

**SOINS DE MATERNITE DURANT LA PERIODE DU PAS EN  
ALGERIE : RESULTATS D'UNE ENQUETE AUPRES DES MENAGES DE  
LA WILAYA DE BEJAIA**

***Dr. Nouara KAÏD TLILANE & Pr. Jean Paul GRANGAUD***

Laboratoire Economie et développement  
Université Abderrahmane MIRA  
Béjaia

la Faculté des Sciences  
Médicales Université d'Alger

**Résumé**

En Algérie, dans le contexte économique actuel, la question de l'évaluation du système de santé national est capitale. Cette évaluation concerne celle de la santé de la mère et nous intéresse en matière de résultats sanitaires. En Algérie, l'absence de certains indicateurs de résultats et le manque de précision des indicateurs existants constituent un obstacle de taille pour l'appréciation du degré d'efficacité du système de santé national. C'est ce qui nous a conduits à recourir à la méthode d'enquête personnelle.

Le sondage de la santé des mères a porté sur 1411 femmes non célibataires de la catégorie d'âge 17-49 ans. L'objet de ce papier est de tenter d'évaluer les soins de santé maternelle dans le département de Béjaia.

**Mots clés :**

Soins maternels, consultations, grossesses, âge de la femme, accouchement, urbain, rural, niveau d'instruction, Béjaia.

**Abstract**

In Algeria, in the current economic context, the issue of assessing the national health system is crucial. This evaluation is concerned with the health of the mother and we are interested in the field of health outcomes. In Algeria, the absence of certain performance indicators and the lack of precision of existing indicators are a major obstacle for assessing the effectiveness of the national health system. This led us to resort to the method of investigation.

The survey of the health of mothers focused on 1411 unmarried women in the age group 17-49 years. The purpose of this paper is to try to assess maternal health care in the department of Béjaia.

**Keywords:**

Maternal care, consultations, pregnancy, age of women, childbirth, urban, rural, educated, Béjaia.

**INTRODUCTION**

Les soins médicaux prodigués à la mère durant la phase de la grossesse, pendant et après l'accouchement ont un effet considérable sur la santé de la mère et de l'enfant<sup>1</sup>. Les soins prénataux permettent en effet de dépister et de soigner les problèmes de santé dus ou antérieurs à la grossesse mais aggravés par celle-ci. Ils aident également à déterminer les femmes enceintes ayant

besoins de soins et d'un contrôle particuliers durant cette période ou au moment de l'accouchement. Quant aux soins post-partum : ils comprennent les soins médicaux, préventifs et curatifs, nécessaires à la protection de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi des soins non médicaux : régime alimentaire à observer durant les phases de la grossesse et de l'allaitement et enfin la durée d'allaitement maternel<sup>ii</sup>. Cependant, nous limitons notre étude aux soins médicaux uniquement. Les soins non médicaux ne sont donc pas pris en compte.

Au moment de l'accouchement, les soins prodigués dépendent de la nature et du niveau des soins disponibles, l'existence de ces services et leur accessibilité, du niveau d'entraînement et de l'expérience de ceux qui assistent la femme au moment de l'accouchement et enfin, du niveau des services d'urgence qui peuvent éventuellement être utilisés surtout dans les cas d'accouchement difficiles<sup>iii</sup>.

Les soins offerts à la mère et le degré d'utilisation de ces soins dépendent en grande partie des croyances du milieu, de l'environnement culturel, du niveau économique et enfin des caractéristiques démographiques de la mère et de la société dans laquelle elle vit.

Pour concevoir une politique sanitaire adéquate qui permette de relever le niveau de santé de la mère et de l'enfant, il est par conséquent très utile de pouvoir identifier les multiples facteurs qui influent sur le degré d'utilisation des services de santé offerts aux mères ainsi que le type d'utilisation qu'elles en font.

L'objectif de cette étude est de tenter d'évaluer le niveau d'utilisation des soins médicaux des femmes enceintes dans la wilaya de Béjaïa en fonction de l'âge de la femme, de son milieu de résidence, de son niveau d'instruction et de la catégorie socioprofessionnelle (CSP) du mari.

## **METHODE DE TRAVAIL**

### **Site de l'étude**

La wilaya de Béjaïa, champ de cette présente étude, qui est située au Nord d'Algérie s'étale sur une superficie de **3.223,50 km<sup>2</sup>** pour une population de 938.130 habitants au 31/12/2001. Elle compte 52 communes regroupées en 19 sous-préfectures. Les services de santé répartis en secteurs publics et privés offrent leurs soins à la population. L'infrastructure dont disposent les cinq secteurs sanitaires est la suivante : 07 hôpitaux (1.167 lits), 22 polycliniques dont 13 avec maternités, 39 centres de santé dont 13 avec maternités, 01 maternité urbaine (64 lits) et 159 salles de soins. Les ratios sanitaires sont de :

1,2 lits / 1000 habitants, 1 médecin spécialiste / 3.665 habitants, 1 médecin généraliste / 2.177 habitants et 1 pharmacien pour 7.753 habitants<sup>iv4</sup>.

### **Méthode**

Les enquêtes sanitaires permettent d'évaluer le système national de santé et de montrer l'évolution de l'état de santé de la population en fonction des changements socioéconomiques. Suite à la crise économique et à la détérioration des situations économique et sociale de ces seize dernières années, il nous a semblé important de connaître les effets de la crise économique et notamment du programme d'ajustement structurel (PAS) sur la santé de la mère.

Notre recherche est circonscrite dans l'espace à deux communes : Béjaïa (représentant un centre urbain) et Ighil-Ali (représentant un milieu rural). La population des ménages n'étant pas homogène, il a fallu procéder à une stratification de la population. L'échantillon a été prélevé arbitrairement et constitué de ménages de différents niveaux socioéconomiques et de différentes localisations géographiques. L'enquête ménage par interview a été lancée le 11 juillet 1998 et a pris fin février 1999. Elle a étudié la situation socioéconomique de 300 ménages en milieu rural constitué de 14 villages de plus de 13.000 habitants et 1305 ménages en milieu urbain composés de près 157.000 habitants. Les ménages enquêtés dans la commune d'Ighil-Ali sont répartis comme suit : 100 ménages au chef lieu de la commune contre 200 ménages enquêtés répartis sur les 13 villages constituant le reste de la commune et qui sont situés en agglomération secondaire et en zone éparse dont le village le plus éloigné est situé à 30 km du chef lieu de la commune. Le nombre de ménages interviewés dans chaque village est proportionnel au nombre d'habitants de celui-ci.

Avec le concours de la Direction de la Planification et de l'Aménagement du Territoire de Béjaïa et des deux assemblées populaires communales concernées, des districts ont été choisis arbitrairement puis simplifiés en quartier. En milieu urbain, le chef-lieu et aggloméré secondaire ont été enquêtés. La zone éparse a été abandonnée pour des raisons de sécurité. La condition imposée pour le choix du ménage est qu'il doit être composé d'enfants de moins de six ans. En milieu rural, nous avons obtenu l'aide des chefs des villages. Par ailleurs, la Direction de la Santé et de la Population a manifesté beaucoup d'intérêt à l'enquête et nous a soutenues en fournissant toutes les données existantes à leur niveau et se rapportant à notre sujet. Le sondage est fait à partir de ces informations socioéconomiques des échantillons des communes d'Ighil-Ali et de Béjaïa contenues dans les questionnaires. Une pré-enquête s'est déroulée en début juillet 1998, auprès d'une trentaine de ménages (10 en milieu rural et 20 en milieu urbain). Elle a permis à la mise au point définitive du questionnaire.

Notre enquête traite des soins de maternité. Des questions destinées aux mères et à celles qui ont eu au moins un enfant au cours des quatre dernières années précédant l'enquête, c'est-à-dire durant la période du PAS (1994-1998) ont été donc prévues. Ces questions portaient essentiellement sur l'âge de la mère au moment de l'enquête, son niveau d'instruction, le nombre d'exams médicaux subis au cours de la grossesse, les raisons d'abstention de l'examen médical chez les femmes n'ayant pas eu recours, le lieu de l'accouchement, l'utilisation des contrôles médicaux après l'accouchement.

Le sondage de la santé des mères a porté sur 1411 femmes non célibataires (mariées, divorcées ou veuves)<sup>5</sup> de la catégorie d'âge (17-49 ans) ayant au moins un enfant de moins de 15 ans. Le dépouillement a été informatisé en utilisant un système de gestion de base de données (le logiciel : S.G.B.D. CLIPPER).

## **RESULTATS**

### **1- Accessibilité aux soins prénataux**

La majorité des femmes enceintes (83,18%) ont subi au moins un examen médical durant la grossesse (tableau 1). Nous constatons que le taux le plus élevé d'utilisation de ces soins (88,04%) se trouve parmi les femmes les plus jeunes (moins de trente ans) et celles qui résident en milieu urbain (89,27% en milieu urbain contre 60,25% en milieu rural).

Nous remarquons également que la plupart des examens subis durant la période de grossesse (83,07%) ont été des consultations pour contrôle régulier. Seulement 17% environ ont été motivées par des problèmes d'ordre gynécologique. Notons que ces problèmes gynécologiques évoqués comme cause de l'examen médical se retrouvent dans toutes les catégories indépendamment de l'âge de la femme et de son lieu de résidence. Cependant une légère différence est constatée entre les femmes qui résident en milieu urbain et celles résidant en milieu rural. Les premières s'y soumettent plus souvent que les autres (18,67% contre seulement 7,22%). Remarquons également que, durant leurs grossesses, les femmes rurales de moins de 25 ans ont une meilleure santé que les citadines : 100% de consultations régulières pour les premières et 83,33% pour les secondes.

Quant aux femmes qui ne se soumettent pas à l'examen prénatal, elles représentent 16,82%. La lecture du tableau 2 indique que la plupart d'entre elles (71,32%) disent qu'elles n'ont pas ressenti le besoin de recevoir de tels soins (pas de problème de santé) ; 13,95% ont mentionné comme raison le coût élevé des soins de santé ; 5,43% l'ont attribué à l'inexistence de tels soins sur leur

lieu de résidence ; pour le faire, elles doivent se déplacer loin. Enfin 3,10% ignorent l'utilité de ces consultations.

Parmi les femmes qui n'ont reçu aucun soin au cours de leurs grossesses, la proportion de ces derniers est de 50,39% en milieu urbain et 49,61% en milieu rural. De même, la majorité des femmes qui ne consultent pas durant leurs grossesses (69,77%) sont celles qui sont âgées entre 30 et 49 ans. La proportion des plus jeunes (moins de 30 ans) représente 30,23%.

Par rapport à la catégorie socioprofessionnelle de leurs maris, Le tableau 3 montre que les femmes n'ayant pas consultées dont la CSP du mari est "ouvrier" représentent 31,78% avec 20% d'entre elles vivant en milieu urbain et 43,75% en milieu rural. Les femmes qui n'ont pas consulté

5 : Les enfants "illégitimes" sont généralement abandonnés à l'hôpital et la mère célibataire est un phénomène tabou en Algérie, notamment en Kabylie. Il est par conséquent impossible de savoir si, parmi les femmes enquêtées, il y a eu des mères célibataires.

Dont la CSP du conjoint est employé représentent 30,23% (41,54% en milieu urbain contre 18,75% en milieu rural) ; celles dont le mari est au chômage représentent 27,13% pratiquement le même dans les deux milieux urbain et rural (27,69% et 26,56% respectivement). Cependant, nous constatons que 3,88% des mères n'ayant pas consultées durant leurs grossesses sont celles dont la CSP du mari est cadre supérieur ou profession libérale. Les raisons pour lesquelles elles n'ont pas consulté sont, selon leurs déclarations, les suivantes : 80% parce qu'elles ne se plaignent d'aucun problème de santé et 20% par ignorance. Toutes ces mères résident en milieu rural.

## **2- Lieu de l'accouchement**

Pratiquement, la quasi-totalité des accouchements durant la période du PAS (96,22%) ont eu lieu dans des établissements de santé publique et 3,78% seulement ont eu lieu à domicile. La lecture du tableau 4 montre aussi que le pourcentage des accouchements dans des établissements publics est relativement plus élevé parmi les mères les plus jeunes d'âge ; celles qui vivent en milieu urbain et parmi les mères les plus instruites. Aujourd'hui, l'accouchement en milieu hospitalier est devenu évident, en Algérie, en raison des risques de couches pénibles ou de complications auxquels est exposée la parturiente.

Concernant les accouchements ayant eu lieu en dehors des établissements médicaux, la proportion des mères qui optent pour l'accouchement à domicile est relativement plus élevée parmi les femmes les plus âgées (4,53% avec 11,76% en milieu rural) ; parmi celles qui vivent en milieu rural (6,83% contre

2,97% en milieu urbain) et parmi celles qui n'ont jamais été scolarisées (18,60%).

### **3- Nature de l'accouchement**

Il apparaît en fait que 85,92% des accouchements qui ont eu lieu durant la période du PAS étaient des accouchements normaux, 13,56% des accouchements étaient accompagnés de complications et 6% ont nécessité une césarienne (cf. tableau 5).

Les accouchements avec complications sont légèrement plus élevés chez les jeunes femmes (15,95% des femmes âgées de moins de 30 ans) que chez les femmes âgées entre 30 et 49 ans (11,79%) comme le montre le tableau 5. Les accouchements avec complications sont d'un taux relativement plus élevé parmi les femmes urbaines (16,17% contre seulement 3,73% des femmes rurales).

En ce qui concerne les accouchements avec césarienne, on note également une légère différence entre les plus jeunes (7,50%) et les plus âgées (5,18%). Ce taux est plus élevé en milieu urbain (7,10%) qu'en milieu rural (1,86%). On constate aussi qu'un taux plus élevé de césariennes (8,48%) se trouve parmi les mères de niveau d'instruction primaire.

### **4- Préférences en matière de consultation et couverture sociale**

En matière d'accueil et d'offre de soins et en raison des insuffisances constatées en moyens humains, matériels et surtout en consommables (qui sont, sans doute, des facteurs influant sur le comportement relativement hostile du personnel hospitalier), l'enquête indique que 1/5 environ (20,12%) seulement des ménages préfèrent aller au secteur public alors que la quasi-totalité de la population de l'échantillon d'enquête soit 73,64% préfère se faire soigner par des médecins du secteur privé. Notons que 4,24% sont indifférents et 2% de non réponse.

Les résultats de l'enquête montrent que 76,64% des familles ont droit aux prestations sociales de la caisse d'assurance sociale (83,68% des assurés résident en milieu urbain et 45% des assurés sont du milieu rural). Il s'agit bien évidemment des personnes non célibataires qui représentent une partie de l'ensemble de la population active (l'attention du lecteur est attirée pour ce faible pourcentage des assurés et par conséquent des occupés). Le chômage, assez important en milieu rural et notamment dans la commune d'Ighil-Ali, peut être un élément explicatif à la situation des familles non assurées.

## **DISCUSSION**

La proportion la plus élevée d'utilisation des soins prénataux est retrouvée chez les femmes jeunes de moins de 30 ans (88,04%). L'accessibilité aux soins prénataux selon le milieu se trouve très importante chez les femmes résidant en milieu urbain. Il en ressort que les femmes du milieu urbain enregistre le taux le plus élevé d'utilisation de ces soins avec un écart important qui s'élève à 29,02% (89,27% en milieu urbain contre 60,25% en milieu rural).

En outre, en milieu rural, la distance séparant le lieu de résidence de la structure de santé a un impact sur l'accessibilité aux soins prénataux puisque les cabinets de gynécologie privés ainsi que le service de gynécologie de l'hôpital du secteur public sont disponible dans la ville d'Akbou est située à 26 km du chef-lieu de la commune d'Ighil-Ali. 12 villages sur 14 constituant la commune sont situés au sud du chef-lieu alors que les services de gynécologie obstétrique sont au nord de celui-ci. Le village le plus éloigné est situé à près de 60 km de ces derniers et est dépourvu de tout moyen de transport. En revanche, le taux d'accouchement par césarienne est plus élevé en milieu urbain (7,10%) qu'en milieu rural (1,86%). Quels sont les facteurs influents et quel en est l'élément déterminant ? Une étude économétrique, qui dépasse le cadre de cette étude, pourrait aboutir à des résultats plus précis.

Nous constatons également que la motivation des examens subis durant la grossesse relève d'un contrôle régulier pour 83,07% contre près de 17% pour des problèmes d'ordre gynécologique alors que l'enquête national de 1992, indique que 55% des examens subis durant la période de la grossesse ont été motivés par des problèmes d'ordre gynécologique contre seulement 45% pour le contrôle régulier de la grossesse. On peut déduire qu'il y a eu, probablement, une amélioration dans les conditions de vie de la femme enceinte et par là même une meilleure prise en charge sociale et sanitaire de cette dernière et ce malgré les difficultés économiques durant cette période.

En ce qui concerne les accouchements avec complications, on note une différence liée au lieu de résidence où un taux relativement plus élevé est constaté chez les femmes urbaines (16,17%) par rapport aux femmes rurales (3,73%). Quant aux accouchements ayant nécessité une césarienne, on note qu'un taux plus élevé de césariennes (8,48%) se trouve parmi les mères de niveau d'instruction primaire. Contrairement à l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant de 1992, une différence liée à l'âge et au lieu de résidence n'a pas été constatée. En outre, le niveau d'instruction des femmes césarisées a été constaté parmi les mères de niveau d'instruction supérieur et au collège que parmi les autres.

Au niveau national, la mortalité maternelle et infantile demeure un grave problème de santé publique comme dans le monde en développement. En

Algérie, le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé et préoccupant (215 pour 100.000 naissances vivantes en 1995 contre 225 pour 100.000 en 1980. Ce taux atteint 146 pour 100.000 naissances vivantes en 1997). En 2001, selon le ministère de la santé et de la population, 800 femmes meurent chaque année suite à l'accouchement. Selon le MSP, ces décès sont dus principalement à l'insuffisance en matière de suivi des grossesses : 10% des femmes ne suivent pas leur grossesse et 30% la suivent d'une façon irrégulière ou insuffisante, alors que le taux de fécondité est de plus en plus important entre 35 ans et plus, à cause du recul de l'âge du mariage. C'est à cet âge là que la femme a le plus besoin d'un meilleur suivi<sup>v</sup>.

Quant à la mortalité infantile, celle qui concerne les nouveaux nés dans les 28 jours qui suivent l'accouchement représente 50% de la mortalité due aux mauvaises conditions de grossesse et d'accouchement. D'autre part, sur 100.000 femmes algériennes 16,5 souffrent du cancer de sein et 8,8 sur 100.000 souffrent de celui du col de l'utérus. Aussi, 20% des femmes ne pratiquent pas la contraception soit parce qu'elles craignent encore ses effets négatifs sur leur santé, selon leurs dires, soit parce que les produits contraceptifs leur reviennent cher<sup>vi</sup>.

Devant cette situation, le gouvernement algérien a opté, durant le deuxième semestre 2000, pour la mise en œuvre d'une politique nationale de la population établie autour de la nécessité de renforcer la santé de la femme à toutes les étapes de la vie et en particulier aux âges de la procréation. Cette politique est fondée, entre autres, sur :

- la qualité de l'offre des services,
- l'amélioration des capacités techniques du personnel,
- la disponibilité des produits contraceptifs,
- l'élargissement de gamme de ces produits,
- l'utilisation de méthodes de longue durée,
- l'égalité régionale dans l'accès aux prestations.

Le MSPRH ambitionne également de hisser le taux de pratique de la contraception à 70% (taux des pays développés) et de mieux prendre en charge les femmes qui souffrent de cancers génitaux. Sur ce point, un programme national de dépistage des cancers génitaux et notamment de celui du col de l'utérus a été lancé à la fin de l'année 2000. Il a été prévu la mise en place de 100 unités de cytodagnostic pour le dépistage précoce des lésions malignes du col.



## **CONCLUSION**

En Algérie, les améliorations à apporter au secteur de la santé pour une meilleure prise en charge de la demande de soins en général et des soins prénataux en particulier ne dépendent plus des réalisations d'infrastructures sanitaires nouvelles. Les infrastructures existantes, sous utilisées parfois, sont en mesures d'assurer convenablement une couverture sanitaire. Des efforts doivent être encore entrepris par les services de santé en termes d'accès aux soins prénataux, notamment en milieu rural, si l'on veut réduire le taux de mortalité maternelle. L'insuffisance enregistrée se situe au niveau du manque de personnel médical, notamment spécialisé, et paramédical dans les structures sanitaires publics ainsi que le manque d'équipement et de médicaments.

L'amélioration de la santé de la femme à tous les cycles de sa vie fait partie intégrante des objectifs retenus dans le cadre des politiques de population à l'échelle nationale. Cependant, en raison des difficultés économiques et la réduction des ressources financières de la décennie 90, la transition vers l'économie de marché et la privatisation qui concerne également le secteur de la santé ainsi que le programme d'ajustement structurel suivi, la prise en charge en milieu hospitalier s'est dégradée. Ce qui peut expliquer, en partie, la mortalité maternelle toujours élevée dans le pays.

En Algérie, dans les conditions actuelles d'aisance financière, il est nécessaire d'élaborer une politique de santé nationale qui répond aux besoins de la population en utilisant les moyens disponibles de manière rationnelle et en favorisant une politique de soins préventive moins coûteuse en capital et en vie humaine à l'action curative qui entretient non seulement les maladies mais la dépendance extérieure sur le plan technique et médicamenteux. L'action préventive pourrait en diminuer de manière significative le coût social et financier d'une part et améliorer la santé des citoyens en général d'autre part. Je reste convaincue, que dans les pays en développement en général et en Algérie notamment, il ne peut y avoir de promotion de la santé de manière durable sans une politique de santé préventive.

**ANNEXE :**

**Tableau 1 :** Répartition des mères enceintes ayant eu au moins une consultation durant la période du PAS, selon leur âge dans la wilaya de Béjaïa (en %)

Age actuel de la mère	Effectif des mères ayant grossesse (94-98)		Avec consultations	Sans consultations	Raison de consultations (%)	
	Nombre	%			Consultation Régulière	Problème médical
<b>Wilaya de Béjaïa</b>						
- < 20 ans	1	0,13	-	100	-	-
- 20 à 24 ans	76	9,91	81,58	18,42	85,48	14,52
- 25 à 29 ans	249	32,46	90,36	9,64	81,34	19,56
- 30 à 49 ans	441	57,5	79,59	20,41	83,76	15,67
<b>Total</b>	<b>767</b>	<b>100</b>	<b>83,18</b>	<b>16,82</b>	<b>83,07</b>	<b>16,93</b>
<b>En milieu urbain</b>						
	<b>Nombre</b>	<b>%</b>				
- < 20 ans	1	0,17	-	100	-	-
- 20 à 24 ans	59	9,74	91,53	8,47	83,33	16,67
- 25 à 29 ans	190	31,35	95,26	4,74	77,35	22,65
- 30 à 49 ans	356	58,74	85,96	14,04	83,33	16,67
<b>Total</b>	<b>606</b>	<b>100</b>	<b>89,27</b>	<b>10,73</b>	<b>81,33</b>	<b>18,67</b>
<b>En milieu rural</b>						
	<b>Nombre</b>	<b>%</b>				
- < 20 ans	-	-	-	-	-	-
- 20 à 24 ans	17	10,56	47,06	52,94	100	-
- 25 à 29 ans	59	36,64	74,58	25,42	97,73	2,27
- 30 à 49 ans	85	52,80	52,94	47,06	86,67	13,33
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100</b>	<b>60,25</b>	<b>39,75</b>	<b>92,78</b>	<b>7,22</b>

**Tableau 2** : Raisons de non consultations des mères enceintes durant la période du PAS, selon leur niveau d'instruction dans la wilaya de Béjaïa (en %).

Variables Socioéconomiques	Raison de non consultation					Total
	Pas de problèmes	Eloignement	Trop coûteux	ignorance	Sans réponse	
<b>Wilaya de Béjaïa</b>						
< 30 ans	61,54	12,82	12,82	7,69	5,13	30,23
30 à 49 ans	75,56	2,22	14,44	1,11	6,67	69,77
Total	71,32	5,43	13,95	3,10	6,20	100
Jamais scolarisée	53,13	6,25	28,12	6,25	6,25	24,81
Primaire incomplet	76,59	4,26	14,89	-	4,26	36,43
Primaire	81,82	4,55	9,09	-	4,55	17,05
Moyen	73,33	6,67	-	13,33	6,67	11,63
Secondaire	76,92	7,69	-	-	15,38	10,08
Supérieur	-	-	-	-	-	-
Total	71,32	5,43	13,95	3,10	6,20	100
<b>En milieu urbain</b>						
< 30 ans	66,67	-	20	-	13,33	23,08
30 à 49 ans	84	-	08	-	08	76,92
Total	80	-	10,77	-	9,23	100
Jamais scolarisée	64,71	-	23,53	-	11,76	26,15
Primaire incomplet	85	-	15	-	-	30,77
Primaire	90	-	-	-	10	15,38
Moyen	88,89	-	-	-	11,11	13,85
Secondaire	77,78	-	-	-	22,22	13,85
Supérieur	-	-	-	-	-	-
Total	80	-	10,77	-	9,23	100
<b>En milieu rural</b>						
< 30 ans	58,33	20,83	8,33	12,50	-	37,50
30 à 49 ans	65	05	22,50	2,50	05	62,50
Total	62,50	10,94	17,19	6,25	3,13	100
Jamais scolarisée	40	13,33	33,34	13,30	-	23,44
Primaire incomplet	70,37	7,41	14,81	-	7,41	42,19
Primaire	75	8,33	16,67	-	-	18,75
Moyen	50	16,67	-	33,33	-	9,38
Secondaire	75	25	-	-	-	6,25
Supérieur	-	-	-	-	-	-
Total	62,50	10,94	17,19	6,25	3,12	100

Source : Enquête KAÏD TLILANE N. : juillet 1998 – février 1999.

**Tableau 3** : Répartition des mères enceintes durant la période du PAS, n'ayant pas eu de Consultations, selon la CSP du père dans la wilaya de Béjaia (en %)

CSP	Raisons de non consultation					
	Pas de problèmes	Eloignement	Trop coûteux	Ignorance	Sans réponse	Total
<b>Wilaya de Béjaia</b>						
Cadres sup. et prof.	80	-	-	20	-	3,88
Libérales	-	-	-	-	100	0,78
Cadres moyens	92,32	-	2,56	2,56	2,56	30,23
Employés	82,92	-	7,32	4,88	4,88	31,78
Ouvriers	40	20	40	-	-	27,13
Inoccupés	80	-	-	-	20	3,88
Autres	-	-	-	-	100	2,32
Non déclaré	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>71,32</b>	<b>5,43</b>	<b>13,95</b>	<b>3,10</b>	<b>6,20</b>	<b>100</b>
<b>En milieu urbain</b>						
Cadres sup. et prof.	-	-	-	-	-	-
Libérales	-	-	-	-	100	1,54
Cadres moyens	96,30	-	3,70	-	-	41,54
Employés	84,62	-	-	-	15,38	20
Ouvriers	66,67	-	33,33	-	-	27,69
Inoccupés	75	-	-	-	25	6,15
Autres	-	-	-	-	100	3,08
Non déclaré	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>-</b>	<b>10,77</b>	<b>-</b>	<b>9,23</b>	<b>100</b>
<b>En milieu rural</b>						
Cadres sup. et prof.	80	-	-	20	-	7,81
Libérales	-	-	-	-	-	-
Cadres moyens	83,34	-	-	8,33	8,33	18,75
Employés	82,14	-	10,72	7,14	-	43,75
Ouvriers	11,76	41,18	47,06	-	-	26,56
Inoccupés	100	-	-	-	-	1,56
Autres	-	-	-	-	100	1,56
Non déclaré	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>62,50</b>	<b>10,94</b>	<b>17,19</b>	<b>6,25</b>	<b>3,12</b>	<b>100</b>

**Source** : Enquête KAÏD TLILANE N. : juillet 1998 – février 1999.

**Tableau 4** : Répartition des mères enceintes durant la période du PAS, selon  
Le milieu, le lieu d'accouchement, l'âge et le niveau d'instruction,  
Dans la wilaya de Béjaia (en %)

Variables Socio – économiques	Lieu d'accouchement		
	Domicile	Clinique	Total
<b>Wilaya de Béjaia</b>			
< 30 ans	2,76	97,24	42,50
30 à 49 ans	4,53	95,46	57,50
Total	3,78	96,22	100
Jamais scolarisée	18,60	81,40	5,61
Primaire incomplet	8,76	91,24	17,86
Primaire	3,64	96,36	21,51
Moyen	1,07	98,92	24,25
Secondaire	0,48	99,52	27,25
Supérieur	-	100	3,52
Total	3,78	96,22	100
<b>En milieu urbain</b>			
< 30 ans	3,20	96,80	41,25
30 à 49 ans	2,81	97,19	58,75
Total	2,97	97,03	100
Jamais scolarisée	26,32	73,68	3,14
Primaire incomplet	6,67	93,33	14,85
Primaire	3,55	96,45	23,27
Moyen	0,66	99,34	24,92
Secondaire	0,56	99,44	29,37
Supérieur	-	100	4,46
Total	2,97	97,03	100
<b>En milieu rural</b>			
< 30 ans	1,32	98,68	47,20
30 à 49 ans	11,76	88,24	52,80
Total	6,83	93,17	100
- Jamais scolarisée	12,50	87,50	14,91
Primaire incomplet	12,77	87,23	29,19
- Primaire	4,17	95,83	14,91
- Moyen	5,71	97,14	21,74
- Secondaire	-	100	19,25
- Supérieur	-	-	-
Total	6,83	93,17	100

Source : Enquête KAÏD TLILANE N. : juillet 1998 – février 1999.

Tableau 5 : Répartition des mères enceintes durant la période du PAS selon la nature de L'accouchement dans la wilaya de Béjaïa (en %).

Variables Socio économiques	Nature de l'accouchement					Parmi les naissances dans un établissement de santé			
	Normale	Avec complication	Non déclaré	Total des accouchements		Avec césarienne		Nombre de naissances	
				Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<b>Wilaya de Béjaïa</b>									
< 20 ans	100	-	-	2	0,26	-	-	2	0,27
20 à 24 ans	87,91	12,09	-	91	11,86	7	7,69	91	12,21
25 à 29 ans	82,40	17,60	-	233	30,38	17	7,30	227	30,47
30 à 34 ans	87,22	11,89	0,89	227	29,60	8	3,52	222	29,80
35 à 49 ans	87,38	11,68	0,94	214	27,90	14	6,54	203	27,25
<b>Total</b>	<b>85,92</b>	<b>13,56</b>	<b>0,52</b>	<b>767</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>6,00</b>	<b>745</b>	<b>97,13</b>
<b>Jamais scolarisées</b>									
Primaire incomplet	95,62	2,92	1,46	137	17,86	4	2,92	125	16,78
Primaire	81,82	18,18	-	165	21,51	14	8,48	165	22,15
Moyen	87,63	11,83	0,54	186	24,25	12	6,45	185	24,83
Secondaire	78,95	20,57	0,48	209	27,25	15	7,17	209	28,05
Supérieur	81,48	18,52	-	27	3,52	1	3,70	27	3,62
<b>Total</b>	<b>85,92</b>	<b>13,56</b>	<b>0,52</b>	<b>767</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>6,00</b>	<b>745</b>	<b>97,13</b>
<b>En milieu urbain</b>									
< 20 ans	100	-	-	2	0,33	-	-	2	0,34
20 à 24 ans	83,58	16,42	-	67	11,06	7	10,45	67	11,36
25 à 29 ans	78,45	21,55	-	181	29,87	16	9,09	176	29,83
30 à 34 ans	85,64	14,36	-	188	31,02	8	4,35	184	31,19
35 à 49 ans	86,31	12,50	1,19	168	27,72	12	7,45	161	27,29
<b>Total</b>	<b>83,50</b>	<b>16,17</b>	<b>0,33</b>	<b>606</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>7,10</b>	<b>590</b>	<b>97,36</b>
<b>Jamais scolarisées</b>									
Primaire incomplet	95,56	4,44	-	90	14,85	3	3,33	78	13,22
Primaire	80,85	19,15	-	141	23,27	14	9,93	141	23,90
Moyen	86,09	13,25	0,66	151	24,92	10	6,62	151	25,59
Secondaire	75,84	23,60	0,56	178	29,37	15	8,43	178	30,17
Supérieur	81,48	18,52	-	27	14,46	1	3,70	27	4,58
<b>Total</b>	<b>83,50</b>	<b>16,17</b>	<b>0,33</b>	<b>606</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>7,10</b>	<b>590</b>	<b>97,36</b>
<b>En milieu rural</b>									
< 20 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 à 24 ans	100	-	-	24	14,91	-	-	24	15,48
25 à 29 ans	96,15	3,85	-	52	32,30	1	1,92	51	32,90
30 à 34 ans	94,87	-	5,13	39	24,22	-	-	38	24,52
35 à 49 ans	91,30	8,70	-	46	28,57	2	4,35	42	27,10
<b>Total</b>	<b>95,03</b>	<b>3,73</b>	<b>1,24</b>	<b>161</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>1,86</b>	<b>155</b>	<b>96,27</b>
<b>Jamais scolarisées</b>									
Primaire incomplet	95,74	-	4,26	47	29,19	1	2,13	47	30,32
Primaire	87,50	12,5	-	24	14,91	-	-	24	15,48
Moyen	94,29	5,71	-	35	21,74	2	5,71	34	21,94
Secondaire	96,77	3,23	-	31	19,25	-	-	31	20,00
Supérieur	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>95,03</b>	<b>3,73</b>	<b>1,24</b>	<b>161</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>1,86</b>	<b>155</b>	<b>96,27</b>

Source : Enquête KAÏD TLILANE N. : juillet 1998 – février 1999.

### **NOTES**

i - MSP- ONS- Ligue des Etats arabes, 1993, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992. Rapport principal. Edité par Projet PAN ARABE pour le développement de l'enfance. Alger, ONS, P. 133.

ii -Idem.

iii - MSP, 2001, Enquête nationale sur les objectifs de la Fin-décennie. Santé de la mère et de l'enfant. MDG Algérie 2000. En association avec : OMS, INSP et UNICEF, Alger 2001.

iv - DPAT-Béjaïa, 2002, Annuaire statistique de la wilaya de Béjaïa. Résultats 2001, Béjaïa, DPAT.

v - Données relevées de différents documents du MSP.

vi -7 : Selon l'enquête Algérie EDG 2000.

### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Belhocine M. et Benarbane D., 1996, L'évaluation des activités de structures d'accouchement. In Bulletin de l'ENSP n° 2, juillet.
2. Djelfaoui A., 2000, Grangaud d'Alger à El-Djazair, éditions Casbah, Alger.
3. DPAT-Béjaïa, 2002, Annuaire statistique du département de Béjaïa. Résultats 2001, Béjaïa, DPAT.
4. ENSP, 1998, Programme de formation : Communication sociale et planification familiale. Dossier pédagogique et documentaire, mai.
5. Gillespie R., 1981, Manuel pour l'évaluation des programmes de communication sociale en Matière de Population, UNESCO.
6. Grangaud J.P., 1995, Evolution des politiques d'intervention dans le domaine de la nutrition en Algérie. In Padilla M., Delpeuch F., Le Bihan G., et al. : *Les politiques alimentaires en Afrique du Nord*. Paris : Karthala, pp. 71-83.
7. Jacquemot P. et Raffinot M., 1993, La nouvelle politique économique en Afrique. EDICEF. Javeau C., 1985, L'enquête par questionnaire. Ed. Universités de Bruxelles.
8. Kaïd Tlilane N., 2002, Espace Euro-maghrébin : intégration régionale et santé des enfants ». *Revue Sciences Humaines, Constantine*, n° 17, juin, pp. 37-49.
9. Kaïd Tlilane N., 2003, Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants : enquête dans la wilaya de Béjaïa''. Thèse de Doctorat d'Etat Es Sciences Economiques, Université d'Alger, juin.
10. Morabia A., 1999, La santé en Europe 1 : Les déterminants de la santé, Ed. Centre européen de la culture, Actes Sud.
11. MSP- ONS- Ligue des Etats arabes, 1993, Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992.
12. Rapport principal. Edité par Projet PAN ARABE pour le développement de l'enfance. Alger, ONS 1993.
13. MSP, 1996, Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie. Santé de la mère et de l'enfant. MDG Algérie 1995. En association avec : UNICEF, OMS, FNUAP, Alger.
14. MSP- INSP, 1997, Séminaire - Atelier sur les programmes de santé maternelle et infantile. Ed. ANDS.
15. MSP- INSP, 1998, Enquête nationale sur la mortalité maternelle : guide. Octobre.
16. MSP, 2001, Enquête nationale sur les objectifs de la Fin décennie. Santé de la mère et de l'enfant.

17. MDG Algérie 2000. En association avec : OMS, INSP et UNICEF, Alger.
18. OMS, 2000, La pauvreté dans la région africaine : perspective de l'Organisation Mondiale de la Santé.
19. Communication pour La Conférence Nationale sur la Pauvreté et l'Exclusion. Alger, 28-30 octobre.
20. Péchevis M. et alii., 1999, Mortalité maternelle et maternités de référence au Maroc : comment (re)motiver les professionnels ? In revue Santé Publique, volume 11 n°2.
21. PNUD, 2000, Rapport du PNUD sur la pauvreté.
22. Rougement A., 1999, La santé en Europe 1 : Les politiques de santé, Ed. Centre européen de la culture, Actes Sud.
23. Schneider-Bunner C., 1997, Santé et justice sociale : L'économie des systèmes de santé face à l'équité. Economica.
24. Soltani M.S. et alii., 1999, Evaluation des connaissances des mères concernant les soins préventifs pré et postnatals dans le sahel tunisien, in revue Santé Publique, volume 11, n° 2.
25. UNICEF : Situation des enfants dans le monde, éd. UNICEF, 1998 à 2002.