

Naouel Benamar

(Université El Hadj Lakhdar- Batna1)

Email : benamar-naouel@hotmail.fr



Résumé

Parmi les plus questions de planification et de développement controversé, les soins de santé pour la question des citoyens et ce qui devrait être alloué à partir du budget de l'Etat, et cela se reflète positivement sur la relation de l'individu avec les autres et la capacité de service communautaire car il devient plus rentable et plus résistant aux rigueurs du travail la personne malade, prennent divers pays des programmes de soins et services de santé, une grande attention, mais dans le même temps face à une augmentation d'une pression sans précédent sur l'ensemble des institutions de services de santé dans un moment où la propagation de l'âge chroniques et les maladies épidémiques, a été accompagnée d'un changement dans l'environnement et la composition par âge de la population en plus Walt développements Intention et rapide de la technologie et accompagnée de la diversité croissante de la demande de soins de santé qui les rendent reconstruire son organisation et de gestion.

Cet article vise à souligner l'importance de l'efficacité globale du système de santé de l'Algérie, et les réalisations des professionnels des indicateurs de santé et en particulier la réduction du taux de mortalité maternelle, en plus du rôle joué dans la réalisation un certain équilibre dans les services de santé entre les différentes régions et les groupes en particulier ceux liés à la santé maternelle.

Mots clés : *système de santé et la mortalité maternelle*

Abstract

One of the most controversial issues of planning and development is the issue of health care for the citizen and what should be allocated to it from the state budget. This reflects positively on the relationship of the individual to others and his ability to serve his society. The health care and health services are given great attention by different countries, but at the same time they face an unprecedented rise in pressure on all health services institutions at a time when chronic and epidemiological diseases have spread, accompanied by a change in the environment and the age structure of the population. Developments Intention and rapid technological and accompanied by the growing diversity of demand for health care, which make them reconsider its organization and management.

The aim of this article is to highlight the importance of the overall effectiveness of the Algerian health system and its positive results in the health indicators, especially the reduction of the maternal mortality rate as well as the role it plays in achieving a balance of health services between different regions and groups, Maternal health.

Keywords : *health system, maternal mortality.*

Introduction :

Les maladies transmissibles ont régressé sensiblement, certaines ont même été éradiquées en l'occurrence les maladies à transmission hydriques (à l'exception des toxico-infections alimentaires), les maladies bénéficiant d'un programme élargi de vaccination (sauf la tuberculose) et les maladies à transmission vectorielle, d'autres persistent encore à l'égard des zoonoses et des maladies sexuellement transmissibles, qui ne cessent de faire des ravages dans le pays.

La société algérienne a subi plusieurs mutations, d'abord l'allongement de l'espérance de vie à la naissance passée de 42 ans en 1950 à près de 75 ans en 2014, la dégradation de l'hygiène alimentaire et de vie notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et du tabac où, l'on estime que près du tiers de la population consomme du tabac selon les données officielles en 2011 et 0,7 litres d'alcool sont consommés par habitant en 2013 selon l'OMS, faisant de l'algérien le premier consommateur d'alcool au Maghreb. S'agissant de l'urbanisation, elle est passée de 30% de la population en 1960 à plus de 75% en 2014 selon la banque mondiale avec toutes ses conséquences sur le stress et la pratique du sport. En plus de ces facteurs, la baisse de la fécondité passé de près de 7 enfants par femme en 1950 à moins de 2 enfants en 2014 ont conduit au développement des maladies chroniques qui touchent près de 60% des algériens, maladies nécessitant une prise en charge longue et couteuse.

De ce fait, le système de santé algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.

La transition socio-économique se manifeste notamment par une augmentation de l'Indice de développement Humain (IDH) passé de 0,5 en 1980 à plus de 0,7 en 2014, ce qui a eu pour conséquence l'augmentation des dépenses de santé. (Brahma et autre, 2015)

Le portrait de la mortalité en Algérie a grandement changé au cours des dernières décennies, citons entre autres, les gains d'espérance de vie à la naissance observés depuis 1965. La durée de vie moyenne était respectivement de 51.12 ans et 51.17 pour les hommes et les femmes, alors que l'espérance de vie pour l'année 2011 était de l'ordre de 75.7 ans chez les hommes et 77.2 ans chez les Femmes ; ce

qui fait un gain de 26.03 ans pour les femmes et un gain de 24.58 ans pour les hommes entre 1965 et 2011. Donc, la mortalité a chuté pour les deux sexes, mais comme on peut le voir, elle diminue moins rapidement chez les femmes que chez les hommes., Certes, le niveau général de la mortalité des algériens a baissé, passant de 18,1 pour mille en 1965 à 4.41 pour mille en 2011 affichant 75 % de diminution dans un espace de 46 ans (soit en moyenne 1.63% par année).

a mortalité maternelle et périnatale continue de constituer un problème majeur de santé publique en Algérie Malgré les efforts consentis depuis les années 70 en matière de santé de la mère et de l'enfant, la diminution constante des taux de mortalité maternelle et néonatale reste trop faible À l'échelle nationale, on a observé en 2004, 99,5 décès pour 100 000 naissances vivantes et 92,6 pour 100 000 naissances vivantes en 2006, alors que 95,3 % des accouchements se déroulent en milieu assisté. Les décès maternels constituent à eux seuls 10 % de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans.

Les taux de mortalité sont également caractérisés par de grandes disparités régionales. (El Bachir Zohra, 2013, p3)

I. Historique et évolution du système de santé en Algérie

1. Aperçu L'historique de système de santé :

1.1 La période coloniale : 1830-1962

A la prise d'Alger en 1830, le chef de l'expédition de la santé était le médecin chef Roux, assisté du médecin principal Cténophore Le 01 Septembre 1830, 144 officiers chirurgiens de l'Armée d'Afrique arrivent en Algérie, ils n'en restent que 53 en 1831. On dénombre 418 médecins militaires en 1847 et 267 en La période coloniale peut être schématiquement divisée en deux périodes :(Abid Larbi, 2008, p17.31)

Le XIX me siècle où la médecine a été utilisée comme moyen de propagande, de pénétration et d'information. L'auteur nous montre comment la conquête militaire va bientôt être accompagnée par une politique d'ouverture d'écoles et d'hôpitaux L'environnement traditionnel algérien à cette époque était caractérisé par la non séparation entre le religieux, l'enseignant et le médecin. Le refus de l'école et de la médecine européenne était un moyen de défense et l'hostilité à l'information était conçue comme moyen de protection.

La deuxième période concerne le XX ème siècle et va jusqu'au recouvrement de l'indépendance, marquée par la marginalisation de la population locale et l'accès de quelques Musulmans aux études médicales Dès le début de la colonisation, les Français ont développé un système hospitalier militaire suivant la présence de leurs troupes et/ou colons.

Tableau N° 01 : indique le nombre d'hôpitaux militaires entre 1830-1854

Année	Hôpital	lieu
1830	Dey	Alger.
1832	Oran	Oran.
1835	Douera	Mostaganem.
1837	Guelma	Guelma.
1843	22 Hôpitaux	15 dans l'Algérois, 5dansl'Oran, 1dans l'constantinois.
1854	Mustapha pacha	Alger.

Source : Bahlouli, Ahmed Sofiane, la politique de santé en Algérie « le cas de la wilaya d'Oran », mémoire présenté en vue l'obtention du titre de magistère en sciences politiques et relations internationales, Faculté de Droit, Université D'Oran, 2011/2012, p40.

Ces hôpitaux s'adressaient d'abord aux européens ; les Algériens autochtones devaient bénéficier d'infirmières indigènes implantées près des regroupements de tribus. Très peu disposaient d'un médecin permanent. En 1845, 18 médecins sont affectés dans les principales villes d'Algérie. Ils étaient secondés par 14 praticiens ruraux. Ces médecins ne suffisaient même pas à la population européenne. Devant cette pénurie, un appel des autorités coloniales fut adressé aux missions caritatives.

Sous l'impulsion de Bugeaud en 1844 une série des hôpitaux sont créés auprès des malades européens que la population arabe. Le 30 Juin 1847 les services de santé étaient créés auprès des bureaux arabes. En 1847 un médecin est affecté dans chaque département (Oranais, Algérois, Constantinois), Devant cette situation sanitaire, la population autochtone continuait donc à faire appel à la médecine populaire traditionnelle telle qu'elle se pratiquait avant l'occupation française. Les hôpitaux militaires et civils étaient destinés aux Européens, mais aussi ils étaient ouverts aux arabes , Les infrastructures disponibles à l'époque étaient l'hôpital Agha et Bab

Azouz, mais les autorités militaires ont confisqué la mosquée et le magasin Salpêtre à partir de 1831, puis la prolifération du système de santé se menait en parallèle avec l'extension des troupes militaires à l'intérieur du pays par la création des ambulances qui n'étaient autres que des brigades médicales mobiles et qui accompagnaient l'armée durant toute la première période, dite période des militaires (1830 – 1848) Dr Pouzain a créé des ambulances à Mitidja le 01 Mai 1835, cette ambulance consultait en moyenne 20 à 25 personnes par jour, La hiérarchisation du système de santé était formé des ambulances, puis l'hôpital de cercle, supervisé par un hôpital de province et enfin un hôpital central qui contrôlé toute la région. Donc ce système se développé en suivant la progression de l'occupation à l'intérieur du pays.

En 1833, on comptait 11 centres de santé, et en 1843, un rapport des officiers de l'Armée d'Afrique du nord dresse une liste de 27 centres hospitaliers en Algérie, dont 15 en Algérois, 05 en Oranais et 07 en Constantinois, pour atteindre le nombre de 33 en 1848 et 50 centres en 1850 dans les zones urbaines, mais le premier hôpital militaire urbain n'a vu le jour qu'en 1875 La carte hospitalière de 1853 indique que l'Oranais était doté de 17 centres hospitaliers, soit 12 centres de plus en 10 ans A Oran ville les registres mentionnent que 437 Européens et 155 Arabes ont bénéficié de consultations en 1836, alors qu'en 1837 le nombre des arabes consultés à enregistrer une chute pour atteindre le chiffre de 30 contre 773 Européens.(Hamarri et autre, p52)

Tableau N° 02 : nombre de médecins et officiers étrangers.

Etat des médecins exerçant à Oran	1851	1853	1854
Médecins français	11	13	13
Médecins étrangers	4	3	3
Officiers de santé français	2	3	3
Officiers de la santé étrangère	-	2	1

Source: Bahlouli, Ahmed Sofiane, op.cit, p42.

1.2 La période Après L'indépendance (El Bachir Zohra, 2013, p91).

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie c'est retrouvée dans une situation économique et sociale très difficile ; cette situation s'est reflétée sur le système de santé, qui s'est retrouvé à son tour dans un grand déficit et surtout une couverture sanitaire insuffisante.

Ce déficit a surtout touché les moyens humains, et cela suite au départ massif des médecins, pharmaciens et cadres de santé français. Le nombre de médecins, était de l'ordre de 285 médecins en 1963, soit un 1médecins pour 35000 habitants.

Pour faire face à cette situation dramatique l'état prend des mesures urgentes :

- Renforcer le corps médical par l'appel à la coopération étrangère et l'instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens du secteur privé.
- La lutte contre les maladies transmissibles par la mise en œuvre de programmes de santé. Parmi ces mesures, la vaccination obligatoire de tous les enfants.

Les résultats de cette politique vont très vite apparaître par la facilitation de l'accès aux soins des populations vulnérables, notamment grâce aux brigades mobiles, et le succès de la campagne d'éradication du paludisme.

En 1975, on comptait 3212 médecins (dont 1820 algériens et 1392 étrangers), soit un médecin pour 4909 habitants. Cette période peut être considérée comme le début de la réussite de la santé, et cela grâce à une décision politique. Il s'agit de la loi n°73-65 du 26 décembre 1973 portant sur la gratuité de la médecine dans les secteurs de santé.

L'Etat complète cette loi par l'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant sur le code de la santé publique et par la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.

Simultanément à la décision de la gratuité des soins, celle de la «démocratisation de l'enseignement» est prise. Il s'agit de la réforme touchant l'enseignement supérieur, en particulier les études médicales, visant à la fois une amélioration qualitative et quantitative, et le renforcement de l'encadrement. La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire « 1000 médecins par an » Cette décision va permettre de

disposer d'un grand nombre de praticiens.

Les résultats positifs de cette double décision, gratuité des soins et démocratisation de l'enseignement, vont très vite être positives, Après avoir connu un accroissement important des effectifs de personnels médicaux pendant la décennie 1980, un certain fléchissement est apparu dès la fin des années 1980 et le début des années 1990. Cela en raison de la crise économique et sécuritaire qui fait passer la santé au second plan des priorités de l'Etat algérien.

La politique volontariste mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80 en raison de la chute des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole a chuté est atteint son plus bas prix 13.8 \$ US en 1986 (annexe, tableau 11), insuffisance de la productivité et augmentation considérable du poids de la dette extérieure, le développement du chômage et la dévaluation du dinar,

Dans cette période, le système national de santé est soumis à d'importants problèmes :

- Persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique).
- Augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes : diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.
- diminution de la qualité des prestations et de la prise en charge des malades.

En 1990, le nombre de médecins est de l'ordre de 23550 (dont 22716 algériens et 834 étrangers) ; concernant la densité médicale, elle est de un médecin pour 1063 habitants.

Pour cette année, les dépenses liées à la santé par rapport au PIB sont estimées à 2.8%, soit une réduction de 2.7% par rapport à 1988, où elles étaient de l'ordre de 5.5%.

Pour la période 2000-2010, elle est caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé ; un accroissement de 74% du nombre de médecins depuis 2000, soit 56209 médecins en 2010, d'où un ratio record de 1 médecin pour 640 habitants.

En 50 ans, la santé des Algériens a connu une amélioration de tous les paramètres quantifiables de santé. Des progrès ont été réalisés grâce à une priorité redonnée à la santé d'une part et grâce à la part croissante du budget de l'Etat consacrée à la santé. Le nombre de

L'amélioration du système de santé et son impact sur la réduction du taux de mortalité maternelle en Algérie.

médecin n'a pas cessé d'augmenter au fil du temps, passant de 285 à 56209 médecins entre 1963 et 2010.

Cette évolution est identique au nombre de pharmaciens et chirurgiens-dentistes. Le nombre de chirurgien-dentiste était de 36 dentistes d'origine algérienne en 1963, ce dernier a atteint 11633 en 2010.

Concernant la densité en matière de chirurgie dentaire, elle est passée de un dentiste pour 52556 habitants en 1975 à 3093 habitants en 2010.

Concernant le nombre de pharmaciens, il est passé de 70 pharmaciens de nationalité algérienne à 9081 entre 1963 et 2010. Soit un ratio de un pharmacien pour 3093 habitants en 2010 contre un pour 17501 habitants en 1975.

Pour ce qui est de la couverture paramédicale, le chiffre absolu de cette catégorie a connu lui aussi un grand accroissement. En 1964, l'Algérie vivait une situation de crise en matière de personnel paramédical. Elle comptait 1380 agents paramédicaux. Grâce à la nouvelle réforme de la formation paramédicale de 1980, l'effectif de ces derniers est passé à 12215 en 1972, 87791 en 2003 et il atteint 104301 agents paramédicaux en 2010. (Kouidri Mohamed, 2010, p88)

La période 1963-1972 : est caractérisée 5 par le départ massif du corps médical français, par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, la carence du personnel médical dont la plupart sont concentrés au Nord Algérien. C'est une période de correction, qui consiste à réduire les disparités, intensifier la formation médicale et paramédicale et développer les infrastructures sanitaires de base. (Débâche A. et Béhai S. 2004, p 22,25.)

Tableau N°03 : nombre de personnel médical de 1963à1972.

Les ressources humaines		1963	1964	1966	1972
Medicine	Algérienne	285	288	364	784
	Etranger	937	1013	902	1201
Pharmacies	Algérienne	70	/	186	317
	Etranger	134	/	30	38
Dentiste	Algérienne	36	/	86	211
	Etranger	115	/	85	97

Source : msp ; séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience algérienne, Alger, 7-8 avril 1983. P 54.

L'amélioration du système de santé et son impact sur la réduction du taux de mortalité maternelle en Algérie.

Tableau N° 04:évolution du nombre de personnel médical et de la densité médicale en Algérie de 1975 à 2010.

N				
Année	algériens	étranger	total	Nombre d'habitant par un médecin
1975	1820	1392	3212	4909
1980	6202	2310	8512	2193
1985	11170	2051	13221	1654
1990	22716	834	23550	1063
1995	/	/	27317	1027
2000	/	/	32332	941
2003*	/	/	36347	876
2006**	/	/	39459	849
2010**	/	/	56209	640
N				
Année	algériens	étranger	total	Nombre d'habitant par un pharmacien
1975	849	52	901	17501
1980	1035	70	1105	16892
1985	1325	34	1359	16088
1990	2133	1	2134	11725
1995	/	/	3691	7602
2000	/	/	4814	6316
2003*	/	/	8705	5582
2006**	/	/	7267	4607
2010**	/	/	9081	3962
Nombre de chirurgien dentiste				
Année	algériens	étranger	total	Nombre d'habitant par un chirurgien dentiste.
1975	535	82	617	52556
1980	1577	114	1691	11038
1985	2644	106	2750	7950
1990	7189	10	7199	3476
1995	/	/	8056	3483
2000	/	/	8197	3711
2003*	/	/	8651	3681
2006**		/	9684	3457
2010**	/	/	11633	3093

Source : ONS, rétrospective statistique ,1970-2002, édition 2005, p 89, 90,91.

* L'Algérie en quelque chiffre, résultats 2007, édition 2008, n° 38, p 19.

** L'Algérie en quelque chiffre, résultats 2010, édition 2011, n° 41, p 21.

II. la Tendance démographique et socio-économique.

1. La transition démographique.

Le phénomène de transition démographique que connaît l'Algérie depuis peut de temps et un phénomène mondial, que plusieurs pays dans le monde connaissent depuis longtemps en l'occurrence les pays d'Asie et d'Europe.

La situation s'explique par l'inversement de la pyramide d'âge avec un taux de natalité faible et un taux de mortalité aussi faible, la population algérienne tend à vieillir.

en 2014, l'indice synthétique de fécondité est passé de plus de 7 en 1970 à 2.78, le taux de croissance démographique s'est stabilisé autour de 20‰, l'espérance de vie à la naissance s'approche de 75 ans, l'indice de vieillissement avoisine les 10% avec des prévisions d'atteindre 30% d'ici 2050. L'ensemble de ses indicateurs sont le résultat de plusieurs facteurs (**El Bachir Zohra, 2013, p102**).

2. La transition socio-économique.

La transition socio-économique se manifeste par le changement de plusieurs indicateurs socio-économiques caractérisant la population algérienne.

- ✓ **La sédentarité :** elle se manifeste par l'urbanisation accélérée de la population algérienne, passant de 1/3 de la population est urbain au lendemain de l'indépendance à plus des ¾ de la population en 2014 (75,39% en 2014)
- ✓ **Le changement des habitudes alimentaires :** la sédentarité et la baisse du pouvoir d'achat des algériens a modifié manifestement leurs habitudes alimentaires. La consommation des fruits et des légumes a sensiblement baissé en faveur des sandwichs, des pizzas, des sucreries et des surgelés. Ce qui engendre le problème de l'obésité, en Algérie un enfant sur trois est obèse et risque de le rester toute sa vie en 2010, et 60% des personnes âgées entre 35 ans et 70 ans ont un surpoids, dont 22% sont obèses selon le ministère de la santé. Le problème de malnutrition et du surpoids est souvent associé au diabète, aux cardiopathies, et au cancer.

Concernant le tabagisme, sa consommation est en nette augmentation bien que l'Algérie a ratifié par le décret présidentiel n°06-120 du 12 mars 2006, la convention de l'OMS pour la lutte anti tabac adoptée à GENEVE le 21 mai 2003. 90% des cas de cancer du poumon en Algérie sont causés par le tabac. La consommation

annuelle du tabac est estimée à 25 000 tonnes avec un accroissement annuel de 5% en moyenne. La prévalence du tabagisme totale en 2011 est de 29% avec une prévalence tabagique par sexe de 49% pour le sexe masculin et 7% pour le sexe féminin. 25% des fumeurs sont âgés de moins de 21 ans et 25 % entre 21 et 27ans Quant à la prévalence du tabagisme chez les adolescents de 13 à 15 ans, elle est de l'ordre de 26% chez le sexe masculin et 6% chez le sexe féminin pour la période 2005-2010, selon les données de l'OMS. Bien que le tabac reste le produit économique le plus lourdement taxé après les hydrocarbures, sa consommation ne cesse d'accroître. Par ailleurs, on estime que malgré ses recettes fiscales qui représentent 21% de la fiscalité totale, chaque 1 dinar collecté par le trésor public, l'état algérien dépense 3 dinars dans le traitement des pathologies qui en résulte.

Pour ce qui est de la consommation de l'alcool, l'Algérie viennent en tête de liste ; Classée selon le rapport de l'OMS de 2013, le deuxième plus grand pays consommateur au Maghreb avec une consommation de 0,7 litre par habitant juste après la Tunisie (1.1 litre par habitant). La consommation totale est de 270.000 hectolitres dont 63% en bière, 35% en vin et 2% en autres diverses boissons.

- ✓ **Le chamboulement du marché de l'emploi (MSP, Rapport sur l'organisation d'un système de santé, Alger, 1990, p04)** : selon les prévisions, la population active va dépasser la moitié de la population totale d'ici 2020. En effet, la demande d'emploi additionnelle sera très importante entre 500 et 800 000 par an, avec un taux d'activité des femmes variant de 10% en début de période à 50% en fin de période. Cette demande additionnelle s'ajoute naturellement au stock de demandeurs d'emplois déjà existant ce qui va augmenter encore le taux de chômage.
- ✓ **Le taux de scolarisation élevé** : Le taux de scolarisation en Algérie est parmi les taux les plus élevé, avoisinant les 98% en 2013. Quant au taux d'analphabétisme, il a reculé de 85% au lendemain de l'indépendance en 1962, 22% en 2008 et 18% en 2013. Le taux de passage du primaire au moyen s'est élevé à 80%. Quant au taux de passage du cycle moyen au cycle secondaire, il est de l'ordre de 40% en 2013

III. Analyse de la situation de la mortalité maternel en Algérie.

1. Population féminin en âge de procréer. (enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002).

La population féminine en âge de procréation (15-49) ans est en croissance continue, elle a été multipliée par près de quatre entre 1966 et 2008.

Le groupe d'âge (15-49 ans) féminin totalise 57.62 % de la population féminine en 2008 contre 41.74% en 1966, soit une augmentation de 38 % dans un intervalle de 42 ans.

En valeur absolue, leur nombre est passé de 2.49 millions à 3.43 millions sur la période intercensitaire 1966 - 1977, ensuite il atteint 5.09 millions au recensement de 1987.

Le nombre des femmes en âge de procréer continue sa tendance de progression pour atteindre 7,54 millions en 1998. Au dernier recensement, la population féminine en âge de procréation était de 9.70 millions.

Selon la structure de la population par âge et par sexe en 2011 pour 10 000 habitants (structure issue des projections de la population), la population féminine en âge de procréer est estimée à 10.2 million de femmes.

TableauN^o 05 : Evolution du nombre de femmes en âge de procréer (15-49).

Année	N.F en. Age de procréer, millions	Année	N.F en. Age de procréer, millions
1966	2,5	1995*	6,9
1965*	2,6	1998	7,5
1975*	3,4	2005*	9,3
1977	3,4	2008	9,9
1985*	4,87	2010	10,3
1987	5	2015	10,8

Source : ONS, RGPH de 1966 à 1998, 2008 démographie algérienne 2008 -données statistiques n° 520 – ONS et projections de population de l’ONS - décembre 2004.

*nations unies 2008.

Le nombre de femmes en âge de procréer a augmenté régulièrement, passant de 2,5 millions de la population totale en 1966

à 5 millions en 1987. Cette augmentation s'est poursuivie jusqu'en 2015 par 10,8 millions à l'âge de 15-49 ans.

Concepts et définitions de la mortalité maternelle :

Dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision, 1993 (CIM-10), l'OMS définit la mort maternelle comme suit :

« Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un 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. »

Autres définitions de la mortalité maternelle selon la CIM-10 :

Mort liée à la grossesse	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort.
Mort maternelle tardive	Décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.

Source : Mortalité maternelle en 2005, Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale.

Définition de la santé de la reproduction selon l'OMS: « C'est un état de bien-être général tant physique que mentale, social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions, son fonctionnement et non seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ». (OMS.UNFPA.UNICEF. 1997).

Approches quantitatives :

Trois grandes catégories de données statistiques sont utilisables pour estimer la fréquence de la mortalité maternelle :

-Les données hospitalières, recueillies au niveau d'un service (ou éventuellement plusieurs) décrivent une situation locale mais sont biaisées en fonction du recrutement des patientes ; ce sont les plus anciennement publiées.

-Les données d'enregistrement issues de la certification médicale du décès, opération systématique uniquement dans les pays disposant d'un état civil organisé et permanent.

-Les données d'enquête en population avec des méthodes très variées qui vont à la recherche des cas, utilisent des approches soit sophistiquées (suivi d'une cohorte ou observatoire de population), soit approximatives (méthode des sœurs et autopsie verbale).

Les années récentes ont vu la multiplication des estimations à partir de l'une ou de l'autre de ces méthodes ou la combinaison de plusieurs méthodes. Il n'est guère possible de recommander une méthode plutôt qu'une autre, car en définitive les objectifs poursuivis et les conditions locales conditionnent le choix de ces méthodes, même si les plus précises d'entre elles sont les plus valables.

Les indicateurs possibles sont en nombre restreint. Ils dépendent de deux éléments : le numérateur et le dénominateur. Au numérateur, figure le nombre de décès maternels, éventuellement subdivisés par cause obstétricale directe ou indirecte, au dénominateur plusieurs possibilités existent.

Approche qualitative :

L'approche qualitative dépend aussi du niveau auquel elle est mise en place. Au niveau d'un état ou d'une région, existent les enquêtes confidentielles avec comité d'experts, ce qui correspond à la revue externe des cas par des pairs, à l'aide de critères implicites, et dont l'objectif est de mettre en évidence les insuffisances du système de soins en général. Au niveau des établissements, prennent place les audits cliniques, c'est-à-dire la révision interne des cas, au sein des services de santé, avec des critères explicites servant de référence.

La mise en œuvre de ces méthodes qualitatives, est devenue indispensable, quel que soit le contexte, pour tout essai sérieux d'amélioration de la qualité des soins. (**BOUVIER-COLLE M.H.2003, p358-365**).

Tableau N° 06: Evolution de l'âge moyen au 1er mariage en Algérie.

Année	1966	1977	1998	1987	2002	2006	2008
Femme	18,3	20,9	23,7	27,6	29,6	29,9	29,3
homme	23,8	25,3	27,7	31,3	33,0	33,5	33,0

Source : ONS : données recensement, collections statistiques.

De tous les changements qu'à connus la société Algérienne, l'évolution du calendrier de l'entrée en union est probablement l'un des plus remarquables. C'est l'une des expressions les plus

incontestables résultant des mutations intervenues au sein de la société Algérienne au cours des dernières décennies.

L'âge moyen au premier mariage, autant pour les femmes que pour les hommes, n'a cessé d'augmenter. Les données du tableau 13 montrent clairement l'évolution crescendo de cet indicateur.

D'après le recensement de 1966, L'âge moyen au premier mariage des femmes est estimé à 18.3 ans et celui des hommes à 23.8 ans. Soit un écart de 5.5 ans entre les deux sexes.

La hausse de l'âge au premier mariage c'est poursuivie, plus intensément encor pour les femmes que pour les hommes. Selon le dernier recensement de la population et de l'habitat effectué en 2008, l'âge moyen au mariage est estimé à 33 ans pour le sexe masculin, et aux alentours de 30 ans pour les femmes, soit un vieillissement d'environ une dizaine années entre les premier et dernier recensements, et ce, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Le recul de l'âge au mariage peut s'expliquer notamment par le prolongement de la scolarité particulièrement des filles et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes. Celles-ci sont plus nombreuses à poursuivre des études supérieures, et beaucoup d'entre elles y voient une priorité dans leur vie.

D'autres raisons telles que les difficultés économiques (chômage, l'accès au logement, coût de la vie...) contribuent aussi à retarder l'entrée en union. (**El Bachir Zohra, 2013, p57.**)

Mortalité maternelle en Algérie :

La santé maternelle et infantile constitue un des objectifs principaux de la politique de santé en Algérie. (**CNES 1998, Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant, Conseil National Economique et social, Alger.**)

En 1989, une enquête du Ministère de la Santé et de la Population et de la réforme hospitalière (MSPRH) a montré un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 230 pour 100 000

NV (MSPRH (1989). Enquête sur la mortalité et morbidité infantile en Algérie 1985-1989. Ministère de la Santé et de la Population, Algérie.)

. Trois ans plus tard en 1992 (Enquête Papchild), le taux était de 215 décès pour 100000 NV (MSPRH(1992). Enquête Algérienne sur la

santé de la mère et de l'enfant (EASME –Papchild) Ministère de la Santé et de la Population, Alger.)

. En 1997, l'Office National des Statistiques (ONS) a produit de nouvelles estimations, le ratio de MM se situait autour de 140 pour 100 000 NV.

Devant l'incohérence des valeurs du ratio de MM et l'insuffisance d'information sur les causes de ces décès maternels, une enquête nationale exhaustive sur la mortalité maternelle a été réalisée en 1999 par l'Institut National de Santé Publique (INSP). Cette enquête a pu déterminer le ratio de MM au niveau national et régional et a fourni des informations sur les causes de décès. L'enquête a recensé 7757 décès de femmes en âge de procréer (15ans – 49ans), et les décès maternels représentent 9% de ces décès à savoir 697 décès maternels soit 117,4 décès/100 000 NV.

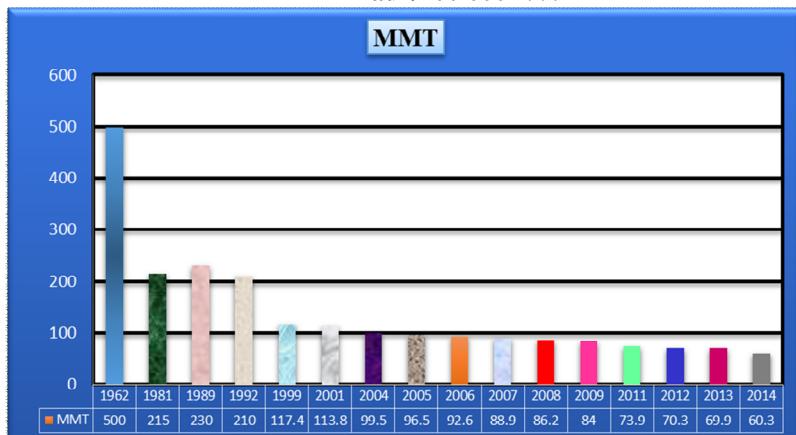
Tableaux N°07: Evolution de la mortalité maternelle en Algérie 1962-2014 Taux/100 000 NV.

année	TMM	année	TMM
1962	500	2006	92,6
1981	215	2007	88,9
1989	230	2008	86,2
1992	210	2009	84
1999	117,4	2011	75,9
2001	113,8	2012	70,3
2004	99,5	2013	69,9
2005	96,5	2014	60,3

Source : 1999: Enquête mortalité maternelle, INSP ; 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH.

- Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Figure N°01 : Evolution de la mortalité maternelle en Algérie 1962-2014
Taux/100 000 NV.



Source : Préparé par le chercheur Basé sur des données de tableaux n°01.

L'amélioration de la santé maternelle figure parmi les objectifs majeurs de la politique nationale de prévention et d'action sanitaire dont elle constitue l'un des Axes prioritaires d'intervention.

L'initiative pour la maternité sans risque a été lancée en 1987 à Nairobi, Le taux de mortalité maternelle est un indicateur clé de la santé des femmes et par la même un indice de développement humain, car c'est un révélateur des niveaux d'accessibilité aux soins obstétricaux essentiels et du degré d'utilisation et de la qualité des services.

Le cinquième objectif du Millénaire pour le Développement consiste à améliorer la santé maternelle et à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Malgré les progrès réalisés, la mortalité maternelle reste encore importante en Algérie. Le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, a déclaré le 12 juillet 2012 que le taux de mortalité maternelle a été d'environ 500 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1962.

Selon la même source, le taux passe à près de 215 décès pour 100 000 naissances en 1981, soit une baisse de près de 60% dans un intervalle de 19 ans.

En ce qui concerne les enquêtes, la mort maternelle a été mesurée trois fois à travers les enquêtes suivantes :

- a) La première, à travers l'enquête Mortalité et Morbidité Maternelle et Infantile (MMI) en 1989 qui a donné un taux de l'ordre de 230 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.
- b) La deuxième fois en 1992, dans le cadre de l'enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME) ; le taux fut estimé à 215 décès pour 100.000 naissances vivantes.
- c) La troisième enquête nationale sur la mortalité maternelle, réalisée en 1999 et menée en collaboration avec l'Institut National de la Santé Publique (INSP) donne un taux de mortalité maternelle estimé à 117 décès pour 100.000 naissances vivantes, soit une baisse de près de 50% dans un intervalle de 7 ans (1992-1999).

Selon le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, l'Algérie se situe à un niveau intermédiaire avec un taux estimé en 2012 à 70,3 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. (**El Bachir Zohra(2013), pp 93-94.**)

Aujourd'hui, l'Algérie a enregistré des avancées appréciables dans la réalisation de certains OMD, atteignant plusieurs d'entre eux avant le délai fixé de 2015. Ces avancées ont été obtenues, en dépit d'un contexte international défavorable caractérisé par la survenue de la crise financière mondiale de 2008, qui s'est vite transformée en une crise économique et sociale.

Le 2ème rapport national pour les OMD (RNOMD) 2 élaboré par le gouvernement Algérien en septembre 2010 montre de nettes améliorations pour plusieurs OMD et leur atteinte est quasi certaine pour la majorité.

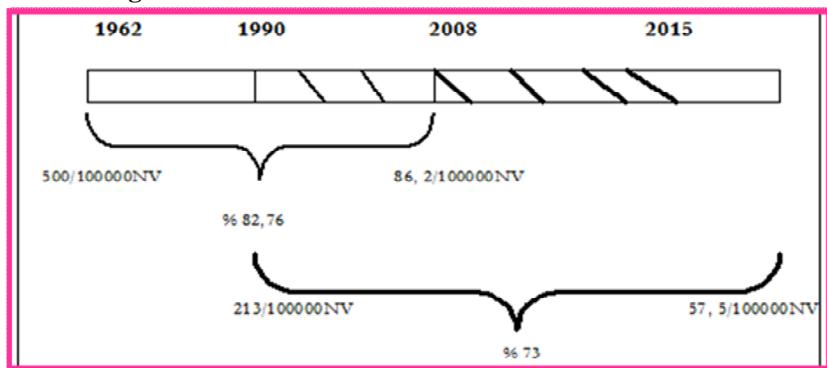
Ainsi, L'Algérie a enregistré une réduction significative de la pauvreté. La proportion de la population disposant de moins de 1\$US PPA par jour a diminué pour atteindre 1,9% en 1988 et 0,4% en 2011, contre une valeur cible de 0,85% à l'horizon 2015. L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 6,7% en 1999 à 1,4% en 2012.

L'Algérie a atteint un taux net de scolarisation de 98,16% des enfants âgés de six ans. Ce taux élevé de scolarisation se répercute sur le taux d'achèvement du primaire qui avec 97,68% reste très élevé et la place parmi les pays développés.

Des progrès remarquables ont aussi été réalisés dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans depuis 1990 quand le taux était 55,7%. Le pays est cité en tête des pays qui sont en bonne voie pour réaliser cet objectif, et étant parvenu à réduire le taux de mortalité parmi les moins de 5 ans de plus de 45% depuis 1990. En effet, le taux de mortalité infantile (20.5%) en 2012, enregistre une tendance à la baisse qui se situerait à l'horizon 2015 à 15,5%.

En souscrivant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, l'Algérie s'est engagée à lutter contre la mortalité maternelle. En 1999, l'enquête conduite par l'Institut National de Santé Publique a trouvé un Taux de Mortalité Maternelle à 117 pour 100 000 naissances vivantes (NV) et pour atteindre les OMD, l'Algérie devra atteindre **50 pour 100 000 naissances vivantes en 2015**. Mais force est de constater qu'à moins de 400 jours de l'échéance de cette déclaration, les taux de mortalité maternelle (TMM) demeurent élevés en comparaison avec des pays à développement similaire. En 2012, le taux de mortalité maternelle est de 70.3 pour 100 000 naissances vivantes avec une mortalité hospitalière de 54 pour 100 000 naissances vivantes et 978 000 naissances pour la même année. En 2014, le taux de mortalité maternelle est passé à 60.3 pour 100 000 naissances vivantes avec 1 014 000 naissances.

Figure N°02: Evaluation du niveau de la mortalité maternelle.



Source : calculs personnels à partir des statistiques publiées.

Le cinquième objectif qui concerne l'amélioration de la santé maternelle, par la réduction de trois quarts entre 1990 et 2015 du taux de mortalité maternelle, Selon les données relatives au taux de mortalité maternelle de 1989 à 2010, nous remarquons qu'il ya une réduction de 153,1 points (soit 66,56%) durant cette période. Pour atteindre l'objectif fixé de 57,5 pour 100.000 naissances vivantes en 2015 (soit une réduction de $\frac{3}{4}$ durant la période de 1990-2015), il faut une réduction de 172,5 pour 100.000 naissances vivantes durant la période de 1990-2015. Donc il reste pour atteindre l'objectif fixé, une réduction de 19,4 points (soit 25% durant les cinq années à venir).

Complications obstétricales et non obstétricales en Algérie :

- ⊕ Les complications obstétricales constituent 62% des décès maternels selon cette enquête.
- ⊕ Les complications en rapport avec une HTA, responsables de 18,4% des décès représentent le premier risque de décès, ce type de complications, bien plus facile à prévenir est dû fort probablement à une négligence ou à un manque de surveillance de la grossesse et notamment de la tension artérielle, suivies des hémorragies génitales à l'origine de 16,6% des décès ; des septicémies (14,1%) ou infections contractées durant l'accouchement ou le post partum et qui sont imputables aux mauvaises conditions d'hygiène ou d'asepsie, surtout quand l'accouchement a lieu à domicile et des dystocies (12,2%), reste la dernière complication.
- ⊕ Les complications non obstétricales regroupant les maladies ou affections aggravées par la grossesse ou l'accouchement, et susceptibles de mettre en danger la vie de la mère sont responsables de 38% des décès. Les cardiopathies, les affections cardiovasculaires qui semblent être à l'origine de près de 13% des décès maternels constituent les causes les plus importantes.

Survenue des décès maternels en Algérie :

Les décès surviennent dans 55% des cas à l'hôpital et dans 57.3% lors des évacuations, La cause immédiate de ces décès est en rapport avec la qualité de la prise en charge de la parturiente au lieu d'accouchement (**M. Kharoufi, N. Ben Zineb and H. Chelli et al.**)

1992, pp236-240) Les causes sont similaires à ceux recensées par l'OMS (**S. Mahbouli, M. Basli, F. Messaoudi, I. Messaoudi, M. Chibani and R. Rachdi.2003, 1018-1023**).

Suivi prénatal et accouchement des patientes en Algérie :

Le suivi prénatal n'est pas réalisé chez 21,6% des parturientes en zones enclavées, l'absence de ce suivi n'est que de 1,3% à Alger. La majorité des consultations (76.4%) est réalisée par un médecin généraliste dont les qualifications en obstétrique ne sont pas forcément optimales. (**Office national des statistiques. (2006). Enquête à Indicateurs Multiples, MICS3, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**).

Le taux d'accouchements sans assistance qualifiée est de 14,7% au Sud du pays et de 0% à Alger. La majorité des accouchements sont assistés par une sage-femme ou une infirmière, les médecins arrivent en seconde position (17,2%).

Le recours à une consultation en post-partum est de 36.5% en milieu urbain contre 23.9% en zone rurale, il est à noter que cette période est très dangereuse du fait d'un relâchement de la vigilance.

La Banque mondial prédit qu'à l'exception de la mortalité maternelle, l'Algérie devrait atteindre tous les objectifs de développement pour le millénaire(ODM). (**Ouchtati M. 2002**)

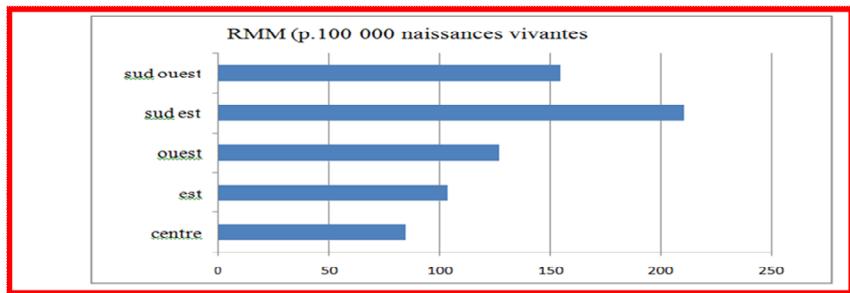
3. Disparités régionales.

Les résultats de l'enquête nationale en 1999 sur la mortalité maternelle présentée dans la figure ci-dessous, montrent des disparités régionales importantes en termes de niveau de mortalité maternelle. Ce phénomène semble sévir plutôt dans les régions du sud, notamment le sud est du pays où le rapport de mortalité maternelle moyen est de l'ordre de 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Le niveau le plus faible est enregistré dans la région du centre, avec un taux proche de 85 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Les progrès en matière de santé maternelle et la prise en charge de la femme pendant la grossesse, l'accouchement ou après celui-ci n'ont pas bénéficié à toutes les régions du pays.

FigureN^O 03: rapport de mortalité maternelle selon la région 1999.

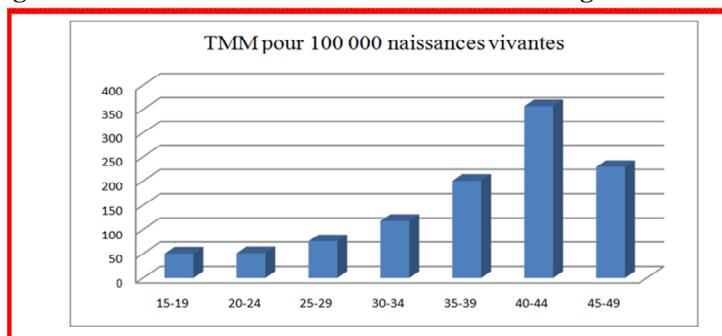


Source: Ministère de la santé et de la population, institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP 2001.

4. Mortalité maternelle et l'âge au décès.

L'âge moyen de femmes décédées est de 35 ans. Un maximum de décès est observé chez les femmes âgées de 40-44 ans, avec un taux de mortalité maternelle dépassant les 350 cas pour 100.000 naissances vivantes. (Le taux de mortalité est calculé à partir des naissances estimées pour l'année 1999 par la direction de la population du ministère de la santé et de la population)(12). Le taux de mortalité maternelle croît avec l'âge

FigureN^O 04: Taux de mortalité maternelle selon l'âge de la femme.



Source: Ministère de la santé et de la population, institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP 2001

5. Répartition des décès maternels selon la profession de la femme.

La proportion des femmes décédées qui exerçaient une activité professionnelle ne représente que 10.47 % de l'ensemble des décès maternels, dont 5.45% avaient une profession qualifiante de type cadre supérieur et moyen, suivie de 4.30 % d'ouvrière. En ce qui concerne les femmes au foyer, ils ont enregistré le nombre le plus élevés en matière de décès maternelle 534 décès (76.61%)(13). Il faut noter que parmi les défuntées occupées, il y a eu 90 femmes dont la profession n'a pas été déterminée (12.91%).

Tableau N° 08 : répartition des décès maternels selon la profession de la femme.

Profession de la définitive	Nombre de décès	%
Cadre supérieur et moyen	38	5,45
Ouvrière	30	4,30
Pensionnées	05	0,72
Femmes au foyer	534	76,61
Indéterminée	90	12,91
total	697	100

Source : Ministère de la santé et de la population, institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP 2001

Conclusion

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social et économique.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) « tous les peuples du monde ont le droit d'accéder à un meilleur état de santé possible. La santé est non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi le bien être physique, mental et social ».

Le secteur de la santé constitue le premier secteur social de base pour tous les pays. L'Algérie accorde une attention particulière au secteur de la santé pour l'amélioration des conditions sanitaires de la population en général et à la protection de la femme et de l'enfant en particulier.

L'état de santé de la population est une réalité complexe qui suscite un grand nombre d'études, de débats et d'actions. Pendant longtemps la mortalité a été le seul indicateur de son évolution et de l'état de santé de la population.

La mortalité est un phénomène démographique, c'est le processus qui détermine la survenue des décès au sein d'une population. Elle constitue l'un des trois facteurs qui conditionnent l'évolution démographique.

La mortalité est considérée comme un bon indicateur de la situation économique, sociale et sanitaire d'un pays.

L'amélioration de la santé maternelle figure parmi les objectifs majeurs de la politique nationale de prévention et d'action sanitaire. La population féminine en âge de procréation (15-49 ans) est en croissance continue, elle a été multipliée par près de quatre entre 1966 et 2008 ; la population féminine en âge de procréation est de 9.70 millions au recensement de 2008.

La mortalité maternelle a connu une baisse de l'ordre de 85% en l'espace de 49 ans (1962-2011), passant d'environ 500 décès pour 100 000 naissances.

vivantes en 1962 à 73,9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2011, ce qui représente un fait remarquable. Ces décès maternels représentent 10% de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans en 2009.

L'amélioration générale de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement; puisque le taux de suivi prénatal (consultations pendant la grossesse) atteint 90,3% en 2006, et le taux d'accouchement en milieu assisté est de l'ordre de 98,6% en 2012.

Référence

- 1-** ABID Larbi. « La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours », Alger : ANEP.2008.p.p.17-31.
- 2-**Brahma, Brahim, Mekalti ,khoukha» Le système de santé Algérien à la transition sanitaire :prise en charge et financement», Conférence RR,2015.
- 3-**El Bachir Zohra, «La Mortalité en Algérie”, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplômé de magistère en démographie, faculté science social, Dépratement de démographie, Université D'oran,Année 2012/2013,p3
- 4-** hamarri et autre :« l'évolution des systèmes nationale de sante de puis l'indépendance », in séminaire sur le développement d'un système nationale de sante, l'expérience algérienne p52.
- 5-** Kouidri Mohamed, « transition démographique et développement en Algérie », 2007, tome 1, p49 (pour l'année 1970) & 2009, Union Africaine, Annuaire statistique pour l'Afrique 2010, p88.
- 6-** MSP, Rapport sur l'organisation d'un système de sante, Alger, 1990, p04
- 7-** Ministère de la santé et de la population, institue national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP 2001 page 23.
- 8-** ONS : enquête emploi auprès des ménages 2011, collections statistiques n°173, série S (statistiques sociales), Alger 2011. P. 6.
- 9-** République Algérienne Démocratique et Populaire, enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002.
- 10-** R apport national sur le développement humain - Algérie 2008
- 11-**YVONNE Turin, Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale-écoles, médecines, religion, 1830-1880 » ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.pp. 78.101.