



La santé de la reproduction en Algérie.

• LACHICHI NAWEL

• Sous la direction de l'encadreur Mr : SALHI MOHAMED
(Université Université d'Oran2.)

Résumé :

Le système de santé l'un des plus importants secteurs de l'économie mondiale, alors que la santé est l'un des déterminants du développement social et individuel, tandis que la santé reproductive représente l'une des constituants de la santé générale. C'est pour cette conception que tous les pays développés ou en voie de développement tentent par tous les moyens à le réformé. L'Algérie à son tour a renforcé le service de la protection de la mère et de l'enfant, dans le but d'assurer une grossesse sans risque afin de réduire la mortalité maternelle et infantile, mais malgré ça, on note toujours des besoins non satisfaits dans ces différents services, et leur niveau de prestations qui en résultent négativement sur la santé de la mère ainsi que de l'enfant.

Mots-clés : La santé de reproduction - L'Algérie - La contraception -la santé maternelle- Les besoins non satisfaits- La fécondité.

الملخص : يعتبر نظام الصحة من القطاعات الأساسية في الاقتصاد العالمي، كما أن الصحة هي من أهم المحددات للتنمية الاجتماعية والفردية على حد سواء، اما بالنسبة للصحة الانجابية فهي تعد من أعمدة النظام الصحي ومن أولويات اهتماماتها ومن أجل ذلك تسعى كل الدول متقدمة كانت أم في طور التقدم جاهدة وبكل الامكانيات المتوفرة لتطوير هذا المجال، الجزائر و بدورها عززت قطاع رعاية صحة الام و الطفل بهدف التخفيض من وفيات الأم و الطفل، لكن ورغم كل الجهود المبذول إلا أن قطاع الصحة لا يزال يعاني من عدم تلبية كل احتياجات السكان وفي كل أقسامه، وكذا نوعية الخدمات المقدمة التي ترجع بالسلب على صحة الأم وكذا الطفل.

الكلمات المفتاحية: الصحة الانجابية - الجزائر - موانع الحمل- صحة الأم - تلبية الاحتياجات - الخصوبة.

Le système de santé représente l'un des plus importants secteurs de l'économie mondiale. Ainsi que la santé est l'une des déterminants du développement sociale et individuel.

Le système de santé est le mécanisme qui, dans toute société, transforme ou intègre les connaissances et les ressources humaines et financières du domaine de la santé pour en faire des services correspondants aux préoccupations de cette société. La santé ne relève pas exclusivement du système de santé. Dans chaque société, d'autres systèmes influencent la santé de la population. La société accorde au système de santé la « légitimité » d'agir et les ressources nécessaires à son fonctionnement. Dans cette forme de contrat social, la société s'attend à recevoir quelque chose en contrepartie. L'attente optimale est le droit à la santé, c'est-à-dire « le droit que toutes personnes de jouir de meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. » (Cook et al, 2005 :36).

un système de santé se définit également sur base des fonctions qu'il est censé assumer : la délivrance de services, qu'il s'agisse de services de soins personnels (soins médicaux, soins infirmiers, aide aux personnes, ...) ou de services appartenant au domaine de la santé publique, mais également les trois autres fonctions principales que sont l'administration (*stewardship*), le financement, ainsi que la génération et le maintien de ressources, en ce compris les ressources humaines dans le secteur de la santé .
(fr.wikipedia.org)

Selon l'OMS, le concept de la santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de la maladie ou d'infirmité. Certes, cette définition est mieux adaptée au souci du développement, mais elle engendre de nombreux problèmes dont ceux des indicateurs de santé et de collecte des informations nécessaires à leur élaboration.

Comme la Santé de Reproduction représente l'une des constituantes de la santé générale, elle se distingue toutefois par les considérations et des défis particuliers, celles des prestations de services de santé de la reproduction qui généralement préoccupent des personnes en santé et plus particulièrement des femmes :

Le concept de santé de la reproduction, ou de santé reproductive, ne peut être défini de manière stricte par référence aux catégories de population, aux limites d'âges, à la réalité organique de la reproduction, aux événements reproductifs, au sexe...etc, en fait on peut donner des définitions de la santé de reproduction :

La santé reproductive, qui s'inscrit dans le cadre de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS, s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie.

Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent.

Cette conception de la santé génésique demande à que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, pour que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

La définition de la santé de la reproduction a été adoptée lors de la conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, et la Conférence mondiale pour les femmes financée par les Nations Unies et tenue à Beijing en 1995, et voici la version intégrale :

« La santé en matière de procréation est un état de bien-être total, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et ses fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Elle suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité et la liberté et la possibilité de décider si et quand on veut avoir des enfants. Cela implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planifications familiale et d'utiliser celle qui leur convient ou toute autre méthode de régulation des naissances qui ne soit pas illégale, ainsi que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé »

Malgré les progrès importants portés dans le secteur des soins de santé et du développement, les systèmes de santé ne sont pas arrivés à répondre aux besoins de vastes groupes de la population mondiale ils comportent des lacunes qui varient d'un pays à un autre et à l'intérieur du même pays selon les différentes régions géographiques , surtout les niveaux inégaux de service, de santé offerts, l'utilisation impuissant des services et le manque d'émotivité aux attentes et aux points de vue des femmes de façon générale.

En 1999, les Nations unies ont rappelé aux gouvernements qu'ils devaient faire leur possible pour veiller, jusqu'à 2015, à ce que tous les établissements de soins primaires et de planification familiale offrent, que se soit directement ou sur recommandation, l'éventail le plus complet possible de services de planification familiale et de moyens de contraception sans danger et efficaces, des soins obstétricaux essentiels, des services de prévention et de traitement des infections de l'appareil génital, dont les maladies sexuellement transmissibles, et des méthodes de contraception à adjuvants afin de prévenir les infections.

L'Algérie comme beaucoup des pays en voie de développement à essayer de développer le système de santé, ainsi que la santé de reproduction, depuis l'indépendance à nos jours -là, pour assurer le bien-être à toute la population, alors, à quel point a réussi l'Algérie pour atteindre les attentes des années passées ?

Vu les progressions remarquables dans plusieurs domaines de santé de reproduction, on peut poser l'hypothèse que l'Algérie a marqué des résultats positifs par rapport aux statistiques présentées.

D'autre part, malgré les efforts déployés, l'Algérie se classe toujours parmi les pays qui souffrent de l'inégalité des prestations dans les services de santé de reproduction.

Malgré les améliorations estimées dans les niveaux d'instructions, surtout les femmes, une grande partie d'entre eux ont des mauvaises connaissances de leurs droits en matière de santé de reproduction.

L'Insuffisance du système de santé de la reproduction :

De nombreux pays ont entamé, au cours des dernières années, une réforme du secteur de la santé en réponse à l'insatisfaction générale par rapport au rendement du système de santé. Dans les pays qui procèdent à un ajustement structurel, cet exercice est guidé en grande partie par les conditions imposées par les donateurs, dont la compression des dépenses gouvernementales. Dans les économies en transition la restructuration des systèmes de santé découle d'un besoin de s'éloigner des modèles de gestion directifs. Le processus généralement utilisé consiste à revoir le rôle des gouvernements, à favoriser la décentralisation et le recouvrement des coûts et à accroître la participation du secteur privé. La répercussion de la réforme de la santé sur les soins en matière de reproduction est une question préoccupante. » (Cook et al, 2005 :42).

Un système de santé performant devrait répondre adéquatement aux besoins de la population dans le domaine de la santé :

Déséquilibre au sein du système de santé

Etablissements de santé : La nécessité de rééquilibrer les services offerts dont différents niveaux par les établissements de santé est de plus en plus reconnue. Dans les différentes régions, le réseau de santé se compose habituellement d'un centre auxiliaire ou dispensaire, d'un centre de santé et d'un hôpital. Dans de nombreux pays le sommet organisé du système, c'est-à-dire les grands hôpitaux urbains qui desservent un segment minime et relativement bien nanti de la population a tendance à prédominer compte tenu de leur quasi-monopole sur les ressources disponibles. Cette situation empêche la création de nouveaux établissements de soins primaires pour rétablir l'équilibre au sein du réseau. Les personnes soucieuses d'offrir des services de santé équitables à toute la population demandent instamment que l'on cesse de créer de grands hôpitaux afin de libérer des ressources au profit de l'expansion rapide d'un réseau de petits établissements de soins primaires.

Le secteur de la santé de la reproduction est le plus affecté par ce déséquilibre, les services de santé de la reproduction diffèrent des autres disciplines médicales dans le sens où ils ne comblent pas uniquement les besoins occasionnels de quelques personnes affligées par la maladie, mais satisfait le besoin de toutes les personnes en santé de disposer de services de contrôle des naissances, des protections contre les infections sexuellement transmissibles et de maternité sans danger. Pour être en mesure d'offrir un accès universel aux services de santé de la reproduction, il faut arriver à un meilleur équilibre structurel au sein des systèmes de santé.

Ressources humaines

Sur le plan des ressources humaines affectées à la santé, les systèmes de santé peuvent présenter quatre types de déséquilibre :

- pénurie d'une catégorie donnée de personnel par rapport aux besoins d'un pays en services de santé.
- disparité entre la formation et les compétences requises,
- combinaison inadéquate des catégories de personnel, en général, nombre insuffisant d'infirmières par médecin.
- mauvaise distribution géographique des prestataires déjà en place, qui créent une inégalité marquée de l'accès aux services essentiels non seulement entre les populations des régions insuffisamment des services ou autres de certains pays, mais aussi entre les pays et les spécialités médicales.

Le système de Santé en Algérie de 1962 à nos jours :

Puisque la santé reproductive est l'un des volets de la santé publique, on est obligé d'exposer l'évolution du système de la santé en Algérie.

La période 1962-1972 :

- **1963.** Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.
- **1964.** Création de l'Institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».
- **1965.** Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.
- **1966.** Instauration de prestations à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires. Vaccination de masse par le BCG chez les enfants.
- **1969.** Décret rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la Pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était d'«assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques ».
- **1972.** Vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral.

La période 1973-1986 :

1973. L'année est marquée par deux mesures très importantes :

- l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins

- la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire.

1975. L'année est marquée par :

- la programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes
- la mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination
- l'instauration du service civil: en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire

1979. Il est créé par décret le secteur sanitaire et les sous-secteurs sanitaires. Comme nous l'avons dit précédemment, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie de gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de secteur sanitaire qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population. Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a, de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins.

1983. La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance,

1984. Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.

1986. Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires.

La période 1987-2003 :

- **1988.** Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.
- **1989.** Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière.
- **1990.** Réalisation de l'«enquête santé» effectuée par l'Institut national de santé publique. Conférence nationale sur la réforme du système de santé.
- **1992.** Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques.

- **1994.** Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Création de la Pharmacie centrale des hôpitaux.
- **1996.** Création de l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril. Cet établissement à statut d'EPA a pour mission.
- **1998.** Création du Centre national de pharmacovigilance et de matéro-vigilance.
- **2000.** Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 2) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.
- **2002, 2003 et 2004.** Publication d'un document «annuel» intitulé La santé des Algériennes et des Algériens.

La période de 2004 à 2011 :

- **2007.** Décret exécutif n°07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).
- **2008.** Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques.
- **2009.** Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement.
- **2010.** Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011.
- **2011.** Adoption par le ministère de la Santé d'un plan national cancer. Nous venons d'énumérer les différentes étapes qu'a franchies le système de santé algérien, il est incontestable que des progrès étaient accomplis. Cependant, également, que le système reste confronté à des défis importants.

Et en septembre 2017, le gouvernement algérien a établie un plan d'action d'où la santé été l'une de ces chapitres, dans le but d'améliorer l'accès aux soins et les performances des services sanitaires

La politique que le Gouvernement mènera dans le domaine de la santé, s'appuiera sur le réseau infrastructurel massif qui a été développé entre 2000 et 2017, avec notamment **(i)** la réalisation de 101 nouveaux hôpitaux, ce qui a porté leur total à 331 ; **(ii)** ainsi que la réalisation de 1235 polycliniques, dont le parc total est de 1732 structures à travers le pays.

La formation des encadrements médicaux et paramédicaux a connu aussi des progressions importantes, même si elle demeure encore insuffisante avec des résultats inégalement répartis à travers le territoire.

A : DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION :

L'effort du Gouvernement sera porté sur **(i)** la santé de la mère et de l'enfant, **(ii)** le renforcement du programme national de la périnatalité, **(iii)** et la réduction de la mortalité néonatale.

De nouveaux programmes seront également développés visant : **(i)** l'élargissement du planning familial, **(ii)** la protection sanitaire, **(iii)** la prévention du handicap évitable, **(iv)** la lutte contre les maladies transmissibles, **(v)** ainsi que les maladies contrôlables par vaccination.

Le Gouvernement poursuivra aussi la mise en œuvre **(i)** du plan national de lutte intégré contre les facteurs de risques des maladies non transmissibles, **(ii)** du plan cancer 2015-2019, **(iii)** de la lutte contre le tabagisme et les addictions, **(iv)** ainsi que la prise en charge de l'autisme.

B : DANS LE DOMAINE DE LA COUVERTURE SANITAIRE ET DE L'ORGANISATION DES SOINS :

Le Gouvernement procédera à l'adaptation graduelle du mode de gouvernance du système national de santé, par la mise en place d'un cadre législatif réhabilitant la planification et la régulation de l'offre, en favorisant **(i)** l'évaluation et l'optimisation des moyens, **(ii)** le développement des réseaux de soins, **(iii)** la disponibilité d'un personnel formé, qualifié et en nombre suffisant ; **(iv)** la dotation en équipements performants ; **(v)** et la disponibilité des produits pharmaceutiques dont les médicaments.

Ainsi, à l'effet de satisfaire les besoins en encadrement médicaux et paramédicaux, et garantir leur disponibilité dans toutes les régions du pays, le Gouvernement veillera notamment à : **(i)** l'harmonisation des formations en médecine et des concours hospitalo-universitaires, et la mise en place d'un concours national de résidanat ; **(ii)** la mise en place de nouvelles mesures incitatives pour assurer la stabilité des praticiens spécialistes dans le secteur public, y compris dans les régions des Hauts Plateaux et du Sud ; **(iii)** et à l'intensification de la formation des cadres paramédicaux dont les besoins, évalués à 72.000 personnes, sont loin d'être couverts. (Plan d'action du gouvernement pour la mise en œuvre du programme du président de la république, 2017 : 46).

Evolution des indicateurs de la santé de reproduction en Algérie de l'indépendance à nos jours :

Les progrès déployés dans le domaine de la santé et de la santé reproductive en particulier ont été concrétisés dans les améliorations enregistrées dans les différents indicateurs démographique ainsi que les indicateurs de la santé de reproduction et afin de pouvoir comprendre et analyser la situation de la santé de la reproduction en Algérie, on va révéler les évolutions de ces indicateurs depuis l'indépendance.

Tableau N° 1 : l'évolution de l'indice synthétique de fécondité :

1970	1977	1987	1992	1998	2002	2006	2008	2013	2015
8.36	7.41	6.2	4.7	2.74	2.4	2.27	2.78	2.7	3.1

-Thèse de doctorat de Melle : HACHEM Amel

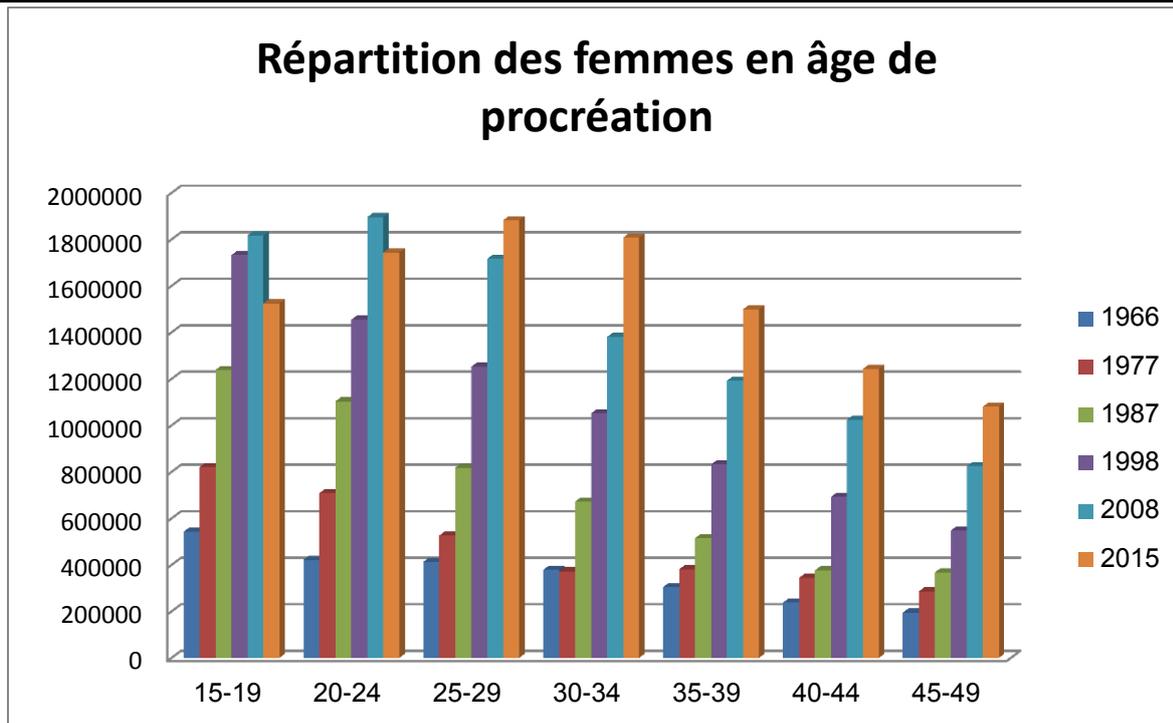
-MICS 3 : 2006 , RGPH : 2008, MICS 4 :2013, Démographie Algérienne-2015- N° 740

L' ISF est l'indicateur le plus pertinent de la fécondité ainsi que de la santé de reproduction, car tous les pays et surtout ceux en développement ont lutté contre le grand nombre d'enfants, pour assurer la planification familiale et la régularisation des naissances, soit pour des raisons politiques, ou pour la santé de la mère et de l'enfant, ceci à été atteint vu la baisse de l'ISF durant toute la période après l'indépendance. En 1970 on a enregistré 8.36 enfant /femme, contre 6.2 enfant / femme en 1987, avec un écart d'un enfant/ femme, au cours de 17 ans, la baisse de l'ISF n'a pas été importante car l'Algérie à commencé d'encourager la planification de la famille qu' en 1983, cet indicateur a marqué une baisse continue d'où on l'enregistre de 2.74 enfant/ femme en 1998 avec un écart de 3.46 enfant / femme dans une période de 11 ans, c'est à partir de ces années là que l'Algérie à réussi à faire baisser la fécondité de sa population.

Tableau N° 2 : la répartition des femmes en Age de Procréation :

	1966	1977	1987	1998	2008	2015
15-19	542468	820538	1238577	1732310	1817095	1524597
20-24	421669	708909	1103455	1454965	1896054	1743302
25-29	413074	526249	818300	1252597	1716458	1882581
30-34	378904	372499	672633	1052174	1380564	1807757
35-39	304463	380946	515207	832195	1192307	1499174
40-44	237911	344123	376812	692566	1024531	1243124
45-49	194982	286182	367949	548034	824380	1080584
Total	2493471	3439446	5092933	7564841	9851389	10781119

RGPH : 1966, 1977, 1987, 1998,2008- Démographie Algérienne 2015, N° 740



Source : Tableau N° 2

La proportion des femmes en âge de procréation est la population la plus concernée par la santé de reproduction, et la répartition de cette population en fonction de l'âge est très importante pour évaluer le volume de la fécondité dans chaque tranche d'âge, ainsi que les besoins en matière de santé de reproduction.

D'après le graphe on remarque que les âges entre 20 et 35 ans contiennent les proportions les plus élevées, par contre, les plus faibles proportions se situent dans le dernier groupe d'âge, en revanche on marque une élévation dans toutes les tranches d'âge d'un recensement à un autre, qui correspond à l'évolution de la population total de 1966 jusqu'à 2015.

Cette progression de la population féminine en âge de procréation nécessite en parallèle une planification sérieuse que satisfait leurs besoins en matière de santé de reproduction.

Tableau N° 3 : l'évolution de l'âge moyen au mariage par sexe :

Sexe	1966	1977	1987	1998	2002	2006	2008
Féminin	18.3	20.9	23.7	27.6	29.6	29.9	29.3
masculin	23.8	25.3	27.7	31.3	33.0	33.5	33

- RGPH : 1966, 1977, 1987, 1998, 2008 -EASF : 2002, MICS 3 : 2006

Le ménage en Algérie est passé par plusieurs formes depuis l'indépendance, cela est dû aux changements socioculturels et démographique des individus vis-à-vis la situation de la femme dans la société : l'instruction, le travail, et même la fécondité. Une progression persistante est marquée de l'âge moyen au mariage des femmes, allant de 18,3 ans en 1966, contre 27.6 ans en 1998, d'un écart de 9.3 ans durant 32 ans, d'autre part cet âge est estimé de 29.3 ans en 2008.

Tableau N° 4 : l'évolution de l'âge moyen à la maternité :

1970	1977	1987	1992	1998	2002	2006	2008	2013	2015
30.42	30.49	30.72	31.32	32.52	32.11	32.33	31.9	30.8	31.9

- RGPH :1966,1977,1987,1998,2008 -EASF :2002, MICS 3 :2006, MICS 4 : 2013, Démographie Algérienne, 2015,N° 740.

L'évolution de l'âge moyen à la maternité est étroitement liée à l'âge moyen au mariage, et encore, influencée par tous les déterminants qui ont fait tarder le mariage des femmes surtout, ceci est clairement examiné par la progression de l'âge de la maternité de 1970 à 2015 pour arriver à 31.9 ans.

Tableau N°5 : l'évolution de la prévalence de la contraceptive(%) :

Année / Méthodes	1970	1986	1992	2002	2006	2013
Méthodes modernes	1.5	31.1	42.9	51.8	52.0	47.9
Méthodes traditionnelles	6.5	4.4	7.8	5.2	9.4	9.2
Ensemble des méthodes	8.0	35.5	50.7	57.0	61.4	57.1

-Thèse de doctorat de Melle HACHEM Amel, MICS 3 :2006, MICS 4 : 2013.

La contraception en Algérie a été définie selon des époques différentes, comme un moyen de limitation des naissances, un moyen d'espacement des naissances, un moyen de planification de famille pour garantir la santé de la maman ainsi de l'enfant, c'est pour cette raison, qu'elle a pris du temps pour qu'elle soit acceptée par la population et ensuite pratiquée par une grande proportion de femmes.

Les statistiques sur la prévalence de contraception collectées par les différentes enquêtes algériennes, indiquent un taux de 8% (ensemble des méthodes) en 1970 contre 35.5% en 1986 avec un écart de 27.5% durant 16 ans « c'est en 1983 que l'Algérie a vraiment adopté la contraception et encore plus encourager les couples à réduire le nombre d'enfants », 6 ans après en 1992, on estime une prévalence de 50.7%, un écart de 15.2%, ensuite cette progression se poursuit pour atteindre 61.4% en 2006, une chute de 4.3 points en 2013 d'où on enregistre une prévalence de 57.1%.

Tableau N°6 : l'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse (%) :

1992	2000	2002	2006	2013
58.0	79.0	81.0	90.3	92.7

EASM :1992,MICS 2 :2000, EASF :2002, MICS 3 :2006, MICS 4 :2013

L'OMS a désigné plusieurs indicateurs pour évaluer le niveau de la santé de reproduction de chaque pays, citant l'évolution des proportions des femmes enceintes vues au moins une fois par des personnes qualifiées pour des motifs liés à la grossesse, ce dernier marque une

amélioration importante allant de 58.0% en 1992 à 92.7% en 2013, ceci peut être du aux progrès des prestations offertes en matière de santé de reproduction aux niveaux des centres de santé, et la conscience des femmes vis-à-vis de leurs santé.

Tableau N°7 : l'évolution des proportions des accouchements pratiqués par des personnels qualifiés (%) :

1977	1992	1995	1998	2000	2002	2006	2013
39	76	74	84	92	92.2	95.3	96.6

-Thèse de doctorat de Melle : HACHEM AMEL, MICS 3 : 2006, MICS 4 : 2013.

On peut assurer une maternité sans risque par une préoccupation dure de la situation de la maman durant la grossesse, au cours de l'accouchement et même après l'accouchement, c'est des déterminants sur lesquelles appuient toutes les organisations et les conférences mondiales sur la santé de la reproduction. La prise en charge des accouchements par un personnel qualifié n'a cessé de progressé qu'en 1977d'où on enregistre 39 % contre 76 % en 1992 soit un écart de 37 % en 15 ans. En 2013 on estime une proportion importante marquée de 96.6 %.

Tableau N°8 : l'évolution des Taux de la mortalité maternelle pour 100000 naissances :

Années	TMM pour 100000 Naissances Vivantes
1989	230
1992	215
1999	117.4
2001	113.8
2004	99.5
2005	96.5
2006	96.2
2007	88.9
2008	87
2009	89
2011	73.9
2013	69.9
2014	60.3

-Thèse de doctorat de Melle : HACHEM AMEL, Plan National sur la réduction de la mortalité maternelle, 2015-2019.

La mortalité maternelle est un des indicateurs de santé qui reflète le plus les disparités entre les pays riches et les pays en voie de développement, les améliorations réalisées dans les indicateurs précédents ont des résultats positifs sur la baisse de la mortalité maternelle en

Algérie, en effet on a enregistré un taux de 230%° en 1989 contre 117.4%° en 1999, durant 10 ans un écart de 112.6%° est estimé, alors l'état a pu réduire ce taux de presque la moitié, cette dégradation continue au même rythme jusqu'à 2015 d'où on estime un taux de mortalité maternelle de 57.5%°, et pourtant ces résultats restent toujours élevés dans notre pays.

Conclusion :

La santé reproductive a vraiment pris l'ampleur dans la santé publique algérienne surtout après la conférence du Caire en 1994, dont la santé de la mère et de l'enfant étaient en premier lieu, depuis cette date, l'Algérie a pris toutes les initiatives pour marquer des progressions efficaces dans la matière, d'où on l'enregistre dans l'accroissement des centres de la santé de la reproduction d'une période à une autre, et même la qualité des prestations au sein des centres, d'autre part les statistiques enregistrées concernant les évolutions des indicateurs de la santé reproductive l'indiquent.

Mais malgré les efforts consentis, on marque toujours des faiblesses des satisfactions des besoins en matière de santé de la reproduction, de la contraception, des consultations post-natal, et néo- natal...etc., notamment dans la légalité entre les régions.

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrage :

- Djilali Sari, La maîtrise de la croissance de la fécondité en Algérie Les modes de régularisation de la reproduction. Incidences sur la fécondité et la santé. Paris.1994.
- Cook, R. J., Dickens, B. M., & Fathalla, M. F. (2005). Santé de la reproduction et droits humains: intégrer la médecine, l'éthique et le droit. Elsevier Masson.

Enquête :

- Enquête National à Indicateurs Multiples (MICS 3), Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2008.
- Enquête National à Indicateurs Multiples (MICS 4), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Algérie, 2012-2013.

Thèse :

- HACHEM AMEL, La santé reproductive chez les femmes en Algérie et au Maroc, Thèse en vue de l'obtention du titre de Doctorat en Démographie, Université d'Oran, 2010-2011.

Plan d'action :

- Développement du système national de santé, stratégie et perspectives, Ministère de la santé et de la population, Algérie, Mai 2001.

- Plan d'action du gouvernement pour la mise en œuvre du programme du président de la république, Septembre 2017.

- Plan national de réduction de la mortalité maternelle. Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière. Direction générale de la prévention et de la promotion de la sante.2015-2019.

Site web :

Système de santé, https://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9