

Le droit de vivre et de bien vivre pour celles qui donnent la vie

Présenté par: Docteur Jacqueline DES FORTS

PROBLEMATIQUE

"El Hamdoulillah lli slekti"

"Louange à Dieu de t'avoir sauvée"

Le droit de vivre, pour une femme, c'est d'abord celui de ne pas mourir parce qu'elle est femme :ne pas mourir en donnant la vie, pendant la grossesse ou pendant l'accouchement et le post-partum.. ne pas mourir non plus des conséquences lointaines de nombreux accouchements (cancer du col de l'utérus) ,et, enfin, ne pas mourir non plus pour avoir utilisé une méthode contraceptive sans bénéficier du suivi médical nécessaire. Or l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) estime que 50% des accouchements dans le Tiers-Monde ont encore lieu à domicile sans aucune assistance compétente, et que plus de 500.000 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse ou de l'accouchement non ou mal pris en charge : ce nombre de décès (5 millions en 10 ans) est bien supérieur à celui des décès causés par le SIDA.

Il y a également le mythe de la virginité et le scandale du viol pouvant entraîner l'assassinat de la victime, (à plus forte raison si ce viol a entraîné une grossesse), à moins qu'elle ne se fasse réparer son hymen.

Mais le droit de vivre, c'est aussi celui de bien vivre physiquement et psychologiquement, dans l'épanouissement de toute sa personnalité, et de pouvoir décider librement, et raisonnablement d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants.

Le premier obstacle à ce droit de bien vivre pour la femme est celui d'une atteinte de son intégrité corporelle parmi lesquelles on peut distinguer celles qui sont en relation avec la vie sexuelle, elles qui sont en relation avec la grossesse et l'accouchement, et

celles qui sont en relation avec des problèmes de santé mal ou non pris en charge.

Dans le domaine de la sexualité, il n'y a pas de mutilations génitales (excisions) en Algérie, ni de campagnes massives de stérilisations (ce que les organismes internationaux appellent la "contraception chirurgicale volontaire"), qui est la méthode la plus employée dans le monde (40% des couples contraceptifs notamment en Asie), mais il y a le viol "légal" de la "nuit de noce", qui, outre le traumatisme psychologique imposé au couple, est à l'origine de déchirures qui peuvent gravement invalider la vie sexuelle de la jeune épouse.

Les équipes de gardes dans les maternités savent ce que "nuit de noce" signifie sur le plan médical : ou bien la jeune mariée est amenée en pleine hémorragie, avec d'importantes déchirures, provoquées par la brutalité du mari, souvent rendu maladroit à cause de ce que l'on attend de lui ; ou bien, c'est tout un cortège masculin qui, le frère de la mariée en tête, amène la jeune femme, "coupable", à tort ou à raison, de ne pas être vierge...

Au cours de la grossesse, l'avortement provoqué de façon artisanale peut avoir pour conséquence des déchirures pouvant entraîner une perforation de l'utérus, quant à l'accouchement pratiqué par une personne incompétente il est, lui aussi, à l'origine de déchirures du périnée, du col de l'utérus, et de fistules entre le vagin et le rectum ou la vessie, provoquant des handicaps parfois définitifs, qui transforment ces femmes en parias de la société.

En milieu hospitalier les médecins ont tendance à abuser des épisiotomies, qui sont parfois mal réparées.

Et bien des césariennes seraient évitables si la grossesse avait été correctement suivie, et si la future mère était arrivée suffisamment tôt à la maternité au début du travail; mais il y a aussi, lorsque le praticien est payé à l'acte, des césariennes inutiles, et mieux vaut ne pas parler des "accouchements programmés", qui, en dehors d'indications exceptionnelles, ne servent qu'à enrichir

l'accoucheur, tout en lui assurant des week-end et des nuits tranquilles.

Enfin l'Hystérectomie (ablation de l'utérus) est incontestablement la forme la plus grave des atteintes de l'intégrité corporelle : dans certains cas elle serait évitable, notamment lorsque l'on est obligé de la pratiquer pour sauver la vie de la mère lorsqu'elle arrive trop tard à l'hôpital.

Des interventions mutilantes sont aussi, malheureusement trop souvent nécessaires en cas de cancers du col et du sein dépistés, eux aussi, trop tardivement.

Le droit de bien vivre, c'est donc celui de bénéficier d'une couverture médicale adéquate, qu'il s'agisse de la prise en charge d'une grossesse "à risque" , d'une contraception mal supportée, faute de possibilité de choix entre les différentes méthodes, et d'un suivi médical satisfaisant ou des nombreux problèmes gynécologiques, et dont les plus graves sont les cancers non dépistés à temps.

Le droit de bien vivre, pour une femme, c'est également celui d'être respectée, en tant que femme, en tant qu'épouse, et en tant que mère : c'est notamment le cas des mères célibataires, qui, parce qu'elles ont été victimes d'un viol (plus ou moins déguisé) et parce qu'elles ont accepté leur maternité, sont mises au ban de la société, sans que personne ne fustige le comportement irresponsable et immature du père de l'enfant.

Les épouses renvoyées du foyer conjugal avec leurs enfants sont les victimes de ce même type de comportement, et la polygamie est aussi la cause de bien des paternités irresponsables. Le "Mariage Temporaire" enfin, n'est qu'une forme déguisée de prostitution où la femme n'est plus qu'une servante "bonne à tout subir".

Enfin, le droit de bien vivre le plus important pour une femme, c'est celui de pouvoir faire des études : c'est grâce à l'instruction que la femme peut se libérer des contraintes des sociétés traditionnelles et se faire respecter quant à sa situation et à son avenir de femme, d'épouse, et de mère, en étant présente à tous

les niveaux de prise de décisions, qu'elles soient familiales, régionales, nationales ou internationales.

Avant d'exposer l'évolution de la situation sanitaire de la femme algérienne depuis l'indépendance, il nous a semblé important de présenter quelques données concernant la situation mondiale, ainsi que les sources d'informations disponibles.

1. LA MORTALITE MATERNELLE DANS LE MONDE

1.1. Mortalité maternelle, couverture obstétricale et couverture scolaire

La mortalité maternelle a été définie par l'O.M.S. comme étant le décès de toute femme durant la grossesse, l'accouchement et les 40 jours du post-partum. Cette dernière période est considérée comme trop courte car un décès causé par une infection puerpérale ou une maladie aggravée par la grossesse peut survenir plus tardivement.

Le Taux de Mortalité Maternelle (T.M.M.) se calcule comme le Taux de Mortalité Infantile (T.M.I.) en rapportant le nombre de décès maternels au nombre de naissances.

Le Tableau I montre la relation entre la couverture obstétricale (proportion d'accouchements bénéficiant d'une assistance compétente) et la mortalité maternelle par continent en 1985 : plus la couverture obstétricale est basse, et plus le T.M.M. est élevé.

Avant "l'ère obstétricale", qui a débuté il y a quelques 300 ans avec le forceps et le développement de toute la technologie obstétricale moderne, les démographes, en étudiant les registres de baptêmes et d'enterrements, ont estimé le T.M.M. à 20 pour 1.000 naissances : cela signifie qu'il y avait un décès maternel pour 50 accouchements (3). D'énormes progrès ont été réalisés puisque le T.M.M. serait actuellement, pour l'ensemble du monde, de 3,70 pour 1000, ce qui correspond à un décès maternel pour 280 naissances.

**T. 1 : SITUATION SANITAIRE DE LA FEMME PAR
CONTINENT EN 1985**

| | AFRIQUE | ASIE | AMERIQUE Latine | PAYS Develop | Monde |
|---|---------|---------|--------------------|-----------------|---------|
| Naissances en Millions | | | | | |
| Nombre de | 150.000 | 308.000 | 34.000 | 6.000 | 500.000 |
| Nombre de Décès Maternels | 23,4 | 73,9 | 12,6 | 18,2 | 128,3 |
| Couverture Obstétrical | 34% | 49% | 64% | 99% | 55% |
| Taux de Mortalité. Maternelle pour 1.000 | 6,30. | 4,20 | 2,78 | 0,26. | 3,70 |

Sources : Coverage of Maternity Care (O.M.S.) (1) et Maternal Mortality : a Global Factbook (Carla ABOU-ZAHR et Erika ROYSTON (2)

Mais, à partir des données disponibles, on constate des différences importantes d'un pays à l'autre, et, à l'intérieur d'un pays, entre les régions rurales et urbaines, et entre les différents milieux socio-économiques, les habitants des villes et les femmes les plus instruites et les plus fortunées ayant les T.M.M. les moins élevés.

Et certains pays pauvres, comme Cuba, ont donné priorité à la mère dans leurs programmes de développement de la santé, le T.M.M. est inférieur à 0,50 pour 1000. mais toutes les grossesses sont surveillées (couverture prénatale de 100%) et tous les accouchements bénéficient d'une assistance compétente (couverture obstétricale de 100%).

La mortalité maternelle est donc en relation directe avec la "Couverture Obstétricale", qui permet que la naissance se fasse dans les meilleures conditions, et de parer aux problèmes de dernière minute, et avec la "couverture prénatale" qui permet de dépister un certain nombre de complications, et d'éviter ces "catastrophes "qui arrivent pour mourir à l'hôpital.

Mais, en dehors des problèmes posés par l'accessibilité "géographique" aux maternités, il y a aussi les contraintes de la société traditionnelle : à ce niveau, la "couverture scolaire" joue un rôle très important, comme le montrent les données du Tableau II lorsqu'on les compare à celles du T. I.

T.II- NIVEAU D'INSTRUCTION PAR SEXE ET PAR CONTINENT (1960 et 1985) .

| | Afrique | Asie | Amerique Latine | Pays Develop |
|-------------------------|-------------|------------|-----------------|--------------|
| <u>En 1960</u> | | | | |
| De 6 à 11 Ans | | | | |
| Garçons | 41% | 65% | 58% | 90% |
| Filles | 24% | 42% | 57% | 90% |
| De 18 à 23 Ans | | | | |
| Garçons | 3,1% | 6% | 7% | 18% |
| Filles | 0,8% | 2% | 4% | 11% |
| <u>En 1985 :</u> | | | | |
| De 6 à 11 Ans | | | | |
| Garçons | 71% | 81% | 84% | 91% |
| Filles | 60% | 65% | 82% | 91% |
| De 18 à 23Ans | | | | |
| Garçons | 15% | 16% | 26% | 33% |
| Filles | 7% | 8% | 23% | 31% |

Source : Annuaire Statistique de l'UNESCO : Taux d'inscription scolaire par groupe d'âge et par sexe(4). La génération féminine scolarisée en 1960 correspond à celle des mères de familles de 1985, et celle de 1985 à celles des mères de familles (et également des femmes-cadres des années 1980, et celle de 1985 à celle de l'an

2000. *C'est en Afrique que la "couverture scolaire" est la plus faible...*

1.2. Les sources d'informations

Les certificats médicaux de causes de décès constituent la meilleure source d'informations, à condition que ces derniers soient correctement remplis. Or, à l'heure actuelle, dans des pays comme la France (5) ou les U.S.A.(6) où les certificats de décès sont considérés comme fiables, on estime que un tiers des décès maternels ne sont pas déclarés en tant que tels...A plus forte raison en est-il dans les pays en voie de développement, où les recherches sur la mortalité maternelle sont difficiles à réaliser, en raison de l'imprécision, ou de l'absence des certificats médicaux de décès, notamment lorsque l'accouchement a lieu à domicile.

Toutefois, en raison des relations étroites existant entre la mortalité maternelle et la couverture obstétricale, les informations disponibles sur cette dernière peuvent servir "d'indicateurs",

L'étude de la mortalité maternelle hospitalière peut servir d'indicateur d'accessibilité aux structures sanitaires, à condition d'avoir des informations sur la couverture obstétricale de la région où se trouve la maternité objet de l'étude; mais on ne peut pas se permettre, à partir des données hospitalières, de chiffrer un T.M.M. au sein de la population générale lorsque la couverture obstétricale n'atteint pas 100%, et lorsque les certificats de décès sont défectueux.

L'étude de la surmortalité féminine aux âges de la procréation par rapport à la mortalité masculine dans la même tranche d'âge a pu servir d'indicateur, à condition que les hommes ne soient pas soumis à une surmortalité concomitante (guerre, et, de nos jours, accidents de la circulation). Il s'agit donc d'un indicateur très général. Mais il serait intéressant de pouvoir comparer précisément les causes de décès dans les deux sexes dans une région donnée.(7)

Pour une première approche de la mortalité maternelle dans le Tiers-Monde, on peut utiliser la méthode dite "des soeurs" qui consiste, dans le cadre d'une enquête par sondage à domicile, à

demander aux femmes enquêtées si elles ont eu des soeurs que sont mortes à la naissance d'un enfant. Cette méthode est très approximative.

La seule méthode fiable consiste à "capter" l'ensemble des décès survenus à domicile et en milieu hospitalier, chez les femmes en âge de procréer et résident dans région donnée et durant une période de temps déterminée, ce qui inclut d'aller chercher celles qui sont mortes en dehors de la zone étudiée. Cette "captation" faite, il reste à identifier la cause du décès en relation avec le "statut physiologique" (grossesse etc.) de la femme décédée (8).

2. LA SITUATION ALGERIENNE

En trente ans, la situation de la femme algérienne a considérablement évolué : c'est la raison pour laquelle les informations disponibles en Algérie seront présentées plus ou moins en trois étapes: la situation durant les années qui ont suivi l'indépendance, autour des années 1970, puis l'évolution en relation avec la gratuité des soins, mais aussi les contraintes de la société traditionnelle, à partir de 1974, et, enfin, la situation actuelle depuis 1986-1987, année du dernier recensement..

2.1. La mortalité maternelle dans le contexte algérien durant les années 1970

Les données disponibles en Algérie concernent essentiellement la couverture obstétricale, ainsi que la couverture scolaire; mais on dispose aussi de quelques informations sur la mortalité maternelle hospitalière, et des données socio-démographiques de l'Office National des Statistiques (O.N.S.).

2.1.1. Couverture obstétricale et situation féminine

La grande enquête démographique par sondage, et à trois passages, réalisée entre 1968 et 1970 sur l'ensemble de l'Algérie du Nord a donné quelques informations sur l'assistance à l'accouchement.(9) L'interrogatoire pratiqué lors du premier passage a montré que, durant les années précédant l'enquête, 93%

des naissances avaient eu lieu à domicile, dont 82% en milieu urbain, et 98% en milieu rural ; cela fait une couverture obstétricale bien inférieure à 10% durant la décennie 1960-1970. Lors du deuxième passage, la situation s'était un peu améliorée puisque, pour l'année recouverte par l'enquête, 12% des naissances avaient bénéficié d'une assistance, dont 30% en milieu urbain, et 4% en milieu rural.

Il est important de tenir compte de deux facteurs étroitement liés qui augmentent les risques de complications obstétricales, et donc de mortalité maternelle : il y a d'abord le jeune âge au premier mariage qui était en moyenne de 18 ans pour les filles, et du niveau élevé de la fécondité qui en est la conséquence : plus le mariage est précoce, et plus le nombre d'accouchements (ou parité) est élevé, alors que les risques de complications augmentent, surtout à partir de la 5ème grossesse.. Or, à cette époque, le nombre moyen d'enfants par femme était de 7, et le taux de fécondité, c'est-à-dire le nombre de naissances pour 1000 femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) était de 250 pour 1000, ce qui signifie que une femme en âge de procréer sur quatre était enceinte, et une deuxième allaitante, en raison de la durée de l'allaitement... Mais comment une femme qui n'a pas été à l'école et qui ne sort jamais de chez elle peut-elle remplir sa vie autrement que par sa fécondité ? (10) L'enquête démographique de 1968-1970 montrait déjà, avant le début de l'ère de la contraception médicale en Algérie ce qui est universellement reconnu : plus une femme est instruite, et moins elle a d'enfants.

La précocité des premiers rapports sexuels et des premières grossesses, et le grand nombre d'accouchements sont également des facteurs de risque de cancers du col de l'utérus. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez les femmes du Tiers-Monde. Les décès causés par ce type de cancer devrait être comptabilisés en tant que "mortalité maternelle à long terme".

En Algérie, entre 1966 et 1975, (11) sur 19844 cas de cancers diagnostiqués dans les laboratoires d'Alger, Oran, et Constantine, 3002 étaient des cancers du col de l'utérus, et le taux d'incidence annuelle, c'est-à-dire le nombre annuel de nouveaux cas

était estimé à 80 pour 100 000 femmes âgées de 50 à 60 ans (presque 1%).

Des recherches bibliographiques et mon expérience personnelle de sage-femme me font pressentir une relation entre ce type de cancer et les traumatismes imposés au col de l'utérus par des efforts d'expulsions avant dilatation complète, et des manipulations intempestives pratiquées par personnes incompétentes lorsque l'accouchement a lieu à domicile, ce qui expliquerait la relation avec la parité, et la plus grande fréquence de ce cancer dans le Tiers-Monde. (12) (13) et (14).

En 1970, le nombre de naissances enregistrées à l'état-civil était de 603 376, le Taux de Natalité était de 50 pour 1000, et le Taux Brut de Mortalité (T.B.M.) de 16 pour 1000 avec 137 099 décès (15). Quant au Taux de Mortalité Infantile (T.M.I.) l'enquête démographique de 1968-1970 l'a estimé à 140 pour 1000 : plus de 1 enfant sur 5 mourait avant un an : ce drame ne pouvait qu'inciter les femmes à avoir beaucoup d'enfants.

La "couverture scolaire" doit être considérée comme l'indicateur "indirect" le plus important de la promotion féminine. Le taux de scolarisation, c'est-à-dire le nombre d'élèves âgés de 6 à 13 ans inscrits dans le primaire et le moyen pour l'année 1970-1971 par rapport à l'ensemble des enfants du même âge était de 70,4% pour les garçons, et de 43,9% pour les filles, alors qu'il n'était que de 57,7% et 32,9% en 1965-1966. (15). Rappelons l'importance de la mixité qui permet aux fillettes de se découvrir les égales de leurs frères.

2.1.2. La surmortalité féminine.

La surmortalité féminine a fait l'objet d'une étude comparative sur la mortalité par sexe, ou mortalité différentielle réalisée à partir des données de l'état-civil pour l'année 1969 (16) : elle montre que, durant la période de procréation, le nombre de décès féminins est plus important que celui des décès masculins; la différence est plus importante dans les zones rurales (où la couverture obstétricale était presque inexistante). Seules les

willayates d'Alger et d'Oran avaient enregistré un nombre de décès masculins supérieur à celui des décès féminins : il s'agit des deux willayates les plus urbanisées, et les structures hospitalières de traumatologie accueillant, notamment des grands blessés de la circulation, il est possible que certains décès masculins évacués d'autres willayates aient joué un rôle sur cette surmortalité, alors que la couverture obstétricale était moins mauvaise dans ces deux willayates de faible superficie..

2.1.3. Tentatives d'estimation de la mortalité maternelle.

A défaut d'informations disponibles sur la mortalité maternelle en Algérie à cette époque, on peut extrapoler à partir d'études réalisées dans d'autres pays ayant la même couverture obstétricale.

Avec cette même couverture de 10%, une enquête réalisée par l'O.M.S. dans les années 1985 à Menoufia, en Égypte, et à Bali, en Indonésie a permis d'estimer le T.M.M. à 190 pour 100.000 à Ménoufia, et à 718 pour 100.000 à Bali (17) . Cette enquête montre l'importance de la situation géographique de la région : celle de Bali est très montagneuse, ce qui rend plus difficile l'accès aux maternités, et la majorité des décès (66%) ont eu lieu à domicile, alors que, à Menoufia, 53% "seulement" de ces décès ont eu lieu à domicile.

En raison de la grande diversité géographique et de l'importance des distances à parcourir en Algérie dans le Sahara, le T.M.M. était certainement très variable, selon les régions, et entre les milieux urbain et rural et on pourrait extrapoler un T.M.M. voisin de celui de Bali, autour de 600 pour 100.000 . Le nombre de naissances enregistré en 1969 ayant été de 600.000, cela représenterait un effectif de 3.600 décès sur un total de 137.000 décès, soit environ 2,5% de l'ensemble des décès (1 décès pour 166 naissances avec une moyenne de 10 décès maternels par jour).

A Tebessa, en 1974-1975, (18) sur 1581 certificats de décès disponibles, 29 portaient comme cause "complication de la grossesse ou de l'accouchement", soit 1 décès maternel pour 51 décès. On peut tenter une estimation du T.M.M. autour de 4 pour

1000, mais, comme, à cette époque, à l'hôpital de cette ville qui comptait 65.000 habitants, il n'y avait même pas de sages-femmes, et encore moins d'obstétricien, les complications obstétricales devaient être évacuées à Constantine, à 200 km. et certaines y arriver pour y mourir. La mortalité maternelle calculée partir de ces informations est donc sous-estimée.

La présentation de ces calculs n'a pas d'autre but que de montrer l'importance de ce problème.

2.1.4. La Mortalité Maternelle Hospitalière

L'étude de la Mortalité Maternelle Hospitalière ne donne d'informations que sur les décès survenus à l'intérieur des structures hospitalières, et n'est qu'un reflet de l'accessibilité à ces structures. Par exemple, lorsque, en 1975, avec une couverture obstétricale de 10% pour une Williaya grande comme la moitié de l'Algérie, la maternité de Tamanrasset n'enregistre que 199 naissances, et aucun décès maternel, cela signifie simplement que les décès ont eu lieu à domicile, avec un taux voisin de celui de la "Mortalité Maternelle physiologique" de l'ère pré-obstétricale.

La Mortalité Maternelle Hospitalière (M.M.H.) a deux composantes: les causes que l'on pourrait qualifier "d'intrinsèques" avec l'insuffisance de l'équipement des maternités tant en matériel (c'est notamment le drame perpétuel du manque de sang) que en personnel (obstétriciens), mais aussi et surtout dans ce contexte déjà difficile, les causes "extrinsèques" que sont ces catastrophes qui pourraient être évitables, et devant lesquelles la sage-femme ou le médecin se trouvent impuissants.

Un taux élevé de mortalité maternelle hospitalière ne signifie pas automatiquement que cette maternité marche mal: c'est le drame des "maternités-terminus" des CHU des grandes villes où aboutissent les complications les plus graves de toute une région.

Le drame de ces décès est celui de la rapidité de leur survenue. C'est ce que met en évidence l'étude faite à la maternité de l'hôpital Parnet à Hussein-Dey, banlieue d'Alger entre 1963 et

1971 (19), c'est à dire à l'époque où la couverture obstétricale était inférieure à 20% en milieu urbain : 70% des 140 décès maternels sont survenus dans les 24 premières heures, et 35 d'entre ces femmes, c'est-à-dire 25%, sont arrivées à l'hôpital pour y rendre le dernier soupir. Parmi ces 140 décès, 35 avaient accouché en dehors de l'hôpital, et y sont mortes d'hémorragie de la délivrance, ou d'infection puerpérale.

Dix ans plus tard, à la maternité du CHU d'Oran, (20) "Hôpital Terminus" de l'Ouest Algérien un tiers des décès maternels ont eut lieu durant les 24 premières heures après leur hospitalisation, et 36 des 262 décès avaient parcouru une distance supérieure à 150 km.

Le Taux de Mortalité Maternelle Hospitalière (T.M.M.H.) a, lui aussi évolué, au rythme de l'amélioration de la couverture obstétricale. A l'hôpital Parnet à Hussein-Dey, le T.M.M.H. était supérieur à 3 pour 1.000 jusqu'en 1968, puis est descendu à 2 pour 1.000 entre 1968 et 1971.

En 1975, l'étude des "statistiques sanitaires" disponibles portant sur 16 Willayates, avec 99.120 naissances en hôpital, et 284 décès maternels ont permis de calculer un Taux de Mortalité Maternelle Hospitalière global de 2,8 pour 1.000 (ou 288 pour 100.000 naissances), mais, en raison de l'absence de certificats de décès, on n'a aucune information sur le Taux de Mortalité Maternelle à domicile. (21).

L'étude des dossiers hospitaliers permet d'avoir des informations sur les causes médicales des décès.

La première cause de décès, en Algérie, comme dans tous les pays du monde, est l'hémorragie, et notamment l'hémorragie de la délivrance, (22) imprévisible, et plus fréquente chez les grandes multipares (mères de familles nombreuses), et qui nécessite une transfusion sanguine de toute urgence. Mais il y a aussi les disproportions foeto-pelviennes, qui nécessitent généralement une césarienne, lorsque l'enfant est trop gros ou mal placé, ou que la mère a un bassin rétréci, provoqué par la malnutrition et le rachitisme : le bassin rachitique est la conséquence de

l'enfermement des femmes ; il est causé par le manque de soleil qui était très fréquent autrefois à cause des coutumes que laissaient le petit enfant enfermé avec sa mère dans un logement aux volets clos... La surveillance prénatale permet aussi de dépister et de traiter les toxémies gravidiques et les maladies chroniques que la grossesse ne fait qu'aggraver, notamment les cardiopathies, souvent causées par le R.A.A. (Rhumatisme Articulaire Aigu) maladie fréquente en Algérie, mais qui bénéficie maintenant d'un programme national de prévention.

2.2. Médecine gratuite et amélioration de la couverture obstétricale et contraceptive en relation avec les contraintes de la société traditionnelle: 1974 -1984

Les problèmes financiers sont souvent un obstacle à la surveillance prénatale et à l'accouchement en milieu hospitalier, et lorsque l'on étudie des résultats d'enquêtes sur la mortalité maternelle dans le monde, on est étonné de constater que le coût de la santé (gratuité, assurances, secteur privé, ambulances ...) dans la région objet de l'enquête n'est jamais été abordé.

2.2.1. L'amélioration de la couverture obstétricale

En Algérie, à partir de 1974, avec la médecine gratuite, et un important programme de développement de la protection maternelle et infantile, la couverture obstétricale assurée par les structures de la santé publique s'améliore de façon considérable, comme en témoignent les informations recueillies dans le cadre de quelques travaux de recherches ponctuelles qui n'ont qu'une valeur indicative. (22)

En 1975, à Ain-Benian, petite ville située à l'ouest d'Alger, l'interrogatoire de 121 mères fréquentant la P.M.I. sur le lieu de naissance de leurs enfants a montré que, avant 1970, date de l'ouverture de la maternité de Beni-Messous, située à quelques km, il fallait aller à Alger pour accoucher en milieu hospitalier, et 85% des naissances avaient eu lieu à domicile : ce 15% de couverture obstétricale se situe entre les pourcentages "urbain" et "rural" de

l'enquête démographique de 1968-1970. Entre 1970 et 1975 la couverture obstétricale s'était amélioré, puisque "seulement" 62% des naissances avaient eu lieu à domicile (soit une couverture obstétricale de 28%).

A El-Madania, un quartier d'Alger super-équipé en P.M.I., en 1974-1975, un tiers des femmes ont accouché à domicile, alors que les soins sont gratuits depuis 1974, et la maternité accessible à pieds.(23)

Par contre une enquête par sondage réalisée à Hussein-Dey, banlieue d'Alger très urbanisée et à forte densité de population, auprès de 505 enfants nés entre 1974 et 1979 met en évidence une très importante amélioration de cette couverture, qui dépasse les 90% dans les trois cités relativement proches d'une maternité, mais qui n'est que de 75% à Diar-El-Afya, cité distante d'au moins 4 km. de toute structure sanitaire. (22) Ces données ponctuelles ne concernent que le milieu urbain de la capitale. La situation, pour l'ensemble du pays, est plus lente à évoluer : les annuaires statistiques donnent, pour l'année 1977, sur un total de 725.000 naissances enregistrées à l'état-civil, le chiffre de 280.000 accouchements en milieu hospitalier, soit une couverture obstétricale de 39% ; mais le pourcentage réel est inférieur, en raison d'une sous-déclaration des naissances survenues à domicile.

En 1980, pour 761.000 naissances, 57% ont eu lieu à l'hôpital. ce qui, malgré les problèmes de la fiabilité de ces "statistiques hospitalières", indique un progrès considérable, puisque, en 10 ans, la couverture obstétricale est passée de 12% à plus de 50%.

Mais la répartition des maternités est très inégale aussi bien à travers l'ensemble du pays que à l'intérieur d'une willaya, et à l'intérieure d'une ville : c'est ainsi que Oran, capitale de l'Ouest algérien, ne dispose en 1981 que de trois maternités, toutes situées au centre-ville, pour l'ensemble de la willaya (24). Cette situation de "pénurie" a pour conséquence une surcharge de la maternité du CHU. puisque 23% des mères ayant accouché à Oran ne résidaient pas dans cette ville. Malgré cela, il n'y a eu que 12% de naissances à domicile dans cette ville, ce qui représente tout de même 2218

naissances , soit 6 par jour. Par contre, dans la Daïra voisine d'Es-Senia, à prédominance rurale, il y a eu 35% d'accouchements à domicile.

On ne dispose que de très peu d'informations sur la "couverture prénatale" à cette époque : une enquête réalisée à la maternité du u CHU d'Oran auprès de 300 accouchées (25) montre que un tiers d'entre elles n'ont pas fait surveillé leur grossesse, et que c'est ce groupe de femmes qui ont le plus grand nombre de complications obstétricales et il s'agissait en majorité de grandes multipares, peu ou pas du tout scolarisées. On retrouve le même profil que celui des mères qui accouchent à domicile...

2.2.2. L'accouchement à domicile et les contraintes de la société traditionnelle.

L'accessibilité aux maternités ne dépend pas seulement de leur proximité géographique, mais aussi de leur réputation, et surtout des contraintes imposées par l'environnement sociologique qui joue un rôle essentiel dans la société traditionnelle : cette situation est parfaitement, ou plutôt tragiquement illustrée par le passage du "Fils du Pauvre" où Mouloud Ferraoun décrit la mort de sa tante Nana en accouchant, sans que personne ne suggère de la transporter à la maternité de Tizi-Ouzou...Quant à Rigoberta Menchù, prix Nobel, elle déclare dans son livre que "la femme indienne doit accoucher à la maison", et elle décrit minutieusement les rites qui doivent présider à cet événement. A aucun moment elle n'envisage la possibilité d'une complication pouvant se terminer tragiquement.

Il est vrai que, face à cet événement capital pour la famille qu'est la transmission de la vie, la décision du lieu de l'accouchement et le choix de la "quabla" appartient à l'ancêtre responsable du groupe, c'est-à-dire, en Algérie la belle-mère (qui continue à accoucher par belle-fille interposée). Or, en milieu urbain d'émigration récente, les structures traditionnelles du village ont disparu, et, bien souvent, la belle-mère décide d'accoucher elle-même sa jeune belle-fille, alors qu'elle a encore moins d'expérience

que la "quabla" traditionnelle. Quant à la principale intéressée, elle n'a rien à dire...Lorsque j'étais sage-femme; j'avais très vite compris qu'il était parfaitement inutile de conseiller à la jeune primipare de se rendre à la maternité ; je faisais entrer la belle-mère et je lui disais "Si tu veux un beau petit-fils, il est préférable que la naissance ait lieu à la maternité".

Prendre la décision de se rendre à la maternité dépend d'abord de la réputation de cette maternité, et de son personnel. Car il faut vaincre la peur de l'hôpital, où la future mère sera seule, loin de la sécurité de l'environnement familial, avec des sages-femmes, ou pire ,des médecins-hommes. A l'hôpital, la future mère est obligée de monter sur une table d'accouchement dont elle a peur de tomber, alors que, chez elle, elle dort souvent par terre ; sur cette table elle se trouve dans une position "indécente"; alors que, à domicile, la pudeur est plutôt trop respectée. Elle a peur de subir une "opération" qui la rendra peut-être stérile. Et puis, il y a des femmes qui meurent à l'hôpital ..

Le profil des femmes qui accouchent à domicile a pu être précisé dans l'enquête d'Hussein-Dey (21), et cette enquête ne fait que refléter une situation, hélas bien connue : ce sont les mères les plus âgées, et, par conséquent, celles qui sont le moins instruites, et qui ont le plus d'enfants qui accouchent à domicile ; ce constat est grave, car plus le nombre d'accouchements antérieurs est élevé, et plus le risque de complications obstétricales est important.

Le risque augmente à partir de la cinquième grossesse et devient de plus en plus important, en raison de la fragilisation de l'utérus, et de l'épuisement maternel, nécessitant une surveillance renforcée de la grossesse et une maternité bien équipée pour prendre en charge cette "grossesse à risque".

Les motifs invoqués par les mères dont les enfants étaient nés à domicile étaient de deux ordres : problèmes d'accessibilité à la maternité (manque de véhicule, naissance rapide...) et sociologiques: "j'ai l'habitude d'accoucher à la maison" ou: "Je ne voulais pas abandonner mes enfants", ou encore "Mon mari était absent".

Le résultat de ces contraintes, ce sont les arrivées en catastrophe à l'hôpital pour y mourir, ou subir des interventions parfois mutilantes telle qu'une Hystérectomie, (ablation de l'utérus.

C'est ce même "profil sociologique" que l'on va retrouver au niveau des femmes qui sont réticentes devant la perspective d'utiliser une méthode contraceptive.

2.2.3. La couverture contraceptive

C'est en même temps que l'instauration de la gratuité des soins que ce sont développés les consultations d'Espacement des Naissances (E.N.) intégrées dans les programmes d'activités des P.M.I. dans le cadre de la protection maternelle au même titre que la surveillance prénatale. En raison de la pénurie des médecins spécialistes et généralistes, cette activité a été confiée à des sages-femmes recyclées..

Dès 1974-1975, à El-Madania, (23) la "couverture contraceptive" touchait 20% des femmes dans ce quartier d'Alger surmédicalisé, et le taux de fécondité était de 169 pour 1000 , mais dans la région rurale voisine de Birtouta, il était de 209 pour 1000.

Le développement de la pratique contraceptive s'est, lui aussi heurté à la société traditionnelle, mais plus spécifiquement au "désir d'enfant" des femmes enfermées à la maison et sans instruction...

Bien souvent, ce "désir d'enfant" revient lorsque le dernier-né acquiert son autonomie et s'en va dans la rue rejoindre ses frères et soeurs et abandonne sa mère. Lorsqu'elle se retrouve seule, c'est "normal" qu'elle ait le désir d'un autre enfant : sur le plan des tâches ménagères, ce n'est pas un problème, puisque l'on mange le couscous quotidien dans le même plat, et que tous les enfants dorment par terre sur une couverture que l'on aère le lendemain matin...Et puis il y a les filles pour accomplir les tâches ménagères... Quant aux problèmes économiques, elle ne les connaît pas puisqu'elle attend chaque jour le couffin apporté par son mari.

Alors on retourne voir la sage-femme en prétextant que l'imam aurait dit qu'il ne fallait pas prendre la pilule pendant le

Ramadan, et en accusant le mari de vouloir continuer à avoir des enfants.(10) Mais si l'on rencontre ce dernier on peut se faire interpellé : "Docteur, vous ne pouvez pas dire à ma femme d'arrêter d'accoucher tous les ans : j'en ai marre des enfants". Mais les présences masculines étaient plutôt rares dans les consultations d'Espacement des Naissances, et il aurait fallu des infirmiers pour diffuser les préservatifs.

Mais la couverture contraceptive progresse rapidement, surtout en milieu urbain.

A Oran, six ans plus tard, plusieurs enquêtes se sont intéressées à la pratique contraceptive, dont deux enquêtes - fécondité par sondage à domicile (26), (27) et (28). Ces enquêtes révèlent d'abord que la moitié seulement des femmes en âge de procréer sont mariées : cette situation est due au recul de l'âge moyen au premier mariage à 20 ans (l'âge légal du mariage pour les filles avait été reculé de 15 à 18 ans) , et au nombre de plus en plus élevé d'adolescents, conséquence du "Baby-boum" qui a suivi l'indépendance.

Mais ces enquêtes aboutissent au même constat : à Oran, la deuxième ville d'Algérie, en 1982, la moitié des femmes mariées utilisaient une méthode contraceptive : cela veut dire que, en 1982, à Oran, une femme sur quatre utilisait une méthode contraceptive. La méthode la plus utilisée était la pilule (plus de 70%) et le stérilet (moins de 10%) : ce dernier est beaucoup moins nocif que la pilule, car ses effets restent localisés à l'utérus, mais sa mise en place nécessite un technicien bien formé, et il a l'avantage de rendre nécessaire un examen gynécologique, alors que, malheureusement pour les femmes, la pilule peut être "distribuée" sans bilan ni suivi médical. Et 18% des femmes "sous pilule" la prenaient sans aucun suivi médical, Certaines d'entre elles payaient très cher des injections de Dépo-Provera, "contraception hormonale de longue durée" (trois mois), interdite en Algérie comme dans tous les pays développés en raison de ses effets secondaires (troubles du cycle menstruel et possibilité de cancers).

Le profil des femmes contraceptives est l'inverse de celui des mères qui accouchent à domicile : elles ont un niveau

d'instruction plus élevé, et moins d'enfants. L'étude du niveau de la fécondité par quartier montre que la fécondité est plus élevée dans les quartiers populaires (126 pour 1000 à Saint-Pierre), que dans les quartiers résidentiels (87 pour 1000 à Miramar) avec des couvertures contraceptives de 43% à Saint-Pierre et de 59% à Miramar.

En 1984, l'enquête "Main d'oeuvre et Démographie" réalisée par l'Office National des Statistiques (O.N.S.) donne une couverture contraceptive de 25% des femmes mariées pour l'ensemble du pays.(29)

La couverture scolaire pour l'année 1980-1981 était, pour l'ensemble de l'Algérie de 88,4 p% pour les garçons et de 67,3% pour les filles qui, en ville, sont toutes scolarisées. La scolarisation des enfants donne aux mères un surcroît de travail, car ils doivent être propres et arriver à l'heure en classe. Ce surcroît de travail devient souvent un argument pour espacer les naissances ou les stopper définitivement, à moins d'obliger la fille aînée à quitter l'école pour aider sa mère comme cela se passait dix ans plus tôt, avant de la marier à 14 ans, et, alors, de faire sortir la deuxième fille pour remplacer la première à la maison, jusqu'à ce que la ménopause s'ensuive pour la mère... et le mariage pour la fille.

Une étude peut servir d'indicateur au drame des mères célibataires(30): celui des naissances illégitimes à la maternité du CHU d'Oran (3038 naissances illégitimes entre 1974 et 1980 : c'est tous les jours que ces victimes de viols, et de l'irresponsabilité masculine viennent généralement de loin chercher refuge dans cette maternité.

2.3. La situation actuelle

Un certain nombre d'enquêtes ont été réalisées entre 1986 et 1992, par le C.N.E.A.P. (31) en 1986, l' I.N.S.P. (32) en 1990, le M.S.P. (33); en 1989, et l'O.N.S. (34) en 1992, ou, en 1987, dans le cadre d'un projet de recherche (35) (36) et (37) ont permis de préciser la situation sanitaire actuelle de la femme Algérienne.

2.3.1. La couverture obstétricale

Une enquête ponctuelle réalisée sur l'ensemble de la willaya d'Oran en Octobre 1987 permet d'évaluer l'évolution de la situation de puis 1982 (35) : il y a maintenant 4 maternités publiques à Oran, une à Ain-Turk et une à El-Mohgoun, à 10 km. d'Arzew: la couverture obstétricale par Daïra, pour le mois étudié, a atteint 93% à Oran, 79% à Ain-Turk, 69% à Es-Senia, où il n'y a toujours pas de maternité, et 59% seulement dans la Daïra d'Arzew dont la maternité se trouve à la périphérie de la Daïra, du côté d'Oran, et très éloignée des zones rurales où la couverture est inférieure à 50%.

On constate que, sur 1353 naissances, 84, soit 3% sont issues de mères âgées de 15 à 19 ans, (donc mariées avant l'âge légal), et 39 de mères âgées de 40 ans et plus.

- Enquête sur la Mortalité Maternelle Hospitalière (36) et (37) réalisée en 1987 sur l'ensemble de l'Algérie, à partir des données fournies par les Directions de la Santé et de la Population (D.S.P.) des 48 Willayates, de celles du recensement de 1987 et de celles l'état-civil a permis d'estimer la couverture obstétricale de prise en charge par les maternités publiques, correspondant à la gratuité des soins à 64% pour l'ensemble du pays (sans tenir compte des cliniques privées d'accouchements sur les activités desquelles il n'était pas possible d'obtenir d'informations fiables) . Il y a eu 314 décès maternels, durant l'année, ce qui correspond à un décès toute les 27 heures... et un taux de Mortalité Maternelle Hospitalière de 0,76 pour 1000. Ce taux a été calculé par willaya pour l'ensemble des maternités, rurales et chirurgicales ; il est donc moins élevé que celui que l'on peut calculer au niveau d'une maternité chirurgicale. Mais il est possible que des décès survenus durant le transport, en cas d'évacuation, n'aient pas été pris en compte; et, bien entendu, il ne donne aucune information sur ce qui se passe à domicile..

- L'enquête Nationale de Santé par sondage réalisée par l'Institut National de la Santé Publique (32) durant l'année 1990 met en évidence une couverture obstétricale de prise en charge par les maternités publiques très voisine, puisque elle est de 65,6%, dont

47,2% dans hôpitaux, et 18,4 % dans les maternités rurales. Les cliniques privées font 8,8% des accouchements, et 24,4% des naissances ont lieu à domicile.

L'enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (34) , réalisée, elle aussi, par sondage, par l'Office National des Statistiques durant les mois de Juin et de Juillet 1992 et portant sur les naissances survenues pendant les cinq dernières années donne des informations plus précises sur la disponibilité des services de santé : 10% des communautés ne disposent pas de services de santé dans un rayon de 30 km, et elle atteint 15% en milieu rural, où 49% des communautés ne disposent pas non plus d'un hôpital dans un rayon de 30 km...Dans cette enquête, 72,% des naissances ont été prises en charge par les structures de santé publiques, dont 80% en milieu urbain, et 66% en milieu rural ; le secteur privé a assuré 5% des naissances, dont 8% en milieu urbain, et 3% en milieu rural. Le secteur public joue un rôle plus important dans cette enquerre, mais la proportion de naissances à domicile reste la même (22%), mais avec une grande différence entre les milieux urbain (12%) et rural où 30% des naissances ont encore lieu à domicile. Dans enquête de 1987, 13 willayas avaient une couverture obstétricale inférieure à 50% : elle était supérieure à 75% dans 9 willayas et ne dépassait 20% dans celles de Tamanrasset et d'Illizi.

Un autre intérêt de cette enquête est de donner des informations sur les moyens disponibles en locaux et en personnel dans chaque willaya et, là aussi il existe d'importantes différences d'une willaya à l'autre, et encore faudrait-il tenir compte non seulement de la population, mais aussi de la superficie et de la situation géographique de chaque willaya. Pour l'ensemble des 47 willayates, (à l'exclusion d'Alger), il y avait, en 1987, 388 maternités (une moyenne de 8 par willaya), dont 107 maternités chirurgicales (2 par willayates) ce qui est dramatiquement insuffisant ; ces dernières sont surchargées, car elles doivent prendre en charge les naissances de la ville, mais aussi les naissances "à risques" des régions avoisinantes, surtout lorsque le réseau de maternités est faible. Mais, avec 18 maternités à Mascara (566 901 habitants) et 30 maternités à Tizi-Ouzou (936 948

habitants) ,ces deux willayates montagneuses obtenait une couverture obstétricale de 83% et 82% et un Taux de Mortalité Maternelle Hospitalière de 0,43 et 0,40 pour 1000.

Au niveau du personnel, Il y avait, en 1987, 1802 sages-femmes et 1640 accoucheuses rurales qui sont les piliers de la stratégie de lutte contre la mortalité maternelle dans les régions les plus déshéritées. Mais seul un spécialiste peut prendre en charge chirurgicalement une complication obstétricale et sauver la vie de la mère et celle de son enfant. Or le nombre de spécialistes était dramatiquement insuffisant : en 1987 ils étaient 259, c'est-à-dire 5 par willaya, pour assurer la permanence des gardes sans compter le reste de leurs tâches médico-chirurgicales.

Le nombre de césariennes peut servir d'indicateur de traitement des complications obstétricales : or, en 1987 il n'y a eu que 8407 césariennes pratiquées pour 5040841 accouchements hospitaliers, et 801 152 accouchements enregistrés à l'état-civil (naissances vivantes et mort-nés), ce qui fait un taux réel de césariennes par rapport aux accouchements de 1% ; ce chiffre très bas laisse penser qu'un certain nombre de mères sont mortes à domicile, ou durant le transport vers la maternité chirurgicale...

2.3.2. La mortalité maternelle

Les seules données disponibles sont celles de enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantiles (33) réalisée par le Ministère de la santé en 1989 ; on a demandé aux mères des enfants enquêtes si elles avaient eu des soeurs décédées, et, parmi celles-ci, si il y avait eu des décès liés à la maternité entre 1985 et 1989: on a retrouver 74 décès maternels, ce qui a permis de faire une estimation du Taux de Mortalité Maternelle (T.M.M.) lequel, à partir de cet échantillon serait de 2,3 pour 1.000 naissances, (230 pour 100.000) En chiffres absolus, pour 800.000 naissances, ce taux correspondrait à 1.840 décès annuels, c'est-à-dire à un minimum de 5 décès par jour en Algérie. mais ce chiffre est certainement sous-estimé en raison des oublis et des diagnostics non faits, principalement en début de gestation (Grossesses extra-utérines et Avortements) .

2.3.3. La couverture prénatale

Les deux enquêtes par sondage donnent des informations sur la proportion de futures mères ayant bénéficié d'une surveillance prénatale.

En 1990, (32) cette couverture est de 60%, plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

En 1992, (34) à on retrouve un chiffre très voisin, puisque la couverture prénatale est de 57%, dont 70% en milieu urbain, et 47% seulement en milieu rural. Cette enquête nous apprend que 68% des femmes enceintes ont consulté un médecin, et 41% une sage-femme, et l'on est étonné de constater que c'est en milieu rural que les femmes enceintes ont le plus recours à un médecin pour faire surveiller leur grossesse (71%) . Cette situation est sans doute en relation avec la pénurie de sage-femme dans les PMI rurales, où elles sont très isolées, moins bien payées, et moins libres que leurs consoeurs exerçant dans les CHU des grandes villes. Or c'est dans les régions rurales que les femmes enceintes "à risque" sont les plus nombreuses, et la couverture obstétricale la plus faible, notamment en maternités chirurgicales, et, par conséquent, le risque de mortalité maternelle le plus élevé.

Mais il y a plus grave : cette enquête montre que seulement 2 femmes enceintes sur 5 ont pu bénéficier de la gratuité des soins en consultant dans les PMI et les maternités du secteur public, et c'est en milieu urbain qu'elles sont les plus nombreuses (41,5%) contre 36,7% en milieu rural où 30,7% des futures mères ont dû payer pour faire surveiller leur grossesse, sans compter les frais de transports imposés par les distances.

Il est également intéressant de connaître les raisons pour lesquelles plus de 40% des futures mères n'ont pas pu bénéficier d'un bilan prénatale : la moitié des femmes enquêtes disent que c'est parce qu'elles n'ont pas de problèmes et 10% se fient à leur expérience antérieure : cette réponse démontre la nécessité de campagnes d'éducation sanitaires pour éviter, répétons-le, les arrivées en catastrophe à hôpital.. D'autre part 4,8% des femmes en

milieu urbain et 30,4% en milieu rural ne consultent pas en raison de l'absence des services de santé, ou de leur coût élevé .

2.3.4. La couverture contraceptive

L'Enquête Nationale sur la fécondité réalisée par le CENEAP (31) en 1986 donne une prévalence contraceptive de 35% des femmes mariées, mais cette couverture atteint 50% à partir du 3ème enfant (75% en milieu urbaniste 40% en milieu rural). Au niveau de la source de prescription, on retrouve la même situation que pour la couverture prénatale, avec la prédominance du secteur privé, et donc payant, (41%) sur le secteur public (40,8%) : la pose d'un stérilet y est extrêmement coûteuse, et hors de la portée du budget d'une mère de famille nombreuse dont le mari est "smicard". Les 18,2% de femmes contraceptives classées dans la rubrique "autre" correspondent sans doute à celles qui utilisent des méthodes non médicales, et, peut-être, à celles qui prennent la pilule sans avoir consulté. Dans les grandes villes 40,5% des femmes contraceptives consultent dans les structures publiques, et 33,4% dans le secteur privé , alors que , en milieu rural, 36,9% seulement des femmes bénéficient d'une consultation gratuite, et 49,5% s'adressent au secteur privé.

Quatre ans plus tard, on note une amélioration importante de la couverture contraceptive : enquête de 1990 (32) révèle que 71% des femmes enquêtées avaient, durant leur vie, utilisé une méthode contraceptive, et 47% d'entre elles en utilisaient une au moment de enquête,, mais si on exclu du "dénominateur" les femmes enceintes, cette couverture contraceptive atteint 59%. Parmi les méthodes dites "sûres" (contraception médicale), 96,2% prennent la pilule, et 3,8% seulement sont porteuses d'un stérilet., alors que cette méthode a beaucoup moins d'effets secondaires.

Celle de 1992 (34) donne des résultats voisins : 75% des femmes enquêtées ont utilisé une méthode contraceptive, dont 80% en milieu urbain, et 69% en milieu rural. Au moment de enquête, la couverture contraceptive était de 51% pour l'ensemble des femmes mariées, (58% en milieu urbain, et 44% en milieu rural). La méthode la plus utilisée est toujours la pilule qui est prise par

38,7% des femmes mariées ; quant au stérilet, il est plus porté par les citadines (3,5%) que par les rurales (1,2%).

Parmi les raisons invoquées par les non-utilisatrices de méthodes contraceptives, 15,6% d'entre elles ont peur des effets secondaires : cette crainte serait apaisée par une amélioration de la qualité des services, avec une meilleure information sur l'ensemble des méthodes (médicales et non-médicales) et la disponibilité des différents contraceptifs, notamment du stérilet) ; les 7% de femmes invoquant les interdits religieux pourraient être mieux informées sur les méthodes naturelles, quant aux 11,3% qui prétextent le désaccord de leur mari, il est possible que, derrière cette réponse, se cache un désir d'enfant inavoué. Parmi les autres motivations, on retrouve 9,8% de "manque d'information, difficile à obtenir; trop coûteux," et 22,6% de femmes ménopausées, car la ménopause survient souvent avant 50 ans, alors que la définition officielle "démographique" des femmes "en âge de procréer" est de 15 à 49ans .

La scolarisation joue un rôle important sur le nombre moyen d'enfants, puisque ce dernier est de 5,1 chez les femmes qui n'ont jamais été scolarisées, de 4,2 chez celles qui un niveau primaire incomplet, et de 3,3 chez celles qui ont un niveau primaire et plus.

La couverture contraceptive de la ville d'Oran en 1982 (50%) est devenue celle de l'ensemble de l'Algérie, et correspond aux données de l'I.P.P.F. (International Planned Parenthood Federation) qui estime que la couverture contraceptive" est passée de 9% en 1965/70 à 50% en 1985 dans le Tiers-Monde .

Les résultats conjugués de cette couverture contraceptive et du recul de l'âge au premier mariage (qui est maintenant de 25 ans pour la fille) ont pour conséquence un plafonnement des naissances autour de 800 000 par an, (758 633 en 1990) malgré une importante augmentation des effectifs de jeunes qui arrivent à l'âge du mariage et le taux de natalité a baissé de 20 points en 20 ans (30 pour 1000 en 1992).

2.3.5. Le drame des cancers génitaux

Peu d'informations sont disponibles sur l'épidémiologie des cancers génitaux. Il est impossible de pouvoir faire des estimations des taux de mortalité spécifiques, mais tous les médecins spécialistes (gynécologues et cancérologues) sont catastrophés du nombre élevés de malades qui arrivent trop tard pour pouvoir être sauvées, alors que, étant donnée l'importance de la couverture contraceptive, le dépistage précoce du cancer du sein par la simple palpation, et du cancer du col par le frottis devraient permettre des diagnostics précoces, notamment chez les femmes à risque.

L'étude réalisée entre 1975 et 1979 sur 697 cas de cancers du col hospitalisés au Centre Pierre et Marie Curie, à Alger, (38) donne quelques indications sur le "profil" des femmes atteintes de ce type de cancer : elles sont âgées de 20 à 84 ans, et 31,6% de ces malades avaient été mariées avant l'âge de 15 ans; et parmi elles, 338 ont eu entre 8 et 21 grossesses.

La comparaison de ces indicateurs à ceux de enquête démographique de 1968-1970 (9) montre que ces malades ont été mariées beaucoup plus jeunes et ont été plus fécondes que l'ensemble de la population féminine.

Une étude analogue réalisée à Oran sur 363 cas de cancers du col hospitalisés au CHU d'Oran entre 1986 et 1988 (39) montre également que la fécondité de ces malades est supérieure à celle observée au niveau de la population féminine générale décrite dans le cadre de enquête fécondité de 1968-1970.

Le registre des cancers de la willaya d'Alger pour l'année 1993 () dénombre 131 cancers du sein (Incidence 14,5 pour 100.000) et 63 cancers du col (Incidence 7 pour 100.000) sur un total de 697 cancers chez les femmes et un total général de 1436 cancers.

Ces données ne concernent que la willaya la plus urbanisée d'Algérie, mais, comparée à enquête des années 1970 (11), elle montre une évolution importante , comparable à celle qui est observée dans les pays développés.

2.3.6. Couverture scolaire et développement

La couverture scolaire en 1986-1987 était de 93,06% pour les garçons, et de 73,55% pour les filles : il y a donc encore une différence de 20% entre les deux sexes, et plus du quart des filles ne vont pas à l'école : ce sont celles qui vivent en milieu rural, et qui vont continuer à reproduire le schéma de la société traditionnelle.

Et pourtant le nombre de filles reçues au baccalauréat est supérieur à celui des garçons, et le nombre de femmes-cadres augmentent lui aussi, notamment dans l'enseignement qui forme les futures cadres de demain. Ce sont elles qui sont le mieux à même de venir en aide à leurs soeurs les plus défavorisées, et qui sont le plus capables d'intervenir auprès des décideurs pour que les progrès réalisés se poursuivent à tous les niveaux, avec notamment la préservation de la gratuité des soins au niveau des maternités, et que leur qualité soit améliorée, qu'il s'agisse de la couverture obstétricale ou de la couverture contraceptive, car "le meilleur contraceptif, c'est le développement" (41).

EN GUISE DE CONCLUSION

Le TAJ MAHAL est un des plus beaux monuments de l'Inde: il a été construit il y a 300 ans à la mémoire de la princesse Mumtaz Mahal par son époux inconsolable ; Mumtaz était morte à l'âge de 37 ans, en donnant naissance à son 8ème enfant.

Si tous les maris du monde avaient pour leur épouse le même amour, le drame de la Mortalité Maternelle serait bien vite résolu...

BIBLIOGRAPHIE

- (1) E. ROYSTON and S. ARMSTRONG, **La prévention des décès maternels**. WHO 1990.
- (2) C. ABOU-ZAHRE and E. ROYSTON, **Maternal Mortality : a global Factbook**. O.M.S. 1991. (600 pages)
- (3) Voir notamment : **Annales de Démographie Historique**, 1981
- (4) **Annuaire Statistique de l'UNESCO**.
- (5) M.H. BOUVIER-COLLES et Coll., **Mortalité, maternelle en France : fréquence, et raison de la sous-estimation des statistiques de décès**. J. Gyn. Obst. Biol.Repr. 1991 20 885-891.
- (6) Tedd V. ELLERBROCK et coll., Pregnancy Mortality Surveillance : a new Initiative. **Contemporary Ob/Gyn**. June 1988, p 23-34
- (7) A. BLUM et P. FARGUES Estimation rapide de la Mortalité Maternelle dans les pays à données incomplètes : une application à Bamako (1974-1985) et à d'autres pays en développement. **Dossiers et recherches n° 25 INED** Septembre 1989.
- (8) J. DES FORTS, La Mortalité Maternelle : une étude difficile à réaliser . Meeting de l'Union International pour l'étude scientifique des Populations New-Delhi (Inde) 20-27 Septembre 1989 .
- (9) Secrétaire au Plan : **Etude Statistique Nationale de la Population**. 1975.
- (10) J. DES FORTS, **Contribution à l'étude des carences maternelles et de la périnatalité en relation avec la grande multiparité**. Thèse de Doctorat en Médecine. Alger 1974.
- (11) YAKER A. et DEKKAR N. **Profil de la Morbidité cancéreuse en Algérie 1966-1975**. éd. SNED 1980.
- (12) J. DES FORTS, Is Cervix Cancer a risk factor of Maternal Mortality ? A bibliographic research on the relation between

- Cervix cancer and parity conducted in the I.A.R.C. (Lyon) thanks to a grant from the U.I.C.C. Document photocopié 24p. 1990.
- (13) J. DES FORTS, Accouchement à domicile sans assistance et Parité : deux importants facteurs de risque de Cancer du col dans les pays en développement. Sétif 04 et 05/06/1992.
- (14) J. DES FORTS, Research Project Proposition to conduct in industrialised countries to specify cervix cancer risks factors in comparing migrant and no-migrant Women I.E.A. and ADEL Summer conference Eatsbourne (U.K.) 01-03/07/1992.
- (15) **Statistiques** n°31, Rétrospective 1962-1990.
- (16) J. DES FORTS Tentative d'approche des facteurs de risque de Mortalité Maternelle en Algérie à partir des registrés d'état-civil et des registres d'admission dans les maternités. ADEL Lausanne (Suisse) 16-17/10/1987. **Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique** Vol. 30 n°6 1988 p.498-490.
- (17) J.A.FORTNEY et Coll., Maternal Mortality in Indonesia and Upper-Egypte. Interregional meeting on prevention of maternal mortality WHO Geneva 11-15 nov. 1985
- (18) B. GARROS et J. VALLIN La mortalité par cause en Algérie : le cas de Tebessa, **Population** 1977 4-5 807-833.
- (19) A.P. DIAKITE, **Etude de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Parnet de 1963 à 1971**. Thèse de doctorat en médecine Alger 1972.
- (20) GANA et LOUADI, **La mortalité maternelle en milieu hospitalier : le cas d'Oran**. Université d'Oran 1982.
- (21) J. DES FORTS, Etude de quelques paramètres concernant les accouchements à domicile ; facteurs de risques. **Actes des premières Journées médicales d'Annaba**. 28 et 29/04/1982, p. 50 à 67.
- (22) J. DES FORTS, **Mortalité Maternelle en Algérie : Rapport préliminaire**. Unité de Recherche Mère-Enfant (Pr.

- TOUHAMI), Clinique Amilcar Cabral Oran. Document polycopié 67p. 1986.
- (23) I.N.S.P. /O.M.S. **Mortalité infantile et juvénile en rapport avec les tendances de la fécondité. Enquête à El Madania, Birtouta et Chebli.** 1974-1975.
- (24) ALLEM et BELBACHIR **Les accouchements prématurés, dans la commune d'Oran. Mémoire de licence en démographie.** Université d'Oran 1983.
- (25) BOUAFIA, DOUBA, et LOKBANI **Les consultations prénatales.** Oran. Mémoire de licence en démographie. Université d'Oran 1982.
- (26) Saada CHOUGRANI, **Enquête socio-démographique en relation avec la contraception à Oran en 1981, chez les femmes en âge de procréer.** Mémoire de résidanat de Médecine sociale. Oran 1983.
- (27) Fatma GHERIB et Dauia SAHRAOUI, **Instruction, activité et fécondité des femmes dans la commune d'Oran.** Université d'Oran 1984.
- (28) J. DES FORTS, Fécondité et mortalité maternelle : tentative d'approche de la situation durant la dernière décennie. Actes du colloque "**Femmes, famille et société**" organisé par l'URASC à Oran 13 et 24 juin 1987 p. 261 à 286.
- (29) **Enquête Nationale main-d'oeuvre et démographie 1984**, ONS, 1991, cité par : **Rapport national pour la Conférence Internationale sur la Population et le Développement.** Le Caire, 5-13 Septembre 1994 p.36
- (30) Nadia Merazi et Lahouria YSSAAD, **Les maistrances illégitimes survenues à l'hôpital d'Oran de 1974 à 1983.** Mémoire de fin de licence Université d'Oran 1985.
- (31) **Enquête Nationale sur la Fécondité (1986-1987)**, Alger, 1989, réalisée par le Centre National d'Etudes et Analyses pour la Planification (C.N.E.A.P.), cité par Ali Kouaci : **La**

- Question de la Population en Algérie**, F.N.U.A.P. Alger 1991.
- (32) **Enquête nationale de santé**, Institut National de Santé Publique, Alger, 1994.
- (33) **Enquête Nationale sur la morbidité et la mortalité infantile**. Ministère de la Santé Publique, Alger 1989.
- (34) **Enquête Algérienne sur la Santé, de la Mère et de l'Enfant. Rapport préliminaire**. Office National des Statistiques, Ministère de la Santé, des Statistiques, et Ligue des Etats Arabes. Alger Janvier 1992.
- (35) DES FORTS, **Résultats de l'enquête préliminaire sur la Mortalité Maternelle réalisée durant le mois d'octobre 1987 dans la Willaya d'Oran**. Document photocopié 93 p.
- (36) J. DES FORTS, Hospital maternal Mortality and accessibility to obstetrical care facilities in Algeria. 12th. Meeting of I.E.A. Los Angeles (U.S.A.) 05-09 /08/1990. Abs n°444.
- (37) J. DES FORTS, La Mortalité Maternelle Hospitalière en Algérie en 1987. Journées de l' ADELFI Monastir (Tunisie) 29 et 30/10/1990.
- (38) A. BENDIB, **Aspects épidémiologiques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus en Algérie. Déductions prophylactiques à propos de 697 cas**. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales, Alger.
- (39) J. DES FORTS, Cancers Génitaux et Parité : proposition de recherche et résultats d'une pré-enquête à Oran IVème journées de Gynécologie-obstétrique et de chirurgie de Mostaghanem, 17 et 18 mai 1989.
- (40) D. HAMMOUDA et coll., **Registre des tumeurs d'Alger 1993** INSP
- (41) **Bulletin Trimestriel du planning familial** Vol. n°2 Juillet 1993. INSP. Factbook (Carla ABOU-ZAHR et Erika ROYSTON (2)