



Université d'Oran 2
Faculté des Sciences Sociale
Département de Démographie

THÈSE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat « LMD »
En Démographie Économique et Sociale

**La Maternité aux âges élevés :
Analyse des trajectoires féminines en Algérie**

Présentée et soutenue publiquement par : **Mme BOUCHTA Yamina**

Devant le jury composé de :

LOUADI Tayeb	Professeur	Président	Université Oran2
HACHEM Amel	Maitre de Conférence A	Rapporteur	Université Oran2
SEDDIK KHODJA Khaled	Professeur	Examineur	Université de Mostaganem
BOUDIA Leila	Maitre de Conférence A	Examineur	Université Oran2
BENZAID Rim	Maitre de Conférence A	Examineur	Université de Tlemcen

Année 2023-2024

Résumé

Cette étude traite un phénomène social, à savoir la maternité tardive aux âges élevés, en Algérie, à partir de la base des données de l'enquête MICS 2018-2019 et une enquête de terrain au niveau de la wilaya d'Ain Témouchent.

Dans le monde entier, l'âge à la maternité a observé un recul vers les âges élevés (35 ans et plus). Ce recul a eu des répercussions sur la fécondité et sur la parité des couples. La maternité tardive peut exposer la femme et le nouveau-né à de multiples risques sanitaires.

L'étude a montré que parmi les facteurs qui poussent les femmes à se marier tardivement, la prolongation des études féminines et le travail féminin.

L'enquête au niveau de la wilaya d'Ain Témouchent, a montré que la majorité des femmes ayant eu des maternités tardives ont un niveau supérieur, résident dans le milieu urbain et ont une activité rémunérée. L'âge moyen à la première maternité tardive est de 36,7 ans. 70 % des femmes ont opté pour la contraception après le premier accouchement.

Les données de l'enquête mettent en lumière l'impact significatif de l'âge sur la maternité, l'utilisation de la contraception et la santé maternelle et infantile, soulignant l'importance de la sensibilisation et de la prise en charge appropriée des femmes enceintes, particulièrement celles en âge avancé. La maternité tardive suscite des craintes liées à la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des sentiments de bonheur et de joie.

Mots clés : la maternité, la maternité tardive, la fécondité tardive, femme – Algérie.

ABSTRACT

This is a social phenomenon, which saves equipment with difficulty at high altitude, in Algeria, from the MICS 2018-2019 donation base and from a covered area in the surrounding area.

The following month, he entered the maternity ward to observe a record level (35 years and over). This will reflect your feelings about your marriage and your spouse's relationship. Hard carpet can expose the woman and new family to multiple health risks.

He learned from the fact that workers who cultivate women in their marriage, the extension of women's studies and women's travel.

The home of the wilaya in Ain Témouchent, a city where the main homes of women with maternity homes with property in a higher home, residing in an urban environment and in a remote activity are located. Previous hardware lasted 36.7 hours. 70% of women are eligible for contraception on the first attempt.

Less power data is highlighted on the significant impact of the mother on motherhood, the use of contraception and maternal and child health, the importance of awareness and care pregnant women, particularly those of advanced age. Motherhood is hard to eat, which puts the health of the mother and child at risk, but also the feelings of happiness and joy.

Keywords: Motherhood, Late motherhood, Late fertility, Woman – Algeria.

الملخص

تتناول هذه الدراسة ظاهرة اجتماعية وهي تأخر الأمومة في الأعمار المتقدمة في الجزائر، وذلك اعتماداً على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2018-2019 ومسح ميداني بولاية عين تموشنت.

في جميع أنحاء العالم، شهد سن الإنجاب انخفاضاً نحو الأعمار الأكبر (35 عاماً فما فوق). وكان لهذا الانخفاض تداعيات على الخصوبة والتكافؤ بين الأزواج. يمكن أن تعرض الأمومة المتأخرة المرأة والمولود لمخاطر صحية متعددة. وأظهرت الدراسة أن من العوامل التي تدفع المرأة إلى الزواج المتأخر، إطالة أمد دراسة المرأة وعمل المرأة.

وأظهر الاستطلاع الذي أجري في ولاية عين تموشنت أن غالبية النساء اللاتي تأخرن في الأمومة لديهن مستوى أعلى ويقيم في البيئة الحضرية ويمارسن نشاطاً مدفوع الأجر. متوسط العمر عند أول إنجاب متأخر هو 36.7 سنة. 70% من النساء اخترن وسائل منع الحمل بعد الولادة الأولى.

وتسلط بيانات المسح الضوء على التأثير الكبير للعمر على الأمومة واستخدام وسائل منع الحمل وصحة الأم والطفل، مع تسليط الضوء على أهمية الوعي والرعاية المناسبة للنساء الحوامل، وخاصة النساء في سن متقدمة. إن تأخر الأمومة يثير مخاوف تتعلق بصحة الأم والطفل، ولكن أيضاً مشاعر السعادة والفرح.

الكلمات المفتاحية: الأمومة، تأخر الأمومة، الخصوبة، المرأة – الجزائر

Dédicace

Je dédie ce travail à :

✚ *En premier lieu à mon cher professeur **Abd El Krim Fodil**, la rigueur dans le travail, l'enseignement, le sens de la ponctualité et l'humilité que vous m'avez inculqués n'auront pas été vains, depuis ma première année à l'université, ce fut un honneur d'avoir été votre étudiante et de travailler à votre côté, que dieu vous guérira et rétablira le plus tôt possible.*

Veillez accepter mon professeur l'expression de ma haute et profonde considération mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

✚ *A ma Professeur **Hachem Amel**, Père professeur, ce travail n'a jamais été réalisé sans votre présence, je n'avais jamais assez de mots pour vous exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude, vous m'avez cessé de me donner conseils et encouragements, Merci pour votre écoute attentive et bienveillante tout au long de ces années, Veillez accepter chère professeur l'expression de ma haute et Profonde considération*

*BONBOUTA **Famina***

Remerciement

❖ *Je présente mes meilleurs remerciements à :*

Amon dieu, le tout puissant,

A mes parents, pour votre soutien inconditionnel durant toutes ces années, Merci de m'avoir transmis ces valeurs qui font de moi, la femme que je suis, Merci pour toutes vos sacrifices et vous encouragements, Que santé et bonheur soient au rendez-vous des années à venir, Je vous aime

Amon cher Mari Oussama, mon soutien et ma force dans ma vie, tu m'a toujours soutenu dans mes difficiles moments que j'ai vécu, je te remercie de me protéger contre toutes les douleurs et le chagrin de la vie, Merci d'être le meilleur mari du monde.

A l'ensemble de mes professeurs de départements de démographie, pour l'apport scientifique que j'ai eu tout au long de ma formation, Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

Ames frères et mes sœurs, Samira, mohamed, Wahida, Djamel, et mon plus cher Saïdo. Aussi à mes chers enfants Zineddine et Aymen. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et tous mes vœux de réussite.

Ames directeurs au travail tous longs de la thèse, M' Athmani, M^{me} Hamzaoui, M' Sadouk, et finalement M' Turki, qui m'ont encouragé et autorisé pour continuer le travail.

A mes amis d'étude et mes amis de travail : Fouzia, Nazihia, Kavtar, et Navel, toute ma reconnaissance et ma gratitude.

Et finalement à tous ceux ou celles qui de loin et de près ont contribué à la réalisation De ce travail

BOUBERTA Fatima



Sommaire

	N° de page
Résumé	
Abstract	
Remerciements	
Dédicace	
Table des matières	
Liste des tableaux	i
Liste des figures	ii
Liste des annexes	iii
Liste des abréviations	iv
Introduction générale	v
Chapitre préliminaire	01
Problématique	01
Hypothèses	03
Motif et choix du thème	04
Objectifs de l'étude	04
Les difficultés de la recherche	05
Le champ d'étude	05
Définition des concepts	05
Chapitre 1: Cadre conceptuel et théorique de la recherche	10
Introduction	10
1- Cadre conceptuel de la recherche	10
-La grossesse	10
- La grossesse tardive	11
-La grossesse très tardive	12
-Grossesse à risque	12
-La maternité	12
-La maternité tardive	12
- Les primipares âgées	13
- la Fécondité	14
-La fécondabilité	14
-La fertilité	15
- Intervalle intergénéral	15
- la Ménopause	15
- La santé maternelle	16
- Déni de grossesse	16
- La mortalité maternelle	16
- Analyse démographique	16
2-Cadre théorique de la recherche	17
2.1- les études précédentes	17

2.2- La fréquence des maternités tardives	22
2.3- Les risques d'une maternité tardive	22
2.4- Les causes de la maternité tardive	23
2.5- Les conséquences de la maternité tardive	23
2.5.1- Les Complications maternelles de la maternité	25
2.5.1.1 - Augmentation du nombre de malformations congénitales	25
2.5.1.2 - Augmentation du risque de complications de grossesse	26
2.5.2- Les pathologies de l'accouchement	26
2.6-Traitement de la maternité tardive non causale	27
2.7- Le désir maternel (ou d'enfants) tardif et les maternités tardives	27
2.8- l'effet de la maternité tardive sur la santé de la mère et l'enfant	30
2.9- l'impact de l'âge sur la fertilité	31
Conclusion	32
Chapitre 2: les maternités tardives dans le monde	33
Introduction	33
1- Les maternités tardives dans le monde	33
2- Une progression de la maternité à 35 ans ou plus dans les pays développés	42
3- Une maternité plus tardive en raison des évolutions sociétales	43
4- Cas des Mères les plus âgées dans le monde (après 50 ans)	44
5- Les mesures de restreindre les maternités tardives dans le monde	48
6- La relation entre les maternités tardives et la chance d'avoir des jumeaux.	49
Conclusion	51
Chapitre 3: La Situation de la fécondité en Algérie	52
Introduction	52
1- l'évolution de la fécondité en Algérie.	52
1-1- Évolution de la population en Algérie	55
1-1-1 Natalité	57
1-1-2 Mortalité	61
1-2-L'évolution de la Fécondité en Algérie par âge	63
1-2-1-Taux de fécondité générale	63
1-2-2-Indice synthétique de fécondité	65
2- Les facteurs de la baisse de la fécondité en Algérie	65
2-1 Scolarisation féminine	66
2-2 Le recul de l'âge au premier mariage	69
2-3 Activité féminine	71
2-4 La planification familiale	73
2-5 Milieu de résidence	74
2-6 Niveau d'instruction	74
2-7 l'infécondité en Algérie.	75
3- Politique de l'état en matière de la baisse de la fécondité.	76
Conclusion	83
Chapitre 4: l'étude de la maternité tardive au niveau national à partir des données de la MICS 6	85

Introduction	85
1-Présentation de la MICS	85
2-Présentation de la MICS6	86
2.1- Définition	86
2.2- Objectifs de l'enquête	87
2.3- Méthodologie de l'enquête	87
2.4- L'échantillon De l'enquête	88
2.5- Le Questionnaire	90
2.6- Le déroulement de l'enquête	94
3- L'utilisation des données de la MICS6 dans l'étude de la maternité tardive	96
3.1- Données utilisées	97
3.2- Critiques des données de la MICS6	97
3.3- Qualité des données	97
3.4-Résultats de l'étude	99
3.4.1- Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées en âge de procréer	99
3.4.2- Les femmes enquêtées âgées de 35 ans et plus mariées à partir de 35 ans	100
3.4.2.1- Caractéristiques sociodémographiques	100
3.4.2.2- La vie reproductive	105
3.4.3-Étude de la maternité tardive chez les femmes qui se sont mariées à partir de 35 ans	106
3.4.3.1- Le choix des femmes enquêtées mariées à partir de 35 ans	106
3.4.3.2- Les caractéristiques sociodémographiques	108
3.4.3.3- La vie reproductive	115
1-Les soins prénatals	115
2- L'Accouchement	118
3- Enfants décédés	120
4-L'utilisation de la contraception	121
5-Décision de l'utilisation de la contraception	122
Conclusion	124
Chapitre 5 :L'étude de la maternité tardive à Ain Temouchent	126
Introduction	126
Première partie I. Lieu et méthodologie de l'enquête	126
I.- Lieu de l'enquête : wilaya d'Ain Temouchent	126
I.1.- Présentation géographique	126
I.2- Présentation administrative	127
I.3-Présentation de la situation socio démographique de la population	128
I.3.1- Évolution de la population résidente totale 1998/2019	128
I.3.2- Répartition de la population totale résidente par groupe d'âge et par sexe en 2019	131
I.3.3- Répartition de la population totale selon la strate et la commune Année 2019	133

I.4- Mouvements naturel de la population enregistrée à l'état civil par commune (année 2019)	134
I.4.1 – Natalité	136
I.4.2 – Mortalité	137
I.4.3- Espérance de vie	137
I.4.4 - mortalité infantile	137
I.4.5- population en âge de procréer	138
I.4.6 – Nuptialité	138
I.5 - L'activité féminine	138
I.6 - La scolarité féminine	140
I.7 - Le secteur de la santé	143
II. Méthodologie de L'enquête de Terrain	145
1. Source et données	145
2. Méthodologie	145
3 - L'enquête sur les lieux d'accouchements	146
3.1 - Description des lieux d'accouchements	146
3.1.1 - Hôpital mère et enfant d'Ain Temouchent	146
3.1.2 - Clinique Dar Chifa Ouslim	147
3.1.3 - Clinique Machfa Ibn Sina	147
3.2. Caractéristiques des femmes qui ont accouché à partir de 35 ans	147
4- l'enquête sur les femmes ayant eue leur premier enfant à partir de 35 ans	150
4.1- Champ de l'enquête	150
4.2- Détermination de cadre et taille de l'échantillon	150
4.3 - Élaboration du questionnaire	152
4.4 - L'analyse des données	152
Deuxième partie : Présentation des résultats de l'enquête	153
1- Caractéristiques sociodémographiques de la femme	153
2- Le mariage comme facteur explicatif de la maternité tardive	155
3 - Maternité tardive	162
4 - Contraception	164
5 -Le décès de l'enfant	167
6 -Grossesse tardive	168
-Consultation avant grossesse	169
7-les soins prénatals	171
8-Le Désir d'un enfant	173
9 -Complications durant la grossesse	176
10- L'accouchement	177
11- Allaitement	181
12-Les soins post natal	186
13- Trajectoires des femmes ayant eu des maternités tardives	188
13.1 - Désir de l'enfant et vécu de la maternité tardive chez les femmes algérienne	190
13.1.1 -Désir d'enfant	191

13.1.2 -Le vécu de la maternité	196
13.2 -Profil de représentation maternelle (difficultés de vivre la grossesse)	200
Conclusion	202
Conclusion générale	204
BIBLIOGRAPHIE	211
ANNEXE	215

Liste des tableaux

N° tableau	Titre du tableau	n° page
01	Diminution de la fertilité et augmentation du nombre de fausses couches et le nombre de foetus ayant une anomalie chromosomique	25
02	Répartition des naissances dites tardives au cours du xxe siècle en France	36
03	L'évolution de la population algérienne de 1830 à 1886	55
04	L'évolution de la population de l'Algérie de 1886 à 1960	56
05	L'évolution de la population de l'Algérie après l'indépendance	57
06	Évolution des taux de natalité en Algérie, 1962-1985	58
07	Évolution des taux de natalité en Algérie, 1986-2000	59
08	Évolution des taux de natalité en Algérie, 2000-2019	60
09	Évolution des taux de mortalité en Algérie, 2009-2019	61
10	Taux de fécondité par âge et par année (1970-2019)	64
11	Nombre moyen d'enfants par femme en Algérie entre 1970 et 2019	65
12	Age moyen au 1 ^{er} mariage selon le type d'enquêtes.	70
13	Répartition des élèves selon le niveau d'instruction en Algérie 2018-2019	74
14	Taux de réponse des différentes variables de l'étude	98
15	Répartition des femmes enquêtées âgées entre 35-49 ans selon les caractéristiques sociodémographiques	100
16	Répartition des femmes enquêtées âgées entre 35-49 ans mariées à partir de 35 ans par groupes d'âge	104
17	Répartition des femmes enquêtées en âge de procréer et mariées à partir de 35 ans selon l'enfantement	105
18	Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans ayant eu des enfants selon leurs âges au premier mariage	106
19	Répartition des femmes enquêtées âgées entre 35-49 ans mariées à partir de 35 ans par groupes d'âge	107
20	Répartition en pourcentage des femmes par milieu de résidence	111
21	Répartition en pourcentage des femmes selon le niveau d'instruction par milieu de résidence	113
22	Répartition des femmes selon Situation économique	114
23	Répartition des femmes selon Situation matrimoniale	114
24	Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon nombre de consultations prénatales	115
25	Répartition des femmes âgées mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon la cause des soins prénatales	117

26	Répartition des femmes enquêtées ayant eu des enfants et mariées à partir de 35 ans selon le lieu d'accouchement	119
27	Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon le type d'accouchement	120
28	Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants décédés	120
29	Répartition des femmes âgées entre 15-49 ans mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon l'utilisation de la contraception	121
30	Répartition des femmes âgées entre 15-49 ans mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon qui décide d'utiliser de la contraception	123
31	Répartition de la population totale par dispersion et densité moyenne par commune année 2019	129
32	Répartition des taux d'urbanisation par commune (Année 2019)	133
33	Répartition des indicateurs démographiques Année 2019	135
34	Évolution des indicateurs démographiques	135
35	Répartition de la population selon l'emploi (année 2019)	138
36	Répartition de la population occupée par branche d'activité Année 2019	139
37	La répartition des infrastructures et des effectifs scolaires du cycle primaire à Ain Temouchent Année Scolaire 2019/2020	140
38	Répartition des taux des élèves analphabètes par commune en 2019	142
39	Répartition des femmes qui ont accouché à partir de 35 ans année 2019 selon les établissements	147
40	Répartition de l'échantillon par commune	151
41	Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques socio -démographiques	154
42	Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction et l'âge au premier mariage	157
43	Répartition des enquêtées selon le nombre et le sexe de leur premier enfant	158
44	Répartition des enquêtées selon leur âge au remariage	158
45	Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants après le remariage et l'âge de la femme au deuxième mariage	159
46	Répartition des enquêtées selon l'écart d'âge avec leur conjoint	159
47	Répartition de l'échantillon selon la situation individuelle du conjoint et l'âge de la femme	160
48	Répartition des enquêtées selon le remariage de leur conjoint	161
49	Répartition de l'échantillon selon l'âge à la première maternité	162
50	Répartition de l'échantillon selon l'âge à la première maternité, l'activité de la femme et le niveau d'instruction de la femme	163
51	Répartition de l'échantillon selon l'âge à la dernière maternité, l'activité et le niveau d'instruction de la femme	163
52	Répartition de l'échantillon selon l'âge à la première et la dernière maternité	164
53	Répartition de l'échantillon selon l'utilisation des méthodes contraceptives, le type de la	165

	méthode, le moment de l'utilisation, la cause et suite à une consultation avant la grossesse	
54	Répartition de l'échantillon selon l'utilisation de la contraception, la méthode choisie, le motif de la non utilisation, le choix individuel de la prise et le motif du choix après l'accouchement	166
55	Répartition de l'échantillon selon la méthode de la contraception choisie après l'accouchement et le niveau d'instruction de la femme	167
56	Répartition de l'échantillon selon les enfants décédés	168
57	Répartition de l'échantillon selon l'âge de la mère à la grossesse tardive	168
58	Répartition de l'échantillon selon que la femme a eu une grossesse qui a terminé avant le terme, le type et la cause de l'arrêt de cette grossesse	168
59	Répartition de l'échantillon selon le fait d'avoir eu une intervention chirurgicale gynécologique et leur type	170
60	Répartition de l'échantillon selon le nombre et la cause de la consultation lors de la grossesse tardive et le niveau d'instruction	170
61	Répartition de l'échantillon selon les consultations prénatales et l'âge de la femme	172
62	Répartition de l'échantillon selon le fait d'avoir reçu des consultations prénatales au cours de la grossesse, leur nombre et la cause	172
63	Répartition de l'échantillon selon le nombre de consultation lors de la grossesse tardive et le niveau d'instruction de la femme	173
64	Répartition de l'échantillon selon le désire de la grossesse tardive, et la cause de la maternité tardive	174
65	Répartition de l'échantillon selon la cause de ne pas désirer la grossesse tardive et l'âge de la femme, le niveau d'instruction et l'activité de la femme	175
66	Répartition de femmes ayant eu des complications durant la grossesse selon l'âge, le type de la complication, le nombre d'hospitalisation, le secteur d'hospitalisation et l'activité de la femme	176
67	Répartition l'assistance médicale pendant l'accouchement et le lieu d'accouchement selon le niveau d'instruction et l'âge de la femme	178
68	Répartition des femmes ayant accouché par césarienne selon la personne qui a pris la décision d'accoucher par césarienne, la cause du choix de la césarienne et les soins post-natals	179
69	Répartition des femmes ayant accouché par césarienne selon l'âge de l'accouchement, le niveau d'instruction et le lieu d'accouchement	180
70	Répartition des femmes ayant accouché par voie basse selon le mode de délivrance (accouchement) et le fait d'être réanimé pendant l'accouchement	181
71	Répartition des femmes qui ont allaité leurs bébés naturellement selon l'âge de la femme, le niveau d'instruction, l'activité de la femme et le type d'accouchement	182
72	Répartition des femmes qui ont allaité leurs bébés naturellement selon la durée de l'allaitement selon le niveau d'instruction et l'activité de la femme	183
73	Répartition des femmes ayant ont consulté des personnes pour l'allaitement selon le niveau d'instruction, le statut de ces personnes et leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement maternel	184
74	Répartition des femmes selon la cause de l'arrêt de l'allaitement	185
75	Répartition de l'échantillon sur les biens fait de l'allaitement selon le niveau d'instruction et l'activité de la femme	185

76	Répartition des femmes ayant reçu des soins post-natals selon l'âge, le niveau d'instruction et l'activité de la femme	186
77	Répartition des femmes ayant consulté suite à une complication éprouvée après l'accouchement selon le type de la complication, la personne consulté et l'établissement de la consultation	187
78	Répartition des femmes ayant consulté suite à une complication éprouvée après l'accouchement selon le type de la complication, la personne consulté et l'établissement de la consultation	187
79	Attitudes des enquêtées à l'égard de différents aspects liés à l'accouchement, à la maternité et à la santé du nouveau-né	188

Liste des figures

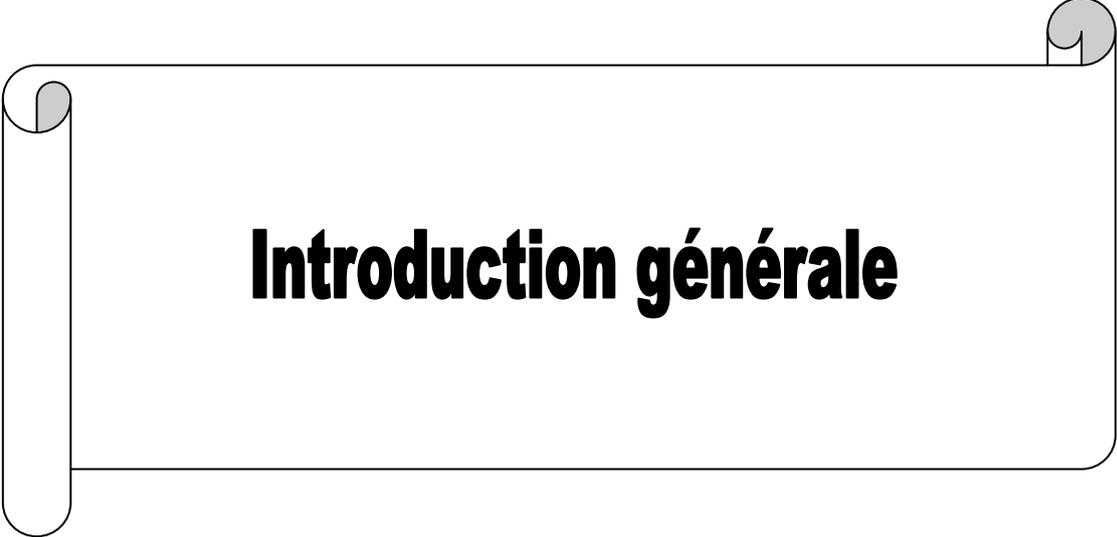
N° figure	Titre de la Figure	n° page
01	Nombre moyen d'enfants par femme à 40 ans et plus en Afrique Sub-saharienne.	41
02	Évolution des taux de Mortalité en Algérie, 2009-2019	62
03	Répartition des femmes selon l'âge	110
04	Répartition des femmes selon le milieu de résidence	112
05	Répartition des femmes selon le niveau d'instruction	113
06	Répartition De La Population d'Ain Temouchent par Dispersion 2019	131
07	Pyramides des âges 2008/2019	132
08	Évolution Des Indicateurs Démographiques De 2009 à 2019 dans la Wilaya D'Ain Temouchent	136
09	Répartition De La Population Totale selon la situation individuelle (année 2019)	139
10	Répartition des femmes accouchées à partir de 35 ans par Groupes d'âges année 2019	149
11	Répartition des femmes accouchées à partir de 35 ans selon le type d'accouchement année 2019	150

Liste des Annexe

N° Annexe	Titre de l'annexe	n° page
01	Cas de maternité après 50 ans	219
02	Répartition de la population totale résidente par groupe d'âge et par sexe (Année 2019)	250
03	Questionnaire	251

Liste des abréviations

B.I.T	Bureau International du Travail
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
C E P E D	Centre français Sur La Population Et Le Développement
DPSB	Direction de programmation et suivi budgétaire
EPT	espace de programmation territoriale
FIGO	La Fédération Internationale de gynécologie-obstétrique
FIV	fécondation in vitro
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISF	Indice synthétique de fécondité
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MSPRH	ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	Office nationale des statistiques
PMA	La procréation médicalement assistée
SPSS	Social Package For Science Social
SAFEC	Société algérienne de fertilité et de contraception
TBM	Taux brut de mortalité
TBN	Taux brut de natalité
TFG	Taux de Fécondité Générale
TGF	Taux global de fécondité



Introduction générale

Introduction générale :

Avec les changements de la société et le développement des techniques d'assistance médicale à la procréation (PMA), les maternités au-delà de 35 ans sont devenues de plus en plus fréquentes, et de ce fait de moins en moins écartées. La maternité est une période unique dans la vie d'une femme, une nouvelle façon de se projeter dans l'avenir en tant que mère. Il s'agit d'un état réversible qui a modifié les relations interpersonnelles, le mode de vie, le statut social des femmes et la perception d'elles-mêmes.

La maternité demeure un des événements les plus importants de la vie d'une femme, sur le plan social, psychique et familial. Elle permet à la femme d'avoir une place dans la famille et dans la société et d'avoir ainsi un statut social reconnu en tant que femme-mère. Elle est plutôt considérée, comme une conséquence attendue mais nonespérée du mariage, ou bien comme une obligation pour les femmes mariées. Elle valorise le statut ou la place la femme au sein de sa société.

La Maternité est un phénomène physique et psychique qui est habituel dans l'humanité, quelles que soient les races, mais qui est très influencé par les civilisations et les cultures humaines. Le fait que les humains, quelles que soient leurs apparences, leur taille, la couleur de leur peau, leur phénotype et leur biotype, ne sont définis à l'intérieur de l'espèce humaine que quand ils sont féconds entre eux. C'est sur la capacité de pouvoir faire des enfants ensemble que l'homme et la femme sont définis en tant que tels (Rita El Khayat., 2008).

Il n'existe pas de définition objective et consensuelle de la maternité tardive (Bessin *et al.*, 2005). Cette notion – comme celle de maternité précoce – est toute relative et dépend du contexte historique et social. Le choix des seuils peut être fondé sur des distributions statistiques (en

référence par exemple à un indicateur de moyenne générale), sur les représentations sociales du « âge idéal » pour devenir parent, ou encore sur les prescriptions du corps médical s'appuyant, ou non, sur des données épidémiologiques (Valabrègue *et Al*, 1982 ; Langevin, 1984 ; Mazuy, 2009). La définition de la maternité tardive fait principalement référence à deux échelles de temps : le temps biologique, principalement relayé par la médecine, relatif à la physiologie des femmes (et des hommes), qui fixe les potentialités et les limites de la procréation, et le temps des normes, lesquelles guident, prescrivent ou stigmatisent les comportements reproductifs (Donati et Samuel, 2001 ; Donati, 2000). Chaque société édicte des normes en matière de procréation, dans lesquelles la temporalité peut être. La maternité tardive est un phénomène social et démographique qui influe sur la fécondité et la natalité, lié aux coutumes et valeurs sociales des sociétés.

Dans la société Algérienne, la maternité est l'une des priorités de la femme et le couple après le mariage sachant que son recule (la maternité tardive) à ses propres raisons et ce n'est pas un désir de le reporter mais ce retard de la maternité après l'âge de trente-cinq ans peut avoir des conséquences sur la santé de la mère et la santé du bébé.

Souvent, une première maternité à un âge avancé (après l'âge de 35 ans), à des raisons multiples (mariage tardif, remariage, traitement de stérilité,...). Le recul de l'âge au premier mariage est la raison principale de la maternité tardive qui s'explique également par l'amélioration du niveau d'instruction des femmes, le prolongement des études, l'accès des femmes au marché du travail, l'évolution culturelle de la société en général et aussi à un certain nombre de problèmes liés à la situation économique et sociale du pays tels que le coût de la vie, les frais du mariage (fête, dot..), le chômage des jeunes et à la crise du logement.

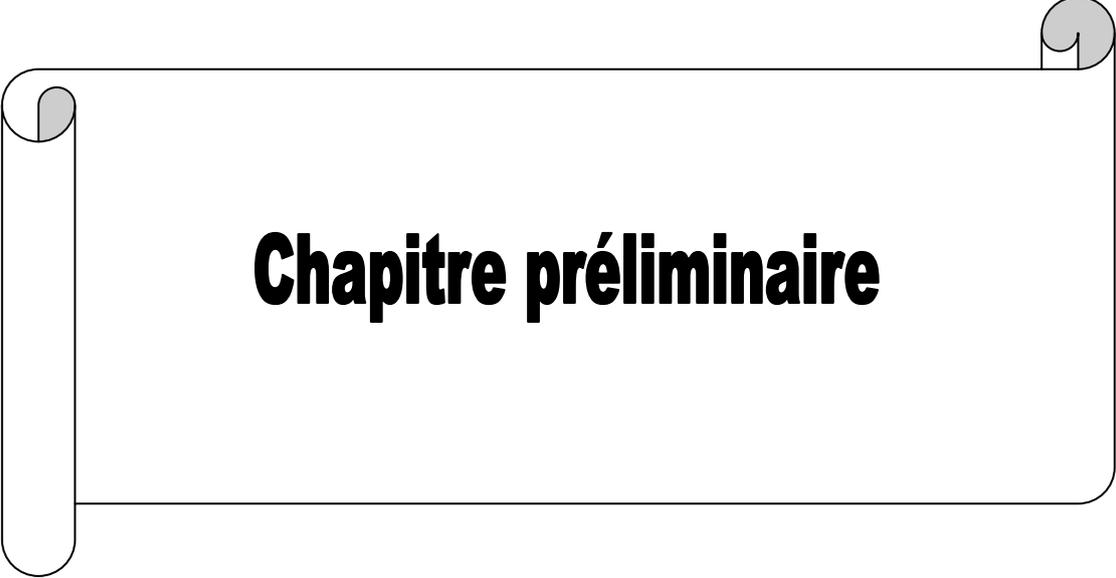
L'impact de l'élévation de l'âge se fait sentir dès 35 ans et devient important à 40 ans et plus. L'information des femmes et des hommes sur les risques associés à l'âge devrait permettre aux couples de mieux intégrer les données médicales dans leur décision d'avoir un enfant (B.Khoshnood, M H.Bouvier-Colle, H Leridon, B.Blondel, 2009).

L'augmentation de l'âge maternel a des effets marqués particulièrement sur la baisse de la fécondabilité et sur l'augmentation du risque des avortements spontanés qui passe au double chez les femmes âgées entre 40-44 comparées à celles âgées de 20-24 ans. Les autres effets portent, d'une part, sur la santé maternelle (morts maternelles et pathologies graves) et, d'autre part, sur l'issue des grossesses (naissances multiples, prématurité, hypotrophie et anomalies congénitales).

Ceci étant, l'objectif principal assigné à la présente étude et de pouvoir mesurer l'existence du phénomène maternité tardive en Algérie à partir de 35 ans, et ce, dans le but d'apporter une vision utile pour mieux comprendre le choix de cette maternité, qui poursuit d'autres objectifs spécifiques tels que de comprendre les raisons qui poussent une femme à donner naissance à son premier enfant à un âge tardif, malgré ces connaissances des risques pour soi et pour son bébé, aussi de décrire les parcours des femmes pour accoucher tardivement à savoir leurs réactions, leurs pensées et comment elles avaient vécu leur grossesse avec les différents changements qu'elles ont subi (psychique, corporel ...etc.).

En effet, pour répondre au questionnement de cette étude, le travail sera structuré en six chapitres: en premier lieu, un chapitre préliminaire puis chapitre 1 cadre théorique et conceptuel de la recherche, ces deux chapitres portant sur les différents points qui enlève l'ambiguïté liée à la présente étude, tels que définition des concepts liés à la maternité et les différentes études qui ont spécifiquement abordé le sujet de la présente

étude, et ce dans le but de mieux connaître le phénomène étudié. En second lieu chapitre 2 portant sur les maternités tardives dans le monde, par la suite chapitre 3 aborde la situation de la fécondité en Algérie, le 4^{ème} chapitre relatif à l'étude de la grossesse tardive au niveau national à partir des données de la Mics6 afin de donner une image de la maternité tardive en Algérie. En fin, le dernier chapitre de cette étude portant sur les raisons de l'augmentation de la fréquence de la maternité tardive en Algérie malgré ses répercussions négatives sur la santé de la mère et celle de son enfant et le désir de connaître le profil sociodémographiques et les trajectoires des femmes qui accouchent à un âge tardif et ce à partir d'une enquête de terrain sur la maternité tardive à la wilaya d'Ain Temouchent. Par la suite la présentation des résultats obtenus.



Chapitre préliminaire

Chapitre préliminaire

Problématique :

Avec le recul de l'âge moyen au mariage en Algérie, particulièrement chez les femmes, qui est due d'une part à l'allongement des années de scolarisation féminine et d'autre part aux conditions socio-économiques que vit la jeunesse algérienne, la maternité est de plus en plus tardive.

À l'instar de l'Algérie, l'évolution de ce phénomène touche un grand nombre de pays à travers le monde, ce qui suscite des inquiétudes tant chez les autorités internationales que nationales.

Cette tendance du recul de la première maternité qui continue à s'élargir a été observée pour la première fois vers la fin des années 1970 (Laure Hoguerou, Nathalie Bai et Al, 2011). Cela veut dire que ce type de maternité (au-delà de 35 ans ou 40 ans) n'est pas un nouveau phénomène, mais il a toujours existé. Il était caractérisé par une baisse tout au long du 20^e siècle (Laure Hoguerou et Al., 2011). Ainsi, depuis le début des années 1980, les naissances tardives sont de plus en plus souvent les premières naissances (l'INSEE, 2016). La hausse des maternités tardives peut être expliquée d'une part par un accès plus large à la contraception et d'autre part par l'allongement des études supérieures, une priorité féminine pour garantir sa carrière professionnelle et socio-économique, la fréquence des mariages tardifs et des secondes unions, et le développement des techniques d'assistance médicale à la procréation (PMA).

Le modèle familial algérien se caractérise non seulement par un recul du mariage, mais aussi par une augmentation de l'âge moyen au mariage

chez les deux sexes et une hausse du statut de célibat définitif » (T. Louadi, 2008, p. 44).

Cependant, ce recul n'échappe pas aux risques sanitaires pour la mère comme pour son enfant. Une relation étroite lie l'âge maternel et les complications liées à la grossesse. Il est reconnu dans la littérature que l'âge maternel avancé est un facteur de risque retrouvé dans les étiologies d'un certain nombre de pathologies graves. Il est également le principal facteur affectant la fertilité féminine, dont la qualité n'évolue pas de façon linéaire de la puberté à la ménopause.

Les études ont montré qu'une maternité tardive peut être la cause d'une prématurité, d'hypertension (pré-éclampsie), d'hypotrophie (faible poids de l'enfant), et des fausses couches. En outre, le vieillissement des ovocytes peut aussi conduire à une incidence plus importante de trisomie 21 chez l'enfant et plus largement des malformations fœtales (Alexandra Bresson, 2017).

Si le principal risque est de ne pas obtenir une maternité tardive, car la fertilité diminue considérablement après l'âge de 35 ans, une maternité dans ce groupe d'âge est susceptible d'être considérée comme à risque. Aujourd'hui, avec le renforcement de la surveillance, ces maternités ne sont plus considérées comme à haut risque pour le bébé. En revanche, le risque est plus prononcé pour la mère, notamment lors de l'accouchement. (AFPA, 2014).

Autrement dit, la maternité tardive est un choix qui interpelle la femme entre le recul du mariage ou célibat prolongé et la conjugalité, entre leur désir d'enfant et leur désir de réalisation personnelle, entre leur projet de carrière et leur projet de vie familiale.

La fécondité tardive est associée généralement à une fécondité globale plus faible, ainsi à une surveillance médicale particulière puisque ces maternités sont considérées à risques. Elles représentent un problème de santé publique qui coûte financièrement cher pour l'état, mais aussi comme un problème social.

L'Algérie a instauré un nouveau programme national pour une meilleure organisation des maternités avec des mesures susceptibles d'améliorer les conditions d'accouchement et surtout d'éviter les décès maternels causés par une prise en charge tardive, négligence et non-assistance à une personne en danger ou autrement dit à une évacuation tardive.

Dès lors, il semble pertinent de s'interroger sur le profil sociodémographique des femmes qui sont devenues mères au-delà de 35 ans, en tenant compte des particularités des trajectoires individuelles, à savoir l'âge au premier mariage, le niveau d'instruction de la femme, lieu de résidence, lieu de naissance, remariage avant trente-cinq ans, etc. Pour une analyse plus approfondie de la maternité tardive.

À la base de ce qui précède, notre questionnement est le suivant :

Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques des femmes qui deviennent mères à partir de 35 ans et quelles sont leurs trajectoires?

Hypothèses de l'étude:

La possibilité qu'une femme accouche à un âge élevé est positivement liée à son parcours de vie ou à des caractéristiques individuelles associées aux trajectoires féminines:

- L'âge au premier mariage influe positivement sur l'âge à la première maternité.

- Le faible écart d'âge entre les conjoints a une influence positive sur l'avancée de l'âge de la femme au premier accouchement.

- Le décès d'un enfant précédent contribue au raccourcissement du calendrier de la fécondité d'une femme en intervenant sur la durée de l'intervalle inter gènesique.

- Le décès d'un enfant précédent et l'intensité de vivre l'événement d'une maternité tardive sont corrélés négativement.

- Les grossesses tardives sont plus fréquentes en milieu urbain qu'en milieu rural.

- Le remariage d'une femme après trente-cinq ans augmente la probabilité d'accoucher tardivement.

- L'allongement des années d'études (ou de la scolarisation) et le statut professionnel de la femme contribuent au retard de la maternité.

Motifs du choix du thème :

Parmi les raisons du choix de ce thème l'augmentation de la fréquence de la maternité tardive en Algérie malgré ses répercussions négatives sur la santé de la mère et celle de son enfant et le désir de connaître le profil sociodémographique et les trajectoires des femmes qui accouchent à un âge tardif.

Objectifs de l'étude :

Cette étude vise à réaliser les objectifs suivants :

- Interpréter les raisons qui amènent une femme à avoir un premier enfant à un âge tardif malgré ses conséquences négatives sur la santé de la mère et celle de son enfant.

- Identification et description des caractéristiques socio-démographiques des femmes qui accouchent à l'âge de 35 ans.

- Connaitre les raisons qui poussent la femme à accoucher après l'âge de 35 ans.

- Connaitre les trajectoires des femmes ayant accouché à un âge tardif.

- Offrir une perspective utile pour une meilleure compréhension du choix de la maternité tardive, sujet qui fait l'objet de nombreux débats ces dernières années.

Les Difficultés De L'étude:

- Manque ou absence des recherches scientifiques sur la maternité tardive en Algérie.

- Les difficultés rencontrées lors de l'enquête de terrain pour atteindre la population cible, particulièrement durant la période de la pandémie du COVID-19.

Le Champ D'étude :

Pour mieux comprendre le profil sociodémographique et les trajectoires des femmes ayant accouché à un âge tardif en Algérie, au-delà de la base des données de la MICS6 (2019) une enquête de terrain a été menée au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent auprès d'une population de femmes mariées nées dans les années 1959-1985, ayant accouché leur premier enfant à partir de 35ans.

Définition Des Concepts :

Pour plus de précision, il est important de définir les concepts spécifiques liés à la maternité tardive utilisés dans cette étude.

- La maternité :

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

1. État, qualité de mère
2. Fait de mettre un enfant au monde
3. Lien de droit entre une mère et son enfant.

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

La maternité est une période unique dans la vie d'une femme, une nouvelle manière de se projeter dans le futur en tant que mère. Il s'agit d'un état irréversible modifiant les relations interpersonnelles de la femme, son mode de vie, son statut social et la perception qu'elle a d'elle-même. Elle se résume aussi en un ensemble de phénomènes psychosexuels. La maternité représente donc un bouleversement dans la vie de la femme.

- Maternité tardive :

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

Selon la fédération internationale de gynécologie-obstétrique, la femme primipare âgée est toute femme âgée de 35 ans et plus et qui accouche pour la première fois. Les femmes de 35 ans et plus étaient considérées comme des gestantes âgées, puis avec le recul de l'âge à la maternité, ce terme de parturiente ou gestante âgée a été donné aux

femmes qui accouchent pour la première fois à partir de 40 ans (Jellouli W, 2009).

Un nouveau terme « l'âge maternel très avancé ou maternité très avancée » a été créé avec le temps pour désigner les grossesses après 45 ans, qui se sont développées depuis l'ère des dons d'ovocytes (Belaisch-Allart, 2008).

Mais dans cette recherche et selon le contexte Algérien, l'âge de 35 ans sera considéré pour désigner la maternité tardive.

- **La mère :**

Est le parent biologique ou adoptif de sexe féminin d'un enfant, et définie en langue française comme une « femme qui a mis au monde, élève ou a élevé un ou plusieurs enfants ».

- **Fertilité :**

C'est l'aptitude à concevoir une naissance vivante chez la femme (ou le couple), durant une période d'exposition de 28 jours en cas de rapport sexuel (Meslé et, coll., 2011, p. 177). Ce terme s'oppose à l'infertilité qui est associée à l'inaptitude physiologique de concevoir pendant un certain moment.

Il ne faut pas confondre l'infertilité avec la stérilité qui désigne l'incapacité de donner naissance : soit dès le début de la vie reproductive (stérilité primaire), soit lorsque la fertilité atteint son maximum et que les couples ont déjà au moins un enfant (stérilité secondaire) (Bongaart, 1983 ; Leridon, 2002:173-174).

- **Fécondité :**

Elle se définit comme étant le nombre d'enfants mis au monde par un individu au cours de la vie reproductive. Chez la femme, ses bornes d'âges se situent particulièrement entre 15-49 ans (Leridon, 2002). La fécondité tardive (ou la maternité tardive) représente le nombre d'enfants mis au monde chez la femme entre 40-49 ans, peu importe le nombre de

naissances précédentes (Billari et coll., 2007, p150). Aussi, le terme fécondité désigne le phénomène démographique pour lequel les événements sont les naissances (Meslé et coll., 2011, p.168). Inversement, l'infécondité renvoie à un état à un moment donné : par exemple, une personne inféconde avant 35 ans est un homme ou une femme qui n'a pas engendré de naissance avant l'âge de 35 ans, et qui éventuellement pourra devenir fécond ultérieurement. La fin de la vie reproductive, on parle d'infécondité définitive (Marken et coll., 1986 ; Leridon, 2005 ; Holman et coll., 2006).

- Grossesse :

« La grossesse débute au moment de la rencontre des deux gamètes ou cellules qui se passent dans le tiers externe de la trompe. Cette phase est désignée sous le nom de fécondation. L'œuf ainsi formé commence aussitôt à se diviser en cellules (blastomères) ; c'est la segmentation. Pendant la semaine qui précède l'implantation, l'œuf vit sur ses réserves. Il arrive dans l'utérus à la fin de la première semaine de vie, et s'implante dans la muqueuse utérine qui s'est développée pour l'accueillir ; c'est la nidation » (T. Louadi, p. 30).

- Grossesse tardive :

Le concept de « grossesse tardive » a été défini la première fois par La Fédération Internationale de gynécologie-obstétrique (FIGO) en 1958, comme la grossesse survenant au-delà de 35 ans.

Autrement dit Le terme d'une grossesse tardive signifie avoir un enfant à un âge supérieur ou égal à 35 ans. On peut remarquer qu'il n'existe pas de définition précise dans la littérature concernant les parturientes âgées.

Les chances d'obtenir une grossesse spontanément sont maximales entre 20 et 24 ans, diminuent plus nettement à partir de 35 ans, et sont minimales ou presque nulles après 45 ans.

À nos jours les grossesses à partir de 40 ans sont de plus en plus fréquentes, mais dans cette recherche nous allons considérer 35 ans étant l'âge où on considère une grossesse comme tardive.

- Accouchement :

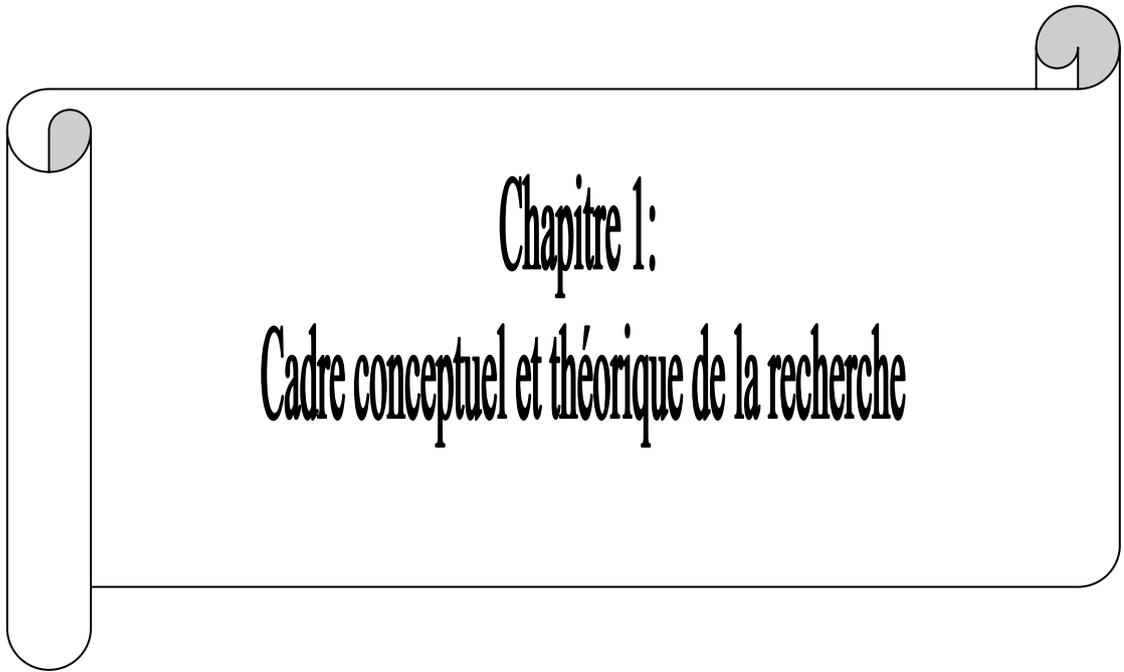
L'accouchement représente le temps de sortie de l'enfant du ventre de sa mère. Il y a de multiples façons de décrire ce temps qui a lieu généralement en 3 phases. La première phase, la plus longue et souvent la plus douloureuse est celle qui aboutit à la dilatation (élargissement) du col de l'utérus.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

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

- Risques de santé :

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

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



Chapitre 1:
Cadre conceptuel et théorique de la recherche

Chapitre 1: Cadre conceptuel et théorique de la recherche

Introduction :

La maternité tardive est un phénomène social et démographique qui influe sur la fécondité et la natalité, lié aux coutumes et aux valeurs sociales de la société algérienne où la grossesse est l'une des priorités de la femme et du couple après le mariage. Donc, la maternité tardive dans la société algérienne a des raisons et ce n'est pas un désir de le reporter, mais ce retard de grossesse après l'âge de trente-cinq ans peut avoir des conséquences sur la santé de la mère et la santé du bébé.

Ce chapitre se répartit en deux segments. Dans le 1er segment, on va mentionner quelques définitions qui ont une relation avec cette étude. Dans le deuxième segment, on va citer des études précédentes portant sur le sujet de la maternité tardive. Ensuite, on va agglomérer des complications, des causes et des conséquences de la maternité tardive et on finira par une conclusion qui résume le chapitre.

1. Cadre conceptuel de la recherche

Afin de lever l'ambiguïté liée à notre étude, nous devons identifier certains concepts utilisés dans le cadre de cette recherche, pour mieux connaître le phénomène étudié :

– Grossesse :

La grossesse est un événement spécial qui détermine des modifications à la fois psychiques et physiques profondes. Elle marque le début d'un processus physique continu, qui ne peut pas manquer de faire naître des réactions psychiques. La femme enceinte est située au-dessus de l'humanité ordinaire et devient la cassette qui renferme un joyau

inestimable. La femme enceinte a atteint le sommet de la féminité : elle est arrivée à ce point vers lequel la pousse la vague menstruelle à intervalles réguliers pendant toute la durée de la vie sexuelles; elle a rempli la fonction pour laquelle son corps a été construit et à laquelle sa disposition mentale et affective a été adaptée au travers les siècles innombrables (Grandjean,Lobet-Maris,(1880-1940)).

La grossesse, ce sont les neuf mois environ au cours desquels une femme porte l'embryon, puis le fœtus qui se développe dans son utérus (OMS, 2019), est pour la plupart des femmes une période de grand bonheur et de plénitude.

Toutefois, au cours de la grossesse, la femme comme son enfant en devenir se trouvent confrontés à divers risques sanitaires. Pour cette raison, il est important que toutes les grossesses soient suivies par des agents de santé qualifiés.

De ce fait, la grossesse est le processus de développement d'un nouvel être à l'intérieur des organes génitaux de la femme. Après neuf mois de grossesse, la femme enceinte donne naissance à son bébé.

Grossesses tardive

Une grossesse tardive lorsqu'une femme tombe enceinte à une période de sa vie durant la quelle sa fécondité a fortement chuté, à un âge mur. Grâce aux progrès de la procréation médicalement assistés (P.M.A).les grossesses tardive sont de plus en plus fréquentes elles ne sont cependant pas toujours sans risques. (Source : Patrick Ouali, 2019).

De ce fait, la grossesse est le processus de développement d'un nouvel être à l'intérieur des organes génitaux de la femme, après neuf mois de grossesse, la femme enceinte donne naissance à son bébé.

Grossesse très tardive

On considère comme très tardive, les grossesses après 45 ans. Les travaux scientifiques à ce sujet distinguent rarement le caractère spontané ou non de ces maternités, toutefois ce phénomène s'accroît depuis le développement du don d'ovocyte. La part des primipares est souvent plus élevée dans les grossesses très tardives. (Belaisch-Allart, 2000).

Grossesses à risque

Sont des grossesses pour lesquelles l'analyse du passé médical, des grossesses antérieures ou encore l'apparition de certains signes d'alertes pendant la grossesse vont faire redouter des complications. Des clignotants qui vont amener à prendre des précautions adaptées pour éviter la survenue d'un accident ; même si certains accidents peuvent survenir sans aucun signe préalable.

La maternité :

Le désir de maternité prend ses racines chez la fille dès l'apparition des signes de maturité hormonale. Il s'agit d'un état irréversible, modifiant les relations interpersonnelles de la femme, son mode de vie, son statut social, et la perception qu'elle a d'elle-même. Elle se résume aussi en un ensemble de phénomènes psycho-sexuels. La maternité représente donc un bouleversement dans la vie de la femme.

Maternité tardive :

Il n'existe pas de définition objective et consensuelle de la maternité tardive (Bessin et al, 2005). Cette notion, comme celle de maternité précoce, est toute relative et dépend du contexte historique et social. Le choix des seuils peut être fondé sur des distributions statistiques (en référence par exemple à un indicateur de moyenne générale), sur les

représentations sociales du « bon âge » pour devenir parent, ou encore sur les prescriptions du corps médical s'appuyant, ou non, sur des données épidémiologiques (Valabrègue et al, 1982 ; Langevin, 1984 ; Mazuy, 2009).

La définition de la maternité tardive fait principalement référence à deux échelles de temps : le temps biologique, principalement relayé par la médecine, relatif à la physiologie des femmes (et des hommes), qui fixe les potentialités et les limites de la procréation, et le temps des normes, lesquelles guident, prescrivent ou stigmatisent les comportements reproductifs (Donati et Samuel, 2001 ; Donati, 2000). Chaque société édicte des normes en matière de procréation, dans lesquelles la temporalité peut-être.

Le terme de grossesse tardive ne fait pas consensus. Après 35 ans pour les Anglo-Saxons, plutôt 40 ans en France. La Fédération internationale de gynécologie obstétrique a défini en 1958 la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus. Cet âge n'a cessé d'évoluer avec le recul de l'âge de la maternité. Alors où et comment situer la limite d'âge qui donnerait à la grossesse son caractère tardif (Outin Charlène, 2012).

Les primipares âgées

Sont définies comme étant des femmes ayant leur premier enfant à un âge supérieur ou égal à trente-cinq ans. Cette limite inférieure d'âge n'est pas unanime dans la littérature mais est justifiée par la baisse physiologique de la fertilité à partir de trente-cinq ans, qui s'accélère fortement après quarante ans. En effet, la physiologie féminine reste la même, et ce en dépit des progrès médicaux qui permettent désormais l'obtention plus tardive d'une grossesse (Assistance Médicale à la

Procréation) : la femme a la possibilité de procréer de la puberté à la limite incontournable qu'est la ménopause qui a lieu entre quarante et cinquante-huit ans (moyenne à 50,1 ans.),(source :A. Fruhinsholz, 2012).

Fécondité :

C'est la capacité de reproduction d'un individu, un couple, un groupe ou une population. On utilise le terme fécondité au lieu de natalité, lorsque les naissances sont mises en relation avec l'effectif des femmes d'âge fécond. La fécondité d'une génération peut être résumée, tandis que l'indicateur conjoncturel de fécondité (ou indice synthétique où la somme des naissances réduites) mesure la fécondité d'une année. Lorsque l'on distingue le rang de naissance, on parle alors de fécondité de premier rang, de deuxième rang (définition de l'INED).

La fécondité tardive (ou la maternité tardive) représente le nombre d'enfants mis au monde chez la femme entre 40-49 ans, peu importe le nombre de naissances précédentes (Billari et coll., 2007 :150). Aussi, le terme fécondité désigne le phénomène démographique pour lequel les événements sont les naissances. (Meslé et coll., 2011 : 168). Inversement, l'infécondité renvoie à un état à un moment donné : par exemple, une personne inféconde avant 35 ans est un homme ou une femme qui n'a pas engendré de naissance avant l'âge de 35 ans et qui éventuellement pourra devenir fécond ultérieurement. À la fin de la vie reproductive, on parle d'infécondité définitive (Marken et coll., 1986 ; Leridon, 2005 ; Holman et coll., 2006).

La fécondabilité :

Mesure le niveau d'aptitude à concevoir pour les couples non stériles, pour l'homme : l'aptitude à féconder, pour la femme : l'aptitude à être féconder.

C'est la probabilité de concevoir au cours d'un cycle menstruel normal 28 jours, compte tenu la fréquence et la répartition des rapports sexuels, du couple à l'intérieur d'un cycle fertile (Leridon, 2002 :175), elle s'exprime en pourcentage.

La fertilité:

La fertilité est l'aptitude une naissance vivante chez la femme (ou un couple), durant une fenêtre d'exposition de 28 jours en cas de rapport sexuel (Meslé et coll, 2011 :177). Ce terme s'oppose à l'infertilité qui est associée à l'inaptitude physiologique de concevoir pendant un certain moment

Il ne faut pas confondre l'infertilité avec la stérilité qui désigne l'incapacité de donner naissance : soit dès le début de la vie reproductive (stérilité primaire) soit lorsque la fertilité atteint son maximum et que les couples on déjà au moins un enfant (stérilité secondaire) (Bongaart, 1983 ; Leridon, 2002 :173-174).

L'intervalle intergénésiq ue :

Mesure le délai entre les naissances de rang 2 et plus (durée d'environ 24 -33 mois en contexte naturel) selon les hypothèses retenues de la fécondabilité et de l'allaitement (**Leridon, 2002:179**).

La Ménopause :

Arrêt définitif des cycles menstruels dû au vieillissement ovarien, par épuisement du stock folliculaire. La ménopause survient en moyenne entre les âges de 49-50 ans (Leridon, 2002).

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 trop 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.

Le déni de grossesse :

C'est un phénomène relativement méconnu, fascinant et médiatisé, c'est la non-conscience de la grossesse par la femme au deuxième trimestre.

La mortalité maternelle :

La mortalité maternelle est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans le délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Analyse démographique:

L'observation nous fournit des données à l'état brut, sous formes de nombres absolus, de personnes ou d'événements répartis en catégories plus au moins nombreuses. Ces données brutes, qui peuvent paraître simples à un esprit superficiel, sont en réalité le fruit de combinaisons ou

de mélanges fort compliqués où interviennent quantités d'éléments et de facteurs.

L'analyse a pour but de dénouer cet écheveau, de réduire cette complexité, de séparer les facteurs, d'isoler les phénomènes simples, d'éliminer les impuretés, les influences parasites. Sans cette analyse, il serait impossible de comprendre comment les phénomènes démographiques se déroulent et s'enchainent, et partant, de prévoir, même d'une manière sommaire, leur évolution future. Cette analyse n'est jamais terminée : à mesure qu'on avance, on découvre de nouveaux éléments, de nouveaux facteurs (Dictionnaire démographique multilingue des Nations unies).

2- Cadre théorique

2-1 - Les études précédentes

✚ Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (l'INSEE), 2016, Les maternités tardives ont augmenté en 2015 et 26 % des bébés de mères âgées de quarante ans et plus étaient des premiers en 2014.

✚ Parmi les 800.000 bébés nés en France en 2015, 5 % avaient une mère âgée de quarante ans ou plus, comme en 1948, mais 26 % de ces maternités tardives étaient une première naissance (en 2014). La part de la maternité tardive avait décru depuis l'après-guerre, jusqu'en 1981 où seulement 1,1 % des nouveaux nés avaient une mère de quarante ans ou plus. À partir de 1986, l'augmentation de la part des femmes âgées de quarante ans ou plus dans la population féminine française a contribué à la hausse de la part des maternités tardives, alors que la première génération nombreuse du baby-boom atteignait 40 ans.

✚ -L'Étude de Caroline Allier, Vinciane Bonneau et Berengere Bouthegourd (Haute école de santé Vaud-filière Sage-femme HESSO (Haute école spécialisée de Suisse occidentale) 2016), titre « Le déni de la grossesse » : L'objectif de ce travail est de déterminer le rôle de la sage-femme auprès des femmes atteintes d'un déni de grossesse. Aussi, axer le travail sur l'approche centrée sur la personne, l'attachement et la psychologie de la grossesse. À partir d'une revue de littérature, aidées par des recherches sur les bases de données. Puis, ils ont analysé et critiqué huit articles afin d'en faire ressortir les résultats les plus probants. D'après les résultats de leur étude, la majorité des femmes ayant fait un déni aurait entre 19 et 41 ans et serait allemande. Concernant le statut marital, la grande partie des femmes serait en couple. Elles stipulent que 36 femmes ont précédemment accouché et que 21 femmes n'ont jamais été enceintes. La majorité des dénis de grossesse a été diagnostiquée en prénatal et révèle une répartition en faveur du déni partiel. Cette étude montre un taux très élevé de déni pour les femmes de nationalité allemande. En conclusion de cette revue de littérature, ils ont retenu que l'on ne peut pas définir de caractéristiques spécifiques pour ces femmes. Il existe une hétérogénéité dans leurs profils. L'impossibilité d'établir une définition plus précise ainsi qu'une incidence vérifiée. Néanmoins, une délimitation consensuelle permettrait un diagnostic plus précis. Enfin, cette étude a montré une augmentation des risques de morbidité maternelle et néonatale associée au déni de grossesses.

✚ Étude de Cynthia Lewis, 2014, département de démographie, faculté des arts et des sciences, université de Montréal. Titre « maternité aux âges élevés, analyse des trajectoires féminines au 18^e siècle canadien, cette étude a pour objet d'élargir le cadre de recherche historique portant sur l'expérience démographique des femmes quant à la maternité , et examiner la probabilité d'une canadienne française née entre 1700- 1749

et mariée fasse l'expérience d'au moins une naissance au cours de la quarantaine à partir des données du registre de la population de Québec ancien (RPQA) comme source originale de données, il a utilisé l'analyse descriptive préconisée, l'analyse bivariée et l'analyse non paramétrique, l'estimation de Kaplan-Meier, ses analyses confirment que sur les 14.727 femmes à risque d'une maternité entre (40 - 49 ans), 62% d'entre elles donnent une naissance après l'âge de 40 ans, les résultats obtenus témoignent de la forte contribution des canadiennes françaises en matière de fécondité tardive en contexte naturel, et suggèrent que la possibilité qu'une femme accouche dans la quarantaine est positivement associée à un ensemble de facteurs liés à son parcours de vie et l'intensité du phénomène de la maternité tardive diminue de manière perceptible au cours du temps.

✚ Étude de Julie Menuel, École des Hautes Études en Sciences sociales, année 2011, titre Devenir enceinte. Socialisation et normalisation pendant la grossesse : processus, réceptions, effets. L'objectif de cette recherche est de montrer que la grossesse ne relève pas simplement de la nature, mais que des représentations sociales et des normes sociales interfèrent et modulent le vécu des femmes enceintes, cette recherche s'appuie sur un travail d'observation ethnographique de cinq mois de cours collectifs de préparation à la naissance, l'observation s'est déroulée dans trois lieux : une maternité parisienne, une en banlieue et un cabinet libéral de sages-femmes en proche banlieue, parallèlement treize entretiens de type semi-directif ont été réalisés avec des femmes en fin de grossesse afin de connaître leur vécu de cette expérience, cette recherche révèle que les cours de préparation à la naissance sont des lieux d'apprentissage de devenir mère, ce que nient pourtant les sages-femmes parlant simplement d'accompagnement, ce discours idéologique situe la femme à un rôle traditionnel de genre et à une naturalisation des

compétences, lors de ces séances la division genrée des rôles parentaux est encore le modèle dominant, modèle dans lequel le rôle du père est très limité alors que celui de la mère est d'écouter les besoins du fœtus.

✚ l'Étude de B. Khoshnood, M-H. Bouviercolle, H. Leridon et B. Blondel. Université Paris (décembre 2008), titre « Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé et l'enfant ». Cette étude fait le point sur les connaissances des effets de l'augmentation de l'âge des femmes à la maternité de manière continue dans la plupart des pays occidentaux sur la fertilité, la santé maternelle et la santé infantile. Cette étude a été fondée sur les principales publications réalisées sur des données d'enquête en population. Les résultats obtenus montrent que l'augmentation de l'âge maternel a des effets marqués, surtout sur la baisse de la fécondabilité et sur l'augmentation du risque d'avortements spontanés ; le risque d'avortement double environ entre 20-24 ans et 40-44 ans. Les autres effets portent, d'une part, sur la santé maternelle (morts maternelles et pathologies graves) et, d'autre part, sur l'issue des grossesses (naissances multiples, prématurité, hypotrophie et anomalies congénitales).

✚ Étude de Claire Squire, psychiatre psychanalyste, maître de conférences à Paris VII, maternité de Port Royal, Institut Claparede, année 2008, titre « Les grossesses tardives : un modèle féminin », cette étude a pour objet de répondre à la question : Pourquoi avoir des enfants tard ? Les résultats montrent que le désir tardif d'enfant d'une femme s'explique par des raisons sociologiques évidentes (travail précaire, fragilité des unions, etc.), toute fois ce modèle féminin d'une grossesse après trente-cinq ans a dû mal s'imposer. Les techniques médicales permettent de mieux suivre ces grossesses marquées par une relative infertilité, mais avec les procréations médicalement assistées, les situations fragiles sont émergentes: il apparaît en suivant les histoires singulières que

l'ambivalence à l'égard de la grossesse et de ses effets inconscients agit pour une bonne part dans ce désir.

✚ Étude de Meyer Audrey, 2007, titre « Une première maternité à quarante ans », son objectif est de comprendre les raisons qui amènent à avoir un premier enfant très tardivement et d'examiner. L'impact médical de la grossesse après 40 ans, son échantillon concernait uniquement les primipares dont l'âge de l'accouchement était de 40 ans et plus, (des femmes ayant accouché entre le premier janvier 2001 et 31 décembre 2005), le type de sa recherche s'agissait d'une étude rétrospective sur dossiers, d'un recueil de données à partir du dossier médical maternel, l'analyse de cette étude résume que la première grossesse après l'âge de quarante ans semble être un véritable choix, même si le désir était plus ancien pour quelques-unes. De plus, les pathologies pendant la grossesse étaient de faibles incidences. Cependant, un taux élevé de césariennes ou d'extractions par voie instrumentale est constaté. Un suivi régulier assure donc un pronostic plutôt favorable quant à l'issue de ces grossesses.

✚ Étude de Marc Bessin, Hervé Levilain, 2005, École des hautes études en sciences sociales (CNRS-CEMS) Université de Metz (ERASE) INED, titre : La parentalité tardive, Logiques biographiques et pratiques éducatives. Cette étude se donne pour objectif d'éclairer l'institution du parcours des âges en étudiant l'encadrement et la régulation temporelle de la parentalité tardive du point de vue des logiques sociales et en particulier celles temporelles déterminant une filiation tardive aussi des pratiques éducatives engendrées par le caractère tardif de cette filiation et qui sont constitutives de la parentalité, dans le cadre de leurs recherches, ils ont réalisé une enquête par entretiens avec des personnes ayant été père après 45 ans ou mère après 40 ans que ce soit par naissance ou adoption, la population interviewée se constitue de 18 pères et de 26 mères tardifs Les conclusions de cette recherche renvoient d'une part à

l'explicitation des logiques temporelles et biographiques organisant la parentalité tardive et d'autre part à la généralisation que l'on peut en faire. La parentalité tardive semble éclairer et mettre au jour des logiques ordinairement moins visibles de la parentalité non tardive.

2.2- La Fréquence Des maternités Tardives

Les maternités tardives sont de plus en plus fréquentes. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène :

Les femmes suivent souvent des études supérieures sur de longues années comparées à leurs similaires des années passées. Il n'est pas rare que leurs parcours professionnels les poussent à remettre à plus tard leur projet de grossesse.

Il est également fréquent que des couples attendent d'avoir trouvé une stabilité professionnelle et financière avant de concevoir un enfant.

2.3- Les Risques D'une maternité Tardive :

Si une maternité tardive peut parfaitement se dérouler, elle présente plus de risques qu'une maternité menée à 20 ou 30 ans : plus la mère est âgée, plus les risques sont importants. Une maternité tardive présente notamment un risque plus élevé :

- de fausse couche,
- d'accouchement prématuré,
- d'hypertension artérielle gravidique,
- de diabète gestationnel,
- de pré-éclampsie,
- d'anomalie chromosomique (en particulier de trisomie 21),
- d'hémorragie sévère durant l'accouchement,
- de décès de la mère.

2.4- Les Causes D'une maternité Tardive :

Grâce à l'évolution du mode de vie, de plus en plus de femmes connaissent une maternité après l'âge de trente-cinq ans, une tendance importante qui peut s'expliquer en raison de plusieurs facteurs qui ont reculé les limites de la maternité, tels que le mariage tardif, des secondes unions, le lieu de naissance, le milieu de vie, le décès d'un enfant précédent, et possible même à la recherche d'un garçon si la femme avait seulement des filles ou le contraire.

Parallèlement, avec l'allongement des études, les femmes suivent souvent des études supérieures sur de longues années, comparées à leurs similaires des années passées. Il n'est pas rare que leurs parcours professionnels les poussent à remettre à plus tard leur projet de maternité.

Il est également fréquent que des couples attendent d'avoir trouvé une stabilité professionnelle et financière avant de concevoir un enfant. Avec l'évolution du statut des femmes et des rapports hommes/femmes, ainsi que l'incertitude économique chez les jeunes, la grossesse survient de plus en plus tard dans la vie des femmes, jusqu'à dépasser de plus en plus fréquemment le seuil fatidique de 40 ans. Une évolution favorisée par les mutations de la vie de couple : unions tardives, divorces, remariages, familles recomposées, différence d'âge dans un couple lorsque la femme est plus âgée que son compagnon.

2.5- Les Conséquences D'une maternité Tardive

Du fait de l'âge de la mère, les maternités tardives présentent plus de risques, par exemple : Les risques d'anomalie chromosomique sont plus élevés lors des grossesses tardives, notamment la trisomie 21 : il existe un dépistage de cette dernière proposé à toutes les femmes. Ce dépistage repose sur le calcul d'une probabilité de risque. Le calcul se fait à partir

des résultats d'une prise de sang spécifique qui doit se faire entre la 15e et la 17e semaine d'aménorrhée et des résultats d'une échographie réalisée entre la 11e et 14e semaine d'aménorrhée (mesure de la clarté nucale). Si le risque retrouvé est élevé, une amniocentèse est proposée pour infirmer ou confirmer avec certitude l'anomalie. L'amniocentèse est un examen qui permet de réaliser un caryotype (photographie des différents chromosomes) du fœtus, permettant de détecter d'éventuelles anomalies chromosomiques.

Les femmes de plus de trente-cinq ans ont plus de risques d'avoir des pathologies associées à la grossesse (diabète, hypertension... etc.) qui rendent la grossesse à risque : Des études ont montré qu'il y aurait plus d'accouchement prématuré chez les mères de trente-cinq ans et plus et le nombre des césariennes serait aussi plus élevé, probablement du fait que beaucoup de ces grossesses sont multiples (les stimulations ovariennes et les fécondations in vitro sont plus fréquentes après trente-cinq ans). (Ooreka santé, 2019).

Une étude tend à montrer qu'un intervalle inférieur à un an et demi entre deux grossesses augmenterait les risques maternels de morbi-mortalité chez les femmes de plus de trente-cinq ans.

Quant aux risques d'événements délétères pour le fœtus ou l'enfant, ceux-ci seraient augmentés de 25 % pour un intervalle de trois mois, de 15 % pour six mois, de 7 % pour neuf mois et de seulement 1 % pour douze mois. Les risques de naissance prématurée sont également augmentés en cas de grossesses tardives peu espacées dans le temps. (Revue médicale JAMA.2017).

Les grossesses tardives présentent donc plus de risques que les grossesses survenant chez des femmes plus jeunes, mais elles sont aussi surveillées plus étroitement (Revue médicale JAMA.2017).

2.5.1- Les Complications Maternelles De La maternité

Depuis fort longtemps, on a établi que l'âge maternel avancé commence à 35 ans. Par contre, on remarque davantage de conséquences sur la grossesse à partir de l'âge de 40 ans. Les dernières statistiques nationales démontrent qu'environ 20% des femmes enceintes aujourd'hui ont plus de 35 ans. (LucieMorin, 2019).

Tableau n°01 : Diminution de la fertilité et augmentation du nombre de fausses couches et le nombre de fœtus ayant une anomalie chromosomique

Âge maternel	Taux de grossesse après 1 mois d'essai%	Taux de fausse couche%	Taux d'anomalies chromosomiques
25 ans	50	5	1/475
35 ans	35	15 à 20	1/180
40 ans	10	25 à 30	1/60
43 ans	3	40	1/30

Source : université de Montréal 2019.

2.5.1.1 -Augmentation du nombre de malformations congénitales

Le taux de malformations cardiaques congénitales est 3 à 4 fois plus élevé chez les femmes de 40 ans et plus. D'autres malformations congénitales telles que la hernie diaphragmatique et les pieds bots, sont également plus fréquentes.

2.5.1.2 -Augmentation du risque de complications de grossesse

Les femmes approchant la quarantaine souffrent parfois de maladies chroniques comme l'obésité, le diabète ou l'hypertension artérielle.

Ces conditions acquises expliquent en partie pourquoi les grossesses sont quelquefois plus compliquées.

Par ailleurs, l'âge maternel seul est en soi un facteur de risque pour plusieurs complications de grossesse :

- Au moins 3 fois plus de risque de développer un diabète gestationnel ;
- Au moins 3 fois plus de risque de développer une hypertension gestationnelle;
- 3 fois plus de risque de prématurité.
- Risque de mort in utero 1 à 4 fois plus élevé.
- 3 fois plus de risque de placenta prævia.
- 50 % de risque de césarienne pour les femmes qui en sont à leur première grossesse.

2.5.2- Les pathologies de l'accouchement

Après 40 ans, l'accouchement peut en effet être plus difficile. La présentation en siège est légèrement plus fréquente après 40 ans (7 % des accouchements après 40 ans contre 5 % entre 20 et 34 ans (8)), tout comme le risque de travail long et de dystocie. Le risque d'hémorragie de la délivrance est aussi un peu élevé après 40 ans, surtout lors du premier accouchement.

Le taux de césarienne est doublé en cas de maternité tardive. Les spécialistes avancent plusieurs explications : la qualité de l'utérus

(fibromateux) qui rend les contractions moins efficaces pour le travail, la présentation en siège, la macrosomie (gros bébé, fréquent en cas de diabète gestationnel), un temps de travail plus long, la fréquence de dystocie plus élevée, mais également l'attitude de l'obstétricien qui aurait tendance à prendre davantage de précautions face à une future maman de plus de 40 ans. (Julie Martory, 2017).

2.6- Traitement de la maternité tardive non causale :

Il convient donc que les femmes soient informées des risques encourus lors de ces grossesses tardives et de l'importance d'une bonne santé en général. Un bon rythme de vie, une bonne hygiène et une alimentation équilibrée seront privilégiées ; l'absence de pathologies préexistantes sera aussi en faveur d'une issue favorable de la grossesse.

Un suivi médical attentif est mis en place pour une grossesse tardive. Selon l'état de santé de la mère, divers traitements peuvent être envisagés, généralement d'ordre médicamenteux. Ils visent souvent à contrôler un diabète ou une hypertension artérielle. D'autres mesures sont aussi nécessaires selon les cas (ex. : mise au repos de la mère, régime alimentaire particulier, intervention chirurgicale).

2.7- Le Désir Maternel (Ou D'enfants) Tardif Et Les maternités

Tardives:

Les maternités sont dites tardives lorsqu'elles apparaissent chez les femmes de plus de quarante ans (Tournaire, 2010). Elles sont en augmentation, même si elles ne représentent que 2,4 à 3,9 % du total des naissances, parmi lesquelles 16 % chez des primipares. (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; Tournaire 2010)

Certaines femmes qui pensaient être ménopausées et qui n'avaient plus de désir d'enfant se retrouvent spontanément enceintes par surprise. Elles peuvent réagir de différentes manières, en considérant la grossesse comme un imprévu bouleversant ou comme un cadeau de la vie, et décider de l'interrompre ou de l'accepter et de l'apprécier. (Szejer, 2010b ; Tournaire, 2010).

Mais le désir d'enfant apparaît et se concrétise de plus en plus tard dans la vie (Frydman, Rufo et Schilte, 2005). Le désir tardif d'enfant est une notion définie sur la base de critères médicaux, obstétricaux et démographiques, alors que les femmes souhaitent avoir un enfant quand elles le veulent, quel que soit leur âge, sans penser qu'il y a un temps pour chaque chose (Commenges-Ducos, 2002 ; Der Andreassian et Guillou, 2008). Le report de la maternité a été rendu possible par l'accès à la contraception et à l'interruption de grossesse, qui permet l'exercice de la sexualité sans risque de grossesse, que ce soit chez les primipares ou les multipares (Mimoun, 2007). Ce désir tardif est influencé par des facteurs psychosociaux. s'il s'agit du premier enfant, on peut souligner le rôle du prolongement de l'adolescence et de la période de formation, de l'investissement professionnel des femmes, de leur besoin d'assurer une sécurité matérielle avant d'assumer le cout de l'éducation d'un enfant, de leur recherche de liberté et de la parité avec les hommes, des difficultés du choix du bon partenaire, de l'envie de profiter du temps passé en couple de la persistance d'un désir d'enfant après un long parcours de PMA sans succès, le désir tardif d'un enfant supplémentaire est notamment lié à la perte d'un enfant ou à la recomposition tardive des couples. (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; Kellerhals et Widmer, 2007 ; Marchaudon et al., 2007 ; Mimoun, 2007 ; der Andreassian et Guillou, 2008 ; Tilmant, 2008 ; Tournaire, 2010 ; Hofman, 2011). Le désir tardif

peut s'inscrire dans une quête de jeunesse, un refus du vieillissement, une peur de la ménopause, surgissant dans la crise du mitan de la vie (Frydman, Rufo et Schilte, 2005 ; der Andreassian et Guillou, 2008 ; Szejer, 2010b).

Le plus souvent, à cet âge, la contraception spontanée s'avère difficile, en raison de la chute naturelle bien démontrée de la fertilité, passant de 20 % de chance de tomber enceinte chaque mois à 25 ans à 6 % à 40 ans (Belaisch-Allart, 2002, Commenges-Ducos, 2002 ; Tournaire 2010). La femme a alors parfois recours à la PMA, avec les attentes excessives et irréalistes face à des techniques dont le taux de succès reste limité par l'âge (Bydlowski, 2003 ; Tournaire, 2010). De plus, la loi impose une limite d'âge, bien qu'assez floue, à la prise en charge de l'infertilité ((Belaisch-Allart, 2002 ; Marchaudon et al., 2007).

Il est important pour les femmes et leur gynécologue de chercher à comprendre les raisons de l'émergence de ce désir d'enfant tardif et d'en sonder la force, avant de se lancer dans une thérapie lourde et parfois excessive. (Commenges-Ducos, 2002). Le choix se fait parfois par défaut, à force d'attendre le bon moment qui ne vient pas (Der Andreassian et Guillou, 2008).

Certaines femmes ne s'autorisent pas à devenir mère ou vivent la maternité dans la transgression et la rivalité avec sa propre mère (Szejer, 2010b). D'autres font un dernier enfant pour éviter de devenir grand-mère, alors que leur fille arrive en âge de procréer (Szejer, 2010b). Une fois qu'elles se sont décidées, elles sont souvent prêtes à faire tout ce qui est médicalement possible.

Elles adressent une demande de conception dans l'urgence, avec la peur de ne plus arriver à tomber enceinte (Bydlowski, 2003, Cohen,

2005). Mais elles font également preuve de davantage de maturité, de stabilité affective et de motivation, ont une meilleure conscience de leur désir et en général une bonne situation socio-économique (Tournaire 2010).

Le gynécologue doit informer les femmes du déclin de leur fertilité lié à l'âge et des limites de prise en charge de l'infertilité, dont certaines femmes ne sont absolument pas au courant (Tournaire, 2010). Il doit les accompagner tout au long de leur parcours difficile, les menant parfois à un don d'ovocyte à l'étranger – avec un taux de succès de 25 % par cycle, au suivi de leur grossesse à risque, à une demande d'adoption, voire au deuil du projet déraisonnable de l'enfant biologique (Tilmant, 2008; Tournaire, 2010; Szejer, 2010b).

2.8- L'effet de la maternité tardive sur la santé de la mère et de l'enfant :

Une maternité après 40 ans est en effet considérée comme une grossesse à risque pour le bébé et pour la future maman:

Pour la maman, les maternités tardives sont des maternités à risque accru de :

- Diabète gestationnel
- Hypertension artérielle et pré-éclampsie
- Placenta praevia (une maladie correspondant à une implantation du placenta dans la partie basse de l'utérus)
- Hématome rétro placentaire
- Hémorragie de la délivrance
- Mortalité maternelle

- Une hypertension préexistante, le tabagisme, le surpoids viennent augmenter ces risques.

Pour le bébé, une maternité tardive est également une situation à risque pour les bébés. Ces derniers, dont leurs mamans ont plus de 40 ans, ont un risque accru de :

- Anomalie chromosomique, et notamment trisomie 21. Le taux d'anomalie chromosomique est multiplié par 10 après 39 ans
- Malformations congénitales : de 3,5% à 25 ans, la prévalence passe à 5% à 40 ans
- Retard de croissance in utero (RCIU)
- Macrosomie (bébé de plus de 4 kg)
- Pré maturité

2.9- L'impact de l'âge sur la fertilité

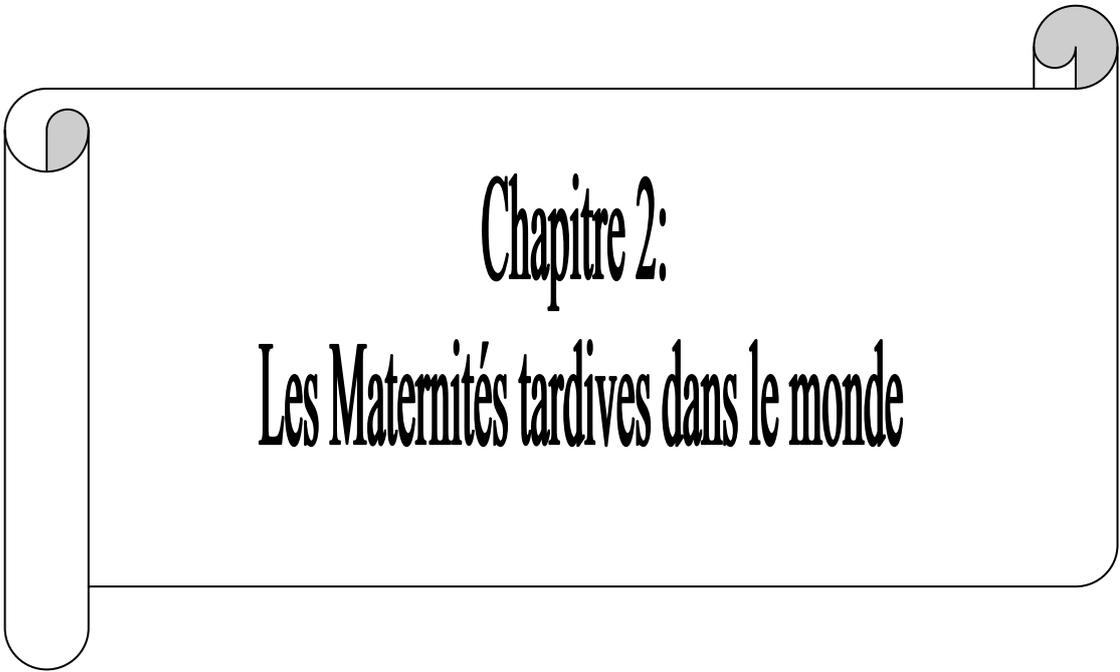
L'âge des femmes à la maternité augmente de manière continue dans la plupart des pays occidentaux.

L'augmentation de l'âge maternel a des effets marqués, surtout sur la baisse de la fécondabilité et sur l'augmentation du risque d'avortements spontanés, le risque d'avortement double environ entre 20-24 ans et 40-44 ans. Les autres effets portent, d'une part, sur la santé maternelle (morts maternelles et pathologies graves) et, d'autre part, sur l'issue des grossesses (naissances multiples, prématurité, hypotrophie et anomalies congénitales).

Conclusion:

En guise de conclusion, la maternité tardive peut entraîner plusieurs complications telles que l'augmentation du nombre de fausses couches spontanées, plus de pathologies maternelles et fœtales, un taux élevé de césariennes.

L'impact de l'élévation de l'âge se fait sentir dès 35 ans et devient important à 40 ans et plus. L'information des femmes et des hommes sur les risques associés à l'âge devrait permettre aux couples de mieux intégrer les données médicales dans leur décision d'avoir un enfant. (B. Khosnood, H. Bouvier-Colle, Leridon, B. Blondel, 2009).



Chapitre 2:
Les Maternités tardives dans le monde

Chapitre 2: les Maternités tardives dans le monde

Introduction

La maternité tardive est un sujet de préoccupation majeur dans tous les pays du monde. Les maternités chez les femmes âgées constituent un sujet de controverse et de discussion. Certains s'opposent à ces maternités tardives du fait des risques qu'elles impliquent pour la santé ou de la crainte qu'une mère trop âgée serait de moins en moins capable de soigner un enfant à mesure qu'elle prendrait de l'âge, alors que d'autres soutiennent qu'avoir un enfant est un droit fondamental et que, ce qui compte, c'est l'engagement des parents au service du bien-être d'un enfant, et non leur âge.

Dans ce chapitre, nous aborderons dans un premier temps la question de la maternité tardive à travers les différents pays du monde en citant des exemples de cas à travers l'histoire, et dans un second temps, nous appréhendons la question des investigations et des prises en charge de ce genre de maternité.

1- Les maternités tardives dans le monde :

Les maternités au-delà de 35 ans sont considérées comme tardives pour le monde scientifique. Aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et en Australie, les grossesses des femmes de plus de 35 ans représentent entre 14 et 22 % des naissances totales chaque année (ReetikaSirhandi, 2019). Une étude publiée dans la revue Scientifique « Reports » en novembre 2019, indique que l'âge maternel aurait des conséquences sur la santé du fœtus (ReetikaSirhandi, 2019).

Selon les résultats d'une étude menée par des chercheurs de l'université de Cambridge (Royaume-Uni), de l'université de l'Alberta

(Canada) et du Robinson Research Institute de l'université d'Adélaïde (Australie), l'âge de la mère affecterait l'efficacité du placenta à transporter les nutriments au fœtus, ce qui entraînerait le développement de problèmes cardiaques et de tension artérielle chez les garçons, réduisant leur croissance. (Reetika Sirhandi, 2019).

- **En Australie :**

Une enquête menée par des chercheurs australiens sur les attitudes vis-à-vis la maternité chez les femmes de plus de 50 ans a montré que 54,6 % d'entre eux trouvaient acceptable pour une femme ménopausée d'utiliser ses propres ovules mis en réserve et que 37,9 % trouvaient acceptable pour celles-ci de recevoir un don d'ovules ou d'embryons (Reetika Sirhandi, 2019).

- **En Europe :**

En Europe, plus de 2 % des primipares (femmes accouchant d'un premier enfant) sont quadragénaires dans la plupart des pays à faible fécondité (4,5 % en Espagne et 4,7 % en Italie en 2014 ; 5 % en France en 2015) (INED, 2021).

La maternité tardive n'est pas un phénomène nouveau, mais elle existé depuis le début des années dix neuf cent. En remontant jusqu'au 1948, la fréquence des naissances de mère quadragénaire est la même que celle enregistrée en 2019.

Il faut signaler que les raisons qui mènent les femmes à accoucher à un âge dit tardif dans le début des années 1920 différent largement de celles qui poussent aujourd'hui leurs homologues à devenir mère.

En général, les femmes avaient plus de trois enfants et continuaient à enfanter jusqu'à ce qu'elles ne puissent plus concevoir. La plupart des

mères âgées de plus de 40 ans donnaient naissance à leur cinquième ou sixième enfant. Puis la médecine et la société ont évolué. Les familles nombreuses se sont raréfiées et les maternités tardives ont reculé dans les pays développés (Liliane Charrier, 2019).

À partir des années 1950, le nombre de primipares de plus de 40 ans dégringole dans les pays à faible fécondité jusqu'aux années 1980, à la faveur de la contraception moderne et d'un meilleur accès à l'avortement.

- **En France :**

À l'instar de la France, un élément central. Les normes sociales définissent ainsi des temps spécifiques au sein desquels il est socialement valorisé d'avoir des enfants et en dehors desquels le projet d'enfant est considéré comme inconvenant, voire impensable (Régnier-Loilier, 2007 ; Mazuy, 2006).

En France à partir de 1975 (Liliane Charrier, 2019). En 1984, moins de 0,5 % des Françaises avaient leur premier enfant après 40 ans (Liliane Charrier, 2019).

Dans les années 1990, l'âge parfait à la première maternité était de 25 ans pour les hommes comme pour les femmes (Toulemon et Leridon, 1999). Dès lors, toute première maternité survenue après cet âge peut être considérée comme tardive.

Le nombre des maternités tardives âgées de plus de 35 ans est en forte augmentation depuis deux décennies (tableau 02), alors qu'il n'avait cessé de diminuer depuis le début du XXe siècle.

Dès 2001, il naît autant d'enfants de mères de 40 ans et plus (25 300 en 2001) qu'en 1970 (24 400), soit presque trois fois plus qu'en 1980

(8600). Ce phénomène est identique pour les maternités de femmes de plus de 35 ans. L'élévation des maternités dites tardives s'est maintenue entre 2001 et 2008.

Tableau n° 02 : répartition des naissances dites tardives au cours du XXe siècle en France

	1901	1965-1979	1980	2001	2008
Nombre de naissances tardives des femmes de 40 ans et plus	47387	24400	8600	25300	35268
Part de ces naissances tardives dans l'ensemble des naissances (%)	5,5	3,0	1,1	3,3	4,3
Nombre de naissances tardives des femmes de 35 ans et plus	159330	112649	47222	134037	177049
Part de ces naissances tardives dans l'ensemble des naissances (%)	18,6	13,8	5,9	17,3	21,4

Sources : Prioux, 2005 ; Toulemon, 2005 ; Dagnet, 1999 ; données INSEE, 2008.

En 2016, l'âge moyen à la maternité était de 30 ans et demi (30,5 ans). Parmi les 800 000 bébés nés en France en 2015, un sur vingt avait une mère âgée de 40 ans ou plus. Aussi, depuis le début des années 1980, les naissances tardives sont de plus en plus souvent des premières naissances. (INED, 2016).

Même si, à partir de 40 ans, le taux de fécondité chute au-dessous de 10 % par cycle, une maternité est toujours possible tant qu'il y a une ovulation, et même si celle-ci ne se fait pas tous les mois. À cet âge, les maternités sont cependant plus fragiles et les interruptions du développement de l'œuf plus fréquentes.

Le risque élevé de fausses couches est le premier obstacle après 40 ans : il s'élève à environ 34 % à partir de 40 ans et à 53 % après 45 ans (Top Santé, 2017).

Le risque d'anomalie chromosomique est aussi plus important : de 1,6 % à 38 ans, il augmente à plus de 2 % à 40 ans et 4 % à 42 ans (Top Santé, 2017).

Le risque de trisomie 21, qui représente la moitié des atteintes chromosomiques imputables à l'âge de la mère, passe de 10,4 pour 10 000 à 40 ans, à 44,1 à 45 ans et 107 pour 10 000 à 48 ans (Top Santé, 2017).

Chez la future maman, les troubles veineux des membres inférieurs sont plus aigus, tout comme les douleurs du pubis, du bas de la colonne, des ligaments et du bassin. Le nombre de cas d'hypertension artérielle augmente également

Les artères fonctionnant moins bien, le fœtus est moins nourri et il est souvent de plus petit poids à la naissance. (Top Santé, 2017).

Tout au long de sa maternité, la future maman bénéficie de différents examens, dont l'échographie à douze semaines de grossesse, des dosages sanguins pour dépister un éventuel diabète et, si elle le souhaite, l'amniocentèse (ponction de liquide amniotique) en vue de réaliser un caryotype (étude des chromosomes de l'embryon). En France en 2016, tous ces progrès de la médecine et de la prise en charge des maternités ont permis la naissance de 134 enfants de mères âgées de plus de 50 ans (INED, 2016).

Malgré les risques, de nombreux facteurs incitent les femmes à vouloir tomber enceintes à 45 ans. Les naissances deviennent également plus fréquentes chez les femmes ayant dépassé l'âge de procréer, 50 ans ou plus. En 2016, 12 093 quinquagénaires ont accouché dans les pays de l'Union européenne, alors qu'elles n'étaient que 287 en 2002 (Liliane Charrier, 2019).

- **En Italie**

En 2016, l'Europe s'émouvait du cas d'une italienne qui, à 61 ans, accouchait d'un premier enfant sans procréation assistée, mais après une longue cure d'hormones (Liliane Charrier, 2019). Vingt ans auparavant, encore en Italie, une femme de 63 ans était devenue mère et son gynécologue sera traduit devant la justice pour « vol d'ovocytes » (Liliane Charrier, 2019).

Selon l'étude réalisée en 2015 à l'université de Boston par le chercheur Thomas Perls, il faut plaider pour qu'on cesse de stigmatiser les femmes qui ont leurs enfants après 40 ans (Tomas Perls, 2015). Dans une autre étude, il démontrait que les femmes qui avaient un enfant après 40 ans avaient 4 fois plus de chances de vivre centenaires (Thomas Perls, 2015).

Thomas Perls se garde toutefois d'en tirer des conclusions sur les effets d'une maternité tardive. « Les gènes qui permettent à une femme de concevoir à un âge avancé un enfant de façon naturelle sont les mêmes que ceux qui jouent un rôle important dans le ralentissement du vieillissement et la diminution des risques de maladies liées à la vieillesse» (Liliane Charrier, 2019).

- **Canada**

Au Canada, les femmes sont de plus en plus nombreuses à enfanter à des âges considérés comme avancés, voire dans la quarantaine. Près d'un bébé sur cinq naît d'une mère âgée de 35 ans et plus. Or, ces femmes courent significativement plus de risque de complications durant leur grossesse et leur accouchement. Qui plus est, certaines de ces complications peuvent nuire à la santé de leur nouveau-né.

Une étude menée par des chercheurs de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui se sont penchés sur plus d'un million de naissances en milieu hospitalier de 2006-2007 à 2008-2009, confirme et précise ces risques (Pauline Gravel, 2011).

Cette vaste étude a en effet montré que les femmes âgées de 35 ans ou plus sont deux fois plus à risque que celles de 20 à 34 ans de souffrir de diabète gestationnel, un diabète qui entraîne « des taux élevés de glycémie susceptibles d'affecter la croissance du bébé, lequel peut devenir plus gros que la normale." (Pauline Gravel, 2011).

Les enfants de mères diabétiques durant leur grossesse ont plus de risques de développer eux-mêmes un diabète. » (Robert Sabbah, 2011) « Les mères diabétiques et d'un âge avancé sont également plus susceptibles de souffrir d'hypertension et de prééclampsie, une pathologie qui se caractérise par des montées de pression pouvant causer des décollements du placenta, voire la perte du fœtus » (Robert Sabbah, 2011). Ces montées de pression nécessitent souvent de provoquer l'accouchement prématurément. L'étude précise que le risque de diabète gestationnel triple carrément chez les femmes de 40 ans et plus, dont une sur huit développe la maladie durant sa grossesse. « Plusieurs facteurs, tels que la génétique, la diète, l'exercice et le poids de la mère, contribuent au diabète gestationnel, qui est un peu plus fréquent au Québec qu'ailleurs au Canada » (Robert Sabbah, 2011).

Les femmes de 35 ans et plus sont également deux fois plus susceptibles que celles de 20 à 34 ans de développer un placenta dans la partie inférieure de l'utérus (une anomalie dénommée placenta praevia), qui a pour conséquence de bloquer partiellement ou entièrement l'ouverture du col de l'utérus et qui oblige de procéder à une césarienne.

Bien que plus marginale, cette complication est trois fois plus fréquente chez les quarantenaires (1 sur 65 en est atteinte) que chez leurs cadettes de moins de 35 ans. (Pauline Gravel, 2011)

Plus les femmes sont âgées, plus elles sont nombreuses à subir une césarienne. En fait, plus de la moitié (53 %) des femmes qui donnent naissance à leur premier bébé dans la quarantaine ont subi une césarienne. Le taux de césarienne chez les femmes de 35 ans et plus était 44 % plus élevé que celui des mères de 20 à 34 ans (Pauline Gravel, 2011). « Les accouchements par césarienne sont plus susceptibles de complications (d'hémorragie et d'infection) qu'un accouchement naturel, étant donné qu'il s'agit d'une chirurgie sous anesthésie. Il subsiste aussi une cicatrice sur l'utérus qui peut entraîner des risques lors des grossesses suivantes, telle une rupture utérine qui peut survenir lorsque la femme désire accoucher naturellement. » (Pauline Gravel, 2011).

Lors des accouchements vaginaux, le recours aux forceps ou à une ventouse est également plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans et plus quand il s'agit de la première maternité. Le taux de décollement prématuré du placenta chez les femmes de 40 ans ou plus est plus élevé dans une proportion de 60 % comparativement à celui des femmes de 20 à 34 ans vivant leur première maternité (Pauline Gravel, 2011).

Les maternités tardives accroissent par ailleurs le risque de naissances prématurées (avant la 37^e semaine) et de bébés de petit poids. La fréquence des anomalies congénitales et chromosomiques (syndrome de Down, par exemple) augmente aussi avec l'âge de la procréation. Mais la plupart de ces anomalies peuvent être dépistées avant la naissance.

- **EN AFRIQUE :**

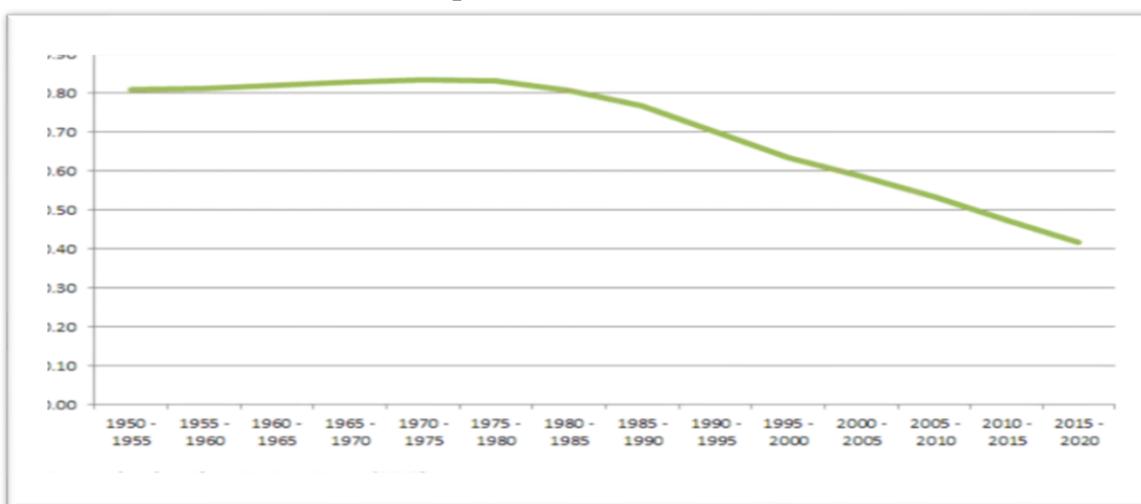
En Afrique, La baisse de la fécondité est plus marquée parmi les femmes de 40 ans et plus que parmi les plus jeunes (INED, 2017).

Environ 12% de la fécondité se produisait à 40 ans et plus dans les années 1950, qui est passée à environ 9% aujourd'hui (INED, 2017). Le nombre de femmes ayant un enfant à 40 ans ou plus est en chute depuis la fin des années 1980, comme le montre le schéma ci-dessous.

Selon Bruno Schoumaker, professeur de démographie à l'université catholique de Louvain « Les femmes avaient en moyenne 0,8 enfant au-delà de 40 ans, et elles en ont environ deux fois moins actuellement. La baisse devrait se poursuivre et atteindre 0,2 enfant par femme vers 2050, puis continuer sans doute au-delà, Cela varie bien sûr entre pays.»

Au Niger, les femmes ont en moyenne 0,7 enfant à 40 ans et plus, alors qu'on est autour de 0,12 en Afrique du Sud et 0,17 au Zimbabwe. (Bruno Schoumaker, 2017)

Figure n°01 : Nombre moyen d'enfants par femme à 40 ans et plus en Afrique Sub-Saharienne.



Source : Nations Unies 2017

La plus âgée authentifiée à avoir conçu naturellement sans recours à la PMA est la Guernesiaise Dawn Brooke, mère à 59 ans en 1997 (livre Guinness des records).

D'autres cas sont recensés de maternités plus tardives encore, tant naturelles après 59 ans qu'assistées au-delà de 70ans.

2- Une progression de la maternité à 35 ans ou plus dans les pays développés

Au cours du XXe siècle, les évolutions économiques et culturelles ont bouleversé le taux de fécondité dans les pays développés (Eva Beaujouan et Tomas Sobotka, 2019).

La grossesse tardive correspond à une période de vie, d'environ 35 ans ou plus, durant laquelle la femme voit sa fécondité fortement chuter. Pourtant, dans les pays développés, on devient parents de plus en plus tard.

Au milieu du XXe siècle, « la fécondité à 40 ans ou plus a diminué dans la plupart des pays européens, au Canada, aux États-Unis et au Japon, jusqu'à atteindre 0,1 à 0,2 enfant en moyenne par femme », (Eva Beaujouan et Tomas Sobotka, 2019). Une baisse qui s'est accélérée en 1980, atteignant de 0,01 à 0,03 enfant par femme, avant de changer de tendance aux alentours de 1984.

Dans les pays à faible fécondité, l'étude constate une forte progression des maternités tardives à partir de cette date. À titre d'exemple, entre 1984 et 2014, le nombre de grossesses débutant à 40 ans ou plus a augmenté de 2,9 % en Allemagne, de 2,3 % en France et de 3,9 % en Italie.

Une augmentation des premières naissances survenant à 40 ans ou plus dans cette même période. En 1984, les premières naissances survenant à 40 ou plus représentaient moins de 0,5 % du total des premières naissances, alors qu'en 2014, elles représentaient environ 2 % dans la plupart des pays (Europe, Asie de l'Est, Amérique du Nord, Australie). (Eva Beaujouan et TomasSobotka, 2019)

3- Une maternité plus tardive en raison des évolutions sociétales

La maternité tardive s'explique notamment par la démocratisation et la progression de l'enseignement supérieur, l'augmentation rapide du taux d'activité des femmes à plein temps (qui ne s'est pas accompagnée par un aménagement de garde d'enfants et de congés parentaux), l'apparition de la contraception, un meilleur accès à l'avortement et surtout l'apparition de la procréation médicale assistée. Malgré certains obstacles à la fécondation in vitro (FIV) : son coût, sa limitation d'accès dans certains pays (Allemagne, Autriche, Italie selon une enquête de 2009) ou encore sa plus faible efficacité à l'âge de 40 ou plus, cette technique rencontre un vif succès dans les pays développés. « Aux États-Unis, la FIV est à l'origine de 11 % de toutes les naissances vivantes chez les femmes âgées de 40 ans ou plus en 2015, et 1,8 % de toutes les naissances vivantes. » (Eva Beaujouan et TomasSobotka, 2019)

Quant aux pays européens, 1 293 naissances chez des femmes de 50 ans et plus ont été enregistrées en 2016, contre 287 en 2007, selon les chiffres d'Eurostat (2018).

4- Cas des Mères les plus âgées dans le monde (après 50 ans) :

Les conditions de conception des maternités de 50 ans ou plus peuvent être difficiles à déterminer, mais elles passent presque toujours par une FIV (Fécondation in vitro) avec don d'ovocytes.

Ci-après, des mères les plus âgées connues de plus de 50 ans (annexe n°01), (site de témoignages Pregnancy over 44 les archives)

🇺🇸 Union soviétique :

- Ulya Margusheva, en 1963, a donné naissance à son seul enfant à **79** ans.

🇨🇳 Chine :

-Wu Cheng, en 2010, a donné naissance à des jumelles prématurées à **77** ans.

🇮🇳 Inde :

-Omkari Panwar, en 2008, qui a donné naissance à des jumeaux, un garçon et une fille, à **70** ans,

-Roja Devi Lohan, en 2008, mère d'une fille à **70** ans.

-Bhateri Devi Singh, en 2010, a accouché de triplés, 2 garçons et 1 fille à l'âge de **66** ans

🇺🇸 États-Unis :

- Steve Pace, en 2008, a donné naissance à un garçon à l'âge de **73** ans et 10 mois

- Arceli Keh, en 1996, a donné naissance à une fille à l'âge de **63** ans

-Janise Wulf, en 2006, a donné naissance à un fils à l'âge de **62** ans.

Royaume-Uni :

-Ellen Ellis, 1776, a donné naissance à une fille à l'âge de **72** ans.

- John Delay qui a donné naissance, en 1753, à **68** ans, à un fils de son époux de **70** ans.

Suisse :

- Dominique C, Une Suissesse de **64** ans donné naissance, en juillet 2010, à son premier enfant.

Allemagne :

- Annegret Raunigk, 2015, a donné naissance à l'âge de **65** ans.

-Türkan Katicelik, à l'âge de **58** ans et 5 mois, a donné naissance, en 2007, à une fille pour la première fois, Elle avait connu plusieurs fausses couches avant de parvenir à donner le jour à cette enfant.

France :

- Jeanine Salomone, une enseignante retraitée française de **62** ans, a donné le jour à un fils, Benoît-David, le 14 mai 2001.

-MarieJeanne Meignan, 1799, a accouché de son onzième enfant, à l'âge de **54** ans.

Italie :

- Giovanna Ciardi, 2010, à **55** ans révolus, elle a donné naissance à un bébé.

- Gianna Nannini a donné le jour, le 26 novembre 2010, à **55** ans, à son premier enfant.

🇪🇸 Espagne

-Maria Del Carmen, mère de deux fils jumeaux en 2006, à **66** ans et 358 jours,

-Carmen Russo, a conçu un enfant en juillet 2012, à **53** ans,

🇷🇴 Roumanie

-Adriana Iliescu, qui eut une fille en 2005, à **66** ans et 238 jours.

🇺🇦 Ukraine

- Vera, Une Ukrainienne de **57** ans a donné le jour, en 2008, à un fils,

- ValentynaPidverbna, une femme célibataire de **66** ans, a donné le jour, en février 2011, à Chernihiv à son premier enfant, une fille.

🇨🇦 Canada

- Jennifer Hong, une Canadienne d'origine vietnamienne de **65** ans, a donné naissance à son deuxième enfant, un fils, en 2010.

- Ranjit Hayer, de Calgary, Alberta, a donné naissance à des fils jumeaux, Mangot et Gurpreet, le 3 février 2009, à **60** ans.

- Cathy Donnelly, de London (Ontario), une femme ménopausée de **58** ans, mère de 3 enfants et aïeule de 6 petits-enfants en 2013.

🇹🇷 Turquie

- MemnuneTiryaki a donné naissance à son premier enfant, un fils, en 2006 à l'âge de **64** ans.

🇲🇪 Monténégro

- MilevaRadulovic, de Danilovgrad, au Nord-Ouest de Podgorica, a donné naissance, en juillet 2007, à **62** ans.

Bulgarie

- Krasimira Dimitrova a donné le jour, le 5 mai 2010, à **62** ans, à des jumelles.

Brésil

- AntoniaLeticia Asti, de Santos, État de Sao Paulo, a donné naissance, le 26 octobre 2012, une semaine après son 61e anniversaire et deux mois avant terme, à des faux jumeaux.

- Solange Couto dos Santos, déjà mère d'un fils, a donné le jour, le 15 août 2011, à **54** ans, à son troisième enfant, un fils.

Australie

- Cecilia Tuaileva a donné le jour à un fils, le 16 janvier 1988, à **61** ans.

- Angelina Calabro, à **55** ans, la mère la plus âgée de l'État de Victoria, a donné le jour, en 1995, à son 1er enfant, une petite fille.

Chili

-Leontina Albina, de San Antonio, née en 1926 et mariée en 1943 a donné naissance à son 55e enfant déclaré, conçu naturellement, en 1981, à l'âge de **55** ans et a donné naissance à son 56e enfant, conçu naturellement, en 1985, à l'âge de 59 ans.

Nigeria

- OloruntoyinAdeola Alabi, d'Okota, dans l'État de Lagos, née en août 1953, a donné le jour début 2007, à **53** ans ½, à sa 1^{ère} fille, et le 6 décembre 2012, à **59** ans et 4 mois, a donné naissance à sa 2^{ème} fille.

✚ **Russie**

- NatalyaAlexeevnaSurkova est devenue la mère la plus âgée de Russie en donnant le jour à sa fille, le 14 mars 1996, à l'âge de **57** ans.

- Galina Shevchenko a donné naissance à des fils jumeaux en 2000 à l'âge de **54** ans.

✚ **Angleterre**

- Susan Tollefsen, une Anglaise d'origine norvégienne, née en octobre 1950, a donné le jour à son premier enfant, sa fille, le 28 mars 2008, à l'âge de **57** ans.

- Sandra Lennon, de Byfleet, Surrey, a donné le jour à son fils Joshua début 2003, à **57** ans ½.

5- Les Mesures De Restreindre Les maternités Tardives Dans Le Monde

Gouvernements et conseils de l'Ordre ont pris quelquefois des mesures pour réglementer ou restreindre les maternités dans la dernière partie de la vie :

•En 1994, la France a adopté une loi (dite « bioéthique ») interdisant la grossesse post-ménopausique. Le ministre de la santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy, a déclaré que c'était « aussi contraire à l'éthique que dangereux pour la santé de la mère et de l'enfant ». (Gray Louise, 2005).

- En Italie, l'association des praticiens et dentistes a interdit à ses membres de traiter pour la fertilité les femmes âgées de plus de 50 ans (Gray Louise, 2005).

- En Grande-Bretagne, Virginia Bottomley, alors secrétaire d'État à la santé, a déclaré que « les femmes n'avaient pas droit à avoir un enfant, que c'est l'enfant qui avait droit à une famille normale ». Cependant, en 2005, les restrictions d'âge pour la FIV ont été officiellement supprimées au Royaume-Uni (Gray Louise, 2005).

- Les restrictions légales ne sont que l'un des obstacles que les candidats à la FIV doivent surmonter, car de nombreuses cliniques de fertilité fixent elles-mêmes des limites d'âge. (Jacob M., 2009).

6- La relation entre Les maternités Tardives et la chance d'avoir des jumeaux.

Le taux mondial d'accouchements de jumeaux augmente avec l'arrivée de la PMA (Gilles Pison, 2015).

Il n'y a jamais eu autant de naissances de jumeaux dans le monde. Plus de 1,6 million de paires de jumeaux naissent chaque année dans le monde, soit « près d'un bébé sur 40 », selon une étude parue dans la revue spécialisée Human Reproduction.

Depuis les années 1980, le taux mondial d'accouchements de jumeaux a augmenté d'un tiers, passant de 9,1 à 12,0 pour 1 000 accouchements, en seulement trois décennies (INED.2021). Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation :

- La procréation médicalement assistée (PMA), qui a commencé dans les pays riches dans les années 1970, a contribué à cette augmentation des naissances multiples. En effet, des grossesses multiples

ont lieu dans le cas d'un transfert de plusieurs embryons, méthode utilisée par la PMA. (Gilles Pison, 2015)

- Le taux sanguin d'une hormone qui intervient sur la maturation de l'ovule et l'ovulation augmente avec l'âge et explique que la probabilité d'une grossesse gémellaire augmente aussi, jusqu'à atteindre son paroxysme à 37 ans.

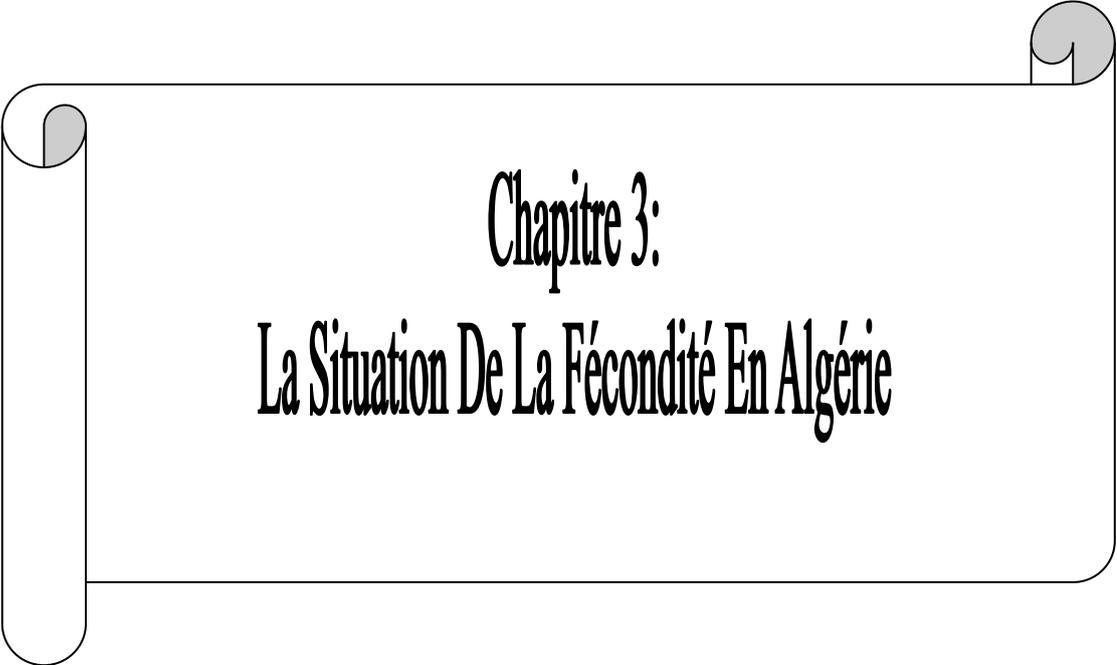
Au-delà de cet âge, sans intervention de la PMA, le taux de faux jumeaux diminue rapidement en raison de défaillances de la fonction ovarienne et d'un accroissement de la mortalité embryonnaire. (Gilles Pison, 2015).

Conclusion :

Le retard des maternités est un mouvement de fond touchant tous les pays développés. Une de ses conséquences est la part croissante des naissances issues de mères de 40 ans ou plus. (Eva Beaujouan et TomasSobotka, 2019)

Les études ont révélé qu'une maternité tardive présente certains avantages pour la mère et son enfant (espérance de vie plus longue pour la mère, moins de problèmes comportementaux, sociaux et émotionnels chez l'enfant).

Les transformations sociologiques de ces dernières décennies ont poussé les femmes à avoir leur premier enfant plus tard. Cependant, la maternité tardive reste une maternité à risque.



Chapitre 3:
La Situation De La Fécondité En Algérie

Chapitre 3: La Situation De La Fécondité En Algérie

Introduction

La fécondité constitue le moteur principal de la transition démographique en Algérie, devant la mortalité, notamment des enfants. Elle est également une composante essentielle de la santé reproductive et infantile. La connaissance des niveaux de fécondité a été approchée à travers deux indicateurs : les taux de fécondité générale par âge et l'indice synthétique de fécondité.

Ce chapitre a pour objet de présenter comment s'est évaluée la fécondité en Algérie à partir des taux mentionnés précédemment, suivis par des facteurs qui ont contribué à la baisse de la fécondité, notamment la scolarisation et l'activité féminine, le recul de l'âge de mariage et la planification familiale. Ensuite, un aperçu de la politique de l'État en matière de baisse de la fécondité.

1- L'évolution De La Fécondité En Algérie

La population de l'Algérie estimée au 1er janvier 2020 était de 43 900 000 habitants, ce qui en fait le huitième pays d'Afrique par son poids démographique et le trente-cinquième pays dans le monde (The World, 2020). C'est la sixième année consécutive que l'Algérie dépasse en volume de naissances vivantes le seuil d'un million de naissances, bien qu'il y ait eu une légère baisse par rapport à 2018 (ONS, 2020). La densité de la population est de 18,40 habitants/km² en 2020, très inégalement répartie : la majorité se concentre sur les côtes au nord du pays.

Le niveau de la fécondité d'une population peut être mesuré par différents indicateurs :

- Taux brut de natalité(TBN):

Le taux brut de natalité est calculé en divisant le nombre de naissances vivantes survenues au cours d'une année donnée par la population totale moyenne de la même année, tous âges et sexes confondus. Cet indicateur ne nécessite que peu d'informations (naissances annuelles et population annuelle moyenne).

Cependant, il ne permet pas d'effectuer des comparaisons par régions, pays ou époques, car il est très sensible à la structure par âge et sexe de la population, notamment à la distribution des femmes en âge de reproduction (15-49 ans) dans la population totale. En effet, de nombreuses personnes au dénominateur ne sont pas concernées par la natalité, telles que les enfants, les hommes et les personnes âgées.

-Taux global de fécondité(TGF) :

Cet indice peut se définir comme le rapport entre le nombre de naissances vivantes et l'effectif moyen des femmes en âge de procréer durant une même période. Ce taux dépend de la structure par âge de la population féminine.

Cependant, à l'intérieur même de la tranche 15-49 ans, il existe une grande variabilité de la fécondité. C'est pourquoi cet indice est rarement utilisé dans l'analyse de la fécondité.

On peut alors calculer le taux de fécondité pour chaque âge, opération qui consiste à calculer l'indice synthétique de fécondité.

- **Taux de fécondité à un âge donné** (ou pour une tranche d'âges)

Il s'agit du nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes du même âge.

-Indice synthétique de fécondité(ISF) :

Appelé aussi indice conjoncturel de fécondité ou encore somme des naissances réduites (total fertility rate – TFR). Il s'agit du nombre moyen d'enfants auxquels les femmes donneraient naissance à un moment donné (une année). « Il correspond au nombre moyen d'enfants qu'une femme mettrait au monde à la fin de sa vie féconde si les taux de fécondité du moment restaient invariables » (Evelyne Laurent, 2013, p. 67).

On le calcule en faisant le total des taux de fécondité pour chaque âge (de 15 à 49 ans), ou en multipliant par cinq la somme des taux pour chaque groupe d'âges de cinq ans (15-19, 20-24,... 45-49 ans) établis pour une année donnée. Cette approche dite « transversale » permet d'observer la situation contemporaine de la fécondité vécue par différentes générations de femmes.

Il représente le niveau de fécondité qu'aurait une génération si on lui appliquait les niveaux de fécondité du moment aux différents âges. (À ne pas confondre avec la descendance finale : cette approche est appelée approche longitudinale).

-Descendance finale :

Cet indicateur mesure la fécondité d'une génération réelle. Il faut donc attendre qu'une génération atteigne l'âge de la ménopause (environ 50 ans) pour l'obtenir. Ainsi, en retraçant les histoires reproductives des femmes de manière rétrospective, on peut obtenir cet indicateur. Il reflète donc une situation passée.

1-1- Évolution de la population de l'Algérie:

La croissance démographique en Algérie peut être observée à travers trois étapes distinctes.

La première étape:

À partir des données du tableau n°03, cette étape est caractérisée par une stagnation et un déclin démographique à partir de l'année 1830 (début de la colonisation), pour se terminer en 1886, où le nombre d'habitants a commencé à diminuer jusqu'à atteindre 2 287 000 en 1886, après avoir été estimé à environ trois millions en 1830. Cela est dû à plusieurs facteurs, notamment les maladies, les épidémies, les guerres coloniales, ainsi que la diminution du niveau de santé général et la baisse du niveau de vie des citoyens.

Tableau n ° 03 : l'évolution de la population algérienne de 1830 à 1886

Année	Effectif (milliers)	Année	Effectif (milliers)
1830	3000	1872	2134
1856	2496	1876	2417
1861	2737	1881	2842
1866	2656	1886	2287

Source: office national des statistiques, 1981

La deuxième étape:

Les données du tableau n° 04 montrent que la phase de croissance démographique lente s'étend de 1887 à 1960. Cette phase est caractérisée par une faible augmentation de la population, en particulier entre 1901 et 1954. Pendant près d'un demi-siècle, l'augmentation estimée était de 4 millions de personnes. Le taux d'accroissement naturel se situait entre 0,45 % et 1,7 %.

Tableau n ° 04: l'évolution de la population de l'Algérie de 1886 à 1960

Année	Effectif (milliers)	Année	Effectif (milliers)
1891	3575	1926	5151
1896	3781	1931	5588
1901	4089	1936	6201
1906	4478	1954	8775
1911	4741	1960	9602

Source: Office national des statistiques, 1981

La troisième étape:

C'est l'étape de l'explosion démographique, caractérisée par une croissance rapide de la population due à la baisse continue des taux de mortalité et à une augmentation des taux de natalité. Cette étape a été marquée par une hausse du taux de natalité ainsi qu'une augmentation du nombre de naissances après l'indépendance de l'Algérie.

Les taux de mortalité ont également connu une baisse, pour plusieurs raisons, notamment le développement sanitaire, la disponibilité des services et une augmentation du niveau de vie. Le tableau suivant montre l'augmentation continue de la population algérienne depuis l'indépendance jusqu'en 2017 (tableau n°05).

Tableau n ° 05: L'évolution de la population de l'Algérie après l'indépendance

Année	Effectif (milliers)	Année	Effectif (milliers)	Année	Effectif (milliers)
1962	1023	1995	28060	2010	35978
1967	1256	1998	29507	2011	36717
1977	1710	1999	29950	2012	37495
1987	2282	2000	30286	2013	38297
1990	25022	2001	30600	2014	3914
1991	25643	2002	31040	2015	39963
1992	26276	2008	34591	2016	40836
1994	27496	2009	35268	2017	41721

Source: Office national des statistiques, 2002/2018

1-1-1- Natalité

Les années soixante en Algérie se sont caractérisées par un accroissement du taux de naissances, atteignant 50 ‰. Cependant, la décennie (1980/1990) a connu une transformation notable dans la croissance démographique. Cette période peut être divisée en deux parties: dans la première moitié de la décennie, de 1980 à 1985, avec l'augmentation des revenus et la croissance de la consommation des ménages, le nombre de naissances a atteint son plus haut niveau (plus de 845 000 naissances vivantes en 1985). Cependant, avec la crise économique que le pays a connue à partir de la seconde moitié de la décennie 1980/1990 et son impact sur le niveau de vie de la société, la courbe des naissances a été affectée, avec le nombre atteignant 759 000 naissances vivantes en 1990. En outre, la baisse du niveau de la fécondité a commencé au-delà de la seconde moitié des années quatre-vingt, après la mise en place de la politique d'espacement des naissances, qui avait été réclamée au début de la décennie 1980/1990.

À travers l'analyse du tableau n° 06, le mouvement des naissances en Algérie peut être divisé en trois étapes principales, chacune étant définie par ses propres caractéristiques qui ont eu un impact sur le niveau des taux de natalité, soit en diminution, soit en augmentation.

La première étape (1962-1985):

Cette étape est caractérisée par une très forte natalité. En effet, le taux de natalité le plus élevé était de 52,10 ‰. Entre 1962 et 1975, le taux de natalité était variable et se situait entre 45 ‰ et 52 ‰. Par la suite, le taux de natalité a connu une décroissance pour aboutir à 40 ‰ à partir de 1985, atteignant 39,5 ‰. Les causes de cette baisse sont multiples, notamment la politique de maîtrise de la démographie poursuivie par le gouvernement en 1983, favorisant l'utilisation des méthodes contraceptives. Leur utilisation était passée de 2 % en 1962 à 14 % en 1977, pour atteindre 25 % en 1982.

Aussi, la période 1982/1985 a enregistré un grand nombre de naissances, évalué à plus de 800 000 naissances par an. La principale cause de cet accroissement important de la population s'explique par l'indépendance acquise par l'Algérie et les conséquences de la guerre de libération nationale en matière de dépopulation. Dans ce contexte, la forte natalité observée dans la période postcoloniale avait pour objectif de repeupler le pays, en favorisant les mariages et en diminuant les divorces.

Tableau n ° 06: Évolution des taux de natalité en Algérie, 1962-1985

Année	naissances (milliers)	TBN ‰	Année	naissances (milliers)	TBN ‰
1962	419000	45,90	1975	667484	46,10
1963	503000	52,10	1976	670603	45,40
1964	516577	50,10	1977	727532	45,00
1965	507448	47,00	1978	711961	46,40
1966	560177	50,50	1979	739515	44,00

1967	533630	50,10	1980	759673	43,90
1968	532492	47,70	1981	774973	41,00
1970	603376	50,20	1982	790581	40,60
1971	606074	48,40	1983	812289	40,40
1972	620646	47,70	1984	833110	40,20
1973	643831	47,60	1985	845381	39,50
1974	646801	46,50			

Source : Ministère de la Santé et de la Population: Rapport du Comité National de la Population, 2000, P63/ Office national des statistiques 2020./p6

La deuxième étape (1986-2000):

La particularité de cette période se distingue par la poursuite de la baisse du taux de natalité. En effet, il était de 34,7 ‰ en 1986, comparé aux 39,5 ‰ de 1985, soit une baisse de 5 points, qui s'est poursuivie jusqu'en 2000 pour atteindre 19,82 ‰.

Cette baisse est due à plusieurs facteurs, notamment l'utilisation accrue des méthodes de contraception et l'intérêt grandissant accordé par les pouvoirs publics à la maîtrise démographique. Les programmes et mesures prises pour cette maîtrise ainsi que la création de centres destinés à évaluer la politique d'espacement des naissances ont également contribué à cette tendance.

Tableau n ° 07: Évolution des taux de natalité en Algérie, 1986-2000

Année	naissances (milliers)	TBN ‰	Année	naissances (milliers)	TBN ‰
1987	782336	34,64	1995	711000	25,30
1988	788961	33,90	1996	654000	22,90
1989	741636	30,70	1997	654000	22,5
1990	758533	31,00	1998	607000	21,3
1991	755459	30,10	1999	594000	19,82
1992	786050	30,40	2000	589000	19,36
1993	759987	28,60			

Source : Ministère de la Santé et de la Population: Rapport du Comité National de la Population, 2000, P63/ Office national des statistiques 2020./p6

La troisième étape (2000-2019):

Cette période a été marquée par un regain de natalité et une augmentation du taux de natalité. En effet, l'année 2000 constitue un virage important, avec un taux de natalité noté à 19,36 ‰, augmentant à 26,12 ‰ en 2016. Cette augmentation est principalement due à la croissance du nombre de mariages. Cependant, ce taux a commencé à diminuer à partir de l'année 2017 (25,4 ‰), pour atteindre 23,80 ‰ en 2019.

En 2019, 1 034 000 naissances ont été enregistrées, soit 4 000 naissances de moins qu'en 2018. Cependant, en 2018, le volume de naissances vivantes avait atteint 1 038 000, marquant un recul significatif par rapport au niveau observé en 2017, avec une baisse relative de 2 % durant cette période, contre 0,7 % entre 2016 et 2017.

Globalement, l'année 2019 a connu un volume de naissances vivantes dépassant le seuil d'un million de naissances pour la sixième année consécutive, bien que légèrement en baisse par rapport à 2018. Cette année a également été marquée par une augmentation significative du volume des décès et la poursuite du recul du nombre de mariages enregistrés, entamé depuis 2014.

Tableau n ° 08: Évolution des taux de natalité en Algérie, 2000-2019

Année	naissances (milliers)	TBN ‰	Année	naissances (milliers)	TBN ‰
2000	589000	19,36	2013	963000	25,14
2001	619000	20,03	2014	1014000	25,93
2008	817000	23,62	2015	1040000	26,03

2009	849000	24,07	2016	1067000	26,12
2010	888000	24,68	2017	1060000	25,40
2011	910000	24,78	2018	1038000	24,39
2012	978000	26,08	2019	1034000	23,80

Source : Ministère de la Santé et de la Population: Rapport du Comité National de la Population, 2000, P63/ Office national des statistiques 2020./p6

1-1-2- Mortalité

TBM : **T**aux **B**rut de **M**ortalité

Tableau n ° 09: Évolution des taux de Mortalité en Algérie, 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de Décès (en milliers)	159	157	162	170	168	174	183	180	190	193	198
TBM ‰	4,51	4,37	4,41	4,53	4,39	4,44	4,57	4,42	4,55	4,53	4,55
Nombre de Décès infantiles	21 076	21 046	21 055	22 088	21 586	22 282	23 150	22 271	22 240	21 846	21030
TBMI‰	24,8	23,7	23,1	22,6	22,4	22,0	22,3	20,9	21,0	21,0	21,0

Source: Office national des statistiques/Démographie Algérienne 2018 n°853.p6 et p7

Quant à la mortalité générale, l'année 2019 a enregistré 198 000 décès, soit une augmentation de 5 000 décès par rapport à 2018 (193 000 décès), en hausse de 3 000 décès par rapport à l'année 2017. Le taux brut de mortalité a connu une légère hausse, passant de 4,53 ‰ en 2018 à 4,55 ‰ en 2019, soit le même niveau observé entre 2018 et 2017.

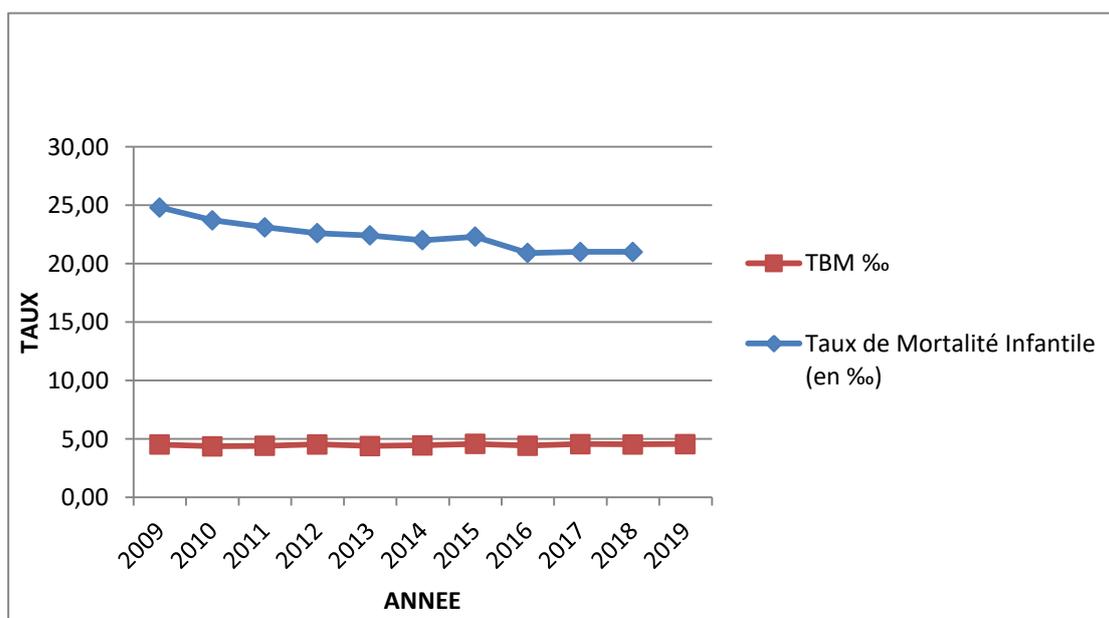
Les données du tableau 09 montrent une diminution des taux de mortalité durant la première moitié de la décennie 2009/2019, mais à un rythme lent, entre 4,51 ‰ et 4,39 ‰. Cependant, ces chiffres ont commencé à augmenter au-delà de la deuxième moitié de la décennie, à partir de l'année 2014, atteignant 4,44 ‰ en 2019. Cela est en grande

partie dû aux accidents de la route qui font des milliers de morts chaque année.

Par ailleurs, le volume de la mortalité infantile a atteint 21 030 cas en 2019, avec un recul de plus de 800 décès par rapport à 2018 (21 846 décès) et un recul de près de 400 décès par rapport à 2017. Le taux de mortalité infantile a diminué de 24,8 ‰ à 20,9 ‰ entre 2009 et 2016, mais a stagné depuis 2016, maintenant un niveau de 21 pour mille. Par sexe, il a atteint 22,5 pour mille chez les garçons et 19,4 pour mille chez les filles (ONS, 2019).

L'espérance de vie à la naissance a connu une progression pour atteindre 77,8 ans en 2019 au niveau global. Déclinée par sexe, elle est de 77,2 ans chez les hommes et de 78,6 ans chez les femmes. Entre 2001 et 2019, l'espérance de vie à la naissance d'une personne de sexe masculin a gagné un peu plus de 5 ans, alors qu'une personne de sexe féminin a gagné 4 ans (ONS, 2019).

Figure n°02 : Évolution des taux de Mortalité en Algérie, 2009-2019



Source : Exploitation personnelle des données du tableau n°09

Espérance de Vie

L'espérance de vie à la naissance en Algérie a progressé au cours des dernières décennies, témoignant des améliorations significatives dans les conditions de vie et les soins de santé. Voici quelques faits saillants.

– **Progression globale** : En 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 77,8 ans au niveau global en Algérie. Cette augmentation est un indicateur positif de l'amélioration des conditions de vie et de la qualité des services de santé dans le pays.

– **Différences entre les sexes** : L'espérance de vie varie selon le sexe, avec une moyenne de 77,2 ans pour les hommes et de 78,6 ans pour les femmes en 2019. (ONS ; 2019). Cette différence peut être attribuée à divers facteurs, y compris les comportements liés à la santé et les différences biologiques.

– **Progression sur deux décennies** : Entre 2001 et 2019, l'espérance de vie à la naissance a augmenté pour les deux sexes. Les hommes ont gagné un peu plus de 5 ans, tandis que les femmes ont gagné 4 ans sur la même période. Cette tendance positive témoigne des progrès dans la prévention des maladies, l'accès aux soins de santé et d'autres facteurs socio-économiques.

1-2 - L'évolution de la Fécondité en Algérie:

1-2-1-Taux de Fécondité Générale (TFG):

Le tableau 12 montre que la structure par âge de la fécondité dans les années 1970 est caractérisée par un étalement des naissances sur toute la période de procréation. Les taux de fécondité croissent cependant très rapidement après le groupe d'âge 15-19 ans jusqu'au groupe d'âge 25-29

ans pour ne diminuer ensuite que progressivement ; cependant, la fécondité reste encore élevée même après 40 ans.

Les données révèlent également une plus grande précocité de la procréation dans les années 1970 par rapport aux autres années. Le taux de fécondité générale a connu une évolution sensible sur toutes les tranches d'âges, en particulier, la tranche d'âge 30-34 ans passant de 137.2 ‰ en 2002 pour arriver à 169.4 ‰ en 2017, de même que les femmes de la tranche d'âge 25-29 passant de 123.3 ‰ en 2002 pour arriver à 160.5 ‰ en 2019.

Autre remarque importante, si l'on suit les taux de fécondité depuis 1970 jusqu'à 2019, on observe leur décroissance à tous les âges, mais c'est surtout dans les tranches d'âges les plus jeunes que l'on trouve les baisses les plus prononcées. Les femmes qui ont entre 15 et 19 ans en 2019 ont dix fois moins d'enfants que leurs aînées de 1970 lorsqu'elles avaient leur âge. Celles de 20 à 24 ans en ont presque quatre fois moins. Les femmes âgées de 25-29 ans ont trois fois moins, de même que les femmes de la tranche d'âge 40 à 44 ans.

Tableau n°10 : Taux de fécondité par âge et par année (1970-2019)

Année G d'âge	1970	2002	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19ans	114	7.5	8.8	9.6	9.1	9.5	9.1	9.8	9.2	9.7	10.3	9.8	9.1	11.1
20-24ans	338	64.5	76.1	77.9	81.5	73.2	87.4	82.5	83.8	87.0	91.2	88.0	84.4	89.6
25-29ans	388	123.3	142.1	144.3	133.4	142.2	145.3	156.3	151.0	156.8	162.2	158.6	150.4	160.5
30-34ans	355	137.2	152.6	154.3	166.3	156.2	168.3	151.8	165.5	167.4	168.0	169.4	160.9	156.6
35-39ans	281	112.7	121.7	122.1	130.8	131.7	143.6	118.4	143.2	126.3	123.7	127.8	135.2	126.6
40-44ans	152	45.1	52.1	53.2	60.4	63.4	49.1	62.1	51.4	62.0	62.1	62.7	48.5	46.9
45-49ans	42	6.2	8.2	8.3	6.0	7.4	6.0	6.3	5.7	8.9	8.8	9.0	5.4	5.9

Source Office National des Statistiques ONS ; DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2018 n°853 et 2019 n°890/Bis.p5

1-2-2 l'indices synthétiques de fécondité :

La fécondité est une composante essentielle de l'évolution démographique. En Algérie, le nombre moyen d'enfants par femme, qui était de 8 enfants par femme dans les années 1970, a diminué à environ 4,5 enfants en 1990, pour atteindre 3 enfants par femme en 2019. Cette réduction importante de la fécondité est attribuée à plusieurs facteurs, dont les plus déterminants sont le recul de l'âge au mariage, particulièrement féminin, notamment grâce à l'allongement de la durée des études et au développement de la pratique contraceptive, entre autres.

L'indice synthétique de fécondité connaît un recul de 0,1 point par rapport à 2017, pour stagner à 3 enfants par femme en 2018 et en 2019 (ONS, 2019).

Tableau n°11 : Nombre moyen d'enfants par femme en Algérie entre 1970 et 2019

Année	1970	1977	1986	1990	1992	2000	2005	2008	2010
ISF	8	7.4	5.85	4.5	4.4	2.8	2.84	2.81	2.87

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ISF	2.93	3.03	3.1	3.05	3.04	3	3

Source Office National des Statistiques ONS ; DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2019. N°890/Bis

2- Les facteurs de la baisse de la fécondité en Algérie

L'Algérie a connu une baisse de la fécondité, expliquée par divers facteurs tels que le recul de l'âge au premier mariage, la scolarisation et l'activité féminine ainsi que l'utilisation de la contraception, entre autres.

Aussi, l'âge moyen à la maternité a connu un léger recul en 2019, par rapport à l'année précédente, passant de 31,6 ans à 31,4 ans. Alors qu'il était 29.5 en 1999 (ONS ; 2019).

2-1 Scolarisation Féminine :

De nombreuses études réalisées dans les années 1960 et 1970 ont clairement démontré l'existence d'une relation négative entre l'instruction et la fécondité (Joshi, H. et David, P. 2002). Depuis lors, plusieurs pays en développement ont mis l'accent sur cet aspect quasi universel pour réduire leur croissance démographique.

En Algérie, le secteur de l'éducation et de l'enseignement supérieur ont réalisé d'énormes progrès, en particulier chez les femmes. Le taux de scolarisation des filles est passé de 39,9 % en 1966 (Secrétariat d'État au Plan, 1978, p. 46) à 93,8 % en 2007 (ONS, 2008, p. 106).

L'éducation des femmes en Algérie a été un facteur clé dans la réduction du taux de fécondité. Cette éducation a contribué au recul de l'âge au premier mariage particulièrement chez la femme pour lui permettre de poursuivre ses études, et a également influencé les mentalités des femmes et des hommes (Sandron F., sans date, p. 23).

L'enquête Papchild (1992) a mis en évidence une corrélation entre le niveau d'éducation des femmes et leur fécondité. Les résultats ont montré qu'en 1992, les femmes analphabètes avaient en moyenne plus de 4 enfants de plus que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. Cette disparité dans le nombre d'enfants entre les femmes non instruites et celles ayant un niveau d'éducation plus élevé reflète l'impact de l'éducation sur la planification familiale et la prise de décision en matière de procréation. Cependant, l'écart s'est réduit en 2012 (MICS4

2012-2013) : les femmes non instruites n'auraient qu'un enfant de plus que celles ayant un niveau secondaire ou supérieur.

La politique de scolarisation menée depuis l'indépendance en Algérie a pour effet de permettre un égal accès des enfants à l'instruction quelle que soient leur sexe et leur classe d'origine, et cela grâce à l'élargissement du réseau d'écoles et une politique volontariste de recrutement d'enseignantes algériennes. La démocratisation de l'éducation a abouti à une participation progressive de plus en plus importante, dans un premier temps dans l'enseignement primaire, puis dans le secondaire, et enfin à l'université.

La scolarisation des filles en Algérie est l'une des plus importantes du monde arabe. À titre d'exemple, lors de l'examen du baccalauréat de l'année 2004-2005, 57,87 % des candidats étaient de sexe féminin (VitoPecoraro, 2009, p. 469). À l'université, les filles représentent aujourd'hui (2020) 65,6 % des effectifs d'étudiantes (source : Ministère de l'Enseignement Supérieur, 2020/2021). L'accès des femmes au système éducatif est sans conteste l'un des paramètres qui a le plus marqué les changements intervenus dans la condition féminine en Algérie depuis l'indépendance. Aujourd'hui, les statistiques le confirment et conduisent à s'interroger sur cette question.

Certes, depuis les premières années de l'indépendance, l'État a fourni des efforts pour généraliser la scolarisation à partir de six ans. La scolarisation des filles était rare, c'est un droit que beaucoup d'Algériennes n'ont pas eu. On peut citer ici quelques causes qui ont poussé certains parents à ne pas scolariser ou à ne pas encourager la scolarisation de leurs filles : l'éloignement des écoles du domicile ; l'idée encore très répandue selon laquelle les garçons avaient le droit d'étudier

et que les filles devaient rester à la maison pour aider leurs mères ; la volonté de marier le plus tôt possible leur fille ; le fait de ne pas avoir les moyens de faire entrer tous leurs enfants à l'école, et donc de sacrifier les filles. Actuellement, ces raisons, et d'autres, existent toujours, mais elles sont devenues plus rares. La société a évolué, les mentalités aussi, l'État investit dans les structures d'enseignement, autant de facteurs qui ont fait que la situation a changé. Au-delà de tous ces aspects, il y a la prise de conscience des filles algériennes qui, depuis quelques décennies, ont décidé presque silencieusement de mener leur révolution, de changer leur sort, leur statut et leur vie. Leur seule arme, ce sont les études. Non seulement elles semblent l'avoir compris, mais, de plus, elles sont convaincues que c'est leur seul salut (Constitution algérienne du 28 novembre 1996, Titre premier : Des principes généraux régissant l'enseignement).

Dans l'enseignement secondaire, en 2006, plus de 47,61 % des candidats au baccalauréat étaient de sexe féminin (ONS, 2009, n° 39, p. 26). Les jeunes filles ont investi l'école, tandis que les jeunes garçons désespèrent de la promotion sociale par les diplômes et rêvent de devenir riches grâce au commerce. La parité est quasiment atteinte dans les différents cycles de l'enseignement fondamental. Dans le secondaire, elle a été déjà atteinte en 1994 (49,84 %), et la proportion passe à l'avantage des filles, avec un taux de 56,02 % en 1999, alors qu'il était de 34,79 % en 1979.

En principe, il y a parité entre les sexes en ce qui concerne le droit à l'éducation. Si l'égalité des droits et des opportunités entre les sexes est admise par la Constitution et les lois fondamentales de l'État algérien, il ya d'autres secteurs de la vie économique et sociale où l'égalité

homme/femme est loin d'être effective en raison de multiples pesanteurs (Source : JBNOE, 1995).

2-2 Le Recul De L'âge De Mariage :

L'âge au premier mariage est un phénomène qui trouve ses origines dans les multiples problèmes liés à la vie, notamment des raisons socio-économiques ou socioprofessionnelles. Parmi les raisons du recul de l'âge moyen du mariage, on retrouve la crise du logement. Ce problème de taille a incité des milliers d'Algériens à repousser leur mariage, car acquérir un logement en Algérie est un défi majeur. La plupart des jeunes Algériens ne possèdent pas de logement pour pouvoir se marier et fonder une famille. À cela, il faut ajouter la crise financière, puisque des milliers de jeunes sont au chômage.

La fécondité baisse dès l'âge de trente ans, pour devenir quasi nulle après 45 ans. La fertilité de l'homme diminue aussi avec l'âge, mais plus doucement.

En 2010, l'âge moyen du mariage en Algérie est de 35 ans pour l'homme et 30 ans pour la femme, alors qu'il était de 33 ans et 29 ans en 2008 (ONS, 2010). Entamée depuis 2014, la baisse de l'effectif des mariages se poursuit en 2019. Les bureaux d'état civil ont enregistré 315 000 unions en 2019 contre 332 000 unions en 2018, soit une baisse de plus de 5 %. Le taux brut de nuptialité poursuit ainsi sa décroissance, passant de 7,79 pour mille à 7,26 pour mille durant la même période de comparaison (ONS, 2019).

L'âge au premier mariage est un bon indicateur de l'état démographique d'une population, car il régule la fécondité en l'absence de planification familiale (Cantrelle et Ferry, 1979 ; Knodel, 1983). Une

étude algérienne a montré que « le recul de la nuptialité explique au moins 50 % de la baisse de la fécondité qui a touché tous les groupes d'âges et en particulier les moins de 25 ans » (Kouaouci Ali, 1992, p. 49).

La représentation générale de la nuptialité a connu au cours des dernières années des modifications profondes en Algérie. Il est à relever plus particulièrement un recul important de l'âge au premier mariage. Le recul est très net depuis la fin des années 70, avec une augmentation de près de 9 ans pour les femmes et 8 ans pour les hommes entre 1977 et 2012. Aujourd'hui, les Algériens se marient en moyenne à 33 ans et les Algériennes à 30 ans (l'âge moyen au mariage était de 18 ans pour les filles en 1966).

Le recul de l'âge du mariage s'explique également par l'amélioration du niveau d'instruction des femmes, au prolongement des études, à l'accès des femmes au marché du travail, à l'évolution culturelle de la société en général et aussi à un certain nombre de problèmes liés à la situation économique et sociale du pays, au coût de la vie, au prix du mariage (fête, dot, etc.), au chômage des jeunes et à la crise du logement.

Tableau n° 12 : Répartition de l'âge moyen au 1^{er} mariage selon le type d'enquêtes.

	Age au premier mariage	
	Masculin	Féminin
*Recensement général de la population et de l'habitat - 1977	25,3 ans	20,9 ans
*Enquête Main D'œuvre 1984	27,4 ans	22,1 ans
*Enquête Main D'œuvre 1985	27,6 ans	22,2 ans

*Recensement général de la population et de l'habitat - 1987	27,7 ans	23,7 ans
*Enquête sur la santé de la mère et de l'enfant - 1992	30,2 ans	25,8 ans
*Recensement général de la population et de l'habitat 1998	31,3 ans	27,6 ans
Enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 Algérie-2006-	33,5 ans	29,9 ans
Recensement général de la population et de l'habitat – 2008	32,9 ans	29,1 ans
Enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 Algérie (2012-2013)	33 ans	29 ans

Source :* O.N.S. In Publications : Annuaire Statistique de l'Algérie, Démographie/ Tableau 59: Age moyen au 1er mariage selon le sexe et le secteur d'habitat.

2-3 Activité Féminine

La population active, telle que définie par le Bureau International du Travail (B.I.T), se compose des personnes occupées, ou en âge de travailler (15 ans et plus) et exerçant une activité en contrepartie d'une rémunération en argent ou en nature (activité marchande), ainsi que des chômeurs, ou personnes en âge d'activité (16 à 59 ans), sans travail et recherchant effectivement un emploi. Selon cette définition, les femmes actives ont été estimées à 1 660 000 femmes en septembre 2004. Elles représentent 17,5 % de l'ensemble de la population active, évaluée à 9 470 000 (ONS, 2008).

La population féminine active est principalement composée d'habitantes du milieu urbain. Plus des deux tiers (68,9 %) de l'ensemble de la population féminine active résident en milieu urbain. Elle se caractérise par sa jeunesse, surtout en zone rurale, où les proportions les plus importantes d'actives sont observées chez les femmes âgées de 20 à

39 ans. Pour ces dernières, on enregistre une diminution de la proportion des actives à partir de 40 ans et une chute sensible à partir de 50 ans. En ce qui concerne les femmes du milieu urbain, les proportions d'actives sont pratiquement équivalentes pour les différents groupes d'âge jusqu'à l'âge de 49 ans. Au même titre que les rurales, la proportion des actives diminue sensiblement à partir de 50 ans.

La part des femmes exerçant des activités marchandes à domicile est très importante, contrairement aux hommes. Plus d'un tiers (33,9 %) de l'ensemble des femmes occupées travaillent à domicile ; 33,8 % pour les femmes du milieu urbain et 34,0 % pour celles de la zone rurale. En zone rurale, la répartition des femmes selon le lieu où l'activité est exercée nous indique que le travail à domicile arrive en première position, suivi des exploitations agricoles, contrairement aux femmes occupées urbaines pour lesquelles le travail à domicile arrive en seconde position, loin derrière les établissements ou locaux dans lesquels exercent plus de 6 femmes sur 10 (62,5 %). Il est également important de noter l'importance de la part des femmes exerçant dans les exploitations agricoles en zone rurale. Dans ce milieu de résidence, pas moins de 31,6 % du total des femmes occupées exercent leur activité marchande.

Globalement, l'administration est le secteur qui emploie le plus grand nombre de femmes, notamment au sein de la santé et de l'enseignement. Plus d'un tiers (36 %) des femmes occupées travaillent au sein du secteur de l'administration. L'industrie emploie un peu plus du quart (27,3 %) et l'agriculture un peu plus du cinquième (22,3 %) du total des femmes occupées. En 2004, sur l'ensemble des employés dans l'administration, 23,8 % sont des femmes.

Ces femmes sont surtout présentes au sein de l'enseignement où elles représentent en 2004 :

- 35,6 % du total des enseignants du primaire
- 34,5 % du total des enseignants du moyen
- 32,3 % du total des enseignants du secondaire
- 25,4 % du total des enseignants du supérieur

Elles sont également présentes au sein du secteur de la santé. Si l'on prend les effectifs des secteurs sanitaires, des centres hospitalo-universitaires (CHU) et des établissements hospitaliers spécialisés, on peut constater que les femmes représentaient en 2004 :

- 56,4 % du personnel médical
- 37,4 % du corps administratif
- 45,9 % du personnel paramédical (ONS, 2006).

2-4 La planification familiale

La planification familiale a pour objectif de permettre aux familles de décider du nombre d'enfants et du moment de leur naissance. Elle vise donc à susciter chez les familles un comportement réfléchi et responsable à l'égard de la procréation. La planification familiale doit contribuer non seulement à équilibrer la famille algérienne, mais aussi à lui assurer une meilleure qualité de vie. Elle repose sur des programmes intégrés et complémentaires, comportant notamment les volets suivants :

- L'espace des naissances,
- La lutte contre la mortalité infantile,

- La promotion de l'allaitement maternel.

L'espacement des naissances doit permettre l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

2-5 Milieu de résidence

Les sociétés rurales traditionnelles ont toujours accordé une grande importance à la fécondité pour des motifs économiques, sociaux (besoin de main d'œuvre et soutien des parents âgés) et sanitaires (mortalité infantile élevée). Ce comportement procréateur se caractérise notamment par un rapprochement des grossesses. L'urbanisation a partiellement bouleversé ce schéma de reproduction en allongeant les intervalles inter-génésiques (intervalles entre naissances successives) et protogénésiques (intervalle entre le mariage et la première naissance légitime) et, par conséquent, en réduisant la descendance des couples.

2-6 Niveau d'instruction :

À la fin de l'année scolaire 2018-2019, le total d'élèves scolarisés est évalué à 9 211 640 élèves tous cycles confondus, soit 287 410 élèves de plus par rapport à 2017-2018, avec un taux de féminisation de 49 %, qui varie selon le cycle. La proportion des filles ayant un niveau d'instruction secondaire (59 %) dépasse celle des garçons, ce qui montre leur persistance dans la poursuite des études par rapport aux garçons.

Tableau n°13 : répartition des élèves selon le niveau d'instruction en Algérie 2018-2019

Niveau d'instruction	Elèves			total
	Garçon	Filles	Proportion des filles %	
préparatoires	253.516	241.965	49	495.481
Primaire	2.354.326	2.159.423	48	4.513.749
Moyen	1.551.044	1.428.693	48	2.979.737

secondaire	552.433	670.240	59	1.222.673
Total	4.711.319	4.500.321	49	9.211.640

Source : ons2019

2-7 L'infécondité En Algérie

L'infécondité est l'incapacité d'un couple de concevoir pendant un an ou deux ans de rapports sexuels normaux, sans précautions contraceptives. La stérilité est primaire quand un couple n'a jamais réussi à concevoir. Elle est secondaire quand il y a au moins une conception, mais le couple n'est pas actuellement en mesure de concevoir (Marken et coll, 1986 ; Leridon, 2005).

L'infécondité s'exprime sous deux formes :

1. L'infécondité primaire concerne les femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore donné naissance.

2. L'infécondité secondaire s'applique aux femmes ayant déjà donné naissance, mais qui n'ont plus eu d'enfants pendant un certain temps après la dernière naissance.

L'infertilité en Algérie est en nette augmentation. Elle est passée de 15% à 20% en 2017, selon les chiffres de la Société algérienne de fertilité et de contraception (SAFEC). En effet, sur 100 couples, 20 n'arrivent pas à concevoir naturellement d'enfants durant les deux premières années de vie commune régulière. 65% des cas sont d'origine masculine, ce qui signifie que les hommes sont touchés par l'infertilité plus fréquemment que les femmes.

Les causes de l'infertilité sont très variées, selon les spécialistes. Chez l'homme, c'est généralement la mauvaise qualité du sperme qui est en cause. Chez la femme, les troubles de l'ovulation, les infections et le

retard de la procréation jusqu'à un âge avancé sont les principales causes de l'infertilité. Cette tendance à la hausse a encouragé de nombreux couples à recourir à la procréation médicalement assistée pour espérer avoir des enfants, une pratique devenue courante dans les différentes structures privées implantées à travers le pays. Bien que le taux de réussite de cette technique, tant chez la femme que chez l'homme, soit estimé à 33%, de nombreux couples sont contraints de répéter plusieurs fois le même traitement pour obtenir un résultat.

Les Algériennes se caractérisent par un faible taux d'infécondité totale, mesuré à la fin de la vie génésique (groupe d'âge 45-49 ans).

3- Politique De L'état En Matière De La Baisse De La Fécondité

Certains pays ont adopté des politiques pour réaliser un équilibre entre la croissance démographique et les ressources disponibles. Ces politiques ont adopté des stratégies différentes : certaines se sont traduites par des programmes concrets, tels que la sensibilisation des familles, tandis que d'autres ont préféré des stratégies à long terme, visant le changement des mentalités.

L'Algérie a adopté une politique de maîtrise de la croissance démographique en ouvrant des milliers de centres de PMI, offrant des services (à la mère et à l'enfant) et des contraceptifs. Nous nous interrogerons dans ce travail sur l'impact de cette politique sur la famille.

Durant la période de 1962 à 1980, l'Algérie a enregistré le taux d'accroissement le plus élevé dans le monde (plus de 3,39 %). Malgré la création des centres de planification familiale au niveau régional Est,

Ouest et Centre (Constantine, Oran et Alger). Le taux d'accroissement s'explique par :

1. L'absence de sensibilisation de la famille algérienne à l'utilisation des moyens contraceptifs et à leur acceptation.

2. L'incapacité des autorités nationales à instaurer un dispositif exhaustif en vue de l'application d'un espacement des naissances.

La croissance démographique en Algérie a été constatée en 1966, à partir des résultats des recensements qui ont indiqué un taux de croissance démographique de 3,39 %, représentant ainsi le plus haut niveau dans le monde. Au cours de la même année, s'est tenu le congrès de l'Union Nationale des Femmes Algériennes, au cours duquel le planning familial a été proposé, appelant le gouvernement à faciliter l'usage des préservatifs pour la protection de la santé de la mère et de l'enfant. À cette époque, en 1966, le Président Houari Boumediene s'est rendu au congrès de l'Union des Femmes et a tracé les objectifs suivants :

- Lutter pour l'annulation de la polygamie.

- Aborder la question de la dot dans le cadre du code de la famille.

- Établir le planning familial comme moyen de libération de la femme et de protection de sa santé ainsi que celle de ses enfants, en ces termes : "Nous invitons les femmes à se présenter aux élections communales pour s'occuper des problèmes conjugaux, du divorce, de la polygamie et du planning familial" (Bulletin intérieur, 19-23 novembre, Alger, 1966).

L'idée de créer le premier centre de planning familial est apparue en 1967 à l'Hôpital Universitaire Mustapha Bacha d'Alger par les autorités,

suivie de l'inauguration de deux autres centres à Oran et Constantine deux ans après (MostofaKhiati, 1996). Ces centres ont connu un développement important sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (L'HaoucineAouragh, 1996, p. 51). Parmi les nombreux travaux qui se sont manifestés au sujet du contrôle des naissances en 1968, la consultation du Haut Conseil Islamique a annoncé une première Fatwa sur le planning familial.

En 1969, deux autres centres ont été ouverts à Oran et Constantine, sachant que ces centres, qui ont commencé à s'élargir à la base, revêtent un grand intérêt pour la santé de la famille, basé sur les trois axes suivants:

- Le suivi de la mère pendant sa grossesse jusqu'à l'accouchement.
- La prise en charge du nouveau-né et l'observation de sa croissance jusqu'à l'âge de six ans.
- Fournir les recommandations nécessaires aux couples convaincus de l'importance du contrôle des naissances, à savoir l'espacement des grossesses pendant une période suffisante pour assurer la santé de la mère et des enfants, ainsi que l'adaptation familiale.

En 1969, le Président Houari Boumediene a changé de point de vue sur l'idée du planning familial et a mis un terme à ces efforts préliminaires. Il a déclaré la même année, lors de l'inauguration du complexe industriel d'El-Hadjar à Annaba : "Notre objectif est de procurer à notre population un niveau de vie semblable à celui des pays développés... Nous n'acceptons pas de fausses solutions telles que le contrôle des naissances, il s'agit plutôt de mettre fin aux difficultés en trouvant des solutions adéquates. Nous préférons des solutions positives

et efficaces, telles que la création d'emplois pour les adultes, la construction d'écoles pour les enfants et l'offre de meilleures commodités sociales pour tous" (Ali Kouaouci, 1994).

Le problème de la démographie s'est concrétisé par la pratique à travers la planification du développement, mais il faut noter que le problème de la démographie ne s'est pas limité à la politique intérieure du pays, mais a atteint le niveau international.

En 1974, un congrès international sur la démographie s'est tenu à Bucarest, où l'Algérie était présente ainsi que d'autres pays du tiers monde. Le représentant de l'Algérie, M. Bahri, a critiqué la politique démographique en déclarant que : "La meilleure pilule, c'est le développement" (Alfred Sauvy, 1987).

Dix ans plus tard, l'Algérie a changé d'avis sur la planification familiale lors d'un congrès international tenu à Mexico en 1984.

En 1974, un programme basé sur la création de neuf puis onze centres a été établi avec l'assistance de l'OMS.

En 1978, la politique démographique a été débattue à travers l'évaluation des délais durant lesquels il serait possible de subvenir aux besoins essentiels des habitants, tels que la santé, le logement, l'éducation, entre autres, et qui ont fait l'objet de statistiques datant de 1966. Dans le domaine de l'enseignement, le taux de croissance démographique a constitué un obstacle à l'accueil des élèves, favorisant ainsi la quantité au détriment de la perfection et de la qualité. Quant au domaine de la santé, les structures chargées de la santé, vu leur expérience dans le domaine, ont exprimé l'ampleur du problème de la protection maternelle et infantile, recommandant ainsi l'application du planning familial et la lutte contre la mortalité infantile.

Dans le domaine du logement, les structures concernées se plaignaient du taux de croissance démographique élevé qui pesait sur la construction de logements. Ce programme a été appliqué en 1980, à travers lequel ont été créés 260 centres de protection maternelle et infantile et de planning familial, répartis sur tout le territoire national (Ladjali Malika, 1985). En 1981, le Comité Central du Parti du Front de Libération Nationale a pris acte, lors de sa quatrième session, du taux de croissance démographique de 3,2 % par an dans notre pays, ce qui aurait pour effet de doubler le nombre d'habitants. Quant au premier plan quinquennal 1980-1984, il a approuvé la nécessité de contrôler la croissance démographique comme comportement salubre dans l'amélioration de l'efficacité de la construction économique et l'intérêt donné aux besoins sociaux de la population. Ses grands axes étaient basés sur le consentement individuel et collectif. Dans ce plan, le Comité Central du Parti a insisté sur la nécessité absolue du planning familial. En 1983, il a confié la mission de l'information, de l'éducation et de la sensibilisation à toutes les structures concernées, ainsi que toutes les prestations médicales et sociales. Durant cette période, une prise de conscience est apparue concernant le problème de la démographie au niveau politique, marquant le début des premiers travaux au niveau national pour une harmonisation de la croissance démographique et du développement économique (El Moujahid Hebdomadaire, 1980). Quant au deuxième plan quinquennal (1985-1989), son intérêt était clair concernant la politique démographique, vu les effets de la croissance démographique sur le développement économique et social. Cet intérêt est reflété par un recul de l'État dans le financement du développement, et une redistribution des charges du développement entre l'État et les opérateurs économiques, tels que les institutions et les familles. Cette politique a toujours empêché une priorité remarquable sur la prise en

charge de la demande sociale par l'État, et démontre des critères qui n'ont pas d'influence sur la structure familiale, la loi et le rôle de la femme, et surtout sa fertilité. L'enseignement intensif, le travail et les charges de santé des mères et des enfants, outre la promotion du logement type « H.L.M. » sur tout le territoire national, et notamment l'influence de ce type de logement sur la taille de la famille. Ainsi, une égalité sociale s'est établie, et la réalité de la taille de la famille et son effet se sont imposés, ce qui a donné lieu à deux méthodes : a) libérer le couple de l'influence étendue de la famille et son pouvoir, en les aidant à élaborer leur propre stratégie à condition qu'elle soit distincte de la stratégie de la grande famille. b) Imposer un espace ménager inextensible contrairement à la famille traditionnelle ce qui crée la sensation de l'importance du planning familial ; ce type de logement est d'une importance lorsqu'on l'offre à une large catégorie de la population en tant qu'indicateur du développement social, et c'est ce qui prouve le passage du secteur traditionnel vers une société moderne (AbdelghaniGuend, 1992). En 1982, le Haut Conseil Islamique a émis une deuxième Fatwa sur le planning familial. En 1983, l'État a adopté le programme national pour le contrôle de la croissance démographique. Le 20 février 1983, le fruit des efforts de l'État après sa prise de conscience totale sur la gravité de la croissance démographique. En 1987, l'Association Algérienne de la Planification Familiale a été adoptée pour contribuer au projet de planification familiale dans le respect des choix individuels et de la religion islamique. Le 10 novembre 1987, l'Association Algérienne de Planification Familiale a été agréée par arrêté, jouissant d'une personnalité et d'une indépendance financière selon l'article 4 du statut de l'association, dont le siège se trouve à Alger, et ses actions sont réparties sur ses filiales dans tout le territoire national. La période 1985/1989 se caractérise par l'adoption d'un certain nombre de

dispositions, dont les plus importantes sont l'esquisse d'espacement des naissances sur le plan individuel et collectif et son application sur le terrain dans les domaines de L'éducation, L'information, la communication, La culture et la promotion sociale. En 1990, un séminaire a été organisé intitulé séminaire arabe pour « l'organisation familiale» sous le patronage de l'Association Algérienne de la Planification Familiale du 18 au 22 janvier de la même année, les axes principaux de ce séminaire se constituaient sur Le droit au planning familial, la responsabilité dans la planification familiale et la pratique de la planification familiale. En 1994, de nouvelles préoccupations de la politique démographique ont émergé qui ne se basent pas uniquement sur le planning familial mais aussi sur la santé de reproduction. Le concept de santé de reproduction est nouveau, englobant la liberté de décider quand enfanter et sa succession, cette dernière condition incluant le droit de l'homme et de la femme à la connaissance et à l'usage des méthodes de planning familial sûres, efficaces, faciles et acceptables à leur point de vue (Séminaire National d'Évaluation du Programme de Maîtrise de la Croissance Démographique, 1991).

Des recommandations internationales relatives à tout ce qui concerne la santé de reproduction ont été données lors du Congrès de la Population et du Développement tenu au Caire en 1994, lesquelles ont été intégrées dans les programmes démographiques depuis lors. Ce concept est apparu en Algérie en 1995, notamment avec la création de la Commission Nationale de la Santé de la Reproduction et du Planning Familial en 1995. Il a également été intégré dans le texte des règles de l'organisation et du travail de la Direction de la Santé et de la Population de la Wilaya en 1997. Une nouvelle préoccupation de la politique démographique est également apparue en 1995.

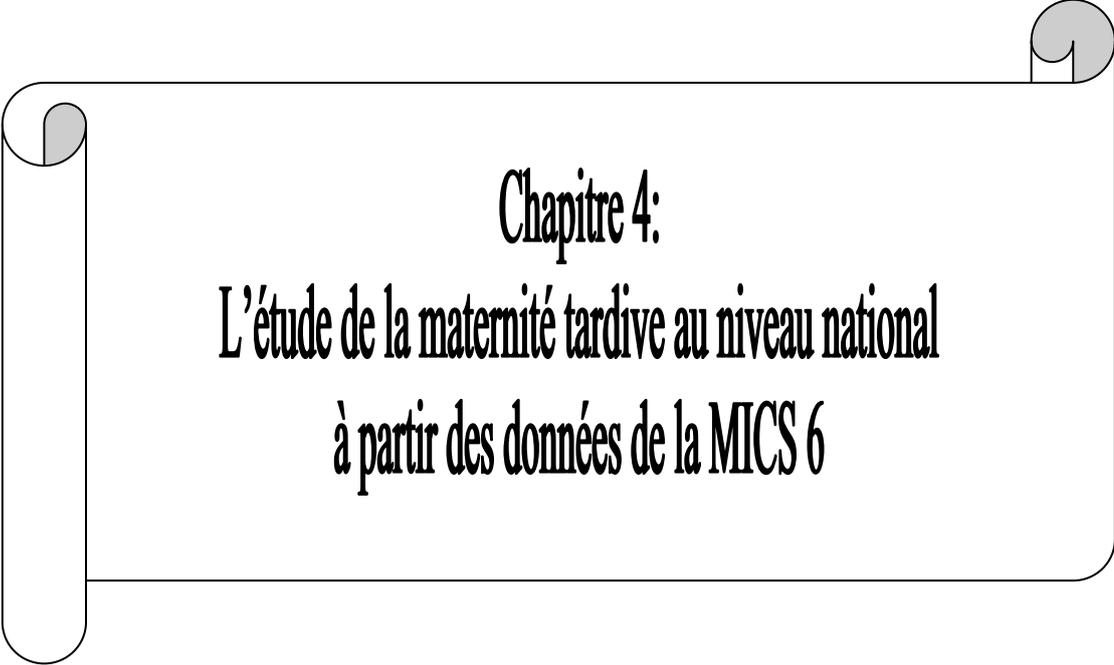
Conclusion

Le taux de fécondité en Algérie est passé de 8 à environ 2 enfants, soit une réduction d'environ 6 enfants en moins de 40 ans. Différents facteurs sont fréquemment évoqués pour illustrer la baisse de la fécondité. Parmi les plus critiques, on trouve le recul de l'âge au mariage, expliqué notamment par le prolongement de la scolarité, en particulier chez les filles, et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. L'amélioration des conditions socio-économiques, ainsi que la prise de conscience des couples des conséquences d'une famille nombreuse dans une société en pleine mutation, sont avancées comme des éléments explicatifs du recul de la fécondité en Algérie.

Avec le recul de l'âge moyen au mariage, particulièrement chez les femmes, dû d'une part à l'allongement des années de scolarisation féminine et d'autre part aux conditions socio-économiques que vit la jeunesse algérienne, nous observons un retard de la première maternité. Ce phénomène est perceptible dans un grand nombre de pays du monde et préoccupe les autorités internationales et nationales. La tendance du recul de la première maternité a été observée vers la fin des années 1970 (Laure Hoguerou, Nathalie Bai et Al, 2011) et continue à s'accroître.

À cet effet, le fait d'avoir un premier enfant tardivement est principalement le fait des femmes ayant un niveau d'éducation élevé et investies dans une carrière professionnelle. La tentative de problématisation sociale des premières maternités tardives semble être une volonté de réassigner les femmes à la norme procréative dominante. Le manque d'intérêt pour l'étude des effets de l'âge des hommes sur l'issue de la grossesse et la santé des enfants en témoigne. Une fois devenues mères, ces femmes doivent faire face au modèle exigeant de la

« bonne mère », celui d'une femme active capable de concilier vie familiale et vie professionnelle.



Chapitre 4:
L'étude de la maternité tardive au niveau national
à partir des données de la MICS 6

Chapitre 4: L'étude de la maternité tardive au niveau national à partir des données de la MICS 6

Introduction

L'Algérie a toujours accordé une grande importance à l'amélioration des conditions de vie et au bien-être social de sa population. La réalisation de la 6e enquête par grappes à indicateurs multiples - MICS6 au niveau international, mais la 5e de son genre en Algérie, qui fait suite à celles de 1995, 2000, 2006 et 2012-2013, illustre les progrès réalisés dans le domaine de la santé, notamment en ce qui concerne la santé maternelle et infantile.

Ce chapitre sera consacré à l'étude de la fécondité tardive. Nous examinerons les caractéristiques démographiques et sociales des femmes ayant accouché pour la première fois à partir de l'âge de 35 ans, telles que leur âge au premier mariage, leur niveau d'instruction, leur lieu de résidence, leur lieu de naissance, le remariage avant l'âge de trente-cinq ans, etc. Nous baserons notre analyse sur les données détaillées et comparables à l'échelle internationale issues de l'enquête MICS6 réalisée entre 2018 et 2019. Avant d'aborder spécifiquement la question de la maternité tardive, il est essentiel de présenter notre source de données, à savoir l'enquête MICS6, dans une première partie, puis dans une seconde partie, de discuter des données extraites de sa base de données concernant la maternité tardive.

1- Présentation de la MICS :

La MICS, qui signifie "Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples" (Multiple Indicators Cluster Survey) en français, est un

programme international d'enquêtes auprès des ménages mis en place par l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance, United Nations Children'sFund).

Son objectif est de contribuer à l'élaboration de politiques, programmes et plans de développement nationaux et régionaux, ainsi que de suivre les progrès vers la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) et d'autres engagements internationaux.

Cette sixième édition a permis de capitaliser sur les succès précédents, notamment en ce qui concerne la collecte, le traitement et l'analyse des données, tout en enrichissant la base de données existante, notamment en ce qui concerne la protection et le développement de l'enfance ainsi que la promotion de la femme.

2- Présentation de la MICS6 :

2.1- Définition :

La MICS 6 Algérie a été menée dans le cadre de la sixième édition mondiale des enquêtes MICS. Ce type d'enquête fournit des informations actualisées sur la situation des enfants et des femmes et mesure les indicateurs clés permettant aux pays de suivre les progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres engagements internationaux.

Ces enquêtes permettent également, au niveau national, d'évaluer les lacunes dans les domaines du développement humain et social, et de fournir aux programmes de développement nationaux et sectoriels des statistiques fiables sur la situation des enfants, des femmes et des ménages (MSPRH, MICS6, 2020, p. 25).

2.2- Objectifs de l'enquête :

Selon le rapport de la sixième enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 6) réalisée en 2018, les principaux objectifs se résument comme suit (MSPRH, MICS 6, 2020, p. 26) :

- Fournir des données de haute qualité pour évaluer la situation des enfants, des adolescents, des femmes et des ménages.

- Fournir les données nécessaires pour suivre les progrès réalisés dans la réalisation des objectifs nationaux, servant ainsi de base pour les actions futures.

- Recueillir des données désagrégées pour identifier les disparités et informer les politiques visant à favoriser l'inclusion sociale des groupes les plus vulnérables.

- Valider les données provenant d'autres sources et les résultats des interventions ciblées.

- Générer des données sur les indicateurs nationaux et mondiaux des Objectifs de Développement Durable.

- Produire des données comparables à l'échelle internationale pour évaluer les progrès réalisés dans divers domaines.

- Renforcer le système national de collecte et de gestion des données.

2.3- Méthodologie de l'enquête:

La 6e édition de l'enquête MICS en Algérie a employé le système CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing), une première dans le pays, qui consiste à utiliser des tablettes plutôt que des questionnaires papier traditionnels pour la collecte d'informations. Ce système a considérablement réduit le temps nécessaire pour la collecte et le

traitement des données de l'enquête, facilitant le suivi en temps réel tout en améliorant la qualité des données et en réduisant les coûts de l'enquête.

La base de sondage de cette enquête est constituée de l'ensemble des ménages ordinaires et collectifs recensés lors du recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 2008. Pour garantir une représentation adéquate des zones urbaines et rurales, toutes les grappes territoriales ont été classées en strates urbaines et rurales. Il s'agit d'un sondage stratifié à deux degrés au sein de chaque espace de programmation territoriale (EPT)

- 1er degré : tirage des unités primaires ou districts ;
- 2e degré : tirage des unités secondaires ou ménages.

La méthode de tirage a pris en compte la répartition des ménages selon la strate urbaine et rurale dans chaque EPT. Pour assurer une représentation géographique équilibrée tant au niveau des EPT qu'au niveau national, et pour garantir la fiabilité des estimations, le nombre de ménages par grappe a été fixé à 25 ménages (unité secondaire), soit un total de 179 grappes à enquêter par EPT. Au niveau national, le nombre total de grappes d'échantillon est de 1 253 sur un total de 31 325 grappes/districts constituant l'ensemble du territoire national (ONS, RGPH 2008).

Le nombre d'unités primaires a été déterminé en fonction du nombre de ménages, et non en fonction des districts de recensement, en fonction de la strate de résidence.

2.4- L'échantillon de l'enquête

L'enquête à indicateurs multiples (MICS6) a été menée auprès d'un échantillon de 1 253 grappes réparties sur les 7 espaces de programmation territoriale. Chaque grappe comprenait 25 ménages, ce qui a donné un échantillon total de 31 325 ménages.

Les ménages, les enfants de moins de 5 ans et les femmes âgées de 15 à 49 ans faisant partie de cet échantillon ont constitué les populations cibles de l'enquête.

Sur les 31 325 ménages sélectionnés pour l'échantillon, 30 930 étaient présents lors du passage des équipes d'enquête. Parmi eux, 29 919 ont été interviewés avec succès, ce qui a donné un taux de réponse global d'environ 98 % (98 % en milieu urbain et 99 % en milieu rural). Le taux de réponse le plus élevé a été enregistré dans les Hauts Plateaux Ouest, soit 94,9 %, tandis que le taux le plus faible a été observé dans les Hauts Plateaux Est.

Parmi les ménages interrogés, 37 227 femmes éligibles âgées de 15 à 49 ans ont été identifiées. Parmi elles, 35 111 ont été interrogées avec succès, ce qui représente un taux de réponse de 94,3 % au sein des ménages interrogés (94 % en milieu urbain et 93 % en milieu rural).

En ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans, l'enquête a permis de recenser 15 224 enfants dans les ménages interviewés. Les questionnaires ont été remplis pour 14 873 d'entre eux, ce qui correspond à un taux de réponse de 97,7 %. Ce taux est pratiquement similaire dans les deux milieux de résidence, avec des différences insignifiantes selon les espaces de programmation territoriale.

Les taux de réponse globaux calculés pour les entretiens avec les femmes et les mères ou gardiennes des enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 91,2 % et 94,5 %. Dans l'ensemble, l'enquête MICS6 a enregistré un taux de réponse très satisfaisant, ce qui nous permet d'exploiter ces données avec confiance.

2.5- Le Questionnaire :

Dans le cadre de l'enquête MICS6 en Algérie, cinq types de questionnaires ont été utilisés, adaptés au contexte national et aux besoins en informations statistiques du pays (MSPRH, MICS6, 2020, p. 29).

- Le questionnaire ménage :

• Ce questionnaire a été utilisé pour recueillir des informations sur tous les membres du ménage (résidents permanents), le chef de ménage et le logement. Il comprend les modules suivants :

- Liste des membres du ménage ;
- Éducation ;
- Activité économique des personnes âgées de 15 ans et plus ;
- Maladies chroniques des personnes âgées de 15 ans et plus ;
- Eau et assainissement ;
- Caractéristiques du ménage ;
- Mortalité générale ;
- Transferts sociaux ;

- Utilisation de l'énergie ;
- Déchets ménagers ;
- Lavage des mains ;
- Iodation du sel.

Ce questionnaire a été conçu de manière à obtenir une gamme complète de données sur les membres du ménage, leurs conditions de vie, leur éducation, leur santé, leur environnement et d'autres aspects pertinents pour évaluer les conditions de vie et le bien-être des ménages en Algérie.

-Le Questionnaire individuel pour les femmes âgées de 15-49 ans vivantes dans les ménages :

Il comprend les modules suivants:

1. Caractéristiques de la femme : Ce module comprend des questions sur des informations démographiques telles que l'âge, l'éducation, l'occupation, et d'autres caractéristiques pertinentes de la femme.

2. Mass media : Ce module recueille des informations sur l'accès aux médias de masse tels que la télévision, la radio, et les journaux.

3. Mariage : Ce module explore les détails du statut matrimonial de la femme, y compris son état matrimonial actuel, son âge au mariage, et d'autres aspects liés au mariage.

4. Mortalité des enfants : Ce module enquête sur les décès des enfants de la femme, y compris le nombre d'enfants décédés et les causes de décès.

5. Fécondité/Historique des naissances : Ce module collecte des informations sur les naissances antérieures de la femme, y compris le nombre d'enfants nés, leur sexe et leur survie.

6. Désir de la dernière naissance : Ce module explore les désirs de la femme concernant sa dernière naissance, y compris si elle était planifiée ou non.

7. Santé de la mère et du nouveau-né : Ce module examine la santé de la femme au moment de la naissance de son dernier enfant, ainsi que la santé de l'enfant.

8. Examens post-natals : Ce module enquête sur les soins de santé post-nataux reçus par la femme après la naissance de son dernier enfant.

9. Symptômes de maladies : Ce module cherche à identifier les symptômes de maladies récentes ou chroniques chez la femme.

10. Contraception : Ce module explore l'utilisation actuelle de la contraception par la femme et ses connaissances sur les méthodes contraceptives.

11. Besoins non satisfaits : Ce module examine les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ou d'autres services de santé reproductive.

12. Opinions sur le mariage et la fécondité : Ce module recueille les opinions de la femme sur le mariage et la fécondité.

13. Attitudes vis-à-vis de la violence domestique : Ce module enquête sur les attitudes de la femme envers la violence domestique.

14. Attitudes vis-à-vis de la violence verbale domestique : Ce module explore les attitudes de la femme envers la violence verbale domestique.

15. Fonctionnement des adultes : Ce module examine le fonctionnement quotidien de la femme dans la société.

16. VIH/SIDA : Ce module recueille des informations sur les connaissances et les comportements de la femme concernant le VIH/SIDA.

17. Satisfaction de vie : Ce module évalue la satisfaction générale de la femme dans sa vie.

Ce questionnaire vise à recueillir un large éventail de données sur la santé, le bien-être, les comportements et les attitudes des femmes en âge de procréer, fournissant ainsi une compréhension approfondie de leur situation et de leurs besoins.

- Le questionnaire pour les enfants de moins de cinq :

Ce questionnaire se rapporte aux enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages, administré à la mère et/ou à la gardienne principale de l'enfant, dans le cas où la mère n'est plus parmi les membres du ménage.

-Le questionnaire pour enfants de 5-17 ans :

C'est pour la première fois qu'on consacre un questionnaire spécifique aux enfants âgés entre 5 et 17 ans dans l'histoire des enquêtes MICS. Ce questionnaire vise à recueillir des informations détaillées sur la situation, le bien-être et les besoins des enfants âgés entre 5 et 17 ans, fournissant ainsi des données essentielles pour évaluer et améliorer leur qualité de vie, leur santé et leur protection.

- Le questionnaire du test de la qualité de l'eau

Le questionnaire du test de la qualité de l'eau a été spécifiquement dédié à l'évaluation de la qualité de l'eau potable utilisée par les membres du ménage. Il visait à identifier et à évaluer les différentes sources d'eau disponibles pour le ménage, ainsi que les mesures prises pour garantir la sécurité et la qualité de cette eau. Ce questionnaire permet d'obtenir des informations essentielles sur la disponibilité et la qualité de l'eau potable, un aspect crucial pour la santé et le bien-être des membres du ménage.

2.6- Le Déroulement de l'enquête

- Enquête test

Les questionnaires ont été développés sur la base du modèle de l'enquête MICS6 en version française, puis adaptés au contexte national. Avant leur déploiement officiel, une enquête test a été réalisée à Alger en deux étapes distinctes :

- La première enquête a eu lieu en juillet 2018 et a principalement utilisé le format papier pour administrer les questionnaires.

- La seconde enquête test, réalisée en septembre 2018, a été supervisée par un expert. Elle a évalué le questionnaire à la fois sous sa forme traditionnelle sur papier et dans sa version électronique (CAPI - Computer Assisted Personal Interviewing).

Ces enquêtes tests ont permis d'identifier des lacunes et des aspects à améliorer dans les questionnaires, notamment en ce qui concerne la formulation des questions et les modalités de réponses. Elles ont également servi à ajuster et à perfectionner l'application CAPI.

Cette phase d'enquête test a été cruciale pour garantir la fiabilité et la validité des données recueillies lors de l'enquête MICS6 en Algérie, en

s'assurant que les questionnaires et les procédures étaient bien adaptés et fonctionnels avant leur mise en œuvre à grande échelle.

- L'enquête De Terrain :

Au total, 43 équipes ont été formées pour mener l'enquête de terrain. Chaque équipe était composée d'un superviseur, de deux enquêtrices, d'une mesureuse et d'un chauffeur. Cette configuration permettait d'assurer une répartition efficace des tâches et une supervision adéquate sur le terrain.

Le travail sur le terrain a débuté le 25 décembre 2018 et s'est achevé le 22 avril 2019, ce qui a permis de couvrir une période suffisamment longue pour collecter les données de manière exhaustive.

Les données ont été collectées à l'aide de tablettes tactiles équipées du système d'exploitation Windows 10. Ces tablettes étaient dotées de caméras et de fonctionnalités Bluetooth et Wi-Fi, ce qui facilitait la collecte et le transfert des données sur le terrain.

Le Bluetooth a été utilisé par les équipes sur le terrain pour le transfert et l'assignation des tâches entre le superviseur et les enquêtrices, ainsi que pour le transfert électronique des questionnaires remplis vers le superviseur. Chaque superviseur disposait d'une clé de connexion obtenue auprès de l'opérateur Mobilis, ce qui lui permettait de synchroniser les questionnaires remplis chaque fin de journée vers le serveur central du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH).

Cette approche technologique a permis un transfert sécurisé et efficace des données collectées sur le terrain vers les autorités responsables, contribuant ainsi à la qualité et à la fiabilité des données recueillies dans le cadre de l'enquête MICS6 en Algérie.

3- L'utilisation des données de la MICS6 dans l'étude de la maternité tardive :

3.1- Données utilisées :

Pour l'étude de la maternité tardive à partir des données de l'enquête MICS6 (2018-2019), nous avons utilisé trois fichiers : celui des ménages, des femmes en âge de procréer et celui des enfants. À partir de ces fichiers, nous avons créé un nouveau fichier regroupant toutes les variables pertinentes pour notre étude, en ajoutant également de nouvelles variables selon nos besoins spécifiques.

Ensuite, nous avons suivi une série d'étapes pour constituer notre échantillon d'étude, composé de femmes en âge de procréer mariées à partir de 35 ans et plus. Tout d'abord, nous avons extrait de la base de données initiale toutes les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans. Ensuite, nous avons sélectionné parmi celles-ci les femmes de cette tranche d'âge ayant 35 ans et plus. À partir de cette sélection, nous avons obtenu un fichier ne contenant que les femmes mariées âgées de 35 ans et plus et ayant eu leur premier enfant à partir de 35 ans.

Notre analyse de la maternité tardive s'est donc limitée à partir de ces deux derniers fichiers : celui des femmes en âge de procréer mariées à partir de 35 ans et plus, et celui des femmes de 15 à 49 ans mariées et ayant eu des enfants.

Les variables introduites dans l'étude:

1. L'Age
2. Le Milieu de résidence
3. La situation individuelle
4. Le Niveau d'instruction
5. Le Nombre d'enfant selon le sexe (filles et garçons)
6. L'intervalle inter génésique
7. L'utilisation de la Contraception
8. L'Avortement
9. La Grossesse
10. Le Type et le lieu d'accouchement
11. Le Décès d'un enfant
12. L'Age du mari
13. Le Lieu d'accouchement
14. Recours aux soins prénatals
15. La cause de recevoir les soins prénatals
16. Le Remariage

Les nouvelles variables créent:

1. Le premier âge au mariage
2. L'âge au premier accouchement

Après la création de ces nouvelles variables, nous avons exploité les données de l'enquête dans des tableaux statistiques conformément aux objectifs de notre enquête, puis analysé les résultats de ces tableaux.

3.2- Critiques des données de la MICS6

Comme déjà expliqué, à partir des données de la MICS6, nous avons extrait une sous-base de données regroupant uniquement les femmes mariées âgées de 35 ans et plus et ayant eu des enfants. Ces femmes se sont mariées à un âge considéré comme tardif, et donc ont accouché tardivement.

Malheureusement, les femmes mariées avant l'âge de 35 ans et ayant vécu une grossesse tardive (ayant eu leur premier enfant après 35 ans) n'ont pas été comptabilisées, car la base de données de la MICS6 ne nous permet pas d'obtenir exactement le nombre total de femmes mariées avant trente-cinq ans et ayant accouché de leur premier enfant après 35 ans. À cette contrainte s'ajoutent d'autres problèmes tels que :

- Certaines variables portent le même nom mais leur contenu est différent - Il existe des variables pour lesquelles le contenu est vide

3.3- Qualité des données :

Toute analyse nécessite une évaluation de la qualité des données utilisées, dans le but de mesurer la fiabilité des résultats obtenus. Pour cela, il convient de mesurer le taux de réponse des différentes variables de notre étude, lequel ne doit pas dépasser 10 %.

Tableau n° 14:Taux de réponse des différentes variables de l'étude

Variable	Valeurs valides	Valeurs manquantes	Taux de réponses%
L'Age	766	0	100
Le Milieu de résidence	766	0	100
L'Emploi	766	0	100
Le Niveau d'instruction	766	0	100
Le Nombre d'enfant (filles et garçons)	766	0	100
L'intervalle inter génésique	677	0	100
L'utilisation de la Contraception	677	0	100
le lieu d'accouchement	188	0	100
Le Type d'accouchement	188	2	98,4
Le Décès d'un enfant	51	0	100
L'Age du mari	677	0	100
soins prénatals	116	0	100
Le Remariage	766	3	99,7
Le premier âge au mariage	766	0	100

L'Age au premier accouchement	406	0	100
-------------------------------	-----	---	-----

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

3.4-Résultats de l'étude :

3.4.1-Les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées en âge de procréer:

Sur les 35 111 femmes enquêtées en âge de procréer, on dénombre 10 743 femmes âgées entre 35 et 49 ans (soit 30,60 %). Un peu plus du tiers (36,09 %) appartiennent au groupe d'âge 35-39 ans, 33,22 % ont entre 40 et 44 ans au moment de l'enquête, et presque 31 % ont entre 45 et 49 ans.

Les deux tiers des femmes enquêtées résident en milieu urbain (67,87 %). Seulement 9,06 % de la population enquêtée a un niveau d'instruction universitaire. Celles ayant un niveau moyen ou aucun niveau représentent la moitié de la population (un quart pour chaque niveau). Les femmes ayant un niveau primaire ne représentent que 22,36 %. Une légère différence est observée selon les groupes d'âge.

Concernant l'emploi, 9,78 % des femmes enquêtées sont employées, ce qui ne diffère pas du taux d'emploi féminin au niveau national.

Les données de la MICS 6 ont montré que près de 43 % des femmes âgées entre 35 et 49 ans sont considérées comme pauvres ou même très pauvres (42,56 %), tandis que seulement 20,36 % proviennent de ménages appartenant aux classes moyennes et près de 37 % appartiennent à des ménages riches ou très riches, avec de légères différences selon le groupe d'âge. Il est à noter que cet indicateur a été calculé sur la base des biens du ménage.

Il convient de noter que le célibat, le recul de l'âge au premier mariage et la faible fécondité sont plus observés en milieu urbain qu'en milieu rural, chez les riches comparés aux pauvres, chez les femmes instruites et chez celles qui travaillent par rapport à celles qui ne travaillent pas.

Tableau n°15 : Répartition des femmes enquêtées âgées entre 35-49 ans selon les caractéristiques sociodémographiques

Groupes d'Age		35-39 ans		40-44 ans		45-49 ans		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Milieu de résidence	Urbain	2560	66,03	2415	67,67	2316	70,25	7291	67,87
	Rural	1317	33,97	1154	32,33	981	29,75	3452	32,13
Niveau d'instruction	Aucun	726	18,73	911	25,53	1043	31,63	2680	24,95
	Primaire	696	17,95	637	17,85	634	19,23	1967	18,31
	Moyen	1076	27,75	876	24,54	711	21,57	2663	24,79
	Secondaire	859	22,16	861	24,12	682	20,69	2402	22,36
	Universitaire	521	13,44	284	7,96	227	6,89	1032	9,61
Situation individuelle	Avec un emploi	417	10,76	336	9,41	298	9,04	1051	9,78
	Sans emploi	3460	89,24	3233	90,59	2999	90,96	9692	90,22
Niveau de vie	Très pauvre	900	23,21	857	24,01	641	19,44	2398	22,32
	Pauvre	853	22,00	690	19,33	631	19,14	2174	20,24
	Moyen	823	21,23	728	20,40	630	19,11	2181	20,30
	Riche	672	17,33	655	18,35	645	19,56	1972	18,36
	Très riche	630	16,25	639	17,90	749	22,72	2018	18,78
Total		3877	36,09	3569	33,22	3297	30,69	10743	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

3.4.2- Les femmes enquêtées âgées de 35 ans et plus mariées à partir de 35 ans:

3.4.2.1- Caractéristiques sociodémographiques :

Dans la base de données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS6) réalisée en Algérie, on a enregistré 35 111 femmes âgées de 15 à 49 ans, dont 10 743 femmes âgées de 35 à 49 ans. Parmi

ces dernières, 766 se sont mariées à partir de l'âge de 35 ans, ce qui représente une proportion de 7,13 %. Leur âge moyen est de 43 ans avec un écart type de 3,5, dont près de la moitié sont à la fin de leur vie reproductive (47,4 %), 36,3 % ont entre 40 et 44 ans et seulement 16,3 % ont un âge compris entre 35 et 39 ans. Ceci montre bien que les femmes algériennes se marient de plus en plus tard, puisque 83 % des femmes mariées à partir de 35 ans se sont mariées après 40 ans, ce qui explique l'augmentation de la fréquence des maternités tardives, sachant qu'en Algérie et dans tous les pays arabo-musulmans, le mariage est synonyme de fécondité et que cette dernière n'est reconnue que dans le cadre du mariage. Quel que soit l'âge au mariage de la femme, le désir d'enfanter est toujours présent et est même le projet de vie de toute femme. Parmi ces femmes âgées de 35 à 49 ans, 743 étaient à leur première union (97 %). Malgré qu'elles se soient mariées à un âge considéré comme tardif (à partir de 35 ans), seulement une partie d'entre elles (12,1 %) sont à leur deuxième mariage, soit suite à un veuvage ou un divorce.

En Algérie, l'âge moyen au premier mariage a connu des transformations pour les deux sexes depuis l'indépendance, à l'instar des autres pays. Comme déjà expliqué, l'augmentation du niveau de scolarisation féminine, l'emploi féminin, l'urbanisation, l'ouverture sur le monde extérieur et les crises économiques qui ont touché le niveau de vie de la population d'une façon directe ou indirecte ont poussé la femme à se marier un peu plus tard que ses homologues plus âgés.

Il faut noter que l'âge moyen au premier mariage chez les femmes en Algérie est passé de 20 ans en 1977 à 30 ans en 2018 (ONS, 2018). La majorité des femmes enquêtées et mariées à partir de 35 ans étaient toujours en union lors de l'enquête MICS6 (88,9 %), près de 10 % étaient divorcées et moins de 2 % veuves. Il est rare que les femmes se marient avec des hommes plus jeunes qu'elles en Algérie. Dans la société

algérienne, il est primordial que la femme soit plus jeune que son époux, le contraire étant considéré comme inacceptable. Une tendance se dégage des données de l'enquête MICS6 : les écarts d'âge sont très élevés entre les deux conjoints. Parmi les 766 femmes enquêtées mariées à partir de 35 ans, seules 12 femmes (1,8 %) ont un époux plus jeune qu'elles, ce qui montre qu'il existe des transformations qui s'opèrent au sein de notre société et qui touchent directement la famille et tous les éléments qui l'encadrent, tels que le mariage. Près de 42 % des femmes ont un écart d'âge avec leur époux dépassant largement cinq ans, 18,7 % ont un mari plus jeune et seulement 38,9 % ont un écart d'âge avec leur époux inférieur à cinq ans. L'âge moyen des époux est de 52,3 ans avec un écart type de 2,85. L'enquête MICS6 a également montré qu'un peu plus des trois quarts (76,7 %) des femmes enquêtées mariées à partir de 35 ans occupent la première place dans le mariage de leur époux et seulement 22,9 % vivent en polygamie. Ces données montrent bien que se marier tardivement (au-delà de 35 ans) ne signifie pas forcément se marier avec un homme déjà marié, contrairement à ce qui était expliqué par la littérature sur le retard de l'âge au mariage chez les femmes algériennes. Il faut également noter que 12,1 % des femmes mariées à un âge tardif étaient à leur deuxième union, soit suite à un divorce ou un veuvage.

Selon le tableau n°15, 68,7 % des femmes enquêtées âgées de 35 à 49 ans et mariées à partir de 35 ans résident dans les zones urbaines contre 31,3 % en milieu rural. En 1962, année de l'indépendance, l'Algérie a enregistré un taux d'urbanisation ne dépassant pas 33 %. Dix ans après l'indépendance, ce taux est passé à 39,8 % (O.N.S, 2011), avec des différences entre les wilayas. Dans la décennie des années 70 et au début des années 80, le pays a consenti des efforts pour l'amélioration de la situation des villes et pour une urbanisation de plus de wilayas. De ce fait, le taux d'urbanisation national est passé de 39,5 % en 1970 à 72,6 %

en 2018 (Banque mondiale, 2021). Il convient de signaler que l'urbanisation est un facteur déterminant de la santé en général, celle des femmes en particulier, et elle touche d'une manière directe l'émancipation féminine.

L'enquête a également montré que plus de la moitié des femmes enquêtées âgées de 35 à 49 ans et mariées à partir de 35 ans résident dans la région Nord du pays (51,6 %) contre 41,1 % dans les hauts plateaux et seulement 7,3 % dans le Sud algérien. Les études ont montré que les femmes du Nord sont plus instruites et plus émancipées que les femmes du Sud, ce qui explique cette différence.

En théorie, le niveau d'instruction est un facteur déterminant du recul de l'âge au premier mariage. Cela signifie qu'il existe une relation positive entre les deux variables (l'âge au premier mariage et le niveau d'instruction). Les données du tableau n°15 montrent que la part des femmes enquêtées mariées à partir de 35 ans n'ayant aucun niveau d'instruction ou un niveau primaire représente 45,8 % des femmes mariées à partir de 35 ans, contre 24,3 % avec un niveau moyen, 19,2 % ayant un niveau secondaire et seulement 10,7 % ayant un niveau universitaire.

En ce qui concerne l'activité économique, les données montrent qu'un peu plus de quatre cinquièmes (84,1 %) des femmes enquêtées qui se sont mariées à partir de 35 ans n'exercent aucune activité rémunérée, tandis que la part de celles qui travaillent est de 15,9 %. Il convient de signaler que l'activité féminine en Algérie représente seulement 22,4 % du total des actifs des deux sexes en 2017 (Banque mondiale, 2021), et qu'une grande partie d'entre elles quitte leur travail après le mariage ou la naissance du premier enfant.

Tableau n°16 : Répartition des femmes enquêtées âgées entre 35-49 ans mariées à partir de 35 ans par groupes d'âge

Groupes d'Age Variable		35-39 ans		40-44 ans		45-49 ans		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Age à la première union		542	70,8	182	24,8	42	5,7	766	100
Etat matrimoniale	Mariée	118	94,4	243	87,41	316	87,05	677	88,4
	Divorcée	6	4,8	31	11,15	35	9,64	72	9,4
	Veuve	1	0,8	3	1,08	9	2,48	13	1,7
	Séparée	0	0	1	0,36	3	0,83	4	0,5
Le rang de l'épouse	OUI	23	18,4	71	25,54	86	23,69	180	23,5
	NON	102	81,6	207	74,46	277	76,31	586	76,5
Remariage	Oui	11	8,8	37	13,31	47	12,95	95	12,4
	Non	114	91,2	241	86,69	316	87,05	671	87,6
Ecart d'âge avec l'époux	Femme plus âgée que l'époux	31	24,8	33	11,87	61	16,80	125	16,32
	Entre 0 et 4ans	43	34,4	86	30,94	90	24,79	219	28,59
	Entre 5 et 9 ans	18	14,4	49	17,63	53	14,60	120	15,67
	10 ans et 14ans	15	12	35	12,59	29	7,99	79	10,11
	15 et plus	18	14,4	75	26,98	130	35,81	223	29,11
Milieu de résidence	Urbain	79	63,2	180	64,75	260	71,63	526	68,7
	Rural	46	36,8	98	35,25	103	28,37	240	31,3
Région	Nord centre	12	9,6	36	12,95	65	17,91	114	14,9
	Nord Est	13	10,4	43	15,47	67	18,46	125	16,3
	Nord Ouest	31	24,8	55	19,78	71	19,56	156	20,4
	Haut plateaux	58	46,4	115	41,37	133	36,64	315	41,12
	Sud	11	8,8	29	10,43	27	7,44	56	7,3
Niveau d'instruction	Aucun	21	16,8	79	28,42	109	30,03	209	27,3
	Primaire	23	18,4	47	16,91	72	19,83	142	18,5
	Moyen	31	24,8	70	25,18	85	23,42	186	24,3
	Secondaire	26	20,8	54	19,42	67	18,46	147	19,2
	Universitaire	24	19,2	28	10,07	30	8,26	82	10,7
Situation	Sans emploi	102	81,6	232	83,45	310	85,40	644	84,07

individuelle	Occupée	23	18,4	46	16,55	53	14,60	122	15,93
Niveau de vie	Très pauvre	25	20	80	28,78	97	26,72	202	26,37
	Pauvre	34	27,2	56	20,14	80	22,04	170	22,19
	Moyen	33	26,4	62	22,30	73	20,11	168	21,93
	Riche	20	16	49	17,63	69	19,01	138	18,02
	Très riche	13	10,4	31	11,15	44	12,12	88	11,49
Total		125	16,3	278	36,3	363	47,4	766	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

3.4.2.2- La vie reproductive :

-Le nombre d'enfants par femme :

En Algérie, la parité moyenne par femme a observé une variation à la baisse jusqu'au début des années 2000, suivie d'une légère augmentation, puis d'une faible baisse jusqu'à nos jours. Elle atteint 3 enfants par femme en 2018 (ONS, 2018) contre 8 enfants en 1970 et 2,8 enfants en 2004 (ONS, RGPH 2008). Pour atteindre une telle baisse, l'Algérie a instauré une politique de population dont les principaux éléments sont l'espacement des naissances, l'élargissement de la scolarisation féminine et l'autonomisation des femmes sur le plan économique, social et culturel.

Tableau n°17 : Répartition des femmes enquêtées en âge de procréer et mariées à partir de 35 ans selon l'enfantement

Avoir des enfants	Effectifs	Proportion
Oui	406	53
Non	360	47
Total	766	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Selon les données du tableau n°17, 53 % des femmes enquêtées et qui se sont mariées à partir de 35 ans ont eu des enfants, contre 47 % qui n'en ont pas eu. Parmi les inconvénients du mariage tardif, il y a l'infécondité. Les professionnels de la santé considèrent ce phénomène

(l'infécondité) comme la première conséquence du recul de l'âge moyen au premier mariage chez les femmes. Malgré les nouvelles techniques de procréation assistée (PMA, insémination, ICSI), l'âge de la femme reste un facteur critique et joue un rôle déterminant dans la procréation. Les travaux de BENABED Aicha (2010, 2018) sur l'infécondité et la procréation médicalement assistée en Algérie montrent bien la place de l'âge dans la procréation naturelle ou artificielle.

- La parité :

Tableau n°18 : Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans ayant eu des enfants selon leurs âges au premier mariage

Âge au premier mariage	Affectifs	Proportion
35-39	354	87,19
40-44	48	11,82
45-49	4	0,99
Total	406	100,0

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Sur les 766 femmes enquêtées en âge de procréer et mariées à partir de 35 ans 406 ont eu des enfants (53%). Parmi elles 87,19% sont âgées entre 35-39 ans et près de 13% (12,81%) ont un âge compris entre 40-49 ans.

3.4.3- Étude de la maternité tardive chez les femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants :

3.4.3.1- Le choix des femmes enquêtées mariées à partir de 35ans

Tout d'abord il faut signaler que notre étude de la maternité tardive se limite aux femmes enquêtées mariées à partir de 35ans. Sur les 766 femmes âgées de 35 à 49 ans et mariées à partir de 35 ans, 53 % ont eu des enfants (soit 406 femmes). Parmi les inconvénients du mariage tardif,

il y a l'infécondité. Les professionnels de la santé considèrent ce phénomène (l'infécondité) comme la première conséquence du recul de l'âge moyen au premier mariage chez les femmes. Malgré les nouvelles techniques de procréation (PMA, insémination, ICSI), l'âge de la femme reste un facteur critique qui joue un rôle déterminant dans la procréation. Les travaux de BENABED Aïcha (2010, 2018) sur l'infécondité et la procréation médicalement assistée en Algérie montrent bien la place de l'âge dans la procréation naturelle ou artificielle.

Le recul de l'âge au mariage peut s'expliquer notamment par le prolongement de la scolarité, en particulier des filles, et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. Celles-ci sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures. D'autres raisons, telles que des difficultés financières (chômage, logement, etc.), peuvent également entraîner des retards de mariage et par conséquent des maternités tardives. Certains auteurs algériens (L. Addi, 1984 et R. Benali, 1999) ou européens (Toulemon et Leridon, 1999) ont montré que l'âge idéal pour une première maternité était de 25 ans pour les hommes comme pour les femmes. Toute première maternité survenant au-delà de cet âge pourrait donc être considérée comme tardive. En revanche, l'étude du démographe T. Louadi a montré que "l'âge au mariage représentait un facteur de différenciation déterminant, puisque les proportions étaient respectivement de 3 % quand la femme s'était mariée à 21 ans ou plus, et de 36 % en cas de mariage avant 18 ans" (LOUADI T., 2008).

Quel que soit l'âge de la femme, les études en sciences sociales ont montré que la maternité représente un passage obligé, une condition et une finalité en soi. Elle permet à une femme d'avoir une place dans la famille et dans la société, ainsi qu'un statut. Selon Bouhdiba (1975), la maternité constitue pour la femme "un véritable système d'assurance

vieillesse, d'assurance maladie, une garantie contre le destin, une garantie autrement efficace en cas de répudiation, sans parler du prestige, de l'honneur, de la 'présence' que confère une descendance, surtout si celle-ci est nombreuse et comporte un garçon" (Bouhdiba, 1975).

3.4.3.2-Les caractéristiques sociodémographiques :

Tableau n°19 : Répartition des femmes enquêtées âgées entre 35-49 ans mariées à partir de 35 ans par groupes d'âge

Groupes d'Age		35-39 ans		40-44 ans		45-49 ans		Total	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Variable									
Age à la première union		354	87,19	48	11,82	4	0,99	406	100
Etat matrimoniale	Mariée	57	93,44	124	83,22	185	94,39	366	90,1
	Divorcée	3	4,92	22	14,77	6	3,06	31	7,6
	Veuve	0	0,00	2	1,34	4	2,04	6	1,5
	Séparée	1	1,64	1	0,67	1	0,51	3	0,7
Milieu de résidence	Urbain	38	62,30	96	64,43	140	71,43	274	68,7
	Rural	23	37,70	53	35,57	56	28,57	132	31,3
Niveau d'instruction	Aucun	10	16,39	42	28,19	6	3,06	58	14,29
	Primaire	11	18,03	25	16,78	18	9,18	54	13,3
	Moyen	15	24,59	38	25,50	9	4,59	62	15,27
	Secondaire	13	21,31	29	19,46	1	0,51	43	10,59
	Universitaire	12	19,67	15	10,07	0	0,00	27	6,65
Situation individuelle	Sans emploi	26	42,62	87	58,39	122	62,24	338	83,3
	Occupée	35	57,38	62	41,61	74	37,76	68	16,7
Total		61	15,02	149	36,7	196	48,28	406	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6.

La majorité des femmes enquêtées ayant eu des enfants après avoir été mariées à partir de 35 ans étaient âgées entre 40 et 49 ans (84,98%) au moment de l'enquête. Leur âge moyen était de 44,1 ans.

Les femmes vivant en couple au moment de l'enquête représentaient 90 % du total des femmes ayant eu des enfants. L'âge moyen de leurs époux était de 49,13 ans avec un écart type de 11,62. Parmi ces 406 femmes, 87 % se sont mariées entre 35 et 39 ans, 12 % entre 40 et 44 ans, et moins de 1 % étaient âgées entre 45 et 49 ans lors de leur première union.

Plus des deux tiers d'entre elles résidaient dans les zones urbaines (68,7 %). Les études ont montré que le milieu de résidence a une influence sur la scolarisation des filles et ainsi sur l'émancipation féminine, éléments qui expliquent le recul de l'âge moyen au mariage dans les milieux urbains et, par conséquent, la maternité tardive. Dans les milieux urbains, les femmes sont plus libres, émancipées et ont un comportement reproductif largement différent de leurs homologues rurales. Cela montre que le fait d'avoir des enfants tardivement est un choix. Soixante-cinq pour cent de ces femmes habitent dans la région nord du pays, 27,9 % dans les hauts plateaux et seulement 7,1 % résidaient dans le sud algérien.

L'étude a également montré que les femmes enquêtées qui se sont mariées à partir de 35 ans ont en moyenne un niveau d'instruction moyen ou supérieur (60,5 %), avec 24,2 % sans aucun niveau d'instruction et 18,7 % avec un niveau primaire. Dans le milieu urbain, les femmes ayant un niveau moyen et secondaire sont les plus représentées, soit 63 %, tandis que le niveau primaire représente seulement 17 %. En revanche, en ce qui concerne le milieu rural, les femmes ayant un niveau primaire représentent 45 % contre 35 % et 20 % respectivement pour le niveau moyen et supérieur (tableau n°19).

Selon l'activité économique, la plupart des femmes enquêtées qui se sont mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants n'exercent aucune

activité (83,3 %), et seulement 16,7 % d'entre elles occupent une activité professionnelle. Alors que la grossesse tardive est souvent expliquée par une carrière professionnelle privilégiée par rapport à la vie familiale, ce n'est pas le cas, puisque 83,3 % des femmes sont sans emploi. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas de différence socio-économique significative par rapport aux femmes qui ont eu leur enfant tardivement.

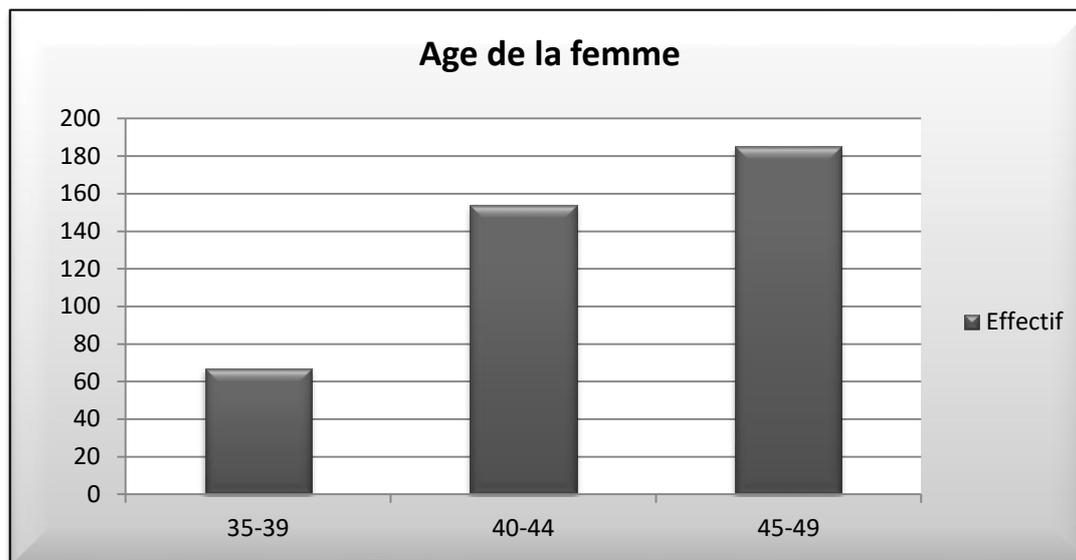
1- L'âge de la femme :

La majorité des femmes âgées de plus de 35 ans et ayant eu des enfants sont regroupées dans l'intervalle 45-49 ans, soit 46 % par rapport aux femmes dans les groupes d'âge 35-39 et 40-44 ans (voir figure 03), avec un âge moyen de 44 ans et un écart type de 3,6. Cependant, 90 % de ces femmes ont accouché avant l'âge de 40 ans, avec un âge moyen à la maternité de 37 ans et un écart type de 1,9.

Cela s'explique par la diminution de la fécondité dès l'âge de trente ans, pour devenir quasi nulle après quarante-cinq ans.

Ceci démontre également que la principale cause d'une grossesse tardive est bien le mariage tardif. Comme l'a dit Evelyne Sullerot, l'âge de la femme à sa première maternité dépend étroitement de l'âge au mariage des filles, lequel varie notablement selon les pays, les régions et les milieux sociaux.

Figure n°03: Répartition des femmes selon l'âge



Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6.

2- Le milieu de résidence

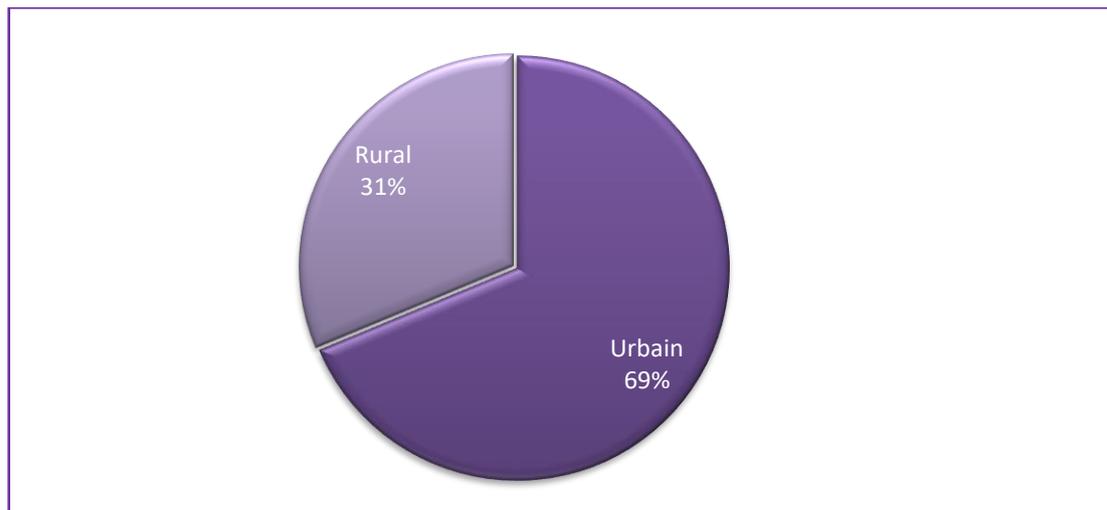
La plupart des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants, habitent dans les zones urbaines : 279 femmes contre 127 femmes en milieu rural (voir figure n°04). Ces femmes sont principalement réparties dans le nord du pays (65 %), tandis que 27,9 % d'entre elles habitent dans les hauts plateaux et seulement 7,1 % résident dans le sud algérien. Il est important de noter que la femme urbaine est généralement plus libre que la femme rurale. Ainsi, cela démontre que le fait d'avoir des enfants tardivement est souvent un choix plutôt qu'une conséquence causale.

Tableau n°20 : Répartition en pourcentage des femmes par milieu de résidence

	Effectifs	Proportion
Urbain	279	68,7
Rural	127	31,3
Total	406	100,0

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Figure n°04: répartition des femmes selon le milieu de résidence



Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6.

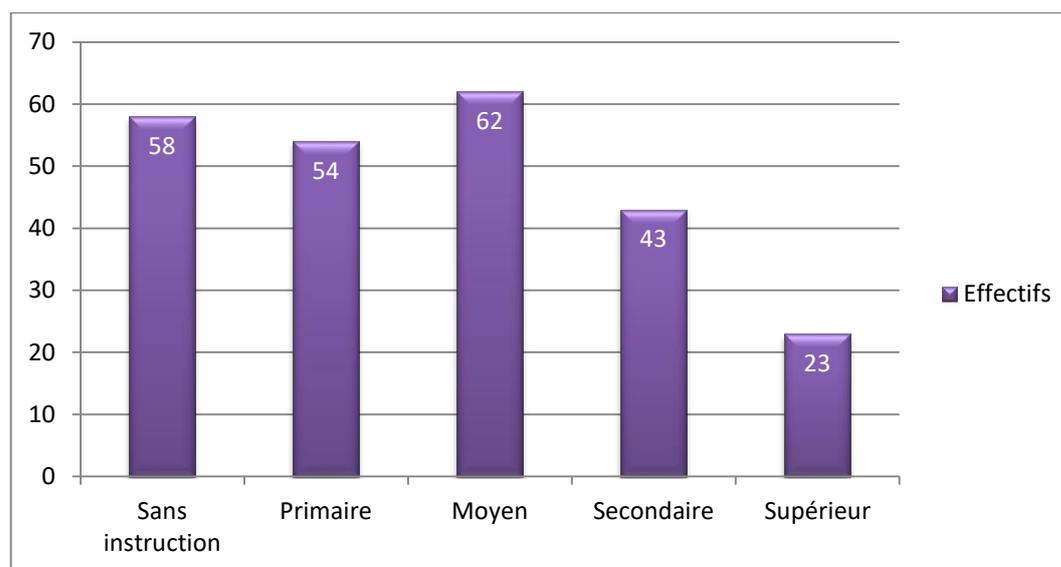
3- Le niveau d'instruction

Selon le niveau d'instruction, les données montrent que les femmes enquêtées qui se sont mariées à partir de 35 ans ont, en moyenne, un niveau d'instruction moyen ou supérieur (60,5 %), avec 24,2 % sans aucun niveau d'instruction et 18,7 % avec un niveau primaire (voir figure n°05).

En milieu urbain, les femmes ayant un niveau moyen et secondaire sont les plus représentées, soit 63 %, tandis que le niveau primaire représente seulement 17 %. En revanche, en ce qui concerne le milieu rural, les femmes enquêtées n'ayant pas déclaré leur niveau d'instruction représentent plus de la moitié, soit 59 %.

Le niveau primaire représente 45 %, contre 35 % pour le niveau moyen et 20 % pour le niveau secondaire et supérieur (Tableau n°21).

Figure n°05: répartition des femmes selon le niveau d'instruction



Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6.

Tableau n°21 : répartition en pourcentage des femmes selon le niveau d'instruction par milieu de résidence

	Milieu de résidence				Total	%
	Urbain	%	Rural	%		
PRIMAIRE	40	17	36	45	76	19
MOYEN	78	32	28	35	106	26
SECONDAIRE	75	31	11	14	86	21
SUPERIEUR	49	20	5	6	54	13
Indéterminé	37	15	47	59	84	21
Total	242	100	80	100	406	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

4- Situation économique

Selon l'activité économique, les données montrent que la plupart des femmes enquêtées qui se sont mariées à partir de 35 ans n'exercent aucune activité (83,3 %), tandis que 16,7 % sont occupées. Alors que la maternité tardive est souvent expliquée par une carrière professionnelle privilégiée par rapport à la vie familiale, ce n'est pas le cas, puisque 83,3

% des femmes sont sans emploi. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas de différence socio-économique significative par rapport aux femmes qui ont leur enfant tardivement. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas de différence socio-économique significative par rapport aux femmes qui ont leur enfant tardivement.

Tableau n°22 : répartition des femmes selon Situation économique

	Effectifs	Proportion
Occupée	68	16,7
Non occupée	338	83,3
Total	406	100%

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

5- Situation matrimoniale

La majorité de ces femmes vivaient en couple, soit 90 %, et se sont mariées pour la première fois à partir de 35 ans (voir tableau n°23). L'intervalle d'âge de leurs maris est très important, se situant entre 40 et 50 ans, soit 46 %. L'âge moyen des maris est de 49,13 ans, avec un écart type de 11,62.

Tableau n°23 : répartition des femmes selon Situation matrimoniale

Etat matrimonial	Effectifs	Proportion
Mariée	366	90,1
Veuve	6	1,5
Divorcée	30	7,4
Séparée	3	0,7
Indéterminé	1	0,2
Total	406	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

3.4.3.3- La vie reproductive :

1- Les soins prénatals :

Il s'agit d'un suivi régulier dont le but est de réaliser un certain nombre de tests ou d'examens et de discuter du déroulement de la grossesse, du travail et de l'accouchement dans le but de garantir la bonne santé du bébé et de la mère. Ce suivi permet également au médecin ou à la sage-femme de détecter au plus tôt les éventuelles complications de la grossesse et d'y remédier, particulièrement dans le cas des grossesses tardives.

Tableau n°24: Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon nombre de consultations prénatals.

Nbre de fois	Effectifs	Proportion
1	3	3
2	12	10
3	22	19
4	21	18
5 et plus	58	50
Total	116	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Le tableau n°24 montre que seulement 35,4 % des femmes mariées à partir de 35 ans et ayant eu des enfants ont suivi des consultations médicales (116 femmes). Une maternité tardive demande en effet beaucoup plus d'assistance. Le suivi médicalisé est différent par rapport à une grossesse à 20 ou 30 ans. Les risques de grossesse et d'accouchement augmentent avec l'âge. Malgré les apparences, les femmes de plus de 35 ans sont plus fatiguées et doivent être plus vigilantes aux petits signes comme les contractions, par exemple.

Pendant la grossesse, elles doivent effectuer, comme toutes les femmes enceintes, un dépistage du diabète afin de vérifier qu'elles ne souffrent pas de diabète gestationnel, et un dépistage de la trisomie 21. Celui-ci se fait au premier trimestre de la grossesse par le biais d'une prise de sang pour doser des marqueurs sériques, et d'une échographie pour mesurer la clarté nucale. D'autres examens supplémentaires peuvent être réalisés si la femme a déjà des problèmes de santé, comme les maladies chroniques.

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

Dans l'ensemble, les femmes enceintes ont bénéficié d'un suivi régulier, allant de 3 à 6 consultations durant les 9 mois de grossesse.

Cela indique que la femme algérienne est bien consciente des conséquences d'une maternité tardive et de l'importance des consultations prénatales pour sa santé et celle de ses enfants. L'enquête MICS6 a révélé l'intérêt et l'inquiétude des femmes algériennes mariées à partir de 35 ans lors de leur grossesse, visant à mener cette grossesse à terme.

Environ la moitié des femmes ont bénéficié de cinq consultations prénatales ou plus, avec un nombre total de consultations variant entre 1 et 11, et une moyenne de 5,3. Cette moyenne suggère également que certaines femmes ont reçu jusqu'à deux consultations par trimestre, ce qui peut refléter des préoccupations supplémentaires ou des complications potentielles nécessitant un suivi plus fréquent.

- **Les causes des soins prénataux :**

Tableau n°25: Répartition des femmes âgées mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon la cause des soins prénatals

	Effectifs	Proportion
S'assurer qu'elle est enceinte	62	53.4
Vérifier si le bébé est en bonne santé	35	30.2
Pour assurer une bonne grossesse	13	11.2
Suite à des complications	6	5.1
Total	116	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Il est en effet surprenant de constater que le principal motif de consultation prénatale pour certaines femmes est de s'assurer qu'elles sont enceintes, surtout lorsqu'il s'agit de femmes présentant une grossesse à haut risque. Cela peut refléter un manque de sensibilisation ou de compréhension des femmes sur l'importance du suivi médical pendant la grossesse, ou peut-être des barrières d'accès aux soins de santé préventifs.

Le fait que la santé de la femme arrive en troisième position après celle du bébé souligne effectivement la tendance des mères algériennes à mettre les besoins de leurs enfants avant les leurs. Cependant, il est crucial de souligner l'importance du suivi médical régulier pour la santé maternelle, surtout en cas de grossesse tardive ou à haut risque.

Il est préoccupant de constater que seulement un petit nombre de femmes ont déclaré consulter pour des complications de grossesse. Cela peut indiquer un manque de sensibilisation sur les signes et symptômes de complications potentielles, ou encore des obstacles à l'accès aux soins de santé en cas de complication. Il est donc essentiel de renforcer

l'éducation et la sensibilisation des femmes sur l'importance du suivi médical régulier pendant la grossesse, ainsi que sur la reconnaissance des signes de complications éventuelles pour une prise en charge précoce et efficace.

2- L'Accouchement :

Il est effectivement important de reconnaître les répercussions significatives que peut avoir une grossesse tardive sur la santé de la femme et celle du nouveau-né. Au-delà de 35 ans, la fertilité de la femme commence à diminuer, ce qui peut rendre la conception plus difficile. De plus, même en cas de conception réussie, une grossesse tardive comporte des risques accrus pour la santé de la mère et de l'enfant, notamment des complications obstétricales et médicales.

C'est pourquoi les professionnels de la santé mettent en garde les femmes sur les risques associés à la grossesse tardive et insistent sur l'importance d'un suivi médical spécialisé. Une grossesse tardive est considérée comme une grossesse à haut risque, ce qui nécessite une surveillance étroite et des interventions médicales appropriées. Un suivi régulier par un gynécologue obstétricien et des accouchements dans des structures de santé qualifiées sont donc recommandés pour assurer la sécurité de la mère et du bébé.

En Algérie, le système de santé offre deux types de soins : public et privé. Les hôpitaux publics fournissent des soins de santé gratuits, tandis que les cliniques privées proposent des services moyennant des frais. Au fil des années, de nombreuses cliniques privées ont été établies dans différents domaines de la santé, offrant ainsi aux patients la possibilité de choisir entre les services publics et privés en fonction de leurs besoins et de leurs moyens financiers.

Tableau n°26 : Répartition des femmes enquêtées ayant eu des enfants et mariées à partir de 35 ans selon le lieu d'accouchement

	effectifs	%
A domicile	01	0,8
CHU	13	11
Hopital (EHS – EPH – EH)	81	68,6
Polyclinique/Maternité	13	11
Clinique Privée	9	7,6
Maternité privée	1	0,8
Total	118	100
Non réponse	288	70,93

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Il est intéressant de noter que la grande majorité des femmes ayant répondu à la question sur le lieu d'accouchement ont choisi une structure de santé publique (90,6 %), tandis qu'une minorité (8,4 %) ont opté pour une structure privée. De plus, les données de l'enquête MICS6 révèlent que l'accouchement à domicile est extrêmement rare, avec seulement une femme ayant accouché chez elle.

- **Type d'accouchement :**

En ce qui concerne le type d'accouchement, il est observé qu'après l'âge de 35 ans, l'accouchement par césarienne est plus fréquent. La césarienne peut être recommandée pour diverses raisons, notamment pour protéger la santé de la mère ou du bébé. Bien que cette intervention puisse présenter des avantages dans certains cas, elle comporte également des risques, comme toute intervention chirurgicale. La décision d'opter pour une césarienne est généralement prise en fonction de l'état de santé de la mère et du bébé, et peut être planifiée à l'avance ou décidée pendant le travail en fonction des circonstances.

Tableau n°27 : Répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon le type d'accouchement

	Effectifs	Proportion
Césarienne	56	47.9
Arrivé normalement	59	50.2
Forceps / Ventouse	2	1.7
Total	117	100.0

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Il est effectivement remarquable que le taux d'accouchement par césarienne soit significativement plus élevé chez les femmes de plus de 35 ans. Selon les données de la MICS 6, sur les 117 femmes ayant accouché dans une structure de santé (qu'elle soit publique ou privée), près de la moitié (47,9 %) ont subi une césarienne. Cette proportion peut sembler élevée, mais pour les grossesses tardives, le recours à la césarienne est souvent considéré comme nécessaire en raison des risques accrus associés à ces grossesses. Une grossesse tardive est généralement considérée comme à haut risque, ce qui justifie une prise en charge médicale particulière et des interventions comme la césarienne pour assurer la sécurité de la mère et du bébé. Ainsi, l'accouchement par césarienne est l'une des conséquences fréquentes d'une grossesse tardive.

3- Enfants décédés

Tableau n°28 : répartition des femmes mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants décédés

	Effectifs	%
Garçon Décédé	26	3.2
Fille décédé	25	3.1
Total des décès	51	6.3

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Il est en effet reconnu dans le domaine de la santé que la fécondité tardive peut avoir des conséquences sur la santé de la femme et celle du

nouveau-né, y compris un risque accru de décès infantiles. Les données de l'enquête MICS6, qui s'est intéressée à la fécondité féminine et indirectement à la fécondité tardive, révèlent qu'entre les femmes ayant contracté mariage à partir de 35 ans et ayant eu des enfants, il y a eu 51 cas d'enfants nés et décédés. Ces données montrent une légère différence entre les deux sexes, avec une proportion de décès légèrement plus élevée chez les garçons (50,98 %) que chez les filles (49,02 %). Cela souligne l'importance de surveiller de près la santé des nouveau-nés issus de grossesses tardives et de mettre en place des mesures de prévention et de prise en charge appropriées pour réduire le risque de décès infantiles.

4 - L'utilisation de la contraception

Tableau n°29: répartition des femmes âgées entre 15-49 ans mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon l'utilisation de la contraception

Méthode de contraception	Effectifs	Proportion
Stérilet – DIU	6	4.16
Pilules	115	79.86
Condom masculin	4	2.77
Retrait	4	2.77
Méthode du calendrier	8	5.56
Allaitement prolongé	7	4.86
Total	144	35,47
Femmes qui n'ont pas déterminées leur méthode contraceptive utilisée	2	17.9
N'utilise pas la contraception	260	48.5
Total	406	100,0

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Lorsqu'un couple se marie tardivement, notamment à partir de l'âge de 35 ans ou plus, cela peut pousser le couple, en particulier la femme, à vouloir avoir des enfants rapidement, ce qui peut influencer leur décision

quant à l'utilisation de la contraception. Parmi les femmes mariées à partir de 35 ans, seulement 21,3 % ont déclaré avoir utilisé un moyen contraceptif, et parmi celles-ci, environ 31 % ont opté pour des méthodes contraceptives modernes. La pilule contraceptive est la méthode la plus couramment utilisée, représentant 81,2 % des méthodes contraceptives modernes choisies, suivie de loin par le calendrier (6,3 %) et le dispositif intra-utérin (DIU) (4,2 %).

En Algérie, la pilule contraceptive reste la méthode contraceptive la plus répandue, en raison probablement de sa facilité d'utilisation, de son coût et des préjugés concernant d'autres méthodes contraceptives modernes telles que le DIU, la contraception injectable, le préservatif féminin et l'implant. Les autres méthodes contraceptives modernes sont utilisées à des proportions beaucoup plus faibles. Cependant, il est important de noter que certaines femmes, environ 18 %, n'utilisent aucune méthode contraceptive.

La décision d'utiliser une méthode contraceptive est généralement prise par le couple, mais elle peut être influencée par des facteurs culturels, sociaux et économiques. Par exemple, dans certaines régions du Sud algérien, la décision d'utiliser la pilule contraceptive peut être prise non seulement par le couple mais aussi par la belle-famille, notamment la belle-mère. Cela souligne l'importance des facteurs socio-culturels dans les décisions de planification familiale en Algérie.

5- Décision de l'utilisation de la contraception :

En général la décision de l'utilisation de la contraception revient au couple. Malheureusement, dans la société algérienne cette décision est influencée par plusieurs facteurs tels que le facteur culturel, social et économique. Par exemple dans le Sud algérien, l'utilisation de la pilule

est une décision familiale, ceci veut dire que cette décision ne revient pas seulement au couple mais aussi à la belle famille (la belle mère).

Tableau n°30: Répartition des femmes âgées entre 15-49 ans mariées à partir de 35 ans qui ont eu des enfants selon qui décide d'utiliser de la contraception

	Effectifs	%
Elle-même	68	47.9
Le conjoint	5	3.5
Décision commune	54	38.0
Décision médicale	15	10.6
Indéterminé	02	1,39
Total	144	100

Source : Exploitation personnelle de la base des données MICS6

Les données du tableau n°30 révèlent que près de la moitié (48 %) des femmes mariées à partir de 35 ans, ayant eu des enfants et utilisant un moyen de contraception, ont pris la décision d'utiliser une méthode contraceptive elles-mêmes, tandis que 38 % ont déclaré que c'était une décision commune avec leur conjoint. Seulement 3,5 % ont indiqué que la décision d'utiliser la contraception était prise par le mari, tandis que 10,6 % l'ont fait sur recommandation du médecin.

La prise de contraception temporaire ou réversible exprime souvent un refus définitif de procréer, comme l'ont souligné Cukier-Hemeury, Lézine et de Ajuriaguerra en 1987.

Conclusion

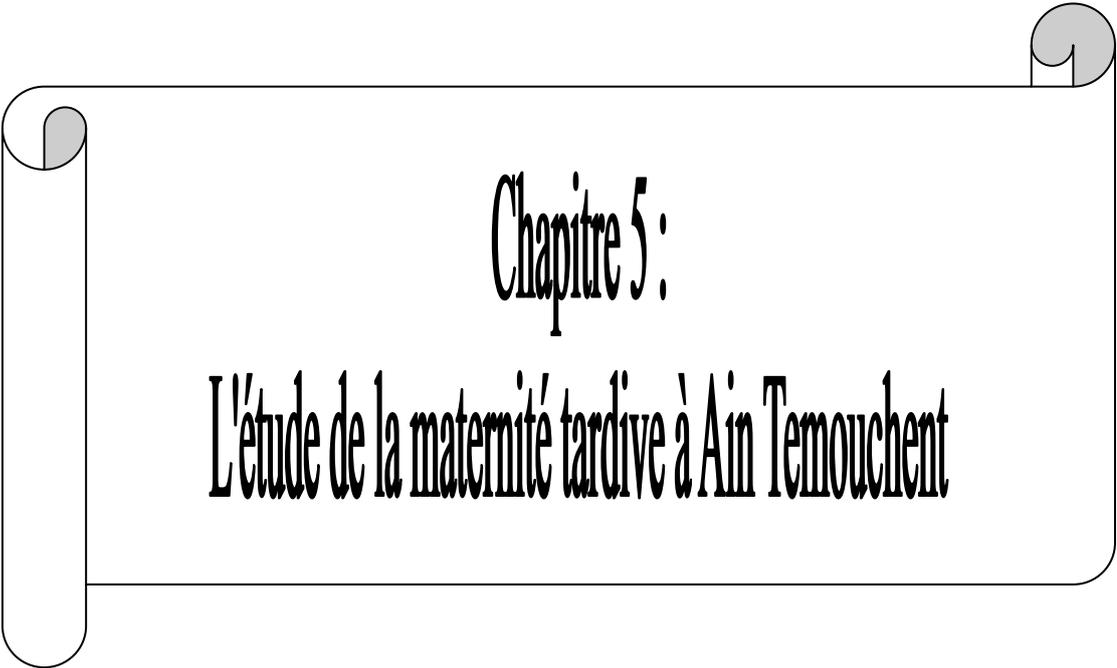
Les indicateurs démographiques de l'Algérie ont un impact sur les naissances tardives, notamment en raison de l'évolution du mariage tardif dans le pays. Les changements économiques, sociaux et culturels ont modifié les pratiques matrimoniales, tandis que l'éducation des femmes a joué un rôle crucial dans la réduction de la fertilité et l'augmentation de l'âge au mariage. Cependant, les femmes qui accouchent à l'âge de 35 ans et plus sont confrontées à des risques accrus pour leur santé et celle de leur enfant, notamment en raison de complications liées à l'âge et à la grossesse tardive.

L'étude basée sur les données de l'enquête MICS6 a permis de dresser un portrait de la maternité tardive en Algérie, mettant en lumière les caractéristiques sociodémographiques et reproductives de cette population. Il est important de noter que près de la moitié des femmes mariées à partir de 35 ans n'ont pas eu d'enfants, et que l'âge moyen à la naissance du premier enfant est de 38 ans. Malgré cela, la quasi-totalité des femmes ont bénéficié de soins prénatals adéquats, avec un nombre moyen de consultations dépassant cinq par femme.

La préférence pour les structures de santé publiques pour l'accouchement est notée, tandis que la fréquence des césariennes est plus élevée en raison du risque accru de complications associées à la grossesse tardive.

Enfin, les transformations socio-économiques et culturelles observées dans la société algérienne ont conduit à des changements de comportement en matière de mariage et de reproduction, ce qui a contribué à l'augmentation de la fécondité tardive et de la maternité tardive, souvent sans pleine conscience des risques encourus. Cela

souligne l'importance de sensibiliser la population aux risques associés à la grossesse tardive et à l'utilisation de la contraception.



Chapitre 5 :

L'étude de la maternité tardive à Ain Temouchent

Chapitre 5 :L'étude de la maternité tardive à Ain Temouchent

Introduction :

Dans ce chapitre dont l'objectif principal est de présenter les résultats de l'étude de la maternité tardive dans la Wilaya d'Ain Temouchent qui sera divisé en trois parties. Dans la première partie, nous allons tout d'abord donner un aperçu du champ de l'étude qui est la wilaya d'Ain Temouchent puis présenter la méthodologie de l'enquête de terrain ainsi que les difficultés et contraintes rencontrées. La deuxième partie est réservée à la description de l'échantillon de notre étude et enfin la troisième partie sera consacrée à l'étude de la grossesse tardive à Ain Temouchent où nous allons présenter les résultats de l'enquête de terrain.

Première partie : Lieu et méthodologie de l'enquête

I. Lieu de l'enquête : wilaya d'Ain Temouchent

I.1. Présentation géographique

Ain Temouchent, est une wilaya du nord-ouest de l'Algérie, située à 520 km de la capitale Alger avec une superficie de 2.376,89 km² et ayant une façade maritime s'étendant sur 80 km. Elle compte à fin 2019 une population de 432.353 habitants avec une densité de 182 habitant/Km². (DPSB ,2020).

Sa position géostratégique lui permet de jouer un rôle très important dans l'économie du pays en matière d'investissement, du tourisme et de l'agriculture. La Wilaya d'Ain Temouchent est délimitée territorialement selon la Loi n° 84/09 du 04 février 1984 portant Organisation Territoriale des wilayates comme suit :

- Au Nord par la mer Méditerranée ;
- A l'Ouest par la wilaya de Tlemcen ;
- A l'Est par la wilaya d'Oran ;
- Au Sud par la wilaya de Sidi Bel Abbas. (DPSB ,2020)

Ain Temouchent, située à l'extrémité occidentale de la haute plaine du sahel oranais, dont le fond en cuvette est occupé par la grande sebkha d'Oran, se trouve à 504 km à l'ouest d'Alger. Le site, à mi- étape entre Oran et Tlemcen, a commandé l'édification d'une redoute militaire en 1843, qui fut le noyau de l'actuelle ville d'Ain Temouchent.

La ville occupe une situation privilégiée en raison de sa proximité de trois grandes villes de l'ouest de l'Algérie : Oran, Sidi Bel Abbas et Tlemcen. Grâce à cette position de carrefour, au terroir fertile qui l'entoure, la ville, créée en 1851 comme un simple centre de population de 228 feux près du poste militaire, a pu se développer rapidement, devenant le centre économique de la petite région nommée Bled-Krou, ou Temouchentois, puis une sous-préfecture en 1955, et un chef-lieu de wilaya en 1983. (DPSB, 2020)

I.2-Présentation Administrative:

La wilaya d'Ain Temouchent comprend 28 communes réparties sur 08 daïras, comme suit :

Daïra Ain Temouchent: regroupe les communes Ain Temouchent Sidi Ben Adda

Daïra El Malah : regroupe les communes ElMalah - Terga - ChaabatLehamOuledKihal.

Daïra El Amria : regroupe les communes El Amria - Bouzedjar - M'said - OuledBoudjemaa - Hassi El Ghella.

Daïra Hammam Bouhadjar : regroupe les communes Hammam Bouhadjar - Oued Berkeche- Hassasna- Chentouf.

Daïra Ain Arbaa : regroupe les communes Ain Larbaa - Tamazoura - Oued Sebbah - Sidi Boumediene.

Daïra Beni Saf : regroupe les communes Beni Saf - Sidi Safi - Emir Abdelkader

Daïra Oulhaca : regroupe les communes Oulhaca - Sidi Ouriache.

Daïra Ain Kihal : regroupe les communes Ain Kihal - Aghlal - Ain Tolba - Aoubellil.

- Il y a lieu de noter qu'il existe 8 communes classées zones à promouvoir (M'said - OuledBoudjemaa - Oued Berkeche – Hassasna - Sidi Boumediene - Sidi Safi- Emir Abdelkader - Aoubellil). (DPSB ,2020)

I.3-Présentation de la situation Sociodémographique de la population:

I.3.1- L'évolution de la population résidente totale 1998/2019

Les données enregistrées dans la monographie de la wilaya pour l'année 2019 ont montré que la population totale est passée à 423.104 habitants contre une population de 371.239 habitants au cours du R.G.P.H. 2008 et seulement 325.864 habitants aux R.G.P.H. 1998.

Le taux d'accroissement moyen de la population au cours de cette période calculé sur la base des deux R.G.P.H. 2008 et les données de la monographie 2019 nous donne un taux moyen de 1,31 %. Inférieur de 0.4 % à la moyenne nationale (1.72 %).

La première constatation, c'est la régression du taux d'accroissement par rapport au taux enregistré au cours de la période 1987-1998 (1.73 %). Cette baisse est due essentiellement à la baisse des naissances constatées durant la dernière décennie (Tableau n°31), due essentiellement à l'utilisation des moyens contraceptifs, le travail féminin, mais aussi parce qu'une grande part des femmes Temouchentois préfère accoucher dans les structures de santé de

la wilaya d'Oran au d'accoucher à Ain Temouchent pour leur qualification en soins obstétricaux.

Tableau n° 31 : Répartition de la population totale par dispersion et densité moyenne par commune année 2019

COMMUNES	TAUX D'ACCR. ANNUEL MOYEN 1998/2018 (%)	SUP. (Km ²)	POPULATION				DENSITE (HAB/Km ²)
			AGG. CHEF LIEU « A.C.L »	AGG. SECONDAIRE « A.S »	ZONE EPARSE « Z.E »	TOTAL AU 31/12/2019	
AINTEMOUCHENT	2,45	78,93	82.467	0	2.480	84.947	1.076
SIDI BEN ADDA	1,05	72,88	13.621	146	2.070	15.837	217
TOTAL DAIRA	2,22	151,81	96.088	146	4.550	100.784	664
EL MALAH	1,19	69,18	19.659	1.064	574	21.297	308
TERGA	1,18	65,07	7.104	1.058	1.251	9.413	145
CHAABAT LEHAM	0,67	66,62	15.386	0	1.173	16.559	249
OULED KIHAL	1,28	33,08	2.972	786	290	4.048	122
TOTAL DAIRA	1,02	233,95	45.121	2.908	3.288	51.317	219
EL AMRIA	1,06	90,49	20.652	4.296	427	25.375	280
BOUZEDJAR	0,34	54,86	3.315	1.756	37	5.108	93
O. BOUDJEMAA	1,02	81,66	3.745	2.537	720	7.002	86
M'SAID	0,94	90,88	4.615	0	466	5.081	56
HASSI EL GHELLA	1,10	59,12	10.493	1.279	1.853	13.625	230
TOTAL DAIRA	0,99	377,01	42.820	9.868	3.503	56.191	149
H. BOU HADJAR	1,57	180,34	30.178	6.196	3.153	39.527	219
OUED BERKECHE	1,05	41,51	4.191	624	69	4.884	118
CHENTOUF	1,51	57,63	2.445	0	861	3.306	57
HASSASNA	0,70	85,61	4.120	0	584	4.704	55
TOTAL DAIRA	1,44	365,09	40.934	6.820	4.667	52.421	144
AIN ARBAA	2,05	71,61	15.596	0	2.037	17.633	246
TAMAZOURA	1,02	229,06	6.557	1.433	3.192	11.182	49
SIDI BOUMEDIENE	1,22	49,12	2.527	762	511	3.800	77
OUED SEBBAH	1,07	222,20	4.978	1.261	6.020	12.259	55
TOTAL DAIRA	1,44	571,99	29.658	3.456	11.760	44.874	78
BENI SAF	0,74	61,30	46.294	2.796	157	49.247	803
SIDI SAFI	1,70	65,52	6.436	1.854	458	8.748	134
Emir ABDELKADER	1,76	46,14	3.456	1.127	538	5.121	111
TOTAL DAIRA	0,95	172,96	56.186	5.777	1.153	63.116	365
OULHACA	0,26	86,29	3.253	7.209	7.494	17.956	208
SIDI OURIACHE	0,60	64,21	1.411	339	5.087	6.837	106
TOTAL DAIRA	0,35	150,50	4.664	7.548	12.581	24.793	165
AIN KIHAL	1,22	77,91	8.620	610	1.551	10.781	138
AGHLAL	0,22	131,20	6.324	0	1.712	8.036	61
AIN TOLBA	1,06	64,29	13.165	1.139	234	14.538	226
AOUBELLIL	0,78	80,18	5.046	0	456	5.502	69
TOTAL DAIRA	0,88	353,58	33.155	1.749	3.953	38.857	110

TOTAL WILAYA	1,31	2.376,89	348.626	38.272	45.455	432.353	182
---------------------	-------------	-----------------	----------------	---------------	---------------	----------------	------------

Source : DPSB, 2020

À la lecture du tableau n°31, nous constatons que le taux d'accroissement varie d'une commune à une autre avec des différences significatives. Les taux les plus forts sont enregistrés au niveau des communes d'Ain Temouchent (2,45 %) et Ain Larbaa (2,05%). Par contre certaines communes situées en zone de montagne ont connu un exode rural massif ce qui s'est traduit par de faible taux d'accroissement (Aghlal (0,22%) et Oulhaça (0,26 %).

Les communes à forte concentration urbaine connaissent des taux d'accroissement assez moyen tel que la commune d'El malah (1,19 %), El Amria (1,06 %), Hammam Bouhadjar (1,57 %) et Ain el kihal (1,22 %). Une concentration de la population est observée au niveau de la commune d'Ain Temouchent chef lieu de la wilaya ainsi que la commune de Béni-saf avec respectivement 1.049 hab./km² et 783 hab./km². Cette concentration enregistre des taux plus faibles au niveau des communes situées sur l'important axe routier Oran -Tlemcen, à savoir El malah (300 hab./km²) - El amria (273 hab./km²) - HassiEl ghella (225 hab./km²) - Ain tolba (220 hab./km²). Cette hétérogénéité montre le grand déséquilibre dans la répartition de la population.

Concernant la répartition de la population selon les différents type d'agglomérations, la wilaya d'Ain Temouchent se répartit comme suit :

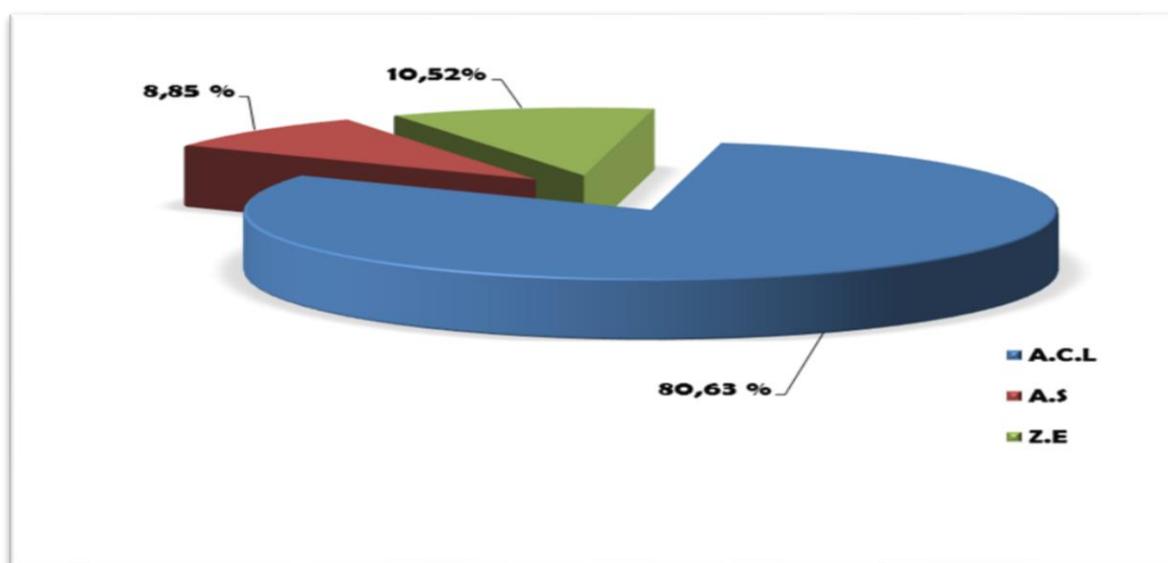
- A.C.I (agglomération chef lieu) : 348.626 (80,63 %) ;
- A.S. (agglomération secondaire) : 38.272 (08,85 %) ;
- Z.E. (zone éparses) : 45.455 (10,52 %).

Cette répartition fait ressortir une concentration de la population au niveau des A.C.I. avec un effectif de 348.626 soit 80,63% de la population totale. Alors que la population au niveau des agglomérations secondaires ne représente que 08.85% de la population totale (38.272) et celle des

zones éparses représente une proportion de 10,52 % soit en nombre 45.455 habitants.

Pour la concentration de la population au niveau des agglomérations secondaires et l'agglomération chef-lieu de la wilaya enregistre un taux de 90%, contre un taux moyen au niveau national de 80%. (DPSB, 2020)

Figure n° 06 : Répartition de la population d'Ain Temouchent par dispersion 2019



Source : Tableaux n°31

I.3.2- Répartition de la population totale résidente par groupe d'âge et par sexe en 2019:

L'estimation de la structure de la population par groupes d'âge et par sexe, à la date du 31/12/2019, selon l'annexe n°02 et les pyramides des âges de 2008 et 2019, fait ressortir l'extrême jeunesse de la population de la wilaya avec 34.3 % ayant moins de 20 ans et 54 % ayant moins de 30 ans. La part de la population âgée de moins de cinq ans continue sa progression, passant de 9.4 % à 10 % entre 2008 et 2019.

La population en âge d'activité (de 15 à 59 ans) représente 65.52 % de la population totale de la wilaya d'Ain Temouchent. Alors que la part des personnes âgées de 60 ans, et plus, continue toujours sa progression.

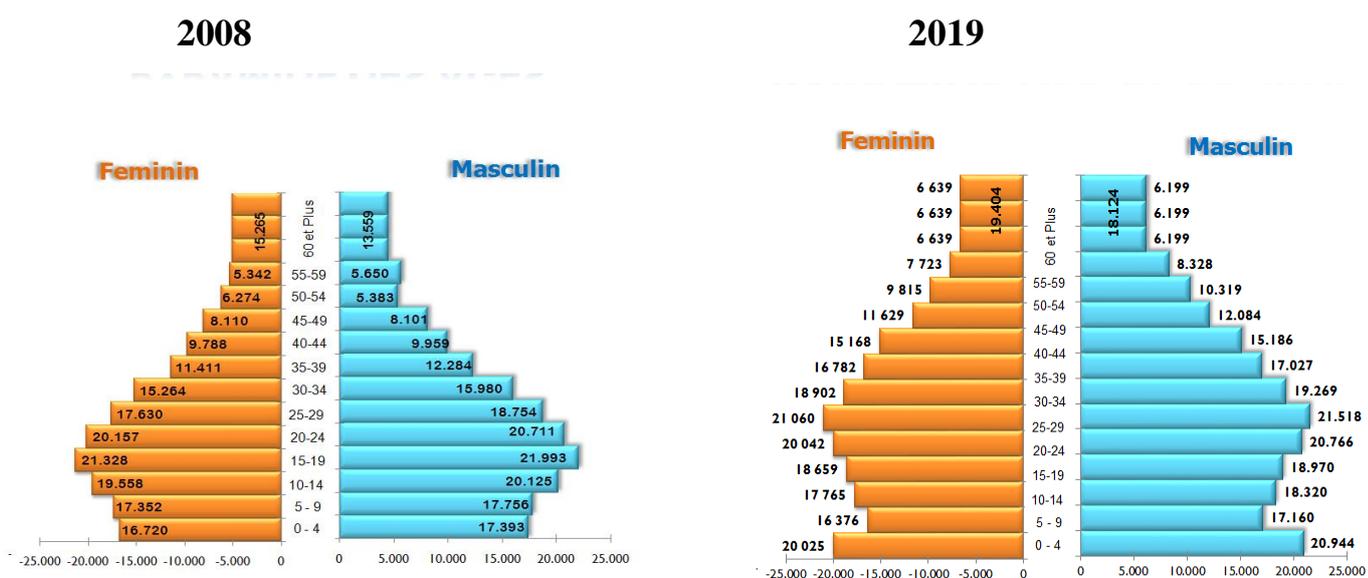
Elle est passée de 8,9 % à 9 % entre 2008 et 2019, représentant ainsi un volume de 38.516 personnes.

D'autre part, le volume de la population féminine en âge de procréer (15-49 ans) a atteint 122.242 soit 28,3 % de la population totale de la wilaya les deux sexes réunis.

En volume, la population résidente de la wilaya est passée de 371.239 à 432.353 entre 2008 et 2019, soit un accroissement brut de 61.114 personnes.

Ainsi, au cours de la même période, la population âgée de moins de cinq ans a connu une augmentation de 5.792 de personnes, celle âgée de 5 à 9 ans de près de 4.726 personnes. Par ailleurs, on relève une augmentation plus différenciée auprès des autres groupes d'âge au cours de la période 2008 et 2019, mais qui atteint un seuil maximal de 6.013 auprès de la catégorie âgée de 25 à 29 ans. Les deux pyramides des âges (2008 et 2019) démontrent le phénomène de vieillissement de la population (une augmentation remarquable de 5467 personnes).

Figure n°07 : Pyramide des âges 2008/2019



Source : annexe n° 02

I.3.3- Répartition de la population totale selon la strate et la commune année 2019

Au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent, la population urbaine est de 289.671 Habitants, soit 67 % de la population totale réparties sur 15 communes contre une population rurale de 142.682 habitants soit 33 % qui regroupent 13 communes. Cette répartition ne diffère pas de la répartition nationale.

Tableau n°32 : Répartition des taux d'urbanisation par commune (Année 2019)

COMMUNES	POPULATION URBAINE	POPULATION RURALE	POPULATION TOTALE	TAUX D'URBANISATION (%)
A.TEMOUCHENT	82.467	2.480	84.947	97,08%
SIDI BEN ADDA	13.621	2.216	15.837	86,01%
TOTAL DAIRA	96.088	4.696	100.784	95,34%
EL MALAH	19.659	1.638	21.297	92,31%
TERGA	7.104	2.309	9.413	75,47%
CHAABAT	15.386	1.173	16.559	92,92%
OULED KIHAL	0	4.048	4.048	0,00%
TOTAL DAIRA	42.149	9.168	51.317	82,13%
EL AMRIA	20.652	4.723	25.375	81,39%
BOUZEDJAR	0	5.108	5.108	0,00%
O. BOUDJEMAA	0	7.002	7.002	0,00%
M'SAÏD	0	5.081	5.081	0,00%
H. EL GHELLA	10.493	3.132	13.625	77,02%
TOTAL DAIRA	31.145	25.046	56.191	55,43%
H. BOU HADJAR	30.178	9.349	39.527	76,35%
OUED BERKECHE	0	4.884	4.884	0,00%

CHENTOUF	0	3.306	3.306	0,00%
HASSASNA	0	4.704	4.704	0,00%
TOTAL DAIRA	30.178	22.243	52.421	57,57%
AIN ARBAA	15.596	2.037	17.633	88,45%
TAMAZOURA	0	11.182	11.182	0,00%
S. BOUMEDIENE	0	3.800	3.800	0,00%
OUED SEBBAH	0	12.259	12.259	0,00%
TOTAL DAIRA	15.596	29.278	44.874	34,75%
BENI SAF	46.294	2.953	49.247	94,00%
SIDI SAFI	6.436	2.312	8.748	73,58%
E. ABDELKADER	0	5.121	5.121	0,00%
TOTAL DAIRA	52.730	10.386	63.116	83,55%
OULHACA	0	17.956	17.956	0,00%
SIDI OURIACHE	0	6.837	6.837	0,00%
TOTAL DAIRA	0	24.793	24.793	0,00%
AIN KIHAL	8.620	2.161	10.781	79,96%
AGHLAL	0	8.036	8.036	0,00%
AIN TOLBA	13.165	1.373	14.538	90,56%
AOUBELLIL	0	5.502	5.502	0,00%
TOTAL DAIRA	21.785	17.072	38.857	56,07%
TOTAL WILAYA	289.671	142.682	432.353	67,00%

Source : DPSB, 2020

I.4- Mouvements naturel de la population enregistrée à l'état civil par commune en 2019:

Au cours de l'année 2019, la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 8.132 personnes, soit un taux d'accroissement naturel de 1,89%, enregistrant ainsi une augmentation significative par rapport à l'année 2018 ou ce dernier s'établissant à 1,73%.

Tableau n° 33: Répartition des indicateurs démographiques année 2019

	TAUX BRUT DE NATALITE « TBN » (‰)	TAUX BRUT DE MORTALITE « TBM » (‰)	TAUX D'ACC NATUREL « TAN » (%)	TAUX DE MORTALITE INFANTILE « TMI » (‰)
ENSEMBLE	24,01	5,07	1,89	12,02

Source : DPSB, 2020

Cette variation est imputée essentiellement à une augmentation relativement importante du volume des naissances vivantes en dépit de la diminution du volume des décès.

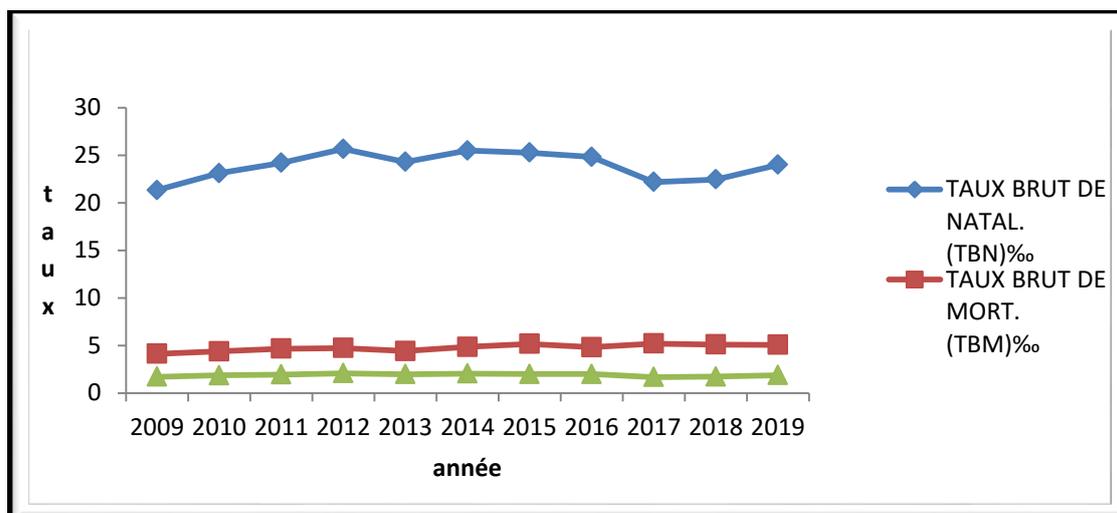
Tableau n° 34 : Évolution des Indicateurs démographiques

	ANNÉE										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Naissances vivantes	8.095	8.830	9.371	10.065	9.657	10.262	10.308	10.252	9.285	9.523	10.312
Décès total	1.569	1.678	1.807	1.859	1.756	1.951	2.110	1.992	2.181	2.168	2.180
Décès -1 an	144	145	118	158	146	140	146	141	139	133	124
Accroissement naturel	6.527	7.152	7.564	8.206	7.901	8.311	8.198	8.260	7.104	7.355	8.132
Taux brut de natal. (TBN)‰	21,33	23,11	24,21	25,67	24,31	25,50	25,28	24,82	22,19	22,46	24,01
Taux brut de mort. (TBM)‰	04,13	04,39	04,67	04,74	04,42	04,85	05,17	04,82	05,21	05,11	05,07
Taux d'accroissement. Naturel %	01,72	01,87	01,95	02,09	01,99	02,06	02,01	02	01,69	01,73	01,89
Taux de mortalité Infantile (TMI)‰	17,79	16,42	12,59	15,70	15,12	13,64	14,16	13,75	14,97	13,97	12,02

Source : DPSB, 2020

Notons que l'accroissement naturel de la population a montré une augmentation sur les dizaines dernières années passant de 6.527 à 8.132 entre 2009 et 2019.

Figure n° 8 : Évolution des indicateurs démographiques de 2009 à 2019 dans la wilaya d'Ain Temouchent



Source : données du tableau n°34

I.4.1 - la Natalité :

L'évolution de la natalité diffère sensiblement de celle de la mortalité. L'année 2019 a été marquée par une augmentation conséquente du volume des naissances vivantes (10.312) enregistrés au niveau des services de l'état-civil, soit une moyenne de plus de 24 naissances vivantes par jour, alors que la moyenne enregistrée au cours de l'année 2018 s'établissait à 22 naissances/jour (ONS, 2020)

Le nombre des naissances durant l'année 2019 a atteint 10.312, enregistré, particulièrement au niveau des grandes agglomérations de la wilaya où l'existence des maternités tels qu'à Ain Temouchent (5.596), Béni Saf (1.422) et Hammam Bouhadjar (1.544). Le taux brut de natalité enregistrée durant l'année 2019 était de 24,01 naissances vivantes pour mille habitants.

Les tableaux n° 33 et 34 représentant les indicateurs démographiques démontrent en termes absolus une évolution vers l'augmentation du nombre des naissances au niveau de la wilaya de 8.095 en 2009 à 10.312 en 2019.

De même, l'examen de l'évolution des naissances vivantes entre 2009 et 2019 fait ressortir que l'évolution de la population résidente est essentiellement lié à l'évolution de la natalité.

I.4.2 - Mortalité :

Ce phénomène a connu également une baisse du volume des décès qui a atteint 2.180 en 2019, soit une légère diminution du taux brut de mortalité qui est passé de 5,11 ‰ à 5,07 ‰ entre les années 2018 et 2019. Cette légère baisse s'explique par l'amélioration des conditions de vie et l'état de santé de la population, particulièrement celle des enfants, des femmes et des personnes âgées.

I.4.3- Espérance de vie :

D'autre part, l'espérance de vie à la naissance continue sa progression à la hausse, avec un gain d'un dixième de points par rapport à 2018, pour atteindre 77,8 ans au niveau global. Déclinée par sexe, elle est de 77,2 ans chez les hommes et de 78,6 ans auprès des femmes. La baisse de la mortalité due d'une part à l'amélioration des conditions de vie et d'autre part les progrès réalisés dans le domaine de la médecine ont contribué à l'augmentation de l'espérance de vie.

I.4.4 - Mortalité infantile :

Le volume des décès infantiles a atteint 124 en 2019, avec un recul de plus de 91 décès par rapport à 2018. La mortalité infantile au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent a observé une nette baisse puisque le taux brut de mortalité infantile est passé de 14,16 pour mille en 2015 à 12,02 ‰ en 2019. De ce fait, la wilaya d'Ain Temouchent enregistre un taux brut largement plus faible par rapport au National (20.32 ‰).

I.4.5- Population en âge de procréer :

Étudier la maternité tardive nécessite la connaissance de la population féminine en âge de procréer (15-49 ans). Cette dernière a atteint le nombre de 122242 femmes, soit 28,3% de la population totale tous sexes confondus et 57% de la population féminine de la wilaya.

I.4.6 - Nuptialité :

L'année 2019 a connu une quasi-stabilité du volume des mariages contractés par rapport à l'année 2018, les bureaux de l'état civil ont enregistré 3.346 contre 3.532 unions en 2018. Le taux brut de nuptialité a connu ainsi un fléchissement entre 2018 et 2019 passant de 12,74‰ à 12,19 ‰.

I.5 - L'activité féminine :

A l'instar de l'ensemble du territoire national, l'emploi constitue dans la Wilaya d'Ain Temouchent, le principal souci des responsables locaux. Cette situation préoccupante est approuvée en raison de la crise économique, qui a engendré une régression en matière de création d'emplois.

Tableau n° 35 : Répartition de la population selon l'emploi en année 2019

DÉNOMINATION	POPULATION PAR SEXE			TAUX DE CHÔMAGE%
	masculine	féminine	Totale	
Population Active	205.082	68.428	273.510	9,68
Population Occupée	184.317	62.721	247.038	
Population en Chômage	20.765	5.707	26.472	

Source: Direction de l'emploi/DPSB, 2020

1. Population Occupée par branche d'activité en 2019

La population occupée de la wilaya d'Ain Temouchent est de 247038. Les secteurs de l'agriculture et des bâtiments et travaux publics emploient le plus grand nombre de main-d'œuvre avec respectivement 15,56 et 14,93 du total. La proportion de la population féminine en situation de chômage représente 21% du total des chômeurs (DPSB.2020).

Tableau n° 36: Répartition de la population occupée par branche d'activité
Année 2019

SECTEUR D'ACTIVITE	POP. OCCUPEE	TAUX (%)
Agriculture	38.432	15,56
Pêche	10.326	4,18
Forêts	7.606	3,08
Administration Fonction Publique	30.503	12,35
Bâtiment et Travaux publics	36.887	14,93
Industrie	10.510	4,25
Transport	13.006	5,27
Commerces	26.212	10,61
Services	32.934	13,33
Forme particulière de l'emploi (DAS-DAIP)	40.622	16,44
TOTAL	247.038	100

Source: Direction de l'emploi, 2020

Figure n°09: Répartition De La Population Totale selon la situation individuelle en 2019



Source : données du tableau n°36

I.6 - La scolarité féminine :

Les efforts consentis par les pouvoirs publics à travers la réalisation d'un important programme en matière d'infrastructure dans le domaine de l'éducation, se traduisent par une nette amélioration du taux de scolarisation de différentes tranches d'âge. Le secteur de l'éducation, au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent est constitué de 210 établissements pour le cycle primaire, 70 pour le moyen et 27 pour le secondaire.

Tableau n° 37: Répartition des infrastructures et des effectifs scolaires du cycle primaire à Ain Temouchent Année Scolaire 2019/2020

Communes	Nbre Etab	Effectif. Scolarise		Enseignement		
		Total	Dont Filles	Nbre	Dont Filles	Taux d'encadrement (Élèves par enseignant)
A.Temouchent	34	9.343	4.658	419	391	22
Sidi Ben Adda	08	1.917	905	90	83	21
Total Daïra	42	11.260	5.563	509	474	22
El Malah	09	2.533	1.195	116	107	22
Terga	04	1.087	544	49	45	22
Chaabat	09	1.716	811	83	72	21
O.Kihal	02	595	280	24	21	25
Total Daïra	24	5.931	2.830	272	245	22
El Amria	13	2.902	1.467	124	111	23
Bouzedjar	03	580	289	29	27	20
O.Boudjemaa	04	805	384	40	33	20
M'said	01	216	115	12	12	18
H.ElGhella	07	1.554	758	69	59	23
Total Daïra	28	6.057	3.013	274	242	22
H.B.Hadiar	13	4.000	1.968	183	163	22
O.Berkeche	03	649	320	28	27	23
Chentouf	02	412	204	19	18	22
Hassasna	03	610	300	29	23	21
Total Daïra	21	5.671	2.792	259	231	22
Ain Arbaa	06	2.218	1.081	86	75	26
Tamazoura	06	1.595	801	76	70	21
S.Boumediene	03	499	247	25	23	20
Oued Sebbah	07	1.512	684	70	57	22
Total Daïra	22	5.824	2.813	257	225	23
Beni Saf	22	4.966	2.375	249	219	20
Sidi Safi	04	1.041	522	48	45	22
Emir A.E.K	05	626	307	38	26	16
Total Daïra	31	6.633	3.204	335	290	20
Oulhaca	15	1.996	987	119	95	17
S.Ouriache	7	816	380	56	48	15
Total Daïra	22	2.812	1.367	175	143	16
Ain Kihal	05	1.098	552	51	49	22
Aghlal	04	816	380	38	35	21
Ain Tolba	08	1.573	749	77	70	20
Aoubellil	03	588	300	26	23	23
Total Daïra	20	4.075	1.981	192	177	21
Total Wilaya	210	48.263	23.563	2.273	2.027	21

Source : Direction de l'éducation, 2020

Selon les données du tableau n° 37, l'année scolaire 2019/2020 est bien doté en infrastructures scolaires (210 établissements scolaires primaires), qui totalisent 1882 classes, soit un taux d'occupation par classe de (TOC) de 26 élèves par classe. Ce taux est considéré comme un indicateur de bonne qualité puisque au niveau national, on enregistre des taux largement plus élevés dépassant parfois 50 élèves par classe. Il faut signaler que la situation n'est pas la même dans tous les établissements de la wilaya, mais les taux d'occupation (TOC) restent acceptables comparés aux taux enregistrés dans les grandes villes du pays.

La direction de l'éducation de la wilaya d'Ain Temouchent est aussi dotée de 124 cantines réparties sur tout le territoire de la wilaya et accueillant un effectif de 23469 élèves bénéficiaires sur un total de 48263 élèves dont 49 % sont de sexe féminin. La présence des cantines dans les établissements scolaires a permis aux familles de scolariser leurs enfants particulièrement les familles diminuées et celles dont les deux parents travaillent.

Concernant l'enseignement moyen, le tableau fait ressortir un effectif de 33.925 élèves dont environ 49 % sont du sexe féminin. Le nombre des établissements s'étend à 70 avec 1.048 classes pédagogiques, ce qui donne un taux d'occupation moyen de 32 élèves/classe avec un encadrement de 1797 soit un ratio de 19 élèves/enseignants.

La situation de l'enseignement dans le cycle moyen ne diffère pas de celle du cycle primaire. La wilaya d'Ain Temouchent a beaucoup investi dans le secteur de l'éducation, particulièrement dans les zones éparses et dépourvues, ce qui a donné la chance à tous les enfants d'avoir une place près de chez eux.

Pour l'enseignement secondaire, l'effectif des élèves scolarisés a atteint le nombre de **13822** au cours de l'année scolaire **2019/2020**, dont **7.858** filles, soit **57%**. La proportion des élèves du sexe féminin est

légèrement plus élevée que celle du cycle primaire. Cela s'explique par le fait que les filles sont plus intéressées par les études que les garçons. Cette situation ne concerne pas que la wilaya d'Ain Temouchent mais elle touche toutes les wilayas du pays.

On dénombre au niveau de cette wilaya 27 établissements du cycle secondaire qui regroupent au total 559 classes et ce qui se traduit en matière de ratios par un taux d'occupation de 25 élèves par classe et un taux de vacation de 1,04 division pédagogique.

-L'analphabétisme

Tableau n°38: Répartition des taux des élèves analphabètes par commune en 2019

Communes	Analphabétisme				
	Elèves		Analphabète (RGPH 2008)		
	Total	Dt Filles	Total	Dt Filles	Taux (%)
A.Temouchent	2.352	1.775	4.441	3.106	14,70
Sidi Ben Adda	371	316	307	291	21,80
Total Daira	2.723	2.091	4.748	3.397	15,83
El Malah	473	378	620	582	18,20
Terga	341	311	196	195	20,19
Chaabat	379	273	386	303	18,90
O.Kihal	30	30	185	147	28,20
Total Daira	1.223	992	1.387	1.227	19,56
El Amria	405	279	422	385	19,40
Bouzedjar	330	266	204	192	21,10
O.Boudjemaa	101	79	137	110	28,09
M'said	64	64	82	82	25,81
H. El Ghella	307	287	560	452	20,50
Total Daira	1.207	975	1.405	1.221	21,47
H.B.Hadjar	537	466	783	648	20,20
O.Berkeche	88	88	174	153	21,80
Chentouf	98	82	102	52	29,49
Hassasna	122	78	177	139	20,69
Total Daira	845	714	1.236	992	20,97
Ain Arbaa	271	206	362	333	22,30
Tamazoura	92	56	182	166	26,29
S.Boumediene	00	00	79	79	32,79
OuesSebbah	00	00	146	104	35,10
Total Daira	363	262	769	682	27,66
Beni Saf	1.495	1.139	1.821	1.485	16,30
Sidi Safi	70	70	204	200	18,10
Emir A.E.K.	214	163	146	146	22,01
Total Daira	1.779	1.372	2.171	1.831	17,01

Oulhaca	259	132	692	670	31,50
S.Ouriache	80	60	151	108	34,19
Total Daira	339	192	843	778	32,22
Ain Kihal	315	212	579	415	21,41
Aghlal	120	120	147	107	24,81
Ain Tolba	411	344	147	88	18,20
Aoubellil	44	44	00	00	26,69
Total Daira	890	720	873	610	21,66
Total Wilaya	9.369	7.318	13.432	10.738	20,51

Source: office national de la lutte contre l'analphabétisme, 2020

Le programme de lutte contre l'analphabétisme a enregistré durant l'année 2019 un nombre total de 9.369 élèves dont 7.318 de sexe féminin. Le taux d'analphabétisme est estimé à 20,51 %. (RGPH 2008)

I.7 - Le secteur de la santé :

Le secteur sanitaire de la wilaya est en plein essor eu égard aux infrastructures publiques réalisées ces dernières années par l'Etat. Aussi, sur le plan des ressources humaines, il apparaît que le secteur est doté de compétences en matière de personnel médical (médecins spécialistes et généralistes) et paramédical. A cela s'ajoute un certain nombre de cliniques privées participants ainsi à la prise en charge des malades, notamment les femmes en âge de procréer.

Le secteur de la santé de la wilaya d'Ain Temouchent est doté de 06 établissements hospitaliers disposant de 911 lits dont 04 EPH (Établissement Public Hospitalier), 01 EH (Établissement hospitalier) et 01 EHS (Établissement hospitalier Spécialisé), situés principalement au niveau des quatre centres urbains (Ain Temouchent (585 lits), Béni Saf(192 lits), Hammam Bouhadjar(112 lits) et El Amria(22 lits)). En plus de ces infrastructures considérées comme lourdes, il existe des infrastructures légères dont 30 polycliniques (07 à la daïra d'Ain Temouchent ,02 à la daïra d'El Maleh, 03 à la daïra d'El Amria, 03 la

daïra de Hammam Bouhadjar ,05 la daïra d'Ain Larbaa, 05 à la daïra de Béni Saf ,02 à la daïra d'Oulhaça et 03 à la daïra d'Ain Kihal) et 94 salles de soins.

Aussi, la wilaya d'Ain Temouchent est dotée de 03 maternités rurales; 03 centres d'hémodialyses; 15 unités d'urgence médicale; 04 unités de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires; 04 maisons pour les diabétiques; 03 centres intermédiaires de santé mentale; 01 centre intermédiaire de soins pour toxicomanes; 34 unités de dépistage et de suivi en milieu scolaire. L'activité de ces unités est assurée par 38 médecins (21 à plein temps et 17 à temps partiel), 34 chirurgiens-dentistes (17 à temps plein et 17 à temps partiel), 09 psychologues et 40 paramédicaux (23 à plein temps et 17 à temps partiel).

L'ensemble des structures du secteur public, fonctionnent avec 3756 fonctionnaires qui se répartissent en 316 médecins spécialistes dont 205 concentrés essentiellement dans les 02 hôpitaux du chef-lieu de la wilaya (60 %), 453 médecins généralistes, 140 chirurgiens-dentistes, 31 pharmaciens, 1584 paramédicaux dont 40% à Ain Temouchent, 22% à Béni Saf ,19% à Hammam Bouhadjar et 18% à El Amria. 1028 agents administratifs, techniques et de service et 245 agents vacataires.

La majorité des cabinets médicaux se trouve au niveau de la commune d'Ain Temouchent (48%) et Béni Saf (13 %).

La wilaya d'Ain Temouchent totalise 212 officines pharmaceutiques réparties sur les 28 communes de la wilaya, principalement les grands centres urbains, dont 31 officines publiques.

La wilaya compte au niveau de ses établissements sanitaires, 316 médecins spécialistes dont 205 actifs au niveau d'Ain Temouchent, 453 médecins généralistes, 140 dentistes, 31 pharmaciens et 1584 agents paramédicaux. Il est à signaler que d'autres infrastructures sanitaires sont en cours de réalisation (un hôpital de 60 lits à El Amria, un hôpital de

60lits à Ain Larbaa, une maternité à Ain Temouchent et 02 polycliniques (M'Saïd et Oued Sebbah).

Concernant le secteur sanitaire privé, il est représenté par : Un centre d'hémodialyse, 72 cabinets de médecins spécialistes, 69 cabinets de médecine générale, 38 cabinets de chirurgie dentaire, 128 offices pharmaceutiques et 10 salles de soins tenues par des paramédicaux.

II. Méthodologie L'enquête de terrain

1. Source des données

Pour mieux comprendre le profil et les trajectoires des femmes devenues mère à partir de 35 ans nous avons opté pour une enquête de terrain au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent qui a touché les femmes mariées ayant eu des enfants à partir d'un âge tardif (35 ans et plus).

2. Méthodologie

Ce travail s'appuie sur une méthodologie descriptive et analytique. L'enquête a touché les deux milieux urbain et rural. La sélection des unités de l'échantillon (des enquêtées) s'est faite comme suit:

À la première étape, nous nous sommes déplacées au niveau des trois maternités publiques et des deux cliniques privées situées dans la wilaya d'Ain Temouchent. Mais comme nous ne pouvons pas obtenir des informations sur les femmes qui ont eu des enfants pour la première fois à partir de l'âge de 35 ans, nous avons opté à une autre méthode qui consistait à chercher nos enquêtées au niveau des différentes communes de la wilaya à travers nos connaissances, la famille, les amis, les cabinets de gynécologie, les cliniques d'accouchement privées et publiques.

La population féminine en âge de procréer (15-49 ans) a atteint 122.242 de femmes soit 28,3% de la population totale de la wilaya.

La population féminine en âge de procréer (35-49 ans) mariée a atteint 43.679 de femmes soit 36% de la population féminine en âge de procréer totale de la wilaya.

3. L'enquête dans les lieux d'accouchement

La wilaya d'Ain Temouchent comprend un hôpital mère et enfant au niveau de la daïra d'Ain Temouchent, deux maternités dans les communes Béni safet hammam Bouhdjar et deux cliniques privées «Dar Chifa Ouslim » et « Ibn Sina » dans la commune d'Ain Temouchent.

3.1 - Description des lieux d'accouchements :

3.1.1 - Hôpital mère et enfant d'Ain Temouchent

L'établissement hospitalier spécialisé « Mère et enfant » spécialisé en obstétrique, gynécologie et pédiatrie, a été fonctionnel en 2007. Il couvre généralement 08 daïras, dont 28 communes.

L'hôpital spécialisé en obstétrique, gynécologie et pédiatrie est composé de trois (03) départements qui sont structurés en bureaux, chaque département comprenant de deux à trois bureaux, et ce règlement est mis en œuvre par une décision ministérielle conjointe entre le ministre de la santé, le ministre des finances et l'autorité en charge de la fonction publique.

L'Établissement Hospitalier Spécialisé « Mère et Enfants » comporte plusieurs services, à savoir :

- Service pédiatre
- Service génécologie et accouchement
- Service des nouveau-nés
- Service des intérêts économiques
- Service des activités de santé
- Service de santé mère et enfant

Au plan personnel médical l'établissement hospitalier spécialisé « Mère et Enfants » d'Ain- Temouchent dispose de 127 lits avec dix (10) médecins spécialistes en gynécologie, six (06) médecins spécialistes en réanimation ,six (06) médecins pédiatres et quarante (40) sages-femmes.

3.1.2- Clinique Dar ChifaOuslim

Établissements Hospitaliers Privés (Cliniques Et Centres De Soins Spécialisés) Créée en 2017, Cette clinique médicochirurgicale est la première de la ville de " Ain Temouchent "

Activités à but lucratif relatives à l'hospitalisation en cliniques, centres, maisons de santé spécialisées (rééducation fonctionnelle ...) et fourniture de soins divers, Réalisation d'examens et d'analyses médicales, Activités de médecine générale.

3.1.3 - Clinique Machfa Ibn Sina

C'est un centre chirurgical créé en 2018, spécialisé en gynéco-obstétrique et accouchements, chirurgie générale, ophtalmologie, imagerie médicale, laboratoire d'analyses et la radiologie

3.2- Caractéristiques des femmes qui ont accouché à partir de 35 ans:

Tableau n° 39 : Caractéristiques des femmes qui ont accouché à partir de 35 ans en 2019 selon les établissements

Lieux d'accouchements	E.P.H Ain Temouchent	Maternité Béni Saf	Maternité hammam Bouhadjar	Clinique Ouslim	Clinique Ibn Sina	Total
Nombre des accouchements en 2019	5630	576	580	761	805	8352
Nombre des accouchements à partir de 35 ans en 2019	1610	327	154	185	258	2534
Proportion des	30	57	27	24	32	30%

accouchements à partir de 35 ans en 2019(%)						
	Groupe d'âge					
35-39	1154	234	123	144	172	35-39
40-44	438	83	29	39	72	40-44
45-59	18	10	2	1	14	45-59
Total	1610	327	154	185	258	Total
	Type d'accouchement					
Accouchement normal	1040 (65%)	192 (59%)	138 (89%)	32 (17%)	56 (21%)	1458 (58%)
Accouchement par césarienne	570 (35%)	135 (41%)	16 (11%)	153 (83%)	202 (78%)	1076 (42%)
Total	1610	327	154	185	258	2534

Source : Calcul personnel à partir des registres d'enregistrement de l'année 2019 de chaque établissement enquêté

La wilaya d'Ain Temouchent enregistré durant l'année 2019, 8352 accouchements répartis dans cinq établissements sanitaires situant dans la wilaya, dont 2534 accouchements à partir de 35 ans, soit une proportion de 30%.

L'établissement hospitalier spécialisé « Mère et Enfants » a enregistré le grand nombre d'accouchements en 2019, soit 65% par rapport aux autres établissements de la wilaya, sachant que cet établissement accueille aussi les femmes d'autres daïras (Béni-Saf, Hammam-Bouhadjar, El- Amria et Ain-El-Arbaa) relevant de la wilaya d'Ain Temouchent et que la maternité de Hammam Bouhadjar n'a commencé les opérations chirurgicales (césarienne) qu'à partir du mois d'octobre 2019.

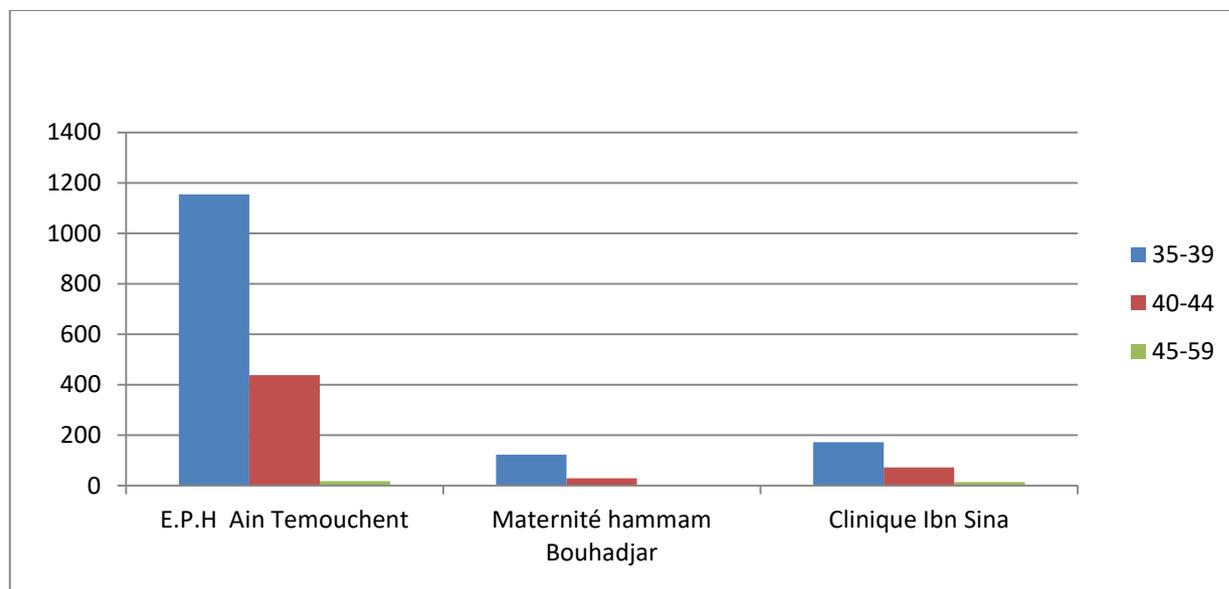
La clinique Ouslim a enregistré 761 accouchements, dont 185 appartenant à des femmes mariées ayant accouché à partir de 35 et plus,

soit une proportion de 24 %. Parmi ces femmes, 153 ont accouché par césarienne, tandis que 32 femmes ont accouché par voie normale, dont 7 cas ont choisi l'accouchement sans douleur. L'enquête a montré que cette clinique a enregistré pour la première fois au cours de l'année 2019 l'accouchement d'une femme âgée de 46 ans.

La clinique Ibn Sina enregistré 805 accouchements, dont 258 appartiennent à des femmes mariées âgées de 35 ans et plus, soit une proportion de 32 %.

Selon les données du tableau n°39, les deux cliniques privées ont marqués un nombre très important des accouchements par césarienne par rapport au nombre des accouchements normaux, alors que ces derniers représentent la majorité dans les maternités étatiques que les cliniques privées.

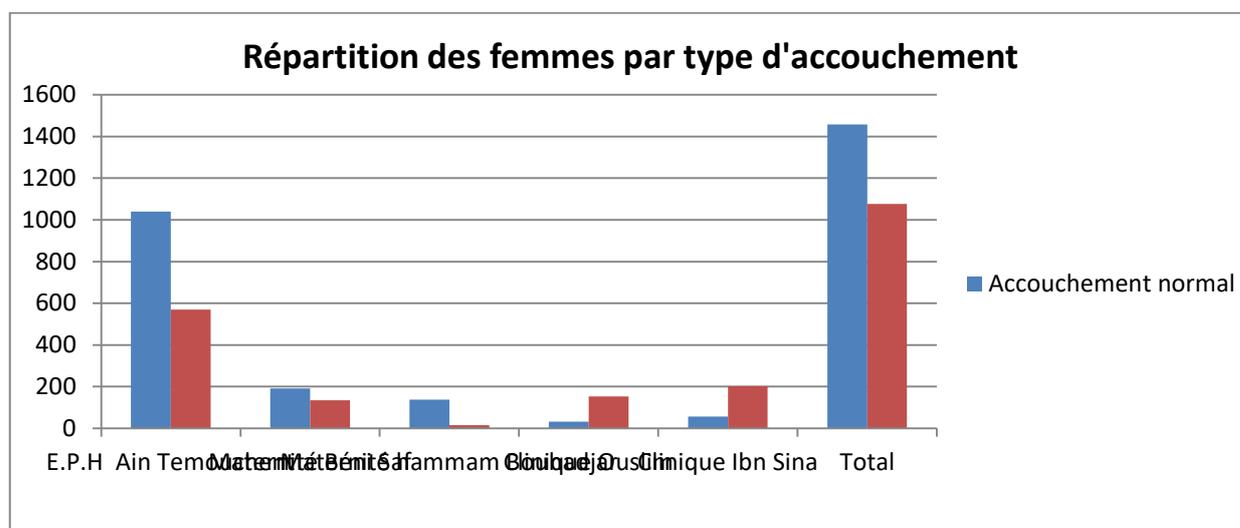
Figure n° 10 : Répartition des femmes accouchées à partir de 35 ans par Groupes d'âges en 2019



Source : Données du tableau n°39

Selon la figure n°10, 78% des femmes mariées âgées entre 15-49 ans ayant eu des enfants entre le groupe d'âges 35-39 ans, avec un âge moyen à la maternité de 37 ans et un écart type de 1,9.

Figure n° 11: Répartition des femmes accouchées à partir de 35 ans selon le type d'accouchement en 2019



Source : Tableau n°39

4- l'enquête sur les femmes ayant eues des enfants à partir de 35 ans pour la première fois

4.1- Champ de l'enquête

Le champ couvert par l'enquête regroupe l'ensemble des femmes mariées âgées entre 15 et 49 ans ayant des enfants à partir de 35 ans résidentes dans différentes communes de la wilaya d'Ain Temouchent.

4.2- Détermination de cadre et taille de l'échantillon

Dans cette recherche, la population étudiée est représentée par les femmes mariées ayant eu des enfants à partir de 35 ans résidentes dans la wilaya d'Ain Temouchent. Cette étude a été menée du début du deuxième trimestre de l'année 2018 jusqu'à la fin de l'année 2020. Cette longue durée s'explique par deux éléments; le premier revient à la difficulté de trouver des femmes âgées de plus de 35 ans. Par contre, le second élément est lié à l'arrivée du COVID-19 et toutes les conséquences qu'elle a générées (le confinement).

L'échantillon intentionnellement a été choisi, dans lequel le chercheur sélectionne ces unités pour servir les objectifs de son étude. Cet

échantillon a été choisi pour plusieurs raisons, dont la difficulté du sujet étudié et le fait que la société soit informelle. De sorte que l'échantillon contenait un groupe de femmes en retard de grossesse, et leur nombre atteignait 50 femmes.

L'enquête du terrain a été réalisée auprès d'un échantillon de 50 femmes âgées entre 35- 49 ans mariées ayant eu des enfants à partir de 35 ans, réparties dans les 28 communes de la wilaya d'Ain Temouchent (Tableau n° 40)

Tableau n° 40 : Répartition de l'échantillon par commune

communes	Nombre des femmes enquêtées
Ain.Temouchent	15
Sidi Ben Adda	2
El Malah	2
Terga	0
Chaabat	1
O.Kihal	0
El Amria	4
Bouzedjar	3
Ouled.Boudjemaa	0
M'said	1
Hassi.ElGhella	2
Hammam.Bouhadjar	1
Oued.Berkeche	1
Chentouf	2
Hassasna	0
Ain Arbaa	1
Tamazoura	1
Sidi.Boumediene	1
Oued Sebbah	1
Beni Saf	3
Sidi Safi	2
Emir A.E.K	2
Oulhaça	1
Sidi.Ouriache	1
Ain Kihal	1
Aghlal	2
Ain Tolba	0
Aoubellil	0

<i>TOTAL</i>	50
--------------	-----------

4.3 - Élaboration du questionnaire

Le questionnaire conçoit quatre grands axes :

-1er axe: Identification de l'enquêtée : comporte 03 questions à savoir l'âge, la commune où elle réside, et si c'est au milieu rural ou urbain.

-2ème axe: Caractéristique socio-économique: comporte 21 questions dans différents domaines tels que l'éducation, la profession des deux conjoints, des informations sur le mari, la grossesse et les enfants

-3ème axe: Les trajectoires féminines. Cet axe se repartie en trois segments à savoir l'expérience de la grossesse (9 questions), l'état de la femme pendant la grossesse (26 questions), et son état pendant l'accouchement (12 questions).

-4ème axe: Les soins post-nataux. Ce dernier axe traite le suivi de la femme après l'accouchement. Il totalise 28 questions, dont des questions ouvertes qui renseignent sur les expériences et les trajectoires des femmes dans le champ de la grossesse, la maternité tardive et la valeur de l'enfant dans le contexte algérien.

4.4 - L'analyse des données:

L'opération de l'analyse des données a été réalisée en utilisant le logiciel de traitement des données SPSS (**S**ocial **P**ackage For **S**cience **S**ocial) version 20, après avoir introduit toutes les informations.

Deuxième partie : Présentation des résultats de l'enquête

1. Caractéristiques sociodémographiques de la femme:

Sur les 50 femmes enquêtées, 66% sont âgées entre 40 et 49 ans au moment de l'enquête. Avec un âge moyen de 43,8 ans et un écart type de 5,85, l'âge modal des enquêtées est de 41 ans.

Pour le niveau d'instruction, l'enquête a montré que 42% des femmes enquêtées âgées entre 40 et 45 ans ont un niveau supérieur. Par contre, celles qui n'ont aucun niveau d'instruction ou le niveau primaire ne représentent que 1%. Cette différence entre les deux groupes confirme la présence d'une relation positive entre le niveau d'instruction et la maternité tardive.

La part des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire représente 48,2%. Chez les femmes, suivre des études supérieures les pousse à retarder leur mariage et de ce fait leur maternité. Dans la société algérienne ainsi que dans la majorité des sociétés arabes, l'homme préfère se marier avec une femme jeune, quel que soit son âge. S'ajoutant à ceci, les conditions socioéconomiques qui obligent les jeunes à se marier de plus en plus tard.

L'enquête a montré aussi que les deux tiers de l'échantillon résident dans le milieu urbain ou semi-urbain, dont la totalité sont instruites (94%) avec 70 % avec un niveau supérieur et seulement 6% avec un niveau d'instruction primaire ou aucun. 16% des femmes enquêtées résidentes dans le milieu rural ont un niveau supérieur et 2% ont un niveau primaire.

En ce qui concerne la situation matrimoniale, 98% des enquêtées vivaient en couple (mariées) au moment de l'enquête, contre une seule femme divorcée. 78% des femmes ont un emploi rémunéré. 41,9% des femmes qui travaillent dans le secteur public sont âgées entre 40 et 44 ans. Au cours de ces deux dernières décennies, le comportement des

femmes a changé. Elles préfèrent suivre ces études supérieures sur de longues années, comparées à leurs homologues des années soixante-dix et quatre-vingt.

Il n'est pas rare que le parcours professionnel de la femme la pousse à remettre à plus tard son projet de mariage et, ainsi, de maternité.

Tableau n° 41 : Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques

		Groupe d'âge						
		35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 et plus	Total
Niveau d'instruction	Primaire %	0	2	0	0	0	0	2
	Moyen %	4	0	0	0	0	2	6
	Secondaire %	2	0	4	2	2	0	10
	Supérieur %	12	42	18	6	4	0	82
	Total %	18	44	22	8	6	2	100
Situation individuelle	Exerce un travail %	10	36	22	4	6	0	79
	Femme au foyer %	8	6	0	0	0	2	16
	A déjà travaillé %	0	2	0	2	2	0	6
	Total %	18	44	22	6	8	2	100
Milieu de résidence	Urbain	10	24	12	4	2	2	54
	semi urbain	6	12	6	4	0	0	28
	Rural	2	8	4	0	4	0	18

	Total	18	44	22	8	6	2	100
Le lieu de travail	A domicile %	2.3	0	0	2,3	0	0	4.6
	Public %	11.6	41.9	25,5	7	7	0	93
	Privé %	0	2.3	0	0	0	0	2.3
	Total%	13.9	44.2	25.5	9.3	7	0	100
Secteur d'activité	Secteur de la santé %	2.4	4.7	2.4	2.4	0	0	11.9
	Secteur de l'industrie %	0	0	2.4	0	2.4	0	4.8
	Secteur de l'éducation %	0	4.7	11.9	4.7	2.4	0	23.7
	Secteur de la fonction publique%	9,5	35.7	9.5	2.4	2.4	0	59.5
	Total %	11,9	45.2	26.2	9.5	7.2	0	100
l'état matrimonial	Mariée %	18	44	20	8	6	2	98
	Divorcée %	0	0	2	0	0	0	2
	Séparée %	0	0	0	0	0	0	0
	Veuve %	0	0	0	0	0	0	0
	Total %	18	44	22	8	6	2	100

Source: résultat de l'enquête de terrain

2. Le mariage comme facteur explicatif de la maternité tardive

-L'âge au 1er mariage :

Selon la littérature nationale, le mariage dans la société algérienne a observé de profonds changements dus à plusieurs facteurs, dont la scolarisation et l'activité féminine. Les femmes algériennes se marient de plus en plus tard. L'enquête a montré que 94% des femmes enquêtées

sont à leur première union, dont 98 % se sont mariées pour la première fois à 35 ans. L'âge moyen des enquêtées au premier mariage est de 34 ans, avec un écart type de **5,8**. Ce dernier dépasse largement l'âge moyen au premier mariage enregistré au niveau national au cours de l'année 2019, qui était de 30 ans.

44% des femmes enquêtées se sont mariées à partir de 35 ans, ce qui, confirme le recul de l'âge de la première maternité et, de ce fait, la fréquence des maternités tardives. En Algérie, les études (Mebtoul, 2012, Desfort, 1994, Hachem, 2012...) ont montré que plusieurs facteurs ont une influence sur le comportement féminin vis-à-vis du mariage et de la fécondité tels que l'emploi, la scolarisation et l'urbanisation. Les données de l'enquête confirment cette situation puisque (82%) des femmes ont un niveau d'instruction supérieur, (79%) ont un emploi rémunéré et (82%) résident dans le milieu urbain. Ces facteurs poussent les femmes à se marier de plus en plus tard.

Il faut noter que l'âge moyen à la maternité n'avait cessé d'augmenter depuis le milieu des années 1980, pour atteindre 31.4 ans en 2019 (ONS.2019). Un peu plus de la moitié des femmes enquêtées ont eu leur premier enfant entre 35-39 ans (56%), avec un âge moyen à la maternité de 36,7 ans et un âge modal de 36 ans. Comparé à l'âge moyen au mariage, une différence d'environ 2 points est enregistrée. Cela veut dire qu'en moyenne, les femmes qui se sont mariées à partir de 35 ans ont mis deux ans pour enfanter. Cette proportion passe à seulement 8% chez les femmes du groupe d'âge 40-44 ans, qui s'explique principalement par la baisse de la fécondité jusqu'à l'âge de la ménopause. Ces données montrent que l'âge moyen à la maternité est étroitement lié à l'âge au mariage, de sorte que plus la femme se marie tardivement, plus l'âge à la maternité augmente.

Parmi les 50 femmes enquêtées, 94% sont à leur première union. L'enquête a montré que le remariage féminin (chez la femme) n'est pas fréquent dans notre société et de ce fait, ce n'est pas un facteur explicatif de la maternité tardive, contrairement au primo mariage tardif.

Se marier à un âge tardif (35 ans ou plus) représente scientifiquement un facteur principal à effet négatif sur la maternité. Il est connu dans la littérature médicale que la fertilité chez la femme diminue avec l'âge. Elle commence à baisser à partir de 35 ans.

Tableau n° 42 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction et l'âge au premier mariage

		Groupe d'âge						
		35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 et plus	Total
Niveau d'instruction	Primaire %	0	2	0	0	0	0	2
	Moyen %	2	0	4	0	0	0	6
	Secondaire %	0	0	2	2	4	2	10
	Supérieur %	0	4	14	26	30	8	82
	Total %	2	6	20	28	34	10	100
leur premier mariage	oui %	14	42	22	8	6	2	94
	non %	4	2	0	0	0	0	6
	Total%	18	44	22	8	6	2	100
Age à la maternité	Nombre	33	16	1	00	00	00	50
	%	66	32	2	00	00	00	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

L'augmentation de l'âge au mariage a des effets marqués, surtout sur la baisse de la fécondabilité et sur l'augmentation des risques d'avortement spontané.

L'enquête a montré que 85% des femmes interrogées n'ont eu qu'un seul enfant, tandis que 12% ont eu deux enfants. Ceci s'explique par la diminution de la fécondabilité après 35 ans.

Tableau n° 43: Répartition des enquêtées selon le nombre et le sexe de leur premier enfant

Nombre d'enfants (Ans)	Nombre des femmes selon le sexe de l'enfant			
	Filles	%	Garçons	%
0	16	36	14	29.1
1	24	44.0	20	41.7
2	6	12.0	12	25.0
3	4	8.0	2	4.2
Total	50	100	48	90.9

Source: résultat de l'enquête de terrain.

- Le remariage de la femme

Le remariage chez la femme est un phénomène qui existait dans la société algérienne depuis des siècles. La religion musulmane permet à la femme après un divorce ou un veuvage de se remarier. Ce droit religieux est confirmé par la loi algérienne.

Selon les données de l'enquête sur les 50 femmes enquêtées seulement 8% (6 femmes) ont contracté un deuxième mariage, dont 20% avec des enfants de leur première union.

Tableau n° 44: Répartition des enquêtées selon leur âge au remariage

	Effectif	%
Avant 35 ans	1	12,5
Après 35 ans	3	37,5

Total des femmes remariées	4	50
Total	08	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

Les données de l'enquête ont montré que se marier tardivement (au-delà de 35 ans) ne veut pas dire forcément que c'est se marier avec un homme déjà marié, contrairement à ce qui a été expliqué dans la littérature sur le retard de l'âge au mariage chez les femmes algériennes, puisque 80% des enquêtées ont des conjoints à leur première union.

Tableau n° 45: Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants après le remariage et l'âge de la femme au deuxième mariage

	A quel âge vous êtes remariée		Total
	avant 35ans	après 35 ans	
Fille	0	1	1
Garçon	1	2	3
Total	1	3	4

Source: résultat de l'enquête de terrain.

-Caractéristiques du conjoint :

- Ecart d'âge entre les deux conjoints:

Tableau n° 46: Répartition des enquêtées selon l'écart d'âge avec leur conjoint

Écart d'âge	Effectif	%
Moins 2ans	1	2
De 2 à 5	36	72
De 6 à 10	4	8
11 et +	9	18
Total	50	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

L'âge moyen des époux est de 49.1 ans, avec un écart type de 6,79. Près des trois quarts des femmes enquêtées (74 %) sont plus jeunes que

leurs époux, avec une différence moyenne de 5 ans. Parmi ces femmes, 2% ont un écart d'âge avec leurs époux inférieur à deux ans et 26% ont un écart largement supérieur à 5ans, dont 18 % enregistrent un écart d'âge avec leurs époux de 11 ans et plus. Il faut signaler que dans la société algérienne, il est rare que la femme se marie avec un homme plus jeune qu'elle.

- La situation individuelle du conjoint :

Tableau n° 47: Répartition de l'échantillon selon la situation individuelle du conjoint et l'âge de la femme

Groupe d'âge	situation individuelle du conjoint			Total %
	Exerce un travail %	Chômeur %	Autre %	
35-39	18	0	0	18
40-44	42	0	2	44
45-49	18	0	4	22
50-54	8	0	0	8
55-59	6	0	0	6
60 et plus	2	0	0	2
Total	94	0	6	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

Selon l'enquête, chez 6% des femmes enquêtées, leurs conjoints sont en retraite. Par contre, dans le reste de l'échantillon, leurs conjoints exercent un travail rémunéré.

Il est également fréquent que des couples attendent d'avoir trouvé une stabilité professionnelle et financière avant de concevoir un enfant.

-La polygamie du conjoint :

La polygamie est un droit reconnu par la religion musulmane. Elle autorise l'homme à épouser jusqu'à quatre femmes. Ce droit religieux est confirmé par la loi algérienne.

En Algérie, le mariage a observé un recul considérable au cours de ces dernières décennies suite à plusieurs facteurs tels que le changement des mentalités, le niveau de vie, la fréquence des relations sexuelles hors mariage, etc.

Sur les 50 femmes enquêtées, 10 femmes (20%) ont déclaré que leur conjoint avait déjà une femme au moment de leur mariage, dont 80% ayant aussi des enfants.

Tableau n° 48: Répartition des enquêtées selon le remariage de leur conjoint

			Effectif	%
Le remariage du conjoint		Oui	10	20
		Non	40	80
		Total	50	100
l'enfantement de leur conjoint		Oui	8	80
		Non	2	20
		Total	10	100
Nombre d'enfants selon le sexe	Fille	1	3	6
		2	4	8
	Garçon	1	4	8
		2	2	4

Source: résultat de l'enquête de terrain.

3 - Maternité tardive

La plupart des femmes enquêtées ont eu leurs premiers enfants tardivement (après l'âge de 35 ans) soit 74 %, avec un âge moyen au premier accouchement de 35,58 ans et un écart type de 4,95.

Tableau n° 49: Répartition de l'échantillon selon l'âge à la première maternité

Nombre des enfants	Effectif	%
avant l'âge de 35 ans	10	20
Après l'âge de 35 ans	40	80
Total	50	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

Plusieurs études (Prioux, 2005) ont montré que la hausse des maternités dites tardives, ces vingt à vingt-cinq dernières années, fait partie de façon générale du décalage du calendrier de la fécondité, et ce décalage découle notamment du retard à la naissance du premier enfant, qui a considérablement augmenté depuis vingt ans (Pison, 2010), et se répercute sur l'âge moyen à la naissance des enfants de chaque rang.

Parmi les enquêtées, 20 % ont eu leur premier enfant avant l'âge de 35 ans; le reste de la population enquêtée (80 %) a eu leur maternité à partir de 35 ans.

Selon l'âge de la première maternité, une proportion très importante des femmes enquêtées exerce une activité rémunérée, soit 78%, dont la plus part a eu leur premier enfant après l'âge de 35 ans (56%).

Tableau n° 50: Répartition de l'échantillon selon l'âge à la première maternité, l'activité et le niveau d'instruction de la femme

		L'Age à la première maternité				
		25-29	30-34	35-39	40-44	Total
Etat individuel de la femme	Exerce un travail	6	5	21	7	39
	Femme au foyer	2	0	5	1	8
	Déjà travaillée	0	0	2	1	3
	Total	8	5	28	9	50
Niveau d'instruction	Primaire	0	0	1	0	1
	Moyen	1	0	2	0	3
	Secondaire	0	0	3	2	5
	Supérieur	7	5	22	7	41
	Total	8	5	28	9	50

Source: résultat de l'enquête de terrain.

82% de ces femmes ont un niveau d'instruction supérieur. L'enquête nous a permis de dire que le niveau d'instruction et l'activité professionnelle sont des facteurs déterminants du recul de l'âge du 1er mariage et ainsi de la maternité.

Tableau n° 51: Répartition de l'échantillon selon l'âge à la dernière maternité, l'activité et le niveau d'instruction de la femme

		l'âge à la dernière maternité			
		35-39	40-44	45-49	total
Etat individuel de la femme	Exerce un travail	22	15	2	39
	Femme au foyer	6	1	1	8
	Déjà travaillée	2	0	1	3
	Total	30	16	4	50
Niveau d'instruction	Primaire	1	0	0	1
	Moyen	2	0	1	3
	secondaire	2	3	0	5
	Supérieur	25	13	3	41
	Total	30	16	4	50

Source: résultat de l'enquête de terrain.

L'enquête a montré aussi que les deux tiers des femmes enquêtées 2/3 ont eu leurs derniers enfants dans la tranche d'âge 35-39 ans, avec un âge moyen de 39,30 ans et un écart type de 3,11. Seulement 8% des femmes ont eu leurs derniers enfants dans la tranche d'âge 45-49, sachant que théoriquement, la fécondité chute du fait de la réduction de la fertilité féminine jusqu'à l'apparition de la ménopause.

L'âge de la femme reste un facteur critique et qui joue un rôle déterminant dans la procréation.

Les travaux de BENABED Aicha (2010, 2018) sur l'infécondité et la procréation médicalement assistée en Algérie montrent bien la place de l'âge dans la procréation naturelle ou artificielle.

Tableau n° 52: Répartition de l'échantillon selon l'âge à la première et la dernière maternité

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Quel était votre âge à la première maternité	25	44	35,58	4,957
Quel était votre âge à la dernière maternité	35	48	39,30	3,118

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

4- Contraception

50 % des femmes enquêtées ont utilisé une méthode de contraception juste après le mariage, dont la plupart d'entre elles ont recouru à des méthodes modernes. La pilule demeure la méthode la plus utilisée, avec une proportion de 96 % selon les données de l'enquête. 4 % des femmes enquêtées utilisent le stérilet.

En Algérie, la pilule a toujours été la méthode la plus utilisée par les algériennes. Ceci s'explique par la facilité de son obtention et son utilisation ou son coût réduit ou même gratuit pour quelques-unes.

Les autres méthodes, telles que la stérilisation féminine, la contraception injectable, le préservatif féminin et l'implant, ne semblent pas attirer l'intérêt des enquêtées.

Tableau n° 53: Répartition de l'échantillon selon l'utilisation des méthodes contraceptives, le type de la méthode, le moment de l'utilisation, la cause et suite à une consultation avant la grossesse

		Effectif	%
l'utilisation des méthodes contraceptives	Oui	25	50
	Non	25	50
	Total	50	100
le type des méthodes contraceptives utilisées	Pilule	24	96
	Autre (Stérilet)	1	4
	Total	25	100
Moment de l'utilisation des méthodes contraceptives	Avant la première grossesse	4	18.5
	Après la première grossesse	21	81.5
	Total	25	100
La cause de l'utilisation avant la première grossesse	Pour ne pas avoir des enfants	2	50
	Pour tester le mariage	2	50
	Total	4	100
L'utilisation suite à une consultation	Oui	10	40
	Non	15	60
	Total	25	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

Parmi les 50% de femmes enquêtées utilisant la contraception, seulement 18% déclarent avoir utilisé un moyen contraceptif avant la première grossesse. Ce comportement a été expliqué par les enquêtées, d'une part pour pouvoir mieux connaître leur époux et se familiariser avec la nouvelle situation matrimoniale, et d'autre part, leur situation professionnelle et sociale (travail, logement,...) les a obligé de retarder l'enfantement.

Se marier tardivement (35 ans et plus), pousse le couple et particulièrement la femme à enfanter rapidement et donc, à ne pas se précipiter vers l'utilisation de la contraception (82%), sauf après la naissance du premier enfant.

Tableau n° 54: Répartition de l'échantillon selon l'utilisation de la contraception, la méthode choisie, le motif de la non utilisation, le choix individuel de la prise et le motif du choix après l'accouchement

		Effectif	%
L'utilisation de la contraception après l'accouchement	Oui	35	70
	Non	15	30
	Total	50	100
la méthode de la contraception choisie après l'accouchement	Pilule	24	69.4
	allaitement prolongé	4	11
	méthode de calendrier	2	5.7
	Stérile	1	2.9
	Indéterminé	4	11
	Total	35	100
Le motif du non utilisation de la contraception après l'accouchement	pour avoir un autre enfant	5	33
	problèmes de santé	4	27
	complications après la grossesse	5	33
	pour l'allaitement	1	7
	Total	15	100
le choix individuel de la prise de la contraception après l'accouchement ou non	Oui	21	42
	Non	29	58
	Total	50	100
le motif de leur choix	pour ne pas retomber enceinte	12	60
	à cause de la césarienne	9	40
	Total	21	100

Source: résultat de l'enquête de terrain

Après le premier accouchement, les femmes se distinguent entre celles qui choisissent d'allaiter son nouveau-né, et de ce fait, l'allaitement

est considéré comme un moyen contraceptif naturel, et celles (70%) qui ont préféré adhérer à un moyen contraceptif par peur d'une nouvelle grossesse rapprochée ou d'un accouchement mal vécu (césarienne, forceps), ou d'un mauvais état de santé et des complications d'une grossesse. Par contre, 33% des femmes ont déclaré avoir une préférence pour une autre grossesse avant d'être ménopausée.

Tableau n° 55: Répartition de l'échantillon selon la méthode de la contraception choisie après l'accouchement et le niveau d'instruction de la femme

		Niveau d'instruction				Total
		Primaire	Moyen	Secondaire	supérieur	
La méthode contraceptive	Indéterminé	0	1	0	3	4
	moyen contraceptif	0	0	3	21	24
	allaitement prolongé	0	1	0	3	4
	méthode de calendrier	0	0	1	1	2
	Autre	0	0	0	1	1
Total		0	2	4	29	35

Source: résultat de l'enquête de terrain.

5 -Le décès de l'enfant

Il est connu dans le domaine de la santé que la fécondité tardive a des conséquences sur la santé de la femme et celle du nouveau-né. L'enquête a montré que parmi les enquêtées ayant eu une maternité tardive, une femme seulement a déclaré avoir perdu son nouveau-né (0,3%).

La cause principale du décès du nouveau-né cité par l'enquêtée est la négligence du corps médical et paramédical, selon le certificat du décès.

Tableau n° 56: Répartition de l'échantillon selon les enfants décédés

	Effectif	%
Oui	1	0.3
Non	39	9.7
Total	40	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

6 -Grossesse Tardive

La majorité des femmes enquêtées ayant eu des enfants tardivement sont âgées de 36 ans et 38 ans (24% et 26% respectivement), par rapport aux femmes âgées de 35 ans (8%) et après 40 ans, avec un âge moyen de 38.56 ans et un écart type de 2.92. Ceci s'explique par la diminution de la fécondité dès l'âge de trente ans, pour devenir quasi nulle après quarante-cinq ans. Ce qui prouve aussi que la cause principale d'une grossesse tardive est le mariage tardif, comme disait, Evelyne Sullerot, l'âge de la femme à sa première maternité dépendait étroitement de l'âge au mariage des filles, lequel variait notablement selon les pays, les régions et les milieux sociaux.

Tableau n° 57: Répartition de l'échantillon selon l'âge de la mère à la grossesse tardive

Âge	Effectifs	%
35	4	8
36	12	24
37	3	6
38	13	26
39	3	6
40	4	8
41	2	4
42	4	8
43	2	4
45	2	4
48	1	2
Total	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

36% des femmes enquêtées ont eu des grossesses tardives arrêtées avant terme, dont plus de la moitié avaient des fausses couches, ce qui est étonnant, car 50% de ces femmes ne savent pas la cause principale du décès. 28% parmi elles ont des problèmes de santé et 22% à cause du stress et de la fièvre.

Tableau n° 58: Répartition de l'échantillon selon que la femme a eu une grossesse qui a terminé avant le terme, le type et la cause de l'arrêt de cette grossesse

		Effectifs	%
Avoir eu une grossesse qui a terminé avant le terme	Oui	18	36
	Non	32	64
	Total	50	100
Le type d'arrêt	fausse couche	12	67
	mort-nés	4	22
	Autre	2	11
	Total	18	100
La cause d'arrêt	Fièvre	2	11.2
	problème de santé	5	27.8
	sans motif	9	50
	Stress	2	11.2
	Total	18	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

4.5.6.1 - Consultation avant grossesse

Les consultations avant une grossesse tardive peuvent être utilisée pour informer les femmes sur les risques et les symptômes aussi elles offrent d'importantes opportunités pour atteindre les femmes enceintes avec un certain nombre d'interventions qui sont essentielles pour leur santé et leur bien-être et celui de leurs bébés.

16% des femmes enquêtées avaient des interventions chirurgicales gynécologiques avant la grossesse tardive. La moitié de ces femmes avaient fait un curetage.

Tableau n° 59: Répartition de l'échantillon selon le fait d'avoir eu une intervention chirurgicale gynécologique et leur type

		Effectifs	%
Avoir eu une intervention chirurgicale gynécologique	Oui	8	16
	Non	42	84
	Total	50	100
Type de l'intervention chirurgicale gynécologique	Césarienne	3	37.5
	Curetage	4	50
	Polypes	1	12.5
	Total	8	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

Le nombre moyen de consultations des femmes enquêtées lors de la grossesse tardive est de 7,10. 50 % de ces femmes étaient à leur première grossesse tardive.

Tableau n° 60: Répartition de l'échantillon selon le nombre et la cause de la consultation lors de la grossesse tardive et le niveau d'instruction

		Niveau d'instruction				Total	
		Primaire	Moyen	Secondaire	Supérieur	Effectifs	%
Le nombre de consultation lors de la grossesse tardive	1	0	1	0	0	1	2
	3	0	1	1	6	8	16
	4	0	0	2	7	9	18
	5	0	0	1	1	2	4
	6	0	0	0	2	2	4
	7	0	0	0	1	1	2
	8	0	0	1	2	3	6
	9	1	0	0	8	9	18
	10	0	1	0	12	13	26
	15	0	0	0	2	2	4
	Total		1	3	5	41	50
La cause de la	grossesse difficile	1	1	0	12	14	28
	pour être	0	0	1	7	8	16

consultation lors de la grossesse tardive	tranquille						
	un control normal de suivi de la grossesse	0	1	4	22	27	54
	Autres	0	1	0	0	1	2
	Total	1	3	5	41	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain

Les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur, représentent la majorité des femmes ayant suivi leur grossesse chez un médecin soit 82%, dont 44% d'entre elles ont suivi dans le cadre d'un contrôle normal, tandis que celles ayant un niveau d'instruction entre le primaire et le secondaire ne représentent que 18%.

28% des femmes consultent un médecin à cause de leurs grossesses difficiles.

7 - les soins prénatals

Les soins prénatals donnent la chance de fournir des informations sur l'espacement des naissances, reconnu comme un important facteur dans l'amélioration de la survie du nouveau-né.

Il s'agit d'un suivi régulier dont le but est de réaliser un certain nombre de tests ou d'examen et de discuter du déroulement de la grossesse, du travail et de l'accouchement, aussi un moyen de s'assurer que les femmes enceintes accouchent effectivement avec l'assistance d'un intervenant qualifié en matière de santé. Dans le but de permettre de garantir que le bébé et la mère en bonne santé. De permettre aussi au

médecin ou sage-femme de détecter au plus tôt les éventuelles complications de la grossesse et d’y remédier.

Seulement 18% des femmes enquêtées ont bénéficié d’un suivi régulier, la majorité ayant un niveau d’instruction supérieur, recevant des soins prénataux de trois à six fois durant les neuf mois (3 à 6 fois).

Tableau n° 61: Répartition de l’échantillon selon les consultations prénatales et l’âge de la femme

		Avez-vous déjà fait des consultations prénatales		Total
		Oui	Non	
Age de la femme	37-30 ans	2	7	9
	40-44 ans	3	19	22
	45-49 ans	4	7	11
	50-54 ans	0	4	4
	55-59 ans	0	3	3
	60 -64 ans	0	1	1
	Total	9	41	50
niveau d’instruction de la femme	Primaire	0	1	1
	Moyen	1	2	3
	Secondaire	0	5	5
	Supérieur	8	33	41
	Total	9	41	50

Source: Résultat de l’enquête de terrain.

98% des femmes ayant bénéficié de soins prénatals ont déclaré que la principale raison était de s’assurer qu’elles étaient enceintes (53.4%) ou de vérifier l’état de santé du bébé (30%).

Tableau n° 62: Répartition de l’échantillon selon le fait d’avoir reçu des consultations prénatales au cours de la grossesse, leur nombre et la cause

		Effectifs	%
Avoir eu des consultations prénatales au cours de la grossesse	Oui	6	12
	Non	44	88
	Total	50	100
Nombre de	1	1	11

consultations prénatales au cours de la grossesse	2	2	22
	3	2	22
	4	1	11
	8	1	11
	10	2	22
	Total	9	100
la cause des consultations prénatales au cours de la grossesse	piques de tension	2	33
	réduire les risques	1	17
	problème du col	2	33
	Menace	1	17
	Total	6	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

L'enquête a montré que ce sont les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur qui consultent le plus. Le nombre de leurs consultations varie entre deux et dix.

Tableau n° 63: Répartition de l'échantillon selon le nombre de consultations prénatales et le niveau d'instruction

		Niveau d'instruction		Total
		Moyen	Supérieur	
Nombre de consultations prénatales	1	1	0	1
	2	0	2	2
	3	0	2	2
	4	0	1	1
	8	0	1	1
	10	0	2	2
Total		1	8	9

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

8 - Le Désir d'un enfant

Le désir d'un enfant, s'il n'est pas exclusivement féminin, concerne en premier lieu la femme, dans son corps, sa sexualité, son identité (Desjardins- Simon et Derbras, 2010). En effet c'est la femme qui subit les transformations physiques et psychologiques. Le désir tardif d'enfant

d'une femme s'explique par des raisons sociologiques évidentes (travail précaire, fragilité des unions,...etc.) (Claire Squire, 2010).

82% des femmes enquêtées désirent leur grossesse tardive, tandis que 18% des femmes n'ont pas désiré cette grossesse dont 14% ont un niveau d'instruction supérieur et 12% exercent un travail, soit à cause des problèmes familiaux (6%) ou des problèmes de santé (4%).

Tableau n° 64: Répartition de l'échantillon selon le désir de la grossesse tardive, et la cause de la maternité tardive

		Effectif	%
Avoir le désir de la grossesse tardive	Oui	41	82
	Non	9	18
	Total	50	100
la cause de la maternité tardive	Mariage tardif	32	64
	Travail	4	8
	Cause médicale	8	16
	Par erreur	3	6
	à la recherche d'un garçon	1	2
	à la recherche d'une fille	1	2
	Destin	1	2
	Total	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

Huit pour cent (8 %) des femmes déclarent que cette grossesse tardive est survenue par erreur. Certaines femmes, pensant être ménopausées et n'ayant plus le désir d'enfant, se retrouvent spontanément enceintes par surprise. Elles peuvent réagir de différentes manières, considérant la grossesse comme un imprévu bouleversant (SZEJER, 2010b; Tournaire, 2010).

Le modèle familial algérien se caractérise non seulement par un recul du mariage, mais aussi par une augmentation de l'âge au premier mariage pour les deux sexes.

L'augmentation du niveau de scolarisation féminine, l'emploi féminin, l'urbanisation, l'ouverture sur le monde extérieur et les crises économiques qui ont touché le niveau de vie de la population algérienne d'une façon directe ou indirecte ont poussé la femme à se marier un peu plus tard que ses homologues plus âgés.

82% des femmes enquêtées affirment que la première cause qui les ramène à une maternité tardive est le mariage tardif, suivi par les causes d'ordre médical (16%) et enfin la recherche soit d'une naissance féminine ou masculine (4%).

Tableau n°65: Répartition de l'échantillon selon la cause de ne pas désirer la grossesse tardive et l'âge de la femme, le niveau d'instruction et l'activité de la femme

	Problème de santé		Problème familiale		Survenue par erreur		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
35-39	0	0	2	100	1	25	3	33,33
40-44	2	66,7	0	0	1	25	3	33,33
45-49	1	33,3	0	0	1	25	2	44,44
50-54	0	0	0	0	0	0	0	0
55-59	0	0	0	0	0	0	0	0
60 et +	0	0	0	0	1	25	1	22,22
Total	3	100	2	100	4	100	9	100
Primaire	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyen	0	0	0	0	1	25	1	11,11
Secondaire	0	0	0	0	1	25	1	11,11
Supérieur	3	100	2	100	2	50	7	77,78
Total	3	100	2	100	4	100	9	100
Exerce un travail	3	100	2	100	1	25	6	66,67
Femme au foyer	0	0	0	0	3	75	3	33,33
Elle a déjà travaillé	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	100	2	100	4	100	9	100

Source: résultat de l'enquête de terrain.

9– Les complications de la grossesse

Même si, à partir de 35 ans, le taux de fécondité chute au-dessous de 10 % par cycle, une grossesse est toujours possible tant qu'il y a une ovulation (Bill Ledger, 2016). 56% des femmes enquêtées ont passé une grossesse tranquille sans avoir des complications alors qu'à cet âge, les grossesses sont cependant plus fragiles et les interruptions du développement de l'œuf, plus fréquentes.

44% des femmes enquêtées ont éprouvé des complications durant la période de la grossesse et la majorité ont été hospitalisées dans le secteur public et presque la moitié de ces femmes exercent un travail. Le premier écueil est entre les tranches d'âges 40-44 ans et 45-49 ans. Parmi les femmes qui ont éprouvé des complications durant la période de la grossesse, 55% avaient une menace, et 45% ont des problèmes de santé.

Tableau n° 66: Répartition de femmes ayant eu des complications durant la grossesse selon l'âge, le type de la complication, le nombre d'hospitalisation, le secteur d'hospitalisation et l'activité de la femme,

		Effectifs	%	
Femmes ayant éprouvé des complications durant la grossesse	35-39	Oui	4	44,44
		Non	5	55,56
		Total	9	100
	40-44	Oui	10	45,45
		Non	12	54,56
		Total	22	100
	45-49	Oui	5	45,45
		Non	6	54,56
		Total	11	100
	50 et plus	Oui	3	37,5
		Non	5	62,5
		Total	8	100
Total	Oui	22	44	
	Non	28	56	
	Total	50	100	
Type des complications durant la grossesse	Menace		12	55
	problème de santé		10	45

	Total		22	100
Le nombre d'hospitalisation à cause des complications durant la grossesse	1		6	54
	2		4	31
	3		2	15
	Total		12	100
Le secteur d'hospitalisé suite a une complication de la grossesse	Exerce un travail	Privé	0	0
		Public	8	16
		Total	8	16
	Femme au foyer	Privé	0	0
		Public	3	6
		Total	3	6
	Déjà travaillée	Privé	1	2
		Public	0	0
		Total	1	2
	Total	Privé	1	8
		Public	11	92
		Total	12	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

10 - L'accouchement :

La fécondité diminue à partir de 35 ans en raison de la baisse suite à la baisse de la fertilité féminine. Cependant, même si la fécondité n'est pas complètement absente, la grossesse après 35 ans comporte des risques pour la santé de la femme pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que pour celle du nouveau-né. Ces conséquences incitent les professionnels de la santé à sensibiliser les femmes aux dangers de la grossesse tardive et l'importance d'un suivi médical spécialisé. En effet, une grossesse après 35 ans est considérée comme à haut risque, nécessitant un suivi médical spécialisé et un accouchement dans une structure de santé qualifiée. L'enquête a montré que 74% des femmes suivaient chez un médecin spécialiste en gynécologie, dont deux tiers avaient un niveau d'instruction supérieur. En plus, 38% de ces femmes étaient âgées entre 40-44 ans.

Tableau n°67: Répartition l'assistance médicale pendant l'accouchement et le lieu d'accouchement selon le niveau d'instruction et l'âge de la femme

		Niveau d'instruction				Total
		Primaire	Moyen	Secondaire	supérieur	
Personne ayant assisté l'accouchement	Médecin gynécologue	1	1	4	31	37
	Sage femme	0	2	1	10	13
	Total	1	3	5	41	50
Lieu d'accouchement	Secteur public	1	1	5	30	37
	Secteur privé	0	1	0	11	12
	A domicile	0	1	0	0	1
	Total	1	3	5	41	50
L'âge de la femme						
		35-39	40-44	45-49	50 ans et plus	Total
Personne ayant assisté l'accouchement	médecin gynécologue	5	19	9	4	37
	sage femme	4	3	2	4	13
	Total	9	22	11	8	50
Lieu d'accouchement	Secteur public	5	20	8	4	37
	Secteur privé	4	2	3	3	12
	A domicile	0	0	0	1	1
	Total	9	22	11	8	50

Source: résultat de l'enquête de terrain.

Après l'âge de 35 ans, les accouchements par césarienne sont plus fréquents. Ce type d'accouchement présente des avantages dans certains cas, tant pour la mère que pour le bébé, et peut même sauver des vies. Cependant, comme toute intervention chirurgicale, une césarienne comporte des risques. La décision de pratiquer une césarienne généralement prise en fonction de l'état santé du bébé et de la mère.

Tableau n° 68: Répartition des femmes ayant accouché par césarienne selon la personne qui a pris la décision d'accoucher par césarienne, la cause du choix de la césarienne et les soins post- natal.

		Effectifs	%
Accouchement par césarienne	Oui	31	62
	Non	19	38
	Total	50	100
Personne ayant pris la décision d'accoucher par césarienne	Médecin	30	92
	Autre (sage-femme)	1	8
	Total	35	100
La cause de l'accouchement par césarienne	Des complications (col, siège, etc.)	8	23
	Maladies corniques	4	11
	Pour éviter le risque à cause de l'âge	17	49
	Autre	2	17
	Total	31	100
Soins post-natal	Oui	26	72
	Non	5	28
	Total	31	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

Dans 92% des cas ou une césarienne a été pratiquée, c'est le médecin qui a décidé de planifier l'intervention afin de protéger la santé du bébé ou de la mère. Dans les autres cas (8 %), c'est la sage-femme qui a pris la décision de recourir à une césarienne.

Parmi les 50 femmes ayant déclarés avoir accouché dans une structure de santé publique (74%), où les soins sont gratuits, ou dans un hôpital ou une clinique privée (24%), payante, plus de la moitié (62 %) de celles qui ont donné naissance à leur premier bébé après l'âge de 35 ans ont subi une césarienne. Cette proportion est considérée comme importante, mais pour une grossesse tardive, le recours à la césarienne est un acte normal. En effet, une grossesse est considérée comme à haut

risque, nécessitant une prise en charge particulière et un accouchement assisté. C'est pourquoi 98% de ces femmes ont choisi d'accoucher par césarienne, afin d'éviter les risques associés à la grossesse tardive.

Tableau n° 69: Répartition des femmes ayant accouché par césarienne selon l'âge de l'accouchement, le niveau d'instruction et le lieu d'accouchement

		L'accouchement par césarienne					
		Oui	%	Non	%	Total	%
L'âge de l'accouchement	35-39	21	77	14	74	35	70
	40-44	8	26	3	16	11	22
	45-49	2	8	2	10	4	8
	Total	31	100	19	100	50	100
Niveau d'instruction de la femme	Primaire	1	3	0	0	1	2
	Moyen	1	3	2	11	3	6
	Secondaire	4	13	1	5	5	10
	Supérieur	25	81	16	84	41	82
	Total	31	100	19	100	50	100
Lieu d'accouchement	secteur public	25	81	12	63	37	74
	secteur privé	6	19	6	32	12	24
	à domicile	0	0	1	5	1	2
	Total	31	100	19	100	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

Parmi les femmes enquêtées, 38% ont accouché par voie basse. Lors de ces accouchements, le recours aux forceps ou à une ventouse est

moins fréquent, ne concernant que 6% de ces femmes. De plus, 24% des femmes ayant accouché par voie basse ont nécessité une réanimation.

L'accouchement à domicile est quasiment nul, puisqu'une seule femme a accouché chez elle. Comme déjà mentionné, l'âge moyen des femmes accouchées tardivement est de 39 ans, avec un écart type de 2,9.

Tableau n°70: Répartition des femmes ayant accouché par voie basse selon le mode de délivrance (accouchement) et le fait d'être réanimé pendant l'accouchement

		Effectifs	%
Mode de délivrance	Arrivé normalement	18	94
	Utiliser les forceps/ ventouse	1	6
	Total	19	100
Être réanimée pendant l'accouchement	Oui	12	24
	Non	38	76
	Total	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

11 - Allaitement

L'allaitement au cours des premiers mois de la vie protège les enfants de l'infection et constitue une source idéale de nutrition. L'allaitement n'est pas seulement économique, mais il est sans danger. Malgré ces avantages cruciaux, son utilisation est peu optimale dans de nombreuses régions du monde. 68% des femmes enquêtées âgées de 35 ans et plus ont allaité leurs bébés naturellement, dont presque la moitié ont allaité jusqu'à 12 mois ou plus (47%), Un grand nombre d'enfants (35 %) n'ont pas été allaités au sein exclusivement ou suffisamment pendant les quatre premiers mois recommandés.

Tableau n° 71: Répartition des femmes qui ont allaité leurs bébés naturellement selon l'âge de la femme, le niveau d'instruction, l'activité de la femme et le type d'accouchement

		Oui	%	Non	%	Total	%
L'âge de l'accouchement	35-39	8	24	1	6	9	18
	40-44	10	29	12	75	22	44
	45-49	9	26	2	13	11	22
	50-54	3	9	1	6	4	8
	55-59	3	9	0	0	3	6
	60 et +	1	3	0	0	1	2
	Total	34	100	16	100	50	100
Niveau d'instruction	Primaire	0	0	1	6	1	2
	Moyen	3	9	0	0	3	6
	Secondaire	4	12	1	6	5	10
	Supérieur	27	79	14	88	41	82
	Total	34	100	16	100	50	100
Lieu de l'accouchement	Secteur public	26	76	13	81	39	78
	Secteur privé	6	18	2	13	8	16
	A domicile	2	6	1	6	3	6
	Total	34	100	16	100	50	100
Type d'accouchement	par césarienne	17	50	14	88	31	62
	par voie basse	17	50	2	13	19	38
	Total	34	100	16	100	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

Les mères subissent souvent des pressions pour passer aux préparations pour nourrissons. Douze pour cent (12%) des femmes préfèrent le biberon, ce qui peut contribuer à un ralentissement de la croissance et à la malnutrition en micronutriments. Les préparations pour nourrissons et autres substituts du lait maternel peuvent également mettre la vie de l'enfant en danger, notamment dans des environnements où les conditions d'hygiène et l'eau de boisson salubre ne sont pas facilement disponibles. Pourtant, 88% des femmes enquêtées connaissent les bienfaits de l'allaitement.

Tableau n° 72: Répartition des femmes qui ont allaité leurs bébés naturellement selon la durée de l'allaitement selon le niveau d'instruction et l'activité de la femme

		Durée de l'allaitement			
		de 01 mois à 04 mois	de 05 mois à 12 mois	plus de 12 mois	Total
Niveau d'instruction	Primaire	0	0	0	0
	Moyen	0	1	2	3
	secondaire	2	0	2	4
	Supérieur	10	5	12	27
	Total	12	6	16	34
l'activité de la femme	Exerce un travail	11	4	11	26
	Femme au foyer	1	2	3	6
	Déjà travaillée	0	0	2	2
	Total	12	6	16	34

Source: Résultat de l'enquête de terrain

Dans certains cas, il peut être dangereux même avec une préparation appropriée et hygiénique à la maison, en raison d'aliments périmés ou mal conditionnés et ou d'une autre contamination qui peut affecter des consommateurs ignorants.

Tableau n°73: Répartition des femmes ayant consulté des personnes pour l'allaitement selon le niveau d'instruction, le statut de ces personnes et leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement maternel

		Niveau d'instruction				Total
		Primaire	Moyen	Secondaire	Supérieur	
Consultation pour l'allaitement maternel	Oui	0	1	1	9	11
	Non	1	2	4	32	39
	Total	1	3	5	41	50
Le statut de la personne consulté	Médecin généraliste	0	0	0	3	3
	Médecin spécialiste	0	0	0	1	1
	Sage-femme	0	0	0	1	1
	Membre de la famille	0	1	1	2	4
	Autre	0	0	0	2	2
	Total	0	1	1	9	11
Connaissances des bienfaits de l'allaitement	Oui	1	3	5	34	43
	Non	0	0	0	7	7
	Total	1	3	5	41	50

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

Le travail de la femme peut être un obstacle à l'arrêt de l'allaitement, 28% des femmes qui ont allaité leurs bébés naturellement déclarent que la cause de l'arrêt est leur travail. 22% des femmes qui ont allaité leurs bébés naturellement déclarent qu'elles ont consulté une personne pour l'allaitement. 50% de ces personnes les ont encouragées pour recourir à l'allaitement maternel.

Tableau n° 74 : Répartition des femmes selon la cause de l'arrêt de l'allaitement

		Effectifs	%
Cause de l'arrêt	Travail	5	14
	Césarienne	7	21
	maladie chronique	2	6
	Autre	20	59
	Total	34	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

40% ont consulté un membre de famille, et 20% ont consulté un médecin généraliste. Seuls 10% ont consulté un médecin spécialiste ou sage-femme.

Tableau n° 75: Répartition de l'échantillon sur les biens fait de l'allaitement selon le niveau d'instruction et l'activité de la femme

		Bienfaits de l'allaitement		Total
		La santé du bébé	Éviter les douleurs de la poussée dentaire	
Niveau d'instruction	Primaire	1	0	1
	Moyen	2	1	3
	Secondaire	5	0	5
	Supérieur	27	7	41
	Total	35	8	50
L'activité de la femme	Exerce un travail	0	6	39
	Femme au foyer	6	2	8
	Déjà travaillée	2	0	3
	Total	35	8	50

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

12 - Les soins Post natal :

Le moment de la naissance et le moment qui suit immédiatement la naissance sont cruciaux car ils offrent une fenêtre d'opportunité pour des interventions salvatrices pour la mère et le nouveau-né. Chaque année dans le monde, environ 2,6 de millions de nouveau-nés meurent au cours du premier mois de leur vie, et la majorité de ces décès surviennent un jour ou deux après la naissance, correspondant également au moment où la majorité des décès maternels surviennent. (MICS6, 2019)

Tableau n° 76: Répartition des femmes ayant reçu des soins post-natals selon l'âge, le niveau d'instruction et l'activité de la femme

		Consultation post-natale		
		Oui	Non	Total
L'âge de la femme	35-39	2	7	9
	40-44	11	11	22
	45-49	4	7	11
	50 et plus	4	4	8
	Total	21	29	50
Niveau d'instruction	Primaire	0	1	1
	Moyen	1	2	3
	Secondaire	3	2	5
	Supérieur	17	24	29
	Total	21	29	50
l'activité de la femme	Exerce un travail	16	23	39
	Femme au foyer	2	6	8
	Déjà travaillée	3	0	3
	Total	21	23	50

Source: Résultat de l'enquête de terrain

Parmi les femmes enquêtées, 42% ont déclaré recevoir des soins prénatals, la plupart âgées entre 40-49 ans. Plus de la moitié de ces femmes (67 %) ont consulté un médecin gynécologue, dont 57% avaient un niveau d'instruction supérieur, tandis que seulement 33% ont consulté une sage-femme. En ce qui concerne les soins prénatals, 81% des femmes qui ont consulté avaient un niveau d'instruction supérieur, et 76% d'entre

elles exerçaient une activité professionnelle. Parmi les femmes enquêtées, 26% ont éprouvé des complications après l'accouchement, dont 39% étaient liées à des maladies chroniques et 61% à des hémorragies.

Tableau n° 77 : Répartition des femmes selon les complications éprouvées après la naissance et le type d'accouchement

		type d'accouchement		Total
		par césarienne	par voix base	
Complications après l'accouchement	Oui	10	3	13
	Non	21	16	37
	Total	31	19	50

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

La plus part de ces femmes ont consulté un médecin dans le secteur privé (près de 62%), tandis que seulement 23 % ont consulté à l'hôpital. Le recours la maternité et à la polyclinique était presque nul, avec seulement une femme ayant consulté dans chaque établissement.

Tableau n° 78: Répartition des femmes ayant consulté suite à une complication éprouvée après l'accouchementselon le type de la complication, la personne consultéet l'établissement de la consultation

		Effectifs	%
Type de complication	Maladies chroniques	5	39
	Hémorragie	8	61
	Total	13	100
Personne consultée	Gynécologue	8	61
	sage femme	5	39
	Total	13	100
L'établissement de consultation	Hôpital	3	23
	Maternité	1	8
	Polyclinique	1	8
	Privé	8	61
	Total	13	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

13–Trajectoires des femmes ayant eu des maternités tardives

Le lieu de naissance et la qualité de l'accueil jouent un rôle important pour un assurer un accouchement sûr et à moins de risques pour la mère et l'enfant. Bien qu'une maternité tardive puisse se dérouler sans problèmes, elle comporte généralement plus de risques qu'une maternité survenue entre 20 et 30 ans. Les risques augmentent avec l'âge de la mère. En raison de ces risques accrus associés à la maternité tardive, de nombreuses femmes choisissent d'accoucher dans le secteur privé, où elles peuvent bénéficier d'une meilleure prise en charge et d'un accueil de qualité.

Tableau n° 79 : Attitudes des enquêtées à l'égard de différents aspects liés à l'accouchement, à la maternité et à la santé du nouveau-né

		Effectifs	%
Avis sur l'établissement d'accouchement	Bon	12	24
	Acceptable	19	38
	Mauvais	16	32
	très mauvais	3	6
	Total	50	100
État de santé des nouveaux nés	Bonne santé	47	94
	Mauvaise santé	3	6
	Total	50	100
Cause du problème de santé des nouveaux nés	Pois faible	1	33
	Prématuré	1	33
	trisomie 21	1	33
	Total	3	100
Consultation du nouveau-né par un pédiatre	Oui	45	90
	Non	5	10
	Total	50	100
Prise en charge par la même structure d'accouchement	Oui	41	82
	Non	9	18
	Total	50	100
les enfants qui n'ont pas été pris en charge par la même	un pédiatre	3	33
	clinique privé	1	11

structure d'accouchement et par qui	Hôpital	1	11
	n'ai pas pris en charge	4	44
	Total	9	100
la cause de ne pas pris en charge les enfants par la même structure d'accouchement	sans motif	7	78
	problèmes de santé	1	11
	accouchement a domicile	1	11
	Total	9	100
l'état de la santé de l'enfant actuel	en bonne santé	47	94
	Malade	2	4
	faible poids	1	2
	Total	50	100
Les raisons du recul du mariage	Chômage	18	36
	Scolarisation	1	2
	Logement	5	10
	moyens financières	14	28
	autre (à préciser) destin	12	24
	Total	50	100

Source: Résultat de l'enquête de terrain.

L'enquête a montré que 62% des femmes jugent l'établissement d'accouchement comme acceptable, tandis que 38% expriment un niveau de satisfaction beaucoup plus faible. En ce qui concerne l'état de santé du nouveau-né, 94% des enquêtées déclarent avoir mis au monde des bébés en bonne santé. De plus, les nouveaux nés ont bénéficié d'une consultation pédiatrique juste après leur accouchement dans 90% des cas, dont 82% ont été réalisées dans la même structure d'accouchement.

6% des enquêtées ont signalé que leurs bébés avaient des problèmes de santé, tels qu'un faible poids à la naissance, une naissance prématurée ou la trisomie 21. Des études ont démontré qu'une grossesse tardive peut être associée à un risque accru de prématurité, d'hypertension (pré- éclampsie), de retard de croissance intra-utérin (faible poids à la naissance) et des fausses couches (Claude d'Ercole, 2007). De plus, le vieillissement des ovocytes peut augmenter le risque de trisomie 21 et d'autres malformations fœtales chez le nouveau-né (Alexandra Bresson, 2017).

18% des femmes enquêtées ont déclaré que leurs nouveau-nés n'ont pas été pris en charge au niveau de la même structure d'accouchement, tandis que 33% ont été prise en charge par un pédiatre. Il est à noter que malgré les risques élevés associés à une maternité tardive, plus de la moitié des femmes enquêtées ont déclaré que leurs nouveau-nés n'ont pas été pris en charge du tout.

Les indicateurs démographiques ont eu un impact sur les naissances tardives. De manière générale, le mariage tardif a connu une évolution sans précédent. En effet, les changements économiques, sociaux et culturels de la société algérienne ont eu un impact important sur le système matrimonial. De plus, l'éducation des femmes joue un rôle très important. L'éducation des femmes en tant que variable décisive de la fécondité a également fait des progrès significatifs. 64% des femmes enquêtées déclarent que le chômage et les moyens financiers sont les plus importantes causes qui poussent les femmes à se marier à un âge tardif. Selon nos enquêtées, l'éducation n'est pas une des raisons du mariage tardif. Une femme peut se marier et poursuivre ces études supérieures. Parmi les raisons citées par les enquêtées, on trouve le logement ou précisément l'absence de logement. Un dixième (1/10) des enquêtées considèrent que l'absence de logement est l'une des principales raisons qui les a poussées à retarder leur mariage,

13.1 - Désir de l'enfant et vécu de la maternité tardive chez les femmes algérienne

La grossesse au-delà de 35 ans devient un phénomène de plus en plus répandu dans le monde entier. En Algérie, et selon l'étude que nous avons menée au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent sur les maternités tardives, ce phénomène devient très courant. Cependant, les trajectoires des femmes sur la maternité, et particulièrement la maternité tardive, ainsi que tout ce qui l'entoure, suscitent une grande attention.

13.1.1-Désir d'enfant :

La question du désir d'enfant revêt une importance capitale dans l'histoire personnelle de chaque personne, quel que soit son sexe, et est donc unique à chaque individu. En fait, ce désir d'enfants se construit dans un projet de couple inscrit dans la continuité du mariage pour toutes les femmes.

Le désir d'avoir des enfants n'est pas exclusivement celui des femmes, mais il est façonné par les aspirations tant féminines que masculines. La majorité des femmes enquêtées ont évoqué le bon moment pour fonder une famille, en prenant en compte la sécurité financière et le logement.

Dans le contexte algérien, la formation des couples est généralement motivée par le désir d'avoir des enfants. Cela signifie que, en Algérie, le mariage est souvent associé à la naissance d'au moins un enfant, malgré les changements observés ces dernières années dans les comportements liés au mariage et la fécondité ou le statut de la femme mariée, et le fait d'avoir des enfants; autrement dit, elle perdrait son statut social si elle n'avait pas d'enfants. (Mebtoul, 2004)

L'étude sur la maternité tardive a montré que sur les 50 femmes enquêtées, 48 % associent la présence d'un enfant dans la famille à la joie. Celui-ci apporte de la chaleur au foyer, ce qui signifie que chez un couple sans enfants la joie peut être absente.

« Les enfants sont la joie de la famille et la vie d'un couple »
(femme, 38 ans).

Ou encore :

« *Les enfants sont le bonheur et un don de dieu (niama)* » (femme, 47 ans).

Alors que 36% le considère comme une responsabilité et un engagement à respecter et prendre soins.

« *La maternité est une responsabilité difficile* » (femme, 50 ans).

Il est important de signaler que 8% de la population enquêtée estiment que la naissance d'un enfant à un âge tardif (35 ans et plus) représente un risque, une réalité confirmée par les professionnels de la santé.

Toutes les femmes enquêtées ont exprimé leur désir d'avoir un enfant à un moment donné de leur vie, et le mariage, ou leur mariage est venu pour concrétiser ce désir.

« *Le mariage est une étape essentielle pour avoir des enfants* » (femme, 50 ans).

Ou encore :

« *Le mariage est une obligation pour avoir des enfants* » (femme, 39 ans).

Ce désir a été observé chez 41 femmes sur les 50 enquêtées. La principale raison évoquée pour la décision de démarrer une grossesse est la sécurité, à la fois sociale et sanitaire.

« *Mes enfants sont mon capital* » (femme, 45 ans)

Ou encore

« *À notre société, l'enfant est une assurance pour garantir le mariage* » (femme, 41 ans).

08 femmes sur 50 considèrent la naissance d'un enfant comme « une obligation pour construire une famille ». Dans la société, arabe dont la société algérienne, la femme est reconnue, ou autrement dit, elle obtient un statut si elle parvient à donner des enfants quel que soit son statut professionnel ou social.

« Dans notre société, on doit se marier et on doit avoir des enfants » (femme, 53 ans),

Ou encore

« Il est nécessaire d'avoir une famille (mari et enfant) selon notre société et notre religion » (femme, 46 ans).

Pourtant, 50 % des enquêtées recherchent du sentiment de mère. Malgré leur âge tardif, elles aspirent au statut de mère non pas pour une reconnaissance sociale, mais pour ressentir l'amour de l'enfant.

« Le fait d'être une mère même en retard c'est la plus grande joie dans ma vie jusqu'à l'éternité » (femme, 48 ans)

La représentation de la maternité varie d'une femme à une autre. 32% des enquêtées considèrent la maternité comme une obligation pour la femme, avec un double sens tantôt devoir, tantôt droit. Cela signifie que la maternité dans la société algérienne est un droit pour toute femme, mais en parallèle, elle est un devoir que la femme doit respecter et exécuter au cours de sa vie.

Dans cette étude, seulement 4 femmes évoquent leur peur de la grossesse tardive. La peur est au cœur du désir d'enfant.

« J'étais heureuse d'être enceinte mais en même temps j'avais très peur d'avoir un bébé avec une mauvaise formation » (femme, 47 ans),

Ou encore

« *J'avais peur du futur, peur pour l'enfant (problème de santé)* »
(femme, 40 ans).

La notion d'âge ressort systématiquement dans le discours des femmes concernant le désir d'avoir un enfant, en raison des risques sanitaires associés à une grossesse au-delà de 35 ans. Il est important de noter que les femmes enquêtées sont conscientes de la baisse de la fécondité après l'âge de 35 ans, et cela, même si une grande partie d'entre elles possèdent un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, ce qui leur permet un accès facile à l'information (92% des femmes avec un niveau secondaire ou supérieur).

« *Il faut bien réfléchir avant de tomber enceinte, ma grossesse était très compliquée* » (femme, 40 ans),

Ou encore :

« *Ma situation était instable, j'avais eu une maladie chronique pendant ma grossesse (la haute tension) même si j'étais heureuse d'avoir mon premier enfant à 40 ans mais c'est un risque pour la mère et pour l'enfant* » (femme, 41 ans).

Ou encore :

« *Je souhaitais que Dieu me bénisse avec quatre enfants, mais Dieu merci, deux enfants sont une bénédiction de Dieu. Je ne peux pas maintenant à cause de mon âge avancé. Il y a un danger pour ma santé, et j'ai aussi peur des difformités chez l'enfant* » (femme, 47 ans).

Concernant l'âge idéal pour la maternité, l'enquête a révélé que 34% des femmes estiment que la tranche d'âge 25-34 ans est la plus propice pour la naissance du premier enfant, suivi par le groupe d'âge 20-24 ans

(20%), dans le but d'éviter tout risque lié à une grossesse tardive. Seulement 4% estiment que 35 ans voire que 35 ans et plus constitue et l'âge idéal pour qu'une femme devienne mère, arguant que la femme est plus sage et responsable à cet âge.

« *La femme doit être sage avant d'avoir des enfants* » (femme, 41 ans)

Ou encore :

« *La femme qui se marie à un âge élevé et avoir un enfant tardivement est plus responsable que d'autre femme* » (femme, 40 ans)

Sur la question « Qu'évoque pour vous la grossesse tardive ? », 50% ont déclaré que la grossesse tardive leur inspire la peur, tandis que 32 % perçoivent un risque pour elles-mêmes, soit pour leur futur enfant.

« *Une grosse peur pour la santé de la maman et du bébé* » (femme, 48 ans).

Concernant la conception, parmi les 50 femmes interrogées, une pluralité de réactions face à la découverte de la grossesse était observée. La joie et le bonheur ont été les premières émotions ressenties par les femmes enquêtées lorsqu'elles ont appris la nouvelle de la grossesse. Cette réaction a été rapportée par 22 femmes sur les 50 femmes enquêtées (44%).

« *Avoir un premier enfant même à un âge avancé reste un rêve à réaliser* » (femme, 40 ans)

Ou encore :

« *J'étais heureuse, de savoir que je porte un être humain dans mon ventre, c'est un cadeau de dieu* » (femme, 50 ans)

« *J'étais très heureuse car c'est ma première grossesse* » (femme, 41 ans).

Alors que 36% ont déclaré avoir ressenti de la peur.

« *J'ai ressenti que je vais mourir à n'importe quel moment* » (Femme, 47 ans)

Par contre, 14% des femmes ont partagé leur réaction entre la peur et la joie.

« *J'étais très heureuse d'avoir un enfant pour la première fois, mais au même temps j'avais peur des risques liés à l'âge tardif* » (Femme, 46 ans).

La sécurité financière comme élément dissuasif à la maternité est quasi absente chez les enquêtées. En fait, les femmes de plus de 35 ans ont souvent des circonstances personnelles et un bien-être financier que l'on ne retrouve pas souvent chez les femmes plus jeunes (M-I. de Foucauld. Woodland, 2018, p.113). L'importance d'une carrière professionnelle est particulièrement soulignée chez quelques enquêtées. Ce résultat confirme les observations de divers auteurs selon lesquelles le désir de fécondité est retardé pour permettre l'avancement de carrière.

13.1.2-Le vécu de la maternité :

La découverte de la grossesse est souvent accompagnée d'une ambivalence, reconnaissant les responsabilités liées à l'accouchement et les changements majeurs qui s'ensuivent, tel que la peur de l'inconnu. Il existe un lien étroit entre le désir d'enfant et le désir de grossesse, où le désir de donner la vie rejoint celui d'être rassurée dans sa fertilité, c'est à-

dire dans son identité de femme (M-I. de Foucauld·J. Wendland, 2018, p.114).

Les femmes enquêtées ont aussi évoqué les transformations induites ou provoqués par la grossesse avec une quasi-totalité d'acceptation.

« J'étais heureuse d'être capable de faire des enfants même en retard et tous ce que j'ai vécu de douleur, vomissement ...etc » (femme, 38 ans)

Ou encore

« Gérer une grossesse avec tout ce que cela implique comme responsabilité et changements importants dans la vie d'une femme quadriennale, même si ce n'est pas facile mais Cela n'empêche pas que l'arrivée d'un enfant soit un pur bonheur » (femme, 49 ans).

En effet, les femmes interrogées déclarent apporter moins de changements à leur mode de vie. Elles déclarent avoir lutté contre un sentiment de perte de contrôle sur leur corps et leur mode de vie. Elles évoquent toutes les transformations physiques observées, suivies des transformations psychiques. Les ressentis de ces transformations apparaissent dès le premier trimestre de la grossesse accompagnés de la fatigue et des nausées.

« Ma première grossesse était à l'âge de 38 ans, elle n'était pas facile car j'ai éprouvé des complications tels que les hémorroïdes, les varices et une faiblesse quotidienne mais être enceinte pour la première fois même avec mon âge ma donné la force et le courage pour préserver cette grossesse 39 ans » (Femme, 41ans).

La fatigue, la dépression et le stress sont les éléments évoqués par trois femmes sur quatre (72 %).

*« J'ai beaucoup souffert, la plus part du temps fatiguée, mal-
allaise, très lourde et toujours en colère »* (femme, 38 ans).

Il faut signaler que ces transformations n'ont pas été vécues de la même manière par toutes les enquêtées.

*« Ma grossesse était normale sans douleurs mes avec beaucoup
d'attention »* (femme, 41 ans)

Les difficultés à vivre les premiers mois d'une grossesse sont très liées à l'âge de la femme lors de cette grossesse, en premier lieu, et à la faible pratique d'une activité sportive chez les femmes de 35 et plus en Algérie en deuxième lieu.

*« Ma grossesse était difficile non seulement avec mon âge mais
surtout a cause de travail car les lois de notre société ne protège pas la
femme enceinte (qui souffre de (wham) qu'après son accouchement »*
(femme, 50 ans).

Cependant, l'unanimité des femmes enquêtées, ayant eu des enfants ou étant enceintes au moment de l'enquête, affirment qu'elles acceptent et supportent ces transformations pour être mères.

*« Je suis très heureuse, car j'attends cette grossesse depuis 6 ans de
mariage »* (femme, 41 ans).

L'enquête a montré que les femmes de 35 et plus sont plus centrées sur leurs enfants et sur leurs propres émotions.

*« J'ai ressenti une joie d'être enfin enceinte mais au même temps
une peur d'avoir un bébé de mal formation »* (femme, 47 ans).

Tous ces changements physiques ou corporels s'accompagnent de changements dans le rythme de vie de toutes ces femmes. Les

répondantes se décrivaient comme étant plus lentes ou plus lourdes, avec un ventre devenu une « gêne » pour réaliser les activités quotidiennes. Chez ces femmes de plus de 35 ans, cinq évoquent peu de changements, « *ça s'est bien passé, sans complications* » (Femme, 45 ans).

Ou encore

« *C'étais bien passée sauf que j'avais un col ouvert qui ma obliger de prendre des injections de progestérone* » (Femme, 39 ans).

Cependant, les cinq autres femmes ont évoqué une baisse de leur activité globale avec un intérêt centré sur elles-mêmes et sur leur enfant.

« *Ma période de grossesse est passée vraiment difficile nausées, vertige, faiblesse ...etc.*» (Femme, 40)

Ou encore

« *Tout le temps allonger, fatiguer ne cesser de vomir ce n'est pas facile de supporter la douleur* » (Femme, 40 ans).

En parallèle, 38% femmes ont rapporté ressentir une grande joie qu'elles n'arrivent pas toujours à expliquer.

« *D'avoir donné une vie a un être humain qui agrandi jour après jours dans mon ventre c'est extraordinaire* » (Femme, 50 ans).

La totalité des femmes ont évoqué de l'émotion lors de la première échographie.

« *C'est le plus beau sentiment dans la vie d'une femme* » (Femme, 39 ans)

Enfin, pour toutes les femmes, la grossesse a été révélatrice de craintes et de peurs concernant leur état de santé ou celui de l'enfant.

« *Ma situation était instable à cause des maladies chroniques et surtout la fatigue les derniers jours* » (Femme, 41 ans)

Ou encore

« *Après plusieurs tentatives de conception, je suis tombée enceinte de jumeaux, mais la grossesse s'est arrêtée. Après cela, je suis tombée enceinte une deuxième fois, mais j'ai eu une fille trisomique 21 et a un problème cardiaque* » (Femme, 47 ans).

13.2 -Profil de représentation maternelle (difficultés de vivre la grossesse) :

Parmi les femmes interrogées, 4 sur 50 ont des représentations maternelles centrées sur elles-mêmes. En effet, l'enquête a montré la présence de quelques difficultés à vivre les changements de la grossesse chez certaines femmes, mais elles ont des représentations florissantes autant en tant que femmes que futures mamans.

« *Même j'ai trop souffert dans ma grossesse tardive mais le fait d'être une maman c'est un pur sentiment de bonheur après un célibat prolongé* ». (Femme, 49 ans).

Il est important signaler, selon les données de l'enquête, que 36% des femmes ont montré plus d'intérêt et d'investissement envers leur enfant et ont accepté les responsabilités futures.

« *Être mère c'est d'avoir un nouveau mode de vie avec des nouvelles priorités et responsabilités même économique il faut faire un programme de prise en charge des enfants* » (Femme, 41 ans).

En parallèle, 8% des femmes montrent des représentations un peu moins affirmées avec peur. Elles sont envahies par l'angoisse de l'accouchement et de la responsabilité à venir envers l'enfant.

« C'est difficile d'avoir cette grossesse parce que la préoccupation d'un enfant tardivement et dure en matière de santé je n'ai plus la force qu'avant ». (Femme, 46 ans).

Ou encore,

« Après tous les risques que la femme subit durant la période de grossesse, la satisfaction est d'avoir des enfants en bonne santé ». (Femme, 40 ans)

Conclusion

L'enquête au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent, sur la maternité tardive et les trajectoires des femmes ayant vécu leur grossesse à partir de 35 ans, a touché 50 femmes avec un âge moyen de 43,8 ans, dont presque la moitié (48,3 %) a un niveau d'instruction supérieur, et les deux tiers résident dans le milieu urbain ou semi-urbain. 98 % des enquêtées étant mariées au moment de l'enquête et un peu plus des trois quarts ont une activité rémunérée.

L'enquête a démontré que l'âge au premier mariage est un facteur influençant la maternité tardive, sachant que 98% des femmes enquêtées se sont mariées pour la première fois à 35 ans. Plus de la moitié des femmes, ont eu leur premier enfant entre 35 et 39 ans, avec un âge moyen de 36,7 ans. L'âge moyen au premier accouchement est de 35,58 ans. La hausse des maternités tardives est due au décalage du calendrier de la fécondité, avec un retard à la naissance du premier enfant.

L'activité féminine et le niveau d'instruction sont des éléments explicatifs du recul de l'âge au mariage. Les données de l'enquête ont démontré qu'une proportion importante (82 %) de femmes ayant eu leur premier enfant à partir de 35 ans exercent une activité professionnelle et possèdent un niveau d'instruction supérieur.

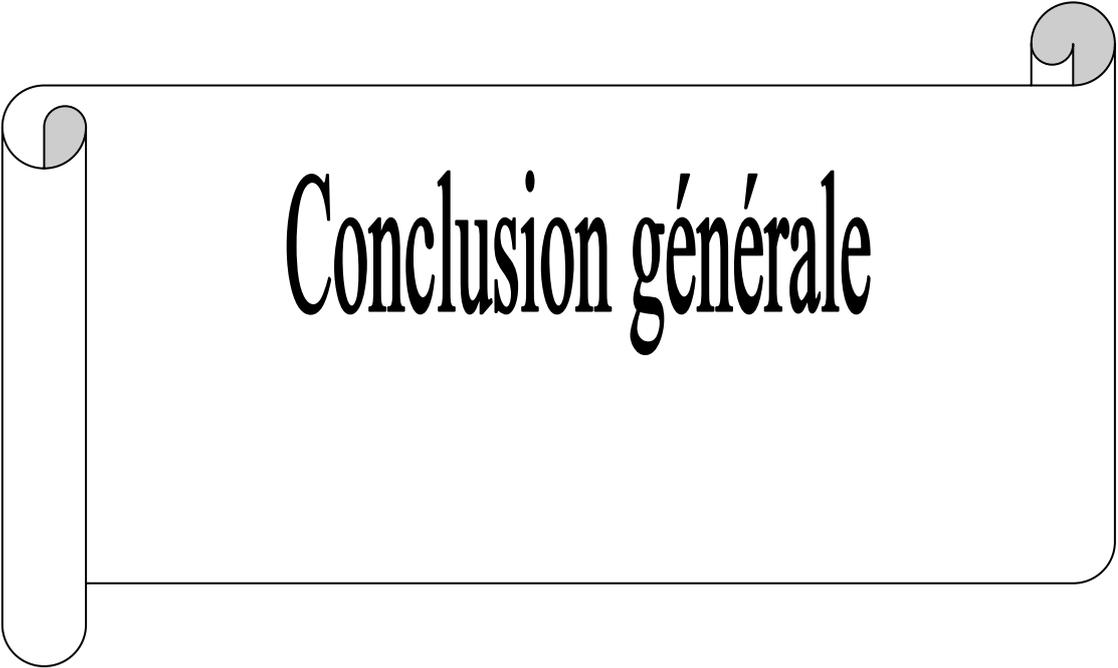
Se marier à partir de 35 ans, pousse les femmes à chercher à enfanter le plus vite possible et de ce fait à ne pas utiliser la contraception. Seulement 50 % des femmes enquêtées ont utilisé la contraception, particulièrement la pilule. 81,5 % ont commencé à utiliser la contraception après la première grossesse pour des raisons professionnelles et sociales. 70 % des femmes ont opté pour la

contraception après le premier accouchement pour éviter une grossesse rapprochée. Une faible proportion des femmes a déclaré avoir perdu leur nouveau-né (0,3 %) suite à des négligences médicales.

L'âge moyen à la grossesse tardive selon l'enquête est de 38,56 ans. 38 % des enquêtées ont eu des grossesses tardives arrêtées (fausses couches) liées au stress, aux problèmes de santé, à la fièvre et parfois sans aucun motif apparent. Les données de l'enquête mettent en lumière l'impact significatif de l'âge sur la maternité, l'utilisation de la contraception et la santé maternelle et infantile, soulignant l'importance de la sensibilisation et de la prise en charge appropriée des femmes enceintes, particulièrement celles en âge avancé.

L'enquête a démontré que 52 % des femmes ont bénéficié des soins post natal, d'où leur importance pour assurer la survie de la mère et de l'enfant après l'accouchement.

La grossesse tardive suscite des craintes liées à la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des sentiments de bonheur et de joie.



Conclusion générale

Conclusion générale

La maternité à un âge élevé est un phénomène qui touche tous les pays du monde. L'une de ses conséquences est le recul de la fécondité vers les âges élevés (35 ans et plus). La maternité tardive est une maternité à risque, nécessitant une surveillance particulière et pouvant entraîner plusieurs complications telles qu'une augmentation du nombre d'avortements, de fausses couches, de pathologies maternelles et fœtales, ainsi qu'un taux élevé de césariennes, etc.

Cette maternité tardive s'explique par le recul de l'âge du premier mariage, dû à plusieurs facteurs tels que l'augmentation des années de scolarisation féminine, le chômage, les conditions de vie de la jeunesse algérienne etc. L'impact de l'augmentation de l'âge se fait sentir à partir de 35 ans, et devient significatif à partir de 40 ans. Le recul de l'âge à la maternité inquiète les autorités internationales et nationales. Cette tendance a été observée vers la fin des années 1970 et continue de s'accroître. En général, le fait d'avoir un premier enfant tardivement est essentiellement le fait de femmes diplômées et investies dans une carrière professionnelle.

Les transformations socio-économiques et culturelles qui affectent la société algérienne poussent les individus, femmes et hommes, à modifier leurs comportements en matière de mariage et de reproduction, d'où une fécondité et une maternité tardives sans égard aux dangers de ce type de grossesse. Une maternité à un âge élevé signifie que la femme algérienne donne de l'importance à son projet de maternité sans penser aux risques encourus.

82% des femmes interrogées déclarent que la première cause qui les amène à enfanter à un âge tardif est principalement le mariage tardif,

suivi par des causes médicales (16%). 64% des femmes interrogées affirment que le chômage et les moyens financiers sont les principales causes qui poussent les femmes à se marier tardivement. Selon nos répondants, l'éducation n'est pas une des raisons des mariages tardifs. Une femme peut se marier et poursuivre ses études supérieures.

Parmi les raisons évoquées par les répondants, on trouve le logement ou justement l'absence de logement. Un dixième (1/10) des répondants considèrent que l'absence de logement est la principale raison qui les a poussés à retarder leur mariage.

Cette étude a permis de donner une image de la maternité tardive en Algérie à travers les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant eu des enfants à partir de 35 ans, leur comportement reproductif et leurs trajectoires vis-à-vis de la grossesse, de la maternité et de l'enfant, au niveau de la wilaya d'Ain Temouchent.

L'enquête a montré que plus des deux tiers des femmes concernées par la maternité tardive résident dans les zones urbaines, ayant en majorité un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. La plupart des femmes interrogées ont eu leur premier enfant tardivement (après 35 ans), soit 74%. La majorité des femmes interrogées ayant eu des enfants tardivement étaient âgées de 36 ans ou 38 ans, soit respectivement 24 % et 26 %. L'âge moyen à la naissance du premier enfant est de 38 ans.

Concernant les soins prénatals, l'enquête a montré que près de la totalité des femmes ayant eu des enfants ont bénéficié de soins prénatals, avec un nombre moyen de plus de 5 consultations. Seulement 18% des femmes interrogées ont bénéficié d'un suivi régulier, dont la majorité a un niveau d'instruction élevé, à savoir 3 à 6 fois au cours des 9 mois de grossesse. La principale cause du suivi déclaré par ces femmes est de

confirmer leur grossesse (53,4%) ou pour vérifier l'état de santé du bébé (30%).

L'enquête a montré l'importance du suivi médical qualifié puisque 74% des enquêtées déclarent avoir suivi chez un médecin spécialiste en gynécologie, sachant que les deux tiers de cette proportion sont des femmes ayant un niveau d'instruction supérieur et dont 38% étaient âgées entre 40 - 44 ans.

36% des femmes ont eu des grossesses tardives interrompues, dont plus de la moitié ont fait des fausses couches suite à des problèmes de santé (28%) et le stress ou la fièvre (22%), par contre le reste (50%) ne connaît pas la cause principale de l'arrêt de la grossesse.

L'établissement public de santé est le lieu d'accouchement choisi par ces femmes (74%). L'accouchement par césarienne est le plus fréquent en raison du risque élevé de la grossesse tardive. Seulement 38% des femmes ont accouché par voie basse. Après 35 ans, l'accouchement par césarienne est plus fréquent. L'accouchement par césarienne présente dans certains cas des avantages à la fois pour la mère et le bébé, et peut même sauver leurs vies. La décision de pratiquer une césarienne est généralement prise en fonction de l'état de santé du bébé et de la mère. 92% des femmes ayant accouché par césarienne la décision de cette dernière venait de la part du médecin traitant, alors que pour 8% des cas c'est la sage-femme dont revenait la décision.

L'enquête a montré que 62% des femmes considèrent le service d'accouchement comme acceptable, contre 38% qui étaient totalement insatisfaites. Malgré les risques entourant la grossesse tardive, 56% des femmes enquêtées ont déclaré ne pas avoir de complications au cours de leur grossesse. Parmi les femmes ayant eu des complications au cours de

la grossesse, 55% présentaient une menace et 45% avaient des problèmes de santé.

Le mariage tardif (35 ans et plus) pousse le couple, et particulièrement la femme, à chercher à enfanter rapidement et donc à ne pas recourir à la contraception (82 %). Parmi les femmes utilisant une contraception, seules 18 % ont déclaré avoir utilisé une contraception avant leur première grossesse. Ce comportement s'explique d'une part par le désir de mieux s'adapter à la nouvelle situation conjugale et d'autre part par leur situation professionnelle et sociale (travail, logement, etc.).

La pilule reste la méthode la plus utilisée (96 %), suivie par le stérilet (4 %). En Algérie, la pilule a toujours été la méthode contraceptive la plus courante, en raison de sa facilité d'obtention, de son utilisation et de son faible coût, voire de sa gratuité pour certains.

Le mariage tardif (35 ans et plus) pousse le couple et particulièrement la femme à chercher à enfanter rapidement et donc à ne pas recourir à la contraception (82%). Parmi les femmes utilisant une contraception,

Concernant l'allaitement maternel, après le premier accouchement, les femmes sont distinguées entre celles qui choisissent d'allaiter leur nouveau-né, considérant l'allaitement comme une méthode contraceptive naturelle, et celles (70 %) qui ont préféré adhérer à une méthode contraceptive par peur d'une nouvelle grossesse rapprochée ou d'un accouchement mal vécu (césarienne, forceps), ou en raison de problèmes de santé et des complications liées à une grossesse. En revanche, 33 % des femmes déclarent avoir une préférence pour une autre grossesse avant d'atteindre la ménopause.

Malgré ces avantages cruciaux, la pratique de l'allaitement maternel n'est pas optimale dans de nombreuses régions du monde. 68 % des femmes interrogées âgées de 35 ans et plus ont allaité leur bébé naturellement, et près de la moitié des femmes ont allaité pendant 12 mois ou plus (47 %). De nombreux enfants ne commencent pas à être allaités assez tôt, ne sont pas allaités exclusivement pendant les quatre premiers mois recommandés, ou sont sevrés trop tôt, soit 35 %.

Les mères subissent souvent des pressions pour passer au lait maternisé, 12 % d'entre elles préférant l'alimentation au biberon, ce qui peut contribuer à un ralentissement de la croissance et à une malnutrition en micronutriments. Les préparations pour nourrissons et autres substituts du lait maternel peuvent également mettre la vie d'un enfant en danger, en particulier dans les environnements où les conditions d'hygiène et l'eau potable ne sont pas facilement disponibles. Pourtant, 88 % des femmes interrogées connaissent les bienfaits de l'allaitement.

Le travail de la femme peut être un obstacle à l'arrêt de l'allaitement. 28 % des femmes qui allaitent leur bébé naturellement déclarent que la cause de l'arrêt est leur travail. 22 % des femmes qui ont allaité leur bébé ont déclaré avoir consulté quelqu'un au sujet de l'allaitement : 50 % de ces personnes les ont encouragées à continuer l'allaitement, 40 % ont consulté un membre de leur famille, et 20 % ont consulté un médecin généraliste, tandis que seulement 10 % ont consulté un médecin spécialiste ou une sage-femme.

Le désir d'enfant, s'il n'est pas exclusivement féminin, concerne avant tout la femme, dans son corps et sa sexualité, car c'est elle qui subit des transformations physiques et psychologiques. Le désir d'enfant à un âge tardif s'explique par des raisons sociologiques évidentes (travail précaire, fragilité des unions, etc.). 82 % des femmes interrogées

souhaitent une grossesse tardive, alors que 18 % des femmes ne souhaitent pas cette grossesse, dont 14 % ont un niveau d'éducation plus élevé et 12 % travaillent. Certains motifs incluent des problèmes familiaux (6 %) ou de santé (4 %). De plus, 8 % des femmes déclarent que cette grossesse tardive est survenue par erreur, certaines femmes croyant être ménopausées et ne souhaitant plus d'enfants se retrouvent spontanément enceintes par surprise ; elles peuvent réagir de différentes manières, considérant la grossesse comme un événement bouleversant et inattendu.

Concernant l'état de santé du nouveau-né, 94 % des personnes interrogées ont déclaré avoir donné naissance à des bébés en bonne santé. Les nouveau-nés ont bénéficié d'une consultation pédiatrique immédiatement après leur accouchement dans 90 % des cas, dont 82 % ont eu lieu dans le même service d'accouchement. 6 % des personnes interrogées ont eu des bébés souffrant d'un problème de santé (faible poids, naissance prématurée et syndrome de Down). Des études ont montré qu'une grossesse tardive peut être à l'origine de prématurité, d'hypertension (pré-éclampsie), d'hypotrophie (faible poids de l'enfant) et de fausses couches. Le vieillissement de l'ovocyte peut également entraîner une incidence plus élevée de syndrome de Down chez les enfants et plus largement de malformations fœtales. 18 % des femmes interrogées ont déclaré que leurs nouveau-nés n'étaient pas pris en charge dans le même lieu d'accouchement et 33 % étaient pris en charge par un pédiatre. Malgré les risques élevés posés par une maternité tardive, plus de la moitié des femmes interrogées ont vu leur nouveau-né ne recevoir aucun soin.

La fréquence des maternités tardives augmente. Il est important que les femmes et les hommes soient mieux informés des avantages et des

inconvenients à envisager d'avoir des enfants tard dans la vie. Le lieu de naissance et l'accueil approprié jouent un rôle très important pour un accouchement en toute sécurité, avec moins de risques pour la mère et son enfant. Même si une maternité tardive peut se dérouler parfaitement, elle présente toujours plus de risques qu'une maternité entre 20 et 30 ans. Plus la mère est âgée, plus les risques sont grands. La maternité tardive présentant généralement un risque plus élevé, de nombreuses femmes choisissent d'accoucher dans le secteur privé pour bénéficier de bons soins et d'un meilleur accueil.

En conclusion, la maternité tardive en Algérie est un phénomène complexe qui nécessite une approche nuancée, prenant en compte les facteurs culturels, sociaux et économiques. Il est crucial que les politiques publiques et les services de santé soutiennent les femmes dans leurs choix reproductifs tout en veillant à ce que leur santé et celle de leurs enfants soient protégées.

Bibliographie

Livres

1. Bourquia, R. (1996). *Femmes et fécondité*. Casablanca, Afrique-Orient.
2. Bessin, M. (2004). *Avoir des enfants sur le tard*.
3. Bibimoune, K. (2007). *Le planning familial en Algérie entre la politique de l'état et les stratégies familiales*. 10.13140/2.1.1629.5680.
4. Cohen, Brigitte-fanny. (2005). *Un bébé mais pas tout prix*. Paris, 2005
5. Der Andreassian et Guillou. (2008). *Un bébé oui ou non ? pas facile de se décider*, Toulouse Milan.
6. Frydman, Rufo et Schilte (2005). *Désir d'enfant. Mettre toutes les chances de son coté pour réaliser son désir d'enfant*, Espagne, Hachette.
7. Frydman, René et Szejer. (2010). *La naissance histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. Paris, Albin Michel.
8. Gray, L. (2005). *Couples any age to be allowed to apply for fertility treatment*.
9. Hofman, Philippe. (2011). *L'impossible séparation entre les jeunes adultes et leurs parents*. Paris, Albin Michel.
10. Jacques, L. (2013). *Le grand livre de la grossesse* édité par les éditions eyrolles écrit par le collège national des gynécologues et obstétriciens français.
11. Kellerhals et Widmer, Kellerhals, Jean et Widmer, Eric. (2007). *les nouveaux liens*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.
12. Laure hoguéro, Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Henri Leridon Editions antipodes. (2011). *Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? Nouvelles questions féministes*. 2011/1 vol. 30 | pages 12 à 27 ISSN 0248-4951 ISBN 9782889010523.
13. Tournaire, M. (2005) *le bonheur d'être mère : la grossesse après 35 ans*. Edition Odile Jakob, Paris, p.297.
14. Tilmant, I. (2008). *Epanouie avec ou sans enfant*. Paris, Anne Carrière.
15. Thomas, P. (2015). *La maternité tardive, gage de longévité ?* », l'université de Boston.

Chapitre de livre, contribution

16. Arnaud Régnier Loilier, Zoé Perron. (2016). *Intentions de fécondité et arrivée du premier enfant* : Éléments de cadrage statistique dans la France contemporaine, in *Actes de la recherche en sciences sociales* (N° 214), pages 81 à 93.

17. Billari, C.F., H.P. Kohler, G. Andersson, H. Lundstrom (2007). *Approaching the Limit: Long-Term Trends in Late and Very Late Fertility*, *Population and Development Review*, 33 (1):149-170

18. Francesco C. Billari & Hans, Peter Kohler & Gunnar Andersson & Hans Lundström. (2007). *Approaching the Limit: Long-Term Trends in Late and Very Late Fertility*, *Population and Development*, The Population Council, Inc., vol. 33(1), pages 149-170, March .

19. Grandjean, Lobet-Maris. (2013). *Imagination maternelle*, conception du féminin et régulation médicale du comportement des femmes enceintes (1880-1940), livre de *l'imagerie infectieuse de la grossesse, corps et technologies*. Penser l'hybridité, p 193-224.

20. HOLMAN, J. (2006). *Age and Female Reproductive Function: Identifying the Most Important Biological Determinants*. In Claudine Sauvain Dugerdil, Henri Leridon & Nicholas Mascie-Taylor, *Human Clocks. The Bio-Cultural Meaning of age*. Peter Lang: 172-199.

21. Pison G., Monden C., Smits J (2015). *Twinning Rates in Developed Countries: Trends and Explanations*. *Population and Development Review*, p 629–649.

Articles d'encyclopédie, de dictionnaire

22. Belaisch-Allart. (2000). *Grossesse et accouchement après 40 ans*. In : encyclopédie médicaux chirurgicale, gynécologie/obstétrique, 5-016-b10, paris : éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, p 6.

23. Dictionnaire démographique multilingue des nations unies (1959), volume Français, New York, Nations Unies, Coll. *Etudes démographiques* n°29, p. 105.

24. MESLÉ F., L. TOULOUMON et J. VÉRON (2011). *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Armand Collin, Paris: 168,177.

25. Mimoun, Silvain. (2007). *petit Larousse de la sexualité*. Paris, Larousse.

Articles de revue

26. Bouhdiba Abdelwahab. (1975). *La sexualité en Islam*, PUF, Paris.
27. BONGAARTS, J. (1980). *Does malnutrition Affect Fecundity? A Summary of Evidence*. Science 2008:564-569.
28. Bydlowski, Monique. (2003). *Facteurs psychologique dans l'infertilité féminine*. gynécol Obstét fertil, 31, p 246-254.
29. COMMENGES, D. (2002). *Quelle intervention médicale dans le désir tardif d'enfant ?* Gynécologie Obstétrique Fertilité, 30 (1 0): 834-7.
30. Claude d'Ercole. (2007). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. ARGUMENTAIRE, Marseille – Président du groupe de travail. HAS/Service des recommandations professionnelles
31. Claire Squires, (2008). *Les grossesses tardives : un nouveau modèle féminin* L'esprit du temps « champ psychosomatique » 2008/1 n° 49, pages 57 à 71 ISSN 1266-5371 ISBN 9782847951257 article sur l'adresse web: l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2008-1-page-57>.
32. Donati, P. (2000). *L'absence d'enfant. Un choix plus ou moins délibéré dans le parcours d'hommes et de femmes*. Recherche et prévisions, n°62, pp.43-56.
33. Donati, P. Samuel O. (2001). *Les temps de la procréation féminine*. Temporalistes, n° 43, octobre.
34. FRYDMAN, R. (2005). *Les grossesses tardives*, Edition Hachette Pratique, Petits Pratiques, Santé n°24, pages 61.
35. KHOSHNOOD, B., BOUVIER-COLLE, M.H., H. LERIDON, B. BLONDEL, (2008). *Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité*, la santé de la mère et la santé de l'enfant, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 37: 733-747.
36. Ladjali Malika. (1985). *L'espacement des naissances Dans Le Tiers Monde*. L'expérience Algérienne OPU, Alger.
37. Leridon, (2005). *A new estimate of permanent sterility by age: Sterility defined as the inability to conceive*, paper presented at annual Meeting of the Population Association of America, Philadelphia, PA, 31 March-2 April.

38. LOUADI Tayeb. (2012). *Les déterminants de la baisse de la fécondité en Algérie*. Revue des sciences humaines n°24 «Université Mohamed Khider «Biskra « Algérie».
39. Liliane Charrier. (2019). *Mère à 40 ans : un choix, un phénomène de société*. article publié le 24/12/2021 sur la revue INFO, sur le site <https://information.tv5monde.com/terriennes/>
40. Marchaudon, Valérie, Piccardino. (2007). *Etre enceinte après 45 ans*. gynéco Obstét fertil ; en ligne ; 2007,35, p. 1235-1238.
41. Prioux F. (2005). *Late fertility in Europe: some comparative and historical date*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 53, Supplément 2, Novembre 2005, Pages 3-11,
42. Pauline Gravel. (2011). *Une étude documente les risques associés aux grossesses tardives*. revue LEDEVOIR, publié le 16/09/2011 sur le site <https://www.ledevoir.com/societe/santé>
43. Patrick Ouali. (2019). *Grossesse tardive : qu'est-ce que c'est ?* article sur le Site <https://www.futura-sciences.com>.
44. Rita El Khayat. (2008). *La Maternité Aujourd'hui Dans Le Monde Arabo-Islamique*. Article De Thèse, Approche Anthropologique Et Psycho-Psychanalytique
45. Revue médicale JAMA.2017
46. Revue en ligne Top Santé. (2017). *Grossesse tardive : quel suivi médical?* sur le site : <https://www.topsante.com/medecine/>.
47. Reetika Sirhandi, (2019). *Les grossesses tardives ont des conséquences sur la santé cardiaque et artérielle des garçons*. article sur la revue pourquoi docteur, sur le site <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles>.
48. Vito pecoraro, (2009). *Une représentation de la scolarité en Algérie après l'indépendance*. à travers les romans de Malika Mokeddem, p469-480, presses universitaires de Rouen et du havre. Date d'accéder au site 15/12/2020
49. Vincent Rohfritsch, A. (2012). *Grossesse à 43 ans et plus : risques maternels et périnataux*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, p. 468-475.

Communication dans une conférence

50. Abdelghani Guend. (1992). *Discours Politique, Discours Religieux Transition de la Fécondité En Algérie*. Chaire Quételet, Sous La Direction de Dominique Tabutin Et Autres, Transition démographiques Et Sociétés, L'harmattan, Paris

51. Ministère De La Santé Et Les affaires Sociales. (Mai 1991). direction De La Prévention, Séminaire National d'évaluation Du Programme De Maîtrise De La Croissance Démographique, Sid Fredj, 21-23, Alger).

52. Abdelghani Guend (1992) *Discours Politique, Discours Religieux, Et Transition de la Fécondité En Algérie*, Chaire Queteler, Sous La Direction de Dominique Tabutin Et Autres, Transition démographiques Et Sociétés, L'harmattan, Paris.

Mémoire de thèse

53. Bruno Schoumaker. (2017), *Fécondité de l'Afrique*, nations unies ; professeur de démographie à l'université catholique de Louvain

54. Caroline d'Andres. (2011). *Le désir d'enfant chez la femme, importance pour la pratique clinique en gynécologie – obstétrique*, université de Genève fonds Maurice chalumeau certificat de formation continue en sexologie clinique

55. Cynthia Lewis. (2014). *La maternité aux âges élevés: une analyse des trajectoires féminines au 18e siècle canadien*, mémoire de fin d'étude, Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise et sciences (M.Sc) en démographie. Université de Montréal, Canada.

56. Caroline Allier, Vinciane Bonneau et Berengere Bouthegourd. (2016). *Le déni de la grossesse*. haute école de santé Vaud-filière sage-femme. haute école spécialisée de suisse occidentale.

57. Julie MENUUEL. (2012). *Devenir enceinte, socialisation et normalisation pendant la grossesse : processus, réceptions, effets*. 1er prix CNAF 2011, master 2 en sciences sociales – mention sociologie - spécialité genre, politique et sexualités – école des hautes, études en sciences sociales. N° 148 – 2012

58. Meyer Audrey. (2007). *Une première maternité à quarante ans*. école des sages femmes de METZ, université de Laurine.

59. Mboti Sango Ange. (2009). *Les déterminants de l'utilisation des services de sante par les femmes au Cameroun (1998-2004)* .mémoire présenté et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de master professionnel en démographie.

60. Meriem Salhi, Amina Barakat. (2014). *Les grossesses tardives : à propos de 200 cas*, centre de référence de néonatalogie et réanimation néonatale, hôpital d'enfant, rabat, Maroc doi //dx.doi.org/10.13070/rs.fr.1.907.

61. OUTIN Charlène (2012). *La primiparité après 40 ans. Entre phénomène social et enjeux médicaux*. Mémoire de fin d'étude Diplôme d'État de sage-femme Université d'Angers École René Rouchy sur le site : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers//2012491/fichier/491F.pdf>

Site ou page web

62. Bill Ledger. (2016). *British Fertility Society*. Age and Fertility. Sur le site <http://www.britishfertilitysociety.org>.

63. Dr Lucie Morin. (2019). *Âge maternel avancé Complications de grossesse chez la mère*. par le site www.CHU_SAINTE-JUSTINE.org, Centre hospitalier universitaire mère-enfant. université de Montréal.

64. Groupe Madeinfutura. (2020). *Définition grossesse tardive* futura-sciences, site web: sante/définitions/biologie-grossesse-tardive-11836/).

65. Jacob, M. (2009). *Motherhood: Is It Ever Too Late*. The Huffington Post. Sur le site <https://www.fr.wikipedia.org>.

66. Julie Martory. (octobre ,2017). *Enceinte à 35 ans : les risques de la grossesse tardive*. France. Sur le site : www.passeport.santé.Net.

67. Marie, Gaelle Brunellire. (2013). *Le suivi de grossesse et l'accouchement chez les femmes de 43 ans et plus*, page 7-8. Sur le site : www.passeport.santé.Net.

68. Organisation Mondiale de la Santé. (2019). Site officiel.

69. Top santé. (2017). *Les grossesses tardives dans le monde*, accéder au site le 23 août 2017 à 10h53) .

Texte juridique, autres documents

70. Alfred Sauvy. (1987). *L'Europe Submergée (Sud – Nord Dans 30 Ans)* Dunod, Paris.

71. Ali kouaouci. (1994). *Politique de la population*, IPPF.LONDRE

- 72.** Direction de programmation et suivi budgétaire Ain Temouchent. *Monographie de la wilaya 2017*.
- 73.** Direction de programmation et suivi budgétaire Ain Temouchent. *Monographie de la wilaya 2019*.
- 74.** Enquête Etude de l'Histoire Familiale. (2005). *Une exploration statistique de la parenté tardive à partir de l'EHF 1999*. Paris, éd. de l'INED.
- 75.** Eva Beaujouan, Tomas Sobotka. (2019). *Les maternités tardives*. bulletin d'information de l'institut national d'études démographiques (INED) population & sociétés n° 562.
- 76.** Front national. (1980). El Moujahid Hebdomadaire №1068 Alger.
- 77.** Gilles Pison. (2019). *Tous les pays du monde*, INED, population et sociétés n° 569.
- 78.** Gilles Garrouste, Mathilde Charpentier. (2021). *Les maternités tardives n'entraînent pas une baisse de la fécondité dans les pays européens*. Communiqué de presse Aubervilliers, le 22 novembre 2021, INED, France.
- 79.** Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2016). *L'évolution démographique en France*.
- 80.** Institut national d'études démographiques (INED). (2018). *Population & Sociétés*.
- 81.** Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2018). *L'évolution démographique en France bilan démographique*; INED, population, n°4.
- 82.** MENKEN, J.L., LARSEN, U. (1986). *Fertility rates and aging*, New-York: Plenum: 147-166.
- 83.** Ministère De La Santé Et Les affaires Sociales, direction De La Prévention, Séminaire National d'évaluation Du Programme De Maîtrise De La Croissance Démographique, Sid Fredj, 21-23 Mai 1991, Alger
- 84.** Mostofa Khiati. (1996) .*Démographie Et Population*, OPU, Alger
- 85.** Marc Bessin, Hervé Levilain et Arnaud Régnier-Loilier. (2005). *Avoir des enfants "sur le tard". Une exploration statistique de la "parenté tardive" à partir de l'EHF 1999* », in Cécile Lefèvre et Alexandra Filhon, *Histoires de familles, histoires familiales*. Les cahiers de L'INED n° 156, p. 283-307.
- 86.** Martin A., Maillet R. (2005). *Les grossesses après 40 ans*. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique du CNGOF, tome XXIX.

- 87.** Maire Ni Bhrolchain et Éva Beaujouan (2012), L'allongement des études retarde les maternités, In Population et Sociétés, n° 495, INED, Paris, France.
- 88.** Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (2020), *Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS6]*, Rapport final Décembre, 2020, Algérie.
- 89.** Nadia Attout , Themany Chebab Et Mohamed Kelkoul. (1999). *Femme, Emploi Et Fécondité En Algérie*, Cénéap: FNUAP Alger,
- 90.** LHaoucine Aouragh.(1996). *L'économie Algérienne à L'épreuve De La démographie*. Centre français Sur La Population Et Le Développement C E P E D, Paris, P 51.
- 91.** Leridon Henri. (2002). *Les facteurs biologiques et sociaux de la fertilité: une vue d'ensemble*, dans Graziella Caselli et coll. Démographie: analyse et synthèse II. Les déterminants de la fécondité. Éd. INED, Paris, pp. 173-189.
- 92.** Office nationale des statistiques ONS (1981/ 2002/ 2006/ 2008/ 2018/ 2019/ 2020). Collection statistiques, Algérie.
- 93.** Ouadah Bedidi Zahia. (2012). *Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie*. Documents de travail n° 186, Ed. INED, Paris, p.29.
- 94.** Pison Gilles. (2010). *L'âge moyen à la maternité atteint 30 ans*. Population et sociétés, n° 465, Ed. INED, Paris.
- 95.** Segarra, Marta. (1997). *Leur pesant de poudre : romancières francophones du Maghreb*, Paris, Le Harmattan.

Annexe

Annexe n° 01 : Cas de maternité après 50 ans :

Âge de la mère	Date	Mère	Nature de la conception	Pays	Description
79 ans	1963	UlyaMargushe va	Conception naturelle	 Union soviétique	avoir eu son seul enfant en 1963, à 79 ans. Une maternité qu'elle souligne, de surcroît, être naturelle, tout comme son accouchement... Au-delà de prétendus environnement et régime alimentaire exceptionnellement sains, on suspecte ces deux records, de longévité (elle serait, à l'âge qu'elle avance, la personne la plus âgée du monde...)
78 ans	Décembre 2008	Non identifiée	Conception naturelle	 Chine	Des journalistes chinois ont rapporté la maternité totalement naturelle, fin 2008, d'une compatriote de 78 ans. Cependant, une grossesse, naturelle comme médicalement assistée, menée à terme à cet âge paraîtrait surprenante. Peut-être y a-t-il là désinformation avec désir de surenchère alors que le voisin indien disait venir de permettre, l'été précédent, à une femme de 77 ans de donner naissance
77 ans	Juillet 2008	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Inde	Une Indienne de 77 ans aurait accouché, en juillet 2008, de jumeaux conçus par FIV post-ménopausique On peut demeurer dubitatif sur le cas.
73 ans, 10 mois	1939	Mme Steve Pace	Conception naturelle	 États-Unis	Madame Steve Pace, de Rose Hill (Virginie), dont la photo parut dans un journal local en octobre 1941, est citée comme ayant donné le jour à son 17 ^e enfant, un fils, en 1939, à l'âge extrême de 73 ans et 10 mois. Le dernier de ses précédents enfants, né en 1918, vingt-trois ans auparavant, venait de se marier
73 ans	1865	Non identifiée	Conception naturelle	 États-Unis	D ^r Mayham a rapporté le cas d'une mère de 73 ans aux États-Unis autour de 1865.
72 ans	15 mai 1776	Ellen Ellis	Conception naturelle	 Royaume-Uni Nation du  Pays de Galles	Ellen Ellis aurait accouché de son 13 ^e enfant, un fils mort-né, le 15 mai 1776, à Clwyd . Elle avait 72 ans à cette époque, et était dans sa 46 ^e année de mariage. Le cas est très discutable.

70 ans	1762	Non identifiée	Conception naturelle	 Suisse	Albrecht von Haller (16 octobre 1708 –12 décembre 1777), anatomiste, physiologiste, naturaliste et poète suisse alémanique, a rapporté le cas d'une femme qui avait donné naissance en 1762 à un fils conçu naturellement à l'âge déjà avancé de 70 ans.
70 ans	1880	Non identifiée	Conception naturelle	 Empire allemand	Dr Schoepfer a rapporté le cas douteux d'une Allemande devenue mère d'une fille en 1880 à l'âge de 70 ans.
70 ans	1897	Non identifiée	Conception naturelle	 France	Cas rapporté d'une femme, de Garches , devenue mère d'un fils en 1897 à l'âge de 70 ans, après une nuit passée avec un jeune homme qui l'avait reconduite chez elle après leur soirée de libation.
70 ans	Juin 2008	OmkariPanwar	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Inde	OmkariPanwar a donné naissance, le 27 juin 2008, à l'âge de 70 ans, à des faux jumeaux, un garçon et une fille, à Muzaffarnagar, dans l' Uttar Pradesh , par une césarienne pratiquée en urgence. Les bébés pesaient 2 lb (0,91 kg) chacun.
70 ans	Novembre 2008	Rajo Devi Lohan	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Inde	Rajo Devi Lohan a donné le jour à une fille, Naveen, en novembre 2008, à l'âge de 70 ans. Seulement, sa santé s'est bientôt détériorée peu après, et elle a affirmé n'avoir pas été informée de tous les dangers. Son médecin a déclaré : « Même si la santé de Rajo Devi Lohan se détériore, au moins, elle va mourir en paix : elle n'a pas à faire face à la stigmatisation d'être stérile. Elle avait un kyste ovarien qui lui causait des problèmes, mais qui a maintenant été retiré. Le traitement par FIV est complètement sûr ; son état actuel n'a rien à y voir. C'est une vieille femme dont l'espérance de vie n'était que de 5 à 7 ans. »
69 ans	Janvier 1863	Non identifiée	Conception naturelle	 États-Unis	Le D ^r Wayne McCarthy a rapporté le cas d'une femme de 69 ans qui avait conçu naturellement et donné naissance, en janvier 1863, à un fils de son mari de 74 ans, à Cincinnati . La véracité de ce cas est, tout naturellement, très discutée.
69 ans	1997	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Italie	Une Italienne de 69 ans a donné naissance par césarienne en 1997 à une fille conçue par FIV post-ménopausique avec don d'ovocytes fertilisés par le sperme de son mari.
68 ans	1753	Delay	Conception naturelle	 Royaume-Uni	John Mockett a rapporté le cas de madame John Delay qui a donné naissance en 1753, à 68 ans, à un fils de son époux de 70 ans

67 ans	2006	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Serbie	Une Serbe de 67 ans a accouché par césarienne en 2006 d'une fille conçue par FIV post-ménopausique avec dons d'ovocytes et de sperme.
66 ans, 11 mois, 24 jours	Décembre 2006	Maria del Carmen Bousada de Lara	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Espagne	Maria del Carmen Bousada de Lara , alias Carmela Bousada, (5 janvier 1940 – 11 juillet 2009), de Cadix , a donné naissance à deux fils jumeaux, Pau et Christian, à l'hôpital Sant Pau de Barcelone , le 29 décembre 2006, à l'âge de 66 ans, 11 mois, et 24 jours (66 ans et 358 jours) — une semaine avant son 67 ^e anniversaire. Les bébés, délivrés prématurément par césarienne, pesaient 3,5 lb (1,59 kg) chacun. M.C. Bousada est tombée enceinte par FIV avec don d'ovocytes et de sperme de deux donneurs sélectionnés sur catalogue dans une clinique de fertilité de Los Angeles , aux États-Unis, qui a affirmé qu'elle leur avait prétendu avoir 55 ans (l'âge maximum auquel ils acceptent de pratiquer un traitement de FIVETE). Sa famille ignore jusqu'à la naissance qu'elle s'était rendue aux USA pour subir un tel traitement de fertilité, et pensait qu'elle plaisantait quand elle leur avait dit être enceinte. Manuel Bousada de Lara, le frère aîné de Maria del Carmen, critiqua sa décision, exprimant sa préoccupation quant à savoir si elle serait capable d'élever des enfants à son âge. En réponse à ces préoccupations, Bousada déclara : « Ma mère a vécu jusqu'à 101 ans et il n'y a aucune raison que je ne puisse pas en faire autant. » Seulement Maria succomba le 11 juillet 2009 d'un cancer de l'estomac, développé peu de temps après avoir accouché de ses fils ; ses jumeaux avaient alors seulement 2 ans ½
66 ans, 7 mois, 16 jours	16 janvier 2005	Adriana Iliescu	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Roumanie	Adriana Iliescu, née le 31 mai 1938, a donné le jour à une petite Eliza Maria par césarienne, dans un hôpital de Bucarest , le 16 janvier 2005, à l'âge de 66 ans, 7 mois, et 16 jours (66 ans et 238 jours). Après avoir reçu une FIV avec don d'ovules fécondés, elle portait initialement des triplés , mais l'un des fœtus mourut in utero . Les deux autres furent délivrés par césarienne, mais l'un d'eux était cette fois mort-né.
66 ans, 23 jours	13 juin 2010	Bhateri Devi Singh	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Inde	Bhateri Devi Singh, née le 21 mai 1944, et restée jusque-là sans enfant, a accouché de triplés, 2 garçons et 1 fille, à Alewa, Haryana , au Nord de Delhi , le 13 juin 2010, à l'âge de 66 ans et 3 semaines, après un traitement de FIV avec don d'ovocytes. Elle est la femme la plus âgée connue à avoir donné naissance à des triplés
66 ans	Avril 1999	Harriet Stole	FIVETE post-ménopausique	 Royaume-Uni	Harriet Stole de Southgate , dans le Nord de Londres , a donné le jour à un fils, Henry Thomas, en avril 1999, à l'âge de 66 ans, après

			avec les ovocytes de sa bru (mère porteuse)	 Angleterre	avoir accepté d'être mère porteuse pour son infertile bru, Lucy HandersonStole. Un ovule de Lucy fécondé en laboratoire par le sperme de son mari, le fils d'Harriet, Ross Stole, a été implanté dans l'utérus d'Harriet. L'enfant est né prématuré, à 8 mois, et ne pesait que 4,3 lb (1,95 kg), mais était en bonne santé
66 ans	Mars 2007	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Autriche	Une Autrichienne de 66 ans a donné naissance à son 3 ^e enfant, un fils, début mars 2007 à Graz . Elle avait précédemment donné naissance à un autre enfant, une fille de 6 lb (2,7 kg), à la mi-décembre 2002, à 61 ans. Sa première fille avait 26 puis 30 ans à la naissance de ses sœur puis frère. Les deux grossesses à plus de 60 ans ont été rendues possibles grâce à des FIVETE avec dons d'ovocytes, la 2 ^{de} ayant été supervisée par le célèbre Severino Antinori . C'est peut-être le seul cas connu au monde de deux grossesses et naissances successives à plus de 60 ans
66 ans	28 mai 2009	Elizabeth « Lizzie » Adeney	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni  Angleterre	Elizabeth « Lizzie » Adeney, 66 ans, a donné naissance à un fils, Jolyon, de 5,2 lb (2,4 kg), à l'hôpital d'Addenbrooke, à Cambridge , le 28 mai 2009. L'enfant, qui avait été conçu par FIV avec don d'ovocytes et de sperme en Ukraine, a été délivré par césarienne. « Ce n'est pas l'âge physique qui importe ; c'est ce que je ressens à l'intérieur. Certains jours, j'ai l'impression d'avoir 39 ans, à d'autres, plutôt 56. », a dit Elizabeth, qui a eu recours à un donneur de sperme Ukrainien, son mari de 71 ans, Robert Adeney, ayant refusé depuis 1999 de se prêter à ses penchants pour la procréation assistée, ce qui a causé leur rapide divorce
66 ans	Février 2011	ValentynaPidverbna	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Ukraine	ValentynaPidverbna, une femme célibataire de 66 ans, a donné le jour, en février 2011, à Chernihiv , à son premier enfant, une fille de 3,3 kg (7,3 lb) pour 54 cm (21,3 po). Elle avait subi trois cycles de FIV avant d'obtenir enfin ce résultat positif
66 ans	3 mars 2012	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Suisse	Une Suisse de 66 ans, pasteur protestant, vivant à Grûsh, près de Coire , dans le Canton des Grisons , à l'Est du pays, a donné naissance à deux petits garçons, Michael et Joshua, par césarienne, le 3 mars 2012, après avoir reçu un traitement de FIV avec don d'ovocytes et de sperme en Ukraine
65 ans	9 avril 2003	SatyabhamaMahapatra	FIVETE post-ménopausique avec les ovocytes de la nièce Veenarani de son mari	 Inde	SatyabhamaMahapatra de Nayagarh, Orissa , a donné le jour à un fils le 9 avril 2003, à Raipur , Chhattisgarh , à l'âge de 65 ans. Le bébé, d'un poids de 6,5 lb (2,95 kg), est né par césarienne. Elle est tombée enceinte par le biais d'une FIV utilisant un ovule donné par VeenaraniMahapatra, la nièce de 26 ans de son mari, KrishnachandraMahapatra, fécondé par le sperme du mari de cette dernière, Krishnachandra ne pouvant lui-même féconder

					<p>un œuf provenant de sa nièce. C'était là leur premier enfant, au bout de 50 ans de mariage. Le corps médical avait tenté de les dissuader elle et son mari de recourir à la FIV à son âge, compte tenu des risques.</p> <p>SatyabhamaMahapatra, étant allée outre leurs mises en garde, dût aussi être hospitalisée tout le dernier trimestre de sa grossesse</p>
65 ans	1 ^{er} mars 2010	Jennifer Hong	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes d'une donneuse vietnamienne	 Canada	<p>Jennifer Hong, une Canadienne d'origine vietnamienne de 65 ans, a donné naissance à son deuxième enfant, un fils prénommé Marvin, le 1^{er} mars 2010 à l'hôpital St. Paul de Vancouver. Ménopausée, elle avait eu recours, pour son traitement de FIV, milieu 2009, à l'ovule et au sperme d'un couple de Vietnamiens comme elle, son propre mari, Hong Huy, étant, lui, stérile. Sur le fait de devenir mère à 65 ans, elle a dit : « Peu importe l'âge que vous avez. Tout ce qui compte, c'est que j'aie une famille que j'aime. Mon mari, Huy s'est tenu à mes côtés tout le long du chemin, et me soutenait complètement. » Son premier fils, Dexter, né le 20 novembre 1990, avait alors 19 ans</p>
65 ans	avril 2015	AnnegretRaunigk		 Allemagne	son métier est Professeur des écoles
64 ans	23 février 2004	PapathiammalSubramaniam	FIVETE post-ménopausique avec un ovocyte de sa cousine de 30 ans et les gamètes Y sélectionnés de son mari	 Inde	<p>PapathiammalSubramaniam a donné naissance à un fils à Erode, Tamil Nadu, le 23 février 2004, à 64 ans. Le bébé, délivré par césarienne, pesait 1,75 kg (3,86 lb). Il avait été conçu par FIV, avec un ovule donné par sa cousine de 30 ans et les spermatozoïdes Y sélectionnés en laboratoire de son époux, fermier de 74 ans resté jusque-là sans héritier mâle</p>
64 ans	9 octobre 2006	MemnuneTiryaki	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Turquie	<p>MemnuneTiryaki a donné naissance à son premier enfant, Yasin, un fils de 2,7 kg (6 lb) pour 48 cm (18,9 po), à Istanbul, le 9 octobre 2006, à 64 ans, après une FIV avec don d'ovocytes, pratiquée dans la partie occupée turque de Chypre. Elle et son mari de 62 ans essayaient de concevoir depuis 35 ans.</p>
64 ans	Juillet 2010	Dominique C.	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Suisse	<p>Une Suisse de 64 ans, d'Oberlunkhofen, dans le Canton d'Argovie, à l'ouest de Zurich, a donné naissance, en juillet 2010, à son premier enfant, une petite Katerina, conçue par FIV avec don d'ovocyte fécondés par son mari de 60 ans, après avoir fait une fausse-couche à 61 ans. Elle s'est rendue en Russie pour ce traitement, la loi suisse prohibant le don d'ovocytes</p>

63 ans $\frac{3}{4}$	7 novembre 1996	ArceliKeh	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	ArceliKeh, de Highland (Californie), a donné naissance à une fille, Cynthia, le 7 novembre 1996, à 63 ans $\frac{3}{4}$. Elle et son mari, Isagani, étaient mariés depuis 16 ans, début 1993, quand ils décidèrent d'essayer d'avoir un enfant. Afin d'obtenir leur admission au programme de fertilisation, dont l'âge maximal est fixé à 55 ans, les époux affirmèrent aux médecins qu'elle en avait 50, alors qu'elle en avait alors pas moins de dix de plus. Cinq cycles d'insémination furent nécessaires avant qu'ArceliKeh tombe enceinte avec réussite. L'ovule provenant d'une donneuse anonyme avait été fécondé avec le sperme d'Isagani, le mari d'Arceli
63 ans	1751	Non identifiée	Conception naturelle	 Archiduché d'Autriche	Albrecht von Haller (16 octobre 1708 – 12 décembre 1777), anatomiste, physiologiste, naturaliste, et poète suisse alémanique, a rapporté le ca d'une Autrichienne ayant donné naissance en 1751 à un fils conçu naturellement avec son mari à l'âge déjà avancé de 63 ans.
63 ans	23 avril 1997	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	Une femme anonyme ménopausée de 63 ans, restée sans enfant, qui avait affirmé aux médecins n'avoir que 55 ans afin d'être éligible au programmes d'insémination artificielle, a donné le jour à une petite fille de 6,25 lb (2,83 kg), le 23 avril 1997, à l'Hôpital Universitaire de la Faculté de Médecine de Californie du Sud, à Los Angeles , après une FIV réalisée avec les ovocytes d'une jeune donneuse anonyme fécondés par le sperme de son mari de 60 ans, avant transfert progressif des embryons mis de côté, congelés
63 ans	22 mars 2011	Tineke Geessink	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Pays-Bas	Tineke Geessink, d' Harlingen , a donné naissance à sa fille Meagan le 22 mars 2011, à 63 ans. Elle est actuellement la femme la plus âgée à avoir jamais donné naissance aux Pays-Bas. Mère célibataire, elle a expliqué à la presse qu'elle avait toujours désiré un enfant et aurait cherché à le faire « par tous les moyens qui s'offraient à elle ». Elle fut traitée en Italie par le célèbre médecin Severino Antinori , qui lui implanta l'œuf d'une donneuse anonyme, fécondé avec le sperme d'un donneur anonyme ; la limite légale néerlandaise pour un tel traitement est en effet fixée à 45 ans
62 ans $\frac{3}{4}$	18 juillet 1994	Rosanna Della Corte	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Italie	Rosanna Della Corte, de Canino , dans le Latium , a donné le jour à un fils, Riccardo, le 18 juillet 1994, à 62 ans $\frac{3}{4}$. Après que leur premier fils, de 17 ans, prénommé lui-même Riccardo, qu'elle avait déjà eu, lui, à 42 ans, avait été tué en scooter, percuté par une voiture, en juillet 1990, elle et son mari Mauro avaient décidé d'essayer d'avoir un deuxième enfant. Le couple essaya d'adopter, mais ne le purent pas, la loi italienne imposant d'avoir, pour cela, moins de 40 ans de plus que leur potentiel enfant. Mauro lut alors dans le journal les

					"exploits" de leur compatriote, le Dr Severino Antinori , qui avait permis à une femme à la fin de sa cinquantaine d'avoir un enfant. Avec l'aide du Dr Antinori, les Della Corte conçurent par FIV avec les ovocytes d'une donneuse et le sperme de Mauro. Rosanna, 60 ans alors, tomba enceinte dès la première tentative, mais fit une fausse-couche au bout de 40 jours, et il fallut 6 nouveaux essais avant d'atteindre le succès, une grossesse durable, alors qu'elle venait d'avoir 62 ans
62 ans ½	1887	Non identifiée	Conception naturelle	 Royaume-Uni Angleterre	"The Lancet Medical Journal" a rapporté en 1887 le cas d'une Anglaise ayant accouché, à 62 ans ½, de trois garçons, vrais triplés, ses 11 ^e , 12 ^e , et 13 ^e enfants avec son mari.
62 ans	1860	Non identifiée	Conception naturelle	 Royaume-Uni Angleterre	Une inscription gravée sur le monument de l'église de St. Peter, à East Oxford, rappelle le décès en couches autour de 1860 d'une citoyenne de 62 ans, dont la petite fille avait survécu.
62 ans	Août 1992	ConcettaDitessa	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Italie	<i>ConcettaDitessa, une femme au foyer de 62 ans d'un village calabrais, au Sud de l'Italie, doit donner naissance à un petit garçon au mois d'août</i> , écrivait le Los Angeles Times du 24 avril 1992. <i>On lui a implanté l'ovule d'une femme de 30 ans fécondé avec le sperme de son mari de 53 ans.</i> Il n'y a aucune trace d'un article postérieur traitant de son accouchement, mais sa grossesse mentionnée être d'alors environ 6 mois, elle n'aura sans doute pas fait de fausse couche à ce stade de la gestation.
62 ans	14 mai 2001	Jeanine Salomone (décédée en 2015 ⁴³)	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 France	Jeanine Salomone, une enseignante retraitée française de 62 ans, a donné le jour à un fils, Benoît-David, le 14 mai 2001, à Fréjus , dans le Var . Comme il est illégal en France de pratiquer une FIV sur une femme ménopausée, elle était allée recevoir le traitement aux États-Unis. L'affaire a causé un important débat d'éthique, déjà face à son âge, mais de surcroît parce que les deux ovules qui lui avaient été donnés par une Californienne avaient été inséminés avec le sperme du frère de Jeanine, Robert. Tandis qu'on lui avait implanté l'un des embryons conçus, on avait implanté l'autre à la donneuse qui agit en mère porteuse. Le 22 mai 2001, huit jours après la naissance de Benoît-David, la femme américaine mettait ainsi au monde une petite Marie-Cécile, sa fille biologique promise à Jeanine. Le praticien américain n'avait pas été informé que Jeanine et Robert étaient frère et sœur ; comme ils portaient le même nom, il était persuadé qu'ils étaient un couple marié. Bien loin d'une telle situation, on apprit que les enfants étaient en fait nés dans une ambiance familiale lourde, détestable, Jeanine et Robert se détestant au vrai, se querellant sur un héritage familial
62 ans	12 avril 2004	AmmaBhavani	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Inde	AmmaBhavani, de Thiruvananthapuram , Kerala , dans le sud du pays, a donné le jour à un fils par césarienne le 12 avril 2004, à l'âge de 62 ans, après un programme de FIV post-ménopausique avec les ovocytes d'une donneuse fécondés par le sperme de son mari.
62 ans	19 février 2006	Janise Wulf	FIVETE post-ménopausique	 États-Unis	Janise Wulf, de Redding (Californie) , a donné naissance à un fils, Adam Charles, son 12 ^e enfant, le 19 février 2006, à 62 ans. Le

			avec don d'ovocytes		bébé, de 6,63 lb (3 kg), délivré par césarienne, avait été conçu par FIV. Son médecin affirma que, pour des femmes de plus de 35 ans, donner naissance pouvait comporter des risques, mais qu'il avait accepté de superviser la procédure parce qu'elle était en bonne santé. Elle et son second mari, Scott, ont déclaré avoir voulu avoir des enfants ensemble comme lui n'en avait pas eu de sa précédente union, s'agissant du premier, Ian, né fin 2002, conçu lui aussi par FIV, alors qu'elle avait 59 ans, puis, s'agissant du second, pour que ce dernier ne grandisse pas en enfant unique. Des 10 enfants que Janise avait eus par le passé, avant Ian, l'aîné avait déjà 40 ans à la naissance du benjamin, et le dixième, 24. Par ces grands enfants, Janise était déjà 20 fois grand-mère et 3 fois arrière-grand-mère.
62 ans	5 juillet 2006	Patricia "Patti" RashbrookFarrant	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni  Angleterre	Patricia Rashbrook , déjà mère de 3 enfants adultes, âgés de 26, 22, et 18 ans, nés de sa première union, a donné le jour, par césarienne, à un fils, Jude, de 6,66 lb (3,02 kg), à Brighton , le 5 juillet 2006, à 62 ans. Elle et son second mari, John Farrant, s'étaient rendus en Russie, pour bénéficier d'un traitement de FIV supervisé par l'expert italien en fertilité, Severino Antinori . La naissance suscita, au Royaume-Uni, un débat d'éthique sur la maternité tardive
62 ans	Juillet 2007	MilevaRadulovic	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Monténégro 	MilevaRadulovic, de Danilovgrad , au Nord-Ouest de Podgorica , a donné naissance, en juillet 2007, à 62 ans. Elle et Sreten, son mari de 69 ans, devenaient parents pour la première fois après 35 ans de mariage, grâce à l'aide d'un traitement de FIV.
62 ans	5 mai 2010	Krasimira Dimitrova	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Bulgarie	La psychiatre bulgare Krasimira Dimitrova, de Ruse , a donné le jour, le 5 mai 2010, à 62 ans, à des jumelles, Meri (Marie) et Zhaklin (Jacqueline), pesant respectivement seulement 500 g (1,1 lb) et 900 g (2 lb), conçues grâce à un traitement de FIV avec don d'ovocytes. Elle s'était résignée à faire un enfant elle-même après s'être vu refuser l'option de l'adoption devant son âge avancé. On lui avait initialement implanté trois embryons, mais le corps médical jugea plus tard préférable de sacrifier un des fœtus pour assurer la pérennité des deux autres. Elle est seulement la seconde woman connue de plus de 60 ans à avoir donné le jour à des jumeaux
61 ans ³ / ₄	2007	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Suisse	Une Suissesse est devenue mère pour la première fois en 2007, en donnant le jour à des jumeaux, à l'âge de 61 ans ³ / ₄ . Elle était tombée enceinte à 61 ans par une FIV avec don d'ovocytes pratiquée à l'étranger, la procédure étant interdite en Suisse. Une de ses compatriotes est tombée enceinte par le même biais la même année à 60 ans, toujours à l'étranger, pour donner naissance à un fils à 61 ans
61 ans ¹ / ₂	Octobre 2011	Kanakalata Ram	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Inde	Après la mort de leur fils unique, Tarini Prasad, à l'âge de 27 ans, le 17 août 2010, dans un accident de moto, Kanakalata Ram et son époux Sarat Chandra Singh, d'Anandpur, district de Keonjhar, État d' Orissa , voulurent avoir un autre enfant, envisageant d'abord l'adoption avant qu'elle ne formule son intention d'en

					passer par l'aide médicale à la procréation pour concevoir naturellement, quoiqu'elle fût ménopausée depuis douze ans déjà. En octobre 2011, après avoir émigré vers Chandrasekharpur, près de Bhubaneswar , toujours en Orissa, pour les besoins de son traitement de FIVETE avec don d'ovocyte sous hormonothérapie post-ménopausique et le suivi de sa grossesse, elle a donné naissance à un petit Rudra AdityaSiddharth
61 ans, 7 jours	26 octobre 2012	AntôniaLetícia Asti	FIVETE post-ménopausique avec ses propres ovocytes congelés	 Brésil	AntôniaLetícia Asti, de Santos, État de São Paulo , 40 km (25 mi) au Sud-Est de São Paulo , a donné naissance, le 26 octobre 2012, une semaine après son 61e anniversaire, et deux mois avant terme, à des faux jumeaux, Sofia et Roberto, pesant 900 g (2 lb) chacun, conçus par traitement de FIV post-ménopausique avec ses propres ovocytes congelés fécondés par le sperme de son mari (âgé de 55 ans à la naissance des bébés), les ovules restant après leurs 3 échecs précédents, comme ils tentaient l'expérience déjà depuis 1992
61 ans	1891	Non identifiée	Conception naturelle	 États-Unis	D ^r LovettDeweese a rapporté le cas d'une femme de Philadelphie (Pennsylvanie) , qui, en 1891, a donné le jour à un fils avec son mari, à l'âge de 61 ans.
61 ans	16 janvier 1988	Cecilia Tuailava	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Australie	L'Australienne Cecilia Tuailava a donné le jour à un fils, le 16 janvier 1988, à 61 ans. Elle avait eu recours à une FIV avec don d'ovocytes fécondés par le sperme de son mari
61 ans	27 juillet 1992	Liliana Cantadori	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Italie	Liliana Cantadori, de Modène , a donné le jour à une petite Andrea, de 6,4 lb (2,9 kg), le 27 juillet 1992, à l'âge de 61 ans, grâce à une FIV avec don d'ovocytes fécondés par le sperme de son mari, Orlando, auquel, à son âge, après vingt ans de mariage, elle n'avait pas pu donner d'enfant naturellement. Elle a menti sur son âge aux différents médecins qu'elle a consultés, se rajeunissant de dix ans, afin d'être éligible aux traitements de fertilité
61 ans	15 décembre 2002	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Autriche	Une Autrichienne de 61 ans a donné naissance à son 2 ^e enfant, une fille de 6 lb (2,7 kg), le 15 décembre 2002, à Graz . Elle devait encore donner le jour à un 3 ^e enfant, un fils, début mars 2007, à 66 ans. Sa fille aînée avait 25 ans fin 2002. Les 2 grossesses à plus de 60 ans ont été rendues possibles grâce à des FIV, don la seconde fut supervisée par le célèbre Severino Antinori . C'est peut-être le seul cas connu dans le monde de deux grossesses consécutives suivies de naissances à plus de 60 ans
61 ans	2007	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Suisse	Une Suisse de 61 ans est devenue mère pour la première fois en 2007, après être tombée enceinte à l'étranger par un traitement de FIV avec don d'ovocytes, une procédure interdite au sein de la Confédération suisse. Une autre femme a donné naissance, la même année, dans le pays, à des fils jumeaux, à 61ans $\frac{3}{4}$, par le même procédé
61 ans	19 février 2007	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Danemark	Une femme de 61 ans, du quartier de Vanløse, à Copenhague , a donné naissance, le 19 février 2007, dans la capitale danoise, à une fille conçue par un traitement de FIV pratiqué en Angleterre , avec dons anonymes simultanés d'ovocytes et de sperme.
61 ans	2008	Non identifiée	FIVETE	 Japon	Une femme de 61 ans a donné le jour à son

ans			post-ménopausique avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)		propre petit-fils à Nagano , au Nord-Ouest de Tokyo , en 2008, après avoir choisi d'agir comme mère porteuse pour sa fille, qui, n'ayant pas d'utérus, ne pouvait pas porter elle-même une grossesse. Elle serait la mère porteuse la plus âgée recensée au Japon
61 ans	13 février 2011	Kristine Casey	FIVETE post-ménopausique avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 États-Unis	Kristine Casey a donné le jour à son propre petit-fils, Finnean Lee, le 13 février 2011, à la Maternité Prentice de Chicago (Illinois) , à l'âge de 61 ans. Elle avait accepté d'agir comme mère porteuse pour sa fille de 36 ans, Sara Connell, infertile. Si elle a connu des complications rénales peu après l'accouchement, tout est rapidement rentré dans l'ordre
60 ans, 10 mois, 19 jours	11 janvier 2010	Lia Georgia Triff	FIVETE post-ménopausique avec prétendument un de ses propres ovocytes congelés, peut-être plutôt celui d'une donneuse anonyme	 Roumanie	La Princesse Lia Georgia Triff, épouse du Prince Paul-Philippe Hohenzollern de Roumanie, a donné naissance à Bucarest au Prince Carol Ferdinand, 2,2 kg (4,9 lb) pour 47 cm (18,5 po), le 11 janvier 2010 ; née le 23 février 1949, elle avait alors 60 ans, 10 mois, et 19 jours. Elle avait précédemment eu une fille en 1973 de sa première union. Par la suite, elle alléguait avoir utilisé ses propres ovocytes congelés, une déclaration mise en doute
60 ans, 9 mois, 10 jours	20 novembre 1997	Elizabeth Ann "Liz" Jeffrey Espley Buttle	Conception naturelle sur traitement de fertilisation	 Royaume-Uni Nation du  Pays de Galles	La Galloise Elizabeth Ann Jeffrey "Liz" Buttle, de Cwmann (près de Lampeter), 45 km (28 mi) au Nord de Swansea , née Espley le 10 février 1937, et mère veuve d'une fille, Belinda, déjà âgée de 41 ans (l'ayant eue, le 19 mai 1956, à seulement 19 ans ¼) de son défunt 1 ^{er} époux, Tom Buttle, décédé en 1987, une aînée l'ayant faite grand-mère de trois petits-enfants dont l'aîné avait alors déjà 19 ans, a donné naissance à un fils, Joseph "Joe" David, le 20 novembre 1997, par césarienne, à Carmarthen , à 60 ans ¾, un enfant conçu sous traitement de fertilisation après avoir prétendu aux médecins n'avoir que 49 ans, juste sous les 50 de la barre légale, afin d'être éligible aux soins, qu'elle nia par ailleurs ensuite un temps à la presse Elle est probablement la mère avec le plus long intervalle de temps entre deux maternités : 41 ans ½ entre sa fille aînée et son fils benjamin.
60 ans	1 ^{er} siècle av. J.-C.	Cornelia Serpius	Conception naturelle	 République romaine	Pline le Vieux rapporta le cas de Cornelia Serpius, épouse de Serpius à Pompéi, au 1 ^{er} siècle av. J.-C., qui lui avait donné un fils, Volusius Saturninus, à l'âge avancé de 60 ans.
60 ans	1986	Leontina Albina	Conception naturelle	 Chili	Leontina Albina, de San Antonio , née en 1926 et mariée en 1943, a donné naissance à sa 57 ^e enfant, conçue naturellement, en 1986, à l'âge de 60 ans. Pour relativiser son nombre de maternités, il faut noter qu'elle eut 5 fois des triplés. Elle avait eu le 55 ^e à 55 ans en 1981, et le 56 ^e à 59 en 1985
60 ans	Juillet 2001	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Japon	Une Japonaise de 60 ans est devenue la mère la plus âgée de Tokyo en donnant le jour, en juillet 2001, à son premier enfant, conçu aux USA d'un traitement de FIV ayant utilisé les ovocytes d'une donneuse asiatique anonyme fécondés par le sperme de son mari
60 ans	Août 2001	"Aruna"	FIVETE post-ménopausique	 Inde	"Aruna", une Indienne de 60 ans de Mumbai, Maharashtra , a donné naissance, en août 2001, à un fils conçu par FIV avec don

			avec don d'ovocytes		d'ovocytes. Elle et son époux, mariés vingt-neuf ans plus tôt, étaient restés sans enfant, après les avortements de ses 3 grossesses, toutes praevias
60 ans	22 mai 2007	Frieda Birnbaum	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	Dr Frieda Birnbaum, de Saddle River (New Jersey) , a donné naissance à des fils jumeaux, Jake et Jared, le 22 mai 2007, à 60 ans. Les bébés, de 4,69 lb (2,13 kg) chacun, furent délivrés par césarienne. Frieda Birnbaum avait subi un traitement de FIV dans une clinique de fertilité d' Afrique du Sud spécialisée dans le cas des femmes âgées. Elle et son mari, qui avaient un fils de 6 ans bien plus jeune que leurs deux fils et fille aînés de 33 et 29 ans, confièrent avoir souhaité que leur benjamin ait un frère ou une sœur en relatif rapport d'âge pour ne pas grandir seul. Les responsables de la maternité américaine la croient être probablement la femme la plus âgée à avoir accouché de jumeaux aux États-Unis
60 ans	3 février 2009	Ranjit Hayer	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Canada	Ranjit Hayer, de Calgary, Alberta , a donné naissance à des fils jumeaux, Mangot et Gurpreet, le 3 février 2009, à 60 ans. Elle était tombée enceinte au moyen de traitements de fertilité et d'une FIV avec don d'ovocytes qu'elle était allée se faire pratiquer en Inde, après avoir connu maintes fausses couches au cours de ses jusque là 43 années de mariage
60 ans	25 mai 2010	Wu Cheng	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Chine	Wu Cheng, une Chinoise de 60 ans, a accouché, le 25 mai 2010, par césarienne, à Hefei , de jumelles prématurées. Elle et son mari avaient décidé de passer par un traitement de FIV pour concevoir un autre enfant pour se recréer une descendance après la mort de leur fille de 28 ans Tingting et de leur gendre. Elle a dit après la naissance que « les filles leur donnaient, à elle et à son mari, le courage de vivre encore ». « En dépit du fait que nous soyons vieux tous deux, nous avons confiance en notre aptitude à les élever. »
60 ans	28 septembre 2010	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 Brésil	Une Brésilienne de 60 ans de Rio de Janeiro a donné le jour à sa propre petite-fille, Alice, le 28 septembre 2010, après avoir accepté d'agir en mère porteuse pour sa fille de 32 ans, infertile, comme, selon la loi brésilienne, une "subrogée mère" doit être une proche parente de la bénéficiaire.
60 ans	14 juin 2013	Lilabai	Conception naturelle	 Inde	Lilabai, une femme de 60 ans du village Rasanpura, dans le district de Khandwa, au sud-ouest de l'État du Madhya Pradesh , déjà mère de deux filles et d'un fils de 13 ans, son dernier né, a été accouchée par césarienne, le 14 juin 2013, d'une fille de 3,5 kg (7,7 lb), à l'hôpital Maharaja Yeshwantrao de la ville d' Indore où elle était venue avec son époux visiter de la famille. Ignorant être enceinte d'un 4 ^e enfant à cet âge, elle s'était présentée aux admissions se plaignant de maux de ventre...
59 ans, 9 mois, 11 jours	22 mai 2006	Lauren Cohen	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	Lauren Cohen, de Paramus (New Jersey), née le 11 août 1946, et déjà mère d'une fille de 27 ans, Renee, de son premier mariage, a donné le jour à des faux jumeaux, une fille et un garçon, Giselle et Gregory, à New York (New York) , le 22 mai 2006, à 59 ans, 9 mois, et 11 jours. Elle et son 2 ^d mari, Frank Garcia, avaient précédemment eu ensemble une fille, Raquel, en décembre 2004, d'une première FIV, utilisant déjà les ovocytes d'une donneuse

					anonyme fécondés par le sperme de Franck. Le couple, devant la question du devenir des embryons surnuméraires (restants) entre une utilisation personnelle, la cession à autrui, ou leur destruction, décida de "tenter à nouveau sa chance". Quant à savoir pourquoi elle avait choisi d'avoir des enfants à un âge si tardif, et cela avec un mari de près de vingt ans son cadet, Lauren a déclaré : « J'ai simplement pensé qu'il eût été injuste pour Frank, en m'épousant, de ne jamais avoir l'opportunité d'avoir un enfant. Il ne me l'a jamais demandé, ne m'a jamais réclamé un enfant, mais je savais que ça le rendrait heureux d'en avoir un. »
59 ans ½	1890	Non identifiée	Conception naturelle	 États-Unis	Depasse a rapporté le cas d'une Américaine qui, veuve à 39 ans et ménopausée à 49, était tombée enceinte presque miraculeusement de son concubin juste avant ses 59 ans, vers 1890, pour donner naissance à 59 ans ½ à un fils, qu'elle avait ensuite allaité jusqu'à ses 6 ans, fût-elle âgée de déjà 65 ans lorsqu'elle le sevrera enfin complètement.
59 ans, 4 mois	6 décembre 2012	Oloruntoyin Adeola Alabi	Conception naturelle	 Nigeria	Oloruntoyin Adeola Alabi, d'Okota, dans l' État de Lagos , née en août 1953, et semblait-il ménopausée depuis la fin 2007, a donné naissance le 6 décembre 2012, à 59 ans et 4 mois, à sa 2 ^e enfant, Oluwatobi Ayomikun Victoria, conçue naturellement avec son époux Samuel Olujukanmi Alabi, pasteur de 62 ans, avec lequel elle était mariée depuis décembre 1981. Après 3 fausses couches entre 1982 et 1984 dans ses 3 premières années de mariage, elle avait connu 23 ans d'infertilité avant de donner le jour à sa 1 ^{re} fille, Ayomide, début 2007, à 53 ans ½
59 ans	1985	Leontina Albina	Conception naturelle	 Chili	Leontina Albina, de San Antonio , née en 1926 et mariée en 1943, a donné naissance à son 56 ^e enfant, conçu naturellement, en 1985, à l'âge de 59 ans. Pour relativiser son nombre de maternités, il faut noter qu'elle eut 5 fois des triplés. Elle avait eu le 55 ^e à 55 ans en 1981, et eut la 57 ^e à 60 en 1986
59 ans	25 décembre 1993	Jennifer F.	FIVETE avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni  Angleterre	Jennifer F. (patronyme non divulgué), femme d'affaires millionnaire britannique de 59 ans, a donné le jour à des fils jumeaux dans un hôpital de Londres le jour de Noël 1993, après avoir subi un traitement de FIV à Rome , sous la direction du docteur italien Severino Antinori . On utilisa les ovocytes d'une donneuse italienne de 22 ans que l'on féconda avec le sperme du fiancé de 45 ans de Jennifer (devenu son mari en novembre). Le cas induit d'importants débats d'éthique au Royaume-Uni
59 ans	20 août 1997	Dawn Brooke	Conception naturelle sous THS	 Guernesey (Îles Anglo-Normandes)	Dawn Brooke, de Guernesey, Îles Anglo-Normandes, a donné naissance à un fils par césarienne le 20 août 1997, à 59 ans. Tombée enceinte naturellement de façon inattendue, alors qu'elle se croyait ménopausée, elle a d'abord pris ses symptômes (douleurs, durcissement, et gonflement abdominal) pour les signes d'un cancer . On a pensé que le traitement hormonal substitutif (THS) qu'elle avait suivi pour combattre les effets de son retour d'âge pouvait avoir contribué à sa capacité à ovuler après ladite ménopause
59 ans	Décembre	Janise Wulf	FIVETE post-	 États-Unis	Janise Wulf, de Redding (Californie) , a donné le jour à un fils, Ian, son 11 ^e enfant, fin 2002, à

	2002		ménopausique avec don d'ovocytes		59 ans. Le bébé, délivré par césarienne, avait été conçu par FIV. Son médecin affirma que, pour des femmes de plus de 35 ans, donner naissance pouvait comporter des risques, mais qu'il avait accepté de superviser la procédure parce qu'elle était en bonne santé. Elle et son second mari, Scott, ont déclaré avoir voulu avoir des enfants ensemble comme lui n'en avait pas eu de sa précédente union. Janise Wulf avait alors déjà 10 enfants, âgés de 21 à 37 ans, de son 1 ^{er} mariage, et par eux, 15 petits-enfants et 1 arrière-petit-enfant.
59 ans	Octobre 2004	Sandra Lennon	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni Angleterre	Sandra Lennon, de Byfleet, Surrey , a donné le jour à son fils Alex en octobre 2004, à 59 ans. C'était là son 2 ^e enfant né d'une FIV, le premier, son fils Joshua, en étant déjà né début 2003. Les 2 garçons furent conçus avec les ovocytes d'une donneuse fécondés par le sperme de son mari. Elle qui avait déjà 2 enfants adultes (Glen, 32 ans, et Lisa, 29) de son 1 ^{er} mariage (et par eux 4 petits-enfants), dit avoir décidé de passer par la FIV après avoir rencontré son 2 ^d mari, Michael. Mais, plus tard, on apprit que, quoiqu'ils furent officiellement mariés, ils n'avaient jamais vécu ensemble et Michael ne sut qu'Alex était né que 2 semaines après. On se rendit alors compte que, s'il avait donné son accord pour la conception in vitro du premier enfant, Sandra en avait fait concevoir un autre, 18 mois plus tard, avec son sperme congelé conservé de la première fois, sans même qu'il fût au courant. Ses manigances ont précipité leur divorce
59 ans	13 septem bre 2005	Svetlana Glazyrina	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Russie	Svetlana Glazyrina, de Sotchi , a donné naissance à son premier enfant, Camille Rinat, un fils de 3,8 kg (8,4 lb) pour 54 cm (21,3 po), le 13 septembre 2005, à l'âge de 59 ans. Elle essayait d'avoir des enfants depuis son mariage à 44 ans. Après 7 grossesses avortées (fausses couches), elle décida de passer par un traitement de FIV.
59 ans	Printem ps 2008	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni Nation d' Angleterre	Une Britannique d'origine indienne de 59 ans a donné le jour, en 2008, avant l'été, dans les Midlands , à des filles jumelles conçues par FIV en Inde. Son mari venait d'avoir 72 ans à la naissance des filles.
59 ans	6 septem bre 2008	Non identifiée	FIVETE post-ménopausique avec les ovocytes d'une donneuse anonyme vietnamienne	 France originaire du  Viêt Nam	Une Française d'origine vietnamienne de 59 ans a donné le jour par césarienne à des triplés, deux garçons et une fille, le 6 septembre 2008. Elle serait passée par une clinique privée vietnamienne prête à passer outre l'âge limite pour le don d'ovules et la FIV, fixé à 45 ans au Vietnam. Le don d'ovocytes est permis en France, mais la plupart des cliniques de fertilité y fixent l'âge limite à 42 ans pour les futures mères.
58 ans, 8 mois ¼	Juillet 1992	Miranda Martino	FIVETE avec don d'ovocytes	 Italie	La chanteuse italienne Miranda Martino a donné naissance, début juillet 1992, à un fils conçu d'une FIV avec don d'ovocytes. Née le 26 octobre 1933, elle avait alors 58 ans et à peine plus de 8 mois.
58 ans ½	1998	Lin Fu-mei	Conception naturelle sous THS	 Taïwan (République de Chine)	Lin Fu-mei, une Taïwanaise de 58 à 59 ans (âge incertain), a donné le jour, en 1998, à des jumelles conçues naturellement, sous traitement hormonal substitutif (THS) de sa ménopause supposée
58	Décem	TürkanKaticeli	FIVETE		TürkanKaticelik, une Turque d'un âge déjà

58 ans, 5 mois	bre 2007	k	avec les ovocytes d'une donneuse anonyme de 25 ans	Allemagne	avancé vivant à Aschaffenburg , à l'extrémité Nord-Ouest de la Bavière , a donné naissance, en décembre 2007, à une fille, Karya, de 2,1 kg (4,6 lb) pour 46 cm (18,1 po), qui fut délivrée par césarienne. Elle avait connu plusieurs fausses couches avant de parvenir à donner le jour à cette enfant, sa première, en passant par une FIV avec les ovocytes d'une donneuse anonyme de 25 ans. En 2008, elle livra être un peu plus jeune que ce qu'il avait été précédemment rapporté, à cause d'une erreur dans les fichiers d'État Civil : elle allait avoir 60 ans en juillet 2009, ce qui signifiait qu'elle en avait presque 58 ½ lors de son accouchement.
58 ans, 4 mois	Décembre 2004	Lauren Cohen	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	Lauren Cohen, de Paramus (New Jersey), née le 11 août 1946, et déjà mère d'une fille de 26 ans, Renee, de son premier mariage, a donné le jour à une fille, Raquel, à New York (New York) , en décembre 2004, à l'âge de 58 ans et 4 mois, après un traitement de FIV avec don d'ovocytes. Elle et son 2 ^d mari, Frank Garcia, auront encore ensemble, en mai 2006, des faux jumeaux, garçon et fille, d'une nouvelle FIV réalisée à partir des embryons surnuméraires restant de la 1 ^{re} campagne couronnée de succès,
58 ans	1757	Non identifiée	Conception naturelle	 Royaume de Prusse	Albrecht von Haller (16 octobre 1708 – 12 décembre 1777), anatomiste, physiologiste, naturaliste, et poète suisse alémanique, a rapporté le cas d'une Prussienne qui avait donné naissance à une fille de son mari en 1757, à l'âge déjà avancé de 58 ans.
58 ans	24 décembre 1818	Mrs George Saunders	Conception naturelle	 Royaume-Uni  Angleterre	"The Royal Cornwall Gazette" du 2 janvier 1819 rapportait la naissance de jumeaux, lors du réveillon de Noël précédent, de Madame George Saunders, l'épouse d'un chasseur londonien , dans sa 59 ^e année de vie. Son précédent enfant était né 35 ans auparavant.
58 ans	Septembre 1965	Doris Beckford	Conception naturelle	 Royaume-Uni  Angleterre	Doris Beckford, de Londres , a donné naissance à son 4 ^e enfant, en septembre 1965, à 58 ans. S'étant rendue consulter des médecins début 1965 pour une aménorrhée et une distension de l'abdomen, elle s'était entendu diagnostiquer un kyste ovarien, et avait pris rendez-vous pour une opération de retrait chirurgical. Mais, lors de son admission à l'hôpital le jour convenu du mois de juin, alors qu'on était sur le point de la placer sous anesthésie générale, on se rendit compte, en l'examinant, qu'elle était en fait enceinte de 6 mois
58 ans	1991	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Danemark	Une Danoise de 58 ans a donné le jour en 1991 à un fils conçu d'une FIV, à partir des ovocytes d'une donneuse anonyme fécondés par le sperme de son mari.
58 ans	8 mars 1995	Emilia Bacco	FIVETE avec don d'ovocytes	 Italie	Emilia Bacco, une habitante de 58 ans de Salernes , a donné naissance à des fils jumeaux le 8 mars 1995, après une FIV avec les ovocytes d'une donneuse anonyme fécondés par le sperme de son mari
58 ans	Octobre 2001	"Pragna"	FIVETE avec don d'ovocytes supposée	 Inde	"Pragna", une Indienne de 58 ans de Mumbai, Maharashtra , a accouché d'un fils par césarienne en octobre 2001. Le recours à la FIV est supposé.
58 ans	Septembre 2002	Janet Boshier	FIVETE avec don d'embryons	 Royaume-Uni  Angleterre	Janet Boshier a donné naissance à ses faux jumeaux Sarah et James à Londres en septembre 2002, à l'âge de 58 ans, après une FIV avec don d'embryons (son partenaire de 63

				Angleterre	ans, Martin Maslin, apparemment stérile lui aussi), pratiquée à la clinique privée du Professeur Ian Craft. En janvier 2003, Martin Maslin succomba à une attaque cardiaque à 64 ans, cinq mois à peine après la naissance des jumeaux. Après sa mort, la sagesse du couple qui, proche de la retraite, avait reçu un traitement de fertilité, a été vivement débattue
58 ans	1 ^{er} décembre 2006	Ann Stopler	FIVETE avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 États-Unis	Ann Stolper, de Delray Beach , a donné le jour à ses propres petites-filles jumelles, Itai et Maya, le 1 ^{er} décembre 2006, à 58 ans, ayant agi comme mère porteuse pour sa fille Caryn Stopler Chomsky et son mari Ayal Chomsky. Caryn avait subi une hystérectomie à 25 ans lorsqu'on lui avait diagnostiqué un cancer du col de l'utérus, et n'était plus capable de porter elle-même ses enfants
58 ans	26 mai 2010	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Italie	Une Turinoise de 58 ans a donné le jour à une fille le 26 mai 2010, à l'hôpital Sant'Anna, après une FIV avec don d'ovocytes réalisée à l'étranger, la pratique étant interdite en Italie
58 ans	31 mai 2010	"Cicly"	FIVETE	 Inde	Une Indienne de Muvattupuzha, Ernakulam , Kerala , prénommée Cicly, a donné le jour à un fils à 58 ans, le 31 mai 2010, à l'hôpital St. George, après une FIV avec don supposé d'ovocytes. Leur premier fils mort à 3 ans des années auparavant, et le second décédé à 16 dans un accident en 2008, elle et son mari avaient alors décidé d'essayer d'avoir un nouvel enfant
58 ans	Septembre 2011	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Italie	Une Milanaise de 58 ans a donné naissance à des faux jumeaux, un garçon et une fille, en septembre 2011, après avoir reçu un traitement de FIV avec don d'ovocytes à l'étranger. Elle et son époux mécanicien de 65 ans (72 ans selon une autre source) essayaient de concevoir naturellement depuis vingt-sept ans
58 ans	9 mai 2012	Maria Addolorata Montuori	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Italie	Maria Addolorata Montuori, une femme de 58 ans de Boscoreale , près de Naples , en Campanie , a donné naissance à des triplés, 1 fille, Giovanna, et 2 garçons, Alessandro et Adriano, le 9 mai 2012, à l'Hôpital Général de Naples, après un traitement de FIV post-ménopausique avec don d'ovocytes fécondés par le sperme de son mari de 59 ans, Salvatore Manzo
58 ans	Février 2013	Catherine "Cathy" Donnelly	FIVETE post-ménopausique avec les ovocytes de sa fille infertile (mère porteuse)	 Canada	Cathy Donnelly, de London (Ontario) , une femme ménopausée de 58 ans, mère de 3 enfants et aïeule de 6 petits-enfants, agissant là en tant que mère porteuse pour sa fille Shannon Donnelly Fisher dont l'utérus scarifié de cicatrices s'était avéré infertile, doit donner naissance début février 2013 à sa propre petite-fille, Zoey Hope Catherine, conçue, par FIV post-ménopausique, d'un ovocyte de sa fille fécondé par le sperme de son gendre, Jamie Fisher
57 ans ½	Janvier 2003	Sandra Lennon	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni  Angleterre	Sandra Lennon, de Byfleet, Surrey , a donné le jour à son fils Joshua début 2003, à 57 ans ½, après une FIV. Elle a encore eu par la suite un second fils, Alex, par le même procédé, en octobre 2004. Elle qui avait déjà 2 enfants adultes (Glen, 30 ans, et Lisa, 27) de son 1 ^{er} mariage (et par eux 3 petits-enfants), dit avoir décidé de passer par la FIV après avoir rencontré son 2 ^d mari, Michael. Mais, plus tard, on apprit que, quoiqu'ils furent officiellement

					mariés, ils n'avaient jamais vécu ensemble et Michael ne sut qu'Alex, leur 2 ^d fils, était né, que 2 semaines après. En fait, après qu'il avait validé la 1 ^{re} conception, elle s'était fait faire un 2 ^e enfant par FIV avec son sperme congelé sans même l'en avoir avisé. Par ses mensonges et manigances, elle se mit à dos ses deux aînés, et amena Michael au divorce
57 ans, 5 mois	28 mars 2008	Susan Tollefsen	FIVETE avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni Angleterre	Susan Tollefsen, une Anglaise d'origine norvégienne de Laindon, Essex , née en octobre 1950, a donné le jour à son premier enfant, sa fille Freya, le 28 mars 2008, à l'âge de 57 ans, après une FIV avec don d'ovocytes. Comme on avait refusé de la traiter en Grande-Bretagne compte tenu de son âge, elle s'était rendue pour cela en Russie et en Pologne Deux ans plus tard, prête à avoir un nouvel enfant, elle fut cette fois admise dans une Clinique pour Femmes londonienne , devenant la Britannique la plus âgée à accéder à ce type de traitement ⁹⁷ , avant de décider par la suite de finalement abandonner son projet de nouvelle maternité, afin de ne pas mettre sa santé en péril
57 ans, 4 mois, 7 jours	18 octobre 1956	Ruth Alice Kistler	Conception naturelle sous THS	 États-Unis	Ruth Alice Kistler, de Portland (Oregon) , née le 11 juin 1899, a donné le jour à sa fille Susan le 18 octobre 1956 à Los Angeles , à l'âge de 57 ans et 129 jours. Cette maternité précédant l'avènement de la fécondation in vitro (FIV), elle est donc une des femmes les plus âgées connues à avoir conçu naturellement ^{75,99,100} . Quand elle est décédée en 1982, à 82 ou 83 ans, sa fille avait 25 ou 26 ans.
57 ans, 4 mois	24 novembre 1972	Anna Martin	Conception naturelle sous THS	 États-Unis	Anna Martin, de Broken Arrow (Oklahoma) , près de Tulsa , déjà mère de 6 enfants, l'aîné, Louis, alors âgé de 25 ans, a donné le jour par césarienne, le 24 novembre 1972, à 57 ans et 4 mois, à une fille, Mary-Jane, de plus de 9,8 lb (4,45 kg) ! Elle avait déjà eu ses deux précédents enfants à passé cinquante ans : une fille, Irene, à l'été 1967, à 52 ans, puis un fils, Donnie-Ray, l'été 1970, à 55 ans. Si ces deux grossesses-là avaient été totalement naturelles, la dernière, elle, est supposée avoir été favorisée par un soutien hormonal de substitution, sa ménopause alors installée
57 ans	14 mars 1996	Natalya Alexeevna Surkova	Conception naturelle sous THS	 Russie	Natalya Alexeevna Surkova est devenue la mère la plus âgée de Russie en donnant le jour à sa fille Sasha, 3,45 kg (7,61 lb) pour 51 cm (20,1 po), le 14 mars 1996, à l'âge de 57 ans. Elle était tombée enceinte naturellement, alors que, constatée entrée en pré ménopause, cela faisait un an et demi qu'elle était sous traitement hormonal substitutif (THS). Mère divorcée de deux enfants adultes (un fils, Elie, 33 ans, et une fille, Natalia, 21 ans), elle voulut avoir un enfant de plus comme son nouveau partenaire n'en avait pas
57 ans	12 décembre 1998	Judith Cates	FIVETE	 États-Unis	Judith Cates, d'Evansville (Indiana), a donné naissance à des jumelles, Margaret Jan Marie (Maggi) et Carli Sue Morgan (Carli), le 12 décembre 1998, à 57 ans. Tombée enceinte à cet âge d'une FIV, elle expliqua qu'elle et son mari Carl étaient souvent pris à tort pour les grands-parents des fillettes
57 ans	2004	Non identifiée	FIVETE	 Inde	Une femme de 57 ans de Jayaprakash Narayan Nagar, au Sud de Bangalore , Karnataka , a

					<p>donné naissance, en 2004, à des triplés, 1 fille et 2 garçons. De la caste des Brahmanes (savants lettrés), elle avait réclamé d'être inséminée avec la semence d'un homme de sa classe. Dans l'incapacité d'en trouver dans le secteur public, banques de gamètes gouvernementales, elle finit par s'adresser à une clinique privée de fertilité n'hésitant pas à accepter des dons de sperme de jeunes de moins de 18 ans. Le géniteur Brahmane de ses enfants serait ainsi un mineur de 15 ans. Bien que les lignes directrices du Conseil Indien de la Recherche Médicale (ICMR) interdisent strictement de recevoir des dons de sperme de mineurs, de nombreux adolescents et professionnels de la santé enfreignent régulièrement la loi dans le seul but de gagner davantage d'argent, d'où une très nette hausse des dons par de jeunes garçons à peine pubères.</p>
57 ans	20 avril 2005	Rosie Swain	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	Rosie Swain a donné naissance naturellement à des faux jumeaux, fille et garçon, Diana et Christian, le 20 avril 2005, à 57 ans. Elle et son mari Jay, qui étaient déjà 6 fois grands-parents et 4 fois arrière-grands-parents, par leurs 6 aînés, avaient décidé de passer par une FIV afin de donner un cadet proche en âge à leur fils dernier-né de 6 ans, Jimmy
57 ans	13 juillet 2008	"Vera"	Conception naturelle	 Ukraine	Une Ukrainienne de 57 ans a donné le jour, par césarienne, à Kiev , le 13 juin 2008, à un fils, Andrei, de 3,9 kg (8,6 lb). Son premier fils mort à 20 ans, elle avait entretemps donné naissance à des fils jumeaux, qui étaient à leur tour morts au bout de 10 jours, avant qu'avec son mari, ils décident de tenter une fois encore l'aventure de la parentalité
57 ans	2010	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Australie	Une femme de 57 ans a donné naissance en 2010, à Perth, Australie-Occidentale , à un bébé conçu par FIV avec don d'ovocytes
57 ans	Août 2010	Pamela Butler	FIVETE avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 Royaume-Uni Nation du Pays de Galles	La Galloise Pamela Butler, de Blackwood (Caerphilly), a donné le jour, en août 2010, à 57 ans, à son propre petit-fils Josef, en tant que mère porteuse pour sa fille de 35 ans, Nichola, qui avait toujours échoué dans ses tentatives d'avoir un bébé par elle-même. En portant son enfant pour elle, sa mère est devenue la "subrogée mère" la plus âgée de Grande-Bretagne
57 ans	1 ^{er} novembre 2010	Non identifiée	FIVETE	 Australie originaire d'  Inde	Une femme de 57 ans d'origine indienne est devenue la mère de jumeaux la plus âgée d'Australie le 1 ^{er} novembre 2010, en donnant le jour, à Perth, Australie-Occidentale , à deux nourrissons conçus, en Inde, d'une FIV à partir des ovocytes d'une donneuse anonyme
57 ans	Novembre 2010	Non identifiée	FIVETE	 Australie originaire d'  Inde	Une Indienne de 57 ans est devenue la mère la plus âgée d'Australie en novembre 2010, en donnant le jour, à Melbourne , à une fille conçue d'une FIV ayant utilisé le sperme d'un donneur anonyme indien envoyé depuis l' Inde
57 ans	18 septembre 2011	Silvana Sofia	FIVETE avec don d'ovocytes	 Italie	Silvana Sofia, une doctoresse de 57 ans, a donné le jour à deux vraies jumelles, Karola Pia et Adriana Cristina, le 18 septembre 2011, à Salernes . Son mari avait alors 70 ans
57 ans	28 novembre 2011	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Une Californienne de 57 ans a donné naissance à des fils jumeaux à Palm Springs , le 28 novembre 2011
57 ans	26 septembre	"Park"	FIVETE post-	 Corée du Sud	Une Sud-Coréenne de 57 ans (née en 1955), surnommée "Park", a donné naissance par une

	bre 2012		ménopausique avec don d'ovocytes		césarienne pratiquée à 36 semaines, le 26 septembre 2012, au Centre Médical Obstétrique Asan de Séoul , à deux fausses jumelles de 2,23 kg (4,92 lb) et 2,63 kg (5,8 lb). Après 27 ans d'essais infructueux à concevoir naturellement avec son mari, à cause de l'obstruction de ses trompes de Fallope, elle avait connu sa ménopause à 45 ans, déjà douze ans auparavant, quand elle avait finalement eu, là, recours à une FIV avec don d'ovocytes
56 ans, 11 mois, 27 jours	9 novembre 2004	Aleta St. James	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Aleta St. James, née le 12 novembre 1947, a donné le jour à des faux jumeaux, un garçon et une fille, Gian et Francesca, au Mount Sinai Hospital de New York (New York) , le 9 novembre 2004, tout juste 3 jours avant son 57 ^e anniversaire, tombée enceinte après un traitement de FIV avec don d'ovules, fécondés par le sperme de deux donneurs différents
56 ans	24 mai 2001	Lynn Bezant	FIVETE avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni  Angleterre	Lynn Bezant, de Croughton, Northamptonshire , a donné le jour à des faux jumeaux, fille et garçon, Susan et David, par césarienne, le 24 mai 2001, à 56 ans, après avoir reçu un traitement de fertilité. Déjà mère de trois enfants adultes avec son mari Derek, mais désireuse d'en avoir à nouveau, elle a obtenu de recevoir les ovocytes d'une donneuse anonyme qui ont été fécondés avec le sperme de son mari. Le couple avait en effet toujours voulu avoir une plus large famille mais avait connu des revers : Lynn avait d'abord accouché de jumeaux mort-nés, puis fait une fausse-couche
56 ans	Janvier 2002	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Inde	Une Indienne de 56 ans de Kerala , dans le Sud de l'Inde, a donné naissance par césarienne, début 2002, à un fils conçu par FIV avec don d'ovocytes.
56 ans	2006	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Australie	Une femme de 56 ans du Queensland , a donné naissance, en 2006, à un bébé conçu d'une FIV avec don d'ovocytes
56 ans	10 janvier 2008	RaisaAkhmadeeva	Conception naturelle supposée	 Russie	RaisaAkhmadeeva a donné le jour à son premier enfant, un fils, à Oulianovsk , le 10 janvier 2008, à l'âge de 56 ans. Son mari Rachid avait déjà 3 enfants de sa précédente union, mais ils voulurent toujours avoir un enfant ensemble
56 ans	11 octobre 2008	JacilynDalenberg	FIVETE avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 États-Unis	JacilynDalenberg (ex Wooster), de Mansfield , dans le Comté de Richland (Ohio) , a donné naissance, le 11 octobre 2008, à 56 ans, à ses 3 propres petites filles, Elisabeth Jacilyn, et les vraies jumelles Carmina Ann et Gabriella Claire, ayant agi comme mère porteuse pour sa fille Kim WoosterCoseno et le mari de celle-ci Joe Coseno (résidant à Ashland (Ohio) , dans le comté limitrophe éponyme). Déjà mère de deux enfants, une fille, Brittni (Wilkinson) et un garçon, Colin (Anderson), de ses deux précédents compagnons, Kim Wooster était devenue infertile après avoir donné naissance à son fils
56 ans	26 mai 2010	Gabriella De Ambrosis	FIVETE avec don d'ovocytes	 Italie	Gabriella De Ambrosis a donné le jour à son premier enfant, sa fille Viola, le 26 mai 2010, à l'âge de 56 ans, après avoir reçu un traitement de FIV à l'étranger. Elle avait épousé son mari Luigi en 1990, et ils essayaient depuis des années de concevoir naturellement sans succès, et s'étaient vu refuser deux demandes d'adoption. En septembre 2011, une Cour italienne a ordonné que leur fille leur soit

					retirée et soit prise en charge par un organisme d'État, ayant jugé que Gabriella, bibliothécaire de 57 ans, et son mari, retraité de 70 ans, étaient trop vieux pour s'en occuper convenablement
56 ans	Été 2011	SavitaBhati	FIVETE avec don d'ovocytes	 Inde	Sativa Bhati, restée sans enfant après 34 ans de mariage, a dépensé 60 000 roupies pour concevoir par FIV avec don d'ovocyte et enfin donner naissance, milieu 2011, à 56 ans, à un petit Chirag
55 ans 11 mois ¾	22 mars 1999	Pauline Lyon	FIVETE	 Royaume-Uni  Angleterre	Pauline Lyon, née fin mars 1943, a donné le jour à un fils, Brodie, à l'hôpital d'Hinchingbrooke, à Huntingdon, Cambridgeshire , le 22 mars 1999, à 55 ans et 11 mois ¾, après un traitement de FIV. Elle avait déjà eu une fille peu avant 52, fin février 1995, après le même traitement, et avait voulu, avec son 2 ^d mari, que celle-ci ait un cadet pour grandir avec elle. Hormis ces petits derniers, elle avait aussi une fille adulte de son premier mariage.
55 ans ¾	Octobre 2005	AnnegretRaunigk	Conception naturelle	 Allemagne	AnnegretRaunigk, une Berlinoise de 55 ans ¾, professeur d'anglais et de russe, déjà mère de 12 enfants (5 filles et 7 garçons) alors âgés de 13 à 34 ans – Antje (♀) 34, Ellen (♀) 31, Bjarne (♂) 30, Torben (♂) 27, Lieven (♂) 25, Tjard (♂) 24, Inken (♀) 23, Svea (♀) 20, Lennart (♂) 19, Velten (♂) 18, Ingvar (♂) 17, et Auda (♀) 13, portant tous des prénoms nordiques afin d'être bien distincts de ceux de ses élèves, expliqua-t-elle –, nés de cinq pères différents, et grand-mère de 6 petits-enfants âgés de 16 ans à 6 mois, a donné le jour, fin octobre 2005, dans la capitale allemande, à une fille, Lelia, sa 13 ^e enfant, conçue naturellement. Née début 1950, elle avait eu sa première enfant à même pas 22 ans, trente-quatre ans plus tôt. Mariée et divorcée 5 fois des 5 pères de ses enfants, elle avait dû, peu avant cette ultime maternité, fuir avec ses six cadets vivant encore avec elle, en Hongrie, où est né son dernier petit-fils
55 ans, 4 mois, 19 jours	9 septembre 1987	Kathleen Campbell	Conception naturelle	 Royaume-Uni  Angleterre	Kathleen Campbell, de Cotmanhay, 2 km (1,2 mi) au Nord d'Ilkeston, Derbyshire , et 4 km (2,5 mi) à l'Ouest de Kimberley, Nottinghamshire , née le 21 avril 1932, et déjà faite grand-mère par l'un de ses six aînés âgés de 16 à 22 ans, a donné naissance par césarienne, le 9 septembre 1987, à l'âge de 55 ans et 141 jours, à son 7 ^e enfant, un fils de 6,44 lb (2,92 kg) prénommé Isaac Joby, conçu naturellement
55 ans, 4 mois	Août 1994	ElizabethClareProphet	Conception naturelle	 États-Unis	Elizabeth ClareProphet, leader de l'Église Universelle et Triomphante de Livingston (Montana) , fondée par son 2 ^e époux dont elle a gardé le nom, Mark Prophet, père de ses 4 grands enfants âgés de 22 à 29 ans, a donné le jour, début août 1994, à son cinquième, premier de son 5 ^e époux de 43 ans, Edward Francis, vice-président de l'Église, avec qui elle s'était remariée en 1981. Née le 8 avril 1939, elle avait alors 55 ans et 4 mois
55 ans, 4 mois	Novembre 2004	Lyn Mason	FIVETE avec don d'ovocytes	 Nouvelle-Zélande	Après 6 fausses couches, dont une quadruplés en 1982, et plusieurs échecs de FIV, la Néozélandaise Lyn Mason avait fini par concevoir naturellement l'été 1987, à 38 ans, une fille, née en avril 1988. Les malheurs la poursuivant, cette enfant qu'ils avaient eu tant de mal à avoir

					avec son mari Ian, qui était déjà née sous de mauvais hospices, la semaine de la mort de sa tante Corynne, sœur unique de Lyn, allait mourir à 12 ans, en 2000, dans un accident de voiture, avec sa grand-mère Mary, mère de Lyn. Le couple s'en relevant difficilement, retenta alors le parcours du combattant des FIV avec dons d'ovocytes, et, après de nouveaux échecs, vit naître un fils, Dean, en août 2002, faisant de Lyn, née en juillet 1949, la mère la plus âgée de Nouvelle-Zélande à 53 ans et 1 mois, puis une fille, Celine, en novembre 2004, Lyn âgée cette fois de 55 ans et 4 mois.
55 ans, 2 mois, 10 jours	7 mars 1931	Mary Higgins	Conception naturelle	 Irlande	Mary Higgins, de Cork , née le 7 janvier 1876, a donné le jour à son premier enfant alors qu'elle était déjà âgée de 55 ans et 69 jours, le 17 mars 1931, le jour de la Saint-Patrick, la fête nationale irlandaise. Le cas fut rapporté le 5 juillet 1932
55 ans, 3 jours	1936	Winifred Wilson	Conception naturelle	 Royaume-Uni Angleterre	Winifred Wilson, d' Eccles , à l'Ouest de Manchester , dans le comté éponyme du Grand Manchester , a accouché de son 10e enfant en 1936, à 55 ans et 3 jours. Elle fut la Britannique la plus âgée à avoir donné naissance jusqu'en septembre 1987, quand Kathleen Campbell, de Nottingham , toujours en Angleterre , donna le jour à un fils à 55 ans et 141 jours, soit 4 mois ½ de plus
55 ans	1723	Non identifiée	Conception naturelle	 Saint-Empire	Des livres médicaux du XIX ^e siècle citent le cas remarquable d'une "Allemande" ^{note 1} devenue, en 1723, mère d'une fille de son mari, à l'âge de 55 ans.
55 ans	Juillet 1970	Anna Martin	Conception naturelle	 États-Unis	Anna Martin, de Broken Arrow (Oklahoma) , près de Tulsa , déjà mère de 5 enfants, l'aîné, Louis, alors âgé de 23 ans, a donné le jour par césarienne à un fils, Donnie-Ray, durant l'été 1970, à l'âge de 55 ans. Elle avait déjà eu son précédent enfant, une fille, Irene, l'été 1967, à 52 ans, et eut encore une autre fille, Mary-Jane, plus de deux ans après, en novembre 1972, à 57 ans et 4 mois
55 ans	1981	Leontina Albina	Conception naturelle	 Chili	Leontina Albina, de San Antonio , née en 1926 et mariée en 1943, a donné naissance à son 55 ^e enfant déclaré, conçu naturellement, en 1981, à l'âge de 55 ans. Pour relativiser son nombre de maternités, il faut noter qu'elle eut 5 fois des triplés. Elle aurait encore eu deux enfants en 1985 et 1986, à 59 et 60 ans.
55 ans	1995	Angelina Calabro	Conception naturelle	 Australie	Angelina Calabro, réputée être, à 55 ans, la mère la plus âgée de l'État de Victoria , a donné le jour, en 1995, à son 1 ^{er} enfant, une petite Carmelina, qu'elle assure avoir conçue naturellement avec son époux
55 ans	18 avril 1998	Merryl T. Fudel	FIVETE	 États-Unis	Merryl T. Fudel, une femme de 55 ans restée sans enfant de ses 5 mariages achevés en autant de divorces, a donné naissance à des quadruplés, 3 filles, Brooke, Brianna, et Brittany, et 1 garçon, Dario, à San Diego , le 18 avril 1998, après un traitement de FIV avec don de sperme. Elle est probablement la mère de quadruplés la plus âgée jamais vue. Les quatre bébés, de petits poids, sont nés à 27 semaines (à peine plus de 6 mois) ; la plus petite d'entre eux, Brooke, pesait seulement 10,5 oz (298 g), et n'a pas survécu plus de 8 jours. Quant aux trois autres, miraculés, la mère a choisi de ne garder que le garçon, et de faire adopter les

					deux filles
55 ans	22 février 2000	Marilyn McReavyNolen	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Marilyn Nolen (née McReavy), médaillée d'or olympique de volley-ball aux J.O. de Mexico 1968, et entraîneur de l'équipe féminine universitaire de St. Louis, a donné le jour à des fils jumeaux, Travis et Ryan, le 22 février 2000, à l'âge de 55 ans. Essayant depuis qu'elle avait épousé son mari, Randy Nolen, en 1988, de concevoir un enfant, et s'étant vu refuser l'adoption devant son âge, elle s'était résignée, en 1998, après 10 ans d'insuccès, à en passer par une FIV, avec don d'ovocytes.
55 ans	12 décembre 2004	Tina Cade	FIVETE avec les ovocytes de sa fille de 29 ans (mère porteuse)	 États-Unis	Tina Cade, de Virginie , a donné le jour à ses 3 propres petits-enfants triplés, 2 garçons, Aaron et Kai, et 1 fille, Simone, le 12 décembre 2004, à l'âge de 55 ans, ayant agi comme mère porteuse pour sa fille de 29 ans, Camille Hammond, et son mari, Jason. Camille souffrant d'endométriose, avait tenté à six reprises la FIV, et toutes avaient échoué. Tina Cade avait alors offert son aide, et son ventre
55 ans	Juillet 2007	Veronica Mensah	FIVETE	 États-Unis	Veronica Mensah, de Lithonia (Géorgie) , a donné naissance à des faux jumeaux, garçon et fille, Daniel Atsu et Diana Atsupui, à 55 ans, en juillet 2007. Les enfants reçurent le patronyme Dikenou de leur géniteur. Elle tentait de concevoir un enfant depuis ses 25 ans, et, au bout de trente ans d'insuccès, se rabattit sur la FIV, qu'elle alla se faire pratiquer dans son Ghana natal avec le sperme d'un compatriote de sa connaissance
55 ans	27 août 2007	"Brinda"	FIVETE avec don d'ovocytes et ICSI	 Inde	Une Indienne de Bhadravathi, Karnataka , prénommée Brinda, a donné naissance par césarienne à des fils jumeaux, Akash et Rishikesh, le 27 août 2007, à Chennai , à 55 ans. Elle et son mari Alagappan, toujours sans enfant après 28 ans de mariage, du fait d'une forte oligospermie de celui-ci (nombre insuffisant de spermatozoïdes dans son sperme), avaient fini par décider, alors qu'elle atteignait la ménopause, d'en passer par une FIV avec don d'ovocytes et injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) ; bref la fécondation d'un œuf réalisée manuellement en laboratoire, la Nature n'étant pas parvenue à l'assurer
55 ans	2008	Non identifiée	FIVETE	 Corée du Sud	Une Sud-Coréenne de 55 ans a donné naissance à Séoul , en 2008 (date incertaine), avec l'aide de l'équipe du Dr. Kim Ahm, qui suivit, par la suite, la dénommée « Park », âgée de 57 ans, devenue mère de jumelles, à Séoul elle aussi, fin septembre 2012
55 ans	23 février 2008	Carolyn Pelcak	FIVETE	 États-Unis	Carolyn Pelcak, serveuse et juriste célibataire californienne de 55 ans d' Anaheim , au Sud de Los Angeles , dans le comté d'Orange , déjà mère d'un enfant adulte, a donné le jour, le 23 février 2008, à son second, Alexandre, conçu sous traitement hormonal avec les gamètes d'un donneur anonyme
55 ans	21 août 2008	Dana Ramkissoon	FIVETE post-ménopausique avec ovocytes d'une donneuse anonyme indienne	 Italie originaire d'  Inde	Dana Ramkissoon, une femme d'origine indienne de 55 ans de Suzzara , au Sud de Mantoue , en Lombardie , a donné naissance, le 21 août 2008, par césarienne opérée à 7 mois de grossesse, à des fils quadruplés, Manav, Manmeet, Radvee, et Roshan (2 paires de vrais jumeaux ?), conçus par FIV post-ménopausique, contre £ 10.000 (13.500 € /

					20.000 \$ -change début 2008-), pratiquée dans son pays d'origine, avec les ovocytes d'une donneuse anonyme de sa patrie, fécondés par le sperme de son mari, PablaMaghar Singh, compatriote de 38 ans, après quinze ans d'insuccès à concevoir tant naturellement dont dix soutenus par PMA. Les nourrissons, prématurés de deux mois, pesaient entre 750 g (1,65 lb) et 980 g (2,16 lb), et furent placés en couveuse
55 ans	21 novembre 2008	Non identifiée	FIVETE	 Autriche	Une célibataire de 55 ans a accouché de filles jumelles, par césarienne, à Graz , le 21 novembre 2008. Elle était tombée enceinte d'une FIV pratiquée à l'étranger, avec le sperme d'un géniteur anonyme
55 ans	15 juin 2010	Shobha Joshi	FIVETE avec don d'ovocytes	 Inde	Shobha Joshi, une Indienne de 55 ans de Dhule, Maharashtra , restée sans enfant après 35 ans d'insuccès à concevoir dans son mariage avec son époux Vidyadhar, pasteur d'un an son cadet, a donné naissance par césarienne à un fils le 15 juin 2010 à Thane , Maharashtra, après y avoir reçu un traitement de FIV avec don d'ovocytes
55 ans	Novembre 2010	Giovanna Ciardi	Conception naturelle	 Italie	Ses règles absentes depuis janvier, Giovanna Ciardi, de Camaioire , dans la province de Lucques en Toscane , croyait sa ménopause arrivée à 54 ans. Mais quand son aménorrhée s'est accompagnée au printemps de nausées et de maux de ventre, elle a consulté son médecin qui a presque ri de sa méprise. Début novembre 2010, à 55 ans révolus, elle a donné naissance à un bébé conçu naturellement avec son nouveau compagnon, Bruno Paoli, plus de 23 ans après avoir donné le jour à sa fille Veronica, née de son mariage dissous.
55 ans	26 novembre 2010	GiannaNannini	Conception naturelle sous possible THS	 Italie	La chanteuse italienne GiannaNannini , ouvertement bisexuelle, a donné le jour, le 26 novembre 2010, à 55 ans, à son premier enfant, une petite Penelope, conçue naturellement avec son partenaire hétérosexuel Des voix ont toutefois soulevé l'idée qu'elle aurait suivi une médication régulière alors, traitement hormonal substitutif (THS) de sa ménopause supposée à tort, qui s'est transformé en cure de fertilisation dans sa pré-ménopause, et ainsi facilité sa grossesse
54 ans, 10 mois	7 janvier 2000	Aracelia Garcia	Conception naturelle	 États-Unis	Aracelia Garcia, de Sunnyside (Washington) , stupéfia le corps médical quand elle conçut naturellement (sans traitement hormonal) de vraies triplées en 1999, à 54 ans. Elle accoucha par césarienne début janvier 2000 de ses trois filles en bonne santé, Arianna [3,44 lb (1,56 kg)], Brianna [5,78 lb (2,62 kg)], et Cecelia [5,09 lb (2,31 kg)], qu'elle a prénommées en jouant sur les initiales A, B, C
54 ans, 7 mois, 9 jours	9 janvier 1799	Marie-Jeanne Meignan	Conception naturelle	 France	Marie-Jeanne Meignan, née le 31 mai 1744 à Romorantin ¹⁴² , a accouché le 4 pluviôse an IV (9 janvier 1799), à passé 54 ans ½, de son onzième enfant, prénommé Jean-Michel
54 ans, 1 mois, 10	10 février 1916	Elizabeth Pearce	Conception naturelle	 Royaume-Uni  Angleterre	Madame Elizabeth Pearce, de Biterne, près de Southampton , a donné le jour à son plus jeune enfant le 10 février 1916, alors qu'elle avait 54 ans et 40 jours

jours					
54 ans	1669	Elizabeth Greenhill	Conception naturelle		Elizabeth Greenhill, qui, née en 1615, eut 39 enfants avec son époux William Greenhill, accoucha du dernier d'entre eux, le futur célèbre chirurgien londonien Thomas Greenhill, en 1669, à 54 ans.
54 ans	1867	Non identifiée	Conception naturelle		Mariée à 52 ans à un jeune homme de tout juste 24, cinq ans après sa ménopause supposée à l'âge de 47 ans, une Américaine a conçu naturellement et donné naissance à deux filles en deux ans, en 1866 et 1867, à 53 puis 54 ans, a-t-il été rapporté.
54 ans	1992	Giuseppina Maganuco	FIVETE avec don d'ovocytes		Giuseppina Maganuco, patiente du polémique Dr Severino Antinori , gynécologue obstétricien italien spécialisé dans la maternité (très) tardive, a donné naissance à une petite Anna Maria à l'âge de 54 ans, en 1992, après un traitement de FIV avec don d'ovocytes fécondés par le sperme de son mari, aboutissement de vingt années d'essais infructueux de concevoir naturellement avec ce dernier.
54 ans	2000	Galina Shevchenko	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes		Galina Shevchenko a donné naissance à des fils jumeaux en 2000 à l'âge de 54 ans. Elle avait décidé avec son mari de passer par un programme de fertilisation pour concevoir un enfant passé l'âge de sa ménopause après le décès accidentel de leur fils unique. C'était le premier cas de succès de FIV post-ménopausique en Russie
54 ans	Janvier 2007	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes		Une femme de 54 ans a donné naissance à une fille à la clinique Apollinaire de Prague en janvier 2007, après une FIV avec don d'ovocytes
54 ans	Milieu 2008	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes		Une riche femme de 54 ans de l'État de Victoria a donné naissance, milieu 2008, à un enfant conçu par FIV avec don d'ovocyte (quoiqu'elle ne fut pas elle-même encore ménopausée) fécondé par le sperme de son mari
54 ans	12 mars 2010	Karen Johnston	FIVETE		Karen Johnston, de Bicester, Oxfordshire , a donné le jour à des faux jumeaux, un garçon, Asa, et une fille, Imogen, le 12 mars 2010, à 54 ans, après avoir reçu un traitement de FIV en République tchèque . Elle était déjà mère de 8 enfants, ayant toujours alterné garçons et filles d'ailleurs — Daniel (♂) 33, Jemma (♀) 28, Scott (♂) 27, Amy (♀) 26, Aiden (♂) 17, Bethany (♀) 14, Joseph (♂) 13, et Willow (♀) 2—. Sa huitième enfant était née en juin 2008, alors qu'elle avait 52 ans, d'une précédente FIV réalisée dans la même clinique tchèque
54 ans	15 août 2011	Solange Couto dos Santos	Conception naturelle		L'actrice brésilienne Solange Couto dos Santos, déjà mère d'un fils, Márcio Felipe, et d'une fille, Morena Mariah, de son précédent mariage, a donné le jour, le 15 août 2011, à 54 ans, à son troisième enfant, un fils, prénommé Benjamin, conçu naturellement
54 ans	30 juillet 2012	Kathy Kuchel	FIVETE avec un ovocyte d'une collègue de travail		Kathy Kuchel, de Glennelg , banlieue littorale Sud-Ouest d' Adélaïde , en Australie-Méridionale , a donné naissance, le 30 juillet 2012, à 54 ans, à l'hôpital d'Ashford (Sud-Ouest d'Adélaïde), à une petite Georgia Rose Amelia, de 3 kg (6,6 lb) pour 47 cm (18,5 po), fruit de l'essai de la "dernière chance", avec l'ultime embryon restant des 15 FIV précédentes tentées en vain en 20 ans avec son époux, Roger, à partir de ses propres ovocytes lors de la première moitié des cycles de traitement, puis

					ceux d'une femme de sa famille, et enfin ceux d'une de ses collègues de travail.
53 ans, 10 mois	Mai 2009	SarajeonGrains on	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 États-Unis	SarajeonGrainson, de Valley Stream, sur Long Island (New York) , née en juillet 1955, a donné naissance à des fils faux jumeaux, Matthew et David, en mai 2009, à 53 ans et 10 mois, après un traitement de FIV avec don d'ovocytes. Elle avait précédemment eu, avec son 2 ^d mari David, ancien prêtre, épousé en décembre 2001, un autre fils, Luke, en décembre 2006, à 51 ans et 5 mois, par le même moyen. Avant ça, elle comptait déjà 3 enfants adultes de son 1 ^{er} mariage
53 ans, 9 mois	Mars 2016	Margarita Louis-Dreyfus		 France	
53 ans ½	Printemps 2004	Kate Garros	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Kate Garros, de Sea Cliff, Long Island, New York (New York) , a donné le jour, au printemps 2004, après avoir rencontré son 2 ^d mari, à ses premiers enfants, des faux jumeaux, fille et garçon, Alexandra et John, conçus par FIV avec don d'ovocytes
53 ans ½	Début 2007	OloruntoyinAdeola Alabi	Conception naturelle	 Nigeria	OloruntoyinAdeola Alabi, d'Okota, dans l' État de Lagos , née en août 1953, a donné le jour début 2007, à 53 ans ½, à sa 1 ^{re} enfant, Ayomide, conçue naturellement avec son époux Samuel Olasukanmi Alabi, pasteur de 56 ans, avec lequel elle était mariée depuis décembre 1981. Après 3 fausses couches entre 1982 et 1984 dans ses 3 premières années de mariage, elle avait connu 23 ans d'infertilité avant de donner le jour à cette enfant. Dans la même année, survint sa ménopause. Du moins le supposa-t-elle, car, 5 ans après, elle retomba enceinte pour accoucher, le 6 décembre 2012, de sa 2 ^e enfant, OluwatobiAyomikun Victoria, à 59 ans et 4 mois
53 ans, 1 mois	Août 2002	Lyn Mason	FIVETE avec don d'ovocytes	 Nouvelle-Zélande	Après 6 fausses couches, dont une quadruplés en 1982, et plusieurs échecs de FIV, la Néo-Zélandaise Lyn Mason avait fini par concevoir naturellement l'été 1987, à 38 ans, une fille, née en avril 1988. Les malheurs la poursuivant, cette enfant qu'ils avaient eu tant de mal à avoir avec son mari Ian, qui était déjà née sous de mauvais hospices, la semaine de la mort de sa tante Corynne, sœur unique de Lyn, allait mourir à 12 ans, en 2000, dans un accident de voiture, avec sa grand-mère Mary, mère de Lyn. Le couple s'en relevant difficilement, retenta alors le parcours du combattant des FIV avec dons d'ovocytes, et, après de nouveaux échecs, vit naître un fils, Dean, en août 2002, faisant de Lyn, née en juillet 1949, la mère la plus âgée de Nouvelle-Zélande à 53 ans et 1 mois, puis une fille, Celine, en novembre 2004, Lyn âgée cette fois de 55 ans et 4 mois
53 ans, 7 jours	4 juin 2011	Anna Fehér	FIVETE supposée	 Hongrie	L'actrice hongroise Anna Fehér, née le 28 mai 1958, a donné naissance, par césarienne, le 4 juin 2011, à 53 ans et 1 semaine, à son premier enfant, un fils de 3,85 kg (8,5 lb) pour 57 cm (22,4 po) prénommé László Barnabás. Essayant sans succès de concevoir depuis dix ans, elle aurait eu recours à une FIV
53 ans	1866	Non identifiée	Conception naturelle	 États-Unis	Mariée à 52 ans à un jeune homme de tout juste 24, cinq ans après sa ménopause supposée à

					l'âge de 47 ans, une Américaine a conçu naturellement et donné naissance à deux filles en deux ans, en 1866 et 1867, à 53 puis 54 ans, a-t-il été rapporté.
53 ans	1880	Lucy Gauss Kenney	Conception naturelle	 États-Unis	Lucy Gauss Kenney, un <u>vétéran</u> Confédéré, a donné naissance à son dernier enfant, conçu naturellement, à l'âge de 53 ans
53 ans	10 novembre 1992	Mary Shearing	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Mary Shearing, d' Anaheim , ancienne body builder amateur, tombée enceinte avec l'aide de la technologie médicale à New York , sept ans après s'être remariée avec Don Shearing, un homme de vingt-et-un ans son cadet, a donné naissance, le 10 novembre 1992, à 53 ans, à l'hôpital Martin Luther, à des filles jumelles prématurées d'environ 12 semaines. La première, Amy Leigh, née naturellement, pesait 2,13 lb (970 g). Sa sœur, Kelly Ann, née, elle, par césarienne, un peu plus, avec 2,78 lb (1,26 kg)
53 ans	28 décembre 1992	Geraldine Wesolowski	FIVETE avec les ovocytes de sa bru (mère porteuse)	 États-Unis	Geraldine Wesolowski, de New York , (New York), a donné le jour à son propre petit-fils Matthew, le 28 décembre 1992 à 53 ans, après un traitement de FIV à l'Institut Chrétien de Fertilité d' Easton (Pennsylvanie) , destiné à agir en tant que <u>mère porteuse</u> pour son fils de 31 ans, Mark Wesolowski, et sa bru de 32, Susan Cooper Wesolowski, qui, ayant subi une <u>hystérectomie</u> à 21 ans après la naissance de son premier enfant mort à 2 ans, ne pouvait plus porter d'enfant elle-même
53 ans	2004	Ann Maloney	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Après avoir rencontré à 47 ans, en 1998, son 2 ^d mari, John Ross, 53 ans alors, déjà, lui, père d'un fils d'alors 25 ans, Ann Maloney, de New York (New York) , a conçu, par FIV avec don d'ovocytes, et donné le jour à deux filles, à 50 et 53 ans : Isabella, née en 2001, et Lily, née en 2004
53 ans	Septembre 2005	Annie Casserley	FIVETE avec les ovocytes génétiquement sélectionnés de sa fille Emma (mère porteuse)	 Royaume-Uni  Angleterre	Annie Casserley a donné le jour, à 53 ans, en septembre 2005, à sa propre petite-fille, Annie Trinity Hattersley, après avoir accepté d'agir comme <u>mère porteuse</u> pour sa fille de 35 ans, Emma Hattersley, atteinte d'une maladie génétique rare, l' <u>Histiocytose X (Langerhansienne)</u> , la rendant incapable de survivre à une grossesse
53 ans	5 février 2008	Adele Dramis	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Italie	Adele Dramis, une Italienne d'origine <u>grecque</u> , ménopausée depuis 18 mois, a donné naissance à des faux jumeaux, un garçon, Vincenzo, et une fille, Rosa, à Naples , le 5 février 2008, à l'âge de 53 ans. Elle avait essayé de tomber enceinte depuis qu'elle s'était mariée à 45 ans, et après sept années de tentatives infructueuses, ponctuées de maintes fausses couches, avait décidé de recourir à la FIV. Ce n'est qu'après qu'elle venait d'accoucher de ses jumeaux qu'elle reçut une réponse positive à sa demande d'adoption déposée en désespoir de cause ; on lui proposa de recueillir en sus un garçon de 13 ans
53 ans	Juin 2011	Debbie Hughes	Conception naturelle alors qu'elle prenait la pilule	 Royaume-Uni  Angleterre	Debbie Hughes, de Daventry, Northamptonshire , déjà mère d'une fille, Hayley (décédée tragiquement une semaine avant ses 18 ans en 1997), et de deux fils, Mark (26 ans) et Brandon (11 ans), et grand-mère, par son fils aîné, de deux petites-filles, Nicole (3 ans) et Lydia (2 ans), a donné naissance à un dernier fils,

					Kyle, 7,69 lb (3,49 kg), en juin 2011, à 53 ans, conçu naturellement malgré la prise de la pilule
53 ans	9 avril 2012	"Sulochana"	FIVETE avec don d'ovocytes	 Inde	Leur fils unique de 27 ans décédé dans un accident de la route à l'automne 2010, Sulochana et son mari Mani ont désiré concevoir un autre enfant. Mais à 51 ans passés, déjà ménopausée, et ses trompes ligaturées de surcroît, ne lui restait plus que le recours à la PMA. Il a fallu 2 cycles de FIV avec don d'ovocytes, et 18 mois, pour qu'elle donne naissance, à 53 ans, le 9 avril 2012, à un fils en bonne santé
53 ans	Fin janvier 2013	Carmen Russo	FIVETE post-ménopausique avec don d'ovocytes	 Espagne originaire d'  Italie	L'ancienne ballerine et actrice génoise , Carmen Russo, Miss Émilie-Romagne en 1972, devenue présentatrice télé en Italie puis en Espagne dans les années 90, et connue aussi dans ce dernier pays pour y avoir remporté la 1 ^{re} saison du jeu télévisé « Survivor » sur Telecinco en 2006, a conçu un enfant en juillet 2012, à 53 ans, par une FIV avec don d'ovocytes fécondés par le sperme de son compagnon de vie depuis 28 ans et ancien chorégraphe, Enzo Paolo, 64 ans, opération pratiquée dans une clinique catalane de la région de Barcelone
53 ans	1 ^{er} mai 2013	Non identifiée	Conception naturelle	 Argentine	Une femme de 53 ans de Formosa , dans la Province de Formosa , qui, supposée ménopausée, s'était découverte, mi-avril 2013, enceinte de 33 semaines (7 mois ½), a donné naissance, le 1 ^{er} mai, par césarienne, après deux semaines passées en observation à la maternité, à une petite fille de 2,1 kg (4,6 lb), conçue naturellement, qui, prématurée, a dû être placée en couveuse
52 ans, 3 mois, 29 jours	11 juin 1757	Julienne Despeignes ép. Blouin	Conception naturelle	 Royaume de France	Julienne Despeignes épouse Blouin, une Française d' Ercé-en-Lamée , en Bretagne , 35 km (20 mi) au Sud de Rennes , née le 13 février 1705, a donné naissance, le 11 juin 1757, à 52 ans et presque 4 mois, à son 13 ^e et dernier enfant, sa fille Magdelaine, conçue naturellement avec son mari Pierre. Elle avait déjà eu 12 enfants (l'aîné né à l'été 1731), dont des faux jumeaux, garçon et fille, à 44 ans, en février 1749 (à noter qu'elle avait elle-même un frère jumeau), avant d'avoir ses 11 ^e et 12 ^e à 45 et 49 ans
52 ans	Juillet 1967	Anna Martin	Conception naturelle	 États-Unis	Anna Martin, de Broken Arrow (Oklahoma) , près de Tulsa , née en juillet 1915, et déjà mère de 4 enfants, l'aîné, Louis, alors âgé de 20 ans, a donné naissance à une fille, Irene, en juillet 1967, à 52 ans. Elle a encore eu un fils trois ans plus tard, durant l'été 1970, à 55 ans, puis enfin une autre fille plus de deux ans après, en novembre 1972, à 57 ans et 4 mois
52 ans	1990	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Une Californienne de 52 ans a donné naissance à un fils conçu par FIV avec don d'ovocytes en 1990.
52 ans	31 mars 1992	Jonie Mosby Mitchell	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	JonieMosby Mitchell, chanteuse de country de Ventura (Californie) , déjà mère de 4 enfants avec son 1 ^{er} époux, Johnny Mosby, dont elle avait divorcé en 1977, a donné naissance, le 31 mars 1992, à 52 ans, à un fils, Morgan, conçu par FIV avec l'ovocyte d'une donneuse de 30 ans, après avoir adopté avec lui une fille, Sydney alors âgée de 3 ans ½ ^{39.169} . À noter que sa fille aînée, LindyMosby, alors âgée de 29 ans, venait tout juste de la faire grand-mère, deux mois et demi plus tôt, d'une petite Natalie.

52 ans	Octobre 2001	Annie Leibovitz	FIVETE	 États-Unis	La célèbre photographe portraitiste américaine lesbienne Annie Leibovitz avait 52 ans lorsqu'elle donna le jour, en octobre 2001, à sa fille Sarah, conçue par FIV avec le sperme d'un donneur anonyme
52 ans	28 août 2003	LyudmilaBelyavskaya	Conception naturelle	 Russie	LyudmilaBelyavskaya, la seconde épouse de l'acteur russe Aleksandr BorisovichBelyavskiy (connu sous le nom d'Alexander Belyavsky), a donné le jour, à Moscou , le 28 août 2003, à 52 ans, à son premier enfant, sa fille Alexandra, conçue naturellement
52 ans	10 mai 2007	Non identifiée	FIVETE avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 Grèce	Une Grecque de 52 ans a donné le jour, le 10 mai 2007, à ses deux propres petits-enfants faux jumeaux, de 2,5 kg (5,5 lb) chacun, après avoir accepté d'agir comme mère porteuse , par FIV avec les ovocytes de sa fille infertile fécondés avec le sperme du mari de celle-ci. Sous la loi grecque, une mère porteuse doit être âgée de moins de 50 ans, mais une exception fut faite ici
52 ans	Juin 2008	Karen Johnston	FIVETE	 Royaume-Uni  Angleterre	Karen Johnston, de Bicester, Oxfordshire , a donné le jour à une fille, Willow, en juin 2008, à 52 ans, après un traitement de FIV reçu en République tchèque . Elle était déjà mère de 7 enfants, ayant toujours alterné garçons et filles d'ailleurs —Daniel (♂) 33, Jemma (♀) 28, Scott (♂) 27, Amy (♀) 26, Aiden (♂) 17, Bethany (♀) 14, Joseph (♂) 13—, et a encore eu ensuite deux faux jumeaux —Imogen (♀) & Asa (♂)— à 54 ans, en mars 2010, là encore par une FIV réalisée dans la même clinique tchèque
52 ans	26 novembre 2010	AlhajaOwolabi Kareem	Conception naturelle	 Nigeria	AlhajaOwolabiKareem, une femme d'affaires d'Eti Osa, dans l' État de Lagos , restée stérile durant 30 ans de ses trois mariages successifs, et désespérant d'avoir jamais un enfant, surtout après s'être crue ménopausée, a enfin donné naissance, le 26 novembre 2010, à 52 ans, à une petite fille, conçue naturellement avec son 3 ^e époux, quasi homonyme, Alhaji.
52 ans	10 janvier 2011	Catherine Colonges	Conception naturelle	 France	Catherine Colonges, une Française d'origine togolaise de 52 ans de Limogne-en-Quercy , dans le Lot , a donné naissance à des triplés, une fille, Léonore, et deux garçons, Elian et Alexis, à Toulouse , conçus naturellement avec son mari Alain. Elle avait déjà deux fils de 30 et 27 ans, une fille de 15 ans, et même trois petits-enfants par ses aînés
52 ans	22 novembre 2011	Caroline Lockerman	FIVETE	 États-Unis	Caroline Lockerman, de l' Alabama , a donné naissance à des fils jumeaux le 22 novembre 2010, à l'âge de 52 ans, après un traitement de FIV, utilisant ses propres ovocytes, fécondés par un donneur de sperme anonyme.
52 ans	20 février 2012	Bridget Erondu	Conception naturelle	 Nigeria	Bridget Erondu, l'épouse d'un haut fonctionnaire de l' État d'Abia , et ancien Secrétaire d'État nigérian, déjà mère d'une fille étudiante de 21 ans, Ikonna, a donné le jour à un fils, NdukaKelechi Victor, conçu naturellement, le 20 février 2012, à la date anniversaire de sa sœur née en 1991. Une naissance tardive, à 52 ans, qu'une prophétie d'un prédicateur (à laquelle elle avait moyennement cru) lui avait annoncée lors d'une cérémonie religieuse en 2002
52 ans	13 novembre 2012	OlukoredeObamo	Conception naturelle	 Nigeria	OlukoredeObamo, d'Ata, dans l' État d'Ogun , a donné naissance à une fille, Obadunsin, le 13 novembre 2012, à 52 ans, alors qu'elle

					désespérait, après 25 ans de mariage, et sa préménopause se dessinait à 50 ans, de donner un enfant à son époux, Moïse, qui avait fini, s'il ne l'avait pas répudiée, par aller concevoir deux enfants adultérins avec des maîtresses
51 ans, 11 mois	28 février 1995	Pauline Lyon	FIVETE	 Royaume-Uni Angleterre	Pauline Lyon, née fin mars 1943, a donné naissance à une fille, Lauren, à l'hôpital d'Hinchingbrooke, à Huntingdon, Cambridgeshire , fin février 1995, à 51 ans et 11 mois, après une FIV. Elle a encore donné naissance à un fils à 55 ans et 11 mois ³ / ₄ , en mars 1999, par le même biais, désireuse avec son second mari que leur fille ait un cadet. Pauline Lyon avait déjà une fille adulte de son premier mariage
51 ans, 11 mois	7 janvier 2013	Maria da Glória Medeiros de Araújo	FIVETE avec les ovocytes de sa fille Fernanda (mère porteuse)	 Brésil	Maria da Glória Medeiros de Araújo, de Santa Helena, Santa Catarina , mère de 3 enfants adultes, a donné le jour par césarienne, le 7 janvier 2013, à presque 52 ans, à Goiânia, Goiás , à ses propres petites-filles jumelles, Emmanuelas et Julia, ayant agi comme mère porteuse pour sa fille Fernanda Medeiros, 34 ans, mariée depuis ses 20 ans sans pouvoir avoir d'enfant, ayant subi, à l'âge de 13 ans, l'ablation de son utérus dysfonctionnel, et son époux et elle s'étant vu refuser l'adoption. Pour cela, la « grand-mère porteuse », ménopausée, a dû suivre un traitement hormonal de fertilisation, et deux cycles de FIV, ainsi qu'un régime draconien pour perdre 21 lb (9,5 kg). Afin de pouvoir néanmoins allaiter elle-même, sa fille Fernanda a elle-même reçu un traitement au lactate
51 ans, 5 mois	Décembre 2006	SarajeonGrainson	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	SarajeonGrainson de Long Island (New York) , née en juillet 1955, a donné le jour à un fils, Luke, en décembre 2006, à 51 ans et 5 mois, après un traitement de FIV avec don d'ovocytes fécondés par le sperme de son 2 ^d mari, David, ancien prêtre, qu'elle avait épousé fin 2001. Ensemble, ils ont encore eu, par le même biais, deux autres fils jumeaux, Matthew et David, en mai 2009, alors qu'elle avait 53 ans et 10 mois. Elle avait déjà, pour sa part, trois enfants adultes de son premier mariage (Nicholas, 29 ans, Christine, 26, et Jeanna, 20 -âges fin 2006.
51 ans	1871	Non identifiée	Conception naturelle	 États-Unis	Une Américaine du Kentucky a donné naissance en 1871, à l'âge de 51 ans, à une fille conçue naturellement avec son mari
51 ans	17 mars 1997	Adrienne Barbeau	Conception naturelle	 États-Unis	L'actrice américaine Adrienne Barbeau a donné le jour à des fils jumeaux, Walker Steven et William Dalton, le 17 mars 1997, à l'âge de 51 ans. Après avoir épousé Billy Van Zandt en 1992, à 46 ans, elle se mit à essayer d'avoir avec lui un enfant, passa sans succès par la case FIV sans succès, avant de finalement tomber enceinte naturellement.
51 ans	Novembre 1997	Miriam Belov	Conception naturelle	 États-Unis	Miriam Belov, du New Jersey , spécialiste, connue pour ses shows TV à New York , en relaxation, sophrologie, yoga, taï-chi, rekki, etc., a donné le jour, en novembre 1997, à son 1 ^{er} enfant, sa fille Madelaine Sara, à l'âge de 51 ans
51 ans	1998	Non identifiée	FIVETE avec ICSI	 Inde	Une femme Bodo de 51 ans, des états de l'extrême nord-est de l'Inde, aux frontières du Tibet et du Bhoutan , a donné naissance en 1998 après une FIV avec injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI -

					intracytoplasmicsperm injection
51 ans	2000	Elizabeth Edwards	FIVETE avec don d'ovocytes supposé	 États-Unis	Elizabeth, l'épouse de John Edwards, l'ancien Sénateur de Caroline du Nord et candidat à la Vice-Présidence des États-Unis , a donné le jour à leur fils Jack en 2000 à 51 ans. Le couple avait décidé d'avoir d'autres enfants après que l'un de leurs deux précédents—un fils de 16 ans—avait été tué dans un accident de voiture en 1996. Madame Edwards avait déjà eu une fille, Emma Claire, fin 1998, à 49 ans ½. Des experts en fertilité croient qu'elle a eu recours les deux fois à un don d'ovocytes ; elle est toujours restée mystérieuse sur cette question
51 ans	Juillet 2001	Non identifiée	FIVETE avec don d'ovocytes	 Ukraine	Une femme de 51 ans a donné naissance à des jumeaux, une fille et un garçon, à Kiev , en juillet 2001, après une FIV avec don d'ovocytes. Elle a décidé d'avoir des enfants à cet âge tardif après s'être remariée
51 ans	1 ^{er} août 2001	Morgan Zantua	Conception naturelle	 États-Unis	Morgan Zantua, de Tacoma , a donné le jour à son premier enfant, sa fille Auriel, le 1 ^{er} août 2001, à Los Angeles, à l'âge de 51 ans. Elle s'était mariée pour la 2 ^{de} fois à 44 ans, et, après avoir fait une fausse-couche, avait décidé de ne plus chercher à avoir d'enfant, avant de tomber subitement enceinte à 51 ans, alors qu'elle ne s'y attendait plus
51 ans	28 septembre 2007	Rosinete PalmeiraSerrão	FIVETE avec les ovocytes de sa fille (mère porteuse)	 Brésil	RosinetePalmeiraSerrão a donné le jour à ses propres petits-fils jumeaux, Antonio Bento et Vitor Gabriel, dans un hôpital de Recife , le 28 septembre 2007, à 51 ans, après avoir choisi d'agir comme mère porteuse pour sa fille de 27 ans, Claudia Michelle Serrão Pereira, qui avait essayé de tomber enceinte pendant 4 ans. Sous la Loi brésilienne, une mère porteuse devant nécessairement être un proche parent de la bénéficiaire, Rosinette s'est dévouée, Claudia n'ayant pas de sœur. Les enfants furent conçus par insémination artificielle en utilisant les ovules de Claudia fécondés avec le sperme de son mari
51 ans	Janvier 2009	Georgia Dardick	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Après 6 échecs de FIV et un refus de sa demande d'adoption, son médecin avait fait le deuil, ses 50 ans passés, de la voir mère. Pas elle. En janvier 2009, Georgia Dardick, de Boyton Beach (Floride), accouchait, à 51, ans, d'une fille issue de sa 7 ^e FIV
51 ans	13 décembre 2009	Anita Makhtur	FIVETE avec ses propres ovocytes	 Inde	Anita Makhtur, une quinquagénaire restée jusque-là sans enfant, a donné naissance à des fils jumeaux à New Delhi le 13 décembre 2009, à 51 ans, après un programme de FIV endogène. Mariée depuis 23 ans, elle avait été incapable de tomber enceinte naturellement à cause d'un fibrome utérin et de l'obstruction de ses trompes, et avait connu déjà deux tentatives de FIV infructueuses. Elle est probablement la femme la plus âgée à avoir conçu d'une FIV à partir de ses propres ovocytes
51 ans	Janvier 2011	Seiko Noda	FIVETE avec don d'ovocytes	 Japon	Seiko Noda, députée de la Chambre Basse nippone et ex-ministre pressentie pour devenir la première femme 1 ^{er} Ministre du Japon, a provoqué la polémique en devenant mère à 51 ans par insémination artificielle. Auteur à 44 ans du livre <i>WatashiwaUmitai (Je veux donner naissance)</i> , elle a connu d'énormes difficultés à concevoir, le refus de ses demandes d'adoption, et fini par divorcer au bout de 5 ans de son

					époux, le député Yosuke Tsuruho, opposé à l'aide médicale à la procréation, avant d'en passer, avec son nouveau partenaire, par une FIV avec don d'ovocytes aux USA, une procédure interdite au Japon, pour donner le jour à son fils, Masaki, en janvier 2011, à Tokyo . Un enfant qui a connu de graves soucis de santé : outre son insuffisance cardiaque congénitale, il a été victime d'un accident vasculaire cérébral à 9 mois, dont il a failli mourir
50 ans ¾	Août 2010	Aggie Ezekiel	FIVETE post-ménopausique avec les ovocytes de sa fille Tinna (mère porteuse)	 Canada	Aggie Ezekiel, d' Edmonton, Alberta , mère, avec son mari Johnny Ezekiel, de 3 filles adultes (dont ses deux jumelles benjamines, Linsey et Lesley, déjà mères, respectivement de Jorja, 4 ans, et Savannah, 6 mois), a donné le jour, en août 2010, à l'âge de 50 ans ¾, à sa propre petite-fille, Clare, ayant agi comme mère porteuse pour sa fille aînée, Tinna, 28 ans, née sans utérus (et ayant subi, encore, à 21 ans, l'ablation de l'un de ses ovaires), via une FIVETE post-ménopausique dans le cadre d'une gestation pour autrui légale opérée à Calgary .
50 ans, 8 mois	29 décembre 1981	Jolie Westers	Conception naturelle	 États-Unis	Jolie Westers, de Rives Junction, au Nord de Jackson (Michigan) , née en avril 1931, a donné le jour, le 29 décembre 1981, à 50 ans et 8 mois, à ses 9 ^e et 10 ^e enfants., ses fils jumeaux Justin et James, conçus naturellement avec son mari
50 ans, 1 jour	21 novembre 2008	Juliet Le Page	FIVETE avec don d'ovocytes	 Royaume-Uni Nation d'  Écosse originnaire d'  Angleterre	Juliet Le Page, originaire du Yorkshire , en Angleterre, et elle-même conseillère en fertilité à Édimbourg , a attendu d'avoir rencontré son 2 ^d mari, à passé 40 ans, pour concevoir ses 2 enfants, par 2 FIV avec dons d'ovocytes : elle a eu son fils, Rafe, à la fin de l'été 2006, à presque 48 ans, et sa fille, Julia Kitty Rose, le 21 novembre 2008, le lendemain de ses 50 ans, faisant d'elle la mère la plus âgée d'Écosse ¹⁹⁶ . Jugée trop âgée toutefois chez elle pour recevoir un traitement de fertilité, elle a dû se rendre en Espagne pour concevoir sa fille cadette
50 ans	1899	Georgia Bitzis Pooley	Conception naturelle	 États-Unis	Georgia Bitzis Pooley (1849-1945), la première Grecque connue à avoir émigré à Chicago , a donné le jour à son dernier enfant, sa fille Mary, conçue naturellement, en 1899, à 50 ans
50 ans	1960	Madame L.	Conception naturelle	 Ukraine	<i>Le Livre des Records d'Ukraine</i> (partie "Homme & Société", section "Dans le monde de la Science et de la Technologie"), par Matsenko G.O., rapporte, à la page 18, le cas de Madame L., une résidente de Pidvolochysk, dans l'oblast de Ternopil, dans le Sud-Est du pays, heureuse d'avoir eu un bébé à 50 ans
50 ans	7 juin 1990	Margaret Cornall	FIVETE avec don d'ovocytes	 Australie	S'étant occasionné une retraite très active avec un fils très sportif, l'Australienne Margaret Cornall dit ne pas regretter, comme son époux John, d'être passée par une FIV post-ménopausique pour concevoir leur fils Allen auquel elle a donné le jour le 7 juin 1990 à 50 ans.
50 ans	Juillet 1996	Judy Bershak	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Judy Bershak de Los Angeles , a donné naissance à son premier enfant, sa fille Sarah, en juillet 1996, à l'âge de 50 ans. Elle s'était mariée à 44 ans, et n'étant parvenue ni à concevoir naturellement ni à adopter, elle est passée par un traitement de FIV avec don

					d'ovocytes, qui lui a permis de tomber enceinte dès la 1 ^{re} tentative
50 ans	20 février 1997	Cheryl Fillippini	FIVETE	 États-Unis	Cheryl Fillippini, de Lompoc , a donné naissance, par césarienne, à des quadruplets, 3 filles, Rebecca, Amanda, et Sydney, et 1 garçon, Robert, à Santa Barbara, le 20 février 1997, à l'âge de 50 ans, après un traitement de FIV. Elle et son mari Robert avaient 10 enfants en tout de leurs précédents mariages respectifs, mais désiraient en avoir un ensemble
50 ans	2001	Ann Maloney	FIVETE avec don d'ovocytes	 États-Unis	Après avoir rencontré à 47 ans, en 1998, son 2 ^d mari, John Ross, 53 ans alors, déjà, lui, père d'un fils d'alors 25 ans, Ann Maloney, de New York (New York) , a conçu, par FIV avec don d'ovocytes, et donné le jour à deux filles, à 50 et 53 ans : Isabella, née en 2001, et Lily, née en 2004
50 ans	27 mai 2008	Soraya Lewe-Tacke	Conception naturelle	 Allemagne	Soraya Lewe-Tacke, la mère de 50 ans de la pop star allemande d'alors 27 ans Sarah Connor , et déjà mère de six enfants, âgés de 11 à 27 ans, a donné naissance, le 27 mai 2008, par césarienne, à Hambourg , à deux fils jumeaux, Lex et Mick, conçus avec son 2 ^d époux, le chirurgien plasticien de 47 ans Jürgen Tacke, lui-même déjà père d'une fille de 11 ans
50 ans	8 août 2008	Jaymes Foster	Conception naturelle ou FIVETE	 États-Unis	Jaymes Foster, la productrice de musique et fille du magnat David Foster , a eu son fils Parker à 50 ans, le 8 août 2008 (le 08/08/08 à 08h08, a dit le père) à Raleigh ; elle l'avait conçu avec son ami le chanteur finaliste de la saison 2 de l'émission de télé-crochet <i>American Idol</i> , Clay Iken, qui révéla pourtant son homosexualité (depuis longtemps supputée) à peine un mois après la naissance. Le mode de conception du bébé demeure donc leur secret. Parker pesait à la naissance 6,13 lb (2,8 kg) pour une taille de 19 po (48 cm)
50 ans	22 mai 2010	Heather Elizabeth Parisi	Conception naturelle	 Italie	Heather Elizabeth Parisi, l'actrice et chanteuse italo-américaine, déjà mère de deux filles de ses précédentes unions, Rebecca JewelManenti, 16 ans, and Jacqueline Lune di Giacomo, 10 ans, a donné le jour, le 22 mai 2010, à Vicence , à des filles jumelles, Elizabeth Jaden et Dylan Maria, conçues naturellement avec son 3 ^e mari de 42 ans, l'entrepreneur Umberto Maria Unzollin
50 ans	6 juin 2010	Svetlana Krupenik	FIVETTE	 Ukraine	Svetlana Krupenik a donné le jour à une fille de 2,5 kg (5,5 lb) pour 45 cm (17,7 po) à Kiev , le 6 juin 2010, à 50 ans, après un traitement de FIV. Elle et son mari de 62 ans essayaient de concevoir depuis 30 ans
50 ans	15 juin 2011	Anthea Nicholas	Conception naturelle	 Australie	Anthea Nicholas, de Gold Coast, Queensland , est considérée comme la primigeste la plus âgée à avoir conçu naturellement en Australie. On avait dit à Anthea et son mari Peter en 2006 qu'ils ne pourraient pas avoir d'enfant. Mais, à la suite d'un problème médical, en 2010, Peter a fait des recherches et s'est imposé un régime personnel et un programme de santé qui lui ont permis de recouvrer une santé parfaite et de corriger par conséquent l'imperfection de son sperme, aboutissant, quelques mois après son rétablissement, à la grossesse tout à fait inattendue d'Anthea, alors qu'elle présentait alors déjà des signes cliniques de ménopause. Anthea a donné le jour à leur fils, Nicholas Jay, le 15 juin 2011

Source : site de témoignages Pregnancy over 44 les archives.

**Annexe n° 02 : Répartition De La Population Totale Résidente Par Groupe D'âge
Et Par Sexe (Année 2019)**

GROUPE D'AGE	POPULATION R.G.P.H 16.04.2008			ESTIMATION POPULATION AU 31.12.2019		
	MAS	FEM	TOTAL	MAS	FEM	TOTAL
0 - 4 ANS	17.996	17.181	35.177	20.944	20.025	40.969
5 - 9 ANS	14.738	14.072	28.810	17.160	16.376	33.536
10 - 14 ANS	15.716	15.252	30.968	18.320	17.765	36.085
15 - 19 ANS	16.284	16.018	32.302	18.970	18.659	37.629
20 - 24 ANS	17.830	17.205	35.035	20.766	20.042	40.808
25 - 29 ANS	18.482	18.083	36.565	21.518	21.060	42.578
30 - 34 ANS	16.542	16.226	32.768	19.269	18.902	38.171
35 - 39 ANS	14.625	14.407	29.032	17.027	16.782	33.809
40 - 44 ANS	13.035	13.035	26.070	15.186	15.168	30.354
45 - 49 ANS	10.377	9.985	20.362	12.084	11.629	23.713
50 - 54 ANS	8.862	8.444	17.306	10.319	9.815	20.134
55 - 59 ANS	7.154	6.641	13.795	8.328	7.723	16.051
60 ANS ET +	15.962	17.087	33.049	18.598	19.918	38.516
TOTAL	187.603	183.636	371.239	218.489	213.864	432.353

SOURCE : DPSB

QUESTIONNAIRE

Je suis doctorante en démographie au niveau de l'université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed, et dans le cadre d'élaborer une thèse de doctorat en démographie sociale et économique sur la maternité aux âges élevés, nous préparons une enquête sur les femmes mariées âgées de plus de Trente-cinq ans et plus, on basant sur les femmes ayant une première naissance après Trente-cinq ans.

A cet effet, je vous demande de bien vouloir répondre à nos questions. Aussi je vous informe que ce questionnaire est anonyme et confidentiel.

Merci.

Enquêtée n° :

I. Identification :

- Commune :
- Strate : Urbain : semi urbain : Rural :
- Age : /__/_/

II. Caractéristiques sociaux économiques :

1. Quel est le niveau d'instruction le plus élevé que vous avez atteint ?

- a) aucun :
- b) Ecole coranique :
- c) Primaire :
- d) Moyen :
- e) Secondaire :
- f) Supérieur :
- g) Autre :

2. État professionnel :

Pour la Femme :

- a) Exerce un travail :
- b) Cherche un travail :
- c) Femme au foyer :
- d) Déjà travaillée :

- Si vous travaillez, ou travaillez vous ?

- a) A domicile :
- b) Ppublic :
- c) Privé :
- d) Autre :

Dans quel secteur d'activité ?

- a) Secteur de la santé :
- b) Secteur de l'industrie :

- c) Secteur l'éducation :
d) Autre :

Pour le conjoint :

- a) Exerce un travail :
b) Chômeur :
c) Autre :

3. Quelle est votre état matrimonial ?

- a) Mariée :
b) Divorcée :
c) Séparée :
d) Veuve :
e) Autre :

4. A quel âge vous êtes mariée ? /_/_/_/

5. Est-ce que c'est votre premier mariage :

Oui : Non :

i. Si c'est Non, A quel âge vous êtes remariée

- a) avant 35ans :
b) après 35 ans :

ii. avez-vous eu des enfants lors de votre premier mariage ?

Oui : Non :

iii. Si c'est Oui combien :

Garçon : /_/_/_/ Fille:/_/_/_/

6. Quel est l'âge de votre mari actuel? /_/_/_/

7. Avez-vous des enfants de ce dernier mariage?

Oui : Non :

- Si Oui, combien de :

Garçon : /_/_/_/ Fille :/_/_/_/

8. A quel âge vous avez eu votre premier enfant? /_/_/_/

9. votre mari était-il déjà marié ?

Oui : Non :

Si Oui, il a eu des enfants?

Oui : Non

Combien de :

Garçon : /_/_/_/ Fille : /_/_/_/

10. Combien de grossesses avez-vous eu avant l'âge de Trente-cinq ans ?

S'il ya des grossesses, de quel sexe ?

Garçon : Fille :

11. Quel était votre âge à la première grossesse ?
12. Quel était votre âge à la dernière grossesse ?
13. A votre avis quel est l'âge idéal pour avoir le premier enfant en général:
/___/___/
14. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive :
a). Oui : b). Non :

Si Oui, de quel type ?
15. Quand avez-vous utilisé cette méthode ?
a) Avant la première naissance ?
a). Oui : b). Non :
b) Si c'est Oui : Pourquoi :
.....
c) Si c'est non : Est ce que l'utilisation de cette méthode contraceptive est suite à une consultation ?
Oui : Non :
16. Avez-vous déjà des enfants décédés ?
a). Oui : b). Non :
17. Quel âge avait -il ? /___/___/
18. Quel était votre âge quand au décès de cet enfant ? /___/___/
19. De quel sexe ?
a). garçon : b). Fille :
20. Quel est le rang de cette grossesse (enfant décédé)? /___/___/
21. Quelle était la cause ?
.....

III. Trajectoire féminine :

❖ Expérience de la grossesse.

1. que représente pour vous le fait d'avoir des enfants (d'être mère)?

.....
...
.....
....

2. pourquoi ?

.....
....
.....
....

3. que représente pour vous la maternité ?

4. A votre avis, y a-t-il un âge pour faire des enfants?
5. Pourquoi ?
6. Si je vous dis grossesse tardive dites moi ce que vous passe par l'esprit
7. Qu'est ce que cela évoque pour vous ?
8. qu'est ce qui vous a fait pensez à ça?
9. Pouvez vous me raconter votre parcours à la quête d'une grossesse ?

❖ **Pendant la grossesse :**

1. Comment s'est passé pour vous la grossesse tardive ?
2. A quel âge ?
3. Racontez-nous ce que vous avez vécu lors de votre grossesse tardive ?
4. Pouvez-vous me décrire votre réaction ?
5. Qu'avez-vous ressenti?
6. Qu'avez vous pensé ?
7. Que direz-vous à une femme qui veut avoir un enfant après l'âge de 35 ans?

8. Pourquoi?
9. Quelle était votre source d'information et auprès de qui?
10. Quels conseils lui donneriez-vous ?
11. Avez-vous déjà eu une grossesse qui a terminé avant le terme ?
 a). Oui : b). Non :
- Si oui,
12. A quel terme ? /_/_/ , et de quel rang /_/_/_/
13. Quelle est le type d'arrêt de cette grossesse ?
 a) Fausse couche :
 b) Avortement :
 c) Mort-nés :
 d) Autre :
14. Quelle est la cause d'arrêt de cette grossesse ?
15. avez-vous eu des opérations gynécologiques ?
 a) Oui : b) Non :
 Si c'est oui, de quel type s'agit-elle?
16. Combien de consultation avez-vous fait lors de votre grossesse? /_/_/_/
17. pourquoi ?
18. Est-ce que s'était le même nombre avec les grossesses précédentes
 a) Oui : b) Non :
 Si c'est Non, quelle est la différence et pourquoi?
19. Avez-vous déjà fait des consultations prénatales ?
 a). Oui : b). Non :
Si Oui combien ?
20. Avez-vous reçu des soins prénataux au cours de votre grossesse ?
 a). Oui : b). Non :
 si c'est oui quelle était la cause ?

.....
21. Désirez-vous cette grossesse ?

a). Oui : b). Non :

Si c'est non Pourquoi ?.....
.....

22. Quelle est la cause qui vous a menez à enfanter après Trente-cinq ans?

- a) Étude :
b) Mariage tardif :
c) Travail :
d) Cause médical :
e) Décès d'un enfant précédent :
f) Par erreur :
g) à la recherche d'un garçons :
h) Autre (à préciser) :

23. Durant cette grossesse avez-vous éprouvé des complications ?

a). Oui : b). Non :

Si c'est Oui, les quelles?

24. Avez-vous était hospitalisé suite à ces complications ?

a). Oui : b). Non :

25. Combien de fois ?

26. Dans quel secteur ?

- a) privé :
b) public :

❖ **Pendant L'accouchement :**

1. Qui vous a assisté pendant l'accouchement ?

- a) Médecin Gynécologue :
b) Sage Femme :
c) Médecin généraliste
d) Autre (à préciser) :

2. Ou avez-vous accouchez ?

- a) Secteur public :
b) Secteur privé :
c) A domicile :
d) Autre (à préciser) :

3. Avez-vous accouché par césarienne ?

a) Oui : b) Non :

4. Si c'est oui, qui a choisi ce type d'accouchement ? et pourquoi ?

5. Avant que vous quittiez la structure de santé, quelqu'un a-t-il contrôlé votre état de santé ?

OUI NON

Accouchement normal

6. Quelle est le mode de délivrance ?

a) Arrivé normalement :

b) Utiliser Forceps / Ventouse :

c) Autre (à préciser) :

7. Est-ce que vous avez été réanimé ?

a) Oui : b) Non :

8. Avez-vous allaité votre bébé naturellement ?

a) Oui : b) Non :

Si c'est Oui, pour quelle durée :

9. Quelle est la cause de l'arrêt ?

10. Est-ce que vous-avez consulté une personne pour l'allaitement ?

a) Oui : b) Non :

Si c'est oui,

a) Ou ?

b) Quel est son statut : b).1 médecin généraliste

b).2 médecin spécialiste

b).3 Sage femme

b).4 Membre de famille

b).5 Autre (à préciser) :

.....

c) Quel était son avis ?

11. Connaissez-vous les biens faits de l'allaitement

a) Oui : b) Non :

si c'est non Pourquoi ?

12. pouvez-vous citer quelques uns ?

IV. Soins Post- Nataux

1. Avez-vous été consulté en post natal ?

a) Oui : b) Non :

Si c'est oui, par qui ?

2. Après la naissance, avez-vous éprouvé des complications ?

a) Oui b) Non

Si c'est oui, les quelles ?

3. Vous avez consulté un médecin ?

a) Oui : b) Non :

Si c'est Oui , Ou ?

- a) Hôpital :
b) Maternité :
c) polyclinique:
d) privé :
e) Autre (à préciser) :

4. Que dites vous sur le service sanitaire dans cette structure ?

1. Bon :
2. Acceptable :
3. Mauvais :
4. Très mauvais :

5. Après l'accouchement, en vous a prescrit une méthode contraceptive ?

Oui : b) Non :

6. Si c'est oui, la quelle ?

- a) Aucune méthode :
b) Moyen contraceptif :
c) Allaitement prolongé :
d) Méthode de calendrier :
e) Autres :

7. Si c'est Non, pourquoi ?

8. S'était selon votre demande ? Oui Non

9. Si c'est oui : pourquoi vous voulez être sous contraception?

10. Est-ce que l'enfant est né en bonne santé ?

