

التحولات الديموغرافية وعلاقتها بالصحة في الجزائر
Les changements démographiques et leur relation à la santé en Algérie
Analyse analytique et rétrospective

1. د. صابر شويرف مختارية ، جامعة محمد بن أحمد- وهران Saber Chouiref Mokhtaria

2. د. حجام العربي .جامعة الشاذلي بن جديد الطارف Hajam Larbi

تاريخ القبول: 2019/12/ 11

تاريخ الاستلام: 2019/11/04

الملخص:

أقرت السلطات العمومية الجزائرية العلاج المجاني عام 1974 ، وكان الهدف منه هو الرفع والتحسين من مستوى الصحة، على وجه الخصوص، مع العمل على تحسين الحالة الصحية للسكان لاسيما الفئة المحرومة؛ ومع ذلك ، فإن نظام الرعاية المعتمد آنذاك كان يقتصر على العلاج فقط. ان كل من: انخفاض وفيات الأمهات ووفيات الرضع والأطفال، معدلات الخصوبة دون أن ننسى ارتفاع أمل الحياة أدى إلى ارتفاع نسبة الشيخوخة ، وهذا له تداعيات في المستقبل ، الأمر الذي يتطلب من الدولة رعاية مكلفة للتكفل بالمرضى.

تنبني هذه الانتقادات على التقييمات المتعلقة بالاستقبال ورعاية المريض والاعطاب المتعلقة بوحداث العلاج والرعاية. لذا فإن هذه الورقة البحثية تروم إلى تقييم الوضع الحالي لصحة السكان الجزائريين وتسليط الضوء على وفيات الأمهات والرضع.

الكلمات المفتاحية: التحول الديموغرافي ، الانتقال الوبائي ، وفيات الرضع ، وفيات الأمهات ، أمل الحياة ، الإنفاق على الصحة.

Résumé :

En Algérie, les pouvoirs publics ont décidé d'instaurer la médecine gratuite en 1974, l'objectif étant de relever le niveau sanitaire et notamment d'améliorer rapidement la situation sanitaire des populations défavorisées. Cependant, le système de soins choisi montre qu'il s'agit d'un système orienté vers les soins

curatifs. La réduction de la mortalité maternelle, infantile et juvénile ainsi que celle des taux de fécondité devient, aujourd'hui, de plus en plus problématique avec le vieillissement de la population qui nécessite des soins coûteux concernant la prise en charge des maladies.

Ces critiques fondées tant sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs. Le but de ce document est de présenter la situation actuelle de la santé de la population Algérienne et mettre la lumière sur la mortalité maternelle et infantile.

Les mots clés : transition démographique, transition épidémiologique, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, l'espérance de vie, dépenses de santé.

Introduction :

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.

Le niveau de la mortalité est étroitement lié à l'état de santé de la population et à son avancée dans la transition sanitaire, qui est le modèle qui théorise les changements à long terme des causes de décès. La baisse de la mortalité s'accompagne d'une modification du profil sanitaire de la population.

L'Algérie est un pays à revenu intermédiaire, de la tranche supérieure, avec des capacités techniques et financières nationales appréciables. En dépit d'une décennie de terrorisme à la fin du siècle dernier, ce pays a renoué avec la stabilité politique et économique. L'engagement politique et les investissements financiers dans le secteur social ont pour corollaire l'existence d'un dispositif de soins de santé relativement dense et évolué. Les orientations futures comprennent une évolution pragmatique du système de soins de santé pour répondre aux défis des dynamiques démographique, épidémiologique et sociale et d'un contexte régional et international en évolution

rapide. L'Algérie reconnaît la nécessité d'assumer ses responsabilités dans l'amélioration de la santé de son propre peuple, ainsi que dans sa contribution à l'amélioration de la santé régionale et internationale. L'accent est mis sur la promotion de la santé (avec sa nécessaire dimension d'intersectorialité) ainsi que sur la fourniture de soins de santé équitables, abordables, efficaces et de qualité.ⁱ

L'amélioration de la santé des populations est aussi un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) énoncés par les Nations Unies en 2000 qui portent, entre autres, sur la baisse de la mortalité, notamment celle des enfants et des femmes, l'amélioration de la santé maternelle, le recul des grandes endémies comme le sida, le paludisme ou encore la tuberculose.

Problématique :

La mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités.ⁱⁱ Selon l'ONS, en 2017, l'Algérie a connu un enregistrement de 1 060 000 naissances vivantes auprès des services de l'état civil, dépassant le seuil du million de naissances pour la quatrième année consécutive. Cet accroissement des naissances pose un défi important à relever par les autorités sanitaires.

L'objectif que nous assignons à notre présent travail consiste à tenter d'évaluer le système de santé algérien entre 1962 jusqu'au 2017 à travers une étude rétrospective de l'évolution de la mortalité infantile et maternelle en Algérie qui demeure élevée malgré la baisse remarquable par rapport aux années soixante. Un certain nombre de questions se rapportant à la santé en Algérie méritent réflexion à savoir :

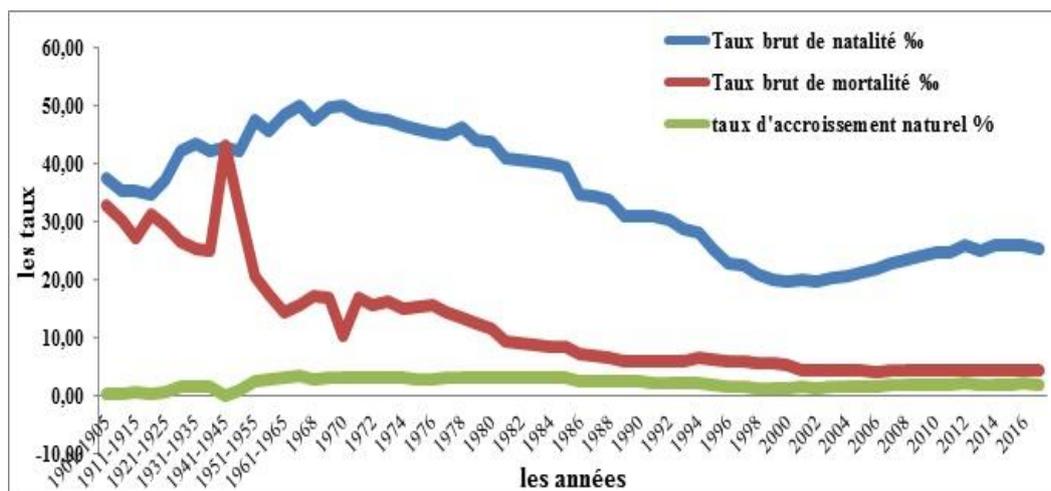
- Est-ce que Le système de santé mis en place après l'indépendance répond-il aux besoins sanitaires actuels?

- Est-ce que la politique de l'Etat vis-à-vis de la santé maternelle et infantile est appropriée aux exigences du développement ?

1-La Transition démographique en Algérie :

La transition démographique désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également.ⁱⁱⁱ

Graphique N°01 : Evolution des indicateurs démographiques en Algérie entre 1901-2017.



Source : ONS.

La transition démographique est vécue par la quasi-totalité des populations humaines au cours de son évolution. Le modèle qu'elle présente est basé sur le mouvement démographique naturel de la population qui s'englobe les niveaux de la mortalité et de la natalité.

La population Algérienne, comme, toute population du monde, a connu à son tour cette transition par une natalité et une mortalité très élevées, période qui correspond à la première phase de la transition, par une baisse de la mortalité et une natalité qui reste assez forte ou la deuxième phase et par une baisse continue de la mortalité et la natalité qui caractérise la troisième phase.

1-1-La première phase de transition démographique :

La démographie de l'Algérie coloniale était marquée par un niveau de natalité élevé en raison de l'absence de toute contraception et par une mortalité aussi élevée

Cette situation est celle désignée par les théoriciens de la transition démographique par le régime démographique naturel.

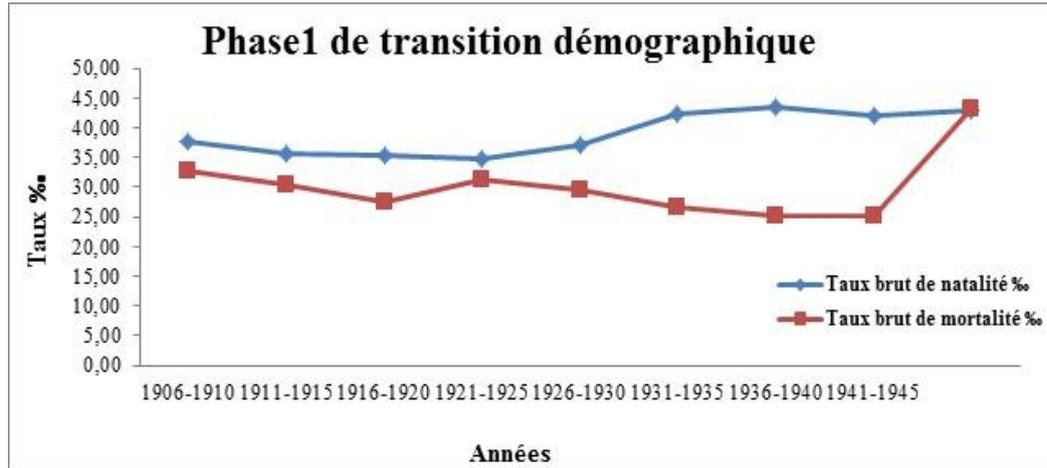
Sur le plan statistique, La période couvertes et plus particulièrement celle allant de 1901 à 1920, se caractérise par une fiabilité incertaine.

L'Algérie connaît deux phases distinctes durant la période 1901-1945:

La période entre 1901-1920 :

La situation démographique Algérienne était marquée par des niveaux assez élevées pour la natalité ainsi que la mortalité et par un taux d'accroissement naturel très faible autour de 0.50%.

Graphique N°02 : Evolution des indicateurs de la transition démographiques (Phase 1) en Algérie entre 1901-1945.



Source : ONS.

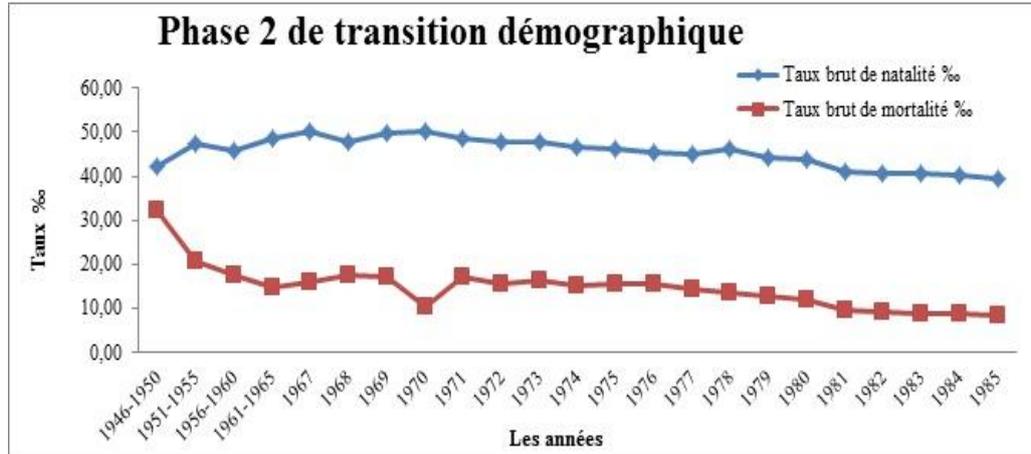
La période entre 1921-1945 :

La mortalité amorce une baisse dès 1921 alors que la natalité reste très élevée. A la fin de la seconde guerre mondiale 1940, une épidémie de choléra a ravagé le pays en coïncidant avec de longues périodes de résistances populaires (représailles du 8 mai 1945) et comme conséquence le taux brut de mortalité enregistre un pic en atteignant 43.10%.

1-2-La deuxième phase de transition démographique :

L'équilibre du régime naturel réalisé jusqu'en 1920 se brise en 1946 à cause de la chute de taux de mortalité (il passé de 47.40‰ en 1951-1955 à 32.20‰ en 1946-1950 à 8.40 ‰ en 1985), et la variation de taux de natalité entre 39.50‰ et 50.16‰ entre 1946-1985. L'excédent naturel enregistre un taux de 1% en 1946-1950 ; il s'élève à 2.68% dans la période entre 1951-1955 et à 3.37% en 1970. Cette augmentation du taux d'accroissement est le résultat d'une natalité toujours très élevé et d'une mortalité en chute rapide.

Graphique N°03 : Evolution des indicateurs de la transition démographiques (Phase 2) en Algérie entre 1946-1985.



Source : ONS.

De la même manière que la première phase, cette seconde phase se subdivise en deux périodes distinctes :

La période entre 1946-1970 :

La natalité de cette époque est plus élevée que celle qu'a connu l'Algérie du régime démographique primitif. Le taux de natalité se situe à un niveau jamais atteint (avant l'indépendance) jusque là de 47‰ dans la période entre 1951-1955. après 1962 une période de récupération qui s'exprime par l'élévation du niveau de natalité pour atteindre un taux de 50.16 ‰ en 1970 correspondant à une fécondité naturel . Par contre la mortalité et à l'exception des fluctuations conjoncturelles (pique de 1941-1945 et pique de 1946-1950), est en baisse assez régulière. Cependant et en raison de la fécondité naturelle (la natalité très élevée) et le fléchissement de la mortalité, le taux d'accroissement **dépasse les 3% à partir de 1961-1965.**

La période entre 1971-1985 :

Celle-ci est caractérisée par une natalité supérieure à 39‰ et un taux brut de mortalité toujours en diminution mais supérieur à 12‰ jusqu'en 1980. Le taux d'accroissement qui en résulte est toujours supérieur à 3%. Celui enregistré 3.50% en 1976-1980 et sera considéré comme l'un des

taux d'accroissement naturels des plus élevés du monde. La forte croissance démographique de cette période se traduit par le doublement de la population en 1982 par rapport à 1966.^{iv}

1-3-La troisième phase de transition démographique :

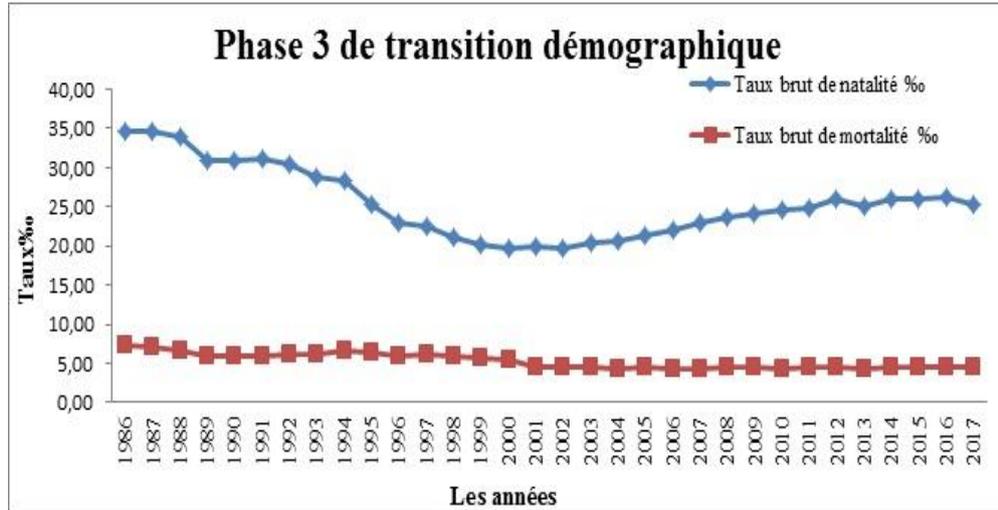
La troisième phase commence à partir des années 80 qui se caractérisent par la chute contenue de la natalité jusqu'au 2002 et une décroissance continue de la mortalité ce qui provoque par conséquent un accroissement naturel faible. C'est La période ou la population Algérienne a connu leur doublement en termes de croissance démographique (Le taux d'accroissement naturel est noté 2.74% en 1986).

Cette seconde phase se subdivise en deux périodes :

La période entre 1986-2002 :

C'est Durant cette période l'Algérie lance un vaste programme de maîtrise de la croissance démographique basé sur la prévention sanitaire, la vaccination massive et la prévention maternelle et infantile.

Graphique N°04 : Evolution des indicateurs de la transition démographiques (Phase 3) en Algérie entre 1986-2017.



Source : ONS.

Les progrès sanitaires de la population sont à l'origine de la baisse de la mortalité. L'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation (disparition des famines et rations alimentaires plus équilibrées) et un plus grand accès aux soins médicaux entraînent un recul du nombre de décès. Les maladies infectieuses reculent. Elles ne sont plus la cause principale des décès

La baisse spectaculaire de la mortalité infantile, en plus des résultats obtenus grâce aux différentes réalisations d'infrastructures sanitaires, est sans doute le facteur primordial de la baisse de la mortalité générale. La mortalité infantile passe de 70.71‰ en 1986 à 39.15‰ en 2002 et la mortalité générale de 7.34‰ à 4.41‰ durant la même période.

Le programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD) a donné également des résultats non négligeables aussi sur le plan de la sensibilisation des femmes en âge de procréer que sur celui de l'usage des moyens contraceptifs.

La période entre 2003-2017: (l'année limite de notre recherche : 2017)

Cette période était marquée par une légère reprise pour le taux brut de natalité à partir de 2003. Ce revirement de la situation est probablement le résultat de l'augmentation de la population féminine en âge de procréer et le renforcement de l'intensité du mariage (la fin de période des

décennies noir, été marquée par l'augmentation des prix de pétrole). Le taux brut de natalité qui était 19.68‰ en 2002 augmente à 24.07‰ en 2009 à 25.93‰ en 2014. Le taux brut de mortalité ne dépasse pas les 4‰ (résultat des progrès sanitaire). Le taux d'accroissement naturel s'élève de 1.85% en 2003 à 2.09% en 2017 à cause de niveau de natalité et mortalité enregistré dans ces années.

2-La transition épidémiologique :

Marquée par l'éradication des maladies transmissibles ou presque, et l'émergence des maladies chroniques qui touchent près de 60% de la population selon le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH).

2-1- Les maladies transmissibles :

On distingue 5 catégories de maladies :

Les maladies à transmission hydrique (MTH) :

Jusqu'à 1990, les maladies à transmission hydrique occupaient la première place parmi les maladies à déclaration obligatoire en Algérie, elles étaient à l'origine de 25% des causes des décès des enfants âgés de 1 à 14 ans.^v

Aujourd'hui, les MTH semblent être maîtrisées, grâce à l'amélioration des conditions de l'habitat en conséquence aux nombreux programmes nationaux de construction de logement ayant réduit le taux d'occupation par logement passant de 7,1 personnes par logements en 1998 à 4,8 personnes par logements en 2012. De plus, 85% de la population boit de l'eau potable^{vi} et 95% de la population à accès à des installations d'assainissement améliorées.^{vii}

Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV) :

La vaccination des maladies suivantes : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la méningite ; est rendue obligatoire et gratuite depuis 1968 avec le décret 69-88, du 19/06/1969. Quant à la rougeole, elle a été intégrée au programme de vaccination national

obligatoire en 1985, ce qui explique justement la baisse consécutive de l'épidémie de rougeole en 1985 par rapport à 1984.

Les maladies à transmission vectorielle : L'incidence du paludisme est très faible, les quelques cas encore recensés, sont à plus de 90% des cas importés des pays africains frontalière

Les zoonoses :

Les zoonoses en Algérie enregistrent encore des taux alarmants. D'autant plus qu'il s'agit de maladies qui laissent des séquelles graves sur l'homme. Les principales persistant encore sont:

- La rage,
- La brucellose,
- La leishmaniose

Les maladies sexuellement transmissibles :

En Algérie, la seule maladie sexuellement transmissible faisant l'objet de déclaration obligatoire est le sida, ce qui justifier l'absence de données statistiques pour les autres types d'infections sexuellement transmissibles. Le dépistage et la déclaration du sida est rendue obligatoire avec l'arrêté ministériel du 24 mai 1998.

Les statistiques récentes sur le sida en Algérie, révélés par l'Institut Pasteur, révèlent 81 nouveaux cas en 2014, parmi eux 14 cas sont âgés de moins de 30 ans, soit près de 17%. Bien que le phénomène reste encore marginal, il doit requérir une grande vigilance vu son impact social et la vitesse de sa propagation si jamais il venait à s'inviter dans le paysage épidémiologique du pays.^{viii}

2-2-Les maladies chroniques :

Les maladies non transmissibles ont été responsables de 68% des décès dans le monde en 2012, dont les principales sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les pneumopathies chroniques.

L'Algérie, comme beaucoup d'autres pays au monde, enregistre une croissance continue des maladies chroniques, dont les principales sont l'Hypertension artérielle (HTA), le Diabète, l'Asthme,

les maladies articulaires, les maladies cardiovasculaires et le cancer. En 2012, parmi la population de 15 ans et plus, 14% sont atteints d'une de ces maladies contre 10,5% en 2006. Ce sont les femmes qui sont les plus affectées par les maladies chroniques (17% contre 11% pour les hommes) et les personnes vivant en milieu urbain (15% contre 12% pour la population rurale).^{ix}

Par espace de programmation territoriale, les prévalences les plus élevées sont enregistrées dans le Nord du pays, avec 15% dans chacune des régions Nord-centre et Nord Ouest, par contre le Sud enregistre une prévalence de 11%. Bien que ces prévalences augmentent avec l'âge, il ne demeure pas moins qu'elles touchent 2,6% des jeunes de 15-24 ans et 4% chez les personnes âgées entre 25-39 ans, alors qu'elle atteignent 31% chez les 50-59 ans et 49% chez 60-69 ans.^x

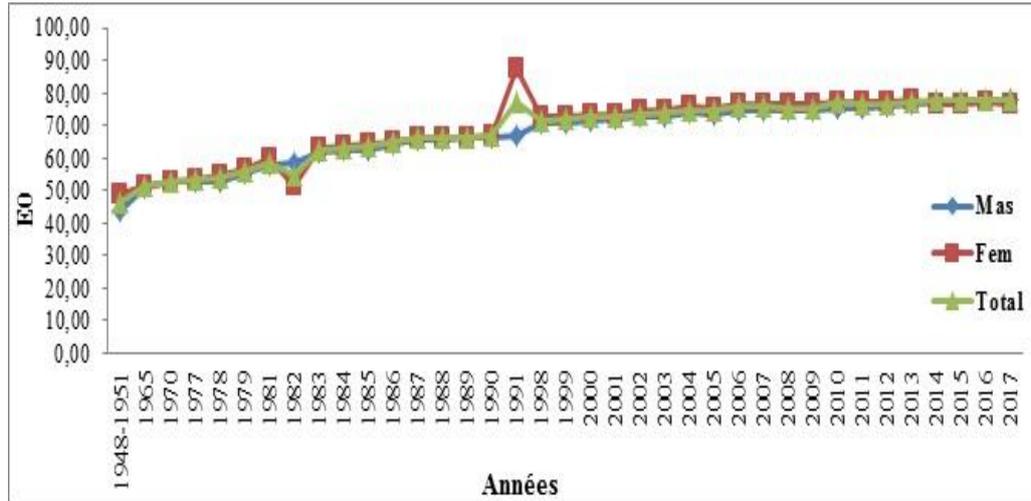
3-L'espérance de vie :

C'est la valeur moyenne de la distribution des décès ou la somme des années vécues par l'ensemble des individus de la génération divisées par l'effectif de cette génération. En d'autre terme, c'est le calcul du temps que peuvent espérer vivre les individus à un âge X ou à la naissance.^{xi}

Le recul de la mortalité, en particulier la mortalité infantile, enregistré depuis cinquante ans, s'est traduit par un gain considérable en espérance de vie à la naissance puis aux différents âges de la vie. L'espérance de vie à la naissance est aujourd'hui supérieure à 76 ans. L'évolution positive de l'espérance de vie à la naissance est également à inscrire à l'indicatif des progrès de la science et l'amélioration des conditions de vie dont résulte une mortalité remarquablement faible.

L'espérance de vie à la naissance est passée de 52.79 ans en 1965 à 77.60 ans en 2017 enregistrant une amélioration de 24.81 ans. Par sexe, les femmes Algériennes, leur espérance de vie s'allonger de 25.43 ans contre 26.65 ans pour les hommes Algériens.

Graphique N°05 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Algérie entre 1948-2017.



Source : ONS.

En Algérie, l'espérance de vie à la naissance en bonne santé pour les deux sexes, telle que révélée par les statistiques sanitaires mondiales, fait perdre 10 ans d'âge à l'espérance de vie à la naissance, pour diverses causes d'incapacités. Cet écart est extrêmement important pour une population dont la structure est jeune.

Les années de vie perdues pour cause d'un mauvais état de santé en 2012, sont dues essentiellement aux maladies non transmissibles (MNT : 63%), maladies transmissibles 24,5% et aux traumatismes 12,3%. Afin de lutter contre les MNT, un programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS), financé par l'Union Européenne dans le cadre des Instruments Européens de Voisinage et de Partenariat, a été mis en œuvre depuis 2012, à la faveur duquel un plan stratégique quinquennal 2014-2018 a été lancé en décembre 2013. Ce dernier se fixe comme axes prioritaires, la promotion de l'alimentation saine, la promotion de l'activité physique et la lutte contre le tabac.^{xii}

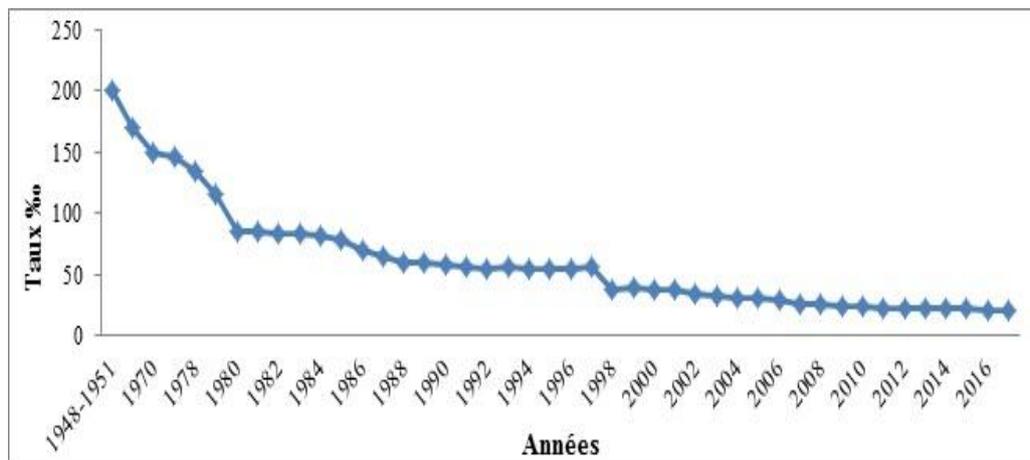
4-La mortalité infantile:

Le niveau de mortalité infantile est considéré comme un meilleur indicateur du niveau de développement d'une population. Il constitue en effet un des paramètres essentiels des composantes de l'indice de développement humain que l'organisation des nations unies a élaboré annuellement.

Son évolution renseigne sur les efforts consentis dans le domaine de la santé maternelle et infantile et permet de ce fait d'apprécier le degré de réussite ou échec des politiques et programmes mis en œuvre en matière.

L'évolution de la série des taux de mortalité infantile à travers les statistiques révèle une baisse remarquable sur la période allant de 1948 à 2014. Les taux enregistrés durant les deux années extrêmes sont 200‰ et 22‰ respectivement, Un recule de 180 point. Ce taux est, cependant, reste très élevé jusqu'à la fin des années soixante dix ou il a dépassé les 100‰.

Graphique N°06: Evolution du taux de mortalité infantile en Algérie entre 1948-2017.



Source : ONS.

Le taux de mortalité infantile (TMI) continue son recul estimé à 0,4 point entre 2013 et 2014, pour atteindre 22‰ (23.50‰ auprès des garçons et 20.40‰ auprès des filles). Cette baisse peut être

considérée assez modeste comparativement au rythme enregistré par le passé. Notons que le taux de mortalité infantile a décliné de 35.80 point en 2014 par rapport au niveau enregistré en 1990. En revanche, pour l'année 2014 le volume des décès infantiles a régressé de 38% par rapport au niveau observé en 1990, alors que les naissances vivantes ont connu une hausse de plus de 30%. Le TMI enregistre un taux de 21‰ en 2017.

En matière de santé de l'enfant, la mortalité néonatale pour la période (1985-2012) reste assez élevée, bien qu'elle ait enregistré une baisse significative de 8 points, passant de 24‰ pour la période 1985-1989 à 15,7‰ pour la période 2008-2012, tout en renforçant sa part dans les décès infantiles (de 47% en 1985-1989 à 65,7% en 2000-2002 puis à 73,4% entre 2008 et 2012).

L'Algérie accorde une attention particulière au secteur de la santé pour l'amélioration de la condition sanitaire de la population en générale et à la femme et de l'enfant en particulier. Des infrastructures sanitaires et notamment les centres de protection maternelle et infantile ont été installés à travers l'ensemble du territoire national pour les consultations médicales, l'orientation des cas de grossesses difficiles vers les centres de soins spécialisés, la protection sanitaire après l'accouchement de la femme et de l'enfant, la vaccination, et le suivi médical de l'enfant jusqu'à l'âge de six ans. La couverture vaccinale complète des enfants âgés de 12-23 mois a été de 83% en 2012. Par ailleurs, 72% des enfants l'ont reçu avant l'âge de 12 mois. Cette vaccination a été administrée pour 66% des enfants dans les Hauts-plateaux-centre, contre 89% dans le Nord-est.

5-la mortalité maternelle :

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.

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 100000 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 :

Tableau 01 : Evolution du taux de mortalité maternelle pour 100000 naissances vivantes de 1962 à 2011.

Année	TMM	La source
1962	500	Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH)
1981	215	MSPRH
1985-1989	230	Enquête national « morbidité et mortalité infantile » Algérie, 1989
1992	215	Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992.
1999	117,40	Enquête nationale sur la mortalité maternelle menée en collaboration avec l'Institut National de la Santé Publique (INSP) en 1999.
2004	99,50	MSPRH
2005	96,50	MSPRH
2006	92,60	MSPRH
2007	88,90	MSPRH
2008	86,20	MSPRH
2009	81,40	MSPRH
2010	76,90	MSPRH

La première, à travers l'enquête Mortalité et Morbidité Maternelle et Infantile (MMI) en 1989 qui a donnée un taux de l'ordre de 230 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

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.

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 entre (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 2011 à 73,9 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Cette baisse, de l'ordre de 85% en l'espace de 49 ans (1962-2011) est un fait remarquable, qui est lié à la fois à l'amélioration générale de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement et à la baisse de la fécondité (l'indice synthétique de fécondité ou nombre moyen d'enfants par femme qui passe d'environ 8 à 2 enfants entre 1970 et 2009).

Les décès maternels constituent à eux seuls 10% de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans en 2009, Alors qu'ils constituaient d'environ 25% au moment de la première enquête (1989).

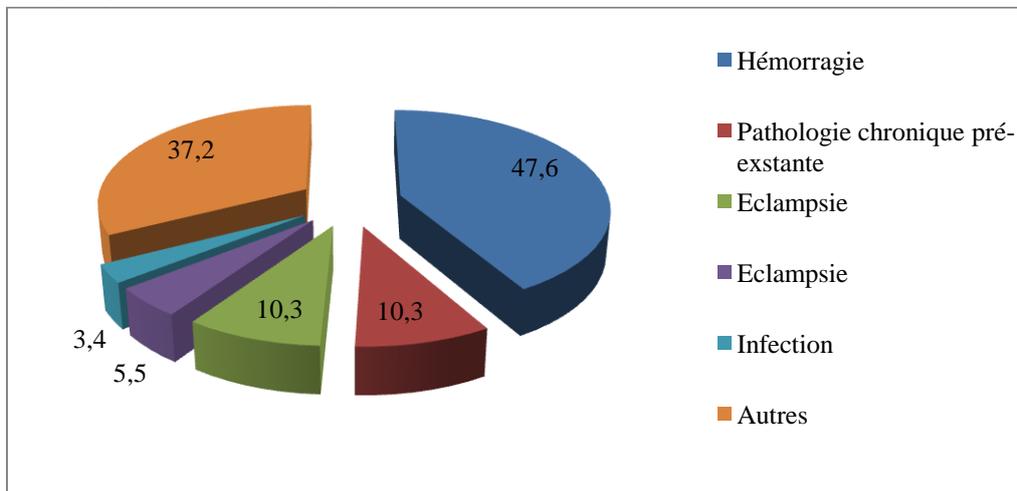
La part de la mortalité maternelle concernant les accouchements qui se produisent à domicile, n'a pas été évaluée récemment, mais son impact serait de toute manière limité sur le taux global du fait que seulement 3,5% des femmes accouchent encore à domicile.^{xiii}

Cependant, le taux de mortalité maternelle, qui reflète la qualité d'un système de santé⁹¹, demeure anormalement élevé. En effet, selon les dernières estimations fournies par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, la mortalité maternelle représente 60,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2014. Celle-ci culminait à 117,4 pour 100 000 naissances vivantes en 1999 et à 60,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2014.

Le TMM atteint 230 à Adrar (Sud algérien) contre 30 de ces pour 100 000 naissances vivantes au niveau de la wilaya d'Alger. Les décès surviennent dans 55 % des cas à l'hôpital et dans 57,3 % après transfert. Les causes sont connues, une forte proportion des décès peut être évitée sous peine d'une qualification des personnels et une captation des parturientes à risque. Dans ce cadre, le laboratoire que nous dirigeons propose une approche basée sur l'information et le partage ou la délégation des compétences, le médecin généraliste est la pierre angulaire de cette approche communautaire basée sur la captation et à la gestion des parturientes à risque.^{xiv}

a- Les causes de décès : Plusieurs causes sont associées aux décès maternels, qu'elles soient d'ordre obstétrical ou non. En 2014, l'hémorragie, avec état de choc, représente la cause principale des décès, avec une part de 48% des cas.

Graphique N°07: Pathologie liée a la cause de décès (%) au 2^{eme} semestre 2014.



Source : Rapport national sur le développement humain - Algérie, PNUD, 2015, p.83.

b- Les indicateurs de santé :

b-1-Dépistage des grossesses à risque :

Le dépistage des grossesses à risque constitue un axe important du programme de santé. Le nombre de grossesses enregistré au niveau des PMI (femmes enceintes qui y ont effectué au moins une visite prénatale) connaît une augmentation, puisqu'il est passé de 674033 au cours de l'année 2007 à 725154 en 2009.

Près de 5% (5.3% en 2007 et 4.9% en 2009) de grossesse à risque ont été dépistées et orientées vers les centres de références pour prise en charge.

La proportion de l'association diabète et grossesse est passée de 10.70% en 2007 à 14.40% en 2009, alors que celle de l'HTA et grossesse est passée de 34.90% en 2007 à 36.70% en 2009.

La proportion des femmes enceintes présentant une grossesse à risque adressées par les PMI et prises en charge par les centres de référence a dépassé.

Tableau N°02 : Le dépistage des grossesses à risque en PMI (années 2007-2009).

INDICATEURS	Année2007		Année2008		Année2009	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Nombre total de femmes enceintes captées dans les PMI	674033	-	712740	-	725154	-
Femmes enceintes présentant une grossesse à risque dépistée en PMI et adressés au centre de référence	35898	5.30	34929	4.90	35446	4.90
GHR dépistée en PMI et adressées au centre de référence	3832	10.70	5036	14.40	5099	14.40
- Grossesse et diabète -	12545	34.90	12678	36.30	13018	36.70
Grossesse et HTA	19521	54.40	17215	49.3	17329	48.90
-Autre facteurs de risque						

Source : contribution du gouvernement algérien à la mise en œuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30/09/2010, intitulés : «mortalité et morbidité maternelle évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil»

b-2-La couverture sanitaire :

La couverture sanitaire des femmes pour suivi prénatal est nette amélioration, reflété notamment par la proportion de la consultation prénatale (90.20%), la couverture des femmes pour vaccination antitétanique et tout particulièrement le taux d'accouchement en milieu assisté (97.90% n 2010).

Tableau N°03 : évolution des taux d'accouchement en milieu assisté

Année	1992*	2000*	2005*	2006*	2007**	2008**	2009**	2010**
Accouchement	76	91.20	94.30	95.30	95.30	97	97.20	97.90

Source : * ONS

** Données estimés par le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Tableau N° 04 : évolution de la couverture sanitaire en direction de la mère et de l'enfant entre 1998 et 2007.

Personnel	Ratios	
	1998	2007
Gynécologues	1/4759*	1/3692*
Pédiatres	1/18647**	1/11664**
Paramédicaux dont sages-femmes	1/339***	1/370***
	1/638*	1/1033*

Source : (*) Ratios estimés pour les femmes mariées en âge de reproduction.

(**) Ratios estimés pour les enfants de moins de 18 ans.

(***) Ratios estimés pour la population totale.

Au regard des objectifs quantitatifs retenus, le renforcement des programmes ciblant la mère et l'enfant est ancré dans le cadre globale du processus des réforme du secteur de la santé. L'amélioration escomptée en termes de renforcement de la prise en charge des soins obstétricaux a été marquée par les poursuite de la réalisation des établissements hospitalière spécialisés (EHS) mère et enfant) ainsi que l'affectation de gynécologues obstétriciens conformément au plan de gestion des ressources humaines dans le cadre du plan de développement et d'investissement du secteur à l'horizon 2014 .

6-Le financement de la santé en Algérie :

Depuis l'année 2000, le pays connaît la reprise de la croissance économique grâce à la remonter des cours des hydrocarbures dans les marché internationaux et l'amélioration des recettes de l'Etat. Cette situation s'est répercutée positivement sur les ressources allouées au secteur de la santé, comme le monte l'évolution des dotations budgétaires du ministère de la santé présenté dans le tableau suivant :

Tableau N°05 : l'évolution du budget de la santé (2002-2013) en DA

Années	Budget de la santé en dinars courant
2002	58940528,4
2003	66516678
2004	76524542,4
2005	74953143,6
2006	84378331,2
2007	112263559,2
2008	155041501,2
2009	213987394,8
2010	234014205,6
2011	273431449,2
2012	28 541 263,4
2013	29 556 247,2

Source : ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : statistiques sanitaires, 2002-2011, Alger.

Comme le montre les données du ministère, les ressources consacrées au secteur de la santé se sont multipliées par plus de 5 fois au cours de cette dernière décennie grâce à l'amélioration de la situation financière du pays.

Conclusion :

Pendant longtemps la situation sanitaire en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles. Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une modification des problèmes de santé prévalent avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles, notamment les affections chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, etc). Cette modification du paysage sanitaire, connue sous l'appellation de «transition épidémiologique», se caractérise par une situation où se superposent les maladies liées à la pauvreté, et au manque d'hygiène, et celles liées au développement (stress, urbanisation, mode de vie, mode d'alimentation, etc.)^{xv}

Pour résumer la situation sanitaire en Algérie, en commence par parler sur le profil des maladies transmissibles qui a largement évolué par rapport aux années 1990 : la poliomyélite est en voie d'éradication, et le tétanos en voie d'élimination. De même, l'incidence de la rougeole, de la coqueluche et de la fièvre typhoïde a largement reculé. Aucune notification de choléra n'a été enregistrée depuis 1990. Par contre, il convient de noter la persistance de certaines zoonoses (leishmaniose, brucellose, rage) et de l'envenimation scorpionique, tout comme l'émergence, en dépit d'une sous-déclaration évidente, des toxi-infections alimentaires, le plus souvent collectives, ce qui témoigne du caractère perfectible de la gestion et du respect des conditions d'hygiène au sein des collectivités, et notamment des établissements scolaires et universitaires, ainsi que lors d'événements ponctuels, en particulier familiaux. La méningite cérébro-spinale et les hépatites (B et C) continuent d'être observées, sous forme de cas sporadiques.

En Algérie, le taux de mortalité maternelle enregistre 92,60 décès pour 100 000 naissances vivantes, en 2006, malgré le fait que 95,30% des accouchements se déroulent en milieu assisté. Les décès maternels constituent 10% de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans, les inégalités sont flagrantes.^{xvi}

Une baisse remarquable de la mortalité générale qui est passée de 15,37‰ en 1967 à 4,55‰ en 2017. Ceci s'est accompagné d'une augmentation progressive de l'espérance de vie de et d'une transition démographique plus tardive dans les années quatre-vingt qui s'est manifestée par une modification de l'aspect de la pyramide des âges. La proportion des populations les plus jeunes

(moins de 15 ans) a enregistré un taux de 29.70%, une augmentation pour la population adulte (les 15–59ans représentent 61,10%) et 9,10% pour la population 60 ans et plus en 2017. Cette augmentation importante pour la classe de plus de 60 ans traduit par le vieillissement progressif de la population et cela nous amène à l'augmentation du poids des maladies chroniques, que l'État doit faire face dans les années avenir.

Pour conclure, La répartition des médecins crée une inégalité d'accès aux soins entre les populations du nord et celles du sud, et entre les populations urbaines et les populations rurales. De plus il faut revoir la formation médicale, en augmentant les effectifs dans les spécialités affichant un besoin avec le changement du profil morbide de la population. Le problème du système de santé en Algérie, ni pas un manque d'infrastructures sanitaire, ni de praticiens de santé, mais plutôt un problème d'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de soins de la population à l'ère de la transition sanitaire.

Bibliographiques :

- AÏSSA DELEND, ABDELKRIM FODIL, la transition démographique en Algérie, revue des sciences humaines, Université-Mohamed Khider Biskra N°10,2006.
- contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30/09/2010, intitulés : «mortalité et morbidité maternelle évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil»
- Fella L, étude exploratrice du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en sciences économiques, université d'Alger, 1998
- INED.
- M. Ouchtati, SihemMezhoud, Farid Chakib Rahmoun, OMD 5 et mortalitématernelle : confluence et sommation croisées de toutes les inégalités, Cahiers Santé Vol. 19, N° 3, juillet-août-septembre 2009.
- Ministère de la sante de la population et de la reforme hospitalière, Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale, 2003

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : statistiques sanitaires, 2002-2011, Alger.
- OMS : statistiques sanitaires mondiales 2013, édition OMS, suisse 2013.
- Rapport national sur le développement humain, Algérie, PNUD, 2015.
- Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016-2020.
- TABET DERRAZ N F. et BESTAOUI S : épidémiologie et clinique de la brucellose humaine sur trois décennies en zone endémique, 13^{ième} journées nationales d'infectiologie, 13 – 15 /06/2012, SIDI BELABBES, Algérie
- Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, Enquête Nationale Santé public, INSP 2005.
- <http://www.andi.dz/index.php/fr/statistique/demographie-algerienne-2017>.
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Les Annuaire et les Séries statistique de l'O.N.S :

- Rétrospective statistique 1970 – 2002, Edition 2005.
- Rétrospective statistique 1962-2011, Démographie, chapitre 1.
- Rétrospective statistique 1962-2011, Emploi, chapitre 2.
- N°32 : L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2001, Edition 2003.
- N°33 : L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2002, Edition 2004.
- N°34 : L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2003, Edition 2005.
- N°35 : L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2004, Edition 2005.
- N°36 : L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2005, Edition 2006
- N°39 : L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2006-2008, Edition 2009.

N°44 : L'Algérie en quelques chiffres, résultat

ⁱ - Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016-2020, p.10.

ⁱⁱ - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ⁱⁱⁱ - INED.

^{iv} - AÏSSA DELENDIA, ABDELKRIM FODI, la transition démographique en Algérie, revue des sciences humaines, Université-Mohamed KhiderBiskra N°10,2006

-
- ^v - Fellah L, étude exploratrice du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en sciences économiques, université d'Alger, 1998. P.38.
- ^{vi} - OMS : statistiques sanitaires mondiales 2013, édition OMS, suisse 2013. p.110.
- ^{vii} - TABET DERRAZ N F. et BESTAOUI S : épidémiologie et clinique de la brucellose humaine sur trois décennies en zone endémique, 13ième journées nationales d'infectiologie, 13 – 15 /06/2012, SIDI BELABBES, Algérie, p.40.
- ^{viii} - Rapport national sur le développement humain, Algérie, PNUD, 2015, p.95.
- ^{ix} - Rapport national sur le développement humain, Algérie, loc.cit, p.84
- ^x - Ibid.
- ^{xi} - INED
- ^{xii} - Rapport national sur le développement humain - Algérie, PNUD, 2015, p.82.
- ^{xiii} - Rapport national sur le développement humain - Algérie, PNUD, 2008.
- ^{xiv} - M. Ouchtati, Sihem Mezhoud, Farid Chakib Rahmoun, OMD 5 et mortalité maternelle : confluence et sommation croisées de toutes les inégalités, Cahiers Santé Vol. 19, N° 3, juillet-août-septembre 2009, p.167.
- ^{xv} - Ministère de la sante de la population et de la reforme hospitalière, Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale, 2003, p.06.
- ^{xvi} - ONS