariage convenable pour une fille.



3.1.4 Analyse des variables croisées :

a) Selon le Niveau d'instruction

Tableau n°73: Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le secteur d'habitat

Niveau d'instruction		Strate		Total
		Urbain	Rural	
Sans instruction	Effectif	1449	1810	3259
	%	44%	56%	100%
Primaire	Effectif	977	626	1603
	%	61%	39%	100%
Moyen	Effectif	1000	365	1365
	%	73%	27%	100%
Secondaire	Effectif	768	189	957
	%	80%	20%	100%
Supérieure	Effectif	189	26	215
	%	88%	12%	100%
Total	Effectif	4383	3016	7399
	%	59%	41%	100%

Les femmes de niveau supérieure sont d'une faible proportion dans le secteur rural par rapport aux femmes urbaines 88% devant 12%, l'instruction touche les

femmes urbaine plus que celle qui vie au milieu rural sauf l'analphabète n'y a pas de grande différence 44% pour le urbain et 56% pour le rural.

Graphe n°29 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le secteur d'habitat

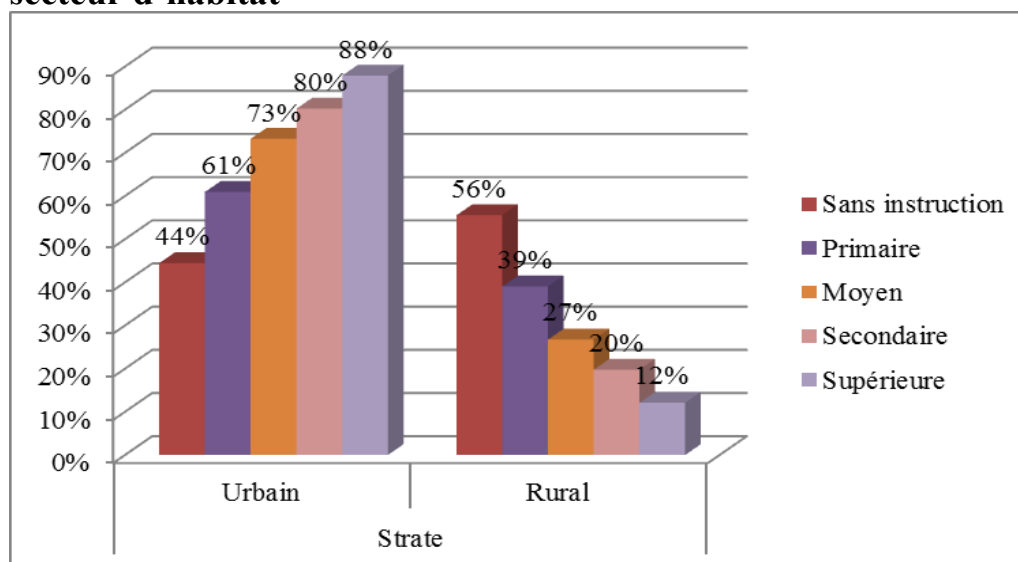


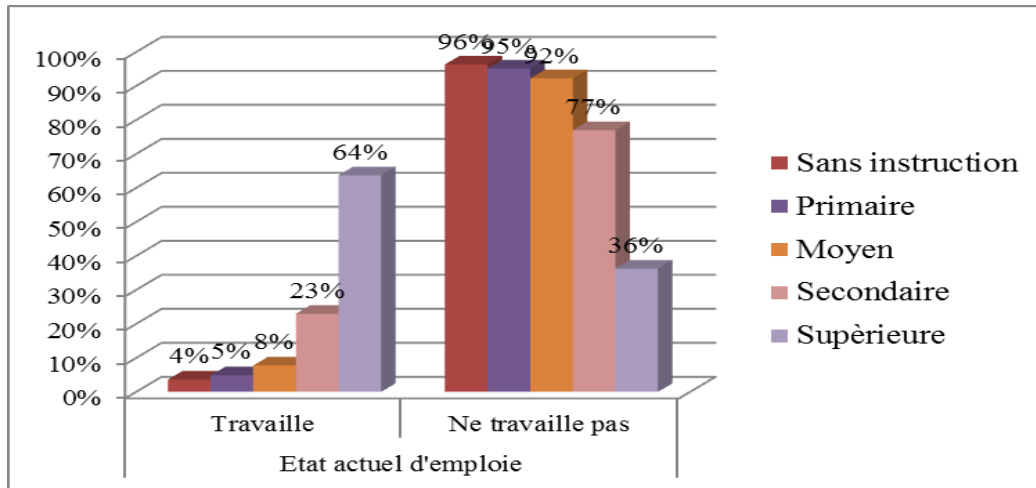
Tableau n°74 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et l'Etat actuel d'emploi

Niveau d'instruction		Etat actuel d'emploi		Total
		Travaille	Ne travaille pas	
Sans instruction	Effectif	119	3140	3259
	%	4%	96%	100%
Primaire	Effectif	78	1525	1603
	%	5%	95%	100%
Moyen	Effectif	106	1259	1365
	%	8%	92%	100%
Secondaire	Effectif	220	737	957
	%	23%	77%	100%
Supérieure	Effectif	137	78	215
	%	64%	36%	100%
Total	Effectif	660	6739	7399
	%	9%	91%	100%

L'analyse selon le niveau d'instruction des femmes enquêtées et leur état d'emploi au moment de l'enquête montre que les femmes instruites d'un niveau supérieure travail avec 64% de la totalité de la population étudié et le niveau

secondaire avec 23%, et les femmes qui ne travaillent pas ont un niveau bas qui ne dépasse pas le moyen.

Graphe n°30 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et l'Etat actuel d'emploi



Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°75 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et l'âge au 1^{ier} mariage

Niveau d'instruction		Age au mariage								Total
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Sans instruction	Effectif	243	1796	897	248	54	12	5	4	3259
	%	7,1%	55%	28%	8%	2%	0%	0%	0%	100%
Primaire	Effectif	26	724	584	203	48	13	4	1	1603
	%	2%	45%	36%	13%	3%	1%	0,2%	0%	100%
Moyen	Effectif	8	461	649	194	42	7	2	2	1365
	%	0,5%	34%	48%	14%	3%	1%	0,1%	0,1%	100%
Secondaire	Effectif	2	152	531	222	41	8	1	0	957
	%	0,2%	16%	55%	23,2%	4,3%	1%	0,1%	0%	100%
Supérieure	Effectif	0	6	80	94	30	4	1	0	215
	%	0%	3%	37%	44%	14%	2%	0,5%	0%	100%
Total	Effectif	279	3139	2741	961	215	44	13	7	7399
	%	4%	42%	37%	13%	3%	1%	0%	0%	100%

Les femmes enquêtées d'un niveau d'instruction faible se marie à un âge précoce dans le groupe d'âge (15-19) ans par rapport aux femmes d'un niveau d'instruction supérieure dont leur âge au 1^{ier} mariage commence à partir du groupe d'âge (25-29) ans avec 44%, le reste des niveaux d'instruction des femmes leur âge au 1^{ier} mariage varie entre les groupes d'âge (15-19) et (20-24) ans.

Graphe n°31: Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et l'âge au 1^{er} mariage

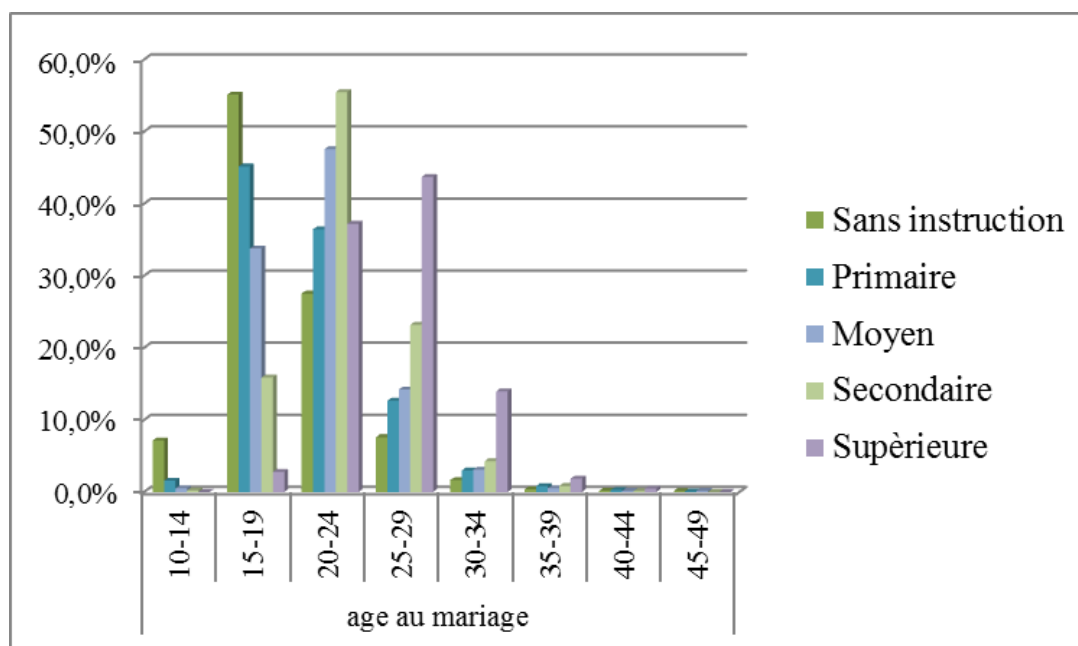


Tableau n°76 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et l'Etat actuel d'utilisation de contraception

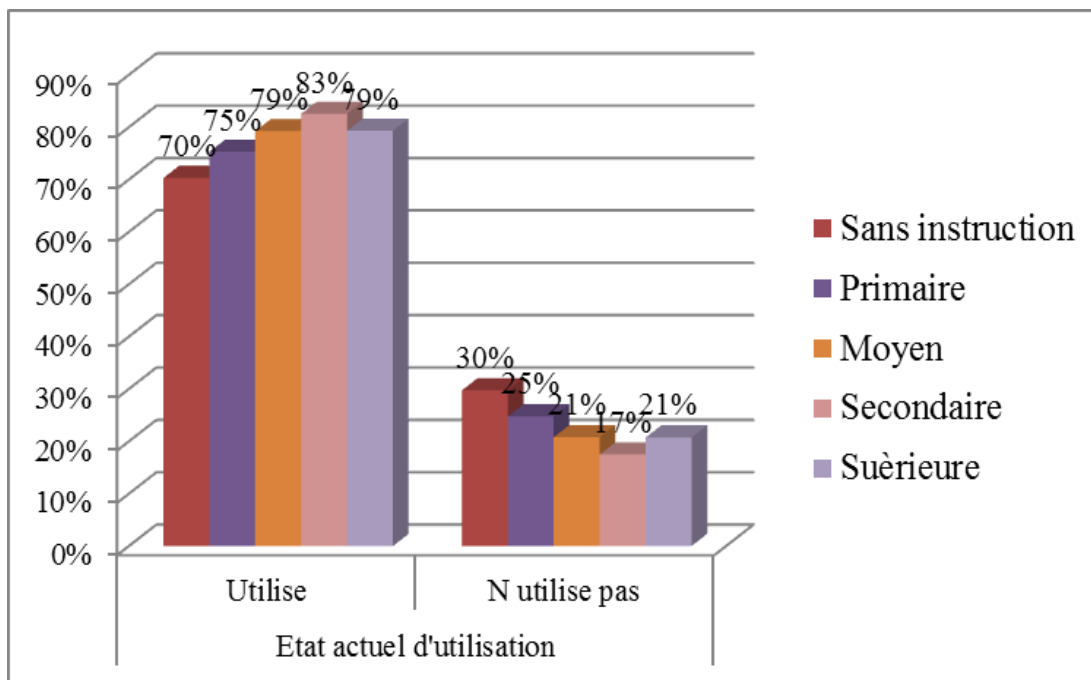
Niveau d'instruction		Etat actuel d'utilisation		Total
		Utilise	N'utilise pas	
Sans instruction	Effectif	1442	610	2052
	%	70%	30%	100%
Primaire	Effectif	855	281	1136
	%	75%	25%	100%
Moyen	Effectif	751	197	948
	%	79%	21%	100%
Secondaire	Effectif	567	120	687
	%	83%	17%	100%
Supérieure	Effectif	111	29	140
	%	79%	21%	100%
Total	Effectif	3726	1237	4963
	%	75%	25%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveau d'instruction * Etat actuel d'utilisation	4963	67,1%	2436	32,9%	7399	100,0%

Les résultats obtenus montrent que la quasi-totalité des femmes quelque soit leur niveau d'instruction ont déclaré utilise au moins une méthode contraceptive. De même le niveau secondaire à un pourcentage de 83% et le reste des niveaux varie de 70 à 79%.

Graphe n°32 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et l'Etat actuel d'utilisation de contraception



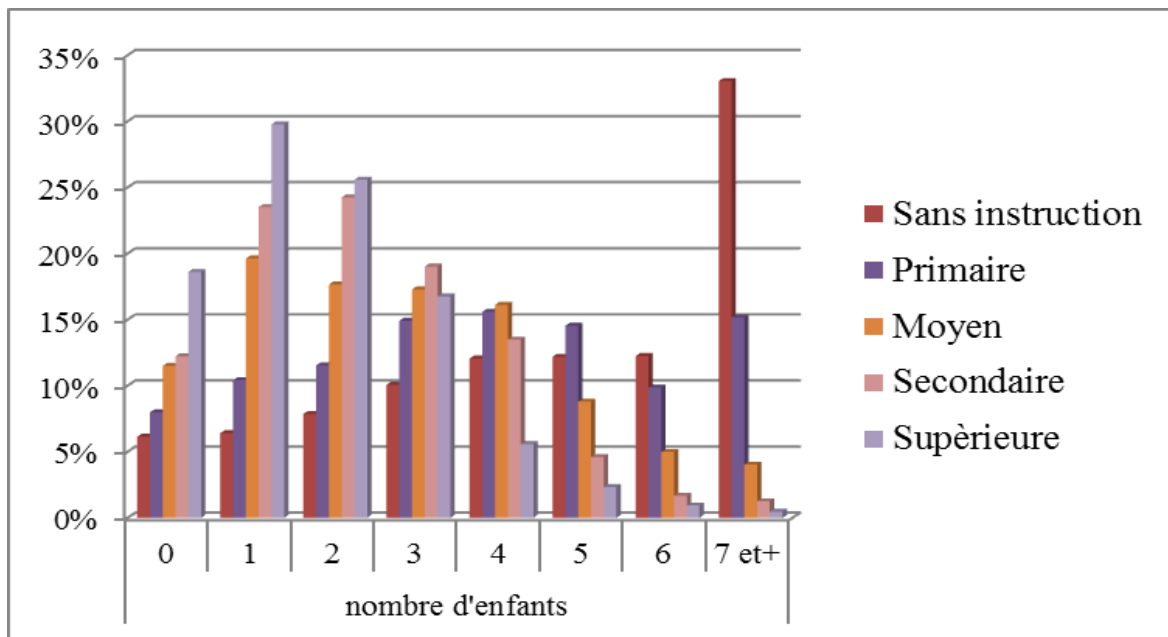
Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°77 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants

Niveau d'instruction		nombre d'enfants vivants								Total
		0	1	2	3	4	5	6	7 et+	
Sans instruction	Effectif	200	209	256	328	393	397	399	1077	3259
	%	6%	6%	8%	10%	12%	12%	12%	33%	100%
Primaire	Effectif	128	167	185	239	250	233	158	243	1603
	%	8%	10%	12%	15%	16%	15%	10%	15%	100%
Moyen	Effectif	157	268	241	236	220	120	68	55	1365
	%	12%	20%	18%	17%	16%	9%	5%	4%	100%
Secondaire	Effectif	117	225	232	182	129	44	16	12	957
	%	12%	24%	24%	19%	13%	5%	2%	1%	100%
Supérieure	Effectif	40	64	55	36	12	5	2	1	215
	%	19%	30%	26%	17%	6%	2%	1%	0%	100%
Total	Effectif	642	933	969	1021	1004	799	643	1388	7399
	%	9%	13%	13%	14%	14%	11%	9%	19%	100%

Les résultats du tableau montrent que le nombre d'enfants vivants chez les femmes enquêtées selon leur niveau d'instruction différent, les femmes de niveau élevé ont de moins au moins d'enfants d'un nombre de 1 à 2 enfants présenté par 30 et 26% pour le supérieure et 24% ce du secondaire, mais chez les femmes qui ont une instruction faible ont un nombre d'enfants autour de 3 à 5 enfants avec des proportions qui ne dépassent pas les 16%.

Graphe n°33 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants



Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°78 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le nombre d'enfants à la 1^{ière} utilisation d'une méthode contraceptive

Niveau d'instruction		nombre d'enfants vivants à la 1 ^{ière} utilisation							Total
		0	1	2	3	4	5 et+	ne se rappelle pas	
Sans instruction	Effectif	50	824	482	289	218	451	945	3259
	%	2%	25%	15%	9%	7%	14%	29%	100%
Primaire	Effectif	47	690	271	126	84	69	316	1603
	%	3%	43%	17%	8%	5%	4%	20%	100%
Moyen	Effectif	74	754	160	68	25	13	271	1365
	%	5%	55%	12%	5%	2%	1%	20%	100%
Secondaire	Effectif	69	574	102	26	6	3	177	957
	%	7%	60%	11%	3%	1%	0%	18%	100%
Supérieure	Effectif	24	121	10	5	1	1	53	215
	%	11%	56%	5%	2%	0%	0%	25%	100%
Total	Effectif	264	2963	1025	514	334	537	1762	7399
	%	4%	40%	14%	7%	5%	7%	24%	100%

Les résultats du tableau montrent que quel que soit le niveau d'instruction des femmes enquêtées le nombre d'enfants à la première utilisation d'une méthode contraceptive est à partir du premier enfant dès qu'elle construit sa petite famille, et la forte proportion se situe chez les femmes qui ont un niveau secondaire avec 60% et la faible proportion chez les sans instruction de 25%.

Graphes n°34 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le nombre d'enfants à la 1^{ière} utilisation d'une méthode contraceptive

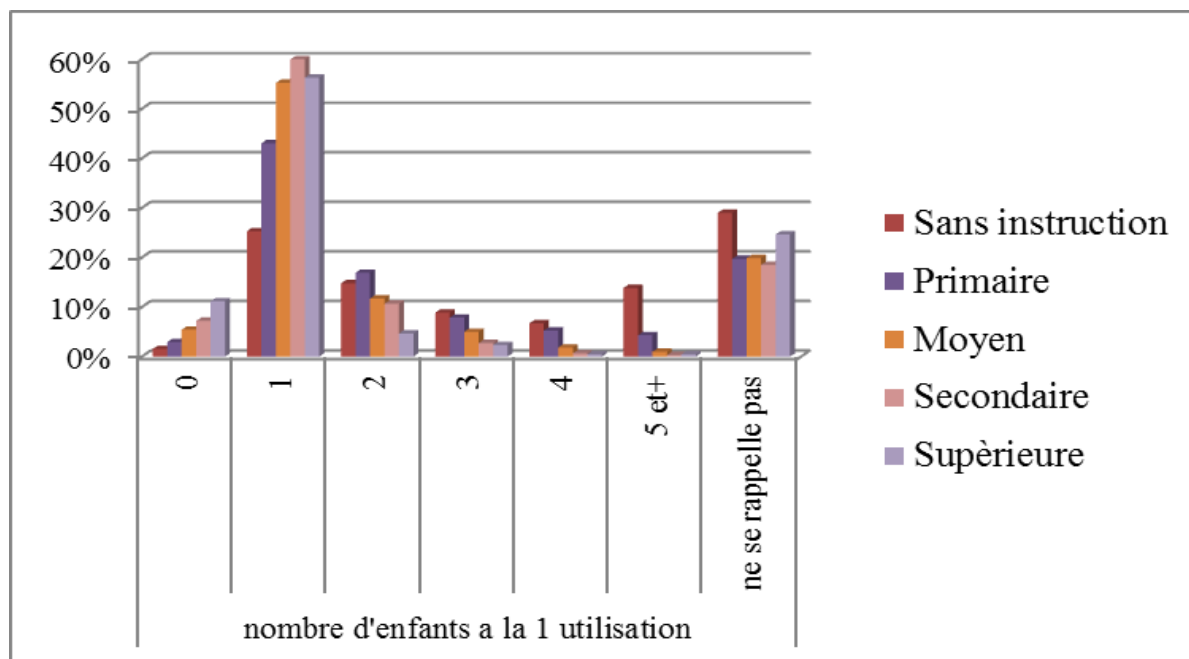


Tableau n°79 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et la raison pour la 1^{ière} utilisation d'une méthode contraceptive.

Niveau d'instruction		Raison pour 1re utilisation			Total
		Voulait plus tard	Voulait arrêter proc	Autre	
Sans instruction	Effectif	1896	371	18	2285
	%	83%	16%	1%	100%
Primaire	Effectif	1164	105	14	1283
	%	91%	8%	1%	100%
Moyen	Effectif	995	66	11	1072
	%	93%	6%	1%	100%
Secondaire	Effectif	722	43	4	769
	%	94%	6%	1%	100%
Supérieure	Effectif	149	10	0	159
	%	94%	6%	0%	100%
Total	Effectif	4926	595	47	5568
	%	88%	11%	1%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveau d'instruction * Raison pour 1 ^{re} utilisation	5568	75,3%	1831	24,7%	7399	100,0%

La majorité des femmes enquêtées ont utilisé une méthode contraceptive pour leur première fois de leur vie autant qu'une maman ou femme mariée pour retarder une grossesse ou pour espacer les naissances, les pourcentages sont de forte position pour chaque niveau d'instruction des femmes de 83% à 94% du faible au niveau le plus élevé. Mais qui attire notre attention, les femmes sans instruction déclarent vouloir arrêter la procréation avec 16% la proportion la plus élevée pour cette réponse.

Graphe n°35 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et la raison pour la 1^{ère} utilisation d'une méthode contraceptive

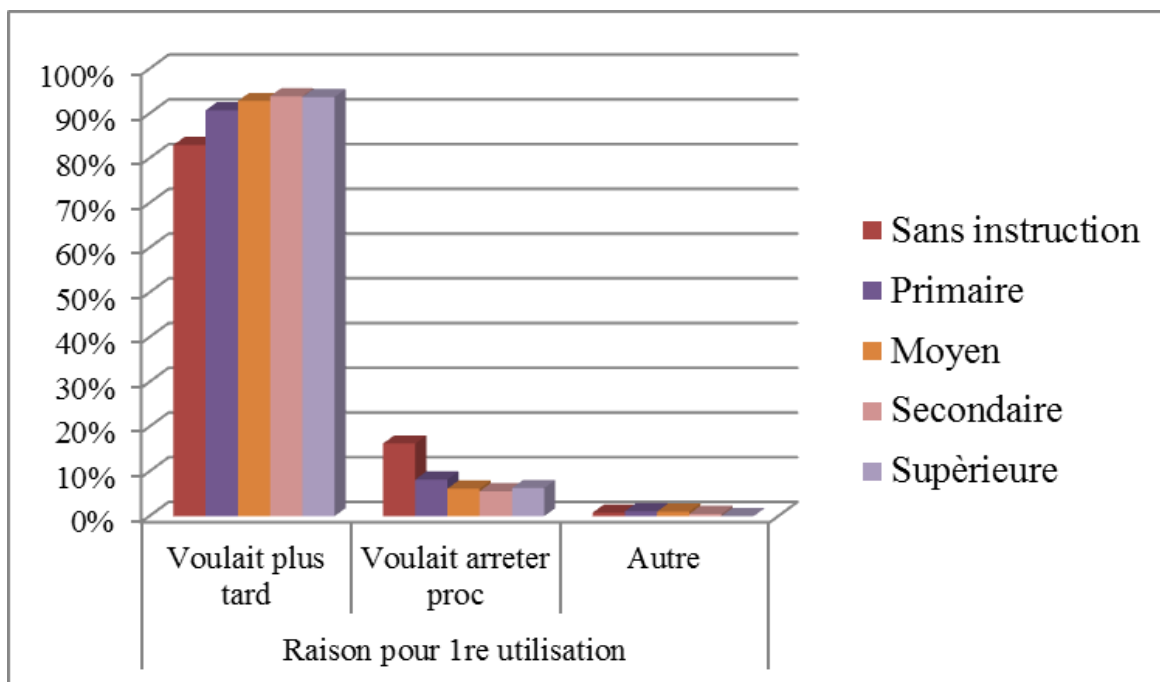


Tableau n°80 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le désir d'avoir un autre enfant

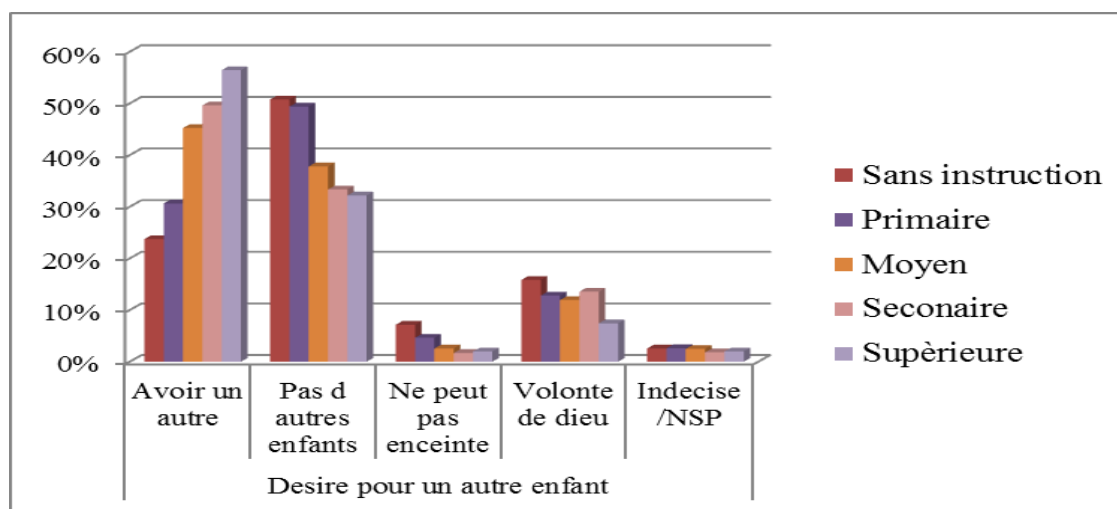
Niveau d'instruction		Désire pour un autre enfant					Total
		Avoir un autre	Pas d'autres enfants	Ne peut pas enceinte	Volonté de dieu	Indécise /NSP	
Sans instruction	Effectif	697	1491	210	465	75	2938
	%	24%	51%	7%	16%	3%	100%
Primaire	Effectif	436	703	66	182	37	1424
	%	31%	49%	5%	13%	3%	100%
Moyen	Effectif	565	472	32	149	31	1249
	%	45%	38%	3%	12%	2%	100%
Secondaire	Effectif	439	295	15	120	16	885
	%	50%	33%	2%	14%	2%	100%
Supérieure	Effectif	114	65	4	15	4	202
	%	56%	32%	2%	7%	2%	100%
Total	Effectif	2251	3026	327	931	163	6698
	%	34%	45%	5%	14%	2%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveau d'instruction * Désire pour un autre enfant	6698	90,5%	701	9,5%	7399	100,0%

Les résultats montrent que les femmes enquêtées d'un niveau supérieure désire avoir un autre enfant, plus le niveau d'instruction augmente plus le désir d'avoir un autre enfant augmente avec de 24% à 56% pour les sans niveau jusqu'au niveau supérieure respectivement, on remarque que le non désir d'un autre enfant est présent chez les femmes sans instruction avec 51% à 49% pour le primaire.

Graphe n°36 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et le désir d'avoir un autre enfant



Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°81 : Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et la raison principale d'arrêter la méthode contraceptive

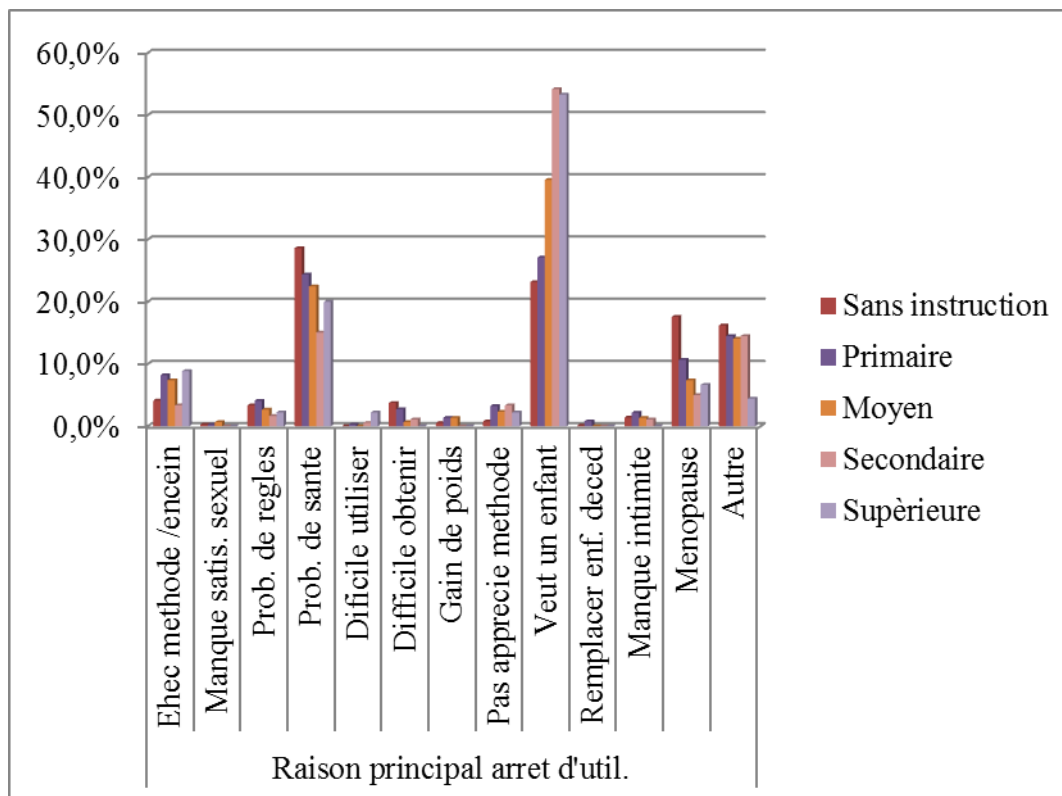
Niveau d'instruction		Raison principal d'arrêter d'utilisation.													
		Ehec méthode /enceinte	Manque satis. sexuel	Prob. de règles	Prob. de sante	Difficile utiliser	Difficile obtenir	Gain de poids	Pas apprécie méthode	Veut un enfant	Remplac er enf. décédé	Manque intimité	Ménopa use	Autre	Total
Sans instruction	Effec	32	2	26	221	0	29	4	6	179	1	11	136	125	772
	%	4,1%	0,3%	3,4%	28,6%	0%	3,8%	,5%	0,8%	23,2%	0,1%	1,4%	17,6%	16,2%	100%
Primaire	Effec	30	1	15	89	1	10	5	12	99	3	8	39	53	365
	%	8,2%	0,3%	4,1%	24,4%	0,3%	2,7%	1,4%	3,3%	27,1%	0,8%	2,2%	10,7%	14,5%	100%
Moyen	Effec	22	2	8	67	0	2	4	7	118	0	4	22	42	298
	%	7,4%	0,7%	2,7%	22,5%	0%	0,7%	1,3%	2,3%	39,6%	0%	1,3%	7,4%	14,1%	100%
Secondaire	Effec	6	0	3	27	1	2	0	6	97	0	2	9	26	179
	%	3,4%	0%	1,7%	15,1%	0,6%	1,1%	0,0%	3,4%	54,2%	0%	1,1%	5,0%	14,5%	100%
Supérieure	Effec	4	0	1	9	1	0	0	1	24	0	0	3	2	45
	%	8,9%	0%	2,2%	20,0%	2,2%	0%	0%	2,2%	53,3%	0%	0%	6,7%	4,4%	100%
Total	Effec	94	5	53	413	3	43	13	32	517	4	25	209	248	1659
	%	5,7%	0,3%	3,2%	24,9%	0,2%	2,6%	0,8%	1,9%	31,2%	0,2%	1,5%	12,6%	14,9%	100%

• **Récapitulatif du traitement des observations**

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveau d'instruction * Raison principal arrêter d'utilisation.	1659	22,4%	5740	77,6%	7399	100,0%

Selon les résultats obtenus, les femmes enquêtées leurs raison principale d'arrêter l'utilisation de contraception parce qu'elles veulent avoir un autre enfant et cela pour tous les niveaux d'instruction les proportions augmentes avec l'augmentation du niveau de 23,2% à 53,3% respectivement, et la cause qui prene la deuxième position est celle du Problème de santé qui la pousser à arrêter l'utilisation avec 28,6% pour les sans instruction, sans oublier les femmes ménopausées avec 17,6% aussi pour les femmes sans instruction.

Graphe n° 37: Répartition des femmes selon leur Niveau d'instruction et la raison principale d'arrêter la méthode contraceptive



b) Selon le Secteur d'habitat :

Tableau n°82 : Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et l'Etat actuel d'emploi

Secteur d'habitat		Etat actuel du travail		Total
		Travaille	Ne travaille pas	
Urbain	Effectif	539	3844	4383
	%	12%	88%	100%
Rural	Effectif	121	2895	3016
	%	4%	96%	100%
Total	Effectif	660	6739	7399
	%	8,90%	91,10%	100%

Le secteur d'habitat montre que la majorité des femmes enquêtées ne travaille pas soit dans le milieu urbain ou rural avec des proportions de 88% et 96% respectivement, sauf 12% de la totalité des femmes enquêtées travaillent, vie dans le milieu urbain malgré que le nombre des femmes urbaine, est plus élevé que celui du rural 4383 devant 3016.

Graphe n°38 : Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et l'Etat actuel d'emploi

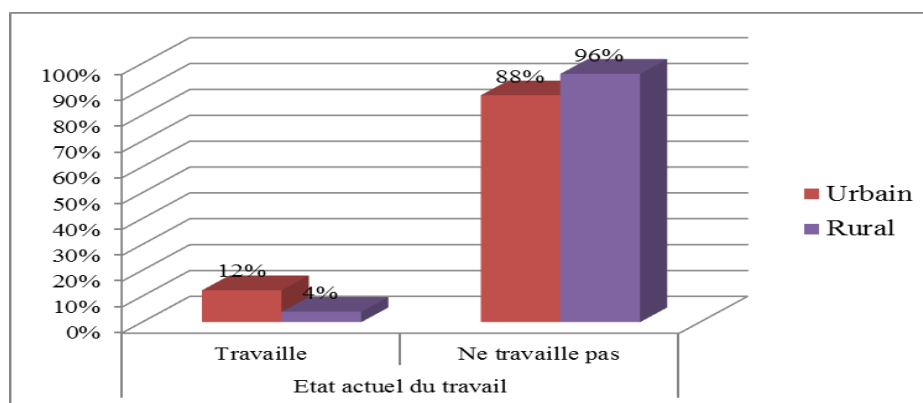


Tableau n°83 : Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et l'utilisation actuel d'une contraception.

Secteur d'habitat		Etat actuel d'utilisation d'une contraception		Total
		Utilise	N'utilise pas	
Urbain	Effectif	2265	766	3031
	%	75%	25%	100%
Rural	Effectif	1461	471	1932
	%	76%	24%	100%
Total	Effectif	3726	1237	4963
	%	75%	25%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
Strate * Etat actuel d'utilisation	4963	67,1%	2436	32,9%	7399	100,0%

Les femmes enquêtées soit elles vie dans le urbain ou le rural utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête avec 75% à 76% une différence de 1%.

Graphe n°39 : Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et l'utilisation actuel d'une contraception

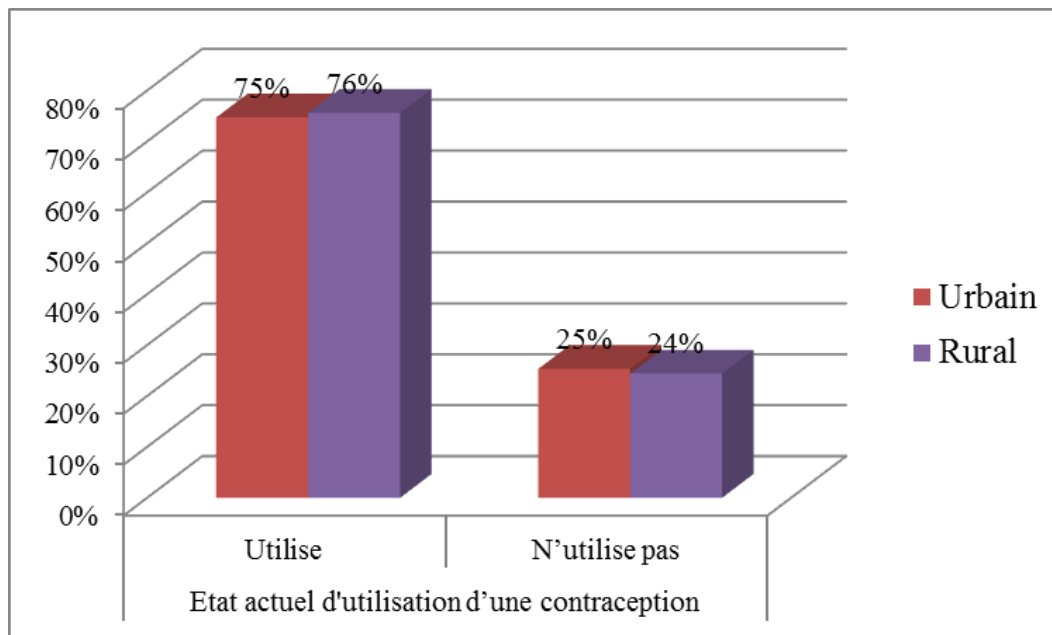


Tableau n°84: Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et la raison pour la 1^{ière} utilisation d'une contraception

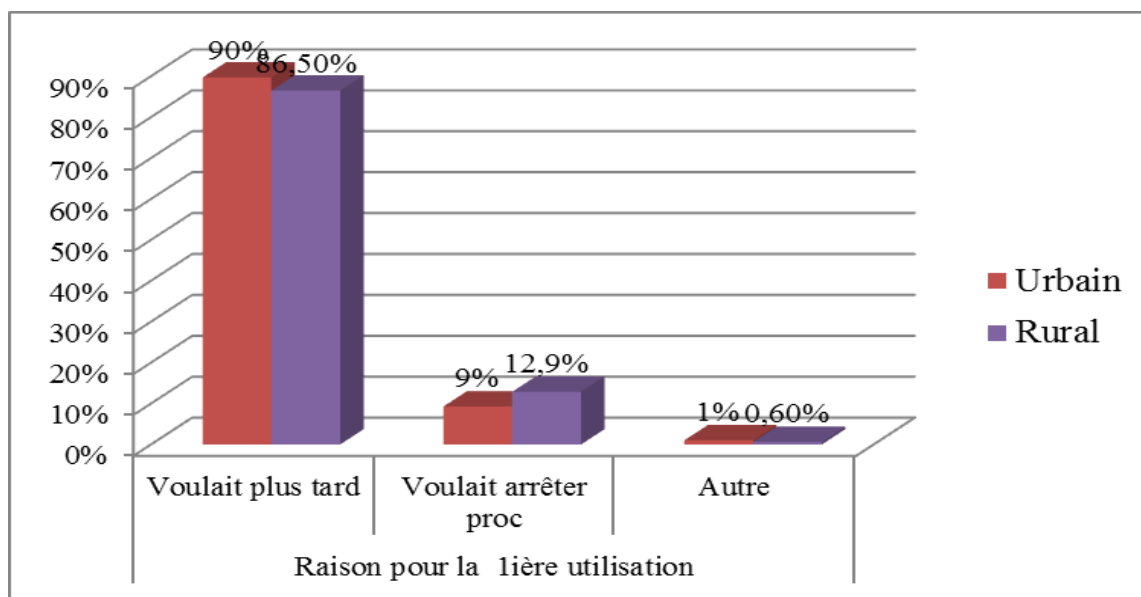
Secteur d'habitat		Raison pour la 1 ^{ière} utilisation			Total
		Voulaît plus tard	Voulaît arrêter proc	Autre	
Urbain	Effectif	3067	318	34	3419
	%	90%	9%	1%	100%
Rural	Effectif	1859	277	13	2149
	%	86,50%	12,9%	0,60%	100%
Total	Effectif	4926	595	47	5568
	%	88,50%	10,70%	0,80%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
Strate * Raison pour 1 ^{re} utilisation	5568	75,3%	1831	24,7%	7399	100,0%

Les résultats du tableau montrent que les femmes qui vivent au milieu urbain ou rural ont utilisé une méthode contraceptive pour la première fois pour le seul but de retarder une grossesse à des proportions de 86,5% au milieu rural et 90% pour le milieu urbain, mais toute fois une proportion de 12,9% représente les femmes qui l'ont utilisée pour arrêter la procréation et cette proportion se trouve chez les femmes du milieu rural.

Graphe n° 40: Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et la raison pour la 1^{ère} utilisation d'une contraception



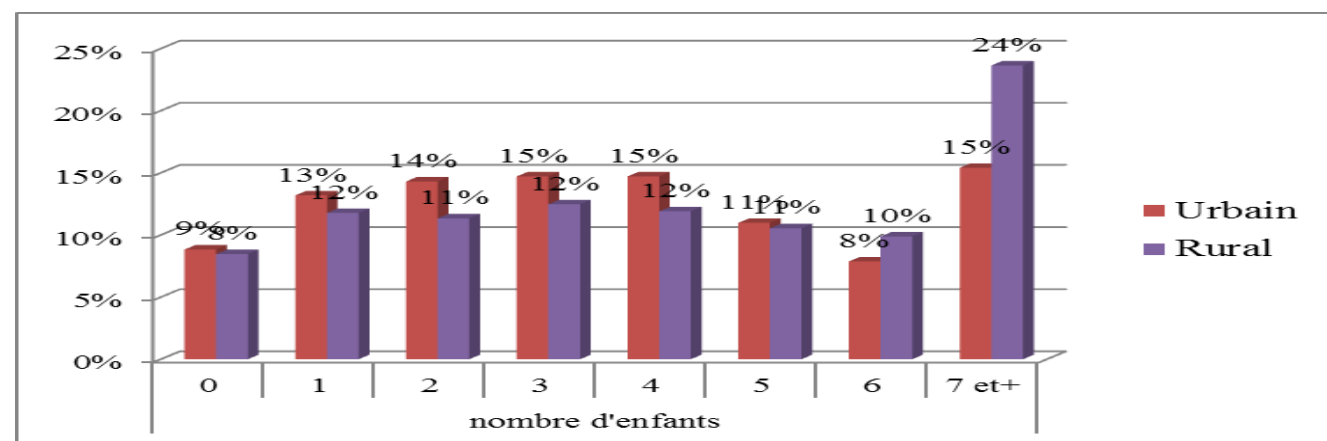
Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°85: Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et le nombre d'enfants vivants

Secteur d'habitat		nombre d'enfants vivants								Total
		0	1	2	3	4	5	6	7 et+	
Urbain	Effectif	387	578	627	645	645	481	345	675	4383
	%	9%	13%	14%	15%	15%	11%	8%	15%	100%
Rural	Effectif	255	355	342	376	359	318	298	713	3016
	%	8%	12%	11%	12%	12%	11%	10%	24%	100%
Total	Effectif	642	933	969	1021	1004	799	643	1388	7399
	%	9%	13%	13%	14%	14%	11%	9%	19%	100%

Le nombre d'enfants augmente chez les femmes urbaines entre 2 à 4 enfants avec 14% et 15%, une légère différence par rapport aux femmes du milieu rural avec 12% pour 1,3 et 4 enfants.

Graphe n°41 : Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et le nombre d'enfants vivants



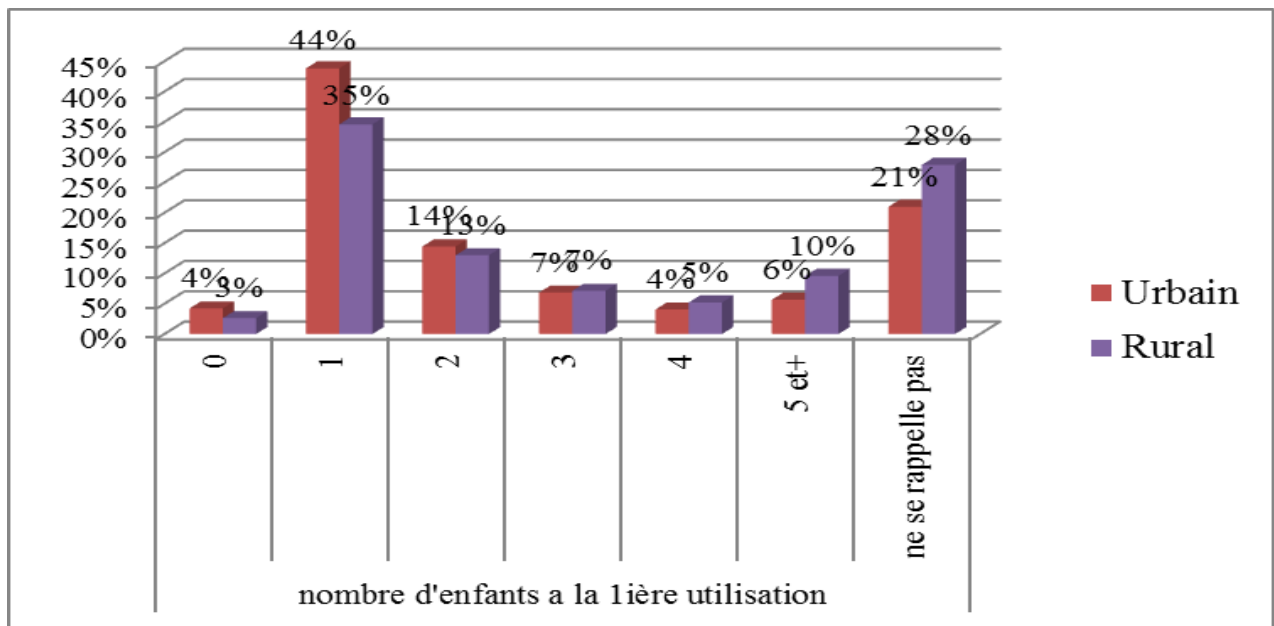
Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°86 : Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et le nombre d'enfants a la 1^{ière} utilisation d'une contraception

Secteur d'habitat		nombre d'enfants a la 1 utilisation						ne se rappelle pas	Total
		0	1	2	3	4	5 et+		
Urbain	Effectif	185	1920	633	299	177	248	921	4383
	%	4%	44%	14%	7%	4%	6%	21%	100%
Rural	Effectif	79	1043	392	215	157	289	841	3016
	%	3%	35%	13%	7%	5%	10%	28%	100%
Total	Effectif	264	2963	1025	514	334	537	1762	7399
	%	4%	40%	14%	7%	5%	7%	24%	100%

Les femmes urbaines utilisent une méthode contraceptive pour leur première fois dès qu'elles ont eu leur premier enfants 44% devant 35% de femmes du milieu rural, et s'elles qui ont utilisé après avoir mis au monde 2 enfants est de 14 et 13% respectivement pour les deux secteurs d'habitat, les femmes enquêtées qui déclare ne se rappelle pas du nombre de leur enfants à la première fois de l'utilisation est de 21% en urbain et 28% au rural.

Graphe n°42 : Répartition des femmes selon leur Secteur d'habitat et le nombre d'enfants a la 1^{ière} utilisation d'une contraception



c) Selon Etat actuel d'emploi :

Tableau n°87 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et la raison pour la 1^{ière} utilisation d'une contraception

Etat Actuel de travail		Raison pour la 1 ^{ière} utilisation			Total
		Voulait plus tard	Voulait arrêter proc	Autre	
Travaille	Effectif	459	42	9	510
	%	90%	8%	2%	100%
Ne travaille pas	Effectif	4467	553	38	5058
	%	88%	11%	1%	100%
Total	Effectif	4926	595	47	5568
	%	88,50%	10,70%	0,80%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
Etat actuel d'emploi * Raison pour 1 ^{re} utilisation	5568	75,3%	1831	24,7%	7399	100,0%

Quelque soit la situation du travail des femmes enquêtées leur raison principale d'utiliser une méthode contraceptive est vouloir retarder une grossesse avec 90% pour les travailleuses et 88% pour les sans emploi, malgré que le nombre des femmes travailleuses est moins de celle des femmes sans emploi dont 11% déclarent qu'elles veulent arrêter la procréation.

Graphe n°43 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et la raison pour la 1^{ère} utilisation d'une contraception

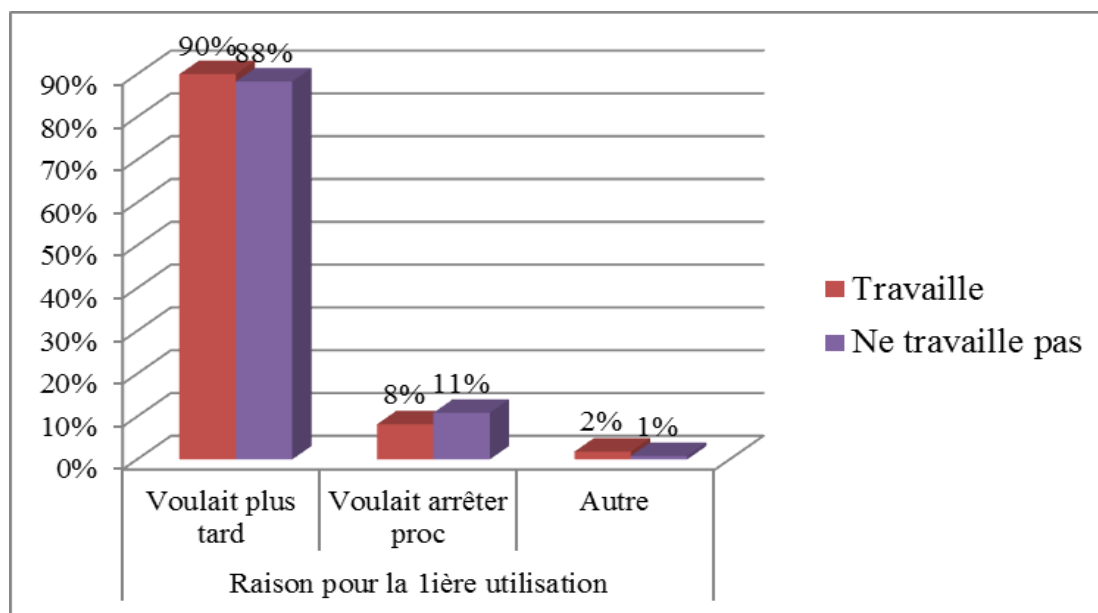


Tableau n°88 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et Etat actuel d'utilisation d'une méthode contraceptive

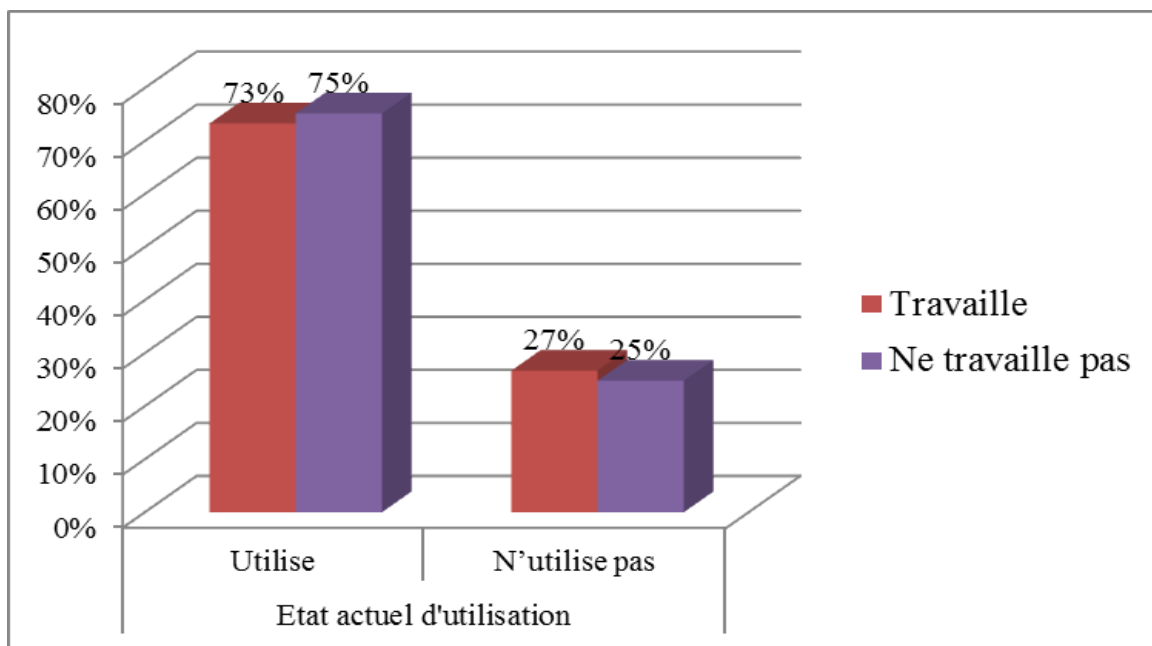
Etat Actuel de travail		Etat actuel d'utilisation		Total
		Utilise	N'utilise pas	
Travaille	Effectif	296	108	404
	%	73%	27%	100%
Ne travaille pas	Effectif	3430	1129	4559
	%	75%	25%	100%
Total	Effectif	3726	1237	4963
	%	75%	25%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
Etat actuel d'emploi * Etat actuel d'utilisation	4963	67,1%	2436	32,9%	7399	100,0%

Selon le tableau les femmes enquêtées soit elles travaillent ou non utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête avec des proportions égale à 73% et 75%, s'elle qui n'utilise pas leur part est de 27 et 25%.

Graphe n°44 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et Etat actuel d'utilisation d'une méthode contraceptive



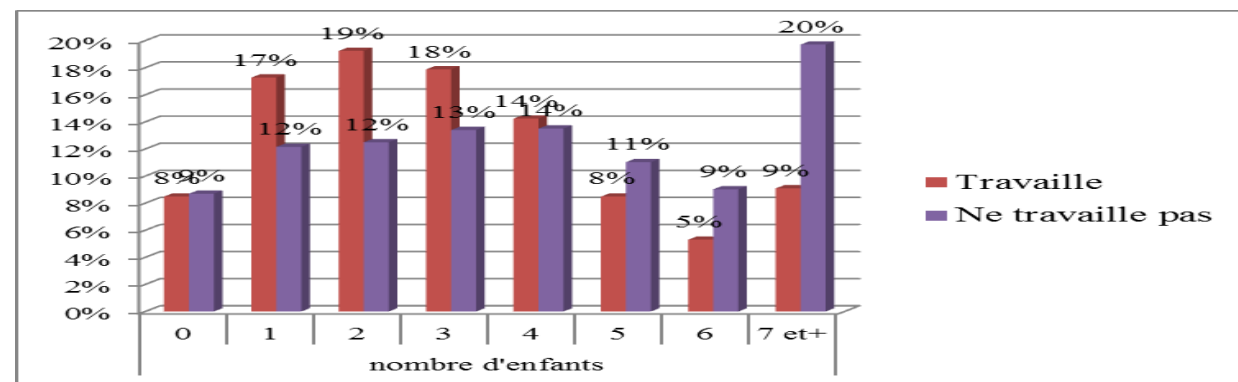
Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°89 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel du travail et le nombre d'enfants

Etat actuel du travail		nombre d'enfants vivants								Total
		0	1	2	3	4	5	6	7 et+	
Travaille	Effectif	56	114	127	118	94	56	35	60	660
	%	8%	17%	19%	18%	14%	8%	5%	9%	100%
Ne travaille pas	Effectif	586	819	842	903	910	743	608	1328	6739
	%	9%	12%	12%	13%	14%	11%	9%	20%	100%
Total	Effectif	642	933	969	1021	1004	799	643	1388	7399
	%	9%	13%	13%	14%	14%	11%	9%	19%	100%

Les résultats du tableau montrent que les femmes enquêtées qui travaille ont un nombre d'enfants vivants de 1 à 4 la proportion la plus élevée est de 2 enfants avec 19%, les femmes qui ne travaille pas le nombre d'enfants vivants est de 4 enfants présenter par 14%.

Graphes n°45 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel du travail et le nombre d'enfants



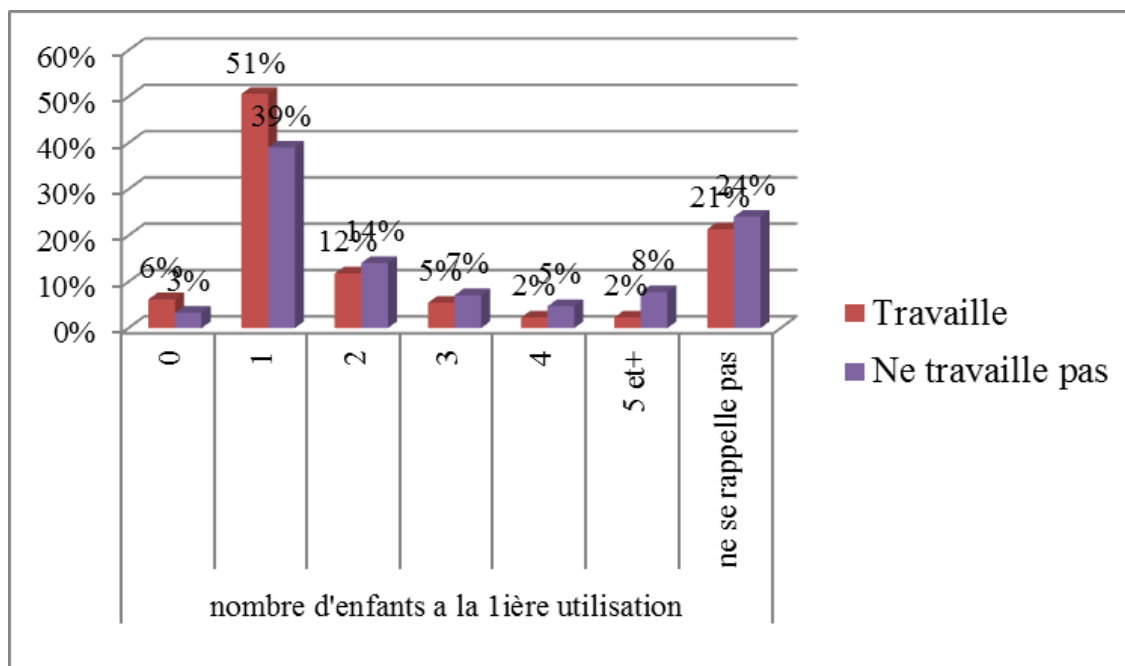
Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°90 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel du travail et le nombre d'enfants a la 1^{ière} utilisation d'une méthode contraceptive

Etat actuel du travail		Nombre d'enfants à la 1 ^{ière} utilisation						ne se rappelle pas	Total
		0	1	2	3	4	5 et+		
Travaille	Effectif	41	334	78	36	15	15	141	660
	%	6%	51%	12%	5%	2%	2%	21%	100%
Ne travaille pas	Effectif	223	2629	947	478	319	522	1621	6739
	%	3%	39%	14%	7%	5%	8%	24%	100%
Total	Effectif	264	2963	1025	514	334	537	1762	7399
	%	4%	40%	14%	7%	5%	7%	24%	100%

Les résultats obtenus montrent que 51% des femmes qui travaillent ont utilisé une méthode contraceptive pour leur première fois dès qu'elles ont eu leur premier enfant devant 39% chez les femmes qui ne travaille pas.

Graphe n°46 : Répartition des femmes selon leur Etat actuel du travail et le nombre d'enfants a la 1^{ière} utilisation d'une méthode contraceptive



d) Selon le Nombre d'enfants vivants :

Tableau n° 91: Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants et l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception

Nombre d'enfants		Etat actuel d'utilisation		Total
		Utilise	N'utilise pas	
0	Effectif	23	26	49
	%	47%	53%	100%
1	Effectif	399	98	497
	%	80%	20%	100%
2	Effectif	566	130	696
	%	81%	19%	100%
3	Effectif	617	157	774
	%	80%	20%	100%
4	Effectif	644	143	787
	%	82%	18%	100%
5	Effectif	468	161	629
	%	74%	26%	100%
6	Effectif	369	147	516
	%	72%	28%	100%
7 et+	Effectif	640	375	1015
	%	63%	37%	100%
Total	Effectif	3726	1237	4963
	%	75%	25%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
Total naissance vivantes * Etat actuel d'utilisation	4963	67,1%	2436	32,9%	7399	100,0%

L'analyse selon le nombre d'enfants montre que plus la femme enquêtée à plus d'un enfant plus l'utilisation d'une méthode contraceptive augmente, celle qui a 0enfant représente 47% et à partir du premier enfant on enregistre 80% d'utilisatrices, les 53% de non utilisatrice on aucun enfants.

Graphe n°47 : Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants et l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception

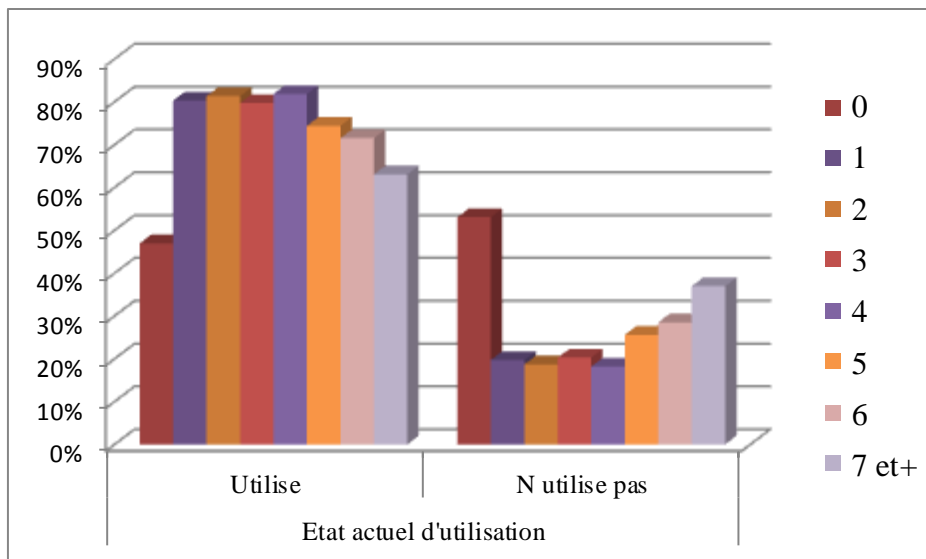


Tableau n°92 : Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants et la raison pour la 1^{ère} utilisation d'une méthode contraceptive

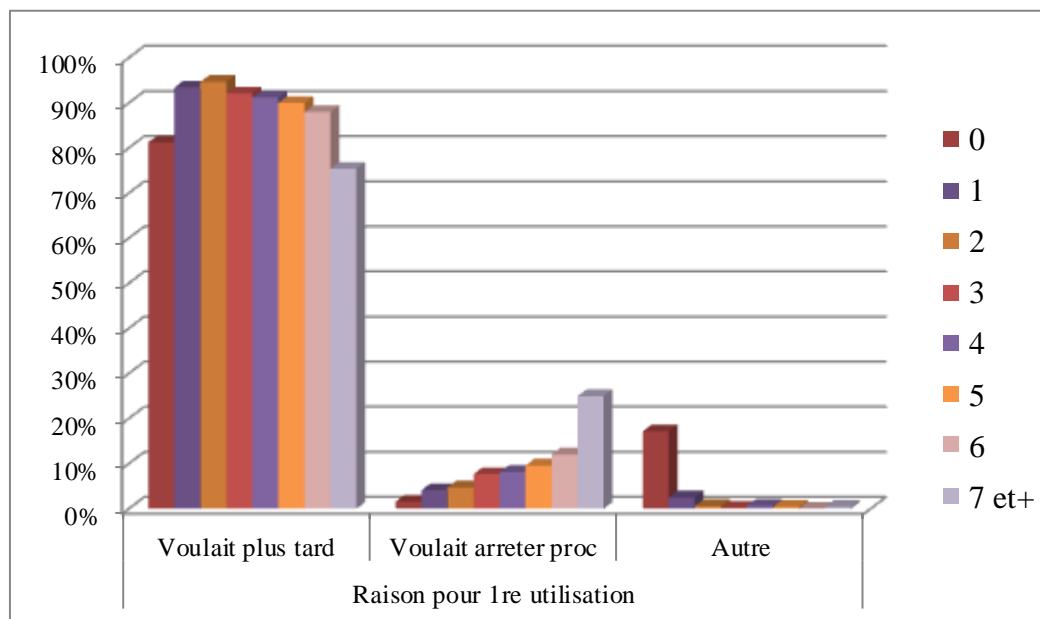
Nombre d'enfants		Raison pour 1re utilisation			Total
		Voulait plus tard	Voulait arrêter proc	Autre	
0	Effectif	52	1	11	64
	%	81%	2%	17%	100%
1	Effectif	593	26	16	635
	%	93%	4%	3%	100%
2	Effectif	779	39	5	823
	%	95%	5%	1%	100%
3	Effectif	804	67	2	873
	%	92%	8%	0%	100%
4	Effectif	796	71	6	873
	%	91%	8%	1%	100%
5	Effectif	619	66	3	688
	%	90%	10%	0%	100%
6	Effectif	475	65	0	540
	%	88%	12%	0%	100%
7 et+	Effectif	808	260	4	1072
	%	75%	25%	0%	100%
Total	Effectif	4926	595	47	5568
	%	88%	11%	1%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
Total naissance vivantes * Raison pour 1re utilisation	5568	75,3%	1831	24,7%	7399	100,0%

À partir des données du tableau on remarque que la raison pour laquelle la femme enquêtée utilise une méthode contraceptive pour retarder une naissance malgré qu'elle n'a pas d'enfants avec 81% devant 88% pour s'elle qui a 6 enfants, mais la proportion la plus forte se trouve chez s'elle qui a 2 enfants avec 95%, pour les femmes qui veulent arrêter totalement la procréation c'est à partir du 6 ème enfant et plus malgré de faible proportion 12 et 25% respectivement.

Graphe n°48 : Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants et la raison pour la 1^{ère} utilisation d'une méthode contraceptive



Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Tableau n°93 : Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants et la raison d'arrêter l'utilisation d'une méthode contraceptive

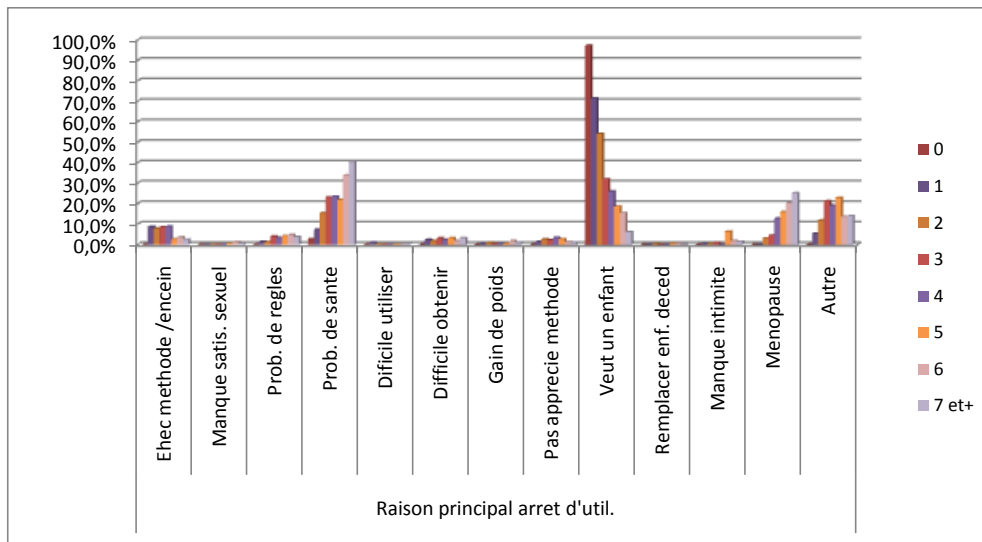
Nombres d'enfants vivants		Raison principal d'arrêté l'utilisation.													Total
		Ehec méthode /enceinte	Manque satis. sexuel	Prob. de règles	Prob. de sante	Difficile utiliser	Difficile obtenir	Gain de poids	Pas apprécié méthode	Veut un enfant	Remplacer enf. décédé	Manque intimité	Ménopause	Autre	
0	Effec	0	0	0	1	0	0	0	0	36	0	0	0	0	37
	%	0%	0%	0%	2,7%	0%	0%	0%	0%	97,3%	0%	0%	0%	0%	100%
1	Effec	18	0	3	15	2	5	1	3	147	0	1	0	11	206
	%	8,7%	0%	1,5%	7,3%	1,0%	2,4%	0,5%	1,5%	71,4%	0%	0,5%	0,0%	5,3%	100%
2	Effec	18	0	3	35	0	4	2	6	123	1	1	7	27	227
	%	7,9%	0%	1,3%	15,4%	0%	1,8%	0,9%	2,6%	54,2%	0,4%	0,4%	3,1%	11,9%	100%
3	Effec	19	0	9	52	0	7	1	5	72	0	2	10	48	225
	%	8,4%	0%	4,0%	23,1%	0%	3,1%	0,4%	2,2%	32,0%	0%	,9%	4,4%	21,3%	100 %
4	Effec	18	0	7	48	0	5	1	7	53	0	0	26	39	204
	%	8,8%	0%	3,4%	23,5%	0%	2,5%	0,5%	3,4%	26,0%	0,0%	0,0%	12,7%	19,1%	100,0%
5	Effec	5	1	8	41	0	6	1	5	35	1	12	30	43	188
	%	2,7%	0,5%	4,3%	21,8%	0%	3,2%	0,5%	2,7%	18,6%	0,5%	6,4%	16,0%	22,9%	100%
6	Effec	6	2	8	57	0	3	3	2	26	1	3	34	23	168
	%	3,6%	1,2%	4,8%	33,9%	0%	1,8%	1,8%	1,2%	15,5%	0,6%	1,8%	20,2%	13,7%	100%
7 et+	Effec	10	2	15	164	1	13	4	4	25	1	6	102	57	404
	%	2,5%	0,5%	3,7%	40,6%	0,2%	3,2%	1,0%	1,0%	6,2%	0,2%	1,5%	25,2%	14,1%	100 %
Total	Effec	94	5	53	413	3	43	13	32	517	4	25	209	248	1659
	%	5,7%	0,3%	3,2%	24,9%	0,2%	2,6%	0,8%	1,9%	31,2%	0,2%	1,5%	12,6%	14,9%	100%

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
nombre d'enfants * Raison principal arrêter d'utilisation.	1659	22,4%	5740	77,6%	7399	100,0%

Les résultats montrent que la raison qui a poussé les femmes enquêtées à ne pas utiliser ou à arrêter la contraception c'était pour avoir un enfant par une proportion de 97.3% pour les femmes qui ont jamais eu d'enfants, pour s'elles qui ont 1 enfants 71.4% devant 54.2% qui ont 2 enfants et dès que le nombre d'enfants augmente plus l'utilisation de la contraception augmente, la seconde raison c'est la ménopause qui laisse les femmes à se libérer de la contraception.

Graphique n°49 : Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfants et la raison d'arrêter l'utilisation d'une méthode contraceptive



4. Analyse Approfondie :

Les tests d'hypothèses servent à prendre des décisions. La démarche statistique consiste à analyser les données afin de décider si l'hypothèse de recherche formulée dans la problématique est vraie ou fausse. Pour cela, il faut transformer l'hypothèse où l'objectif de recherche en hypothèses statistiques H_0 et H_1 .

H_0 = est l'hypothèse statistique nulle qui stipule qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes donc $A=B$

H_1 = est l'hypothèse statistique alternative, qui stipule qu'il y a une différence entre les deux groupes donc A est différent de B ou A est plus grand ou petit que B ($A>B$ ou $A<B$).

Les tests statistiques choisis pour analyser les données de l'enquête « santé de la famille 2002 » est le χ^2 et analyse de variance ANOVA.

1. Le Test ANOVA : l'ANOVA à un facteur (analyse de variance à un facteur) est utilisée dans le cas des tests de comparaison de moyennes sur plusieurs (plus de deux) échantillons indépendants ou groupes, ce que ne permet pas l'analyse de comparaison de moyennes classique. L'analyse de la variance est effectuée pour comparer les moyennes de ces groupes afin d'inférer une relation entre X et Y.

Dans l'analyse des résultats de la variance, il y a 3 données importantes le degré de liberté (df), le résultat du (f) test et la valeur de p (sig le seuil de signification).

Le but de ce test est de comparer la variance de l'Etat actuel d'emploi (travaille, ne travaille pas) afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'activité féminine diminue la chance d'avoir une vie féconde libre et influe sur la pratique contraceptive.

➤ **Analyse de la variance à partir de la variable Nombre d'enfants à la 1^{ère} utilisation selon l'activité féminine**

Application :

La variable dépendante → Nombre d'enfants à la première utilisation d'une méthode contraceptive

La variable indépendante → Activité féminine

ANOVA à 1 facteur

Nombre enfant a 1^{ère} utilisation d'une contraception

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	268,543	1	268,543	8,331	,004
Intra-groupes	182222,457	5653	32,235		
Total	182491,000	5654			

H0= il n'y a pas de différence entre les groupes

H1= il existe une différence entre les groupes

Résultat du test:

Degré de liberté (ddl)= 5654

La valeur de f= 8,331

La valeur de P (sig =0,004)

Puisque la valeur de sig est inférieure à 0,005, le test est significatif avec $p < 0,004$ ce qui confirme que la pratique contraceptive diffère ou est influencée selon l'Etat d'emploi donc H0 est rejeté.

2. Le test de khi deux : le khi 2 de Pearson est un test statistique qui est utilisé pour tester l'indépendance entre deux ou plusieurs caractéristiques données on réalise alors un test d'indépendance ou d'homogénéité, vérifier si un échantillon observé s'ajuste bien à un modèle théorique, on réalise alors un test

d'ajustement (conformité). Cependant, quelle que soit l'hypothèse testée, le déroulement du calcul du khi2 est identique.

ce test s'applique à des données classées selon un tableau de contingence, il est utilisé pour comparer les fréquences des deux groupes afin d'inférer une relation entre X et Y il est, sous H0 une variable aléatoire qui suit loi de probabilité dite khi2.

- **L'analyse du Niveau d'instruction et l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception.**

Application :

La variable indépendante ———▶ Niveau d'instruction

La variable dépendante —————▶ Etat actuel d'utilisation d'une méthode contraceptive.

Résultats du test :

Tableau croisé niveau d'instruction * Etat actuel d'utilisation

Effectif

niveau d'instruction	Etat actuel d'utilisation		Total
	Utilise	N'utilise pas	
Sans instruction	1442	610	2052
primaire	855	281	1136
moyen	751	197	948
secondai	567	120	687
supérieure	111	29	140
Total	3726	1237	4963

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	55,758 ^a	4	,000
Rapport de vraisemblance	56,843	4	,000
Nombre d'observations valides	4963		

H0= il n'y a pas de différence entre les fréquences ou les proportions des deux groupes.

H1= il existe une différence entre les deux fréquences des deux groupes, une différence qui n'est pas au hasard.

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 34,89.

Afin de vérifier si la relation observée dans l'échantillon n'est pas due au hasard le test khi-deux a été calculé par trois données importantes:

Le résultat du Khi-deux indique :

La valeur calculée du Khi-deux= 55,758

Le nombre de degré de liberté (ddl) = 4

La valeur de P (sig) = 0,000

Puisque la valeur de p est inférieure à 0,05, l'hypothèse nulle est rejetée il s'agit de conclure qu'il existe une différence entre les niveaux d'instruction c'est-à-dire que les fréquences d'utilisation contraceptive ne sont pas équivalentes aux différents niveaux d'instruction, en d'autres termes, l'influence du niveau d'instruction sur la pratique contraceptive.

Conclusion du Chapitre 3 :

En guise de conclusion nous pouvons dégager quelques résultats , à partir de l'analyse des données disponible selon le niveau d'instruction ,l'activité féminine, le secteur d'habitat et le nombre d'enfants vivants il s'est avéré qu'il y a une légère différence au niveau de la pratique contraceptive, la pratique contraceptive augmente avec le niveau d'instruction même si on a remarqué que les femmes sans instruction utilisent une méthode contraceptive a 70% de la part de la population enquêtée, l'activité féminine montre que 75% des femmes sans emploi utilise une contraception et la cause ou la raison de l'utilisé pour une première fois pour but de retarder une naissance devant 73% pour les femmes qui travaille.

Les femmes les plus défavorisées sur le niveau d'instruction et les sans emploi leur utilisation d'une contraception pour la première fois de leur vie féconde pour but d'arrêter la procréation.

Les femmes des deux secteurs utilisent une méthode contraceptive d'une légère différence d'un 1 point 76% dans rural et 75% dans urbain.

On constate que l'utilisation de la contraception augmente très rapidement avec le nombre d'enfants passant de 47% chez les femmes nullipares à 80% chez les femmes ayant 1 ou 3 enfants et à 81 et 82% chez celles ayant 2 et 4 enfants.

Les résultats d'une série de question concernant l'attitude du conjoint envers la planification familiale et la fréquence de discussion sur le nombre d'enfants voulu fait apparaitre que le couple algérien tien et prend des décisions ensemble sur la taille de leur famille.

Il est important de mentionner que nous hypothèses sont confirmées tel que le niveau d'instruction et l'activité féminine influent sur la pratique contraceptive des femmes, mais toute fois on doit saisir selon les résultats

obtenu de l'analyse qu'il y a certain changement au niveau du comportement reproductif des femmes algériennes du monde rural et même celle d'un niveau d'instruction faible ou analphabète et les sans travaille que leur mentalité à changer par rapport à celle des années 80.

Conclusion Générale :

En guise de conclusion, il convient de rappeler que cette étude a essayé de faire le point sur un paramètre de la politique nationale de la population, il s'agit de la pratique contraceptive, qui a un rôle important dans la maîtrise de la croissance démographique, même dans la transition de la fécondité.

Il est communément admis que l'évolution démographique en Algérie est dans une phase assez avancée de la transition démographique. Les Pays sont à des stades différents de la transition démographique, de très nombreux Pays occidentaux en sont au dernier stade. Tous les Pays du monde ont franchi la phase 2 (abaissement de la mortalité) et la plupart d'entre eux, dont l'Algérie sont parvenus à la phase 3 (baisse de la fécondité).

L'Algérie qui a mis en œuvre une politique visant la maîtrise de la croissance démographique depuis 1983, connaît une baisse du taux d'accroissement naturel, Depuis, cette transition démographique bien avancée se déroule dans un contexte marqué par d'importantes mutations familiales et par une évolution des modèles de nuptialité et de fécondité, d'une autre manière la baisse de la natalité est le résultat du passage du modèle de la famille nombreuse au modèle de la famille nucléaire. Aujourd'hui, la majorité des couples se contentent de trois à quatre enfants en moyenne.

Le développement humain est un facteur de changement de comportement des individus. Ce développement englobe l'instruction, l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration du statut de la femme et l'accès aux moyens de confort.

D'importants acquis ont été menés par les autorités en faveur de la femme, au niveau de la lutte contre l'analphabétisme, la scolarisation obligatoire pour les deux genres et des progrès réalisés en termes de réforme légale sur le plan des politiques de promotion de la femme et son accès au marché de travail.

Malgré une tranche importante des femmes Algériennes en subissant l'analphabétisme et le chômage dans leur vie, elles ont commencées à réaliser une amélioration de son statut pour arriver à contrôler sa fécondité par augmentation de la pratique contraceptive de longue durée.

L'entrée de la femme dans le monde du travail et l'instruction de la fille et son accession à des niveaux compétitifs ou elle a pu concurrencer les hommes,

surtout au niveau des études supérieures, ont joués un rôle très important dans la formation du nouveau modèle de famille et dans la détermination des rôles de la femme dans cette nouvelle conjoncture.

La confirmation de l'intégration de la femme dans la prise des décisions surtout à l'égard de l'espacement des naissances et qu'elle a appliquée en toute conscience et pleine responsabilité. Ceci apparait évident dans la régression du niveau de la fécondité et l'augmentation de la pratique contraceptive.

L'amorce de la transition démographique qui est sans doute liée à l'évolution du modèle matrimonial et également le résultat de la diffusion de plus en plus large de planification familiale, dans la société Algérienne. La pratique de la contraception qui concernait en effet un quart des couples au lancement du PNMCD, a plus que doublé et actuellement touche presque la totalité des couples Algérien.

La progression de la contraception n'a pas été linéaire, sa vitesse diffère dans le temps. La transition économique et sociale exceptionnelle qu'a vécue le pays, durant la décennie 90, n'a pas été une entrave à cette évolution, la prévalence de la contraception a progressée au cours de cette décennie.

L'élargissement de la pratique contraceptive est révélateur d'un changement dans les attitudes et les comportements des familles dans le sens d'une plus grande maîtrise de la fécondité. Certes, cette évolution des comportements est induite par les effets du développement économique et social, notamment la progression de la scolarisation, l'amélioration des conditions de santé et l'élévation globale du niveau de vie. Toutefois, elle a été rendue possible par l'existence et le développement des services d'offre de prestations de services de planification familiale, tel que le rôle des actions d'informations, d'éducation et de communication, ainsi que l'amélioration de l'accessibilité aux services de planification familiale au niveau de tout le territoire Algérien(surtout les zones rurales) résultat de l'option politique en matière de population.

Les différentes enquêtes réalisées en Algérie, attestent d'une réelle adhésion de la population à la pratique contraceptive. En effet, la prévalence de la contraception, en 2006 était de 61,4%(MICS3), en 1995 de 56,9%(MDG), de 50,9% en 1992(EASME), 25% en 1984 (enquête MOD) et enfin de 8% en 1970 (AARDES), elle est donc en progression constante. Actuellement, il n'existe pas d'enquête récente produisant des données sur la pratique contraceptive.

Cependant, selon les différents intervenants dans le programme de population, il n'y a pas de grands bouleversements de structure en matière de pratique contraceptive par rapport à la dernière enquête (MICS3) 2006.

En conclusion sur la contraception, on constate que :

La connaissance de la pratique contraceptive est quasi générale, estimée à l'augmentation de la prévalence a été importante, la comparaison de la situation entre le milieu rural et la situation dans le milieu urbain, de la population non instruite avec la population ayant un niveau d'instruction appréciable, montre l'importance de la réduction des écarts entre ces différentes catégories de population, l'augmentation de la pratique contraceptive concerne essentiellement la zone rural, les taux sont presque égaux actuellement pour les deux zones.

De même, le recours à la contraception est plus important chez les femmes les moins instruites que chez celles de niveau supérieur. Le taux de prévalence de la contraception augmente quel que soit le statut de la femme et son niveau d'instruction, de plus en plus de femmes d'un niveau d'instruction supérieur et qui travaille invoquent le désir d'avoir d'autre enfant par rapport aux autres femmes.

Aujourd'hui, les mentalités des femmes Algérienne en changer pour ce qui concerne le comportement reproductive, surtout pour les femmes de la catégorie défavorisée au niveau d'instruction ou pour les femmes au foyer et qui vives en milieu rural, la différence de la pratique contraceptive est presque inexistante, le temps des différences entre les femmes sur le plan d'absence des pratique contraceptive et une nuptialité précoce pour cette catégorie est du passé.

En conclusion, il est aussi fort possible que les couples ou les familles Algériennes auront encore plus recours à la planification familiale pour tenter de garder ou maintenir le niveau de vie de bien être face au nombre d'enfant.

Références bibliographiques :

1. Zahia Ouadah-Bedidi et Jaques Vallin, Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : une histoire paradoxale, document de travail N°186, Octobre 2012.
2. Zahia Ouadah-Bedidi, Jaques vallin et Ibtihel Bouchoucha, la fécondité au Maghreb : nouvelle surprise, population et société N°486, Février 2012. INED
3. GEOG81-GEOGRAPHIE DE L'AFRIQUE DU NORD ET DU MOYEN ORIENT, chapitre IV : une brutale transition démographique.
4. B.Gastineau, Transition de la fécondité, développement et droits des femmes en Tunisie, Série population-Santé, document de recherche N°21. Laboratoire population-Environnement-Développement, Marseille 2011.
5. Bulletin démographique des Nations Unies, ACHEVER LA TRANSITION DE LA FECONDITE, Numéro spécial N°48/49, 2002, département des affaires économiques et sociales internationale, division de la population, Nations Unies, New York 2010.
6. Programme National de planification familiale, division de planification familiale, direction de la population, Maroc 2008.
7. Développement socioéconomique de l'Algérie des avancées considérables et des défis à relever/ www.djazair50.dz
8. Rapport national, population et développement en Algérie CIPD+10, Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière, Décembre 2003.
9. CNES, Rapport National sur le Développement Humain, Algérie 2006.
10. BEKHTAOUI Assia, Analyse statistique d'emploi et chômage cas de la wilaya d'Oran, thèse de magistère, université d'Oran, 2010.
11. Ahmed Mokaddem et Mostafa Khroufi, Rapport d'Evaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'Algérie 2007-2011.
12. Synthèse, Politique Nationale de population à l'horizon 2010 : Situation démographique, Evolution récente et perspectives, Direction de la population, Algérie, Juillet 2001.

13. BOULFAKHAR NACER et BEDROUNI MOHAMED, les déterminants familiaux de la scolarisation en Algérie, intervention, université SAAD DALHAB-Blida. Algérie.
14. Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, Juillet 2005, Algérie.
15. Rapport principal Fond des Nations Unies pour l'enfance, enquête nationale à indicateurs multiple MICS3 2006, système des nations Unies pour le développement pour l'Algérie, Décembre 2008.
16. DELENDIA AISSA, ROLE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET ECONOMIQUE DANS LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE, thèse de Doctorat, université d'Oran, Janvier 2004.
17. CNES, Rapport FMW2 : évolution de l'emploi féminin, chapitre III : évolution et caractéristique de la population occupée, Algérie, CNES 2004.
18. HEMAL Ali et HAFFAD Tahar, la transition de la fécondité et politique de population en Algérie, Institut des Sciences Economiques, Université de Batna, Algérie, Revue sciences humaines N°12, 1999(63,73)
19. LOUADI Tayeb, Ménage, Famille et transition démographique en Algérie, Département de Démographie, Faculté des Sciences sociales, Université d'Oran, PRES, F.B, N°02, Décembre 2008.
20. CHENAFI Faouzia, Transition démographique et mouvement naturel, Axe d'intervention Département de Démographie, Faculté des Sciences sociales, Université d'Oran, Avril 2011.
21. Rapport préliminaire, Suivre de la situation des femmes et des enfants, enquête nationale à indicateurs multiples MICS3, Algérie 2006, Juillet 2007.
22. BOUMEGHAR Amel et AMOUKRANE Faouzi, Nuptialité et fécondité en Algérie, Etude Approfondies de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Juin 2007.
23. Programme national périnatalité, programme triennal 2005-2008, Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière.

24. ONS, Natalité, fécondité et reproduction en Algérie RGPH 2008, collection statistique N°156, série S/ Statistique sociale.
25. LOUADI Tayeb, les déterminants de la baisse de la fécondité en Algérie, Université d'Oran, Revue des Sciences Humaines N°24, Université MOHAMED KHIDER Biskra, Mars 2012.
26. KOUAOUCCI A. 2001
27. FARZANEH Roudi Fahim, l'Islam et la planification familiale, Population Référence Bureau, Décembre 2005.
28. MICRO ROBERT : Dictionnaire du français primordial

المراجع باللغة العربية:

1. عمرية ميمون، تغيير نموذج الزواج في الجزائر، دراسة تحليلية انطلاقاً من المسح الوطني حول صحة الطفل و الأم 1992 و المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، مذكرة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2009.
2. عادل بغزة، أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر و أثره على الخصوبة، دراسة مقارنة بين المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل و المسح الجزائري حول صحة الأسرة، مذكرة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2009.

➤ Données statistiques :

1. Revue statistiques N°31, 1992 (ONS)
2. Démographie Algérienne N°218, 1999
3. ONS, Divers années du RGPH 1966, 1977, 1987, 1998, 2008.
4. Démographie Algérienne 2011 N°600 (ONS.dz)
5. Démographie Algérienne 2012 (ONS.dz)
6. Emploi et Chômage au 4ème Trimestre 2010. (ONS.dz)
7. Enquête Emploi Auprès des ménage 2011 collections statistiques N°173 série S : Statistiques Sociales (ONS.dz)

➤ Les sites internet :

1. www.google.com
2. <http://wikipédia.fr>
3. www.ons.dz
4. www.contra.fr
5. www.ined.fr
6. <http://lesdefinitions.fr>
7. <http://lintrn@utre.com/dictionnaire.fr>

ANNEXES

1. LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES
2. LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURE

Annexe 1

➤ **Les Abréviations utilisées :**

A.A.R.D.E.S	Association Algérienne de Recherche Démographique Economique et Sociale
C.N.E.S	Conseil National Economique et Social
E.E.A.M	Enquête Emploi auprès des ménages
C.I.P.D	Conférence International sur la Population et le Développement
U.N.F.P.A (FNUAP)	Fond des Nations Unies pour les Activités de Population
P.I.B	Produit Intérieure Brut
P.N.U.D	Programme des Nations Unies pour le Développement
P.N.M.C.D	Programme National de Maîtrise de la croissance Démographique
O.C.D.E	Organisation de Coopération et de Développement Economique
O.M.D	Objectif du Millénaire pour le Développement
O.N.S	Office National des Statistiques
M.O.D	Enquête sur la main d'œuvre et Démographie
I.D.H	Indicateur de Développement Humain
E.E.R	Enquête Emploi et Revenus
A.E.C	Enquête Activité Emploi Chômage
E.C	Enquête Emploi et Chômage
I.N.S.P	Institut National de la Santé Publique
MICS3	Enquête par grappe à Indicateurs Multiples 2006
E.A.S.M.E	Enquête Algérienne sur la Santé de la mère et de l'enfant 1992
R.G.P.H	Recensement Général de la Population et de l'habitat
I.S.F	Indice Synthétique de Fécondité
T.A.N	Taux d'accroissement Naturel
T.B.N	Taux Brut de Natalité
T.B.M	Taux Brut de Mortalité
T.B.N	Taux Brut de Nuptialité
T.M.M	Taux de Mortalité Maternelle
T.M.I	Taux de Mortalité Infantile
E.D.G	End Decade Goals 2000
M.D.G	Mid Decade Goals 1995
I.N.E.D	Institut National des Etudes Démographiques
T.G.F.G	Taux Global de Fécondité Général
A.M.A	Age Moyen à l'Accouchement
T.F.L	Taux de Fécondité Légitime
E.N.A.F	Enquête nationale Algérienne de la Fécondité

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

Annexe 2

Liste des tableaux et graphiques

➤ **Liste des Tableaux :**

N°	Titre des Tableaux	Page
01	Indice Synthétique de Fécondité en Tunisie	09
02	Age moyen d'entrée en union des femmes en Tunisie	10
03	L'évolution de l'indice de fécondité au Maroc par niveau d'instruction	11
04	Principaux indicateurs de l'économie nationale	25
05	Evolution de l'indice de Développement Humain et des Indices Dimensionnels	25
06	Evolution du taux d'accroissement naturel de la population Algérienne 1966-2012	26
07	Structure de la population par tranche d'âge en (%) selon les années significatives	27
08	Evolution de la structure de la population Algérienne par grand groupes d'âges et sexe (%) 1966-2008	29
09	Evolution du taux de scolarisation de la population Algérienne selon le sexe (6-14) ans pour les 5 Recensements de 1966-2008 (%)	36
10	Evolution du taux d'analphabétisme de la population Algérienne selon le sexe pour les 5 Recensements de 1966-2008 (%)	36
11	Evolution du Ratio de Dépendance (%)	38
12	Evolution du taux brut d'activité et de participation selon le sexe de 1966 à 1987(%)	39
13	Evolution de l'emploi féminin par rapport à l'emploi global de 1977 à 2011 (%)	40
14	Répartition de la population féminine occupée selon l'âge de 1966 à 1998 (%)	41
15	Répartition de la population féminine occupée selon le niveau d'instruction de 1985 à 2011 (%)	42
16	Répartition de la population féminine occupée selon secteur d'habitat de 1996, 2003 et 2011 (%)	43
17	Répartition de la population féminine occupée selon l'état matrimonial de 1996 et 2003 (%)	44
18	Répartition de la population féminine occupée selon le secteur juridique, le sexe et la strate de 1996, 2003 et 2011 (%)	45
19	Répartition de la population féminine occupée selon le secteur d'activité de 1977 à 2011 (%)	46
20	Taux brut de Nuptialité de 1996 à 2008 (%)	51
21	Situation matrimoniale selon le sexe de 1966 à 1998 (%)	51
22	Evolution du rapport mariage/ population des 15-50 ans (‰)	52
23	Taux de nuptialité par âge en 1977 et 1987	52

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

N°	Titre des Tableaux	Page
24	Evolution de l'âge moyen au premier mariage selon le sexe de 1948 à 2002 (en ans)	53
25	Evolution de l'âge moyen au premier mariage selon le sexe et le secteur d'habitat de 1977 à 2006 (en ans)	54
26	Proportion des célibataires selon le sexe et le groupe d'âge de 1966 à 2002 (%)	55
27	Evolution de TBN (‰) et TAN (%) de 1967 à 2011	59
28	Mortalité générale évolution selon les décès et le taux brut de mortalité de 1977 à 2010	60
29	Evolution de TBM de 1967 à 2011 (‰)	61
30	Taux de mortalité infantile par sexe de 1970 à 2011 (‰)	62
31	Evolution de la mortalité infantile de 1992 et 2006 selon la strate et le sexe (‰)	62
32	Evolution du taux de mortalité infantile selon les différentes périodes (‰)	63
33	Evolution du taux de mortalité maternelle (taux p 100.000 naissances)	64
34	Evolution du nombre moyen d'enfants par femme mariée aux recensements de 1987,1998 et 2008	65
35	Evolution de l'indice Synthétique de fécondité de 1970 à 2011	66
36	Evolution des principaux indicateurs entre 1998,2002 et 2008	66
37	Taux de Fécondité légitime entre 90 et 2008 (1000 femmes)	67
38	Evolution du taux de Fécondité général selon l'âge des femmes de 1970 à 2011 (1000 femmes)	67
39	Evolution des taux de Fécondité général selon le secteur d-habitat de 1970à 2002	69
40	Taux de fécondité général en 1970,1992 et 2002 selon le niveau d'instruction	69
41	Evolution de la structure des naissances selon la durée de mariage entre 1998 et 2008	71
42	Evolution de la pratique contraceptive selon les méthodes de 1986 à 2006 (%)	75
43	Proportion des femmes utilisant une Contraception selon l'âge de 1986 à 2000(%)	76
44	La prévalence de la contraception selon le milieu d'habitat de 1986 à 2006(%)	76
45	La prévalence de la contraception selon le niveau d'instruction de 1986 à 1992(%)	77
46	La prévalence de la contraception selon le nombre d'enfants de 1986 à 1992(%)	78
47	Répartition des femmes selon leur âge	95
48	Répartition des femmes selon le secteur d'habitat	96
49	Répartition des femmes selon leur Etat matrimonial	97
50	Répartition des femmes selon leur scolarisation	97
51	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction	98
52	Répartition des femmes selon âge au 1 ^{er} mariage	99
53	Répartition des femmes selon leur Etat Actuel d'emploi	100
54	Répartition des femmes selon leur Etat du travail au passé	100
55	Répartition des femmes selon leur Nombres d'enfants vivants	101

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

N°	Titre des Tableaux	Page
56	Répartition des femmes selon si elles ont déjà utilisé une contraception	102
57	Répartition des femmes selon la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	103
58	Répartition des femmes selon l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception	104
59	Répartition des femmes selon la méthode utilisée	105
60	Répartition des femmes selon la raison principale d'arrêter l'utilisation de la contraception	106
61	Répartition des femmes selon si elles comptent utiliser une contraception pour retarder une grossesse dans le futur	107
62	Répartition des femmes selon la raison principale de non utilisation d'une contraception dans le futur	108
63	Répartition des femmes selon leur attitude envers le P.F	109
64	Répartition des femmes selon l'avis du mari envers le P.F	109
65	Répartition des femmes selon le Nombre d'enfants à la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	110
66	Répartition des femmes selon la fréquence de discussion avec le mari sur le P.F	111
67	Répartition des femmes selon la discussion avec le mari sur le nombre d'enfants voulu	112
68	Répartition des femmes selon le désir d'avoir d'autre enfants	113
69	Répartition des femmes selon leur attitude envers le travail des filles	114
70	Répartition des femmes selon le nombre d'enfants désiré	115
71	Répartition des femmes selon le nombre d'enfant désiré pour une fille	116
72	Répartition des femmes selon l'âge de mariage convenable pour une fille	117
73	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le secteur d'habitat	118
74	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et l'Etat actuel d'emploi	119
75	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et l'âge au 1 ^{ier} mariage	121
76	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception	122
77	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants	124
78	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le nombre d'enfant à la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	126
79	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une méthode contraceptive	127
80	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le désir d'avoir un autre enfant	129
81	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et la raison principale d'arrêter l'utilisation d'une contraception	131

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

N°	Titre des Tableaux	Page
82	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et l'Etat actuel d'emploi	133
83	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et l'utilisation actuelle d'une contraception	134
84	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	135
85	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et le nombre d'enfant vivant	137
86	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et le nombre d'enfant à la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	138
87	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	139
88	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et l'état d'utilisation d'une contraception	141
89	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et le nombre d'enfants vivants	143
90	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et le nombre d'enfant à la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	144
91	Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfant vivant et l'état actuel d'utilisation d'une contraception	146
92	Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfant vivant et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	147
93	Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfant vivant et la raison principale d'arrêter l'utilisation d'une contraception	149

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

➤ **Liste des Graphiques :**

N°	Titre des Graphiques	Page
01	Evolution du Taux d'accroissement naturel (1966- 2012)	27
02	Structure de la population par tranche d'âge (%)	27
03	Répartition des femmes selon leur âge	96
04	Répartition des femmes selon le secteur d'habitat	96
05	Répartition des femmes selon leur Etat matrimonial	97
06	Répartition des femmes selon leur scolarisation	98
07	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction	98
08	Répartition des femmes selon âge au 1 ^{er} mariage	99
09	Répartition des femmes selon leur Etat Actuel d'emploi	100
10	Répartition des femmes selon leur Etat du travail au passé	101
11	Répartition des femmes selon leur Nombres d'enfants vivants	102
12	Répartition des femmes selon si elles ont déjà utilisé une contraception	102
13	Répartition des femmes selon la raison pour la 1 ^{er} utilisation d'une contraception	103
14	Répartition des femmes selon l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception	104
15	Répartition des femmes selon la méthode utilisée	105
16	Répartition des femmes selon la raison principale d'arrêter l'utilisation de la contraception	106
17	Répartition des femmes selon si elles comptent utiliser une contraception pour retarder une grossesse dans le futur	107
18	Répartition des femmes selon la raison principale de non utilisation d'une contraception dans le futur	108
19	Répartition des femmes selon leur attitude envers le P.F	109
20	Répartition des femmes selon l'avis du mari envers le P.F	110
21	Répartition des femmes selon le Nombres d'enfants à la 1 ^{er} utilisation d'une contraception	111
22	Répartition des femmes selon la fréquence de discussion avec le mari sur le P.F	112
23	Répartition des femmes selon la discussion avec le mari sur le nombre d'enfants voulu	113
24	Répartition des femmes selon le désir d'avoir d'autre enfants	114
25	Répartition des femmes selon leur attitude envers le travail des filles	115
26	Répartition des femmes selon le nombre d'enfants désiré	116
27	Répartition des femmes selon le nombre d'enfant désiré pour une fille	117
28	Répartition des femmes selon l'âge de mariage convenable pour une fille	118
29	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le secteur d'habitat	119
30	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et l'Etat actuel d'emploi	120
31	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et l'âge au 1 ^{er} mariage	122
32	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et l'Etat actuel d'utilisation d'une contraception	123

Femme, Travail, Fécondité et Pratique Contraceptive
à la lumière de l'enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002

N°	Titre des Graphiques	Page
33	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants	125
34	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le nombre d'enfant à la 1 ^{ier} utilisation d'une méthode contraceptive	127
35	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	128
36	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et le désir d'avoir un autre enfant	130
37	Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction et la raison principale d'arrêter l'utilisation d'une contraception	132
38	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et l'Etat actuel d'emploi	133
39	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et l'utilisation actuelle d'une contraception	135
40	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	136
41	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et le nombre d'enfant vivant	137
42	Répartition des femmes selon leur secteur d'habitat et le nombre d'enfant à la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	139
43	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	140
44	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et l'état actuel d'utilisation d'une contraception	142
45	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et le nombre d'enfants vivants	143
46	Répartition des femmes selon leur Etat actuel de travail et le nombre d'enfant à la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	145
47	Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfant vivant et l'état actuel d'utilisation d'une contraception	147
48	Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfant vivant et la raison pour la 1 ^{ier} utilisation d'une contraception	148
49	Répartition des femmes selon leur Nombre d'enfant vivant et la raison principale d'arrêter l'utilisation d'une contraception	150

➤ **Liste de figure**

N°	Titre de Figure	Page
01	Schéma Conceptuel traduisant l'impact de la modernisation sur la fécondité	57

Résumé :

Depuis les années 80 à ce jour-là, le taux de fécondité en Algérie a baissé de 8 enfants par femme à 2,7 enfants par femme.

Cette étude permet de situer la question de la pratique contraceptive en relation avec le travail de la femme, son niveau d'instruction, sa fécondité (le nombre d'enfants) et leurs effets sur cette dernière, et le profil des femmes utilisatrices et non utilisatrices des méthodes contraceptives, selon certains variables, pour cela nous avons basé sur un fichier d'enquête nationale sur la santé de la famille 2002 effectué par l'Office des statistique en collaboration avec la Direction de la Population, du Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière et le Projet Arabe pour la santé de la Famille.

Il s'agit alors d'évaluer des indicateurs lié à la pratique contraceptive comme le travail de la femme et la fécondité durant la dernière décennie en Algérie, sur la base des transformation sectorielle de l'activité économique, le changement démographique en particulier le changement du model de fécondité et les efforts politique de population mis par l'état dans le cadre du programme national de la maitrise de la croissance démographique.

Cette baisse elle semble refléter par la planification familiale (pratique contraceptive) introduite par la politique de population et l'entrée de la femme en marché du travail et l'allongement de la durée de scolarisation féminine.

Ce travail est organisé en trois chapitres on suivant la démarche méthodologique de la problématique jusqu'au développement du sujet et les résultats de l'analyse des données de l'enquête :

Le premier chapitre décrit la méthodologie et le cadre globale de l'économie Algérienne et la dynamique démographique.

Le second chapitre traite les caractéristiques et composition du travail féminin, de la fécondité et la pratique contraceptive en Algérie.

Le troisième et le dernier chapitre est consacré au matériel et méthode d'analyse, une présentation de l'enquête, puis une présentation générale des variables utilisée et enfin une analyse de population étudier à partir des variables choisie, analyse descriptive et approfondie.

Mots clés :

Femme, Travail, Activité féminine, Fécondité, Pratique Contraceptive, Enfants, Planification familiale, Méthodes Contraceptives, Niveau d'instruction, Enquête Nationale Santé de la Famille 2002.

"المرأة، العمل، الخصوبة و استعمال موانع الحمل

على ضوء المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002"

مذكرة لنيل شهادة ماجستير في الديمغرافيا

تخصص : ديمغرافيا اقتصادية و اجتماعية

من اعداد: براهيم كلثوم

تحت اشراف :د. عيسى دلندا

ملخص

ان المستجدات التي حدثت خلال العقدين الأخيرين في مختلف المجالات السياسية، الاقتصادية و الاجتماعية و لا سيما في المجالات الديمغرافية مما ترتب عليها من تحولات ، فتراجع أهم المؤشرات الديمغرافية نتيجة التنمية يؤدي بدوره الى تغير السلوك تجاه أهم الظواهر الديمغرافية كالزواج و الخصوبة مع ظهور نماذج ديمغرافية حديثة. هذه النماذج هي اساسا خصوبة منخفضة و منظمة عكس الخصوبة الطبيعية في غياب أي استعمال لموانع الحمل، والزواج المتأخر عكس الزواج المبكر الذي كان سائدا فيما قبل.

تعداد سنة 1954 الى تعداد 1966، نسمة السكان الجزائري انتقل من 9 مليون الى 12 مليون نسمة، حيث معدل النمو يفوق 2,6 % ، حيث كانت خصوبة النساء الجزائريات ما تعادل 8 طفل لكل امرأة و هذا خلال فترة الثمانينات.

تغيرات أساسية لوحظت على مستوى المجال الديمغرافي، حيث خلال السنوات الأخيرة معدل النمو السكاني تراجع، حيث لم نتوقع انخفاض سريع على مستوى الخصوبة في بلد ذو تقاليد و عادات تنحاز الى عدد أكثر من الاطفال. ابتداء من سنة 2000، الخصوبة بالنسبة للنساء الجزائريات بلغت او انخفضت لتصل ل 2,2 طفل لكل امرأة، مما يدعنا نتساءل على علاقة الخصوبة ببعض الظواهر في ظل التطورات المختلفة لأهم العوامل المؤثرة عليها من تعليم و شغل..... الخ، دون ان ننسى دور البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة الذي اعتمدته الجزائر منذ سنة 1983.

حاليا اذا تطرقنا الى موضوع المرأة فلا يمكننا التكلم عنها بدون ادراجها في التطور الاقتصادي، اذ المرأة أصبحت عامل أساسي في التطور البشري على مستوى مختلف القطاعات مثل التعليم، الشغل، الصحة، الاتصال و حتى الحياة السياسية اثر التغيرات و التطورات التي طرأت داخل المجتمع الجزائري ، فالمرأة منذ دخولها عالم الشغل أصبح لها دور مهم في المجتمع لا يمكن لنا تفاديه و لا يمكن لنا ان ننسى مكانة المرأة داخل الأسرة من خلال دورها التي تآديه في تربية الأبناء قبل و بعد دخولها عالم الشغل.

فموضوع المرأة من الجانبين كأم و كعامل اقتصادي في المجتمع و التغيرات الديمغرافية في مجال الخصوبة جعلنا نهتم بتحليل العلاقة بين شغلها، الخصوبة و اللجوء الى استعمال موانع الحمل.

تحتوي هذه المذكرة على ثلاثة فصول رئيسية متمثلة في:

■ **الفصل الأول:** يتمثل في وصف منهجية البحث من اشكالية، فرضيات و طريقة العمل، و نظرة عامة حول تطور استعمال موانع الحمل في مختلف بلدان العالم و بعض بلدان المغرب العربي من بينها تونس و المغرب تحت اطار مراجعة عامة لمجموع الكتابات المتواجدة حول هذا الموضوع. وكذلك ندرج اطار نظري للمجال الاقتصادي، الاجتماعي و الديمغرافي في الجزائر و بعض التطورات التي أنجزت غداة الاستقلال على مستوى هذه المجالات.

■ **الفصل الثاني:** يشتمل على ثلاثة مباحث فالمبحث الأول يخص خصائص و تركيبة الشغل النسوي، المبحث الثاني تطور الخصوبة أما المبحث الثالث و الأخير فيمثل تطور استعمال موانع الحمل و السياسة السكانية لتنظيم الأسرة في الجزائر.

■ **الفصل الثالث:** يبرز هذا الفصل أهم النتائج التي توصلنا اليها من خلال تحليل معطيات "المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002" الذي اعتمدنا من خلاله على معطيات الاستبيان الخاص "بصحة الانجابية وما بعد سن الانجاب" للنساء البالغات لسن 15-49 سنة.

موضوع تراجع النمو الديمغرافي بالمقارنة بالسنوات الأولى للجزائر بعد استقلالها، يطرح بجدة بموضوع تنظيم الخصوبة و تنظيم الأسرة من خلال استعمال موانع الحمل كوسيلة لتفادي أو تأخير ولادة في حياة العائلة الجزائرية، حيث ظهرت تغيرات في المجتمع الجزائري من ناحية خروج المرأة للعمل والدراسة حتى بلوغها المستوى العالي، اذ

أصبح لها دورين أساسيين داخل الأسرة و داخل المجتمع الاقتصادي ، من خلال الدراسات السابقة تبين ان بعض النساء اللواتي تلجأن لاستعمال موانع الحمل بدافع تنظيم حجم الأسرة بدون فقدان عملها بالمقارنة بالنساء الماكثات في البيت.

و على هذا الأساس أدرجنا الإشكالية المتمثلة في:

✓ لماذا النساء الجزائريات يلجأن أكثر فأكثر لاستعمال موانع الحمل؟

✓ ما هو مستوى استعمال موانع الحمل؟

✓ ماهي العوامل المأثرة في استعمال موانع الحمل لدى النساء المتزوجات؟

✓ ماهي خصائص النساء المستعملات و اللامستعملات لموانع الحمل؟

من خلال هذا العمل سنحاول الإجابة على هذه الأسئلة بتحليل أهم المؤشرات منها العمل، الخصوبة و استعمال موانع الحمل خلال الفترة الأخيرة وحسب المعطيات المتوفرة و خاصة باستعمال معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002

نطرح أو نقترح بعض الفرضيات مؤقتة لإشكالية البحث التي تحتمل الصواب أو تحتمل الخطأ المتمثلة في:

✓ المستوى الدراسي يؤثر على استعمال موانع الحمل.

✓ عمل المرأة ينقص من حظوظ انجاب أطفال بحرية و له أثر على استعمال موانع الحمل.

✓ الحوار و التشاور مع الزوج حول تنظيم الأسرة و رأيه عاملان يؤثران على استعمال موانع الحمل.

حدود العمل تتمركز حول تحليل مختلف محددات لاستعمال موانع الحمل في الجزائر لدى النساء المتزوجات في سن 15-49 سنة، باستعمالنا معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، البحث يراد منه اعطاء نظرة حول صفة أو خصائص النساء المستعملات أو اللامستعملات لوسائل منع الحمل وكذا تحليل العلاقة بين الدور الإنجابي (الخصوبة) و الدور الإنتاجي (العمل) للمرأة.

الوضع الديمغرافي:

الوضعية الحالية لتغير منحى المؤشرات الديمغرافية، أبرزت النتائج الأولية لإحصاء الخاص بالسكان والسكن المنجز في أفريل 2008، أن العدد الإجمالي للسكان المقيمين قد بلغ 34 591 مليون أي بمعدل ارتفاع 1,92%

خلال الفترة الممتدة بين 1998-2008 وهذه النسبة في تراجع مقارنة بتلك المسجلة بين الإحصائيات السابقة من 1966 إلى 1987. ولقد كان ارتفاع معدل الولادات لسنوات 1970 حتى سنوات الثمانينات واحدة من اسباب اللجوء لسياسة تنظيم الأسرة، فبعد 1985 نتيجة سياسة مبادعة الولادات و ارتفاع المستوى التعليم و الأزمات المزمنة للإسكان أدى إلى انخفاض معدل النمو السكاني و ادخل البلاد في عملية تحول ديمغرافي والتي يمكن تسميتها بمرحلة ديمغرافية تقليدية أو طبيعية التي سادت إلى غاية أوائل الثمانينات ومن أهم خصائصها ارتفاع كل من نسبة الولادات و الوفيات، معدل النمو الطبيعي الذي ارتفع حتى أصبح من أعلى المؤشرات في العالم، وكذا تتميز هذه المرحلة بنموذج العائلة المتوسعة و زواج مبكر و غياب لاستعمال موانع الحمل و مستوى تعليمي منخفض أو بدون مستوى لدى فئة الإناث الجزائريات.

أما المرحلة الثانية هي بالمرحلة الديمغرافية الحديثة مع بداية القرن 20 وهي تشبه وضعية الدول الغربية تتميز هذه المرحلة بمؤشرات منخفضة لكل من الوفيات و الولادات، و كذا ارتفاع في سن الزواج مع ارتفاع معدل التمدرس أو ارتفاع مستوى التعليم للإناث خاصة، و تتميز الأسرة الجزائرية بأسرة نووية عكس ما كانت عليه و ادراج استعمال موانع الحمل و سياسة التنظيم الاسري داخل الحياة الزوجية. فيما يخص الظواهر المتعلقة بموضوع الدراسة فيمكن تلخيصها في النقاط التالية:

1. تطور سوق العمل: الأزمة الاقتصادية التي عاشتها الجزائر في النص الثاني من الثمانينات إلى غاية التسعينات نتيجة تراجع كبير في حجم الاستثمارات و انخفاض أسعار النفط قد أدت إلى بروز اختلالات كبيرة في سوق العمل بحيث تقلص فرص العمل المتاحة بدرجة كبيرة لتبلغ سنة 1995 عتبة مليوني شخص عاطل عن العمل.

ولكن بعد حل الأزمة الاقتصادية مع بداية القرن 20 و ارتفاع اسعار النفط، بدأ ظهور و ارتفاع مشاركة المرأة في سوق العمل مع ارتفاع المستوى التعليمي اذ تغير معدل المشاركة في القوى العاملة النسائية بشكل ملحوظ حيث ارتفع من 1,8% سنة 1966 إلى 9,6% في 1998 ليصل 16,8% سنة 2008 ، زيادة حصة المرأة في القوى العاملة و دمجها في عالم الشغل راجع الى ارتفاع معدلات التعليم و التحاق الإناث بالمدارس دون التمييز خاصة ما بين 1966 و 2008 حيث قدرت النسب على التوالي ب 36,9% و 91,2% ومن بين العوامل التي أدت بالمرأة إلى دخولها لسوق العمل خلال العقدين الأخيرين:

✓ تدهور المستوى المعيشي

✓ التعليم الذي لعب دورا اساسيا في دخول النساء النشاط الاقتصادي و محفز للبحث عن العمل

2. الخصوبة: ظهرت تغيرات على خصوبة النساء الجزائريات خلال الفترة الأخيرة، حيث تميزت بمعدل ولادات منخفض نسبيا ومنظمة، وهذا التغير متزامن مع تغير نموذج الزواج حيث مؤشر الزواج و هو سن الزواج المتوسط أصبح مرتفعا و نتج عن هذا الأخير ارتفاع نسبي لفئة العزاب. اذ معدل الزواج الذي كان 7,29% سنة 1977 و سنة 1998 انخفض ل5,36% ليصبح سنة 2008 ما يعادل 9,58% وهذا راجع الى تحسن تسجيل المعطيات الحالة المدنية زيادة على ذلك الأوضاع الأمنية اصبحت مستقرة بعد العشرية السوداء. أما فيما يخص سن الزواج فبدأ بالارتفاع منذ سنة 1977 الذي كان 25,3 سنة للرجال و 20,9 سنة بالنسبة للنساء ليصل سنة 2002 إلى 33 سنة و 29,6 على التوالي. تطور سن الزواج الأول في كلتا القطاعين الريفي او حضري، من سنة 1977 إلى 2006 حسب المعطيات الإحصائية كان 23,1 سنة في القطاع الحضري و 19,8 سنة في القطاع الريفي ليصبح 30 سنة و 28,9 سنة على التوالي، تغير ملحوظ اذ أصبح متقارب بين القطاعين.

الخصوبة تأثرت بمؤشر سن الزواج الأول، زواج المرأة في سن متأخر يقلل من حظوظها في انجاب عدد اكبر من الأطفال، سن المرأة عند الولادة منذ سنة 1998 إلى سنة 2008 بلغ 31,9 سنة. المستوى التعليمي، القطاع و مدة الزواج يعتبرون محددات غير مباشرة للخصوبة اذ يأترون بطريقة غير مباشرة على الخصوبة، مع العلم ان مستوى الخصوبة مرتبط أيضا باللجوء الى استعمال موانع الحمل اذ تغير الخصوبة ظهر داخل حياة الزوجية خاصة.

خصوبة النساء ذات التعليم المنخفض تراجعت بالنسبة للسنوات الأولى بعد الاستقلال و ايضا بالنسبة لنساء القطاع الريفي انخفض عدد الأطفال لكل امرأة حيث من سنة 1970 الى 2002 عدد الاطفال الذي كان 8,5 طفل لكل امرأة أصبح 2,7 طفل لكل امرأة و بالنسبة للقطاع الحضري من 7,3 الى 2,1 طفل لكل امرأة.

3. موانع الحمل: تظهر آثار التنمية الاجتماعية من خلال السياسة الوطنية لتنظيم الأسرة الذي أدت الى

تعميم استعمال موانع الحمل و التوعية على مستوى كل القطاعات الصحية المتواجدة على مستوى التراب

الوطني ، اذ نسبة استعمال موانع الحمل خلال العشرية الأخيرة تبين ان هناك تطور ملحوظ في نسبة استعمال على مستوى نساء القطاع الريفي خاصة و ايضا بالنسبة للنساء ذات مستوى تعليمي منخفض هذا يظهر من خلال المعطيات المتوفرة في هذا المجال اذ انتشار و ارتفاع نسبة استعمال وسائل منع الحمل أكثر لهذه الفئة من النساء مقارنة بالنساء القطاع الحضري و ذات مستوى تعليمي عالي حيث لم تظهر تغيرات كبيرة على هذه الفئة

❖ بعض الجداول التي تدل على الفئات التي تأثرت الأكثر بالسياسة الاجتماعية و السكانية :

جدول رقم 1: عدد الأولاد لدى المرأة الواحدة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	1970	1992	2002
بدون مستوى	8,6	5,6	2,9
ابتدائي، متوسط	5,7	3,7	2,2
ثانوي و عالي	3,7	2,9	1,5

جدول رقم 2: عدد الأولاد لدى المرأة الواحدة حسب قطاع السكن

قطاع السكن	1970	1992	2002
حضر	7,3	3,6	2,1
ريف	8,5	5,3	2,7
المجموع	8,1	4,4	2,4

جدول رقم 3: توزيع النساء المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي(%)

المستوى التعليمي	1986	1992
بدون مستوى	35,2	60,8
ابتدائي، متوسط	61,8	76,9
ثانوي و عالي	62,7	68,7

جدول رقم 4 : الحالة العائلية حسب المستوى التعليمي لكلتي الجنسين(%)

1998		1987		1977		1966		الحالة العائلية
اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	
61.8	69	31.47	45.2	21.8	37.1	9.2	25.3	عازب (ة)
31.8	30	56.22	53.4	62.3	60.7	69.7	71.4	متزوج(ة)
5.1	0.4	9.9	0.8	13.0	0.8	18.1	2.0	أرمل (ة)
1.2	0.3	2.41	2.41	-	1.4	3.0	1.3	مطلق(ة)
100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

جدول رقم 5: السن الوسط عند أول زواج حسب قطاع السكن لكلتي الجنسين

السنة	ذكور		اناث	
	حضر	ريف	حضر	ريف
1977	27.3	24.3	23.1	19.8
1987	28.8	26.4	24.8	22.3
1992	31.2	28.9	26.9	24.6
1998	31.9	30.3	27.9	26.9
2002	33.7	31.9	29	27.9
2006	34.2	32.6	30	28.9

جدول رقم 6: توزيع النساء العاملات حسب الحالة العائلية (%)

الحالة العائلية	1996	2003	2011
عازبة	51	44.3	15.4
متزوجة	34.1	44.2	9
مطلقة	8.3	6.7	34.3
أرملة	6.6	4.8	5.6

جدول رقم 7: توزيع النساء العاملات حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	بدون مستوى	تكتب، تقرأ	ابتدائي	متوسط	ثانوي	عالي
1985	21	0,7	11,8	28	32,1	6,4
1996	13,3	1,4	9,3	22,6	36,8	16,4
2003	14,5	2,2	10,5	18,3	30,3	24,4
2011	3,8	-	6,5	9,5	15,3	33,5

جدول رقم 8: توزيع النساء المستعملات لموانع الحمل حسب القطاع السكني (%)

القطاع السكني	الحضر	الريف
1986	42	30
1992	57,5	44,1
2000	66,7	62,9
2002	59	54,4
2006	62,5	59,9

بعد الدراسة النظرية لمختلف المؤشرات المعنية بالدراسة، سنحاول تحليل المعطيات في ظل المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 و الربط بين الجانب النظري و التطبيقي للتوصل إلى النتائج العامة للدراسة.

❖ المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 :

جاء هذا المسح ليكمل مسيرة المسوح الوطنية السابقة التي تهدف إلى دراسة التغير في المؤشرات الديمغرافية و كذا تصوير الواقع الصحي للأسرة الجزائرية و خاصة الجوانب المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة و صحة الأطفال دون سن الخامس و كذا إلى توفير بيانات أساسية تفصيلية، تساعد السلطات العمومية الجزائرية على تنفيذ و متابعة و تقييم السياسات الصحية و الاجتماعية و كذلك إعداد البرامج الصحية و السكانية المناسبة. يعد هذا المسح ضمن المشروع العربي لصحة الأسرة بالتعاون مع جامعة الدول العربية، و لقد تولى الديوان الوطني للإحصائيات مهمة تنفيذ المسح بالتعاون مع مديرية السكان و الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

➤ عينة المسح:

تم سحب العينة باستعمال عينة طبقية متعددة المراحل بحيث تم تقسيم التراب الوطني إلى 4 جهات جغرافية كبرى و التي تمثل المناطق الصحية بالجزائر، و تم تقسيم كل جهة إلى مناطق و كل منطقة إلى مقاطعات متجانسة نسبيا من حيث الخصائص الديمغرافية و الإجتماعية و ذلك عن طريق تقنية التصنيف بالإعتماد على التقسيم الذي تم استخدامه في تعداد السكان لسنة 1998. وانطلاقا من هذه القاعدة تم اختيار عينة المسح عبر مرحلتين:

الأولى: تم سحب 510 وحدة ثانوية أو مقاطعة بين المناطق الحضرية و الريفية.

الثانية: سحب 10200 أسرة معيشية للعينة الرئيسية أي بمعدل 20 أسرة معيشية لكل مقاطعة الهدف منها دراسة المؤشرات الأساسية للديمغرافية و الصحة و الحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات حول هذه الأخيرة، تم توسيع العينة إلى 20400 أسرة معيشية للعينة الموسعة ما يعادل 40 أسرة لكل مقاطعة و ذلك لدراسة وفيات الأطفال.

المسح استجوب 19 233 أسرة معدل 93,5%، الأسر الغائبة ب 2,4 % و معدل الرفض 1.5% من الحجم الكلي للعينة.

احتوى المسح على خمس استبيانات و كل استبيان يحتوي على استمارة تنقسم بذاتها إلى عدة أجزاء:

- 1) استبيان صحة الأسرة المعيشية
- 2) استبيان الصحة الإنجابية وما بعد سن الإنجاب (15-59 سنة)
- 3) استبيان الرعاية الصحية و الإجتماعية لكبار السن (60 وما فوق)
- 4) استبيان صحة الأسرة المعيشية للعينة الموسعة لدراسة وفيات الأطفال
- 5) استبيان خاص بالشباب (15-29 سنة)

❖ العينة المعنية بالدراسة و التحليل :

العينة المعنية بالتحليل في دراستنا هي العينة الخاصة بالنساء المتزوجات أو السابق لهن الزواج اللاتي تبلغ أعمارهن ما بين سن 15- 49 سنة حيث عينتها تبلغ 7399 امرأة، نستعمل متغيرات أو معطيات الاستبيان رقم 2 حول الصحة الإنجابية وما بعد سن الإنجاب، هذا الإستبيان مقسم إلى 9 أقسام وهي كالتالي:

القسم الأول: خلفية المبحوثة و مواردها و الزواج

القسم الثاني: الإنجاب و وفيات الأطفال

- القسم الثالث: رعاية الأمومة لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح
- القسم الرابع: تغذية و صحة آخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح
- القسم الخامس: انتشار الأمراض المزمنة و غعتلال الصحة بسبب الإنجاب
- القسم السادس: مرض الايدز(السيدا) و الأمراض المنقولة جنسيا الأخرى
- القسم السابع: تنظيم الأسرة و اتجاهات الإنجاب
- القسم الثامن: الخصوبة و التاريخ الإنجابي
- القسم التاسع: الصحة الإنجابية
- دراستنا تتطلب استعمال بعض من أقسام هذا الاستبيان وهي القسم 2،1 و القسم 7.

❖ منهجية التحليل

استعملنا معطيات المتغيرات التي تتطابق مع موضوع دراستنا و التي لها الإمكانية لرد على الفرضيات المطروحة ومن خلال برنامج "SPSS" قمنا بتحليل هذه المعطيات بطريقتين الطريقة الأولى التحليل الوصفي و الربط بين المتغيرات و الطريقة الثانية التحليل الإحصائي. المتغيرات هي كالتالي:

الجزء الأول: المتغيرات السوسيوديمغرافية للمرأة

الجزء الثاني: متغيرات تنظيم الأسرة و اتجاهات الإنجاب

الجزء الثالث: متغيرات اتجاهات الإنجاب

1. التحليل الوصفي:

✓ المتغيرات السوسيوديمغرافية للمرأة: نتائج تحليل المعطيات تظهر أن :

- السن المتوسطة للعينة المستجوبة بلغ 35,9 سنة، كما أن الفئة العمرية (35-39 سنة) بنسبة 22.5 % .
- قطاع السكن يظهر أن 59.2 % من النساء يسكن بالقطاع الحضري و 40.8 % منهن من القطاع الريفي
- النساء المتزوجات تمثلن 92.5 % من العينة الأساسية .
- المتغير الدراسي للنساء أظهر أن 44 % منهن لم يتمدرسن، 55 % درسن في الماضي حيث 3 % يمثل فقط النساء ذات مستوى تعليم عالي و 22 % لهن مستوى ابتدائي.

- معدل سن الزواج لدى النساء السن 20 ،أما الفئة العمرية (15-19 سنة) بمعدل 42.4% و 37 % بالنسبة للفئة العمرية (20-24 سنة).
 - النساء العاملات لهذه العينة يمثلن فقط 8.9% أمام 91.1% من النساء اللواتي لا يعملن، أما بالنسبة للنساء اللواتي عملن في السابق 6.7%، أما اللواتي لم يعملن في السابق 93.3%.
 - متوسط عدد الأطفال لدى النساء المستجوبات بلغ 4 أطفال ب 14 %، أما اللواتي لديهن طفل و طفلين بلغ 13%.
- ✓ متغيرات تنظيم الأسرة و اتجاهات الإنجاب: أظهرت نتائج هذا التحليل ما يلي

- 77.6% من النساء استعملن موانع الحمل و 22.4% لم يستعملن موانع الحمل فيما سبق و اللواتي يستعملن حالياً موانع الحمل بلغ 75.1% حيث 24.9% فقط لا يستعملن موانع الحمل.
- حبوب منع الحمل هي الأكثر استعمالاً من طرف النساء المستجوبات ب 81.6 %
- أما بالنسبة للمتغير سبب استعمال موانع الحمل للمرة الأولى بلغت 88.5% لتأجيل وقوع حمل و 10.7% لإيقاف الإنجاب .
- بالنسبة للمتغير سبب توقيف استعمال موانع الحمل يمثل 31.16% من النساء اللواتي يردن الإنجابو 24.89% لأسباب صحية ، 12.59% سببه سن اليأس.

✓ متغيرات اتجاهات الإنجاب: أظهرت نتائج هذا التحليل ما يلي

- النساء المستجوبات يوافقن على برنامج تنظيم الأسرة ب 89.6% مقابل 4.3% لا توافقن عليه
- 40% من النساء اللواتي استعملن موانع الحمل للمرة الأولى كان لديهن طفل واحد و 14 % طفلين.
- 45.2% من النساء لا يرغبن في الأبناء و 33.6% منهن يرغبن في الأبناء مرة أخرى
- أما بالنسبة لعدد الأطفال المرغوب إنجابهم هو 4 أطفال بنسبة 35.1% و 18 % لطفلين.

2. التحليل الإحصائي: قمنا باختيار تحليل

- ✓ عدد الأطفال عند أول استعمال لموانع الحمل حسب حالة عمل المرأة باستعمال تحليل التباين

ANOVA

- ✓ الوضعية الحالية لإستعمال موانع الحمل حسب المستوى الدراسي باستعمال اختبار مربع كاي χ^2

■ **تحليل التباين ANOVA:** يقصد بتحليل التباين العمليات الرياضية الخاصة بتقسيم مجموع المربعات الكمي لمجموعة من البيانات إلى مصادره المختلفة و تلخص نتائج التحليل في جدول يعرف بجدول تحليل التباين، إن الهدف من اجراء التحليل هو اختبار فرضية تساوي متوسطات مجموعة من العينات و تعرف بالمعالجات أو المعاملات دفعة واحدة.

إن الهدف من إجراء تحليل التباين هو اختيار فرضية العدم القابلة بتساوي متوسطات حالة عمل المرأة ضد الفرضية البديلة التي تنص على عدم تساوي متوسطات حالة عمل المرأة. من خلال نتيجة التحليل فإن قيمة P Value المصاحبة لإحصائية F أصغر من 0.005 و لهذا لا نستطيع قبول فرضية العدم أي هناك فروق معنوية بين حالة عمل المرأة.

■ **اختبار مربع كاي χ^2 Khi2:** يعتبر من الأساليب الإحصائية المهمة و المستخدمة بشكل واسع و لها استخدامات عديدة و من بين هذه الإستخدامات هي عملية الإستقلالية INDEPENDANCE بين منفردين عندما توجد تكرارات و يكون عدد المستويات لكل متغير محدود العدد. **تطبيق:** المتغير المعتمد ← الوضعية الحالية لإستعمال موانع الحمل المتغير المشتغل ← المستوى الدراسي

من خلال نتائج تحليل فإن القيمة الإحصائية لمربع كاي χ^2 تساوي 55.758 و قيمة P Value 0.000 تدعونا إلى قبول الفرضية البديلة أي بمعنى هناك اختلاف فيما بين مستويات الدراسة.

من خلال هذه الدراسة يمكننا استخلاص بعض النتائج عن طريق المؤشرات الأساسية التي هي هدف دراستنا و التي تتمثل في عمل المرأة، خصوبتها و مستوى استعمال موانع الحمل من خلال بعض المعطيات المتوفرة و من معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 الذي اعتمدنا عليه في الجانب التحليلي لدراستنا. فكانت نتائج الدراسة بعد التحليل مؤيدة للفرضيات المطروحة و لكن أظهرت بعض التغيرات على مستوى فئة النساء القطاع الريفي، ذات مستوى دراسي متدهور و الغير العاملات على مستوى سلوكهن الإنجابي. التعليم: إن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر في استعمال موانع الحمل فمن خلال التحليل تبين أن النساء ذات مستوى تعليم عالي يستعملن أكثر موانع الحمل، أما بالنسبة للنساء ذات مستوى تعليمي ضعيف نسبهن لا تتباعد بكثير عن الأخريات.

خروج المرأة للعمل : رغم أن نسب عمل المرأة كانت ضعيفة جدا من خلال التحليل إلا أن استعمالها لموانع الحمل مرتفع بعض الشيء بالنسبة للنساء بدون عمل، وعدد الأطفال أقل من هذه الفئة من النساء إلا أن لديهن الرغبة في إنجاب أطفال أكثر من النساء الماكثات في البيت.

هناك تغيرات شهدتها نموذج الخصوبة من خلال تغير فكر المرأة الماكثة في البيت، المرأة الريفية و بدون مستوى تعليمي من ناحية استعمالها لموانع الحمل حيث الدراسة التحليلية للمتغيرات المرتبطة باستعمال موانع الحمل أظهرت أن ليس هناك فروقات كبيرة بين نسب هذه الأخيرة و نسب النساء العاملات، الساكنات بالمناطق الحضرية وذات مستوى تعليمي عالي .

حيث كل هذه التغيرات التي طرقت على مستوى هذه الفئة من النساء ناتجة عن العوامل الإقتصادية ، الإجتماعية و الثقافية المتغيرة التي ساهمت في ارتفاع نسبة استعمال موانع الحمل لدى كل النساء الجزائريات مهما كانت خصائصهن و دون أن ننسى دور برنامج تنظيم الأسرة الذي لعبه من خلال مراكز الصحية التي أقيمت على مستوى التراب الوطني خاصة في المناطق النائية من خلال التوعية و الإرشادات الصحية التي تهدف حماية الصحة الإنجابية للمرأة و صحة الطفل.