



**Université d'Oran 2**  
**Faculté des Sciences sociales**

**THESE**

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat des Sciences  
En Démographie

**La santé reproductive en Algérie**

Présentée par :  
Melle :LachichiNawel

Sous la direction du :  
D: Hachem Amel.

Devant le jury composé de :

Daoudi Noureddine	Professeur	Université d'Oran 2	Président
Hachem Amel	MC A	Université d'Oran 2	Rapporteur
Kouidri Mohamed	Professeur	Université d'Oran 2	Examineur
ZerhouniFaiza	Professeur	Université de Mostaganem	Examineur
Hamza Cherif Ali	Professeur	Université de Tlemcen	Examineur
Tedj EddineAbdelAziz	Professeur	Université d'Oran 1	Examineur

**Année : 2021/2022**

# Remerciements

Après avoir rendu grâce à Dieu le tout puissant, de nous avoir donné la santé, la volonté pour pouvoir réaliser cette recherche, nous tenons à remercier vivement tous ceux qui, de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce document.

Plus particulièrement, je tiens à exprimer mes profonds remerciements à mon premier encadreur le professeur Salhi Mohamed qui m'a guidé de ces précieux conseils et suggestions, ainsi la confiance et la patience qu'il m'a témoignés tout au long de ce travail.

Je voudrais aussi remercier grandement mon directeur de thèse, Melle Hachem Amel, pour toute son aide. Je suis ravi d'avoir travaillé en sa compagnie car outre son appui scientifique, elle a toujours été là pour me soutenir et me conseiller au cours de l'élaboration de cette thèse.

Je remercie ensuite l'ensemble des membres du jury, qui m'ont fait l'honneur de bien vouloir accepter d'étudier et d'examiner avec attention mon travail.

Mes remerciements s'adressent également à tous les enseignants du Département de Démographie de Université d'ORAN 2.

Tous mes respects et remerciements à mon professeur Mr Hamza Cherif Ali.

Enfin, Je tiens ensuite à exprimer toute mes sincères sentiments de gratitude et de reconnaissances envers mes amis et collègues pour leur encouragements et leur soutien scientifique et moral, il s'agit de : Mr Bouassria Lotfi, Mr Maamar Mohamed, Mme TouilChahrazed, Melle Hachem Amel, Mme Ben Abed Aicha, Mr NedjarChawki, mon très chère frère Abdenour.

# Dédicaces

Du profond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers :

## *A MA CHÈRE Maman*

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour le sacrifice que vous avez consenti pour mon bien être, et pour le soutien et votre rêve d'être à ce grade.

Je vous remercie pour le soutien et l'amour que vous me portez durant toute ma vie et que votre bénédiction m'accompagne toujours.

Que ce travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices. Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et surtout longue vie.

## *A LA MEMOIRE DE MON PERE ET MES FRÈRES*

Ce travail est dédié à mon très chère papa, décédé trop tôt, à mes chères frères Hafid et Mustapha qui m'ont toujours poussés et motivés dans mes études.

## *A MES CHÈRES FRÈRES ET SŒURS*

Je dédie ce travail à ceux que je considère le poulx de ma vie, ma très chère et agréables sœur, à mes très chers frères ainsi à mes petits poussins : Adlane, Hafid, Assia, Maria et Farouk.

## *A mes chères amies*

Chahra, Asmaa, Karima Lazizi, Karima et Rachida Raho, je vous remercie pour votre amitié durable, pour votre amour, tendresse et votre soutien.

## Table des matières :

Remerciement	
Dédicace	
Introduction générale.....	1
 <b>Chapitre1 : Cadre conceptuelle et Historique de la santé reproductive et la politique de la population en Algérie</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>10</b>
I-Cadre conceptuel de L'étude.....	10
II-Historique de la santé reproductive et la politique de la population en Algérie	24
II-1-La conférence de Bucarest 1974.....	
II-2- Les conférences internationales sur les femmes :.....	
II-2-1-Conférence sur le statut des femmes à Mexico en 1975.....	26
II-2-2-Copenhague (1980) .....	27
II-2-3-Nairobi (1985) .....	28
II-2-4-La conférence de la Population et le Développement du Caire en 1994	29
II-2-5-Beijing (1995).....	31
II-2-6-2000cinq ans plus tard : .....	32
II-2-7-Le sommet du Millénaire (OMD), 2000-2015 :.....	33
II-2-8-2005.....	33
II-2-9-Programme de travail pluriannuel.....	34
II-2-10-La Conférence internationale sur la population et le développement après	35
2014 .....	
II-2-11-Les Objectifs de Développement Durable, 2015-2030 :.....	36
III-La mission de la Planification familiale et la santé reproductive : .....	37
III-1 - Planification familiale : .....	37
III-2 -La planification familiale sauve des vies :.....	37
III-3 -La planification familiale autonomise les femmes :.....	<b>37</b>
III-4 - La planification familiale apporte des avantages économiques :.....	38
III-5 - Les droits de santé sexuelle et reproductive.....	38
III-6- Plaidoyer pour l'approvisionnement de l'Algérie en produits	39
contraceptifs.....	
IV- Evaluation de la politique de la population en ALGERIE : .....	40

IV-1- 1ère Phase .....	40
IV-2- 2ème Phase .....	45
IV-2-1-Les mécanismes institutionnels :.....	46
IV-2-2-Les activités de santé reproductive :.....	47
IV-2-2-a-Elargissement du réseau d'offre de services .....	47
IV-2-2-b-Amélioration des capacités techniques des personnels.....	48
IV-2-2-c-Elargissement de la gamme et disponibilité des produits contraceptifs.....	48
IV-2-2-d- Organisation des prestations et services.....	49
IV-2-2-e- De la planification familiale à la santé reproductive.....	51
IV-2-3- Les activités d'information, d'éducation et de communication-IEC	54
IV-2-4- Etudes et recherches en matière de population.....	56
IV-3-3 <sup>ème</sup> phase, la politique de population Algérienne après l'an 2000.....	57
IV -3-1-Promotion de la femme .....	59
IV-3-2-Protection de la famille.....	61
IV-3-3-La promotion de la santé notamment en matière de reproduction...	62
IV-3-4- Collecte d'informations démographiques, études et recherches.....	65
<b>CONCLUSION :</b> .....	79

## **Chapitre 2 :**

### **Evolution des indicateurs de santé reproductive en Algérie**

<b>Introduction</b> .....	81
1 - L'importance des indicateurs de la santé reproductive .....	82
2 -'évolution de la population Algérienne de 1966 à 2018 .....	84
3 - La population Algérienne par secteur d'habitat .....	89
4 -L'évolution des indicateurs démographiques en Algérie .....	90
4-1 - Evolution des naissances et des mariages .....	90
5 - L'évolution des indicateurs de fécondité .....	91
5-1 -La population féminine en âge de procréation .....	92
5-2 -L'évolution des femmes en Age de Procréation selon les groupes d'âge.....	92
5-3 - l'indice synthétique de fécondité .....	94
5-4 - L'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence .....	96
5-5 - L'indice synthétique de fécondité et Le niveau d'instruction .....	67
5-6 -Le taux de participation des femmes en Algérie .....	99
5-7- L'analphabétisme féminin.....	100
5-8 - La fécondité par âge .....	101
5-9 -L'effet du lieu de résidence sur la répartition de lé fécondité par âge ...	103

5-10 - L'effet de l'instruction des femmes sur le taux de fécondité par âge .....	105
5-11 - L'âge moyen au mariage .....	108
5-12 - L'âge moyen à la maternité .....	110
6 - La contraception .....	111
6-1 -La prévalence contraceptive.....	111
6-2 -La prévalence contraceptive par type de méthode .....	114
6-3 -L'effet de l'âge de la femme sur la prévalence contraceptive .....	115
6-4 - Le milieu de résidence et la prévalence contraceptive .....	116
6-5- Le niveau d'instruction et la prévalence de la contraception .....	117
7 - Les besoins non satisfaits en matière de contraception .....	118
8 - Accessibilité au soin maternel e infantile.....	120
8-1 -Les soins prénatals :.....	121
8-2 - Les soins prénatals et le milieu de résidence:.....	122
8-3 - les soins prénatals et l'âge des femmes :.....	123
8-4 - Les soins prénatals et le niveau d'instruction des femmes :.....	124
9 - L'accouchement :.....	126
9-1 - L'accouchement et le lieu de résidence :.....	126
9-2 - L'accouchement et le niveau d'instruction :.....	128
10 - Evolution de la mortalité maternelle en Algérie :.....	129
11-Infrastructure Privées et public en Algérie en 2018 : .....	
<b>Conclusion :</b> .....	149

### **Chapitre 3 :**

#### **Etudes des indicateurs de santé reproductive a partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS 1(2012-2013)**

<b>Introduction</b> .....	152
I-Aspect méthodologique de l'enquête .....	153
I-1-Enquête à indicateurs multiples (MICS) dans le monde .....	153
I-1-1-Historique .....	153
I-1-2-Outils d'enquête .....	154
I-1-3-Résultats d'enquête.....	154
I-2- Description de l'enquête Algérienne par grappe à indicateurs multiple MICS4.....	154
I-2-1- Présentation de l'enquête.....	154
I-2-2- Objectifs de l'enquête MICS4.....	155
I-2-2- Le Questionnaire de l'enquête MICS4 .....	155
I-2-3- Découpage cartographique .....	156
A- Le district aggloméré.....	156

B- Le district épars.....	156
I-2-4-Elaboration du plan de sondage.....	157
A- Base de sondage.....	157
B- Population cible .....	157
C- Taille de l'échantillon.....	157
D- Plan de sondage.....	159
I-2-5-Mise à jour des grappes échantillons .....	160
A- Enquête test .....	160
B-Enquête de terrain .....	161
II-Aspect analytique de l'enquête .....	162
II-1-La fécondité des adolescentes .....	162
II-1-1-L'indice synthétique de fécondité .....	162
II-1-2-L'indice synthétique de fécondité et le niveau d'instruction.....	
II-1-3-Grossesse précoce .....	163
II-2-La fécondité des femmes âgées de 15- 49 ans .....	165
II-2-1-La répartition des femmes âgées de 15-49 ans.....	165
II-2-2-Les caractéristiques sociodémographiques des femmes âgées de 15-49 .....	166
II-2-3-La répartition des taux de fécondité .....	167
II-2-4-grossesse précoces .....	169
II-2-5-La parité des femmes âgées de 15-49 ans .....	170
II-2-5-a-La parité selon le niveau d'instruction .....	170
II-3-Le désir du dernier enfant des femmes âgées de 15-49 ans .....	172
II-3-1-Le désir du dernier enfant selon l'âge .....	172
II-3-2-Le désir d'avoir un autre enfant dans l'avenir .....	174
II-3-3-Le temps souhaité à attendre pour avoir un enfant.....	175
II-3-4-Le désir d'avoir le dernier enfant et le total des naissances .....	176
II-4-La contraception .....	177
II-4-1-La prévalence contraceptive selon l'espace de programmation territoriale et le milieu de résidence .....	177
II-4-2-La prévalence contraceptive selon la méthode et les EPT .....	180
II-4-4-La prévalence contraceptive selon l'âge de la femme et la méthode ....	181
II-4-5-La prévalence contraceptive selon le nombre d'enfants et le niveau d'instruction de la femme .....	183
II-4-6-Les causes du non utilisation de la contraception et l'âge de la femme.	186
II-4-7-Les causes du non utilisation de la contraception et le nombre d'enfants .....	188

II-5-Les besoins non satisfaits en matière de reproduction .....	191
II-5-1-Les besoins non satisfaits selon les EPT et le milieu de résidence ....	191
II-5-2-Les besoins non satisfaits selon l'âge des femmes et le nombre d'enfants.....	193
II-5-3-Les besoins non satisfaits selon le niveau d'instruction des femmes...	196
II-6- LES SOINS PRENATALS : .....	200
II-6-1-Les soins prénatals selon l'âge des femmes .....	200
II-6-2- Les personnes qui offrent les soins prénatals .....	201
II-6-3-Les personnes qui offrent les soins prénatals selon les EPT et le milieu de résidence .....	202
II-6-4-Les personnes qui offrent les soins prénatals selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction .....	204
II-6-5-Les causes principales de première consultation prénatale .....	206
II-6-6-Les causes principales de première consultation prénatale selon l'âge des femmes .....	206
II-6-7- Le nombre de visites prénatales : .....	207
II-6-7-a- Le nombre de visites prénatales selon les EPT et le milieu de résidence .....	207
II-6-7-b- le nombre de visites prénatales selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction .....	209
II-6-8-Contenu des soins prénatals : .....	211
II-6-8-a-Contenu des soins prénatals selon les EPT et le milieu de résidence .....	211
II-6-8-b- Contenu des soins prénatals selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction.....	212
II-6-9- Complications au cours de la grossesse : .....	213
II-7- L'accouchement :.....	214
II-7-1-Assistance à l'accouchement selon les EPT et le milieu de résidence .....	215
II-7-2-Assistance à l'accouchement selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction.....	216
II-7-3-Le lieu de l'accouchement selon les EPT et le milieu de résidence.....	218
II-7-4-Le lieu de l'accouchement selon l'âge des femmes et le nombre de visites et le niveau d'instruction.....	219
II-8- Les soins postnatals : .....	221
II-8-1-Durée du séjour dans les structures de santé selon les EPT et le milieu de résidence.....	221

II-8-2-Durée du séjour dans les structures de santé selon l'âge des femmes, le type de structure, le mode d'accouchement et le niveau d'instruction .....	222
II-8-3-L'examen de l'état de santé selon le lieu de l'accouchement .....	224
II-8-4-les soins post-natals pour le nouveau- né.....	225
II-8-4-a- les soins post-natals pour le nouveau- né selon l'espace de programmation territorial.....	225
II-8-4-b- les soins post-natals pour le nouveau- né l'âge de la femme à la naissance, le lieu de l'accouchement et le niveau d'instruction de la femme ....	226
II-8-5-le lieu et le personnel de la première visite postnatale selon l'espace de programmation territoriale.....	227
II-8-6-le lieu et le personnel de la première visite postnatale selon l'âge, le lieu d'accouchement et le niveau d'instruction de la femme .....	228
Conclusion .....	231
<b>Conclusion générale</b> .....	235
<b>Bibliographie</b> .....	247
<b>Annexe</b> .....	253

**Liste des tableaux :**

<b>N° 1 :</b> l'évolution de la population urbaine et rural en Algérie	<b>89</b>
<b>N°2 :</b> L'évolution des mouvements naturels et l'indice synthétique de fécondité	<b>91</b>
<b>N°3 :</b> Proportion des femmes en âge de procréation de la population total. (%) et de la population féminine totale. (%)	<b>93</b>
<b>N° 4 :</b> l'évolution de l'indice synthétique de fécondité :	<b>97</b>
<b>N°5 :</b> L'évolution de l'indice Synthétique de Fécondité selon le niveau d'instruction des femmes de 1970 à 2002.	<b>100</b>
<b>N°6 :</b> L'évolution des taux de participation des femmes.	<b>101</b>
<b>N°7 :</b> L'évolution des taux d'analphabétisme féminin.	<b>102</b>
<b>N°8 :</b> La répartition des taux de fécondité par âge. (‰)	<b>104</b>
<b>N°9 :</b> La répartition des taux de fécondité par âge et le milieu de résidence.	<b>105</b>
<b>N°10 :</b> l'évolution de l'âge moyen au mariage par sexe.	<b>110</b>
<b>N° 11:</b> L'évolution de l'âge moyen à la maternité.	<b>111</b>
<b>N°12 :</b> l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon la méthode(%).	<b>113</b>
<b>N°13 :</b> Evolution de la prévalence contraceptive (%) par type de méthode.	<b>114</b>
<b>N°14:</b> L'évolution de la prévalence de la contraceptive selon l'âge des femmes (%)	<b>116</b>
<b>N°15 :</b> L'évolution des besoins non satisfaits en matière de contraception par type et le milieu de résidence.	<b>119</b>
<b>N°16 :</b> L'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le milieu de résidence (%)	<b>122</b>
<b>N°17 :</b> l'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le milieu de résidence (%).	<b>123</b>
<b>N°18 :</b> L'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le l'âge des femmes (%).	<b>124</b>
<b>N°19 :</b> l'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le niveau d'instruction des femmes (%).	<b>125</b>
<b>N°20 :</b> l'évolution des proportions des accouchements pratiquées par des personnels qualifiés (%) .	<b>126</b>
<b>N°21 :</b> L'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement et le lieu de résidence (%).	<b>127</b>
<b>N°22 :</b> L'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement et les niveaux d'instruction des femmes (%).	<b>128</b>
<b>N°23 :</b> l'évolution des Taux de la mortalité maternelle pour 100000 naissances :	<b>131</b>

<b>N° 24 : Infrastructures privées (cliniques).</b>	<b>133</b>
<b>N° 25 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les E.H et les E.P.H.</b>	<b>135</b>
<b>N° 26 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les E.H.</b>	<b>136</b>
<b>N° 27 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Hospitaliers Universitaires (EHU).</b>	<b>137</b>
<b>N° 28 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les Etablissements Hospitaliers Spécialistes (EHP)</b>	<b>138</b>
<b>N° 29 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans Etablissements Publics Des Sante De Proximité(EPSP</b>	<b>139</b>
<b>N° 30 : Activité De Maternité Dans Les E.H &amp; Les E.P.H</b>	<b>140</b>
<b>N°31 : Activité des Maternités dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Hospitaliers Universitaires (EHU) .</b>	<b>145</b>
<b>N° 32 : Activité des Maternités dans les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS)</b>	<b>146</b>
<b>N°33 : Activité des Maternités dans les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EPSP)</b>	<b>148</b>
<b>N°34 : la répartition des Taux de Fécondité et Indice conjoncturel de fécondité des adolescentes selon l'Espace de Programmation Territoriale et le milieu de résidence.</b>	<b>162</b>
<b>N°35 : La répartition des Taux de Fécondité et l'indice conjoncturel de fécondité des adolescentes selon le niveau d'instruction des femmes :</b>	<b>163</b>
<b>N36° : La répartition la vie féconde des femmes selon les régions et le milieu de résidence (%).</b>	<b>164</b>
<b>N°37 : La répartition des femmes âgées 15- 49 ans selon l'Espaces de programmation Territoriale et le milieu de Résidence.</b>	<b>165</b>
<b>N°38 : La répartition des femmes selon l'âge, la situation matrimoniale, l'état de maternité et le niveau d'instruction.</b>	<b>166</b>
<b>N°39 : La répartition des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.</b>	<b>168</b>
<b>N°40 : La répartition des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.</b>	<b>170</b>
<b>N°41 : La répartition des femmes selon le total des naissances et le niveau d'instruction.</b>	<b>172</b>
<b>N°42 : La répartition des femmes selon l'âge et le désir d'avoir le dernier enfant au moment de l'enquête.</b>	<b>173</b>
<b>N°43 : La répartition des femmes selon le désir d'avoir un enfant plus tard.</b>	<b>174</b>
<b>N°44 : La répartition des femmes selon le temps souhaité à en avoir un enfant.</b>	<b>175</b>
<b>N°45 : La répartition des femmes selon le total des naissances et le désir d'avoir le dernier enfant au moment de l'enquête.(%)</b>	<b>177</b>
<b>N°46 : Les proportions des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon les régions et le milieu de résidence.</b>	<b>179</b>

N°47 : La répartition des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon l'âge.	<b>182</b>
N°48 : La répartition des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon le nombre de naissances vivantes et le niveau d'instruction.	<b>184</b>
N°49 : La répartition des femmes selon l'âge et les causes du non utilisation de la contraception.	<b>187</b>
N°50 : La répartition des femmes selon le total des naissances et la cause principale de ne pas utiliser une méthode contraceptive. (%)	<b>189</b>
N°51 : La répartition des femmes selon l'âge et la décision de l'utilisation de la contraception.	<b>190</b>
N°52 : La répartition des satisfactions des besoins selon les régions et le milieu de résidence.	<b>192</b>
N°53 : La répartition des satisfactions des besoins selon l'âge et le nombre des naissances vivantes.	<b>194</b>
N°54 : La répartition des satisfactions des besoins selon le niveau d'instruction.	<b>198</b>
N°55 : La répartition des femmes ont reçu des soins prénatals selon l'âge.	<b>200</b>
N°56 : La répartition des femmes selon la personne qui a offert les soins prénatals.	<b>202</b>
N°57: La répartition des femmes selon les personnes disposant les Soins prénatals par régions et le milieu de résidence.	<b>204</b>
N°58 : La répartition des femmes selon les personnes disposant les soins prénatals, l'âge et le niveau d'instruction.	<b>205</b>
N°59 : La répartition des femmes selon La cause principale à effectuer la première consultation prénatale	<b>206</b>
N°60 : La répartition des femmes selon l'âge et La cause principale à effectuer la première consultation prénatale.(%)	<b>207</b>
N°61 : La répartition des femmes selon le nombre de visites selon les régions et le milieu de résidence.	<b>209</b>
N°62: La répartition des femmes selon le nombre de visites, l'âge et le niveau d'instruction.	<b>210</b>
N°63: La répartition des femmes enceintes qui se sont fait prendre la tension, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon l'âge et le niveau d'instruction.	<b>213</b>
N°64 : La répartition des femmes selon les complications pendant ou juste avant l'accouchement.	<b>213</b>
N°65: La répartition des femmes selon le reçoit de traitement suite à des complications de grossesse.	<b>214</b>
N°66 : La répartition des femmes selon l'hospitalisation suite à des complications de grossesse.	<b>214</b>
N°67: La répartition des femmes selon l'assistance à l'accouchement.	<b>215</b>

<b>N°68:</b> La répartition des femmes selon les personnes assistant à l'accouchement dans les régions et le milieu de résidence.	<b>216</b>
<b>N°69:</b> La répartition des femmes selon le lieu d'accouchement dans les régions et le milieu de résidence.	<b>219</b>
<b>N°70:</b> La répartition des femmes selon le lieu d'accouchement, l'âge et le niveau d'instruction.	<b>220</b>
<b>N°71:</b> La répartition des femmes selon la durée du séjour dans la structure de santé dans les régions et le milieu de résidence.	<b>222</b>
<b>N°72:</b> La répartition des femmes selon la durée du séjour dans la structure de santé, l'âge, type de structure, mode d'accouchement et le niveau d'instruction.	<b>224</b>
<b>N°73 :</b> répartition des femmes selon l'exécution de l'examen de l'état de santé avant de quitter la structure de santé et le lieu d'accouchement (%).	<b>225</b>
<b>N°74:</b> La répartition des femmes selon la visite post-natale pour le nouveau-né dans les régions et le milieu de résidence.	<b>226</b>
<b>N°75:</b> La répartition des femmes selon la visite post-natale pour le nouveau-né, l'âge des femmes à la naissance, le lieu d'accouchement et le niveau d'instruction.	<b>227</b>
<b>N°76:</b> La répartition des femmes selon le lieu de la visite post-natal pour le nouveau-né le personnel consultant dans les régions et le milieu de résidence.	<b>228</b>
<b>N°77:</b> La répartition des femmes selon le lieu de la visite post-natal pour le nouveau-né, le personnel consultant, l'âge des femmes à la naissance, le lieu d'accouchement et le niveau d'instruction.	<b>230</b>

**Liste des figures :**

<b>N°1</b> : Pyramide des âges de l'année de 1966.	<b>87</b>
<b>N°2</b> : Pyramide des âges de l'année de 1977.	<b>87</b>
<b>N°3</b> : Pyramide des âges de l'année de 1987.	<b>88</b>
<b>N°4</b> : Pyramide des âges de l'année de 1998.	<b>88</b>
<b>N°5</b> : Pyramide des âges de l'année de 2008.	<b>89</b>
<b>N°6</b> : Pyramide des âges de l'année de 2018.	<b>89</b>
<b>N°7</b> : L'évolution des indicateurs démographiques, TBN, TBM, Taux d'accroissement.	<b>91</b>
<b>N°8</b> : L'évolution des mouvements naturels.	<b>93</b>
<b>N°9</b> : Proportion des femmes en âge de procréation de la population totale. (%)	<b>95</b>
<b>N°10</b> : Proportion des femmes en âge de procréation de la population féminine total. (%)	<b>95</b>
<b>N°11</b> : L'évolution des femmes en Age de Procréation selon les groupes d'âge.	<b>97</b>
<b>N°12</b> : l'évolution de l'indice synthétique de fécondité.	<b>98</b>
<b>N°13</b> : Evolution des indices synthétique de fécondité générale selon le milieu de résidence.	<b>99</b>
<b>N°14</b> : La différence de l'indice synthétique de fécondité entre le milieu urbain et rural.	<b>100</b>
<b>N°15</b> : l'évolution des taux de participation des femmes en Algérie.	<b>102</b>
<b>N°16</b> : L'évolution des taux d'analphabétisme féminin.	<b>104</b>
<b>N°17</b> : La répartition des taux de fécondité par âge. (‰).	<b>105</b>
<b>N°18</b> : L'écart de fécondité entre le milieu urbain et rural.	<b>107</b>
<b>N°19</b> : La répartition des taux de fécondité par âge et le milieu de résidence.	<b>107</b>
<b>N°20</b> : l'évolution des taux de fécondité par âge selon le niveau d'instruction des femmes de 1970 à 2002.	<b>110</b>
<b>N° 21</b> : l'évolution de l'âge moyen au mariage par sexe.	<b>112</b>
<b>N°22</b> : l'évolution de la prévalence de la contraceptive(%).	<b>114</b>
<b>N°23</b> : l'écart entre la prévalence contraceptive des méthodes modernes et traditionnelles.	<b>115</b>
<b>N°24</b> : l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon l'âge des femmes (%).	<b>117</b>
<b>N°25</b> : l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon le milieu de	<b>118</b>

résidence (%)	
<b>N°26:</b> l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon le niveau d'instruction (%)	<b>119</b>
<b>N° 27 :</b> La répartition des femmes selon les besoin non satisfaits en matière de contraception.	<b>121</b>
<b>N°28 :</b> l'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement (%).	<b>128</b>
<b>N°29 :</b> l'évolution des proportions des accouchements dans un lieu assisté.	<b>129</b>
<b>N°30:</b> l'évolution des Taux de la mortalité maternelle pour 100000 naissances.	<b>133</b>
<b>N°31 :</b> Répartition des femmes enquêtées selon l'état de maternité.	<b>167</b>
<b>N°32:</b> La répartition des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.	<b>169</b>
<b>N°33 :</b> La répartition des femmes selon le total des naissances et le niveau d'instruction(%).	<b>171</b>
<b>N°34 :</b> La répartition des femmes selon l'âge et le désir d'avoir un dernier enfant au moment de l'enquête.	<b>173</b>
<b>N°35 :</b> La répartition des femmes selon l'âge le temps souhaité à en avoir un enfant.	<b>176</b>
<b>N°36 :</b> La répartition des femmes selon le nombre d'enfant et le vouloir d'avoir le dernier enfant au moment de l'enquête(%).	<b>177</b>
<b>N°37 :</b> Les proportions des femmes actuellement mariées selon le type de contraception et les régions.	<b>180</b>
<b>N°38 :</b> Les proportions des femmes actuellement mariées selon le type de contraception et le milieu de résidence.	<b>181</b>
<b>N°39 :</b> La répartition des femmes actuellement mariées selon l'utilisation des types de la contraception et l'âge.	<b>183</b>
<b>N°40 :</b> La répartition des femmes actuellement mariées selon l'utilisation des types de la contraception et le nombre d'enfants.	<b>185</b>
<b>N°41 :</b> La répartition des femmes actuellement mariées selon l'utilisation des types de la contraception et le niveau d'instruction.	<b>185</b>
<b>N°42 :</b> La répartition des femmes selon l'âge et la décision de l'utilisation de la contraception.	<b>191</b>
<b>N°43 :</b> La répartition des besoins satisfait en matière de contraception selon l'âge.	<b>195</b>
<b>N°44 :</b> La répartition des besoins non satisfait en matière de contraception selon l'âge	<b>195</b>

<b>N°45</b> : La répartition des besoins satisfait en matière de contraception selon le nombre d'enfant.	<b>196</b>
<b>N°46</b> : La répartition des besoins non satisfait en matière de contraception selon le nombre d'enfant.	<b>196</b>
<b>N°47</b> : La répartition des besoins satisfait en matière de contraception selon le niveau d'instruction.	<b>199</b>
<b>N°48</b> : La répartition des besoins non satisfait en matière de contraception selon le niveau d'introduction.	<b>199</b>
<b>N°49</b> : La répartition des femmes ont reçu des soins prénatals selon l'âge.	<b>201</b>
<b>N°50</b> : La répartition des femmes selon la personne qui a offert les soins prénatals.	<b>202</b>
<b>N°51</b> : La répartition des femmes enceintes se sont fait prendre la tension, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon les espaces de programmation territoriales.	<b>211</b>
<b>N°52</b> : La répartition des femmes enceintes se sont fait prendre la tension, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon le milieu de résidence.	<b>212</b>
<b>N°53</b> : La répartition des femmes selon les personnes assistant à l'accouchement et l'âge	<b>217</b>
<b>N54°</b> : La répartition des femmes selon les personnes assistant à l'accouchement et le niveau d'instruction.	<b>217</b>

## Liste des abréviations :

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire.

**EHU** : Etablissement hospitalier universitaire.

**EPH** : Etablissement public hospitalier.

**EH** : Etablissement hospitalier.

**EHS** : Etablissement hospitalier spécialisé.

**EPSP** : Etablissement public de santé de proximité.

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile.

**SR/PF** : Santé reproductive /planification familiale.

**DSP** : Direction de la Santé et de la Population.

**PAMP** : Plan d'action mondial de la population.

**CIPD** : La conférence de la Population et le Développement du Caire.

**ONG** : Les organisations non gouvernementales

**CCF** : la Commission de la condition de la femme.

**IPPF**: International Planned Parenthood Federation, la Fédération Internationale du Planning Familial:

**FUNAP** : Fond des Nations Unies des Affaires de Population.

**PSB** : la Division de Service d'approvisionnement ( Procurement Service Branch)

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONU** : Organisation des Nations Unies.

**UNGASS** : Spécial Session of United Nation Général Assembly, **La Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies**

**PNMCD** : le programme national de maîtrise de la croissance démographique

**CENEAP** : Centre National des Etudes et Analyses de Population.

**CMU** : la couverture de maladie universelle.

**RGPH** : le Recensement Générale de la Population et de l'Habitat.

**EPT** : Espaces de Programmation Territoriale

# *Introduction générale*

### **Introduction générale :**

Une des priorités internationales de chaque gouvernement est de connaître l'état de santé de sa population. Cette dernière débute de la conception, la naissance jusqu'à la mort et elle touche les hommes et les femmes. La santé reproductive est un des éléments constituant la santé.

Dans tous les pays du monde et particulièrement dans les pays en voie de développement, l'amélioration de la santé reproductive est considérée comme une priorité. Elle est devenue une condition importante du développement depuis la conférence mondiale de la population tenue au Caire (Egypte) en 1994.

Plusieurs progrès ont été réalisés en matière de santé et de maîtrise de la fécondité à travers le monde. Dans la plupart des pays du monde, la fécondité a connu des baisses remarquables, passant dans les pays en voie de développement d'un niveau très élevé dépassant largement six (6) enfants par femme à un niveau plus faible, contre des niveaux plus réduits ne dépassant pas 3,5 enfants femme pour les pays développés en 1950 (Joseph Alfred Grinblat, 2008)

La baisse importante a été notée uniquement en Amérique du Nord, où la fin du baby-boom de l'après-guerre a fait chuter la fécondité de 3,5 à 2,6 enfants par femme. Jusqu'au début des années soixante-dix, 127 pays avaient une fécondité de 5 enfants ou plus sur un total de 197 pays, parmi eux 101 avaient 6 enfants ou plus et 38 avaient 7 enfants ou plus. En parallèle, 41 pays avaient moins de 3 enfants, dont 8 avaient déjà un niveau en dessous du niveau de renouvellement des générations (2,1 enfants par femme). Seuls 29 pays avaient une fécondité en transition, entre 3 et 5 enfants (Joseph Alfred Grinblat, 2008)

La fécondité a continué sa baisse au cours des années. Lors de la Conférence du Caire en 1994, on assiste à une nouvelle orientation du rapport entre fécondité et développement en mettant l'accent sur la condition féminine. Cette nouvelle orientation a contribué à la chute de la fécondité entre 1990-2005, de 15 % pour l'ensemble des régions développées et 25% pour les régions en développement. Cependant, les baisses les plus fortes ont été observées en Europe de l'Est (40%) et en Afrique du Nord (37%) (Joseph Alfred Grinblat, 2008). L'Amérique centrale (31%), l'Asie de l'Est (30%), l'Afrique du Sud, l'Asie occidentale et l'Asie

## *Introduction générale*

---

centrale du Sud (29%) ont connu des baisses sensibles mais plus modérées (Joseph Alfred Grinblat, 2008).

La chute de la fécondité continue, afin d'atteindre son niveau le plus faible en 2019, soit un indice Synthétique de fécondité (ISF) de 2.4 enfants par femme à l'échelle mondiale, avec toujours les niveaux les plus élevés en Afrique (4.4 enfants par femme et de 5.49 enfants par femme en Afrique centrale). En parallèle les niveaux les plus faibles sont observés en Océanie (2.3 enfants par femme), l'Asie (2.1), 1.9 enfants par femme en Amérique et 1.7 enfants par femme en Asie Orientale. L'Europe reste toujours le continent le moins fécond du monde avec un ISF de 1.6 enfants par femme (GILLES PISON, 2019).

Cette baisse de la fécondité était d'une part la cause des principaux changements observés sur le plan démographique, économique et sanitaire et d'autre part la conséquence des transformations qui ont touché les principaux indicateurs démographiques, économiques et sanitaires, ce qui a impliqué une tendance mondiale aux familles réduites. La composition d'une famille est fortement liée aux droits reproductifs, qui dépendent eux-mêmes de nombreux autres droits, notamment à la santé et davantage la santé reproductive, à l'éducation et à l'emploi. Ceci se traduit par la liberté des couples en matière de procréation. Les personnes décident eux-mêmes du nombre d'enfants qu'elles désirent avoir et du moment convenable pour cela. À long terme, ce choix a des répercussions sur l'évolution du taux de fécondité, qui peut ainsi être supérieur ou inférieur selon les désirs de la majorité de la population.

En revanche, quand ces droits sont négligés « les populations peinent à s'épanouir pleinement, ce qui entrave les progrès économiques et sociaux (Etat de la population mondiale, FNUAP, 2018). Pour les hommes comme pour les femmes, la santé reproductive est une préoccupation qui durera toute la vie, de l'enfance à un âge avancé. Cela veut dire qu'à n'importe quelle étape de la vie d'une personne, la santé reproductive a de profondes répercussions sur son état de santé plus tard dans la vie (Santé sexuelle et reproductive, FNUAP, 2018).

Ce constat est notamment évident dans les pays en développement, où les questions de la santé reproductive sont une des principales causes des problèmes de santé et de décès parmi les femmes et les filles en âge de procréer. Chez les femmes des pays pauvres, on observe un taux disproportionné de grossesses non désirées, d'avortements dangereux, de mortalité et d'invalidité maternelle, de

## *Introduction générale*

---

maladies sexuellement transmissibles (MST), de violences sexistes et d'autres problèmes similaires.

A travers les années, de multiples transformations ont été observées dans différents domaines économique, social, culturel et médical, ce qui a certainement des répercussions sur la taille de la famille. Dans le monde entier, on assiste à une amélioration des taux de scolarisation des filles et la prolongation de la durée de cette dernière à des niveaux supérieurs, ce qui a contribué à l'augmentation des taux de la participation féminine au marché du travail et au recul de l'âge moyen au mariage. De ce fait, on observe une nouvelle catégorie de femme, parés son émancipation, elle privilège son prestige social avant de se marier ou d'enfanter pour créer son autonomie et lutter contre les difficultés de la vie.

Dans ce contexte, l'OMS a élaboré des stratégies pour encourager la planification familiale en créant des lignes directrices basées sur des données réelles sur la sécurité des méthodes contraceptives et la prestation des services correspondants, d'où l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs dans de nombreuses régions du monde, dont l'Asie et l'Amérique latine qui enregistrent les meilleurs taux, contre des taux plus faibles en Afrique subsaharienne.

Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014 et à 57.1% en 2019(OMS, 2019).Mais au niveau régional, la proportion de femmes mariées utilisant une méthode contraceptive moderne a faiblement augmenté entre 2008 et 2014, sachant qu'en Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, de 60,9 à 61% en Asie et de 66,7% à 67% en Amérique latine et dans les Caraïbes (OMS, 2018).

Suite à cette situation, Le Fond des Nations Unis pour La population(FNUAP) a élaboré des stratégies pour soutenir les programmes conçus en fonction des différentes difficultés auxquelles les personnes sont confrontées à différentes étapes de leur vie, telle que l'éducation sexuelle complète, la planification familiale, les soins-prénatals, l'accouchement sans risque et les services de prévention des maladies sexuellement transmissibles (dont le VIH), ainsi que les services favorisant le dépistage et le traitement précoce des maladies liées à la santé reproductive (dont le cancer du sein et du col de l'utérus).( FNUAP, 2014).

## *Introduction générale*

---

Mais malgré toutes ces stratégies, la mortalité maternelle qui est une composante principale de la santé reproductive reste encore élevée dans un grand nombre de pays. Cette situation est considérée comme inacceptable vu les investissements humains et matériels déployés dans ce domaine. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majorité de ces décès se sont survenus dans des pays à revenu faible dont ils auraient pu être évités. Dans les pays en développement, le ratio de mortalité maternelle a été de 239 pour 100 000 naissances en 2015, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. Entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle dans le monde n'a diminué que de 2,3% par an (OMS, 2019).

Il faut signaler que ce n'est qu'à partir de l'an 2000 que la baisse de la mortalité maternelle a vraiment été remarquable, dans certains pays, le recul annuel de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010 dépassé 5,5%, ce qui équivaut au taux attendu quelque années pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. A titre d'exemple, un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne, ont pu réduire de moitié leur taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, tel que l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus étendus ont été accomplis. (Mortalité maternelle, OMS, 2019).

L'Algérie n'échappe pas à cette situation, le scénario est le même. La fécondité, passe d'un niveau très élevé après l'indépendance soit d'un indice synthétique de fécondité qui dépasse les 8 enfants/femme, dû à une politique encourageant la natalité pour récupérer la perte humaine de la guerre de la révolution, suivi par de légères baisses continues d'une période à une autre pour atteindre un ISF de 6.2 enfants / femme en 1987 contre 7.41 enfants / femme en 1977. Ce n'est qu'au début des années 90 que le niveau de la fécondité en Algérie a commencé de connaître une baisse notable atteignant 2.74 enfants / femme en 1998. Après cette date, la fécondité poursuit sa baisse pour atteindre son minimum de 2.27 enfants/ femme en 2006 (Hachem. A, 2011). Mais à partir de l'année de 2008, une augmentation modeste de l'ISF a été observée pour se stabiliser à 3.0 enfants / femme en 2018 (Démographie algérienne, 2018).

En général, l'Algérie a cumulé de réels progrès en matière de scolarisation féminine, de santé et de régulation de la fécondité. Malgré ces progrès enregistrés

## *Introduction générale*

---

la situation de la santé reproductive reste préoccupante particulièrement avec la crise multidimensionnelle (économique, sociale et culturelle) qui touche toute la population, prise dans la tourmente de la mondialisation. Cette dernière porteuse de nouvelles valeurs, qui sont plus centrées sur l'individu et les libertés fondamentales de l'homme (Hachem A., 2012).

Il est évident qu'il existe un lien très étroit entre la santé et les conditions socioéconomiques et culturelles que vivent les populations. Sachant que les facteurs socioéconomiques et culturels sont considérés comme les déterminants les plus pertinents du comportement reproductif de la population. Les femmes sont plus concernées que les hommes par les problèmes de santé reproductive.

Il faut savoir que la santé reproductive couvre à la fois l'accès à la santé et à la protection de la santé ainsi que la prévention et le traitement des maladies. En matière de santé reproductive, nous avons jugé important de l'étudier à travers l'analyse de ces principales composantes telles que la planification familiale, les soins post-partum et prénatals, la maternité sans risque, la santé de l'enfant, la fécondité et la santé de la mère.

En Algérie et selon le rapport de l'Algérie 2000-2015 sur les objectifs du millénaire pour le Développement (OMD), malgré les progrès remarquables qui ont été réalisés en matière de santé reproductive dus à la stratégie nationale de développement, mise en œuvre durant les quinze dernières années, qui a permis de répondre, de façon «notable», aux attentes accumulées et renouvelées de la population, elle n'a pas pu atteindre tous les objectifs du millénaire qu'elle s'était fixés.

L'amélioration de plusieurs indicateurs était nécessaire pour une éventuelle amélioration de la situation de la santé reproductive. Cette amélioration se traduit par l'amélioration de la gouvernance de la lutte contre la mortalité maternelle, la mobilisation sociale, le renforcement de la communication et de la planification familiale, l'amélioration de la qualité des soins durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, l'accouchement assisté par un personnel qualifié, réduire les inégalités régionales notamment dans le Sud et renforcer la participation des femmes et des familles dans la santé.

De ce fait, notre étude s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé et précisément la santé reproductive féminine puisqu'on s'intéresse à la santé

## *Introduction générale*

---

reproductive chez les femmes. Elle vient examiner la situation de la santé reproductive à travers ces principales composantes en essayant de chercher l'impact des stratégies et politiques élaborés par le gouvernement sur les différents indicateurs présentant la santé reproductive.

Et alors, notre questionnement principal est la suivante :  
Quelle est la situation de la santé reproductive chez les femmes algériennes ?

De cette question principale découlent un nombre de questions secondaires tel que :

- Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des femmes en âge de procréation utilisant un moyen contraceptif ?
- Quel est le niveau des connaissances des femmes en matière de la santé reproductive ?
- la santé reproductive autant qu'un droit humain, est-elle offerte à toutes les femmes avec le même niveau de satisfaction ?
- A travers les différents indicateurs en matière de la santé reproductive, quel est le niveau de satisfaction de cette population ?

A partir de ces questionnements, nous avons élaboré les hypothèses suivantes qui nous nous semblent les plus pertinentes.

- La situation s'est considérablement améliorée ces dernières années, mais de nombreuses lacunes affectent encore la santé reproductive.
- l'amélioration de la connaissance des femmes et des couples sur l'importance de la santé reproductive pour une meilleure de la mère et de l'enfant.
- Des disparités régionales persistent en matière de santé reproductive particulièrement entre le Nord et le Sud.
- l'éloignement des structures d'accouchement est un facteur de la mortalité maternelle.
- les conditions socio- démographiques et économiques de la femme influent sur ces comportements reproductifs.

L'objectif de notre étude est d'analyser la situation de la santé reproductive chez les femmes en Algérie, en examinons les liens entre les différents indicateurs démographiques et les composantes de la santé reproductive, en

## *Introduction générale*

---

démontrant l'évolution de ces indicateurs dans le temps pour une éventuelle comparaison et les différents changements qui sont survenus et l'impact des différentes politiques Algériennes sur les améliorations apportées dans le domaine de la santé reproductive.

Pour répondre à notre questionnement et réaliser les objectifs de cette étude, quatre chapitres ont été élaborés. Dans le premier chapitre nous présenterons le cadre conceptuel et de l'étude dans un premier temps, vu leur importance dans l'étude de la santé reproductive, et dans un deuxième temps, nous exposerons les différents indicateurs liés à notre étude avec la méthode de calcul pour chacun.

Quant au deuxième chapitre, il traitera l'historique de la santé reproductive et la politique de population au niveau mondiale et en Algérie, dans le but de démontrer les différents progrès réalisés dans ce domaine et l'importance des politiques de population.

Dans le troisième chapitre, nous analyserons l'évolution des divers indicateurs démographiques en Algérie pour donner une vision générale de la situation démographique de l'indépendance à nos jours en s'appuyant sur les différents sources de données (les recensements de la population et de l'habitat et les différentes enquêtes nationales sur la santé), l'évolution de la population algérienne, des proportions des femmes en âge de procréation (15-49ans) et celle de l'indice synthétique de fécondité, la prévalence de l'utilisation de la contraception, les taux de mortalité maternelle, les besoins satisfaits et non satisfait en matière de santé reproductive ou planification familiale. Ensuite faire une analyse de la relation entre les différents indicateurs et variables liés l'étude pour démontrer l'impact de l'un sur l'autre.

Enfin le dernier chapitre sera réservé à l'étude analytique du fichier Femme dans la base des données de l'enquête nationale MICS4 (2012-2013). Mais avant de passer à l'analyse des données, il est important de donner une description de l'enquête MICS et son déroulement en Algérie dans un premier temps et présenter une analyse des données publiées dans le rapport final de la MICS sur la santé reproductive chez les femmes. Cette partie va être suivie par une analyse de l'impact des différentes caractéristiques sociodémographiques de la femme sur la situation de la santé reproductive et monter les disparités régionales en matière de la santé reproductive en Algérie.

***Chapitre 1 :***  
***Cadre conceptuelle et Historique de la santé  
reproductive et la politique de la population  
en Algérie***

### **Introduction :**

La santé reproductive a attiré l'intention de plusieurs acteurs dans le domaine de la politique, l'économie, la religion ainsi d'expert démographes. Elle était traitée dans des différentes conférences internationales. Ce chapitre traitera au départ le cadre conceptuel de l'étude et ensuite les différentes conférences à travers l'histoire qui ont discuté de loin ou de près la question de la politique démographique, et ensuite nous examinant les différentes étapes de la politique de population suivie par le gouvernement algérien après l'indépendance à nos jours là.

### **I – Cadre conceptuel de l'étude :**

Au début des années soixante dix, la question de la population était concentrée sur la planification familiale. Plusieurs études ont été réalisées dans ce domaine pour pouvoir mesurer les besoins satisfaits et non satisfaits de population en matière de contraception. Ces études ont pu démontrer la relation existante entre la santé de l'enfant, le niveau élevé de la mortalité maternelle et l'intervalle génésique particulièrement dans les pays en voie de développement, d'où l'apparition de la notion de la santé reproductive et de la maternité sans risque. Cette dernière a été considérée comme une stratégie pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Avec la propagation des maladies sexuellement transmissibles (MST), la santé reproductive a pris plus d'ampleur.

Lors de la conférence internationale de la population et du développement du Caire (CIPD 1994), la notion de « la Santé Reproductive » a été traitée au sens plus large pour couvrir des domaines variés telle que le statut de la femme, la sexualité des jeunes, la planification familiale, l'avortement, etc...

#### **I. -Définition des concepts liés à la santé reproductive :**

**1) La santé reproductive :** Selon l'OMS, la santé reproductive est: « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

([https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/))

#### **a) - La santé reproductive selon la conférence du Caire en 1994 :**

Ainsi, "par santé reproductive, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie

sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé reproductive l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles"...(<https://www.hcp.ma/file/103092>)

De cette définition, ressortent quatre grands principes, à savoir :

- Le premier principe met l'accent sur la santé en tant qu'état positif, plutôt que sur l'absence de maladie;
- Le deuxième principe est la notion de liberté dans les choix reproductifs;
- Le troisième principe est celui de la santé sexuelle. Il met l'accent non seulement sur la lutte contre les MST, mais également sur la prévention contre ces maladies et contre la violence liée à la sexualité.

Enfin, le dernier principe concerne le contexte socio-économique de la reproduction. (<https://www.hcp.ma/file/103092>)

**b) -La santé reproductive** comprend également la détection précoce d'affections gynécologiques, à l'aide d'examens tels que la palpation mammaire et le frottis cervico-utérin.

Certains groupes extrémistes liés au fondamentalisme religieux, considèrent que la santé reproductive est à l'origine de l'assassinat d'enfants, dans la mesure où ils sont contre les méthodes de contraception et l'avortement sous toute circonstance. Ils trouvent même que la santé reproductive est une violation des droits humains. Toutefois, la science assure que la santé reproductive permet une meilleure vie aussi bien pour les parents que pour leurs enfants.<https://lesdefinitions.fr/sante-reproductive>

**2) - La planification familiale** permet aux individus et aux couples d'anticiper le nombre d'enfants désirés, d'espacer les naissances et de planifier leur naissance.

Ceci est possible grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité.

La capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé et son bien-être ainsi que sur l'issue de chaque grossesse.

[adams.over-blog.com/2016/.../thematique-planification-familiale-et-developpement.ht...](https://adams.over-blog.com/2016/.../thematique-planification-familiale-et-developpement.ht...)

**3) -La santé maternelle** prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu' au postpartum. Si la maternité est souvent une expérience positive et satisfaisante, elle est, pour un grand nombre de femmes, synonyme de souffrance, de maladie et même de mort.

Les principales causes directes de morbidité et de mortalité maternelles sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et la dystocie, c'est à dire les complications survenant lors de l'accouchement (OMS, 2019) .

**4) - La mortalité maternelle** reste très élevée. Environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement (OMS, 2018 ).<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

**a) -La mortalité maternelle :** est un des indicateurs de santé qui reflète le plus les disparités entre les pays riches et les pays pauvres. Les interventions destinées à réduire la mortalité maternelle ne sauraient prendre la forme de programmes verticaux isolés. Les interventions en faveur de la maternité sans risque doivent être mises en œuvre dans le cadre de programmes plus élargis incluant la lutte contre les carences nutritionnelles, la supplémentation en micronutriments, l'espacement des naissances, la prévention des grossesses non désirées et un suivi adéquat sur les plans quantitatif et qualitatif (OMS, 2019).

**b) - Décès maternel :** c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite (Grazeilla CASELLI et autres,2002, p.110).

Dans la pratique, il est souvent impossible de déterminer la cause exacte du décès d'une femme enceinte ou récemment enceinte, en particulier lorsque le décès survient en dehors d'un établissement de santé. C'est pourquoi l'OMS et d'autres acteurs dans ce domaine utilisent souvent une définition plus large, à savoir le décès lié à la grossesse. Cela évite d'avoir à déterminer la cause du décès et regroupe dans les décès liés à la grossesse toutes les femmes en âge de procréer qui étaient enceintes ou l'avaient été récemment au moment du décès.

Cette définition est plus proche de celle du décès infantile, défini seulement en fonction du moment du décès. A toutes fins pratiques, la différence entre ces deux mesures est minime, car seule une très faible proportion des décès de femmes enceintes ou récemment enceintes est sans lien avec la grossesse elle-même.

**c) -Taux de mortalité maternelle :** Le rapport entre les décès maternels (ou liés à la grossesse) et le nombre total de naissances vivantes, exprimé pour 100000 naissances vivantes.

**d) – Le Ratio de la mortalité maternelle :** Selon l'OMS. Depuis longtemps, la mesure de la mortalité maternelle a été cernée par le ratio de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Il exprime la probabilité de décéder chez les femmes enceintes, c'est à- dire le risque lié à la grossesse.

**5) - La mortinaissance :** Selon la définition de la société des obstétriciens et gynécologues de CANADA: Elle se produit lorsque le bébé meurt après 20 semaines de gestation, mais avant l'accouchement. On s'appelle aussi avortement spontané, fausse couche ou mort fœtale qui survient avant 20 semaines. La fréquence de la mortinaissance est d'environ cinq sur mille grossesses. On classe les mortinaissances dans l'une des trois catégories suivantes :

- Mortinaissance précoce (mort fœtale entre 20 et 27 semaines de grossesse)
  - Mortinaissance intermédiaire (mort fœtale entre 28 et 36 semaines de grossesse)
  - Mortinaissance tardive (mort fœtale à 37 semaines de grossesse et plus)
- (<https://www.pregnancyinfo.ca/fr/birth/special-considerations/stillbirth/>)

**6) - L'avortement :** Selon l'OMS "on entend par avortement l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit capable de mener une vie extra-utérine indépendante. On admet traditionnellement que le fœtus est viable à la 28ème semaine de gestation à compter du premier jour des dernières règles. On entend par avortement provoqué, celui qui résulte d'une intervention délibérée de la femme elle-même ou d'un tiers en vue d'interrompre la grossesse. (OMS, 1970)

Tous les avortements qui ne sont pas volontairement provoqués sont qualifiés de spontanés, même en présence d'une cause extérieure telle qu'un traumatisme, un accident ou une maladie. On donne également le nom de fausse couche à l'avortement spontané([http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_461\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_461_fre.pdf))

**-La Protection maternelle et infantile :** La protection maternelle et infantile (P.M.I.) est un organisme départemental chargé de la protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que des enfants de la naissance à 6 ans.

Les centres de P.M.I. doivent comporter obligatoirement:

- Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales, destinées aux futurs mariés et aux parents.
- Des consultations de médecine infantile, d'enfants du premier et du second âge.
- Une consultation de lutte contre la stérilité.
- Une consultation de conseil génétique.
- Un centre de planification ou d'étude familiale.

Ces trois dernières consultations peuvent être regroupées avec les consultations prénuptiales et prénatales (consultations sur les problèmes de **la naissance**).

(<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-protection-maternelle-et-infantile.html>)

**7) - Politique de population :** Définie comme un système d'actions, concrétisé par un ensemble intégré de programmes, intentionnellement élaboré et mis en œuvre pour atteindre certains objectifs et déterminer les moyens à mettre en œuvre dans cette perspective. Une politique de population répondant à ces exigences, comme celle dont la Commission Supérieure de la Population (CSP) œuvre à son élaboration. La politique de la santé a besoin d'informations, autrement dit d'indicateurs, qui lui permettent de fixer des priorités, de reconnaître et d'être averties, à temps des problèmes qui risquent d'être posés, de diriger et de mesurer le succès, les imperfections et l'impact de cette politique (<https://www.hcp.ma> › file ) .

**8) - La contraception** peut se définir comme l'ensemble des méthodes modernes et traditionnelles ayant pour but d'empêcher la grossesse chez les femmes en âge de procréation (15-49 ans). (<https://www.hcp.ma> › file )

**9) - Le besoin non satisfait pour la limitation** des naissances : Défini comme le pourcentage des femmes n'utilisant pas une méthode de contraception et qui :

\*ne sont pas enceintes ni en aménorrhée post-partum, sont fécondes et déclarent qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants, ou

\*sont enceintes et disent qu'elles ne voulaient pas avoir d'enfant, ou

\*sont en aménorrhée post-partum, et disent qu'elles ne voulaient pas la naissance (UNICEF, 2015, p. 133).

**A) - Le besoin non satisfait en matière d'espacement des naissances :** c'est le pourcentage des femmes n'utilisant pas une méthode de contraception et qui :

- \*ne sont pas enceintes ni en aménorrhée post-partum, sont fécondes et déclarent qu'elles veulent attendre deux ans ou plus pour leur prochaine naissance, ou
- \* ne sont pas enceintes et en aménorrhée post-partum et sont fécondes et ne savent pas si elles veulent un autre enfant, ou
- \* sont enceintes et disent que la grossesse était mal programmée et qu'elle aurait voulu attendre, ou
- \* sont en aménorrhée post-partum et déclarent que la naissance était mal programmée, aurait voulu attendre (UNICEF, 2015, p. 132).

**- Le total des besoins non satisfaits en matière de contraception** est la somme du besoin non satisfait pour l'espacement et du besoin non satisfait pour la limitation (UNICEF, 2015, p. 133).

**10) - Une femme en aménorrhée post-partum** si elle avait accouché au cours des deux dernière années et n'est pas actuellement enceinte, et ses menstrues ne sont pas revenues depuis la naissance de son dernier enfant. (MICS4, 2015, p. 132)

**11) - Soins prénatals recentrés ou focalisés :**

- C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.
- Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.
- Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque» développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent. (<https://www.hcp.ma> › file)
- Les soins prénatals peuvent être définis comme étant les soins dispensés par des professionnels de santé qualifiés aux femmes et adolescentes enceintes afin de garantir les meilleures conditions de santé à la fois pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse. Les soins comprennent l'identification des risques, la prévention et la prise en charge de maladies liées à la grossesse ou concomitantes ainsi que l'éducation sanitaire et la promotion de la santé (OMS, 2017, p1).

## **II. Les indicateurs de la santé reproductive :**

### **A. Classement des indicateurs de la santé reproductive selon L'OMS :**

L'OMS a proposé cette brève liste d'indicateurs nationaux et mondiaux de la santé de la reproduction : (R.J.COOK, B.M.DICKENS, M.F.FATHALLA, 2005)

- 1) - Indice synthétique de fécondité : Nombre total d'enfants naissant durant la vie d'une femme qui traversait ses années de procréation en se conformant au taux de fécondité par âge de l'année considérée.
- 2) - Prévalence de la contraception : pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent, ou dont le partenaire utilise, un moyen de contraception à un certain moment.
- 3) - Rapport de mortalité maternelle : nombre de décès maternels par an pour 100.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de décès maternels par an pour 100.000 femmes en âge de procréer, rend compte à la fois du risque de décès parmi les femmes enceintes et celles qui l'étaient récemment et de la proportion de toutes les femmes qui sont enceintes une année donnée.
- 4) - Prévalence des soins prénatals : proportion de femmes enceintes ayant bénéficié au moins une fois de soins prénatals dispensés par du personnel qualifié (excluant les accoucheuses traditionnelles formées ou non).
- 5) - Accouchements pratiqués par du personnel qualifié (excluant les accoucheuses traditionnelles formées ou non).
- 6) - Disponibilité des soins obstétricaux essentiels de base : nombre d'établissements disposant de services fonctionnels de soins obstétricaux essentiels complets par population de 500.000 habitants. Ces soins devraient inclure l'administration d'antibiotiques par voie parentérale, de médicaments ocytociques (qui stimulent les contractions utérines lors de l'accouchement afin de prévenir ou de combattre l'hémorragie après l'accouchement) et de sédatifs pour l'éclampsie (convulsion), l'extraction manuelle du placenta et des débris non expulsés, ainsi que l'aspiration manuelle (soins de l'avortement) et de la ventouse obstétricale.
- 7) - Disponibilité des soins obstétricaux essentiels complets : nombre d'établissements disposant de services fonctionnels de soins obstétricaux essentiels complets par population de 500.000 habitants. Ces soins devraient inclure les soins obstétricaux essentiels de base, en plus de la chirurgie obstétricale (césarienne), de l'anesthésie et la transfusion sanguine.

**8)** - Taux de mortalité périnatale : nombre de décès périnataux par 1.000 naissances totales. Les décès périnataux de fœtus survenant vers la fin de la grossesse (à partir de 22 semaines complètes de gestation) ou durant l'accouchement, ou le décès de nouveau-né survenant au cours des sept premiers jours de vie.

**9)** - Prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance : proportion de nouveau-né ayant un faible poids (moins de 2.500g à la naissance).

**10)** - Prévalence du sérodiagnostic\*positif de la syphilis \* chez les femmes enceintes : proportion de femmes enceintes âgées de 15-24 ans qui consultent les services de santé prénatale et dont la présence de la syphilis a été décelée à l'aide d'une analyse sanguine.

**11)** - Prévalence de l'anémie chez les femmes : proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont l'analyse du taux d'hémoglobine a révélé une anémie (concentration en hémoglobine inférieure à 110g/L chez les femmes enceintes et à 120g/L chez les femmes qui ne sont pas enceinte).

**12)** -Proportion des admissions à des services d'obstétrique ou de gynécologie en raison d'un avortement : proportion de tous les cas admis à des points de prestation de services d'obstétricaux et gynécologiques en milieu hospitalier qui résultent d'un avortement spontané ou provoqué, mais excluent les interruptions volontaires planifiées de la grossesse.

**13)** - Prévalence des cas signalés de femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine : proportion de répondantes à une enquête communautaire qui ont signalé avoir subi une mutilation sexuelle féminine.

**14)** - Prévalence de l'infertilité chez les femmes : proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) et pouvant être enceintes (femmes sexuellement actives qui ne sont pas enceintes, ne prennent aucun moyen de contraception et n'allaitent pas) qui disent essayer de concevoir un enfant depuis deux ans ou plus.

**15)** - Incidence signalée de l'urétrite chez les hommes : proportion d'hommes âgés de 15-49 ans ayant signalé, dans le cadre s'une enquête communautaire, des épisodes d'urétrite au cours des 12 derniers mois.

**16)** - Prévalence du VIH chez les femmes enceintes : proportion de femmes enceintes âgées de 15-24 ans qui consultent les services de santé prénatale et dont la présence du VIH est décelée à l'aide d'une analyse sanguine.

**17)** - Connaissance des techniques de prévention de l'infection par le VIH : proportion de tous les répondants qui ont pu identifier correctement les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et

rejeter trois grandes idées fausses au sujet de transmission ou de la prévention du VIH.

Toutefois, une comparaison des composantes de la santé reproductive selon trois

Organisations internationales, à savoir le FNUAP, l'IPPF et l'OMS, Ali KOUAOUCI a révélé des différences de priorités d'un organisme à l'autre.

Ainsi, le FNUAP précise que les trois premières composantes devraient constituer la base de la santé reproductive, la planification familiale est considérée comme centrale mais insuffisante. En ce qui concerne la stérilité et la santé reproductive de la femme, cet organisme avance que c'est la prévention qui est ciblée et non le traitement.

L'IPPF identifie les grossesses non-désirées, c'est à dire la planification familiale y compris l'Information, l'Education et la Communication (IEC) comme constituant le noyau de base.

Pour l'OMS, la planification familiale, la prévention des décès maternels et infantiles, la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles sont prioritaires. En considérant les composantes de la santé reproductive, on constate l'ampleur des défis que les planificateurs de la santé sont appelés à relever. Sur le plan opérationnel, la tâche s'annonce difficile.

**B. - Les composantes de la santé reproductive, par ordre de priorité :**

<b>FNUAP</b>	<b>IPPF</b>	<b>OMS</b>
1. Planification familiale : information et services.	1. Relations dans le couple.	1. Besoins non- satisfaits des couples en matière de planification familiale.
2. Soins maternels.	2. Grossesses non – désirées.	2. Stérilité des couples.
3. avortement.	3. mortalité maternelles.	3. Avortement à risque.
4. Infections génitales.	4. Maladies sexuellement Transmissibles (MST- SIDA).	4. Mortalité Maternelle.
5. Stérilité.	5. Avortement à risque.	5. Morbidité maternelle.
6. santé reproductive de la femme.	6. Stérilité.	6. Nouveau-nés avec poids insuffisant.
7. Mutilations génitales Féminines	7. Violence contre les femmes.	7. Mortalité Infantile.
	8. Jeunes/ Pauvres/Margineaux.	8-9. Maladies sexuellement Transmissibles (MST)
	9. Autres.	10.
		11. Mutilations génitales Féminines

- Source : ALI KOUAOUCI, santé sexuelle et reproductive : nouveau paradigme ou dernier avatar des slogans des conférences Internationales sur la population ? Université de Montréal, mai, 1997.

**C. – Mesure des indicateurs des composantes de la santé reproductive**

**i) - La planification familiale :**

- La planification quant à elle, a pour objectif de fixer chez une femme le nombre de naissances vivantes ou les espacer en fonction de son choix ou désir<sup>17</sup>. Elle s'appuie sur la diffusion de l'information et la distribution des contraceptifs pour une population donnée.
- Ainsi, seront développés et analysés les principaux indicateurs quantitatifs et qualitatifs caractérisant ce concept. Ses indicateurs se définissent à travers la connaissance que les populations ont de la contraception moderne, de la proportion d'utilisatrices, c'est à dire le taux de prévalence contraceptive, à travers l'écart qui existe entre le nombre de femmes qui sont informées et le nombre de celles qui utilisent la contraception, et enfin à travers le besoin non-satisfait en matière de planification familiale.

**ii) - Proportion de la connaissance contraceptive :**

- **Définition :** Proportion de femmes (ou de femmes actuellement mariées) connaissant une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

▪ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées) connaissant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées)}} \times 100$$

**iii) - Taux de prévalence contraceptive :**

- **Définition :** Proportion de femmes ou de femmes actuellement mariées utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

▪ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées) pratiquant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes (ou femmes actuellement mariées)}} \times 100$$

**iv) - Ecart entre connaissance et pratique contraceptive :**

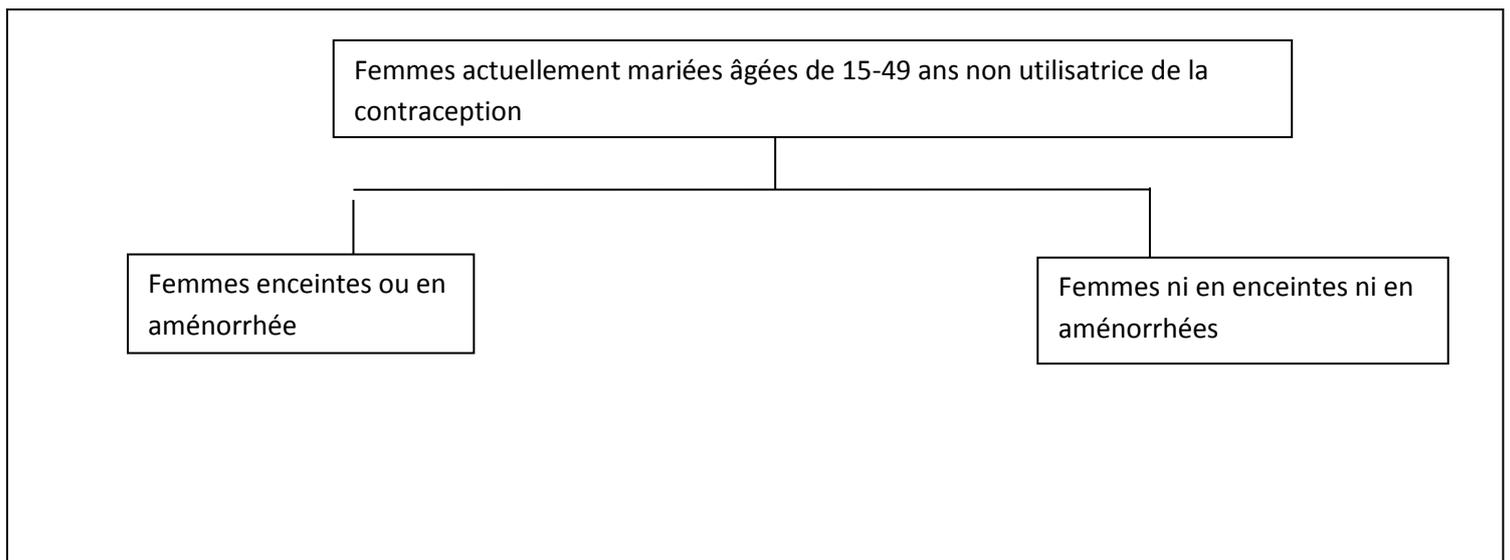
- **Définition :** L'indice d'écart entre la connaissance et la pratique contraceptive est mesuré à partir de la différence à l'unité du rapport entre l'effectif des femmes utilisant la contraception et celui des femmes la connaissant.

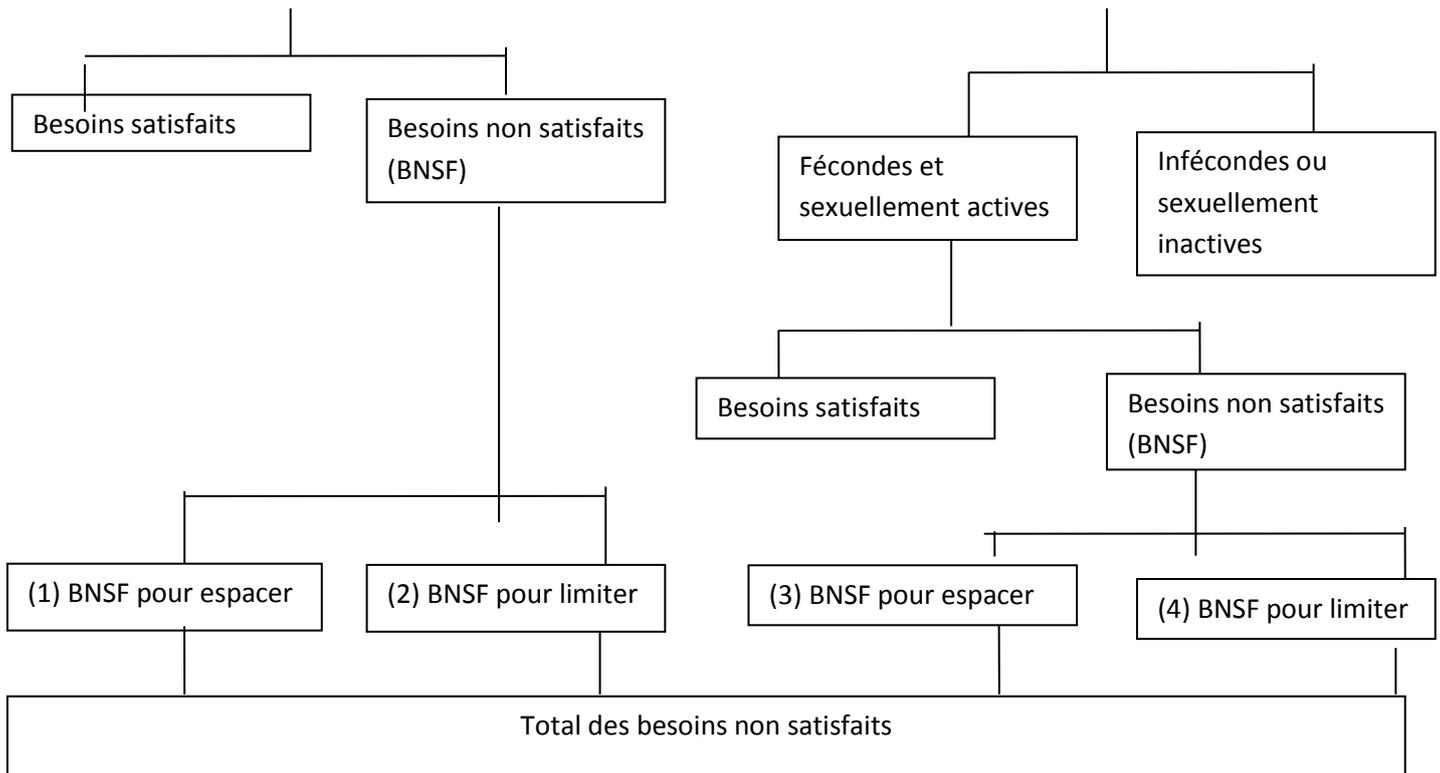
▪ **Méthode de calcul :**

$$\frac{\text{Nombre de femmes connaissant une méthode contraceptive} - \text{nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive}}{\text{Nombre de femmes (15 - 49 ans)}} \times 100$$

**v) - Proportion de besoins non-satisfaits en matière de planification familiale :**

- **Définition :** C'est la proportion de femmes mariées, fécondes, n'utilisant aucune méthode de contraception au moment de l'interview et souhaitant soit différer la prochaine grossesse d'au moins deux ans, soit ne plus en avoir. Mieux encore, on distingue deux types de besoins: les besoins non-satisfaits pour **espacer**, qui concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Les besoins non-satisfaits pour **limiter**, concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. Les femmes en ménopause ou en période d'infécondabilité sont exclues.
- Le schéma suivant, donne la procédure à suivre pour déterminer les composantes de ce besoin.





- (1) Femmes enceintes ou en aménorrhées ayant déclaré qu'elles voulaient cette grossesse, mais plus tard.
- (2) Femmes enceintes ou en aménorrhées ayant déclaré que cette grossesse n'était pas désirée et qu'elles ne désirent plus d'enfants du tout.
- (3) Femmes ni enceintes, ni en aménorrhées et Fertiles (sexuellement actives) ayant déclaré qu'elles voulaient repousser la prochaine naissance d'au moins deux ans.
- (4) Femmes ni enceintes, ni en aménorrhées et Fertiles (sexuellement actives) ayant déclaré qu'elles ne voulaient pas d'enfants
- (5) (1)+(3)= BNSF pour espacer.
- (6) (2)+ (4)= BNSF pour limiter.

**D. - Soins prénatals :** parmi les indicateurs les plus intéressants de la santé reproductive sont les soins prénatals qui assurent la santé de la mère ainsi que du l'enfant et évitent les complications de l'accouchement :

**But des soins prénatals focalisés**

Pour promouvoir la santé et la survie maternelle et du nouveau-né par :

- Détection et traitement précoces des problèmes et complications
- Prévention des complications et des maladies.
- TPI à la SP (le traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP))
- Préparation à l'accouchement et préparatifs en cas de complications
- Promotion de la santé

**-Concept des soins prénatals focalisés :**

**-Des soins donnés par un prestataire compétent qui :**

- A reçu une formation formelle et a de l'expérience
- A les connaissances, compétences et qualifications pour fournir des soins de santé sûrs et efficaces à la mère et au nouveau-né
- Exerce à domicile, à l'hôpital ou au centre de santé
- Peut être une sage-femme, une infirmière, un médecin ou un clinicien non médecin, etc.

**Une approche aux soins prénatals qui insiste sur :**

- Des actions éprouvées, orientées selon un objectif
- Des soins individualisés axés sur la femme
- La qualité des visites par opposition à leur nombre
- Des soins donnés par des prestataires compétents

**Actions éprouvées, orientées selon un objectif :**

- Visent les problèmes de santé les plus prédominants affectant les femmes et les nouveau-nés
- Ajustées spécifiquement aux populations/régions
- Appropriées à l'âge gestationnel
- Basée sur un raisonnement ferme

**Soins axés sur les femmes et individualisés** se basant sur les éléments suivants chez chaque femme :

- Les besoins et préoccupations spécifiques
- Les circonstances
- Les antécédents, l'examen physique, les tests
- Les ressources disponibles

**La qualité des consultations prénatales par opposition à leur nombre :**

- Etude multicentrique de l'OMS
- Réduction du nombre de visites sans affecter le dénouement pour la mère ou le bébé
- Recommandations
- Contenu et qualité des visites par opposition à leur quantité
- Soins axés sur un but
- Un minimum de quatre visites

**Programmation et calendrier des consultations prénatales**

- Première visite : Avant la 16<sup>ème</sup> semaine ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte

- Deuxième visite : Entre la 24<sup>ème</sup> et la 28<sup>ème</sup> semaine ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre
- Troisième visite : A 32 semaines
- Quatrième visite : A 36 semaines
- Autres visites : Si des complications surviennent, si un suivi ou une orientation est nécessaire, si la femme veut voir le prestataire, ou si le prestataire change la fréquence des visites d'après les résultats (antécédents, examens, tests) ou bien pour suivre la politique locale.

**Compétences interpersonnelles dans le cadre des soins prénatals recentrés**

- Parler doucement, d'un ton aimable
- Ecouter la femme et répondre de manière appropriée
- Les encourager à poser des questions et à exprimer leurs préoccupations
- Leur permettre de démontrer qu'ils comprennent les informations fournies
- Expliquer toutes les procédures/actions et obtenir la permission avant de procéder
- Montrer du respect envers les croyances culturelles et les normes sociales
- Etre compréhensif et ne pas porter de jugement
- Eviter les distractions lors de la visite

*(<http://www.absfm.bf> › ...)*

**II)- Historique des conférences internationales sur la population :**

Plusieurs organisations nationales et internationales se sont intéressées à la question de la population. A cet effet des conférences internationales ont été organisées dans le but de contempler tout ce qui concerne la population. Ce chapitre vient exposer ces conférences pour déceler les buts et même les résultats obtenus :

**II-1)- La conférence de Bucarest 1974:**

La question de la population était traitée d'une manière plus sérieuse lors de la conférence de Bucarest, ses objectifs et ses résultats, d'une grande portée et multiforme, *sont les suivants* :(<https://core.ac.uk/download/pdf/39866853.pdf>)

C'est au cours de la période de la crise économique au niveau mondial suite à la crise de l'énergie de 1973, et dans une atmosphère d'angoisse et de crainte de l'avenir de l'humanité, qu'une première conférence Mondiale des Nations Unies de la population s'est maintenue à Bucarest (Roumanie) en Août 1974. « C'est aussi à cette époque-là que le rapport du (Massachusetts Institute of Technology) (M.I.T.) sur les limites de la croissance a été publié. Cette Conférence avait pour but d'examiner les problèmes démographiques fondamentaux, leurs liens avec le développement économique et social et les politiques et programmes d'action nécessaires dans le domaine démographique pour promouvoir le bien-être et le progrès de l'homme ». (Mpembele SALA-DIAKANDA, p174).

Et comme le note Alfred SAWY, « à la différence des congrès mondiaux précédents, à Rome en 1954 et à Belgrade en 1965. Rassemblant des techniciens, cette réunion avait un caractère essentiellement politique» (ALFRED SAWY, p1005). Alors que malgré la nature et même les objectifs de la conférence désignés auparavant, mais les discours ont pris d'autres voie d'où on mentionne : «Tout ceci explique que tout au long de la Conférence les discussions aient pris plus une connotation idéologique et qu'en conséquence la technique n'a tenu qu'une place assez modeste dans les débats ». (Mpembele SALA-DIAKANDA, p174)

Lors de la conférence et pour des raisons purement démographiques, les pays de monde ont étaient subdiviser en deux parties essentielles, comme le note Mpembele SALA-DIAKANDA : « Deux grandes tendances s'étaient en fait affrontées à Bucarest. En gros, les pays du Tiers Monde en général et l'Afrique en particulier ont pris à partie les pays industrialisés et vice versa. En effet, pour les pays industrialisés du bloc occidental l'explosion démographique est la cause du maintien des pays du Tiers Monde dans le sous-développement et ceux-ci, particulièrement dans le continent africain, devraient, par le biais des programmes de planification familiale, réduire le niveau de leur fécondité pour résoudre les difficultés économiques et sortir ainsi petit à petit du sous-développement ».

D'autre part, Léon TABAH marque ce qui suit : « L'Algérie et l'Argentine conduisirent une offensive contre le projet de Plan d'action, jugé malthusien et inspiré par l'hégémonisme anglo-saxon. Les pays asiatiques, dont la Chine, qui

pratiquaient déjà la limitation des naissances, faisaient figure de « majorité silencieuse ». Le Plan profondément remanié fut finalement adopté par le consensus, à l'exception du Vatican. Selon sa philosophie, les variables démographiques étaient dépendantes du développement et de la justice sociale (« *le développement est le meilleur contraceptif* »). (INED, 1994)

Par contre, la majorité des pays du Tiers Monde ont déclarés que la population n'est pas un problème pour eux, à cause du faible effectif enregistré par rapport aux terres disponibles, d'où le développement socio-économique comme meilleur contraceptif. En parallèle, ces pays ont infirmés l'injustice dans la surconsommation et le gaspillage des ressources aussi pour les ménages que les industries des pays riches, ce qui est à l'origine de la crise mondiale. Pour arriver à une répartition équilibre des richesses mondiales il faut donc d'une part octroyer une priorité absolue au développement économique et social dans les pays du Tiers Monde et, d'autre part, diminuer de façon rigoureuse le niveau de la consommation dans les pays riches.

De sa part, Raphaël M. SALAS ajoute que : « le débat qui eut lieu à la Conférence fut passionné et lourd de conflits. Il est cependant significatif de noter que, malgré un très grand nombre d'amendements, le projet du «Plan d'action mondial de la population (PAMP)», élaboré par le Secrétariat des Nations Unies, fut finalement approuvé presque à l'unanimité marquant ainsi l'adhésion de la communauté mondiale à un document politique de haute importance ». Le PAMP, dans sa version finale, aborde les grands problèmes démographiques de l'heure tout en destinant d'une part le principe selon lequel l'énonciation et la mise en œuvre des politiques démographiques relèvent du droit souverain de chaque nation et en soulignant, d'autre part, le rôle de la coopération internationale en la matière. IL reconnaît également que «les politiques démographiques sont des éléments constitutifs des politiques de développement social et économique et ne sauraient en aucun cas en tenir lieu » (Mpembele SALA-DIAKANDA, p175). En ce qui concerne le cas particulier des pays en développement, Il ajoute que «ceux-ci, dans la formulation de leurs politiques de développement, donnent la priorité à des programmes qui maximisent le progrès socio-économique, infléchissant ainsi les tendances démographiques de manière voulue »(Mpembele SALA-DIAKANDA, p175). En outre, à propos du phénomène d'inertie démographique, le PAMP souligne que « quelles que soient les politiques démographiques qu'on puisse formuler, il faudra accélérer le

développement socio-économique, afin d'assurer une amélioration sensible des niveaux de vie». (Mpembele SALA-DIAKANDA, p175)

L'équité mondiale, un autre problème évoqué dans le PAMP, d'où nous lisons la recommandation suivante : «il est indispensable que tous les pays et, à l'intérieur de chaque pays, toutes les catégories sociales s'adaptent à une utilisation plus rationnelle et sans excès des ressources naturelles de façon que certains ne se voient pas privés de ce que les autres gaspillent » (Mpembele SALA-DIAKANDA, p175). De même, autre recommandation contenue dans le PAMP, indiquent une grande importance à la nécessité d'améliorer les connaissances des problèmes démographiques et de leurs interrelations avec les autres aspects du développement et à demandé aux Gouvernements de soutenir et d'appliquer les politiques démographiques.

## **II-2-Les conférences internationales sur les femmes :**

Le système des Nations unies s'est intéressé aux droits des femmes bien avant 1975. En 1946, le Conseil économique et social avait créé la Commission juridique et sociale de la femme, chargée de l'organisation des conférences internationales et en 1972, l'assemblée générale avait proclamé 1975 l'Année internationale de la femme (AIF). (Mireille Neptune Anglade, 1995, p165)

### **II-2-1-Conférence sur le statut des femmes à Mexico en 1975 :**

En 1975 s'est déroulée la première Conférence mondiale de l'Année internationale de la femme au Mexique, suite à la demande de La Commission de la condition de la femme pour inscrire l'Année internationale de la femme.

À Mexico « les femmes représentaient 70 p. 100 des 5 000 participantes et participants à la Conférence; néanmoins, le procureur général de la ville fut nommé président de la conférence » (Mireille Neptune Anglade, 1995, p165)

Concernant la participation on note que : « 133 gouvernements y ont participé pendant que 6 000 représentants des ONG assistaient à un forum parallèle, la Tribune de l'Année internationale de la femme. La conférence a défini un Plan d'action mondial pour la mise en œuvre des objectifs de l'Année internationale de la femme. Comprenant un ensemble de lignes directrices en faveur de la promotion de la femme jusqu'en 1985. » (ONU Femmes, 2014)

Cette conférence, fixe trois priorités : (l'Association Adéquations, 2009)

► Promouvoir l'égalité complète entre les hommes et les femmes, en éliminant notamment, la discrimination fondée sur le sexe ;

► Favoriser la participation des femmes au développement ;  
► développer l'implication des femmes au renforcement de la paix internationale.  
La Conférence appelle à une Décennie des Nations unies pour la Femme, mise en place cette même année (1975-1985). Son Programme d'action établit une liste de résultats devant être atteints avant 1980 dans le domaine de l'accès égal aux femmes en matière d'éducation, d'emploi, de participation à la vie politique, de services de santé, de logement, de nutrition et de planning familial.

### **II-2-2-Copenhague (1980) :**

Cinq ans plus tard, en 1980, et au milieu de la Décennie de la femme, les Nations Unies ont organisé une deuxième conférence mondiale, soit « 145 États membres se sont réunis à Copenhague pour la Conférence mondiale dans le cadre de la décennie des Nations Unies pour la femme. Dont l'objectif initial était d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des objectifs de la première conférence dans les domaines de l'emploi, la santé et l'éducation, aussi bien pour proposer un programme pour la deuxième partie de la décennie. Un Programme d'action préconisait des mesures nationales plus fortes visant à garantir aux femmes la propriété et le contrôle de leurs biens et à améliorer la sauvegarde de leurs droits en matière d'héritage, de garde d'enfants et de nationalité ». (ONU Femmes, 2014). En revanche, autres problématiques ont été ajoutées à celle de Mexico soit « l'alimentation, la nutrition, les femmes sans travail, les migrantes, les réfugiées, les jeunes femmes, les femmes chefs de famille. » (Mireille Neptune Anglade, 1995)

Dans cette conférence, et selon les déclarations de l'ONU Femmes, les femmes paraissaient plus informées qu'à Mexico, et particulièrement, les femmes des pays sous-développés qui avaient obtenu une grande confiance en elles-mêmes. On n'insista pas seulement sur l'égalité devant la loi, mais sur la discrimination dans les faits et sur la notion de développement total, englobant le développement économique, celui des ressources matérielles, la croissance de la personne, sur les plans physique, moral, intellectuel et culturel, et on réclama l'intégration des femmes au développement.

En cas particulier, on observant les pays d'Amérique latine, on mit l'accent sur le fait que d'une part : « sur trois chefs de famille, il y a au moins une femme et que Les femmes dans ces pays n'ont pas de sécurité d'emploi et ne sont pas bien payées, la plupart d'entre elles se réfugiant dans la domesticité. Les filles entre 10 et 19 ans doivent, pour survivre, laisser la campagne. »(Mireille Neptune

Anglade, p166), et d'autre part sur la question de la migration des Latino-Américaines soit de : « 53 p. 100 des personnes migrantes aux États-Unis et leurs conditions de vie y étaient plus difficiles que celles des autres femmes. » (Mireille Neptune Anglade, p166)

Alors c'est pour ces mauvaises conditions de vie des femmes de tous les pays du monde, que des mesures ont été proposées pour soulager les femmes de certaines corvées indiquant : « moyens de transport légers pour l'eau et la nourriture, mesures pour faire reconnaître le travail des femmes et inciter les hommes à une plus grande participation au travail domestique, pour assurer l'égalité entre travailleurs et travailleuses. » (Mireille Neptune Anglade, p166)

En revanche, dans les pays en développement, la loi n'implique ni les domestiques ni les personnes travaillant dans le secteur informel, duquel on accentua sur l'urgence d'établir un programme relatif aux conditions économiques que connaissent les femmes rurales. La représentante haïtienne, annonça la création d'un bureau national pour la promotion et le développement du travail artisanal, mesure qui viserait, selon elle, à l'amélioration de la condition féminine.

À cette conférence, l'organisation des Nations Unies présentait la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée en 1979, pour signature et ratification. La convention contient 30 articles importants indiquant aux gouvernements comment ils peuvent lutter contre la discrimination dans la vie politique et publique, le mariage et la famille, ainsi que les images stéréotypées de sexe. (ONU, 1979)

### **II-2-3- Nairobi (1985) :**

La Troisième Conférence mondiale sur les femmes eut lieu à Nairobi (Kenya) en 1985. Parmi les participants, on comptait 1 900 délégués provenant de 157 États membres. Un forum d'ONG s'est tenu en parallèle et a rassemblé environ 12 000 participants. (<https://www.unwomen.org> › intergovernmental-support) Elle avait pour objectif de dresser l'inventaire des progrès faits et des obstacles rencontrés dans la recherche de l'égalité, du développement, de la paix et des moyens pour aider à la promotion des femmes. (Mireille Neptune Anglade, p166, 167)

C'est lors de cette conférence que fut créé officiellement l'Institut de recherche international pour la promotion de la femme (INSTRAW) et le Fonds

des Nations Unies pour la femme (UNIFEM). Nous nous référerons particulièrement à l'impact de cette conférence sur Haïti (Nations Unies 1985). Les gouvernements ont adopté les Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme, qui incluait des mesures concernant l'égalité des sexes au niveau national et à encourager les femmes à participer dans les efforts de paix et de développement.

#### **II-2-4- La conférence de la Population et le Développement du Caire en 1994 :**

Le Programme d'action de la CIPD, adopté en 1994 au Caire par 179 États membres, espère un plan à long terme dans le but d'améliorer le bien-être des êtres humains et mettant les droits de l'homme de chaque individu en priorité de l'agenda pour le développement mondial, au lieu des objectifs démographiques chiffrés.

Le programme a mis l'accent sur : « la valeur de l'engagement en faveur des femmes et des filles, à la fois comme une fin en soi et comme un moyen d'amélioration de la qualité de vie de tout un chacun. Il affirme également l'importance de la santé sexuelle et reproductive, y compris de la planification familiale, comme condition préalable à l'autonomisation des femmes. Il appelle à mettre un terme aux violences sexistes et aux pratiques traditionnelles néfastes, y compris les mutilations génitales féminines. »(FNUAP.2019)

Le terme de 'santé reproductive' y tient précisément une importance exceptionnelle, dont on lui a consacré tout un chapitre sur les seize qui contient le programme d'action. Parmi les éléments les plus pertinents du plan d'action de CIPED, nous pouvons citer : (l'Association Adéquations, 2009):

- Les droits en matière de procréation font partie intégrante des droits humains. Il convient d'améliorer les services de santé et de les rendre accessibles, afin que les femmes puissent mieux maîtriser les différents aspects de leur sexualité et notamment leur santé sexuelle et génésique.
- En matière de planification familiale, les politiques nationales imposées par les dirigeants et axées sur la coercition doivent céder la place à une approche privilégiant des soins de santé génésique complets.
- L'inégalité entre hommes et femmes doit être considérée comme un problème fondamental, qu'il faut résoudre en vue de parvenir au développement durable.

- L'alphabétisation universelle des adultes est une étape essentielle qui garantira un meilleur avenir pour tous.
- Les gouvernements et les ONG doivent se partager la responsabilité de la mise en œuvre du Programme d'action.
- Les pays industrialisés assumeront le tiers du financement dont ont besoin les pays en voie de développement pour offrir des soins de santé génésique de base à leurs citoyens.
- Lors de la mise en œuvre du Programme d'action, chaque pays doit prendre en compte, en vue d'atteindre des objectifs communs, le contexte économique, culturel, social, religieux et environnemental qui lui est propre.

En outre, le Programme d'action accentue les rapports fondamentaux entre les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et presque tous les aspects liés à la population et au développement, citons l'urbanisation, les migrations, le vieillissement, l'évolution des structures familiales et l'importance d'assurer les droits des jeunes. Il insiste de s'engager en faveur des femmes et des jeunes de toutes manières et plus particulièrement en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, pouvant avoir un impact sur la durabilité environnementale et la dynamique des populations.

Une telle question mérite d'autant plus d'être posée que le texte parle ensuite de droits fondamentaux. *“Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction”*. (ONU 2012)

A son tour L' UNFPA affirme qu'elle procède à des évaluations annuelles des (UNFPA, 2019) niveaux de ressources nationales et de l'aide internationale nécessaires pour la mise en œuvre du Programme d'action, que les gouvernements ont accepté de mettre à disposition. Initialement censé avoir une durée de 20 ans, le Programme d'action a été prolongé au-delà de 2014 par l'Assemblée générale.

**II-2-5- Beijing (1995):**

La quatrième conférence mondiale sur les femmes s'est déroulée en Chine, à Beijing du 4 au 15 septembre 1995. Cette fois-ci les femmes des pays sous développés ont pris l'ampleur et la priorité ainsi qu'au thème « Femmes, développement et paix ».

Les conférences régionales préparatoires à Beijing ont déjà eu lieu : en Indonésie, pour le continent asiatique et le Pacifique, à Vienne, pour les pays européens, au Sénégal pour l'Afrique, en Argentine pour l'Amérique latine et la Caraïbe, ses conférences régionales avaient pour objet de comparer la situation des femmes en 1985 à celle de la première moitié de la décennie 1990 (Mireille Neptune Anglade, p167)

Cette Conférence mondiale sur les femmes, a inscrit un tournant important dans le programme mondial pour l'égalité des sexes. Celui-ci a fixé des objectifs et des actions stratégiques pour la promotion de la femme et la réalisation de l'égalité des sexes, dans 12 domaines de préoccupation : (ONU Femmes, 2015)

- Femmes et pauvreté
- Éducation et formation des femmes
- Femmes et santé
- Violence à l'égard des femmes
- Femmes et conflits armés
- Femmes et économie
- Femmes et prise de décisions
- Mécanismes institutionnels œuvrant à la promotion de la femme
- Droits fondamentaux de la femme
- Femmes et médias
- Femmes et environnement
- Jeunes filles

D'autre part, l'influence de cette conférence sera au moins égale à celle de la Conférence du Caire. Les objectifs d'un développement durable et de la protection de l'environnement n'étaient pas oubliés, mais une grande partie de la réflexion et des recommandations fut consacrée à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et pour la promotion de l'égalité et du partage du pouvoir entre les femmes et les hommes. Le représentant du Saint-Siège put ainsi affirmer : *“Il est incontestable que les chapitres consacrés aux besoins des femmes qui vivent dans la pauvreté, aux stratégies de développement,*

à l’alphabétisation et à l’éducation, à la violence contre les femmes, à une culture de paix et à l’accès à l’emploi, à la propriété foncière, aux moyens de production et à la technologie sont au cœur même de ces documents.. (ONU, 2012)

Le programme d’action de la conférence affirme de réelles inquiétudes à la question de la vulnérabilité des femmes en matière sexuelle, la violence, les mariages précoces et les pressions exercées sur les jeunes filles, et d’une manière générale les rapports de force inégaux entre les sexes, mais d’autre part la conférence prend une tendance presque identique de ce qui étaient démontré dans le Programme d’action de la Conférence du Caire en ce qui concerne « la santé en matière de procréation et de sexualité », dont la recherche d’une maîtrise de la fécondité.

La sécurité sanitaire est un autre terme qui s’est présentée comme une valeur primordiale lors de la conférence : « Elle est censée justifier tout moyen jugé susceptible de remédier à ce qui menacerait la santé, comme ‘les avortements faits dans de mauvaises conditions. » (ONU, 2012)

Cela a conduit de nombreux pays à formuler de nettes réserves, et appelle à une grande vigilance à propos de l’emploi des termes ‘*santé sexuelle et reproductive*’, et plus encore, ‘*droits sexuels et reproductifs*’. (ONU, 2012).

### **L'après-Beijing :**

**II-2-6- 2000 : Cinq ans plus tard**, l’Assemblée générale des Nations Unis se réunira à New York du 5 au 9 juin 2000 dans la 23<sup>ème</sup> session spéciale pour évaluer la mise en œuvre du Programme d’action de Beijing sur les cinq dernières années et pour désigner les actions et initiatives à venir, intitulée

« Les femmes en l’an 2000 : égalité des sexes, développement et paix pour le XXI<sup>e</sup> siècle » (ONU Femmes, 2019), également définie par l’expression «Beijing + 5»

### **II-2-7- Le sommet du Millénaire (OMD), 2000-2015 :**

[www.ambassade-algerie.ch](http://www.ambassade-algerie.ch) › actualites › rapportomd20002015)

Le Sommet du Millénaire a été l’un des événements les plus importants organisé par les Nations Unis et a réuni, en septembre 2000, à New York, plus de 147 chefs d’états et de gouvernements et des représentants de 189 pays de la planète. Les dirigeants du monde y ont rappelé les engagements collectifs pris antérieurement lors des conférences mondiales de la Décennie 90, et retiré les

grandes actions que l'humanité se doit d'entreprendre à l'horizon 2015. (Le Gouvernement Algérien, 2016)

Les principes et critères de la CIPD ont été déterminés comme une base assistée aux Objectifs du Millénaire pour le développement, notamment l'OMD5. Il s'agit d'un ensemble d'objectifs mesurables et adéquat de délais portant sur la réduction de la pauvreté, la généralisation de l'enseignement primaire, la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies, le développement durable et le partenariat mondial pour le développement.

La déclaration du Millénaire, support des OMD, prévoit également une vaste gamme d'engagements dans des domaines comme les droits humains, la bonne gouvernance et la démocratie. (<http://www.espace-associatif.ma> › *nous-agissons-pour le développement- omd*)

**II-2-8- 2005** : la 49<sup>ème</sup> session de la Commission de la condition de la femme était mené 10ans après la conférence de Beijing pour un examen d'évaluation du programme d'action. Cette réunion de haut niveau avait pour objectifs de: « réaffirmer les droits des femmes - La violence à l'égard des femmes, l'absence de perspectives économiques et les violations des droits fondamentaux demeurent des problèmes majeurs » (ONU, 2005),

Les délégués ont adopté une déclaration indiquant que « la mise en œuvre complète et effective de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing est essentielle à la réalisation des objectifs de développement adoptés au niveau international, dont ceux de la Déclaration du Millénaire. » (ONU Femmes, 2019)

### **II-2-9-Programme de travail pluriannuel :**

Depuis 1987 des programmes de travail pluriannuel étaient adoptés. Ces derniers contenaient des thèmes de discussion et d'action prioritaires destinés à ses sessions annuelles, conformément à des résolutions différentes du Conseil économique et social pour chaque session.

Conformément à la dernière résolution, qui date de 2009, les thèmes prioritaires et d'examen pour la période 2010-2014 étaient les suivants : (ONU Femmes, 2019)

- **2010** : Examen de la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale ainsi que sa contribution à la mise au point d'une perspective de genre qui permette d'atteindre pleinement les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).
- **2010** : L'évaluation après 15 ans du Programme d'action de Beijing s'est faite à l'occasion de la 54e session de la Commission, en 2010. Les États membres ont adopté une déclaration saluant les progrès accomplis pour l'égalité des sexes et se sont engagés à prendre de nouvelles mesures en vue d'assurer la mise en œuvre complète et accélérée de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing.
- **2011** : Thème prioritaire : l'accès et la participation des femmes et des filles à l'éducation, à la formation, aux sciences et aux technologies, y compris pour la promotion de l'égalité d'accès au plein-emploi et à un travail décent. Thème à évaluer : l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des petites filles, thème de la 51e session de la Commission de la condition de la femme.
- **2012** : Thème prioritaire : l'autonomisation des femmes rurales et leur rôle dans l'élimination de la pauvreté et de la faim, dans le développement et face aux défis actuels. Thème à évaluer : le financement de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, thème de la 52e session de la Commission de la condition de la femme.
- **2013** : Thème prioritaire : l'élimination et la prévention de toutes les formes de violences envers les femmes et les filles. Thème à évaluer : le partage égal des responsabilités entre les hommes et les femmes, y compris les soins dispensés dans le contexte du VIH/sida, thème de la 53e session de la Commission de la condition de la femme.
- **2014** : Thème prioritaire : les résultats obtenus et les difficultés rencontrées dans la réalisation des OMD en faveur des femmes et des filles. Thème à évaluer : l'accès et la participation des femmes et des filles à l'éducation, à la formation, aux sciences et aux technologies, y compris pour la promotion de l'égalité d'accès au plein-emploi et à un travail décent, thème de la 54e session de la Commission de la condition de la femme.
- **2015** : En 2013, le Conseil économique et social de l'ONU a demandé à la Commission de la condition de la femme d'examiner et évaluer la mise en œuvre du Programme d'action en 2015, lors d'une séance appelée Beijing + 20. Pour éclairer les délibérations, le Conseil a également appelé les États

membres de l'ONU à effectuer des examens nationaux détaillés, et a encouragé les commissions régionales à entreprendre des évaluations.

**II-2-10-La Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 :** (<https://www.unfpa.org> conférence-internationale-sur-la-population-et-le-...)

<https://www.un.org/fr/conferences/population/newyork2014>

<https://www.un.org> › conférences › population

A l'occasion du 20e anniversaire de la Conférence du Caire, l'Assemblée générale a été réunie dans une session extraordinaire, pour inviter les pays à respecter les engagements qu'ils avaient pris au Caire vingt ans auparavant, dont la lutte contre les inégalités croissantes pour remonter les nouveaux défis.

Le Rapport mondial de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 qui a été lancé par les Nations Unies, se fonde sur les résultats d'une enquête mondiale et des conférences et réunions régionales et thématiques, et sur les consultations avec les parties prenantes et partenaires. L'examen confirme les principaux postulats de la CIPD, et accentue sur les progrès significatifs réalisés dans certains domaines, mais malheureusement pour certaines catégories de personnes, car la situation n'a guère évolué pour les plus pauvres et les plus marginalisés. Il fournit aux gouvernements des recommandations pour mettre en œuvre les points en suspens de l'agenda de la CIPD, citons ainsi : la priorité aux droits des jeunes, en termes d'éducation, de santé sexuelle et reproductive et de travail décent, dans le but d'accélérer la mise en œuvre du Programme d'action pour appuyer les objectifs de développement des pays.

**II-2-11- Les Objectifs de Développement Durable, 2015-2030 :**

A la fin de l'année 2015, les Nations Unies ont désigné les processus de consultation les plus exhaustifs et de la plus grande ampleur de toute son histoire, afin de pouvoir annoncer le prochain agenda pour le développement mondial. « Elles se sont basées sur des conférences nationales, régionales et internationales et des consultations thématiques incluant les gouvernements, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes, ainsi que sur une enquête en ligne,

Le monde que nous voulons, qui a recueilli les opinions de plus de 5 millions d'individus. Le processus des Nations unies visant à parvenir à une vision collective de l'avenir a coïncidé avec la série de consultations parallèles liées à la CIPD. » (<https://www.unfpa.org> › *conférence-internationale-sur-la-population-et-le-dé...*)

En 2015, nommée l'année d'action Mondiale, les 193 États membres des Nations Unies ont réunis lors d'un Sommet historique des Nations Unies et ont adopté à l'unanimité les objectifs de développement durable à l'horizon 2030, un ensemble de 17 objectifs visant à changer le monde au cours des 15 prochaines années. Grâce à ces nouveaux objectifs qui s'appliquent à tous, les pays mobiliseront les énergies pour atteindre ces objectifs qui « s'attachent à enrayer la pauvreté, la discrimination, la maltraitance et les décès évitables, à lutter contre la destruction de l'environnement et à ouvrir la voie à une ère de développement pour tous, dans le monde entier. » (<https://www.unfpa.org> › *conférence-internationale-sur-la-population-et-le-dé..*).

Les objectifs de développement durable se maintiennent sur le succès des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et s'intéressent à aller plus loin pour lutter contre toute forme de pauvreté. Les OMD ont montré qu'établir des cibles à atteindre est efficace. Alors comme il est indiqué dans le rapport de l'UNFPA, les objectifs de développement Durable sont : « Ces nouveaux objectifs sont uniques dans le sens où ils sont un appel à l'action par tous les pays – pauvres, riches ou au revenu moyen – en vue de promouvoir la prospérité tout en protégeant la planète. Avec ces objectifs, les dirigeants reconnaissent que l'élimination de la pauvreté doit s'accompagner de stratégies qui renforcent la croissance économique et répondent à un éventail de besoins sociaux, parmi lesquels l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre les changements climatiques et en protégeant l'environnement. » (Objectifs du développement durable, ONU, 2016)

### **III-La mission de la Planification familiale et la santé reproductive :**

**III-1-Planification familiale :** Un droit de base et une clé pour la réalisation des objectifs du développement durable ([algeria.unfpa.org/fr/topics/planification-familiale-santé-reproductive](http://algeria.unfpa.org/fr/topics/planification-familiale-santé-reproductive))

« L'accès à une planification familiale sûre et volontaire est un Droit de l'Homme. La planification familiale est essentielle à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes et des filles, et c'est un facteur clé du dividende démographique et de la croissance économique. L'UNFPA travaille à soutenir la planification familiale en facilitant un approvisionnement stable et fiable de contraceptifs de qualité ; Renforcer les systèmes nationaux de santé en matière de sécurisation des produits de base; Préconisant des politiques favorables à la planification familiale; Et recueillir des données pour appuyer ce travail ». (Planification familiale, santé reproductive, UNFPA Algérie, 2018)

### **III-2-La planification familiale sauve des vies :**

Parmi les droits humains fondamentaux nous citons le droit relatif à la contraception et à la reproduction. Ce dernier concerne les femmes et les adolescentes et il est insisté à connaître leur corps et d'avoir accès à tous les services et à l'information.

Le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a reconnu « le droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables». (UNFPA Algérie 2018)

D'autre part, l'UNFPA pour la Population ajoute que les contraceptifs servent à prévenir les grossesses non désirées, à réduire le nombre d'avortements et à diminuer l'incidence de mortalité et d'invalidité dues aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Et Ajoute que « Si toutes les femmes n'ayant pas accès aux contraceptifs pouvaient bénéficier de méthodes modernes, on éviterait 36 millions d'avortements et 70 000 décès maternels ». (UNFPA pour la population, 2018)

### **III-3-La planification familiale autonomise les femmes :**

L'accès à l'information sur la contraception est essentiel à la réalisation de l'égalité des sexes et les femmes peuvent vivre plus longtemps et en meilleure santé, favorisant également un meilleur état de santé pour leurs enfants. De multiples études ont montré que lorsque les couples ont la capacité à planifier une grossesse cela est lié directement, et sans doute, à une baisse de la mortalité maternelle, du nourrisson et de l'enfant de moins de 5 ans, à une baisse de la transmission mère-enfant du VIH, de même qu'à l'amélioration de nombreux autres indicateurs de santé. . « Pour ne citer qu'un exemple : lorsqu'une femme est en mesure d'observer un intervalle d'au moins trois ans entre deux naissances, le nouveau-né a deux fois plus de chances d'atteindre l'âge d'un an »

([progress.familyplanning2020.org](http://progress.familyplanning2020.org) › *content* › *connexions*)) En revanche, les femmes sont mieux en mesure de terminer leurs études ; L'autonomie des femmes au sein de leur ménage augmente; Et leur pouvoir de gain est amélioré. Cela renforce leur sécurité économique et leur bien-être et celui de leurs familles.

I. La plupart des pays sur la voie de la CMU devront viser l'universalité de façon progressive. Ils devront prendre comme point de départ un ensemble de prestations basiques, mais essentielles, qui permettra de générer un impact maximum pour le plus grand nombre, et surtout pour les plus pauvres et les plus vulnérables, puis évoluer en étoffant cet ensemble. Il est essentiel que la planification familiale fasse partie de ces prestations initiales. Peu d'interventions peuvent se prévaloir d'une telle rentabilité et d'un tel pouvoir de transformation. ([2017-2018progress.familyplanning2020.org](http://2017-2018progress.familyplanning2020.org) › *content* › *connexions*)

#### **III-4- La planification familiale apporte des avantages économiques :**

La planification familiale contribue à réaliser un «dividende démographique», un accroissement de la productivité économique qui se produit lorsqu'il y a de plus en plus de personnes sur le marché du travail et une baisse des effectifs à charge.

**La planification familiale joue un rôle essentiel dans le processus de développement économique et social — pour les individus, les familles et les pays — et constitue pour les pays un mécanisme important en vue de concrétiser la CMU sur le long terme.**

#### **III-5- Les droits de santé sexuelle et reproductive : des fondements pour protéger et responsabiliser les jeunes :**

Chaque jeune aura un jour à prendre des décisions importantes sur sa santé sexuelle et reproductive. Pourtant, la majorité des adolescents ne possèdent pas les connaissances nécessaires pour prendre ces décisions de manière responsable, ce qui les rend vulnérables à la coercition et aux comportements à risque (infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées et violence basée sur le genre).

L'accès à la santé sexuelle et reproductive permet aux jeunes de prendre des décisions éclairées sur leur sexualité et leur santé. Ces programmes créent des compétences pour la vie et augmentent les comportements responsables. Ils contribuent à les promouvoir, à promouvoir l'égalité entre les sexes et

l'autonomisation des jeunes parce qu'ils sont fondés sur les principes des Droits de l'Homme,

L'UNFPA travaille en étroite collaboration avec le gouvernement algérien pour promouvoir une éducation sexuelle complète grâce à une sensibilisation communautaire qui renforce l'implication parentale et les leaders communautaires / religieux.

Une éducation sexuelle complète ne mène pas à une activité sexuelle ou à un comportement dangereux, mais ces programmes permettent aux jeunes de ne pas prendre de risques

**III-6-Plaidoyer pour l'approvisionnement de l'Algérie en produits contraceptifs : (<https://algeria.unfpa.org>)**

Dans le cadre du soutien de l'UNFPA au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière pour la mise en œuvre du Plan national pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle 2015-2019 qui vise à renforcer le programme national de planification familiale ainsi qu'à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs. Le bureau de l'UNFPA en Algérie a entrepris des actions de plaidoyer auprès des différents partenaires institutionnels impliqués dans le processus de passation des marchés et sécurisation des produits contraceptifs. Cette intervention consiste à encourager l'approvisionnement en contraceptifs par le Gouvernement algérien par le biais du centre d'achat de l'UNFPA.

En mars 2017, l'UNFPA Algérie avait organisé une consultation axée sur l'amélioration de la chaîne logistique des produits contraceptifs. Cette réunion est venue répondre aux recommandations d'experts sur l'analyse de la situation et les résultats concernant la sécurisation des produits de santé reproductive et de planification familiale.

L'atelier participatif, animé par le chef des services d'approvisionnement, - UNFPA-Copenhague, a offert l'occasion de discuter de la faisabilité pratique de l'approvisionnement par le gouvernement algérien à travers l'unité PSB (Procurement Services Branch) de l'UNFPA.

La valeur ajoutée de l'UNFPA en Algérie est de soutenir le Ministère de la Santé dans le renforcement du programme national de planification familiale en

améliorant la sécurité des approvisionnements contraceptifs grâce à des achats efficaces avec une offre de qualité / coût / concurrence avantageuse.

Ainsi, grâce au plaidoyer mené par l'UNFPA en Algérie, la pharmacie centrale des hôpitaux en Algérie, principal centre d'achat de médicaments, a demandé au bureau de l'Algérie de fournir une grande quantité de produits à acquérir. Cela démontre l'efficacité du plaidoyer et l'intérêt du gouvernement algérien pour les produits de l'UNFPA.

#### **IV-EVALUATION DE LA POLITIQUE DE POPULATION EN ALGERIE :**

La politique nationale de population est passée par plusieurs phases qu'on peut résumer comme suit :

##### **IV-1-1<sup>ère</sup> Phase : l'approche des questions de population au cours des années 60 à 80 : un gouvernement sourd aux problèmes de l'explosion démographique**

Au niveau international, les années 60 ont été caractérisées par le lancement dans un nombre de pays, des programmes de "contrôle démographique". Le spectre de l'explosion démographique brandi par les pays développés a conduit à la tenue de la première conférence mondiale des Nations Unies sur la population (Bucarest –1974) .

Au lendemain de la guerre de libération (1966), la fécondité algérienne avait atteint un indice synthétique de fécondité le plus élevé dépassant même 8 enfants par femme (ZahiaOuadah-Bedidi, Jacques Vallin, 2012, p3). Ceci avait été confirmé par l'enquête à passages répétés de 1969-1971 qui avait donné un chiffre de 8,1 enfants par femme pour l'année 1970 (ZahiaOuadah-Bedidi, Jacques Vallin, 2012, p3). En parallèle, la mortalité continue a baissé rapidement pour donner un taux d'accroissement naturel de la population atteignant 3,5 % dès le milieu des années 1960, niveau parmi les plus élevés au monde à l'époque. Pour l'AARDES, cette folle croissance, due à une baisse rapide de la mortalité combinée à la hausse de la fécondité et à la montée en puissance des générations de plus en plus nombreuses, devait encore s'accélérer. La démographie algérienne était comme "*une voiture de course sans freins*"»(ZahiaOuadah-Bedidi, Jacques Vallin, 2012, p3).

D'autre part, la croissance démographique Algérienne était perçue comme "un effet" et non "une cause" du sous développement. Ce phénomène était appelé à évoluer vers une situation d'équilibre, avec l'essor économique du pays et l'amélioration des conditions de vie des citoyens. En effet, c'est au début des années 80 qu'une mise en œuvre d'une politique volontariste visait à modifier le rythme d'accroissement démographique en agissant sur la natalité. Ainsi en février 1983, le gouvernement Algérien a adopté le programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD).

La nécessité d'une politique de population a été retenue dans le cadre de la préparation du *1er Plan de développement*. Étant donné du coût de la formation des jeunes et des taux élevés de chômage et les sous emploi, une commission intersectorielle a été mise en place à l'effet d'étudier les conditions d'application d'une politique démographique. En fait, les conclusions de cette commission ont mis en exergue la nécessité "impérieuse" du lancement d'un programme de "régulation des naissances par le planning familial". L'enquête de l'AARDES sort avec la conclusion suivante: "*l'économie algérienne est incapable de satisfaire les besoins de toute sa population, et ne peut pas constituer une base suffisamment solide pour un développement économique sérieux. On ne peut donc envisager, sans de très sérieuses préoccupations, un accroissement encore plus rapide de la progression démographique* » (ZahiaOuadah-Bedidi, Jacques Vallin, 2012, p3).

Malgré que de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ont déclenché la sonnette d'alarme, l'état Algérienne est resté sourd aux problèmes de l'explosion démographique. En 1966, un appel de l'Union nationale des femmes algériennes (UNFA) en faveur du droit à la planification familiale avait trouvé une sollicitation auprès du président Houari Boumediene qui reconnut dans la planification familiale « un moyen de libérer la femme et de préserver sa santé et celle de ses enfants et finalement a autorisé l'ouverture en 1967 d'un premier centre expérimental d'espacement des naissances à l'hôpital Mustapha Bacha d'Alger, « *Espacement* » des naissances et non « *limitation* », car la justification était purement sanitaire et nullement démographique. ». (ZahiaOuadah-Bedidi, Jacques Vallin, 2012, p3). Ensuite et en 1969, deux autres centres d'espacement des naissances étaient ouverts dans les deux autres grandes villes algériennes, Oran à l'ouest et Constantine à l'est du pays.

Par ailleurs, l'enquête CAP conduite par l'AARDES en 1967-68 a démontré que la population était adaptée à ce programme et les mentalités prêtes pour un projet de régulation des naissances, en particulier chez les jeunes, dans les villes et parmi la population alphabétisée. Cependant, l'enquête reconnaissait aussi que certaines catégories auraient une discrétion envers la régulation des naissances, liées en premier lieu à des croyances religieuses, « soulignant ainsi l'importance qu'aurait pu avoir une prise de position favorable des autorités religieuses » (AARDES, 1968).

Bien que le gouvernement Algérien a été en opposition de l'adoption d'une politique démographique, en revanche, et avec la *fatwa* du Conseil supérieur islamique encourageant l'espacement des naissances en 1968, les conditions nécessaires à l'évolution des comportements en matière de procréation ont été mises en place dès le début des années 70. Cette mise en place a été possible grâce à l'intégration de la contraception dans les structures sanitaires de base qui a été retenue en 1974. Au cours de cette année, un programme national de protection maternelle et infantile/ espacement des naissances (PMI/EN) a été lancé sous la responsabilité du docteur Malika Ladjali (chef du Bureau central de la protection maternelle et infantile) dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses multiples et rapprochées.

La position officielle hostile à toute politique de limitation des naissances, n'a donc empêché l'amorce d'une baisse tendancielle profonde allant bien au-delà du repli attendu de la fécondité après le *baby boom* des années 1960. Non seulement la contraception s'est répandue sensiblement au-delà de ce qui était attendu du très timide PNEN mais l'augmentation de l'âge au mariage, sans rapport avec ce programme, a été le premier facteur de la chute de la fécondité.

Malgré que le problème démographique était pris en compte et avec toutes les actions mises sur le terrain, en 1969, lors de l'inauguration du complexe sidérurgique d'El-Hadjar, le président déclarait tout de go : « *Notre but est d'assurer à nos masses ... un niveau de vie équivalent à celui des nations les plus développées du monde de demain... nous n'acceptons pas les fausses solutions comme le contrôle des naissances, qui signifie supprimer les difficultés au lieu de chercher des solutions appropriées. Nous préférons des solutions positives et efficaces, à savoir, créer des emplois pour les adultes, des écoles pour les enfants et de meilleurs équipements sociaux pour tous.* » (Kouaouci, 1996).

Cinq ans plus tard, en 1974, et lors la Conférence mondiale de la population de Bucarest, l'Algérie affiche sur la scène internationale son refus affirmatif de toute politique de limitation des naissances, au motif que *"la meilleure pilule, c'est ledéveloppement"*. Le leadership du courant s'opposant fermement à l'idée que la maîtrise de la croissance démographique était une condition du développement. Toutefois, le courant partisan à la limitation des naissances n'a pas pareillement cessé. Discrètement, sur le terrain, certaines choses ont suivi leurs mouvements. Ainsi, des formations prévues aux États-Unis ont été maintenues (Zahia Ouadah-Bedidi, Jacques Vallin, 2012, p4).

Comme l'écrit le Secrétariat d'État aux affaires sociales : *« Beaucoup plus que par le passé, les contraintes démographiques continueront de dominer largement la conduite de la politique économique. L'action de réduction active du taux de natalité est devenue une conduite indispensable pour améliorer l'efficacité dans la construction de notre économie et prétendre répondre de façon satisfaisante et durable aux besoins sociaux de la population »* (SEAS, 1983).

Effectivement, c'est en février 1983 que le gouvernement a adopté le programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD) (La Comité National de Population, 2000, p28).

En effet, il est à rappeler que le PNMCD a identifié trois axes prioritaires d'intervention, en l'occurrence : (La Comité National de Population, 2000, p29)

- le développement des infrastructures de base et l'organisation matérielle devant servir de support aux prestations d'espacement des naissances;
- le développement des activités d'information, de sensibilisation et d'éducation destinées à entraîner l'adhésion consciente des populations les plus larges et notamment rurales à l'objectif de maîtrise de la fécondité;
- l'organisation des activités d'étude et recherche fondamentale et appliquée sur les déterminants de la croissance démographique et les relations qu'ils entretiennent avec le développement économique et social et ce, en vue d'aboutir à la définition et à la mise en œuvre des politiques de population intégrées au plan national de développement.

A la fin des années 80, la situation du programme se présentait comme suit: (La Comité National de Population, 2000, p29)

- le contexte démographique était en pleine évolution, marqué par l'amorce d'un infléchissement des taux d'accroissement naturel et de natalité. La prévalence de la contraception avait augmenté de manière substantielle et se situait en 1990 à 40,6%. Ainsi, des gains rapides ont été réalisés en la matière au cours des années 80. Ces gains ont été rendus possibles à la fois par l'élargissement de l'offre de services et par les effets du développement (urbanisation, accès renforcé à l'éducation notamment pour les femmes...)
- Après une période d'activités intense (1983-1988), la mise en œuvre du programme a été considérablement ralentie. À titre d'illustration, après le transfert des missions en matière de maîtrise de la croissance démographique, du ministère en charge des affaires sociales au ministère en charge de la santé, aucune structure centrale n'a eu officiellement dans ses attributions la conduite du PNMCD de 1989 à 1994. Dans le même sens, le PNMCD a été évacué du discours politique entre 1989 et 1992.

Ainsi, à la faveur de ce programme, et sous la pression de la demande le nombre de ces centres a, certes, lentement augmenté mais il faudra attendre jusqu'à 1984 pour pouvoir parler d'un début de couverture nationale soit de 440 centres de PMI/EN qui ont été créés entre 1974 et 1983, et près de 400 prestataires de services (médecins, sages-femmes, accoucheuses rurales...) ont été recyclés pour prendre en charge l'activité de contraception (La Comité National de Population, 2000, p28). Il faut signaler qu'il ne faut pas oublier que ce programme, très discret restait exclusivement réservé à l'espacement de naissance pour des raisons de santé. Sa contribution à la diffusion de la contraception n'a pu être que très modeste. Le taux de prévalence de la contraception a été passé de 8 % en 1970 à 11 % en 1978 pour atteindre 25 % en 1984 (ZahiaOuadah-Bedidi, Jacques Vallin, p4, 2012).

#### **IV-2-2<sup>ème</sup> Phase :-La politique de population au cours des années 90 :**

Le programme PNMCD a été un véritable point de départ dans la progression de la contraception, en donnant un accès libre et gratuit aux moyens contraceptifs modernes (essentiellement la pilule) à toute la population, en parallèle il fallait qu'il y ait une diffusion de l'information de la pratique de la contraception pour les femmes et les couples. Aussi bien que ce n'est pas la campagne de sensibilisation de 1996 qui a vite détendue, il aurait pu faire évoluer en même temps les comportements et les mentalités. En réalité cette évolution

était le résultat en premier lieux de la profonde transformation de la société algérienne inspirée par trois phénomènes majeurs, eux-mêmes fortement liés entre eux : « le développement de l’instruction, notamment celle des femmes, l’accès de ces dernières au marché de l’emploi rémunéré et l’urbanisation. C’est un trait classique de la transition démographique et des théories sur la fécondité, mais c’est particulièrement le cas dans les pays en développement et notamment en Algérie » (ZahiaOuadah-Bedidi et Jacques Vallin, 2012, p13).

Ces facteurs de la modernisation des comportements démographiques auraient très probablement conduit les femmes algériennes à limiter leurs naissances même en l’absence de PNMCD, tout comme elles avaient largement commencé à le faire avant la mise en place de ce programme durant les années soixante-dix.

De plus, l’Algérie, comme beaucoup de pays en développement a subi de très sévères conséquences de la crise économique et sociale des années 1980, aggravés par la guerre civile des années 1990 reconnue par la décennie noire. Il n’y a donc pas nécessairement contradiction entre le jugement sévère porté sur le PNMCD au milieu des années 1990 et l’accélération réelle de la baisse de la fécondité.

L’adoption et la mise en oeuvre du PNMCD ont permis tout particulièrement d’élargir l’offre de la contraception. La planification familiale a été intégrée dans l’ensemble des structures légères de santé disposant du personnel requis (polycliniques et une partie des centres de santé et salles de soins), portant ainsi à 2000 unités le réseau public d’offre de services au début des années 90 (La Comité National de Population, 2000, p28).

La politique de population en Algérie a été renforcée à partir de 1992. L’engagement de l’Etat le reconnaissant comme une mesure essentielle des stratégies de développement économique et social, a été réaffirmé dès cette date. La nouvelle dynamique impulsée à la politique de population, s’est traduite notamment par la mise en place, à divers échelons, des mécanismes institutionnels y afférents, et ce tout particulièrement au cours du second quinquennat de la décennie 90.

« Ce qui étonne davantage, c’est qu’au début des années 2000, les autorités algériennes continuaient de juger la fécondité trop élevée et d’appeler à la poursuite de la baisse d’un TFT pourtant arrivé dès 2001 au niveau du strict remplacement des générations » (ZahiaOuadah-Bedidi et Jacques Vallin, 2012, p13).

**IV-2-1- Les mécanismes institutionnels :**

En 1992, et au niveau du Ministère de la Santé et de la Population, une structure centrale en charge des questions de population est mise en place. Le renforcement du dispositif institutionnel a été marqué également par la mise en place d'espaces de concertation et de soutien.

En 1995, il a été créé et mis en fonction le Comité National de Santé Reproductive et Planification Familiale (Le Comité National de Population, 2000, p30) qui rassemble des praticiens médicaux de différentes spécialités, des sages-femmes, et des représentants d'associations œuvrant dans le domaine. Ce comité a collaboré notamment à la standardisation des activités liées à la santé génésique et à la contraception pour toutes les femmes, à la modification et la réalisation des programmes de formation continue ainsi qu'à l'identification des sous-programmes prioritaires, liés à la santé de la reproduction.

En 1996, le Comité National de Population (CNP) composé des représentants de différents départements ministériels, institutions nationales et associations a été mis en place. Ce comité institutionnalisé par le décret n°98-157 du 16 mai 1998, a été créé en vue de développer l'approche multisectorielle qu'appellent nécessairement les multiples implications des politiques de population.(La National de Population, 2000, p30). Dès son installation, le CNP a permis l'exécution de plusieurs projets visant le développement des activités de sensibilisation, d'éducation et de communication ; il a participé également à élargir la discussion autour de la problématique "population et développement". Le rapport annuel du CNP a été soumis, en 1997 et 1998, à l'examen du Gouvernement.

Quand au niveau régional, il est à relever la restructuration de la direction de l'exécutif de la wilaya intervenue en 1997, qui a mis l'accent sur la prise en charge du volet "population", à travers l'autonomisation d'un service ou bureau en charge de ce dossier. Enfin, il a été procédé à la mise en place de comités de population de wilaya, en vue de soutenir à la fois les mécanismes de suivi et de coordination des programmes mis en œuvre et, de tendre à établir à l'échelon local, l'approche multisectorielle adoptée au niveau central. A ce jour, les comités locaux de population et santé reproductive sont opérationnels dans presque la totalité des wilayas. (La Comité National de Population, 2000 , p30).

**IV-2-2-Les activités de santé reproductive :**

L'amélioration des activités de santé reproductive au cours des années 90 s'est intéressée au préalable à l'élargissement de l'accessibilité à des services et des soins de qualité dans le domaine de la planification familiale, mais en parallèle dans des domaines connexes tels que la prise en charge de la maternité et des autres maladies constituant des causes de morbidité et de mortalité des femmes en âge de procréation.

**IV-2-2-a-Elargissement du réseau d'offre de services :**

Le réseau d'infrastructures publiques aidant à l'offre de contraception a été élargi par l'intégration de cette activité au sein des maternités et des services de gynécologie obstétrique des établissements hospitaliers.

A la faveur de la promulgation des arrêtés ministériels n°39 du 4 septembre 1994 et n°5 du 25 février 1995, des centres de planification familiale (CPF) ont été créés au sein des maternités des CHU et des secteurs sanitaires. Au total, 363 CPF répartis sur les 48 wilayas ont été ainsi mis en fonction entre 1994 et 1999 (La Comité National de Population, 2000, p30).

Ce projet a pour finalité d'une part la mise en place de centre de référence, disposant d'un personnel médical et paramédical adéquat et offrant une large gamme de services intégrés dans le domaine de la reproduction (planification familiale, obstétrique, gynécologie...). D'autre part, en satisfaisant le fossé qui rencontrait jusque là entre l'accouchement et la planification familiale, qui a permis le développement d'un programme élargi de contraception du post-partum, ciblant ainsi une catégorie importante d'acceptantes potentielles de la contraception, dans le cas présent c'est les post accouchées.

Le réseau des structures périphériques a bénéficié en outre d'une dotation substantielle en équipement médical léger et instrumentation. Ces équipements ont été acquis dans le cadre de la coopération internationale (FNUAP et Union Européenne.)

**IV-2-2-b-Amélioration des capacités techniques des personnels :**

Le second axe d'intervention favorisé au cours de cette décennie a été la formation continue des personnels. Les domaines prioritaires identifiés ont concerné tout particulièrement :

- la gestion des programmes,
- les techniques de prescription de la contraception,
- la communication de proximité,
- la maternité sans risque.

(La Comité National de Population, 2000,p31)

Ces cours ont concerné d'une part les responsables des activités de population au niveau des directions de wilayas et des secteurs sanitaires pour ce qui concerne la gestion des programmes. La formation continue a ciblé d'autre part, les médecins, sages-femmes et professeurs d'enseignement paramédical pour les autres volets identifiés ci-dessus.

La décennie 90 a été également marquée par le renforcement des statuts des personnels affectés à la planification familiale et notamment les sages-femmes. La modification de la loi n°85-05 portant protection et promotion de la santé, intervenue en 1990, a en effet habilité les sages-femmes "à prescrire les produits, procédés et méthodes de protection maternelle" et notamment la contraception, mettant fin ainsi à la situation de vide juridique qui prévalait dans ce domaine depuis 1985. (La Comité National de Population, 2000, p31)

#### **IV-2-2-c- Elargissement de la gamme et disponibilité des produits contraceptifs :**

L'objectif d'extension de la pratique contraceptive est sous-tendu par l'offre d'une gamme élargie de méthodes sûres, efficaces et accessibles. Pour ce faire, à la faveur de la révision de la nomenclature nationale des médicaments intervenue en 1997, la liste des produits contraceptifs agréés a été étendue aux contraceptifs hormonaux injectables. De plus, la nomenclature des contraceptifs oraux a été élargie pour intégrer les nouveaux types de pilules présentant de meilleurs critères de tolérance; il en est de même pour les dispositifs intra-utérins (DIU) dont la nomenclature a été élargie aux DIU libérateurs d'hormones, mieux adaptés à certaines pathologies. La nomenclature actuellement en vigueur comprend ainsi 28 items correspondant aux quatre catégories de méthodes et produits contraceptifs agréés, en l'occurrence les contraceptifs hormonaux, oraux et injectables, les dispositifs intra-utérins et les méthodes barrières.

La régulation de l'approvisionnement en produits contraceptifs a constitué par ailleurs un axe fondamental du programme. En effet, les restrictions budgétaires qui ont marqué la décennie, ont généré des tensions importantes notamment au cours des premières années 90. Il faut dire que les produits contraceptifs ont été financés jusqu'à la fin des années 80 sur le budget de la sécurité sociale, puis entre 1989 et 1994 sur des crédits planifiés, et ce à titre transitoire. A partir de

1994, le financement des produits contraceptifs a été porté sur le budget de fonctionnement du ministère de la santé, décentralisé par secteur sanitaire.

La création de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) a contribué en outre à partir de 1995, à la normalisation du circuit d'achat et de distribution pour les structures publiques. Toutefois les difficultés financières que connaît actuellement la PCH n'ont pas permis, entre 1999 et 2000, un approvisionnement régulier des secteurs sanitaires à hauteur de la demande exprimée.

S'agissant de l'accessibilité aux prestations de planification familiale, il est à souligner que les actes et produits contraceptifs sont délivrés gratuitement dans les structures publiques de santé et sont remboursés par la sécurité sociale à 100 % quand ils sont prescrits dans le secteur privé, à la faveur du décret n°88-209 du 18 octobre 1988.

#### **IV-2-2-d- Organisation des prestations et services :**

L'amélioration de l'organisation des prestations a concerné tout d'abord la normalisation de la prescription, à travers l'élaboration et la large diffusion de protocoles d'intervention, à l'usage des personnels prestataires. Ces protocoles conçus dans le cadre des travaux du comité national de SR/PF présentent à la fois les conduites à tenir en matière de prescription de la contraception pour les médecins et sages-femmes et définissent le système de référence-recours vers le milieu spécialisé dans les cas de problèmes ou pathologies spécifiques.

En vue d'augmenter les performances et l'efficacité du programme, il a été procédé à la définition de sous-programmes prioritaires visant notamment la promotion du dispositif intra-utérin et le développement de la contraception du post-partum. La promotion du DIU est motivée par les critères d'efficacité et de longue durée d'action (protection contre le risque de grossesse pouvant aller jusqu'à dix ans) ainsi que par le coût très avantageux de la méthode. Le développement de la contraception du post-partum vise à accroître l'adhésion à la planification familiale en ciblant de manière spécifique les post accouchées, qui représentent chaque année une population de près de 700.000 femmes.

La promotion du DIU a conduit par ailleurs à l'utilisation de toutes les potentialités du secteur, en intégrant notamment le secteur privé. Un projet visant à impliquer les gynécologues installés à titre privé dans le programme a été lancé

fin 1997, à la faveur d'un arrêté interministériel associant au secteur de la santé, le secteur en charge de la protection sociale et le secteur en charge de la solidarité nationale.

L'organisation de ce projet est la suivante:

- les dispositifs intra-utérins sont fournis à titre gracieux au praticien conventionné;
- la pose et le contrôle sont payés par la cliente sur la base d'une tarification arrêtée conjointement avec la caisse d'assurances sociales; la cliente est remboursée à 100% par la sécurité sociale;
- pour les personnes démunies, la prestation n'est pas payée par la cliente ; les honoraires du praticien sont versés par la sécurité sociale sur des crédits imputés au fonds spécial de solidarité nationale.

A la fin 1999, 119 gynécologues ont été conventionnés dans le cadre de ce projet. Au cours des deux années de mise en œuvre, près de 3200 poses de DIU ont été enregistrées (La Comité National de Population, 2000, p33).

Enfin, la création des régions sanitaires intervenue en 1997, notamment dans le cadre de la création des Conseils Régionaux de la Santé et des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), créé comme des antennes régionales de l'Institut National de Santé Publique, cette opération a été le début d'une approche similaire dans le domaine de la population en général et de la santé reproductive en particulier. C'est ainsi qu'a été retenu l'objectif de la dé-globalisation des programmes de population en fonction des spécificités régionales. Des ateliers ont été organisés à l'effet d'identifier les besoins et les priorités à l'échelon régional. Dans le prolongement des objectifs régionaux, ont été inspirés à travers des programmes d'actions régionaux dans le domaine de la santé notamment en matière de santé reproductive.

#### **IV-2-2-e- De la planification familiale à la santé reproductive :**

L'option qui a caractérisé la décennie 90 est de dépasser en matière de population, le cadre strict de la planification familiale pour intégrer la dimension plus large de la santé reproductive. Dans cette optique, l'activité de planification des naissances a été menée de pair avec les autres activités ciblant la mère et l'enfant, et particulièrement les activités visant la maternité sans risques, la

prévention et le traitement des infertilités et des maladies sexuellement transmissibles, le dépistage des cancers génitaux et la prévention de toute forme de violence. La promotion de la santé de la reproduction trouve son justificatif dans le fait que les progrès ont été plus rapides dans la maîtrise de la fécondité que dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles.

L'approche de la santé reproductive a conduit tout d'abord à renforcer le lien entre la planification familiale et la protection de la maternité, tant à travers la création des CPF dans les maternités que par le renforcement de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à travers la formation des personnels, l'information et la communication, et enfin la rationalisation des services. Une attention particulière a été accordée à la prise en charge du risque hémorragique qui représente la première cause de mortalité maternelle, à travers la systématisation du groupage des femmes enceintes et le renforcement de la disponibilité des médicaments de base.

De plus, une enquête nationale sur la mortalité maternelle a été lancée au cours de l'année 1999. Cette enquête qui porte sur le recensement et l'analyse de tous les décès maternels enregistrés à l'état civil entre le 1er janvier et le 31 décembre 1999, doit permettre à la fois de mesurer avec fiabilité le phénomène, et d'en identifier les facteurs de risque, pour déboucher enfin sur un programme d'action adapté aux réalités du terrain.

S'agissant des autres volets de la santé reproductive, il est à relever le démarrage d'un programme visant le dépistage des cancers génitaux et notamment le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus qui constituent une cause majeure de morbidité féminine. Des sessions de formation aux activités de dépistage ont été réalisées en direction des personnels médicaux et paramédicaux et une centaine de centres de dépistage ont été créés entre 1999 et 2001 à travers le territoire national.

Concernant la prise en charge des infertilités, cet axe a été identifié parmi les priorités du Comité National de SR/PF. Outre la prise en charge des pathologies courantes au niveau des services de gynécologie obstétrique, il a été retenu la création d'unités régionales de procréation médicalement assistée dont une a été implantée au niveau du CHU d'Alger (Parnet). D'autres unités sont également implantées ou en cours de création dans le secteur privé.

Enfin, pour ce qui est de la prévention et du traitement des MST/sida, un programme national est mis en œuvre dans le cadre de la politique de prévention.

Les services de planification familiale constituent par ailleurs le cadre idoine pour le dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Aussi, les actions de perfectionnement des médecins et sages-femmes dans le domaine de la santé reproductive intègrent tout naturellement ce volet parmi les domaines prioritaires.

Le développement des activités de santé reproductive au cours de la décennie 90, à travers les différents axes d'intervention décrits ci-dessus, a permis d'enregistrer au niveau des structures sanitaires publiques, un nombre total de consultations en planification familiale, passant à titre d'illustration de 1.399.383 en 1996 à 2.095.416 en 1999 (La Comité National de Population, 2000, p34). Toutefois, malgré les progrès enregistrés, des contraintes non négligeables restent à signaler. Dans ce cadre, il est à relever tout particulièrement la question de la disponibilité des méthodes contraceptives et autres médicaments ou produits pharmaceutiques nécessaires aux activités de santé de la reproduction.

Dans le domaine de la contraception, la demande a considérablement augmenté au cours de la décennie 90. L'effectif global des contraceptantes est passé en effet de 811.000 en mi décennie 80 à 2.489.000 en 2000 (La Comité National de Population, 2000, p34). Cette augmentation importante de la demande de contraception s'inscrit par ailleurs dans un contexte de raréfaction des ressources financières. Il est à noter en effet qu'entre 1996 et 1999, le budget alloué à l'achat des produits contraceptifs dans le secteur public est resté stationnaire. Or, la contraception qui s'inscrit dans le cadre de la politique de la santé préventive, demeure gratuite dans les unités publiques.

En sus, les "habitudes" de contraception au niveau national, basées essentiellement sur la contraception orale, sont celles des pays "riches". En effet, dans les pays en développement, les programmes de planification familiale favorisent les méthodes de contraception les moins onéreuses tout en présentant un taux de continuation élevé. C'est ainsi que la méthode la plus utilisée pour maîtriser la fécondité au niveau international est la contraception chirurgicale ou stérilisation qui constitue une méthode, généralement irréversible, de limitation des naissances. A titre d'illustration, la stérilisation féminine représente 40 % de la contraception dans le monde et seulement 25 % pour le DIU (La Comité National de Population, 2000, p35). De plus la stérilisation féminine est la méthode qui a connu, dans le monde, la plus grande augmentation en termes de prévalence au cours des années 90. La pilule reste la méthode la plus utilisée notamment dans les pays occidentaux.

Ainsi, l'Algérie qui a fait le choix d'un programme non coercitif, fondé sur la gratuité d'une contraception réversible et de haute qualité, n'assure pas les moyens financiers pour répondre efficacement à l'ensemble de ces options. Un des moyens correctifs a été de tenter de renverser la tendance prédominante en faveur de la contraception orale au profit du DIU. Ce dernier présente en effet les qualités requises d'efficacité, d'innocuité et de réversibilité, tout en justifiant d'une longue durée d'action (de 3 à 10 ans) et d'un faible coût (0.17\$ US par an en moyenne par utilisatrice contre 3 \$ US pour la pilule et les injectables) . Toutefois, l'engouement de la population et des prestataires pour cette méthode demeure nettement insuffisant.

Par ailleurs, malgré une large diffusion de la contraception dans la société, la fécondité des mariages (fécondité légitime) reste encore relativement élevée avec 4,1 enfants en moyenne en 1998 (contre 4,7 en 1987). Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont estimés à près de 15 % de la population cible. Il est à relever que la persistance d'indicateurs de mortalité infantile relativement élevés, tend également à limiter le processus de réduction de la fécondité. Ce phénomène conjugué aux pesanteurs sociologiques en faveur des comportements natalistes, contribuent à restreindre la portée du programme.

En matière de diffusion du programme au niveau du territoire national, des inégalités sont encore signalées tant en matière d'accès aux soins de santé reproductive qu'en terme de disponibilité des services y afférents. Dans ce sens, les wilayas du sud du pays, dans leur majorité, n'ont pas encore amorcé de transition démographique et enregistrent toujours des niveaux élevés tant en matière de natalité que de mortalité.

La nouvelle approche adoptée lors de la CIPD, d'élargir, dans le cadre des programmes de population, les activités de planification familiale aux autres activités de santé reproductive, implique la mise en place de budgets conséquents. En effet, la réalisation de programmes de dépistage des cancers génitaux, de prévention et traitement des infertilités tout comme la mise en place d'activités nouvelles, liées aux changements intervenus dans le domaine de la procréation (telles que le diagnostic anténatal requis suite à l'augmentation des grossesses chez les femmes de plus de 35 ans) appelle, notamment en terme d'équipement, des moyens coûteux.

Parmi les autres contraintes à relever dans le domaine de la santé reproductive, figure également la mobilité du personnel notamment au niveau des postes de gestion du programme à l'échelon décentralisé.

Enfin, les activités du secteur privé sont difficilement évaluables; or, ce secteur est en expansion et constitue de plus, dans le domaine de la santé reproductive et planification familiale, un pourvoyeur important de prestations. L'implication du privé à la réalisation des objectifs du programme national, n'est pas toujours effective, bien que des projets comme celui relatif à la promotion du DIU tente de renforcer l'articulation entre les secteurs privé et public.

Les contraintes relevées ci-dessus militent en faveur du renforcement des programmes liés à la promotion de la santé reproductive, sur la base de l'approche holistique qui les caractérise. De plus, dans un contexte de réduction des allocations budgétaires tant au niveau national qu'international, il s'avère désormais indispensable de veiller à l'optimisation des moyens disponibles et de dégager des ressources supplémentaires pour prendre en charge les volets nouveaux, exigés tant par la réalité du terrain que par les progrès enregistrés dans le domaine médical.

#### **IV-2-3-Les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC)**

Les activités d'information, d'éducation et de communication ont constitué une priorité dans les stratégies d'intervention et ce, depuis le lancement du PNMCD.

En effet, les changements dans le discours politique intervenus au début des années 80, et qui se traduisaient par le passage d'un programme à but strictement sanitaire vers un programme plus global et volontariste dans le domaine démographique, avaient rendu nécessaire la médiatisation du PNMCD.

De plus, le principe de base sur lequel est fondé le programme à savoir l'adhésion libre et volontaire à la planification familiale, a impliqué dès le départ, le développement d'actions d'information, d'éducation et de sensibilisation en vue d'induire une augmentation conséquente de la demande de contraception.

C'est ainsi que dès les premières années de mise en œuvre du PNMCD, des actions de communication ont été développées à travers les grands médias (radio, presse écrite, télévision) mais aussi à travers des actions de proximité par le biais des organisations de masse, associations, personnels de santé, assistantes sociales, imams...

Les années 90, et en particulier le second quinquennat de la décennie, ont été marqués par la relance des actions d'IEC notamment à travers l'organisation des semaines de sensibilisation impliquant différents secteurs et ce, dans le cadre des

travaux du Comité National de Population. Par ailleurs, des actions de formation en direction de différents personnels-relais tels que les personnels de santé, les animateurs de la jeunesse, les vulgarisateurs agricoles, et les militants d'associations entre autres, ont été développées à l'effet d'intégrer ou d'améliorer l'intervention de ces secteurs, dans l'information et la sensibilisation en matière de population en général et de la santé de la reproduction en particulier.

En appui à ces actions d'information et de formation, différents supports ont été confectionnés et largement diffusés à travers le territoire national (affiches, dépliants, brochures...)

Par ailleurs, l'approche retenue en matière de santé reproductive fait que l'information sur la contraception dépasse le contexte strict de la planification familiale pour s'inscrire dans le cadre des activités de prévention des MST et de l'amélioration de la santé du nouveau-né : à titre d'exemple, les actions d'information autour de la lutte contre le sida ou de la promotion de l'allaitement maternel, fournissent l'occasion de diffuser des messages sur la contraception et la régulation des naissances.

S'agissant de l'apport du système éducatif, il est à noter que des notions de démographie et de santé ont été introduites dans les programmes scolaires à partir de 1988, et ce de manière progressive dans les différents paliers d'enseignement et dans plusieurs disciplines. La fin des années 90 est consacrée à l'évaluation de l'impact des actions entreprises et au réajustement des programmes relatifs à l'éducation en population. A cet effet, une étude nationale qui a touché 2686 élèves de l'enseignement fondamental et 68 enseignants, a été réalisée au cours de l'année 1999. De plus, les travaux devant aboutir à la révision des programmes dans le domaine de la population et à la confection d'un "livre du maître" pour standardiser l'enseignement y afférent, sont en cours au niveau du secteur de l'éducation et bénéficient d'un soutien du FNUAP.

Il reste à signaler que le développement des actions d'IEC est tributaire à la fois de l'octroi de budgets conséquents eu égard au coût élevé des prestations, et de l'implication des différents secteurs concernés. De plus, la régularité des actions d'IEC et l'adaptation des messages aux différentes populations-cibles constituent un gage de leur réussite. L'évaluation de l'impact des actions entreprises doit en outre, constituer le prolongement indispensable de tout projet de communication. Or, force est de constater que l'ensemble des conditions énumérées ci-dessus, n'a pas toujours été réuni.

#### **IV-2-4-Etudes et recherches en matière de population**

Le développement des études et recherches en matière de population a été identifié également, dès 1983, comme un des axes stratégiques essentiels du PNMCD. En effet, au début des années 80, les informations sur les paramètres démographiques, et en particulier sur l'évolution de la fécondité et l'utilisation de la contraception, étaient insuffisantes, la dernière étude globale dans le domaine, daté de 1970. Depuis lors, une dynamique certaine a été donnée à ce volet du programme. Plusieurs études intégrant des modules sur les déterminants de la croissance démographique (fécondité, nuptialité, contraception...) ont été réalisées durant la période 1983-1999. A titre d'illustration, l'estimation de la prévalence de la contraception a pu être donnée en 1984, 1986, 1990, 1992, 1995 et 2000 dans le cadre de différentes enquêtes sur la santé de la mère et de l'enfant.

Le développement des études et recherches en population a également été renforcé à la faveur de la mise en place d'une unité spécialisée en la matière au niveau du CENEAP, bénéficiant du soutien du FNUAP. Cette unité a été à l'origine de publications diverses dans les différents volets des politiques de population, et ce depuis 1995, et œuvre actuellement à l'élaboration de banques de données démographiques et sociales. Toutefois, il est à signaler que de nombreux domaines demeurent insuffisamment exploités, tels que les stratégies familiales en matière de reproduction, les phénomènes migratoires, les déterminants de la santé reproductive...

Des programmes nationaux d'études et de recherches en population et en santé ont été définis par le secteur en charge de l'enseignement supérieur, mais leur exécution n'est pas encore effective.

Par ailleurs, la période 1983-1999 a été marquée par la réalisation de deux recensements généraux de la population et de l'habitat, en 1987 et en 1998, dont les résultats ont permis de suivre les tendances démographiques, et notamment la baisse révélée par les données de l'état -civil en 1986.

S'agissant des données de l'état-civil, leur publication a permis de suivre annuellement l'évolution des principaux paramètres démographiques (natalité, mortalité, nuptialité). Toutefois, il est à signaler depuis la fin des années 80, l'arrêt de la publication des données qualitatives, issues de l'exploitation par sondage, et portant sur les caractéristiques socioéconomiques liées aux principaux événements démographiques. Or, ces informations sont particulièrement utiles et indispensables à l'analyse des changements sociaux, en matière de procréation et

de santé. Enfin, certains faits démographiques tels que les divorces, les mariages polygames ou les naissances hors mariage, nécessaires à la connaissance des comportements démographiques, ne font pas partie intégrante des paramètres de l'état-civil qui sont analysés annuellement.

### **II-3-3<sup>ème</sup> phase, la politique de population Algérienne après l'an 2000:**

L'année 1999 a été marquée au niveau international, par l'évaluation de l'état d'application du programme d'action adopté au Caire en 1994, dans le cadre de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD). La session spéciale de l'Assemblée des Nations Unies consacrée à la CIPD+5, tenue en juillet 1999, s'est soldée par l'adoption d'une série de mesures jugées capitales dans le domaine de la population et du développement, pour les vingt prochaines années (Rapport du Comité National de Population, 2000, p42).

Ainsi, le début des années 2000 a connu de nouveaux efforts en matière de limitation des naissances ont été poursuivies. En 2001, l'organigramme du Ministère de la santé et de la population a été révisé et un rapport sur la situation et les tendances démographiques à l'horizon 2010 a été soumis au Conseil des ministres, sur la base des résultats du recensement 1998. (Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, 2012, p14). Le rapport a insisté sur la nécessité de tenir compte de la question des disparités régionales observées, le réajustement des stratégies et des objectifs de la politique de population. Un processus de dé-globalisation des programmes de la politique nationale de population au niveau local a été mis en place. Le ministère de la santé a créé des Comités de population dans chaque wilaya pour contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale de population au niveau de la wilaya dont la mission est de tenir compte à la fois des objectifs fixés au niveau national et des spécificités locales (le ministère de la santé et de la population, 2003).

Il paraît qu'en Algérie et au début du siècle, l'évolution de la fécondité ait alors été plus influencée par des indicateurs comme le taux de natalité ou même le taux d'accroissement naturel que par le TFT, mais en parallèle, c'est le taux d'accroissement qu'il faut prendre en compte à un moment donné pour comprendre les problèmes que la croissance démographique peut poser aux politiques de développement économique. Mais il ne relève pas de la seule évolution de la fécondité, puisqu'il résulte de la différence entre taux bruts de

natalité et de mortalité et que le taux de natalité lui-même ne suit pas forcément la même évolution que la fécondité proprement dite en raison du temps nécessaire pour que la structure par âge de la population et donc la proportion de femmes en âge de procréer s'adapte au nouveau modèle de fécondité adopté. (Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, 2012, p14).

Pour les dix années qui suivent, la politique algérienne de la population a gardée sa priorité envers les stratégies de développement économique, social et culturel. Les principes de base qui fondent la politique et les programmes en la matière sont listés ci-dessous : (Rapport du Comité National de Population, 2000, p45)

- La finalité de la politique de population est de réaliser l'équilibre entre les ressources humaines, les ressources économiques et l'environnement, en vue d'améliorer la qualité de vie de tous. L'objectif d'équilibre démographique escompté implique la mise en œuvre d'une politique de développement visant la croissance économique soutenue, la création d'emplois productifs, la sauvegarde de l'environnement et la préservation des ressources naturelles, ainsi que la consolidation de l'intégration sociale.
- La réalisation de la politique de population demeure fondée sur une approche intégrée et holistique, dépassant l'intervention du seul secteur de la santé ; l'ensemble des départements œuvrant en faveur du développement humain sont impliqués dans la réalisation de la politique nationale de population.
- La mise en œuvre de la politique de population concerne tant les secteurs de l'Etat que le mouvement associatif. L'intervention des associations et de la société civile en général, est essentielle dans l'exécution de la politique de population, en coordination et complément des actions menées par les pouvoirs publics. Le rôle des associations est important notamment dans le cadre des actions d'information, de communication et de plaidoyer, liées aux différentes composantes des programmes en matière de population et développement.
- Le droit à l'information et aux services de santé reproductive fait partie intégrante du droit constitutionnel à la santé. La gratuité des soins et services liés à la santé reproductive est assurée pour les citoyens démunis.
- L'accès à la planification familiale est fondé sur le principe d'adhésion volontaire et de choix personnel. Aucune forme de coercition n'est permise dans la prescription des méthodes de contraception ou de limitation des naissances.

- La famille en tant que cellule de base de la société bénéficie de la protection de l'Etat conformément à la législation nationale. L'action en faveur de la famille doit viser le renforcement des relations et de la solidarité intergénérationnelles; l'amélioration de l'éducation de l'enfant dans le respect de l'égalité et de l'équité entre les sexes; la promotion de comportements sains et responsables en matière de procréation; le soutien au revenu pour les familles démunies en vue de renforcer la lutte contre la pauvreté.
- La promotion de la femme, fondée sur un accès renforcé à l'éducation et à la santé y compris à la santé de la reproduction, ainsi que sur une pleine participation féminine à la vie politique, économique, sociale et culturelle, constitue à la fois une fin en soi et une composante incontournable de la politique de population. L'égalité et l'équité entre les sexes sont à rechercher et préserver dans le cadre des stratégies et programmes de développement.

#### **IV-3-1-Promotion de la femme :**

La promotion de la femme reste une condition nécessaire à la réussite de la politique de population. La promotion de la femme est liée aussi bien à l'amélioration des niveaux de santé, notamment en matière de reproduction, qu'au renforcement de sa participation au développement économique et social. (Rapport du Comité National de Population, 2000, p52)

En effet, l'accès des femmes à l'éducation est en augmentation d'une période à une autre pour atteindre 48.85% en 2018( Taux de participation des filles dans les 3 cycles). En matière d'emploi, le taux d'occupation des femmes reste faible soit de 14% en 2003 contre 18.09% en 2017. Les femmes travailleuses restent également en majorité célibataires, et l'augmentation du chômage des femmes continue dans le temps d'où enregistre un taux de 15.3% en 2003 et de 35.62% en 2017(ONS, 2005, 2018), celui-ci est révélatrice de changements de comportements à l'égard du travail féminin, tout comme elle traduit une précarité de l'emploi pour cette catégorie de population. Il semble ainsi une volonté des femmes d'investir le marché du travail, après les progrès aboutis de la scolarisation et les difficultés d'ordre économique.

Concernant la promotion de la femme après l'an 2000, les actions en faveur de la femme devraient-elles tendre en priorité à: (Rapport du Comité National de Population, 2000, p53)

- Renforcer les programmes et actions visant à améliorer les conditions de santé des femmes notamment en matière de santé infantile et santé de la reproduction.
- Initier avec les différents secteurs concernés, le processus visant l'institutionnalisation de l'approche par genre dans les programmes de développements: cette approche vise à faire prendre en compte aux décideurs et planificateurs de projets de développement, la dimension féminine et l'évaluation de l'impact différencié par sexe des actions de développement.
- Réduire les déperditions scolaires qui touchent surtout la population féminine jeune et réduire le niveau d'analphabétisme des femmes.
- Développer l'accès des femmes au marché du travail et favoriser l'accès des femmes aux postes de décision.
- Faciliter l'accès des femmes à l'emploi rémunéré en valorisant le travail à domicile à travers:
  - L'encouragement par les autorités locales de la commercialisation des produits créés à domicile;
  - la facilitation d'obtention de cartes d'artisans pour les femmes exerçant une activité productive à domicile;
  - l'encouragement à la création de petites et moyennes entreprises;
  - le développement de l'information sur les modalités d'accès aux crédits et micro-crédits;
  - l'enrichissement de l'arsenal législatif et réglementaire codifiant le travail à domicile.
- Améliorer les opportunités d'insertion des jeunes filles dans le cadre du dispositif d'emploi des jeunes.
- Développer les mesures de soutien au travail féminin notamment pour aider les femmes à concilier les charges familiales et la vie professionnelle à travers l'extension du réseau d'établissements pré-scolaires et garderies d'enfants, l'aménagement du temps de travail...
- Mettre en place des banques de données sur la situation de la femme et assurer la diffusion des informations sur ces questions, et notamment sur les expériences et initiatives féminines dans le domaine de l'emploi productif.
- Renforcer les actions d'éducation, de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de l'égalité et de l'équité entre les sexes en vue de lutter contre les attitudes et comportements discriminatoires à l'égard des femmes et protéger leurs droits fondamentaux, y compris leurs droits économiques et sociaux conformément à la Constitution et aux conventions internationales ratifiées par l'Algérie dont

la convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) .

#### **IV-3-2-Protection de la famille**

La protection de la famille, en tant que cellule de base de la société et lieu favorisé de la reproduction biologique, forme une dimension obligatoire de la politique de population. La famille est passée par plusieurs phases marquées à la fois par des changements rapides dans le domaine des comportements reproductifs et par une dégradation des conditions économiques, liée à la baisse du pouvoir d'achat. Les programmes d'actions à promouvoir dans ce cadre devraient tendre à: (Rapport du Comité National de Population, 2000, p54)

- Modifier la loi portant le Code de la Famille dans le sens à la fois d'une meilleure égalité entre les sexes et d'une plus grande protection de la cohésion et de la solidarité familiales.
- Mettre en place les mesures juridiques et sociales visant à protéger et faciliter le mariage (accès au crédit, logement social...) ainsi qu'à lutter contre les démissions familiales à l'égard des personnes handicapées, personnes âgées, enfants et jeunes.
- Faire le point sur le système de prestations familiales et l'adapter aux exigences de la politique nationale de population et de la famille.
- Renforcer les actions visant la lutte contre la pauvreté et améliorer le ciblage des populations démunies; développer également dans ce cadre les activités génératrices de revenus notamment dans les zones rurales et/ou défavorisées.
- Renforcer les actions de proximité, multidisciplinaires, pour lutter contre la pauvreté, les démissions familiales et la délinquance notamment dans les zones suburbaines et les zones rurales défavorisées; revoir et renforcer dans ce cadre la formation des travailleurs sociaux et agents de développement communautaire.
- Développer les actions de communication et les services-conseils en direction des familles dans différents domaines tels que la santé, les droits et obligations des familles dans l'éducation des enfants, la prise en charge des personnes vulnérables, les droits économiques et sociaux ...
- Développer les études et recherches sur la famille et tenir compte des résultats dans la formulation des politiques et programmes; il s'agit notamment de promouvoir les études dans les domaines insuffisamment exploités tels que le mariage et ses corolaires ( divorces, polygamie...), la fécondité hors mariage, les relations familiales et les réseaux de solidarité, les violences...

- Renforcer la législation sur les associations notamment dans le sens de la prise en compte du critère d'utilité publique; développer les actions d'information et de formation en direction du mouvement associatif pour rendre son action plus effective et complémentaire de celle des pouvoirs publics, notamment en matière de canalisation de la solidarité nationale.

#### **IV-3-3-La promotion de la santé notamment en matière de reproduction**

La politique de population après 2000 est restée fondée sur un accès consolidé aux prestations de santé reproductive qui incluent la planification familiale, la santé pré et postnatale, la bonne prise en charge de l'accouchement, ainsi que la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, des cancers génitaux et des infertilités. Cependant, l'amélioration de la situation de la santé de la reproduction ne peut s'entendre que dans le cadre global d'une politique de santé qui accorde une place de choix aux soins de santé de base et à la prévention. En davantage, eu égard à l'extension de la pauvreté, l'amélioration de l'accès aux soins de santé y compris à la santé de la reproduction, engage le renforcement du dispositif de soutien en direction des catégories en difficulté.

Tenant compte de ce qui précède, les priorités en matière de santé et en particulier la santé de la reproduction sont énoncées comme suit : (Rapport du Comité National de Population, p57, 2000)

- tendre à l'amélioration de la qualité des services offerts à travers:
  - l'amélioration de l'accueil
  - la systématisation des services-conseils
  - l'amélioration des capacités techniques des personnels prestataires par la formation de base et la formation continue
  - la disponibilité des produits contraceptifs.
- Poursuivre l'élargissement de la gamme des produits contraceptifs et le rendre effectif dans l'offre et la pratique de la contraception. Il s'agit notamment de tendre à une structure plus équilibrée de la pratique contraceptive tout en assurant une plus grande efficacité et continuité de la contraception. La promotion des méthodes de longue durée d'action telle que le DIU est de ce fait à renforcer au cours de la décennie à venir.
- Maintenir la gratuité de la contraception dans les structures publiques au même titre que les activités de prévention. Toutefois, si les budgets y relatifs

n'enregistrent pas l'augmentation nécessaire au regard de la progression de la demande, des mesures alternatives seront à prendre, **avec le risque toutefois de freiner le programme**. Il pourrait être envisagé ainsi de cibler en priorité la clientèle démunie pour la fourniture gratuite des produits contraceptifs; la clientèle plus favorisée ou disposant d'une assurance sociale ne bénéficierait ainsi que de la prescription gratuite, tandis que l'acquisition des produits contraceptifs se ferait à ses frais en pharmacie, le remboursement par la sécurité sociale demeurant intégral.

- Favoriser la production nationale des produits contraceptifs dans le cadre de la promotion de l'industrie pharmaceutique, en vue à la fois de mieux gérer les approvisionnements et de réguler les prix à la vente.
- Améliorer l'accès aux prestations de SR/PF dans les zones les plus défavorisées voire enclavées en ayant recours, si besoin est, aux équipes itinérantes.
- Réduire les inégalités régionales en matière d'allocation des ressources humaines et matérielles.
- Renforcer les passerelles entre les secteurs public et privé (médecins spécialistes, médecins généralistes et sages-femmes) en les impliquant dans la réalisation du programme national et en optimisant ainsi les moyens disponibles.
- Poursuivre le processus entamé en vue de renforcer le lien entre la maternité et la planification familiale à travers la systématisation de la contraception dans le post natal ; l'intégration de la planification familiale dans les maternités est à renforcer tout comme les relations entre les maternités et les autres unités sanitaires publiques.
- Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, renforcer le programme visant la maternité sans risque à travers le développement de la surveillance pré et post natale et l'amélioration des conditions de l'accouchement. Il s'agit tout particulièrement de renforcer le dépistage des grossesses à hauts risques, de renforcer les urgences obstétricales et d'organiser le système d'orientation-recours pour ces parturientes ( aboutir ainsi à une carte de la prise en charge de la maternité); veiller à la disponibilité des moyens humains et matériels requis au niveau des maternités ainsi qu'à la disponibilité des médicaments et produits essentiels nécessaires à la prévention et la prise en charge des pathologies à risques; revoir et diffuser les protocoles de prise en charge des grossesses et de l'accouchement.

- Renforcer les liens entre la planification familiale et les autres soins de santé reproductive. Il s'agit dans ce cadre tout particulièrement :
  - d'étendre et renforcer le programme de lutte contre les cancers génitaux ;
  - de renforcer la prise en charge des infertilités et dans ce cadre élargir la procréation médicalement assistée tant dans le secteur public et privé. La législation de la santé devra intégrer par là même les dispositions éthiques y afférentes pour éviter tout dépassement en la matière;
  - de renforcer le dépistage et la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles au niveau des consultations de planification familiale;
  - d'intégrer progressivement la prise en charge de la ménopause dans les consultations de santé de la reproduction ;
  - de mettre en place le diagnostic anténatal dans les centres hospitaliers de référence eu égard à l'augmentation des grossesses chez les femmes âgées de 40 ans et plus et initier la réflexion autour de ces questions notamment en matière d'éthique;
  - de renforcer la prise en charge sanitaire et sociale des violences à l'égard des femmes.

Il est toutefois à signaler que la prise en charge des différents volets de la santé de la reproduction va avoir des incidences sur le plan des charges financières. A titre d'exemple, la modification du calendrier de la fécondité et son déplacement vers les âges extrêmes, risquent de faire augmenter les coûts liés à la maternité : Les naissances, chez les femmes âgées de plus de 35 ans, sont en effet considérées comme à risques et demandent donc une surveillance accrue. Cette augmentation des coûts risque ainsi « d'absorber » une partie des gains escomptés grâce à la baisse de la fécondité.

- Renforcer les programmes visant la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvéniles en mettant l'accent sur la mortalité périnatale. La réanimation des nouveau-nés en salle de travail doit constituer un axe fondamental des programmes de formation de base et de formation continue des médecins et des sages-femmes. Les protocoles en matière de réanimation du nouveau-né doivent être largement diffusés parmi le personnel concerné.
- Renforcer l'implication des hommes dans les programmes de santé reproductive, à travers les actions d'informations et de conseils, menées dans les structures sanitaires, avec la contribution des personnels de santé ; par le biais des autres secteurs concernés par les activités de population, notamment

les secteurs en charge de la jeunesse, de l'agriculture, de l'éducation et de la formation; la large implication du mouvement associatif.

#### **IV-3-4-Collecte d'informations démographiques, études et recherches**

Pour que l'état puisse suivre les résultats des changements de population découlant des différents changements démographiques, une amélioration du système de données ainsi que la promotion des études et recherches était indispensables au suivi et à l'évaluation de la politique de population. Les priorités de la décennie 2000-2010 devraient concerner en particulier : (Rapport du Comité National de Population, 2000, p59)

- L'amélioration de la connaissance des faits d'état-civil à travers tout particulièrement:
  - la publication de données affinées selon les caractéristiques socio-économiques des populations concernées;
  - la réduction des délais d'exploitation des faits d'état -civil;
  - la réévaluation des taux de couverture des faits d'état-civil notamment pour ce qui est de la mortalité générale et infantile;
  - la disponibilité de données spécifiques concernant les paramètres de l'état civil, et notamment les informations relatives aux naissances hors mariages, aux mariages polygames et aux divorces.
- L'exploitation et la diffusion des données du RGPH 1998;
- L'amélioration des systèmes de données sectoriels en veillant notamment à la disponibilité de données ventilées par sexe;
- Le développement de la recherche opérationnelle en santé de la reproduction, notamment dans le cadre des centres de référence de CHU, en mettant l'accent tout particulièrement sur les aspects encore insuffisamment exploités tels que la continuité de la contraception, les causes de résistances à certaines méthodes, l'impact des infertilités et des maladies sexuellement transmissibles...
- Le développement des études et recherches en population dans l'acception la plus large du terme y compris les déterminants de la croissance démographique, la santé de la reproduction, les migrations, l'environnement et de manière générale le développement économique et social.

#### **IV-Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements Publics de Santé :**

Pour mieux comprendre l'évolution de la réglementation de la santé reproductive en Algérie il nous a paru essentiel de disposer un ensemble de textes comportant les textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements publics de santé, on s'est intéressé surtout à la rubrique intitulée :

Population et Maitrise de la Croissance Démographique qui contient plusieurs fiches qui concerne la santé reproductive et qui vont être représentées par ordre :

**IV-1- Fiche d'orientation stratégique en matière d'exécution et de relance du programme de population :**

La réalisation pour le court et moyen terme (triennal 97-99) des objectifs nationaux en matière de population, qui impliquent de fait un accroissement notable de la pratique contraceptive ont suscité au niveau central, des réajustements stratégiques, ainsi que des actions spécifiquement dirigées. Ces réajustements stratégiques concernent : (Med OuldKada, 2014, p179)

- La généralisation de la contraception par des actions visant à l'amélioration du niveau qualitatif de ces prestations au niveau des unités sanitaires de base,
- Son intégration systématisée et normalisée dans les programmes de Santé Reproductive en général et du Post-Partum en particulier.

\* Quelques éléments d'orientation stratégiques :

Ces éléments sont synthétisés comme suit :

- Une stratégie régionale en matière de planification familiale, avec la collaboration des observatoires régionaux de la santé et des directions de la santé et de protection sociale de Wilayas qui en résulte :
- la réalisation de cinq Séminaires Ateliers Régionaux qui ont ciblé des opérateurs du programme à l'échelon intermédiaire en vue du renforcement de leurs capacités techniques en matière de gestion et d'évaluation du programme.
- Ces Séminaires ont par ailleurs abouti, à la définition d'indicateurs spécifiques par Région Sanitaire, à même de constituer les outils nécessaires à l'évaluation quantitative des performances du programme au niveau des Wilayas concernées.
- Création d'un Comité National de la santé Reproductive et de "Planification Familiale (SR/PF). Organe consultatif en matière d'exécution et de suivi du programme. Ce Comité intègre dans sa composition des praticiens médicaux et paramédicaux au titre des cinq Régions Sanitaires.

Une stratégie visant à la normalisation de l'infrastructure de prise en charge du programme et de l'activité de planification familiale et son intégration dans les programmes liés à la santé reproductive, aux différents niveaux du système sanitaire public.

Il s'agit notamment de :

- la création de Centres de Planification Familiale (CPE) intégrés aux maternités des CHU et des Secteurs Sanitaires par les Arrêtés Ministériels N° 39/MSP/CAB du 04 septembre 1994 et N° 05/MSP/MIN du 25 février 1995,
- la standardisation de leur mode d'organisation et de fonctionnement : équipement type, produits contraceptifs, personnel prestataire, supports d'évaluation des activités.
- Réalisation des monographies par Wilaya et par Région Sanitaire.

#### **IV-2-Stratégie visant à l'amélioration du niveau qualitatif des prestations :**

L'amélioration qualitatif des prestations concerne l'amélioration des performances des personnels prestataires en matière de SR / PF en général et de leurs aptitudes techniques vis à vis du DIU, (méthode devant être valorisé), ces améliorations concernent aussi des actions cherchant à assurer la disponibilité des produits contraceptifs.

En matière de valorisation des ressources humaines, il s'est agi notamment, de (du) :( Med OuldKada, 2014, p179)

\*L'adaptation du programme de formation de base des sages femmes aux objectifs du programme de SR/PF, perfectionnement des professeurs d'Enseignement Paramédical (PI. PM) en SR/PF (cours international), perfectionnement de médecins responsables de CPF, renforcement du plateau technique des Ecoles de Formation Paramédicale (matériel pédagogique, fonds documentaire), l'élaboration d'un plan de formation continue en SR/PF en collaboration avec la Direction de la Formation ciblant les médecins responsables de CPF au sein des maternités et des sages femmes.

\*- qualification des besoins (réalisée au niveau central) : 476 sages-femmes et 300 médecins pour les cinq régions.

\*- budgétisation pour l'exercice 1996 :

2.050.000 DA (au titre de la Direction de la Population).

111.494.000 DA ont été alloués au titre des secteurs sanitaires et des EHS pour les activités locales de Formation Continue.

Quand il s'agit de régulation de l'approvisionnement en produits contraceptifs, des actions sont faites en ce qui concerne: (Med OuldKada, 2014, p179-180)

- la standardisation des circuits de gestion et de distribution des produits contraceptifs : Note Ministérielle d'application émanant de la Direction de la Pharmacie et du Médicament N° 316/MSP/DPM du 16 mars 1996.
- Ce circuit met en rapport direct les pharmaciens des secteurs sanitaires avec les services de la pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH).

- dé-globalisation des besoins et la décentralisation de la gestion financière des produits contraceptifs :

\* budgétisation pour une couverture de besoins complémentaires en produits contraceptifs d'un montant de 161 millions de DA répartis sur l'ensemble des secteurs sanitaires pour l'exercice 1996.

\* budgétisation en vue de la couverture globale des besoins des secteurs sanitaires en produits contraceptifs et la décentralisation de leurs achats à l'échelle des secteurs sanitaires pour l'exercice 1997. Les budgets prévisionnels ont été estimés à 650 millions de DA.

#### **IV-3-Actions à développer par les Observatoires Régionaux De La Sante (ORS):**

Les actions apprises à l'échelon central ont enregistré un niveau inégal dans leur traduction et dans leur exécution sur le terrain, contrairement des niveaux attendus, ce qui a marqué des différentes contraintes : (Med OuldKada, 2014, p180)

Application des dispositions des Arrêtés Ministériels N° 39 du 04 septembre 1994 et N° 05 du 25 février 1995 : portant création de Centres de Planification Familiale au sein des maternités :

- Ces arrêtés ont rencontré un niveau d'exécution minime au niveau des secteurs sanitaires.

- Par ailleurs un état de leur application fait ressortir les contraintes ci dessous qui compromettent la réalisation des objectifs nationaux.

- l'absence quasi totale d'actions visant à la promotion de la planification familiale dans le post-partum en général et des méthodes barrières et du DIU en particulier,

- l'absence de valorisation de l'activité de planification familiale auprès du personnel médical qui reste très peu concerné et peu impliqué dans la prise en charge de ce programme lequel demeure du domaine quasi exclusif de la sage femme.

- la prestation faible en matière de DIU est enregistré dans l'ensemble des unités sanitaires de base et est aggravée par des indices de retraits élevés (fréquemment supérieurs aux indices d'insertion) ; ce qui se traduit dans les faits par une incidence négative de l'utilisation du DIU.

Cette utilisation très faible du DIU est « compensée » par une prescription excessive de la contraception orale ce qui remet en cause les critères d'efficacité du programme d'une part, grève lourdement les budgets de l'état (75 % des

budgets prévisionnels pour l'achat des produits contraceptifs concernent les contraceptifs oraux) et compromet la disponibilité des produits contraceptifs, d'autre part.

**IV-4-Action en matière de suivi de relance du programme de SR/PF à mettre en œuvre par les Observatoires régionaux de la sante :**

Dans ce domaine des objectifs ont été noté comme suit : (Med OuldKada, 2014, p180)

**IV-4-1- Objectif général :**

- Améliorer les performances du programme SR/PF au niveau du Système Sanitaire de Base.

**IV-4-2- Objectifs spécifiques :**

**Normalisation du réseau de base de prise en charge duprogramme et dynamisation des activités de SRPF :**

- Actualisation et finalisation des Monographies par Wilaya et par Région Sanitaire élaborées par la Direction de la Population avec identification précise des maternités par secteur sanitaire (hospitalière ou extra hospitalières) et soustraction des salles de soins. Les maternités constituent l'entité Sanitaire prioritaire pour la concrétisation au niveau du terrain du programme de SR/PF.

Susciter l'application des Arrêtés Ministériels n° 39 du 4 septembre 1994 et n° 95 du 25 février 1995 et suivre l'état de leur application au plan qualitatif des prestations et des modalités pratiques d'exécution conformément aux dispositions réglementaires de ces arrêtés et aux objectifs nationaux en matière de SR/PF. Intervenants : ORS – DSPS (gestionnaires de programmes au niveau des wilayas).

- Mise en place d'un réseau « sentinelle » de Maternités par Région Sanitaire :

Les maternités à cibler initialement sont celles qui bénéficient d'un personnel médical responsable formé en SR/PF ; s'agissant de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation intensive internationale en SR/PF. Les objectifs escomptés concernent la constitution d'un réseau de référence en vue de la promotion des méthodes contraceptives les plus appropriées dans le post-partum (barrières et DIU) et l'intégration effective de programmes liés à la promotion de la Santé Reproductive.

**IV-5-Dynamisation des activités de planification familiale : (Med OuldKada, 2014, p180-181)**

**IV-5-1-Valorisation des ressources humaines :**

- Qualification motivée des besoins en formation complémentaire des personnels prestataires impliqués (médecins et sages-femmes).

- Les besoins quantifiés par le niveau Central (Direction de la Population) font état de :

Région EST : 436

Région Centre : 405

Région Ouest : 267

Région SUD Est : 26

Région Sud Ouest : 110

Les objectifs visent à atteindre par région sanitaire pour l'année 1996 les taux suivants :

Région Est : 25 %

Région Centre : 25 %

Région Ouest : 40 %

Région Sud Est : 50 %

- Justifier cette qualification telle qu'opérée à l'échelle régionale,

- Procéder à sa traduction et à sa dé-globalisation à l'échelon intermédiaire et local,

- Contribuer avec les cellules de formation continue à la concrétisation des plans de formation continue au niveau local.

Définition des objectifs pédagogiques et des programmes de formation continue en fonction de besoins spécifique aux régions, consommation des crédits qui leur sont alloués au titre des actions locales de formation continue.

**IV-5-2-Suivi de l'exécution des indicateurs spécifiques retenus par les Régions et leur évolution comme indicateurs de performances pour les régions : (Med OuldKada, 2014, p181)**

- Taux brut de natalité, prévalence de la contraception, taux d'acceptation par méthode contraceptive, taux d'accouchement en milieu assisté.

**IV-5-3-Régulation de l'approvisionnement en produit contraceptifs :**

**(Med OuldKada, 2014, p181)**

- Suivi de l'exécution des crédits décentralisés alloués aux secteurs sanitaires pour l'achat des produits contraceptifs selon leurs besoins et conformément à la note ministérielle d'application n° **316/MSP/DPM du 16 Mars 1996**.

**IV-5-4-Amélioration de l'Information Sanitaire :**

Pour acquérir une amélioration des outils d'information (supports d'évaluation) et l'introduction d'un nouveau support portant sur l'évaluation de la Natalité, il est eu égard à la poursuite du processus et le renforcement des actions qui ont été engagés à travers les séminaires ateliers régionaux.

D'autres actions ont été proposées afin d'améliorer les aptitudes des personnels chargés de l'évaluation des activités en vue de développer la crédibilité du Système d'information et de gestion, et pour ceci il est demandé de : (Med OuldKada, 2014, p181)

\* La réalisation de journées « pédagogiques » de soutien aux personnels gestionnaires et prestataires chargés de l'évaluation des activités au niveau des wilayas.

\* L'institution d'un calendrier de supervision des activités d'évaluation par les responsables de programme (formés) au niveau de leurs wilayas et par les personnels des ORS au niveau des Régions.

\* L'organisation de sessions accélérées de courte durée des personnels gestionnaires du programme en Système d'Information et de Gestion.

**Activités préparatoires :**

Pour atteindre ces objectifs des activités ont été désignées comme suit : (Med OuldKada, 2014, p181)

\* Identification des personnels cibles par wilaya et par Région : ORS – DSPTS  
Elaboration des programmes de perfectionnement : Direction de la Population – ORS.

\* L'amélioration de l'information sanitaire et des aptitudes de personnels ressources doit tendre pour le moyen terme à l'établissement par ORS d'indicateurs de performances par wilayas, à même de permettre à terme, de constituer au niveau Central des Indicateur de performances par Région.

\* Le choix de ces indicateurs doit se faire en adéquation avec les objectifs du programme National, ces indicateurs concerneront la base de données d'une grille de cotation des activités et du fonctionnement des services par secteur sanitaire et par wilaya.

On retiendra à titre d'illustration des indicateurs suivants :

Taux d'utilisation du DIU.

Taux d'utilisation de la contraception orale seule.

Taux de contraception dans le post-partum

Taux d'utilisation du DIU dans le post-partum.

**IV-5-5-Arrêté N° 05/MSP/MIN du 25 Février 1995 Portant Création de Centres de Planification Familiale dans les Secteurs Sanitaires : (Med OuldKada, 2014, p182)**

Le Ministre de la santé et de la population ;

- Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la de la santé ; et notamment ses articles n°70 et 71, modifiée et complétée.
- Vu le décret présidentiel n° 94-93 du 13 Avril 1994, portant nomination du Gouvernement, complété et modifié par le décret présidentiel n° 94-233 du 31 Avril 1994
- Vu le décret exécutif n° 90-204 du 08 Septembre 1990 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services de santé et de protection sociale, notamment son article 3
- Vu le décret n° 81-242 du 05 Septembre 1981, portant création et organisation des secteurs sanitaires, modifié et complété.
- Vu le décret n° 90-124 du 30 Avril 1990 fixant les attributions du Ministre de la Santé
- Vu l'arrêté n° 26/CAB/MSP du 17 Juillet 1994, portant création et organisation des services extrahospitaliers.

**ARRETE**

**Article 1er** : Il est créé auprès des services de gynécologie obstétrique des structures hospitalières des secteurs sanitaires; des maternités urbaines et des maternités rurales, des centres de planification familiale, par abréviation C.P.F, dénommé ci-après Centre.

**Article 2** : Le centre a pour mission :

- La prescription de toute méthode à visée contraceptive consacrée par la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques
- Le contrôle et le suivi de l'application des méthodes contraceptives agréées.
- L'orientation, l'information et l'éducation des acceptantes
- L'évaluation périodique des actions engagées.

• La participation, en tant que de besoin, aux stages de recyclage et de perfectionnement en matière de planification familiale au profit des personnels de santé.

**Article 3** : Le centre est placé sous la responsabilité directe du chef de service de la structure considérée.

**Article 4** : Les normes en matière d'équipement et de personnels, seront définies par instruction du Ministre de la Santé et de la Population.

**Article 5** : Les Directeurs de la Santé et de la Protection Sociale des Wilayas des Secteurs Sanitaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté.

#### **IV-6-INSTRUCTION N °04 /MSP/MIN 31 JUI 2001**

**Objet : renforcement du programme de sante et de la reproduction et planification familiale :** (Med OuldKada, 2014, p191)

Afin d'atteindre des objectifs nationaux établi en matière de population, il a été nécessaire d'une réactivation des programmes de santé reproductive et planification familiale (SR/PF). En parallèle, et malgré le progressions remarquées au niveau national, des écarts importants sont encore observés entre les Wilayas.

Pour cette raison, une enquête sur la santé de la mère et de l'enfant a été menée par le Ministère de la Santé et de la Population en 2000, affirme une progression importante du recours à la planification familiale durant la période 1995-2000 et d'autre part, des disparités importantes entre les régions du pays. A signaler une hétérogénéité les entre régions elles-mêmes et des inégalités sont souvent apparentes au sein d'une même région, entre les différentes wilayas qui la composent. Il est à noter que les ne sont pas homogènes et des inégalités sont enregistrées au sein d'une même région, entre les différentes wilayas qui la composent.

« C'est pourquoi, il a été décidé que l'année 2001 soit marquée à la fois par une relance effective des activités, notamment dans les wilayas qui enregistrent les résultats les plus faibles, et par une dé-globalisation des programmes, en fonction de la situation particulière de chaque Wilaya. La nouvelle dynamique à impulser à l'échelon de la wilaya, dans le domaine de la santé reproductive et planification familiale, doit viser tout particulièrement: l'optimisation des moyens humains et matériels existants ; l'adéquation de l'offre de services aux besoins des populations concernées ; l'amélioration qualifiant les prestations de SR/PF; la

gestion rigoureuse des produits contraceptifs et médicaments essentiels » (Med OuldKada, 2014, p191)

**IV-7-Amélioration de l'organisation générale des services de santé de la reproduction et de la planification familiale (SR/PF) :**

Les gestionnaires veillaient d'assurer au niveau des structures de base, une intégration effective des activités de SR/PF au plan organisationnel et fonctionnel, et que l'ensemble des personnels (médical et les sages femmes) doivent orienter les femmes en consultations de SR/PF d'une manière convenable. Quand à l'horaire de travail, les prestations de service en matière de santé reproductive doivent être offertes tous les jours à travers des médecins et des sages femmes.

Pour cela il faut se charger de : (Med OuldKada, 2014, p191, 192)

\* Une implication effective du corps des médecins généralistes en particulier ceux ayant bénéficié des sessions de perfectionnement initiées par la Direction de la Population.

\* Une stabilisation des sages-femmes recyclées, au niveau des structures de protection maternelle et infantile.

\* Les secteurs sanitaires ne bénéficiant pas de la couverture minimum requise en médecins et en sages-femmes devront, en liaison avec les DSP procéder à l'une ou l'autre des mesures correctives suivantes :

- Redéploiement des ressources humaines dans la mesure du possible, dans le sens d'une répartition plus équitable; Assurer un roulement de personnels qualifiés (rotation à raison d'un ou deux jours par semaine au minimum) au niveau des structures qui en sont dépourvues, notamment dans les zones défavorisées et/ou enclavées;

- Organiser et mettre en place des services itinérants de soins de santé reproductive essentiels (surveillance des grossesses, planification familiale, suivi post-partum).

- L'amélioration de la couverture sanitaire médicale, nécessite l'exécution des conventions passées avec les médecins spécialistes privés et à leur contrôle.

- Le respect des règles d'hygiène et d'asepsie doit impérativement prévaloir, dans le cadre de l'exécution des activités de santé de la reproduction. Toute négligence en ce sens peut en effet entraîner des complications infectieuses graves en générer des états morbides, lourds de conséquences pour la femme.

Des structures et de dégager, à temps plein et permanent, un ATS chargé de la décontamination et du nettoyage de la petite instrumentation et matériel. Il reste entendu que la stérilisation reste du domaine d'intervention de la sage-femme.

#### **IV-8-Amélioration du service " conseil "**

Toute consultante a le droit d'avoir une large information et complète sur l'ensemble des mesures contraceptives disponibles, et de même d'améliorer la continuité de la méthode choisie.

Et pour une bonne propagation des informations, des instructions ont été proposées comme suit : (Med OuldKada, 2014, 192)

- le personnel devra s'aider de tout support de démonstration disponible (maquette, dépliants, affiches).
- S'agissant spécifiquement de la promotion du dispositif intra-utérin, il ressort très nettement (d'après l'enquête nationale sur les facteurs de résistance à l'utilisation du DIU) que ce procédé est mal connu par les femmes, il conviendra ainsi de développer des actions de vulgarisation en vue de renforcer l'information et à terme l'utilisation de cette méthode.
- A titre d'illustration, le personnel ne devra pas hésiter à retirer de son emballage pour la démonstration, un dispositif intra-utérin (parmi un lot de DIU périmés ou parmi ceux dont l'emballage est en apparence défectueux) et en permettre la manipulation.
- Le matériel audiovisuel (téléviseur et vidéo incorporée) dont ont bénéficié un grand nombre de secteurs sanitaires, doit être rendu opérationnel, au niveau des salles d'attente, dans les centres de référence concernés par cette dotation ou au niveau des unités " post-partum" des maternités.
- Les initiatives locales, avec l'apport du mouvement associatif, sont à encourager pour la multiplication des matériaux de communication (vidéo, films...).

#### **IV-9-Optimisation des ressources existantes :**

Cette optimisation exige une structuration paliers d'intervention en matière de santé reproductive et planification familiale à travers :

(Med OuldKada, 2014, 192)

- L'identification par secteurs sanitaires et sous-secteurs, de structures de référence pour les soins de santé maternelle et de planification familiale, et leur dotation en moyens matériels et humains suffisants ; l'affectation des équipements acquis dans le cadre de la coopération doit cibler en priorité ces structures.
- L'identification parmi les personnels prestataires et gestionnaires d'un " pool de personnes-ressources " en vue d'assurer le renforcement des capacités locales notamment en matière de pratiques contraceptives, par la formation à l'inspection

et au retrait du DIU ; de renforcer les actions de supervision et de contrôle au niveau des structures.

- La dynamisation des instances locales de coordination, d'animation et de suivi (comité locaux de SR/PF et de Population) qui intègrent dans leur composition le mouvement associatif, en veillant à traduire leurs recommandations plan d'action de proximité.

- La disponibilité des produits contraceptifs et médicaments essentiels engage en termes de coûts, des efforts importants. Leur prescription ainsi que leur utilisation doivent être conduites dans un esprit de rationalisation. A ce titre, un système rigoureux de gestion doit être développé en faveur de ces produits et médicaments. Une évaluation des besoins, des états de stocks et des consommations, devra être périodiquement effectuée aux différents niveaux (structures sanitaires, sous-secteurs secteurs sanitaires) avec l'introduction et la tenue de fiches de stocks permettent chronologiquement de préciser le statut de la femme (selon les critères de continuité) facilitera, au niveau des structures l'activation de ce système de relance.

Il est sollicité un suivi de l'instruction Ministérielle n° 6 du 3.10.1998 : « portant systématiquement du groupage sanguin chez les femmes enceintes, et tout particulièrement de la disposition relative à la prévention du risque d'incompatibilité fœto-maternel, notamment de type Rhésus. Ce risque est estimé, au niveau national; à 2,5% des couples en âge de procréation .On assurera l'orientation des femmes, risque d'incompatibilité dépistées, vers les maternités avec un système de fiches navettes, Des commandes prévisionnelles en sérum Anti D seront établies à fréquence régulière, par les secteurs sanitaires. » (Med OuldKada, 2014, 192)

#### **IV-10-OBJET : Promotion de l'allaitement maternel :**

L'allaitement maternel a acquis une importance lors de l'enquête de la mortalité et morbidité infanto-juvénile en 1989 et les résultats ont démontrés que 62% des enfants sont allaités au sein, en parallèle cette proportion diminue plus que la femme avance dans l'âge et plus que son niveau d'instruction augmente et dans les zones urbaines surtout, afin d'enregistrer les proportions suivantes :

94% des nourrissons sont allaités le premier mois.

55% le sont jusqu'à un an.

24% le sont jusqu'à deux ans.

Pour une amélioration de ces proportions, il est demandé de redoubler des efforts de sensibilisation pour que les 94% de femmes qui allaitent leur enfant le premier mois afin qu'elles prolongent l'allaitement maternel jusqu'à 12ème mois.

La réalisation de cet objectif nécessite une mobilisation du personnel de santé, une réorganisation des actions sanitaires, et le plus important l'abandon de certaines pratiques que concourent à décourager l'allaitement maternel comme : (Med OuldKada, 2014, p193)

**a. au niveau des maternités :**

- La séparation de l'enfant de sa mère dès sa naissance et son installation dans les salles appelées pouponnières.
- La mise au sein tardive du nouveau né au 2ème jour voir au 3ème jour sous prétexte de l'attente de montée laiteuse.
- Le fait de donner au biberon des solutions de glucose ou de tisane avant que la lactation ne commence.
- La disponibilité d'importantes quantités de substituts au lait maternel qui suggère sinon encourage le recours (facile) au biberon.

**b. au niveau des services de pédiatrie :**

- l'hospitalisation des nouveau-nés ou des nourrissons sans leur mère provoquant un sevrage brutal et précoce.

**IV-11-CHANGEMENT DE CERTAINES ATTITUDES ET PRATIQUES :** (Med OuldKada, 2014, p193)

- La suppression des salles appelées pouponnière et l'installation des nouveaux nés dans des lits près de leur mère.
- La sein est précoce.

L'alimentation du nouveau-né avec des substituts au lait maternel ne doit se faire qu'en cas de stricte nécessité.

**a- EDUCATION SANITAIRE :**

La protection de la santé de l'enfant commence par la bonne santé de la mère et pour cela il doit offrir aux mères le maximum d'information sanitaire. A cet effet il faut : (Med OuldKada, 2014, p193)

- Organiser aux niveaux des services de maternité et des PMI des séances d'éducatons sanitaires par groupe (séances collectives) ou individuelles.
- La consultation prénatale est un des moments privilège pour cette activité et le séjour à la maternité constitue une période clé.

**b-FORMATION DE PERSONNEL DE SANTE :**

Les comportements du personnel de santé est essentiel pour l'échec ou le succès de l'allaitement maternel voilà pourquoi il est nécessaire de : (Med OuldKada, 2014, p193)

- assurer une formation continue du personnel en contact avec les mères ou les futures mères (Sages-femmes, et techniciennes affectées aux services de la PMI et de la maternité) par l'organisation de journées d'études, de conférences, la disponibilité de documentation etc....
- insister sur l'allaitement maternel pendant la période de formation aux niveaux des écoles de formation des sages-femmes et des techniciennes en soins généraux, prévoir des sujets de thèse et de mémoire sur l'allaitement maternel.

**CONCLUSION :**

L'importance donnée à la santé de la mère et de l'enfant se manifeste à travers les différentes conférences internationales sur la santé reproductive ainsi que l'évolution des politiques de population et les efforts consentis en ce qui concerne l'amélioration de la santé reproductive d'une année à une autre pour la plupart des pays du monde. Les recommandations internationales ont pour but l'amélioration de l'accès aux soins maternel dans les différents centres de protection maternelle et infantile. L'offre de la contraception, le droit des couples à la connaissance des différentes méthodes contraceptives et leur efficacité, l'amélioration des

## ***Chapitre 1      Cadre conceptuelle et Historique de la santé reproductive***

---

conditions d'accouchement et la scolarisation féminine sont parmi les recommandations internationales dont chaque pays cherche à atteindre.

A l'instar des autres pays du monde, l'Algérie a suivi une politique qui vise à améliorer la situation de la santé de la mère et de l'enfant depuis plusieurs décennies. Les fruits de cette politique apparaissent à travers le nombre des centres de PMI répartis dans toutes les wilayas, l'amélioration des principaux indicateurs reproductive précisément celle de la mère et de l'enfant.

***Chapitre 2 :***  
***Evolution des indicateurs de la***  
***santé reproductive en Algérie***

### **Introduction :**

Ce chapitre vise à montrer l'importance des indicateurs de la santé reproductive dans l'évaluation des besoins et de l'impact des programmes ainsi que la surveillance de l'efficacité de leur mise en œuvre en Algérie. Il est important dans un premier temps de donner un aperçu sur l'évolution des principaux indicateurs démographiques qui ont un lien avec la santé reproductive pour mieux comprendre cette dernière dans le contexte algérien. Dans un deuxième temps, nous allons présenter l'évolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie et faire sortir les points positifs et négatifs de cette évolution, afin d'améliorer la situation. Pour ce faire, nous allons utiliser les données issues de l'office national des statistiques et les résultats des enquêtes algériennes.

### **1) L'importance des indicateurs de la santé reproductive :**

Les indicateurs sont nécessaires pour évaluer les conditions requises pour qu'une population jouisse d'une bonne santé reproductive et mesurer les progrès accomplis.

Ces conditions sont les suivantes : (OMS, 1998, p3)

- Un environnement politiquement, juridiquement et culturellement favorable;
- Les connaissances données à chacun pour lui permettre de promouvoir et de protéger sa propre santé reproductive;
- La fourniture d'une large gamme de services de santé de qualité accessible, appropriée, d'un coût abordable et efficace.

Ces conditions supposent la participation de nombreux groupes différents tels que : le gouvernement, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les personnes désireuses de protéger leur propre santé reproductive. La plupart des pays a fourni depuis longtemps des services intéressant la santé reproductive, la planification familiale et les soins de maternité mais souvent indépendamment des uns des autres. Dès le début du 21<sup>ème</sup> siècle, certains pays ont lancé le défi pour l'intégration et la mise au point de programmes de santé reproductive complet.

L'expansion et l'évolution des services de santé reproductive se sont accompagnées d'un accroissement massif du nombre des indicateurs potentiels. Les listes d'indicateurs à usage mondial ne conviennent pas nécessairement aux districts. De nombreuses listes d'indicateurs de la santé reproductive ont été établies mais les indicateurs qu'elles contiennent ne sont pas nécessairement appropriés ni applicables. Elles imposent souvent une collecte irréaliste de données, en particulier celle du district.

« Les indicateurs de santé résument les données qui ont été recueillies en réponse à des questions liées à la planification et la gestion des programmes de santé. Ils peuvent constituer des instruments utiles pour évaluer les besoins, surveiller et évaluer la mise en œuvre et l'impact des programmes. » (OMS, 1998, p5)

❖ Les indicateurs peuvent servir à surveiller :(OMS, 1998, p5)

- Les changements progressifs tels que, l'évolution de la proportion de personnes consultant pour des MST dans les services de santé du district qui sont diagnostiquées et soignées convenablement.
- Les différences entre sous-groupes de population, c.-à-d. selon le sexe, la parité et l'âge; par exemple la proportion d'accouchements en présence d'accoucheuses

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

---

traditionnelles qualifiées parmi les femmes de niveau d'instruction différent dans le district.

- Les progrès sur la voie de la réalisation des cibles; par exemple le nombre de femmes enceintes bénéficiant de comprimés de fer et de folates par rapport au nombre total des femmes enceintes dans le district et en comparaison du taux fixé.
- Les écarts géographiques entre établissements; par exemple, la proportion d'accouchements sans réservation préalable dans les différents centres de santé du district.
- Surveiller la mise en œuvre et les résultats d'un programme pour s'assurer qu'il est sur la bonne voie ou surveiller l'objectif fondamental (par exemple : un programme d'éducation sanitaire pour arrêter la propagation des MST; la formation des accoucheuses traditionnelles).

Ces indicateurs peuvent servir aussi à évaluer :

- L'état actuel de la santé reproductive d'une population ou d'un sous-groupe spécifique (par exemple : la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes; l'étendue de la violence domestique à l'encontre des femmes) pour planifier les zones de programme qu'il convient de développer ou d'améliorer.
- L'efficacité et l'impact d'un programme visant à améliorer la santé reproductive et/ou à atteindre certaines cibles (par exemple : la réduction de la mortalité maternelle; la réduction des grossesses chez les adolescentes).

La plupart des indicateurs doivent être considérés comme indicatifs d'éventuels problèmes ou questions appelant des mesures et non comme des outils diagnostiques spécifiques.

L'élément intéressant dans un indicateur pourra être :

- La survenue d'un fait - naissance vivante, décès maternel, complication d'une grossesse;
- La prévalence d'une caractéristique chez une personne - utilisation d'une méthode contraceptive par une femme.
- La prévalence d'une caractéristique dans un service de santé - centre de santé dispensant des soins prénatals; hôpitaux pratiquant des césariennes.

Une fois décider les principaux indicateurs nécessaires, il est important de définir les utilisations plus spécifiques. Quelles zones de programmes convient-il d'évaluer? Quels aspects doivent être surveillés? Quels effets peuvent être évalués au niveau du district par opposition au niveau national?

Cette dernière question souligne à nouveau la nécessité d'une coordination avec les administrateurs sanitaires à l'échelle nationale. Certains faits, tels que les

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

---

décès maternels, peuvent être trop rares pour servir à évaluer l'efficacité des programmes au niveau du district mais ils peuvent être valables à l'échelle du pays. En comparaison, les décès maternels dans les établissements de santé peuvent être un indicateur utile pour surveiller la qualité des services obstétricaux.

### **2) - L'évolution de la population Algérienne de 1966 à 2018 :**

La population algérienne a connue un changement de la structure d'une période à une autre ce qui a fait changer l'allure du pyramide des âges d'un recensement à un autre, commençant par le rétrécissement de la base du pyramide à la suite de la baisse de la fécondité, en outre, l'expansion de la partie qui contient la tranche d'âge de 20-59ans, ceci est le résultats de la forte fécondité des génération des années soixante et soixante- dix, enfin, malgré qu'on est loin d'être une population vieille mais on enregistre une évolution de cette population surtout avec l'hausse de l'espérance de vie des deux sexe, que l'on peut marquer par l'élargissement du sommet du pyramide.

Au lendemain de l'indépendance l'Algérie a encouragé les couple à une fécondité forte pour récupérer la perte humaine qu'a laissée la guerre révolutionnaire, alors en 1966, on a enregistré une population de 12096347 Habitants avec une proportion de 50.21% masculin contre 49.79% féminine, concernant la distribution par âge, on remarque que la population jeune âgée de moins de 19 ans représente une proportion importante soit de 56.21% de la population total, quand aux autres tranche d'âge (20-59 ans et plus de 60 ans) qui représentaient les âges les plus exposés à la mort au moment de la guerre sont enregistrées respectivement comme suit : 37.01%et 6.60%. Dix ans plus tard, et en 1977, la population Algérienne est comptées de 16063821 habitants, avec une augmentation de 3967474 points, soit d'une proportion du sexe masculin de 49.75% et 50.25% pour le sexe féminin, d'autre part en enregistre un léger accroissement de 2.01% de la population jeune (58.22%), concernant la population adulte est enregistrées à 35.95%, et de 5.80% la proportion de la population vieille.

Durant cette période l'état Algérienne à continue l'encouragement d'une fécondité forte, jusqu'à le début des années quatre-vingts, où l'Algérie a adopté le programme de la planification familiale, dans le but de garantir la santé de la mère et ainsi de réduire la fécondité.

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

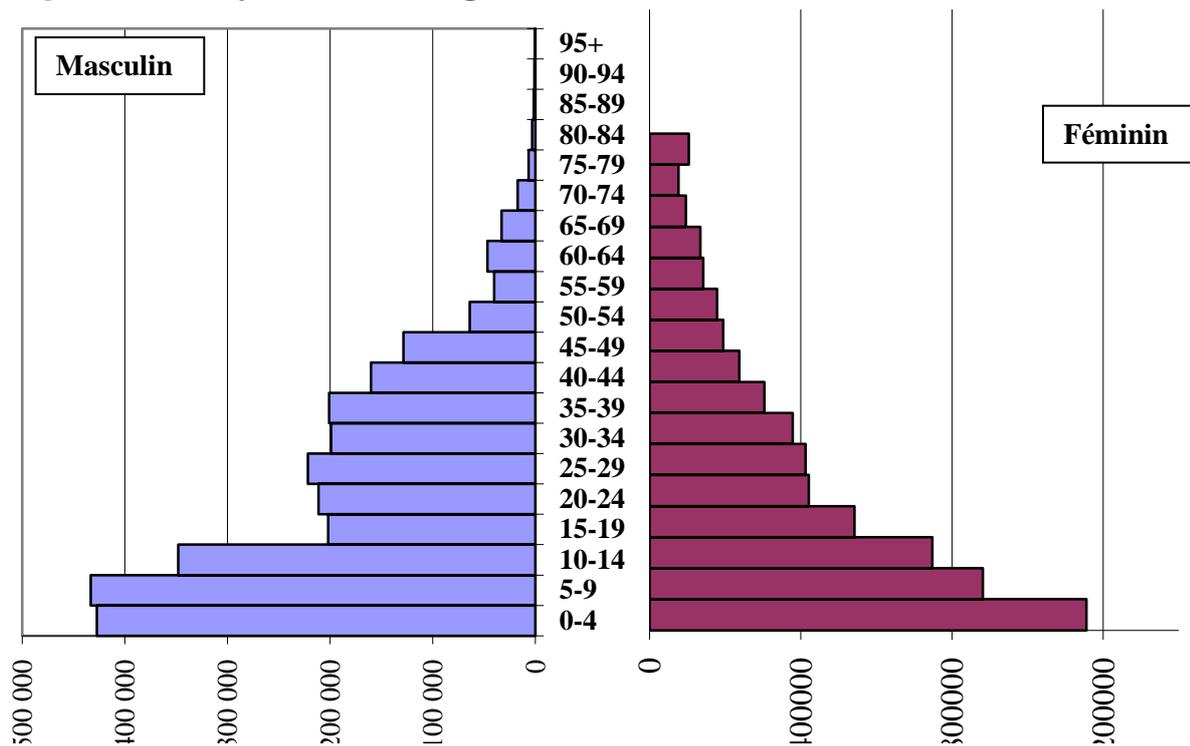
---

En 1987, la population algérienne est dénombrée à 22881508 habitants, soit d'une augmentation de 6817687 points du recensement précédent, et pas de grande différence en ce qui concerne la population par sexe soit toujours presque en égalité et on note une baisse de 3.21 points de la population jeune contre une augmentation de 3.28 points de la population adulte et presque une stabilité de la population âgée de plus de 60 ans. Ensuite, le recensement de 1998 a marqué une augmentation 6513727 points de la population algérienne (29395235 Habitants), pour la distribution de la population selon les différentes tranches d'âge, on remarque une baisse de la proportion des moins de 19 ans (48.30%) cela est du au programme de la maîtrise de la fécondité, en revanche une augmentation est notée dans la population des adultes (20-59 ans) soit d'une proportion de 45.05%, et de 6.58% pour la population plus de 60 ans.

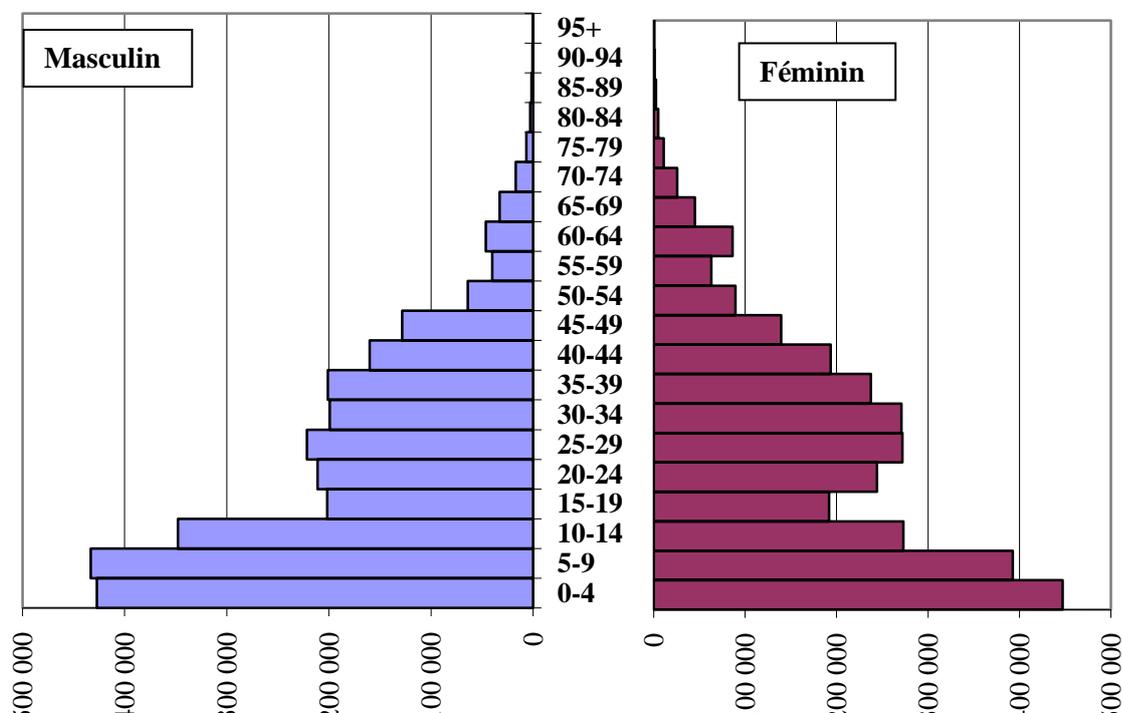
La population algérienne poursuit son progression pour enregistrer un chiffre de 34590585 habitants en 2008, concernant la population jeune est enregistrée à 38.84% soit d'une baisse de 9.46 points par rapport au recensement de 1998, de plus, la population âgée de 20-59 ans enregistre une proportion de 53.75% soit d'une élévation de 8.70 point, à propos de la population vieille et avec l'amélioration de la situation de la santé en Algérie et le développement de l'espérance de vie, on marque une augmentation légère des proportions de cette tranche d'âge (7.42%).

En 2018, une augmentation de 7987137 points est enregistrée au nombre total de la population pour atteindre 42577722 Habitants, et la population jeune va une autre fois vers la baisse soit de 4.17 points (34.67%), en parallèle une augmentation de 1.91point de la population vieille d'où on note une proportion de 9.32%.

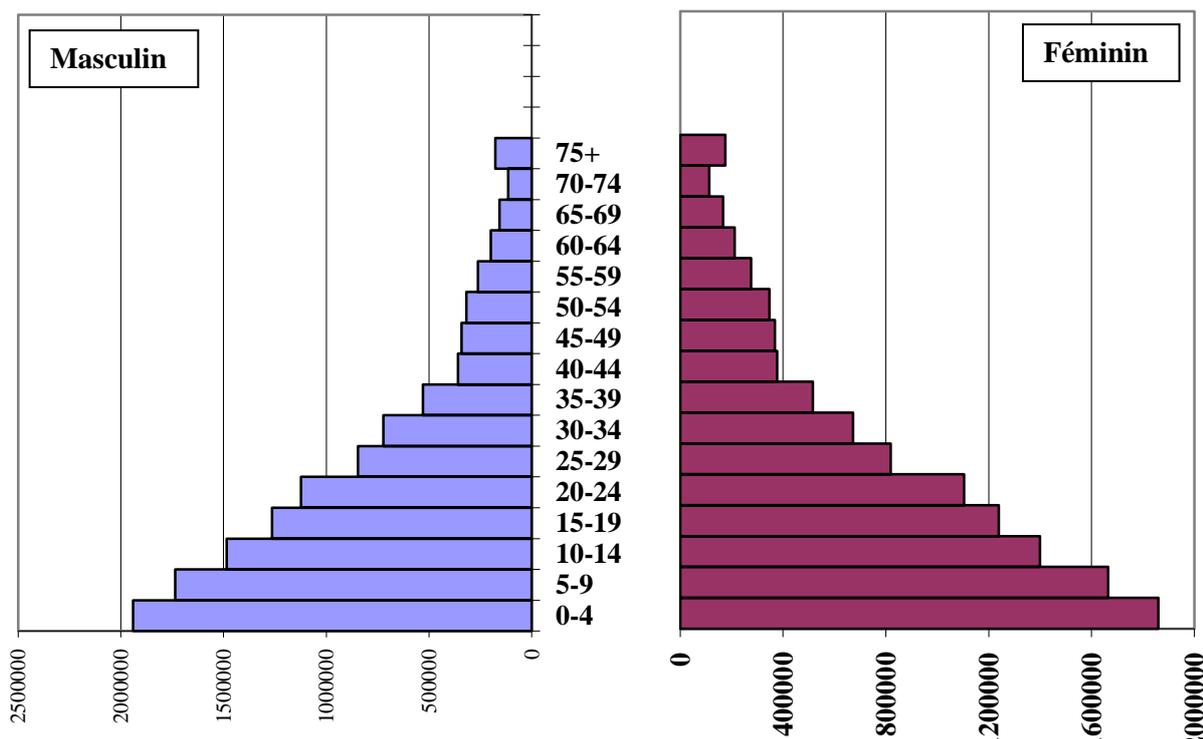
**Figure N°1 : Pyramide des âges de l'année de 1966 :**



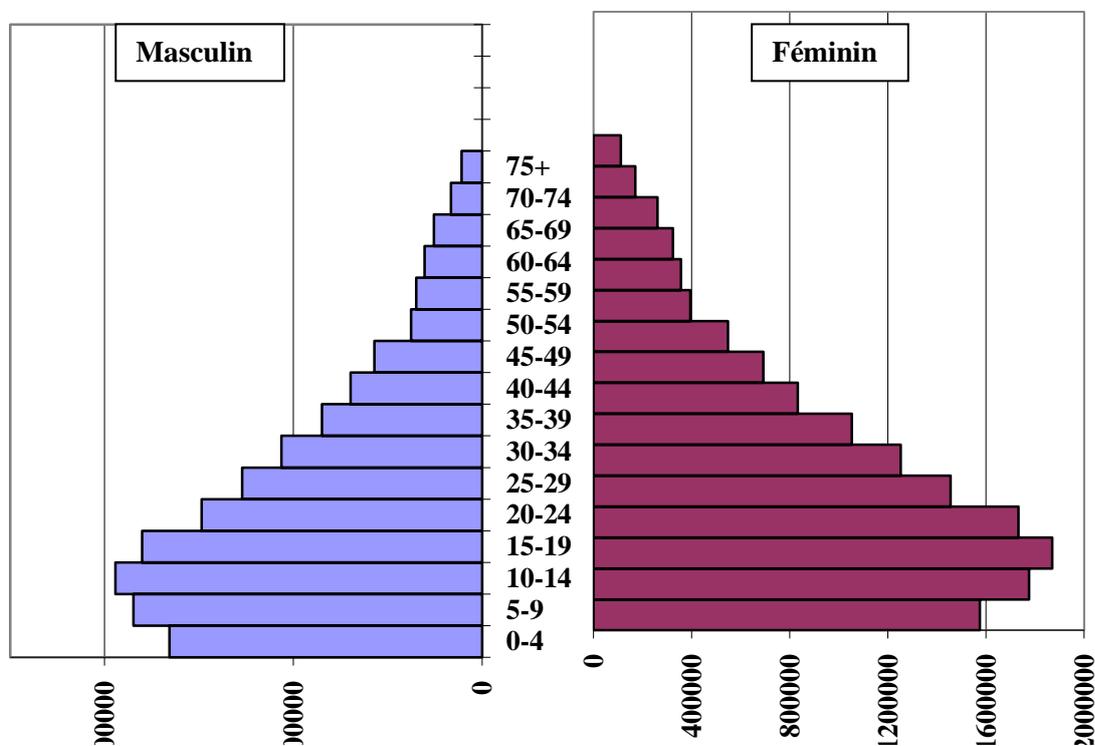
**Figure N°2 : Pyramide des âges de l'année de 1977 :**



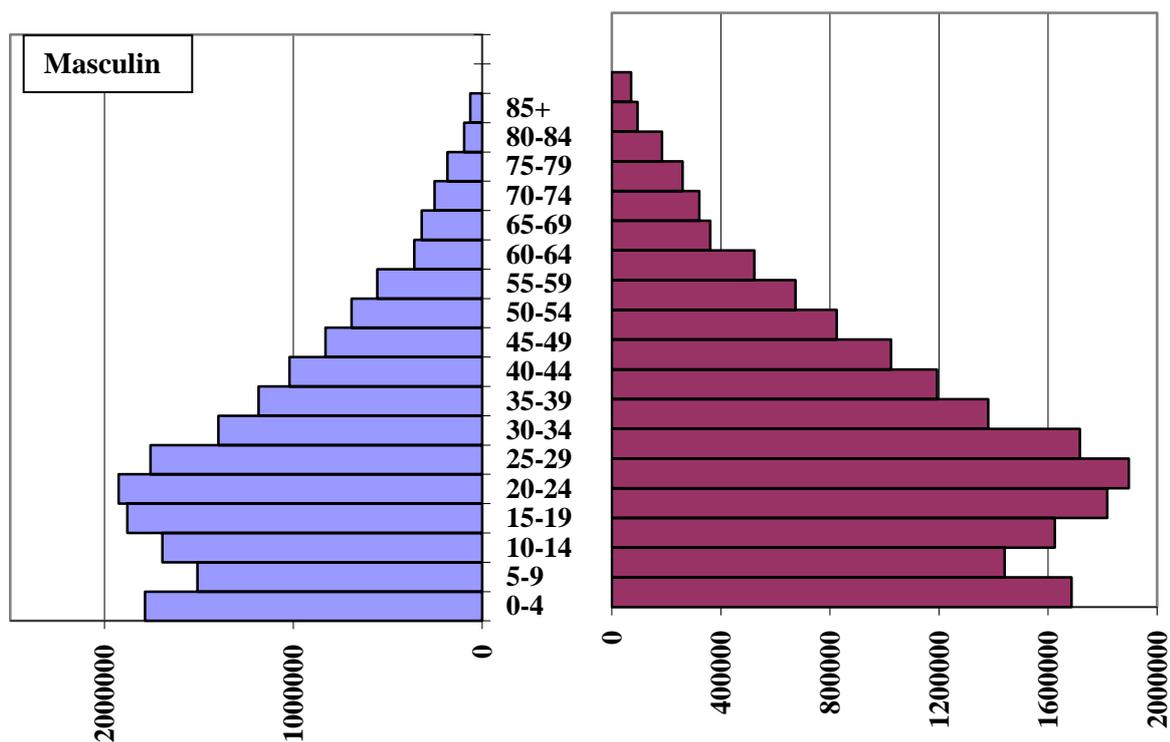
**Figure N°3 : Pyramide des âges de l'année de 1987 :**



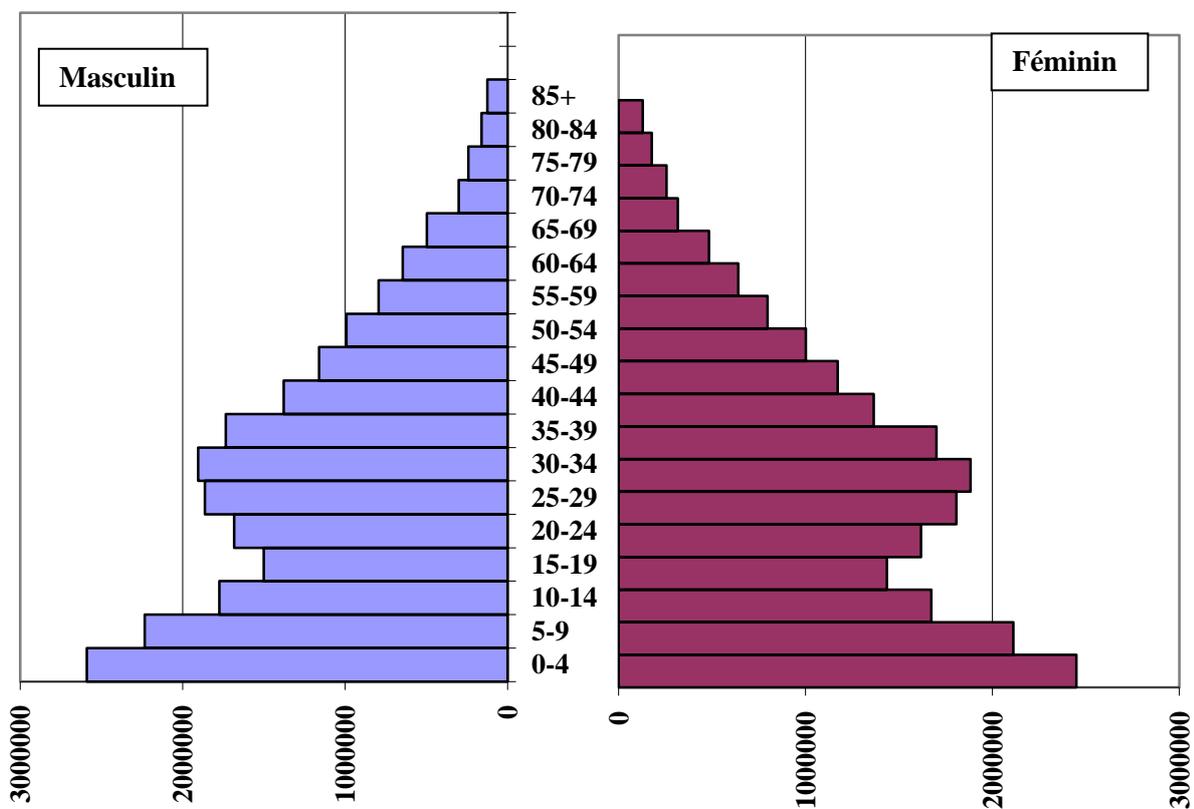
**Figure N°4 : Pyramide des âges de l'année de 1998 :**



**Figure N°5 : Pyramide des âges de l'année de 2008:**



**Figure N°6 : Pyramide des âges de l'année de 2018 :**



Source : annexe, tableau N°1

### **3) - La population Algérienne par secteur d'habitat :**

Le système urbain algérien hérité de la colonisation se caractérisait par une littoralisation de l'urbanisation et par une concentration excessive de la population dans le Nord du pays alors que les régions des Hauts Plateaux et surtout ceux du Sud restaient relativement dépeuplés. Une forte croissance démographique a marqué les deux premières décennies de l'Algérie indépendante. Elle a été accompagnée d'un exode rural et de flux migratoires importants qui ont entraîné un accroissement considérable de la population urbaine et une densification du système urbain algérien. (ONS, 2008, p1)

Les résultats du tableau représentés ci-dessus affirment les déclarations citées auparavant. On note une évolution des taux d'urbanisation va de 31.43% en 1966 à 39.45% en 1977 d'un écart de 08.02 points durant une période de 10 ans. La deuxième décennie après l'indépendance et en 1987 on a enregistré un taux d'urbanisation de 49.67 % d'un écart de 10.22 points soit d'une très légère augmentation à la première décennie. En 1998, il s'agit d'une période de la décennie noire. Elle est caractérisée par l'instabilité sécuritaire et économique, alors que l'urbanisation de la population algérienne continue à s'élever pour marquer un taux d'urbanisation de 58.30%.

Enfin, les résultats du dernier recensement de 2008 indiquent que 66 % de la population algérienne réside dans le milieu urbain. Plusieurs facteurs ont incité cette augmentation citons à titre d'exemple : chercher d'un travail dans la ville, terminer ses études dans les universités, tenter à avoir une vie plus aisée dans le secteur urbain, chercher une stabilité sécuritaire loin des zones éparses.

**Tableau N°1 : l'évolution de la population urbaine et rural en Algérie :**

<b>Année</b>	<b>Pop Urbaine</b>	<b>Pop Rural</b>	<b>Pop Total</b>	<b>Taux d'urbanisation%</b>	<b>*Ratio urbain/rural%</b>
<b>1966</b>	3778000	8244000	12022000	31,43	45,83
<b>1977</b>	6686785	10261215	16948000	39,45	65,17
<b>1987</b>	11444249	11594693	23038942	49,67	98,70
<b>1998</b>	16966937	12133926	29100863	58,30	139,83
<b>2008</b>	22471179	11608851	34080030	65,94	193,57
<b>2018*</b>	30 230380	12 347 620	42 578 000	71,5	244,83

**Source :** ONS : ARMATURE URBAINE, V° Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2008 (Résultats issus de l'exploitation exhaustive, Collections Statistiques N° 163/2011.Série S : Statistiques Sociales, p81.

\*Calcul personnel.\*\* \*\* **Keira Bechar,2018.**

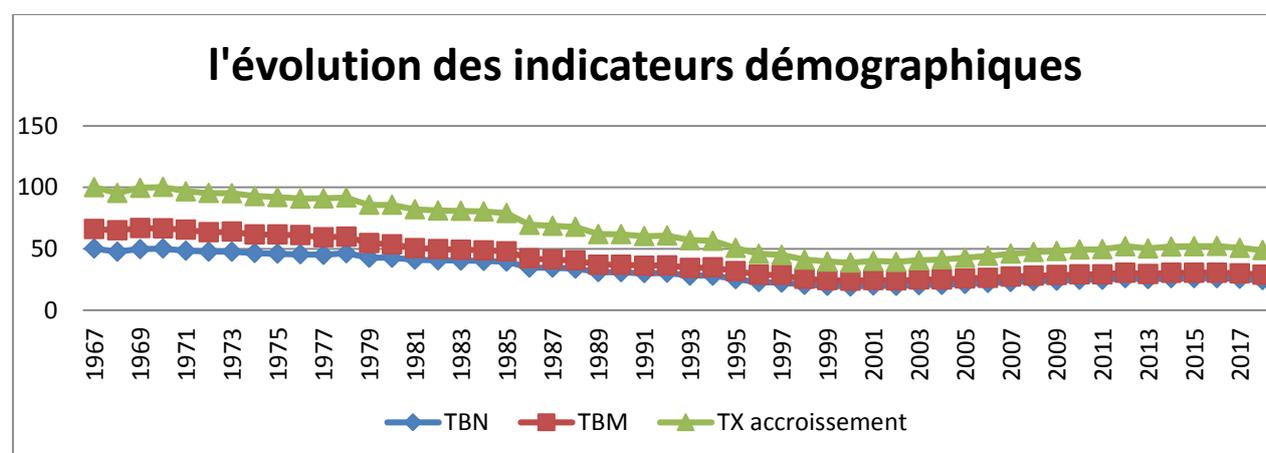
### 4- L'évolution des indicateurs démographiques en Algérie :

Les taux de croissance de la population baissent suite à la diminution de la fécondité. Alors que la baisse de la mortalité conjuguée au maintien de la fécondité à un niveau élevé a induit des taux de croissance inédits dans l'histoire démographique de l'Algérie. La baisse de la fécondité est sans conteste le résultat d'une révolution à la fois matrimoniale et contraceptive.

Tous les indicateurs de nuptialité et de fécondité suggèrent que *de profonds changements du modèle familial traditionnellement dominant sont en cours*. Globalement, de la famille nombreuse on passe à un modèle plus restreint et nucléarisé, en raison des conditions de vie difficiles (emploi, logement, coût de la vie...), mais aussi de l'environnement (urbanisation) et du changement culturel. En Algérie, la baisse de la fécondité s'est amorcée tardivement. Il a fallu attendre le milieu des années 1980 pour voir la fécondité diminuer rapidement. On constate une baisse remarquable de la fécondité depuis une vingtaine d'années. La fécondité s'est fortement élevée au début des années 1960 (entre 7 et 8 enfants par femme), avec une absence totale du contrôle des naissances. L'usage de la contraception est pratiquement absent. L'Indice synthétique de fécondité (ISF) en Algérie dépasse même les 8 enfants par femme en 1970.

La fécondité des femmes en Algérie a diminué sensiblement à tous les âges, mais à des rythmes divers. Le recul le plus prononcé se produit à moins de 29 ans (forte augmentation du célibat à ces âges), en outre le recul de la fécondité en milieu rural suit rapidement le déclin enregistré en milieu urbain. ( K. Kateb, p155, 2010)

**Figure N°7 : L'évolution des indicateurs démographiques, TBN, TBM, Taux d'accroissement.**



Source :ANNEXE, Tableau N°2

### **4-1-Evolution des naissances et des mariages :**

Les données présentées ci- dessus, démontrent une augmentation continue du nombre des mariages en Algérie, allons de 61497 mariages en premier recensement en 1966 à 124421 mariages en 1977 avec un écart de 62924 points de plus. En 1987, c'est-à-dire dix ans après, on enregistre une légère augmentation de 13203 points au nombre de mariages soit 137624 mariages, contrairement à la première période.

Les résultats du troisième recensement notent un nombre de mariage de 158298 avec une élévation de 20674 points. En 2008, un grand nombre de mariages est enregistré soit 331190 dans lequel. Une importante élévation est observée soit au 172892. Ceci est dû à plusieurs facteurs notamment : logement, travail, ect...

Concernant l'évolution du nombre des naissances au cours des cinq recensements, on remarque de même un accroissement poursuit du nombre des naissances. En 1966, on enregistre 560177 naissances, un nombre modique dû à la période postérieur de l'indépendance et de la perte de la guerre algérienne, onze ans après et en 1977 une élévation de 167355 points pour enregistrer 727532 naissances.

Une chute remarquable des naissances a été notée en 1998 pour estimer un nombre de 607118, ensuite, et en 2008 le nombre de naissance retourne à l'élévation soit de 209351 points à l'ordre 816569 naissances.

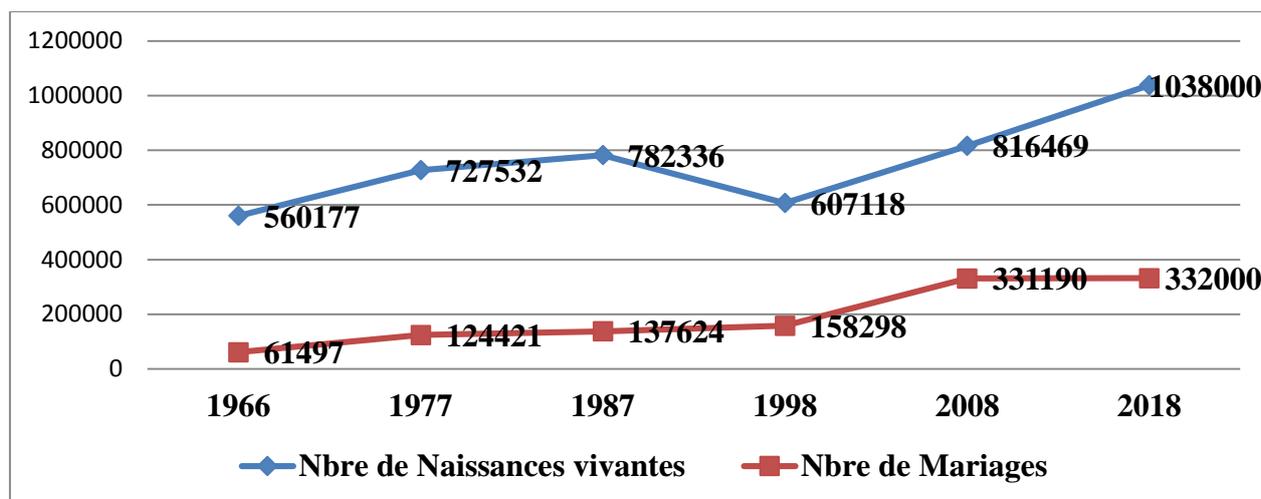
**Tableau N°2 : L'évolution des mouvements naturels et l'indice synthétique de fécondité.**

Année	Nbre de Naissances vivantes	Nbre de Mariages	ISF
1966	560177	61497	8.36
1977	727532	124421	7.41
1987	782336	137624	6.2
1998	607118	158298	2.74
2008	816469	331190	2.78
2018*	1038000	332000	3.0

Rétrospective Statistique 1962 – 2011, Chapitre 1-Démographie, p2.

\*Démographie algérienne 2018.N°853.

**Figure N°8 : L'évolution des mouvements naturels.**



Source : tableau N°2

### **5- L'évolution des indicateurs de fécondité :**

Avant de commencer dans les indicateurs de fécondité on a trouvé essentiels d'analyser la population féminine en âge de procréation (15-49 ans) qui concernée de la fécondité.

#### **5-1-La population féminine en âge de procréation :**

La proportion des femmes en âge de procréation est la population concernée par la santé de la reproduction soit âgées de 15 à 49 ans. La répartition de cette population en fonction de l'âge est très importante pour évaluer le volume de la fécondité dans chaque tranche d'âge, ainsi que les besoins en matière de la santé de reproduction.

D'après les résultats représentés, on remarque une augmentation continue du nombre des femmes en âge de procréation d'une période à une autre de 1966 jusqu'à 2015, allons de 2493471 soit d'une proportion de 20,61% de la totalité de la population algérienne, à 10781119 qui représente une proportion de 26,98 %, avec des écarts différents élevés ont été enregistrés entre les périodes de 1987 et 1998 et entre 1998 et 2008 et qui correspond respectivement aux valeurs suivantes : 2471908 et 2286548, soit les proportions de 3.47% et 2.75%.

Parmi la population féminine total, les proportions des femmes en âge de procréation sont plus importantes par rapport à la population totale. Ces proportion s'évoluent encore plus qu'on avance dans le temps, débutant de 41.40% 1966 à 42.61% 1977 et de 45.61 % e 1987. Le recensement de 1998 marque une augmentation de 7% pour enregistrer 52.02 %. Concernant la

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

proportion la plus élevée est notée en 2008 soit de 57.64%, en 2015. Une chute de 3% de la proportion des femmes en âge de procréation soit de 54.65%.

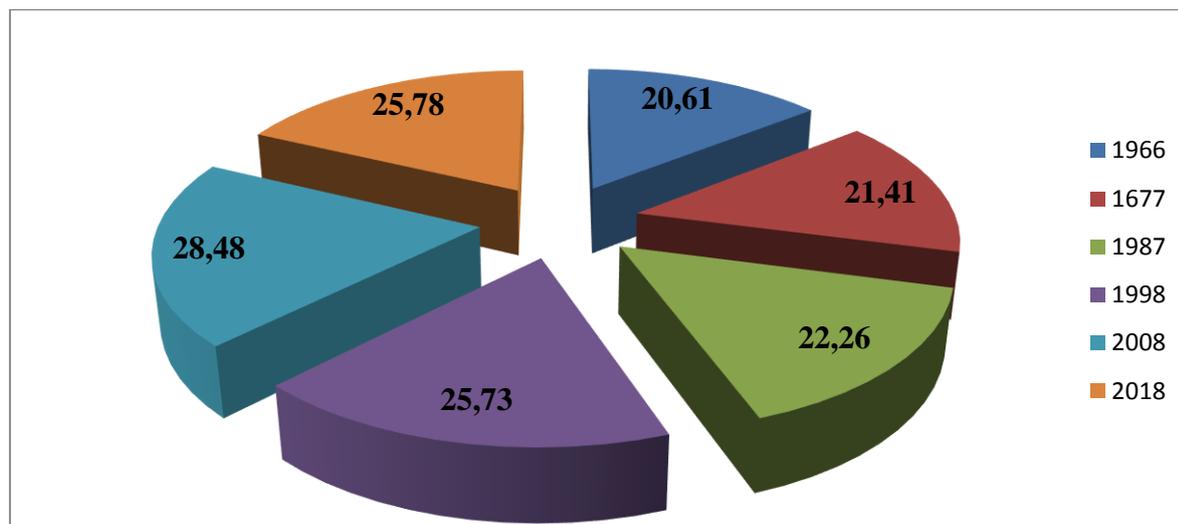
Cette progression de la population féminine en âge de procréation nécessite en parallèle une planification sérieuse pour satisfaire leurs besoins en matière de santé de reproduction.

**Tableau N°3 : Proportion des femmes en âge de procréation de la population total. (%) et de la population féminine totale. (%)**

<b>Année</b>	<b>Population Algérienne Total.</b>	<b>Population féminine total.</b>	<b>Population féminine en âge de procréation</b>	<b>Proportion des femmes en âge de procréation de la population total. (%)</b>	<b>Proportion des femmes en âge de procréation de la population féminine total. (%)</b>
<b>1966</b>	12096347	6023140	2493471	20,61	41,40
<b>1677</b>	16063821	8072042	3439446	21,41	42,61
<b>1987</b>	22881508	11307872	5092933	22,26	45,04
<b>1998</b>	29398235	14541505	7564841	25,73	52,02
<b>2008</b>	34590585	17090007	9851389	28,48	57,64
<b>2018*</b>	42577722	21007167	10977965	25,78	52,26

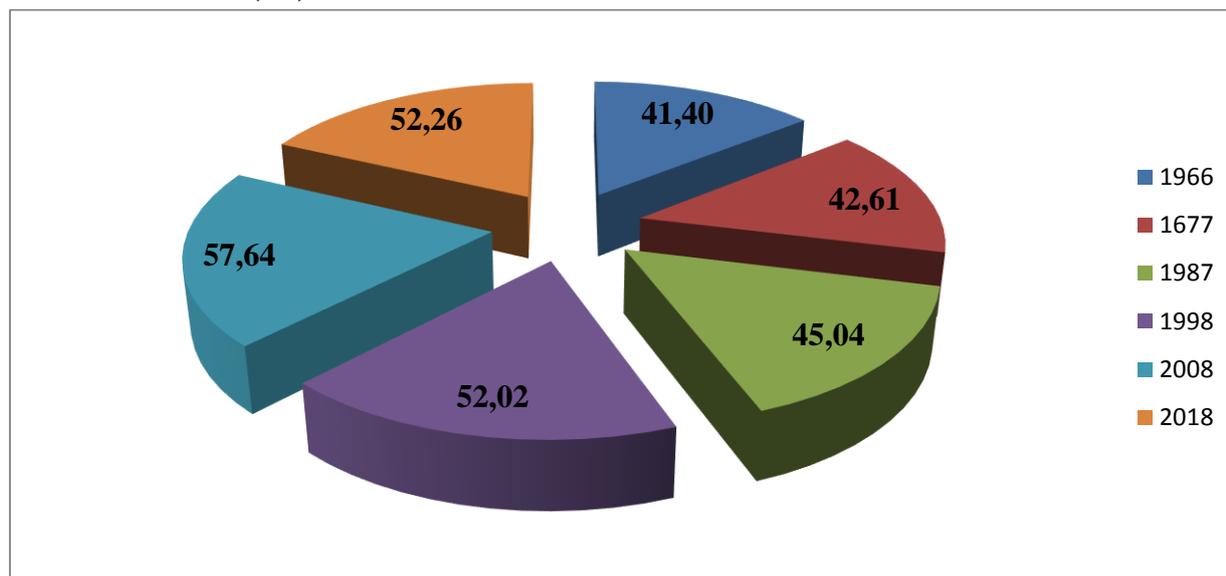
**Source :** Rétrospective Statistique 1962 – 2011, Chapitre1-Démographie, \*Démographie algérienne, 2018, N° 853.

**Figure N9° : Proportion des femmes en âge de procréation de la population totale. (%)**



Source : Tableau N° 3

**Figure N°10 : Proportion des femmes en âge de procréation de la population féminine total. (%)**



Source : Tableau N° 3

### **5-2-L'évolution des femmes en Age de Procréation selon les groupes d'âge.**

L'évolution des femmes en Age de Procréation schématisée dans la figure N° indique une augmentation remarquable dans les différents groupes d'âge d'un recensement à un autre, notamment à partir de 1987 et jusqu'à 2015, sauf, pour

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

---

les groupes d'âge de 15-19 ans et de 20-24 ans, une diminution est considérée après le recensement de 2008.

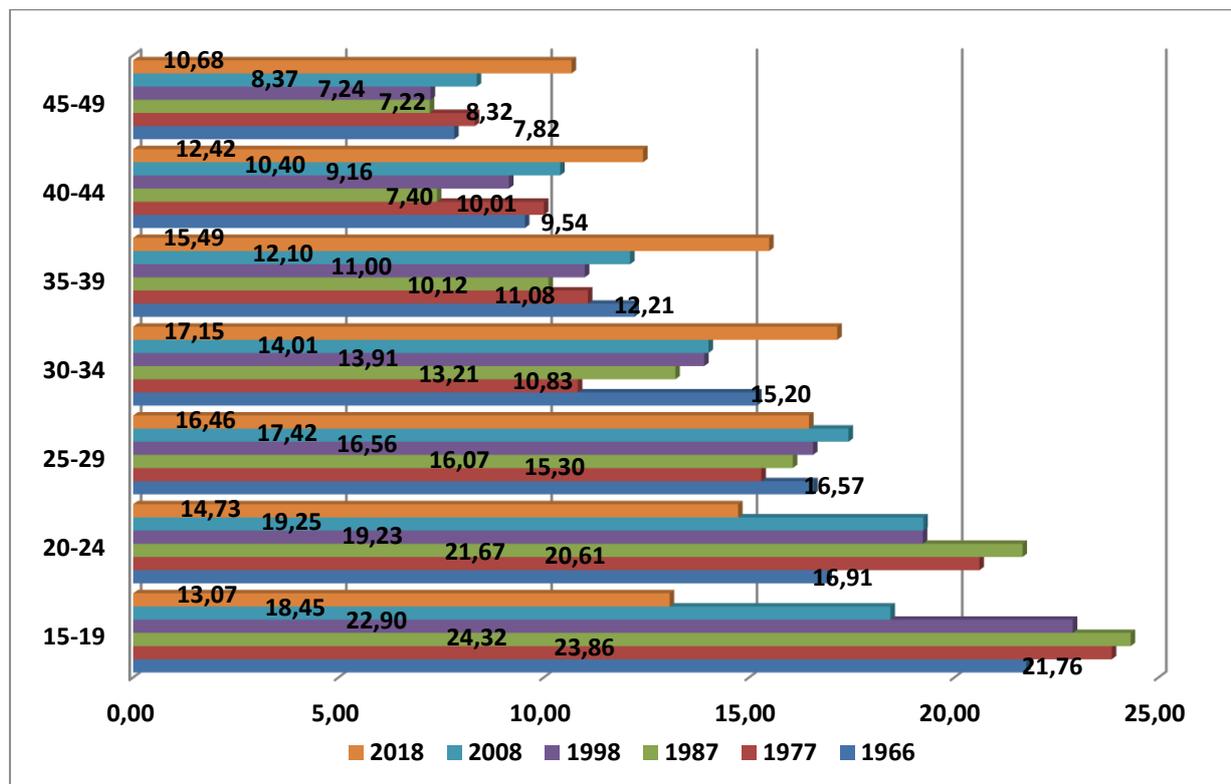
En revanche, et en 2015, la proportion des femmes âgées de 25-29 ans est estimée la plus élevée suivie par la proportion des femmes âgées de 30-34 ans, soit de plus de 1800000 femmes.

Bien que l'Algérie a marqué une baisse considérable de la fécondité, mais la population algérienne et plus précisément celle de la population féminine en âge de procréation reste toute fois jeune et forte.

En analysant les proportions des femmes en âge de procréation selon les groupe d'âge et pour chaque année d'étude, on note qu'en 1966, les femmes âgées de 15 à 19 ans représentent 21.76 % et ces proportions baissent en fonction de l'âge pour marquer 7.82 % des femmes âgées de 45 à 49 ans. En parallèle, la proportion des femmes âgées de 15-19 ans reste toujours la plus importante soit de plus de 23 % et baisse d'un écart de 4.45 points en 2008. Ceci est dû à la baisse de fécondité qui en provient une diminution des proportions des jeunes.

Concernant les âges entre 20 et 39 ans désignés par les âges de concentration de la fécondité, on enregistre une perturbation des proportions dans les différents âges d'un recensement à un autre. Les proportions des femmes âgées de 20-24 ans augmentent de 4.30 points en 1977 et de 1.06 points en 1987. Ensuite, ces proportions diminuent à 16.46 % en 2018. Par contre les femmes âgées de 40 ans et plus marquent des proportions élevées en 2008 et en 2018, mais qui ne dépassent pas les 12

**Figure N°11 : la répartition des proportions des femmes en Age de Procréation selon les groupes d'âge (%).**



Source :ANNEXE, tableau N°3.

### 5-3-l'indice synthétique de fécondité :

L'ISF est l'indicateur le plus pertinent de la fécondité ainsi que de la santé de reproduction, car tous les pays et surtout ceux en développement ont lutté contre le grand nombre d'enfants pour assurer la planification familiale et la régularisation des naissances, soit pour des raisons politiques, soit pour garantir la santé de la mère et de l'enfant. Ceci a été atteint vu la baisse de l'ISF durant toute la période après l'indépendance. En 1970 on a enregistré 8.36 enfant / femme, contre 6.2 enfant / femme en 1987, avec un écart d'un enfant/ femme. Au cours de 17 ans, la baisse de l'ISF n'a pas été importante car l'Algérie a commencé d'encourager la planification de la famille qu'en 1983. Cet indicateur a marqué une baisse continue d'où on enregistre 2.74 enfant/ femme en 1998 avec un écart de 3.46 enfant / femme dans une période de 11 ans. C'est qu'à partir de ces années que l'Algérie a réussi à faire baisser la fécondité de sa population.

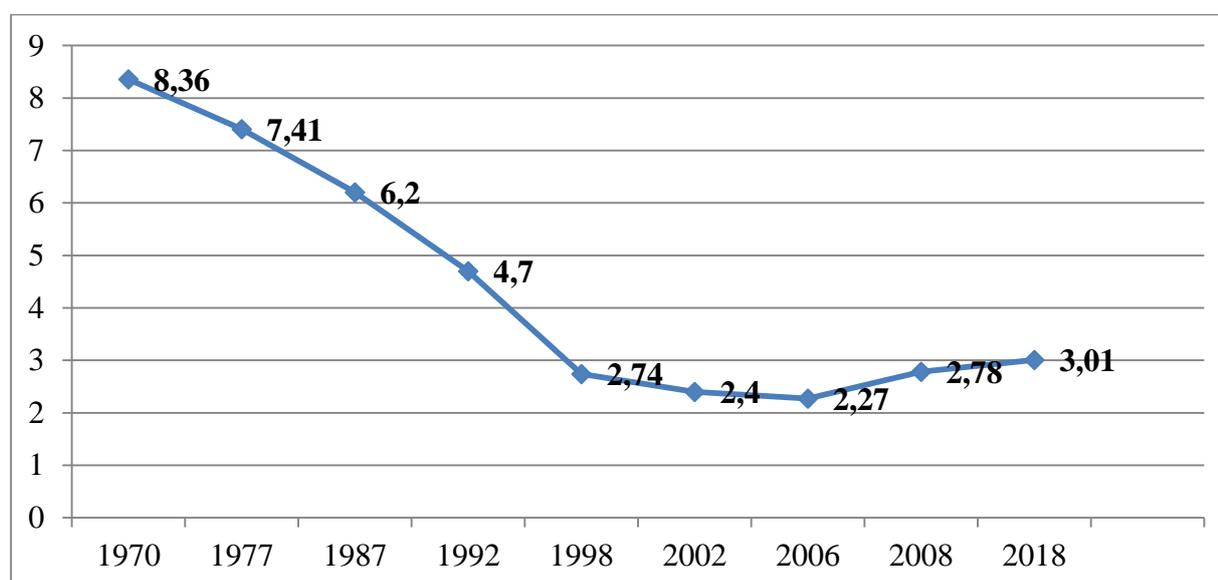
Tableau N° 4 : L'évolution de l'indice synthétique de fécondité :

Année	1970	1977	1987	1992	1998	2002	2006	2008	2018
ISF	8.36	7.41	6.2	4.7	2.74	2.4	2.27	2.78	3.01

- « La Santé Reproductive des Femmes au Maghreb », Thèse de doctorat de Melle : HACHEM Amel, 2010-2011. Université D'ORAN

-MICS 3 : 2006 , RGPH : 2008, MICS 4 :2013, Démographie Algérienne-2018- N° 853.

Figure N°12 : L'évolution de l'indice synthétique de fécondité :



Source : Tableau N°4

### 5-4-L'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence :

L'analyse de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité en Algérie depuis l'indépendance a indiqué une forte baisse de fécondité et plus précisément à partir de 1998. Plus profondément, on a essayé d'analyser l'évolution de cet indicateur selon le milieu de résidence et comment influe ce dernier sur la baisse de la fécondité.

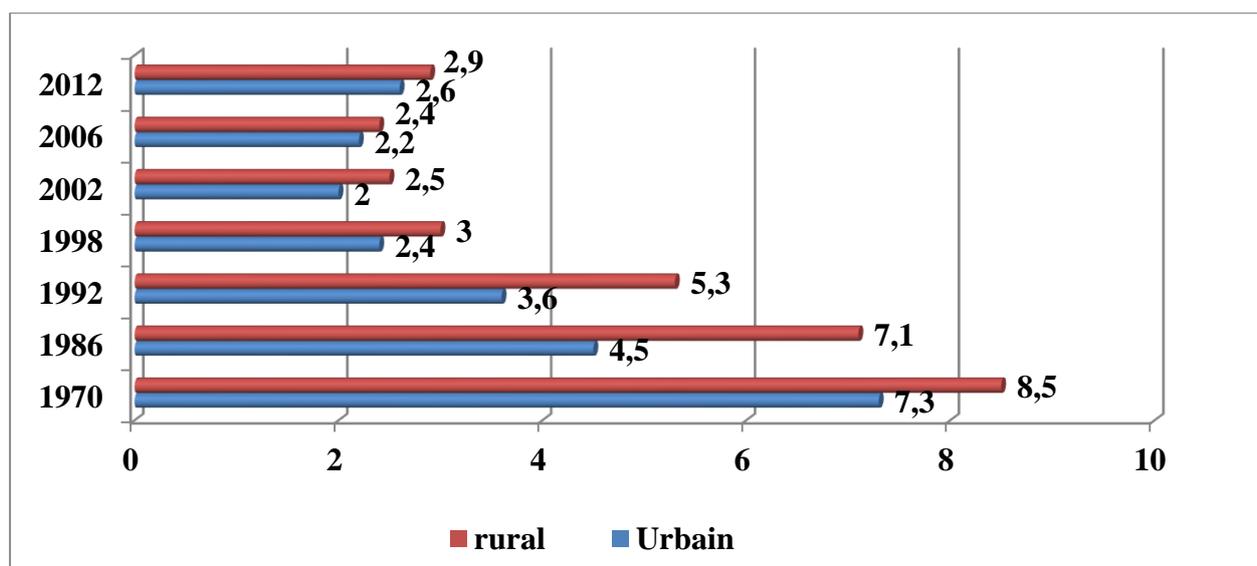
La première constatation à retirer c'est que l'indice synthétique de fécondité à été marqué élevé dans le secteur rural dans toutes les années d'observation, soit de 8.5 enfants/ femme en 1970 contre 7.3 dans le milieu urbain d'un écart de 1.2 enfant/ femme. En 1986, un pic de différence est bien clair au niveau du graphe N°14 soit de 2.6 points du nombre moyen d'enfants des femmes du rural par rapport à celle d'urbain. 16 ans après, le milieu urbain à enregistré une baisse de fécondité estimé 2.8 points par contre la fécondité du milieu urbain a baissé

## **Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie**

seulement de 1.4 point. La fécondité continue à baisser mais cette fois-ci elle est plus importante dans le milieu rural d'où on note un indice de 5.3 enfants/ femme d'un écart de 1.8 point en 1992. Par contre et en milieu urbain l'écart de l'indice de fécondité recule à 0.9 point soit de 3.6 enfants/ femme, concernant la différence entre les deux milieux de résidence est enregistrée à 1.7 points.

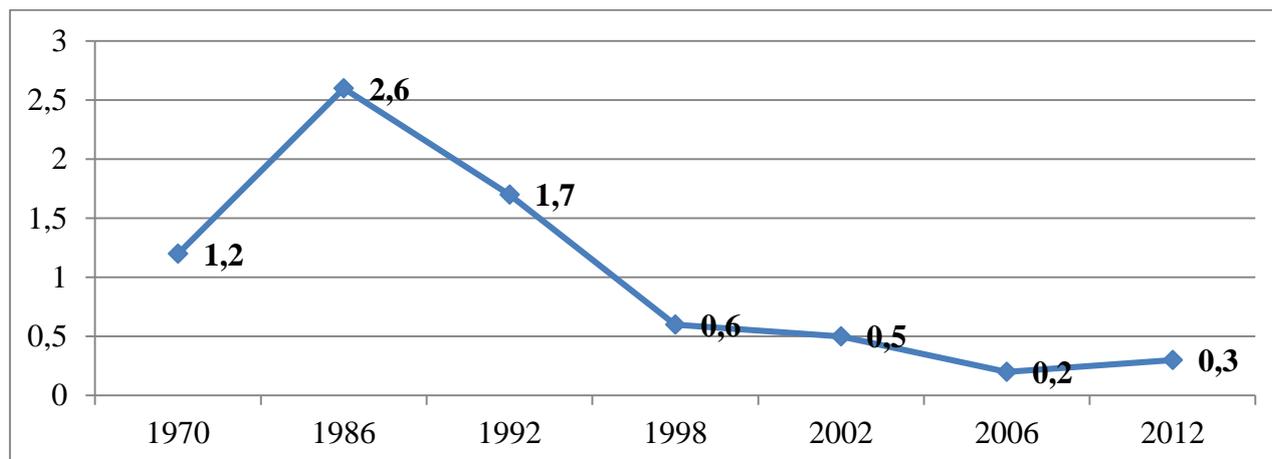
C'est en 1998 que la différence de l'indice synthétique de fécondité entre l'urbain et le rural a commencé de se réduire d'une année à une autre soit de 0.6 à 0.2 points en 2006 et à 0.3 en 2012. Ce qui explique le changement du comportement procréatif des femmes du milieu rural qui est devenu identique à celui des femmes urbaines. Ceci correspond à une moyenne d'indice de fécondité égale à 2.2 enfants/ femme.

**Figure N°13 : Evolution des indices synthétique de fécondité selon le milieu de résidence.**



Source : ANNEXE, Tableau N°4.

**Figure N°14 : La différence de l'indice synthétique de fécondité entre le milieu urbain et rural.**



Source : ANNEXE, Tableau N°4.

#### **5-5- L'indice synthétique de fécondité et Le niveau d'instruction :**

Le tableau ci-dessous représente le rapport du niveau d'instruction de la femme sur le moyen d'enfants à avoir au cours de sa vie génésique et durant plusieurs périodes.

De 1969- 1971, cette première période indique un écart de 4.8 points entre les femmes non instruite et les femmes d'un niveau secondaire et plus, qui correspond aux indices synthétiques de fécondité égal à 8.5 enfants/ femmes et 3.7 enfants / femmes. Cet écart réduit d'une période à une autre pour arriver à 1.2 points de la période 1999/2002. Plus qu'on avance dans le temps, plus cet indice baisse pour toutes les catégories des femmes selon le niveau d'instruction, d'où on note un indice quasi identique des femmes des différents niveaux d'instruction de la période 1999/2002.

Enfin, avec le développement et les problèmes économiques confrontés par les ménages algériens, le coup d'un enfant est devenu de plus en plus très chère. Donc la conception d'avoir moins d'enfants été généralisée presque chez la majorité des couple quoi ce soit leur niveaux.

**Tableau N°5 : L'évolution de l'indice Synthétique de Fécondité selon le niveau d'instruction des femmes de 1970 à 2002.**

Niveau d'instruction	Indice Synthétique de Fécondité (enfant/ femme)				
	1969-1971	1987-1992	1997-1998	1999-2002	2013*
Sans instruction (1)	8.5	5.6	3.4	2.6	3.4
Primaire (2)	5.7	3.3	2.5	2.1	2.9
Moyen (3)	3.7	3.3	2.4	2.0	2.9
Secondaire et plus (4)	3.7	3.0	2.3	1.4	2.4
Ecart (1)- (4)	4.8	2.6	1.1	1.2	1.0

**Source :** Fécondité et nuptialité différentielles en Algérie : l'apport du recensement de 1998, Zahia Ouadah-Bedidi, URMIS (Université Paris-Diderot), INED

\*MICS4, 2013.

### **5-6-Le taux de scolarisation féminine en Algérie :**

L'éducation de la mère est de première importance. Elle a des conséquences sociales profondes. Elle fournit à la femme un large réseau social, de nouveaux groupes de référence, des modèles d'autorité et une plus grande identification au monde moderne. De même, l'instruction de la mère permet une meilleure compréhension des conseils et l'adoption de comportements préventifs plutôt que curatifs. Dans ce sens, l'instruction de la mère est une variable très discriminante (<https://www.hcp.ma/file/103092/>)

Vu que la santé reproductive vise beaucoup plus la femme, on s'intéresse à la scolarisation des femmes et son impact sur les indicateurs de notre thème.

D'après le tableau présenté, une augmentation continue des taux de participation des femmes algériennes est nettement remarquée depuis l'indépendance, alors que 37.18 % été le taux est enregistré en 1966 contre 39.44% en 1977 soit d'un écart de 2.26 points au cours d'une période de 10 ans. En 1987, le taux de participation de 43.09% est marqué soit d'un écart de 3.65 points, et l'élévation poursuite d'une manière ralentie pour enregistrer un taux de 49.47 % en 2008. Ceci explique que presque la moitié des filles sont scolarisées

## **Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie**

dans les trois niveaux (primaire, moyen et secondaire). Cependant, le taux de participation des filles reste moyen malgré tous les progrès consentis.

L'instruction des filles est un indicateur très important qui influe positivement sur l'amélioration de la santé reproductive à travers la conscience des femmes envers le nombre idéal des enfants et l'utilisation de la contraception.

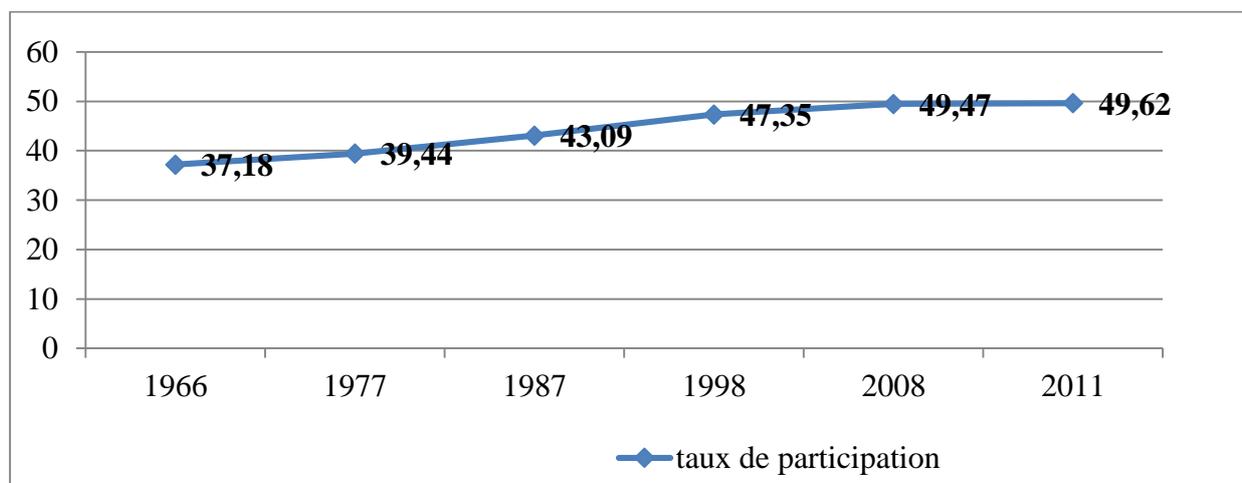
**Tableau N°6 : L'évolution des taux de participation des femmes.**

Année	1966	1977	1987	1998	2008	2011	2018*
taux de participation %	37.18	39.44	43.09	47.35	49.47	49.62	48.85
Ecart	-	2.26	3.65	4.26	2.12	0.15	

Source : Rétrospective Statistique 1962 - 2011 Education, ONS, p128

\*Les principaux indicateurs du secteur de L'éducation nationale Année scolaire 2018-2019, n° 871, ONS,2019, p1.

**Figure N°15 : l'évolution des taux de participation des femmes en Algérie.**



Source : Tableau N°6.

### **5-7-L'analphabétisme féminin.**

La réduction de l'analphabétisme est à ériger au rang des priorités à travers une action conjuguée des pouvoirs publics et du mouvement associatif. La réduction de l'analphabétisme parmi les jeunes générations est tributaire des actions menées pour lutter contre les inégalités dans l'accès à l'éducation tant pour les filles que pour les garçons. En effet, il est important de souligner que les effectifs des analphabètes qui avaient amorcé une baisse pour les hommes entre 1977 et 1987, se sont augmentés de nouveau au cours de la décennie 90.

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

Concernant la réduction de l'analphabétisme, les efforts devraient être particulièrement soutenus notamment pour la population féminine. Rappelant que depuis l'indépendance, le taux d'analphabétisme a évolué comme suit : une majorité des filles analphabètes estimée à un taux de 85.040 % en 1966 vu la période juste après l'indépendance et la situation perturbée vécue. Le deuxième recensement effectué en 1977 enregistre un taux d'analphabétisme féminin de 74.30 % soit d'un écart de 11.1 point. Ensuite, et en 1987, le taux baisse à 56.66 % pour marquer un écart important compté à 17.64 point. La baisse de l'analphabétisme maintient pour atteindre un taux de 35 % en 2002.

Comme conclusion, on peut déduire plus que la femme n'est pas analphabète plus que son rôle est tangible dans la société.

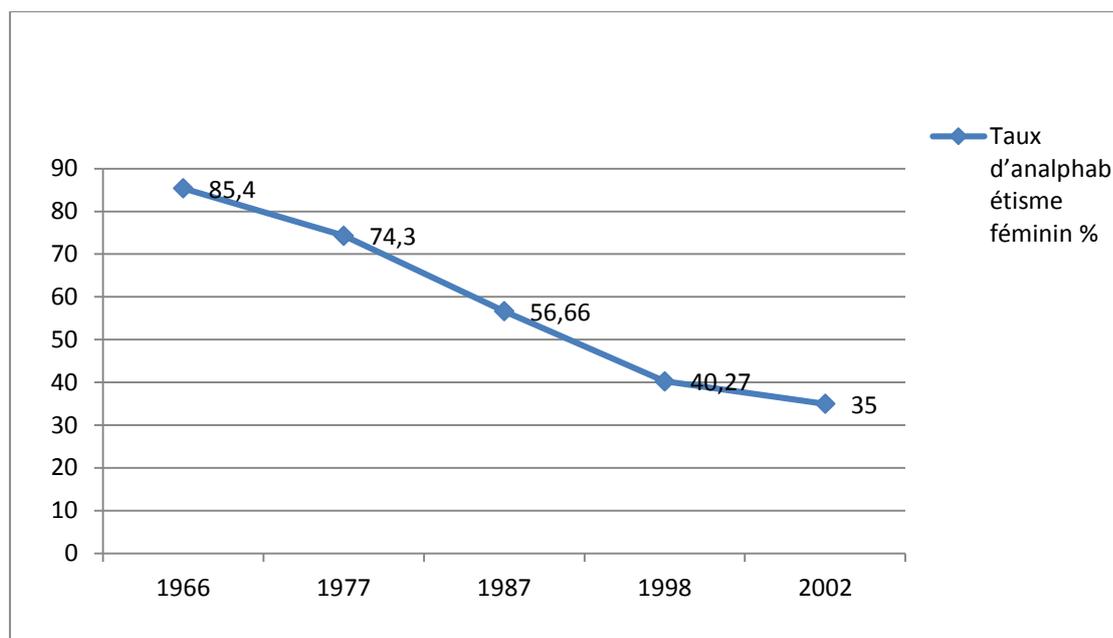
**Tableau N°7 : L'évolution des taux d'analphabétisme féminin.**

<b>Années</b>	<b>Taux d'analphabétisme féminin %</b>	<b>L'écart entre les années.</b>
1966	85.40	
1977	74.30	11,1
1987	56.66	17,64
1998	40.27	16,39
2002*	35.0	5,27
2006*	31.6	3.4
2008	29	2.6
2018**	9.44	19.56

**Source :** , collections statistique N°157, ONS p4.

\*EASF : 2002, MICS3 :2006, \*\*ONAEA :2020

Figure N°16 : L'évolution des taux d'analphabétisme féminin.



Source : Tableau N°7

### 5-8- La fécondité par âge :

La répartition de la fécondité par âge en Algérie a été marquée très élevée en 1992. Elle convient également à un ISF élevé, d'où on enregistre un taux de fécondité de 143 ‰ pour les femmes âgées de 20-24 ans, contre 214 ‰ estimé pour l'âge de 25 -29 ans, et soit de 220 ‰ et 164 ‰ les taux de fécondité qui correspondent respectivement aux groupes d'âge suivants : 30-34 ans et 34-39 ans.

Au-delà de cette date, l'Algérie a gardé le même schéma de fécondité avec un âge de concentration entre 20-39 ans et une fécondité faible dès jeune âge et les âges élevés. Mais à partir de 1998, les âges de concentration de fécondité se décalent de 5 ans soit de 25 - 39 ans au lieu de 20-39 ans suite d'une baisse des taux de fécondité de presque de 40 ‰. Ceci est dû à l'augmentation de l'âge moyen au mariage.

Au fur- à mesure que la fécondité baisse, on note une dégradation des taux de fécondité dans tout les âges et pour chaque année d'étude.

D'autre part, les résultats de l'enquête MICS 4 en 2013 démontrent une reprise de la fécondité des femmes algérienne marquée à travers l'élévation des taux de fécondité de tous les âges de procréation. Par- rapport à l'enquête MICS 3 de 2006, d'où l'écart le plus important est enregistré au sein des âges de

## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie

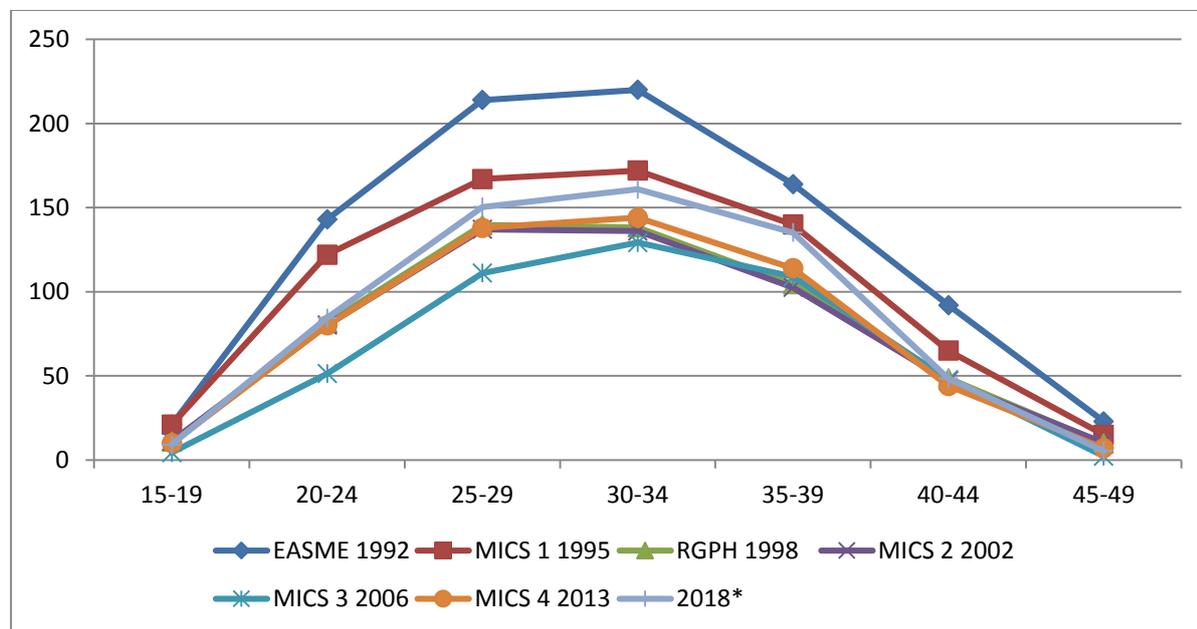
concentration de la fécondité estimés à 28.7 point et 26.9 points correspond respectivement aux groupe d'âge: 25-29 ans et 30-34 ans.

**Tableau N°8 : La répartition des taux de fécondité par âge (%).**

Années	EASME 1992	MICS 1 1995	RGPH 1998	MICS 2 2002	MICS 3 2006	MICS 4 2013	2018*
<b>Age</b>							
<b>15-19</b>	21	21	10,86	11,2	4,4	10	9,1
<b>20-24</b>	143	122	81,38	80,2	51,3	80	84,4
<b>25-29</b>	214	167	139,67	137,1	111,1	138	150,4
<b>30-34</b>	220	172	138,29	136,1	129,2	144	160,9
<b>35-39</b>	164	140	104,51	102,6	108,9	114	135,2
<b>40-44</b>	92	65	48,56	47	47,7	44	48,5
<b>45-49</b>	23	15	9,8	10,2	2,3	7	5,4

Source : EASME :1992, MICS1 : 1995, RGPH : 1998, MICS2 : 2000  
MICS3 : 2006, MICS4 :2013.\* Démographie Algérienne, ONS,2018.

**Figure u N°17 : La répartition des taux de fécondité par âge. (%)**



Source : Tableau N°8

**5-9-L'effet du lieu de résidence sur la répartition de la fécondité par âge :**

Les résultats de l'enquête algérienne sur la santé de la femme et de l'enfant réalisée en 1992 ont révélé une différence importante de fécondité entre le milieu urbain et le rural, représentée par une hausse fécondité au milieu rural avec des écarts très importants et dans tous les groupes d'âge, sauf chez les femmes âgées de 45-49 ans. Dix ans après, l'effet de la résidence sur la fécondité se rétrécit, notamment dans les premiers groupes d'âge de procréation. En parallèle, et en 2008, on remarque une légère augmentation de fécondité chez les femmes urbaines d'où on enregistre des écarts de 7 à 10 point pour les âges de 25-29 et 30-34ans. Ceci peut être expliqué par l'accroissement de la population urbaine, aux changements socio- culturels et économiques et les comportements et mentalités des gens. Ceci a influé sur les taux de la fécondité d'1110 ans les deux milieux de résidences, d'où sont enregistrés quasi- identique, sauf le groupe d'âge 30-34 ans qui marque un écart de 18.8 points.

La répartition de la fécondité par âge en 2013 lors de l'enquête de la MICS 4, représente la même allure entre les deux zones de résidence et dans les différents groupes d'âge, avec une augmentation légère des taux de fécondité en milieu rural.

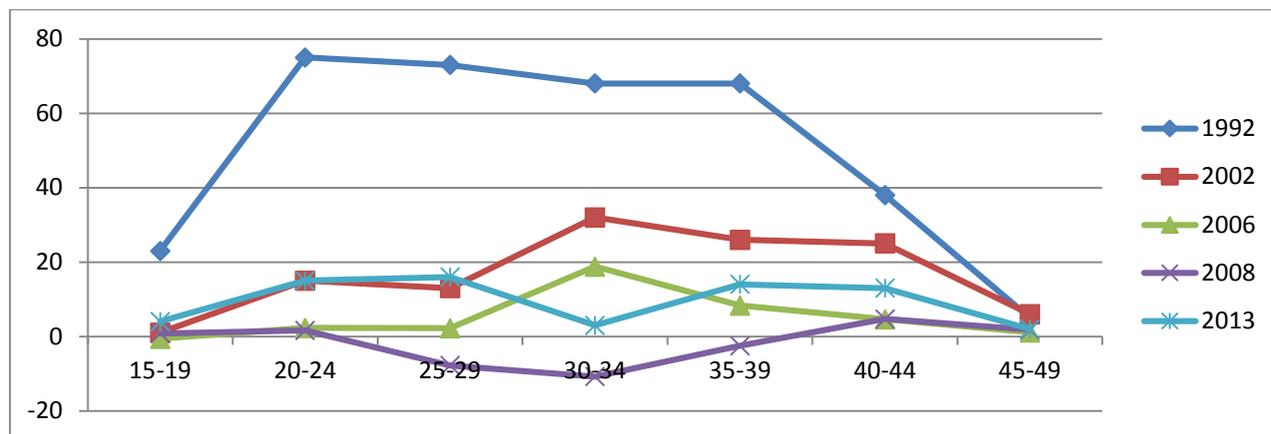
**Tableau N°9 : La répartition des taux de fécondité par âge et le milieu de résidence.**

Année	1992		2002		2006		2008		2013	
	urbain	Rural								
<b>15-19</b>	06	29	05	6	4.7	4.1	9.0	9.8	9	13
<b>20-24</b>	110	185	53	68	503	52.6	74.5	76.1	74	89
<b>25-29</b>	187	260	113	126	110.1	112.3	141.8	134.0	132	148
<b>30-34</b>	188	256	122	154	121.0	139.8	152.2	141.4	143	146
<b>35-39</b>	132	200	95	121	105.5	113.8	118.4	115.9	109	123
<b>40-44</b>	75	113	34	59	45.9	50.5	49.8	54.5	40	53
<b>45-49</b>	21	26	7	13	1.9	3.0	7.4	9.2	6	8

**Source: EASM 1992, PAPFAM 2002, MICS 3, \*RGPH 2008, MICS 4.**

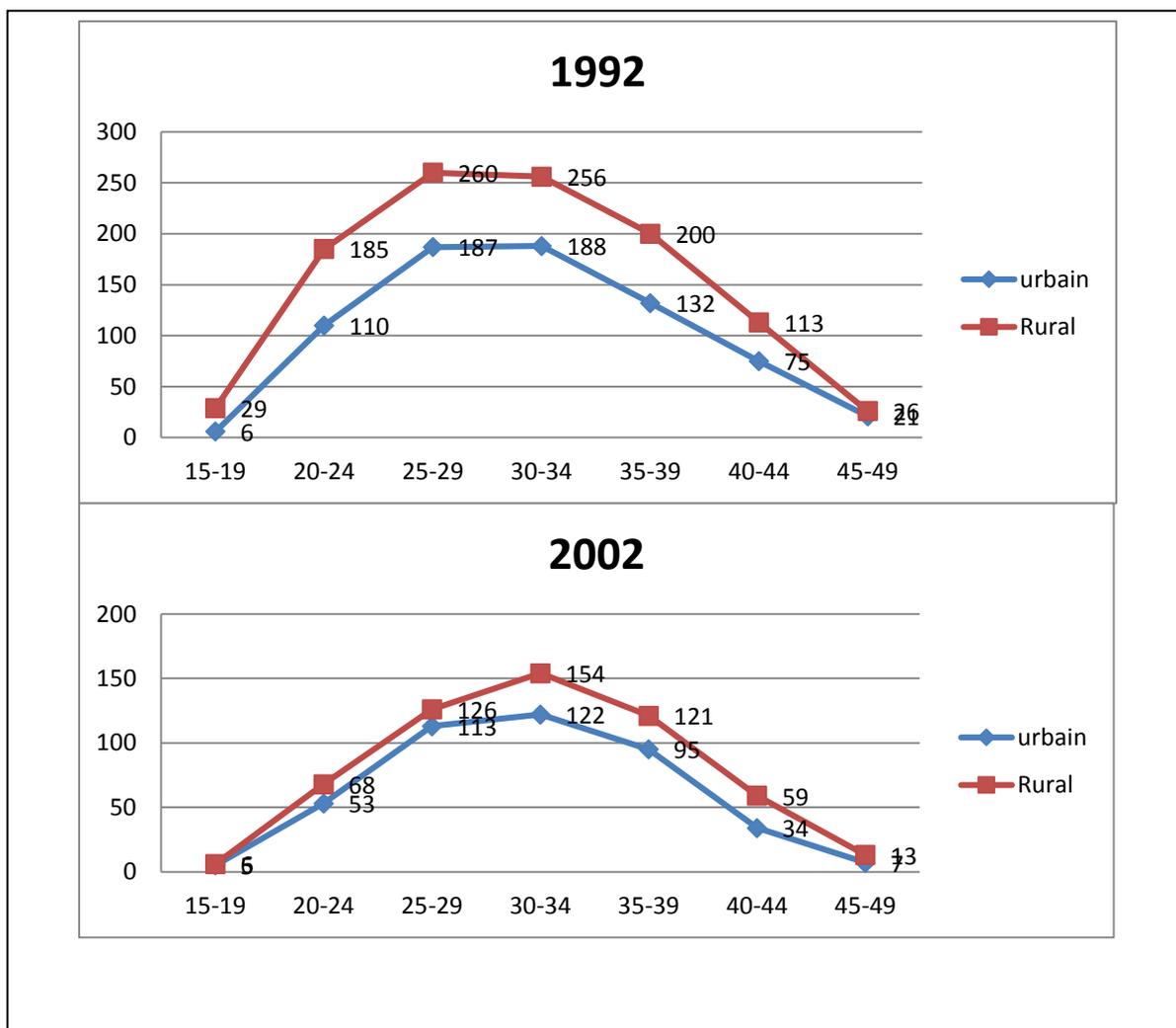
\* NATALITE, FECONDITE ET REPRODUCTION EN ALGERIE. Collection Statistique, ONS, N°156.

**Figure N°18 : L'écart de fécondité entre le milieu urbain et rural.**

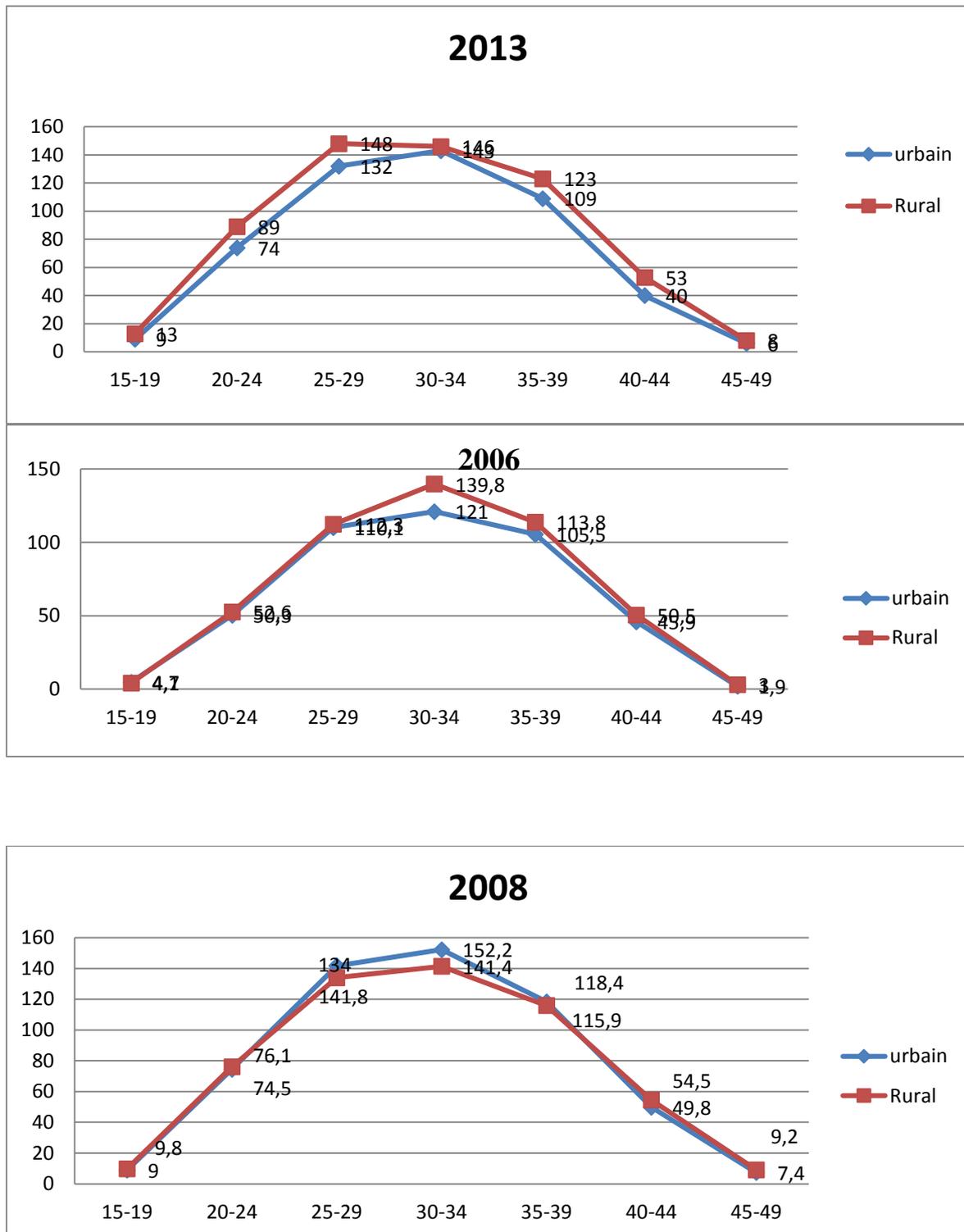


Source :ANNEXE, Tableau N°5.

**Figure N°19 : La répartition des taux de fécondité par âge et le milieu de résidence.**



## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie



Source : Tableau N°9.

### **5-10-L'effet de l'instruction des femmes sur le taux de fécondité par âge :**

La progression du niveau d'instruction des femmes depuis l'indépendance à nos jours a influencé sur l'indice synthétique de fécondité vers une baisse continue. Avant de souligner l'effet du niveau d'instruction sur la répartition de la fécondité par âge, il y a d'abord l'effet de la différence des générations qui marque une différence du niveau d'instruction d'entre elles, car toujours les nouvelles générations sont plus instruites qui fait la différence de la fécondité.

Concernant la période entre 1969 à 1971, l'écart de la fécondité des femmes sans instruction est très important à celui des femmes d'un niveau primaire, en raison du nombre important de la population féminine analphabète alors que leur fécondité est marquée très élevée dans tous les âges. En parallèle, les femmes d'un niveau secondaire et plus, leur fécondité est moins faible et qu'on n'enregistre pas des femmes de ce niveau après les 38 ans à peu près.

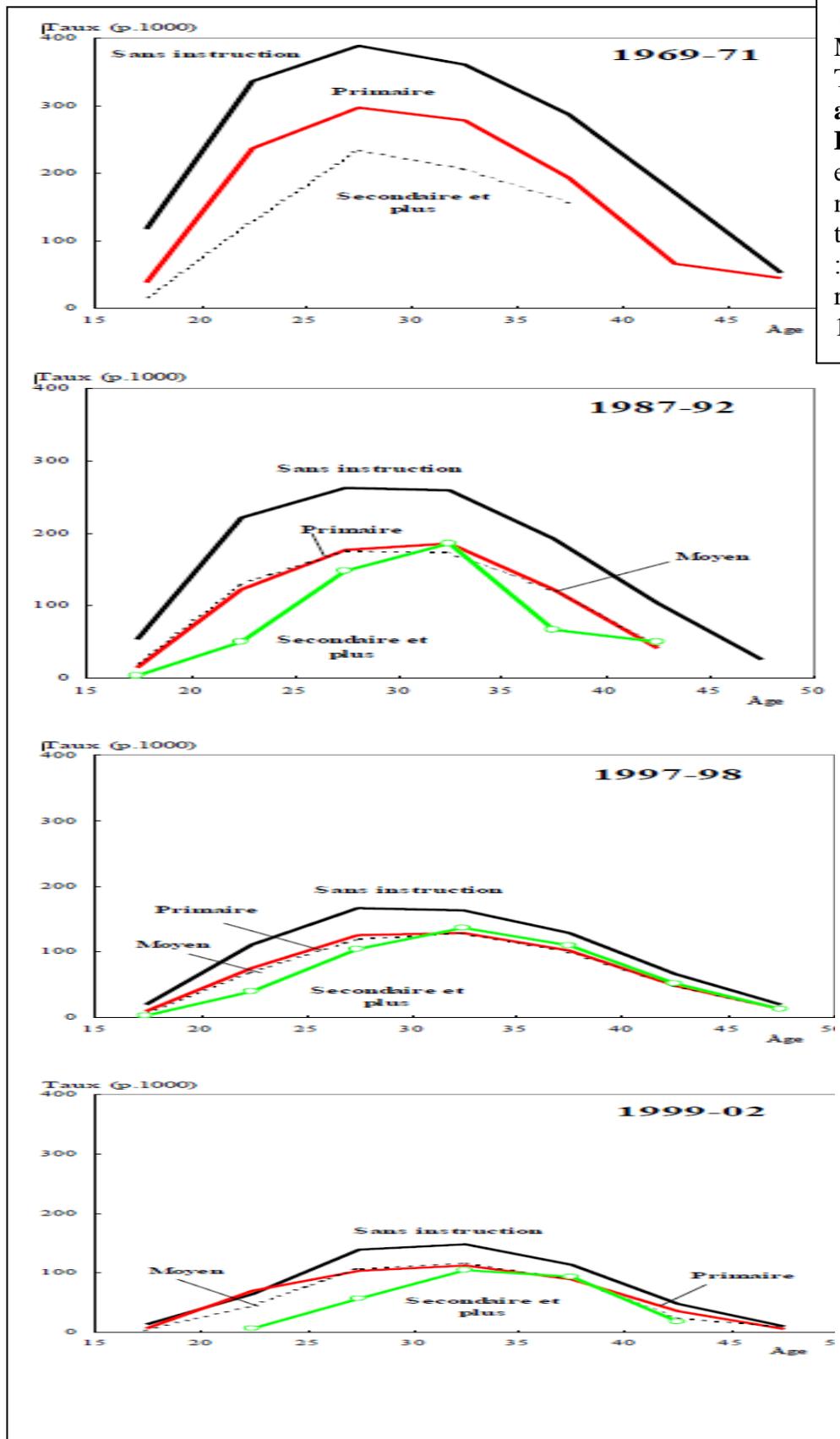
La deuxième période qui est de 1987 à 1992, on note une fécondité des femmes sans instruction est forte par rapport aux autres niveaux et qui garde la même allure. Suivant la figure, la répartition de la fécondité par âge des femmes d'un niveau primaire et moyen est identique dans tous âges. De même, les femmes d'un niveau secondaire et plus enregistrent des taux de fécondité les plus bas sauf pour l'âge de 33 ans et 43 ans. Les derniers groupes d'âges ne marquent aucune femme de niveau primaire, moyen et secondaire et plus.

La période entre 1997 et 1998 se caractérise d'une part d'une baisse de fécondité remarquable soit de moins de 200 ‰ et pour chaque niveau d'instruction, d'autre part l'écart des taux de fécondité entre les différents niveaux de diminue.

Les femmes d'un niveau d'instruction secondaire et plus marquent une légère augmentation des taux de fécondité des âges plus de 33 ans. Ceci est expliqué par le retard de l'âge au mariage.

La période de 1999 à 2002 a marquée plusieurs changements du schéma des taux de fécondité par âge selon le niveau d'instruction de la femme, d'où la première remarque à tirée est que la fécondité des femmes analphabètes a baissée dans les jeunes âges de procréation. Ceci est dû à la baisse des taux d'analphabétisme féminin. Concernant les femmes les plus instruites n'enregistrent aucune fécondité avant les 22 ans à cause de l'impact du retard de l'âge au mariage.

**Figure N°20 : l'évolution des taux de fécondité par âge selon le niveau d'instruction des femmes de 1970 à 2002.**



Source : DOCUMENTS DE TRAVAIL 185. Zahia Ouadah-Bedidi. Fécondité et nuptialité différentes en Algérie : l'apport du recensement de 1998

### **5-11-L'âge moyen au mariage :**

Les implications de l'évolution de la nuptialité sont à la fois démographiques et sociales. Le recul de l'âge moyen au mariage est certainement porteur de progrès. Il induit en effet une réduction sensible des grossesses précoces (avant l'âge de 20 ans) qui représentent des risques majeurs pour la santé de la mère et de l'enfant. Il constitue un signe de développement dans la mesure où il reste souvent lié à un allongement de la période de scolarisation et à un accès plus large à l'emploi notamment pour les femmes. Toutefois le recul de l'âge au mariage s'explique également par les contraintes existantes (tensions en matière de logement, chômage, coût social des mariages...), ce recul sans précédent de l'âge au mariage a induit une augmentation des célibataires à la fois dans la population totale et aux âges de reproduction.

En parallèle, le ménage en Algérie est passé par plusieurs formes depuis l'indépendance à nos jours. Cela est dû aux changements socioculturels et démographiques des individus vis-à-vis la situation de la femme dans la société : l'instruction, le travail, la fécondité, et l'élévation de l'âge moyen au mariage plus forte que celle des années précédents. Une progression persistante de l'âge moyen au mariage des femmes est marquée plus forte en allant de 18,3 ans en 1966 contre 27.6 ans en 1998, d'un écart de 9.3 ans durant 32 ans. Cet âge est estimé de 29.3 ans en 2008.

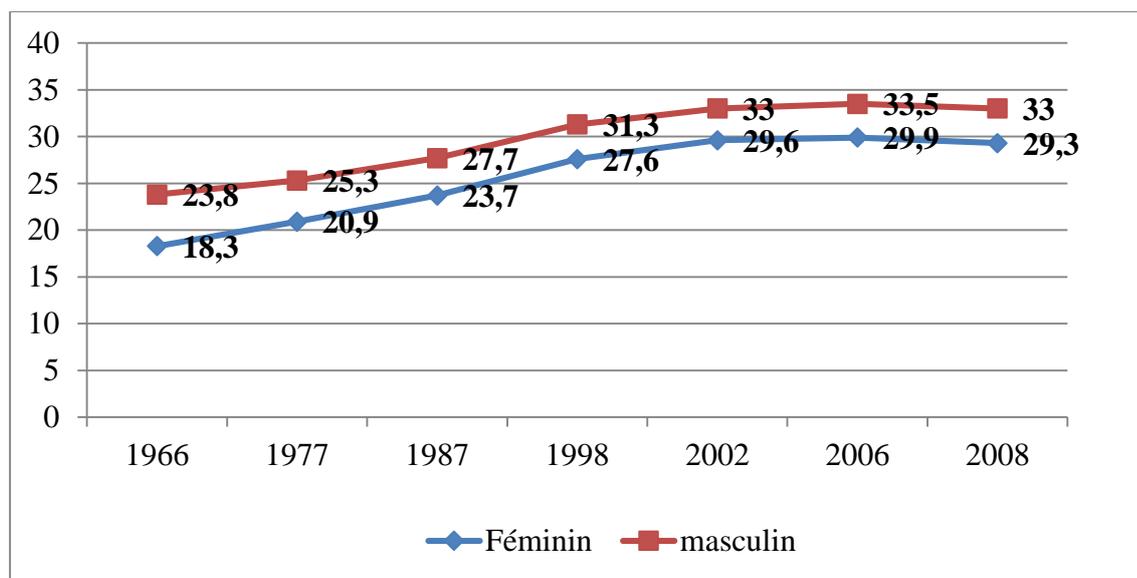
**Tableau N° 10 : L'évolution de l'âge moyen au mariage par sexe :**

<b>Année</b>	<b>1966</b>	<b>1977</b>	<b>1987</b>	<b>1998</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2008</b>	<b>2013*</b>
<b>Sexe</b>								
<b>Féminin</b>	18.3	20.9	23.7	27.6	29.6	29.9	29.3	28.8
<b>masculin</b>	23.8	25.3	27.7	31.3	33.0	33.5	33	32.8

- RGPH : 1966, 1977, 1987, 1998,2008 -EASF : 2002, MICS 3 :2006

\*Thèse de Doctorat : MmeTouilloumichahra

**Figure N° 21 : l'évolution de l'âge moyen au mariage par sexe :**



Source : Tableau N°10

### 5-12- L'âge moyen à la maternité :

L'évolution de l'âge moyen à la maternité est étroitement liée à l'âge moyen au mariage tardif des femmes. La progression de l'âge de la maternité de 1970 à 2015 est arrivée à 31.9 ans.

**Tableau N° 11: L'évolution de l'âge moyen à la maternité :**

année	1970	1977	1987	1992	1998	2002	2006	2008	2013	2018*
Age	30.42	30.49	30.72	31.32	32.52	32.11	32.33	31.9	30.8	31.6

- RGPH : 1966, 1977, 1987, 1998, 2008 -EASF : 2002, MICS 3 :2006, MICS 4 : 2013, \*Démographie Algérienne, 2018, N° 853

## 6- La contraception :

### 6-1-La prévalence contraceptive:

Les niveaux et les tendances de la fécondité. Le taux de prévalence de la contraception demeure un indice important permettant de mesurer le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives. Durant ces dernières années, une baisse de la fécondité a été confirmée par les résultats du dernier recensement de population (2008). Ce nouveau comportement procréatif des couples est

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

---

certainement influencé par les complications économiques actuelles que connaissent les ménages algériens.

En Algérie, la contraception a été définie selon des époques différentes comme un moyen de limitation des naissances, d'espacement des naissances et de planification de famille pour garantir la santé de la maman et de son enfant. C'est pour cette raison qu'elle a pris du temps pour qu'elle soit acceptée par la population et ensuite pratiquée par une grande proportion de femmes.

L'évolution de la pratique contraceptive en Algérie est étudiée à partir de plusieurs enquêtes de populations réalisées à l'échelle nationale. L'analyse des résultats de ces enquêtes révèle que la contraception a progressé d'une manière sensible. On remarque également que la pratique contraceptive en Algérie varie en fonction de plusieurs facteurs socio-économiques et culturels. La pilule reste la méthode contraceptive la plus fréquemment utilisée.

Les statistiques sur la prévalence de contraception collectées par les différentes enquêtes algériennes indiquent un taux de 8% (ensemble des méthodes) en 1970 contre 35.5% en 1986 avec un écart de 27.5% durant 16 ans. « C'est en 1983 que l'Algérie a vraiment adopté la contraception et a encouragé les couples à réduire le nombre d'enfants », Six ans après, en 1992, on estime une prévalence de 50.7%, soit un écart de 15.2%, ensuite cette progression se poursuit pour atteindre 61.4% en 2006, une chute de 4.3 points a été enregistrée en 2013 d'où on estime une prévalence de 57.1%.

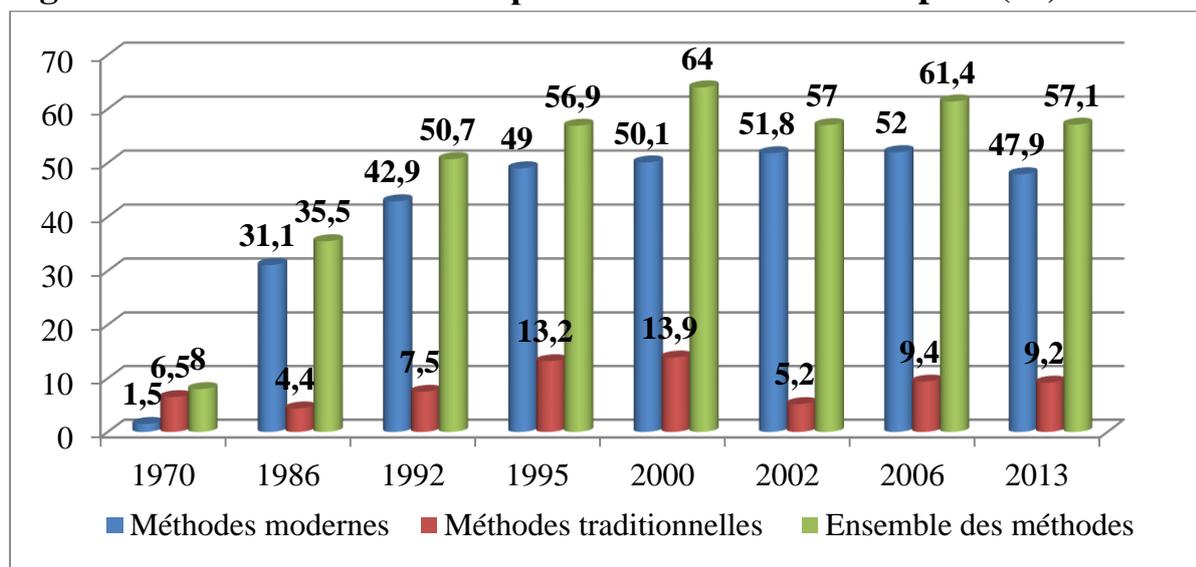
En parallèle, on remarque une différence considérable de la prévalence des méthodes moderne à celle traditionnelle, vu qu'en 1970, on estime 6.5 % des femmes algérienne utilisent les méthodes traditionnelle contre seulement 1.5 % qui utilisent les méthodes moderne. Les autres enquêtes marquent une élévation importante de la prévalence contraceptive des méthodes moderne estimées à 31.1 % en 1986 et de 52% en 2006 et de 47.9 % en 2013 avec une baisse de 4.1point. Tandis que la prévalence des méthodes traditionnelles reste toujours minime. Elle ne dépasse pas les 14 %. Un grand écart est estimé entre les deux méthodes soit de 46.6% en 2002 et de 42.6% en 2006. En 2013, l'écart a baissé à 38.7 % à cause de la baisse de la prévalence contraceptive de l'ensemble des méthodes.

**Tableau N°12 : l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon la méthode(%) :**

Année	1970	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2013
<b>Méthodes modernes</b>	1.5	31.1	42.9	49	50.1	51.8	52.0	47.9
<b>Méthodes traditionnelles</b>	6.5	4.4	7.5	13.2	13.9	5.2	9.4	9.2
<b>Ensemble des méthodes</b>	8.0	35.5	50.7	56.9	64	57.0	61.4	57.1
<b>Ecart entre les méthodes modernes et traditionnelles</b>	-5	26,7	35,4	35,8	36,2	46,6	42,6	38,7

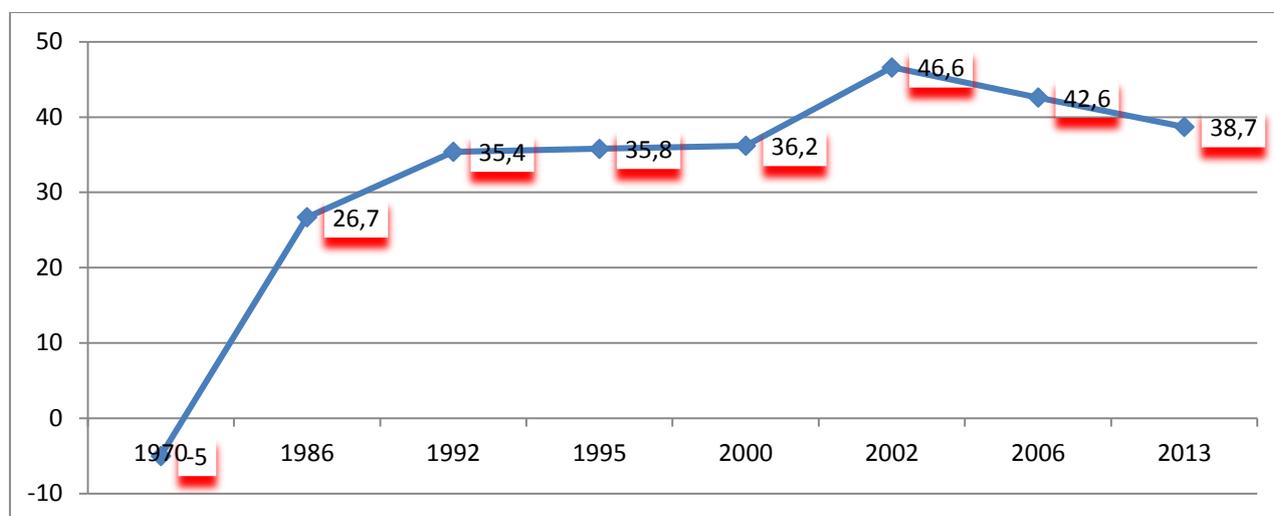
-Thèse de doctorat de Melle HACHEM Amel, MICS 3 :2006, MICS 4 : 2013.

**Figure N°22 : l'évolution de la prévalence de la contraceptive(%) :**



Source : tableau N°12

**Figure N°23 : l'écart entre la prévalence contraceptive des méthodes modernes et traditionnelles**



Source : tableau N°12

### 6-2-La prévalence contraceptive par type de méthode :

Les résultats antérieure ont affirmés une élévation continue de la prévalence de la contraception toute au long des années d'études. Les données du tableau N°12 révèle que la pilule reste la première méthode de contraception en passant de 26.4 % en 1986 à 43.4% en 1995 pour atteindre 46.3 % en 2002. Ensuite, en 2006, une légère diminution est enregistrée soit de 0.4 points avec un taux de 45.9%, le stérilet ou DIU revient en seconde position avec un taux de prévalence de 2.1 en 1992, 1.5 % en 1995 et 2.3 % en 2006, concernant le condom a connu une élévation modeste d'une année à une autre mais reste faible, à noter une prévalence de contraception de 0.5 % en 1986, 0.8 % en 1995 pour arriver à un taux de 2.3 % an 2006.

**Tableaux N°13 : Evolution de la prévalence contraceptive (%) par type de méthode :**

Année	1986	1992	1995	2000	2002	2006
<b>Pilule</b>	26.4	38.7	43.4	44.3	46.3	45.9
<b>Stérilet</b>	2.1	2.4	4.1	4.3	3.1	2.3
<b>condom</b>	0.5	0.7	0.8	1.5	1.2	2.3

**Source :** Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002, ministère de la Santé de la population et de la réforme hospitalière, Office National des Statistique et Ligue des Etats Arabes, MICS 3 :2006.

### **6-3-L'effet de l'âge de la femme sur la prévalence contraceptive :**

L'âge est une variable très importante dans l'étude des phénomènes démographiques. Son effet sur la progression de ces derniers est clairement enregistré à travers les différentes statistiques. La différence d'âge des femmes dans la période de la procréation a un impact direct sur la variation de la prévalence contraceptive, vu la dissimilitude des générations par leur attitudes, et leur comportements à l'égard de la fécondité.

Les résultats du graphe ci-dessous démontrent que la répartition de la prévalence contraceptive selon l'âge des mères marque la même apparence et dans toutes les années d'études, soit faible pour le premier groupe d'âge et s'accroît après les 20ans puis les taux reviennent à baisser au-delà de 40 ans ou de 45 ans.

Quand à l'analyse des taux de prévalence entre les années, on remarque une progression remarquable de l'utilisation de la contraceptive des femmes âgées de 15-39 an par rapport aux autres années. On estime un taux de 57.6 % des femmes âgées de 15-19 ans et de 60.5 % des femmes âgées de 20-24 ans et de 72.8 % des femmes de la tranche d'âge de 30-34 ans. Ceci confère à l'augmentation des taux de nuptialité.

La prévalence de contraception a baissé dans les trois premiers groupes d'âge (15-24 ans). Par contre, on note une élévation de l'utilisation de la contraception des femmes âgées de 45-49 ans, estimée à 45.1% en 2002, 49% en 2006 et de 42.5% en 2013.

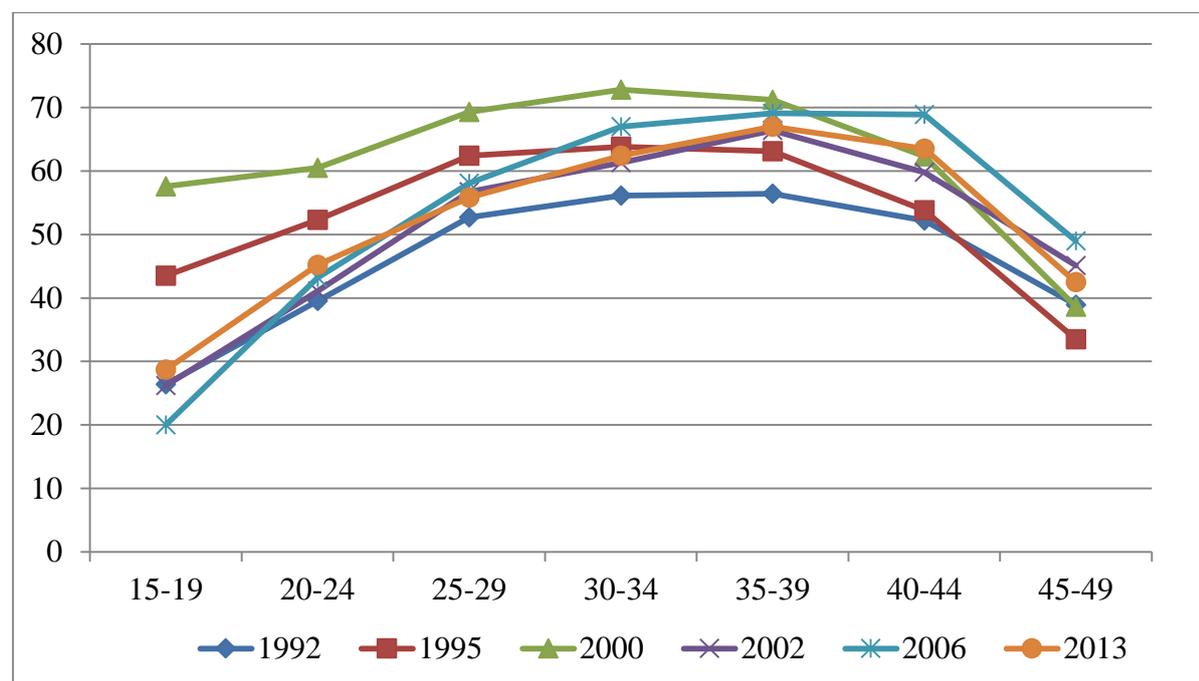
Finalement, la prévalence de la contraception varie selon l'âge de la femme soit jeune ou avancé, aussi selon le nombre d'enfants de la femme et le taux de nuptialité enregistré au cours de l'année de l'étude.

**Tableau N°14: L'évolution de la prévalence de la contraceptive selon l'âge des femmes (%)**

Age	Années					
	1992	1995	2000	2002	2006	2013
15-19	26.4	43.5	57.6	26.2	20	28.7
20-24	39.5	52.3	60.5	41.1	43.2	45.2
25-29	25.7	62.4	69.3	56.7	58.1	55.8
30-34	56.1	63.8	72.8	61.3	67.0	62.4
35-39	56.4	63.1	71.2	66.4	69.1	67.0
40-44	52.2	53.8	62.3	59.8	68.9	63.5
45-49	38.9	33.5	38.6	45.1	49.0	42.5

EASM: 1992, MDG: 1995, MICS 2: 2000, PAPFAM: 2002, MICS3: 2006, MICS4: 2013.

**Figure N°24: l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon l'âge des femmes (%)**



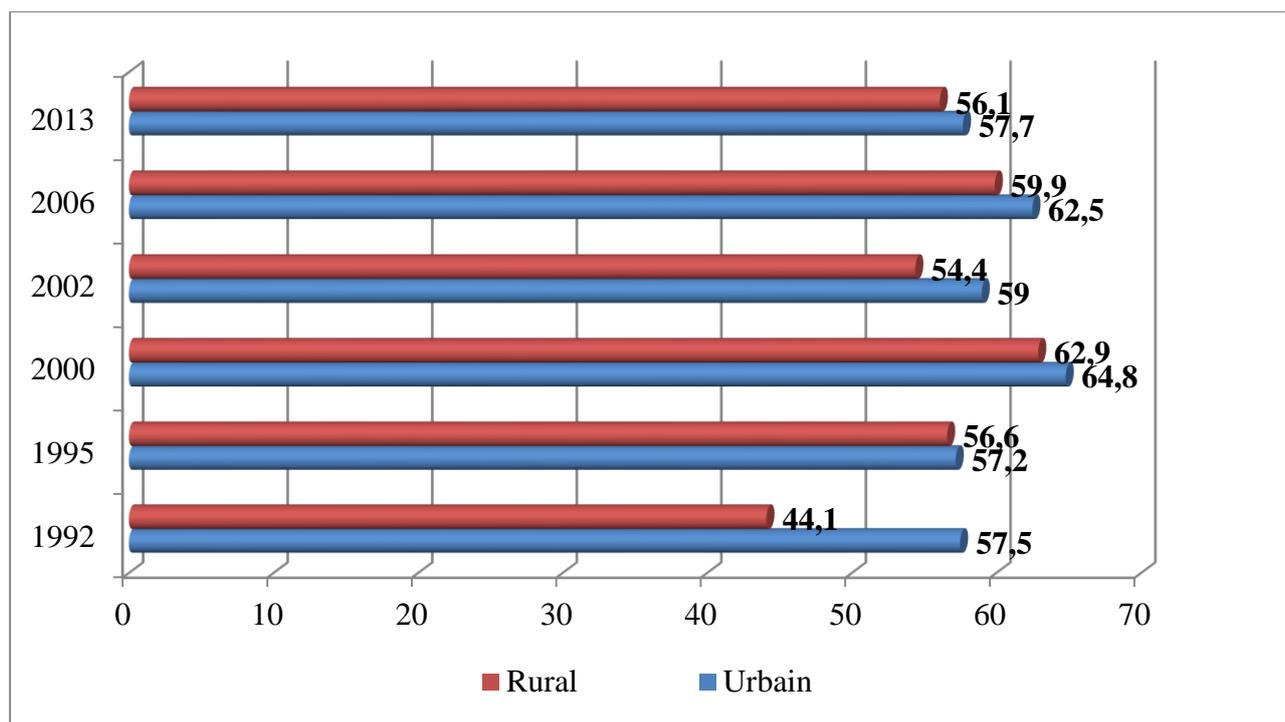
Source : Tableau N°14

#### **6-4- Le milieu de résidence et la prévalence contraceptive :**

Le milieu de résidence a toute fois un impact sur les indicateurs démographiques. Les résultats ultérieurs représentent l'évolution des taux de prévalence de la contraception selon le milieu de résidence, alors qu'en 1992

l'écart de la prévalence entre les deux milieux a été estimé à 13.4 points au profit des femmes urbaines d'où on estime un taux de prévalence de contraception de 44.1% dans le milieu rural et de 57.5 % dans le milieu urbain. En 1995, on remarque une élévation du taux dans le milieu rural soit 56.6 et une stabilité du taux dans l'urbain qui fait réduire l'écart à 0.6 points. Les autres années ont marqué une augmentation des taux de prévalence de la contraception dans l'urbain comme dans le rural et l'écart a été enregistré de 1.6 à 4.6 points, qui explique la propagation de l'utilisation des contraceptions dans toutes les régions du pays quelque soit le type de résidence. Egalement, l'exode rural vers les grandes villes résulte l'ouverture des gens du rural vers les mentalités et les comportements urbains ou le cas contraire. Celle-ci peut indiquer que la proportion des femmes rurales ont une utilisation minimale de la contraception qui a fait baisser le taux de la prévalence de la contraception dans le milieu urbain.

**Figure N°25: L'évolution de la prévalence de la contraceptive selon le milieu de résidence (%)**



Source :ANNEXE, Tableau N°6.

### 6-5- Le niveau d'instruction et la prévalence de la contraception :

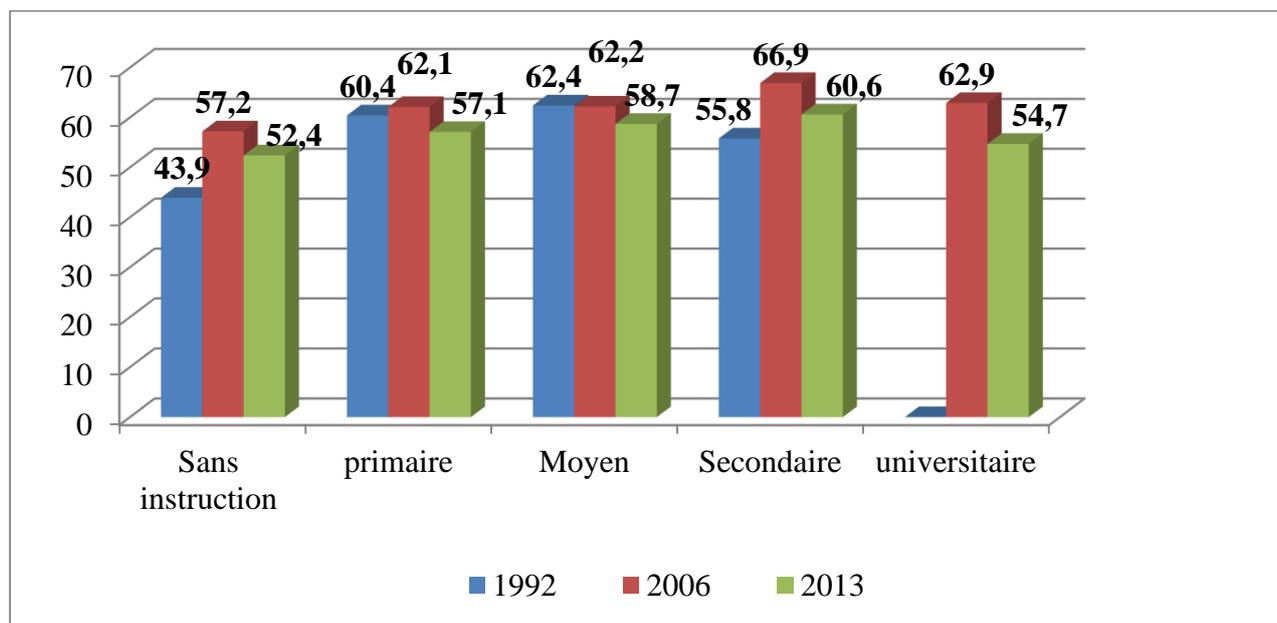
Afin d'étudier l'influence du niveau d'instruction des femmes sur la prévalence de la contraception, les résultats du tableau ci-dessous indiquent que l'année de 1992 démontre un écart important égale à 16.5 points entre l'utilisation

de la contraception des femmes non instruites estimé à 43.6% et les femmes ayant un niveau primaire soit de 60.4%. Par contre l'écart entre la prévalence contraceptive des femmes d'un niveau primaire et moyen (62.4%) est enregistré à seulement 2 points. Quant aux femmes ayant un niveau d'instruction secondaire, on note un taux de prévalence de 55.8 % soit moins de 6.6 points par rapport aux femmes d'un niveau moyen.

Les autres années d'études marquent une progression des taux de prévalence de contraception des femmes non instruites estimée à 57.2% en 2006 et 52.4 % en 2013, avec un écart estimé respectivement de 4.9 points et de 4.7 par rapport aux femmes d'un niveau primaire .

Ces variations des écarts entre les prévalences de la contraception des différents niveaux d'instruction prouvent l'influence de l'instruction de la femme sur l'utilisation de la contraception.

**Figure N°26: l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon le niveau d'instruction.**



Source : Tableau N°7.

### 7-Les besoins non satisfaits en matière de contraception

La persistance des BNS en matière de PF dans le temps s'explique par un déficit d'offre des services sanitaires, aussi bien quantitativement que qualitativement. Au plan quantitatif, la répartition spatiale inégale des formations sanitaires, l'éloignement des populations par rapport à ces dernières, le déficit de personnel médical et le manque d'équipements appropriés sont autant de facteurs

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

explicatifs du non recours aux services de santé (Nwakeze et Kandala, 2011 ; Rwenge, 2007 ; Lule et al, 2005). Par contre, la qualité de l'accueil et la prestation des soins proprement dite constituent, au plan qualitatif, ces principaux facteurs (Rwenge, 2007 ; Jaffre et Sardan, 2003)

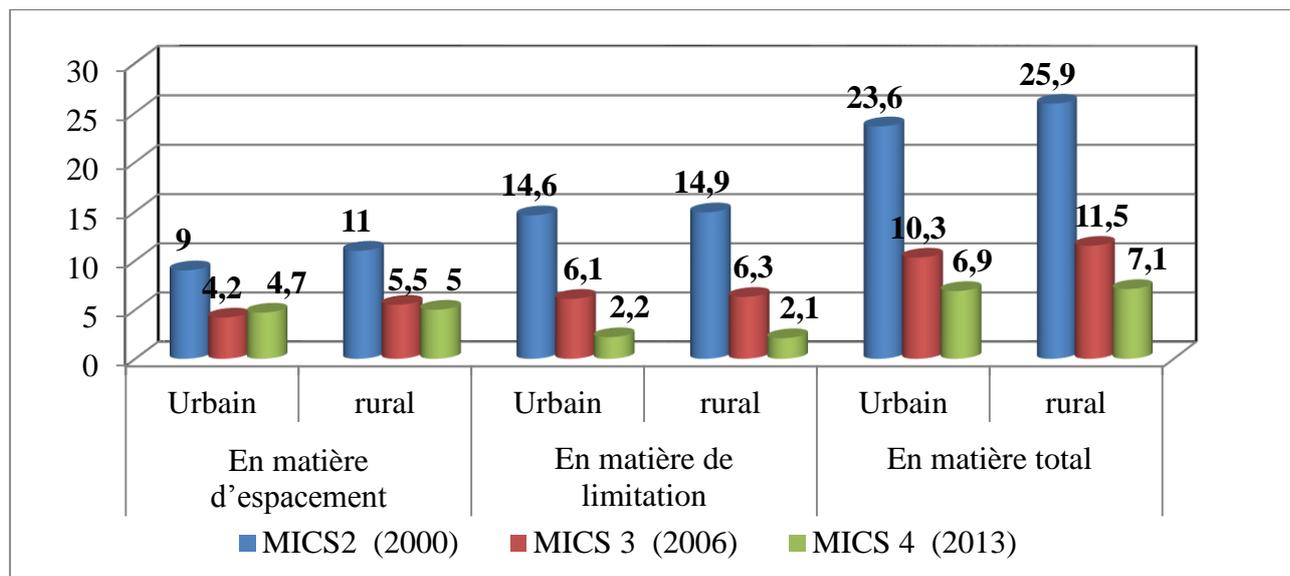
Au plan qualitatif, la familiarité du personnel médical aux différentes méthodes de contraception détermine souvent le choix même des patientes qui n'est plus libre (Kotokou, 1994). L'information dispensée dans les centres de planification familiale ne couvre pas l'ensemble des avantages et inconvénients liés à chaque méthode (risques éventuels et les effets secondaires, la nécessité d'un suivi médical, voire leur caractère irréversible de certaines d'entre elles), sous prétexte que les patientes ne seraient pas en mesure de les comprendre (Bonnet et Guillaumet, 2004).

**Tableau N°15 : L'évolution des besoins non satisfaits en matière de contraception par type et le milieu de résidence.**

	<b>Besoins non satisfaits</b>					
	<b>En matière d'espacement</b>		<b>En matière de limitation</b>		<b>En matière total</b>	
<b>Milieu de résidence</b>	<b>Urbain</b>	<b>rural</b>	<b>Urbain</b>	<b>rural</b>	<b>Urbain</b>	<b>rural</b>
<b>EASF (2002))</b>	9.0	11.0	14.6	14.9	23.6	25.9
<b>MICS 3 (2006)</b>	4.2	5.5	6.1	6.3	10.3	11.5
<b>MICS 4 (2013)</b>	4.7	5.0	2.2	2.1	6.9	7.1

**Source : EASF 2002, MICS 3 :2006, MICS 4 :2012.**

**Figure N° 27 : La répartition des femmes selon les besoin non satisfaits en matière de contraception.**



Source: tableau N°15

### **8-Accessibilité aux soins maternels et infantiles :**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vient de publier une nouvelle série de recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins prénatals pour réduire le risque de mortinaissance et de complications de la grossesse et offrir aux femmes une expérience positive de la grossesse. (OMS, 2016)

Selon les estimations de l'année de 2015, on enregistre 303 000 femmes sont décédées de causes liées à la grossesse, 2,7 millions de nouveau-nés sont décédés au cours des 28 premiers jours de vie et il y a eu 2,6 millions de mortinaissances, alors que des soins de qualité pendant la grossesse et l'accouchement permettent de prévenir un grand nombre de ces décès, 64% seulement des femmes dans le monde bénéficient de soins prénatals au moins quatre fois pendant la grossesse.(OMS, 2016)

Les soins prodigués à la mère durant la grossesse pendant et après l'accouchement ont un effet considérable sur sa santé et celle de son enfant. Les consultations prénatales permettent non seulement le dépistage des affections existantes mais aussi le traitement de problèmes de santé antérieurs ou liés à la grossesse ou aggravés par celle-ci. Elles aident également à identifier les grossesses à risques nécessitant une prise en charge adaptée durant la grossesse et l'accouchement. Les soins prodigués au moment de l'accouchement dépendent du lieu de l'accouchement, des structures disponibles, de leur accessibilité et du type d'assistance c'est-à-dire du niveau d'entraînement et de l'expérience de ceux qui

assistent la femme au moment de l'accouchement. Les consultations du post-partum comportent des examens et des soins préventifs et curatifs nécessaires à la protection de la santé de la mère et du nouveau né. (MICS 2, 2000, p45)

L'OMS a désigné plusieurs indicateurs pour évaluer le niveau de la santé de reproduction de chaque pays. Ainsi, l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et de l'enfant (EASME) réalisée en 1992 a fourni des indicateurs concernant les soins de maternité. L'enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie va permettre de déterminer le degré d'utilisation actuel du système de santé par les mères et leurs enfants. Les aspects étudiés portent essentiellement sur : (MICS 2, 2000, p45)

- L'utilisation des soins médicaux durant la grossesse,
- La structure consultée au cours de la grossesse et la distance où se situe cette dernière,
- Le lieu de l'accouchement et le type d'assistance,
- La distance parcourue par les femmes pour se rendre dans la structure d'accouchement,
- L'utilisation des soins médicaux par les mères, dans les 3 mois qui ont suivi leur dernier accouchement, les structures consultées et la distance parcourue.
- L'utilisation des soins médicaux par les mères pour la consultation de leur dernier enfant avant l'âge de 3 mois, la distance de la structure de consultation,
- L'utilisation des soins médicaux par les mères pour la consultation d'au moins un de leurs enfants âgé de moins de 15 ans, malade durant les 15 jours précédant l'enquête,

### **8-1-Les soins prénatals :**

Les soins prénatals sont indispensables pour offrir aux femmes enceintes une prise en charge efficace à savoir : un soutien, des informations nécessaires, un mode de vie sain et une bonne nutrition. Cela leur permet de détecter et de prévenir des maladies, de donner des conseils en matière de planification familiale «Si l'on veut que les femmes aient recours à des services de soins prénatals pendant la grossesse et jusqu'à l'accouchement, ceux-ci doivent être de qualité», affirme le Dr Ian Askew, Directeur du Département Santé reproductive et recherche de l'OMS, ajoutant que «la grossesse doit être une expérience positive pour toutes les femmes, qui doivent bénéficier de soins dans la dignité.» (OMS, 2016).

Pour analyser l'évolution de cet indicateur en Algérie, le tableau ci-dessous représente les proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse. Les résultats marquent une amélioration importante de cet indicateur, allant de 58.0% en 1992 à 81.0% en 2002 d'un écart de 23 points durant dix ans. L'enquête de MICS4 en 2013 a enregistré 92.7% des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse, ceci peut être dû aux progrès des prestations offertes en matière de santé de reproduction aux niveaux des centres de santé, et la conscience des femmes vis-à-vis de leurs santé et celle de leurs enfants.

**Tableau N°16 : L'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le milieu de résidence (%)**

<b>Année</b>	<b>1992</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2013</b>
<b>des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le milieu de résidence (%)</b>	58.0	79.0	81.0	90.3	93

EASM: 1992, MICS2:2000, PAPFAM: 2002, MICS3:2006, MICS4:2013

### **8-1-Les soins prénatals et le milieu de résidence:**

Le milieu de résidence est souvent un facteur très pertinent pour distinguer les résultats des différents indicateurs au regard des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse. En 1992, on enregistre 69.9 % en milieu urbain contre 47.4 % au milieu rural soit d'un écart de 22.2 points. Huit ans après, une légère augmentation est estimée à 5 points dans le milieu urbain. En parallèle, cette augmentation est marquée au milieu rural soit de 28.6 points, alors que les progrès ont été beaucoup plus réalisés dans le milieu rural. Il s'agit donc d'une répartition inégale des ressources matérielle et humaines entre les deux secteurs d'habitats.

Ce n'est qu'en 2006 et suite aux résultats de la MICS 3, qu'on a enregistré une proportion des femmes de 93.7 % en milieu urbain d'un écart qui a décri jusqu'à 9.1 points par-rapport au milieu rural. Les proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées en milieu urbain sont pratiquement stables. On note 94 % en 2013. Par contre, l'augmentation des

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

proportions des femmes continues au milieu rural est marquée à 91 % soit d'un écart de 6.4 point par-rapport à l'année 2006.

**Tableau N°17 : L'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le milieu de résidence (%) :**

<b>Année</b>	<b>EASME 1992</b>	<b>MICS 2 2000</b>	<b>PAPFAM 2002</b>	<b>MICS 3 2006</b>	<b>MICS 4 2013</b>
	<b>Milieu de résidence</b>				
<b>Urbain</b>	69.9	81.0	87.6	93.7	94
<b>Rural</b>	47.4	76.0	72.4	84.6	91

**Source: EASM-1992, EASM-2002, MICS3-2006, MICS4-2013**

### **8-3-les soins prénatals et l'âge des femmes :**

Les résultats du tableau ci-dessous démontrent que pour chaque année d'étude, plus que la moitié des femmes ayant eu un dernier enfant au cours de la période qui précède l'enquête, ont bénéficié d'une consultation prénatale. L'effet de l'âge est clairement remarqué. En 1992, on note une proportion de 62% des femmes âgées de 15 à 29 ans ont consulté une structure de santé quelconque au cours de leurs grossesses contre 50.9 % âgées de plus de 30 ans. L'enquête de la MICS 2 révèle une baisse de la proportion des femmes consultant les structures de santé âgées de 15 à 29 ans soit 37.56 %. Par contre, les femmes âgées de 30-49 ans enregistrent une proportion de 62.44 % soit d'une progression de 11.54 points. Au-delà de cette date les proportions des femmes vues en moins une fois par des personnes qualifiées connaissent un accroissement important et dans tous les groupes d'âge et ceci est dû aux différents facteurs, citons le développement des structures de santé de quantité et de qualité, l'amélioration de la culture de la santé des femmes et plus précisément ce qui concerne la santé de la reproduction. En 2002, une proportion de 91.3% des femmes âgées de 15-19 ans ont consulté une structure de santé pour un contrôle de leurs grossesses et de 95.4. En avançant dans l'âge, cette proportion baisse d'un écart moyen de 8 point pour les autres groupes d'âges.

En 2012, on a enregistré des proportions très élevées et quasi- identiques des consultant les structures de santé au cours de la grossesse soit de 91% à 95 % dans l'intervalle d'âge de 15-44 ans et 77.9 % enregistrées en dernier âge. Dans la majorité des cas, les femmes insistent sur les consultations concernant la grossesse surtout pour le premier enfant et puis elles acquerront de l'expérience,

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

contrairement à l'année 2012 où la proportion de ces femmes est restée presque stable dans tous les âges. Ceci peut être expliqué par un retard de l'âge au mariage ainsi que l'âge à la maternité.

**Tableau N°18 : L'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le l'âge des femmes (%) :**

Age des femmes	EASM 1992	MICS 2 2000	EASF 2002	MICS 3 2006	MICS 4 2013
15-19	62.0	37.56	91.3	81.7	95.4
20-24			82.9	93.8	95.1
25-29				92.8	95.6
30-34	50.9	62.44	75.0	91.1	93.8
35-39				87.4	93.8
40-44			85	90.9	
45-49			75.1	77.9	

**Source: EASM-1992, EASM-2002, MICS3-2006, MICS4-2013**

### **8-4-Les soins prénatals et le niveau d'instruction des femmes :**

Le tableau ci-dessous représente l'impact du niveau d'instruction des femmes sur leurs consultations au cours de la grossesse. En effet, en 1992 on remarque que plus la femme est instruite plus ses connaissances envers sa santé reproductive sont meilleures, d'où on enregistre une proportion de 44.2 % des femmes analphabètes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse contre une proportion de 74.9 % des femmes ayant un niveau primaire. Pour les femmes d'un niveau secondaire et universitaire, on note une proportion de consultation estimée à 77 %. Ces proportions remontent d'une année à une autre et dans tous les niveaux d'instruction, soit de 69.4 % des femmes analphabètes ont bénéficiées d'une consultation au cours de la grossesse en 2002 contre 93.3% pour les femmes d'un niveau primaire. Une proportion de 99.1 % est enregistrée des femmes possédant un niveau secondaire et universitaire et bénéficiées d'une consultation pour un motif de grossesse. L'enquête de la MICS4 en 2012 a démontré une proportion importante des femmes analphabètes consultant un secteur sanitaire pour un contrôle de grossesse soit 88.2%, contre 93.4% pour les femmes d'un niveau primaire. Aussi, on enregistre une proportion de 98.2 % des femmes ayant un niveau secondaire et universitaire.

**Tableau N°19 : l'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse selon le niveau d'instruction des femmes (%) :**

	<b>EASM 1992</b>	<b>EASF 2002</b>	<b>MICS 3 2006</b>	<b>MICS 4 2013</b>
<b>Analphabète</b>	44.2	69.4	78.4	88.2
<b>Primaire</b>	74.9	92.5	91.2	93.4
<b>Moyen</b>	70.8	93.3	95.1	95.4
<b>Secondaire</b>	77	99.1	96.8	96
<b>universitaire</b>			98.8	98.2

**Source: EASM-1992, EASM-2002, MICS3-2006, MICS4-2013**

Il y a 30 ou 40 ans, la femme algérienne, elle aussi, devait accoucher à la maison puisqu'il n'y avait pas de maternité pour l'accueillir. Mais 20 ans plus tard, en milieu urbain, un certain nombre d'entre elles continu à rester chez elles pour donner naissance à leur enfant : entre 10 et 25 % à Hussein-Dey, banlieue d'Alger, dans les années 1975-1979, (J. DES FORTS, 1982) et 12 % à Oran dix années plus tard (ALLEM, 1983). Pourquoi cette décision alors que l'hospitalisation était gratuite et les maternités proches ?

Les premières informations dont nous disposons sont celles de l'Enquête démographique de 1968-1970 (ENSP 1975). La partie rétrospective de cette enquête à trois passages qui s'est intéressée à l'assistance à l'accouchement, révèle que 7 % des femmes avaient bénéficié d'une assistance compétente à l'accouchement (12 % en milieu urbain, et 2 % en milieu rural), mais le lieu de la naissance n'était pas précisé. Les commentateurs précisaient que le terme de sage-femme (*quabla*) pouvait aussi bien être la sage-femme traditionnelle qui était loin d'être compétente. L'Algérie a toujours refusé de « recycler » les matrones. En 1969-1970, la situation s'améliore peu à peu. La couverture obstétricale atteint 12 % (30 % en milieu urbain et 4 % en milieu rural). On ne risque pas de se tromper en disant que le (TMM) devait être proche de celui de l'ère pré-obstétricale, ou de celui du Bangladesh en 1985 : 15 décès maternels pour 1.000 naissances...(J. DES FORTS, 1998)

On peut assurer une maternité sans risque par une préoccupation dure de la situation de la maman durant la grossesse, au cours de l'accouchement et même après l'accouchement. Ce sont donc ces déterminants sur lesquels s'appuient toutes les organisations et les conférences mondiales de la santé de la reproduction. La prise en charge des accouchements par un personnel qualifié n'a

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

pas cessé de progresser qu'en 1977 d'où on enregistre 39 % contre 76 % en 1992 soit un écart de 37 % en 15 ans. En 2013 on estime une proportion importante marquée de 96.6 %.

**Tableau N°20 : L'évolution des proportions des accouchements pratiqués par des personnels qualifiés (%) :**

<b>Année</b>	<b>1977</b>	<b>1992</b>	<b>1995</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2013</b>
<b>%</b>	39	76	74	84	92	92.2	95.3	96.6

-Thèse de doctorat de Melle : HACHEM AMEL, MICS 3 : 2006, MICS 4 : 2013-

### **9-L'accouchement :**

#### **9-1-Le milieu de l'accouchement et le lieu de résidence :**

La différence de couverture obstétricale entre les milieux urbain et rural met en évidence le premier déterminant de l'accessibilité aux soins de santé maternelle : la proximité de la maternité, l'accessibilité matérielle, avec ses deux composantes : la distance à parcourir pour aller à la maternité et le coût. Il y a d'abord le coût du transport (qui revêt toujours un caractère d'urgence) et le coût de l'hospitalisation.

D'après les résultats représentés, on constate que le secteur public marque pour chaque année d'étude les proportions les plus élevées des accouchements dans les milieux assistés. Il en ressort que la quasi-totalité des accouchements se sont effectués au sein des centres de santé publique et pour les deux milieux de résidence avec des petits écarts, soit 78.3% en milieu urbain et 64.9 % en milieu rural en 1992. Parallèlement, en l'an 2000, on enregistre une proportion de 87% des accouchements dans des centres de santé publique pour le milieu urbain et de 86% dans le rural. L'enquête de la MICS 4 en 2012 note une légère baisse de la proportion des accouchements des centres publics dans le secteur urbain soit 87.3% et dans le secteur rural on enregistre une proportion de 89.7%.

À propos de des accouchements dans les cliniques privées, on enregistre des proportions minimales par rapport aux centres de santé publique. En 2012, on repère une augmentation des proportions de 10.5% dans le milieu urbain et 5.7 % dans le milieu rural.

Les proportions des accouchements réalisées à domicile connaissent une baisse d'une période à une autre. En effet l'année 1992 marque les proportions les plus élevées soit 12.4% dans le milieu urbain et 30.4% dans le rural, par contre en

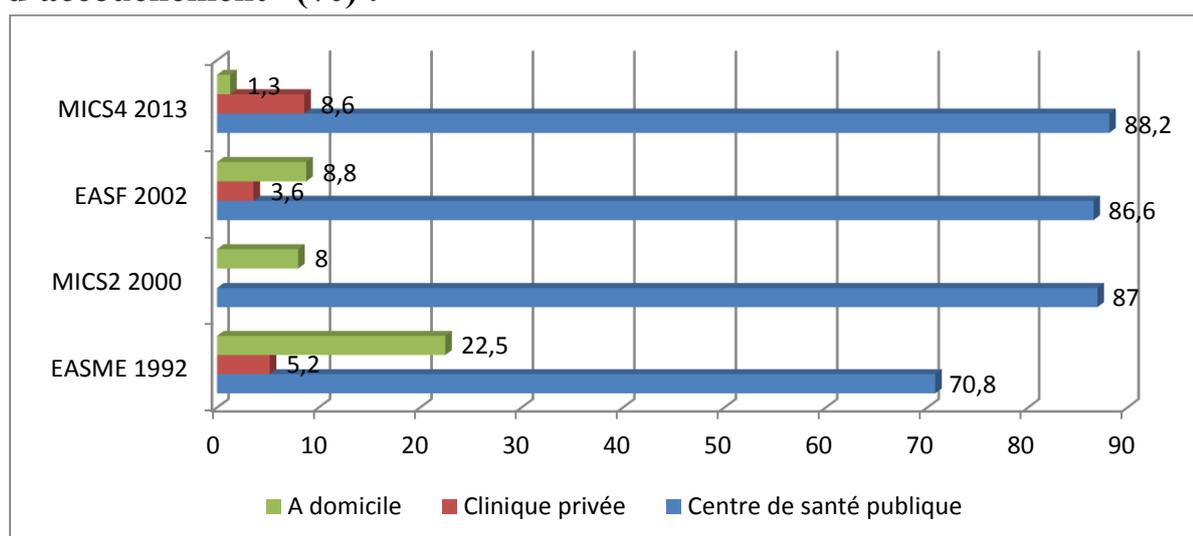
## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie

2012 seulement une proportion de 0.9 % est enregistrée dans le secteur urbain contre 2.1 % dans le rural.

**Tableau N°21 : L'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement et le lieu de résidence (%) :**

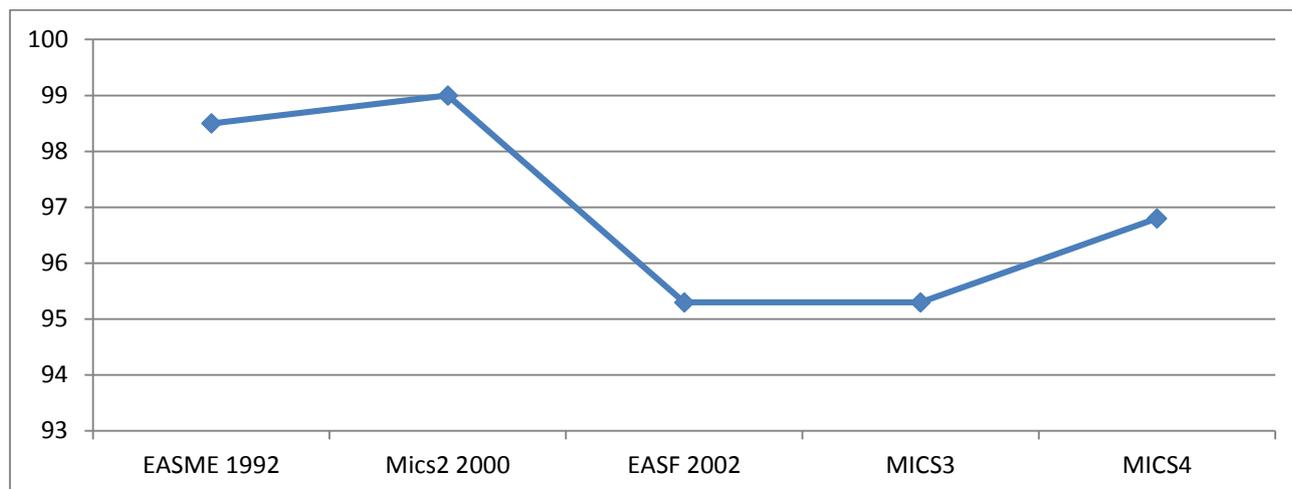
	EASME 1992		Mics2 2000		EASF 2002		MICS3 2006	MICS4 2013	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural		Urbain	Rural
<b>Centre de santé publique</b>	78.3	64.9	87	86	89.9	82.5	-	87.3	89.7
<b>Clinique privée</b>	7.8	3.1	7	2	5.3	1.5	-	10.5	5.7
<b>A domicile</b>	12.4	30.4	6	12	4.1	14.6	-	0.9	2.1
<b>Accouchement dans un lieu assisté</b>	98.5		99.0		95.3		95.3	96.8	

**Figure N°28 : l'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement (%) :**



Source : ANNEXE, Tableau N°7.

**Figure N°29 : l'évolution des proportions des accouchements dans un lieu assisté :**



Source : Annexe, Tableau N°7.

### 9-2-Le milieu de l'accouchement et le niveau d'instruction

**Tableau N°22 : L'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement et les niveaux d'instruction des femmes (%) :**

	Niveau d'instruction	EASME 1992	EASF 2002	MICS4 2013
<b>Centre de santé publique</b>	<b>Analphabète</b>	63.1	81.9	90.1
	<b>Primaire</b>	82.5	90.0	91.0
	<b>Moyen</b>	84.0	90.0	89.2
	<b>Secondaire et +</b>	80.0	86.4	88.9
<b>Clinique privée</b>	<b>Analphabète</b>	2.1	1.0	4.0
	<b>Primaire</b>	11.1	6.3	6.0
	<b>Moyen</b>	9.4	6.6	8.0
	<b>Secondaire et +</b>	16.3	11.5	14
<b>A domicile</b>	<b>Analphabète</b>	32.9	15.5	3.5
	<b>Primaire</b>	4.1	3.1	1.5
	<b>Moyen</b>	5.0	1.9	1.0
	<b>Secondaire et +</b>	3.4	2.1	0.4***

\*\*\* la moyenne des 2 niveaux

### **10- Evolution de la mortalité maternelle en Algérie :**

La mortalité maternelle est un des indicateurs de santé qui reflète le plus les disparités entre les pays riches et les pays pauvres. (Ministère De La Sante Et De La Population Et De La Reforme Hospitalière, 2015)

La mortalité maternelle, soit la mortalité des femmes due à la grossesse ou à l'accouchement et la mortalité infantile constituent un problème de santé publique. La mortalité maternelle reste un phénomène difficilement mesurable en l'absence d'un système fiable de collecte des décès par cause.

En Algérie et malgré les efforts consentis par le pays en matière de santé publique et plus particulièrement en santé maternelle (création de centres de PMI, programme d'espacement des naissances, programme de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale (MMMP), programme de périnatalité...), la mortalité maternelle reste sensiblement élevée par rapport aux autres pays. ( AbdelAziz Bouisri, 2001, p1)

Pour permettre le renforcement du programme de lutte contre la mortalité maternelle, une enquête basée sur le recensement exhaustif de tous les décès des femmes en âge de procréer et l'identification dans ce cadre de tous les décès maternels a été réalisée du 1 janvier au 31 décembre 1999. Cette enquête a permis de recenser 7757 décès de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans révolus) dont 697 décès maternels (DM), soit un taux de 117,4 décès maternel pour 100.000 Naissances vivantes contre un taux de 230 pour 100.000 Naissances vivantes en 1989 et de 215 pour 100.000 Naissances Vivantes en 1992, soit d'un écart de 15 points pour la première période (1989-1992). Un important écart estimé à 97.6 points pour la deuxième période (1992-1999). Toutes ces actions combinées ont permis cependant de diminuer le taux de mortalité maternelle. L'analyse par wilaya de résidence a montré de grandes disparités entre le nord et le sud. Plus des deux tiers des décès sont survenus dans les 42 jours suivant l'accouchement souvent dans les 48 premières heures. Les causes de décès sont dominées par les causes obstétricales (hémorragies génitales) et les complications de l'HTA (l'hypertension artérielle) gravidique (éclampsie et pré éclampsie). Cette enquête a permis de montrer que les services de gynéco-obstétrique sont souvent surchargés qu'ils doivent répondre à l'urgence.

Les évacuations sont effectuées tardivement pour diverses raisons (absence de personnel qualifié, absence de suivi de la grossesse, mauvaise évaluation du risque, indisponibilité des véhicules de transport...).

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

---

Les résultats de cette enquête, présentés en janvier 2001, ont donné lieu à des recommandations axées entre autre sur : <sup>10</sup>

- L'installation des comités de wilayas dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale, avec déclaration obligatoire de tout décès maternel.

- L'élaboration d'une monographie exhaustive de l'ensemble des centres des PMI et des maternités hospitalières et extra hospitalières avec leur emplacement, les moyens humains et matériels dont ils disposent, afin de favoriser le travail en réseau.

- Le recyclage des sages femmes des PMI et des maternités.

Toutes ces actions combinées ont permis cependant de diminuer le taux de mortalité maternelle d'où on a enregistré une baisse continue pour les autres années pour atteindre un taux de 70.3 pour 100000 Naissances Vivantes en 2012 et en 2015 le taux de mortalité est passé à 57.5 pour 100000 Naissances Vivantes.

La surveillance des décès par le système actuel de déclaration obligatoire a montré ses limites. Il devenait donc impératif de le renforcer par la mise en place d'un Audit des décès maternels. En effet les statistiques de mortalité « de routine » présentent des limites importantes même quand elles sont de qualité, notamment une sous-estimation importante des décès, des erreurs de classification de la cause de décès et ne permettent pas d'appréhender les circonstances ayant conduit au décès.

L'audit des décès maternels permet une analyse systématique et critique de la qualité des soins médicaux en termes de procédures utilisées, de respect des normes de soins établies, de défaut d'accessibilité aux soins et de retard dans l'accès aux soins. Cet audit doit permettre d'identifier la cause de décès, les circonstances y ayant conduit et les mesures à prendre pour réduire ces décès de causes non évitables. Il s'agit d'un travail mené en collaboration de toutes les parties prenantes : médecin, sage-femme, infirmier. L'objet n'est pas de juger ou de sanctionner mais de comprendre pourquoi un décès est survenu pour mettre en place des mécanismes ou des procédures qui permettront d'éviter la survenue d'un nouveau décès. (MSPRH, 2014)

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'Algérie s'est engagée à lutter contre la mortalité maternelle. Pour atteindre les OMD, l'Algérie devra atteindre **50 pour 100 000 naissances vivantes en 2015**. Mais force est de constater qu'à moins de 400 jours de l'échéance de cette déclaration, les taux de mortalité maternelle (TMM) demeurent élevés en comparaison avec

## **Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie**

des pays en développement similaire. L'Algérie se situe ainsi parmi les pays de niveau intermédiaire. Les ratios de mortalité maternelle oscillent en effet entre 5 et 1500/100.000 dans le monde.

Il est à signaler toutefois d'importantes disparités au niveau national. A titre d'illustration, le taux de mortalité maternelle passe de 50/100.000 dans la région « nord » du pays à 200/100.000 dans la région « sud ».

Vu les potentialités du pays (réseau infrastructurel, ressources humaines, part des accouchements en milieu assisté estimé à 80%...), des gains pourraient être rapidement réalisés avec un réajustement des programmes de santé maternelle et périnatale.

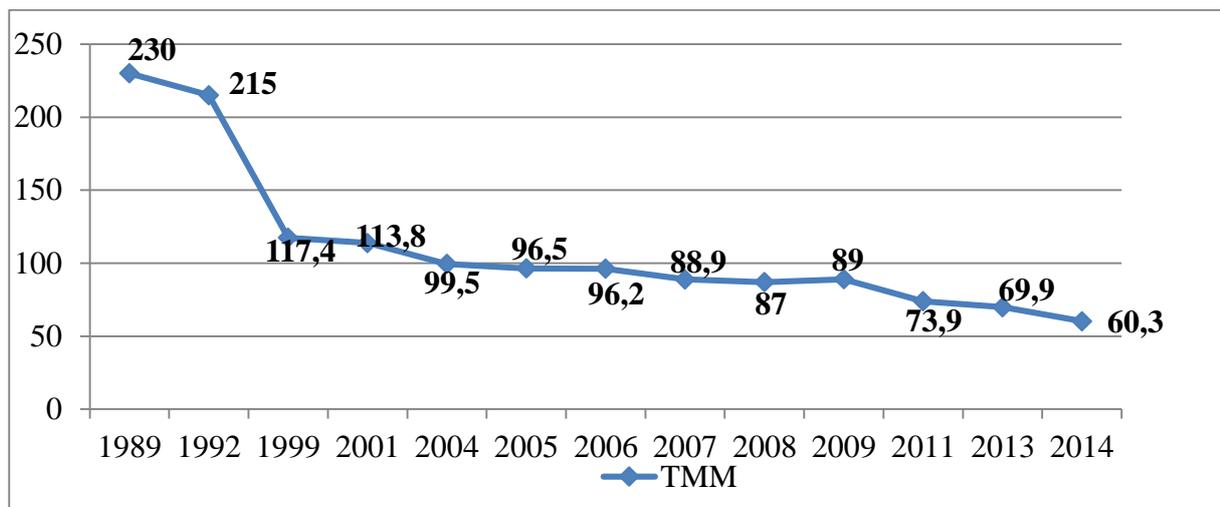
**Tableau N°23 : L'évolution des Taux de la mortalité maternelle pour 100000 naissances :**

<b>Années</b>	<b>TMM pour 100000 Naissances Vivantes</b>	<b>Années</b>	<b>TMM pour 100000 Naissances Vivantes</b>
<b>1989</b>	230	<b>2007</b>	88.9
<b>1992</b>	215	<b>2008</b>	87
<b>1999</b>	117.4	<b>2009</b>	89
<b>2001</b>	113.8	<b>2011</b>	73.9
<b>2004</b>	99.5	<b>2012*</b>	70.3
<b>2005</b>	96.5	<b>2013</b>	69.9
<b>2006</b>	96.2	<b>2014</b>	60.3
		<b>2015</b>	57.5

- POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION A L'HORIZON 2010, MSPRH, 2001, p5.

-Thèse de doctorat de Melle : HACHEM AMEL, Plan National sur la réduction de la mortalité maternelle, 2015-2019

**Figure N°30 : l'évolution des Taux de la mortalité maternelle pour 100000 naissances :**



**Source :** Tableau N°23

La maîtrise de la fécondité répond avant tout à un désir personnel et parfois à des considérations médicales afin de diminuer le risque de mortalité maternelle lié à certaines pathologies ou aggravé par le grand nombre de grossesses antérieures. Mais elle peut aussi répondre à des considérations politiques quand il s'agit d'exercer un contrôle sur la croissance de la population. La prescription d'une contraception est un acte médical qui, comme toutes les prescriptions médicales, engage la responsabilité du médecin. Elle répond théoriquement à la demande réfléchie d'une femme qui doit être au préalable informée des risques d'utilisation de la méthode envisagée. Des problèmes éthiques peuvent surgir en raison de pratiques contraceptives inadéquates. En effet, quand l'objectif principal du Planning Familial est de « maîtriser la croissance démographique » et donc d'augmenter le nombre d'utilisatrices de contraceptifs, la santé de ces utilisatrices pourrait totalement être passée sous silence.

Cet objectif est défendu par de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) occidentales qui soutiennent et financent des programmes du Planning Familial dans de nombreux pays du Tiers-Monde par la promotion et la diffusion de technologies contraceptives réservées aux pays où les femmes sont considérées comme ayant « trop d'enfants ».

### **11-Infrastructure Privées et public en Algérie en 2018 :**

#### **11-1-Infrastructures privées (cliniques) :**

Le tableau ci-dessus représente une répartition des cliniques privées avec Maternités dans les wilayas de l'Algérie, alors qu'on enregistre 135 cliniques au niveau national réparties par des nombres très bas variant entre 1 et 7 cliniques par wilayas et que 10 wilayas ne disposent aucune cliniques, par contre on marque 10 cliniques à Tiziouzou et Setif , 09 cliniques à Oran et 20 cliniques à Alger. Cette

## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie

diversité de répartition constitue une pression sur les cliniques des wilayas voisines.

**Tableau N° 24 : Infrastructures privées (cliniques) :**

Wilayas	Cliniques Médico-chirurgicales, Avec hospitalisation, avec Maternité.
ADRAR	0
CHLEF	5
LAGHOUAT	0
O.E.BOUAGHI	4
BATNA	5
BEJAIA	5
BISKRA	0
BECHAR	1
BLIDA	3
BOUIRA	3
TAMANRASSET	0
TEBESSA	2
TLEMCEN	5
TIARET	2
TIZI OUZOU	10
ALGER	20
DJELFA	1
JIJEL	1
SETIF	10
SAIDA	1
SKIKDA	2
SIDI BEL ABBES	2
ANNABA	4
GUELMA	1
CONSTANTINE	7
MEDEA	1
MOSTAGANEM	4
M'SILA	1
MASCARA	2
OURGLA	3
ORAN	9
EL BAYAD	0
ILLIZI	0
B.B ARRERRIDJ	3
BOUMERDES	2
EL TAREF	0
TINDOUF	0
TISSEMSILT	0
EL OUED	1
KHENCHLA	2
SOUK AHRAS	2
TIPAZA	1
MILA	1
AIN DEFLA	2
NAAMA	0
AIN TEMOUCHENT	2
GHARDAIA	3
RELIZANE	2
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>

**Source :** Santé En Chiffre, 2018.

### **11-2-Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les E.P.H :**

Les établissements publics hospitaliers sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des (<http://univ.ency-education.com> › *uploads* › *phar...*)

Les résultats du tableau N° 25 marque que juste la wilaya d'Alger que possède des professeurs, des Docents et des Maîtres .assistants en Gynéco-Obstétrique soit respectivement : 03, 06 et 15, et que tous les EPH des wilayas comprend des maîtres spécialistes, sauf les Wilayas de Saida, Annaba, B. Bou Arreridj et Taref, par contre on enregistre 41 à Alger, 18 à Blida, 16 à Djelfa , 15 à Mascara, 12 à Boumerdes et à M'Sila, 11 à Batna, d'autre part, les effectifs des maîtres spécialistes dans les autres Wilayas est marquées entre 01 et 10. Dans la totalité on enregistre 354 Maître assistants dans les 48 Wilayas, en fin, on peut conclure que le personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les E.P.H est insuffisant par rapport à la population des Wilayas.

Concernant les Maîtres spécialistes des EH dans les Wilayas d'Algérie, on note un effectif très minime soit de 2 à Sétif, 2 à Constantine et 3 à Oran

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

**Tableau N° 25 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les E.P.H :**

Wilayas	professeurs	Docents	M. assistants	M. Spécialistes	Population
ADRAR				10	512711
CHLEF				09	1268212
LAGHOUAT				03	674690
O.E.BOUAGHI				03	763114
BATNA				11	1328000
BEJAIA				06	978053
BISKRA				04	930580
BECHAR				03	345355
BLIDA				18	1312565
BOUIRA				03	820050
TAMANRASSET				02	240446
TEBESSA				01	768188
TLEMCEN				09	1086985
TIARET				02	988139
TIZI OUZOU				09	1191751
ALGER	03	06	15	41	3242501
DJELFA				16	1566057
IJEL				04	765513
SETIF				02	1908235
SAIDA				00	398502
SKIKDA				04	1076292
SIDI BEL ABBES				04	702404
ANNABA				00	670087
GUELMA				06	550073
CONSTANTINE				05	1263051
MEDEA				07	995240
MOSTAGANEM				03	887564
M'SILA				12	1310414
MASCARA				15	969407
OURGLA				03	721366
ORAN				06	2053205
EL BAYAD				10	334787
ILLIZI				07	72984
B.B ARRERRIDJ				00	721325
BOUMERDES				12	980090
EL TAREF				00	467020
TINDOUF				03	91792
TISSEMSILT				06	355455
EL OUED				05	873200
KHENCHLA				05	479900
SOUK AHRAS				01	523693
TIPAZA				07	696910
MILA				07	909373
AIN DEFLA				09	899063
NAAMA				04	281848
AIN TEMOUCHENT				02	426675
GHARDAIA				09	471656
RELIZANE				08	940678
<b>TOTAL</b>				<b>354</b>	<b>41815199</b>

**Source :** Santé en chiffre, 2018.

**Tableau N° 26 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les E.H :**

<b>Wilayas</b>	<b>M. Spécialistes</b>
<b>Sétif</b>	02
<b>Constantine</b>	02
<b>Oran</b>	03

**Source :** Santé en chiffre, 2018.

### **11-3-Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Hospitaliers Universitaires (EHU) :**

Les Centres Hospitaliers Universitaires et les Etablissements Hospitaliers Universitaires sont des Structures Universitaires qui donnent plus de prestations à la population. Parmi 48 Wilayas en Algérie seulement 10 Wilayas qui se disposent des CHU qui contient des spécialistes en Gynéco-Obstétrique ( ce qui nous intéresse dans l'étude de la santé reproductive) réparties dans les wilayas suivantes : Batna, Bejaia, Tlemcen, Tizi Ouzou, 4 CHU à Alger, Setif, Sidi Be Abbes, Annaba, Constantine et Oran et juste un EHU à Oran. Au niveau national, on estime 8 professeurs, 7 Docents, 42 Maître Assistants et 56 Maîtres spécialistes, si c'est par wilayas la répartition est comme suite :

- 01 Professeur dans chaque CHU sauf les Wilayas de : Bejaia, Tlemcen, Tizi Ouzou, CHU Djilali BouanaamaDouera d'Alger, Setif, sidi bel Abbes et constatine, et 2 professeurs à l'EHU d'Oran.
- 01 docent dans chaque CHU sauf les Wilayas de : Batna, Bejaia, Tlemcen, CHU Djilali BouanaamaDouera d'Alger, Setif, Annaba et Constantine.
- D'autre part, on enregistre l'absence des Maîtres Assistants dans le CHU de Batna, CHU Djilali BouanaamaDouera d'Alger et le CHU de Setif.
- De même, on enregistre l'absence des Maîtres spécialistes dans le CHU de Batna, le CHU de Tlemcen et le CHU de Tizi Ouzou, d'autre part le plus élevé effectif des Maîtres spécialistes est noté au CHU d'Alger, dont 16 à Mustapha et 11 à Beni Messous. Concernant l'EHU d'Oran contient 5 Maîtres spécialistes.

**Tableau N° 27 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Hospitaliers Universitaires (EHU) :**

CHU/EHU par Wilayas	professeurs	Docents	M. assistants	M. Spécialistes
CHU Batna	1	00	00	00
CHU Bejaia	00	00	4	6
CHU Tlemcen	00	00	1	00
CHU Tizi Ouzou	00	1	1	00
CHU Mustapha	1	1	4	16
CHU Beni Messous	1	1	3	11
CHU Bab El Oued	1	1	5	4
CHU Djilali BouanaamaDouera	00	00	00	1
CHU Setif	00	00	4	4
CHU Sidi Bel Abbes	00	1	1	1
CHU Annaba( HopitalIbnRochd)	1	00	5	3
CHU Constantine	00	00	3	1
CHU Oran (Unite Siege)	1	2	7	4
EHUd'Oran 1er Novembre 1954)	2	00	4	5
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>07</b>	<b>42</b>	<b>56</b>

Source : Santé en chiffre, 2018.

#### **11-4-Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les Etablissements Hospitaliers Spécialistes (EHS) :**

Ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) peuvent héberger des services universitaires (<http://univ.ency-education.com> › uploads › phar...)

On estime 30 EHS réparties dans 26 Wilayas d'Algérie, cependant il ya des Wilayas qui n'ont ni des CHU ni des EHS, dans la totalité on enregistre 03 Professeurs, 02 Docents, 13 maître Assistants et 128 Maître Spécialistes, alors, on marque la présence d'un Maître Spécialiste dans chaque EHS et que le plus élevé effectif est enregistré dans les Wilayas suivantes : 09 à Ain Temouchent, 07 à Batna, 07 à Tiaret, 07 à Oran( Ben Yahyia Zohra) et de 06 Maître Spécialiste dans chaque EHS des Wilayas suivantes : Bechar, TiziOuzou, Saida, Tougourt, Ourgla, Oran (Tazi Fatima).

L'existence de ces EHS est important, surtout dans les wilayas qui ne comprend pas des CHU, mais malgré ca on remarque souvent une pression dans le domaine de Gynéco-Obstétrique au niveau des CHU, vu que toutes les structure sanitaires n'acceptent pas les accouchements compliqués.

**Tableau N° 28 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans les Etablissements Hospitaliers Spécialistes (EHS) :**

EHS Mère et enfants par Wilayas	professeurs	Docents	M. assistants	M. Spécialistes
DR Saadane- LAGHOuat-	00	00	00	3
DR Boumali Mohamed -OUM EL BOUAGHI-	00	00	00	4
MeriamBouaoura –BATNA-	00	00	4	7
El Alia – BISCRA-	00	00	00	2
Mohamed Boudiaf - BECHAR-	00	00	00	6
TAMANRASET	00	00	00	4
Kaldi Abdel Aziz – TEBESSA-	00	00	00	4
TLEMCEM	1	2	00	4
AouraiZohra- TIARET-	00	00	00	7
S’BihiTassaadit –TIZI OUZOU-	00	00	00	6
DJELFA	00	00	00	1
El Eulma –SETIF-	00	00	1	4
HamdaneBakhta – Saida-	00	00	00	6
Sidi Bel Abbess	00	00	00	4
El Bouni – ANNABA-	00	00	4	3
PédiatriqueSidiMabrouk – CONSTANTINE-	1	00	2	2
Lala Kheira -MOSTAGANEM-	00	00	00	3
Slimane Amirat -M’SILA-	00	00	00	1
Boukais Omar – TOUGOURT-	00	00	00	6
Sidi Abdel Kader – OURGLA-	00	00	00	6
Les Pins – ORAN-	00	00	00	4
Tazi Fatima – EX Les Ammandiers - ORAN-	00	00	00	6
Ben Yahya Zohra Point du jour- ORAN-	00	00	00	7
Noura Fadela – ORAN-	01	00	2	3
Hadj Abed Atika – ORAN-	00	00	00	3
BelhoucineRachid – BordjBouArreridj-	00	00	00	3
BachirBenaceur – El Oued-	00	00	00	3
Salhi Belkacem – KHENCHLA-	00	00	00	2
AIN TEMOUCHENT	00	00	00	9
GueddiBachir – GHARDAIA-	00	00	00	5
<b>Total</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>13</b>	<b>128</b>

Source : Santé en chiffre, 2018.

**11-5-Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans Etablissements Publics Des Sante De Proximité(EPSP) :**

Les Etablissements Publics de Santé et de Proximité englobent des polycliniques, des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques.(<http://univ.ency-education.com> › uploads › phar...)

Pour ce genre de structure, on enregistre seulement 05 EPSP au niveau national qui contient des personnels médical En Gynéco-Obstétrique qui sont répartie comme suit ; 01 à Adrar, 09 à Alger, 08 à Djelfa, 02 à Oran et de 02 à Illizi.

La majorité de ces établissements comprend des sages femmes et leur rôle est très important pour la santé reproductive des femmes.

**Tableau N° 29 : Personnel Médical En Gynéco-Obstétrique dans Etablissements Publics Des Sante De Proximité(EPSP)**

EPSP par Wilayas	Gynéco Obstétrique
ADRAR	1
ALGER	9
DJELFA	8
ORAN	2
ILLIZI	2
TOTAL	22

Source : Santé en chiffre, 2018.

**11-6-Activité De Maternité Dans Les E.H & Les E.P.H :**

D'après le tableau ci- dessous, on enregistre un effectif considérable du nombre des EPH au niveau national, dont les activités de maternité sont disponibles, avec des disparités entre les Wilayas. L'existence de ces établissements est très important surtout dans les wilayas qui ne disposent pas des CHU, car les EPH assurent l'hospitalisation à la population dans des diffères spécialité.

On enregistre de 40 lits et plus dans les Wilayas suivantes : EH DIDOUCHE MOURAD – CONSTANTINE- EPH CHORFA – CHLEF- EPH MAGHNA– TLEMCEN- EPH EL HARRACH –ALGER- EPH BOUKACEM TAYEB – ZERALDA–ALGER- EPH EL KHROUB – CONSTANTIE- EPH MEDEA, EPH BOUSAADA - M'SILA - EPH MESLEM TAYEB – MASCARA - EPH RAS EL OUED – B.B .ARRERIDJ- EPH SOUK AHRAS, EPH AIN DEFLA, notons des différences des nombre de lit entres les ces EPH, où l'EPH CHORFA d'CHLEF, possède le plus nombre élevés des accouchements soit de 10003 correspondant à 66 lits.

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

En parallèle, on estime 16 EPH possédant entre 5 et 10lit ( un nombre insuffisant pour des EPH qui enregistrent plus de 1000 Accouchements par an) sont comme suit : EPH MOHAMED YAKOUB BENI ABBES- BECHAR, EPH EL AOUNET- TEBESSA, EPH NEDROUMA– TLEMCEN, EPH MESSAAD– DJELFA, EPH BEN BADIS - SIDI BEL ABBES, EPH ARABI SEBTI AIN BERDA–ANNABA, EPH AHMED GOUASMI CHETAIBI– ANNABA, EPH AIN LARBI BERKANI BOUARES –GUELMA, EPH ZIGHOUD YUCEF– CONSTANTIE, EPH TABLAT BRAHIM HAMIANE ET FRERES– MEDEA, EPH BOUGTOB – BAYADH, EPH DJANET – ILLIZI, EPH MEDJANA – B.B .ARRERIDJ, EPH BORDJ GHDIR–B.B .ARRERIDJ, EPH TINDOUF,EPH EL MEGHAIER – EL OUED.

Concernant les taux de mortalité maternelle on les note plus élevés soit de supérieur de 100‰ dans les Wilayas suivantes : EPH TIMIMOUN- ADRAR, EPH BOUHAFS MOHAMED- O.E.BOUAGHI, EPH ACHOUR ZIANE OULED DJELLAL- BISKRA, EPH OUENZA- TEBESSA- EPH MESSAAD– DJELFA, EPH AZZABA- SKIKDA- EPH BOUSAADA - M’SILA, EPH HASSI MESSOUD - OURGLA , EPH DJANET – ILLIZI - EPH BOUZID AMMAR EL KALA – TAREF, EPH TISSEMSILT, EPH NAAMA, EPH BENI SAF – AIN TEMOUCHENT, EPH RELIZANE, d’autre part beaucoup des Wilayas enregistrent des taux de mortalité maternelle nul.

En fin, on constate des établissements enregistrent un nombre élevé des accouchements tandis que le nombre des lits et moins des autres établissements.

**Tableau N° 30 : Activité De Maternité Dans Les E.H & Les E.P.H**

EH/ EPH	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Taux de mortalité maternelle
EH AIN AZEL – SETIF-	17	2795	35.78
EH ABD REZAK BOUHARA – SKIKDA-	30	4157	73.62
EH DIDOUCHE MOURAD – CONSTANTINE-	<b>40</b>	452	00.00
EPH ADRAR	20	5151	78.62
EPH TIMIMOUN- ADRAR-	20	2925	<b>282.59</b>
EPH REGGANE- ADRAR-	15	1502	69.12
EPH CHORFA – CHLEF-	<b>66</b>	10003	30.67
EPH CHETTIA – CHLEF-	14	1991	00.00
EPH ZIROUD YUCEF TENNES– CHLEF-	32	2487	00.00
EPH SOBHA – CHLEF-	18	3046	00.00
EPH AFLOU – LAGHOUAT-	20	4374	46.17
EPH HAOURAI BOUMEDIENNE KASR EL HIRANE – LAGHOUAT-	24	669	00.00
EPH BOUHAFS MOHAMED	16	713	<b>281.69</b>

## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie

- O.E.BOUAGHI-			
EPH AIN M'LILA - O.E.BOUAGHI-	15	4299	00.00
EPH AIN FAKOUN- O.E.BOUAGHI-	16	1615	00.00
EPH AIN TOUTA- BATNA-	32	1921	00.00
EPH N'GAOUS- BATNA-	30	3130	63.71
EPH ARRIS 2- BATNA-	20	1646	00.00
EPH MEROUNA- BATNA-	31	3102	00.00
EPH MOHAMED BOUDIAF BARIKA - BATNA-	30	4528	22.11
EPH AOKAS- BEJAIA-	11	236	00.00
EPH KHERRATA- BEJAIA-	12	1129	00.00
EPH AMIZOUR- BEJAIA-	15	2159	00.00
EPH AKBOU- BEJAIA-	16	3241	62.07
EPH SIDI AICH- BEJAIA-	20	1734	00.00
EPH ZIOUCHI MOHAMED TOLGA - BISKRA-	24	3661	27.20
EPH ACHOUR ZIANE OULED DJELLAL - BISKRA-	20	4557	<b>109.46</b>
EPH BACHIR BELKACEM ABADLA - BECHAR-	14	829	00.00
EPH MOHAMED YAKOUB BENI ABBES - BECHAR-	<b>10</b>	713	00.00
EPH EL AFFROUN- BLIDA-	15	968	00.00
EPH BOUFARIK- BLIDA-	11	5895	34.00
EPH MEFTAH- BLIDA-	14	2485	40.70
EPH BOUIRA	32	3086	32.31
EPH M'CHEDALLH – BOUIRA-	13	1328	00.00
EPH SOUR EL GHIZLMANE – BOUIRA-	35	1708	00.00
EPH LAKHDARIA– BOUIRA-	30	4257	00.00
EPH AIN BESSAM– BOUIRA-	20	3017	00.00
EPH AIN SALAH- TAMNRASSET-	24	1112	90.74
EPH MORSOT- TEBESSA-	12	140	00.00
EPH EL AOUNET- TEBESSA-	<b>10</b>	318	00.00
EPH CHERIA- TEBESSA-	14	2736	37.05
EPH OUENZA- TEBESSA-	13	570	<b>357.78</b>
EPH BIR EL ATER- TEBESSA-	14	2016	00.00
EPH GHAZAOUT – TLEMCEN-	20	1053	00.00
EPH NEDROUMA– TLEMCEN-	<b>10</b>	971	00.00
EPH MAGHNIA– TLEMCEN-	<b>40</b>	2662	00.00
EPH SEBDOU– TLEMCEN-	20	2325	00.00
EPH REMCHI– TLEMCEN-	24	1039	00.00
EPH SOUGUEUR –TIARET-	18	3107	00.00
EPH MAHDIA–TIARET-	20	2111	00.00
EPH FRENDA–TIARET-	28	2465	00.00
EPH KASR CHELLALA–TIARET-	16	1970	00.00
EPH DRAA EL MIZAN – TIZI OUZOU-	15	1804	00.00
EPH TIGZIRT– TIZI OUZOU-	20	230	00.00
EPH LARBAA NAT IRATHEN – TIZI OUZOU-	20	291	00.00
EPH AIN EL HAMMAM– TIZI OUZOU-	23	174	00.00

## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie

EPH AZEFOUN– TIZI OUZOU-	14	1358	00.00
EPH AZZAZGA– TIZI OUZOU-	25	1000	00.00
EPH BOLOGHINE IBN ZIRI –ALGER-	29	5053	58.38
EPH EL HARRACH –ALGER-	<b>58</b>	9379	21.51
EPH AIN TAYA–ALGER-	<b>47</b>	8179	12.20
EPH BACHIR MENTOUR- KOUBA –ALGER-	37	5303	37.31
EPK ROUIBA –ALGER-	14	1185	00.00
EPH BOUKACEM TAYEB –ZERALDA –ALGER-	<b>46</b>	6512	46.04
EPH AIN OUSSERA – DJELFA-	20	6229	0.00
EPH MESSAAD– DJELFA-	<b>10</b>	5000	<b>100.89</b>
EPH HASSI BAHBAH– DJELFA-	26	4175	48.27
EPH EL IDRISIA– DJELFA-	19	1958	00.00
EPH JIJEL	28	6151	00.00
EPH TAHER- JIJEL-	28	4494	00.00
EPH EL MILIA- JIJEL-	25	4879	41.44
EPH EIN OULMANE	30	3480	00.00
EPH BOUGAA –SETIF-	26	2900	69.16
EPH EIN EL KEBIRA–SETIF-	15	1061	00.00
EPH GOLLO - SKIKDA-	24	2854	00.00
EPH TAMALOUS- SKIKDA-	14	1286	00.00
EPH AZZABA- SKIKDA-	20	2401	<b>125.37</b>
EPH EL HARROUCH- SKIKDA-	22	3249	61.69
EPH SFISEF- SIDI BEL ABBES-	14	886	00.00
EPH BEN BADIS - SIDI BEL ABBES-	<b>10</b>	591	00.00
EPH TELAGH- SIDI BEL ABBES-	14	912	00.00
EPH SIDI BEL ABBES	30		00.00
EPH ARABI SEBTI AIN BERDA– ANNABA -	<b>10</b>	663	00.00
EPH AHMED GOUASMI CHETAIBI– ANNABA -	<b>10</b>	116	00.00
EPH GUELMA HAKIM OKBI– GUELMA -	39	4102	00.00
EPH EMIR ABDERKADER OUED ZENATI – GUELMA -	15	1373	00.00
EPH BOUCHEGOUF – GUELMA -	12	564	00.00
EPH AIN LARBI BERKANI BOUARES - GUELMA -	<b>6</b>	61	00.00
EPH HAFID BOUJMAA – CONSTANTIE-	19	1475	00.00
EPH EL KHROUB – CONSTANTIE-	<b>44</b>	1381	00.00
EPH EL KHROUB ALI MENDJELI – CONSTANTIE-	14	762	00.00
EPH ZIGHOUD YUCEF– CONSTANTIE-	<b>10</b>	667	00.00
EPH MEDEA	<b>60</b>	6800	22.30
EPH BERROUAGHIA –MEDEA-	20	1892	00.00
EPH KSAR EL BOUKHARI – MEDEA-	36	2273	00.00
EPH BENI SLIMANE COL SEID AMAR – MEDEA-	20	3432	29.50
EPH AIN BOUCIF AISSA KIROUAN– MEDEA-	17	1503	00.00
EPH TABLAT BRAHIM HAMIANE ET FRERES – MEDEA-	<b>10</b>	1257	79.37
EPH SIDI ALI –MOSTAGANEM -	27	2342	42.11

## Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie

EPH AIN TADLES –MOSTAGANEM -	20	1048	00.00
EPH BOUSAADA - M'SILA -	<b>40</b>	5515	<b>128.98</b>
EPH SIDI AISSA - M'SILA -	30	5064	59.46
EPH AIN EL MELH - M'SILA -	28	3892	00.00
EPH BEN S'ROUR - M'SILA -	16	486	00.00
EPH MAGRA - M'SILA -	16	1796	00.00
EPH MESLEM TAYEB – MASCARA -	<b>54</b>	5855	68.54
EPH TIGHENIF – MASCARA -	28	4123	23.93
EPH SIG – MASCARA -	24	3085	65.77
EPH MOHAMMADIA – MASCARA -	20	1685	00.00
EPH GHRIS – MASCARA -	15	3258	60.92
EPH HASSI MESSOUD - OURGLA -	12	819	<b>205.97</b>
EPH TAIBET- OURGLA -	12	1375	00.0
EPH ARZEW EL MOHGEN - ORAN -	20	949	00.00
EPH AIN TURK AKID OTHMANE - ORAN -	30	853	55.40
EPH EL BAYADH	36	4171	00.00
EPH BOUGTOB – BAYADH -	<b>6</b>	974	00.00
EPH EL BIODH SIDI CHEIKH – BAYADH -	20	1280	78.13
EPH ILLIZI	20		00.00
EPH DJANET – ILLIZI -	<b>5</b>	487	<b>405.68</b>
EPH MEDJANA – B.B .ARRERIDJ-	<b>8</b>	721	00.00
EPH RAS EL OUED – B.B .ARRERIDJ-	<b>58</b>	1449	00.00
HOPITAL MANSOURA – B.B .ARRERIDJ-	10	296	00.00
EPH BORDJ GHDIR – B.B .ARRERIDJ-	<b>6</b>	264	00.00
EPH THENIA – BOUMERDES -	22	6335	00.00
EPH BORDJ MENAIEI– BOUMERDES -	17	2758	00.00
EPH DELLYSL – BOUMERDES -	17	2068	48.85
EPH TAREF	20	493	00.00
EPH BOUZID AMMAR EL KALA - TAREF -	11	627	<b>160.00</b>
EPH BOUHDJAR - TAREF -	15	446	00.00
EPH TINDOUF	<b>10</b>	1450	72.57
EPH TISSEMSILT	20	4057	<b>133.46</b>
EPH THENIET EL HAD -TISSEMSILT -	30	1026	00.00
EPH BORDJ BOU NAAMA -TISSEMSILT -	20	1183	00.00
EPH EL MEGHAIER – EL OUED -	<b>8</b>	1883	00.00
EPH CHECHAR – KHENCHLA -	20	493	00.00
EPH SOUK AHRAS	<b>45</b>	3615	00.00
EPH SEDRATA – SOUK AHRAS -	14	1756	00.00
EPH HADJOUT – TIPAZA -	16	1185	00.00
EPH SIDI GHILES – TIPAZA -	20	1388	72.25
EPH KOLEA – TIPAZA -	21	5073	00.00
EPH GOURAYA – TIPAZA -	17	1051	00.00
EPH (FRERES MAGHLAOU) - MILA -	20	3413	89.05
EPH FERDJIOUA- MILA -	26	2906	00.00
EPH OUED ATMANIA- MILA -	20	898	00.00
EPH HOUARI BOUMADIENNE (CHELGHOUM LAID) - MILA -	22	2102	00.00
EPH AIN DEFLA	<b>48</b>	8317	12.56
EPH LILIANA - AIN DEFLA -	36	4594	44.53
EPH KHEMIS MILIANA - AIN DEFLA -	36	3421	00.00

## **Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie**

EPH EL ATTAF - AIN DEFLA -	20	1428	00.00
EPH NAAMA	14	758	<b>131.93</b>
EPH AIN SAFRA – NAAMA -	20	2463	40.57
EPH MECHRIA – NAAMA -	20	3080	00.00
EPH HAMMAM BOUHDJHAR – AIN TEMOUCHENT -		831	00.00
EPH BENI SAF– AIN TEMOUCHENT -	20	1032	<b>193.99</b>
EPH METLILI – GHERDAIA -	12	1963	00.00
EPH MENEVA – GHERDAIA -	20	1808	54.47
EPH GUERRARA – GHERDAIA -	14	1943	51.71
EPH RELIZANE	20	6439	<b>295.67</b>
EPH OUED RHIOU – RELIZANE -	25	2529	40.54
EPH MAZOUNA – RELIZANE -	15	2101	00.00
<b>Total General</b>	<b>3488</b>	<b>388089</b>	<b>36.16</b>

**Source :** Santé en chiffre, 2018.

### **11-7-Activité des Maternités dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Hospitaliers Universitaires (EHU) :**

En Algérie entière il existe 11 CHU et 1 EHU situés dans 7 Wilayas, alors que la première constatation à extraire qu'il n'existe aucun CHU dans les Wilayas du Sud.

le CHU d'Oran dispose le nombre le plus élevé des lits estimé à 208 pour enregistrer 9304 accouchements par an, contre 6491 accouchements au CHU Mustapha à Alger avec 119 lits et de 4463 accouchements a l'EHU d'ORAN qui contient 114 lits.

Cependant, le nombre d'accouchement la plus élevé est estimé à des CHU qui incluent moins de lits, citons : 13822 accouchements au CHU de SETIF (77 lits), 12918 accouchements au CHU de BLIDA (45 lits), 11662 accouchements au CHU de ANAABA (87lits) et de 10244 accouchements au CHU de BEJAIA(45 lits), le CHU PARNET d'ALGER enregistre un nombre de 10122 accouchements avec 76 lits.

Quant aux taux de mortalité maternelle on l'enregistre très élevé à l'EHU d'ORAN soit de 116.66‰ contre 77.71 au CHU PARNET à ALGER et de 54.11 ‰ au CHU d'ORAN.

**Tableau N°31 : Activité des Maternités dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Hospitaliers Universitaires (EHU) :**

C.H.U/E.H.U	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Taux de décès maternels
CHU BEJAIA	45	10244	48.42
CHU BLIDA	45	12918	36.89
CHU MUSTAPHA	119	6491	47.60
CHU BENI MESSOUS	45	7954	37.04
CHU PARNET	76	10122	77.71
CHU BAB EL OUED	32	5150	19.31
CHU DJILLALI BOUNAAMA DOUERA	16	968	00.00
CHU SETIF- UNITE MERE ENFANT-	77	13822	43.60
CHU ANNABA- HOPITAL IBN ROCHED	87	11662	16.23
CHU CONSTANTINE	101	4611	42.26
CHU ORAN- UNITE SIEGE	208	9304	54.11
EHU D4ORAN 1ER NOVEMBRE 1954	114	4463	116.66
<b>Total General</b>	965	97699	45.28

Source : Santé en chiffre, 2018.

### **11-8-Activité des Maternités dans les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) :**

D'après le tableau ci- dessous, on estime 15 EHS répartis par 15 Wilayas au niveau national qui exercent des activités de maternité. On remarque que les Wilayas qui comprennent plus de lits sont comme suit : BATNA (125) pour effectuer 14152 accouchements, BISKRA (132) avec un nombre de 12861 d'accouchements, SAIDA (120)correspondant à 8618 accouchements, Sidi Bel Abbes (97) pour enregistrer 12045 accouchements.

L'EHS de la Wilayas de Bechar marque le plus faible nombre de lits soit de 12 et en parallèle on estime 2879 accouchements durant l'année, d'autre part presque le même nombre d'accouchements effectués à l'EHS de la Wilayas de Oum El Bouaghi qui possède 28 lits.

**Tableau N° 32 : Activité des Maternités dans les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) :**

<b>EHS</b>	<b>Nombre de lits</b>	<b>Nombre d'accouchements</b>	<b>Taux de décès maternels</b>
<b>EHS MERE ENFANT DR SAADANA –LACGOUAT-</b>	40	7368	13.76
<b>EHS MERE ENFANT DR BOUMALI MOHAMED – OUM EL BOUAGHI-</b>	28	2500	27.34
<b>EHS MERE ENFANT MERIAM BOUATOURA - BATNA-</b>	125	14152	21.25
<b>EHS MERE EN FANT EL ALIA- BISKRA-</b>	132	12861	07.88
<b>EHS MERE ENFANT MOHAMED BOUDIAF- BECHAR</b>	12	2879	00.00
<b>EHS MERE ENFANT- TAMANRASSET</b>	24	4453	268.16
<b>EHS MERE ENFANT KHALDI ABDELAZIZ- TEBESSA-</b>	60	10208	19.53
<b>EHS MERE ENFANT – TLEMCEN-</b>	67	11411	52.62
<b>EHS MERE ENFANT AOURAI ZOHRA- TIARET-</b>	94	11731	52.42
<b>EHS MERE ENFANT S'BIHI TASSADIT – TIZI OUZOU-</b>	30	8538	23.23
<b>EHS MERE ENFANT- DJELFA-</b>	32	8596	35.54
<b>EHS MERE ENFANT EL EULMA- SETIF-</b>	-	7799	36.75
<b>EHS MERE ENFANT HAMDANE BAKHTA – SAIDA-</b>	120	8618	34.77
<b>EHS MERE ENFANT – SIDI BEL ABBES</b>	97	12045	91.11
<b>EHS MERE ENFANT EL BOUNI – ANNABA-</b>	50	5209	38.15

**Source :** Santé en chiffre, 2018.

**11-9-Activité des Maternités dans les Etablissements Publics De Sante et De Proximité(EPSP) :**

Ces établissements existent dans toutes les Wilayas d'Algérie, et encore plus on les trouve presque pour chaque quartier d'où vient le nom de proximité.

Concernant les Wilayas possédant un nombre de lit plus de 100 dans les EPSP sont les suivantes : ADRAR, CHLEF, BATNA, BISKRA, TLEMCEM, TIZI OUZOU, DJELFA, SETIF, MASCARA, BOUMERDES, EL OUED, KHENCHLA, RELIZANE et la majorité de ces EPSP enregistrent plus de 4000 accouchement durant l'Année et qui atteint les 7811 accouchements à l'OUED. Par contre on note 5310 accouchements à l'EPSP de TIARET qui comprend 90 lits et de 4968 accouchements effectués à l'EPSP de BLIDA qui comprend lui même 60 lits.

A propos des décès maternels, il est bien remarquable que le nombre est très minime soit de 6 décès dans les EPSP des 48 Wilayas, ceci peut être expliqué que ces établissements n'acceptent pas des cas compliqués d'accouchements qui sont souvent orientés vers les CHU.

**Tableau N°33 : Activité des Maternités dans les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EPSP) :**

EPSP des Wilayas	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Nombre de décès maternels
ADRAR	113	5681	00
CHLEF	144	6140	01
LAGHOUAT	49	1278	00
O- E BOUAGHI	30	1226	00
BATNA	106	2943	00
BEJAIA	72	1596	00
BISKRA	144	4636	00
BECHAR	74	2417	00
BLIDA	60	4968	00
BUIRA	48	428	00
TAMANRASSET	19	1068	00
TEBESSA	53	608	00
TLEMCEN	119	1974	00
TIARET	90	5310	00
TIZI-OUZOU	142	1853	00
ALGER	08	327	00
DJELFA	105	6161	00
JIJEL	22	462	00
SETIF	203	7518	01
SAIDA	76	1308	00
SKIKDA	62	2123	01
SIDI BEL ABBES	37	981	00
ANNABA	9	385	00
GUELMA	31	720	00
CONSTANTINE	21	858	00
MEDEA	51	2384	00
MOSTAGANEM	77	3406	00
M'SILA	90	3383	00
MASCARA	136	2297	00
OURGLA	33	1655	00
ORAN	16	764	00
EL BAYAD	23	1098	00
ILLIZI	25	484	00
B.B ARRERRIDJ	73	2170	00
BOUMERDES	102	3024	00
EL TAREF	50	1602	00
TINDOUF	10	34	00
TISSEMSILT	49	1326	00
EL OUED	110	7811	02
KHENCHLA	113	1167	00
SOUK AHRAS	37	1384	00
TIPAZA	66	1804	00
MILA	38	3739	00
AIN DEFLA	46	1822	00
NAAMA	22	275	00
AIN TEMOUCHENT	22	572	00
GHARDAIA	29	1169	00
RELIZANE	132	6929	01
TOTAL	3143	117349	06

Source : Santé en chiffre, 2018.

### **Conclusion :**

L'étude de l'évolution des indicateurs démographiques en Algérie, nous a permis d'identifier les changements de la structure par âge de la population. Une pyramide des âges caractérisée par une base rétrécit comparée à celles des recensements précédents, et un sommet élargit suite à l'augmentation de par des personnes âgées. La population algérienne ne cesse d'augmenter, passant de 12 millions en 1966 à 39 millions en 2008. La population féminine en âge de procréer (15 – 49 ans) a connu une augmentation continue soit 25.78 % en 2018 contre 20.61% en 1966 de la population totale avec différentes variations d'un groupe d'âge à un autre. Cette population représente 52.26 % contre 41.40% pour la même période.

L'étude de la santé reproductive a montré qu'à travers les années des changements ont été observés dans les comportements reproductifs des femmes algériennes puisque la fécondité a connu en général une baisse interrompue par une légère augmentation. L'augmentation enregistrée s'explique par l'utilisation importante de la contraception dans le milieu urbain et rural, le recul de l'âge moyen au premier mariage qui de 29.3 ans en 2008, l'augmentation des taux de scolarisation féminine et la participation active de la femme dans le marché du travail.

La part des besoins non satisfaits en matière de contraception a enregistré une baisse notable soit 6.9% en 2013 contre 23.6 % en 2002 en milieu urbain, et 7.1% contre 25.9 % en milieu rural durant la même période.

En ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, les données ont une amélioration des connaissances des femmes algériennes sur leur santé en général et la santé reproductive en particulier. Cette amélioration se traduit à travers l'augmentation du taux de suivi de la grossesse par une personne qualifiée ( 94% en milieu urbain et 91 % en milieu rural), le taux d'accouchement en milieu assisté par une personne qualifiée (96.6% en 2013), et le recul du taux d'accouchement à domicile (2.1% en milieu rural contre 0.9% en milieu urbain) . Il faut signaler que la part des accouchements dans le secteur privé a enregistré une augmentation passant de 0.5% et 5.7% respectivement dans le milieu urbain et rural.

## ***Chapitre 2 Evolution des indicateurs de la santé reproductive en Algérie***

---

Les progrès enregistrés en matière de santé reproductive particulièrement la santé de la mère durant et après la grossesse, ont contribué à la baisse du taux de mortalité maternelle. Ce dernier a atteint son minimum en 2015 (57.5‰) contre 113.8 ‰ et 230‰ en 2001 et 1989 respectivement.

Parmi 1038000 naissances enregistrées en 2018, on note 608346 (58.61%) entre eux sont effectuées dans des établissements publics,

***Chapitre 3 :***  
***Etudes des indicateurs de la santé  
reproductive à partir des données de  
l'enquête par grappes des  
indicateurs multiple MICS4  
(2012-2013)***

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

#### **Introduction :**

A travers ce chapitre, nous allons présenter un état de la santé de la femme en matière de reproduction à partir des données récentes. En premier point, nous présenterons l'aspect méthodologique de la source de données employée dans notre recherche (l'enquête par grappe à indicateurs Multiples MICS 4). Le deuxième point sera consacré à la présentation d'un historique des enquêtes MICS réalisées. Dans le troisième point nous allons présenter l'évolution des différents indicateurs de la santé reproductive liés à la grossesse, l'accouchement, les soins prénatals et postnatals et la contraception. Enfin, le dernier point nous analyserons la relation de ses différents indicateurs et les caractéristiques de femme en âge de procréer.

## ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

### **I -Aspect méthodologique de l'enquête :**

#### **I-1- Enquête à indicateurs multiples (MICS) dans le monde :**

L'objectif principal des enquêtes à indicateurs multiples (MICS), soutenues par l'UNICEF est d'aider les pays à avoir une base de données sur les principaux indicateurs concernant la santé de la mère et de l'enfant. C'est à partir du milieu des années 90, les enquêtes MICS ont permis à beaucoup de pays de produire des données dans le domaine de la santé et précisément la santé de la mère et l'enfant, de l'éducation, de la protection de l'enfant et du VIH/SIDA. Les résultats des enquêtes MICS sont utilisés d'une part pour la prise de décision et pour l'élaboration des politiques et des programmes d'intervention et d'autre part pour la sensibilisation publique pour l'amélioration de la situation des enfants et des femmes dans le monde.

#### **I-1-1-Historique :**

Depuis le début de l'élaboration des enquêtes à indicateurs multiples au niveau international, quatre enquêtes ont été réalisées,

**MICS1 :** Suite au Sommet mondial pour les enfants, les enquêtes MICS 1 ont été lancées dans le but de mesurer les progrès réalisés à mi-parcours de la décennie. La première enquête a été menée en 1995 et seulement 60 pays ont été concernés.

**MICS2 :** En l'an 2000, une deuxième enquête a été menée autour de 65 pays, les résultats de cette enquête enregistrent une richesse des données pour le suivi de la situation des enfants et des femmes et ont permis aussi de contrôler les tendances de plusieurs indicateurs.

**MICS3 :** Cinq ans plus tard et entre 2005-2006, un troisième tour des MICS a été réalisé dans plus de 50 pays, cette fois-ci, les résultats de cette enquête ont été une source de données importante pour le suivi de 21 indicateurs parmi les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), notamment les indicateurs liés à la santé, l'éducation et la mortalité. « Les MICS3 ont été aussi un outil de suivi pour d'autres objectifs internationaux comme "Un monde digne des enfants", les objectifs de l'UNGASS sur le VIH/SIDA et les objectifs d'Abuja pour la malaria. » [www.unicef.org](http://www.unicef.org)

**MICS4 :** à mesure d'enrichir et améliorer les données partout dans le monde et suite d'un accroissement de la demande, l'UNICEF a soutenu les pays à des intervalles plus rapprochés - tous les trois ans au lieu de tous les cinq ans, Cela

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

permettra aux pays de contrôler les changements rapides dans les indicateurs essentiels, particulièrement ceux des OMD.

#### **I-1-2-Outils d'enquête :**

D'après le rapport de l'UNICEF sur les **enquêtes à indicateurs multiples** (MICS) et concernant ces outils on note que « se sont développés par l'UNICEF elle-même après une consultation d'experts reconnus venant des diverses organisations de L'ONU, aussi bien que de groupes de suivi inter agences ». L'UNICEF participe étroitement avec d'autres programmes d'enquête des ménages, en particulier le programme d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) dans le but d'organiser les questions et les modules d'enquête et assurer une approche coordonnée de la mise en œuvre des enquêtes. Enfin l'objectif des enquêtes MICS se concrétiser dans les comparaisons entre les divers tours d'enquêtes, et d'éviter la duplication des enquêtes. Et selon l'UNICEF : les questionnaires d'enquête sont des outils modulables qui peuvent être adaptés aux besoins de chaque pays, en outre, et à propos de l'assistance technique et la formation aux enquêtes est assurée à travers une série d'ateliers régionaux où des experts des pays en développement sont formés aux différents aspects des enquêtes MICS (contenu du questionnaire, échantillonnage et mise en œuvre des enquêtes, traitement de l'information, qualité des données et analyse des données, rédaction des rapports et diffusion).

#### **I-1-3-Résultats d'enquête :**

Les résultats des MICS, en même temps des rapports d'enquêtes nationales et un ensemble de données bien développer, sont largement répartis après l'accomplissement des enquêtes.

### **I-2-Description de l'enquête Algérienne par grappe à indicateurs multiple MICS 4:**

#### **I-2-1-Présentation de l'enquête :**

L'Algérie a réalisée la quatrième édition mondiale des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (*Multiple Indicator Cluster Survey –MICS-*) en 2012-2013 (Rapport MICS4) par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière avec le soutien financier et technique du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

L'enquête MICS est un programme international d'enquêtes auprès des ménages.

## **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

### **I-2-2-Objectifs de l'enquête MICS4:**

L'enquête MICS4 permet au niveau national d'évaluer le manque à gagner dans les domaines du développement humain et social et de donner aux programmes de développement nationaux et sectoriels des statistiques fiables sur la situation des enfants, des femmes et des ménages, en revanche cette enquête avaient pour but de démontrer les progrès réalisés vis-à-vis des 8 objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

A ce jour, l'Algérie a réalisé quatre enquêtes à indicateurs multiples (Mics). La première en 1995 (Mics1), la deuxième en 2000 (Mics2), la troisième en 2006 (Mics3) et la dernière en 2012-2013 (Mics4). Cette dernière, réalisée entre octobre 2012 et fin janvier 2013 et publiée en juin 2015, a concerné un échantillon global de 28 000 ménages, soit près de 150 000 personnes. Elle a ciblé les ménages, les femmes de 15 à 49 ans et les enfants de moins de 5 ans appartenant à ces ménages. En signant les accords internationaux, dans la Déclaration du millénaire et le Plan d'action d'un "monde digne des enfants", notre pays s'est engagé à améliorer les conditions des enfants, la santé maternelle et à "surveiller régulièrement" les progrès réalisés, en promettant de renforcer sa capacité "de suivi, d'évaluation et de planification. (Rapport MICS4, 2015)

### **I-2-3-Le Questionnaire de l'enquête MICS4 :**

Trois types de questionnaires ont été utilisés dans l'enquête MICS4 Algérie et se conforme au contextenational et aux besoins en informations statistiques du pays :(Rapport MICS4, 2015)

#### **1) - Un questionnaire ménage :**

qui aservi à recueillir des informations sur tous les membres du ménage *de jure* (résidents habituels),le ménage, et l'habitation;

#### **2) - Un questionnaire femme :**

administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15-49 ans.

#### **3) - Un questionnaire portant sur les enfants de moins de 5 ans :**

vivant dans les ménages, administré à leurs mères ou à une gardienne principale de l'enfant, dans le cas où la mère ne figure pas dans la liste des membres du ménage.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

Parmi ces trois questionnaires, on s'intéresse à celui des femmes âgées de 15-49 ans (vivant dans les ménages enquêtés) pour traiter le sujet de la santé reproductive et qui inclure les modules suivants:

- Caractéristiques de la femme ;
- Mariage ;
- Mortalité des enfants ;
- Historique des naissances ;
- Désir de la dernière naissance ;
- Santé de la mère et du nouveau-né ;
- Examens post-natals ;
- Symptômes de maladies ;
- Contraception ;
- Besoins non satisfaits ;
- Attitudes vis-à-vis de la violence à l'égard des femmes ;
- VIH/SIDA.

#### **I-2-4-DÉCOUPAGE CARTOGRAPHIQUE :**

Concernant les grappes utilisées dans la réalisation de l'enquête MICS4, sont basées sur le découpage du Recensement Général de la Population, soit que toutes les communes (1 541) ont été découpées en districts de recensement. Le district ou grappe est défini comme une portion du territoire de la commune de taille convenable pour qu'un agent recenseur puisse l'enquêter entièrement durant la période du recensement fixée à 15 jours. On distingue deux catégories de districts : le district aggloméré et le district épars : (Rapport MICS4, 2015, p35)

##### **a- Le district aggloméré :**

Est un district se trouvant dans une agglomération. On entend par agglomération, un ensemble d'au moins cent constructions. L'agglomération abritant le siège de la commune est dite « agglomération chef-lieu ». Les autres agglomérations, si elles existent, sont appelées « agglomérations secondaires ».

##### **b- Le district épars :**

Est un district appartenant à la zone éparse. Cette dernière constitue le territoire de la commune où l'habitat dispersé est prépondérant. Elle ne renferme pas d'agglomérations.

Elle est souvent constituée de petits groupements d'habitats (hameaux et lieux-dits) et des constructions isolées comme elle peut être totalement inhabitée.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

A noter qu'à l'issue de chaque recensement, en tenant compte d'un certain nombre de critères, les districts sont classés à l'intérieur des communes selon qu'ils appartiennent à la strate urbaine ou à la strate rurale.

#### **I-2-4-ELABORATION DU PLAN DE SONDAGE :**

##### **a- Base de sondage**

La base de sondage de l'enquête MICS4 est composée par l'ensemble des ménages ordinaires et collectifs recensés lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en 2008.

L'Office National des Statistiques dispose de tous les fichiers informatiques et de tous les documents (questionnaires, carnets de visite et cahiers districts) et dossiers cartographiques des communes (cartes d'agglomérations, carte de la zone éparsée et croquis districts) produits à l'occasion du recensement.

Pour répondre à la nécessité de disposer des informations statistiques en milieu urbain et en zone rurale, il a été procédé au classement de l'ensemble des grappes du territoire selon les strates urbaine et rurale.

##### **b-Population cible :**

L'objectif principal de L'enquête MICS4 est de fournir des indicateurs sur plusieurs aspects et surtout ceux qui sont liés aux enfants et aux femmes, alors, l'analyse sera concentrée sur les femmes âgées de 15 à 49 ans et les enfants de 0 à 4 ans révolus.

La population cible de notre étude est la population féminine non célibataire âgée de 15-49 ans.

La taille de l'échantillon extraite doit nous permettre d'analyser plusieurs indicateurs au niveau national, par Espace de Programmation Territoriale et selon le milieu de résidence (urbain et rural).

Les informations statistiques selon le milieu de résidence sont en effet très recherchés tant par les pouvoirs publics pour les besoins de planification, d'évaluation et de prise de décisions, que par les autres utilisateurs aux fins d'informations et de recherches notamment des déterminants et/ou d'analyses prospectives. (Rapport MICS4, 2015, p35)

##### **c- Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon de l'enquête MICS4 est calculée en fonction d'une représentativité par Espace de Programmation Territoriale (EPT) tel que identifié par le Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT), approuvé en 2010

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

à la faveur de la loi n°10-02 du 16 Rajab 1431 correspondant au 29 juin 2010 et portant approbation du Schéma National d'Aménagement du Territoire. (Rapport MICS4, 2015, p36)

Neuf Espaces de Programmation Territoriale (EPT) ont été identifiés par le SNAT, chaque espace regroupe un ensemble de Wilayas, où partagent-ils l'objectif d'une meilleure efficacité de l'action de l'Etat, des collectivités locales et des acteurs sociaux et économiques.

Les (9) Espaces de Programmation Territoriale sont définis comme suit : (Rapport MICS4, 2015, p36)

#### **⇒ Au niveau du Tell :**

- L'Espace de Programmation Territoriale « Nord Centre » comporte 10 wilayas : Alger, Blida, Boumerdès, Tipaza, Bouira, Médéa, Tizi-Ouzou, Béjaïa, Chlef et Ain Defla.
- L'Espace de Programmation Territoriale « Nord Est » comporte 8 wilayas : Annaba, Constantine, Skikda, Jijel, Mila, Souk Ahras, El Tarf et Guelma.
- L'Espace de Programmation Territoriale « Nord Ouest » comporte 7 wilayas : Oran, Tlemcen, Mostaganem, Ain Témouchent, Relizane, Sidi Bel Abbés et Mascara.

#### **⇒ Au niveau des Hauts Plateaux :**

- L'Espace de Programmation Territoriale « Hauts Plateaux Centre » comporte 3 wilayas: Djelfa, Laghouat et M'Sila.
- L'Espace de Programmation Territoriale « Hauts Plateaux Est » comporte 6 wilayas : Sétif, Batna, Khenchela, Bordj Bou Arréridj, Oum El Bouaghi et Tébessa.
- L'Espace de Programmation Territoriale « Hauts Plateaux Ouest » comporte 5 wilayas: Tiaret, Saïda, Tissemsilt, Naâma et El Bayadh.

#### **⇒ Au niveau du Sud :**

- L'Espace de Programmation Territoriale « Sud Ouest » comporte 3 wilayas : Béchar, Tindouf et Adrar.
- L'Espace de Programmation Territoriale « Sud Est » comporte 4 wilayas : Ghardaïa, Biskra, El Oued et Ouargla.
- L'Espace de Programmation Territoriale « Grand Sud » comporte 2 wilayas : Tamanrasset et Illizi.

La taille d'échantillon optimale a été déterminée en fonction du degré de précision souhaitée pour les indicateurs qu'on veut estimer et ce à partir du modèle standard préconisé par le projet MICS.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

---

Si on prend :

Taille moyenne du ménage: 5,9 personnes

Taux de non-réponse attendu: 10%

Domaines d'étude: 7 EPT

Calculée à partir de la formule suivante, la taille de l'échantillon par EPT est de 3 993 ménages.

$$n=4(r)(1-r).f.(1,1) / (r \times er)^2 .p.n$$

Où :

*n*: Taille de l'échantillon ;

**4** est un facteur pour atteindre 95% d'intervalle de confiance ;

*r*: Prévalence prévue pour l'indicateur clé: 11% ;

*f*: Effet de sondage (1,5) ;

**1,1** est le facteur nécessaire pour augmenter la taille de l'échantillon de 10% afin de tenir compte

du taux de non réponse ;

*er*: Marge d'erreur relatif tolérée : 14% ;

*p* : Proportion de la population cible dans la population totale : 11% ;

*n*̄: Taille moyenne du ménage : 5,9.

Comme nous l'avons signalé ci-dessus, en retenant 7 EPT parmi les 9 identifiés, les trois (03) EPT du Sud étant regroupés en un seul, l'échantillon global serait de (4 000 x 7) soit 28 000 ménages. Il faut noter que si au niveau de chaque EPT l'erreur relative tolérée est fixée à 14%, cette erreur est de l'ordre de 5% seulement au niveau national. (Rapport MICS4, 2015, p36)

• Le nombre de femmes en âge de procréer, tous états matrimoniaux confondus, à enquêter serait alors de 41 184 femmes ;

#### **d- Plan de sondage**

D'après le rapport de l'enquête MICS4 réalisée en Algérie, l'échantillon a été tiré par un sondage stratifié à 2 degrés au sein de chaque Espace de Programmation Territoriale (EPT) suite à cette méthode :

1<sup>er</sup> degré : Tirage des unités primaires ou districts ;

2<sup>ème</sup> degré : Tirage des unités secondaires ou ménages.

La méthode de tirage prend en considération dans chaque EPT la répartition des ménages selon les strates urbaine et rurale. Pour une meilleure représentation géographique tant au niveau des EPT qu'au niveau national et pour une meilleure fiabilité des estimations, le nombre de ménages par grappe a été fixé à 25 ménages (unité secondaire), ce qui porte le nombre de grappes à enquêter à 160 grappes par EPT.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

Au niveau national, le nombre de grappes échantillon est de 1 120 grappes sur un total de 41 871 grappes/districts constituant l'ensemble du territoire national (Recensement de la Population, 2008).

Selon la strate de résidence, le nombre d'unités primaires a été déterminé par rapport aux ménages et non par rapport aux districts de recensement en respectant leur ventilation (urbain/rural) dans chaque espace de programmation.

La répartition des ménages échantillon selon la strate de résidence (urbaine et rurale) est établie, comme cité précédemment, en respectant leur répartition relative dans chaque espace, objet de l'étude. Le nombre de grappes échantillon nécessaires est alors de 767 grappes dans l'urbain et de 353 dans le rural.

#### **I-2-5-MISE À JOUR DES GRAPPES ÉCHANTILLONS :**

Etant donné que des changements qui se sont exécutés depuis le dernier recensement réalisé en 2008, une mise à jour a été indispensable concernant les listes de ménages qui habitent les districts/grappes échantillon par les équipes chargées de l'enquête à la veille de leur passage au niveau des ménages. Chaque équipe d'enquête (un contrôleur et trois enquêtrices), et selon le rapport de la MICS 4, afin d'obtenir une liste nominative et exhaustive et actualisées des districts échantillons, la mise à jour a été réalisée par la méthode suivante:

Cette mise à jour consiste à dénombrer l'ensemble des logements et des ménages évoluant dans le district échantillon. Pour chaque logement, l'enquêteur ou l'enquêtrice inscrit l'adresse exacte, les noms et prénoms des chefs des ménages qui y habitent et le nombre de personnes constituant chaque ménage.

La liste nominative actualisée du district échantillon ainsi que celle des ménages échantillon est transmise à la Direction de la Population du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière pour suivi.

#### **a) - ENQUÊTE TEST :**

Toute enquête devrait être précédée par une enquête test et a pour objectifs de (d'):

- Tester l'organisation du travail sur le terrain ;
- Tester la réaction des ménages par rapport aux questions posées ;
- Tester les supports de collecte ;
- Estimer le rendement quotidien moyen ;
- Noter toutes les difficultés auxquelles pourrait être confronté le personnel de terrain pour d'éventuelles mesures correctives en matière d'organisation, de collecte et d'exploitation de l'information.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

L'enquête test a été réalisée du 12 au 23 Juin 2012 à Alger et a couvert trois grappes échantillon. Le lieu de résidence a été le seul critère retenu pour le choix de cet échantillon : un district urbain au sein d'une agglomération chef-lieu, un district rural au sein d'une agglomération secondaire et un district en zone éparsée. Une évaluation de l'enquête test a été organisée le 24 juin 2012 permettant ainsi l'appréciation par les équipes de terrain et des superviseurs des aspects logistiques et techniques dans la perspective de les renforcer en vue de l'enquête de terrain. (Rapport MICS4, 2015 ; p38)

#### **b) - Enquête de terrain :**

L'enquête de terrain a effectivement démarré le 21 octobre 2012 et devait être finalisée le 6 Janvier 2013. Malgré ça l'enquête a été prolongée jusqu'au 31 janvier 2013 pour des raisons objectives liées à la mise à jour cartographique de chaque grappe (25 ménages) avant de les interviews proprement dites. Chaque mise à jour nécessitait un jour de travail complet ce qui revenait à rajouter une durée de 30 jours de travail environ pour chaque équipe pour assurer l'opération de listing des ménages.

L'opération de la supervision sur le terrain a été assurée par des superviseurs nationaux de la direction de Population du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, qui ont accompagné les équipes de terrain de façon permanente, et ce qui a permis de corriger directement les erreurs liées à la qualité de l'information recueillie et aux conditions de travail.

À leur tour Les superviseurs nationaux dans certaines wilayas, ont été accompagnés par un expert régional et des responsables déployés par l'UNICEF, afin de contrôler la qualité du travail de terrain et de s'assurer que les moyens affectés sont suffisants pour mener à bien l'enquête.

Un planning de travail a été amené pour chacune des équipes avec les durées de passage, les périodes, les itinéraires ainsi que les communes échantillons à enquêter durant toute la période prévue pour la réalisation de l'enquête, d'autre part, les questionnaires ont été contrôlés sur le terrain par les contrôleurs afin de détecter les omissions et les corrigés en fin de journée pour la vérification des informations recueillies.

C'est à la Direction de la Population du Ministère de la Santé, où les contrôleurs vérifié la cohérence des données et la codification de l'identifiant du ménage (Wilaya/Commune/Numéro de la grappe) et d'autre visites auprès des ménages ont été programmés en cas de nécessité et heureusement que la majorité des ménages ont été bienveillant et ils ont aidé énormément le personnel d'enquête et leur ont facilité la tâche.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **II -Aspect analytique de l'enquête :**

##### **II-1-La fécondité des adolescentes :**

###### **II-1-1-L'indice synthétique de fécondité :**

Selon les données du tableau n°34, le taux de fécondité chez les adolescentes du Sud est très élevé (19.6 ‰) contre 13 ‰ dans le Nord ouest et e 12.8 ‰ dans les Hauts plateaux-Est. Ceci s'explique probablement par le faite qu'il s'agit de société qui encourage le mariage précoce. On enregistre toutefois le taux le plus faible au nord Est avec 1.4‰ et au Nord Centre 8.5‰. Cependant on estime un Indice conjoncturel de fécondité presque similaire dans les différentes régions qui varie entre 2.1 enfant/femme à 2.96 enfant/femme. Seulement le Sud et les Haut Plateaux centre qui enregistrent l'indice conjoncturel de fécondité le plus élevé soit 3.5 et 3.3 enfant/femme respectivement.

Le milieu de résidence quant à lui, influe beaucoup plus sur le taux de fécondité des adolescentes, avec 9.2‰ dans le milieu urbain contre 12.5 ‰ dans le milieu rural soit un écart de 3.3 points. En ce qui concerne l'indice conjecturel de fécondité la différence ne dépasse pas 0.3 point entre les deux milieux, ce qui peut être expliqué par les mariages précoces enregistrés dans le milieu rural pour des raisons particulièrement sociales.

**Tableau N°34 : la répartition des Taux de Fécondité et Indice conjoncturel de fécondité des adolescentes selon l'Espace de Programmation Territoriale et le milieu de résidence.**

<b>Espace de programmation Territoriale</b>	<b>Taux de fécondité des adolescentes âgées de 15-19(‰)</b>	<b>Indice conjoncturel de fécondité</b>
<b>Nord centre</b>	8.5	2.6
<b>Nord Est</b>	1.4	2.1
<b>Nord Ouest</b>	13.0	2.5
<b>Hauts Plateaux Centre</b>	11.6	3.3
<b>Hauts Plateaux Est</b>	12.8	2.96
<b>Hauts Plateaux Ouest</b>	10.6	2.8
<b>Sud</b>	19.6	3.5
<b>Milieu de résidence</b>		
<b>Urbain</b>	9.2	2.6
<b>Rural</b>	12.5	2.9

Source : Rapport MICS4.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **I-2-2- L'indice synthétique de fécondité et le niveau d'instruction de la femme :**

Pour examiner l'influence du niveau d'instruction sur le taux de fécondité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, le tableau ci-dessus démontre que les femmes non instruites enregistrent le taux le plus élevé soit de 38.7‰ contre 35.5 ‰ pour celles ayant un niveau primaire, 13.0 ‰ chez celles ayant un niveau moyen et 5.3 ‰ pour les femmes d'un niveau secondaire et supérieur. Ceci s'explique par le fait que plus la femme prolonge ses études plus elle tarde son mariage et plus la durée de sa procréation se réduit ce qui l'amène à perdre la chance d'avoir beaucoup d'enfants, en revanche la femme non instruite mariée précocement, sa vie féconde est plus étendue et elle a la chance d'avoir plus d'enfants.

De même les femmes non instruites enregistrent l'indice conjoncturel de fécondité le plus élevé soit de 3.4 enfants /femme contre 2.9 enfants /femme pour les femmes d'un niveau primaire et moyen et de 2.4 enfants /femme concernant les femmes de niveau secondaire et supérieur.

**Tableau N° 35 : La répartition des Taux de Fécondité et l'indice conjoncturel de fécondité des adolescentes selon le niveau d'instruction des femmes :**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Taux de fécondité des adolescentes âgées de 15-19(‰)</b>	<b>Indice conjoncturel de fécondité</b>
<b>Sans instruction</b>	38.7	3.4
<b>Primaire</b>	35.5	2.9
<b>Moyen</b>	13.0	2.9
<b>Secondaire et Supérieur</b>	5.3	2.4

**Source :** Rapport MICS4

#### **I-2-3-Grossesse précoce :**

La grossesse d'une fille peut changer radicalement sa vie. Elle peut être une contrainte à poursuivre ses études, ce qui contribue à réduire ses perspectives d'emploi. Elle devient aussi plus vulnérable à la pauvreté et à l'exclusion. Sa santé peut en souffrir également des complications liées à la grossesse et à l'accouchement qui constituent en effet l'une des principales causes de mortalité chez les adolescentes (Unicef).

Au regard des proportions des adolescentes ayant une naissance avant l'âge de 15 ans on note qu'elles sont nulles dans tous les espaces de programmations

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

territoriales. Ceci est un point positif pour l'Algérie puisqu'il rassure de l'absence du danger de mortalité chez les adolescentes suite à une grossesse précoce. D'autre part et en analysant les proportions des adolescentes qui ont eu des naissances avant l'âge de 18 ans, il apparait que ces proportions sont importantes par rapport aux pourcentages précédents. Leur fréquence est de 0.8 % au Nord Centre, 0.7% dans les Hauts Plateaux Centre, 0.9 % dans les Hauts Plateaux Est, et 1.3 % au Sud ce qui est considéré comme des fréquences parmi les élevés.

Le Nord-Ouest enregistre les proportions les plus élevés en ce qui concerne les naissances vivantes chez les adolescentes, celles qui sont enceintes d'un premier enfant et celles qui débutées leur vie féconde durant l'adolescence (2.3 %, 1.8% et 4 % respectivement)

Le milieu de résidence à un léger effet sur le phénomène de la grossesse précoce en Algérie, ainsi on estime des écarts de 1.4 points pour celles qui ont commencé leur vie féconde et de 0.7 points pour les femmes enceintes d'un premier enfant, ceci confirme que le mariage ainsi que la grossesse précoce sont plus exercés dans le milieu rural qu'urbain.

**Tableau N°36 : La répartition de la vie féconde des femmes selon les régions et le milieu de résidence (%).**

Espace de programmation Territoriale	femmes Agées de 15-19 ans				
	ayant déjà eu une naissance vivante	Etant enceintes d'un premier enfant	ayant commencé leur vie féconde	ayant eu naissance vivante avant l'âge de 15 ans	ayant eu naissance vivante avant l'âge de 18 ans
Nord centre	0.4	0.7	1.1	0.1	0.8
Nord Est	0.1	0.1	0.2	0.0	0.1
Nord Ouest	2.3	1.8	4.0	0.1	0.1
Hauts Plateaux Centre	1.0	0.8	1.8	0.0	0.7
Hauts Plateaux Est	1.7	0.4	2.1	0.0	0.9
Hauts Plateaux Ouest	1.7	0.8	2.5	0.0	1.0
Sud	1.2	1.1	2.4	0.1	1.3
Milieu de résidence					
Urbain	0.9	0.6	1.4	0.0	0.9
Rural	1.4	1.3	2.8	0.0	0.5

Source :Rapport MICS4

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **I-2-La fécondité des femmes âgées de 15- 49 ans :**

##### **I-2-1-La répartition des femmes âgées de 15-49 ans :**

Le tableau ci-dessus représente la répartition des femmes enquêtées âgées de 15- 49 ans, au niveau national selon l'espace de programmation territoriale et le milieu de résidence. L'enquête a touché une proportion importante de femmes résidentes dans le Nord algérien (65.3%), soit de 35.5 % du Centre, 14.7 % de l'Est et 15.3 % de l'Ouest. D'autre part 26.1 % des femmes enquêtées résidaient dans les hauts Plateaux, réparties entre le centre, l'Est et l'Ouest. Pour la région Sud, l'enquête a touché 9.6% des femmes en âge de procréer.

Concernant le milieu de résidence, l'enquête a touché 63.7 % de femmes résidentes dans le milieu urbain et 36.3 % en milieu rural.

**Tableau N°37 : La répartition des femmes âgées 15- 49 ans selon les Espaces de programmation Territoriales et le milieu de Résidence.**

<b>Espaces de programmation Territoriale</b>	<b>%</b>
Nord centre	35.3
Nord Est	14.7
Nord Ouest	15.3
Hauts Plateaux Centre	6.6
Hauts Plateaux Est	13.9
Hauts Plateaux Ouest	5.6
Sud	9.6
Total	100
<b>Milieu de Résidence</b>	
Urbain	63.7
Rural	36.3
Total	100

**Source :** calcul personnel. Base de données MICS 4.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **I-2-2-Les caractéristiques sociodémographiques des femmes âgées de 15-49 ans :**

Il ressort du tableau n°38 que presque 70 % des femmes enquêtées sont âgées de 15- 34 ans, contre 30 % des femmes au de-là de 35 ans, ce qui montre le jeune âge de cette population.

En effet, les données du tableau précédent démontrent que la moitié des femmes âgées de 15-49 ans sont mariées, contre une proportion très significative de femmes célibataires soit 7.3 %, 1.1 % des femmes divorcées et 2.4 % des veuves.

À propos de l'état de maternité, on note que parmi les femmes mariées, 86.6 % ont déjà eu des enfants contre 13.4 % qui n'ont jamais enfantées.

64.4% des femmes enquêtées ont un niveau moyen ou secondaire (33,0% et 31,4% respectivement), 17.6 % avec un niveau primaire, et 17.9 % ayant un niveau d'instruction supérieur.

Parmi les femmes mariées enquêtées âgées de 15 à 49 ans, on enregistre une grande partie ayant déjà eu des enfants, soit d'une proportion estimée à 86.6 %, contre seulement 13.4 % des femmes qui n'ont pas encore enfanté.

**Tableau N°38 : La répartition des femmes selon l'âge, la situation matrimoniale, l'état de maternité et le niveau d'instruction.**

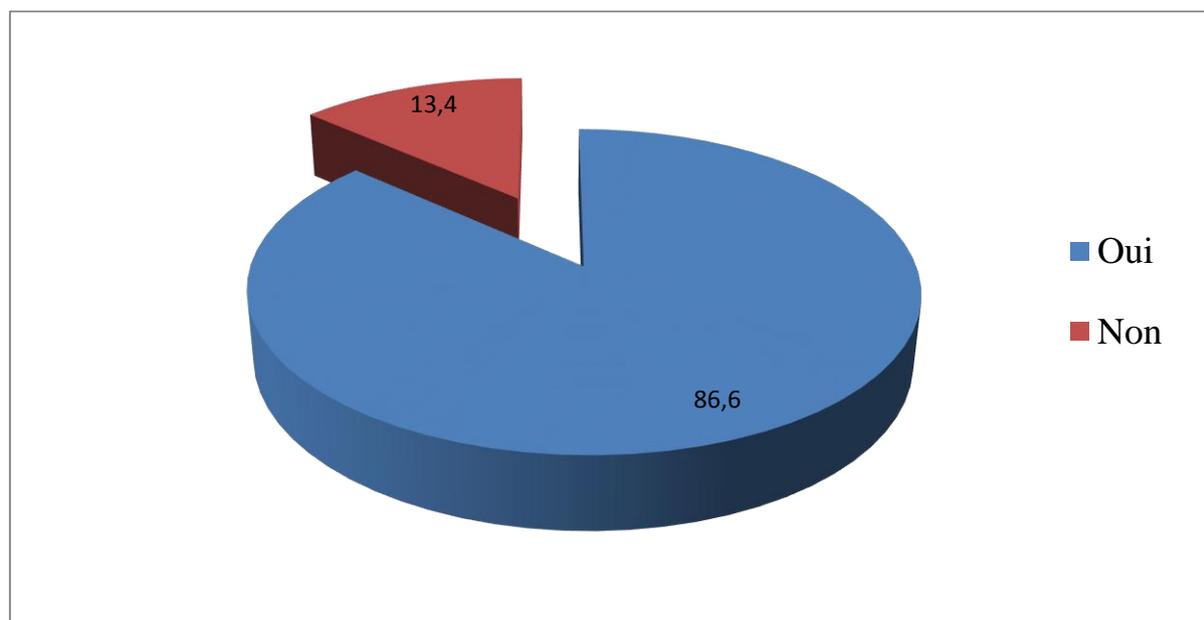
<b>Age</b>	<b>%</b>
15-19	15.9
20-24	17.6
25-29	17.9
30-34	15.7
35-39	12.6
40-44	11.0
45-49	9.3
Total	100
<b>Situation matrimoniale</b>	<b>%</b>
Actuellement Mariées	49.1
Divorcées	1.1
Veuves	2.4
Séparées	0.1
Célibataire	47.3
Total	100

### Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4

Etat de maternité	%
A déjà enfantées	86,6
N'a jamais enfantée	13,4
Niveau d'instruction	
Maternelle	0,1
Primaire	17,6
Moyen	33,0
Secondaire	31,4
Supérieur	17,9
Total	100,0

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

Figure N°31 : Répartition des femmes enquêtées selon l'état de maternité.



Source : tableau N°38.

#### II-2-3-La répartition des taux de fécondité :

L'âge au moment de la procréation est une donnée pertinente pour la santé de la reproduction. L'âge de la mère peut être particulièrement important pour l'état de santé du nourrisson et de la mère. Les âges jeunes peuvent être associés à des risques d'accouchement prématuré ou de travail dystocique. Par contre, les malformations congénitales sont liées aux grossesses des femmes aux âges les plus avancés. La mère elle-même peut subir les effets d'un âge pour une maternité tardive. Les femmes qui ont des enfants à des âges plus jeunes peuvent être moins préparées physiquement et socialement, tandis que les mères plus

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

âgées peuvent connaître de graves problèmes d'anémie ou de complications hémorragiques ( JohnStover.Sharon Kirmeyer, 2005)

Le schéma de la fécondité garde la même allure standard, qui se caractérise d'une très faible fécondité aux jeunes âges et s'accroît en fonction de l'âge pour enregistrer une concentration de fécondité à des âges qui diffèrent d'un pays et d'une période à une autre, ensuite la fécondité baisse une autre fois dans l'intervalle d'âge de 40 à 49 ans.

Le milieu de résidence à un effet sur la fécondité par âge ce qui montrent les données du tableau ci-dessus. La fécondité dans les zones rurales enregistre les taux les plus élevés par-rapport aux zones urbaines. Cette observation peut être expliquée par la part des mariages précoces en milieu rural. Au delà de cet âge (précoce) la fécondité à la même allure pour les deux milieux de résidence qui est localisée dans un intervalle de 25 à 39 ans.

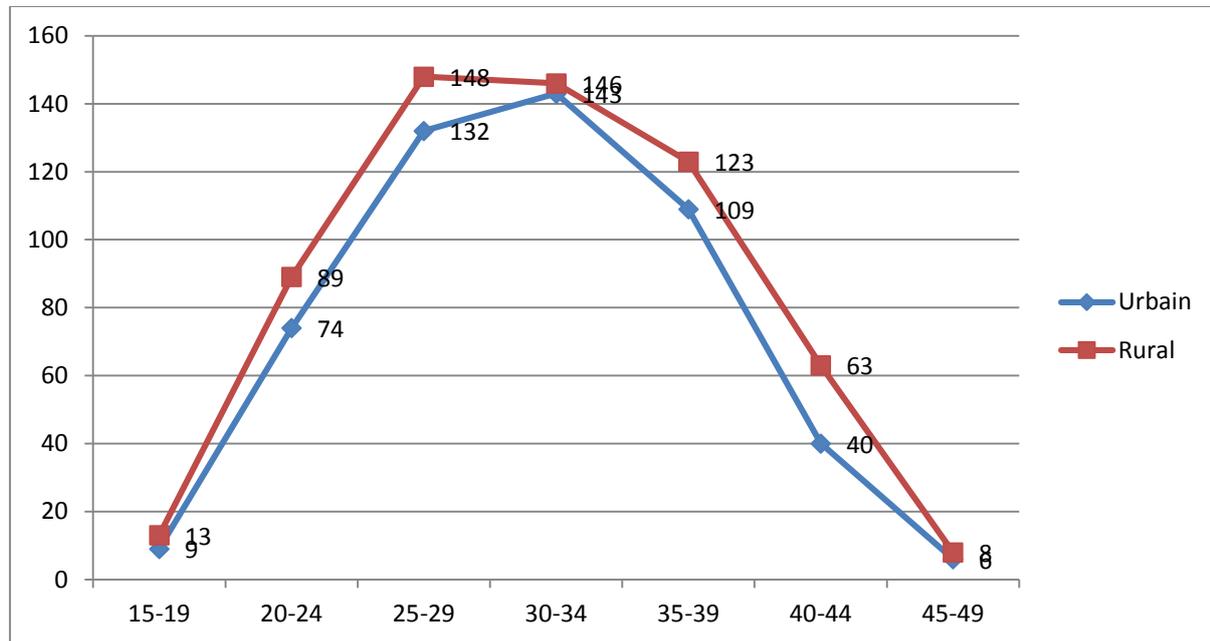
**Tableau N°39 : La répartition des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.**

Age	Urbain (‰)	Rural (‰)	Total (‰)
15-19	9	13	10
20-24	74	89	80
25-29	132	148	138
30-34	143	146	144
35-39	109	123	114
40-44	40	63	44
45-49	6	8	7
Indice Conjoncturel de fécondité ICF	2.6	2.9	2.7
Taux global de fécondité TGF	112.8	133.3	118.5

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

### Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4

Figure N°32 : La répartition des taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence.



Source : tableau N°39.

#### II-2-4- grossesse précoces :

À propos des indicateurs de grossesse précoce chez les femmes âgées de 15 à 49 ans selon l'âge quinquennal et le milieu de résidence, il est bien clair que la proportion des femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans s'accroît avec l'âge des femmes, allant de 0.8% pour le groupe d'âge 15 -19 ans à 6.4 % des femmes âgées de 45-49 ans. Cette situation s'explique par le fait que les anciennes générations sont plus affectées par les grossesses précoces. Selon le milieu de résidence, cette proportion atteint 2.3 % dans les zones rurales contre 1.9 % dans les zones urbaines, ce qui donne un écart de moins d'un demi-point (0.4 points). En ce qui concerne la proportion des femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans est très faible avec une absence de différence entre les deux milieux.

**Tableau N°40 : La répartition de la vie féconde des femmes selon l'âge et le milieu de résidence.**

Age	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans	Nombre de femme 15-49 ans	Pourcentage des femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans	Nombre de femme 20-49 ans
15-19	0.0	6133	na	Na
20-24	0.1	6781	0.8	6781
25-29	0.0	6891	0.6	6891
30-34	0.1	6050	1.4	6050
35-39	0.4	4865	2.1	4865
40-44	0.4	4231	3.4	4231
45-49	0.3	3597	6.4	3597
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	0.2	24558	1.9	20635
Rural	0.2	13989	2.3	11779

Source : Rapport MICS4

### **II-2-5- La parité des femmes âgées de 15-49 ans :**

#### **II-2-5-a- La parité selon le niveau d'instruction :**

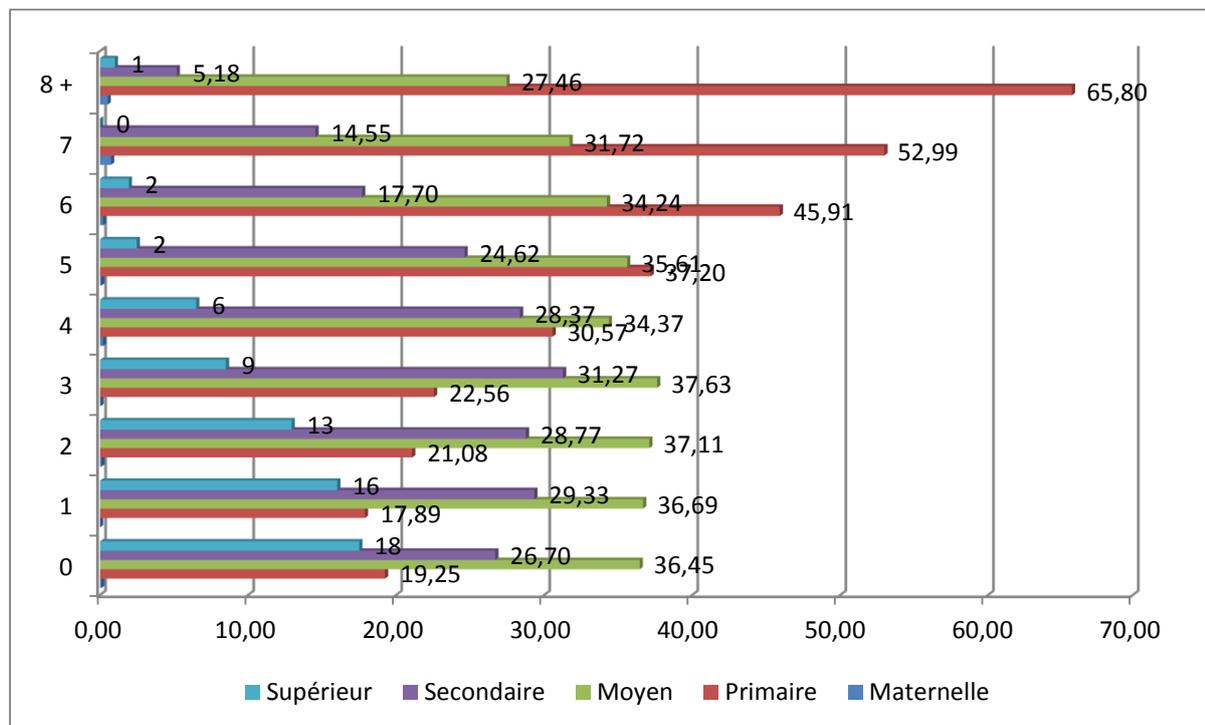
Le niveau d'instruction est une variable très importante qui a un impact direct sur les indicateurs démographiques. Les résultats du graphe n°33 qui représentent la répartition de la parité des femmes selon le niveau d'instruction et démontrent en premier lieu que les femmes ayant de grandes parités ont un niveau d'instruction primaire avec une proportion maximale de 65.80 % chez celles ayant eu plus de 8 enfants et 52.99 % pour celles avec une parité de 7 enfants. La proportion des femmes ayant un niveau d'instruction moyen ne diffère pas quelque soit leur parité.

Quand à la parité des femmes universitaires, les résultats montrent la présence d'une baisse considérable de la parité, d'où on enregistre une proportion de 18 % pour celles qui ont enfantées un enfant contre 9 % pour 3 enfants et seulement 2% pour les femmes ayant 6 enfants.

### Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4

Enfin on conclut que l'instruction de la femme a un impact sur le retard de son âge au mariage, qui fait limiter l'intervalle de la vie féconde de la femme, ainsi sa chance de procréer se diminue avec le temps.

**Figure N°33 : La répartition des taux de fécondité par âge selon le niveau d'instruction.**



Source :ANNEX, Tableau N°8

Souvent le nombre d'enfants procréés par les femmes est lié à plusieurs d'autres indicateurs, on distingue l'instruction de la femme qui est l'un des plus importants indicateurs qui conduit à avoir le nombre d'enfants voulu, suite aux résultats du tableau, on remarque une proportion importante des femmes universitaires (24%) qui n'ont pas d'enfant par rapport aux autres niveau, ce qui peut être exprimé par le problème de stérilité dû au retard du mariage des femmes instruite, et que 50% de ces femmes ont eu 2 et 3 enfants, contrairement aux femmes d'un niveau maternelle, d'où on note une proportion de 26.67% parmi eux ont plus de 6 enfants. En outre, on remarque que pour la majorité des femmes dans les différents niveaux d'instruction ont en maximum 4 enfants.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°41 : La répartition des femmes selon le nombre total des naissances et le niveau d'instruction. (%)**

La parité	Plus haut niveau d'éducation fréquenté				
	Maternelle	Primaire	Moyen	Secondaire	Supérieur
0	13,33	11,67	15,18	14,52	24
1	0,00	13,63	19,19	20,04	27,58
2	20,00	17,16	20,75	21,01	23,82
3	6,67	16,95	19,42	21,08	14,45
4	26,67	16,16	12,48	13,45	7,76
5	6,67	11,09	7,29	6,58	1,67
6	6,67	6,23	3,19	2,16	0,60
7	13,33	3,75	1,54	0,92	0,00
8 +	6,67	3,35	0,96	0,24	0,12
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**II-3-Le désir du dernier enfant des femmes âgées de 15-49 ans:**

**II-3-1-Le désir du dernier enfant selon l'âge :**

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées. Ces grossesses surviennent ont généralement suite à deux causes principales: soit le couple n'utilise pas de contraception, ou bien la méthode utilisée a échoué. Ceci peut être expliqué par le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale.([www.geep.org](http://www.geep.org))

Les résultats de l'enquête de la MICS4, ont montré qu'en Algérie, une importante proportion de couple (84.18 %) a programmée la naissance de l'enfant, contre seulement 15.82 % qui ne voulaient pas cette naissance.

En analysant l'effet de l'âge de la mère sur le désir d'en avoir un dernier enfant, nous remarquons que les femmes âgées de 25 à 34 ans enregistrent les proportions les plus élevées par-rapport à celles qui ont voulu avoir la dernière naissance, soit respectivement 28.95 % pour celles âgées entre 25-29 ans et 26.97 % pour les 30-34ans. D'autre part ce désir d'enfant baisse en avançant dans l'âge pour enregistrer seulement 0.95 % chez les femmes âgées entre 45-49 ans, ce qui peut être expliqué par le mariage tardif. De très faibles proportions sont observées chez les femmes âgées de 15-19 ans, que nous pouvons expliquer par leur faible représentation dans l'échantillon.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

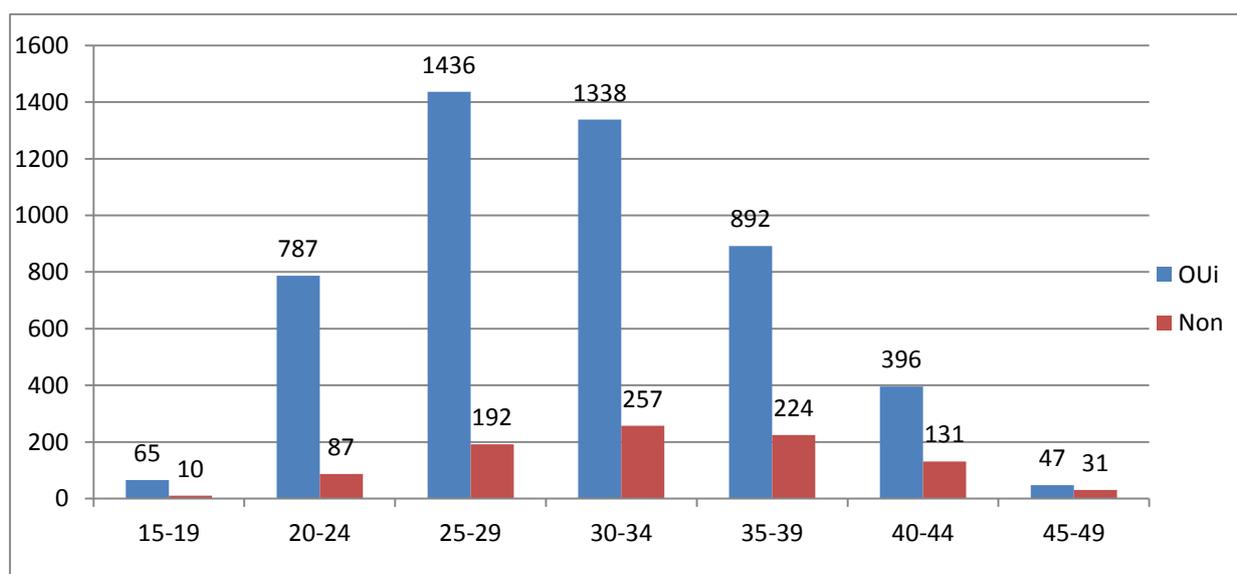
En revanche, parmi les femmes qui ne désiraient pas la dernière naissance, on estime une proportion de plus de 20 % chez celles âgées entre 25 à 35 ans parce qu'elles ont choisis l'espacement des naissances. Au-delà de 40 ans le désir d'en avoir des enfants chez les femmes est minime, ainsi on estime 14.06 % pour les femmes âgées de 40-44 ans et 3.33 % pour celles âgées entre 44-49 ans.

**Tableau N°42: La répartition des femmes selon l'âge et le désir d'avoir un dernier enfant au moment de l'enquête.**

âge de la femme	femmes qui voulaient le dernier enfant au moment de l'enquête.			
	Oui	%	Non	%
15-19	65	1,31	10	1,07
20-24	787	15,86	87	9,33
25-29	1436	28,95	192	20,60
30-34	1338	26,97	257	27,58
35-39	892	17,98	224	24,03
40-44	396	7,98	131	14,06
45-49	47	0,95	31	3,33
<b>Total</b>	<b>4961</b>	<b>100</b>	<b>932</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>84.18</b>		<b>15.82</b>	

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**Figure N°34 : La répartition des femmes selon l'âge et le désir d'avoir un dernier enfant au moment de l'enquête.**



Source : Tableau N°42

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **II-3-2-Le désir d'avoir un autre enfant dans l'avenir :**

Parmi les femmes enquêtées voulant ou pas avoir un enfant plus tard : 61.43 %, ont avouées qu'elles en veulent plus tard contre 38.57 % qui ne veulent plus en avoir d'autre enfant. Ceci s'explique par le fait qu'il y'a plus de femmes qui optent pour un espacement des naissances contre leur homologues qui choisissent la limitation du nombre d'enfants.

30.05 % des femmes voulant tarder une nouvelle naissance sont âgées de 25-29 , cette proportion passe 32.38 % chez les 30-34 ans, et qui représentent les âges de la concentration des naissances chez les femmes dans le schéma de fécondité en Algérie. En contrepartie les femmes ne voulant pas un autre enfant sont âgées de 35-39an et 40-44 ans et représentent les proportions et 37.32 % et 28.77 % respectivement. Ce résultat s'explique par le fait que après cet âge la majorité des femmes ont un nombre d'enfant suffisant pour penser à ne plus en avoir.

Pour les femmes âgées de 15 -19 ans ayant ont eu une naissance dans les deux dernière années précédentes l'enquête, on enregistre des proportions très minimes soit de 0.28 % pour la limitation des naissances et de 1.61 % pour l'espacement des naissances. De même, on remarque que les femmes au de-là de 45 ans et vu leur âge avancé les femmes pensent plus à la limitation des naissances soit 8.55 % contre 0.18 % chez celles qui veulent tarder la prochaine naissance.

**Tableau N°43: La répartition des femmes selon le désir d'avoir un enfant plus tard.**

Age de la femme	Désir d'avoir un enfant plus tard ou ne plus avoir d'autres enfants			
	Plus tard	%	Ne pas (ne plus) avoir d'enfant	%
15-19	9	1,61	1	0,28
20-24	81	14,49	3	0,85
25-29	168	30,05	20	5,70
30-34	181	32,38	65	18,52
35-39	90	16,10	131	37,32
40-44	29	5,19	101	28,77
45-49	1	0,18	30	8,55
Total	559	100	351	100
%	61.43		38.57	

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **II-3-3- Le temps souhaité à attendre pour avoir un enfant**

À propos du temps souhaité pour avoir un enfant, on note 89.45 % des femmes souhaitant attendre une période comptée en années, contre une proportion de 7.87 % souhaitant attendre une période spéciale. Cette proportion diminue à 2.68 % pour les femmes souhaitant attendre en mois pour avoir une autre naissance.

Les femmes âgées de 15-19 ans souhaitant attendre quelque mois pour accoucher de la dernière naissance en raison du début de leur vie féconde, enregistrent une proportion de 13.33 %. Elle est de 1.4 % pour celles préférant tarder la dernière naissance d'une période estimée en années

Les proportions des femmes au-delà de 20 ans et qui ont voulu attendre quelque mois pour avoir la dernière naissance, on note une proportion plus élevée concernant les âges de 35-39 ans soit de 26.67 % et de 20 % pour les âges de 20 à 29 ans. En parallèle, les femmes qui ont voulu attendre quelque années pour avoir le dernier enfant, leur proportion est estimées à 31.2 % et de 34 % respectivement pour les âges de 25-29 ans et 30-34 ans.

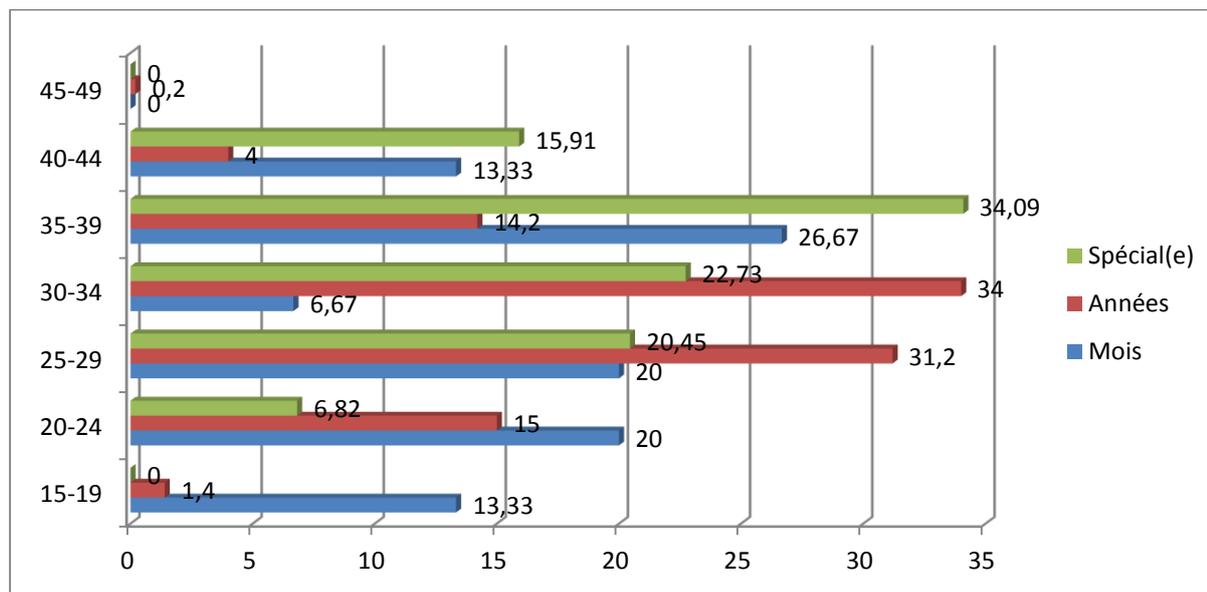
**Tableau N°44 : La répartition des femmes selon le temps souhaité à en avoir un enfant.**

Age	Temps souhaité à attendre pour avoir un enfant		
	Mois	Années	Spécial(e)
15-19	13,33	1,4	0
20-24	20	15	6,82
25-29	20	31,2	20,45
30-34	6,67	34	22,73
35-39	26,67	14,2	34,09
40-44	13,33	4	15,91
45-49	0	0,2	0
Total	100	100	100
%	2,68	89,45	7,87

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Figure N°35 : La répartition des femmes selon l'âge le temps souhaité à en avoir un enfant.**



Source : Tableau N°44

**II-3-4-Le désir d'avoir le dernier enfant et le total des naissances :**

Le nombre d'enfants a un effet très pertinent avec les réponses des femmes enquêtées sur le vouloir d'avoir des enfants ou pas. Les résultats du tableau n°45 révèlent que les proportions des femmes qui veulent avoir un enfant à ce moment se décroissent en fonction que le nombre de leur enfants s'élève. Une proportion de 32.01 % est enregistrée chez les femmes ayant une descendance d'un enfant et de 25.30 % pour celles ayant 2 enfants. Une baisse continue est observée chez les femmes ayant plus de 8 enfants (1.33 %).

En parallèle, les femmes qui ne voulaient pas d'enfant au moment de l'enquête, enregistrent des proportions importantes. Concernant les femmes d'une descendance comprise entre 2 et 4 enfants leur proportions ne dépassent pas les 22 % (22.10 %, 20.06 % et de 19.64 % respectivement), en parallèle on enregistre une proportion moyenne de 6 % au-delà de 6 enfants, et de même que pour les femmes ayant seulement 1 enfant on estime une proportion de 6.44 %. Cependant, il faut noter que le vouloir d'avoir un enfant en plus diminue avec l'augmentation de la descendance de la femme, ce qui illustre la baisse de la fécondité.

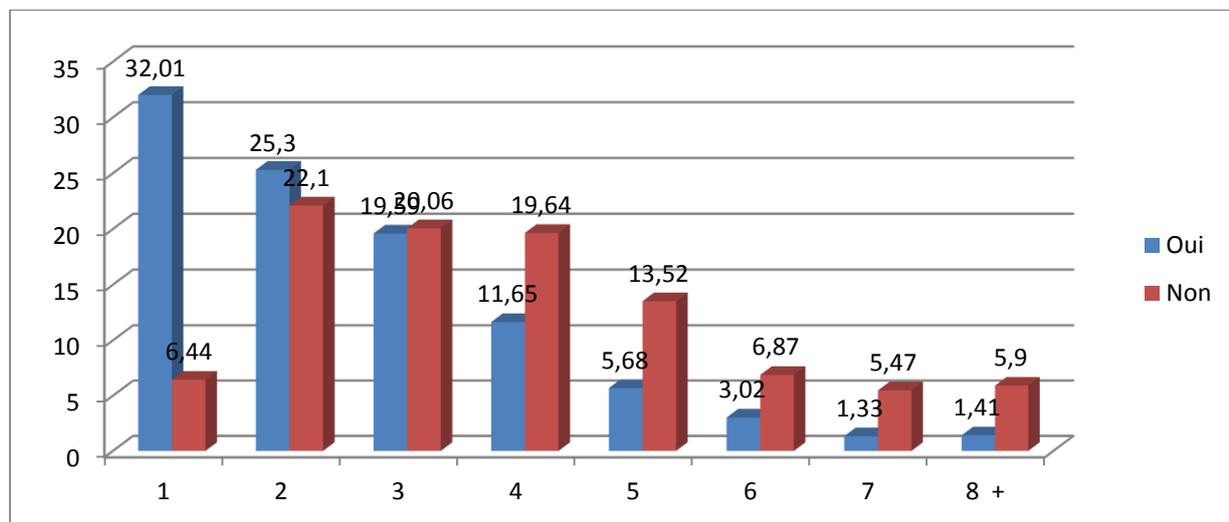
**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°45 : La répartition des femmes selon le total des naissances et le désir d'avoir le dernier enfant au moment de l'enquête.(%)**

	Le total des naissances								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8 +	
<b>Oui</b>	32,01	25,30	19,59	11,65	5,68	3,02	1,33	1,41	100
<b>Non</b>	6,44	22,10	20,06	19,64	13,52	6,87	5,47	5,90	100
<b>ND</b>	18,82	23,53	24,71	9,41	10,59	4,71	1,18	7,06	100
<b>Total</b>	27,84	24,77	19,74	12,86	6,98	3,65	1,97	2,19	100

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**Figure N°36 : La répartition des femmes selon le nombre d'enfant et le vouloir d'avoir le dernier enfant au moment de l'enquête.(%)**



Source : Tableau N°45.

## II-4-La contraception

### II-4-1-La prévalence contraceptive selon l'espace de programmation territoriale et le milieu de résidence :

La planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. On estime à 214 millions de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception. (OMS, 2018)

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

Les résultats du tableau N°46 confirme ces indications vu que 42.9 % des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive contre 57.1% des femmes qui l'utilisent, d'où une baisse de la prévalence de la contraception de 4.3 % entre 2006(MICS 3) et 2013(MICS 4). La répartition de la prévalence contraceptive par région et selon la méthode utilisée, a montré que le sud algérien prend la première place de la non utilisation de la contraception avec une proportion de 50.8 %, la seconde place revient au aux Hauts Plateaux Centre (48.4 %). La pilule est le

moyen contraceptif le plus utilisé puisque plus de la moitié des femmes mariées du Nord l'utilisent (50.7 % au aux hauts Plateaux et 50.2 % au Nord Ouest) cela peut être expliqué par la facilité se l'avoir et par l'image de la pilule chez les femmes algériennes à travers les années. La région Sud quant à elle enregistre une proportion de 26.6 % qui est considérée comme faible contre une utilisation remarquable de la MAMA (3.8 %), de l'Abstinence périodique (3.6 %) et du Retrait (9.8%) comparée à la moyenne nationale et aux autres régions.

Concernant le milieu de résidence, il est à signaler que les femmes résidentes dans le milieu rural utilisent plus la pilule que celles résidentes dans le milieu urbain, soient un écart de 3 % et un écart de 1.6 % entre celles qui n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Les autres méthodes enregistrent des proportions faibles suite au manque d'information et la non-accessibilité au centre de protection de la mère et l'enfant ainsi que la crainte de leur utilisation particulièrement pour le DIU.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°46 : Les proportions des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon les régions et le milieu de résidence.**

	Pourcentage des femmes actuellement mariées utilisant													
	N'utilise pas une méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Solution injectable	Implant	Pilule	Préservatif pour hommes	Préservatif pour femmes	Diaphragme/Mouse/Ge	MAMA	Abstinence périodique	Retrait	Autre
<b>Nord</b>	<b>41.3</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0</b>	<b>2.7</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>40.3</b>	<b>2.7</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>1.6</b>	<b>5.3</b>	<b>5.3</b>	<b>0.0</b>
<b>Centre</b>														
<b>Nord Est</b>	<b>44.4</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0</b>	<b>1.9</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>42.1</b>	<b>1.5</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>1.5</b>	<b>6.0</b>	<b>1.8</b>	<b>0.0</b>
<b>Nord Ouest</b>	<b>41.4</b>	<b>0.9</b>	<b>0.0</b>	<b>2.0</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>	<b>50.2</b>	<b>0.9</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>1.1</b>	<b>2.1</b>	<b>0.9</b>	<b>0.1</b>
<b>Hauts Plateau x Centre</b>	<b>48.4</b>	<b>0.2</b>	<b>0.0</b>	<b>0.8</b>	<b>0.0</b>	<b>0.2</b>	<b>46.6</b>	<b>0.7</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0</b>
<b>Hauts Plateau x Est</b>	<b>39.1</b>	<b>0.6</b>	<b>0.0</b>	<b>2.2</b>	<b>0.0</b>	<b>0.2</b>	<b>49.3</b>	<b>1.7</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>1.0</b>	<b>2.7</b>	<b>3.0</b>	<b>0.2</b>
<b>Hauts Plateau x Ouest</b>	<b>43.6</b>	<b>0.3</b>	<b>0.0</b>	<b>1.6</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>50.7</b>	<b>0.6</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>1.8</b>	<b>1.1</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>
<b>Sud</b>	<b>50.8</b>	<b>0.2</b>	<b>0.0</b>	<b>2.3</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>26.6</b>	<b>2.6</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>3.8</b>	<b>3.6</b>	<b>9.8</b>	<b>0.1</b>
<b>Milieu de résidence</b>														
<b>Urbain</b>	<b>42.3</b>	<b>0.6</b>	<b>0.0</b>	<b>2.9</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>41.9</b>	<b>2.5</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>1.6</b>	<b>4.2</b>	<b>3.8</b>	<b>0.0</b>
<b>Rurale</b>	<b>43.9</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0</b>	<b>1.1</b>	<b>0.1</b>	<b>0.0</b>	<b>44.9</b>	<b>0.9</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>1.8</b>	<b>3.3</b>	<b>3.5</b>	<b>0.1</b>

Source : Rapport MICS4

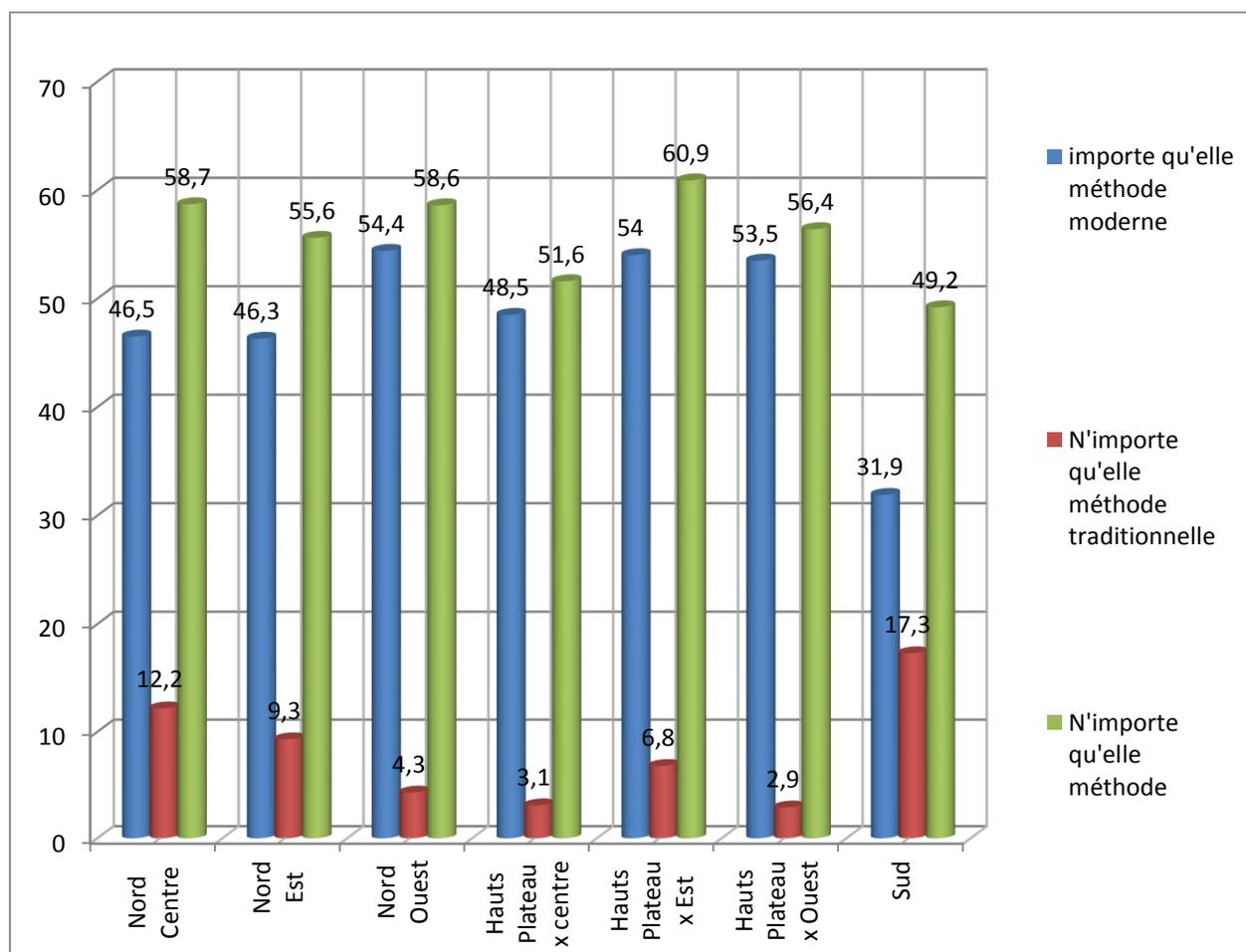
## Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4

### II-4-2-La prévalence contraceptive selon la méthode et les EPT :

Les résultats de la figure démontrent que 47.9% des femmes enquêtées utilisent la contraception moderne contre seulement 9.2 % qui utilisent les méthodes traditionnelles.

Dans le Nord Algérien, les proportions des femmes qui utilisent les méthodes modernes par EPT sont presque identiques quelque soit la région. Elles sont comprises entre 46.3 % et 54.4%. La région du Sud enregistre la plus faible proportion de l'utilisation des méthodes moderne soit 31.9 %, par contre c'est dans le sud qu'on enregistre la proportion la plus élevée de l'utilisation des méthodes traditionnelles (17.3%) et seulement 2.9% notée aux haut Plateaux Ouest.

**Figure N°37 : Répartition des proportions des femmes actuellement mariées selon le type de contraception et la région.**

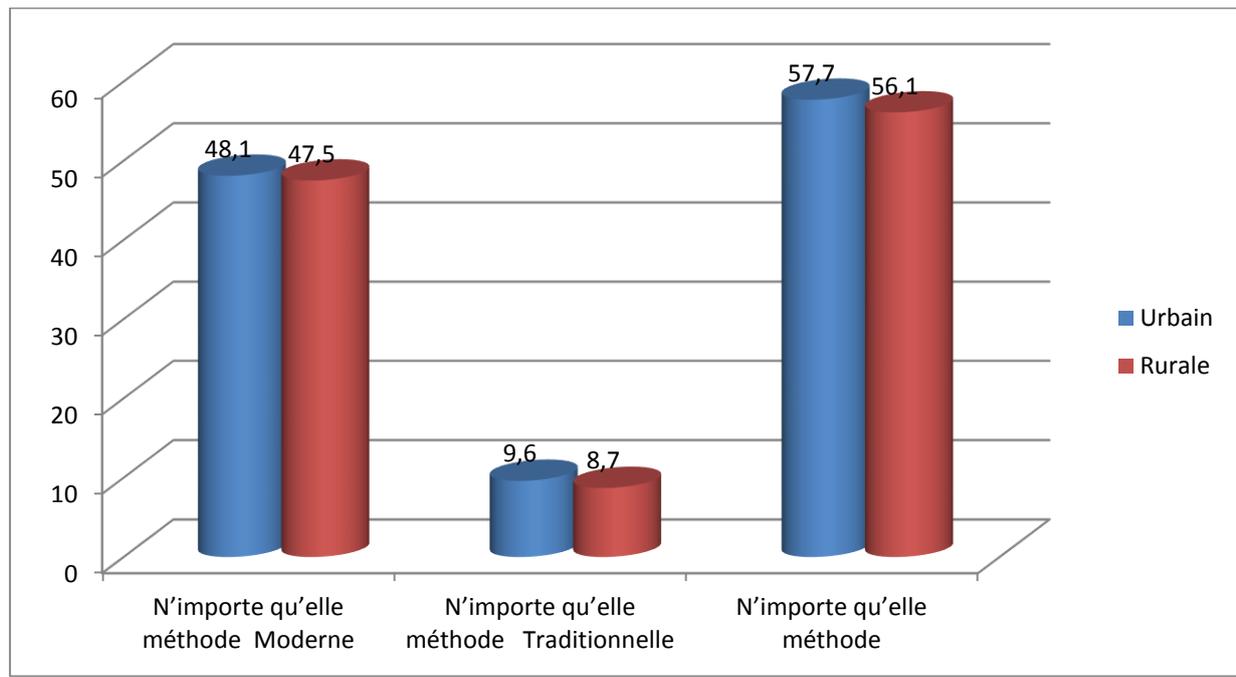


Source :ANNEX, Tableau N°9

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

Les femmes mariées au moment de l'enquête enregistrent une prévalence contraceptive importante quel que soit le milieu de résidence, et quel que soit la méthode utilisée avec une très faible différence entre les deux milieux.

**Figure N° 38: Répartition de la proportion des femmes actuellement mariées selon le type de contraception et le milieu de résidence.**



**Source :ANNEX, Tableau N°9.**

#### **II-4-3-La prévalence contraceptive selon l'âge de la femme et la méthode:**

La pratique de la contraception s'accroît en fonction de l'âge des femmes jusqu'à l'âge de 40 ans. Au delà de cet âge, une baisse est observée en raison de la fin de la vie féconde des femmes.

Contrairement aux femmes qui utilisent des méthodes contraceptives, l'évolution des proportions de celles qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, on observe une baisse en fonction de l'âge. Les femmes mariées âgées de 15-19 ans enregistrent une proportion très remarquable (71.3 %) du fait de leur envi d'avoir des enfants au début de leur vie féconde contre 54.8 % pour celles âgées de 20-24 ans puisque après le premier enfant la majorité des femmes préfèrent espacer leurs naissances. Ces proportions continuent vers la baisse jusqu'à 40-44 ans. A 45-49 ans on estime une proportion un peu élevée (57.5 %) de femmes qui n'utilisent aucune contraception.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°47 : La répartition des femmes actuellement mariées utilisant la contraception selon l'âge.**

		Pourcentage des femmes actuellement mariées utilisant												
Age des femmes	N° utilise pas une méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Solution injectable	Implante	Pilule	Préservatif pour hommes	Préservatif pour femmes	Diaphragme/Mouse/Gel	MAMA	Abstinence périodique	Retrait	Autre
15-19	71.3	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4	26.1	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.3	0.0
20-24	54.8	0.0	0.0	0.6	0.0	0.1	37.3	1.1	0.0	0.0	1.5	2.1	2.4	0.0
25-29	44.2	0.0	0.0	1.2	0.0	0.3	44.2	1.5	0.0	0.0	2.2	3.3	3.1	0.0
30-34	37.6	0.1	0.0	2.5	0.1	0.1	48.0	2.2	0.0	0.0	2.2	3.2	3.8	0.1
35-39	33.0	0.3	0.0	2.7	0.1	0.2	50.7	1.8	0.0	0.0	2.2	4.5	4.3	0.0
40-44	36.5	1.2	0.0	3.3	0.2	0.0	45.4	2.6	0.0	0.1	1.3	5.0	4.4	0.1
45-49	57.5	1.5	0.0	2.3	0.2	0.1	28.2	1.6	0.1	0.0	0.1	4.6	3.6	0.2

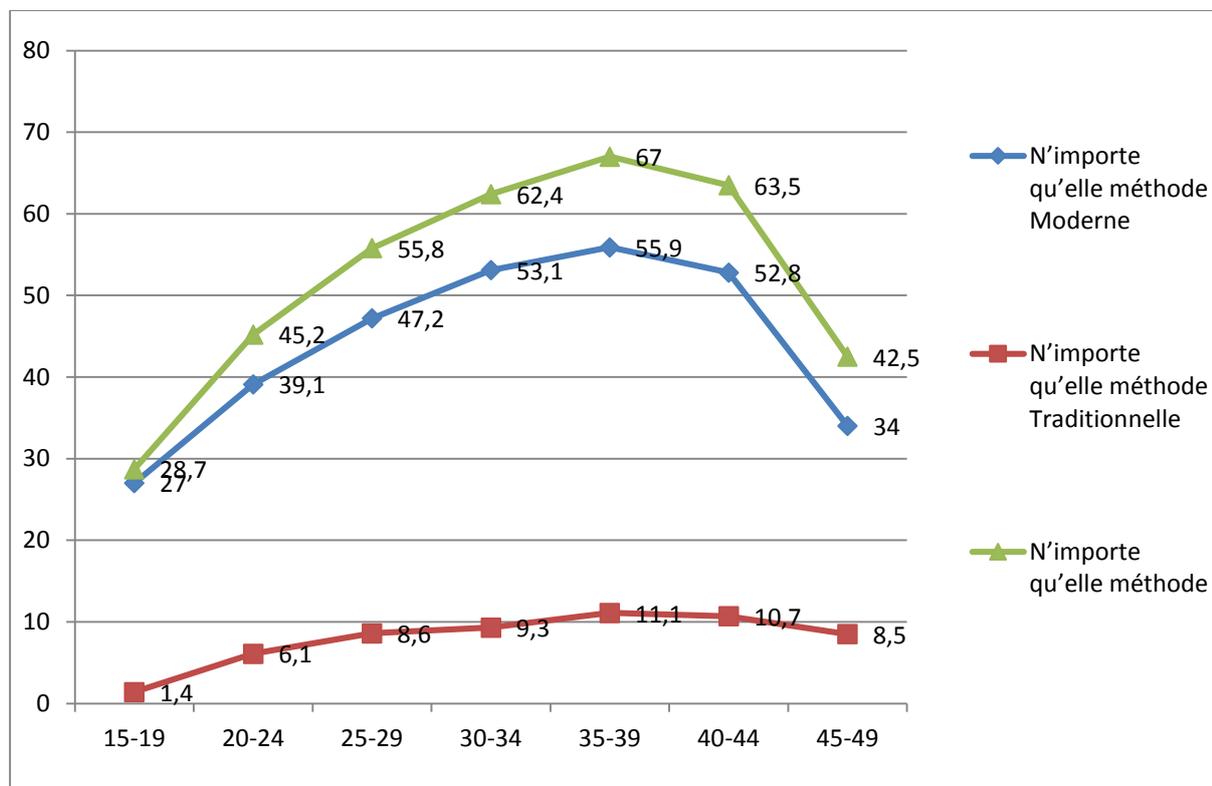
Source : Rapport MICS4.

L'allure la courbe représentant la répartition des proportions des femmes contraceptantes selon la méthode utilisée est la même quelque soit la méthode. Elle prend son minimum les jeunes femmes âgées de 15-19 ans et 20-24 ans (27.0% et 39.1%, respectivement) pour les méthodes modernes, de 1.6% et 6.1% pour les méthodes traditionnelles, et enfin 28.7% et 45.2% pour l'utilisation de n'importe qu'elle méthode. Ces proportions augmentent en avançant dans l'âge. Une concentration de l'utilisation contraceptive est observée à l'âge de 35-39 ans soit 55.9% pour les méthodes modernes, 8.5% pour les méthodes traditionnelles et de 42.5% pour l'utilisation de n'importe qu'elle méthode. D'autre part la prévalence de la contraception enregistre une baisse au dernier groupe d'âge (45-49 ans) quelque soit la méthode.

Comme il a été signalé auparavant l'utilisation des méthodes modernes est toujours la plus fréquente.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Figure N°39: Répartition des femmes actuellement mariées selon l'utilisation des types de la contraception et l'âge.**



Source : ANNEX, Tableau N°10

**II-4-4-La prévalence contraceptive selon le nombre d'enfants et le niveau d'instruction de la femme :**

Le nombre d'enfants des femmes mariées influe évidemment sur l'utilisation de la contraception puisque 97.2% des femmes qui n'ont pas d'enfant n'utilisent aucune méthode contraceptive, pour la seule raison qu'elles désirent avoir des enfants. Les proportions des femmes qui n'utilisent pas des moyens contraceptifs diminuent en fonction que le nombre d'enfants augmente. En estime une proportion de 44.7% pour celles qui ont un enfant, de 33.9% et de 28.4% pour celles qui ont respectivement 2 et 3 enfants. D'autre part, il faut signaler que cette proportion est plus élevée chez les femmes ayant 4 enfants et plus, cela peut être expliqué par le fait que la femme ou même le couple ayant eu un nombre idéal d'enfants cherche à planifier leur taille de ménage.

En revanche, les résultats du tableau n°48 indiquent que les femmes universitaires qui n'utilisent pas la contraception enregistrent une proportion importante soit 45.3% qui peut être liée à leur mariage tardif contre une proportion de 47.6% pour celles sans instruction.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

En examinant le choix des différentes méthodes contraceptives, nous remarquons que la pilule est la méthode la plus choisie.

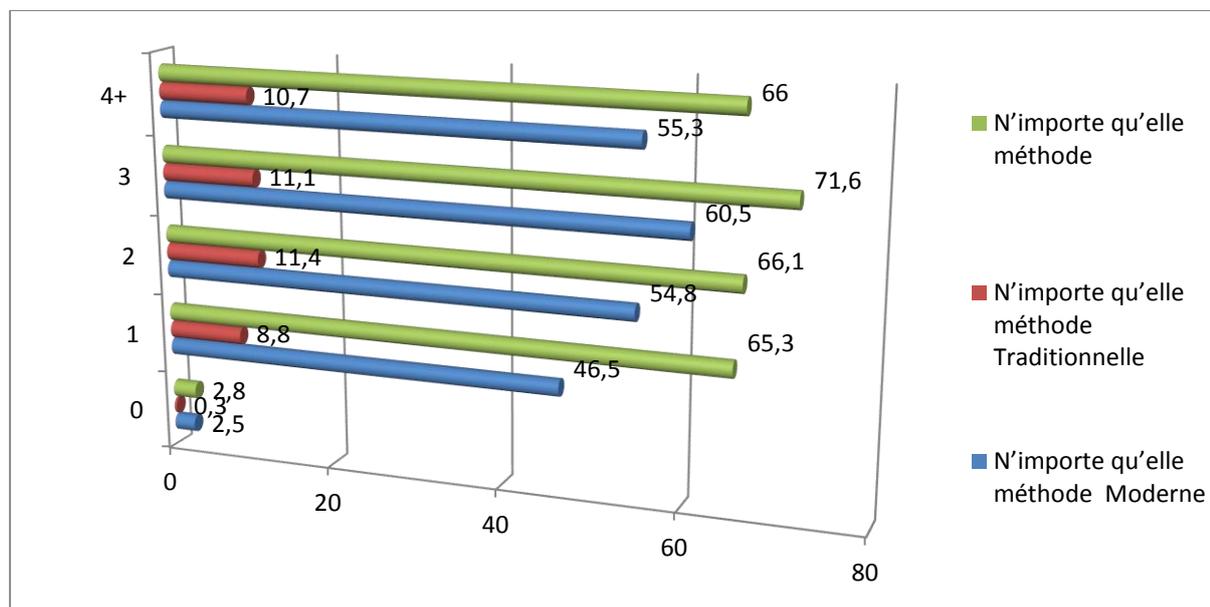
**Tableau N°48 : Répartition des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon le nombre de naissances vivantes et le niveau d'instruction.**

Pourcentage des femmes actuellement mariées utilisant														
	N'utilise pas une méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Solution injectable	Implante	Pilule	Préservatif pour hommes	Préservatif pour femmes	Diaphragme/Mouse/Gel	MAMA	Abstinence périodique	Retrait	Autre
<b>0</b>	97.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0
<b>1</b>	44.7	0.0	0.0	0.8	0.0	0.4	43.8	1.4	0.0	0.0	2.1	3.6	3.0	0.0
<b>2</b>	33.9	0.4	0.0	2.3	0.1	0.1	49.5	2.3	0.0	0.0	1.8	4.5	5.0	0.1
<b>3</b>	28.4	0.6	0.0	3.8	0.0	0.2	53.1	2.6	0.1	0.0	1.6	5.4	4.0	0.0
<b>4 +</b>	34.0	1.1	0.0	2.8	0.3	0.1	48.9	2.1	0.0	0.1	2.0	4.1	4.4	0.1
Niveau d'instruction de la femme														
<b>Sans instruction</b>	47.6	0.5	0.0	0.9	0.1	0.1	44.0	0.3	0.0	0.0	1.7	2.7	2.0	0.1
<b>Primaire</b>	42.9	0.5	0.0	1.4	0.1	0.1	45.0	1.1	0.0	0.1	1.7	2.9	4.0	0.1
<b>Moyen</b>	41.3	0.5	0.0	2.9	0.1	0.0	43.9	1.8	0.0	0.0	1.8	3.6	4.0	0.0
<b>Secondaire</b>	39.4	0.5	0.0	3.0	0.1	0.4	42.4	2.9	0.0	0.1	1.4	5.3	4.5	0.0
<b>Supérieur</b>	45.3	0.7	0.0	2.5	0.0	0.2	35.2	4.7	0.0	0.0	1.2	6.0	4.0	0.2

Source : Rapport MICS4

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

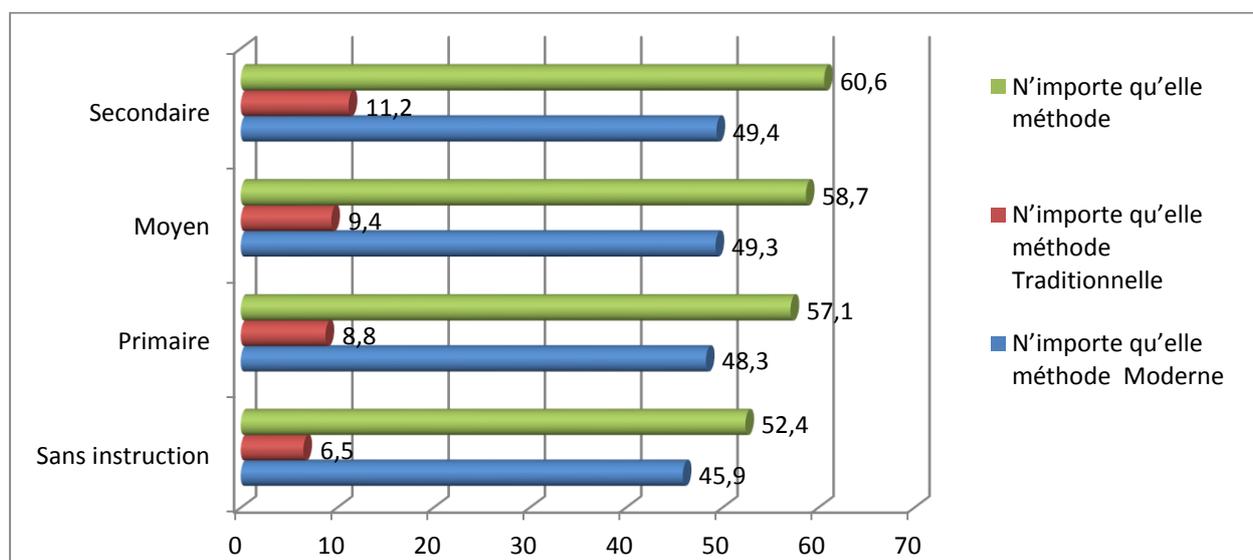
**Figure N°40 : La répartition des femmes actuellement mariées selon le type de contraception utilisé et le nombre d'enfants.**



Source : ANNEX, Tableau N°10.

De même que pour le choix des femmes de la méthode contraceptive, les méthodes modernes sont toujours les plus favorisées par-rapport aux méthodes traditionnelles, quelque soit le nombre d'enfants atteint, dont plus de 50% des femmes ayant plus de 2 enfants l'utilisent. La prévalence de la contraception des méthodes traditionnelles est quasi- nulle pour les femmes qui non pas d'enfants.

**Figure N°41 : La répartition des femmes actuellement mariées selon le type de méthode contraceptive utilisée et le niveau d'instruction.**



### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

**Source : ANNEX, Tableau N°10.**

#### **II-4-5- Les causes du non utilisation de la contraception et l'âge de la femme :**

Le tableau ci- dessus montre les différentes causes empêchant la femme à ne pas utiliser un moyen contraceptif particulièrement avec la baisse de la prévalence contraceptive enregistrée à travers les différentes enquêtes nationales.

L'étude de la prévalence contraceptive selon l'âge des femmes, montre que la proportion la plus élevée des non utilisatrices est enregistrée chez les femmes

âgées entre 45-49 ans (28.45 %). Les femmes à cet âge n'utilisent pas la contraception suite à leur ménopause ou bien parce qu'elles ne sont pas fécondent (85.51 % et 40.76 % respectivement).

Concernant les femmes qui n'utilisent pas la contraception à cause de leur désir d'avoir d'enfants, on note que 22.86 % parmi elles sont âgées de 25-29 ans contre 19.50 % et 17.50 % pour celles âgées de 30-34 ans et de 35-39 ans respectivement, qui correspond à l'âge de la concentration de la fécondité. Les femmes âgées de 45-49 ans enregistrent la prévalence la plus faible avec seulement 6.26 %.

D'autres raisons influent sur l'utilisation de la contraception, parmi eux nous pouvons citer l'opposition au planning familiale, le désaccord du marie, la crainte des effets secondaires, la difficulté de les obtenir et le cout élevé de la contraception, on observe une augmentation des proportions au de là de 40 ans.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°49 : La répartition des femmes selon l'âge et les causes du non utilisation de la contraception.**

Cause du non utilisation de la contracep	Age des femmes							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Désir d'un enfant	3,62	14,91	22,86	19,81	17,50	15,03	6,26	100
Opposition au planning familial	1,53	6,63	13,78	10,20	19,39	26,53	21,94	100
Désaccord du mari	0,88	5,26	11,40	15,79	14,04	23,68	28,95	100
Peur des effets secondaires	0,57	2,56	5,97	16,76	13,64	27,56	32,95	100
Difficile à obtenir	0	3,33	6,67	13,33	20	26,67	30	100
Coût élevé	0	7,14	7,14	7,14	21,43	28,57	28,57	100
Difficile à utiliser	0	0	5	10	15	50	20	100
Fataliste/ selon la volonté de Dieu	0,63	1,69	7,61	9,51	13,32	28,54	38,69	100
Ménopausée	0	0	0	0,10	0,60	13,79	85,51	100
Non féconde	0	1,36	2,72	8,42	15,76	30,98	40,76	100
N'apprécie pas les méthodes existantes	2,05	17,12	15,07	17,12	18,49	17,12	13,01	100
En aménorrhée	1,59	11,90	17,20	21,43	19,58	17,72	10,58	100
Autre (à préciser)	0,67	6,50	14,80	17,94	19,28	21,52	19,28	100
Manquant	1,37	10,96	16,44	13,70	9,59	16,44	31,51	100
<b>Total</b>	<b>1,82</b>	<b>8,48</b>	<b>13,76</b>	<b>14,21</b>	<b>14,24</b>	<b>19,04</b>	<b>28,45</b>	<b>100</b>

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

#### **II-4-6-Les causes du non utilisation de la contraception et le nombre d'enfants :**

Concernant l'examen des causes principales qui empêchent les femmes à utiliser la contraception selon le nombre d'enfant, on note que 49.51 % des femmes qui désirent avoir un enfant et qui n'ont pas déjà enfanté. la proportion des femmes qui n'utilise pas la contraception suite à un désaccord avec mari enregistre une proportion de 20.18 % pour celles ayant 4 enfants, cette dernière est tout à fait nulle chez les femmes ayant moins de 3 enfants. La difficulté de l'utilisation de la contraception est beaucoup plus marquée chez les femmes ayant 7 enfants.

Les données ont montré que l'influence de la ménopause sur la non-utilisation de la contraception chez les femmes ayant entre 4 à 5 enfants est de 20.28 % et 18.78 % respectivement. Il faut signaler que la proportion des femmes qui n'ont jamais enfanté qui n'utilisent pas la contraception suite à leur infertilité est de 34.24 %.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°50 : La répartition des femmes selon le total des naissances et la cause principale de ne pas utiliser une méthode contraceptive. (%)**

	Total des naissances									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8 et +	
<b>Désire un enfant</b>	49,51	19,56	14,33	9,18	4,24	2,10	0,45	0,33	0,29	100
<b>Opposition au planning familial</b>	10,20	11,22	14,29	17,86	17,86	10,71	8,16	1,53	8,16	100
<b>Désaccord du mari</b>	7,02	15,79	12,28	17,54	20,18	12,28	5,26	3,51	6,14	100
<b>Peur des effets secondaires</b>	1,70	7,39	15,06	21,59	18,75	13,35	8,81	7,67	5,68	100
<b>Difficile à obtenir</b>	13,33	10,00	13,33	13,33	13,33	3,33	10,00	6,67	16,67	100
<b>Coût élevé</b>	0	7,14	21,43	14,29	28,57	21,43	0,00	0,00	7,14	100
<b>Difficile à utiliser</b>	0	0	0	15	15	15	10	40	5	100
<b>Fataliste/ selon la volonté de Dieu</b>	2,96	8,46	12,68	16,70	13,11	15,22	11,63	7,61	11,63	100
<b>Ménopausée</b>	2,60	3,00	6,39	13,59	20,28	18,78	12,39	10,39	12,59	100
<b>Non féconde</b>	34,24	7,61	11,68	8,97	11,68	7,88	7,88	4,62	5,43	100
<b>N'apprécie pas les méthodes existantes</b>	30,82	19,18	10,27	13,01	8,90	8,22	6,16	1,37	2,05	100
<b>En aménorrhée</b>	12,70	14,02	16,14	19,05	14,55	8,47	7,41	3,44	4,23	100
<b>Autre (à préciser)</b>	5,38	14,57	17,49	18,83	16,37	10,31	6,73	3,81	6,50	100
<b>Manquant</b>	28,77	17,81	13,70	10,96	10,96	5,48	5,48	4,11	2,74	100
<b>Total</b>	25,57	13,28	12,93	13,15	11,51	8,66	5,76	4,04	5,10	100

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

Les données du tableau n° et la figure n° montrent que la décision commune du couple concernant l'utilisation de la contraception prend la première place avec une proportion égale à 47 %, ce qui nous permet de confirmer que la communication à l'intérieur du couple algérien à propos de la planification familiale existe. En parallèle, 34 % des femmes ont décidé elles-mêmes d'utiliser une méthode contraceptive, ce qui montre que la femme est la plus concerné par cette décision.

Le tableau précédent a montré que l'âge de la femme à un impact sur la discision de l'utilisation de la contraception. Les résultats du tableau N° présentent des similarités des proportions entre les âges selon les différentes modalités.

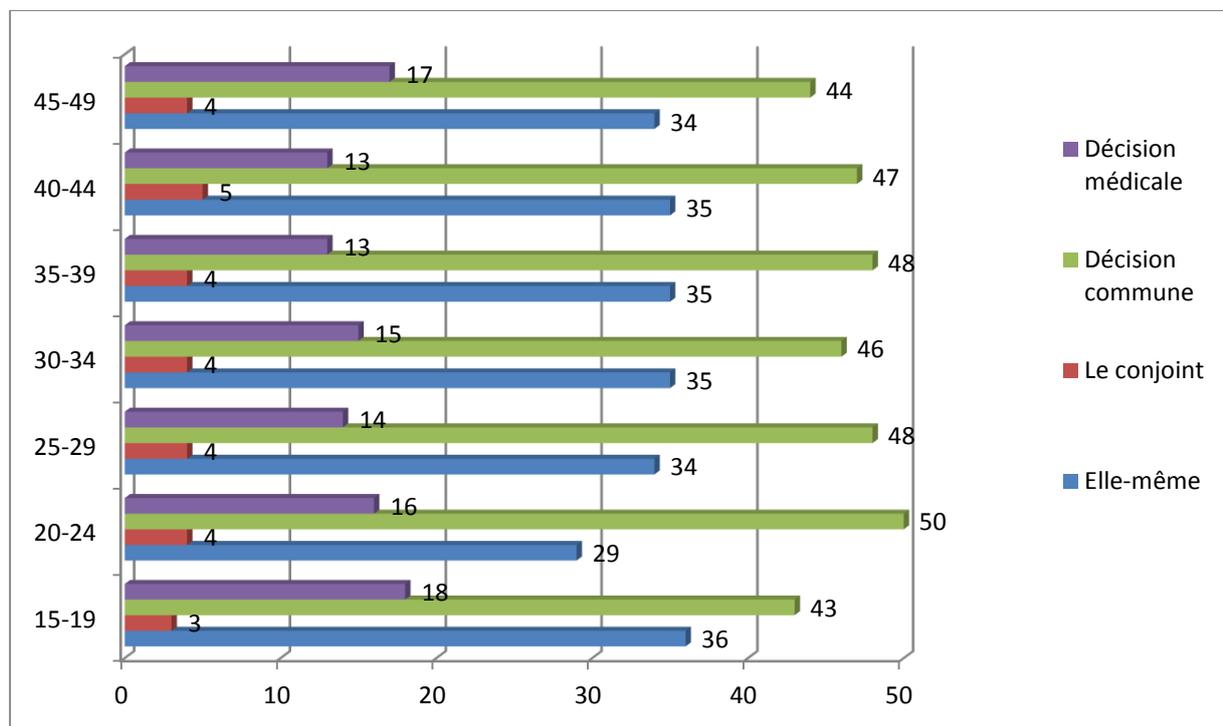
**Tableau N°51 : La répartition des femmes selon l'âge et la décision de l'utilisation de la contraception.**

Age	Actuellement qui a décidé de l'utilisation de la contraception ?				Total
	Elle-même	Le conjoint	Décision commune	Décision médicale	
<b>15-19</b>	36	3	43	18	100
<b>20-24</b>	29	4	50	16	100
<b>25-29</b>	34	4	48	14	100
<b>30-34</b>	35	4	46	15	100
<b>35-39</b>	35	4	48	13	100
<b>40-44</b>	35	5	47	13	100
<b>45-49</b>	34	4	44	17	100
<b>Total</b>	34	4	47	14	100

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

### Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4

Figure N°42 : La répartition des femmes selon l'âge et la décision de l'utilisation de la contraception.



Source :Tableau N°51.

#### II-5-Les besoins non satisfaits en matière de reproduction :

##### II-5- 1-Les besoins non satisfaits selon les EPT et le milieu de résidence :

Les besoins non satisfaits en matière de contraception (ou planification familiale) se réfèrent aux femmes fécondes n'utilisant aucune méthode contraceptive mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance (espacement) ou qui souhaitent arrêter complètement de procréer (limitation). Le besoin non satisfait est identifié dans l'enquête MICS 4 à travers une série de questions visant à découvrir les comportements actuels et les préférences ayant trait à l'usage de contraceptifs et à la fécondité. (Rapport MICS4, 2015, p132)

D'après le tableau ci-dessus, on observe qu'en général, les besoins en matière de contraception sont satisfaits, avec 60.9 % dans les hauts Plateau Est soit la proportion la plus élevée et avec une proportion de 51% à 59% dans les autres EPT et seulement 49.2 % au Sud.

Concernant les besoins en matière d'espacement et de la limitation des naissances on enregistre une satisfaction d'une manière presque équitable avec une moyenne de 28.88 % avec des écarts entre 2 % et 4 % à travers la région ouest. A propos des Hauts Plateaux Est et Ouest on estime des proportions d'une moyenne de 29.3 % et d'un écart de 4.7% et de 5.7 %. On marque la satisfaction

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

des besoins en matière d'espacement des naissances la plus importante soit de 35 % et en parallèle une satisfaction des besoins en matière de limitation des naissances la plus faible est de 16.7 % suivie par le Sud d'une proportion de 17.4 %, ce qui affirme la supériorité de l'indice synthétique de fécondité au niveau des 2 régions.

En contrepartie, la non satisfaction des besoins en matière de contraception total est enregistré beaucoup plus moindre, allant de 4.4 % au Nord-Ouest à 10.7 % aux Les Hauts Plateaux Centre et au Sud. Et enfin on peut signaler qu'il n'y a pas de différence significative des résultats entre le milieu urbain et le rural.

**Tableau N°52 : La répartition des femmes selon leur**

	Besoins satisfait en matière de contraception – Pour l'espacement	Besoins satisfait en matière de contraception – Pour la limitation	Besoins satisfait en matière de contraception -Total	Besoins non satisfait en matière de contraception – Pour l'espacement	Besoins non satisfait en matière de contraception – Pour la limitation	Besoins non satisfait en matière de contraception – Total	Pourcentage de demandes de contraception satisfaites
<b>Nord Centre</b>	30.5	28.5	58.9	4.1	2.1	6.2	90.5
<b>Nord Est</b>	25.6	30.0	55.7	6.1	2.6	8.7	86.6
<b>Nord Ouest</b>	28.9	29.8	58.7	2.8	1.6	4.4	93.1
<b>Hauts Plateau Centre</b>	35.0	16.7	51.7	7.9	2.8	10.7	82.9
<b>Hauts Plateau Est</b>	33.3	27.6	60.9	4.7	1.6	6.3	90.6
<b>Hauts Plateau Ouest</b>	30.5	25.8	56.4	3.6	2.0	5.6	91.0
<b>Sud</b>	31.8	17.4	49.2	7.6	3.2	10.8	82.1
<b>Milieu de résidence</b>							
<b>Urbain</b>	29.9	28.2	57.8	4.7	2.2	6.9	89.4
<b>Rurale</b>	31.9	24.4	56.3	5.0	2.1	7.1	88.8

Source :Rapport MICS4

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

#### **II-5- 2-Les besoins non satisfaits selon l'âge des femmes et le nombre d'enfants :**

L'âge des femmes est un indicateur agissant sur l'utilisation des méthodes contraceptive, dont on des proportions des besoins satisfaits en matière de contraception pour l'espacement importantes pour les tranches d'âge 20-24ans, 25-29 ans et 30-34 ans soit respectivement de : 41.4 %,48.5 % et 44.2 %, c'est aux âges là que la femme est plus féconde et au même temps elle pense à l'espacement plu qu'à la limitation, d'autre part ces proportions se réduises au de-là de 35 ans pour estimer 2.6 % au groupe d'âge 45-49 ans.

Par les besoins en matière de contraception pour la limitation des naissances sont plus satisfaits après l'âge de 40 ans soit de 51.9 % et de 39.4 %, alors que les femmes jeunes ne réfléchissent pas à la limitation de leurs naissances, d'où on estime une proportion de 3.2 % à l'âge 15-19 ans et de 3.8 % à l'âge de 20-24.

A propos des proportions des besoins non satisfaits en matière de contraception selon l'âge des femmes sont d'ordre décroissant pour l'espacement des naissances et croissant pour la limitation.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

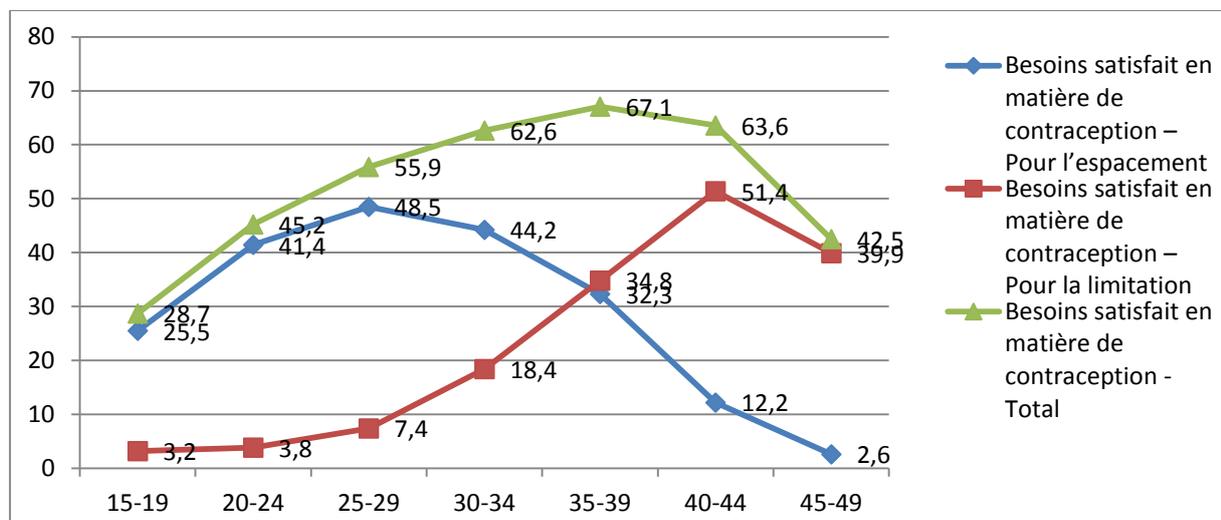
**Tableau N°53 : La répartition des satisfactions des besoins selon l'âge et le nombre des naissances vivantes.**

	Besoins satisfait en matière de contraception – Pour l'espacement	Besoins satisfait en matière de contraception – Pour la limitation	Besoins satisfait en matière de contraception -Total	Besoins non satisfait en matière de contraception – Pour l'espacement	Besoins non satisfait en matière de contraception – Pour la limitation	Besoins non satisfait en matière de contraception – Total	Pourcentage de demandes de contraception satisfaites
<b>Age des femmes</b>							
<b>15-19</b>	25.5	3.2	28.7	10.5	0.6	11.2	72.3
<b>20-24</b>	41.4	3.8	45.2	8.8	0.4	9.2	83.2
<b>25-29</b>	48.5	7.4	55.9	7.9	1.2	9.0	86.1
<b>30-34</b>	44.2	18.4	62.6	5.9	1.6	7.4	89.4
<b>35-39</b>	32.3	34.8	67.1	3.5	3.5	7.1	90.5
<b>40-44</b>	12.2	51.4	63.6	2.1	3.7	5.7	91.7
<b>45-49</b>	2.6	39.9	42.5	1.4	2.1	3.5	92.5
<b>Nombre de naissances vivantes</b>							
<b>0</b>	2.5	0.5	3.1	10.6	0.4	11.0	25.6
<b>1</b>	50.7	4.6	55.4	6.0	0.6	6.6	89.3
<b>2</b>	48.6	17.5	66.2	5.7	1.4	7.1	90.3
<b>3</b>	37.4	34.3	71.7	2.7	2.7	5.4	93.0
<b>4 +</b>	13.5	52.5	66.0	2.3	4.0	6.3	91.3

Source : Rapport MICS4

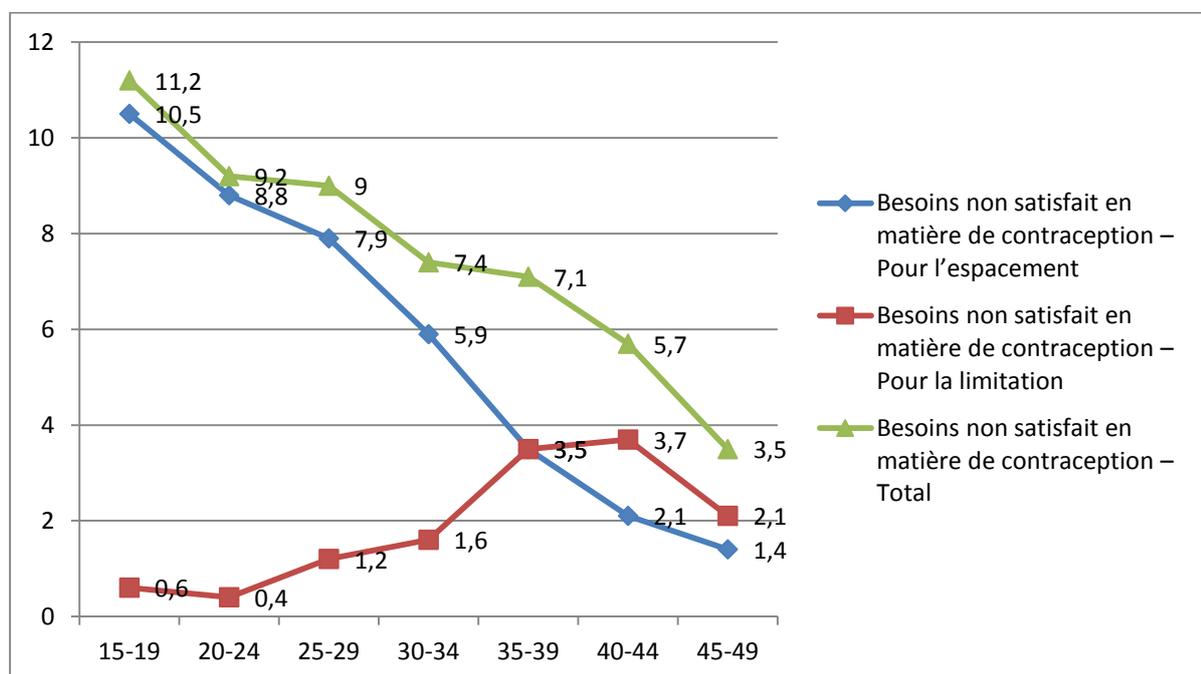
**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Figure N°43 : La répartition des besoins satisfait en matière de contraception selon l'âge.**



Source : Tableau N°53.

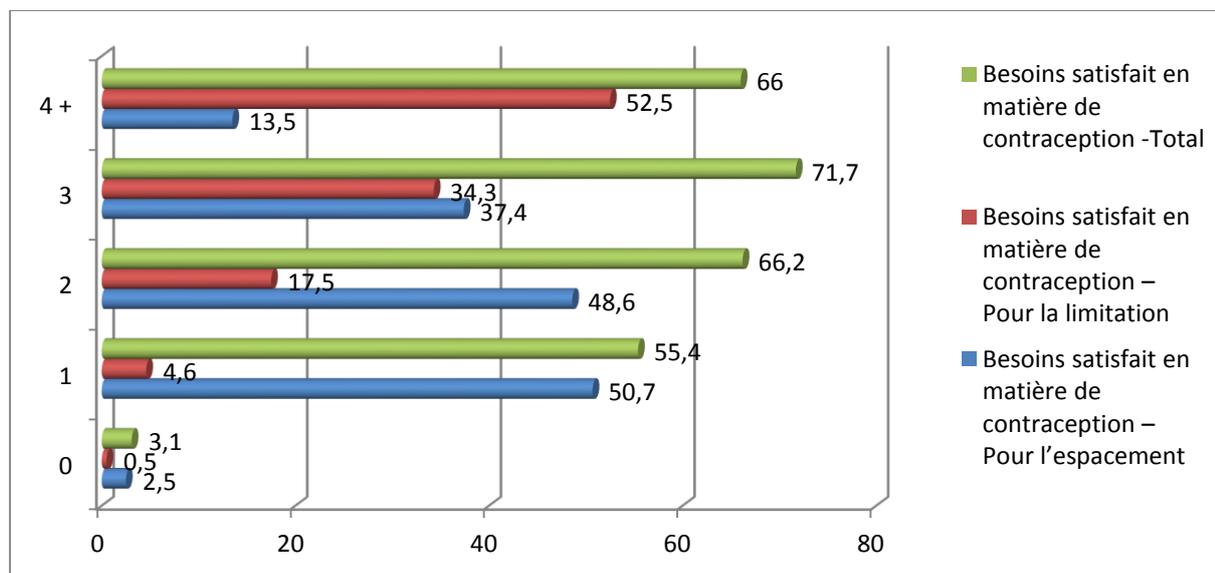
**Figure N°44 : La répartition des besoins non satisfait en matière de contraception selon l'âge.**



Source : Tableau N°53.

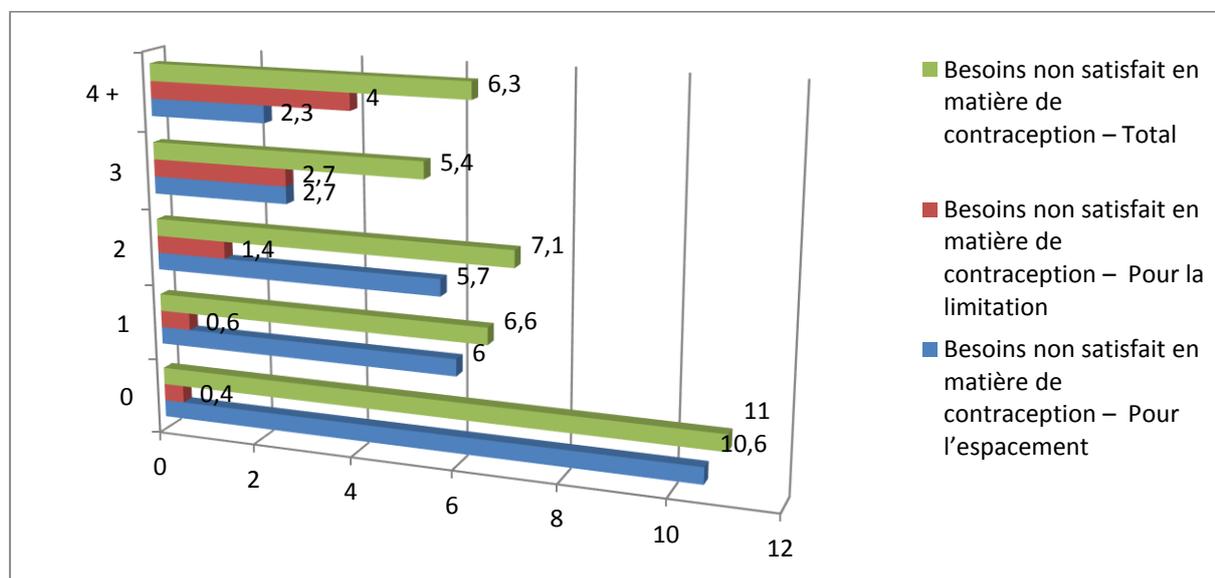
**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Figure N°45 : La répartition des besoins satisfait en matière de contraception selon le nombre d'enfant.**



Source :Tableau N°53.

**Figure N°46 : La répartition des besoins non satisfait en matière de contraception selon le nombre d'enfant.**



Source : Tableau N°53.

**II-5- 3-Les besoins non satisfaits selon le niveau d'instruction des femmes:**

La non satisfaction des besoins en matière de contraception en matière d'espacement des naissances enregistre une proportion de 21.8 % pour les femmes non instruites et s'accroît toute fois que le niveau d'instruction est élevé,

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

dont on estime une proportion de 37.0% concernant les universitaires, alors comme les femmes les plus instruites prolongent leurs années d'études, leur âge au mariage se tarde inévitablement, qui en résulte que ces femmes recourent à la contraception juste pour espacer leurs naissances dû à la courte durée entre le mariage et la fin de la vie féconde, ce qui est bien exprimé à la plus faible proportion enregistrée à la non satisfaction des besoins de la contraception pour la limitation des naissances soit de 17.7 %, contre 30.6 % pour les femmes sans instruction qui commencent leur vie féconde plus précocement, on observant les besoins en matière de contraception total, sont satisfaits d'une façon meilleur pour les femmes de niveau secondaire de 60.7 % et de 58.8 % pour les niveau moyen. En parallèle les proportions des besoins non satisfaits pour les femmes universitaires enregistrées de 7.6 % pour l'espacement, et se baisse au fur et à mesure que le niveau des femmes se dégrade, en oppose les besoins non satisfait en matière de contraception pour la limitation sont moindre par-rapport à la limitation soit de 2.7 % pour les femmes non instruites et de 1.9 % concernant les universitaires.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

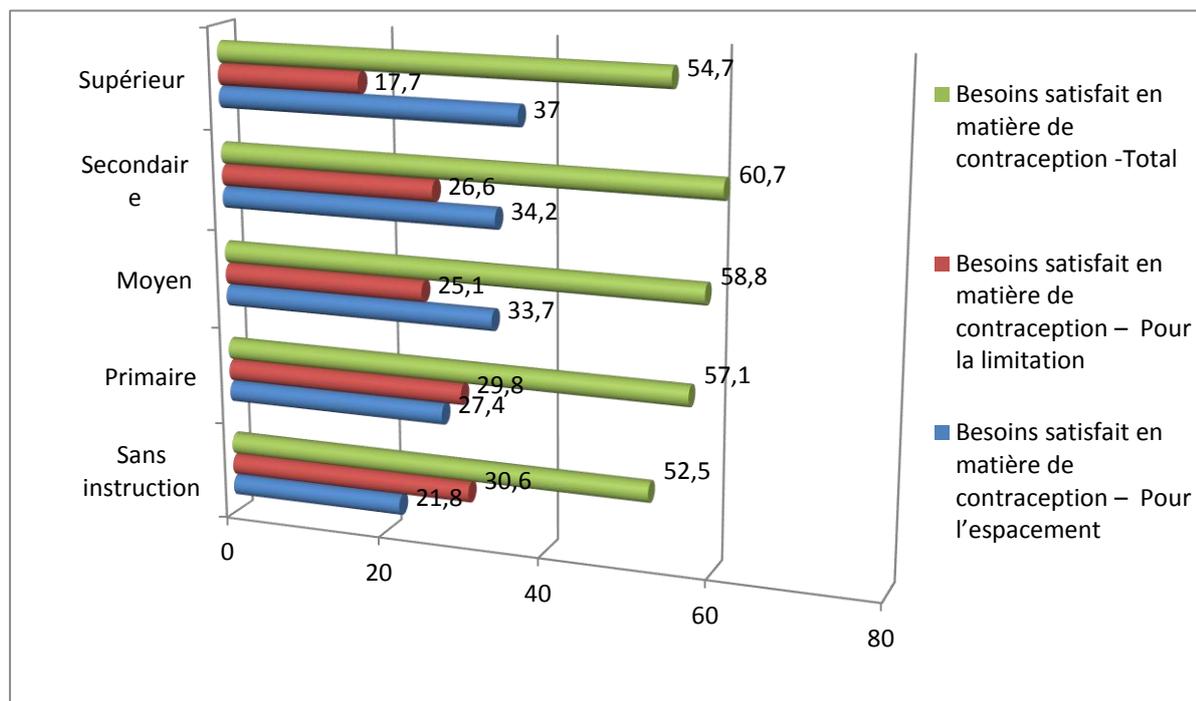
**Tableau N°54 : La répartition des satisfactions des besoins selon le niveau d'instruction (%).**

	Besoins satisfait en matière de contraception – Pour l'espace	Besoins satisfait en matière de contraception – Pour la limitation	Besoins satisfait en matière de contraception -Total	Besoins non satisfait en matière de contraception – Pour l'espace	Besoins non satisfait en matière de contraception – Pour la limitation	Besoins non satisfait en matière de contraception – Total	Pourcentage de demandes de contraception satisfaites
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>							
<b>Sans instruction</b>	21.8	30.6	52.5	4.2	2.7	6.9	88.4
<b>Primaire</b>	27.4	29.8	57.1	4.0	2.4	6.4	90.0
<b>Moyen</b>	33.7	25.1	58.8	4.9	1.8	6.7	89.8
<b>Secondaire</b>	34.2	26.6	60.7	4.7	2.0	6.8	90.0
<b>Supérieur</b>	37.0	17.7	54.7	7.6	1.9	9.5	85.2

**Source : Rapport MICS4**

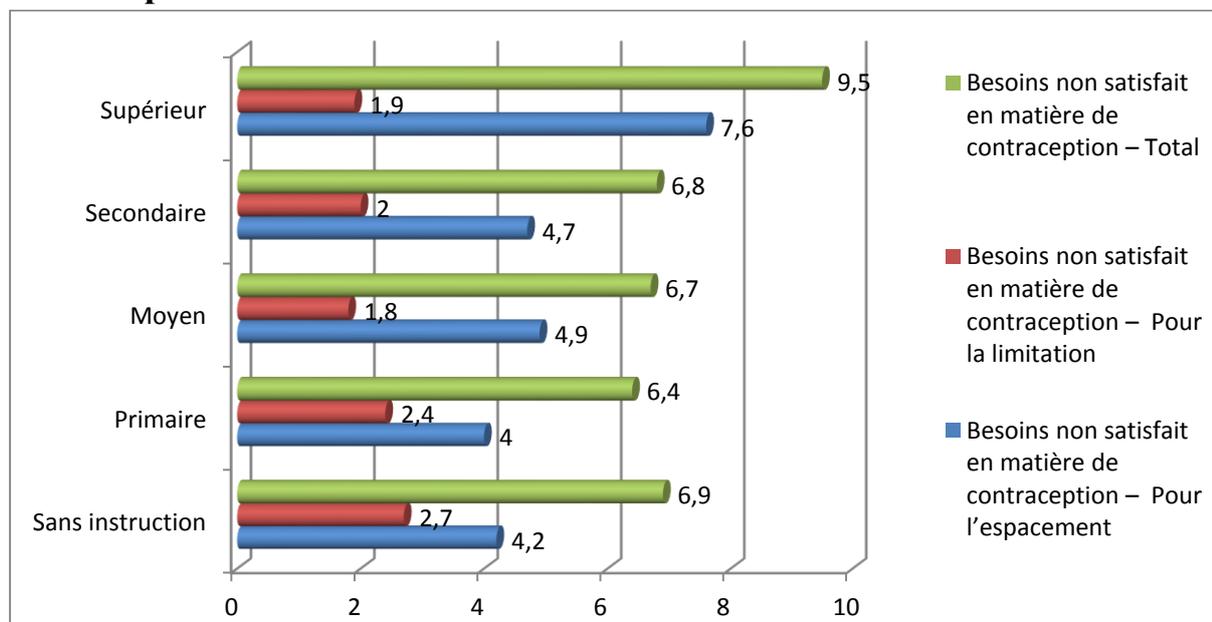
**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Figure N°47 : La répartition des besoins satisfait en matière de contraception sel on le niveau d'instruction.**



Source :Tableau N°54.

**Figure N°48 : La répartition des besoins non satisfait en matière de contraception selon le niveau d'introductio.**



Source :Tableau N°54.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **II-6- LES SOINS PRENATALS :**

##### **II-6-1- Les soins prénatals selon l'âge des femmes :**

Les résultats du tableau démontrent que 94.17 % des femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années qui précèdent l'enquête, ont reçu leurs soins avant l'accouchement, par contre, les femmes qui n'ont pas eu ces soins prénatals enregistrent une proportion de 5.83 %.

L'âge de la femme a une influence significative et positive sur l'utilisation des soins prénatals, dont on enregistre plus de 90 % des femmes ayant reçue des soins-prénatals durant leurs grossesse et pour les différentes tranches âges. Concernant le dernier groupe d'âge (45-49 ans), la proportion des femmes ayant reçu leurs soins avant l'accouchement a diminué de quelques points par rapport aux autres âges pour atteindre 84,42 %. En revanche, les proportions des femmes qui n'ont pas eu leurs soins après l'accouchement s'accroissent en avançant dans l'âge pour atteindre presque les 16 % au-delà de 45 ans. A cet âge, les femmes ont déjà eu une expérience qui les permettrait de ne pas recourir aux centres de soins. Enfin, on peut dire que les femmes ont des connaissances envers la protection de leur santé.

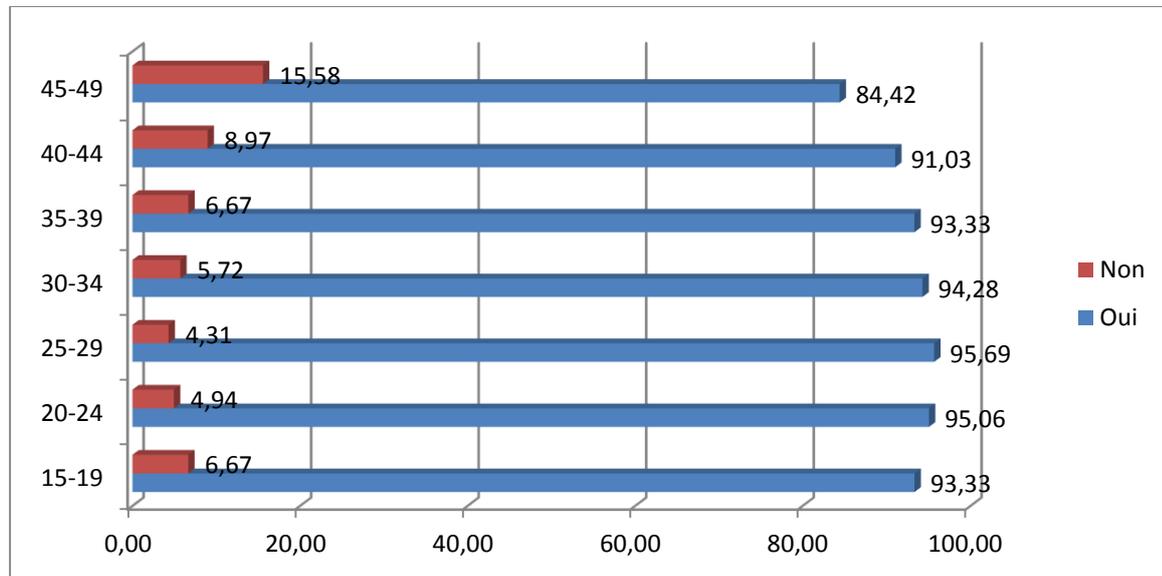
**Tableau N°55 : La répartition des femmes qui ont reçu des soins prénatals selon l'âge.**

âge de la femme.	A reçu des soins prénatals					
	Oui	%	Non	%	Total	%
15-19	70	93,33	5	6,67	75	100
20-24	827	95,06	43	4,94	870	100
25-29	1553	95,69	70	4,31	1623	100
30-34	1501	94,28	91	5,72	1592	100
35-39	1035	93,33	74	6,67	1109	100
40-44	477	91,03	47	8,97	524	100
45-49	65	84,42	12	15,58	77	100
<b>Total</b>	5528	94,17	342	5,83	5870	100

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

### Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4

Figure N°49 : La répartition des femmes qui ont reçu des soins prénatals selon l'âge.



Source : Tableau N°55.

#### II-6- 2- Les personnes qui offrent les soins prénatals :

Selon les réponses des femmes enquêtées on remarque l'existence de plusieurs personnes qualifiées pour effectuer les soins prénatals. Le recours des femmes auprès de ces personnes varie selon leurs circonstances.

D'une part, 66 % des femmes ont bénéficié des soins au cours de leurs grossesses chez un médecin. Ce constat nous montre que ces consultations étaient dans le secteur privé, puisqu'on enregistre une absence de médecin spécialiste en gynécologie dans le secteur public au niveau des centres de protection maternelle et infantile (PMI). D'autre part, 32 % des femmes ont consulté une sage-femme au cours de la grossesse, ce qui veut dire que les centres de PMI possèdent des sages-femmes qui présentent des prestations importantes pour les femmes dans toutes les étapes de la vie reproductive.

Les femmes qui ont recouru à une accoucheuse traditionnelle, marque une proportion presque nul, contre une proportion insignifiante soit de 2 % des soins prénatals effectués par autre personnes.

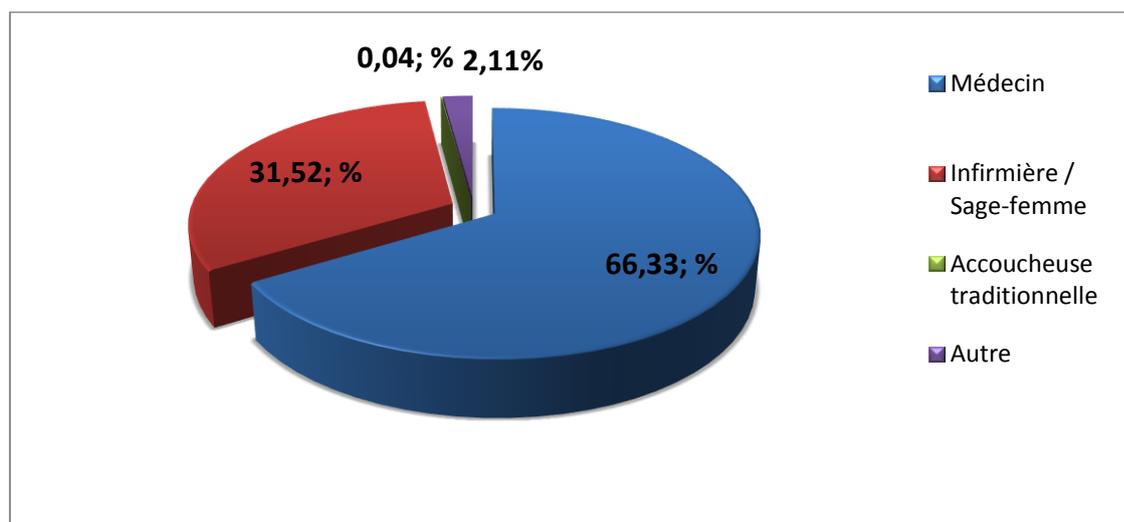
**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°56 : La répartition des femmes selon la personne qui a offert les soins prénatals.**

	A reçu des soins prénatals	
	Effectif	%
Médecin	4866	66,33
Infirmière / Sage-femme	2312	31,52
Accoucheuse traditionnelle	3	0,04
Autre	155	2,11
<b>Total</b>	<b>7336*****</b>	<b>100</b>

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**Figure N°50 : La répartition des femmes selon la personne qui a offert les soins prénatals.**



Source : Tableau N°56.

**II-6- 3-Les personnes qui offrent les soins prénatals selon les EPT et le milieu de résidence :**

Les soins prodigués à la mère durant la grossesse ont un effet considérable sur sa santé et celle du nouveau-né. Ces soins permettent, en effet, de détecter et de traiter les problèmes de santé dus aux grossesses antérieures qui se sont aggravés par celle-ci. Les recours aux soins prénatals contribuent également à déterminer le groupe de femmes nécessitant un suivi particulier durant la grossesse et l'accouchement. (Rapport MICS4, 2015, p135)

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

Il faut rappeler que les soins prénatals sont essentiels car ils permettent aux intervenants d'offrir aux femmes enceintes une prise en charge qualifiée, un soutien, des informations liées à sa santé et celle de son nouveau-né et notamment de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, y compris une bonne nutrition, de détecter et de prévenir des maladies, de donner des conseils en matière de planification familiale et d'aider les femmes éventuellement victimes de violences du partenaire intime.(OMS, 2016)

À la suite des résultats du tableau n°57, approximativement la totalité des femmes mariées ont reçu des soins prénatals de la part d'une personne qualifiée au cours de leurs grossesses soit 96.7 % au Nord Centre, 95.2% en Hauts Plateaux Est et 86.5 % au Sud. De même 91.8 % des femmes du Nord Centre ont consulté un médecin. Cette proportion passe à 80.6 % au Nord Ouest et à 75.7 % dans la région Sud. L'écart enregistré entre le Nord centre et le Sud est de 16.1 %. Pour les femmes qui n'ont pas reçu de consultation au cours de leur grossesse sont estimées 11.6 % dans le sud, 9.9 % au Nord Ouest, et la plus faible proportion est enregistrée au Nord Centre avec 2.5 %, d'où un écart de 9.1 % entre le Nord Centre et le Sud.

D'autre part les résultats du tableau n°57 indiquent que l'accoucheuse traditionnelle a perdu son poids parmi les femmes des différentes régions, puisque les proportions correspondantes sont quasi nulles.

Les proportions des femmes selon les personnes offrant des soins prénatals et selon le milieu de résidence sont plus faibles en milieu rural par rapport à celles enregistré en milieu urbain avec un écart de 3.1 %. Concernant les femmes qui n'ont pas reçue de consultation durant la grossesse, on estime leur proportion à 4.4 % en milieu urbain contre 7.5 % en milieu rural Il faut signaler que la région Sud est la moins favorisée.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°57: La répartition des femmes selon les personnes disposant les Soins prénatals par régions et le milieu de résidence.**

	Personne disposant les soins prénatals					Total	N°importe quel personnel qualifié
	Médecin	Infirmier(e)/ Sage-femme	Accoucheuse traditionnelle	Autre	Pas de soins prénatals recus		
<b>Nord Centre</b>	91.8	4.9	0.0	0.8	2.5	100	96.7
<b>Nord Est</b>	78.7	13.7	0.0	4.5	3.2	100	92.3
<b>Nord Ouest</b>	80.6	8.6	0.0	1.0	9.9	100	89.2
<b>Hauts Plateaux Centre</b>	84.5	4.5	0.2	3.7	7.2	100	89.0
<b>Hauts Plateaux Est</b>	88.0	7.3	0.1	1.1	3.6	100	95.2
<b>Hauts Plateaux Ouest</b>	77.2	11.7	0.0	0.9	10.2	100	88.9
<b>Sud</b>	75.7	10.8	0.0	1.8	11.6	100	86.5
<b>Milieu de résidence</b>							
<b>Urbain</b>	85.0	8.7	0.0	1.9	4.4	100	93.6
<b>Rurale</b>	84.7	6.6	0.0	1.2	7.5	100	91.3

**Source :** Calcul personnel à partir de la base des données MICS4.

**II-6- 4-Les personnes qui offrent les soins prénatals selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction :**

En examinant l'influence de l'âge de la femme sur les soins prénatals, on note constamment que le suivie de la grossesse chez le médecin est très préférable d'où les proportions les plus élevées comparant avec les autres personnels de soins. Quand à l'âge des femmes, on remarque automatiquement que les proportions les plus importantes se situent aux âges de concentration de la fécondité entre 20 et 34 ans soit 85.9%, 87.2% et 85.0% respectivement. Au-delà de cet âge, une diminution des proportions est enregistrée pour atteindre 67.5% au dernier âge. Ceci peut être expliqué par la baisse de l'effectif des grossesses à la fin de la vie féconde de la femme. En parallèle 22.1 % des femmes âgées entre 45-49 ans n'ont pas effectué de soins prénatals.

Les résultats du tableau n°58 montre bien l'importance du niveau d'instruction sur la notion de l'intérêt de la consultation au cours de la grossesse.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

Les proportions de consultation par un personnel qualifié varient de 87.2 % à 96.1 %. En avançant dans l'âge, on relève que les femmes d'un niveau supérieur marquent une proportion de 97.7 % contre 87.2 % pour les femmes de niveau secondaire. En revanche 76.0 % des femmes non instruites ont reçu une consultation chez un médecin et 11.8 % d'entre elles n'ont pas consulté chez un personnel qualifié dont 1.8 % pour les femmes d'un niveau d'instruction supérieur. Enfin, nous pouvons dire que le degré d'intérêt accordé par les femmes à leur santé est corrélé positivement avec leur niveau d'instruction.

**Tableau N°58 : La répartition des femmes selon les personnes disposant les soins prénatals, l'âge et le niveau d'instruction.**

	Personne disposant les soins prénatals					Total	N'importe quel personnel qualifié
	Médecin	Infirmier(e)/ Sage-femme	Accoucheuse traditionnelle	Autre	Pas de soins prénatals reçus		
<b>Age des femmes</b>							
<b>Moins de 20 ans</b>	82.3	11.8	0.0	1.3	4.6	100	94.1
<b>20-24</b>	85.9	6.9	0.1	2.2	4.9	100	92.9
<b>25-29</b>	87.2	7.0	0.0	1.4	4.3	100	94.2
<b>30-34</b>	85.0	7.8	0.0	1.0	6.1	100	92.8
<b>35-39</b>	82.7	9.4	0.0	1.8	6.2	100	92.1
<b>40-44</b>	78.5	9.1	0.0	3.3	9.1	100	87.6
<b>45-49</b>	67.5	8.7	0.0	1.7	22.1	100	76.2
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>							
<b>Sans instruction</b>	76.0	11.2	0.1	0.9	11.8	100	87.2
<b>Primaire</b>	84.8	7.3	0.0	1.3	6.7	100	92.1
<b>Moyen</b>	85.2	8.4	0.0	1.8	4.5	100	93.7
<b>Secondaire</b>	87.2	6.9	0.0	1.9	4.0	100	94.1
<b>Supérieur</b>	97.7	4.4	0.0	2.1	1.8	100	96.1

Source : Rapport MICS

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

#### **II-6- 5- Les causes principales de première consultation prénatale :**

Selon les données du tableau n°59, plusieurs raisons peuvent expliquer la première consultation prénatale. Près de la moitié des femmes (49%) concernées ont effectué leur première consultation prénatale pour confirmer qu'elles sont enceintes, contre 24.9 % pour assurer le bon état de leur grossesse et seulement 17.9 % des femmes ont recouru à une consultation prénatale pour vérifier l'état de santé du bébé fœtus.

En contrepartie, seulement 5.7 % des femmes ont eu des complications de grossesse qui l'ont obligé à effectuer une consultation prénatales.

**Tableau N°59 : La répartition des femmes selon la cause principale à effectuer la première consultation prénatale**

<b>La cause principale à effectuer la première consultation prénatale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
<b>S'assurer qu'elle est enceinte</b>	2694	49,0
<b>Vérifier bébé est en bonne santé</b>	982	17,9
<b>Pour assurer une bonne grossesse</b>	1366	24,9
<b>Suite à des complications</b>	312	5,7
<b>Réserver pour l'accouchement</b>	75	1,4
<b>Autre, précisé</b>	64	1,2
<b>Total</b>	5493	100

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

#### **II-6- 6-Les causes principales de première consultation prénatale selon l'âge des femmes :**

Quel que soit l'âge, la majorité des femmes (49%) ayant eu la première consultation prénatale, avaient comme but principal de s'assurer qu'elles sont enceintes mais avec une forte fréquence chez celles âgées de 15-19 ans et 45 ans et plus soit de 56.52 % et 63 % respectivement, ces proportions diminuent pour les autres âges.

En revanche, la consultation prénatale des femmes dans le but de s'assurer un bon état de grossesse, enregistre une proportion de 21.74 % pour femmes âgées de 15-19 ans. Et les proportions s'accroît en avançant dans l'âge mais elles reprennent à diminuer à partir de l'âge de 40 ans pour atteindre 20 % pour le

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

dernier groupe d'âge, en raison que plus la femme avance dans l'âge plus qu'elle acquiert de l'expérience de l'état de sa grossesse.

**Tableau N°60: La répartition des femmes selon l'âge et La cause principale à effectuer la première consultation prénatale.(%)**

	Age des femmes							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
<b>S'assurer qu'elle est enceinte</b>	56.52	54	51	47	45	45	63	49
<b>Vérifier bébé est en bonne santé</b>	14.49	16	16	19	20	21	12	18
<b>Pour assurer une bonne grossesse</b>	21.74	23	25	26	26	24	20	25
<b>Suite à des complications</b>	5.80	5	5	6	6	7	2	6
<b>Réserver pour l'accouchement</b>	1.45	1	1	1	2	2	0	1
<b>Autre, précisé</b>	0.00	1	1	1	1	1	3	1
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**II-6- 7-Le nombre de visites prénatales :**

**II-6- 7--1Le nombre de visites prénatales selon les EPT et le milieu de résidence :**

Suivant le nouveau modèle de l'OMS pour les soins prénatals, le nombre de consultations prénatales passe de quatre à huit : « Le modèle OMS 2016 de soins prénatals recommande un minimum de huit contacts de soins prénatals : un premier contact intervenant durant le premier trimestre (jusqu'à 12 semaines de gestation), deux contacts programmés durant le deuxième trimestre (à 20 et 26 semaines de gestation) et cinq contacts programmés durant le troisième trimestre (à 30, 34, 36, 38 et 40 semaines) »( OMS, 2017, p113). Dans ce modèle, le terme « contact » a été utilisé au lieu de « visite » car il implique un lien actif entre une femme enceinte et un prestataire de soins de santé qui n'est pas implicite dans le terme « visite ». Des données récentes indiquent que l'augmentation de la fréquence des consultations prénatales des femmes et des adolescentes est associée à une probabilité plus faible de survenue des mortinaissance, parce que ces consultations offrent plus d'occasions de détecter des problèmes de santé et de les prendre en charge à temps. Le fait de prévoir 8 consultations au lieu de 4

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

permet de ramener le taux de mortalité périnatale à 8 pour 1000 naissances.  
(OMS, 2015)

les résultats du tableau N°61 montrent que la majorité des femmes enceintes ont effectué 4 et plus consultations au cours de la grossesse, soit 79.2 % au Nord Centre contre 64.8 % aux Hauts Plateaux Centre. La situation est moins favorisée dans le reste des régions puisqu'enregistre 52.8 % en Hauts PlateauxOuest, et 53.2 % au Sud. Ceci s'explique par le manque de personnels médicales et des infrastructures sanitaires dans des régions. En parallèle 11.6 % des femmes enceintes résidante dans la région Sud n'ont pas fait de consultation prénatale, contre 2.5 % au Nord Centre.

À propos du milieu de résidence, on note une différence entre le milieu rural et le milieu urbain d'où un écart des femmes qui ont effectué 4 consultations prénatales et plus qui est estimé à 12.8 % puisqu'enregistre une proportion de 72.3 % en milieu urbain contre 59.5 % en milieu rural. Alors que la proportion de celles qui n'ont pas effectué de consultation prénatale enregistre un écart de 3.19 % entre les deux milieux en faveur du milieu rural ( 4.4 % en urbain contre 7.6 % en rural) . Cette situation confirme la présence de disparités entre les deux milieux tels par exemple la répartition des infrastructures et du personnel qualifié entre les différentes régions du pays.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°61 : La répartition des femmes selon le nombre de visites prénatales la région et le milieu de résidence.**

	Pourcentage de répartition des femmes qui ont fait :					manquant	Total
	Aucune visite pour soins prénatals	Une visite	Deux visites	Trois visites	4 visites ou plus		
<b>Nord Centre</b>	2.5	1.2	4.2	12.6	78.6	0.9	100
<b>Nord Est</b>	3.2	0.2	4.0	10.9	79.2	2.5	100
<b>Nord Ouest</b>	10.0	3.1	8.7	18.8	56.6	2.8	100
<b>Hauts Plateaux Centre</b>	7.2	2.3	10.1	24.8	54.8	0.9	100
<b>Hauts Plateaux Est</b>	3.8	2.3	7.0	20.0	64.8	2.1	100
<b>Hauts Plateaux Ouest</b>	10.4	4.9	10.4	20.5	52.8	1.1	100
<b>Sud</b>	11.6	3.2	12.2	17.6	53.2	2.2	100
<b>Milieu de résidence</b>							
<b>Urbain</b>	4.4	1.3	5.9	14.3	72.3	1.7	100
<b>Rurale</b>	7.6	3.0	8.6	19.5	59.5	1.7	100

Source : Rapport MICS4.

**II-6- 7-2- Le nombre de visites prénatales selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction :**

L'influence de l'âge et du niveau d'instruction sur le nombre de visites prénatales est semblable que leur influence sur le choix des femmes du personnel pour un soin prénatal. Les femmes âgées de moins de 20 ans et qui ont effectué 4 consultations et plus durant la grossesse enregistrent la proportion la plus importante soit 74.3 %. Cette proportion diminue pour atteindre 63.3 % chez les femmes âgées de 35-49 ans. Avec l'âge, les grossesses répétées donnent aux femmes une confiance ont-elles suite à l'expérience qu'elles procurèrent avec le temps.

85.7 % des femmes qui ont effectué 4 consultations et plus ont un niveau d'instruction supérieur. Cette proportion diminue avec la baisse du niveau

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

d'instruction pour atteindre 47.7 % chez les femmes non instruites. En parallèle les femmes qui n'ont pas effectué des consultations prénatales enregistrent les proportions les plus élevées particulièrement chez celles sans niveau d'instruction et avec un niveau primaire soit 11.9 % et 6.8 % respectivement contre 1.9 % pour les femmes instruites.

**Tableau N°62: La répartition des femmes selon le nombre de visites prénatales, l'âge et le niveau d'instruction.**

	Pourcentage de répartition des femmes qui ont fait :					manquant	Total
	Aucune visite pour	Une visite	Deux visites	Trois visites	4 visites ou plus		
<b>Age des femmes</b>							
<b>Moins de 20 ans</b>	4.9	2.2	4.0	14.3	74.3	0.4	100
<b>20-34</b>	5.2	1.9	6.6	16.1	68.4	1.9	100
<b>35-49</b>	7.3	2.5	8.3	17.4	63.3	1.3	100
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>							
<b>Sans instruction</b>	11.9	4.6	12.3	21.3	47.7	2.2	100
<b>Primaire</b>	6.8	2.7	9.5	18.1	61.1	1.7	100
<b>Moyen</b>	4.5	1.9	6.2	15.8	70.1	1.5	100
<b>Secondaire</b>	4.0	0.8	4.7	16.1	72.3	2.1	100
<b>Supérieur</b>	1.9	0.3	2.2	9.0	85.7	0.8	100

Source : Rapport MICS4.

**II-6-8-Contenu des soins prénatals :**

**II-6-8-a-Contenu des soins prénatals selon les EPT et le milieu de résidence :**

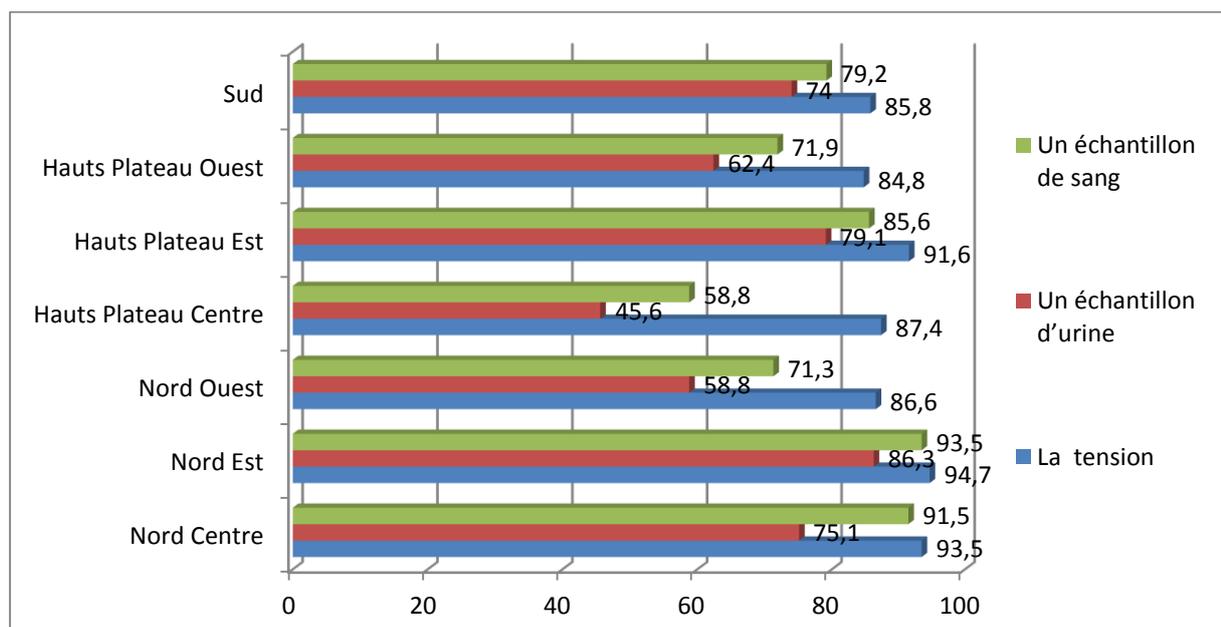
La figure N°63 démontre qu'une grande proportion de femmes enceintes s'est fait prendre la tension soit entre 84,8 % et 94,7 % selon les différents

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

espaces territoriaux. Pour la prise de l'échantillon du sang, les régions Nord Centre et Nord Est enregistrent les proportions les plus élevées dépassant largement 90 %. Cette proportion passe à 58.8 % en aux Hauts Plateaux Centre. Concernant la proportion de femmes qui ont subi un test de l'analyse de l'échantillon d'urine durant la grossesse ne dépasse pas les 86.3% au Nord Est, 79,1 % en aux Hauts Plateaux Est et 45,6 % en aux hauts Plateaux Centre qui est considérée comme la plus faible proportion.

La prise de tension et l'analyse de l'échantillon de sang chez les femmes enceintes enregistrent les proportions les plus élevées comparées avec la prise de l'échantillon d'urine, quelque soit le milieu de résidence mais en faveur du milieu urbain.

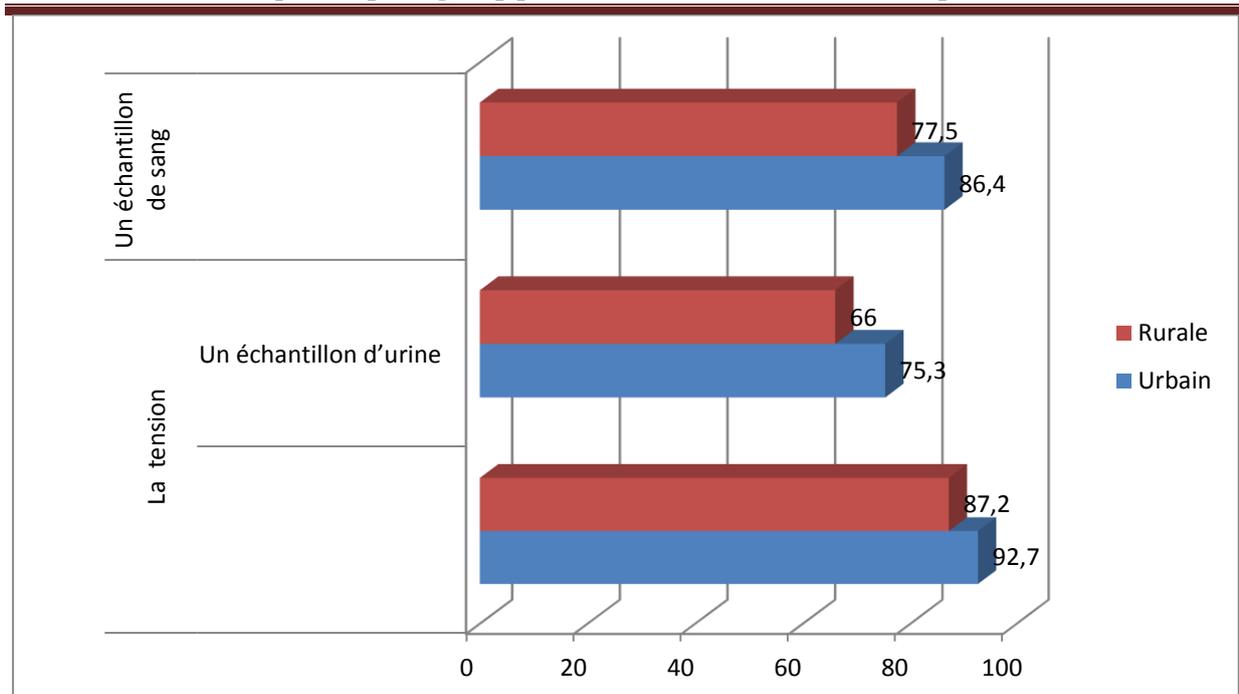
**Figure N°51: La répartition des femmes enceintes qui se sont fait prendre la tension artérielle, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon les espaces de programmation territoriales.**



Source :ANNEX, Tableau N°11.

**Figure N°52: La répartition des femmes enceintes qui se sont fait prendre la tension, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon le milieu de résidence.**

### Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4



Source : ANNEX, Tableau N°11.

#### II-6-8-b- Contenu des soins prénatals selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction:

L'effet de l'âge de la femme sur la prise de la tension est peu intéressant. Les proportions sont presque similaires, soit de 87.4 %, 91.3 % et de 88.6 % respectivement aux âges suivants : moins de 20 ans, de 20-34ans et de 35-49 ans. Le deuxième groupe d'âge (20-34 ans) enregistre la proportion la plus élevée en raison que c'est la tranche d'âge de la concentration de la fécondité. Pour la prise de l'échantillon d'urine, il n'existe pas de différence selon l'âge des femmes. Même observation pour la prise de l'échantillon du sang, plus de 80 % des femmes quel que soit leur âge ont subi cette analyse.

Au regard du niveau d'instruction, ce dernier évolue d'une manière positive, de vue que les proportions s'augmentent toutefois que le niveau s'accroît, mais parallèlement les femmes des niveaux inférieurs, marquent des proportions importantes.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°63: La répartition des femmes enceintes qui se sont fait prendre la tension, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon l'âge et le niveau d'instruction.**

	Pourcentage de répartition des femmes enceintes qui se sont fait prendre :		
	La tension	Un échantillon d'urine	Un échantillon de sang
<b>Age des femmes</b>			
<b>Moins de 20 ans</b>	87,4	70,1	83,8
<b>20-34</b>	91,3	72,1	83,6
<b>35-49</b>	88,6	70,5	80,6
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>			
<b>Sans instruction</b>	82,7	61,9	70,9
<b>Primaire</b>	89,3	64	77
<b>Moyen</b>	91,8	74	85
<b>Secondaire</b>	93,2	75	87
<b>Supérieur</b>	94,4	80	94

Source : Rapport MICS4

**II-6-9-Complications au cours de la grossesse :**

Le tableau ci-dessus révèle qu'une importante proportion de femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années n'ont pas éprouvé des complications pendant ou juste après l'accouchement soit 91.6 %, contre 6 % qui ont eu des complications liées à l'accouchement.

**Tableau N°64 : La répartition des femmes selon les**

complications pendant ou juste avant l'accouchement.	Effectif	%
<b>Oui</b>	297	6,0
<b>Non</b>	4564	91,6
<b>Manquant</b>	120	2,4
<b>Total</b>	4981	100,0

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

Malgré la bonne connaissance de la femme de sa santé reproductive comme a été montré au par-avant, 26,0% parmi celles qui ont accouché au cours des deux dernières années et qui ont éprouvé des complications au cours la grossesse et n'ont pas reçu un traitement concernant ces complications.

**Tableau N°65: La répartition des femmes selon le reçoit de traitement suite à des complications de grossesse.**

<b>le reçoit de traitement suite à des complications de grossesse.</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	74,0
<b>Non</b>	26,0
<b>Total</b>	100,0

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

Parmi les 1228 femmes qui ont eu une complication au cours de la grossesse, 80.8 % ne nécessitaient pas une hospitalisation, contre 19.2 % qui ont été hospitalisées. On déduit que recevoir des soins prénatals a des effets concrets et efficaces sur la santé de la femme enceinte puisqu'ils contribuent à réduire et éliminer les complications.

**Tableau N°66: La répartition des femmes selon l'hospitalisation suite à des complications de la grossesse.**

<b>l'hospitalisation suite à des complications de la grossesse.</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	19,2
<b>Non</b>	80,8
<b>Total</b>	100

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

#### **II-7-L'accouchement :**

Parmi les femmes mariées enquêtées ayant eu une naissance durant les deux dernières années, on note une proportion très importante estimée à 69.9 % des accouchements assistés par des infirmières ou des sages femmes. Sachant que ces accouchements ayant eu par voie normale. Il faut signaler que les médecins gynécologues interviennent généralement dans les accouchements par césariennes ce qui peut expliquer la proportion de 25.3 % selon le tableau au-dessus.

### **Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

En parallèle, une proportion minime soit 0.8% des accouchements ont été assistés par des accoucheuses traditionnelles et de 2 % par d'autres assistantes.

**Tableau N°67: La répartition des femmes selon l'assistance à l'accouchement.**

<b>selon l'assistance à l'accouchement.</b>	<b>%</b>
<b>Médecin gynécologue</b>	25,3
<b>Médecin généraliste</b>	1,4
<b>Infirmière / Sage-femme</b>	69,9
<b>Accoucheuse traditionnelles</b>	0,8
<b>Parent/Ami</b>	0,5
<b>Autre</b>	2
<b>Pas d'assistant</b>	0,1
<b>Total</b>	100

**Source :** calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

#### **II-7-1-Assistance à l'accouchement selon les EPT et le milieu de résidence :**

Partout dans le monde, l'arrivée d'un nouveau-né est un événement de joie et fait l'objet de célébration. Dans les sociétés être « mère » est source de respect. Cependant, dans bien des régions du monde, la grossesse et l'accouchement demeurent des événements à risque et connaissent parfois des issues dramatiques.

Un des objectifs d'un monde digne des enfants est d'assurer aux femmes un accès facile et abordable à une assistance qualifiée à l'accouchement (Rapport MICS4, p140). A travers ce tableau, nous essayons d'analyser la proportion des naissances par un personnel qualifié (un médecin, une infirmière, une sage-femme), qui permet de suivre les progrès enregistrés pour la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement consistant à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015 et entre 2015 et 2020.

D'après les résultats du tableau ci-dessus, l'assistance des sages-femmes aux accouchements, correspond aux proportions les plus élevées, soit de 82.6% et de 81.0% en aux Hauts Plateaux centre et Ouest et de 77.2 % au Sud. Par contre, c'est les espaces territoriales qui enregistrent une assistance importante des sages-femmes et faible des médecins gynécologues au sein des accouchements, et vice versa, dont 34.0 % au Nord Centre et de 31.2% au Nord Est. D'autre part on estime des proportions très minimes de l'assistance d'un médecin gynécologue en aux Hauts Plateaux centre soit 11.5 % et de 12.9 % au Sud. Malheureusement, et malgré tous les efforts consentis, une disparité de la répartition des ressources humaines et matérielles aux différentes espaces de programmation territoriales, est observée ce qui résulte un déséquilibre entre les régions et les milieux.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°68: La répartition des femmes selon les personnes assistant à L'accouchement selon la région et le milieu de résidence.**

	personne assistant à l'accouchement							
	Médecin gynécologue	Médecin généraliste	Sage femme	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ Ami	Autre	Pas d'assistant	Total
<b>Nord Centre</b>	34,0	1,3	63,0	0,2	0,1	1,2	0,1	100
<b>Nord Est</b>	31,2	1,8	65,4	0,2	0,3	1,2	0,0	100
<b>Nord Ouest</b>	26,1	1,2	69,1	0,5	0,2	3,0	0,0	100
<b>Hauts Plateau centre</b>	12,9	0,5	82,6	1,0	0,6	2,4	0,0	100
<b>Hauts Plateau est</b>	21,3	1,4	73,9	0,4	0,7	2,3	0,0	100
<b>Hauts Plateau ouest</b>	13,4	1,1	81,0	1,6	1,0	1,9	0,0	100
<b>Sud</b>	11,5	2,5	77,2	3,7	1,8	3,2	0,0	100
<b>Milieu de résidence</b>								
<b>Urbain</b>	29,1	1,4	67,2	0,5	0,2	1,5	0,1	100
<b>Rurale</b>	19,4	1,5	74	1,4	1	2,8	0	100

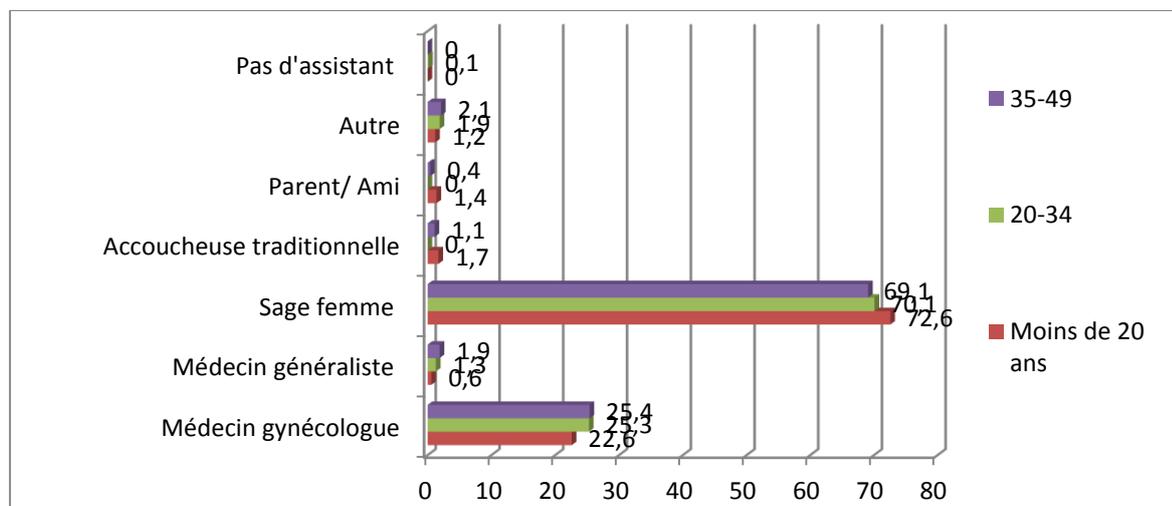
Source : Rapport MICS4

**II-7-2- Assistance à l'accouchement selon l'âge des femmes et le niveau d'instruction :**

Les résultats représentés démontrent que l'âge des femmes et le niveau d'instruction n'a aucune influence sur l'assistance de l'accouchement, et les accouchements par des sages-femmes enregistrent les proportions les plus élevées soit plus de 70%, et les accouchements par des médecins gynécologues estimés à des proportions plus de 22%.

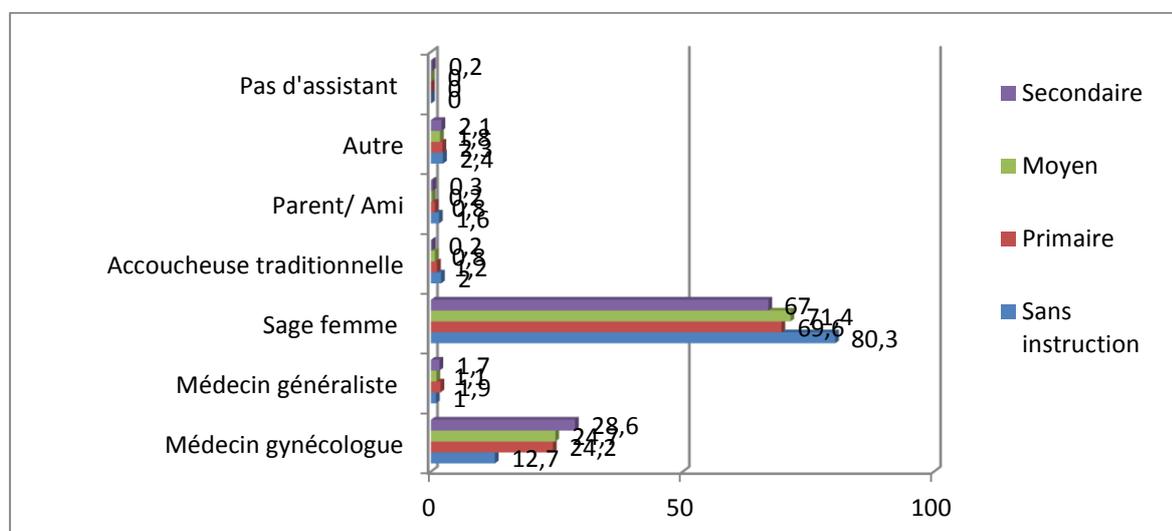
**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Figure N°53 : La répartition des femmes selon la personne assistante à l'accouchement et l'âge.**



Source : ANNEX, Tableau N°12.

**Figure N°54: La répartition des femmes selon les personnes assistantes à l'accouchement et le niveau d'instruction.**



Source : ANNEX, Tableau N°12.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

#### **II-7-3-Le lieu de l'accouchement selon les EPT et le milieu de résidence :**

L'accouchement au niveau des structures de santé est un facteur important quant à la réduction des risques de morbidité et de mortalité à la fois chez la mère et chez le nouveau-né. Des soins médicaux et des conditions d'hygiène appropriés durant l'accouchement sont en mesure de réduire les risques de complications et d'infections pouvant affecter la santé du couple mère-enfant. (Rapport MICS4, 2015, p142)

L'un des principaux indicateurs liés à l'accouchement est la proportion d'accouchements en milieu assisté, on note que le secteur privé a pris l'ampleur ces dernières années, vu la qualité des prestations et les conditions d'hygiène présentées, au contraire du secteur public. Malgré ce constat les résultats du tableau montrent que 97 % des naissances ont eu lieu dans une structure sanitaire, dont 88 % dans un secteur public et 7 % dans le secteur privé.

On examinant cette répartition selon les espaces de programmation territoriale, on remarque que la quasi- totalité des femmes au niveau national recourt aux structures de santé publique, pour des raisons divergentes, soit à cause des complications au moment de l'accouchement chez certaines femmes. D'une part, ces complications obligent les femmes à se rendre aux structures de santé publique mais aussi la gratuité des soins au niveau de ces structures est un facteur attractif. D'autre part, beaucoup de femmes et d'hommes font plus confiance dans le secteur public que le secteur privé partant de l'idée que les meilleurs professeurs sont dans le public.

En parallèle, le recours au secteur privé pour l'accouchement, reste encore limité. Les données ont montré que la proportion la plus élevée est enregistrée dans les hauts Plateaux Est (13.3 %), suivis par la région Nord Centre (10.2 %) et le Nord Est (10.1 %). En revanche des proportions minimales sont enregistrées en Hauts Plateaux Ouest et au Sud soit 2,5 % et de 2,8 % respectivement.

L'accouchement à domicile est pratiquement inexistant en Algérie, suite aux risques que la femme et son nouveau-nés peuvent encourir. Selon les données de l'enquête, on enregistre la proportion la plus élevée au Sud soit 5.8 %. Ceci s'explique par le manque des structures sanitaires privées et des médecins spécialistes. En Hauts Plateaux Ouest, la proportion des naissances qui ont eu lieu à domicile était estimée à 2.7 % contre seulement 0.3 % Nord Centre et Nord Est.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°69: La répartition des femmes selon le lieu d'accouchement, la Région et le milieu de résidence.**

	Lieu d'accouchement						
	Secteur public	Secteur privé	A domicile	Autre	Manquant	Total	nt dans une structure de
<b>Nord Centre</b>	88,6	10,2	0,3	0,1	0,8	100	98,8
<b>Nord Est</b>	88,3	10,1	0,3	0,0	1,3	100	98,5
<b>Nord Ouest</b>	89,1	7,6	0,5	0,0	2,8	100	96,7
<b>Hauts Plateau centre</b>	90,5	5,1	2,1	0,2	2,1	100	95,6
<b>Hauts Plateau est</b>	83,5	13,3	1,0	0,7	1,5	100	96,8
<b>Hauts Plateau ouest</b>	92,1	2,5	2,7	0,6	2,1	100	94,6
<b>Sud</b>	88,5	2,8	5,8	0,1	2,8	100	91,3
<b>Milieu de résidence</b>							
<b>Urbain</b>	87,3	10,5	0,9	0,1	1,2	100	95,4
<b>Rurale</b>	84,2	11,6	2,5	1,2	0,5	100	95,8

Source : Rapport MICS4

**II-7-4-Le lieu de l'accouchement selon l'âge des femmes et le nombre de visites et le niveau d'instruction :**

Quant à l'analyse du lieu de l'accouchement selon l'âge des femmes au moment de l'accouchement, les résultats ont montré que 88,8 % des femmes âgées de 20-34 ans ont accouché dans le secteur public. Cette proportion passe à 86.8 % pour les femmes âgées de 35-39 ans et à 84.2 % pour les moins de 20 ans. Par contre le nombre des naissances dans le secteur privé est faible puisqu'enregistre une proportion de 11.6 % chez les femmes âgées de moins de 20 ans. Cette dernière passe à 8.3 %, 9.4 % pour les femmes âgées de 20-34 ans et 35-49 ans respectivement. Les accouchements à domicile sont plus fréquents chez les femmes âgées de moins de 20 ans soit 2.5 % et dont la totalité réside dans la région Sud.

Le recours à l'accouchement dans un milieu assisté varie selon le nombre de consultations prénatales effectuées par les femmes au cours de leur grossesse. La quasi-totalité des naissances ayant eu lieu dans une structure de santé (99%) sont issues de mères ayant recouru à plus de quatre visites au cours de la grossesse

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

contre seulement 65% de celles n'ayant effectué aucune visite durant toute la période de leur grossesse.

Concernant l'effet du niveau d'instruction sur lieu d'accouchement, les données montrent que les femmes les plus instruites enregistrent la proportion la plus importante des accouchements dans une structure de santé (98.8 %), contre 94.0 % pour les femmes non instruites avec un écart de 4.8 %. Sachant que 90.1 % de ces dernières ont eu leurs naissances au sein d'un secteur public et seulement 4.0 % dans une structure privée. En parallèle, les femmes d'un niveau supérieur enregistrent la proportion la plus basse pour les naissances dans le secteur public (80.3 %) contre 18.5 % dans un secteur privé. Ceci s'explique par le travail rémunéré des femmes du niveau supérieur ce qui leur permet d'accoucher dans des cliniques privées.

**Tableau N°70: La répartition des femmes selon le lieu d'accouchement, l'âge et le niveau d'instruction.**

	Lieu d'accouchement						Accouchement dans une structure de
	Secteur public	Secteur privé	A domicile	Autre	Manquant	Total	
<b>Age des femmes à la naissance</b>							
<b>Moins de 20 ans</b>	84,2	11,6	2,5	1,2	0,5	100	95,8
<b>20-34</b>	88,8	8,3	1,2	0,2	1,5	100	97,1
<b>35-49</b>	86,8	9,4	1,7	0,2	1,9	100	96,2
<b>Nombre de visites pour soins prénatals</b>							
<b>Aucune</b>	60,0	5,0	7,7	0,1	27,2	100	65,0
<b>1-3 visites</b>	93,2	4,5	1,7	0,5	0,1	100	97,7
<b>4 + visites</b>	88,7	10,4	0,7	0,1	0,1	100	99,1
<b>Manquant</b>	89,6	10,0	0,4	0,0	0,0	100	99,6
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>							
<b>Sans instruction</b>	90,1	4,0	3,5	0,6	1,9	100	94,0
<b>Primaire</b>	91,0	6,0	1,5	0,2	1,2	100	97,0
<b>Moyen</b>	89,2	0,8	0,1	0,1	1,7	100	97,2
<b>Secondaire</b>	87,6	9,5	0,8	0,1	2,0	100	97,1
<b>Supérieur</b>	80,3	18,5	0,1	0,0	1,1	100	98,8

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

**Source :** Rapport MICS4

#### **II-8-Les soins postnatals :**

##### **II-8-1-Durée du séjour dans les structures de santé selon les EPT et le milieu de résidence :**

Au même titre que le suivi prénatal et l'assistance à l'accouchement, les soins prodigués durant la période postnatale sont déterminants pour la survie de la mère et celle du nouveau-né. En effet, les tous premiers jours suivant la naissance de l'enfant constituent une période de haut risque à prendre en considération et nécessite de ce fait un suivi de l'état de santé de la femme et de son bébé. Malgré cette importance, les programmes d'enquêtes auprès des ménages à grande échelle (représentatives au niveau national) n'intègrent pas systématiquement des questions sur la période postnatale et les soins y afférents à la fois pour la mère et pour le nouveau-né. (Rapport MICS4, 2015, p144).

La durée du séjour des femmes ayant accouché dans une structure de santé est remarquable quel que soit l'espace de programmation territoriale dépassant 12 heures, puisque plus de 91 % des femmes ont passé plus de 12 heures dans la structure de santé après l'accouchement soit 97 % au Nord Centre et aux hauts Plateaux Est avec un minimum dans la région Sud (91.1 %). Il faut signaler qu'un grand nombre de femmes ont séjourné entre un et deux jours soit 77.7 % en Hauts Plateaux Centre, et 77% en Hauts Plateaux Ouest. Les résultats du tableau n° indiquent qu'une très faible proportion de ces femmes est restée moins de 12 heures dans la structure de santé après l'accouchement.

La durée du séjour des femmes qui ont accouché dans les structures de santé et qui sont restées plus de 12 heures est identique dans les deux milieux de résidence, soit de plus de 95 % en urbain et en milieu rural. On estime une différence de 5.4 % entre les deux milieux pour la durée de 1 à 2 jours. Elle passe à 4.4 % pour la durée de 3 jours. Enfin, nous pouvons dire selon les résultats précédents que généralement les femmes bénéficient des prestations des services en matière de maternité.

**Tableau N°71: La répartition des femmes selon la durée du séjour dans la structure de santé, la région et le milieu de résidence.**

	Durée du séjour dans la structure de santé							
	Moins de 6 heures	6-11 heures	12-23 heures	1-2 jours	3 jours	Manquant	Total	12 heures ou plus
<b>Nord Centre</b>	1,1	1,1	6,7	71,3	19,5	0,2	100	97,5
<b>Nord Est</b>	3,1	3,1	8,5	67,8	17,4	0,0	100	93,8
<b>Nord Ouest</b>	2,2	1,5	10,2	68,0	18,0	0,0	100	96,2
<b>Hauts Plateau centre</b>	1,9	3,2	15,8	64,2	14,7	0,2	100	94,7
<b>Hauts Plateau est</b>	1,2	1,4	2,2	77,7	17,5	0,0	100	97,4
<b>Hauts Plateau ouest</b>	2,2	1,8	6,3	77,0	12,5	0,2	100	95,8
<b>Sud</b>	3,0	5,8	10,8	65,8	14,5	0,1	100	91,1
<b>Milieu de résidence</b>								
<b>Urbain</b>	1,9	2,3	8,3	68,3	19,1	0,1	100	95,6
<b>Rurale</b>	1,9	2,2	7,5	73,7	14,7	0,0	100	95,9

Source : Rapport MICS4

**II-8-2-Durée du séjour dans les structures de santé selon l'âge des femmes, le type de structure, le mode d'accouchement et le niveau d'instruction :**

En ce qui concerne la durée de séjours des femmes après l'accouchement dans les structures de santé selon leurs âges, on estime des proportions très élevées dépassant 95 % chez les femmes qui sont restées 12 heures et plus. La majorité des femmes ont séjournées d'un à deux jours après l'accouchement, particulièrement pour celles âgées de moins de 20 ans soit une proportion de 73.9 % et qui est considérée comme la plus élevée. Ceci peut être expliqué par le fait que les jeunes femmes ont plus le risque d'avoir des complications ce qui les oblige à rester une durée plus longue à la structure de santé. Les proportions de celles âgées de 20-34 ans et de 35-49 ans sont respectivement 70.2 % et 71.4 %.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

Le type de la structure de santé a une influence sur la durée du séjour après l'accouchement. On estime une proportion de 73.2 % dans les structures publiques pour la durée de 1 à 2 jours, contre 48.5 % dans les structures privées pour la même durée ce qui donne un écart de 24.7 %. Le contraire est observé chez les femmes qui sont restées plus de 3 jours, on enregistre un écart de 29.2 % en faveur du secteur privé (43.3 % contre 14.1 %).

On examinant le type d'accouchement, il en ressort que les femmes qui ont accouché par césarienne enregistrent la proportion la plus importante pour la durée du séjour de plus de 12 heures soit 99.2 %, et de 96.1 % pour les accouchements de types de forceps/ ventouse contre 95.1 % pour les accouchements normaux. Les résultats de cette enquête nous révèlent que les femmes qui ont accouché par césarienne restent plus aux structures de santé par rapport aux autres types d'accouchements soit une proportion de 73.9 % pour plus de 3 jours. En revanche la majorité des femmes ayant accouché par voie normale sont restées entre 1 à 2 jours dans les structures de santé (80.2 %).

Enfin, la durée du séjour de 1 à 2 jours marque les proportions les plus élevées comparées aux autres durées soit 77.0 % pour les femmes non instruites contre 62.7 % pour les femmes d'un niveau supérieur.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°72: La répartition des femmes selon la durée du séjour dans la structure de santé, l'âge, type de structure, mode d'accouchement et le niveau d'instruction.**

	Durée du séjour dans la structure de santé							
	Moins de 6 heures	6-11 heures	12-23 heures	1-2 jours	3 jours	Manquant	Total	12 heures ou plus
<b>Age des femmes à la naissance</b>								
Moins de 20 ans	1,9	0,5	7,2	73,9	16,5	0,0	100,0	97,6
20-34	1,8	2,3	8,3	70,2	17,2	0,1	100,0	95,8
35-49	2,4	2,2	6,8	71,4	17,2	0,0	100,0	95,4
<b>Type de structure de santé</b>								
Public	1,8	2,4	8,4	73,2	14,1	0,1	100,0	95,7
Privé	2,7	1,2	4,3	48,5	43,3	0,0	100,0	96,0
<b>Mode d'accouchement</b>								
césarienne	0,3	0,5	0,7	24,5	73,9	0,0	100,0	99,2
Normal	2,2	2,6	8,4	80,2	6,5	0,1	100,0	95,1
Forceps/Ventouse	2,5	1,5	3,9	42,2	22,9	0,0	10,0	96,1
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>								
Sans instruction	2,1	3,0	7,5	77,0	10,4	0,0	100,0	94,9
Primaire	2,5	1,1	7,2	70,6	18,6	0,1	100,0	96,4
Moyen	1,7	2,3	7,7	70,4	17,8	0,0	100,0	95,9
Secondaire	1,5	2,2	8,6	69,7	18,0	0,0	100,0	96,2
Supérieur	2	3	9,1	62,7	22,7	0,5	100	94,5

Source :Rapport MICS4

**II-8-3-L'examen de l'état de santé selon le lieu de l'accouchement :**

Les données du tableau n° montrent que la majorité des femmes ont effectué un examen de santé avant de quitter la structure d'accouchement soit 89.56 %. Par contre le lieu d'accouchement n'a aucune influence sur la réalisation de cet

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

examen, vu que les proportions sont presque identiques entre les deux modalités de réponse.

**Tableau N°73 : Répartition des femmes selon l'exécution de l'examen de l'état de santé avant de quitter la structure de santé et le lieu d'accouchement (%).**

	Lieu d'accouchement				Total	%
	Public CHU	Public Hôpital (EHS/EH /EPH)	Public Polyclinique/ Maternité	Clinique/ Maternité privée		
<b>Oui</b>	11,13	57,29	24,22	7,36	100	89,56
<b>Non</b>	6,12	56,46	31,97	5,44	100	10,28
<b>Manquante</b>	0,00	77,78	11,11	11,11	100	0,16
<b>Total</b>	10,59	57,24	25,00	7,17	100	100

Source : calcul personnel à partir de la base de données MICS 4.

**II-8-4-les soins post-natals pour le nouveau- né :**

**II-8-4-a- les soins post-natals pour le nouveau- né selon l'espace de programmation territoriale :**

D'après les résultats du tableau N°74, la part des nouveau-nés qui ont bénéficié d'une consultation après une naissance à domicile ou dans un établissement de santé est remarquable quelle que soit la région et elle varie entre 83 % à 95 %. Une légère différence est enregistrée entre les deux milieux urbain et rural (92.5% et 87.9 % respectivement).

« Les visites pour soins postnatals se réfèrent à des visites séparées dans le but de contrôler l'état de santé du nouveau-né et ne comprennent donc pas les examens de santé après la naissance dans un établissement ou à domicile » (Rapport MICS4, 2015, p.146). Malheureusement la majorité des nouveaux nés n'ont pas bénéficié des visites postnatales quelle que soit leur région avec le plus faible taux dans la région Sud.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°74: La répartition des femmes selon la visite post-natale pour le nouveau-né dans les régions et le milieu de résidence.**

	Consultation après la naissance à la structure de santé ou à domicile	Visite postnatale pour le nouveau-né							Total
		le même jour	1 jour suivant la naissance	2 jours suivant la naissance	3-6 jours suivant la naissance	une semaine après la naissance	Pas de visite pour les soins postnataux	Manquant	
<b>Nord Centre</b>	95,2	6,3	7,6	3,2	13,4	11,8	57,2	0,4	100
<b>Nord Est</b>	94,6	17,9	3,2	2,4	5,3	6,6	64,6	0,2	100
<b>Nord Ouest</b>	83,6	14,4	4,9	1,0	5,2	5,3	68,5	0,7	100
<b>Hauts Plateau centre</b>	88,4	4,8	2,3	1,0	8,3	2,7	80,5	0,5	100
<b>Hauts Plateaux est</b>	92,5	2,8	3,1	1,3	13,7	9,0	69,8	0,2	100
<b>Hauts Plateaux ouest</b>	85,2	16,0	5,6	1,2	5,9	4,3	66,6	0,5	100
<b>Sud</b>	84,0	4,0	1,7	1,3	7,2	7,0	78,3	0,4	100
<b>Milieu de résidence</b>									
<b>Urbain</b>	92,5	7,7	4,9	2,3	9,6	8,7	66,3	0,6	100
<b>Rurale</b>	87,9	9,6	4,8	1,6	10,2	7,5	66,3	0,0	100

Source : Rapport MICS4

**II-8-4-b- les soins post-nataux pour le nouveau-né l'âge de la femme à la naissance, le lieu de l'accouchement et le niveau d'instruction de la femme :**

Selon le tableau N°75, plus de 86 % des nouveau-nés ont bénéficié des consultations après la naissance au sein d'une structure de santé ou à domicile.

Plus de 65% des nouveau-nés n'ont pas eu des visites pour soins postnataux, et pour ceux qui l'ont eu, la visite s'est déroulée au cours de la première semaine et précisément les premiers jours après la naissance quel que soit l'âge de la mère, son niveau d'instruction et le lieu d'accouchement.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°75: La répartition des femmes selon la visite post-natale pour le nouveau-né, l'âge des femmes à la naissance, le lieu d'accouchement et le niveau d'instruction.**

	Consultation après la naissance à la structure de santé ou à domicile	Visite postnatale pour le nouveau-né							Total
		le même jour	1 jour suivant la naissance	2 jours suivant la naissance	3-6 jours suivant la naissance	une semaine après la naissance	Pas de visite pour les soins postnatals	Manquant	
<b>Age des femmes à l'accouchement</b>									
<b>Moins de 20 ans</b>	86,2	7,6	5,7	1,2	6,3	6,6	72,6	0,0	100,0
<b>20-34</b>	90,9	8,5	4,8	2,2	10,5	8,3	65,2	0,4	100,0
<b>35-49</b>	90,6	8,3	4,8	1,6	8,0	8,0	69,0	0,4	100,0
<b>Lieu d'accouchement</b>									
<b>Public</b>	93,4	8,5	5,0	1,9	9,3	8,1	66,7	0,4	100,0
<b>Privé</b>	94,2	7,1	3,5	3,1	17,8	11,6	56,5	0,4	100,0
<b>A domicile</b>	6,6	12,8	5,3	2,0	6,4	2,6	70,4	0,4	100,0
<b>Manquant</b>	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	99,2	0,5	100,0
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>									
<b>Sans instruction</b>	87,4	9,5	4,6	1,3	6,3	5,0	72,9*	0,3	100,0
<b>Primaire</b>	89,6	10,1	4,7	2,7	8,3	6,0	68,1	0,1	100,0
<b>Moyen</b>	91,7	8,3	4,2	1,4	10,5	9,4	65,5	0,7	100,0
<b>Secondaire</b>	92,2	7,2	4,6	2	11,5	9,1	65,2	0,4	100,0
<b>Supérieur</b>	90,8	7,5	7,4	3,4	11,9	10,7	56,8	0,2	100,0

Source : Rapport MICS4.

**II-8-5-le lieu et le personnel de la première visite postnatale selon l'espace de programmation territoriale :**

Selon le tableau N°76, les femmes algériennes se dirigent en premier lieu vers le secteur public pour la première consultation postnatale du nouveau-né quelque soit l'Espaces de Programmation Territoriale. Le taux de la première consultation postnatale dans le secteur public varie entre 52% et 84%, par contre celui du secteur privé vari entre 43.2 % et 11,3 %. La région Nord Est enregistre le taux le plus élevé pour les consultations au niveau du secteur public, alors que pour celles du secteur privé le taux le plus élevé revient à la région des hauts

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

plateaux Est et la région Nord centre (43,3% et 43,2 % respectivement). Sachant que la majorité de ses consultations (95 % et plus) on était réalisés par un médecin, une sage-femme ou une infirmière.

**Tableau N°76: La répartition des femmes selon le lieu de la visite post-natal pour le nouveau-né le personnel consultant dans les régions et le milieu de résidence.**

	lieu de la première visite postnatale						personnel consulté pour la première visite postnatale				
	Domicile	public	Privé	Autre	Manquant	Total	Médecin/infirmière/sage - femme auxillière	Parent/Amie	Accuchouse traditionnelle	Total	
<b>Nord Centre</b>	2,4	52,7	43,2	1,3	0,4	100,0	99,5	0,5	0,0	0,0	100
<b>Nord Est</b>	2,1	84,4	11,3	1,8	0,4	100,0	99,0	1,0	0,0	0,0	100
<b>Nord Ouest</b>	3,7	78,5	15,9	2,0	0,0	100,0	98,2	1,8	0,0	0,0	100
<b>Hauts Plateaux centre</b>	1,5	64,0	30,4	3,6	0,5	100,0	99,4	0,0	0,0	0,6	100
<b>Hauts Plateaux Est</b>	2,8	52,2	42,3	1,9	0,8	100,0	98,7	1,3	0,0	0,0	100
<b>Hauts Plateaux Ouest</b>	6,0	81,9	11,4	0,4	0,3	100,0	94,6	1,9	0,9	2,5	100
<b>Sud</b>	2,4	65,6	18,9	13,1	0,0	100,0	100	0,0	0,0	0,0	100

Source : Rapport MICS4

**II-8-6-le lieu et le personnel de la première visite postnatale selon l'âge, le lieu d'accouchement et le niveau d'instruction de la femme :**

Les données du tableau N°77 montrent que le lieu de la première consultation prénatale du nouveau né diffère selon l'âge de la mère. Pour les mères âgées de moins de 20 ans, 80,2% des consultations post natales ont étaient déroulées dans le secteur public, cette proportion passe à un peu plus de 60 % chez celles âgées entre 20 et 49 ans.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

Pour les femmes qui ont accouché dans le secteur public, 70,3 % d'entre elles ont choisi le secteur pour la première consultation post natale, alors que celles qui ont accouché dans le secteur privé 87,4% sont revenues au même secteur lors de la première consultation postnatale.

L'étude a montré que 48,4% des femmes ayant accouché à domicile ont choisi le secteur public pour la première consultation postnatale, cette proportion est de 12,9% pour celles ayant choisi le secteur privé.

Selon le niveau d'instruction de la femme, les données montrent que plus le niveau d'instruction de la femme est élevé plus les taux des consultations postnatales dans le secteur privé sont élevés alors que le contraire est observé pour le secteur public.

Enfin, 95 % des premières consultations postnatales dans un secteur de santé se sont déroulées dans la présence d'un médecin ou une sage-femme ou une infirmière, cette proportion passe à 71% pour celles ayant accouché à domicile, sachant que 22.6% de ces dernières ont préféré les accoucheuses traditionnelles pour la première consultation postnatale.

**Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4**

**Tableau N°77: La répartition des femmes selon le lieu de la visite post-natal pour le nouveau-né, le personnel consultant, l'âge des femmes à la naissance, le lieu d'accouchement et le niveau d'instruction.**

	lieu de la première visite postnatale						personnel consulté pour la première visite postnatale				
	Domicile	Public	Privé	Autre	Manquant	Total	Médecin/infermière/sage - sage-femme auxillière	Parent/Amie	Accoucheuse traditionnelle	Total	
<b>Age des femmes à la naissance</b>											
<b>Moins de 20 ans</b>	0,0	80,2	17,3	2,5	0,0	100,0	94,5	5,5	0,0	0,0	100
<b>20-34</b>	2,8	63,8	30,4	2,5	0,4	100,0	99,0	0,8	0,1	0,2	100
<b>35-49</b>	2,9	62,7	32,5	1,7	0,2	100,0	98,8	0,9	0,1	0,3	100
<b>Lieu de d'accouchement</b>											
<b>Public</b>	2,7	70,3	24,3	2,3	0,3	100,0	99,1	0,9	0,0	0,0	100
<b>Privé</b>	1,0	12,5	87,4	0,8	0,9	100,0	99,1	0,9	0,0	0,0	100
<b>A domicile</b>	35,5	48,4	12,9	3,2	0,0	100,0	71,0	0,0	6,5	22,6	100
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>											
<b>Sans instruction</b>	2,8	75,8	18,9	2,2	0,3	100,0	97,3	1,7	0,0	1,0	100
<b>Primaire</b>	0,5	72,8	23,2	2,5	1,0	100,0	99,3	0,4	0,4	0,0	100
<b>Moyen</b>	2,2	63,1	32,4	1,7	0,5	100,0	99,3	0,6	0,0	0,2	100
<b>Secondaire</b>	2,9	60,3	34,9	2,0	0,0	100,0	98,8	1,2	0,0	0,0	100
<b>Supérieur</b>	6,7	48,4	40,5	4,4	0,0	100,0	99,1	0,9	0,0	0,0	100

Source :Rapport MICS 4

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

#### **Conclusion :**

L'analyse des indicateurs de la santé reproductive en Algérie à travers l'exploitation des données de l'enquête MICS 4, nous a permis de connaître le niveau de la fécondité, les indicateurs influant, la situation de la santé reproductive dans les différentes régions du pays, d'où nous pouvant exposer les résultats les plus pertinents comme suit :

- D'après la bref analyse qui a été consacrée à la fécondité des adolescentes âgées entre 15-19 ans, nous avons constaté un taux de fécondité très élevé dans le Sud, où on a enregistré le plus élevé indice conjoncturel, ainsi que dans les Haut Plateaux centre. D'autre part c'est les adolescentes non instruite qui marque une fécondité élevée. Notons qu'on n'enregistre aucune naissance avant l'âge de 15 ans, ce qui représente un indicateur positif pour la santé de la maman.

- La population féminine enquêtée concernée par la santé reproductive, âgées entre 15-49 ans, est une population très jeune (15-35 ans), dont plus que la majorité ont un niveau d'instruction moyen et secondaire, mariées et déjà enfantées.

A propos de la fécondité des femmes enquêtées, se caractérise par un schéma standard qui se distingue d'une fécondité faible pour les femmes à jeune âge et également pour les femmes après 40 ans, et se concentre entre 25 et 40 ans. Souvent le milieu de résidence avait un effet sur plusieurs indicateurs, alors concernant la fécondité elle est plus élevée dans le milieu rural, qui peut être expliqué par le mariage précoce des femmes rurales.

- La parité de la femme est liée à plusieurs d'autres indicateurs qui les conduit à être élevée, citons en premier lieu le niveau d'instruction (plus le niveau de la femme est bas, plus le nombre d'enfants est élevé)

- La fécondité précoce (avant 18 ans) s'accroît avec l'âge des femmes, alors on enregistre la proportion la plus élevée chez les femmes âgées de 45-49 ans, en outre c'est les femmes rurales qui marquent une légère augmentation de la fécondité avant l'âge de 18 ans.

- La moitié des femmes enquêtées ont eu 2 ou 3 enfants, et qu'une proportion considérable des femmes universitaires n'a pas d'enfants, les femmes d'un niveau maternelle ont marquées le nombre d'enfants le plus élevé.

- Une proportion importantes des naissances été programmée, ce qui indique un point positif pour éviter les grossesses non désirées et les avortements.

- Comme la population concernée est une population jeune, alors la majorité a exprimé leur désir d'avoir un enfant plus tard.

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

- La majorité des femmes préfèrent attendre une période comptée en années pour avoir le prochain enfant, ce qui signifie que l'espacement des naissances est vraiment pratiqué par les femmes algérienne.

- Une proportion importante des femmes ne voulait pas d'enfant au moment de l'enquête, mais en parallèle c'est les femmes qui ont moins d'enfants qui souhaitent avoir un enfant au plus tôt.

- La majorité des femmes utilisent un moyen contraceptifquelque soit le milieu de résidence et que la pilule se place en premier rang par rapport aux autres moyens, car c'est simple à utiliser et facile à posséder, par contre le Sud enregistre la proportion la plus faible de l'utilisation de la pilule. Mais en général, les moyens modernes sont les plus utilisés par rapport à celles traditionnelles, sauf le Sud qui enregistre la proportion la plus élevée par rapport aux autres EPT.

- Plus la femme avance dans l'âge, plus son utilisation de la contraception est importante, ce qui peut affirmé que la femme est satisfaite du nombre d'enfants qu'elle a eu, puisque les femmes ayant plus d'enfants marque la proportion la plus élevée des contraceptanteset que la majorité des femmes préfère utiliser la contraception après avoir eu le premier enfant.

Quant à l'effet de l'instruction de la femme sur son utilisation de la contraception, il est clairement remarquable que les femmes qui n'utilisent pas de contraception, c'est bien les universitaires, ce qui peut être lié au mariage tardif, d'autre part une grande proportion des femmes qui n'utilisent pas de la contraception pour avoir un enfant, c'est les femmes âgées entre 25-35 ans, qui représente la tranche d'âge de la concentration de la fécondité.

- les raisons les plus importants qui empêchent les femmes à ne pas utiliser la contraception, sont classées comme suit : le désaccord avec le mari, La difficulté de l'utilisation de la contraception, la ménopause et l'infertilité.

- Presque la moitié des couples se discutent sur l'utilisation de la contraception et que la décision est commune entre eux, et une proportion importante des femmes considèrent qu'elles sont les plus concernées par la prise de la discision.

- Les besoins en matière de contraception sont satisfaits d'une proportion très considérable dans les différentes régions du pays, mais elle est plus élevée dans les hauts Plateau Est, et plus faible dans le Sud. Ces besoins sont satisfaits en matière d'espacement des naissances plus que pour la limitation des naissances dans la majorité des EPT, sauf dans le Sud et les hauts Plateaux Centre, où on note l'indice conjecturel le plus élevé, par contre, les besoins non satisfaits en

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

matière de contraception est notés minime presque dans toutes les régions, aussi bien dans le rural que l'urbain.

- L'âge de la femme a un effet très remarquable sur l'utilisation de la contraception pour des raisons d'espacement ou de limitation des naissances. En effet, c'est les femmes jeunes qui utilisent la contraception pour espacer leur naissances, au-delà de 40 ans les femmes utilisent la contraception beaucoup plus pour limiter les naissances. Les résultats de l'étude démontrent que les femmes universitaires recourent à la contraception notamment pour la limitation des naissances que pour l'espacement.

- Pour éviter les complications de la grossesse qui ensuivre une mortalité maternelle et même infantile, des soins prénatals sont indispensable au cours de la grossesse. à signaler qu'en Algérie cet indicateur est vérifié à une proportion très élevée, et cela pour toutes les tranches d'âge, cette diminution est marquée au-delà de 45 ans, dont plus que la majorité de ces soins sont effectués chez un médecin d'où la proportion la plus élevée est distinguée chez les universitaires, d'autre part la proportions des soins prénatals accusés chez les accoucheuses traditionnelle est presque nul. Dans la majorité des cas, le but de la première consultation prénatale est de confirmer de la grossesse et ceci quelque soit l'âge de la femme.

- Concernant le nombre de visites effectuées au cours de la grossesse, c'est enregistrer que la majorité des femmes ont effectuées 4 consultations et plus, en outre sont des femmes universitaires. Ces proportions diminuent dans les Hauts plateaux Ouest et le Sud. Tandis que Les femmes urbaines sont plus intéressées par les visites prénatales que les femmes rurales. Le nombre de visites baisse en avançant dans l'âge

- Des proportions très importantes sont enregistrées des femmes enceintes qui ont assurées une bonne surveillance de leur grossesse par : la prise de tension, la prise de l'échantillon du sang et l'analyse de l'échantillon d'urine, et ceci presque dans les différentes EPT. Nous pouvons dire que ces comportements assurent une grossesse sans risque.

- Relativement à l'assistance des accouchements, on déduit que la majorité ont été assistés par des sages femmes, quelque soit la région du pays, mais à noter que l'assistance du médecin gynécologue est très faible dans le Sud par rapport

### ***Chapitre 3 Etudes des indicateurs de la santé reproductive à partir des données de l'enquête par grappes des indicateurs multiple MICS4***

---

aux autres EPT, et aussi dans les zones rural au regard de l'urbain. D'autre part plus que la majorité des accouchements ont été effectués dans les établissements sanitaires publics au niveau national. Les accouchements au sien du secteur privé restent minime surtout dans les Hauts Plateaux Ouest et au Sud. On constate aussi qu'une grande proportion des femmes a bénéficiées d'un examen d'état de santé avant de quitter l'établissement de l'accouchement.

- Les résultats de l'enquête affirment que 26% des femmes ont éprouvé des complications au cours deleur grossesse car n'ont pas reçu de traitement adéquat, et 19 % parmi eux ont été hospitalisées.

# *Conclusion générale*

## ***Conclusion générale***

---

### **Conclusion générale :**

La moitié de la population mondiale est plus jeune de 25 ans, et plus de 80% vivent dans les pays en voie de développement, ces jeunes s'exposent à de sérieux défis, tels que le mariage précoce, les grossesses non désirées, les accouchements compliqués, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, en outre, la mortalité et morbidité maternelles. Pour cette situation médiocre, plusieurs organisations mondiales en collaboration avec les gouvernements ont lutté de toute sorte pour améliorer la santé reproductive et sexuelle partout dans le monde.

Etant donnée la situation de la santé reproductive, et afin d'atteindre les meilleurs approches programmatiques pour assurer le bien-être de la population en matière de santé reproductive, des conférences internationales ont été réalisées périodiquement, et à chaque fois les objectifs se développent, allons de la conférence de Bucarest en 1974, qui est considérée comme un point de départ sur la question de la population, ainsi que sur la contraception et la limitation des naissances. Ensuite, des conférences internationales sur la femme (Mexico en 1975, Copenhague en 1980, Nairobi en 1985) ont été exécutées, dans le but de progresser son statut ainsi que ces droits dans plusieurs domaines, dont le droit dans le planning familial et ses choix d'avoir des enfants. Le terme de santé reproductive porte précisément une importance exceptionnelle d'où est considérée comme un droit humain (La conférence de la Population et le Développement du Caire en 1994), et parmi les plus pertinents objectifs, on cite:

Améliorer les services de santé, l'égalité entre les deux sexes, donner le choix au couple de programmer une naissance, avoir toutes les informations sur les différentes méthodes de contraception ainsi que leur efficacité.

Lors du sommet du Millénaire (les Objectifs du Millénaire de Développement OMD pour la période 2000-2015), organisé en l'2000, à New York, plusieurs objectifs ont été visés à être réalisés entre la période 2000 – 2015, ces objectifs ont poussé les gouvernements de penser sérieusement sur l'amélioration de la situation de la santé reproductive afin de les atteindre à la fin cette période, et parmi ces objectifs : réduire la pauvreté, réduire la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA.

Ces conférences et d'autres ont été un moyen positif pour progresser la situation de la santé reproductive surtout dans les pays en voie de développement.

L'Algérie, l'un de ces pays qui a consacré des ressources considérables au développement du secteur de la santé, et plus précisément dans la santé reproductive, et d'après l'étude de l'évolution des indicateurs de la santé

## ***Conclusion générale***

---

reproductive et malgré les lacunes existantes, on a enregistré des progressions remarquables d'une période à une autre, avec des variations régionales.

La population féminine en âge de procréation est comptée à 52% de la totalité de la population et 25 % de la totalité de la population féminine, représente une proportion importante dans la société algérienne qui résulte une population très jeune. En 2018, on enregistre une augmentation remarquable des proportions des femmes âgées au de-là de 30 ans, par contre on note une faible proportion des femmes âgées de 15-19 ans estimée à 13.07% par rapport à 21.76% en 1966, cela est dû à la baisse de la fécondité en Algérie, qui est illustré par la baisse de l'indice synthétique de fécondité de 8.36 enfants/ femme en 1970 à 3.01 enfants/ femme en 2018, cette forte diminution est le résultats d'un changement de plusieurs indicateurs sociales, démographiques et économiques.

Le secteur d'habitat avait une influence notable sur le nombre d'enfants de la femme au cours des premières périodes après l'indépendance, d'où l'écart entre l'urbain et le rurale est estimé à de 2.5 point, et au fil des années, cet écart s'est rétrécit à 0.3point en 2013.

Quant au schéma des taux de fécondité selon l'âge de la femme, l'Algérie garde la même allure pour chaque période, d'une fécondité faible pour les âges de 15 à 30 ans, essentiellement à cause du retard du mariage, et ensuite après l'âge de 40 ans (comme c'est la période de la ménopause). En contrepartie, la fécondité augmente entre 30 et 40 ans, nommé par les âges de concentration de la fécondité, en revanche, et à travers l'analyse des taux de fécondité par âge et par année, on a constaté une diminution continue de 1992 jusqu'à 2006 pour tous les âges, à noter qu'en 2006 une légère élévation des taux de fécondité après l'âge de 35 ans. Les données des années de 2013 et 2018, démontrent une augmentation considérable et pour tous les âges, cette augmentation est enregistrée après le nouveau phénomène de la reprise de la fécondité et la hausse de l'indice synthétique de la fécondité, et c'est les mêmes constats selon le secteur d'habitat.

A propos des indicateurs agissant sur la variation du niveau de fécondité en Algérie, on mentionne le niveau d'instruction de la femme, qui est un facteur direct dans la baisse de la fécondité, dont presque la moitié de filles sont scolarisées dans les 3 cycles en 2011, allons d'une proportion de 37% en 1966, après que la femme à prolongées études, est participée au marché du travail, ce qui a fait retarder son âge de mariage à 28,8 ans en 2013, après ce qui a été marqué à 18,3ans en 1966.

## ***Conclusion générale***

---

L'émancipation de la femme a fait changées différents comportements, dont le comportement procréative, d'où la baisse de la fécondité, et le meilleur moyen pour le réalisé est la contraception, les résultats ont démontrées une augmentation très notable partant de 1970 d'une proportion de 8% pour l'ensemble des méthodes contraceptifs, l'année de 1986 a marquée une proportion de 35.5%, à signaler, que cette période représente le débnbut de l'adoption du programme de planification familiale en Algérie, la plus élevé proportion (64%) est enregistrée en l'an 2000, ensuite, l'utilisation de la contraception a baissée pour atteindre 57,1% lors de l'enquête de la MICS 4 en 2013. Et généralement c'est les moyens contraceptifs modernes qui sont plus utilisés par rapport aux moyens traditionnels et plus particulièrement, la majorité des femmes préfèrent utiliser la pilule parce que c'elle est facile à utiliser et facile à obtenir.

Quand à la prévalence de la contraception selon l'âge de la femme, on constate qu'à partir de 1995, cette prévalence est plus importante entre 25-45 ans, en outre, ce qui est prenant, la baisse de la prévalence contraceptive de la tranche d'âge 15-19 ans durant ces dernières années( 2002, 2006, 2013), ce qui peut être expliqué par la baisse de la proportion des femmes mariées à cet âge –là.

Les proportions des besoins non satisfaits en matière de contraception soit pour l'espacement des naissances ou pour la limitation ont baissé de 23.6% dans le secteur urbain et de 25,9% dans le rural à 6,9% et 7,1% respectivement, de plus l'écart entre les deux secteurs est diminué de 2.3 points en 2002 à 0.2 point en 2013.

Parmi les indicateurs qui mesurent la situation de la santé reproductive d'un pays, est la proportion des soins prénatals par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse, concernant aux données de cet indicateur en Algérie, on note qu'il est en hausse d'une période à une autre, soit de 58% en 1992 à 93% en 2013, ce qui représente la progression de la connaissance des femmes envers leur santé. Les proportions des soins prénatales en milieu urbain et rural ont marquées un écart de 22.5 points (69.9%/ urbain, 47.4%/ rural) en 1992, ensuite, cet écart diminue progressivement au cours des années pour arriver à 3 points (94%/urbain, 91%/rural) en 2013, souvent l'Algérie a essayé de réduire la disparité entre les régions.

A propos des proportions des accouchements par des personnes qualifiées, on note une progression très remarquable soit de 39% en 1977 à 96.6% en 2013, car à l'époque, les accouchements chez des accoucheuses traditionnelles été

## ***Conclusion générale***

---

propagés, mais maintenant les gens ne leur font pas confiance, d'où on enregistre une proportion de 22.5% des accouchements à domicile en 1992 contre 1.3% en 2013, d'autre part, les accouchements dans les centres de santé publique accusent toujours les proportions les plus élevées (plus de 70%).

La mortalité maternelle reflète la situation de tous les indicateurs étudiés, alors, la progression de ces indicateurs est essentiellement dans le but de diminuer le taux de mortalité maternelle qui représente un objectif des OMD. En 1989 ce taux est estimé à 230‰, 99.5‰ en 2004, la baisse s'est poursuivie au fur et à mesure pour enregistrer un taux de 70.3‰ en 2012, et de 57.5‰ en 2015 lors de la fin de la période des objectifs du millénaire de développement.

La dernière enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) en Algérie a été réalisée en 2013, ce genre d'enquêtes est un suivi de la situation de la femme et de l'enfant. Dans notre étude on s'est intéressé surtout par la fécondité et la santé de la femme, afin d'analyser la situation de la santé reproductive d'après les résultats du MICS 4.

Parmi les objectifs les plus pertinents des programmes de la santé reproductive est de diminuer les proportions des mariages et des grossesses précoces, qui représentent la cause majeure des complications de l'accouchement. Suite aux résultats de la MICS 4, on a constaté que le taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) est plus élevé dans le Sud d'une proportion de 19.6‰ qui correspond en parallèle au plus élevé indice synthétique de fécondité soit de 3.5 enfants/ femme, le Nord Ouest et les Hauts Plateaux Est se classent en deuxième position avec un taux de fécondité de 13‰. Tandis que le Nord Est enregistre le plus bas taux de fécondité ainsi que l'indice synthétique de fécondité qui ont été estimés respectivement à 1.4‰ et 2.1 enfants / femme, d'autre part l'écart des taux de fécondité entre le secteur urbain (12.5‰) et le rural (9.2‰) est marqué à 3.3points, à signaler que le mariage précoce est plus courant chez les femmes rurales. Concernant la fécondité des adolescentes selon le niveau d'instruction, on a remarqué que les femmes non instruites et qui ont un niveau d'instruction primaire qui ont enregistrées les taux les plus élevés par rapport aux autres niveaux soit de 38.7‰ et 35.5‰. En générale, on note que le nombre d'enfants des adolescentes est comme même considérable pour toutes les EPT, puisque qu'il a été enregistré plus de 2 enfants/ femme avant les 19 ans.

## ***Conclusion générale***

---

A propos de la totalité de la population féminine concernée par la santé reproductive âgée de 15-49 ans, représente une population très jeune, soit 70% parmi eux sont âgées de 15-à 34.

Concernant les caractéristique socio- démographiques influant sur la fécondité des femmes, on note en premier lieu, le milieu de résidence qui a marqué fréquemment une différence des taux des différents indicateurs, et quand à la fécondité, les résultats ont démontrés une fécondité élevé des femmes rurale par rapport aux femmes urbaines et pour tous les âges, et ce qui est remarquable, c'est le taux de fécondité aux tranches d'âge 35-39 ans et 40-44 ans qui persiste élevé (123‰, 63‰) même avec l'avancement dans l'âge.

D'autre part, les femmes ayant une grande parité soit plus de 7 enfants, c'est les femmes d'un niveau d'instruction primaire, contrairement aux femmes universitaires qui marquent dans la majorité une parité de 3 enfants maximum, ainsi que, 24 % parmi eux n'ont pas d'enfants.

Un indicateur positif est constaté à travers les résultats de l'enquête qui est représenté par la proportion importante (84.18 %) des couples qui ont programmé la dernière naissance puisque les femmes ont désirées cette naissance, ce qui indique la présence du dialogue sur la planification familiale, encouragé par l'OMS. Ceci aide les couple a organisé leur naissance et d'assurer une bonne santé aussi bien pour la maman que l'enfant.

La contraception est l'indicateur le plus important et direct dans la baisse de la fécondité, ce qui été affirmé par l'évolution continue de la prévalence contraceptive au cours des années. En 2013 et lors de l'enquête de la MICS 4, on a enregistré une proportion de 57.1% des femmes qui utilisent un moyen contraceptive, malgré que cette proportion a baissée par rapport à 2006, mais reste comme même importante. De plus, l'utilisation des méthodes moderne occupe la première place par rapport aux méthodes traditionnelle, ces dernière sont plus pratiquée dans le Sud d'une proportion 17.3%, Et à chaque fois, plus que la moitié des femmes préfère utiliser la pilule relativement aux autres méthodes et dans les différentes régions du pays. A signaler que le sud enregistre la plus faible proportion.

En outre, plus les femmes avancent dans l'âge et ont plus d'enfants, alors elles recourent plus à utiliser une méthode contraceptive, et c'est surtout pour limiter leur naissances, en parallèle, on constate que les femmes au début de leur

## ***Conclusion générale***

---

vie féconde désirent d'avoir un enfant (alors elles recourent à l'espacement des naissances que la limitation).

En revanche, 45.3% des femmes universitaires n'utilisent pas la contraception afin d'avoir un enfant, ceci peut être exprimé par le retard du mariage et donc le retard de sa fécondité. En parallèle, les causes qui empêchent les femmes à utiliser une méthode contraception sont multiples et différentes et dépendent du nombre d'enfant, dont 49.51% désiré avoir un enfant n'ont pas déjà enfanté,

Pour les femmes qui ont des enfants n'utilisent pas la contraception pour les raisons suivantes : le désaccord avec le mari, la difficulté de l'utilisation de la contraception et la ménopause.

Ce qui affirme plus le dialogue des couples sur la planification familiale, c'est la proportion importante soit de 47% des couples qui prennent ensemble la décision de l'utilisation de la contraception, contre 34% des femmes qui décident elles-mêmes (qui montre que la femme a le droit de prendre la décision de programmer ces naissances).

Concernant les besoins en matière de contraception sont satisfait de plus de 60% dans les hauts Plateau Est, qui représente la proportion la plus élevée, contre 49.2% au Sud soit la proportion la plus basse. Dans toutes les EPT, les besoins en matière d'espacement et de la limitation des naissances sont satisfait d'une manière équitable, sauf dans les Hauts Plateau Centre et au Sud, on enregistre des proportions faible pour la limitation des naissances.

En générale, les femmes au début de leur vie féconde pensent beaucoup plus à espacer leur naissance et c'est après les 40 ans qu'elles réfléchissent à limiter les naissances après avoir eu le nombre suffisant d'enfants, en parallèle, on déduit que la limitation des naissance est enregistré d'une proportion faible pour les universitaires et ceci à cause du retard du mariage et la courte durée de leur vie féconde.

Les résultats démontrent qu'une grande proportion (94.17%) des femmes ont reçu leur soins prénatals quelque soit leur âge, qui indique une progression remarquables de la connaissance de la femme de protéger sa grossesse pour éviter les complications de l'accouchement. Plus de 80% des femmes ont reçu leur soins au cour de la grossesse chez des personnes qualifiées (médecin ou sage femme), d'autre part l'accoucheuse traditionnelle a perdu son poids dans le société algérienne, et même l'OMS élimine la proportion des soins prénatals réalisés chez

## ***Conclusion générale***

---

eux des statistiques. La majorité de ces soins ont été effectués chez un médecin ce que veut dire dans le secteur privé puisqu'on enregistre une absence de médecin dans le secteur public au niveau des centres de protection maternelle et infantile, alors on constate une faiblesse de l'accès dans ces services (qui normalement prennent la charge des soins prénatals), ce que demande l'OMS, et qui représente l'un des objectifs des OMD (favoriser l'accès aux centres de santé).

Pour assurer une grossesse sans risque, l'OMS, a recommandé au moins 4 consultations prénatales, cet indicateur est accompli à plus de 60% dans le Nord Centre et les Hauts Plateaux Centre, et il est seulement à 50 % dans les Hauts Plateaux Ouest et le Sud, en contrepartie, le secteur rural est défavorisé par rapport au secteur urbain d'un écart de 12.8%.

L'âge de la femme et son niveau d'instruction ont un impact direct sur les proportions de plus de 4 consultations prénatales, alors, plus que la femme avance dans l'âge plus ses consultations au cours de sa grossesse diminue, et plus elle est instruite plus elle veille à effectuer plus de consultations.

A propos de l'indicateur des accouchements assistés par des personnels qualifiés il est très important dans le programme de l'amélioration de la santé reproductive, les résultats de l'enquête montrent une bonne assistance des accouchements en Algérie soit de 69.9% des accouchements sont assistés par des sages femmes et infirmières contre 25.3% assistés par des médecins gynécologue et seulement 0.8% assistés par des accoucheuses traditionnelles (qui n'ont pas été admise par l'OMS). L'assistance des accouchements par un médecin gynécologue sont enregistrées minime dans le Sud, les Hauts Plateaux centre et les hauts plateaux ouest qui correspond respectivement aux proportions suivantes : 11.5 %, 12.9 % et 13.4 %, et d'une différence de 10 points entre les deux secteurs d'habitat soit de 29.1% dans l'urbain et de 19.4% dans les zones rurales.

Les accouchements dans un milieu assisté tendent à progresser en Algérie pour atteindre 97% en 2013 dans plus que la majorité sont effectués dans le secteur public soit de 88% et seulement 7% dans le secteur privé, et ceci pour toutes les EPT. Le côté positif qui affirme l'amélioration qu'a connu la santé reproductive en Algérie, c'est les proportions notés très faible des accouchements à domicile qui représentent un risque pour la santé de la femme ainsi que celle de son enfant suite aux complications de l'accouchement.

## ***Conclusion générale***

---

Enfin, et d'après les résultats traités nous concluons une nette amélioration de la situation de la santé reproductive en Algérie, malgré les lacunes enregistrés dans le domaine de la santé, ceci est dû d'une part aux progrès déployés par l'état pour essayer à chaque fois de protéger la santé de la femme et de l'enfant et d'autre part à la progression des connaissances de la femme envers sa santé reproductive, cette amélioration a touchée plusieurs indicateurs telle que la baisse de la fécondité, l'espacement des naissances (pour éviter le risque des grossesses répétées), l'augmentation des proportions des soins prénatals ainsi que le nombre de visites effectuées au cours de la grossesse et même les soins prénatals,, bien que l'accès aux centre de protection maternelle et infantile reste toujours faible, mais il ya une évolution des accouchements dans les milieux assistés et par des personnes qualifiées.

En parallèle, les caractéristiques sociodémographiques de la femme (l'âge, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants, le milieu de résidence, les différentes régions des EPT), influent directement sur l'évolution des indicateurs de la santé reproductive.

Suite à la publication des résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples MICS6 très récemment et à titre de comparaison avec le résultat de l'enquête MICS 4, nous présentons ci-dessous un bref aperçu de quelques résultats relatifs aux principaux indicateurs de la santé reproductive.

Selon les résultats de l'enquête MICS6 (2019), on enregistre un ICF de 2.8 enfants/ femme, dont 3.2 enfants/femme au milieu rural et 2.6 enfants/femme au milieu urbain, ce qui donne un écart de 0.6 entre les deux milieux. Ceci se traduit par une stabilisation du niveau de la fécondité durant la période 2013-2019 (MICS4-MICS6) avec une légère augmentation (0.3points) au milieu rural. En parallèle, on enregistre une diminution des taux de fécondité générale atteignant 87.5‰ pour la totalité des femmes. Par contre, en milieu rural les taux restent élevés comparés à ceux enregistré en milieu urbain (104‰ et 78.0 ‰ respectivement).

Concernant la fécondité des adolescentes, l'enquête MICS6 enregistre un ICF de 2.8 enfants/femme et un taux de fécondité de 12.0 ‰. Ce dernier est largement élevé dans le Sud algérien (21.5‰). Ce résultat s'explique par le mariage précoce des filles dans cette région d'où une faible scolarisation féminine. L'enquête a montré que la fécondité des filles non scolarisées est de 63.8‰ sachant que le plus bas taux de fécondité est enregistré dans le Nord Est algérien.

## ***Conclusion générale***

---

Pour l'utilisation contraceptive et selon les données de la MICS6, 53.6% des femmes algériennes utilisent la contraception toutes méthodes confondues avec la prédominance des méthodes modernes (44.9%), avec un faible écart entre les deux milieux (0.1points). La région Sud se démarque des autres régions en enregistrant le taux le plus bas (45.6%) contre 58.1% dans les Hauts Plateaux Est. 60.3% des femmes âgées de 35-39 ans utilisent un moyen contraceptif contre 30.4% chez les jeunes femmes âgées de 15-19 ans et 43.1% pour celles en fin de vie féconde. Il faut rappeler que la contraception à cet âge est un moyen de limitation des naissances que d'espacement. D'après les résultats de l'enquête (MICS6), l'utilisation de la contraception s'accroît après la naissance du deuxième enfant soit une proportion aux delà de 60%.

L'enquête MICS6 a montré que l'activité économique n'a aucune influence sur l'utilisation de la contraception puisque l'écart entre la prévalence contraceptive entre les femmes occupées et non occupées est seulement 1,5 points (52.3% et 53.8% respectivement).

Selon les femmes enquêtées, 14.1% des besoins en matière de contraception sont non satisfaits, dont 5.9% pour l'espacement et 8.2% pour la limitation des naissances, avec une augmentation de presque la moitié par rapport aux résultats de la MICS4.

Selon le milieu de résidence, ces taux atteignent 14.5% en milieu urbain et 13.4% en milieu rural. La région Sud est toujours la plus défavorisée puisqu'elle enregistre la proportion la plus élevée concernant les besoins non satisfaits (19.5%). Concernant l'âge des femmes, l'enquête a montré que 19.8% des femmes âgées de 15-19ans ont des besoins non satisfaites en matière de contraception, en parallèle, des proportions quasiment égales sont enregistrées aux autres âges.

Au niveau national ou international, la prise de décision de l'utilisation des méthodes contraceptives est très importante à l'intérieur du couple particulièrement pour éviter les grossesses non désirées. Les résultats de l'enquête MICS6 indiquent que 43% des femmes ont utilisé la contraception suite à une décision personnelle, contre 44.8% suite à une décision commune entre le couple. Cette proportion passe à 10% dans le cas où la décision vient seulement conjoint et à 2.1% suite à une décision médicale.

La non utilisation des moyens contraceptifs chez les femmes mariées est le fait de plusieurs raisons. Parmi les principales raisons on trouve le désir d'avoir

## ***Conclusion générale***

---

un autre enfant. Ce dernier représente une proportion de 59.7% chez les femmes enquêtées ayant déclarées avoir des besoins non satisfaits en contraception, avec un écart de 2,4 points entre les deux milieux de résidence en faveur du milieu rural. De même, 80% des femmes qui n'utilisent pas de contraception dont le but d'avoir une nouvelle naissance sont jeunes âgées entre 15 à 25ans. En parallèle, les données montrent que la proportion des femmes n'utilisant pas de contraception dont le but d'avoir un nouveau enfant est faible chez les plus âgées. Cette proportion augmente avec l'âge d'une année à une autre. Il existe aussi d'autres raisons qui peuvent poussé les femmes à ne pas utiliser de contraception telle que la ménopause et la peur des effets secondaires dues à l'utilisation d'un moyen contraceptif.

# ***BIBLIOGRAPHIE***

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

### **Références bibliographiques :**

- Alfred Sauvy, 1974. « La Conférence mondiale de la population à Bucarest. Le Centre démographique O.N.U.-Roumanie (C.E.D.O.R.) ». in : Population, INED, 29<sup>e</sup> année, n°6, 1974, France, pp. 1005-1014.
- Ali KOUAOUCI. (1992). Familles, femmes et contraception: Contribution à une sociologie de la famille algérienne, 1992, CENEAP-FNUAP, Alger, 279 p.
- Association Adéquations. ( 2009). Fiche 9 : Repères historiques, conférences internationales. [En ligne]. Novembre 2009, 6p. Disponible sur : [http://www.adequations.org/IMG/article\\_PDF/article\\_a1280.pdf](http://www.adequations.org/IMG/article_PDF/article_a1280.pdf).
- BOUISRI Abdelaziz. (2001).« Mortalité maternelle en Algérie 1999». in : XXIV<sup>e</sup> Congrès Général de Population de l'UIESP .Salvador, Bahia, Brésil. 20 août au 24 août 2001.
- Farid Chaoui, Michel Legros. (2012). Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, 121 p.
- FNUAP, OMS, UNICEF. (1997). Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux [En ligne]. 104 p. Disponible sur : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/monitoring\\_obstetric\\_services\\_fr.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/monitoring_obstetric_services_fr.pdf) ».
- FNUAP (2019). Conférence internationale sur la population et développement, 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/conf%C3%A9rence-internationale-sur-la-population-et-le-d%C3%A9veloppement>.
- FNUAP. ( 2019). Une déclaration affirme un soutien mondial à la santé et aux droits reproductifs. [En ligne]. 1 Avril 2019. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/news/une-d%C3%A9claration-affirme-un-soutien-mondial-%C3%A0-la-sant%C3%A9-et-aux-droits-reproductifs>
- Francis Gendreau, Denis Nzita Kikkhela, Valérie Guérin (1993).« L'évaluation des politiques et programmes de population, actualité scientifique ». In : Journées scientifiques du Réseau Démographie de PUREF, Université des Réseaux d'Expression Française, Bangui, 2-4 juin 1993, 296p.
- Gilles Pison. (2009). « Tous les pays du monde ». In : Population et société, N° 569, Septembre 2009, 8p.
- HACHEM Amel. ( 2012). *Santé reproductive chez les femmes en Algérie et aux Maghreb*. Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en Démographie, Université Oran, Avril 2012, 194p.
- Henri Leridon. (2014). Les théories de la fécondité, INED, France, 512 p.-

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- Jacqueline Des Forts. (1998). « Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne » In : *Insaniyat*, 4, 1998, pp35-46.
- John Stover.Sharon Kirmeyer. (2007). Programme informatique pour les projections Démographiques, DEMPROJ, version 4. Research Triangle Institute, 2007, 109p.
- Joseph Alfred Grinblat. (2008). « L'évolution de la fécondité dans le monde depuis 1965 et ses conséquences ». In : MONDE EN DEVELOPPEMENT, 2008/2, n° 142, pp 13 à 22.
- Keira Bachar. (2018). *Quelques chiffres autour de l'évolution de la population urbaine en Algérie* [ En ligne]. Disponible sur RURAL-M Etudes sur la ville – Réalités Urbaines en Algérie et au Maghreb, le 02 Octobre 2018.<https://ruralm.hypotheses.org/1415>.
- Kofi Annan. (2000). Les femmes en l'an 2000: Egalité entre les sexes, développement et paix pour le XXIe siècle. [En ligne]. New York, 5-9 juin 2000. Disponible sur :  
[https://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/res.html?em\\_x=22](https://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/res.html?em_x=22)
- Lorenzetti Luigi, Neven Muriel. Démographie, famille et reproduction familiale : un dialogue en évolution. In: Annales de démographie historique, 2000-2. Famille et parenté. pp. 83-100 [En ligne];Doi : 10.3406/adh.2001.1976  
[http://www.persee.fr/doc/adh\\_0066-2062\\_2001\\_num\\_2000\\_2\\_1976](http://www.persee.fr/doc/adh_0066-2062_2001_num_2000_2_1976)
- Malika LADJALI. (1985). L'espacement des naissances dans le Tiers-Monde: l'expérience algérienne, 1985, Alger, OPU, 172 p.
- Ministère de la Santé et de la Population, ONS, Ligue des Etats arabes: Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992, 42p.
- Ministère de la Santé et de la Population-Direction de la Prévention (Algérie), Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population, Unicef. (1995). Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie - MDG Algérie 1995, Alger, 1996, 213p.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et Institut National de Santé Publique; Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie : Santé de la mère et de l'enfant (EDG Algérie 2000, MICS 2) Alger, 2001, 187p.
- Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, office nationale des statistiques, Ligue des Etats arabes, l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille, Alger, 2002,408p.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- Ministère de la santé et de la réforme hospitalière et office nationale des statistiques (Juin 2007) ; Suivi de la situation des enfants et des femmes : résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples, MICS 3, Alger, 2006, 274p.
- Ministère de la santé et de la réforme hospitalière et office nationale des statistiques; Suivi de la situation des enfants et des femmes : Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 4, Alger, 2015, 392p.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique : Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, (Contrat n° ICA3-CT-2002-10011), Novembre 2007, 20p.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Programme National de Périnatalité. (2009). Programme triennal 2006-2009. Algérie, 100p.
- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Direction des études et de la planification. (2003). Population et Développement en Algérie CIPD+10, Rapport National.
- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. (1998). Politique Nationale de Population, Bilan de situation et programme d'action pour l'année 1997, Algérie, 34p.
- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Direction générale de la prévention et de la promotion de la santé. (2015). Caractéristiques des décès maternels au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2014, Algérie, Mai 2015, 19p.
- Mireille Neptune Anglade. (1995). « Les conférences internationales sur les femmes et leur impact en Haïti ». in : Recherches féministes, Volume 8, numéro 1, pp 165-173. <https://doi.org/10.7202/057826ar>.
- Mohamed OULD-KADA. (2008). Recueil de Textes sur la Prévention, Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements Publics de Santé [En ligne], Décembre 2008, 325p. Disponible sur [http://www.santemaghreb.com/algerie/recueil\\_ould\\_kada.pdf](http://www.santemaghreb.com/algerie/recueil_ould_kada.pdf).
- Mpembele Sala-Diakanda. (1988). De Bucarest à Mexico: évolution des positions africaines en matière de population, IFORD, Yaoundé, Cameroun, 12p.
- OMS. (1998). Choix des Indicateurs de la Santé reproductive : Guide à l'usage des administrateurs de district, Version pour les essais de terrain, WHO/RHT/HRP/97.25, 1998, 36p.
- OMS. (2020). Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, santé Maternelle, Objectif du Millénaire pour le développement 5: Améliorer la santé maternelle, 2020.
- OMS. (2019). Mortalité maternelle. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- ONU. (2012). Santé sexuelle et reproductive synonyme de droit à l'avortement ! . [En ligne]. Publié le 26 juin 2012. Disponible sur : <https://news.un.org> › sante-sexuelle-et-reproductive
- ONU. (1981). Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, droit de l'homme Haut Commissariat. [ En ligne]. 3 Septembre 1981. Disponible sur : <https://www.un.org> › daw › cedaw › text › fconvention.
- ONU Femmes. (2015). Processus intergouvernementaux, Programme d'action de Beijing ; programme de développement durable d'ici 2030, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, 2015, 60p.
- ONU. (2005). Examen et évaluation de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing et du document final de la vingt- troisième session extraordinaire de l'assemblée générale, Division de la promotion de la femme de l'ONU, 28février – 11 mars 2005.
- ONU. (2019). Objectifs de Développement Durable : Le programme de développement durable, 17 objectifs pour l'humanité et pour la planète, 2019.
- UNFPA. (2018). Planification Familiale, santé reproductive, Algérie ,2018.
- OMS. (2016).Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment, GENÈVE, 7 novembre 2016.
- OMS. (2018). Planification Familiale / Contraception. [En ligne]. 22 juin 2018. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
- OMS (2017). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. ISBN 978-92-4-254991-1, 2017, 180p.
- OMS. (2016). Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment. [En ligne]. 2016. Disponible sur :<https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
- OMS. ( 2018). Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, santé Maternelle. [ En ligne]. Edit OMS, 2018. Disponible sur : <https://www.who.int/fr>.
- OMS. ( 1998). Choix des indicateurs de la santé reproductive.Guide à l'usage des administrateurs de district. Version des essais du terrain, WHO/RHT/HRP/97.25, 1998, 36p.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- OMS. (2008). Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national, Considérations conceptuelles et pratique et indicateurs apparentés. 2008, 46p.
- ONS. (2018). Démographie Algérienne, N° 853,2018, 32p.
- ONS. (2008). Natalité, Fécondité Et Reproduction En Algérie. Collections Statistiques, N° 156, Algérie,2008.
- ONS. (2011). ARMATURE URBAINE, V° Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2008 (Résultats issus de l'exploitation exhaustive), Collections Statistiques N° 163/2011.Séries : Statistiques Sociales, 214p.
- ONS. (2019). Les principaux indicateurs du secteur de L'éducation nationale Année scolaire 2018-2019, n° 871, 2019, p1.
- ONU. (2014). Conférences mondiales sur les femmes, Femmes. [En ligne]. 2014. Disponible sur :<https://www.unwomen.org> ›
- ONU Femmes. (2015). Les progrès envers les OMD pour les femmes et les filles. [ En ligne]. 2015. Disponible sur : <https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/mdg-momentum>.
- Organisation Mondiale de la Santé OMS. (1996). Le dossier Mère enfant: Guide pour une maternité sans risque [en ligne ]. Programme santé maternelle, maternité sans risque,WHO/FHE/MSM/94.11 Rev.1, 89p. Disponible sur :  
<https://www.who.int> › [WHO\\_FHE\\_MSM\\_94\\_11](#) .
- Pelchat, Y. (1995). La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : un parti pris pour les femmes? [En ligne]. Recherches féministes, 8(1), 155–164. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/057825ar>
- Rafael. M.SALAS. (1977). Population : Un choix international, Approche multilatéral au problème démographique, First French édition, 1977. DOI : <https://doi.org/10.1016/C2013-0-02904-0>
- Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement.[En ligne]. Algérie. Rapport établi par le gouvernement algérien, juin, 2016, 145p. Disponible sur : <https://consulat-lyon-algerie.fr/wp-content/uploads/2016/12/Objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-Algerie-2016.pdf>
- R. J. COOK, B.M.DICKENS, M.F.FATHALLA. (2005). Santé de la reproduction et droits humains, Masson, Paris, 2005,477 p.
- UNICEF. (2008). La santé maternelle et néonatale: la situation des enfants dans le monde 2009. [En ligne]. Décembre 2008, 168p. Disponible sur : [https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/4667-4\(1\).pdf](https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/4667-4(1).pdf)
- UNICEF. (2015). Rapport de l'enquête par Grappe à Indicateurs Multiples MICS 2012-2013 (MICS4), Algérie.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- UNICEF. (2019). Rapport de l'enquête par Grappe à Indicateurs Multiples MICS 2018 (MICS6) Algérie

- Zahia OUADAH-BEDIDI. (2012). Fécondité et nuptialité différentielles en Algérie : l'apport du recensement de 1998. [En ligne]. Collection : Documents de travail n° 185, 2012, 53 p., INED, octobre 2012. Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19575/doc.travail.185.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19575/doc.travail.185.fr.pdf)

- Zahia OUADAH-BEDIDI et Jacques VALLIN. (2012). Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : une histoire paradoxale. [En ligne]. , Document de travail N° 186, Octobre 2012, 20 p. Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19576/doc.travail.186.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19576/doc.travail.186.fr.pdf)

### **Thèse en Arabe :**

طويل شهرزاد: دراسة سوسية- ديمغرافية لواقع الزواج الأول في الجزائر، جامعة وهران 2،  
السنة الجامعية 2017-2018، 257 صفحة.

### **Les sites d'internet :**

<https://www.erudit.org>

<https://www.un.org>

[www.unwomen.org](http://www.unwomen.org)

[www.familyplanning2020.org](http://www.familyplanning2020.org)

[www.ambassade-algerie.ch](http://www.ambassade-algerie.ch)

<https://www.who.int>

<https://www.pregnancyinfo.ca/fr>

<https://www.un.org> › conferences › population.

# ***ANNEX***

## ANNEX

**Tableau N°1 : évolution de la population algérienne.**

Age	1966			1977			1987		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
<b>0-4</b>	1188403	1155798	<b>2344201</b>	1542314	1479633	<b>3021947</b>	1941069	1859991	<b>3801060</b>
<b>5-9</b>	908979	881481	<b>1790460</b>	1298291	1245060	<b>2543351</b>	1735044	1665121	<b>3400165</b>
<b>10-14</b>	821116	748383	<b>1569499</b>	1094935	1039761	<b>2134696</b>	1485426	1399450	<b>2884876</b>
<b>15-19</b>	553188	542468	<b>1095656</b>	832400	820538	<b>1652938</b>	1263639	1238577	<b>2502216</b>
<b>20-24</b>	400907	421669	<b>822576</b>	663971	708909	<b>1372880</b>	1122235	1103455	<b>2225578</b>
<b>25-29</b>	385459	413074	<b>798533</b>	510205	526249	<b>1036454</b>	846235	818300	<b>1664535</b>
<b>30-34</b>	350989	378904	<b>729893</b>	323294	372499	<b>695793</b>	721979	672633	<b>1394612</b>
<b>35-39</b>	298526	304463	<b>602989</b>	320076	380946	<b>701022</b>	529048	515207	<b>1044255</b>
<b>40-44</b>	231669	237911	<b>469580</b>	304089	344123	<b>648212</b>	358783	376812	<b>735595</b>
<b>45-49</b>	202100	194982	<b>397082</b>	254793	286182	<b>540975</b>	341768	367949	<b>709717</b>
<b>50-54</b>	178677	178792	<b>357469</b>	201430	212855	<b>414285</b>	317822	346336	<b>664158</b>
<b>55-59</b>	156962	142063	<b>299025</b>	176022	189397	<b>365419</b>	262173	275747	<b>537920</b>
<b>60-64</b>	132890	134989	<b>267879</b>	144146	148929	<b>293075</b>	198403	211707	<b>410110</b>
<b>65-69</b>	101491	96482	<b>197973</b>	133474	128482	<b>261956</b>	156670	166578	<b>323248</b>
<b>70-74</b>	64268	76926	<b>141194</b>	89836	81310	<b>171146</b>	114450	113450	<b>227900</b>
<b>75 et +</b>	87291	103955	<b>191246</b>	99928	105947	<b>205875</b>	177320	175361	<b>352681</b>
<b>ND</b>	10292	10800	<b>21092</b>	2575	1222	<b>3797</b>	1684	1198	<b>2882</b>
<b>Total</b>	<b>6073207</b>	<b>6023140</b>	<b>12096347</b>	<b>7991779</b>	<b>8072042</b>	<b>16063821</b>	<b>11573636</b>	<b>11307872</b>	<b>22881508</b>

ANNEX

Age	1998			2008			2018		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
<b>0-4</b>	1655204	1574830	<b>3230035</b>	1785642	1685336	<b>3470978</b>	2590127	2449136	<b>5039264</b>
<b>5-9</b>	1846772	1775769	<b>3622541</b>	1507332	1441076	<b>2948408</b>	2232694	2111866	<b>4344560</b>
<b>10-14</b>	1941412	1869763	<b>3811175</b>	1693757	1624819	<b>3318576</b>	1772879	1671473	<b>3444352</b>
<b>15-19</b>	1801080	1732310	<b>3533390</b>	1879122	1817095	<b>3696217</b>	1499629	1434551	<b>1934180</b>
<b>20-24</b>	1485413	1454965	<b>2940377</b>	1925495	1896054	<b>3821549</b>	1682762	1617421	<b>3300183</b>
<b>25-29</b>	1270509	1252597	<b>2523106</b>	1755956	1716458	<b>3472414</b>	1862782	1807128	<b>3669910</b>
<b>30-34</b>	1063262	1052174	<b>2115436</b>	1397869	1380564	<b>2778433</b>	1905203	1882687	<b>3787889</b>
<b>35-39</b>	848295	832195	<b>1680490</b>	1183750	1192307	<b>2376057</b>	1734451	1700541	<b>3434992</b>
<b>40-44</b>	696212	692566	<b>1388778</b>	1021168	1024531	<b>2045699</b>	1376957	1363452	<b>2740408</b>
<b>45-49</b>	570427	548034	<b>1118461</b>	829312	824380	<b>1653692</b>	1159980	1172185	<b>2332165</b>
<b>50-54</b>	375132	394124	<b>769256</b>	691935	673160	<b>1365095</b>	991470	1000488	<b>1991958</b>
<b>55-59</b>	349189	356075	<b>705264</b>	555608	522923	<b>1078531</b>	792743	796596	<b>1589339</b>
<b>60-64</b>	303936	322984	<b>626920</b>	359886	361315	<b>721201</b>	644678	639318	<b>1283995</b>
<b>65-69</b>	254567	260264	<b>514831</b>	319808	320472	<b>640280</b>	496978	482422	<b>979399</b>
<b>70-74</b>	164754	169655	<b>334409</b>	252068	259228	<b>511296</b>	301371	316741	<b>618112</b>
<b>75-79</b>	108836	110838	<b>219671</b>	184061	184485	<b>368546</b>	240582	256457	<b>497039</b>
<b>80-84</b>	112796	126695	<b>239491</b>	94749	94670	<b>189419</b>	160764	177181	<b>337945</b>
<b>85 et +</b>	-	-	-	63060	71134	<b>134194</b>	124506	127524	<b>252030</b>
<b>ND</b>	8934	15668	<b>24603</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>14856730</b>	<b>14541505</b>	<b>29395235</b>	<b>17500578</b>	<b>17090007</b>	<b>34590585</b>	<b>21570555</b>	<b>21007167</b>	<b>42577722</b>

## ANNEX

**Tableau N°2 : l'évolution des TBN, TBM, et les taux d'accroissement**

Année	TBN ‰	TBM ‰	TX accroissement ‰
1967	50.12	15.87	34.25
1968	47.70	17.37	30.33
1969	49.81	17.01	32.8
1970	50.16	16.45	33.7
1971	48.44	17.00	31.4
1972	47.73	15.68	32.0
1973	47.62	16.25	31.4
1974	46.50	15.07	31.4
1975	46.05	15.54	30.5
1976	45.44	15.64	29.8
1977	45.02	14.36	31.7
1978	46.36	13.48	31.9
1979	42.80	11.70	31.3
1980	42.70	10.90	32.1
1981	41.04	9.44	31.6
1982	40.60	9.10	31.5
1983	40.40	8.80	31.6
1984	40.18	8.60	31.6
1985	39.50	8.40	31.1
1986	34.73	7.34	27.4
1987	34.60	6.67	27.4
1988	33.91	6.61	27.3
1989	31.00	6.00	25.0
1990	30.94	6.03	24.9
1991	30.14	6.04	24.1
1992	30.41	6.09	24.3
1993	28.22	6.25	22.6
1994	28.24	6.56	21.7
1995	25.33	6.43	18.9
1996	22.91	6.03	16.9
1997	22.51	6.12	16.4
1998	20.58	4.87	15.7
1999	19.82	4.72	15.1
2000	19.36	4.59	14.8
2001	20.03	4.56	15.5
2002	19.68	4.41	15.3

**ANNEX**

2003	20.36	4.55	15.8
2004	20.67	4.36	16.3
2005	21.36	4.47	16.9
2006	22.07	4.30	17.8
2007	22.98	4.38	18.6
2008	23.62	4.42	19.2
2009	24.07	4.51	19.6
2010	24.68	4.37	20.3
2011	24.78	4.41	20.4
2012	26.00	4.53	21.6
2013	25.14	4.39	20.7
2014	25.93	4.44	21.5
2015	26.00	4.57	21.5
2016	26.12	4.42	21.7
2017	25,40	4,55	20.9
2018	<b>24,39</b>	<b>4,53</b>	19.9

**Source :**

## ANNEX

**Tableau N° 3: la répartition des femmes en Age de Procréation selon les groupes d'âge selon les années d'études:**

<b>Année</b>	<b>1966</b>	<b>1977</b>	<b>1987</b>	<b>1998</b>	<b>2008</b>	<b>2018</b>
<b>Age</b>						
<b>15-19</b>	542468	820538	1238577	1732310	1817095	1434551
<b>20-24</b>	421669	708909	1103455	1454965	1896054	1617421
<b>25-29</b>	413074	526249	818300	1252597	1716458	1807128
<b>30-34</b>	378904	372499	672633	1052174	1380564	1882687
<b>35-39</b>	304463	380946	515207	832195	1192307	1700541
<b>40-44</b>	237911	344123	376812	692566	1024531	1363452
<b>45-49</b>	194982	286182	367949	548034	824380	1172185
<b>Total</b>	2493471	3439446	5092933	7564841	9851389	10977965

RGPH : 1966, 1977, 1987, 1998,2008- Démographie Algérienne 2015, N° 740

**Tableau N°3 : Proportion des femmes en âge de procréation de la totalité de la population féminine. (%)**

<b>Année</b>	<b>1966</b>	<b>1977</b>	<b>1987</b>	<b>1998</b>	<b>2008</b>	<b>2018</b>
<b>Age</b>						
<b>15-19</b>	21,76	23,86	24,32	22,90	18,45	13,07
<b>20-24</b>	16,91	20,61	21,67	19,23	19,25	14,73
<b>25-29</b>	16,57	15,30	16,07	16,56	17,42	16,46
<b>30-34</b>	15,20	10,83	13,21	13,91	14,01	17,15
<b>35-39</b>	12,21	11,08	10,12	11,00	12,10	15,49
<b>40-44</b>	9,54	10,01	7,40	9,16	10,40	12,42
<b>45-49</b>	7,82	8,32	7,22	7,24	8,37	10,68
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100

## ANNEX

**Tableau N°4 : Evolution des indices synthétique de fécondité générale selon le milieu de résidence.**

<b>Année</b>	<b>Urbain</b>	<b>rural</b>	<b>Total</b>	<b>Différence* 2-1</b>	<b>Rapport * 2/1(%)</b>
<b>1970</b>	7.3	8.5	8.1	1,2	116
<b>1986</b>	4.5	7.1	6.3	2,6	158
<b>1992</b>	3.6	5.3	4.4	1,7	147
<b>1998</b>	2.4	3.0	2.7	0,6	123
<b>2002</b>	2.0	2.5	2.2	0,5	125
<b>2006*</b>	2.2	2.4	2.3	0,2	109
<b>2012**</b>	2.6	2.9	2.7	0,3	111

Source : \*MICS3 (2006), MICS\*\*(2012-2013)

\* : Calcul personnel.

**Tableau N5° : l'écart de fécondité entre le milieu urbain et le rural.**

<b>Année</b>	<b>1992</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2008</b>	<b>2013</b>
<b>15-19</b>	23	1	-0,6	0,8	4
<b>20-24</b>	75	15	2,3	1,6	15
<b>25-29</b>	73	13	2,2	-7,8	16
<b>30-34</b>	68	32	18,8	-10,8	3
<b>35-39</b>	68	26	8,3	-2,5	14
<b>40-44</b>	38	25	4,6	4,7	13
<b>45-49</b>	5	6	1,1	1,8	2

**Tableau N6°: l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon le milieu de résidence (%)**

<b>Milieu de résidence</b>	<b>Années</b>					
	<b>1992</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2013</b>
<b>Urbain</b>	57.5	57.2	64.8	59.0	62.5	57.7
<b>Rural</b>	44.1	56.6	62.9	54.4	59.9	56.1
<b>écart</b>	13,4	0,6	1,9	4,6	2,6	1,6

EASM: 1992, MDG: 1995, MICS 2: 2000, MICS3: 2006, MICS4: 2013.

## ANNEX

**Tableau N°7:** l'évolution de la prévalence de la contraceptive selon le niveau d'instruction.

<b>Année</b>	<b>EASME</b>	<b>MICS 3</b>	<b>MICS 4</b>
<b>Niveau d'instruction</b>	<b>1992 (1)</b>	<b>2006 (2)</b>	<b>2013 (3)</b>
<b>Sans instruction</b>	43.9	57.2	52.4
<b>primaire</b>	60.4	62.1	57.1
<b>Moyen</b>	62.4	62.2	58.7
<b>Secondaire</b>	55.8	66.9	60.6
<b>universitaire</b>	-	62.9	54.7

EASME 1992, MICS3 2006, MICS4 2013

**Tableau N°7 :** l'évolution des proportions des accouchements selon le lieu d'accouchement (%) :

<b>Lieu d'accouchement</b>	<b>EASME 1992</b>	<b>MICS2 2000</b>	<b>EASF 2002</b>	<b>MICS3 2006</b>	<b>MICS4 2013</b>
<b>Centre de santé publique</b>	70.8	87	86.6	-	88.2
<b>Clinique privée</b>	5.2	5	3.6	-	8.6
<b>A domicile</b>	22.5	8	8.8	-	1.3
<b>Accouchement dans un lieu assisté</b>	98.5		99.0	95.3	96.8

ANNEX

**Tableau N°8 : La répartition des femmes selon le nombre total des naissances et le niveau d'instruction. (%)**

<b>La parité</b>	<b>Plus haut niveau d'éducation fréquenté</b>					
	<b>Maternelle</b>	<b>Primaire</b>	<b>Moyen</b>	<b>Secondaire</b>	<b>Supérieur</b>	<b>Total</b>
<b>0</b>	0,09	19,25	36,45	26,70	17,51	100
<b>1</b>	0,00	17,90	36,71	29,35	16,03	100
<b>2</b>	0,10	21,08	37,11	28,77	12,94	100
<b>3</b>	0,04	22,56	37,63	31,27	8,50	100
<b>4</b>	0,20	30,57	34,37	28,37	6,49	100
<b>5</b>	0,09	37,20	35,61	24,62	2,48	100
<b>6</b>	0,19	45,91	34,24	17,70	1,95	100
<b>7</b>	0,75	52,99	31,72	14,55	0,00	100
<b>8 +</b>	0,52	65,80	27,46	5,18	1,04	100

ANNEX

**Tableau N°9 : La répartition des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon les régions et le milieu de résidence.**

	Pourcentage des femmes actuellement mariées utilisant													
	N'utilise pas une méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Solution injectable	Implante	Pilule	Préservatif pour hommes	Préservatif pour femmes	Diaphragme/Mouse/Ge	MAMA	Abstinence périodique	Retrait	Autre
<b>Nord Centre</b>	41.3	0.5	0.0	2.7	0.1	0.2	40.3	2.7	0.0	0.0	1.6	5.3	5.3	0.0
<b>Nord Est</b>	44.4	0.5	0.0	1.9	0.1	0.1	42.1	1.5	0.1	0.1	1.5	6.0	1.8	0.0
<b>Nord Ouest</b>	41.4	0.9	0.0	2.0	0.2	0.1	50.2	0.9	0.0	0.0	1.1	2.1	0.9	0.1
<b>Hauts Plateau x Centre</b>	48.4	0.2	0.0	0.8	0.0	0.2	46.6	0.7	0.0	0.0	1.4	1.3	0.4	0.0
<b>Hauts Plateau x Est</b>	39.1	0.6	0.0	2.2	0.0	0.2	49.3	1.7	0.1	0.0	1.0	2.7	3.0	0.2
<b>Hauts Plateau x Ouest</b>	43.6	0.3	0.0	1.6	0.1	0.2	50.7	0.6	0.0	0.1	1.8	1.1	0.1	0.0
<b>Sud</b>	50.8	0.2	0.0	2.3	0.0	0.1	26.6	2.6	0.0	0.1	3.8	3.6	9.8	0.1
<b>Milieu de résidence</b>														
<b>Urbain</b>	42.3	0.6	0.0	2.9	0.1	0.2	41.9	2.5	0.0	0.1	1.6	4.2	3.8	0.0
<b>Rurale</b>	43.9	0.5	0.0	1.1	0.1	0.0	44.9	0.9	0.0	0.0	1.8	3.3	3.5	0.1

**Source : Rapport MICS4**

ANNEX

**Tableau N°9 : La répartition des femmes actuellement mariées utilisant de la contraception selon l'âge**

	<b>Pourcentage des femmes actuellement mariées utilisant</b>		
	<b>N'importe qu'elle méthode Moderne</b>	<b>N'importe qu'elle méthode Traditionnelle</b>	<b>N'importe qu'elle méthode</b>
<b>Nord Centre</b>	46.5	12.2	58.7
<b>Nord Est</b>	46.3	9.3	55.6
<b>Nord Ouest</b>	54.4	4.3	58.6
<b>Hauts Plateau Centre</b>	48.5	3.1	51.6
<b>Hauts Plateau Est</b>	54.0	6.8	60.9
<b>Hauts Plateau Ouest</b>	53.5	2.9	56.4
<b>Sud</b>	31.9	17.3	49.2
<b>Milieu de résidence</b>			
<b>Urbain</b>	48.1	9.6	57.7
<b>Rurale</b>	47.5	8.7	56.1

**Source : Rapport MICS4**

ANNEX

**Tableau N°10 : La répartition des femmes actuellement mariées selon l'utilisation des types de la contraception.**

	Pourcentage des femmes actuellement mariées utilisant		
	N°importe qu'elle méthode Moderne	N°importe qu'elle méthode Traditionnel le	N°importe qu'elle méthode
<b>Age des femmes</b>			
<b>15-19</b>	27.0	1.4	28.7
<b>20-24</b>	39.1	6.1	45.2
<b>25-29</b>	47.2	8.6	55.8
<b>30-34</b>	53.1	9.3	62.4
<b>35-39</b>	55.9	11.1	67.0
<b>40-44</b>	52.8	10.7	63.5
<b>45-49</b>	34.0	8.5	42.5
<b>Nombre de naissance vivante</b>			
<b>0</b>	2.5	0.3	2.8
<b>1</b>	46.5	8.8	56.3
<b>2</b>	54.8	11.4	66.1
<b>3</b>	60.5	11.1	71.6
<b>4 +</b>	55.3	10.7	66.0
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>			
<b>Sans instruction</b>	45.9	6.5	52.4
<b>Primaire</b>	48.3	8.8	57.1
<b>Moyen</b>	49.3	9.4	58.7
<b>Secondaire</b>	49.4	11.2	60.6
<b>Supérieur</b>	43.3	11.3	54.7

Source : Rapport MICS4

ANNEX

**Tableau N°11: La répartition des femmes enceintes se sont fait prendre la tension, un échantillon d'urine et un échantillon de sang selon les régions et le milieu de résidence.**

	Pourcentage de répartition des femmes enceintes qui se sont fait prendre :		
	La tension	Un échantillon d'urine	Un échantillon de sang
<b>Nord Centre</b>	93,5	75,1	91,5
<b>Nord Est</b>	94,7	86,3	93,5
<b>Nord Ouest</b>	86,6	58,8	71,3
<b>Hauts Plateau Centre</b>	87,4	45,6	58,8
<b>Hauts Plateau Est</b>	91,6	79,1	85,6
<b>Hauts Plateau Ouest</b>	84,8	62,4	71,9
<b>Sud</b>	85,8	74	79,2
<b>Milieu de résidence</b>			
<b>Urbain</b>	92,7	75,3	86,4
<b>Rurale</b>	87,2	66	77,5

**Source : Rapport MICS4**

ANNEX

**Tableau N°12: La répartition des femmes selon les personnes assistant à l'accouchement, l'âge et le niveau d'instruction.**

	personne assistant à l'accouchement							
	Médecin gynécologue	Médecin généraliste	Sage femme	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ Ami	Autre	Pas d'assistant	Total
<b>Age des femmes</b>								
<b>Moins de 20 ans</b>	22,6	0,6	72,6	1,7	1,4	1,2	0,0	100
<b>20-34</b>	25,3	1,3	70,1	0,7	0,5	1,9	0,1	100
<b>35-49</b>	25,4	1,9	69,1	1,1	0,4	2,1	0,0	100
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>								
<b>Sans instruction</b>	12,7	1,0	80,3	2,0	1,6	2,4	0,0	100
<b>Primaire</b>	24,2	1,9	69,6	1,2	0,8	2,3	0,0	100
<b>Moyen</b>	24,7	1,1	71,4	0,8	0,2	1,8	0	100
<b>Secondaire</b>	28,6	1,7	67	0,2	0,3	2,1	0,2	100

**Source : Rapport MICS4**

## ملخص:

مفهوم الصحة الإنجابية يلعب دورا حاسما في تحسن نوعية الحياة و حقوق المرأة في كل أنحاء العالم. من خلال دراستنا للصحة الإنجابية في الجزائر، قمنا في البداية بعرض مختلف المؤتمرات الدولية حول الصحة الإنجابية والى مختلف مراحل تطور السياسات السكانية التي ساعدت في ارتفاع و تحسن وضعية الصحة الإنجابية و لتوضيح الأهمية الكبيرة لموضوع الصحة الإنجابية والاهتمام الدولي والمحلي به، ثم قمنا بعرض مختلف المؤشرات الديموغرافية و كذا مؤشرات الصحة الإنجابية من اجل الالمام بمختلف التغيرات التي مست كل من التركيبة العمرية للسكان، مستوى الخصوبة و كل ما يخص الصحة الإنجابية. و في الأخير اعتمدنا على قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013 و على التقرير الخاص به لتحليل بالدرجة الأولى الوضعية الحالية للصحة الإنجابية و ذلك من خلال أهم المؤشرات الديموغرافية و الاجتماعية للنساء في سن الإنجاب (15-49 سنة)، مستوى الخصوبة و السلوك الانجابي، بالمقابل حاولنا من خلال دراستنا تحليل درجة الحاجات غير مرضية في مجال الصحة الإنجابية في الجزائر.

**الكلمات المفتاحية:** الصحة الإنجابية، المرأة، سن الإنجاب، موانع الحمل، الولادة، الخصوبة، الجزائر.

## Résumé :

Le concept de santé reproductive joue un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie et des droits d la femme partout dans le monde. Durant cette recherche de la santé reproductive en Algérie, nous avons essayé d'exposer au début les différentes conférences mondiales sur la santé reproductive ainsi que l'évolution des phases de la politique algérienne qui a remonté la situation de la santé reproductive aussi bien pour prouver son importance à l'échelle national et international, ensuite nous avons présenté une évolution de diverses indicateurs démographiques et de santé reproductive de façon de donner une vue globale des changements visant la structure da la population, le niveau de fécondité et la situation de la santé reproductive.

En fin, sur la base des données de l'enquête de la MICS4 (2012-2013), nous avons analysé tant la situation de la santé reproductive, dont la fécondité, le comportement procréatif, ainsi que le profil sociodémographique des femmes en âge de procréation (15-49 ans), et en parallèle nous avons analysé le niveau de la satisfaction des besoins en matière de santé de reproduction.

**Mots clés :** santé reproductive, la femme, âge de procréation, contraception, accouchement, fécondité, Algérie.

## Summary :

The concept of reproductive health plays a crucial role in enhancing the quality of life and women rights around the world. Within this research of reproductive health in Algeria, we firstly present the various world conferences held on reproductive health, as well as, the evolutionary phases of the Algerian policy which developed and improved the state of reproductive health. We also illustrate the extreme importance of reproductive health and the interest it enjoys on the national and international levels. We present the demographic and reproductive health indicators for a comprehensive awareness of the various changes that influence population groups, fertility level and all other issues relative to reproductive health. Finally, based on the MICS4 survey data (2012-2013) and its corresponding report, we primarily analyze the present status of reproductive health, utilizing the most important socio-demographic indicators of women of child-bearing age (15-49 years old), degree of fertility and reproductive behavior. The research attempts to analyze the level reproductive health needs in Algeria.

**Key words:** reproductive health, women, reproductive age, contraception, childbirth, fertility, Algeria.