

Croissance démographique et santé maternelle

Présenté par: Abdelkrim SOUKEHAL

QUELQUES DONNEES SUR LA POPULATION ALGERIENNE

Evolution des effectifs de la population

(D'après les R.G.P.H. Source ONS)

Pour situer la croissance démographique

Année	Pop. féminine	Pop. masculine	Ensem.
1966	4.976.000	5.024.000	11.908.000
1977	8.208.000	8.414.000	16.622.000
1987	11.403.000	11.671.000	23.074.000
1993**	13.277.000	13.627.000	26.904.000

PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE LA POPULATION

On peut prévoir l'évolution démographique, pour les dix ans à venir, en intégrant les données récentes de Natalité, de Mortalité et de Fécondité.

Si l'on se situe dans une perspective d'évolution moyenne, il faudra attendre l'an 2.020 pour atteindre un niveau de fécondité qui assurera un renouvellement des générations.

D'ici là, l'**accroissement naturel** de la population restera élevé.

** Estimation au 1 janvier 1994

Les excédents de population annuels attendus sont de l'ordre de :

⇒ 655.000 personnes/an jusqu'à l'an 2.000

⇒ 631.000 personnes/an de 2.000 à 2.010

⇒ 602.000 personnes/an de 2.010 à 2.020

- D'ici l'an 2.020, en tenant compte de cet accroissement moyen, la population totale algérienne sera de l'ordre de 44.300.000 habitants.

- Cette croissance démographique induira des effets dans tous les domaines de la vie sociale, en particulier sur la demande dans le domaine de la scolarisation, de la santé, de la nutrition, de l'emploi, du logement ...

L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

Elle augmente au fil des années, témoin du relèvement du niveau de vie et de l'amélioration des conditions sociales.

Son évolution depuis 1983...

ANNEE	FEMME	HOMME	ENSEMBLE
1983	63.2 ans	61.5 ans	62.5 ans
1985	64.2 ans	62.6 ans	63.6 ans
1987	66.3	65.7	65.4
1989	66.4	66.1	66.3
1991	67.8	66.8	67.3

APERÇU SUR LA FÉCONDITÉ...

Comme les autres indicateurs démographiques, la fécondité a subi également un recul ces dernières années :

L'indice synthétique de fécondité a baissé :

- ⇒ en 1977, il était de 7,4 enfants par femme
- ⇒ en 1986, il était de 5,5 enfants par femme
- ⇒ en 1989, il est de 4,6 enfants par femme
- ⇒ en 1990, " " de 4,5 enfants "
- ⇒ en 1991, " " de 4,4 enfants "
- ⇒ en 1992, " " de 4,4 enfants "

Il ne faut cependant pas être trop optimiste car **le taux de fécondité légitime reste toujours** élevé ce qui traduit une fécondité des mariages encore prolifique.

Si en 1986 le taux de fécondité légitime était de 9 enfants par femme, **en 1992** il se situe encore à **7,7 enfants**.

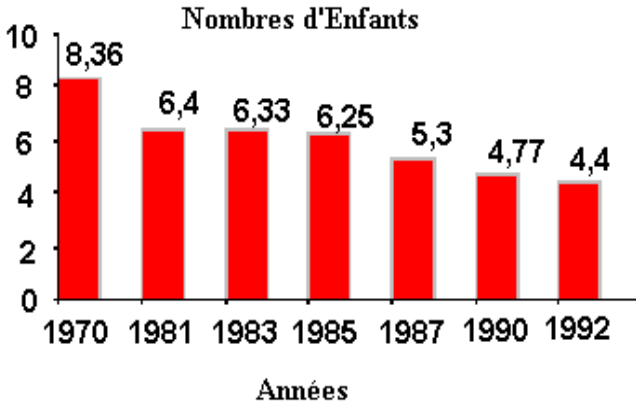
Le recours à la contraception, bien que touchant une femme mariée sur deux, n'a pas encore d'effet visible en terme de fécondité.

Il reste marqué par la coexistence de deux modèles :

- Dans les générations jeunes, on note l'apparition de comportements intégrant le mariage tardif, le modèle d'une famille réduite et l'acceptation de la planification familiale.

- Dans les générations plus âgées, il y a persistance du modèle "traditionnel" car mariés à un âge jeune, Dans ces couples, le recours à la contraception intervient tardivement, après une descendance nombreuse et le plus souvent comme ... solution tardive d'arrêt de la procréation.

EVOLUTION DE L'INDICE SYNTHETIQUE DE FÉCONDITE 1970-1992



L'AMORCE D'UNE TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ ?

Après une longue période croissance démographique soutenue, l'Algérie connaît une rupture franche depuis 1986. On note une baisse absolue des naissances et une baisse relative du taux de natalité (près de 5 points en 7 ans).

ANNEE	TAUX NATALITE	TAUX MORTALITE	TAUX D'ACCROISSEMENT
1987	34.6	6.9	27.6
1988	33.9	6.6	27.3
1989	31.0	6.0	25.0
1990	31.0	6.0	25.0
1991	30.1	6.0	24.1
1992	30.4	6.1	24.3
1993	28.9	6.2	22.7

Tout les indicateurs démographiques sont en baisse...

Les explications possibles se situent au moins à trois niveaux:

⇒ il y eu des modifications lentes induites certainement par les effets du développement social depuis ces dernières années : (scolarisation, urbanisation, emploi...)

⇒ L'âge moyen au mariage pour les femmes a reculé :

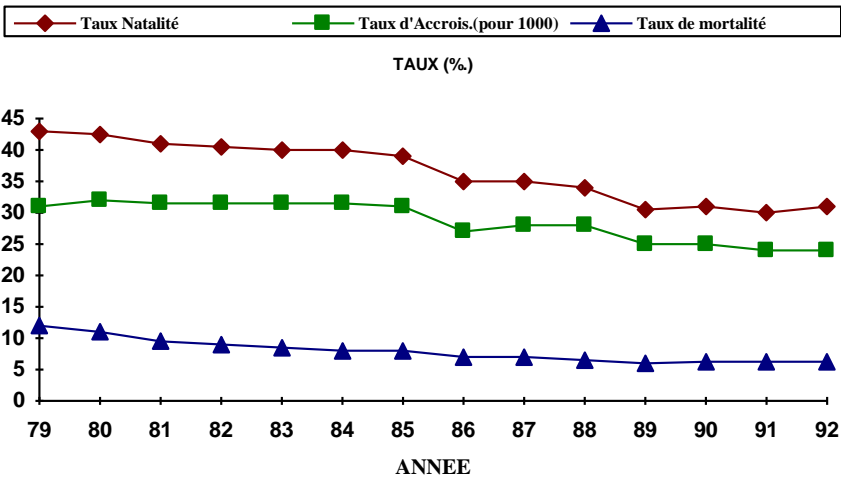
* 20.9 ans en 1977

* 23,7 ans en 1987

* 25 ans en 1991.

⇒La diffusion de la planification familiale gagne du terrain...

MOUVEMENT DE LA POPULATION



EVOLUTION DES NAISSANCES DE 1985 À 1993

ANNEE	Nombre de naissances vivantes
1985	864.000
1986	781.000
1987	800.000
1988	806.000
1989	755.000
1990	775.000
1991	773.000
1992	799.000
1993	776.000

Depuis 1989, le nombre des naissances vivantes est stabilisé au dessus de la basse des 700.000 naissances/an.

LA MORTALITÉ INFANTILE (DÉCÈS DES MOINS DE 1 AN)

Composante de la mortalité générale, elle a connu une chute prononcée depuis les années 80.

Les baisses enregistrées se maintiennent, quel que soit le sexe.

Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1.000)

ANNÉE	SEXE MASCULIN	SEXE FÉMININ	ENSEMBLE
1981	84.4	85.1	84.7
1982	83.9	83.6	83.7
1983	85.2	80.3	82.7
1984	83.6	79.0	81.4
1985	80.0	76.6	78.3
1986	73.1	68.3	70.7
1987	66.8	62.0	64.4
1988	62.6	58.0	60.4
1989	61.9	55.4	58.1
1990	60.0	55.5	57.8
1991	59.4	54.2	56.9
1992	57.7	53.0	55.4

Source : ONS

MORTALITE MATERNELLE

Les causes de cette mortalité peuvent être obstétricales directes (en relation avec l'état de grossesse) ou obstétricales indirectes (telle l'aggravation d'un diabète, d'une cardiopathie, d'une néphropathie ...).

Le taux de mortalité maternelle est

⇒ le reflet de la prise en charge sanitaire des grossesses.

⇒ le témoin de l'équipement et de la performance des services d'obstétriques.

En 1992, le taux retrouvé, après enquête auprès des ménages, a été de 230 pour 100.000 naissances vivantes.

A titre de comparaison :

MAROC : 330 pour 100.000 naissances

BENIN : 1.680 pour 100.000 naissances

CANADA : 02 pour 100.000 naissances

**MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES MATERNITÉS
ALGÉRIE - 1993**

(Source : Ministère santé et Population)

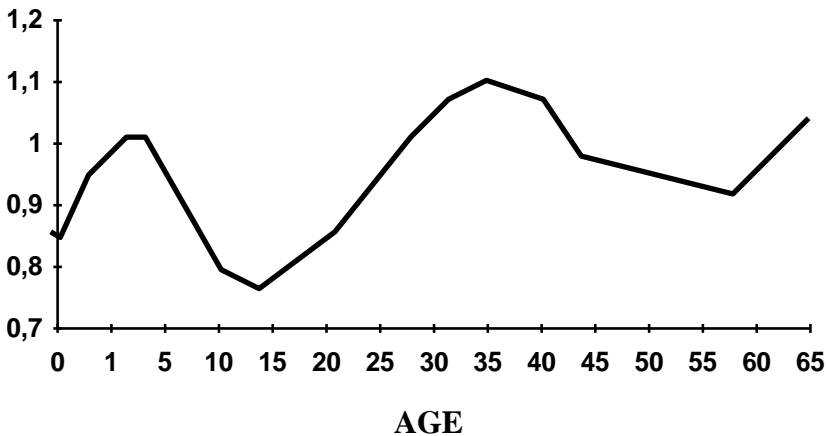
Wilaya	Mater. hosp.	Mater. extra-hosp.
Adrar	2.1	-
Echlef	0.3	-
Laghouat	0.4	-
O.E Bouaghi	-	-
Batna	0.2	-
Bejaia	0.5	1.2
Biskra	0.3	0.4
Bechar	0.9	-
Blida	-	-
Bouira	0.2	-
Tamanrasset	2.0	-
Tebessa	0.5	-
Tlemcen	0.4	-
Tiaret	0.6	-
Tizi Ouzou	-	-
Alger	-	-
Djelfa	0.4	-

Wilaya	Mater. hosp.	Mater. extra-hosp.
Jijel	0.3	-
Setif	0.3	0.08
Saida	1.0	-
Skikda	0.1	-
S.B Abbès	-	-
Annaba	-	-
Guelma	0.9	-
Constantine	0.1	-
Medéa	0.4	-
Mostaganem	0.4	-
M'sila	0.4	-
Mascara	0.3	-
Ouargla	0.3	-
Oran		0.4
El Bayadh	1.6	-
Illizi	-	-
B.B.Arreridj	2.9	0.5
Boumerdès	-	-
El Tarf	0.5	-
Tindouf	-	-
Tissemsilt	1.2	0.1
El Oued	1.0	-
Khenchela	0.2	-
Souk Ahras	0.1	-
Tipaza	0.4	-

Wilaya	Mater. hosp.	Mater. extra-hosp.
Mila	0.4	-
Aïn Defla	0.6	-
Naama	1.8	-
A. Temouchent	0.2	-
Ghardaia	0.7	-
Relizane	0.7	0.1
Total	0.4	0.1

MORTALITE MATERNELLE EN ALGERIE

Rapport de Surmortalité
Tables de mortalité 1989



GROSSESSE ET SANTÉ MATERNELLE "92"

Quelques caractéristiques Algériennes

Consultations prénatales

- Plus de 50 des femmes enceintes et des mères ont subi au moins un examen prénatal.
- La fréquence des examens prénataux est faible et le contrôle de la grossesse tardif.
- La fréquence d'utilisation des services de soins prénatals est plus élevée chez la femme jeune :
- celle qui a peu d'enfants
- qui est au dernier trimestre de sa grossesse
- qui est instruite
- qui réside en zone urbaine.
- La majorité des examens prénatals est réalisée par les médecins, le reste par les sages-femmes.
- Le secteur privé (payant) draine plus de consultations prénatales que le secteur public (gratuit) quelque soit l'âge, le niveau d'éducation, la zone ou la région de résidence à l'exception de la région du sud où la tendance est inverse.

ACCESSIBILITÉ À LA CONSULTATION PRÉNA-TALE

Pour aller à la consultation...

- 42.6 % déclarent y aller à pied
- 38.9 % en taxi/bus
- 17.9 % en véhicule particulier.

Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui marchent le plus (consultation plus accessible !) par comparaison à celles qui résident en milieu rural.

Dans le lieu de consultation ...

- Plus de la moitié patiente moins de 1/2 h. avant la consultation.
- 1 sur 5 attend entre 1/2 h. et 1 h.
- 9.3 % patiente plus de 2 heures avant d'être prise en charge.

Pas de différence dans les délais d'attente entre secteurs pub./priv.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ LES PLUS FRÉQUENTS

Les femmes enceintes rapportent les problèmes suivants :

- Maux de tête persistants et migraines
- Gonflement des chevilles
- Gonflement des doigts
- Hypertension artérielle.

Ces problèmes sont plus fréquents chez les femmes enceintes les plus âgées et qui sont au troisième trimestre de gestation.

Femmes enceintes et médicaments :

- 16.8 ont consommé des vitamines
- 12.0 % du fer
- 18.4 d'autres médicaments divers

Femmes enceintes et vaccination antitétanique :

Faible taux de la vaccination :

- 10 % femmes enceintes

- 24 % des mères.

La couverture vaccinale plus élevée pour les femmes instruites, vivant en zone urbaine et au troisième trimestre de la grossesse.

Malgré cela ... 4 femmes sur 5 se déclarent satisfaites de la qualité des soins prénatals reçus.

Le degré de satisfaction le plus élevé rapporté par les mères les plus âgées et vivant en zone urbaine.

SOINS POST-NATALS

Cette catégorie de soins demeure très faible ...

2 mères sur 10 seulement ont reçu cette catégorie de soins. La majorité est dispensée par les médecins.

MODALITES DES ACCOUCHEMENTS

Alors que le secteur privé est utilisé pour la majorité des soins prénatals, ce sont les établissements publics qui accueillent la majorité des accouchements.

- 70,7 % des naissances ont lieu dans les structures publiques
- 5,4% des naissances dans les structures privées.

C'est donc 1 accouchement sur 5 qui a lieu à domicile.

Motifs du choix :

- Milieu assisté (public/privé)
- qualité des soins reçus
- sécurité offerte en cas de complications
- A domicile :
- meilleur environnement pour l'accouchée
- absence de structure d'accueil dans la région.

Modalités des accouchements :

- 3/4 des accouchements assistés par médecin et/ou sage-femme
- 90 des accouchements considérés comme sans complications
- 6.4 % des naissances par césariennes.
- Dans les accouchements à domicile la section du cordon est pratiquée par rasoir (74.8 %) et ciseaux (15.6 %).
- Ce sont les préparations traditionnelles qui sont appliquées sur le cordon.
- 77.5 des nouveau-nés sont perçus par leur mère comme ayant un poids normal.
- 14.2 % comme étant de petit poids à la naissance.

L'EMERGENCE DE LA QUESTION DEMOGRAPHIQUE APPELLE DES SOLUTIONS URGENTES!

Parmi ces solutions... : **LE PROGRAMME NATIONAL DE MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE (PNMCD).**

Une première caractéristique de ce programme :

Il s'inscrit dans le champ d'une politique volontariste de réduction et de régulation du rythme d'accroissement de la population.

L'autre caractéristique :

Il prône le libre choix et l'adhésion volontaire des couples algériens à la planification familiale dans le respect des valeurs sociales et de l'éthique religieuse.

– Enfin, et eu égard aux multiples implications reconnues de la croissance démographique, ce programme privilégie l'intersectorialité ; outre les services de santé, il associe l'ensemble des autres secteurs de l'état et le mouvement associatif de la société civile.

Les axes d'intervention du programme

- Développement et valorisation des infrastructures de santé de base, rationalisation des prestations et accessibilité aisée à tous les services de planification familiale.
- Promotion des actions d'information, de sensibilisation et d'éducation de la population.
- Amélioration des connaissances et identification des changements touchant les déterminants de la fécondité et de l'accroissement démographique.

LES METHODES UTILISEES EN PLANIFICATION FAMILIALE

Il est fait essentiellement appel à des méthodes de contraception qui doivent répondre à quatre exigences de base :

Elles doivent être efficaces :

Les échecs liés à la méthode contraceptive elle-même doivent être les plus bas possibles et aussi proche que possible de 0%.

Elles doivent être inoffensives :

Toute méthode contraceptive ne doit pas présenter de dangers pour la contraceptante ou pour ses futurs enfants.

Elles doivent être réversibles :

Si un désir de grossesse est exprimé, l'arrêt de la contraception doit pouvoir permettre une conception normale.

Elles doivent être acceptables :

La méthode contraceptive choisie ne doit pas être à l'origine de désagréments ou de contraintes majeures.

LES CONTRACEPTIFS COURANTS

Trois types de contraceptifs sont couramment utilisés et mis à la disposition de la population dans les différentes structures de santé assurant des prestations en planification familiale.

Les contraceptifs oraux

Couramment connus sous le nom de "pilule", et dont la prescription doit s'accompagner d'une surveillance régulière.

Les contraceptifs oraux se présentent sous trois formes courantes:

Les oestroprogestatifs normodosés

Les oestroprogestatifs minidosés

Les progestatifs purs.

Ces contraceptifs ont un rôle essentiel : celui de bloquer l'ovulation et d'empêcher donc toute conception.

C'est la forme de contraception la plus utilisée et la plus répandue. Son efficacité est excellente et sa tolérance très bonne. Sa prescription doit cependant être médicalisée.

Le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet

Cette méthode de contraception nécessite un examen gynécologique complet avant l'insertion du DIU, petit "appareil" en plastique, qui peut revêtir diverses formes et présenter divers aspects (stérilet simples, au cuivre, au cuivre-argent).

La pose d'un stérilet doit être suivie par des contrôles réguliers qui doivent s'assurer de la non apparition de complications éventuelles.

Leur tolérance est bonne et leur efficacité est très acceptable si le changement du dispositif intra utérin est régulièrement assuré (en général tous les 3 à 5 ans).

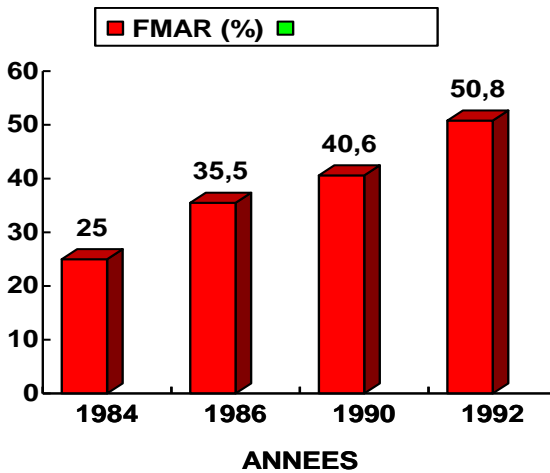
Les barrières mécaniques

Méthodes contraceptives simples et ne nécessitant pas une intervention médicalisée après que les informations liées au mode d'emploi soient données. Ces barrières sont représentées par les préservatifs masculins (condoms ou capotes) associées aux spermicides féminins (ovules ou gel).

L'efficacité contraceptive est accrue lorsque ces deux méthodes sont utilisées en même temps par le couple.

Un autre avantage de ces barrières est leur action de protection prouvée contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le SIDA.

LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE DEPUIS LE LANCEMENT DU P.N.M.C.D. (1984-1992)



PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION (1992)

Enquête E.A.S.M.E. auprès d'un échantillon de 5.626 femmes.

- Parmi les femmes mariées et âgées de 15 à 49 ans, la prévalence de la contraception est de 50.8 %.
- Inférieure en milieu rural (44.1 %) par rapport au milieu urbain (57.5 %).

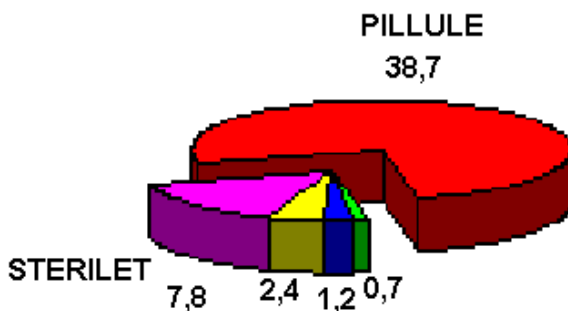
Prévalence de la contraception par méthode selon le milieu - (%)

Methodes	Urbain	Rural	Ensemble
Pilule	75	77.9	76.3
Stérilet	6.3	2.0	4.7
Allaitement prol.	4.9	11.1	7.8
Retrait	3.8	3.1	3.5
Calendrier/péριο.	4.7	1.7	3.4
Stérilisation Fem.	2.5	1.5	2.1
Condom	1.3	0.6	1.0
Spermicides	0.6	0.2	0.4
Injections	0.2	0.4	0.3
Autres	0.6	0.3	0.5
N. Précisé	0.1	0.2	0.2

STRUCTURE DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE SELON LA METHODE UTILISEE

- ENQUETE PAPCHILD 1992 -

(% des femmes mariées en âge de reproduction)



L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS TOUCHANT A LA PLANIFICATION FAMILIALE SONT GRATUITES DANS LES UNITES DU SECTEUR PUBLIC

Si en 1992, 52 % des femmes utilisant une méthode contraceptive déclarent s'adresser au secteur privé, il faut signaler que les prestations liées à la contraception délivrées par ce secteur sont remboursables à 100 % par la sécurité sociale.

Une caractéristique importante doit cependant être notée :

La continuité de la pratique contraceptive demeure faible (1990).

- La durée moyenne d'utilisation de la contraception orale (pilule) ne dépasse pas 16 mois.
- La durée moyenne d'utilisation du stérilet ne dépasse pas 15 mois.

C'est donc la méthode ayant une longue durée d'action qui a la plus faible durée d'utilisation !

Manque de connaissance et défaut de formation du personnel doivent se conjuguer pour aboutir à un tel résultat.

RESISTANCE A LA CONTRACEPTION (1992)

Raisons invoquées de non utilisation d'une méthode contraceptive chez les femmes mariée âgée de 15 à 49 ans et selon le milieu.

Raison	Urbain	Rural	Ensemble
Crainte effets	18.9	13.6	15.6
Ménopause	27.9	19.4	22.6
Refus du mari	10.9	13.6	11.3
Interdit religieux	5.0	8.3	7.1
Manque information Coûteux Difficile à obtenir	3.2	13.7	9.8

POUR CONCLURE...

L'Algérie va rester confrontée encore, et pour de nombreuses années, aux problèmes liés et induits par la pression de sa croissance démographique rapide.

Seule une politique de population renforcée, adaptée, acceptée et en adéquation au programme national économique et social dans lequel s'est engagé le pays, pourra surmonter et "absorber" cette pression démographique.

Des priorités se dégagent car il s'agit d'ores et déjà de formuler des réponses souveraines à ces problèmes démographiques et de s'engager résolument dans leurs concrétisations :

- Développer les stratégies pertinentes visant à réduire la fécondité trop élevée en valorisant les capacités du système national de santé dans toutes ses composantes.
- De poursuivre et d'intensifier les activités de protection maternelle et infantile devant réduire la morbidité et la mortalité maternelle, la morbidité et la mortalité infantile tout en restant à l'écoute de la demande exprimée par les citoyens.

- De développer des programmes post-partum à même de réduire de façon substantielle les taux de fécondité.
- D'initier, d'encourager et d'accorder la place la plus large à l'information pertinente et à la communication sociale.
- De formuler des politiques adaptées à même de renforcer la fonction familiale tant il est vrai que la famille est et restera la structure qui valorise et assure l'équilibre et l'épanouissement de l'individu.
- De préserver, consolider et valoriser le rôle de la femme dans la société, de promouvoir de façon effective sa condition en tant que dimensions sociales réelles et incontournables.
- D'assurer une plus grande coordination et une plus large concertation entre les pouvoirs publics et le mouvement associatif investi dans le domaine propre de la population, notamment le mouvement associatif féminin.