



Université d'Oran 2
Faculté des sciences sociales
Département de démographie

Projet de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de Master En
démographie sociale

La maternité tardive :

Caractéristiques socio démographiques des femmes qui accouchent à l'âge
de plus de 35 ans en Algérie

Présenté par :

Sahraoui Fatima Zohra

Encadré par :

Dr. Aicha Benabed

Devant le jury composé de :

| Nom et prénom | Grade | Etablissement | Qualité |
|----------------------|------------------------|----------------------|----------------|
| Pr. Louadi Tayeb | Professeur | Université d'Oran 2 | Président |
| Dr. Aicha Benabed | Maître de conférences | Université d'Oran 2 | Rapporteur |
| Dr. Zaoui Kada | Maître assistant « A » | Université d'Oran 2 | Examineur |

Année universitaire : 2020-2021

Remerciements

J'adresse tout d'abord mes plus sincères remerciements à mon encadreure Mme. Aicha Benabed pour son entière disponibilité, son aide inestimable et ses conseils, sans lesquels ce travail n'aurait pu aboutir.

J'adresse mes sincères remerciements à messieurs Pr. Louadi Tayeb et Dr. Zaoui Kada d'avoir accepté d'examiner mon travail. Je tiens également remercier aussi Mme. Pr.Hachem Amel et Mr Pr. Daoudi Noureddine pour m'avoir aidé à réaliser l'étude statistique de mon travail et aussi le doctorant Mr. Belaidouni Mohammed Adnan. Je remercie tous les professeurs ainsi que le personnel administratif du département de démographie, et à toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude, qu'elle trouve ici l'expression de ma gratitude et ma reconnaissance.

Enfin, j'adresse tout ma reconnaissance à mes chers parents, mon grand frère et mes meilleures amies Rania Belahmar et Belaidi Feriel pour leurs encouragements et pour leur amour si précieux.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Remerciements | 2 |
| Liste des tableaux | 6 |
| Liste des figures..... | 7 |
| Liste des abréviations | 8 |
| Introduction | 9 |
| 2. Problématique..... | 10 |
| 3. La pertinence du sujet..... | 12 |
| 4. Les objectifs de l'étude | 12 |
| 5. Définition des concepts | 12 |
| Chapitre I : les dimension socioculturelles et démographiques de la maternité à travers les études antireieurs. | |
| Introduction | 17 |
| 1. Maternité tardive : une notion indéterminée | 17 |
| 2. L'importance de la maternité | 19 |
| 3. Maternité tardive et indicateur démographiques | 22 |
| 3.1 L'age limité | 22 |
| 3.2 Le recul de mariage | 24 |
| 3.3 La scolarisation des femmes en Algérie | 27 |
| 3.4 Les problèmes de fertilité | 27 |
| 3.4.1 L'age de la pré ménopause | 28 |
| 3.4.2 L'infertilité et la fécondabilité..... | 28 |
| 3.4.3 La fertilité spontanée des femmes en age procréer..... | 29 |
| 4. Les motivations d'une grossesse à un age tardif | 29 |
| 4.1 Elle ont enfin trouvé le père idéal | 29 |
| 4.2 La fin de la fertilité approche | 29 |
| 4.3 Un désir pas toujours partagé au meme moment chez l'homme et la femme | 29 |
| 4.4 Le regard de l'entourage..... | 29 |
| Conclusion | 30 |
| Chapitre II : les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant. | |
| Introduction | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 1. Les risques d'une grossesse tardive | 32 |
| 1.1 pour la femme | 33 |
| 1.2 pour le bébé..... | 34 |
| 2. Les conséquences chez la mère et nouveau-né | 34 |
| 2.1 Des pathologies préexistantes plus fréquentes | 34 |
| 2.2 Les fausses couches spontanées et grossesse extra utérine | 34 |
| 3. La mortalité maternelle..... | 36 |
| 4. La mortalité prénatale et néonatale..... | 38 |
| 5. L'intérêt de la protection de la maternité | 38 |
| 6. Les soins de maternité | 49 |
| Conclusion..... | 40 |
| Chapitre III : les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus. | |
| Introduction..... | 42 |
| 1. Sources des données | 42 |
| 1.1 Qu'est que la MICS ? | 42 |
| 1.2 Justification du choix de la population cible | 44 |
| 1.3 Evaluation de la qualité des données | 44 |
| 2. Présentation des variables de l'étude..... | 45 |
| 3. La méthode d'analyse..... | 46 |
| 4. Présentation et analyse des résultats de l'étude..... | 46 |
| 4.1. Les femmes mariées à partir de 35 ans..... | 47 |
| 4.2. Les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants | 47 |
| 4.3. Les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant | 48 |
| 4.3.1. les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon le lieu de résidence | 49 |
| 4.3.2. Les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon la région..... | 50 |
| 4.3.3. Les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon niveau d'instruction..... | 51 |
| 4.3.4. Les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon niveau de vie | 53 |
| 4.3.5 l'âge des femmes mariées de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon la parité..... | 54 |



| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 4.4 Le lieu de l'accouchement | 55 |
| 4.5 Le type d'accouchement..... | 56 |
| 4.6 La réception son prénatal | 57 |
| Conclusion..... | 58 |
| Conclusion générale..... | 60 |
| Références bibliographiques | 62 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau n°1 :les espaces de programmation territoriale au niveau de tell..... | 42 |
| Tableau n° 2 : les espaces de programmation territoriale au niveau des hauts plateaux | 43 |
| Tableau n°3 : Les espaces de programmation territoriale au niveau du sud..... | 43 |
| Tableau n°4 :taux de réponse des différentes variables de l'étude : | 44 |
| Tableau n°5 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans : | 46 |
| Tableau n°6 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants enfant par groupes d'âge : | 46 |
| Tableau n° 7 : Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans ayant eu leur premier enfant. | 47 |
| Tableau n°8 : répartition l'âge de la femme regroupée selon lieu de résidences : | 48 |
| Tableau n°9 : répartition âge de la femme regroupée selon la région : | 49 |
| Tableau n°10 : répartition l'âge des femmes mariées de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon niveau d'instruction | 51 |
| Tableau n°11 : Répartition l'âge de la femme regroupée selon le niveau de vie des ménages. | 52 |
| Tableau n°12 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu leur enfant selon le lieu d'accouchement. | 55 |
| Tableau n°13 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu leur premier enfant selon le type d'accouchement..... | 56 |
| Tableau n°14 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu leur premier enfant selon la réception soin prénatal. | 57 |



Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure n°1 : Réparation l'âge de la femme regroupée selon le milieu de résidence | 48 |
| Figure n°2 : Réparation l'âge de la femme regroupée selon la région | 50 |
| Figure n° 3 : Réparation l'âge de la femme regroupée selon niveau d'instruction | 52 |
| Figure n° 4 : Réparation l'âge de la femme selon niveau de vie de ménage | 53 |
| Figure n°5 : réparation l'âge de la femme regroupée selon la parité. | 54 |

Liste des abréviations

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français.

CHU : centre hospitalier universitaire.

EPS : espaces de programmation terminale.

EHS : établissement hospitalier spécialisé.

EH : établissement hospitalier.

EPH : établissement public hospitalier.

FCS : fausse couche spontanée.

HTA : hypertension artérielle.

HRP : hématome rétro placentaire.

HCG : humaine chronique gonadotrophine.

HAS : haute autorité de santé.

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques.

PE : pré éclampsie.

Introduction :

Ce présent mémoire examine les caractéristiques socio démographiques des femmes qui accouchent à l'âge de plus de 35 ans en Algérie en rapport avec la maternité tardive en s'appuyant sur les données issues de la MICS 4 (2012-2013). De nos jours, donner naissance pour la première fois après l'âge de trente cinq ans est un événement de plus en plus fréquent. Les questions relatives à la vie reproductive restent les plus dominantes dans les études socio-démographiques. En effet, s'intéresser l'évolution contemporaine de la famille et de fécondité, et aux naissances plus tardives, les démographes ont démontré que le rapport de l'âge à la première maternité ferait partie d'un mouvement plus général de décalage des calendriers démographiques observables depuis quarante ans (Beaujot, 2004, p 56). Cette tendance se fait sentir beaucoup plus dans les pays industrialisés depuis les années soixante dix (Cynthia Lewis, 2014, 01) et dans bien d'autres pays comme l'Algérie où la vie reproductive a été bouleversé par les diverses transformations, sociétales, politiques et économiques. Le changement reproductif revient à la situation conjoncturelle de la fécondité algérienne qui peut être expliquée par l'évolution de la part des femmes en âge de reproduction, qui ont mis du temps pour se marier, et de se retrouvaient devant une nouvelle situation dite « maternité tardive » (Boulafdaoui, 2020, p 898). Une diminution accélérée de la fertilité à l'approche de la ménopause résulte donc une diminution de la probabilité de concevoir pour la femme (Leridon, 2002, p 135). En outre, il est important de noter que l'âge maternel avancé chez une femme enceinte est un facteur de risque d'avoir des pathologies préexistantes à la grossesse. La grossesse après 35 ans est propice à de complications tout au long de la gestation, surtout lors de l'accouchement. Cela est pour la santé de la mère comme pour celle de l'enfant.

Nous avons divisé notre étude en trois chapitres : Le premier chapitre abordera la dimension socioculturelle et démographique de la maternité à travers les études antérieures. Le deuxième chapitre traitera la connaissance des risques et la complication de grossesse tardive sur la femme et son enfant. Enfin, les résultats de l'étude seront exposés et analysés dans le dernier chapitre. Et pour conclure, on terminera cette recherche par une conclusion générale qui englobe toutes les parties de ce mémoire. En abordant le sujet d'étude sous le regard d'une jeune démographe, nous espérons offrir un éclairage nouveau et inédit sur ce phénomène.

La Problématique :

Dans une perspective nataliste, la maternité tardive est généralement associée à une fécondité globalement plus faible, voire insuffisante « pour assurer un complet renouvellement des générations » (Toulemon et Mazuy, 2001). Il faut d'emblée souligner que certaines sociétés s'inquiètent du retard de l'âge à la première maternité. Les grossesses à un âge « élevé » jugées « à risque » au-delà de 35 ans, qualifiant leur tendance à la hausse, peuvent avoir des conséquences inquiétantes d'où une surveillance médicale s'impose. Cette tendance, soulignant les risques sanitaires pour l'enfant comme pour la mère, représente non seulement un enjeu de santé publique mais plus encore comme un « problème pour la société ».

La maternité tardive est souvent marquée par un âge supérieur ou égal à 35 ans et plus en raison de la baisse physiologique de la fertilité. Les chances d'obtenir une grossesse spontanément sont maximales entre 20 et 24 ans, diminuent plus nettement à partir de 35 ans. Suite aux changements sociétaux amorcés dans les dernières décennies, l'âge moyen du premier enfant pour une femme ne fait qu'augmenter en dépit des progrès médicaux qui permettent l'obtention d'une grossesse plus tardive. « Le modèle familial algérien se caractérise non seulement par un recul du mariage, mais aussi par une augmentation de l'âge au mariage pour les deux sexes et une hausse du statut de célibat définitif » (T. Louadi, 2008, p 44).

L'âge de la femme peut avoir un impact sur le bon déroulement de la grossesse. Il est avéré que les complications liées à la grossesse croissent avec l'âge maternel. Il est reconnu dans la majorité des données de la littérature que l'âge maternel avancé est un facteur de risque retrouvé dans les étiologies d'un certain nombre de pathologies graves. Il est également le principal facteur affectant à la fertilité féminine, dont la qualité ne suit pas une courbe linéaire de la puberté à la ménopause. Cependant, au-delà de l'âge de 35 ans, les risques d'anomalies génétiques sont plus importants. Pour certains, la probabilité de fausses couches grandit. Pour d'autre, aucun problème particulier n'est constaté et la grossesse tardive se déroule parfaitement normale. Autrement dit, c'est une autre manière d'interpeller les femmes dans leurs choix entre le recul du mariage ou célibat « prolongé » et la conjugalité, entre leur désir d'enfant et leur désir de réalisation personnelle, entre leur projet de carrière et leur projet de vie familiale.

Plusieurs études ont montrés que la hausse des maternités dites tardives, ces vingt à vingt-cinq dernières années, fait partie de façon générale de décalage du calendrier de fécondité (Prioux, 2005), et ce décalage découle notamment du retard à la naissance du premier enfant, qui a considérablement augmenté depuis vingt ans (Pison, 2010), et se répercute sur l'âge moyen à la naissance des enfants de chaque rang (Mazuy, 2001). Dès lors, il semble pertinent de s'interroger sur le profil de ses femmes qui sont devenues mères au-delà de 35 ans pour analyser l'association entre ces différentes caractéristiques et les femmes mariées à partir de 35 ans ayant eu leur premier enfant. A la base de ce qui précède, notre questionnement est le suivant :

Quelles sont les caractéristiques socio démographiques des femmes qui accouchent après l'âge de 35 ans et qui peuvent être déterminantes aux risques de santé ?

Pour se faire, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Les hypothèses de cette étude reposent sur :

1/ Les conditions sociales et niveau de vie sont liés à l'âge des femmes ayant eu leur premier enfant après 35 ans.

2/ L'âge de la femme mariée à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant est lié au niveau d'instruction de la femme.

3/ L'augmentation des mères primipares de 35 ans et plus est liée aux contraintes d'accès aux services des soins pour suivi médical.

Pertinence du sujet :

La maternité est une étape importante dans la vie de la femme et dans la société aussi, et pour cela l'étude vise à connaître les caractéristiques socio démographique des femmes qui accouchent a l'âge de 35 ans et plus à travers l'analyse d'une base des données pour savoir les raisons qui poussent les femmes à accoucher après ce l'âge et les risques auxquels la femme et leur bébé seront exposés.

Les raisons du choix du sujet :

Le choix du sujet c'est porté sur plusieurs raisons dont l'intérêt que je porte au

Sujet et à la question qui m'intrigue beaucoup sur ce thème qui est la raison et le désir d'avoir un enfant à un âge avancé de plus de 35 ans et les raisons qui poussent ces femmes à accoucher aussi tardivement.

Les objectifs de l'étude :

Cette étude vise à réaliser les objectifs suivants :

- Identification et description des caractéristiques socio démographique des femmes qui accouchent à l'âge de 35 ans.
- Savoir les raisons qui poussent les à accoucher après l'âge de 35 ans.
- Chercher l'impact de la maternité tardive sur la santé de la maman et du bébé

Définition des concepts :

Pour plus de clarté, il nous semble important de préciser les choix lexicaux auxquels nous avons procédé. Les concepts liés à la maternité tardive sont distinctes méritent d'être appréhender avant de passer au premier axe de l'étude.

- La maternité :

En français, le mot « maternité » est polysémique. Selon le petit Larousse 2014, on retrouve cinq définitions du mot « maternité », dont trois nous intéressent :

1. état, qualité de mère ;
2. fait de mettre un enfant au monde ;
3. lien de droit entre une mère et son enfant.

Souvent le terme de « maternité » désigne le versant féminin de la parentalité au sens du droit, faisant référence implicitement ou explicitement à sa dimension charnelle.

La maternité est une période unique dans la vie d'une femme, une nouvelle manière de se projeter dans le futur en tant que mère, le fait d'être mère les droits, les devoirs, les sentiments et les attitudes liées à cette fonction. Il s'agit d'un état irréversible modifiant les relations Interpersonnelles de la femme, son mode de vie son statut social et la perception qu'elle a d'elle-même. Elle se résume aussi en un ensemble de phénomène psycho-sexuels. La maternité représente donc un bouleversement dans la vie de la femme.

- Maternité tardive : est une grossesse gériatrique chez une femme de plus de trente-cinq ans. La possibilité d'une maternité tardive s'est considérablement accrue du fait des progrès récents des techniques de procréation médicalement assistée comme le don d'ovocytes, venu en complément de la fécondation in vitro pour les candidates à la maternité les plus âgées.

- **La mère** : est le parent biologique ou adoptif de sexe féminin d'un enfant, le parent biologique ou adoptif de sexe masculin d'un enfant étant le père, et définie en langue française comme une « femme qui a mis au monde, élève ou a élevé un ou plusieurs enfants ».

- **Fertilité** :

C'est l'aptitude à concevoir une naissance vivante chez la femme (ou le couple), durant une fenêtre d'exposition de 28 jours en cas de rapport sexuel (Meslé et coll., 2011, p 177). Ce terme s'oppose à l'infertilité qui est associée à l'inaptitude physiologique de concevoir pendant un certain moment. Il ne faut pas confondre ce dernier avec la stérilité qui désigne l'incapacité de donner naissance : soit dès le début de la vie reproductive (stérilité primaire), soit lorsque la fertilité atteint son maximum et que les couples ont déjà au moins un enfant (stérilité secondaire) (Bongaart, 1983 ; Leridon, 2002:173-174).

- **Fécondité** :

Elle se définit comme étant le nombre d'enfants mis au monde par un individu au cours de la vie reproductive, chez la femme, ces bornes d'âges se situent particulièrement entre 15-49 ans (Leridon, 2002). La fécondité tardive (ou la maternité tardive) représente le nombre d'enfants mis au monde chez la femme entre 40-49 ans, peu importe le nombre de naissances précédentes (Billari et coll., 2007, p150). Aussi, le terme fécondité désigne le phénomène démographique pour lequel les événements sont les naissances (Meslé et coll., 2011, p 168). Inversement, l'infécondité renvoie à un état à un moment donné : par exemple, une personne inféconde avant 35 ans est un homme ou une femme qui n'a pas engendré de naissance avant l'âge de 35 ans, et qui éventuellement pourra devenir fécond ultérieurement. la fin de la vie reproductive, on parle d'infécondité définitive (Marken et coll., 1986 ; Leridon, 2005 ; Holman et coll., 2006).

Calendrier :

La répartition selon l'âge des événements produits par un phénomène démographique. Le calendrier est le plus souvent résumé par l'âge moyen (ou la durée moyenne a la survenue d'un l'événement), par exemple, l'âge moyen a la dernière maternité (Mesle et coll., 2011, 44).

- **Grossesse** :

La grossesse est le processus de développement d'un nouvel être à l'intérieur des organes génitaux de la femme. Après neuf mois de grossesse, la femme enceinte donne naissance à son bébé. « La grossesse débute au moment de la rencontre des deux gamètes ou cellules qui se passent dans le tiers externe de la trompe. Cette phase est désignée sous le nom de fécondation. L'œuf ainsi formé commence aussitôt {se diviser en cellules (blastomères) ;

c'est la segmentation. Pendant la semaine qui précède l'implantation, l'œuf vit sur ses réserves. Il arrive dans l'utérus {la fin de la première semaine de vie, et s'implante dans la muqueuse utérine qui s'est développée pour l'accueillir ; c'est la nidation » (T. Louadi, p 30)

- **Grossesse tardive :**

Le terme d'une grossesse tardive est avoir un enfant au l'âge Supérieur ou égal à 35 ans .on peut remarquer qu'il n'existe pas de définition précise dans la littérature concernant les parturientes âgées. Les chances d'obtenir une grossesse spontanément sont maximales entre 20 et 24 ans, diminuent plus nettement à partir de 35 ans, et sont infinies après 45 ans. La grossesse après 35 ans est propice à davantage de complications tout au long de la gestion lors de l'accouchement et pour la santé de l'enfant.

- **Accouchement :**

L'accouchement représente le temps de sortie de l'enfant du ventre de sa mère. Il ya de multiples façons de décrire ce temps qui a lieu généralement en 3 phases. - la première phase, la plus longue et souvent la plus douloureuse est celle qui aboutit à la dilatation (élargissement) du col de l'utérus. La femme ressent des contractions au niveau de l'utérus. Ces contractions vont aider {faire descendre l'enfant {travers le bassin et provoquent la dilation du col de l'utérus qui peut atteindre entre 8 et 11 cm environ pour permettre la sortie de l'enfant » (T. Louadi, 2013, p 35).

Au temps actuel, et avec les techniques de la procréation médicalement assistée, dans le cas spécifique de la GPA (Grossesse Pour Autrui) on assiste à de nouveaux concepts tel que : **la maternité déployée** qui réintègre plusieurs partenaires notamment la gestatrice et la donneuse.

Risques de santé : est les facteurs chimiques, physiques ou biologiques dans notre environnement qui peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé, à court ou à long terme. L'exposition peut se produire par le toucher, l'inhalation et l'ingestion. Ces facteurs peuvent nuisibles pour la santé de la femme et l'enfant.

En fin cette partie introductive, nous pouvons conclure que l'appréhension de la maternité tardive permet d'interpeller les femmes dans leurs situations liées à leur choix entre le désir d'enfant et leur désir de réalisation personnelle ou autres choix qui rentrent en jeu. Toutefois, l'importance du phénomène semble encore plus nuancée quand on raisonne en termes de taux de fécondité plutôt qu'en nombre de naissances.



Chapitre I :

Les dimensions
socioculturelles et
démographiques de la
maternité à travers les études
antérieures

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

Introduction :

A travers ce chapitre, on s'attachera à mettre en relief trois éléments fondamentaux. Le premier élément aborde la dimension socioculturelle et démographique de la maternité à partir d'une revue de la littérature algérienne, maghrébine et européenne. Réfléchir au thème de la maternité amène à s'interroger sur le statut des femmes et à l'image de la mère dans la société. Le deuxième élément, montre que par le fait que son caractère imposé par la culture, la maternité apparaît comme un aspect incontournable et marquant de la vie des femmes. Cependant, le retard de cette maternité pose un problème majeur. Cette maternité tardive peut être expliquée par de nombreux facteurs et c'est ce que nous allons évoquer dans le troisième élément.

Les indicateurs démographiques révèlent que la croissance d'une infertilité liée à l'âge est générale dans les pays industriels avancés. Parce qu'elle se situe à la jonction entre évolution des normes socioculturelles régissant le calendrier biographique (recul de l'âge à la formation du couple et à la première maternité). Le recul de l'âge au mariage peut s'expliquer notamment par le prolongement de la scolarité particulièrement des filles, l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. Celles-ci sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures et, chose Les nouvelles y voient la priorité absolue de leur vie.

D'autres raisons, telles que des difficultés financières (chômage, logement,...) peuvent également entraîner des retards de mariage. Le point de vue décisif et cohérent est la baisse de l'âge du mariage surtout la montée en puissance des femmes et des contraceptifs. Ceux-ci Les deux éléments seront discutés plus en détail ultérieurement. Bien sûr, d'autres facteurs liés aux Conditions. Mettre en avant des facteurs socio-économiques pour expliquer le déclin fécondité en Algérie. On peut aussi évoquer une sorte de changement dans le style de vie du couple.

1. Maternité tardive : une notion aléatoire

Pour reprendre les propos de Bessin (2005), il n'existe pas une définition objective et consensuelle de la maternité tardive. Cette notion, comme celle de maternité précoce, «est toute relative et dépend du contexte historique et social. Le choix des seuils peut être fondé sur des distributions statistiques (en référence par exemple à un indicateur de moyenne générale) ; sur les prescriptions du corps médical s'appuyant, ou non, sur des données épidémiologiques » ou encore les représentations sociales du « bon âge » pour devenir mère. Mais on essaye de chercher un consensus, où on pourra la définir principalement en référence à deux échelles de temps : le premier temps est biologique. Il est relatif à la physiologie des femmes (et des

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

hommes), qui fixe les potentialités et les limites de la procréation. Le deuxième temps est celui des normes, « lesquelles guident, prescrivent ou stigmatisent les comportements reproductifs » (Donati et Samuel, 2001 ; Donati, 2000, p).

Chaque société ordonne des normes en matière de procréation, dans lesquelles la temporalité est centrale. Les normes sociales définissent ainsi des temps spécifiques au sein desquels il est socialement valorisé d'avoir des enfants et en dehors desquels le projet d'enfant est considéré comme inconvenant, voire impensable (Régnier-Loilier, 2007 ; Mazuy, 2006, p).

Certains auteurs algériens (L. Addi, 1984 & R. Benali, 1999) ou/ et européens (Toulemon et Leridon, 1999, p) ont montré que l'âge « idéal » pour une première maternité était de 25 ans pour les hommes comme pour les femmes. Toute première maternité survenant au-delà de cet âge pourrait donc être considérée comme tardive. Par ailleurs l'âge au mariage représentait un facteur de différenciation déterminant puisque les proportions étaient respectivement de 3% quand la femme s'était mariée à 21 ans ou plus, et 36 % en cas de mariage avant 18 ans. En revanche. En revanche l'étude du démographe T. Louadi (2008, p 47) a montré que « l'âge au mariage représentait un facteur de différenciation déterminant puisque les proportions étaient respectivement de 3% quand la femme s'était mariée à 21 ans ou plus, et 36 % en cas de mariage avant 18 ans ». C'est donc la question de savoir à quel âge est-il souhaitable qu'une femme ou qu'un homme n'ait plus d'enfant ?

En outre, il faut bien rappeler, historiquement parlant, qu'ils existaient beaucoup d'interdits relatifs à la contraception et l'avortement. Ce qui fait qu'il était inconcevable de penser un âge limite pour une « bonne maternité ». Il était fort de constater qu'à l'approche de la ménopause, certaines femmes se trouvaient enceintes inopinément, sans toutefois s'en inquiéter.

Actuellement, avec l'évolution de la société, de nouvelles normes s'imposent. Par exemple, l'idée récurrente renvoie à ne pas être « trop vieux » pour élever un enfant. Cela dénote qu'être trop vieux, le père comme la mère risquent d'être de mauvais éducateurs et trop indulgents. Cependant la norme principale reste médicale qui stipule que toute mère « âgée » et accouche est en fait une femme à risque.

En effet, le lien entre âge de la mère et santé de l'enfant ont accompagné la politique sanitaire de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement qui va s'est généralisée jusqu'à l'ère actuelle et dans tous les pays. L'histoire nous renseigne que la première référence scientifique liant âge de la mère et malformation du fœtus. Sans oublier, également, « la découverte, du chromosome à l'origine de la trisomie 21 ou appelant aussi le syndrome de

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

Down en 1956 en France ». (Citer par Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Henri Leridon, 2011, p 14)

Donc on voit bien que la notion de maternité tardive devient fortement liée à la notion même de la grossesse à risque dont l'âge de la femme ou de la parturiente est un élément déterminant. Aujourd'hui, il s'avère qu'un bon nombre de médecins considère comme tardives les grossesses survenant autour de 35 ans, principalement en considération de l'augmentation des risques sanitaires pour la mère et pour l'enfant. Il existe un consensus sur le fait que pour l'enfant, tant que l'âge maternel au-delà de 35 ans, cela peut causer une augmentation des risques d'anomalies congénitales et chromosomiques. Pour la mère, il peut susciter une augmentation du risque de diabète et d'hypertension.

2. L'importance de la maternité :

La dimension socioculturelle de la maternité éclaire celle-ci comme étant au centre d'un rapport de force et d'enjeux de pouvoir qui engagent le corps des femmes et en premier lieu celui de la mère. La maternité demeure un des événements les plus importants de la vie d'une femme, sur le plan social, psychique et familial. De même, la paternité est un acte générationnel qui revêt une grande importance chez les hommes, par le fait de devenir père étant fortement lié à la preuve de la masculinité et de la virilité. La maternité permet à une femme d'avoir une place dans la famille et dans la société et d'avoir ainsi un statut social reconnu en tant que femme - mère. Elle est plutôt considérée, ou bien comme une conséquence attendue mais non espérée du mariage, ou bien comme une obligation pour les femmes mariées, celles-ci ne désirent la grossesse.

Après avoir mis au monde un enfant. La femme accède à la maternité qui rehausse son statut, non seulement parmi les hommes, mais aussi avec Dieu. C'est ce que montre Bourquia (1996) dans « Après avoir mis au monde un enfant, la femme accède à la maternité qui rehausse son statut, non seulement parmi les hommes, mais aussi avec Dieu. Ne dit-on pas d'une femme qui a eu beaucoup décrivent la maternité comme un modèle traditionnel et archaïque qui fonde l'existence de la femme dans la société et la culture : d'enfants que « Dieu a lavé ses péchés avec ses enfants » ? L'acte d'enfanter rapproche donc la femme de Dieu. (Bourquia, 1996, p 83)

Dans la littérature féminine des sociétés maghrébines qui remontent dans les années 80, consacrées à la de la maternité, s'est préoccupée beaucoup sur la condition féminine et du statut des femmes dans ses sociétés. De ce fait, la maternité apparaît comme un aspect incontournable

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

et marquant de la vie des femmes. Les études en sciences sociales ont montrés que la maternité représente un passage obligé, une condition et une finalité en soi.

Elle permet à une femme d'avoir une place dans la famille et dans la société et d'avoir ainsi un statut. Selon Bouhdiba (1975), la maternité constitue pour la femme « un véritable système d'assurance vieillesse, d'assurance maladie, une garantie contre le destin, une garantie autrement efficace en cas de répudiation [...] sans parler du prestige, de l'honneur, de la « présence » que confère une descendance surtout si celle-ci est nombreuse et un garçon.

[...] Avoir des enfants dans la société traditionnelle arabo-musulmane est l'élément fondamental de la sécurité pour une femme ». (Bouhdiba, 1975, p 263). Son caractère est imposé par la culture et la société. Ce qui compte pour les femmes c'est le mariage. Pour sa Part, Nadia Chafik (1998, p 144) dans son étude anthropologique, nous décrit que « mettre le grappin sur un homme, faire des enfants pour s'assurer de le garder, un talisman par-ci, des herbes à brûler par-là et hop, le tour est joué ». Quant à Amina Lhassani (1995), elle souligne dans « *La citadelle détruite* », à quel point le statut d'une femme est lié à la maternité ce qui lui permet « de se faire une place » dans la société (Lhassani, 1995, p 14).

La maternité est plutôt considérée comme une conséquence attendue d'un mariage, ou bien comme une obligation pour les femmes mariées. Celles-ci ne désirent la grossesse, d'abord, « que pour faire taire les médisants ou les impatientes (normalement la belle-mère) qui les soupçonnent de stérilité, la pire malédiction pour une femme ; et ensuite procréer un enfant, pour que celui-ci leur serve « d'assurance à vie » et leur procure le respect dont elles jouiront dans leur âge mûr » (Segarra , 1997, p 100).

Par la maternité, l'identité sociale des femmes revoie à associer la féminité à la maternité et où la masculinité à la paternité. Dans cette différenciation, elles sont éjectées des catégories « homme » et « femme ». Pour être un « vrai homme » ou « vraie femme », il faut faire la preuve de sa maternité pour une femme et preuve de sa virilité/fécondité pour un homme.

Parler de la maternité c'est parler aussi du désir d'enfant. Il est important de revenir aux études psychologiques et psychanalytiques pour le définir. En effet, les travaux Freud (1933) évoquent l'interprétation psychanalytique de la notion du désir d'enfant, pour cet auteur, ce désir est directement lié au processus de mise en place de la féminité chez la femme. Dans son texte « la féminité » (1933), Freud expose le fait que parmi les désirs sexuels précoces chez les petites filles durant la phase phallique du développement psychosexuel, le principal désir est de concevoir et de mettre au monde un enfant pour sa mère.

Il explique comment, pour la petite fille, c'est la transformation ultérieure de l'envie du pénis et la frustration de ce désir par la découverte de la castration féminine, en un désir d'enfant,

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

Non pas un enfant poupée comme dans la phase phallique, mais un réel enfant du père, qui met la femme sur le chemin de la féminité dite « normale » et non pathologique. Selon les propos de Freud : « Le bonheur sera grand lorsque le désir d'enfant trouvera plus tard son accomplissement réel ». Cependant, dans la théorie de la psychanalyste Mélanie Klein, le désir d'enfant ne naît pas en réaction au désir de pénis. Dans ses travaux, et notamment dans l'ouvrage *L'amour et la haine* (1937), le désir d'enfant, qui naît chez la petite fille dès l'enfance, correspond au désir d'incorporer le pénis du père et d'en concevoir un enfant. Ainsi, toutes les petites filles s'imagineraient avoir des enfants virtuels contenus dans leurs ventres, et il existerait chez les enfants un désir important, sur le plan conscient ou inconscient, de concevoir des bébés. À la base de ce désir est le souhait des petites filles de vérifier leur puissance procréatrice dont elles doutent, surtout en comparaison à leur mère, qui semble détenir ce pouvoir mystérieux et menaçant.

C'est Bydlowski (1997, 2008) qui amorce les travaux contemporains sur la question du désir de grossesse et du désir d'enfant, et les motivations inconscientes de la grossesse et de la maternité. Pour la psychanalyste Bydlowski, le désir d'enfant est un concept qui s'est répandu à l'époque moderne, époque de l'utilisation de la contraception et par là-même de la programmation des naissances. L'auteure (1990) distingue entre le désir d'enfant pulsionnel et celui qui s'exprime au niveau du conscient et du préconscient, qui correspond à l'identification aux parents, et au registre de l'idéal du moi. Cependant, l'auteure affirme que le projet conscient d'avoir un enfant peut être sous-tendu par des significations inconscientes, de même que l'arrivée d'un enfant non planifié peut révéler des motivations inconscientes des parents.

Selon la sociologue Agnès Fine, le désir d'enfant semble partagé par les femmes et les hommes. Les multiples sondages montrent une très grande concordance entre les réponses des uns et des autres. Il semble tout le même que les femmes éprouvent plus rapidement et plus intensément que leur conjoint le désir d'avoir un enfant, désir davantage dégagé des préoccupations matérielles. Il semble aussi que ce désir n'a pas le même contenu, surtout en ce qui concerne le premier enfant. La maternité était vécue comme une étape nécessaire dans la construction de l'identité féminine, alors que la paternité n'aurait pas la même fonction identitaire dans la construction de la masculinité.

De son côté, Souad Bahéchar (2000) illustre bien une aptitude indiscutable chez les écrivaines à faire de la mère, un personnage qui fait obstacle à la femme. Cette aptitude semble très proche aux travaux de Lacoste-Dujardin, dans *Des mères contre des femmes* ou de Ghita El Khayat, dans *Le monde arabe au féminin*, lorsqu'elles montrent au fond que les mères comme « les apôtres zélés de la domination masculine, les artisans de son inculcation, de sa

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

reproduction » (Lacoste-Dujardin, [1985] 1996, p 9), « acharnées à contrecarrer l'épanouissement et l'émancipation des jeunes filles et des jeunes femmes [...] meilleures alliées de l'homme pour servir son ordre et son règne à lui » (El Khayat, 1988, p 43). Noyons que « les femmes n'arrivent sur la scène publique que « dématernisées ». Elles ne seront reçues qu'à ce prix » (Collin, 1999, p 19). Dans cette représentation de la mère se joue la question de l'émancipation de la femme qui veut exister en tant que telle. L'émancipation s'inscrit d'abord par rapport au modèle présenté comme archaïque, conservateur et réduisant la femme au rôle de procréatrice et de gardienne de traditions qui l'entravent.

Une femme, par les enfants qu'elle a, change de statut social. La maternité peut être vectrice d'émancipation, en conférant une fonction sociale, une place dans la société. Par les enfants qu'elle a, une femme contribue à l'équilibre sociétal. La non-maternité, est pour autant une non-émancipation. Une femme sans enfant est conçue comme femme diminuée dans son statut social. Leur statut de femme leur paraît aliéné à celui de maternité. Par contre, lorsqu'elle rencontre des problèmes de fécondité, elle ne pourra pas devenir mère, ou devenir mère tardivement, et par conséquent elle ne pourra reproduire le schéma maternel à d'identique de la norme sociale.

De nos jours, entreprendre une grossesse après 35 ans est donc de plus en plus fréquent et peut poser des éléments relatifs à la constitution d'une maternité tardive, de sa construction temporelle en ce faisant, malgré le caractère statistiquement assez marginal du phénomène de « la maternité tardive », il permet d'éclairer plus largement la transformation des calendriers familiaux et l'institution du parcours de vie

3. Maternité tardive et indicateurs démographiques :

3.1 L'âge limite :

Pour analyser les indicateurs démographiques de la maternité tardive, il est important de rappeler que dans de nombreuses études en Afrique et en Europe, des auteurs estiment que « la mauvaise réputation persistante des maternités tardives entraînant des décalages générationnels » (Agnès Fine, Véronique Moulinié et Jean-Claude Sangoï, 2009). Aujourd'hui, et selon eux, les femmes enceintes à quarante ans sont de plus en plus nombreuses, et « de plus en plus visibles, mais cela ne signifie pas forcément que l'interdit ait volé en éclats » (A. Fine & all., 2009, p 67). Nous pouvons prodiguer l'hypothèse que les femmes résistent face aux maternités dites « tardives ». Car elles voient que l'entrée dans la vie féconde ou la sortie des différentes périodes de vie suit une temporalité limitée. Cela peut ouvrir la réflexion sur cette limite de ce qu'ils appellent l'« horloge biologique ». Car au-delà de la physiologie, l'horloge

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

biologique est également marquée par le temps générationnel, c'est-à-dire le « temps adéquat pour mettre des enfants au monde » en fonction de la génération à laquelle notre âge nous renvoie (Verdier, 1980 ; Fine *et all.*, 2009, p 08).

Parler de la maternité à partir des « âges limites pour faire famille » renvoie donc à la question des temporalités familiales, du bon moment pour devenir (ou redevenir) père ou mère, c'est à-dire de l'engagement dans une dynamique familiale, des investissements dans certaines sphères de la vie, et de retraits d'autres sphères Manon (Vialle, 2014, p 8) ».

En effet, l'analyse des temporelles de la maternité tardive doit prendre en compte l'évolution récente de la problématique familiale, notamment au regard des recompositions familiales et de la taille des descendance. La maîtrise conjugale de la fécondité a aussi permis de mieux contrôler le moment auquel devenir parent. Mais, toutefois, il nous semble qu'il serait erroné de penser que la maternité tardive contemporaine serait la conséquence de choix programmés et de naissances souhaitées, en opposition au modèle dépassé des familles nombreuses sans Maîtrise de fécondité où la tardiveté résulterait mécaniquement du nombre d'enfants et, plus encore, d'un non choix.

La temporalité est donc pertinemment liée à l'âge. L'étude de Boulefdou Fatima Zohra (Algérie, 2020 page 901-902) montre, en fait, que l'indicateur de changement est nettement visible avec les femmes âgées de 35-39 ans, dont le niveau de la fécondité est supérieur à celui des femmes âgées de 20-24 ans. Cela peut être expliqué par une nuptialité tardive c'est-à-dire par un retard de l'âge moyen au premier mariage, dans un contexte arabo- musulman, où on ne peut pas concevoir en dehors du mariage. La conséquence est un recul de l'âge moyen de la maternité (32 ans) et par une précocité des naissances enregistrée dans les premières années du mariage. Cette auteure montre bien que l'Algérie a marqué des niveaux très élevés en matière de fécondité caractérisée par une absence totale de toute forme de contrôle (Salhi & Hamza-Cherif, Alger, 2011). Cette fécondité présentait 8.3 enfant par femme en 1970 (Negadi, Paris, 1975) puis 7.36 en 1977 pour arriver à 3.14 en 1996.

Cette chute spectaculaire du niveau de la fécondité, en seulement vingt-cinq ans, commença tout d'abord par une volonté délibérée de nombreux chercheurs, experts et acteurs politiques qui préconisaient une politique publique en matière de population basée sur l'idée que le développement économique ne peut jamais être le seul moyen pour réduire la croissance démographique, contrairement au fameux discours de 1974 qui stipule que: « ... *la meilleure pilule c'est le développement...* ». (Ouadah Bedidi 2012 Algérie page 29).

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que l'association entre un niveau très élevé en matière d'action éducative et de santé et une certaine hausse du niveau de vie de la population

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

a été le moteur principal dans ce processus de baisse, représenté par un indice synthétique de fécondité avoisinant le seuil de renouvellement des générations (2.4 enfant par femme en 2002).

Autrement dit, une femme dans les tranches d'âges 30-34 ans ou 35-39 ans et qui contracte mariage se trouve en quelque sorte dans « l'obligation sociale » de vivre une « *maternité rattrapée* » en raison, d'une part, d'une proximité de la ménopause, et d'autre part, par le « *besoin de réaffirmer l'importance du lien familial avec la formation du couple et la venue d'enfant plus précoces* » (Bedidi, Vallin, & Bouchoucha, 2012). Cela est justifié en premier lieu, par le non recours d'une bonne proportion de ces femmes aux différents moyens contraceptifs (37.6% entre 30-34 ans et 33% entre 35-39 ans), et en second lieu, par un pourcentage égal à 34.4 % en 2008 des naissances issues de femmes mariées depuis moins de 3 ans, contre 25.9 % en 1998. (RGPH Algérie de 1998 et 2008).

En outre, au cours de ces dix dernières années, l'espérance de vie des hommes a nettement augmenté depuis les années 1950. Celle-ci a progressé de 2,1 ans pour les femmes, atteignant ainsi une moyenne de 85 ans en 2013. Par conséquent, à 40 ans, la femme n'est pas encore à la moitié de sa vie, ce qui peut expliquer un désir d'enfant. Concernant, les hommes, bien que leur espérance de vie soit légèrement plus faible (78,7 ans en 2013), leur capacité à procréer est beaucoup plus longue que la femme : un homme a donc moins de limites physiologiques à devenir père tardivement.

3.2 Le recul du mariage :

En Algérie, l'âge du mariage a nettement reculé. Ce recul peut s'expliquer par le prolongement de la scolarité, particulièrement des filles, et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. Celles-ci sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures¹. Ainsi, nous ne pouvons pas ignorer les facteurs socio-économiques comme la crise de logement, le chômage et dans une large mesure l'usage de la contraception pourraient contribuer à retarder l'entrée en union. Les résultats de l'enquête 2004 ont montré que la société algérienne a connu des mutations profondes marquées par une intégration de la femme dans le monde du travail. Les femmes travailleuses sont plus instruites et plus diplômées que les hommes. Leur présence est importante dans l'espace public, dans une société qui situe la femme dans l'espace domestique. Cette transformation a un impact sur le recul du mariage : des 18 ans en 1966 est passé à 27, 6 ans en 1998 et à 29, 9 en 2004. Et en 2008, l'âge moyen au mariage est estimé à 33 ans pour les hommes et à 30 ans pour les femmes. S'ajoute à cela la baisse de la fécondité

¹ Actuellement, avec les changements des idéaux familiaux et l'évolution des pratiques conjugales, les femmes ne sont plus seulement des mères mais peuvent aussi investir d'autres terrains, éducation, emploi...

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

dès l'âge de 24-25 ans et se réduit notablement à partir de 35 ans (Kateb, 2016, Ouadah-Bedidi, 2014). Il est à préciser, qu'actuellement, on assiste à 1 millions de naissance par an. Cela est aussi important de s'interroger sur les raisons déterminantes de ce taux de fécondité.

D'une année à l'autre, l'âge au mariage recule, quel que soit le pays. En Algérie les femmes qui se mariaient en moyenne à 20 ans à la fin des années 1970, se marient aujourd'hui à 30 ans en moyenne. Le mouvement est similaire chez les hommes et dans les autres pays du Maghreb. Même évolution en Tunisie, où les femmes se marient en moyenne à 30,7 ans en 2006 et les hommes un peu plus tôt que leurs voisins, à 32 ans.

La baisse de la fécondité a été induite dans les pays du Maghreb par le retard de l'âge au mariage des femmes puis renforcée par l'utilisation massive de la contraception, mais elle n'aurait pas pu avoir lieu sans un contexte socioéconomique favorable tel que la baisse de la mortalité infantile, généralisation de la scolarisation et la forte urbanisation. Les dernières données nationales affichent respectivement 2,3 enfants par femme en Algérie (2006), 2,1 en Tunisie, 2,5 au Maroc (2003-2004) et 3 en Libye (Tabutin et Schoumaker, 2005). Le report de l'âge au premier mariage pour les femmes qui était de 18,3 ans en 1970 à 29,9 ans en 2006 [MICS3, 2006] et à 29,3 ans selon RGPH de 2008 [ONS, 2013], qui fait augmenter par la suite l'âge de la première maternité. La baisse significative du phénomène de la fécondité en Algérie est attribuable en partie, à l'augmentation de l'âge au mariage et à l'utilisation de la contraception.

L'impact du recul de l'âge de la première maternité sur la prévalence de l'infécondité est absolument reconnu (Leridon et Salma, 2008) et est une des causes de recours aux techniques d'Aide Médicale à la Procréation. En Algérie, « la norme d'âge de procréer est de l'ordre du non-dit. Le législateur algérien n'a pas spécifié une limite d'âge. Peut-on déduire que les techniques de procréation médicalement assistée seraient réservées aux femmes «en âge de procréer, c'est-à-dire avant la ménopause»? Si cette condition est vraie, l'âge de la ménopause varie d'une femme à autre. Cependant, la CNAS (caisse nationale d'assurance sociale) limite l'âge de procréer à 43 ans. Au-delà de cet âge, la femme n'ouvre pas droit aux assurances maladies. Les femmes âgées plus de 43 ans sont admises aux centres de PMA, mais elles ne bénéficient pas du remboursement de la sécurité sociale » (A. Ben Abed, 2018, p 89).

Par contre en France, dans son étude sur le suivi de la grossesse et l'accouchement chez les femmes de 43 ans et plus, Marie-Gaelle Brunellire (2013), dénote que la baisse de la fécondité est irréversible dès l'âge de 35 ans et le recours à la procréation assistée augmente également : les femmes de plus de 40 ans représentant 17 % des FIV et 11 % des ICSI. 44,3% des femmes de 40 ans et plus qui arrivent pour la première fois en AMP ont plus de 6 ans d'infertilité. A 38 ans, seulement 23 % des couples obtiennent une naissance après deux tentatives (15 % à 42

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

ans). La limite d'âge retenue pour les femmes est de 43 ans, et généralement de 60 ans pour les hommes. Ainsi, la proportion de femmes de 40 ans et plus ayant eu recours à l'AMP était d'environ 12% en 2012, d'après les données FIVNAT. Cette avancée scientifique a contribué au phénomène « un enfant quand je le désire », quel que soit l'âge. En parallèle de ces progrès, l'amélioration et la généralisation des techniques contraceptives a également permis de maîtriser la fécondité. On observe désormais une longue période entre le premier rapport sexuel et le premier enfant.

Par ailleurs, les femmes connaissent un allongement de la durée de leurs études, voulant ainsi non seulement valoriser leur carrière professionnelle tout en assurant une stabilité dans leur emploi, mais également acquérir une stabilité et une indépendance financière. Elles savent que le monde du travail est de plus en plus compétitif, et qu'un arrêt pour congé maternité pourrait compromettre cette réussite. Aujourd'hui, 56% des femmes de 20 ans sont encore en étude, 27% des femmes de 23 ans et 12% des femmes de 25 ans le sont encore. Globalement, le taux d'activité féminine se maintient avec l'arrivée des deux premiers enfants, et ne chute qu'à partir du 3ème enfant.

Dans l'étude quantitative de (Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Henri Leridon, 2011, p 21), la mise en regard de la maternité tardive avec la paternité tardive laisse apparaître des logiques différentes. Outre la taille de la descendance finale, le fait d'avoir un enfant tardivement est pour une femme relativement dépendant de sa position socioprofessionnelle alors que pour les hommes, il est davantage lié à des configurations familiales particulières (recomposition familiale ou écart d'âge important avec sa conjointe).

En fait, on observe une variation tout autant significative du sexe quant au nombre d'enfants tardifs. Les mères en âge élevé ont principalement un seul enfant tardif (85% pour

Les femmes et 68% pour les hommes). Mais alors que près d'un père tardif sur cinq a eu deux enfants tardifs (et près de 13%, trois enfants tardifs ou plus), ce n'est le cas que de 11% des mères tardives (et 3% d'entre elles ont eu au moins trois enfants tardifs), différence que l'on peut imputer à la fois, pour les femmes à une carrière féconde plus courte après quarante ans par rapport aux hommes et à une forte inégalité sexuée dans la gestion sociale des calendriers de conception. Un des éléments, parmi d'autres, de cette inégalité sexuée se traduit dans le fait que les femmes se remettent moins souvent en couple que les hommes après une séparation (Guibert-Lantoine, 2002).

3.3 La scolarisation des femmes en Algérie :

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

Le secteur de l'éducation a toujours occupé une place de choix politiques de développement économique et social de l'Algérie. Depuis l'indépendance, le pays algérien a fait de gros efforts en termes d'infrastructure pédagogique et d'encadrement pédagogique. Vulgariser et développer l'éducation Enfants et enseignement général. À cet égard et dans Refléter les changements dans les enregistrements des principaux indicateurs, De plus, la somme de tous les niveaux. Il est gratuit et offre à tous les enfants des possibilités d'éducation, Les investissements substantiels réalisés au profit du secteur comprennent En conséquence, le taux de scolarisation a radicalement changé.

La scolarisation des filles qui représente une variable décisive de la fécondité a connu progression remarquable. Les chances de scolarisation des filles ont été multipliées Pratiquent par deux et demi entre 1966 et 2002. Lors du premier recensement de l'Algérie indépendante en 1966, la différence de taux de scolarisation entre les sexes était estimée à 20 points. En 2002, la différence n'était que de 3 points. En termes de réussite scolaire, les chiffres publiés montrent clairement que les filles réussissent mieux que les garçons quel que soit leur niveau d'éducation. Ce constat se confirme depuis plusieurs années aux niveaux : élémentaire, moyen, élevé et universitaire. Le taux de réussite des filles à l'examen du BEM , aussi bien pour l'année 2009 que pour l'année d'avant est manifestement largement supérieur à celui des garçons. Les résultats de l'épreuve du baccalauréat à la session 2009 affichent une prédominance des filles par rapport aux garçons, avec un taux de réussite équivalent à 58%. A l'université, les filles sont aujourd'hui plus nombreuses et représentent 52% des effectifs étudiants. Leur présence à l'université ne cesse de gagner du terrain. De son côté le rapport du CNES «femme et marché du travail» du mois de décembre 2004 soulignait que l'effectif des Étudiantes a été multiplié par plus de 4 entre 1990 et 2003, soit un accroissement annuel moyen de 12,07 %, deux fois celui des garçons.

3.4 Les problèmes de fertilité :

Une grossesse est considérée comme tardive au-delà de 40 ans. Peu d'études font la distinction entre les grossesses spontanées et les grossesses obtenues, grâce aux méthodes d'assistance médicale à la reproduction. Il y a donc des personnes fécondes (qui ont donné naissance à un ou des enfants) et des personnes infécondes (qui n'ont pas donné naissance à un enfant, quelle qu'en soit la raison : stérilité, âge, état matrimonial, et que ce soit volontaire ou non). Les taux de fécondité par âge des femmes mesurent cette propension des femmes à mettre au monde des enfants. Il y a aussi des personnes fertiles (ayant la capacité biologique de donner naissance à des enfants) et des personnes stériles (qui n'ont pas cette capacité). Cette capacité de procréer résulte en partie de la fécondabilité (probabilité de concevoir au cours d'un cycle

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

menstruel) qui varie d'une personne à l'autre et qui se traduit par des délais de conception différents, la mortalité intra-utérine étant l'autre facteur qui intervient dans la procréation. De plus, la fécondabilité, telle que mesurée, reflète en partie les comportements tels la fréquence des rapports sexuels et le moment où ils se situent dans le cycle menstruel. Leridon, en 1982, réagissant à l'ambiguïté de la notion de couple stérile dans la presse et dans certains ouvrages ou déclarations médicales et scientifiques, a proposé la notion d'hypofertilité pour désigner la condition des personnes qui ont la capacité de concevoir mais qui ont une fécondabilité moindre, c'est-à-dire qui mettent plus de temps que d'autres à concevoir. On parlera également parfois de couples sous-fertiles. La notion d'infertilité n'est donc pas courante en démographie, mais alors avec le sens d'infécondité.

3.4.1 L'âge de la péri-ménopause :

La ménopause se définit par une aménorrhée d'au moins un an dû à un épuisement du capital ovarien. Dans l'étude de B. Khoshnood, l'âge moyen de la dernière maternité est autour de 40 ans. Cet âge est bien inférieur à celui de la ménopause actuelle, qui apparaît aux alentours de 51,3 ans. Les auteurs qualifient de « grossesses hors normes » toutes les grossesses après la ménopause, la gestation pour autrui, et l'ectogénèse (utérus artificiel). Autrement dit, la valeur relative de l'engendrement est hiérarchiquement supérieure à celle de la procréation. Ainsi se divise « le trouble que jettent les grossesses hors normes sur le lien entre procréation, sexualité, gestation et maternité [qui] ne fait qu'augmenter lorsqu'on s'interroge sur l'identité des parents » (Canto-Sperber, Frydman, 2009, p. 155).

3.4.2 L'infertilité et la fécondabilité :

L'infertilité repose sur trois critères : la fertilité, la mortalité intra-utérine et l'âge Début de l'infertilité. C'est difficile à identifier. Pas de femme, pas de couple Sauf dans certains cas (par ex. Azoospermie. Avant l'âge de 40 ans, la baisse de l'infertilité diminue avec l'âge. " Si les femmes âgées de 25 à 29 ans sont retardées cinq fois, leur risque d'infertilité augmente de 4% Dans le processus de sa décision d'avoir un bébé. "Le taux d'infertilité des couples plus âgés est de 15 à 20% 40 ans. Vous pouvez également spécifier d'autres références à la fertilité. Celui-ci peut être divisé en trois catégories : le taux de fécondité effectif (Naissance), indice synthétique de fécondité (toutes les grossesses dues à la fécondation) (Eufs) et une fertilité (KHOSHNOOD B., BOUVIER-COLLE M. et all, 2008, pp 37, 733-747) évidente (une grossesse reconnaissable chez la femme). Cette enfin, il diminue avec l'âge de la mère.

3.4.3 La fertilité spontanée des femmes en âge de procréer :

L'article de M. Sauer et P. Vardhana (111-124, 2007) montre une fertilité est stable jusqu'à l'âge de 30 ans. A partir de 35 ans, la fertilité décroît de moitié. Après 45 ans, la fertilité

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieures

n'est alors plus que de 2 %. À 47 ans, il y a 0,01 % de chances pour une femme d'obtenir une grossesse qui aboutisse à une naissance.

4. Les motivations d'une grossesse à un âge tardif

Le modèle « mère-avant tout » reste le modèle dominant dans toutes les sociétés maghrébines. C'est lui qui oriente et délimite l'univers de la sexualité, du psychologique et du social. Pour une femme de 35 ans les raisons particulières de cette grossesse peuvent être nombreuses :

4.1. Elles ont enfin trouvé le « père idéal » :

En effet, parfois, ces femmes ont vécu une histoire amoureuse pendant plusieurs années, puis le couple s'est séparé. Finalement, elles tombent amoureuses vers 35 ans. Faire un enfant avec cet homme-là paraît alors une évidence.

4.2 La fin de la fertilité approche :

Les femmes sont pressées par le temps car elles risquent de ne plus pouvoir être enceintes, ce qui rend le désir d'enfant encore plus fort. Cela s'accompagne parfois d'inquiétudes. En plus, elles ont souvent privilégié leur carrière professionnelle. En effet, les études sont actuellement de plus en plus longues et les femmes veulent aussi avoir une vie professionnelle. La concrétisation d'un projet de grossesse ne vient qu'au second plan.

4.3 Un désir pas toujours partagé au même moment chez l'homme et la femme.

Le désir d'enfant peut être présent plus ou moins tôt chez les partenaires. L'homme serait souvent moins pressé. Il aurait le temps alors que la femme sait que le temps n'est pas en sa faveur.

4.4 Le regard de l'entourage :

En effet, même si elles sont de plus en plus nombreuses à mener une grossesse après 35 ans, ces femmes font encore face parfois à des critiques. Les proches ne comprennent pas toujours le choix de ces femmes. Les médecins voient les chances d'être enceinte diminuées à 35ans et les complications que ces grossesses génèrent.

Conclusion :

La maternité est une période unique dans la vie d'une femme, une nouvelle manière de projeter dans le futur en tant que mère. Il s'agit d'un état inversible, modifiant les relations interpersonnelles de la femme son mode vie, son statut sociale et la perception qu'elle a d'elle-même. La protection de la maternité c'est seulement préserver la femme, son bébé et son emploi mais également la santé des enfants et notre avenir. Les indicateurs démographiques qu'a connus l'Algérie ont eu des conséquences sur le retard de la maternité. En général, le mariage

Chapitre I : les dimensions socioculturelles et démographique de la maternité à travers les études antérieurs

le plus tard a connu une évolution sans précédent, en effet les mutations économiques, sociales et culturelles enregistrées au sein de la société algérienne ont eu un impact capital sur l'institution du mariage.

Ainsi que la scolarisation des femmes jouent un rôle très important, on a trouvé que la scolarisation des femmes qui représente une variable décisive de la fécondité a connu une progression remarquable. Donc les femmes qui accouchent à l'âge de 35 ans et plus sont affectées par les indicateurs démographiques.



Chapitre II :

Les risques de grossesse ou de
maternité tardive sur la femme
et l'enfant

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

Introduction :

Ce chapitre permet d'évoquer les risques des maternités tardives. Elles sont présentées comme un problème de santé publique. Au-delà de 35 ans, les complications liées à la grossesse deviennent plus fréquentes. A partir de cet âge, les experts ont parlé de grossesse tardive comme synonymes de risque. En effet, le risque de la mortalité maternelle, prénatales et néonatales reste élevée en Algérie, malgré les efforts fournis en matière de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, particulièrement avec la création des centres de protection maternelle et infantile, de maternités, de centres de santé, d'hôpitaux spécialisés et cela à travers toutes les régions du pays. L'étude va d'avantage analyser les conséquences sur la mère sur le côté biodémographique, sachant que cette dernière est exposée à des nombreux cas qui mettent sa santé en danger comme les pathologies, les fausses couches. Aussi le nouveau-né risque à son tour des maladies ou des malformations fœtales.

La décision de recours aux soins ne se construit pas toujours de façon autonome par la femme. Dans certains cas, l'influence de l'entourage familial peut être déterminante dans le choix d'une structure de soins donnée.

1. Les risques d'une grossesse tardive :

À mesure que l'âge de procréer augmente, les grossesses tardives deviennent plus fréquentes et il n'est pas rare d'avoir des enfants à 35 ans. Ainsi, parmi les nouveau-nés en 2015, 5 % des mères avaient 35 ans ou plus. Néanmoins, la grossesse à 40 ans est une situation dangereuse qui nécessite un suivi attentif. La fenêtre de fertilité, la période pendant laquelle une femme peut avoir des enfants, correspond à ses règles : elle commence de la puberté à la fin de la ménopause. Cependant, durant cette période fenêtrée, la qualité de la fécondité change : elle est maximale avant 35 ans, puis diminue progressivement, et décline rapidement après 40 ans. Une des raisons est le vieillissement de la qualité ovarienne. Le risque de ne pas tomber enceinte augmente également avec l'âge : 8 % à 30 ans, 15 % à 35 ans et 36 % à 40 ans. L'assistance médicale à la procréation (AMP) ne résout pas toujours ce problème de fertilité lié à l'âge. Car le taux de réussite des différentes technologies diminuera également avec l'âge. L'AMP permet principalement d'obtenir une meilleure ovulation et une meilleure fécondation, mais elle ne peut compenser tous les facteurs physiologiques que la fertilité diminue avec l'âge, notamment la diminution du stock ovocytaire et son vieillissement. (Julie Martory, 2017).

À mesure que l'âge de procréer augmente, les grossesses tardives deviennent plus fréquentes et il n'est pas rare d'avoir des enfants à 35 ans. Ainsi, parmi les nouveau-nés en 2015, 5 % des mères avaient 35 ans ou plus. Néanmoins, la grossesse à 40 ans est une situation

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

dangereuse qui nécessite un suivi attentif. La fenêtre de fertilité, la période pendant laquelle une femme peut avoir des enfants, correspond à ses règles : elle commence de la puberté à la fin de la ménopause. Cependant, durant cette période fenêtre, la qualité de la fécondité change : elle est maximale avant 35 ans, puis diminue progressivement, et décline rapidement après 40 ans. Une des raisons est le vieillissement de la qualité ovarienne. Le risque de ne pas tomber enceinte augmente également avec l'âge : 8 % à 30 ans, 15 % à 35 ans et 36 % à 40 ans. L'AMP (Médical Assiste Reproduction) ne résout pas toujours ce problème de fertilité lié à l'âge, car le taux de réussite des différentes technologies diminuera également avec l'âge. L'AMP permet principalement d'obtenir une meilleure ovulation et une meilleure fécondation, mais elle ne peut compenser tous les facteurs physiologiques que la fertilité diminue avec

L'âge, notamment la diminution du stock ovocytaire et son vieillissement. (L'article de Julie MAR tory, octobre 2017).

De 12% à 15 % avant 30 ans, le risque de fausse couche est d'environ 30% entre 40 et 44 ans, et il monte à 40 % entre 45 et 49 ans. Avec l'âge, l'augmentation du nombre de fausses couches est en partie due au vieillissement des ovocytes, dont la qualité diminue au fil des années, la recherche sur les ovocytes utilisés en FIV montre également que le taux d'aneuploïdie avec l'âge : de 10% à 35 ans et à 30% à 40 ans, augmente à 40% à l'âge sur 43 ans. Les femmes de plus 45 ans représentent 100%, cependant des anomalies des chromosomes des gamètes peuvent provoquer une fausse couche. Par ailleurs, avec l'âge, certaines pathologies utérines sont plus fréquentes : fibrome, adénomyose, troubles de la vascularisation. Elles peuvent empêcher la nidation et entraîner une fausse couche.

Une grossesse après 35 ans est en effet considérée comme une grossesse à risque pour le bébé et pour la future maman.

1.1 Pour la mère :

Dans son rapport sur les grossesses après 35 ans, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) rappelle que les grossesses tardives sont des grossesses à risque accrus de : diabète gestationnel ; hypertension artérielle et pré-éclampsie ; placenta prævia ; hématome rétro placentaire ; hémorragie de la délivrance ; mortalité maternelle. Une hypertension préexistante, le tabagisme, le surpoids viennent augmenter ces risques.

En Algérie, souvent les femmes qui désirent mener une grossesse après 35 ans sont culpabilisées et inquiétées. «On leur dit qu'elles risquent de provoquer des malformations, et c'est faux» ! Certes, le risque de trisomie 21 est beaucoup plus important, mais aujourd'hui le dépistage par amniocentèse permet de détecter la maladie à partir du troisième mois. En ce qui concerne les autres malformations, les risques ne sont pas plus importants. Ces grossesses ne

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

sont pas plus risquées si elles sont bien surveillées. Ainsi, les problèmes que l'on peut rencontrer plus souvent avec l'âge, tels que l'hypertension, le diabète gestationnel ou les fibromes peuvent être dépistés et surveillés. Si danger il y a, c'est surtout pour la mère : le risque de mortalité maternelle est beaucoup plus élevé avec l'âge (même si les chiffres restent relativement bas). Et il faut souligner la fatigue plus importante occasionnée par la grossesse avec l'âge. En outre, les futures mamans de plus de 35 ans connaissent plus de césariennes que les autres, car les présentations en siège et les hémorragies sont plus fréquentes. De plus, comme beaucoup d'entre elles ont recours à une stimulation de l'ovulation, les grossesses multiples (qui entraînent plus souvent une césarienne) sont aussi plus courantes.

Mais le véritable risque de vouloir mener une grossesse tardive, c'est en réalité de ne jamais tomber enceinte ! Car la fertilité baisse très vite dès 35 ans. Les chances de concevoir un enfant lors d'un cycle sont ainsi de une sur quatre à 20 ans, de une sur 8 à 35 ans et de une sur 12 seulement après 40 ans ! En gros, vous avez une chance par an de faire un bébé après 40 ans, et à partir de 45 ans, ces chances sont quasi-nulles, même avec l'aide de la science. (Un article sur le temps d'Algérie, 2010).

1.2 Pour le bébé :

Une grossesse tardive est également une situation à risque pour le bébé, comme le rappelle ce même rapport du CNGOF. Les bébés dont les mamans ont plus de 35 ans ont un risque accru d'anomalie chromosomique, et notamment trisomie 21. Le taux d'anomalie chromosomique est multiplié par 10 après 39 ans malformations congénitales : de 3,5% à 25 ans, la prévalence passe à 5% à 35 ans, retard de croissance in utero (RCIU), macrosomie (bébé de plus de 4 kg), prématurité. Dans les risques pour l'enfant de ces grossesses tardives, la prématurité est un peu plus courante avec l'âge (surtout avec la fécondation in vitro), mais loin derrière le risque engendré par une grossesse gémellaire par exemple.

2. Les conséquences chez la mère et nouveau-né :

Les grossesses tardives sont un enjeu de santé publique, car plus à risque de complications qu'une femme plus jeune. En effet, le corps de la femme, passé 35 ans, aura plus de difficultés à supporter une grossesse qu'une femme plus jeune. Bien que la maternité à cet âge reste, dans la majorité des cas, une maternité heureuse, il est important de mettre en avant certains risques afin d'y prêter une attention particulière en tant que professionnel.

2.1. Des pathologies préexistantes plus fréquentes :

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

Chez les femmes de plus de 40 ans, les pathologies médicales préexistantes à une grossesse sont, assez logiquement, plus nombreuses. Parmi elles, on retrouve principalement une hypertension artérielle chronique, un diabète préexistant à la grossesse, des affections thyroïdiennes, et des affections gynécologiques (exemple : un fibrome).

Après 35 ans, les risques d'hypertension artérielle lors d'une grossesse sont deux fois plus grands qu'à 20 ans, notamment chez les primipares de 40 ans et plus. Ces deux complications sont principalement dues à une dégradation physiologique des artères avec l'âge, qui perdent leur souplesse. De même, la fréquence des pré-éclampsies est plus importante lorsque la mère a plus de 40 ans, quel que soit la parité. Ce risque augmente en cas de grossesses multiples, ou obtenues par assistance médicale à la procréation.

Selon une étude à la maternité de Port-Royal, ((2012), p. 468-475) Compare les femmes âgées de 43 ans à des femmes âgées de 25 à 35 ans. Cette comparaison fait apparaître un risque plus élevé d'HTA gravidique et de PE (11,1% vs 3,6%). En revanche, le taux d'HRP n'augmente pas significativement avec l'âge, car ce risque est davantage lié à la parité.

Après l'accouchement, l'hypertension peut disparaître, et revenir à la normale (c'est-à-dire inférieure à 14/9, en l'absence de traitement).

2.2 Les fausses couches spontanées (FCS) et grossesses extra-utérines :

L'augmentation des fausses couches spontanées augmente significativement avec l'âge, de même que pour grossesses extra-utérines. Le risque de FCS est multiplié par deux ou trois à 40 ans. Selon l'étude de Holman (Les grossesses après 40 ans publié en 2005) Met en évidence un arrêt très précoce des grossesses, en ayant dosé l'HCG en fin de cycle. Il y aurait en effet 92% de grossesses arrêtées très précocement à 38 ans, contre 48% à 18 ans. Ces avortements spontanés sont liés à la qualité de l'ovocyte, mais aussi à une moins bonne qualité de réceptivité de l'utérus, empêchant une bonne nidation de l'œuf dans celui-ci. De plus, comme nous le verrons après, les aberrations chromosomiques, plus nombreuses, sont également une étiologie importante de ces FCS.

2.3 Les aberrations chromosomiques et les malformations fœtales :

Il existe deux types d'anomalies : les anomalies du caryotype fœtal et les malformations congénitales. Ces deux dernières se voient également augmenter en fréquence lors d'un âge maternel avancé, en particulier les anomalies chromosomiques, et plus précisément la trisomie 21. La fréquence de cette maladie augmente avec l'âge maternel : elle est estimée à 1/1500 naissances lorsque la mère a 20 ans, à 1/1000 naissances lorsqu'elle a 30 ans, et à 1/100 naissances si elle a 40 ans. (FRYDMAN R., pages 61). Cette augmentation pourrait être expliquée par un vieillissement des ovocytes, qui dès lors sont de moins bonne qualité.

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

Cependant, malgré une augmentation du risque d'anomalie chromosomique, la réalisation d'amniocentèse dans le cas des grossesses tardives diminue fortement avec la nouvelle politique mise en place par l'HAS. En effet, les amniocentèses ne sont désormais réalisées que lorsque la femme est considérée comme à risque d'avoir un enfant porteur d'une trisomie 21, après le dépistage combiné du 1er ou 2ème trimestre. (Pr DOMMARGUES M., 2011).

Concernant les malformations fœtales, il peut s'agir de cardiopathies, de pieds bots, de hernies de la coupole diaphragmatiques, etc. Ces malformations congénitales, à caryotype normal augmentent de 3% à 5% lorsque la mère a plus de 40 ans. (MARTIN A., MAILLET R., CNGOF, 2005).

3. La mortalité maternelle :

Par définition , la mortalité maternelle inclut tout « décès survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit sa durée, sa localisation, de toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a pu motiver, à l'exception des causes accidentelles ou fortuites ». Les décès maternels se répartissent en deux groupes : les décès pour cause obstétricale directe et les décès pour cause obstétricale indirecte (aggravation d'une maladie préexistante au cours de la grossesse). Selon les données de l'INSERM, pour la période de 1998 à 2000, le risque de décès maternel est 3 fois supérieur chez les femmes de 35 à 50 ans, comparé aux femmes plus jeunes. Sa fréquence est maximale au-delà de 45 ans. En effet, les femmes de plus de 45 ans ont 15 fois plus de risque de décéder au cours de leur grossesse et du post-partum. Ces décès sont principalement dus à des hémorragies, des accidents liés à une HTA, des pathologies thromboemboliques. Cependant, on a pu observer une baisse de 60% de mortalité maternelle ces vingt dernières années dans les pays développés. Mais l'âge de la mère reste l'un des facteurs les plus liés à la mortalité maternelle, de manière indépendante de la parité. La mortalité maternelle augmente avec l'âge maternel. Entre 35-49 ans, ce risque de mortalité maternelle est 5 à 6 fois plus élevé que pour une femme de 20 ans, soit 1 pour 3 000 naissances. Elle atteint sa fréquence maximale au-delà de 45 ans. Les femmes de 45 ans et plus, qui ne représentent que 1,9 % des naissances entre 2004-2006 ont 15 fois plus de chances de décéder au cours de leur grossesse et du post-partum. Ces décès sont principalement dus à des hémorragies, des accidents d'hypertension, des embolies. Cependant, la mortalité maternelle s'est réduite dans les pays développés, avec une diminution de 60 % de la mortalité maternelle au cours de ces 20 dernières années. (Les grossesses après 40 ans, 2014, 2015).

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

En Algérie, la mortalité maternelle et périnatale constitue donc un problème majeur de santé publique. Depuis les années 70 et malgré les efforts consentis en matière de santé de la mère et de l'enfant, il se trouve que les taux de mortalité maternelle et néonatale sont faiblement diminués. L'étude d'Yves Coppieters, Philippe Bivort, Kamel Madani, Mohamed Mebtoul réalisée dans le sud algérien (2011) montre qu'en 2004, « 99,5 décès pour 100 000 naissances vivantes et 92,6 pour 100 000 naissances vivantes en 2006, alors que 95,3 % des accouchements se déroulent en milieu assisté. Les décès maternels constituent à eux seuls 10 % de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les taux de mortalité sont également caractérisés par de grandes disparités régionales. À titre d'exemple, le taux de mortalité maternelle atteint 230 pour 100 000 à Adrar. Toujours dans le Sud algérien, le taux de mortalité maternelle est nettement plus élevé dans la Wilaya de Tamanrasset (117,4 cas pour 100 000 naissances vivantes) que dans les régions du Nord. Rappelons que ce taux ne dépasse pas 31 pour 100 000 naissances dans les pays développés (selon les données des Nations Unies) ».

Les Statistiques hospitalières sur les issues obstétricales à l'EPH de Tamanrasset, années 2007 et 2008 montre que 17,0 % des enfants mort-nés (n = 47) décèdent au cours du travail. Si on postule qu'il n'y a pas eu de changements importants de population (en taille et par tranche d'âges) entre les années 2007 et 2008, il est possible de comparer les différentes proportions présentées dans le tableau I. On observe un taux de détection des GHR supérieur à 10 % et une proportion croissante de décès maternels (0,8 % *versus* 2,7 %). Un autre indicateur inquiétant est, parmi ces GHR, le taux d'enfants mort-nés (14 % en 2008).

La diminution du nombre de césariennes en 2008 par rapport à 2007 pourrait être un facteur explicatif de mauvais indicateurs pour cette même année 2008. L'analyse devrait plus se porter sur la prise en charge des femmes (monitoring, délai d'attente, standardisation de la prise en charge, utilisation du programme, recours au médecin, prise en charge médicale, permanence de la garde, etc.). La plupart de ces facteurs sont difficilement analysables sur un plan purement quantitatif.

4. La mortalité prénatale et néonatale :

La mortalité périnatale est définie comme le nombre de naissances d'enfants inanimés Après 22 semaines, et le nouveau-né est décédé prématurément avant 7 jours. Décès les

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

nouveaux-nés sont tous des enfants qui naissent vivants puis meurent entre la naissance et 28 jours de vie. La principale caractéristique de la mortalité périnatale est l'augmentation du nombre de décès. Le fœtus est dans l'utérus. La raison de l'augmentation est : Femmes âgées, plus souvent des complications pendant la grossesse (hypertension, mauvaise angiogénèse artérielle, placenta anormal, etc. de 35 ans et plus. De manière générale, le taux de mortalité néonatale des femmes âgées est également plus élevé. C'est 2,5 fois celui de tous les jeunes bébés. Identique Si les progrès actuels permettent de réduire le nombre de décès de nouveaux-nés, le taux est encore plus élevé. Le grand nombre de décès chez les mères plus âgées reste à prendre en compte.

5. L'intérêt de la protection de la maternité :

La majorité des femmes continuent de travailler pendant une grande partie de leur grossesse et reprennent leur travail après l'accouchement. Travailler pendant la période de la grossesse ne comporte aucun risque, à l'exception de la période précédente ou suivant immédiatement l'accouchement. Mais certains aspects de la grossesse peuvent affecter les femmes au travail, des complications peuvent survenir durant ou après la grossesse, et certaines circonstances au travail peuvent constituer un risque pour la mère ou l'enfant.

Certains risques professionnels sont susceptibles d'être dangereux pour les fonctions reproductrices des hommes affectant ainsi leur fécondité et leur capacité de concevoir des enfants en bonne santé.

De nombreuses femmes continuent de travailler sans problème jusqu'à un stade avancé de leur grossesse, mais il est essentiel de protéger la santé au travail par ce que la femme peut être plus sensible à ce moment-là à certains risques professionnels et elle peut être affectée de différentes façons.

La reproduction humaine repose sur l'appareil reproducteur qui regroupe les organes sexuels, les hormones et les glandes qui les sécrètent. Comprendre le fonctionnement de ce système permet de mieux cerner comment et quand les effets nocifs peuvent apparaître.

C'est bien avant la conception que se joue la bonne santé de l'enfant. La fécondation par le sperme des testicules de l'homme d'un ovule produit par les ovaires de la femme signe la conception d'un enfant. La stérilité ou des problèmes sexuels peuvent affecter à la fois les hommes et les femmes empêchant ainsi toute conception. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de ces difficultés, incluant l'exposition à certains agents nocifs sur le lieu de travail. L'amélioration de la fertilité des hommes et des femmes donne une bonne santé, pour concevoir des enfants en bonne santé, les organes génitaux masculins et la production d'hormones doivent

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

fonctionner parfaitement, le sperme doit être de bonne qualité et la production spermatique régulière et la libido et les performances sexuelles doivent être satisfaisantes.

6. Les soins de maternité :

Les soins médicaux et non médicaux prodigués à la mère durant la phase de la grossesse, pendant et après l'accouchement ont un effet considérable sur la santé de la mère et de l'enfant. Les soins prénataux permettent en effet de dépister et de soigner les problèmes de santé dus ou antérieurs à la grossesse mais aggravés par celle-ci. Ils aident également à déterminer les femmes enceintes qui ont besoin de soins et d'un contrôle particuliers durant cette période ou au moment de l'accouchement quant aux soins post-partum, ils comportent les soins médicaux, préventifs et curatifs, nécessaires à la protection de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des soins non médicaux : régime alimentaire à observer durant les phases de la grossesse et de l'allaitement et la durée de l'allaitement maternel. Les soins prodigués au moment de l'accouchement dépendent de la nature et du niveau des services disponibles, de l'existence de ces services et leur accessibilité, du niveau d'entraînement et de l'expérience de ceux qui assistent la femme au moment de l'accouchement, ainsi que du niveau des services d'urgence que l'on peut être appelé à utiliser surtout dans les cas d'accouchement difficiles. Les soins offerts à la mère et le degré d'utilisation de ces soins dépendent en grande partie des croyances du milieu, de l'environnement culturel, du niveau économique et des caractéristiques démographiques de la mère et de la société dans laquelle elle vit.

Dans le cadre de l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant des questions sur l'utilisation des soins prénataux ont été posées aux femmes enceintes et à celles qui ont eu au moins un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête. Les données recueillies auprès des femmes enceintes ne comportent pas de gros risques d'erreurs dues au défaut de mémoire ou à la longueur de la durée sur laquelle porte le questionnaire. Elles renseignent bien sur le niveau actuel des services de santé. En revanche, les questions adressées aux femmes ayant eu au moins un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête, fournit plus de renseignements sur les soins prénataux, sur les soins reçus pendant l'accouchement, et sur les soins post-partum et permet ainsi une analyse statistique plus précise.

On doit souligner, ainsi, la contribution dès l'OMS et l'UNICEF aux programmes visant à la réduction de la mortalité maternelle. Ces deux organisations ont appuyé le Ministère de la Santé et l'OMS dans la publication de l'étude MICS 3 en 2006 : celle-ci a permis un suivi amélioré des indicateurs liés aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5 et donc à la condition de la femme en général.

Chapitre II : Les risques de grossesse ou de maternité tardive sur la femme et l'enfant

La lutte contre la mortalité maternelle est donc une préoccupation du ministère de la santé et de la réforme hospitalière et de toutes les Directions de la Santé et de la Population (DSP). Au sud d'Algérie, principalement à Tamanrasset, la DSP en a fait une priorité. Cependant, il n'y a pas d'institution internationale spécifique qui s'occupe de ce problème. La mortalité maternelle reste une problématique importante pour la Wilaya et dans le cadre d'un projet de coopération belgo-algérien (de la Coopération technique belge), il a été proposé de mener une réflexion sur les réels facteurs explicatifs de cette problématique dans ce contexte et de mener une recherche-action sur les stratégies préventives et de prise en charge optimale.

Conclusion :

La grossesse à un âge tardive expose la femme et le nouveau-né à des plusieurs risques. La décroissance de la fertilité avec l'âge entraîne une augmentation des nombres de patientes de 35 ans et plus confortées aux problèmes de l'infertilité. Une fois la grossesse obtenue, celle-ci semble plus difficile pour les raisons que nous avons vues : des pathologies préexistantes plus fréquentes, augmentations du nombre de fausses couches spontanées plus de pathologie maternelles et fœtales. Les femmes enceintes ont besoin d'une protection spéciale pour empêcher les dommages à leur santé et à celle de leur enfant, et d'un temps suffisant pour accoucher, se rétablir et s'occuper des nouveau-nés. Par ailleurs, lorsqu'elles travaillent, les femmes enceintes et les mères qui allaitent ont également besoin d'une protection pour être assurées qu'elles ne perdront pas leur emploi simplement en raison d'une grossesse ou d'un congé de maternité. Une telle protection ne garantit pas seulement aux femmes un accès égal à l'emploi, elle garantit aussi la continuité d'un revenu, souvent vital, qui est nécessaire au bien-être de toute la famille. Préserver la santé d'une femme enceinte et la protéger contre la discrimination professionnelle sont indispensables si l'on veut parvenir à une véritable égalité de chances et de traitement entre les hommes et les femmes au travail et permettre aux travailleurs d'élever leur famille dans des conditions de sécurité économique.



Chapitre III :

Les caractéristiques socio-
démographiques des femmes
âgées de 35 ans et plus

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Introduction :

Dans ce chapitre, nous allons discuter le cadre méthodologie de notre étude, en présentant en premier temps la description de la population étudiée, les variables d'étude et la source des données. En second temps, nous procédons à la présentation et l'analyse des résultats de notre étude à partir de l'analyse descriptive des données. Nous allons mettre l'accent sur la relation entre l'âge de la femme mariée au l'âge de 35 ans et ayant eu leur premier enfant avec les caractéristiques sociodémographiques. Nous allons essayer aussi savoir le nombre de consultation des femmes dans leur période de l'accouchement.

1/Sources des données :

Pour la réalisation de cette étude, nous avons utilisé la base des données de l'enquête à indicateurs multiples MICS 4, réalisée en 2012 -2013 en Algérie. Bien qu'il y a 8 ans qu'elle a été effectuée mais ce choix est justifié par la disponibilité de sa base de données. Car nous étions contraints de réaliser une enquête terrain à base de questionnaire à cause de la pandémie de la Covid-19 qui a touché le monde entier.

1.1.Qu'est-ce que la MICS 4 ?

C'est une enquête à indicateurs multiples, qui se fait auprès des ménages, initiée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et la contribution financière de l'UNFPA. L'Algérie a réalisé trois cycles d'enquêtes MICS : MICS en 1995, MICS en 2000 et MICS en 2006. L'enquête fournit des informations précieuses sur la situation des enfants et des femmes en Algérie en vue de la nécessité d'informer les programmes nationaux de développement et de suivre les progrès vers les cibles et des objectifs issus de récents accords internationaux dont : la déclaration du Millénaire , adoptée par 191 états membres des nations unies en septembre 2000, et le plan d'action d'un monde digne des enfants , adopté par 189 états membres lors de la session extraordinaire des nations unies consacrée aux enfants en mai 2002.

Ces deux engagements s'appuient sur des promesses faites par la communauté internationale en 1990 à l'occasion du sommet mondial pour les enfants. La MICS 4 avait pour objectif principal de actualiser la base de données des indicateurs de développement notamment ceux liés aux enfants et aux femmes, et pour des objectifs secondaires : évaluer le manque à gagner par domaine et identifier les nouveaux domaines prioritaires.

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

La taille de l'échantillon de l'enquête de MICS 4 est calculée en fonction d'une représentativité par Espace de Programmation Territoriale (EPT). Selon le milieu de résidence (urbain et rural), en retenant 7 EPT parmi les 9 identifiés, les trois EPT du sud étant regroupés en un seul, l'échantillon global de (4000*7) soit 28000 ménages. L'erreur relative tolérée est fixée à 14% au niveau de chaque EPT. Cette erreur est de l'ordre de 5 % seulement au niveau national. Trois types de questionnaires ont été utilisés dans l'enquête MICS 4 Algérie et adaptés au contexte national. Parmi ces questionnaires, on trouve le nombre de femmes en âge de procréer, tous états matrimoniaux confondus à enquêter serait alors de 41184 femmes, le nombre d'enfants âgés de 0 à 4 ans à enquêter serait de 15140 enfants et le nombre de nourrissons âgés de 12-23 mois qui représentent 3% de la population totale serait de l'ordre de 4130 nourrissons.

Les (9) Espaces de programmation Territoriale sont définis comme suit :

Tableau n°1 :les espaces de programmation territoriale au niveau de tell

| Au niveau de tell | ESP (centre) |
|-------------------|--|
| Nord | Alger, Blida, Boumerdès, Tipaza, Buire, Média, Tizi-Ouzou, Bejaïa, Chlef, Ain Defla. |
| Est | Annaba, Constantine, Skikda, Jijel, Mila, Souk Ahras, El Tarf, Guelma. |
| Ouest | Oran, Tlemcen, Mostaganem, Ain Temouchent, Relizane, Sidi Bel Abbes, Mascara. |

Source : enquête MICS 4 (2012-2013).

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Tableau n° 2 : les espaces de programmation territoriale au niveau des hauts plateaux

| Au niveau des hauts plateaux | ESP (hauts plateaux) |
|------------------------------|--|
| Centre | Djelfa, Laghouat. |
| Est | Sétif, Batna, Khenchela, Bordj Bou Arréridj, Oum El Bouaghi, et Tebessa. |
| Ouest | Tiaret, Saida, Tissemsilt, Naama, El Bayadh. |

Source : enquête MICS 4 (2012-2013).

Tableau n°3 : Les espaces de programmation territoriale au niveau du sud

| Au niveau du Sud | ESP (Sud) |
|------------------|------------------------------------|
| Ouest | Béchar, Tindouf, Adrar. |
| Est | Ghardaia, Biskra, El Oued, Ouagla. |
| Grand | Tamanrasset, Ilizi. |

Source : enquête MICS 4 (2012-2013).

1.2. Justification du choix de la population cible :

L'enquête de MICS 4 a pour objet de fournir des indicateurs sur plusieurs aspects liés particulièrement aux enfants et aux femmes. L'analyse sera axée sur les femmes âgées de 15 à 49 ans et les enfants de 0 à 4 ans. Nous avons utilisé trois fichiers pour élaboration de notre recherche à savoir les ménages, la femme en âge de procréer et les enfants. Aussi, nous avons créé un nouveau fichier à partir des variables qui nous intéressent.

1.3. Evaluation de la qualité des données :

Cette étape représente l'étape essentielle avant de commencer toute l'analyse et il est important d'évaluer la qualité des données. Ce dernier nous permet d'évaluer la collision interne et externe des données. Il est comme que la fiabilité des résultat de l'analyse statistique ; nécessite que les données soient d'une qualité élevé, et cela veut dire que le pourcentage de non

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

réponse doit être moins que 10 %, et pour l'évaluation de la qualité des données dans notre études , on a calculer le pourcentage de non réponse de différents variables étudiées, ce qui a donné un résultat très satisfaisant. Les données sont de bonne qualité (voir le tableau n : 4).

Tableau n°4 :taux de réponse des différentes variables de l'étude :

| Les variables | System manquant | Pourcentage | Valeur validé |
|--------------------------|-----------------|-------------|---------------|
| Age regroupé de la femme | 2637 | 6.4 | 38547 |
| Niveau d'instruction | 2637 | 6.4 | 38547 |
| Lieu de résidence | 17206 | 29.5 | |
| La parité | 38048 | 65. 2 | |
| L'âge de mariage | 20924 | 50.8 | 20260 |
| Le sexe de l'enfant | 23563 | 57.2 | 17621 |
| L'emploi de la femme | 2637 | 6.4 | 38547 |
| L'année de mariage | 20842 | 50.6 | 20342 |
| Niveau de vie | 26394 | 45.2 | 31996 |

Source : base de données de la MICS 4.

2. La présentation des variables de l'étude :

Notre variable de l'étude qui représente la variable dépendante est l'âge de la femme au premier accouchement. C'est une variable dichotomique avec les modalités (1) a été assisté et (0) n'a pas assisté. Elle nous informe sur les femmes mariées à l'âge de 35 ans et ayant eu leur premier enfant. En s'appuyant sur les données de la MICS 4, on a pu extraire des autres variables sociodémographiques qui ont une relation et un impact sur la variable dépendante dans notre étude.

3. La méthode d'analyse :

Ce travail est avant tout une étude exploratoire. Il s'appuie sur nos lectures de différentes études scientifiques en démographie, en sciences médicales et sociales et des sites Web. Après

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

avoir défini notre objet de recherche et son cadre de référence, le chercheur peut entamer l'opérationnalisation de son projet. À cette étape, le choix d'une méthode permet de déterminer quels outils de collecte de données et quelles analyses seront utilisés pour répondre à la ou aux questions posées. L'analyse des données constitue l'une des étapes cruciales de tout processus de recherche (Dumas, 2000). En effet, La méthode de recherche suivie dans ce mémoire, repose sur d'une méthode d'analyse descriptive réalisée à partir de la base de données MICS 4.

La méthode comme la définit M. Grawitz (1993) est « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie ». La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité. (Gumuchian H et all, 2000, P. 77). La méthodologie descriptive est définie par N'da Paul, « nous pouvons indiquer que la méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement de sorte qu'il apparaisse familier ». Et la méthodologie analytique est consistée à décomposer l'objet d'étude en allant du plus complexe au plus simple. Cette méthode recherche le plus petit composant possible, l'unité de base des phénomènes.

Nous utilisons l'analyse bivariée représentée particulièrement par les tableaux croisés. Ce type d'analyse, nous permet de tester la liaison entre deux variables. Il permet de décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes au premier accouchement l'âge de 35 ans. Pour réaliser cette analyse nous avons fixé un seuil d'erreur à 5%. On calculera ensuite une probabilité qui dans le cas où elle est inférieure au seuil fixé (5%), nous permettra d'aboutir à la conclusion qu'il existe une liaison entre les deux variables mises en relation.

4. Présentation et analyse des résultats de l'étude

Nous allons tout d'abord donner une analyse descriptive des variables indépendantes utilisées dans notre étude. La variable dépendante, qui est les femmes au premier accouchement, permet de montrer l'existence ou non d'une relation entre ces variables en utilisant le test de KHI deux.

L'utilisation de la base de données de la MICS 4 (2012-2013) nous permet d'avoir les principales caractéristiques sociodémographiques des femmes en âge de procréer. Nous allons fusionner deux fichiers de ménage avec le fichier des femmes pour pouvoir sortir les femmes mariées qui ayant eu leur premier enfant.

4.1. Les femmes mariées à partir de 35 ans :

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Le tableau n°(5) représente la répartition des femmes mariées à l'âge de 35 ans et plus. Nous remarquons que l'effectif le plus haut est dans le groupe d'âge (40-44) avec une proportion de 39,2, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre (1) des indicateurs démographique, nous estimons que la majorité des femmes qui se sont mariées à un âge aussi tardif sont majoritairement causées par le prolongement de la scolarité chez filles, et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. Elles sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures ce qui les mène à s'occuper principalement de leur vie estudiantine et leur avenir professionnel. Nous ne pouvons pas aussi ignorer les facteurs socio-économiques comme la crise de logement, le chômage et dans une large mesure l'usage de la contraception pourraient contribuer à retarder l'entrée en union.

Tableau n°5 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans :

| Groupe d'âge | Effectif | Proportion |
|--------------|----------|------------|
| 35-39 | 82 | 34,2 |
| 40-44 | 94 | 39,2 |
| 45-49 | 64 | 26,7 |
| Total | 240 | 100,0 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.2. Les femmes mariées à partir de l'âge de 35 ans et ayant eu des enfants :

Selon le tableau (6), les femmes mariées à partir de 35 ans et plus ayant eu des enfants sont dans cette tranche d'âge de 35-39 ans et représente 20 % des femmes étudiées dans notre base des données.

On remarque que le pourcentage chez le groupe d'âge 44-49 ans est le plus élevé avec un pourcentage de 46.3 en comparaison avec la tranche d'âge de 45-49 qui est de 33.8 % et la tranche de 35-39 ans et on a trouvé que l'âge moyen de la femme de 43 ans avec un écart type de 3.5.

Tableau n°6 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants enfant par groupes d'âge :

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

| Groupes d'âge | Effectifs | Proportion |
|---------------|-----------|------------|
| 35-39 | 48 | 20 |
| 40-44 | 111 | 46.3 |
| 45-49 | 81 | 33.8 |
| Total | 240 | 100 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.3. Les femmes mariées à partir de l'âge de 35 ans et ayant eu leur premier enfant :

En ce que concerne la répartition des femmes mariées à partir de 35 ans et plus et ayant eu leur premier enfant, on remarque que le plus haut effectif 216 est dans le groupe d'âge de 40 et 44 ans avec une proportion de 39.2. Cela met en évidence que les femmes âgées de 40 et 44 ans sont les plus susceptibles d'avoir un accouchement à cette période-là. L'âge moyen à la maternité chez ces femmes mariées est de 42 ans avec un écart type de 5.93.

Tableau 7: Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans ayant eu leur premier enfant.

| Groupes d'âge | Effectifs | Proportion |
|---------------|-----------|------------|
| 35-39 | 82 | 34.2 |
| 40-44 | 94 | 39.2 |
| 44-49 | 64 | 26.7 |
| Total | 240 | 100 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.3.1. L'âge des femmes mariées à partir 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon le lieu de résidence :

Le milieu de résidence est fortement lié avec l'âge de la femme dans la période de la grossesse. En général, le taux d'urbanisation au niveau national a enregistré un accroissement considérable depuis plusieurs années. De ce fait, les écarts entre le milieu urbain et rural en ce qui concerne les infrastructures sanitaires se sont régressés mais aussi l'amélioration du niveau d'instruction de la femme rurale et les changements socioculturels qu'a connus cette dernière a

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

contribué largement dans l'amélioration de la situation de la femme et la réduction des écarts entre celles du milieu urbain et celles du milieu rural. Mais en procédant au test du Khi deux réalisé à partir des données sélectionnées et traitées pour la réalisation de cette étude, on remarque l'absence d'une association entre le milieu de résidence et l'âge de la femme au premier leur enfant avec un $p > 0,05$. Les données de la MICS 4 montrent que 157 femmes qui ayant eu leur premier quel que soit leur milieu de résidence réside dans le milieu urbain respectivement. Ce résultat consolide le fait que non seulement le milieu urbain est généralement plus doté en personnel qualifié que le milieu rural mais les femmes urbaines sont plus sensibilisées que celles du milieu rural.

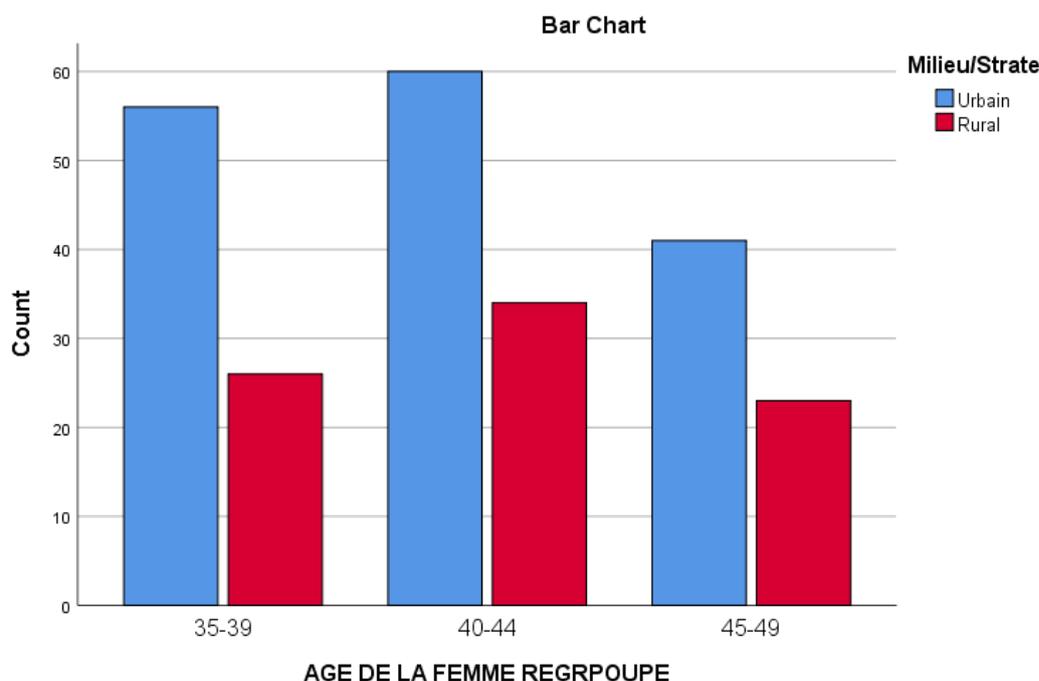
Tableau n°8 : répartition l'âge de la femme regroupée selon lieu de résidences :

| | | Milieu/Strate | | Total |
|------------------------------|-------|---------------|-------|-------|
| | | Urbain | Rural | |
| AGE DE LA FEMME REGRPOUPE | 35-39 | 56 | 26 | 82 |
| | 40-44 | 60 | 34 | 94 |
| | 45-49 | 41 | 23 | 64 |
| Total | | 157 | 83 | 240 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

Figure n°1 : Répartition l'âge de la femme regroupée selon le milieu de résidence

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus



Source : calcul personnel MICS4 (2012-2013).

4.3.2. L'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon la région :

Les données de l'enquête MICS 4 montrent bien cet écart entre le Nord et le Sud, on remarquant que les femmes qui ont eu leur premier enfant résident largement dans les régions des hauts plateaux Est du pays contre seulement 32 % au Nord centre et 67 % au sud. Les femmes du Nord sont plus favorisées que leurs analogues du Sud. Cette différence est légère ou presque inexistante particulièrement entre Nord et Est. Ceci s'explique par l'absence de personnel qualifié, mais essentiellement par la dispersion des infrastructures sanitaires dans le Sud Algérien et le grand problème d'évacuation des patientes puisque la plupart des médecins spécialistes sont concentrés dans le chef-lieu de la wilaya avec le manque de moyens de transports ainsi que la distance à parcourir entre les structures sanitaires qui parfois dépasse les 1000 KM s'ajoute à cela les conditions climatiques défavorables. La mesure de l'association entre ces deux variables en utilisant le test du Khi deux a confirmé l'absence d'une liaison significative ($p > 0,05$).

Tableau n°9 : répartition âge de la femme regroupée selon la région :

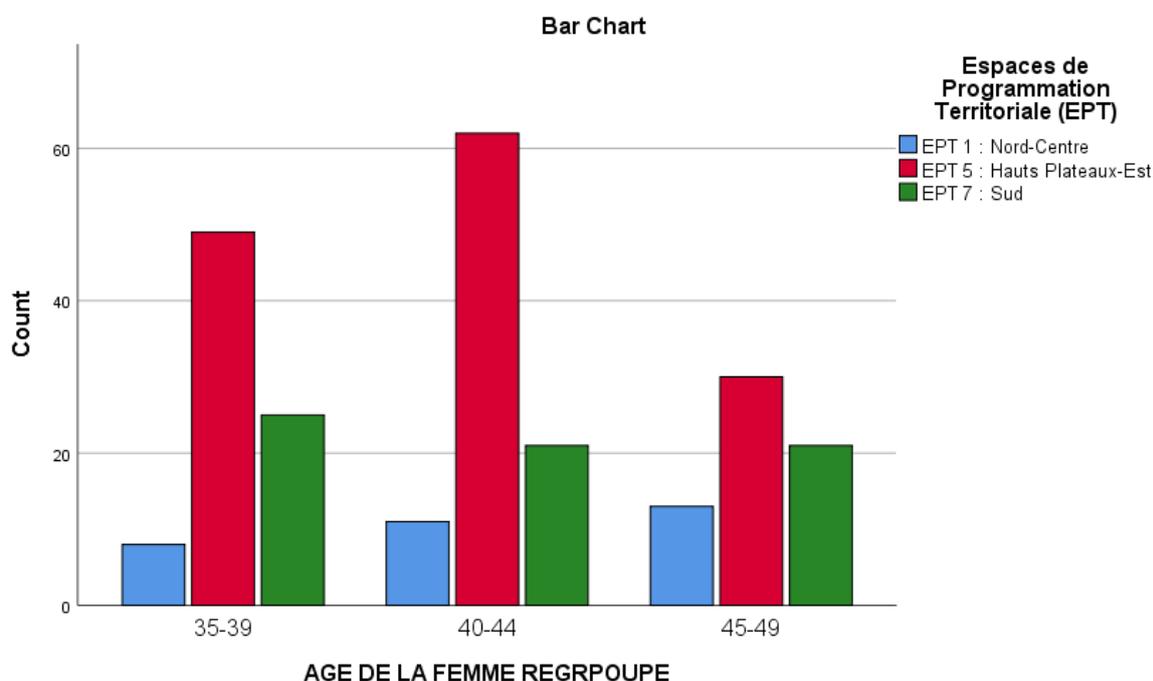
| | |
|---|-------|
| Espaces de Programmation Territoriale (EPT) | Total |
|---|-------|

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

| | | EPT 1 : Nord-Centre | EPT 5 : Hauts Plateaux-Est | EPT 7 : Sud | |
|------------------------------|-------|---------------------|----------------------------|-------------|-----|
| AGE DE LA FEMME REGRPOUPE | 35-39 | 8 | 49 | 25 | 82 |
| | 40-44 | 11 | 62 | 21 | 94 |
| | 45-49 | 13 | 30 | 21 | 64 |
| Total | | 32 | 141 | 67 | 240 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

Figure n°2 : Répartition l'âge de la femme regroupée selon la région



Source : calcul personnel MICS4 (2012-2013).

4.3.3. L'âge des femmes mariées a 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon niveau d'instruction :

L'association entre le niveau d'instruction de la femme et l'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant est une liaison non significative ($p > 0,05$). Selon les données de la MICS 4, les femmes qui ont un niveau primaire et plus bénéficient plus de l'âge de la femme mariées et leur premier accouchement par rapport à leurs analogues qui n'ont aucun niveau. Les données précédentes, révèlent que plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes sont susceptibles d'avoir leur premier enfant durant leur premier l'accouchement. Concernant les femmes qui n'ont pas eu leur premier enfant de leur premier

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

accouchement, la fréquence est très forte chez celles qui n'ont aucun niveau et continue à baisser en augmentant dans le niveau. L'instruction des femmes est un indicateur de recours aux soins qualifiés.

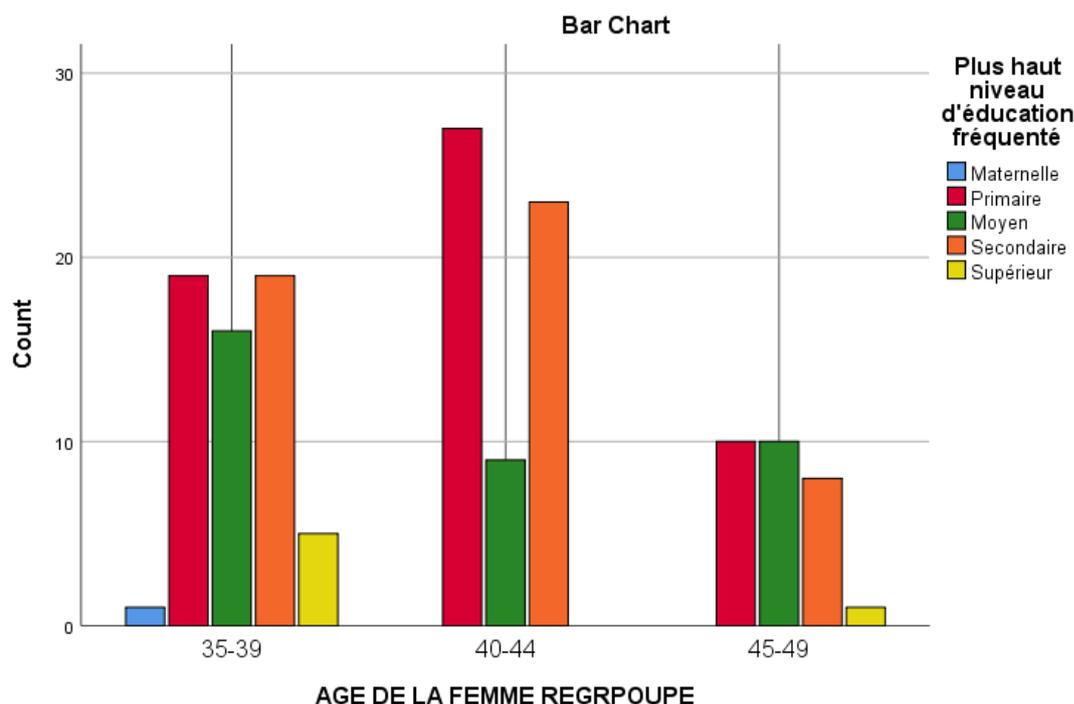
Tableau n°10 : répartition l'âge des femmes mariées de 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon niveau d'instruction

| | | Plus haut niveau d'éducation fréquenté | | | | | Total |
|--------------------------------|-----------|--|--------------|-------|----------------|---------------|-------|
| | | Materne lle | Primai re | Moyen | Secondai re | Supérie ur | |
| AGE DE LA FEMME REGROUPE | 35- 39 | 1 | 19 | 16 | 19 | 5 | 60 |
| | 40- 44 | 0 | 27 | 9 | 23 | 0 | 59 |
| | 45- 49 | 0 | 10 | 10 | 8 | 1 | 29 |
| Total | | 1 | 56 | 35 | 50 | 6 | 148 |

Source : calcul personnel MICS4 (2012-20)

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Figure n° 3 : Répartition l'âge de la femme regroupée selon niveau d'instruction



Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.3.4. L'âge des femmes mariées a 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon le niveau de vie :

Le test du Khi deux montre une association non significative ($p > 0,05$) entre le niveau de vie du ménage et l'âge des femmes au premier accouchement.

Selon le tableau n° 11 et figure (4), 36 de groupe d'âge de la femme représentent catégorie le plus pauvre On remarque qu'une majorité de femmes de classe moyenne entre 50 et 60 et minorité de groupe d'âge des femmes de classe riche 39. Cette différence nous permet de dire qu'il n'existe pas une relation statistiquement non significative entre l'âge de la femme regroupée et le niveau de vie du ménage. Cela veut dire que les femmes qui accouchent leur premier enfant tardivement trouvent des difficultés pour désir un enfant dans ce cas.

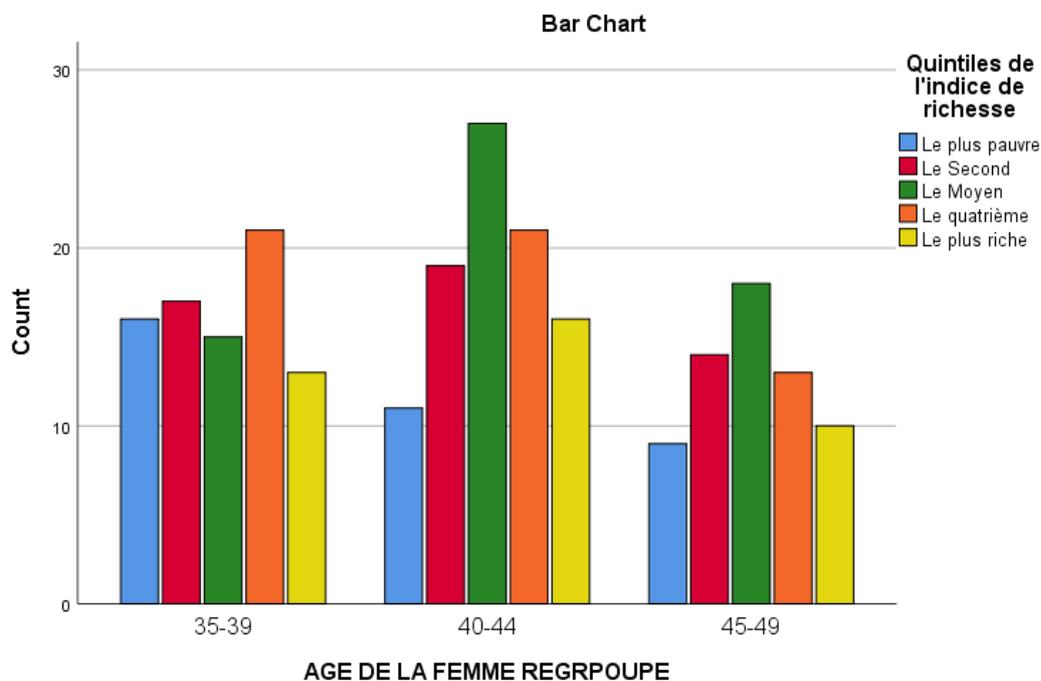
Tableau n°11 : Répartition l'âge de la femme regroupée selon le niveau de vie des ménages.

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

| | | | | | | | Total |
|---------------------------|-------|----------------|-----------|----------|--------------|---------------|-------|
| | | Le plus pauvre | Le Second | Le Moyen | Le quatrième | Le plus riche | |
| AGE DE LA FEMME REGRPOUPE | 35-39 | 16 | 17 | 15 | 21 | 13 | 82 |
| | 40-44 | 11 | 19 | 27 | 21 | 16 | 94 |
| | 45-49 | 9 | 14 | 18 | 13 | 10 | 64 |
| Total | | 36 | 50 | 60 | 55 | 39 | 240 |

Source : Calcul personnel de l'enquête MICS 4 (2012-2013).

Figure n° 4 : Répartition l'âge de la femme selon niveau de vie de ménage



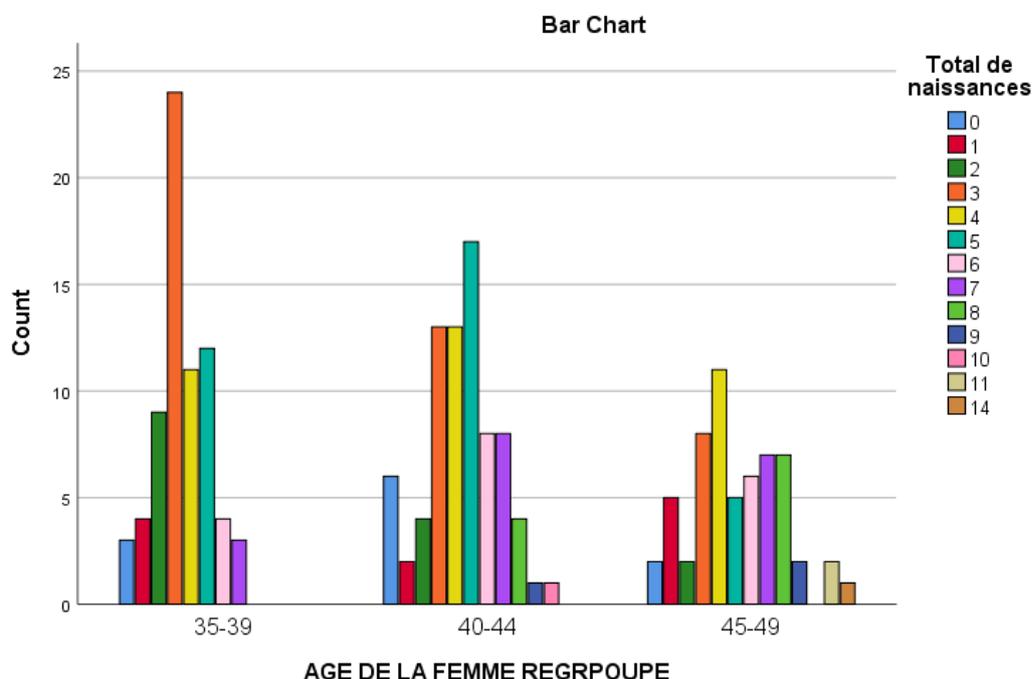
Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.3.5. L'âge des femmes mariées à 35 ans et ayant eu leur premier enfant selon la parité :

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Nous observons selon les données du figure n°5 que la majorité des femmes quel que soit leur parité ont été assisté par un personnel médical lors de leur premier accouchement. La différence selon le type de parité est de cinq points entre les multipares et les grandes multipares mais elle dépasse les Huit points avec les primipares. Selon les données de la MICS 4, les femmes algériennes quel que soit leur parité, accouchent dans les structures de santé avec la présence en général d'un personnel médical. La part de celles qui n'ont pas été assisté lors de leur premier accouchement représente 14.58%, sachant qu'en Algérie le taux d'accouchement en milieu assisté a beaucoup évolué passant de 76 % en 1992 à 95, % en 2006 (enquêtes nationales) et que même dans les régions du Sud qui sont les plus défavorisées, on observe une disparition des accoucheuses traditionnelles. La femme algérienne et la famille algérienne vivent des transformations socioculturelles qui touchent aussi la maternité. Donc le test du Khi deux réalisé à partir des données sélectionnées et traitées pour la réalisation de cette étude, montre la présence d'une association significative entre l'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant et la parité avec un $p < 0,05$.

Figure n°5: répartition l'âge de la femme regroupée selon la parité.



Source : MICS 4 (2012-2013).

4.4. Le lieu de l'accouchement :

Les données de la MICS 4 révèlent que les femmes mariées à l'âge de 35 ans et ayant eu leur premier enfant accouchent dans les hôpitaux publics par contre celles qui ont accouché

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

dans la clinique de maternité représentent une proportion de 2.6. Selon le système de santé en Algérie, la santé n'est pas seulement un droit fondamental de toute la population, mais aussi une ressource essentielle pour le développement économique, social et individuel.

Compte tenu de ce principe, l'Algérie a inscrit dans sa constitution le droit de ses citoyens à protéger leur santé. Si l'issue inéluctable est aujourd'hui constatée, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien fait face à de nombreuses limites affectant son efficacité et ses performances. Cependant, les insuffisances de son organisation, de sa gestion et de ses modes de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doivent cependant être comblées, interrogeant les principes d'équité et de solidarité sous-jacents sur lesquels reposent les systèmes nationaux de santé. .

Ce ne seront pas les infrastructures hospitalières prévues dans le plan quinquennal lancé par l'Etat qui amélioreront à elles seules les soins de santé en Algérie. Il est vrai que ces nouvelles infrastructures vont densifier la structure existante, mais elles ne résoudront pas le déséquilibre spatial des ressources humaines, car c'est ce potentiel que crée l'acte de soin.

Les enjeux sont importants pour le pays, la santé reste un problème qui est progressivement abordé à travers la création de nombreux hôpitaux et des réformes sanitaires.

La santé est assurée par deux types de soins : public et privé. Tout le monde peut se faire soigner gratuitement dans un hôpital public ou se rendre dans une clinique privée où il faut payer. Ces dernières années, de nombreuses cliniques privées ont été établies dans presque tous les domaines de la santé.

Tableau n°12 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu leur enfant selon le lieu d'accouchement.

| Lieu d'accouchement | Effectif | Proportion |
|-------------------------------|----------|------------|
| Public CHU | 16 | 6.7 |
| Public Hospital (EHS/EH/EPH) | 48 | 20 |
| Public Polyclinique/Maternité | 15 | 6.3 |
| Clinique/Maternité privée | 7 | 2.9 |
| Manquant | 1 | 0.4 |
| Total | 87 | 36.3 |

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

| | | |
|------------------|-----|------|
| Système manquant | 153 | 63.8 |
| Total | 240 | 100 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.5. Le type d'accouchement :

Le taux de césarienne est beaucoup plus élevé chez les femmes de plus de 35 ans. Selon les données de la MICS 4 de 2012-2013 on a remarqué que les femmes mariées de plus de 35 et ayant eu leur premier grossesse ont accouchées par césarienne avec une proportion de 12.9 contrairement aux femmes qui ont accouchées naturellement avec une proportion de 22.9. Dans les 240 femmes étudié, une femme à accoucher par forceps suite aux complications.

Tableau n°13 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu leur premier enfant selon le type d'accouchement.

| Type d'accouchement | Effectif | Proportion |
|------------------------|----------|------------|
| césarienne | 31 | 12.9 |
| Est arrivé normalement | 55 | 22.9 |
| Forceps / Ventouse | 1 | 0.4 |
| Total | 87 | 36.3 |
| Système manquant | 153 | 63.8 |
| Total | 240 | 100 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

4.6. La réception soin prénatal :

Le tableau n°16 montre que la majorité des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant suivre des consultations médicales avec une proportion de 35.4.

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Une grossesse tardive demande en effet beaucoup plus d'assistance. Le suivi médicalisé est différent que pour une grossesse à 20 ou 30 ans. Les risques augmentent avec l'âge. Malgré les apparences, les femmes de plus de 35 ans sont plus fatiguées et doivent être plus vigilantes aux petits signes comme les contractions par exemple. Pendant la grossesse, elles doivent faire, comme toutes les femmes enceintes, un dépistage du diabète afin de vérifier qu'elles ne souffrent pas de diabète gestationnel, et un dépistage de la trisomie 21, Celui-ci se fait au premier trimestre de grossesse par le biais d'une prise de sang pour doser des marqueurs sériques, et d'une échographie pour mesurer la clarté nucale. Ainsi que d'autres examens supplémentaires peuvent être fait, si la femme a déjà un problème de santé comme les maladies chroniques.

D'autres échographies sont programmées lors de grossesses dites tardives. Étant donné que le taux de fausse couche est plus haut à partir de 40 ans, une échographie précoce est systématiquement effectuée pour contrôler le bon déroulement du début de grossesse.

Tableau n°14 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu leur premier enfant selon la réception soin prénatal.

| | Effectif | Proportion |
|------------------|-----------------|-------------------|
| Oui | 85 | 35.4 |
| Non | 2 | 0.8 |
| Total | 87 | 36.3 |
| Système manquant | 153 | 63.8 |
| Total | 240 | 100 |

Source : calcul personnel MICS 4 (2012-2013).

Conclusion :

L'élément essentiel à signaler dans ce chapitre est que les données de la MICS 4 sont dans l'ensemble acceptable pour réaliser les analyses descriptives pour pouvoir tester la validité de nos hypothèses et répondre à nos questions.

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus

Les résultats de notre étude montrent bien l'importance déterminante de l'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant et le variable niveau de vie des ménages dans lesquels vivent les femmes algériennes sans négliger le rôle des variables milieu de résidence, niveau d'instruction et la région de résidence.

Malgré la très forte proportion des femmes mariées de 35 ans et plus et ayant eu leur premier enfant par le personnel de santé qualifié pendant l'accouchement, la prise en compte des différents éléments spécifiques à le suivi médicale à l'accouchement permettant de définir sa qualité montre que le recours aux soins pendant l'accouchement en Algérie reste relativement à désirer. En effet, une proportion des femmes algériennes n'a pas eu une consultation médicale.

L'âge de la femme mariées à partir de 35 ans et plus et ayant eu leur première enfant est déterminé par le lieu de résidence, les conditions de vie, c'est à dire que les pauvres et les richesses ont comportement très différentielles par rapport à l'âge de la femme et leur premier enfant.

Il ressort de cette étude que ce sont le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction de la femme, la région de résidence et la parité qui sont des déterminants de l'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant. Le niveau de vie de la femme est un facteur déterminant de l'accès aux services des soins car les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie élevé ont plus de chance de bénéficier d'une consultation médical lors de l'accouchement. Les femmes du milieu urbain ont plus de chances d'être médicalement assistée lors de l'accouchement par rapport du milieu rural.

Chapitre III : Les caractéristiques socio démographiques des femmes âgées de 35 ans et plus



Conclusion générale :

Avec les changements de la société et le développement des techniques d'assistance médicale à la procréation, les grossesses au-delà de 40 ans sont de plus en plus fréquentes, et de ce fait de moins en moins marginalisées.

La maternité est une période unique dans la vie d'une femme, une nouvelle façon de se projeter dans l'avenir en tant que mère. Il s'agit d'un état réversible qui a modifié les relations interpersonnelles, le mode de vie, le statut social et la perception d'elles-mêmes des femmes. La protection de la maternité n'est pas seulement pour protéger la femme, son enfant et son travail, mais aussi pour la santé de l'enfant et notre avenir. Les indicateurs démographiques de l'Algérie ont eu un impact sur les naissances tardives. De manière générale, le mariage tardif a connu une évolution sans précédent. En effet, les changements économiques, sociaux et culturels de la société algérienne ont eu un impact important sur le système matrimonial.

En plus, l'éducation des femmes joue un rôle très important, l'éducation des femmes en tant que variable décisive de la fécondité a également fait des progrès significatifs. Par conséquent, les femmes qui accouchent à l'âge de 35 ans et plus sont affectées par les indicateurs de grossesse tardive, peut exposer les femmes et les nouveau-nés à de multiples risques. Avec l'âge, la baisse de la fertilité a entraîné une augmentation du nombre de patientes de 35 ans et plus souffrant d'infertilité. Une fois la grossesse obtenue, elle semble plus difficile pour les raisons que nous avons déjà vues : pathologies préexistantes plus fréquentes, augmentation du nombre d'avortements spontanés, pathologie maternelle et infantile. Les femmes enceintes ont besoin d'une protection spéciale pour éviter d'endommager leur santé et celle du fœtus. Leurs enfants, et assez de temps Accouchement, rééducation et soins des nouveau-nés. D'autre part, les femmes enceintes et les mères allaitantes ont également besoin d'une protection au travail pour s'assurer qu'elles ne perdront pas leur emploi en raison d'une grossesse ou d'un congé de maternité. Cette protection garantit non seulement l'égalité d'accès des femmes aux opportunités d'emploi, mais garantit également la continuité des revenus qui est généralement vitale pour le bien-être de toute la famille. Si nous voulons parvenir à une véritable égalité des chances et de traitement entre les hommes et les femmes au travail et permettre aux travailleurs de subvenir aux besoins de leur famille dans un environnement et des conditions économiques sûrs, il est important de protéger la santé des femmes enceintes et de les protéger de la discrimination professionnelle.mographiques.

L'élément de base à souligner dans ce chapitre est qu'il n'y a pas d'ensemble acceptable de données MICS 4 pour effectuer une analyse descriptive, nous serons donc en mesure de tester la validité de nos hypothèses et de répondre à nos questions. Nos résultats de recherche montrent clairement que sans ignorer les effets des variables environnementales, l'âge des femmes mariées de plus de 35 ans et l'âge de leur premier enfant, ainsi que le niveau de vie de la famille des femmes algériennes, sont d'une importance décisive. Lieu de résidence, niveau d'études et zone de résidence. Malgré la très forte proportion des femmes mariées de 35 ans et plus et ayant eu leur premier enfant par le personnel de santé qualifié pendant l'accouchement, la prise en compte des différents éléments spécifiques à le suivi médicale à l'accouchement permettant de définir sa qualité montre que le recours aux soins pendant l'accouchement en Algérie reste relativement à désirer. Il ressort de cette étude que ce sont le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction de la femme, la région de résidence et la parité qui sont des déterminants de l'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant.

Ce travail ne prétend pas atteindre pleinement les objectifs fixés Certains d'entre eux mériteraient de faire l'objet de recherches plus approfondies avec des données autres que celles des MICS4. En effet, celles-ci ne sont pas faites spécifiquement pour une étude visant à mettre en relation de l'âge des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu leur premier enfant avec les caractéristiques sociodémographiques.

Références bibliographiques

- (MARTIN A., MAILLET R., *Les grossesses après 40 ans. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique du CNGOF*, tome XXIX, publié 2005.
- Bahéchar, Souad (2000), *Ni fleurs ni couronnes*, Casablanca, Le Fennec.
- Bessin M., Levilain H., Regnier-Loillier A. (2004) « Avoir des enfants « sur le tard ». Une exploration statistique de la « parenté tardive » à partir de l'EHF 1999 », in Résultats de l'enquête Etude de l'Histoire Familiale 1999, Paris, ed. de l'INED, 2005.
- Bouhdiba, Abdelwahab (1975), *La sexualité en Islam*, Paris, PUF.
- Bourquia, Rahma (1996), *Femmes et fécondité*, Casablanca, Afrique-Orient.
- CANTO-SPERBER Monique et FRYDMAN René, 2009, *Naissance et liberté : la procréation. Quelles limites ?*, Paris, France, LGF.
- Chafik, Nadia (1998), *Le secret des djinns*, Casablanca, Eddif.
- Collin, Françoise (1999), *Le différend des sexes*, Paris, Pleins Feux.
- Cynthia Lewis, (2014) La maternité aux âges élevés: une analyse des trajectoires féminines au 18^e siècle canadien, mémoire de fin d'étude, Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc) en démographie.
- Dumas, C. (2000). L'analyse des données de base. Dans R. J. Vallerand et U. Hess. (dir.), *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- El Khayat, Ghita (1988), *Le monde arabe au féminin*, Paris, PUF. exception à l'autre. Montréal, Éditions Boréal: 346.
- Fine A., V. Moulinié et J. C. Sangoï. 2009. « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme*, vol., no 191, p. 37-76.
- FRYDMAN R., *Les grossesses tardives*, Edition Hachette Pratique, Petits Pratiques Santé n°24, pages 61.
- Gauvreau, D., D.Gervais et P.Gossage (2007). La fécondité des Québécoises 1870-1970. D'une
- Grossesse à 43 ans et plus : risques maternels et périnataux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2012), p. 468-475.

- KHOSHNOOD B., BOUVIER-COLLE M.-H., LERIDONCH H., BLONDE Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé Del 'enfant. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2008) 37, 733-747.
- L'article de Julie MAR tory, enceinte à 35 ans : *les risques de la grossesse tardive*, octobre 2017. Repéré à www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=grossesse-tardive
- Lacoste-Dujardin, Camille (1985), *Des mères contre des femmes, Maternité et patriarcat au Maghreb*, Paris, La Découverte.
- Leridon, L. (2002). Les facteurs biologiques et sociaux de la fertilité: une vue d'ensemble, dans Graziella Caselli et coll. *Démographie: analyse et synthèse II. Les déterminants de la fécondité*. Paris, Éditions de l'Institut national d'études démographiques : 173-189.
- Les grossesses après 40 ans : issues obstétricales et néonatales à partir d'une étude de cohorte portant, du 1 er novembre 2014 au 31 octobre 2015 au CHU d'amines.
- Les grossesses après 40 ans. *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique du CNGOF*, tome XXIX, publié en 2005.
- Les vrais risques d'une grossesse tardive. *Le temps d'Algérie*. 09-04-2010.
- Lhassani, Amina (1995), *La citadelle détruite*, Rabat, Média Stratégie. Cité dans Mezgueldi, Zohra (2008), « La maternité dans la littérature féminine au Maroc », *Lectora*, 14: 51-63.
- M. Sauer et P. Vardhana *reproductive options for perme pausal and menopausal women*, chapter 8 pages 111-124, 2007.(traduction personnelle).
- Manon Vialle, 2014, L'«horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge, *Centre Norbert Elias, École des hautes études en sciences sociales (France)*, No. 21, p. 1-23, efg.inrs.ca
- Marie-Gaelle Brunellire, 2013, *Le suivi de grossesse et l'accouchement chez les femmes de 43 ans et plus*, page 7-8. Repéré à www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=grossesse-tardive
- Mezgueldi, Zohra (2008), "La maternité dans la littérature féminine au Maroc", *Lectora*, 14: 51-68.
- Negadi, 1975 *la fécondité en Algérie niveau tendances*, facteurs EPHE Paris.
- Office nationale des statistiques (ONS).

- Ouadah Bedidi 2012 *fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie* p.29
- Oudah Bedidi, Z, et Vallin, J, 2013, *Différentiels Socioéconomiques dans la fécondité et la formation de la famille*, XXXVII IUSSP International Population Conférence, Busan 2013.
- Pison, G. (2010). France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population et sociétés*, bulletin d'information de l'INED, no 465:1-4.
- Pr DOMMERGUES M., *Nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21 : impact et mise en œuvre*. Le Webzine de la Haute Autorité de Santé, 2011.
- Prioux, F. (2005). Late fertility in Europe: some comparative and historical date. *Rev.Epidemiol. Santé Publique*, 53 :2S3-2S11.Prioux, 2005 ; Gauvreau & coll., 2007 ; Pison, 2010).
- Salhi & Hamza-Cherif, 2011, *vieillesse démographique en Algérie, réalité et perspective*, colloque de 14^{ème} association maghrébine pour les études de population AMEP Alger.
- Segarra, Marta (1997), *Leur pesanteur de poudre : romancières francophones du Maghreb*, Paris, Le Harmattan.
- Verdier Y. 1980. « Le Petit Chaperon rouge dans la tradition orale », *Le Débat*, no 3, p. 31-61.
- Yves Coppieters, Philippe Bivort, Kamel Madani, Mohamed Mebtoul, Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algérien, *Santé Publique* 2011/5(Vol.23), pages 413 à 426

